



Vierter Gesundheitsbericht des Kantons Bern

**Die Gesundheitschancen
sind ungleich verteilt.**

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern

Impressum

Herausgeberin

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern

Autoren

Nicole Bachmann und Manfred Neuhaus
Abteilung für wissenschaftliche Auswertung
Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern

mit Beiträgen von:

Niklas Baer (Kapitel 3.4)
Johann Binder (Kapitel 3.4)
Adrian Spörri (Kapitel 4)

Steuergruppe der Gesundheits- und Fürsorgedirektion

Katharina Schönbucher (Leiterin Steuergruppe)
Nicole Bachmann (Projektleitung Gesundheitsbericht)
Pascal Coullery
Otmar Deflorin
Hans Gerber
Markus Loosli
Erhard Ramseier
Sabine Schläppi
Martina Sommer
Thomas Spuhler
Samuel Steiner

Projektgruppe der Gesundheits- und Fürsorgedirektion

Nicole Bachmann
Jon Bennett
Corinne Caspar
Manfred Neuhaus
Martin Rumpf
Lukas Schindler
Thomas Schochat
Martina Sommer
Emmanuelle Vichard

Lektorat

Marion Elmer, publizieren.ch

Layout und Satz

Andy Iten, protagonist.ch

**Die Konzeptualisierung dieses Gesundheitsberichts
wurde von Prof. Ilona Kickbusch begleitet.**

**Wir danken folgenden Personen, die uns mit ihrem Fachwissen
unterstützt haben:**

Frau Brigit Zuppinger, Bundesamt für Gesundheit

Frau Hildegard Hungerbühler, Schweizerisches Rotes Kreuz

Herr Osman Besic, Schweizerisches Rotes Kreuz

Herr Hans-Peter Grossenbacher, Schweizerisches Rotes Kreuz

Frau Dr. Ursula Ackermann, Gesundheitsdienst der Stadt Bern

Frau Dr. Maria-Inès Carvajal, stv. Kantonsärztin Kanton Aargau

Herr Prof. Jean-Luc Heeb, Fachhochschule Westschweiz

Herr Prof. Marcel Zwahlen, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität
Bern

Und unseren Kolleginnen und Kollegen aus der Peer-Review-Gruppe:

Herr Dr. Niklas Baer, Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation, Kantonale
Psychiatrische Dienste Basel-Landschaft

Herr Prof. Jean-Luc Heeb, Fachhochschule Westschweiz

Herr Dr. Adrian Spörri, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern

Frau Dr. Gabriele Wiedenmayer Sektion Gesundheit, Bundesamt für Statistik

Frau Andrea Zumbrunn, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Bundes-
amt für Statistik

Vorwort

Gesundheit schützen und erhalten ist in meinen Augen die wichtigste Aufgabe einer kantonalen Gesundheitsdirektion. Es wäre fahrlässig, unethisch und nicht zuletzt auch kostspielig, die Hände in den Schooss zu legen und die Entstehung von körperlichen und psychischen Krankheiten nicht verhindern zu wollen. In den letzten Jahrzehnten wurde mit einer Verbesserung des allgemeinen Wohlstands, mit Fortschritten bei der medizinischen Behandlung und mit Präventionsanstrengungen bereits einiges erreicht: Die Bevölkerung des Kantons Bern lebt heute länger, und sie lebt vor allem auch länger gesund.

Es gibt aber Bevölkerungsgruppen, die ein deutlich höheres Risiko haben, krank zu werden, deswegen aus dem Erwerbsleben ausscheiden und auch frühzeitig sterben: Personen mit geringer Schulbildung, einem knappen Einkommen und einer tiefen beruflichen Stellung haben auch im Kanton Bern nachweislich schlechtere Chancen auf ein gesundes Leben. In den letzten Jahrzehnten sind die Unterschiede bezüglich Einkommen und Vermögen der ärmsten und reichsten Personen in der Schweiz immer grösser geworden. Die Auswüchse rund um Boni und Lohnpolitik der Manager in der Privatwirtschaft belegen, dass der gesellschaftliche Zusammenhalt Risse bekommt. Man kann in diesem Zusammenhang von einer gesellschaftlichen Gratifikationskrise sprechen, die bei grossen Teilen der Erwerbstätigen Frustration auslöst. Die internationale wie auch die nationale Forschung zeigt: Je grösser die Unterschiede zwischen Arm und Reich in einem Staat sind, umso schlechter geht es der gesamten Bevölkerung gesundheitlich.

Der neue Berner Gesundheitsbericht weist darauf hin, dass die soziale Lage bereits bei Kleinkindern die Gesundheitschancen beeinflusst. Er zeigt beispielsweise auch, dass Erwachsene mit wenig Schulbildung sehr viel häufiger unter starken Rückenschmerzen leiden, was übrigens einer der wichtigsten Gründe für den Bezug einer IV-Rente ist. Frauen und Männer mit tiefem sozialem Status leiden auch deutlich häufiger unter starken psychischen Belastungen und müssen häufiger in einer psychiatrischen Klinik stationär behandelt werden. Zu denken gibt mir auch das Resultat, dass Frauen und Männer, die ihre Arbeitsstelle verloren haben, ein vielfach erhöhtes Sterberisiko haben. Und dies alles trotz unserem gut ausgebauten Gesundheitsversorgungssystem.

Als Gesundheits- und Sozialdirektor des Kantons Bern möchte ich hier ansetzen und zusammen mit Partnern aus anderen Politikbereichen versuchen, diese gesundheitliche Kluft innerhalb unserer Gesellschaft zu verringern. Ich bin überzeugt, dass sich eine solche Investition in eine nachhaltige und integrative Gesundheitspolitik auszahlt. Ich hoffe und erwarte, dass dieser vierte Gesundheitsbericht des Kantons Bern zu einer breiten Diskussion anregt und gemeinsame Anstrengungen folgen, allen Bewohnerinnen und Bewohnern unseres Kantons, unabhängig von ihrer sozialen Stellung, die Chance auf ein gesundes und produktives Leben zu geben.

Philippe Perrenoud, Gesundheits- und Fürsorgedirektor des Kantons Bern

Der Bericht in Kürze

Der vorliegende vierte Berner Gesundheitsbericht ist der Frage nachgegangen, wie stark sich soziale Determinanten wie Bildungsabschluss, Wohlstand und berufliche Stellung auf die Gesundheit der Berner Bevölkerung auswirken. Anlass, diese Thematik zu untersuchen, sind zwei Beobachtungen: Einerseits zeigt der erste Sozialbericht des Kantons Bern, dass Armut in der Bevölkerung des Kantons Bern weit verbreitet ist und insbesondere Kinder davon betroffen sind; und andererseits belegt die internationale Forschung, dass die Erhaltung und Förderung von Gesundheit von vielen Faktoren abhängt, die nicht direkt mit der Gesundheitspolitik zu tun haben. Genauso wichtig wie eine gute ärztliche Versorgung oder sogar entscheidender sind die Lebensbedingungen in der Familie, in der Schule, am Arbeitsplatz und in der Umwelt. Genau diese Lebenswelten unterscheiden sich jedoch erheblich für Personen in einer privilegierten sozialen Lage verglichen mit Personen, die in prekären Verhältnissen leben. Es stellt sich also die Frage, ob auch im Kanton Bern ein sozialer Gradient (stufenweise Abnahme der Gesundheitschancen entsprechend der sozialen Position in der Gesellschaft) bezüglich der Chance auf ein gesundes und langes Leben festgestellt werden muss; falls ja, in welchen gesundheitlichen Bereichen dieser Gradient besonders gross oder gar nicht vorhanden ist und welche Schlussfolgerungen man daraus ziehen kann.

Um diesen Fragen nachzugehen, wurden verschiedene Datenquellen analysiert: Erhebungen durch Schulärztinnen und -ärzte, Befragungen von Kindern und Jugendlichen, Befragungen von Erwachsenen, die medizinische Statistik der Krankenhäuser und die Todesursachenstatistik. Für diesen Bericht wurden erstmals Informationen aus der Swiss National Cohort (SNC) für einen Kanton ausgewertet: Es handelt sich dabei um einen Datensatz, der Informationen aus der Volkszählung mit der Todesursachenstatistik kombiniert. Alle in der SNC enthaltenen Todesfälle in der Berner Bevölkerung, die sich zwischen 2001 und 2005 ereignet hatten, wurden auf Zusammenhänge zwischen der sozialen Lage und der Sterblichkeit sowie der Art der Todesursache untersucht. In einigen Bereichen lagen keine oder nur ungenügende Daten vor (z. B. Informationen über die gesundheitliche Situation von Kindern in Abhängigkeit von der sozialen Lage oder Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge zwischen sozialen Determinanten und Gesundheit). Dort haben die Autoren – um diesen Bericht abrunden zu können – auf den Erkenntnisstand der wissenschaftlichen Literatur verwiesen.

Die wichtigsten Datengrundlagen

Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC): internationale Erhebung über den Gesundheitszustand, Risikoverhalten, Lebensstil und Lebensumstände von Schülerinnen und Schülern zwischen 11 und 15 Jahren. Die repräsentative Stichprobe im Kanton Bern der Erhebung 2006 umfasste 1279 Kinder.

Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB): Erhebung des Bundesamtes für Statistik zum Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Ressourcen, Belastungen und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems der ständigen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren. Die repräsentative Stichprobe für den Kanton Bern im Jahr 2007 umfasste 2369 Personen zwischen 15 und 99 Jahren.

Gesundheitsmonitoring der Schweizerischen Migrationsbevölkerung (GMM): Befragung von Migrantinnen und Migranten mit gleichem Aufbau wie die SGB. Die Erhebung wurde im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit im Jahr 2004 durchgeführt und umfasste 3024 Interviews. Es existiert keine repräsentative Stichprobe für den Kanton Bern.

Swiss National Cohort (SNC): Verknüpfung der individuellen Records der Sterbefälle mit der Volkszählung der Schweizerischen Wohnbevölkerung. Seit 1991 enthält die SNC rund 875 000 Todesfälle. Die SNC wurde durch eine Gruppe von Personen der Institute für Sozial- und Präventivmedizin der Universitäten Zürich, Basel, Bern, Lausanne und Genf entwickelt. Für den Kanton Bern wurde für diesen Bericht erstmals eine kantonale Auswertung der SNC mit allen in der SNC erfassten Sterbefälle zwischen 2001 und 2005 vorgenommen (insgesamt 42 478 Todesfälle).

Die wichtigsten Ergebnisse

Trotz der Vielfalt und Komplexität der Datenquellen, Analysen und Ergebnisse zeigen die empirischen Analysen ein klares Muster durch die verschiedenen Lebensalter hindurch: Sozial benachteiligte Menschen im Kanton Bern haben ein deutlich höheres Risiko, zu erkranken und frühzeitig zu sterben. Sowohl Schulbildung wie Einkommen und berufliche Stellung zeigen einen Zusammenhang mit der Gesundheit der Bevölkerung. Dieses Muster beginnt schon vor der Geburt und zieht sich durch Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter bis hin zum Lebensende.

Kinder

1. Kinder aus sozial schwachen Familien haben schlechtere Startbedingungen: Die Weichen für eine schlechtere Gesundheit werden sehr früh gestellt (z. B. sind Frauen in tiefer sozialer Position viel häufiger Raucherinnen, was dem Fötus und Kleinkind schaden kann).
2. Der spätere Gesundheitszustand ist nicht deterministisch festgelegt: Die Wirkung frühkindlicher Benachteiligung kann durch eine spätere Förderung signifikant abgeschwächt werden.
3. Fazit I aus der wissenschaftlichen Literatur: Kinder mit niedrigem Sozialstatus weisen ein grösseres Risiko auf, unter mindestens einem psychischen Problem zu leiden. Zudem haben sie eine doppelt so hohe Lebenszeitprävalenz für eine ärztlich oder psychologisch diagnostizierte Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS).
4. Fazit II aus der wissenschaftlichen Literatur: Kinder mit niedrigem Sozialstatus und/oder Migrationshintergrund treiben weniger Sport, leiden besonders häufig unter Übergewicht und Adipositas.
5. In der Stadt Bern sind ausländische Kinder und Jugendliche wesentlich häufiger übergewichtig. Leider liegen nur für die Stadt Bern Daten aus den schulärztlichen Untersuchungen der Kinder vor.

6. Die Datengrundlage zur gesundheitlichen Situation von Kindern unter elf Jahren im Kanton Bern könnte deutlich verbessert werden entweder mittels einer Auswertung der von den Schulärzten erhobenen Daten oder einer spezifischen Erhebung des Gesundheitszustands der Kinder aus dem Kanton Bern.

Jugendliche

1. Der Anteil der Jugendlichen des Kantons Bern, die ihren selbstwahrgenommenen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut bezeichnen, ist mit 93 Prozent hoch. Mädchen mit geringem familiären Wohlstand beurteilen ihren selbstwahrgenommenen Gesundheitszustand schlechter als Mädchen mit hohem finanziellen Wohlstand.
2. Trotz Abnahme des Alkoholkonsums ist der Anteil an Jugendlichen, die Alkohol konsumieren, im internationalen Vergleich hoch. Jeder vierte Knabe und jedes fünfte Mädchen zwischen 11 und 15 Jahren hat in den letzten 30 Tagen mindestens einmal Alkohol getrunken, obwohl die Abgabe von Alkohol an unter 16-Jährige gesetzlich verboten ist.
3. Knaben und Mädchen mit einem hohen familiären Wohlstand fühlen sich psychisch gesünder als diejenigen mit einem geringen oder mittleren familiären Wohlstand.

Erwachsene im Erwerbsalter (25 bis 64 Jahre)

1. Erwachsene Bernerinnen und Berner mit tiefem Sozialstatus fühlen sich gesundheitlich allgemein schlechter als die Gleichaltrigen mit hohem Sozialstatus. Das Risiko, sich gesundheitlich nicht gut zu fühlen, hängt statistisch signifikant mit der Schulbildung und dem Einkommen zusammen.
2. Personen mit tiefem Sozialstatus leiden häufiger unter starken Rücken- und Kopfschmerzen. 9,5 Prozent der Personen mit geringer Schulbildung, tiefem Einkommen und niedriger beruflicher Stellung leiden unter starken Rückenschmerzen. Bei den Personen mit hoher Schulbildung, hohem Einkommen und hoher beruflicher Stellung sind lediglich 3,8 Prozent davon betroffen. Das Risiko zu starken Rückenschmerzen ist für Bernerinnen und Berner mit geringer Schulbildung 3,7 Mal höher als für Bernerinnen und Berner mit Abschluss auf Tertiärstufe.
3. Gelenkschmerzen hängen bei den Männern mit den körperlichen Belastungen am Arbeitsplatz zusammen, Arbeiter sind signifikant häufiger davon betroffen.
4. Personen mit tiefem Status zeigen vor allem auch ein ungünstiges Gesundheitsverhalten: Sie rauchen häufiger täglich, sind viel häufiger übergewichtig, ernähren sich weniger gesund und sind deutlich seltener körperlich aktiv. Beim riskanten Alkoholkonsum zeigt sich hingegen in dieser Altersgruppe kein sozialer Gradient.
5. Mehr als 50 Prozent der 25- bis 64-jährigen Männer im Kanton Bern sind übergewichtig oder adipös. Das Risiko zu Übergewicht ist bei Personen mit ausschliesslich obligatorischer Schulbildung dreimal höher als bei Personen mit Tertiärabschluss.

6. Bezüglich psychischer Gesundheit zeigt sich ein ähnliches Bild, wobei die Risikofaktoren je nach Geschlecht variieren. Eine hohe berufliche Stellung ist für Männer ein Schutz gegen klinisch relevante Depressionen wie auch gegen starke psychische Belastung. Bei Frauen zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen Depression und den gewählten sozialen Indikatoren. Frauen mit tiefer Schulbildung haben hingegen ein erhöhtes Risiko, unter starker psychischer Belastung zu stehen.
7. Aus der Auswertung der medizinischen Statistik der Spitäler resultiert, dass Personen mit tiefer Schulbildung ein erhöhtes Risiko haben, wegen psychischer Probleme stationär behandelt werden zu müssen.

Vulnerable Gruppen: Migrantinnen und Migranten aus Südeuropa, Türkei und Sri Lanka

1. Im Kanton Bern leben rund 120 000 Personen ausländischer Nationalität (BFS, Volkszählung, 2000). Die Datenlage über die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten im Kanton Bern, die keine der Amtssprachen sprechen, ist nicht befriedigend.
2. Es ist weder sinnvoll noch wissenschaftlich zulässig, die Migrationsbevölkerung als eine Gruppe zu betrachten. Sowohl beim Sozialstatus wie auch beim Gesundheitszustand und -verhalten zeigen sich je nach Herkunftsland und Migrationsstatus stark unterschiedliche Profile.
3. Im Gegensatz zu Zugewanderten aus Deutschland, Frankreich und Österreich schneiden Personen aus Südeuropa, der Türkei und Sri Lanka beim psychischen und physischen Gesundheitszustand schlechter ab als die Schweizer Bevölkerung.
4. Auffallend ist die sogenannte „Altersschere“: Die Unterschiede zwischen der Schweizer Bevölkerung und den unter Punkt 3 genannten Migrationsgruppen bezüglich psychischer und körperlicher Gesundheit nehmen mit dem Alter stark zu.
5. Bei den Zugewanderten aus Südeuropa und der Türkei zeigt sich eine sehr hohe Rate von übergewichtigen Personen.
6. Es kann ein hoher Konsum von ärztlich verschriebenen Beruhigungs- und Schlafmitteln sowie Schmerzmitteln bei Asylsuchenden aus dem Kosovo und Migrantinnen und Migranten aus der Türkei festgestellt werden.
7. Eine besonders schlechte Gesundheit weisen ältere türkische Frauen auf.

Lebenserwartung und Sterblichkeit

1. Im Zusammenhang mit der Schulbildung und der beruflichen Position zeigt sich ein klarer sozialer Gradient der Sterblichkeit. Wer nur die obligatorische Schulbildung abgeschlossen hat, hat ein signifikant höheres Risiko, frühzeitig zu sterben. Dies stimmt sowohl für krebsbedingte wie auch für Herz-Kreislauf-bedingte Todesfälle.

2. Je nach Todesursache ist der Einfluss der sozialen Lage unterschiedlich stark ausgeprägt oder nicht vorhanden (bei Lungenkrebs besteht etwa ein extrem starker Zusammenhang, während bei Brustkrebs kein Zusammenhang mit dem sozialem Status nachgewiesen werden kann).
3. Arbeitslose haben ein dreimal höheres Risiko, frühzeitig zu sterben als die Referenzgruppe der qualifiziert manuellen Berufsgruppen.
4. Ein 30-jähriger Mann im Kanton Bern mit obligatorischem Schulabschluss hat eine um sechs Jahre kürzere Lebenserwartung als ein 30-Jähriger mit Schulabschluss auf Tertiärstufe. Bei den Frauen ist dieser Unterschied mit knapp drei Jahren weniger stark ausgeprägt.

Zusammenfassend

Auch im Kanton Bern sind die Gesundheitschancen in der Bevölkerung nach sozialer Lage und Status klar unterschiedlich verteilt. Dies zeigt sich deutlich bei den Gesundheitsindikatoren, bei wichtigen Gesundheitsverhaltensweisen und auch bei der Sterblichkeit.

Wie beeinflussen soziale Determinanten die Gesundheit? Die wichtigsten Erklärungsansätze

Um mehr über die kausalen Zusammenhänge zwischen beispielsweise Bildung und Gesundheit zu erfahren, ist es notwendig, sich auf die Ergebnisse von prospektiven Längsschnittstudien abzustützen. Dabei wird eine definierte Population von gesunden Personen über mehrere Jahre bis Jahrzehnte beobachtet und in diesem Zeitraum daraufhin untersucht, wie sich bestimmte Risikokonstellationen auf die ausgewählten Gruppen auswirken. Die wichtigsten Erkenntnisse auf Basis solcher Studien werden im Folgenden vorgestellt.

Armut macht krank versus Krankheit macht arm

Der in der wissenschaftlichen Forschung jahrzehntelange Streit zwischen den Anhängern der These „Armut macht krank“ und den Gegnern mit der Antithese „Krankheit macht arm“ ist heute beigelegt. Es wurde klar bestätigt, dass die Wirkung von Armut auf Krankheit vielfach stärker ist als umgekehrt. Im Einzelfall zeigt sich aber auch die umgekehrte Wirkung, so z. B. bei chronischer Schizophrenie, wo Lebensverläufe zeigen, dass diese Krankheit oft zu einem sozialen Abstieg führt.

Integration versus sozialer Ausschluss

Eine der wichtigsten und am besten belegten Erkenntnisse der epidemiologischen Forschung betrifft die Bedeutung der sozialen Integration für die Gesundheit. Ob jemand ein soziales Netz hat, ob seine sozialen Kontakte und Beziehungen eine positive Qualität haben, ob er Hilfe erhält, wenn er diese braucht, all dies hat fundamentale Auswirkungen auf die Gesundheit und auch auf das Gesundheitsverhalten. Relative soziale Benachteiligung wirkt sich unter anderem deshalb negativ auf die Gesundheit aus, da sie zunehmend zur sozialen Ausgrenzung führt. Armut ist ein Makel in unserer Wohlstandsgesellschaft und

muss um jeden Preis versteckt werden, was zum sozialen Rückzug führt. Soziale Unterstützung ist nicht ein Konsumgut, mit dem man sich einfach bedienen kann. Soziale Beziehungen müssen aufgebaut und gepflegt werden. Es braucht soziale Kompetenzen und Selbstvertrauen, damit man um Hilfe bitten kann. Wer sich aufgrund seiner sozialen Situation in einer negativen Abwärtsspirale befindet (z. B. Verlust der Arbeitsstelle), hat deshalb ein doppeltes Handicap: Mangelndes Selbstvertrauen und Schamgefühle erschweren die Kontaktaufnahme in einer Situation, in der man dringend emotionale und praktische Unterstützung benötigen würde.

Mangelhafte Gesundheitskompetenz

Fehlende oder mangelhafte Schulbildung, Leseschwäche, mangelhafte Sprachkompetenzen können dazu führen, dass die Gesundheitskompetenz nicht ausreicht, um im Alltag gut informierte, selbstbestimmte Entscheidungen für die eigene Gesundheit zu treffen. Ein beträchtlicher Anteil der Berner Bevölkerung mit tiefer Schulbildung fühlt sich durch die Komplexität der Gesundheitsthemen überfordert. Es wird oft unterschätzt wie schwierig es auch für viele Menschen (und nicht nur für Migrantinnen und Migranten) ist, das Gesundheitsversorgungssystem rechtzeitig und richtig zu nutzen, über ihre Beschwerden zu kommunizieren und die eigenen Bedürfnisse einzubringen.

Chronischer Stress macht anfällig für Krankheiten

Bei einem andauernden Ungleichgewicht zwischen Belastungen und Ressourcen entsteht chronischer Stress, der nachweislich einen negativen Effekt auf körperliche und psychische Prozesse ausübt. Insbesondere am Arbeitsplatz konnte der krankmachende Effekt von bestimmten Belastungskonstellationen nachgewiesen werden. Hohe mentale Anforderungen kombiniert mit geringem Kontrollspielraum in der Verrichtung der Arbeit verursachen chronischen Stress, der krank machen kann. Auch Personen, die im Verhältnis zur Beanspruchung durch ihre Tätigkeit nur ungenügende Gratifikationen (Lohn, Aufstiegsmöglichkeiten und Anerkennung) erhalten, erleben andauernden Stress.

Ein weiterer Erklärungsansatz zeigt, dass nicht nur die Belastungsmenge entscheidend ist, sondern auch die Art der Bewältigung von Stress. Der persönliche Stressbewältigungsstil wird durch Erfahrungen in der Kindheit entscheidend mitgeprägt. Kinder, die in sozial benachteiligten Familien aufwachsen, haben eher Tendenz, im Erwachsenenleben ein ungünstiges und gesundheitsschädigendes Bewältigungsmuster anzuwenden.

Kontrollüberzeugung als Schlüssel zu gesundem Verhalten

Die neuere gesundheitspsychologische Forschung zur Frage, weshalb sich viele Personen in unserer Gesellschaft gesundheitsschädlich verhalten, zeigt, dass dies weniger eine Frage des Wissens über die Schädlichkeit gewisser Verhaltensweisen (z. B. Rauchen) ist, sondern eine Frage der Kompetenz, der Motivation und der Ressourcen, sich gesundheitsförderlich zu verhalten. Eine Schlüsselstellung bei der persönlichen Kompetenz nimmt dabei die sogenannte Kontrollüberzeugung ein, also die Erwartung, dass das eigene Verhalten eine Wirkung auf den Lebensverlauf hat, dass man selbst über sein Leben bestimmen

kann (hohe Kontrollüberzeugung) respektive, dass das eigene Verhalten keine Wirkung zeigt (tiefe Kontrollüberzeugung). Die Erfahrung von Machtlosigkeit, misslichen Lebensbedingungen und mangelnden Chancen, eigene Lebensziele zu erreichen, beeinflussen die Ausprägung der Kontrollüberzeugung von Kindheit an negativ. Aber auch im Erwachsenenalter hat die tägliche Erfahrung von mangelnder Kontrolle und Entwicklungschancen bei der Erwerbstätigkeit wie auch im Familienleben einen schwächenden Einfluss auf die Kontrollüberzeugung.

Lebensstil

In diesem Bericht wurde gerade bei einigen Risikoverhaltensweisen und Risikofaktoren, die mit dem Gesundheitsverhalten zusammenhängen, ein besonders stark ausgeprägter sozialer Gradient gefunden (z. B. Ernährung, körperliche Inaktivität, Übergewicht, Rauchen).

Lebensstile werden in der gesundheitspolitischen Diskussion häufig als individuelle Verhaltensmuster dargestellt, die von Einzelnen bewusst gewählt worden sind. Damit wird vernachlässigt, wie sehr das gesundheitsbezogene Verhalten von soziokulturellen Faktoren und einer Vielfalt von Einflüssen insbesondere der sozialen Umwelt bestimmt wird. Dies gilt für die Herkunftsfamilie, die ethnische Zugehörigkeit und die soziale Einbindung etwa in Peer groups – aber auch für gesellschaftlich (z. B. durch Werbung) vermittelte Körperbilder und Zugehörigkeitsrituale.

Auch da sind besonders soziale Ungleichheiten zu berücksichtigen. So kann nicht nur ein niedrigerer Bildungsstand, sondern auch mangelndes Einkommen einer gesundheitsförderlichen Lebensweise im Wege stehen: Von Junkfood wird man billig satt. Auch das direkte Lebensumfeld spielt dabei eine bedeutende Rolle: etwa der Zugang zu Parks oder Spielplätzen. Insbesondere für Kinder und Jugendliche ist das Lernen über Gesundheit in der Familie von zentraler Bedeutung. Häufig werden Muster entwickelt – gerade in Bezug auf Ernährung und Bewegung –, die ein Leben lang beibehalten werden.

Handlungsfelder für zukünftige Massnahmen

Massnahmen zur Verbesserung der Chancengleichheit sollten bei den gesellschaftlichen Bedingungen wie auch bei der Befähigung und Stärkung der Personen selbst ansetzen. Sie sollten in den verschiedenen Lebenswelten greifen, die für die Gesundheit zentral sind: im Bildungssystem, am Arbeitsplatz, in der Familie und am Wohnort. Gefordert sind einerseits Massnahmen, die darauf abzielen, Strukturen zu verändern (z. B. Arbeitsbedingungen, Zugänglichkeit des Gesundheitssystems und der Informationen darüber oder auch Gestaltung einer Wohnumwelt, die den sozialen Kontakt fördert). Andererseits sollen Massnahmen zur Stärkung der personellen Ressourcen die betroffenen Gruppen befähigen, sich im Sinne eines Empowerments selbst für ihre Gesundheit und gesundheitsförderlichen Lebensbedingungen einzusetzen. Dies ist nur in partizipativ und integrativ ausgestalteten Projekten möglich. Die folgenden fünf übergeordneten Zielsetzungen sollten deshalb bei allen Massnahmen leitend sein.

Soziale Gerechtigkeit

Ein weiteres Auseinanderklaffen von Arm und Reich ist nicht nur eine Bedrohung der sozialen Kohäsion unserer Gesellschaft, sondern auch schädlich für den Gesundheitszustand und damit auch die Leistungsfähigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner unseres Kantons. Massnahmen, welche die soziale Gerechtigkeit fördern, sind gerade heute von entscheidender Bedeutung.

Multisektorale Gesundheitspolitik

Dieser Bericht zeigt wie wichtig der Einfluss der sozialen Determinanten auf die Gesundheit und Lebenserwartung der Berner Bevölkerung ist. Die staatliche Aufgabe der Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Bevölkerung sollte deshalb vermehrt als Aufgabe aller Politikbereiche verstanden werden.

Integrieren statt stigmatisieren

Zielgruppenspezifische Angebote zur Verbesserung der Gesundheitschancen von sozial Benachteiligten sollen integrieren und nicht ausgrenzen oder stigmatisieren. Angebote für die gesamte Bevölkerung, die sich nicht auf eine einzelne Zielgruppe ausrichten, sollen benachteiligte Gruppen „mitdenken“ anstatt ignorieren.

Empowerment von Gruppen mit schlechten Gesundheitschancen

Ein entscheidender Faktor zur Stärkung der Gesundheit liegt in der Wahrnehmung, dass viele Faktoren, die einen schädigenden oder schützenden Effekt auf die Gesundheit des Einzelnen haben, beeinflusst werden können. Personen und Gruppen, die aufgrund ihrer sozialen Stellung wenig Einflussmöglichkeiten haben oder wahrnehmen, sollten strukturell wie auch psychisch gestärkt werden, ihre Gesundheit positiv beeinflussen zu können.

Der Kanton Bern als ein gesundheitsförderlicher Ort

Gesundheit entsteht nicht so sehr im Spital oder in einem Gesundheitsförderungskurs, sondern in den alltäglichen Lebenswelten der Menschen. Deshalb sollten die zentralen Lebenswelten Familie, Schule, Arbeit, Wohn- und Freizeitumwelt so gestaltet werden, dass sie der Gesundheit keinen Schaden zufügen und dass sie gleichzeitig allen Personen die Wahl eines gesunden Verhaltens möglich und einfach machen.

Aus diesem Bericht wird klar, dass es nicht genügt, wenn Massnahmen ausschliesslich im Bereich der Gesundheitspolitik beschlossen und umgesetzt werden. Deshalb können an dieser Stelle noch keine konkret ausgearbeiteten Massnahmen vorgestellt werden. Diese sollen in einem zweiten Schritt mit den je nach Handlungsfeld zuständigen Partnern zusammen diskutiert und erarbeitet werden. Die im Folgenden vorgestellten Handlungsfelder stecken den Rahmen ab, in welchen Bereichen Massnahmen notwendig sind und welche Politikbereiche einen Beitrag zur Verbesserung der Chancengleichheit leisten können.

Handlungsfeld 1: Sozialwesen und Sozialpolitik

Der erste Sozialbericht des Kantons Bern, der im Dezember 2008 veröffentlicht wurde, hat gezeigt, dass sieben Prozent der Berner Bevölkerung in Armut leben und weitere fünf Prozent armutsgefährdet sind und dass Armut und Existenzsicherung ein Querschnittsthema ist und somit eine Aufgabe der verschiedensten Politikfelder (Bildungs-, Wirtschafts-, Arbeitsmarkt-, Steuerpolitik etc.) sein muss. Besonders häufig sind Kinder und Jugendliche von Armut betroffen.

Innerhalb der Sozialpolitik sind folgende Projekte von zentraler Bedeutung für eine Verbesserung der Chancengleichheit in der Gesundheit: die Strategie, durch eine verbesserte Integration aller Bevölkerungsgruppen in den Arbeitsmarkt die Armut im Kanton Bern zu halbieren; die Stärkung und Befähigung von Familien im Rahmen des neuen Familienkonzepts des Kantons; die verbesserte Integration von Migrantinnen und Migranten (ein Integrationsgesetz wird zur Zeit erarbeitet) und Projekte, welche die Startbedingungen von Kindern zu verbessern versuchen.

Handlungsfeld 2: Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung

Die Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen sollen die Zielgruppe der sozial Benachteiligten zukünftig in den Fokus rücken. Es sollen Anstrengungen unternommen werden, die Zugänglichkeit und Verständlichkeit des Gesundheitssystems für bildungsferne Bevölkerungsgruppen zu verbessern. Schliesslich soll auch die Datengrundlage zum Gesundheitszustand der Kinder verbessert werden.

Handlungsfeld 3: Bildung und Befähigung

Die Bildungschancen wie auch die Chancen für eine erfolgreiche Integration in die Erwerbsarbeit sollten für Kinder aus bildungsfernen oder armutsbetroffenen Familien wie auch für Erwachsene in einer prekären sozialen Situation verbessert werden. Ein weiteres Handlungsfeld ist die Gesundheitskompetenz der Bewohnerinnen und Bewohner des Kantons Bern. Bildung in einem ganzheitlichen Sinne und die Befähigung zu gut informiertem Gesundheitshandeln – etwa im Erkennen von Signalen des eigenen Körpers oder im Umgang mit Ärzten – sind nicht auf die Schulzeit beschränkt, sondern eine lebenslange Aufgabe.

Handlungsfeld 4: Arbeitsbedingungen, Arbeitsmarkt und Sozialversicherungen

Arbeitsschutz, Arbeitsbedingungen, Lohnpolitik und Integration von Personen mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit sind wichtige Handlungsfelder auf dem Weg zu einer verbesserten Chancengleichheit in der Gesundheit. Auch die Ausgestaltung der Sozialversicherungen zum Abfedern von sozial ungleicher Belastung durch Arbeitsanforderungen kann einen entscheidenden Einfluss auf die Chancengleichheit haben.

Handlungsfeld 5: Umwelt

Bei der Gestaltung von Siedlungen und Stadtquartieren, beim Strassenbau wie auch beim Bau von öffentlichen Gebäuden sollten gesundheitliche Aspekte be-

rücksichtigt werden. Ziel sollte eine bewegungs- und begegnungsfreundliche Gestaltung sein. Der sozialen Segregation von Gemeinden und Stadtquartieren sollte mit gezielter Förderung und Investitionen in finanziell und sozial benachteiligte Gebiete begegnet werden.

Für die eilige Leserin, den eiligen Leser

Sie finden am Ende jedes Kapitels eine Zusammenfassung.

Glossar

Im Anhang finden Sie ein Glossar mit den wichtigsten Fachbegriffen.

PDF-Version des Berichts erhältlich

Eine elektronische Version dieses Berichts ist auf der Homepage der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern www.gef.be.ch erhältlich.

Inhaltsverzeichnis

1.	<i>Einleitung</i>	1
1.1	<i>Ausgangslage</i>	2
1.2	<i>Soziale Determinanten der Gesundheit</i>	6
1.3	<i>Erkenntnisse des ersten Berner Sozialberichts zur Verbreitung von Armut</i>	11
1.4	<i>Wie wirken sich soziale Determinanten auf die Gesundheit aus? Zentrale Erkenntnisse aus der internationalen Forschung</i>	13
2.	<i>Die Weichen für die Gesundheit werden schon früh gestellt: Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen</i>	24
2.1	<i>Einleitung</i>	24
2.2	<i>Die Gesundheit der Berner Kinder</i>	25
2.3	<i>Die Gesundheit der Jugendlichen allgemein</i>	28
2.4	<i>Die Gesundheit der Jugendlichen im Kanton Bern in Abhängigkeit von deren sozialen Lage</i>	29
2.5	<i>Zusammenfassung und Fazit</i>	35
3.	<i>Die Balance von Ressourcen und Belastungen: Die Gesundheit der Erwachsenen im Erwerbsalter</i>	37
3.1	<i>Einleitung</i>	37
3.2	<i>Allgemeiner Gesundheitszustand</i>	40
3.3	<i>Chronische Schmerzen sind weitverbreitet</i>	44
3.4	<i>Körpergewicht, Bewegung und Ernährung</i>	48
3.5	<i>Rauchen und Alkoholkonsum</i>	54
3.6	<i>Psychische Krankheiten als bedeutsame Krankheitslast für die Gesellschaft</i>	56
3.7	<i>Exkurs: Die stationäre psychiatrische Behandlung als Spitze des Eisbergs</i>	65
3.8	<i>Die Verteilung von Ressourcen und Belastungen</i>	69
3.9	<i>Zusammenfassung und Fazit</i>	72
4.	<i>Lebensende: Soziale Lage und Sterblichkeit</i>	73
4.1	<i>Einleitung</i>	73
4.2	<i>Methodik</i>	74
4.3	<i>Der Einfluss der sozialen Lage auf die Sterblichkeit</i>	75
4.4	<i>Lebenserwartung nach Bildung und Geschlecht</i>	79
4.5	<i>Zusammenfassung und Fazit</i>	82
5.	<i>Die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten</i>	83
5.1	<i>Einleitung</i>	83
5.2	<i>Grosse Unterschiede in der Gesundheit je nach Herkunftsland</i>	85
5.3	<i>Zusammenfassung und Fazit</i>	89
6.	<i>Die wichtigsten Ergebnisse</i>	90
7.	<i>Handlungsfelder</i>	94
7.1	<i>Prämissen für die Ausarbeitung von Handlungsfeldern und Massnahmen</i>	94
7.2	<i>Übergeordnete Ziele für eine Verbesserung der Chancengleichheit</i>	95
7.3	<i>Handlungsfelder</i>	96
	<i>Literaturverzeichnis</i>	99
	<i>Glossar</i>	105
	<i>Anhang</i>	107

1 Einleitung

Dies ist der erste Bericht zur sozialen Ungleichheit in der Gesundheit der Bevölkerung des Kantons Bern. Erstmals wurden Daten der Berner Bevölkerung zum Wohlbefinden, zu körperlichen und psychischen Beschwerden und auch zur Sterblichkeit daraufhin untersucht, ob sich Unterschiede zwischen sozial gut und schlecht gestellten Personengruppen zeigen. Gesundheit und Krankheit wird durch den Alltag und die Lebenssituation, in der sich jemand befindet, beeinflusst. Diese Alltagsanforderungen und -bedingungen verändern sich entscheidend im Lauf des Lebens – von der Geburt über Kindheit, Erwachsenenalter bis zum Tod, weshalb sich dieser Bericht an einer Lebenslaufperspektive orientiert. Für diesen Bericht wurden Daten von Kindern und Jugendlichen, von Erwachsenen bis 65 Jahren und von Todesfällen der Berner Bevölkerung analysiert. Aus methodischen Gründen musste darauf verzichtet werden, die Altersgruppe der Betagten gesondert in die Analysen einzubeziehen. Es ist geplant, zu einem späteren Zeitpunkt einen Gesundheitsbericht über die älteren Bernerinnen und Berner zu verfassen.

Der Bericht ist folgendermassen aufgebaut

In einer ausführlichen *Einleitung* wird im ersten Kapitel die Ausgangslage für diesen Bericht dargelegt. Zunächst folgt eine knappe Einführung in das Thema „soziale Ungleichheit und Gesundheit“. Dann werden die wichtigsten und wissenschaftlich am besten belegten Wirkungsmodelle vorgestellt: Sie erklären, weshalb die soziale Position einen Einfluss auf Krankheitsrisiken oder die Lebenserwartung hat. Danach werden die wichtigsten Fakten zur sozialen Lage im Kanton Bern dargestellt und damit an den Sozialbericht des Kantons Bern angeknüpft. Am Schluss des ersten Kapitels finden sich die Zielsetzungen, die mit diesem Bericht angestrebt werden.

Das zweite Kapitel widmet sich der gesundheitlichen Situation der *Kinder- und Jugendlichen* im Kanton Bern. Nach einer Einführung ins Thema werden wichtige Erkenntnisse zur sozialen Ungleichheit und deren Bedeutung in diesem Lebensalter aus der wissenschaftlichen Literatur vorgestellt. Anschliessend folgen die Ergebnisse der Analysen zu den Berner Kindern und Jugendlichen.

Das dritte Kapitel deckt die zweite Lebensphase ab: Es geht um die Gesundheit der *Erwachsenen im Erwerbsalter*; ausserdem um die Frage, ob sich die soziale Stellung auf die körperliche und psychische Gesundheit auswirkt.

Im vierten Kapitel geht es um das *Lebensende*: Nach einer Einführung ins Thema folgt eine Analyse der Sterblichkeit und der Lebenserwartung der Berner Bevölkerung im Zusammenhang mit der Schulbildung und der beruflichen Stellung.

Über die gesundheitliche Situation von *Migrantinnen und Migranten* liegen keine kantonsspezifischen Daten vor. Da diese Bevölkerungsgruppe für das gewählte Thema von grosser Bedeutung ist, wurden im fünften Kapitel die wichtigsten Ergebnisse zur Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund in der Schweiz allgemein vorgestellt.

Im sechsten Kapitel folgt eine Zusammenstellung der *wichtigsten Erkenntnisse* aus dem Bericht.

Im siebten und letzten Kapitel werden die zentralen *Handlungsfelder* vorgestellt, in denen Massnahmen zur Verringerung der sozialen Ungleichheit in der Gesundheit der Berner Bevölkerung umgesetzt werden sollen.

Dem eigentlichen Bericht folgen das Literaturverzeichnis und ein ausführlicher Anhang, in dem die Steckbriefe der verschiedenen statistischen Datenquellen vorgestellt werden. Ebenda wird die angewandte Methodik dargestellt.

Mit diesem ersten thematischen Gesundheitsbericht des Kantons Bern sollen die folgenden Zielsetzungen erreicht werden:

- Ausmass und Art der gesundheitlichen Ungleichheit der Bevölkerung des Kantons Bern sollen methodisch korrekt analysiert und beschrieben werden.
- Dazu sollen verschiedene Datenquellen analysiert werden, die einen möglichst umfassenden Einblick in die Situation der verschiedenen Lebensphasen geben sollen.
- Die Auswirkungen der sozialen Stellung auf die Gesundheit sollen anhand der internationalen Literatur dargestellt werden.
- Die Datenanalyse der Berner Bevölkerung und die Literaturstudie sollen Ansatzpunkte liefern, wie die soziale Ungleichheit in der Gesundheit der Berner Bevölkerung verringert werden kann.
- Daraus sollen im letzten Kapitel des Berichts Handlungsfelder für Gesundheits- und Sozialpolitik sowie übrige Politikbereiche herausgearbeitet werden. Es ist ein erklärtes Ziel, die Gesundheit der Berner Bevölkerung zu verbessern, indem die Chancen der sozial schlecht gestellten Bevölkerungsgruppen verbessert werden.

1.1 Ausgangslage

Gesundheit ist nicht nur ein zentraler Wert für jeden Einzelnen, sondern auch für die Gesellschaft als Ganzes. Schutz, Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit ist deshalb auch eine der wichtigsten Aufgaben der staatlichen Politik. Wenn man die Verteilung der finanziellen Ressourcen im heutigen Gesundheitssystem vor Augen hat, zeigt sich eine starke Ausrichtung auf die pathologische Perspektive. Priorität hat die Behandlung von bereits bestehenden Krankheiten oder Verletzungen und nicht die Verhütung, damit Gesundheitsprobleme gar nicht erst entstehen. Aufgrund der stark anwachsenden Gesundheitskosten stehen Prävention und Gesundheitsförderung wieder vermehrt im Fokus der Gesundheitspolitik. Gesundheitsproblemen und vorzeitigen Todesfällen kann man aber nur vorbeugen, wenn die Faktoren bekannt sind, die Gesundheit und Krankheit beeinflussen: die Determinanten der Gesundheit.

Wir können zufrieden sein mit der Gesundheit der Berner Bevölkerung.

Im Verlauf des 20. Jahrhunderts hat sich der Gesundheitszustand markant verbessert: Die Lebenserwartung der Schweizer Frauen ist um über 30 Jahre, diejenige der Männer um knapp 30 Jahre gestiegen.¹ Eine 2007 im Kanton Bern

¹ Huwiler, Bichsel, Junker, Minder, 2002

geborene Frau hat eine Lebenserwartung von 84,2 Jahren, ein 2007 geborener Mann eine Lebenserwartung von 79,5 Jahre. Dieser Zuwachs an Gesundheit hat mit medizinischen Fortschritten und mit der Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen (Hygiene, Wasserqualität, Ernährung, Arbeitsschutz, Wohlstand, soziale Sicherheit²) zu tun.

Aber nicht nur die Anzahl der Lebensjahre, sondern – was genauso bedeutsam ist – auch die Anzahl Jahre, die in guter Gesundheit verbracht werden, ist deutlich angestiegen. Mit der Kombination der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen (SGB) des Bundesamtes für Statistik zum selbstwahrgenommenen Gesundheitszustand und den Sterbetafeln für den Kanton Bern lassen sich erstmalig für den Kanton Bern Hinweise für eine sogenannte „Kompression der Mortalität“ zeigen. Darunter versteht man eine zunehmende Konzentration der Sterblichkeit in den hohen Altersjahren. Die in den letzten Jahren dazugewonnenen Lebensjahre (Steigerung der Lebenserwartung) sind mehrheitlich Lebensjahre in guter Gesundheit. Oder anders ausgedrückt: Die Berner und Bernerinnen leben nicht nur länger, sondern sie leben auch länger bei guter Gesundheit. Konnte eine 65-jährige Frau 1992 durchschnittlich damit rechnen, noch 11,1 Jahre in guter oder sehr guter (selbstwahrgenommener) Gesundheit zu leben, so waren es 2007 bereits 14,1 Jahre. Eine 2007 im Kanton Bern geborene Person kann damit rechnen, ungefähr 70 Jahre in guter Gesundheit zu leben. 15 Jahre früher waren es für Männer 6 Jahre, für Frauen 2 Jahre weniger.

Lebenserwartung in Jahren bei guter Gesundheit	1992	1997	2002	2007
Männer				
bei Geburt	63,3	65,3	68,8	69,7
bei Alter 65	11,6	11,6	12,4	12,6
Frauen				
bei Geburt	67,4	63,6	68,6	69,6
bei Alter 65	11,1	11,9	13,1	14,1

Tabelle 1.1 Lebenserwartung in guter Gesundheit im Kanton Bern 1992 bis 2007 bei Geburt und Alter 65 Jahre, Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragungen und Sterbefälle nach Alter und Geschlecht im Kanton Bern, BFS, eigene Berechnungen

Die häufigsten Krankheiten und Todesursachen haben sich ebenfalls verändert. Ein grosser Teil der **Krankheitslast** (sog. Burden of Disease) wird nicht mehr durch akute Krankheiten mit tödlichem Verlauf bestimmt, sondern durch chronische Krankheiten. Das Erkrankungsrisiko wie auch der Verlauf vieler dieser chronischen Krankheiten wird durch den Lebensstil mitbeeinflusst. Die gesellschaftliche Verbreitung der wichtigsten Risikofaktoren für chronische Erkrankungen wie Übergewicht, Alkoholkonsum und Rauchen kann durch Veränderungen auf der gesellschaftlichen wie individuellen Ebene beeinflusst werden.

² Rosenbrock, 2008, S. 2

Können wir wirklich zufrieden sein mit der Gesundheit der Berner Bevölkerung?

Betrachtet man die Verteilung der Gesundheit innerhalb der Bevölkerung etwas genauer, zeigt sich aber, dass die Chancen auf eine gute Gesundheit und ein langes Leben unterschiedlich verteilt sind und zwar hauptsächlich abhängig von den sozialen Merkmalen Einkommen, Bildung und der sozialen Stellung der Betroffenen.

„Menschen, die nach diesen Merkmalen im untersten Fünftel der Bevölkerung leben, haben in jeder Lebensphase – von der Wiege bis zur Bahre – ein ungefähr doppelt so hohes Risiko, ernsthaft zu erkranken oder zu sterben, wie Menschen aus dem obersten Fünftel.“³

Erstaunlicherweise zeigt sich dieser Zusammenhang nicht nur im Vergleich von armen und reichen Ländern, sondern auch innerhalb der einzelnen Staaten. Interessant ist auch, dass Länder mit stärker ausgeprägten Unterschieden zwischen Arm und Reich insgesamt eine schlechtere mittlere Gesundheit ausweisen als Länder mit einer ausgeglicheneren Verteilung der sozio-ökonomischen Ressourcen.⁴ Diese These konnte nun erstmals auch für die Schweiz bestätigt werden. Bei einer Analyse der unterschiedlichen Sterblichkeitsraten in den Schweizer Gemeinden durch das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern zeigte sich, dass die Kennwerte für absoluten Reichtum respektive Armut einer Gemeinde tatsächlich weniger wichtig sind als die Verteilung des Wohlstands⁵: Je ungleicher in einer Gemeinde die Einkommen verteilt sind, umso höher ist die Sterblichkeit der Wohnbevölkerung insgesamt.⁶

Die geschilderte Problematik verschärft sich dadurch, dass sich die Schere zwischen Armen und Reichen seit dem Zweiten Weltkrieg in der Schweiz deutlich geöffnet hat: Anfangs der 1990er Jahre verdienten die 20 Prozent der Schweizer Bevölkerung mit dem höchsten Einkommen siebenmal mehr als jene 20 Prozent mit dem tiefsten Einkommen. 1949 betrug dieser Faktor erst vier.⁷ Im Jahr 2006 lag das mittlere Einkommen (Medianeinkommen) der Haushalte im Kanton Bern gemäss Steuerdaten bei 65 087 Franken. Das heisst, je die Hälfte verfügte über ein grösseres beziehungsweise geringeres Einkommen. Die 10 Prozent der Haushalte mit den tiefsten Haushaltseinkommen erwirtschafteten im Mittel (Median) 17 226 Franken. Auf der anderen Seite liegen die 10 Prozent der Haushalte mit den höchsten Einkommen im Mittel bei 174 176 Franken – also zehnmal mehr.⁸

Die grossen Unterschiede im Wohlstand widerspiegeln sich neben dem Einkommen auch im Vermögen der Berner Bevölkerung (siehe Grafik 1.1). Die beiden Säulen stellen die Verteilung der Haushalte und der Privatvermögen dar. Daraus geht hervor, dass 49,9 Prozent der Haushalte zusammen über einen Anteil von 2,4 Prozent des gesamten Privatvermögens verfügen. Die vermögendsten 4,8 Prozent der Bevölkerung besitzen über 50 Prozent des gesamten Privatvermögens.

³ SVR, 2006, zit. nach Rosenbrock, 2008, S. 2

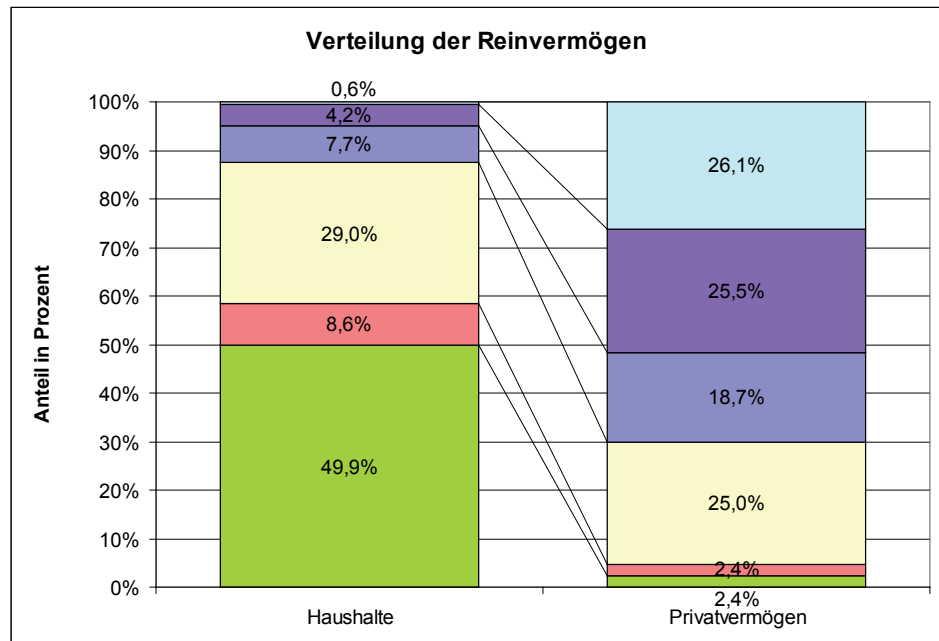
⁴ Wilkinson, 1986, 1992

⁵ Analyse der Sterblichkeitsrate (Standardisierte Mortalitätsrate, SMR) der über 25-jährigen Personen von 2000 bis 2005 pro Gemeinde in Abhängigkeit der durchschnittlichen Steuerrate sowie des Gini Indexes als Ausdruck der Stärke der Ungleichverteilung des Einkommens unter den Bewohnern einer Gemeinde

⁶ Spörri, Minder, Zwahlen, Egger, 2009

⁷ Suter, 2000

⁸ Gesundheits- und Fürsorgedirektion Kt. Bern, 2008



Grafik 1.1: Verteilung der Reinvermögen der Berner Bevölkerung (ab 26 Jahren) im Jahr 2006 (Quelle: Gesundheits- und Fürsorgedirektion, 2008)

Lesebeispiel: 49,9 Prozent aller Berner Haushalte (linke Säule unten) besitzen zusammen 2,4 Prozent des gesamten Privatvermögens im Kanton Bern (rechte Säule unten).

Der Sozialbericht zeigt ebenfalls auf, dass rund 7 Prozent der Berner Haushalte als arm, weitere 5 Prozent als armutsgefährdet bezeichnet werden müssen.

In absoluten Werten ausgedrückt gibt es im Kanton Bern über 50 000 arme oder armutsgefährdete Haushalte, in denen gut 90 000 Personen leben. Darunter sind mehr als 20 000 Kinder.⁹

Trotz der vorliegenden Erkenntnisse zum Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit wurde dieses Wissen bisher in der Schweiz noch wenig in gesundheitspolitische Massnahmen umgesetzt. Wie Mackenbach in einer Übersicht zu diesem Thema darlegt,¹⁰ wurde das Thema in Grossbritannien 1980 mit dem sogenannten „Black Report“ erstmals von einem europäischen Staat als zentrales politisches Problem diskutiert. Als Zweite folgten dann die Niederlande und Italien ab 1985. Danach wurden wichtige politische Programme, vor allem in Grossbritannien, in Schweden und Finnland vorangetrieben. In der Schweiz wird seit ungefähr 25 Jahren der Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit untersucht, aber diese Analysen haben sich auf die Sterblichkeit beschränkt. Seit 1992 werden alle fünf Jahre Schweizerischen Gesundheitsbefragungen durchgeführt. Auf dieser Basis sind in den letzten Jahren nationale und ein kantonaler Bericht für den Kanton Zürich entstanden, die über die Analyse der Sterblichkeit hinausgehen und Zusammenhänge mit der sozialen Lage aufzeigen. Im vorliegenden Bericht wird nun dieses Thema erstmals für den Kanton Bern aufge-

⁹ Sozialbericht des Kantons Bern. Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kt. Bern (2008).

¹⁰ Mackenbach, 2008, S. 290

griffen. Ebenfalls das erste Mal werden dabei die wertvollen Daten der Swiss National Cohort für einen Kanton ausgewertet. Diese Daten liefern Informationen über die Sterblichkeit und die Lebenserwartung in verschiedenen Gruppen der Bevölkerung.

1.2 Soziale Determinanten der Gesundheit

Will man die Gesundheit einer einzelnen Person oder einer ganzen Bevölkerung schützen und fördern, muss man die Faktoren kennen, die die Gesundheit im guten wie im schlechten Sinn beeinflussen: Dies sind die Determinanten der Gesundheit. Sie können sinnvollerweise in sechs grosse Bereiche eingeteilt werden, die aber nicht voneinander unabhängig sind, sondern in enger Wechselwirkung zueinander stehen:¹¹

- biologische Faktoren wie Alter, Gene, biologische Unterschiede der Geschlechter, angeborene Persönlichkeitseigenschaften
- physikalische Umwelt
- kulturelle Faktoren
- sozioökonomische und soziale Faktoren wie Einkommen, Bildung, beruflicher Status, ethnische Zugehörigkeit, Integration und soziales Kapital
- Stress, Stressbewältigung und Ressourcen
- Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen, Lebensstil

Dieser Bericht befasst sich mit einem Ausschnitt aus diesen Faktorenbereichen; nämlich mit dem Einfluss der sozialen Determinanten respektive mit der Wirkung von sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit.

Unter sozialer Ungleichheit wird die gesellschaftlich hervorgebrachte, dauerhaft vorgegebene Struktur ungleicher Verteilung knapper und begehrter materieller und immaterieller Ressourcen (einschliesslich ungleicher Zugangschancen zu ihnen) auf die Mitglieder einer Gesellschaft verstanden, die die Realisierung allgemein akzeptierter Lebensziele beeinflusst und damit die Qualität des Lebens entscheidend prägt.¹²

Die sozialepidemiologische Forschung der vergangenen vierzig Jahre hat in methodisch hochstehenden Studien unter Einbezug verschiedener Länder, Kontinente und Personengruppen zeigen können: Soziale Determinanten haben einen zentralen Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden, das Auftreten von körperlichen Beschwerden und Krankheiten wie auch auf die Sterblichkeit in einer Bevölkerung.¹³

¹¹ Beispiel 1: Ein Mann ist hohem Stress bei der Arbeit ausgesetzt, die er mit erhöhtem Alkoholkonsum zu „bewältigen“ versucht. Darunter leiden seine Arbeitsleistungen und seine Gesundheit. Er verliert seine Arbeitsstelle und damit auch wichtige soziale Kontakte. Seine persönlichen Ressourcen (v.a. Selbstwert) und auch seine finanziellen Möglichkeiten verringern sich und er gerät dadurch in immer stärkere soziale Isolation.

Beispiel 2: Eine Familie muss sich mit knappen finanziellen Ressourcen über die Runden bringen, was u.a. dazu führt, dass Eltern und Kinder einer gesundheitsschädlichen Wohnsituation ausgesetzt sind (hohes Verkehrsaufkommen, Luftverschmutzung und Lärm).

¹² Hradil, 1987

¹³ Übersicht bei Marmot, Wilkinson, 2006

Die dabei am häufigsten untersuchten Determinanten der sozialen Position einer Person sind:

- Schulbildung
- Einkommen
- berufliche Position

Neuere Ansätze der Sozialepidemiologie betonen, dass die Bedeutung der einzelnen Faktoren sich mit fortschreitendem Lebensverlauf verändern. Im Alter ist beispielsweise der (ehemalige) berufliche Status wenig aussagekräftig, hingegen ist die Bildung lebenslang von Bedeutung. Es zeigen sich ebenfalls geschlechterspezifische Unterschiede: So scheint beispielsweise die Bildung für Schweizer Frauen ein wichtigerer Einflussfaktor zu sein als die berufliche Stellung im Gegensatz zur Situation der Schweizer Männer.¹⁴ Bei vielen sozioökonomischen Faktoren zeigt sich ausserdem nicht nur ein Unterschied zwischen sozial gut und schlecht ausgestatteten Personen und Gruppen, sondern ein eigentlicher *sozialer Gradient der Gesundheit*: Mit jedem zusätzlichem Jahr Bildung verringert sich beispielsweise die Sterblichkeit der Schweizer Bevölkerung.¹⁵ Ein Mangel an ökonomischen und sozialen Ressourcen beeinträchtigt die Gesundheit über die gesamte Lebenszeit hinweg.

Wie beeinflussen die sozialen Determinanten die Gesundheit?

Die klassischen sozialen Determinanten der Gesundheitsforschung, abgeleitet aus Max Webers Arbeiten (Geld, Prestige und Machtunterschiede), zeigen zwar einen wechselseitigen (korrelativen) Zusammenhang auf, vermögen diesen aber nicht als kausales Geschehen zu erklären. Wie beeinflusst die Schulbildung die Sterblichkeit? Welcher kausale Zusammenhang besteht zwischen der finanziellen Situation und dem Gesundheitszustand?

Dabei stellt sich immer wieder die Frage, ob die Zusammenhänge (Korrelationen) zwischen sozialer Lage und Gesundheitschancen, wie sie auch in diesem Bericht in Querschnittdaten untersucht werden, das Ergebnis eines sozialen Verursachungsprozesses, eines sozialen Selektionsprozesses oder einer Kombination der beiden sind. *Mit anderen Worten: Ist jemand krank, weil er arm ist, oder ist er arm, weil er krank ist?*

Diese Frage kann nur beantwortet werden, wenn soziale Lage und Gesundheit von Menschen über einen längeren Zeitraum beobachtet werden. Damit können Ursache und Folge auseinandergehalten werden. Die verschiedenen Longitudinalstudien (Studien, in denen die Teilnehmenden über längere Zeit beobachtet und befragt werden), die sich damit beschäftigt haben, zeigen, dass diese Frage heute eindeutig beantwortet werden kann: Es wurden zwar Selektionsprozesse (Krankheit macht arm) festgestellt, diese hatten aber ein eindeutig geringeres Gewicht als die Verursachungshypothese (Armut macht krank).¹⁶

Insgesamt wurden in der wissenschaftlichen Literatur folgende unterschiedliche Erklärungsansätze diskutiert:

- Artefakt: Dieser Ansatz postuliert, dass gar keine realen Unterschiede bezüglich Gesundheitschancen existieren. Die beobachteten Differenzen zwischen armen

¹⁴ BAG, 2008

¹⁵ Bopp, Minder, 2003

¹⁶ Dohrenwend, 1987; Wheaton, 1978, Wilkinson, 1986; Borgers, Steinkamp, 1994

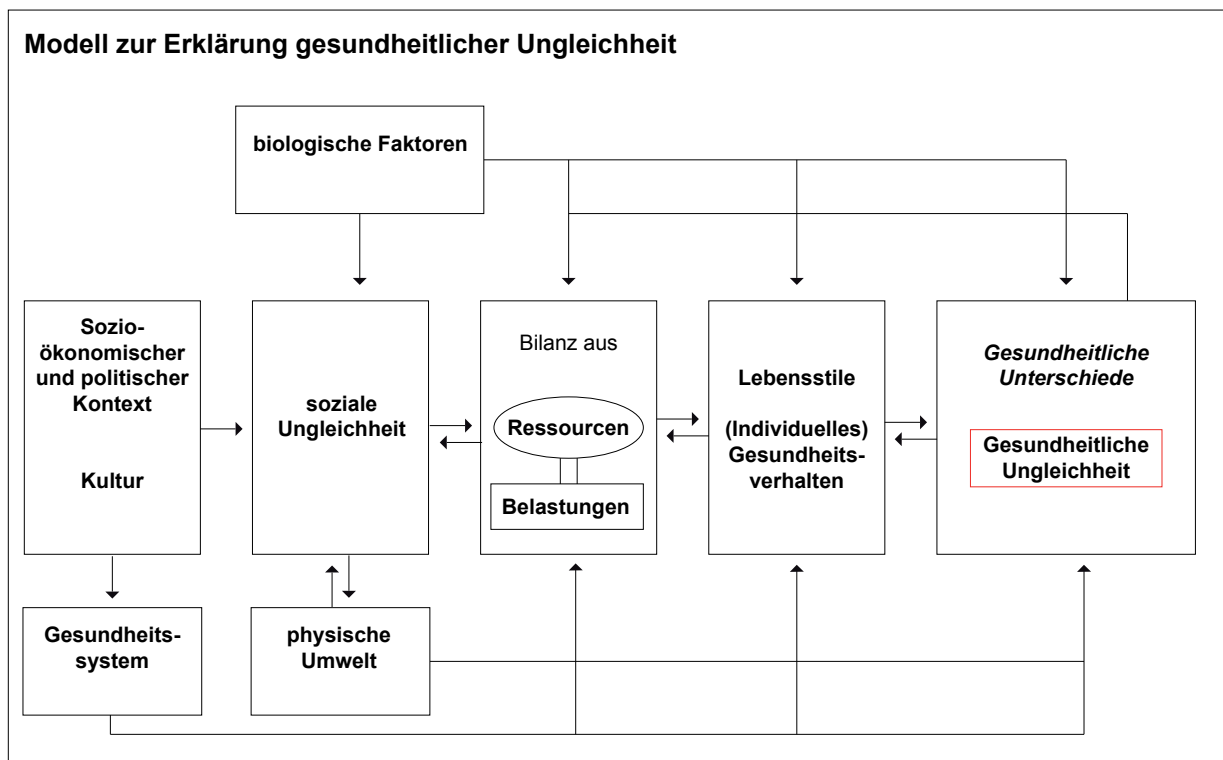
und reichen Personen werden ausschliesslich durch methodische Probleme verursacht.

- soziale Selektionsprozesse: Armut macht nicht krank, sondern Krankheit macht arm.
- materieller Erklärungsansatz: Die finanzielle Deprivation verursacht Krankheit und frühzeitiges Sterben.
- kulturell-verhaltensbezogener Erklärungsansatz: Angehörige der unteren sozialen Schichten lernen aufgrund ihrer kulturellen Zugehörigkeit bestimmte gesundheitsschädigende Verhaltensmuster (Lebensstil).
- psychosozialer Erklärungsansatz: Eine tiefe soziale Position bewirkt chronischen Stress kombiniert mit ungünstigen, gesundheitsschädlichen Bewältigungsstrategien.
- Ungleichheit im Zugang zum Gesundheitssystem: Personen mit tiefem sozialem Status haben mehr Mühe, kompetent mit dem Gesundheitssystem umzugehen und werden gleichzeitig tendenziell schlechter behandelt (Unter- und Fehlversorgung).

Borgers und Steinkamp, Vertreter des psychosozialen Ansatzes, postulieren, dass es notwendig ist, eine zusätzliche Ebene (Mesoebene) als vermittelnde Instanz zwischen Makroebene (strukturelle soziale Ungleichheit) und Mikroebene (Individuum) einzubeziehen. Diese Mesoebene beschreibt, wie sich strukturelle soziale Ungleichheit auf das Alltagsleben der Betroffenen in Partnerschaft, Familie, Beruf und Freizeit auswirkt. Sie besteht aus *Belastungen* einerseits und *Ressourcen* andererseits. Im Zentrum steht die Beobachtung, dass nicht nur das Ausmass der Belastungen von Bedeutung für die Gesundheit ist. Es gibt genügend Befunde, dass beispielsweise ein kritisches Lebensereignis wie der Verlust eines Arbeitsplatzes je nach Person sehr unterschiedlich wahrgenommen und verarbeitet werden kann. Die Fähigkeit mit Belastungen umzugehen, hängt hauptsächlich damit zusammen, welche sozialen, persönlichen und materiellen Ressourcen jemandem zur Verfügung stehen, um die Belastung zu bewältigen.

Modell zur Entstehung sozialer Ungleichheit in der Gesundheit

Ausgehend vom heutigen Stand der wissenschaftlichen Diskussion wird im Folgenden das Modell zur Erklärung sozialer Ungleichheit in der Gesundheit vorgestellt, das für die Erarbeitung dieses Berichts wegweisend war. Es ermöglicht eine Strukturierung der Fragestellungen, die Einordnung von Möglichkeiten und Grenzen der vorgenommenen Analysen und Schlussfolgerungen, die der gewählten Vorgehensweise angemessen sind. Wichtig ist das Modell auch zur Abgrenzung des Themas, das hier untersucht werden soll, respektive zur Abgrenzung all jener Themen, die im Rahmen dieses Berichts nicht behandelt werden.



Grafik 1.2: Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit¹⁷

Gesundheitliche Ungleichheiten haben verschiedenste Ursachen. Nur ein Teil dieser Ursachen ist von Interesse für diesen Bericht. Das Modell (Grafik 1.2) gibt einen groben Überblick über die Gesamtheit der Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen. So haben beispielsweise biologische Faktoren (etwa biologische Unterschiede verbunden mit dem Geschlecht, biologische Prozesse des Alterns, genetische Veranlagung etc.) einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Sie sind aber für unsere Fragestellung – Zusammenhang zwischen sozialer Stellung und Gesundheit – nicht von Interesse. Auch die physische Umwelt (Luftbelastung, Wasserqualität etc.) steht nicht im Zentrum der Überlegungen. Schliesslich wurde auch entschieden, die sozial unterschiedliche Zugänglichkeit des Gesundheitsversorgungssystems nicht in den Fokus des Berichts zu stellen.

Im Zentrum unserer Fragestellungen stehen hingegen die Wirkungsketten zwischen den sozio-ökonomischen und kulturellen Kontextbedingungen, den daraus folgenden sozialen Ungleichheiten mit Einfluss auf die Balance von Ressourcen und Belastungen, Lebensstil und schliesslich auf die (sozial bedingte) gesundheitliche Ungleichheit.

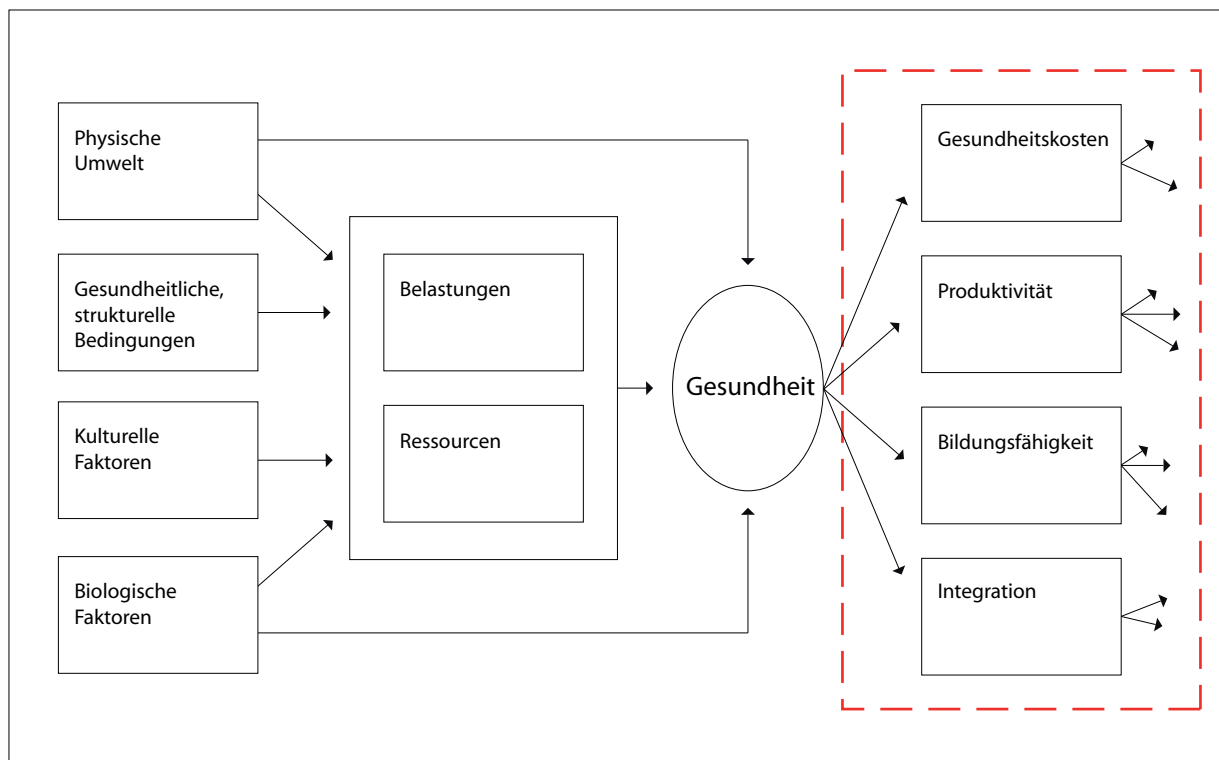
Ein methodisches Problem der bisherigen Gesundheitsberichterstattung besteht darin, dass soziale Determinanten meistens in bivariaten deskriptiven Modellen analysiert wurden. Es wurden also immer nur *zwei* Variablen auf ihren Zusammenhang hin untersucht (Beispiel: Schulbildung und Rückenschmerzen). Diese Vorgehensweise ist aus epidemiologischer Sicht nicht befriedigend, werden doch dabei Personengruppen miteinander verglichen, ohne dass Unterschiede in der Altersstruktur oder der Geschlechtsverteilung berücksichtigt wurden. Soziale

¹⁷ modifiziert nach: Rosenbrock, Gerlinger, 2006, S. 45

Indikatoren wie beispielsweise die höchste abgeschlossene Schulbildung sind aber nicht unabhängig vom Alter und vom Geschlecht der untersuchten Personen. Die ältere Generation hat tendenziell eine tiefere Schulbildung genossen, und Frauen nehmen tendenziell eine tiefere soziale Position ein als Männer (vgl. Kapitel 3). Es ist deshalb zentral, Einflüsse des Alters und des Geschlechts vom Einfluss der sozialen Position getrennt zu analysieren. Dies wird in diesem Bericht für die erwachsene Bevölkerung des Kantons Bern mittels multivariater Analyse (das heisst in einem statistischen Modell mit Einbezug von mehr als zwei Variablen) erstmals umgesetzt.

Ein schlechter Gesundheitszustand der Bevölkerung vermindert die Produktivität einer Gesellschaft

In der Public-Health-Forschung und -Politik wird Gesundheit nicht mehr ausschliesslich als abschliessendes *Ziel* betrachtet, sondern gleichzeitig auch als *Voraussetzung* für andere individuelle und gesellschaftliche Werte. Eine gute Gesundheitssituation der Bevölkerung ist Voraussetzung für die Entfaltung des Entwicklungspotenzials der Kinder, für ihre Bildungsfähigkeit, für die Arbeitsfähigkeit der Erwerbstätigen und für die Übernahme sinnstiftender sozialer Rollen in der Gesellschaft. Dieses Umdenken in der Gesundheitspolitik kann mit der folgenden Grafik veranschaulicht werden. Die nachfolgenden Konsequenzen sind im rot gestrichelten Kasten dargestellt.



Grafik 1.3: Verständnis der Bedeutung von Gesundheit als Voraussetzung für gesellschaftliche Produktivität

Geht man von dieser ganzheitlicheren Betrachtungsweise aus, wird klar, dass die schlechten Gesundheitschancen der sozial Benachteiligten auch negative Konsequenzen für die gesamte Gesellschaft haben.

1.3 Erkenntnisse des ersten Berner Sozialberichts zur Verbreitung von Armut

In diesem Unterkapitel wird nun speziell auf eine der drei Dimensionen der sozialen Lage eingegangen: den finanziellen Wohlstand respektive dessen Gegenstück – die Armut. Der Berner Sozialbericht, der im Jahr 2008 publiziert wurde, liefert wertvolle Erkenntnisse zur Verbreitung, den Ursachen und Folgen von Armut in der Bevölkerung des Kantons Bern.

Im Kanton Bern gibt es verschiedene Bevölkerungsgruppen, die besonders stark von Armut betroffen sind. Je nachdem, unter welcher Optik das Phänomen Armut untersucht wird, zeigt sich das Armutsrisiko unterschiedlich stark ausgeprägt. Folgende Bevölkerungsgruppen treten aber – unabhängig von der je angewandten Untersuchungsmethodik – immer als Risikogruppen ins Blickfeld:

- **Kinder und Jugendliche:**
Die Sozialhilfequote des Kantons Bern betrug im Jahr 2006 über alle Altersklassen hinweg betrachtet 4,3 Prozent. Die Sozialhilfequote sinkt mit zunehmendem Alter mehr oder weniger kontinuierlich. Das heisst aber auch, dass Kinder und Jugendliche ein besonders hohes Sozialhilferisiko tragen. Fast jedes 10. Kind im Alter von 0 bis 5 Jahren bezieht über seine Eltern Sozialhilfe. Betrachtet man die Kinder im Alter von 0 bis 15 Jahren, ändert sich das Bild kaum. Deren Sozialhilfequote beträgt immer noch 8 Prozent. Auch Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 16 bis 25 Jahren haben mit 6 Prozent eine über dem Kantonsdurchschnitt liegende Sozialhilfequote.
- **Personen mit Migrationshintergrund:**
Untersucht man die Sozialhilfebeziehenden im Kanton Bern hinsichtlich ihrer Nationalität, zeigen sich im Jahr 2006 je nach Migrationshintergrund sehr deutliche Unterschiede: Das Sozialhilferisiko von ausländischen Jugendlichen ist drei- bis viermal so hoch wie jenes von Schweizer Kindern und Jugendlichen. Rund jedes 5. ausländische Kind zwischen 0 und 15 Jahren bezieht im Kanton Bern Sozialhilfe. Bei den Jugendlichen beziehungsweise jungen Erwachsenen zwischen 16 und 25 Jahren sinkt das Sozialhilferisiko nur leicht und ist mit knapp 15 Prozent immer noch sehr hoch. Zwar nimmt die Sozialhilfequote auch bei den Ausländerinnen und Ausländern mit zunehmendem Alter ab, doch bleibt diese in allen Altersklassen über dem kantonalen Durchschnitt – und beträgt immer ein Mehrfaches der Sozialhilfequote der Berner Bevölkerung mit Schweizer Pass. Unabhängig vom Sozialhilfebezug zeigt sich in den Staatssteuerdaten des Jahres 2006, dass Haushalte mit ausländischem Vorstand sehr viel öfter Einkommen unter der Armutsgefährdungsgrenze aufweisen als Haushalte mit Schweizer Vorstand. Diese Ungleichheit wächst im Laufe des Lebens. Ist der Anteil der armen ausländischen Haushalte bei 26-Jährigen nicht sehr viel höher als in der Schweizer Bevölkerung, so öffnet sich die Schere zunehmend. Insbesondere verbessert sich die Lage ausländischer Haushalte nach der Familienphase nicht. Auch im AHV-Rentenalter sind sie viel häufiger arm oder armutsgefährdet. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass es sich bei der ausländischen Bevölkerung im Kanton Bern um eine höchst heterogene Gruppe handelt. Nicht alle Ausländer sind gleich stark armutsgefährdet. Dies verdeutlicht sich bei der Untersuchung der Quote der Working Poor nach Nationalität. Ausländer aus Nicht-EU-Staaten

tragen mit knapp 20 Prozent das höchste Working-Poor-Risiko. An zweiter Stelle kommen Personen aus dem südlichen EU-Raum, sie haben eine Working-Poor-Quote von knapp 13 Prozent. Mit einem deutlichen Abstand folgen Schweizerinnen und Schweizer, die mit gut 5 Prozent die zweittiefste Quote haben. Am geringsten ist das Working-Poor-Risiko für Arbeitnehmende aus EU-Mitgliedstaaten in Nord- und Westeuropa.¹⁸

- **Alleinerziehende:**
Untersucht man das Risiko, von Sozialhilfe abhängig zu sein, nach Haushaltstyp, zeigt sich, dass Alleinerziehende mit einer Unterstützungsquote von 25 Prozent (im Jahr 2006) besonders stark betroffen sind. Ihr Risiko ist rund fünfmal höher als das mittlere Risiko aller Privathaushalte (5,2 %). Die besonders stark akzentuierte Armutsbetroffenheit von Alleinerziehenden zeigt sich nicht nur in der Sozialhilfestatistik. Auch die Analyse der kantonalen Steuerdaten des Jahres 2006 bestätigt diesen Befund: Je nach Anzahl der zu betreuenden Kinder verfügen 26,7 bis 36 Prozent der alleinerziehenden Frauen über ein Haushaltseinkommen, das unter der Sozialhilfegrenze liegt.

Bildung und Gesundheit als wichtige Schutzfaktoren vor Armut

Die Ursachen für die stark erhöhte Armutsbetroffenheit der oben beschriebenen Bevölkerungsgruppen lassen sich nicht auf einige wenige Punkte reduzieren. Auch ist nicht in jedem Fall klar, ob ein untersuchtes Phänomen nun eine Ursache oder eine Folge von Armut ist. Bei den meisten Ursachen und Folgen handelt es sich um Phänomene mit wechselseitigen Wirkungsbeziehungen. Die nachfolgend aufgeführten Ursachen können aber nachweislich am Anfang – quasi als „Auslöser“ – einer individuellen Armutsproblematik stehen oder eine solche verfestigen.

- **Bildung:**
Bildung ermöglicht den Zugang zum Arbeitsmarkt und kann die Fähigkeit, in Krisensituationen auf erlernte Problemlösungsstrategien zurückzugreifen, verbessern. So zeigt sich auch eindeutig, dass die Sozialhilfegefährdung mit zunehmender Bildung stark abnimmt. In der Gesamtbevölkerung des Kantons Bern waren 23,7 Prozent der Personen ohne Ausbildung. Unter den Sozialhilfebeziehenden bildeten die Personen ohne Ausbildung aber einen Anteil von 49,6 Prozent.
- **Gesundheit:**
Eine gute gesundheitliche Verfassung ist eine wichtige Grundlage für die volle Leistungsfähigkeit einer Person und damit für die Möglichkeit, sich am Erwerbsleben zu beteiligen. Eine aus gesundheitlichen Gründen verminderte Leistungsfähigkeit wirkt sich rasch auf die Anstellungs- und damit Verdienstmöglichkeiten aus. Das Erwerbseinkommen ist aber für Personen im Erwerbsalter mit Abstand die wichtigste Einkommensquelle. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes durch Krankheit oder Unfall kann trotz eines vermeintlich gut ausgebauten Gesundheitssystems Ursache für Armut sein. Dies zeigen mehrere im Rahmen des Sozialberichts 2008 durchgeführte Interviews mit Armutsbetroffenen.
- **Berufliche Integration:**
Mangelnde berufliche Integration kann auf verschiedenen Ebenen Ursache von Armut sein. Jugendliche und junge Erwachsene etwa sind nur ungenügend im

¹⁸ Bundesamt für Statistik: Statistisches Jahrbuch 2006, S. 454

System der Sozialversicherungen integriert. Nach einer abgeschlossenen Ausbildung oder nach nur kurzer Erwerbstätigkeit existiert kaum oder nur ungenügender Anspruch auf Leistungen der Arbeitslosenversicherung.

Armut kann verschiedenste direkte und indirekte Folgen haben. Im Zusammenhang mit der Gesundheit besonders gravierend: die soziale Isolation.

Die wirtschaftliche Lage einer Person hat einen bedeutenden Einfluss auf die Quantität der sozialen Kontakte. Denn gemeinsame Freizeitaktivitäten mit Freunden und Bekannten, Einladungen, der Besuch kultureller Veranstaltungen und Vereinsaktivitäten sind zumindest teilweise eine Frage von finanziellen Ressourcen.¹⁹ Die Spannweite finanziell bedingter gesellschaftlicher Isolation kann sehr breit sein: Vom Kind, das aufgrund des geringen Einkommen der Eltern an gewissen Aktivitäten nicht teilnehmen kann und dadurch teilweise aus der Klassengemeinschaft ausgeschlossen wird, bis hin zu Erwachsenen, die eine Einladung zum Nachtessen ablehnen, da die implizit erwartete Gegeneinladung das Haushaltsbudget überschreiten würde. Die soziale Isolation wirkt sich insbesondere in kritischen Lebenssituationen negativ auf eine Person aus, weil die soziale Unterstützung bei der Bewältigung der Krise fehlt.

Armut wird mitunter „vererbt“

Insbesondere bei dauerhafter Armut von Familien besteht das Risiko der „Vererbung“ auf die folgende Generation. Wobei hier der Begriff „Vererbung“ nicht im biologischen, sondern im sozialen Sinn gemeint ist: „Vererbung“ von gesellschaftlichen Chancen und Risiken. Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt,²⁰ dass die Zugehörigkeit zu einem bestimmten sozialen Milieu mitverantwortlich ist für den Bildungserfolg. Zwischen dem Bildungsniveau der Eltern und demjenigen ihrer Kinder findet sich oft ein signifikanter Zusammenhang. Die Erfahrungen und Erfolge im Bildungssystem der Eltern gelten als mitverantwortlich für den Erfolg der nachfolgenden Generation.

Die aus der elterlichen Armut resultierende Lebenssituation und die Sozialisierungsbedingungen haben oft ungünstige Auswirkungen auf die kognitive und die soziale Entwicklung, die Bildungschancen und damit schliesslich auch auf die Berufschancen der Kinder.

1.4 Wie wirken sich soziale Determinanten auf die Gesundheit aus? Zentrale Erkenntnisse aus der internationalen Forschung

Wie bereits erwähnt zeigen Schweizer Forschungsergebnisse, dass sich mit jedem zusätzlichen Jahr Schulbildung das Risiko eines vorzeitigen Todes kontinuierlich senkt.²¹ Warum ist dies so? Wie wirken sich Schulbildung, Einkommen oder berufliche Stellung auf die Gesundheit und Lebenserwartung aus? Die Frage nach Kausalitäten kann mit den für diese Analysen zur Verfügung stehenden Daten nicht beantwortet werden. Die hier analysierten Querschnittstudien geben eine Momentaufnahme wieder, was keine Unterscheidung zwischen Ursache und

¹⁹ Leu 1997, S. 261

²⁰ vgl. Hofmann et al. 2001

²¹ Bopp, Minder, 2003

Folge eines Faktors erlaubt. Um mehr über diese kausalen Zusammenhänge zu erfahren, ist es notwendig, sich auf die Ergebnisse von prospektiven Längsschnittstudien abzustützen. Dabei wird eine definierte Population von gesunden Personen über mehrere Jahre bis Jahrzehnte beobachtet und in diesem Zeitraum daraufhin untersucht, wie sich bestimmte Risikokonstellationen auf die ausgewählten Gruppen (Beispiel: gesunde Mitarbeitende eines Grossbetriebs zwischen 30 und 50 Jahren, welche als Arbeiter versus Führungskräfte angestellt sind) auswirken.

In der internationalen Gesundheitsforschung wurden zahlreiche solche Längsschnittstudien durchgeführt. Die bekanntesten sind die sogenannten Whitehall I- und Whitehall II-Studien, die unter anderem von Michael Marmot geleitet wurden.²² Die erste dieser prospektiven Kohortenstudien wurde 1967 in England mit 18 000 Männern gestartet, die in der Verwaltung tätig waren. Die Studie konnte in dieser Kohorte einen starken Einfluss der sozialen Klasse auf die Sterblichkeit nachweisen. Die zweite Studie (Whitehall II) wurde 1985 mit 10 308 Verwaltungsangestellten zwischen 35 und 55 Jahren gestartet und dauert bis heute an. Diesmal integrierte man auch Frauen und wollte mehr über die Art der Wirkung der sozialen Klasse auf die Sterblichkeit und Gesundheit erfahren. Das Studiendesign beinhaltet Befragungen zum Gesundheitszustand ebenso wie medizinische Untersuchungen. Die Kohorte wird älter, ein immer grösserer Anteil der Teilnehmenden scheidet aus dem Erwerbsleben aus und die Studie konzentriert sich nun immer stärker auf die Lebensphase des Alterns.

Mit dieser Art von Studien konnte die Plausibilität einiger zentraler Theorien zu Wirkfaktoren, die zwischen sozialen Determinanten und körperlichen und psychischen Prozessen vermitteln, belegt werden. Kritisch angemerkt werden muss allerdings, dass viele dieser Studien aus pragmatischen Gründen mit Erwerbstätigen eines bestimmten Unternehmens durchgeführt wurden. Dies schliesst bestimmte Bevölkerungsgruppen von vornherein aus den Überlegungen aus: nicht erwerbstätige Frauen, die sich der Familienarbeit und Hausarbeit widmen, oder Personen, die aus dem Arbeitsmarkt ausgeschieden sind. In früheren Studien wurden oft auch alle Teilzeitarbeitende aus den Untersuchungen ausgeschlossen, was teils dazu führte, dass sich die Analyse ausschliesslich auf Männer konzentrierte.

Ein wichtiges erstes Fazit aus diesen prospektiven Kohortenstudien lautet: Es gibt keine einfache Antwort auf die Frage, wie soziale Determinanten Gesundheit beeinflussen. Es existiert keine singuläre Wirkungskette, sondern die Antwort liegt in einer Kumulation von günstigen respektive ungünstigen Bedingungen.

Im Folgenden sollen die wichtigsten dieser Bedingungen und Wirkungsketten und ihrer Wechselwirkungen, die empirisch gut belegt sind, aufgeführt werden.

Integration versus sozialer Ausschluss

Eine der wichtigsten und am besten belegten Erkenntnisse der epidemiologischen Forschung betrifft die Bedeutung der sozialen Integration für die Gesundheit. Ob jemand ein soziales Netz hat, ob seine sozialen Kontakte und Beziehungen eine positive Qualität haben, ob er Hilfe erhält, wenn er sie braucht,

²² Marmot, Brunner, 2005

all dies hat fundamentale Auswirkungen auf die Gesundheit und auch auf das Gesundheitsverhalten.²³ Soziale Beziehungen können positiv, vertrauensvoll, wertschätzend und unterstützend sein, genauso aber auch konfliktbeladen oder feindselig. Entsprechend können Beziehungen die Gesundheit schützen und fördern oder aber auch schädigen. Wer aber sozial isoliert lebt, über keine nahen Bezugspersonen als Vertrauenspersonen verfügt und (genauso wichtig) kaum Bekannte (sog. weak ties) hat, dessen Gesundheitschancen sind deutlich verringert. Die wissenschaftliche Gewissheit (Evidenz) der Schutzwirkung sozialer Beziehungen für Gesundheit und Lebenserwartung ist in den letzten 40 Jahren stark gewachsen.²⁴ Der stärkste Einfluss von sozialer Unterstützung auf die Sterblichkeit konnte im Zusammenhang mit der Herz-Kreislauf-Sterblichkeit nachgewiesen werden.²⁵ Der Mensch ist ein soziales Wesen. Aus dem sozialen Kontakt erwächst ihm Trost, Vertrauen, Wertschätzung, Wissen, praktische Hilfe. Die Wirkung sozialer Nähe auf die körperliche wie auch psychische Gesundheit konnte experimentell sowohl auf der rein physiologischen wie auch der psychologischen Ebene unzweifelhaft nachgewiesen werden.

Viele der früheren Konzeptionen von sozialen Ressourcen gingen von der Vorstellung aus, dass es sich bei der sozialen Unterstützung um eine Eigenschaft der Umwelt handelt, die ausserhalb und unabhängig des Individuums existiert und bei Bedarf einfach abgerufen werden kann. Wenn beispielsweise genügend soziale Kontakte vorhanden sind, ist die soziale Unterstützung damit gegeben. Dem ist aber nicht so. Es hängt genauso stark von den persönlichen Eigenschaften einer Person ab, ob sie soziale Kontakte nutzen kann, ob sie fähig und bereit ist, um Hilfe zu bitten, ob sie fähig ist, sowohl praktische Hilfeleistungen wie auch persönliches Feedback oder Trost anzunehmen. Die für die Gesundheit zentrale soziale Unterstützung entsteht damit in der Interaktion zwischen Person und Umwelt.²⁶

Was heisst das konkret? Soziale Unterstützung entsteht in der Interaktion zwischen Person und Umwelt und dies in einem zeitlichen Prozess (Transaktion). Sowohl die Person wie auch ihre Umwelt verändern sich im Verlauf dieser Interaktionen, was wiederum einen Einfluss auf die Interaktionspartner hat. Das Geben und Nehmen von Hilfe und Unterstützung, die Art wie dieser soziale Prozess verläuft, hat einen starken Einfluss auf die Entwicklung einer Beziehung, kann diese enger, stärker machen, aber im ungünstigen Fall auch schwächen oder zerstören.

Diese Transaktion findet in einem ökologischen Kontext statt, das bedeutet, dass die Umgebungsbedingungen einen Einfluss auf diese Transaktion nehmen. So ist es beispielsweise nachgewiesen, dass die architektonische Gestaltung eines öffentlichen Raumes oder Wohngebäudes den sozialen Kontakt der Bewohner beeinflusst.²⁷

Im Modell gesundheitlicher Ressourcen von Gutscher und Hornung wird postuliert, dass zur Erhaltung und Nutzung von Gesundheitsressourcen wiederum andere Ressourcen eingesetzt werden müssen. Um Freunde zu gewinnen, die

23 Berkman, Glass, 2000

24 Rose, 1992; Berkman, Kawachi, 2000

25 Berkman, Syme, 1979; House et al., 1982

26 Vaux, 1990

27 Fleming, Baum, Singer, 1985; Moos, 1984

im Bedarfsfall unterstützen, Wertschätzung und das Gefühl der Zugehörigkeit vermitteln, muss man eine gewisse soziale Kompetenz haben. Personen mit hohem Selbstwertgefühl, Empathie und Bereitschaft zur Selbstöffnung bauen sich ein grösseres Netzwerk auf und erhalten mehr soziale Unterstützung in einer neuen sozialen Umgebung.²⁸ Dies weist auf eine problematische Konstellation bei sozial weniger kompetenten Menschen hin: den Teufelskreis immer stärker abnehmender Ressourcen respektive eine Kumulation von gesundheitsschädlichen Lebens- und Persönlichkeitsbedingungen.

Armut fördert Einsamkeit ... und damit auch Krankheit

Einer der wichtigsten Erklärungsansätze für den Zusammenhang zwischen sozialer Stellung und Gesundheit lautet: Relative soziale Benachteiligung wirkt sich unter anderem negativ auf die Gesundheit aus, da sie bei den schlecht gestellten Personen zunehmend zur sozialen Ausgrenzung führt.²⁹ Sowohl tiefes Einkommen respektive Armut wie auch tiefe Schulbildung zeigen einen Zusammenhang mit sozialer Isolation.³⁰ Der zweite Teil des Sozialberichts 2008 des Kantons Bern mit Interviews von Armutsbetroffenen zeigt diesen Zusammenhang anhand von Einzelschicksalen eindrücklich auf: Armut ist ein Makel in unserer reichen Gesellschaft, muss um jeden Preis versteckt werden und führt deshalb zum sozialen Rückzug der Betroffenen.

Wie Berkman und Melchior in einer interessanten Vergleichsstudie zwischen Frankreich und den USA zeigen konnten, ist die Frage, ob sozial schlechter gestellte Personen tatsächlich ausgegrenzt werden und sozial isoliert sind, auch von den gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen abhängig. So konnte beispielsweise in Frankreich eine deutlich bessere Integration von sozial schlecht gestellten Gruppen beobachtet werden als in den USA. Die Autorinnen führen dies auf die soziale Integrationspolitik Frankreichs im Vergleich zur ausgeprägten Segregationstendenz der Sozialpolitik in den USA zurück:

„Wirtschaftliche Rahmenbedingungen erzeugen Muster sozialer Ausgrenzung, indem sie die Chancenstruktur der Individuen einschränken, an zentralen gesellschaftlichen Bereichen der Erwerbstätigkeit, des Familienlebens und der Einbindung in Nachbarschaft und Gemeinden zu partizipieren.“³¹

Interventionen zur Förderung sozialer Ressourcen respektive ein Verhindern der zunehmenden Isolation von sozial Benachteiligten sind damit ein vielversprechendes Mittel zur Verbesserung der Chancengleichheit und Gesundheitsförderung. Sie müssen aber nicht auf der individuellen, sondern auf der makrosozialen Ebene ansetzen.

Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die eigene Gesundheit auswirken – zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem, in der Gesellschaft und auf politischer Ebene. Gesundheitskompetenz ermächtigt Personen zur Selbstbestimmung und zur Übernahme von Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit bezüglich

28 Bachmann, 1998

29 Wilkinson, 2005

30 Wilkinson, 2005

31 Berkman, Melchior, 2008, S. 86

ihrer Gesundheit. Sie verbessert ihre Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen. Zunehmend wird auf die Bedeutung der Gesundheitskompetenz als wichtige Determinante von Gesundheit und von gesundheitlicher Ungleichheit hingewiesen. In fast allen Lebenslagen werden Menschen mit Entscheidungen zur Gesundheit konfrontiert, denn der Bereich der Gesundheit hat sich weit über die Grenzen des Systems der medizinischen Versorgung ausgedehnt. Aber nicht alle Menschen sind aufgrund ihres Bildungsgrades darauf vorbereitet. Zwar steht der Bevölkerung immer mehr Informationen über Gesundheit zur Verfügung, aber viele Menschen besitzen nicht die notwendigen Fähigkeiten, sie zu nutzen und in gesundheitsförderliches Handeln umzusetzen, sei es im persönlichen Gesundheitsverhalten oder in Bezug auf Angehörige.

Gesundheitsentscheidungen werden nicht nur in Bezug auf einen gesunden Lebensstil getroffen, sondern auch in Hinblick auf die Nutzung des Gesundheitssystems und ein Leben mit einer chronischen Krankheit. Moderne Gesundheitssysteme sind von hoher Komplexität. Häufig wird unterschätzt, wie schwierig es für Menschen sein kann, das System rechtzeitig und richtig zu nutzen, über ihre Krankheit zu sprechen und an Behandlungsentscheidungen mitzuwirken. Patienten mit niedriger Gesundheitskompetenz haben meist geringere Kenntnisse über Symptome, gehen seltener zu Früherkennungsuntersuchungen und befolgen ärztliche Verhaltensratschläge oder Vorschriften zur Medikamenteneinnahme weniger.

In Bezug auf soziale Ungleichheit ergibt sich damit eine Reihe wichtiger Fragestellungen, die man auch als „verdoppelte“ Ungleichheit bezeichnen kann. Menschen, die aufgrund ihres niedrigeren sozialen Status und der damit verbundenen Lebensbedingungen mit einer verringerten Gesundheits- und Lebenserwartung zu rechnen haben, werden im Gesundheitssystem mit zusätzlichen Benachteiligungen konfrontiert. Denn das System ist nicht auf Benutzer mit niedrigem Bildungsgrad und niedriger Gesundheitskompetenz ausgerichtet, es ist für viele nicht „lesbar“ und verständlich. Warum ist die Gesundheitskompetenz so entscheidend? Sie ist für den Einzelnen eine wesentliche Fähigkeit zur Bewältigung seines Lebens und kann ihm dabei helfen, mehr Kontrolle über seine Gesundheit zu erreichen. Eine niedrige Gesundheitskompetenz trägt entscheidend zur gesundheitlichen Ungleichheit bei.

Stresstheoretische Modelle

Ausgehend von der Beobachtung, dass sich soziale Ungleichheit auf so unterschiedliche Krankheiten und Leiden wie koronare Herzkrankheit, Diabetes, Magen-Darm-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen und Arthritis, aber auch ungünstige Schwangerschaftsverläufe, Unfälle und gewaltsamen Tod auswirkt,³² muss man schliessen, dass spezifische Krankheitsursachen diese soziale Ungleichheit nicht erklären können. Vielmehr ist es eine Art allgemeine Anfälligkeit oder Verletzlichkeit für pathogene (das heisst krankheitsverursachende) Prozesse, die sozial ungleich verteilt ist. Die Stressforschung konnte nachweisen, dass Stress sich schädigend auf den Stoffwechsel und die Abwehrkraft gegen Krankheiten (Immunologie) auswirkt.³³ Vertreter der Stresstheorien postulieren nun, dass soziale Ungleichheit in

³² van Lenthé et al., 2004

³³ Kristenson, 2008

der Gesundheit darauf zurückzuführen ist, dass Personen mit tiefem sozialem Status einerseits mehr Belastungen ausgesetzt sind und andererseits auch einen ungünstigen Stressbewältigungsstil pflegen. Deshalb sind sie häufiger dem schädigenden Einfluss von Stress ausgesetzt und werden anfälliger für Krankheitsprozesse.

Stress wird definiert als eine allgemeine unspezifische Aktivierungsreaktion des Organismus. Diese Reaktion besteht aus einem erhöhten Wachheitszustand des Gehirns, gesteigertem Stoffwechsel und Transmitterumsatz, gesteigerter Muskelanspannung sowie vegetativen, endokrinen und immunologischen Veränderungen.³⁴ Für die Gesundheit und für das Überleben sind Stressreaktionen unabdingbar. Schädlich für den Organismus ist aber ein Andauern dieser körperlichen Reaktion. Kann eine stressauslösende Situation nicht bewältigt oder verändert werden, kann dies zu einem chronischen „Verschleiss“ des Organismus führen: Auf der einen Seite ist der Organismus in ständiger Alarmfunktion, so dass eine angemessene Erholung nicht mehr stattfindet – auf der anderen Seite stehen keine Reserven mehr zur Verfügung, um auf zusätzliche Belastungen reagieren zu können.

Stress entsteht bei einer Interaktion zwischen Person und Umwelt. Das bedeutet, dass sowohl Bedingungen der Umwelt wie auch der Person eine Rolle dabei spielen, ob Stress entsteht, wie stark dieser ist und wie lang er andauert. Daraus leiten sich zwei Ansätze ab, welche die soziale Ungleichheit auf der Basis der Stresstheorie zu erklären versuchen: Theorien zu stressverursachenden Arbeitsbedingungen (Eigenschaften der Umwelt) und Theorien zur Stressbewältigung (Eigenschaften der Person).

Stress bei der Arbeit

Während langer Zeit hat sich die Arbeitsmedizin ausschliesslich mit materiellen Belastungen von Arbeitsbedingungen befasst: etwa mit Giftstoffen und organischen Schäden durch körperlich anstrengende Arbeit.³⁵ Mit der Zeit setzte sich die Erkenntnis durch, dass neben den rein materiellen auch psychosoziale Faktoren wie beispielsweise Stress eine entscheidende Wirkung auf die Arbeitenden haben können. In den letzten Jahren wurden mehrere Modelle entwickelt, welche die Wirkung psychosozialer Faktoren in der Arbeitswelt erklären können. Es sind aber vor allem zwei Ansätze, die sich aufgrund ihrer breit abgestützten empirischen Evidenz durchgesetzt haben: das Anforderungs-Kontroll-Modell von Robert Karasek und das Modell beruflicher Gratifikationskrisen von Siegrist. Diese beiden Modelle wurden in vielen Studien und Settings getestet, zum Teil weiterentwickelt, und ihre Erklärungskraft ist gut belegt. Sie sollen im Folgenden kurz vorgestellt werden.

Das Anforderungs-Kontroll-Modell postuliert, dass Stresserfahrungen am Arbeitsplatz entstehen, wenn zwei Bedingungen gegeben sind: (1) die psychischen Anforderungen an die arbeitende Person sind hoch und (2) der Umfang der Kontrollchancen, welche die Person zur Ausübung ihrer Tätigkeit besitzt, ist gering. Der Kontrollspielraum bei einer Tätigkeit ist dann gering, wenn keine Möglichkeit besteht, über die Gestaltung der Arbeitsaufgaben zu entscheiden (zum Beispiel über das Tempo der Verrichtungen, die Pausenzeiten, die Art der Vorgehens-

³⁴ Ursin, Eriksen, 2004

³⁵ Siegrist, Theorell, 2008

weise zur Lösung einer Aufgabe etc.). Ebenfalls einen geringen Kontrollspielraum haben Personen, die keine Möglichkeit haben, eigene Fähigkeiten und Fertigkeiten zu nutzen, da ihre Arbeitsaufgabe extrem monoton und repetitiv ausgestaltet ist. Diese Bedingung ist beispielsweise bei der Arbeit an einem Fließband gegeben. Dieses Profil findet man aber nicht nur in der Industrie, sondern auch oft bei gering qualifizierten Verwaltungstätigkeiten und bei Dienstleistungsberufen.

„Arbeitsprofile, die durch hohe psychomentele Anforderungen und einen niedrigen Kontrollspielraum definiert sind, evozieren Stresserfahrungen, weil sie die Autonomie und das Kontrollgefühl der arbeitenden Person einschränken, während gleichzeitig ein hoher Leistungsdruck besteht.“³⁶

Es ist wichtig zu wissen, dass diese ungünstige Konstellation kompensiert werden kann, falls am Arbeitsplatz eine gute soziale Unterstützung gegeben ist.³⁷ Personen mit hohem Arbeitsdruck, fehlendem Handlungsspielraum und mangelnder sozialer Unterstützung am Arbeitsplatz weisen also ein besonders hohes Risiko auf, eine stress-assoziierte Krankheit (etwa Herz-Kreislauf-Erkrankungen) zu entwickeln. Die autonomen Nervensysteme von Personen, die unter solchen Bedingungen arbeiten müssen, zeigen nachweislich eine ausserordentlich starke Aktivität auf. Nach täglicher stundenlanger Exposition ist es diesen Personen auf die Dauer nicht mehr möglich, am Feierabend und in der Freizeit zu entspannen. Das zweite Modell geht davon aus, dass Erwerbstätigkeit – wie andere soziale Austauschprozesse auch – letztlich von einem grundlegenden, evolutionären Prinzip gesteuert wird: der Norm der sozialen Reziprozität.

„Soziale Reziprozität liegt dem Arbeitsvertrag zugrunde, welche die Erfüllung bestimmter Verpflichtungen und Aufgaben festlegt, für die im Gegenzug angemessene Belohnungen gewährt werden.“³⁸

Diese Belohnungen bestehen einerseits aus dem Lohn, aber auch aus der Anerkennung und Wertschätzung der geleisteten Arbeit sowie aus beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten einschliesslich der Arbeitsplatzsicherheit. Dieses Modell geht davon aus, dass die Reziprozität unter bestimmten Bedingungen nicht gegeben ist: Das Arbeitsverhältnis ist auf der einen Seite durch hohe Beanspruchung charakterisiert; auf der anderen Seite wird es nicht angemessen belohnt. Dieses Ungleichgewicht ruft starke negative Emotionen und eine andauernde Aktivierung des autonomen Nervensystems hervor, was langfristig zu gesundheitlichen Schäden führen kann. Der Kern dieses Modells wurde bereits 1848 vom Ökonomen John Stuart Mill festgehalten:

„Die wirklich anstrengenden und widerwärtigen Arbeitsaufgaben werden fast überall am schlechtesten bezahlt, anstatt besonders gut belohnt zu werden. Der Grund liegt darin, dass sie von denjenigen ausgeführt werden, welche keine andere Wahl haben. Die ungleichen Löhne widersprechen im allgemeinen dem Prinzip des fairen Austausches.“³⁹

36 Siegrist, Theorell, 2008, S. 102

37 Johnson, Hall, 1988

38 Siegrist, Theorell, 2008, S. 103

39 Mill, 1848/1962, p. 383; zitiert Siegrist, Theorell, 2008, S. 103

Die Bedeutung der Stressbewältigung

Über die Belastungen und stressbewirkenden Faktoren (Stressoren) der Arbeitswelt hinaus geht das Modell, das soziale Ungleichheit in der Gesundheit auch auf unterschiedliche Bewältigungskompetenzen zurückführt. In der Stressforschung wird zwischen problemzentriert-aktiven und emotionsorientiert-passiven Bewältigungsstrategien unterschieden.

- Aktive Strategien zeichnen sich aus durch eine Orientierung am vorliegenden Problem und eine instrumentelle Handlung mit dem Ziel, die Ursache der Schwierigkeit zu verändern und zu bewältigen.
- Emotionsorientierte oder passive Strategien zielen primär darauf ab, den Bedrohungscharakter der Situation zu vermindern. Dies ist beispielsweise möglich durch das kognitive Umdeuten einer Situation („Ist nicht so tragisch“), durch Versuche, sich vom Problem abzulenken oder auch durch die Einnahme von beruhigenden und angstlösenden Substanzen wie Medikamenten, kalorienreichen Nahrungsmitteln, Rauchen, Alkohol oder Drogen.

Grundsätzlich ist je nach Problemlage die eine oder andere Strategie oder eine Kombination beider Strategien vorteilhaft. Ist beispielsweise eine Situation faktisch unkontrollierbar respektive nicht veränderbar, aber nur von kurzer Dauer, ist es sicherlich sinnvoll, sich auf seine Gefühlslage zu konzentrieren. Ungünstig für die Gesundheit hat sich aber vor allem folgende Konstellation erwiesen: eine andauernde stressauslösende Situation kombiniert mit einer rein emotionsorientierten Bewältigungsstrategie. Dabei wird die verursachende Problematik nicht verändert, was zu einer chronischen Stressreaktion führt. Diese wird in vielen Fällen mit dem Konsum von Substanzen „behandelt“, was auf die Dauer äusserst schädlich für die Gesundheit ist. Die Entwicklung von persönlichen Stressbewältigungsstilen hängt massgeblich von Erfahrungen in der Kindheit ab, wird aber auch im Erwachsenenalter noch weiter geformt. Besonders wichtig für einen kompetenten Umgang mit Stress ist die Erfahrung und Erwartung, dass das eigene Verhalten einen Einfluss auf das jetzige und zukünftige Geschehen hat. Eine hohe Kontrollüberzeugung (siehe dazu auch das nächste Kapitel) ermöglicht erst einen aktiven Bewältigungsstil.

Schichtspezifisch variierende Lebensgewohnheiten erklären einen Grossteil der Ungleichheit in der Gesundheit. Diese sind aber nicht frei gewählt, sondern sie hängen ab von strukturellen wie auch psychosozialen Faktoren. Ein Faktor dabei ist der Bewältigungsstil.

Kontrollüberzeugung als wichtiger Schlüssel zum Gesundheitsverhalten

Die neuere gesundheitspsychologische Forschung zur Frage, weshalb sich viele Personen in unserer Gesellschaft gesundheitsschädlich verhalten, zeigt, dass dies weniger eine Frage des Wissens über die Schädlichkeit gewisser Verhaltensweisen (z. B. Rauchen) ist, sondern eine Frage der Kompetenz, der Motivation und der Ressourcen, sich gesundheitsförderlich zu verhalten (Übersicht bei Schwenkmezger & Schmidt, 1994). Eine Schlüsselstellung bei der persönlichen Kompetenz nimmt dabei die sogenannte Kontrollüberzeugung ein, also die Erwartung, dass das eigene Verhalten eine Wirkung auf den Lebensverlauf hat,

dass man selbst über sein Leben bestimmen kann (hohe Kontrollüberzeugung) respektive, dass das eigene Verhalten keine Wirkung hat und das Leben durch mächtige Dritte oder durch das Schicksal bestimmt wird (tiefe Kontrollüberzeugung).

Gesundheitsschädigendes Verhalten (z. B. riskanter Alkoholkonsum) hat fatalerweise kurzfristig belohnenden und langfristig schädigenden Charakter. Auf der anderen Seite sind viele gesundheitsförderliche Verhaltensweisen (z. B. Sport treiben) kurzfristig eher mühsam, können sogar Schmerzen verursachen und haben erst nach einer gewissen Zeit eine unmittelbar erfahrbare positive Wirkung. In unserer Gesellschaft wird man heutzutage geradezu gedrängt, kalorienreiche, fette und zuckerhaltige Nahrungsmittel und Getränke zu konsumieren. Personen, die eine langfristige Investition mehr überzeugt als eine kurzfristige Belohnung, vermögen diesen Angeboten eher zu widerstehen. Die Fähigkeit des Belohnungsaufschubs ist somit ein zentrales gesundheitsförderliches Verhalten. Personen, die sich ihrem Schicksal ausgeliefert fühlen, ohne Einfluss darauf nehmen zu können, sind weniger fähig und motiviert, Belohnungen aufzuschieben oder überhaupt langfristig zu planen und zu investieren.

Wer sein Leben als unkontrollierbar erfährt, hat weniger Resistenz gegen pathogene Einflüsse, ist weniger motiviert sich gesundheitsförderlich zu verhalten und hat mehr Mühe, gesundheitsschädigendes Verhalten aufzugeben (z. B. Rauchentwöhnung).⁴⁰

Die Erfahrung von Machtlosigkeit, misslichen Lebensbedingungen und mangelnden Chancen, eigene Lebensziele zu erreichen, beeinflussen die Ausprägung der Kontrollüberzeugung von Kindheit an negativ. Aber auch im Erwachsenenalter hat eine tägliche Erfahrung von mangelnder Kontrolle und Entwicklungschancen bei der Erwerbstätigkeit wie auch im Familienleben einen schwächenden Einfluss auf die Kontrollüberzeugung.⁴¹

Der Lebensstil wird soziokulturell erlernt

Lebensstile werden in der gesundheitspolitischen Diskussion häufig als individuelle Verhaltensmuster hingestellt, die von Einzelnen bewusst gewählt worden sind. Damit wird vernachlässigt, wie sehr das gesundheitsbezogene Verhalten von soziokulturellen Faktoren und einer Vielfalt von Einflüssen insbesondere der sozialen Umwelt bestimmt wird. Dies gilt für die Herkunftsfamilie, die ethnische Zugehörigkeit und die soziale Einbindung etwa in Peergroups – aber auch für gesellschaftlich (z. B. durch Werbung) vermittelte Körperbilder und Zugehörigkeitsrituale.

Auch da sind besonders soziale Ungleichheiten zu berücksichtigen. So kann nicht nur ein niedrigerer Bildungsstand, sondern auch mangelndes Einkommen einer gesundheitsförderlichen Lebensweise im Wege stehen: Von Junkfood wird man billig satt. Auch das direkte Lebensumfeld spielt dabei eine bedeutende Rolle: etwa der Zugang zu Parks oder Spielplätzen. Insbesondere für Kinder und Jugendliche ist das Lernen über Gesundheit in der Familie von zentraler Bedeutung. Häufig werden Muster entwickelt – gerade in Bezug auf Ernährung und Bewegung –, die ein Leben lang beibehalten werden werden.

⁴⁰ Bosma, 2008

⁴¹ Bosma, 2008

Die Gesundheitsförderung hat früh darauf hingewiesen, dass Massnahmen eng auf den Lebensalltag von Menschen abgestimmt werden sollen. Es soll der Bevölkerung erleichtert werden, die gesündere Wahl zu treffen. Daraus sind Programme wie etwa „gesunde Stadt“ und „gesunde Schule“ entstanden, die diese Interaktion zwischen individuellem Lebensstil, Gesundheitsverhalten und sozialem Umfeld ins Zentrum rücken. Die Aufklärung über Gesundheitsrisiken allein genügt nicht, da eine Vielzahl von Risikoverhalten für die Betroffenen wichtige soziale Funktionen erfüllen. Gesundheitsstile sind von daher immer auch Lebensstile und stark sozial vermittelt. Deshalb ist es wichtig, ein gesundheitsförderliches soziales Umfeld zu schaffen. Gerade in modernen Gesellschaften wird Menschen die Entscheidung für die Gesundheit oft schwermgemacht: Aufforderungen zum Konsum sind allgegenwärtig und gesundheitsschädliche Produkte leicht erwerbbar. Gesundheitspolitische Prioritäten wie die Bekämpfung von Fettleibigkeit (Adipositas) oder Rauchen müssen in diesem Kontext verstanden werden.

Zusammenfassung

Warum gibt es soziale Ungleichheiten in der Gesundheit der Bevölkerung? In diesem Kapitel wurden wichtige Ansätze vorgestellt, die den Wirkmechanismus zwischen der sozialen Stellung einer Gruppe von Menschen und gesundheitlichen Prozessen teilweise erklären können. Zusammenfassend zeichnet sich dabei die Bedeutung von Faktoren der Umwelt und der Person sowie deren Interaktion ab. Sozialer Ausschluss, fehlende Hilfe in schwierigen Situationen, aber auch generell im Alltag, dauerhafte erhöhte Stressbelastung bei der Arbeit, gesellschaftliche Bedingungen, die bestimmten sozialen Gruppen wenig Perspektiven für eine befriedigende Lebensgestaltung eröffnen, oder ein Gesundheitssystem, das bildungsschwache Personen überfordert, sind auf der einen Seite externe Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen. Auf der anderen Seite stehen persönliche Faktoren wie die Schwierigkeit, Beziehungen zu pflegen und um Hilfe bitten zu können, ungünstige Stressbewältigungsstile oder auch die Erwartung, dass das eigene Schicksal nicht kontrolliert oder beeinflusst werden kann. Daraus lassen sich bestimmte Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Gesundheitschancen der sozial schlecht gestellten Gruppen ableiten.

Massnahmen zur Verbesserung der Chancengleichheit sollten bei den gesellschaftlichen Bedingungen wie auch bei der Befähigung und Stärkung der Personen selbst ansetzen. Sie sollten in den verschiedenen Lebenswelten greifen, die für die Gesundheit zentral sind: im Bildungssystem, am Arbeitsplatz, in der Familie und am Wohnort. Gefordert sind einerseits Massnahmen, die darauf abzielen, Strukturen zu verändern (z. B. Arbeitsbedingungen, Zugänglichkeit des Gesundheitssystems und der Informationen darüber oder auch Gestaltung einer Wohnumwelt, die den sozialen Kontakt fördert). Andererseits sollen Massnahmen zur Stärkung der personellen Ressourcen die betroffenen Gruppen befähigen, sich im Sinne eines Empowerment selbst für ihre Gesundheit und gesundheitsförderliche Lebensbedingungen einzusetzen. Dies ist nur in partizipativ und integrativ ausgestalteten Projekten möglich.

Ein letztes Wort zur Interpretation dieses Berichts ...

Es ist uns wichtig, an dieser Stelle auf zwei wichtige Aspekte einer bevölkerungsbezogenen Gesundheitsforschung einzugehen, um mögliche Missverständnisse bereits zu Beginn des Berichts auszuräumen:

- **Wahrscheinlichkeit versus Determination:**
In diesem Bericht werden Gesundheitsrisiken und Gesundheitschancen untersucht. Im Fokus stehen also statistische Wahrscheinlichkeiten einer Gruppe von Personen, nicht aber der Gesundheitszustand einer konkreten Einzelperson. Nicht alle Menschen, die stark und lange rauchen, erkranken an Lungenkrebs. Ihr Risiko, an dieser tödlichen Krankheit zu leiden und zu sterben, ist hingegen massiv erhöht. Und umgekehrt sind nicht alle Menschen in privilegierter Stellung, die sich für ihre Gesundheit engagieren, ohne körperliche und psychische Leiden. In diesem Bericht wird von statistischen Wahrscheinlichkeiten gesprochen, die für die Förderung und Bewahrung der Gesundheit einer Bevölkerung von grosser Bedeutung, für eine Einzelperson hingegen wenig aussagekräftig sind.
- **Soziale Faktoren als ein Ausschnitt aus der komplexen Realität von Gesundheits- und Krankheitsprozessen:**
Neben den in diesem Bericht untersuchten sozialen Faktoren, welche die Gesundheit mittel- und unmittelbar beeinflussen, existieren andere Faktoren, welche die Gesundheit ebenfalls entscheidend beeinflussen können. Wie im Gesundheitsmodell in diesem Kapitel dargestellt nehmen beispielsweise individuelle biologische Faktoren (Erbgut, biologische Aspekte von Geschlecht und Alter) oder Umweltbedingungen ebenfalls Einfluss auf Gesundheit und Sterblichkeit der Bevölkerung.

2 Die Weichen für die Gesundheit werden schon früh gestellt: Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

2.1 Einleitung

Keine andere Altersgruppe ist stärker von Armut und sozialer Ungleichheit betroffen als Kinder und Jugendliche.⁴² Im ersten Kapitel wurde bereits darauf hingewiesen, dass fast jedes fünfte ausländische und jedes 16. Schweizer Kind im Kanton Bern auf Sozialhilfe angewiesen ist. In diesem Kapitel soll nun speziell der Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit der sozialen Lage beschrieben werden.

Ein guter Gesundheitszustand bei Kinder und Jugendlichen ist besonders wichtig für die späteren Lebensphasen. Das Kindes- und Jugendalter ist der Lebensabschnitt, in dem Gewohnheiten und Verhaltensweisen erlernt und angenommen werden, die sich im Verlaufe des späteren Lebens auf die Gesundheit auswirken (z. B. Suchtmittelkonsum, Ernährungs- und Bewegungsverhalten). Die Basis für eine gute Gesundheit im Jugend- und Erwachsenenalter wird allerdings schon in der frühen Kindheit gelegt.⁴³ Dies beweisen Studien der medizinisch-epidemiologischen Lebenslaufforschung. Bereits das Verhalten der Mutter während der Schwangerschaft (z. B. Unter- oder Fehlernährung, Tabak-, Alkohol-, Medikamenten- und Drogenmissbrauch) kann schwerwiegende negative Folgen auf die Entwicklung des Fötus und des Kleinkindes haben. Schädigungen von Zellen und Organen, die bereits im Mutterleib oder im Säuglingsalter erfolgen, können über Jahre und Jahrzehnte hinweg unbemerkt bleiben, bevor sie irgendwann als Erkrankung sichtbar werden.⁴⁴

Kinder aus einem sozial benachteiligten Umfeld haben ein höheres Risiko, schon in jungen Jahren zu erkranken oder zu sterben, und sie tragen oftmals auch eine Hypothek für ihre Gesundheit im Erwachsenenalter. Forschungsarbeiten in Deutschland sagten aus, dass über 20 Prozent der un- und angelernten Arbeiterinnen während der Schwangerschaft rauchen, während dies bei nur 3,9 Prozent der höheren Angestellten der Fall ist.⁴⁵ Unterscheidet man nach Sozialstatus rauchen 31,1 Prozent der schwangeren Frauen mit niedrigem Sozialstatus und 7,8 Prozent der Schwangeren mit hohem Sozialstatus.⁴⁶

„Die meisten Krankheiten haben eine lange Entstehungsgeschichte, und eine beeinträchtigte Gesundheit im Erwachsenenalter ist häufig auf die gesundheitliche Lage im Kindesalter zurückzuführen, also damit auf Determinanten, die in früheren Lebensphasen auftraten. Gesundheitliche Ungleichheiten können demnach auf eine Akkumulation von benachteiligenden Lebensbedingungen über den Lebenslauf zurückgeführt werden.“⁴⁷

42 Richter, Hurrelmann, 2008, S. 21f

43 Dratva, Zemp, Weiss, 2008, S. 53

44 Dragano, 2007, S. 18f

45 vgl. Dragano, 2007, S. 19ff.; Lampert, Kroll, Dunkelberg, 2007, S. 12

46 Bergmann, Bergmann, Ellert, Dudenhausen, 2007, S. 673

47 Richter, Hurrelmann, 2007, S. 8

Diese Anhäufung von Risiken im Lebenslauf, auch Modell der „Risikoketten“ genannt, soll am Beispiel Rauchen verdeutlicht werden: Das Risiko, im Mutterleib zum Passivraucher zu werden, ist für Kinder mit sozioökonomisch tieferem Status erhöht. Damit ist die Basis für weitere Risikofaktoren gelegt: Diese reichen von der Belastung durch Passivrauchen im Säuglings- und Kindesalter über einen frühen Beginn einer eigenen Raucherkarriere bis hin zur Schwierigkeit, das Rauchen im Erwachsenenalter wieder aufzugeben.⁴⁸ Die Risikofaktoren addieren sich im Laufe des Lebens nicht nur, sondern es entstehen Wechselwirkungen, welche die Risiken überproportional gegenseitig verstärken.

Obwohl das Risiko für eine gesundheitliche Belastung im Erwachsenenalter mit den erlebten frühkindlichen Belastungen eng zusammenhängt, ist der spätere Gesundheitszustand nicht deterministisch festgelegt. Studien belegen, dass sich die Wirkung frühkindlicher Benachteiligung signifikant abschwächt, wenn die betroffenen Kinder später eine hohe Schulbildung erhalten.⁴⁹

2.2 Die Gesundheit der Berner Kinder

Für eine auf Fakten beruhende Steuerung von (Gesundheits-)Politiken und zur Auswertung von Präventionsprogrammen und -massnahmen ist eine ausreichende Datengrundlage zentral. Die Datenlage zur Beschreibung der gesundheitlichen Situation von Kindern ist aber auf schweizerischem Niveau dürftig.

„Generell ist in der Schweiz ein Mangel an Daten und an Analysen vorhandener Daten zur Gesundheit im Kindesalter, insbesondere im Kleinkindalter, zu erkennen.“⁵⁰

Auch im Kanton Bern existieren keine aktuellen repräsentativen Daten, die Aussagen zum Gesundheitszustand, in Abhängigkeit der sozialen Lage, für Kinder bis zehn Jahre erlauben würden. Im Kanton Bern werden zwar flächendeckende obligatorische schulärztliche Untersuchungen durchgeführt und die Ergebnisse dieser Untersuchungen werden für jede Schülerin und jeden Schüler, die von einem Schularzt untersucht werden, in einer von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern herausgegebenen Gesundheitskarte eingetragen. Es ist den Eltern gestattet, diese Untersuchung vom Hausarzt vornehmen zu lassen. In diesem Fall werden die Daten der Kinder nicht erfasst.⁵¹ Im Rahmen dieser drei obligatorischen Untersuchungen (im Kindergartenjahr, im 4. und 8. Schuljahr) können lediglich diejenigen Merkmale erhoben werden, für die eine entsprechende Rechtsgrundlage vorhanden ist. Dies sind die Beurteilung der Schulbereitschaft, Kontrolle des Impfstatus, Untersuchungen der Augen und des Gehörs, der Wirbelsäule und die Messung des Blutdrucks.⁵² Zusammenhänge zwischen Gesundheit und sozialer Lage können mit diesen Daten nicht hergestellt werden. Einzig der Gesundheitsdienst der Stadt Bern erhebt im Rahmen seiner jährlichen schulärztlichen Untersuchungen (1. und 2. Kindergartenjahr, 4. und 8. Schuljahr

48 Dragano, 2007, S. 23

49 Dragano, 2007, S. 24

50 Dratva, Zemp, Weiss, 2008, S. 53

51 Es gibt Hinweise darauf, dass es vor allem Kinder mit hohem familiären Wohlstand sind, die sich vom Hausarzt statt vom Schularzt untersuchen lassen, da diese Untersuchungen – im Gegensatz zu den schulärztlichen – dann kostenpflichtig sind.

52 Der Inhalt und der Ablauf der schulärztlichen Untersuchungen werden insbesondere in den Art. 10 bis 12 der Verordnung über den schulärztlichen Dienst (SDV) 430.41 vom 8. Juni 1994 geregelt.

sowie beim Eintritt in eine Kleinklasse für Fremdsprachige) als Vollerhebung umfassendere Daten. Diese geben Aufschluss über die gesundheitliche Situation der Stadtberner Kinder und lassen Rückschlüsse in Zusammenhang mit der sozialen Lage zu, indem nach der Ausbildung der Mutter und des Vaters gefragt wird.

Da keine aktuellen repräsentativen Zahlen für den Kanton Bern vorliegen, die mit der sozialen Lage in Bezug gesetzt werden können, muss für diesen Bericht auf die Zahlen des Gesundheitsdienstes der Stadt Bern oder auf (inter-)nationale Studien zurückgegriffen werden.

Eine sowohl vom Umfang als auch vom methodischen Aufwand her europaweit vorbildliche (und bisher einmalige) Studie wurde zwischen Mai 2003 und Mai 2006 in Deutschland am Robert-Koch-Institut durchgeführt. Im sogenannten Kinder- und Gesundheits-Survey (KiGGS-Studie) wurden insgesamt 17 641 Kinder im Alter von 0 bis 16 Jahren befragt und medizinisch untersucht.⁵³

Die Studie zeigt unter anderem auf, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus – der sich aus Schulbildung, beruflicher Qualifikation, Einkommen und beruflicher Stellung der Eltern zusammensetzt – ein grösseres Risiko aufweisen, unter einem oder mehreren psychischen Problemen zu leiden als Kinder aus Familien mit mittlerem oder hohem Sozialstatus. Bei 6,4 Prozent der 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen mit niedrigem sozialen Status wurde im Verlaufe ihres Lebens ein ärztliches oder psychologisch diagnostiziertes Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) diagnostiziert. Bei gleichaltrigen Kindern und Jugendlichen mit hohem sozialem Status war dies nur halb so oft der Fall.⁵⁴

Weiter zeigt sich in der Studie, dass Kinder mit niedrigem Sozialstatus und mit Migrationshintergrund etwa zwei- bis dreimal seltener Sport betreiben als Kinder mit hohem Sozialstatus und ohne Migrationshintergrund.⁵⁵ Während 14,9 Prozent der 3- bis 10-jährigen Knaben und 12,1 Prozent der gleichaltrigen Mädchen mit einem hohen Sozialstatus weniger als einmal pro Woche Sport betreiben, ist dies bei 36,2 Prozent Knaben und 40,4 Prozent Mädchen mit einem tiefen Sozialstatus der Fall.⁵⁶

Für eine gesunde körperliche und psychische Entwicklung der Kinder ist Bewegung aber sehr wichtig. Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und/oder mit Migrationshintergrund bewegen sich nicht nur seltener, sie sind auch besonders häufig von Übergewicht und Fettleibigkeit betroffen. Der deutlichste Anstieg zeigt sich in der KiGGS-Studie bei Kindern zwischen 7 und 10 Jahren.⁵⁷

In der Schweiz wurden im Rahmen eines Pilotprojektes des schulärztlichen Dienstes der Städte Basel, Bern und Zürich (mit Unterstützung der Gesundheitsförderung Schweiz) die Gewichtsdaten der Schulkinder, die bei obligatorischen Schuluntersuchungen erhoben worden waren, einheitlich erfasst und miteinander verglichen.

53 Eine gute Übersicht (mit hilfreichen Empfehlungen insbesondere für Eltern) liefert die Publikation vom Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2006). Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin: Robert Koch-Institut. Diese und weitere Ergebnisse zur Studie sind unter <http://www.kiggs.de> zugänglich.

54 Robert-Koch-Institut, 2006, S. 45; Schlack, Hölling, Kurth, Muss, 2007, S. 831

55 Robert-Koch-Institut, 2006, S. 53

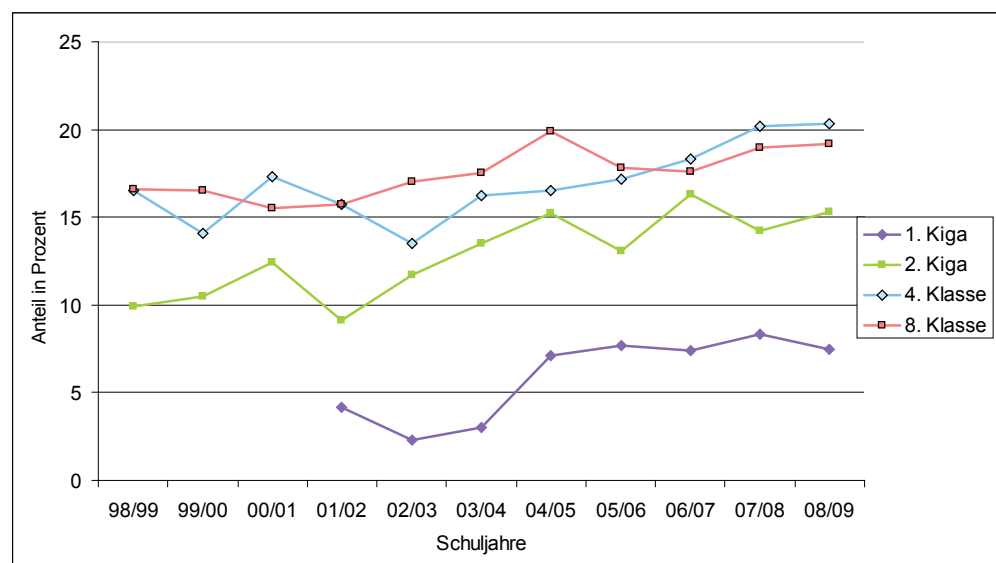
56 Lampert, Mensink, Romahn, Woll, 2007, S. 638

57 Robert-Koch-Institut, 2006, S. 29

Wichtigste Erkenntnisse aus dieser Erhebung sind:

- Jedes fünfte Schulkind in den Städten Basel, Bern und Zürich ist übergewichtig (adjustierter BMI ≥ 25), jedes zwanzigste ist fettleibig (adjustierter BMI ≥ 30).
- Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil übergewichtiger Kinder.
- Knaben sind häufiger übergewichtig als Mädchen.
- Zwischen familiärem, kulturellem und bildungsmässigem Hintergrund und Übergewicht beim Kind besteht klar ein negativer Zusammenhang. Je höher der Bildungshintergrund, desto tiefer ist der Anteil an übergewichtigen Kindern.

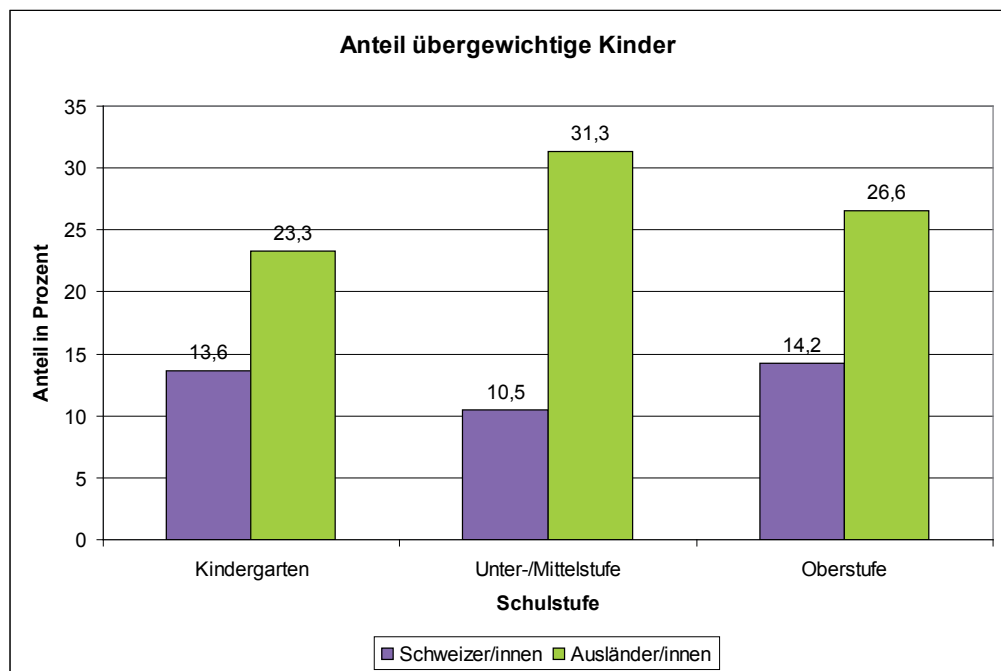
In der Stadt Bern waren im Schuljahr 2006/07 insgesamt 13,7 Prozent der untersuchten Schülerinnen und Schüler übergewichtig und 4,1 Prozent fettleibig.^{58,59} In den letzten 10 Jahren ist der Anteil an übergewichtigen Kindern und Jugendlichen in der Stadt Bern gestiegen (Grafik 2.1). Waren im Schuljahr 1998/99 noch knapp 10 Prozent der Kinder im zweiten Kindergartenjahr übergewichtig, so waren es 10 Jahre später bereits 15,3 Prozent (was einer Zunahme von 54,4 Prozent entspricht). Wohl dank den eingeleiteten Präventionsbemühungen der letzten Jahre scheint sich nun eine Tendenz zur Stabilisierung des Anteils auf hohem Niveau abzuzeichnen.



Grafik 2.1: Anteil übergewichtiger Kinder in der Stadt Bern nach Schulstufe im zeitlichen Verlauf vom Schuljahr 1998/99 bis 2008/09, Zahlen des Gesundheitsdienstes der Stadt Bern, adjustierter Body-Mass-Index nach Cole et al.

Vergleicht man die Anteile der übergewichtigen Kinder nach Nationalität, fällt auf, dass Ausländerinnen und Ausländer wesentlich häufiger übergewichtig sind als Schweizer (Grafik 2.2).

⁵⁸ Die Grenzwerte für Übergewicht (Body Mass Index ≥ 25) und für Adipositas (Body Mass Index ≥ 30) müssen für Kinder und Jugendliche altersabhängig angepasst werden. In dieser Studie wurde die – international bekannte – Umrechnungstabelle nach Cole, Bellizzi, Flegal, Dietz (2000) verwendet.
⁵⁹ Stamm et al., 2008, S. 6



Grafik 2.2: Anteil übergewichtiger Kinder und Jugendlicher nach Nationalität und Schulstufe, Schuljahr 2006/07, Zahlen des Gesundheitsdienstes der Stadt Bern, N = 3273 (Quelle: Stamm et al., 2008, 9)

Nicht nur bei Kinder und Jugendlichen, sondern auch bei Erwachsenen zeigen sich innerhalb der verschiedenen Ausländergruppen massive Unterschiede bezüglich Übergewicht (siehe hierzu Kapitel Erwachsene). Deshalb sind unter anderem für die Entwicklung von gezielten Präventionsmassnahmen weitergehende Analysen sinnvoll, die herkunftsspezifische Risikogruppen identifizieren können.

2.3 Die Gesundheit der Jugendlichen allgemein

In den letzten Jahren wurden in der Schweiz einige Studien durchgeführt, um die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen ab elf Jahren (zum Teil mit international vergleichbaren Instrumenten) zu erfassen. Erwähnenswert sind: Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC); Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB), Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health (Smash) von 2002, die als Pendant zu HBSC-Studie 16- bis 20-Jährige befragt⁶⁰ und European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (Espad), die seit 1995 alle vier Jahre durchgeführt wird (Teilnahme der Schweiz: 2003, 2007, Zielpopulation: 13–16-Jährige). Der Kanton Bern hat bei einzelnen Studien seine kantonalen Stichproben aufstocken lassen (so etwa bei der SGB und HBSC), damit verlässlichere Daten vorliegen.

Die Daten der HBSC-Studie belegen, dass der Gesundheitszustand der Jugendlichen im Alter zwischen 11 und 15 Jahren im Kanton Bern im Allgemeinen gut ist. Der Anteil der Personen, die ihren selbstwahrgenommenen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut bezeichnen liegt bei circa 93 Prozent. Dies entspricht in etwa dem gesamtschweizerischen Durchschnitt von 92 Prozent.

⁶⁰ Die wesentlichsten Resultate der Smash-Befragung 2002 finden sich im 3. Berner Gesundheitsbericht (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2005)

Während der letzte Gesundheitsbericht des Kantons Bern noch eine Zunahme beim Alkohol- und Tabakkonsum bei Jugendlichen feststellte, zeichnet sich nun (erstmalig seit Jahren) eine Abnahme ab. Die Daten der Espad-Studie zeigen bei den 13- bis 16-Jährigen betreffend Alkohol, Rauchen und Cannabis einen geringeren Konsum pro Monat. Nach Einschätzung der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) ist der Alkoholkonsum jedoch weiterhin eindeutig und unumstritten der grösste Risikofaktor für die Gesundheit und für negative soziale Folgen im Jugendalter. Im internationalen Vergleich ist der Alkoholkonsum der Jugendlichen immer noch überdurchschnittlich hoch. Etwa 46 Prozent der 13-jährigen und 74 Prozent der 15-jährigen Jugendlichen in der Schweiz haben in den letzten 30 Tagen mindestens einmal Alkohol konsumiert.⁶¹ Ausserdem haben in den letzten Jahren die Alkoholvergiftungen von Jugendlichen stark zugenommen.⁶²

Insbesondere der episodische Risikokonsum ist unter Jugendlichen in der Schweiz weitverbreitet. Das sogenannte Rauschtrinken wird mit fünf oder mehr alkoholhaltigen Standardgetränken pro Trinkgelegenheit definiert. Es stellt hierzulande (wie auch gesamteuropäisch) das wichtigste Public-Health-Problem im Jugendalter dar. Besonders bemerkenswert ist, dass bereits 14 Prozent der 13-Jährigen in der Schweiz regelmässig zumindest einmal im Monat fünf und mehr Getränke pro Trinkgelegenheit zu sich nehmen. Dieser Anteil steigt auf knapp 40 Prozent bei den 16-Jährigen. Deshalb bleibt es aus Public-Health-Sicht eine essenzielle Forderung, die Abgabe von Alkohol an Jugendliche strenger als bis anhin zu kontrollieren,⁶³ problematische Entwicklungen frühzeitig zu erkennen und in Zusammenarbeit mit den Gemeinden, Notfallstationen und Schule anzugehen.⁶⁴

2.4 Die Gesundheit der Jugendlichen im Kanton Bern in Abhängigkeit von deren sozialen Lage

Um den Gesundheitszustand von Jugendlichen im Alter von 11 bis 15 Jahren (Klassen zwischen dem 5. und 9. Schuljahr) in Abhängigkeit der sozialen Lage zu beschreiben, sind die Daten der HBSC-Studie besonders geeignet. Sie beinhaltet unter anderem auch Informationen zum sozialen Wohlstand. Diese Studie wird alle vier Jahre unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO – Regional Office for Europe) in mittlerweile 41 Ländern durchgeführt. In der Schweiz ist die schweizerische Fachstelle für Alkohol und andere Drogenprobleme (SFA) in Lausanne mit der Durchführung betraut.

Die soziale Lage der Jugendlichen beziehungsweise der Eltern wird in der HBSC-Studie mit der sogenannten „Family Affluence Scale“ (FAS) erfasst. Die Skala hat den Vorteil, dass sie auf vier – für Kinder und Jugendlichen – sehr einfach zu beantwortenden Fragen basiert und dennoch eine hohe Korrelation mit dem sozioökonomischen Status der Eltern aufweist.⁶⁵ Im Rahmen dieses Gesundheitsberichts werden die Daten der HBSC-Studien für den Kanton Bern

61 Gmel, Rehm, Kuntsche, Wicki, Labhart, 2009

62 Wicki, Gmel, 2008

63 Gmel, Rehm, Kuntsche, Wicki, Labhart, 2009

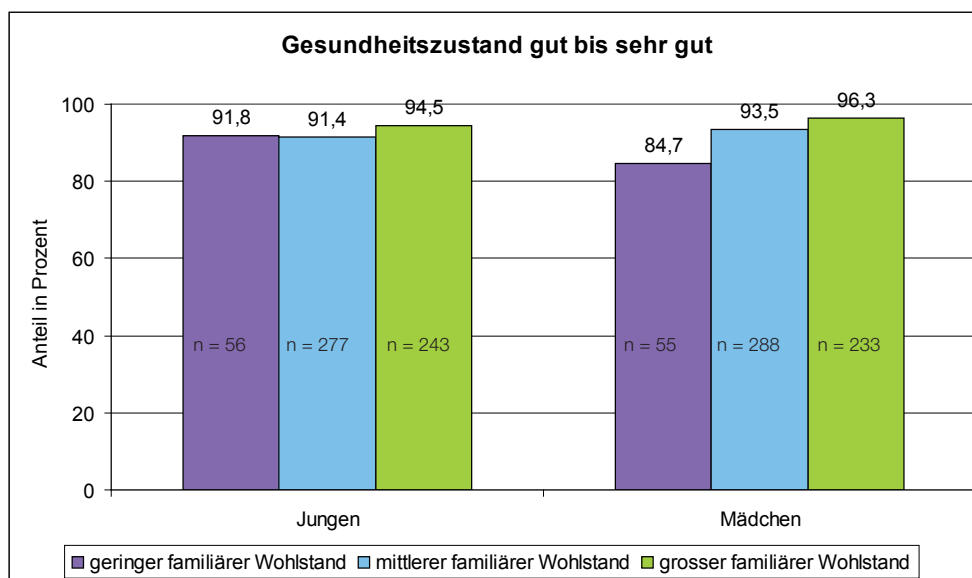
64 Kantonales Sozialamt, GEF, 2009

65 Zur Konstruktion und Validität der Family Affluence Scale (FAS) siehe Anhang sowie: Currie, Elton, Todd, Platt, 1997; Schnohr, Kreiner, Due, Currie, Boyce, Diderichsen, 2008; Currie, Molcho, Boyce, Holstein, Torsheim, Richter, 2008.

erstmalig geschlechtsspezifisch und unter Berücksichtigung des familiären Wohlstandes ausgewertet. Die drei Gruppen des familiären Wohlstandes verteilen sich im Kanton Bern nach der FAS wie folgt: Knaben (N = 632): geringer familiärer Wohlstand: 9,7 Prozent, mittlerer familiärer Wohlstand: 48,7 Prozent, grosser familiärer Wohlstand: 41,6 Prozent; Mädchen (N = 621): geringer familiärer Wohlstand: 10,1 Prozent, mittlerer Wohlstand: 49,4 Prozent, grosser Wohlstand: 40,5 Prozent.

Allgemeiner selbstwahrgenommener Gesundheitszustand

Wie bereits erwähnt beurteilen 93,2 Prozent der Jugendlichen zwischen 11 und 15 Jahren im Kanton Bern ihren allgemeinen Gesundheitszustand als gut bis sehr gut (Knaben: 92,8 Prozent; Mädchen 93,7 Prozent). Dies ist eine Verbesserung von plus 1,2 Prozent-Punkten gegenüber der letzten Befragung im Jahre 2002. Betrachtet man den selbstwahrgenommenen Gesundheitszustand nun detaillierter bezüglich sozialer Lage, zeigt sich bei den Knaben kein statistisch signifikanter Zusammenhang. Mädchen mit geringem familiärem Wohlstand beurteilen diesen hingegen als hochsignifikant schlechter.⁶⁶



Grafik 2.3: Selbstwahrgenommener Gesundheitszustand der 11- bis 15-Jährigen, in Abhängigkeit des familiären Wohlstands und Geschlecht (HBSC Kt. Bern, 2006)

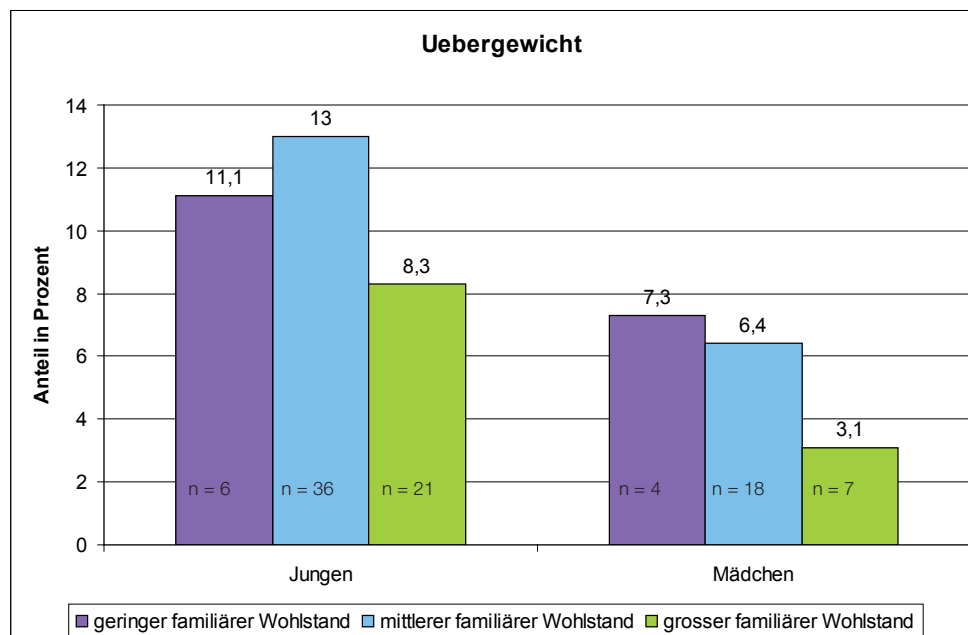
Übergewicht und Fettleibigkeit (Adipositas)

Betrachtet man das Übergewicht der 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schülern, dann zeigt sich in den Daten der HBSC kein statistischer Unterschied in Abhängigkeit des familiären Wohlstandes (Grafik 2.4). Eine vertiefte Analyse von Carvajal mit Daten der Schüler und Schülerinnen der 8. Klasse in der Stadt Bern zeigt einen klaren Zusammenhang zwischen dem Body-Mass-Index (BMI) und Sport sowie BMI und Blutdruck. Bei Kindern aus tieferen Bildungsschichten,

⁶⁶ Zur Überprüfung, ob statistische Unterschiede in der sozialen Lage vorhanden sind, wurde der Chi-Quadrat-Test verwendet. Folgende sprachliche Konvention wird in diesem Kapitel verwendet: Bei einer zehnpromzentigen Irrtumswahrscheinlichkeit wird von tendenziellen Unterschieden, bei fünfprozenteiger Irrtumswahrscheinlichkeit von statistisch signifikanten und bei einprozenteiger Irrtumswahrscheinlichkeit von statistisch hochsignifikanten Unterschieden gesprochen.

Realschülern und ausländischen Jugendlichen treten Übergewicht und Adipositas vermehrt auf.⁶⁷

Der Anteil übergewichtiger Jugendlicher mit den Daten aus der HBSC-Studie (selbstberichtete Angaben) ist nur halb so hoch wie der Anteil, der in den vom Gesundheitsdienst der Stadt Bern zur Verfügung gestellten Daten ermittelt wurde (gemessene Werte). Neben möglichen Unterschieden zwischen Stadt und Land könnte die Differenz auch dadurch zustande kommen, dass gerade bezüglich körperlichen Aussehens (Gewicht und Grösse) das Selbstbild in vermutlich keiner anderen Altersgruppe so zentral ist wie bei pubertierenden Jugendlichen. Man beschreibt sich eher so, wie man in der Gruppe der Gleichaltrigen angesehen werden möchte. Untergewichtige sehen und beurteilen sich bewusst (oder auch unbewusst) schwerer, und Übergewichtige bewusst leichter, als sie tatsächlich sind. Erschwerend kommt hinzu, dass Jugendliche in der Pubertät grossen körperlichen Veränderungen unterliegen (Wachstum) und sie ihre aktuelle Grösse und ihr Gewicht nur schwer einschätzen können.



Grafik 2.4: Anteil übergewichtige 11- bis 15-Jährige in Abhängigkeit von familiärem Wohlstand und Geschlecht (HBSC Kt. Bern, 2006; adjustierter BMI nach Cole)

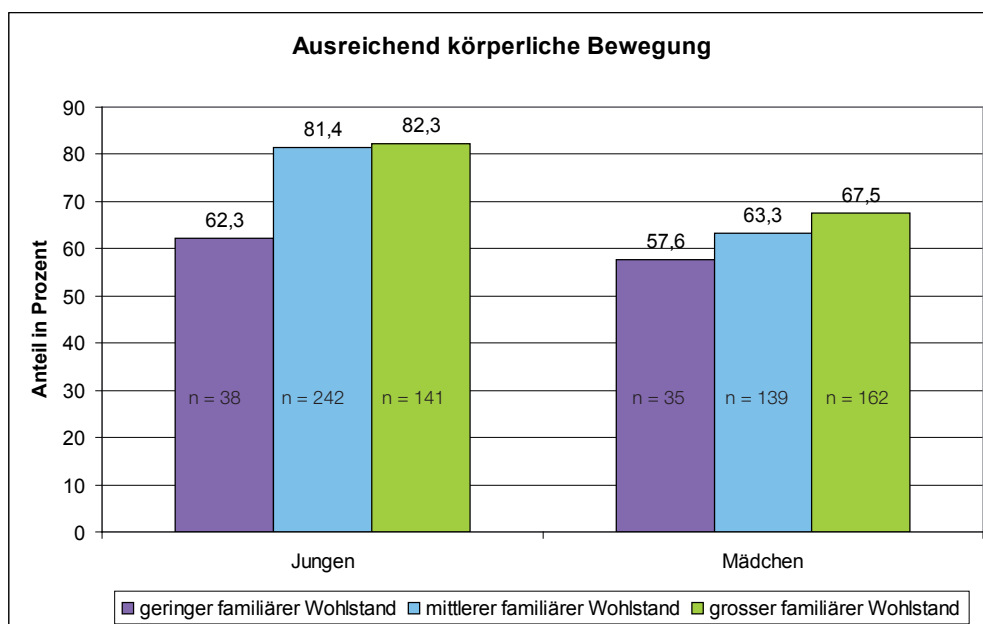
Bewegung

Zwischen der Ernährung (Kalorienzufuhr) und dem Ausmass an Bewegung (Kalorienverbrauch) besteht ein Zusammenhang. Vereinfacht gesagt entsteht Übergewicht dann, wenn die Kalorienzufuhr während längerer Zeit höher ist als der Kalorienverbrauch. Regelmässige Bewegung hilft nicht nur, Übergewicht zu vermeiden, sondern unterstützt auch allgemein die Gesundheit und Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen. Das Bundesamt für Sport empfiehlt für Kinder und Jugendliche mindestens eine Stunde Bewegung pro Tag, die sie ausser Atem oder zum Schwitzen bringt.⁶⁸ Nur 8,7 Prozent der Kinder und Jugendlichen

⁶⁷ Carvajal, 2007, S. 4

⁶⁸ Bundesamt für Sport, Bundesamt für Gesundheit, Gesundheitsförderung Schweiz, Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz, 2006

üben sieben oder mehr Stunden pro Woche eine körperliche Aktivität aus. Setzt man die Limite für körperliche Bewegung bei zwei bis drei Stunden pro Woche an, so zeigt sich bei den Jungen ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen familiärem Wohlstand und körperlicher Bewegung. Knaben mit geringem familiärem Wohlstand bewegen sich ausserhalb des Schulunterrichts körperlich wesentlich weniger häufig (mindestens zwei bis drei Stunden pro Woche) als Knaben mit höherem familiären Wohlstand. Bei den Mädchen zeigt sich dieser Unterschied nicht (Grafik 2.5).



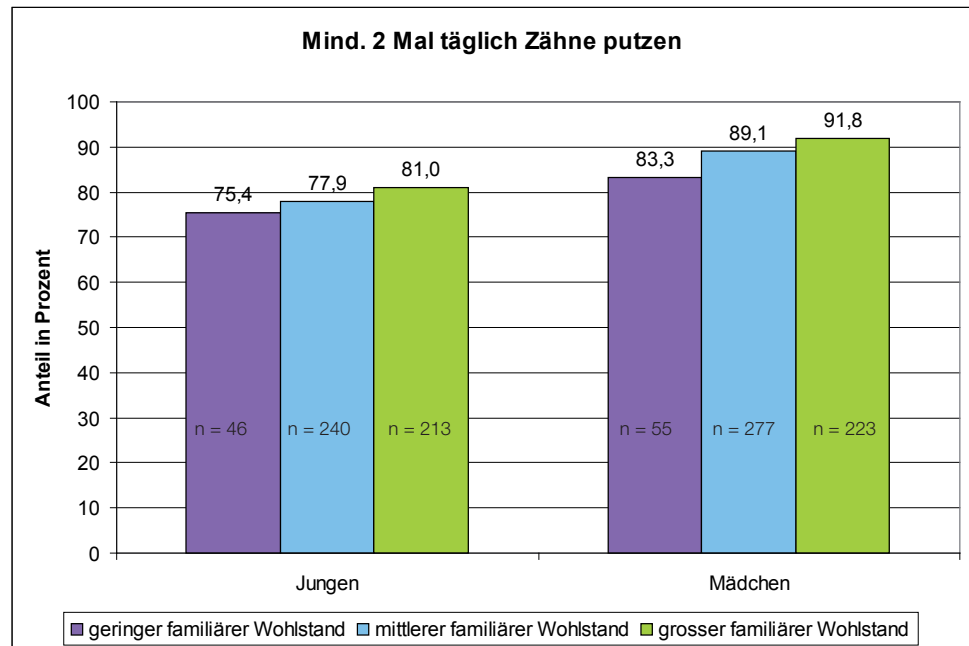
Grafik 2.5: Körperliche Bewegung der 11- bis 15-Jährige in Abhängigkeit des familiären Wohlstands und des Geschlechts (HBSC Kt. Bern, 2006)

Zahngesundheit

In halbstrukturierten Experteninterviews mit Vertreterinnen und Vertretern des Schweizerischen Roten Kreuzes, des Bundesamtes für Gesundheit und des Gesundheitsdienstes der Stadt Bern zum aktuellen Gesundheitszustand der Berner Bevölkerung wurde immer wieder auf die Zahngesundheit verwiesen. Es scheint, als ob insbesondere bei Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund die mangelnde Zahngesundheit ein ernst zu nehmendes Thema ist. Hierauf verweisen auch diverse Studien. „Karies ist in sozial schwachen Familien und bei Kindern von im Ausland geborenen Müttern häufiger anzutreffen.“⁶⁹

Grafik 2.6 zeigt den Anteil der 11- bis 15-Jährigen Berner Jugendlichen, die mindestens zweimal am Tag die Zähne putzen. Während dies 83,3 Prozent der Mädchen mit geringem familiären Wohlstand tun, sind es bei Mädchen mit hohem familiären Wohlstand 91,8 Prozent (bei den Knaben 75,4 vs. 81 Prozent). Dieser Unterschied ist jedoch statistisch gesehen weder für die Knaben noch die Mädchen signifikant.

⁶⁹ Dratva, Zemp, Weiss, 2008, S. 49



Grafik 2.6: Mindestens zweimal pro Tag Zähne putzen in Abhängigkeit von familiärem Wohlstand und Geschlecht (HBSC Kt. Bern, 2006)

Körperliche Beschwerden

Bezüglich körperlicher Beschwerden wurden die Daten der HBSC-Studie auf die Häufigkeit von Bauch- und Kopfschmerzen abhängig vom familiären Wohlstand ausgewertet. Weder bei Bauch- noch bei Kopfschmerzen konnte ein Zusammenhang zum familiären Wohlstand festgestellt werden.

Psychische Gesundheit

Neben der körperlichen interessiert auch die psychische Gesundheit respektive das psychische Wohlbefinden. Einerseits wurden mit der HBSC-Studie die in der Woche davor erlebten Gefühlslagen (wie „sich voller Energie, fit und wohl, traurig oder einsam“ fühlen) erhoben. Andererseits wurden auch die zeitlichen und sozialen Ressourcen (genügend Zeit für sich selber haben, Spass mit Freunden/Freudinnen) und die Fähigkeit, sich (in der Schule) gut konzentrieren zu können, ermittelt. Die Auswertungen der Daten zeigen sowohl bei den Knaben, als auch bei den Mädchen statistische Unterschiede in Abhängigkeit des familiären Wohlstandes. So fühlen sich Knaben mit einem hohen familiären Wohlstand öfters voller Energie, fit und wohl als Knaben mit einem geringen oder mittleren familiären Wohlstand (Tabelle 2.1). Derselbe Unterschied zeigt sich auch bei den Mädchen (Tabelle 2.2).

Psychisches Wohlbefinden	Familiärer Wohlstand			stat. Signifikanz
Knaben	gering	mittel	hoch	95 %
In den letzten 7 Tagen immer oder oft ...				
voller Energie gefühlt	55,0	59,6	68,1	*
fit und wohl gefühlt	75,0	77,7	87,0	**
traurig gefühlt	6,5	6,0	4,3	n. s.
einsam gefühlt	3,3	4,7	2,7	n. s.
genug Zeit für sich selbst gehabt	60,0	72,9	73,5	(*)
Spass mit Freunden/Freundinnen gehabt	83,3	82,7	89,3	(*)
(in der Schule) gut aufpassen können	75,4	73,8	75,0	n. s.

Tabelle 2.1: Psychisches Wohlbefinden in Abhängigkeit des familiären Wohlstandes, Knaben (HBSC Kt. Bern, 2006)

Mädchen mit einem geringen familiären Wohlstand fühlten sich in der Woche vor der Erhebung signifikant häufiger einsam und hatten tendenziell weniger oft Spass mit Freunden/Freundinnen als Mädchen mit höherem familiären Wohlstand. Auf die Fähigkeit, sich (in der Schule) gut konzentrieren beziehungsweise aufpassen zu können, scheint sich der familiäre Wohlstand jedoch nicht stark auszuwirken.

Psychisches Wohlbefinden	Familiärer Wohlstand			stat. Signifikanz
Mädchen	gering	mittel	hoch	95 %
In den letzten 7 Tagen immer oder oft ...				
voller Energie gefühlt	44,6	55,7	67,6	**
fit und wohl gefühlt	56,1	75,1	79,5	**
traurig gefühlt	18,5	9,4	11,3	n. s.
einsam gefühlt	13,8	5,5	5,8	*
genug Zeit für sich selbst gehabt	61,0	69,1	67,2	n. s.
Spass mit Freunden/Freundinnen gehabt	83,1	87,9	92,4	(*)
(in der Schule) gut aufpassen können	70,8	78,4	81,3	n. s.

Tabelle 2.2: Psychisches Wohlbefinden in Abhängigkeit des familiären Wohlstandes, Mädchen (HBSC Kt. Bern, 2006)

Konsumverhalten (Tabak, Alkohol und Cannabis)

Nach dem körperlichen und psychischen Gesundheitszustand wird abschliessend auch noch das Konsumverhalten von Tabak, Alkohol und Cannabis in Abhängigkeit des familiären Wohlstands untersucht. Weder bei den Knaben, noch bei den Mädchen zeigt sich im Konsum dieser drei Substanzen ein statistisch signifikanter Unterschied nach familiären Wohlstand (Tabelle 2.3 und 2.4).

Konsumverhalten	Familiärer Wohlstand			stat. Signifikanz
Knaben (N = 626–629, 155 für Cannabis)	gering	mittel	hoch	95 %
In den letzten 30 Tagen mindestens einmal ...				
Zigaretten geraucht	8,8	11,1	8,0	n. s.
Alkohol getrunken	19,7	26,0	28,4	n. s.
betrunken gewesen	2,3	6,9	4,2	n. s.
Cannabis genommen (nur 14- bis 15-Jährige)	14,3	6,9	15,9	n. s.

Tabelle 2.3: 30 Tage Konsumprävalenz von Zigaretten, Alkohol und Cannabis sowie Betrunkenheit nach familiären Wohlstand, Knaben (HBSC Kt. Bern, 2006)

Obwohl die Abgabe von Alkohol an unter 16-Jährige gesetzlich verboten ist, hat jeder vierte Knabe und jedes fünfte Mädchen zwischen 11 und 15 Jahren im Monat vor der Erhebung mindestens einmal Alkohol getrunken, 5,1 Prozent waren mindestens einmal betrunken. 8,8 Prozent haben im Monat vor der Erhebung mindestens einmal geraucht; dieselbe Anzahl der 14- bis 15-Jährigen hatte Cannabis konsumiert.

Konsumverhalten	Familiärer Wohlstand			stat. Signifikanz
Mädchen (N = 615, 173 für Cannabis)	gering	mittel	hoch	95 %
In den letzten 30 Tagen mindestens einmal ...				
Zigaretten geraucht	8,2	7,2	8,6	n. s.
Alkohol getrunken	18,5	19,2	25,9	n. s.
betrunken gewesen	4,5	4,9	4,5	n. s.
Cannabis genommen (nur 14-15 jährige)	0	7,4	6,3	n. s.

Tabelle 2.4: 30 Tage Konsumprävalenz von Zigaretten, Alkohol und Cannabis sowie Betrunkenheit nach familiärem Wohlstand, Mädchen (HBSC Kt. Bern, 2006)

2.5 Zusammenfassung und Fazit

Wie in diesem Kapitel aufgezeigt wurde, sind die Informationen zur Beschreibung des Gesundheitszustandes von Kindern im Kanton Bern lückenhaft. Als Grundlage für die Entwicklung von (Präventions-)Massnahmen und für die Überprüfung deren Wirksamkeit wird zuverlässiges Datenmaterial aber dringend benötigt. Die jährlich durchgeführten schulärztlichen Untersuchungen im Kanton Bern bieten ein grosses Potenzial zur Kontrolle der gesundheitlichen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen, aber auch zur Evaluation der Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen im Kinder- und Jugendbereich. Es gilt zu prüfen, inwiefern diese Daten zukünftig systematisch ausgewertet und mit zusätzlichen soziodemografischen Variablen ergänzt werden können. Allenfalls könnte auch

eine stichprobenbezogene Erhebung des Gesundheitszustands von Kindern im Kanton Bern in Betracht gezogen werden.

Aus den bereits vorliegenden Daten zum Jugendalter (hauptsächlich aus der HBSC-Studie) zeigt sich, dass es den Jugendlichen des Kantons Bern grossmehrheitlich gesundheitlich gut geht (9 von 10 Jugendlichen zwischen 11 und 15 Jahren schätzen ihren selbstwahrgenommenen Gesundheitszustand als „gut“ oder „sehr gut“ ein). Dieselben Daten belegen aber für den Kanton Bern auch Unterschiede im Gesundheitszustand und im Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen in Abhängigkeit des familiären Wohlstandes. So beurteilen Mädchen mit geringem familiärem Wohlstand ihren selbstwahrgenommenen Gesundheitszustand schlechter als diejenigen mit einem hohen familiären Wohlstand. Bei den Knaben zeigen sich Unterschiede, etwa im Bewegungsverhalten: Knaben mit geringem familiären Wohlstand bewegen sich weniger häufig als Knaben mit hohem familiären Wohlstand.

Diese Befunde decken sich mit der aus der Literatur gewonnenen Ergebnissen, wonach sich bereits in sehr frühen Jahren gesundheitsrelevante Unterschiede in Abhängigkeit der sozialen Lage zeigen. Sehr oft in der Hinsicht, dass Kinder mit niedrigem familiärem Wohlstand die schlechteren gesundheitlichen Startbedingungen haben als solche mit grossem familiären Wohlstand. Dies zeigt sich exemplarisch beim erhöhten Rauchen während der Schwangerschaft bei Frauen mit niedrigerem Sozialstatus.

3 Die Balance von Ressourcen und Belastungen: Die Gesundheit der Erwachsenen im Erwerbsalter

3.1 Einleitung

Die zweite grosse Lebensphase, die in diesem Bericht betrachtet werden soll, umspannt das Erwachsenenleben während der Erwerbsphase, hier definiert als Altersspanne zwischen 25 und 64 Jahren.⁷⁰ Im Kanton Bern befinden sich rund 535 000 Frauen und Männer in der so definierten Phase. Diese Altersphase ist für viele Personen vom Arbeits-, Ehe- und Familienleben geprägt.

Arbeit und Beschäftigung sind von zentraler Bedeutung für die Gesundheit. Sinngebung, Anerkennung, Wertschätzung und soziale Unterstützung, die man bei der Arbeit erfährt, sind wichtige Quellen für die psychische und physische Gesundheit eines Erwachsenen. Auf der anderen Seite können Arbeitsbedingungen Körper wie auch Psyche belasten und gesundheitsschädigend sein. Dabei spielt die Dauer einer belastenden Situation eine wichtige Rolle: Je länger jemand exponiert ist, umso höher ist das Erkrankungsrisiko, das oft im Sinne einer Dosis-Wirkungsbeziehung ansteigt.⁷¹ Erwerbstätige Personen ohne höhere Schulbildung haben in dieser Hinsicht per se ein höheres Risiko: Durch den früheren Einstieg in das Arbeitsleben sind sie bis zur Pensionierung länger exponiert. Ein besonderes Risiko für die Gesundheit stellt der Verlust der Stelle und Arbeitslosigkeit dar.

Das *Gründen einer Familie* erfordert eine hohe Anpassungsleistung von den Eltern und kann wie die Erwerbstätigkeit auch zugleich Ressource wie Belastung für die Gesundheit sein. Neben Fragen rund um die Betreuung und Erziehung von Kindern müssen auch Probleme gemeistert werden wie die Vereinbarkeit von Beruf und Familie oder die Bewältigung von finanziellen Engpässen. Besonders belastend ist die Alltagsbewältigung für Alleinerziehende. Diese befinden sich neben der hohen Belastung aufgrund der alleinigen Verantwortung für die Kinderbetreuung auch aussergewöhnlich oft in einer schwierigen finanziellen Situation.

In den letzten Jahrzehnten hat sich die gesellschaftliche Struktur dieser Altersgruppe stark verändert: Im Jahr 2000 teilten sich nur noch rund 30 Prozent der Paarhaushalte mit Kindern die Arbeit nach dem klassischen „Ernährer-Modell“ auf: Der Mann arbeitet Vollzeit und die Frau ist nicht erwerbstätig und für Kinderbetreuung und Haushalt zuständig. Heute ist ein anderes Modell vorherrschend: Paare mit Kindern arbeiten zusammen mehr als 100 Prozent, wobei der Mann oft Vollzeit arbeitet und die Frau in einem Teilzeitpensum erwerbstätig ist. Die stärkere Erwerbsbeteiligung der Mütter macht die Frage der Vereinbarung von Beruf und Familie zu einem zentralen gesellschaftlichen Problem. Ausserdem hat sich der Anteil der Ein-Personen-Haushalte im Kanton Bern zwischen 1970 und 2000 von 19 auf 38 Prozent erhöht.

⁷⁰ Diese Altersphase ist in der Bevölkerung nicht einheitlich definiert: Sowohl Beginn wie auch Ende des Erwerbslebens sind je nach Ausbildungslänge und finanziellen Verhältnisse unterschiedlich. Für Personen ohne höhere Schulbildung beginnt das Erwerbsleben einige Jahre früher, für einen Teil der Personen mit Tertiäusbildung später. Aus methodischen Gründen mussten dennoch einheitliche Altersgrenzen bestimmt werden. Die Grenzen für diese Altersgruppen wurden so gewählt, da ein Grossteil der Personen mit 25 Jahren seine Ausbildung abgeschlossen hat und sich mit 65 Jahren im Ruhestand befindet.

⁷¹ Siegrist, Theorell, 2008, S. 99

Der Sozialbericht des Kantons Bern (2008) zeigt auf, dass zwei Haushaltstypen ein besonders hohes Armutsrisiko aufweisen: Ein-Personen-Haushalte und Alleinerziehende.

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung

Die wichtigste Datenquelle zur Gesundheit, die für diese Altersgruppe zur Verfügung steht, ist die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB). Sie wird vom Bundesamt für Statistik alle fünf Jahre mittels Telefoninterview und Fragebogen bei der in Privathaushalten lebenden Bevölkerung mit Telefonanschluss erhoben. Es wird nicht nur der körperliche und psychische Gesundheitszustand erfragt, sondern auch Faktoren, welche die Gesundheit beeinflussen, etwa Belastungen und Ressourcen. Für die zentrale Frage der Chancengleichheit in der Gesundheit ist es besonders wertvoll, dass in der SGB auch die sozialen Determinanten Ausbildung, Einkommen und berufliche Stellung erhoben werden.

In der Erhebung 2007 wurde im Kanton Bern eine *Stichprobe von insgesamt 1545 Personen* für die hier interessierende Altersgruppe befragt. Die Ergebnisse, die in diesem Kapitel vorgestellt werden, stammen (mit Ausnahme des Exkurses zu den Patienten in den psychiatrischen Kliniken im Kapitel 3.6) alle aus der SGB-Erhebung. Details zur Schweizerischen Gesundheitsbefragung finden sich im Anhang dieses Berichts. Leider wurde sie nur in den drei Landessprachen Deutsch, Französisch und Italienisch durchgeführt, so dass ein relevanter Teil der Migrationsbevölkerung nicht erfasst werden konnte. Als Ergänzung zu diesem Kapitel ist Kapitel 5 speziell der gesundheitlichen Situation der wichtigsten Migrationsgruppen gewidmet. Es stützt sich auf Ergebnisse der Studie „Monitoring Migrationsbevölkerung“, die im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit im Jahr 2004 durchgeführt wurde.

In diesem Kapitel wird einerseits der körperliche und psychische Gesundheitszustand wie auch das Vorhandensein oder Fehlen von wichtigen Ressourcen und Belastungen in der Berner Bevölkerung zwischen 25 und 64 Jahren beschrieben. Ebenso werden Unterschiede in den Gesundheitschancen je nach sozialer Lage analysiert.

Die drei Indikatoren zur sozialen Lage

Wie bereits erwähnt finden sich in der SGB Informationen über drei zentrale Faktoren, welche die soziale Lage beeinflussen: die Schulbildung, das Einkommen und die berufliche Stellung. In der folgenden Tabelle wird dargestellt, welche Informationen die drei Indikatoren beinhalten (Details werden im Anhang vorgestellt).

		Män- ner	Frau- en	Total
höchste ab- geschlossene Ausbildung	kein Schulabschluss oder nur obligatori- sche Schule (ohne Lehre)	6,6	12,0	9,2
	Sekundarstufe II (Berufsausbildung oder allgemeine Zusatzausbildung)	56,0	64,0	59,9
	Tertiärstufe (höhere Berufsausbildung oder Hochschulabschluss)	37,5	24,1	30,8
beruflicher Status*	Arbeiter (manuelle Berufe qualifiziert, un- und angelernt; inkl. nicht erwerbstätig Personen Haushalt, Familie)	31,7	26,3	29,0
	Kleinunternehmer, selbständige Handwer- ker, Bauern	15,2	6,8	11,0
	Büroangestellte und andere nicht-manuelle Berufe	9,2	29,9	19,4
	höhere/mittlere Führungskräfte/freie Berufe	42,1	35,2	38,7
	fehlende Antwort, nicht gefragt (u. a. Studierende/in Ausbildung)	1,8	1,8	1,8
Haushaltsäqui- valenzeinkom- men**	bis CHF 2250	18,2	23,0	20,6
	CHF 2251–3333	23,6	24,5	24,0
	CHF 3334–4667	27,5	26,9	27,2
	über CHF 4667	30,7	25,6	28,2

Tabelle 3.1: Beschreibung der Bevölkerungsgruppe im Erwerbsalter nach den drei Indi-
katoren zur sozialen Lage

* Definiert nach Kombination von beruflicher Stellung, Anzahl Untergebener, aktuellem Beruf und der Frage nach Angestelltenverhältnis resp. Selbständigkeit. Dieser interna-
tional gebräuchliche Indikator der sozialen Stellung hat in der Schweiz eine weniger klare
hierarchische Ordnung als in anderen Ländern (beispielsweise Grossbritannien).

** Beim Haushaltsäquivalenz-Einkommen fehlen die Angaben von 3,3 Prozent der Be-
fragten.

Die Männer und Frauen in dieser Altersgruppe im Kanton Bern unterscheiden
sich bezüglich sozio-ökonomischem Status: Männer verfügen deutlich häufi-
ger über einen Schulabschluss auf Tertiärstufe und haben ebenfalls häufiger ein
höheres Haushaltsäquivalenz-Einkommen. Beim beruflichen Status sind sie zwar
ebenfalls deutlich häufiger bei der höchsten Stufe (Führungskräfte) vertreten, aber
auf der anderen Seite auch häufiger bei den Arbeitern und manuellen Berufen.

Methodisches Vorgehen

Die verwendete Methodik zur Beschreibung des Gesundheitszustands und zur
Analyse des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit kann in
drei Schritte eingeteilt werden:

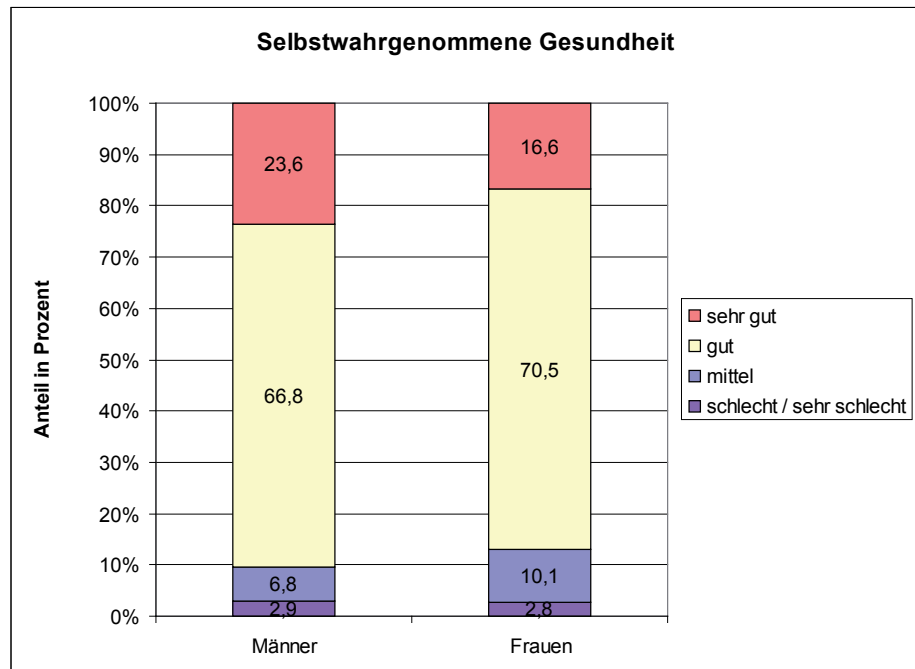
- Beschreibung der Verteilung des Indikators in der Bevölkerung
Damit soll folgende Frage beantwortet werden: Wie gross ist der Anteil der Be-
völkerung des Kantons Bern im Erwerbsalter, der von einem bestimmten Ge-
sundheitsproblem (z. B. starken Rückenschmerzen) betroffen ist?

- **Vergleich von Extremgruppen nach sozialer Position**
Der Vergleich zeigt, ob sich Personen in besonders tiefer sozialer Position bezüglich ihres gesundheitlichen Befindens von Personen in besonders hoher sozialer Position unterscheiden. Es handelt sich um eine rein deskriptive Analyse. Das bedeutet auch, dass dieser Gruppenvergleich nicht in Bezug auf Alters- und Geschlechtsunterschiede kontrolliert wurde. Hingegen beantwortet der Vergleich die Frage, wie verbreitet ein bestimmtes Gesundheitsproblem in der definierten Gruppe tatsächlich ist.
Dazu wurden zwei Gruppen definiert, die sich am obersten und am untersten Pol der sozialen Lage befinden: Personen mit besonders tiefem Status zeichnen sich durch folgende Kombination in den drei sozialen Determinanten aus: Sie haben ausschliesslich die obligatorische Schulzeit absolviert (ohne Lehre) und gehen einer Erwerbsarbeit als Arbeiter nach oder sind keine Erwerbspersonen (Haushalt; Familie) und verfügen über ein geringeres Haushaltsäquivalenz-Einkommen als 50 Prozent der Personen in ihrer Altersgruppe, das heisst, weniger als 3333 Franken pro Monat (Details zur Definition im Anhang).
Personen mit besonders hohem Status zeichnen sich dagegen durch folgende Kombination aus: Sie haben einen Tertiärabschluss absolviert und sind beruflich in einer mittleren oder höheren Führungsposition tätig und verfügen über ein höheres Haushaltsäquivalenz-Einkommen als 50 Prozent der Personen ihrer Altersgruppe, das heisst, mehr als 3333 Franken pro Monat (Details zur Definition ebenfalls im Anhang).
- Gemäss dieser Definition leben im Kanton Bern 112 600 erwachsene Personen im Erwerbsalter mit einem besonders tiefen sozialen Status und 96 360 Personen mit einem besonders hohen Status. Das mittlere Alter beträgt 42,2 respektive 44,5 Jahre. Der Anteil Frauen ist mit 35 Prozent respektive 36 Prozent in beiden Gruppen vergleichbar tief. Der Anteil der Männer überwiegt in beiden Extremgruppen, die Frauen bewegen sich überdurchschnittlich oft in den mittleren sozialen Positionen.
- **Multivariate Analyse mittels logistischer Regression**
Um über die aus analytischer Sicht beschränkte Aussagekraft des rein deskriptiven Extremgruppenvergleichs hinauszukommen, wird in einem dritten Schritt der je unabhängige Einfluss der drei sozialen Indikatoren auf die Gesundheit untersucht. Dabei können Effekte von Alter und Geschlecht kontrolliert werden. Die Analyse beantwortet die Frage, wie stark das relative Risiko, von einem Gesundheitsproblem betroffen zu sein, mit einem bestimmten sozialen Indikator (wie beispielsweise Einkommen) zusammenhängt. Damit verbunden sind auch Hinweise auf mögliche Interventionsmöglichkeiten.

3.2 Allgemeiner Gesundheitszustand

Einer der wichtigsten Indikatoren, um Gesundheit zu beschreiben, ist die selbstwahrgenommene Einschätzung mittels der einfachen Frage: „Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?“ Erstaunlicherweise ist dies einer der besten Prädiktoren für den allgemeinen Gesundheitszustand und sogar für die Lebenserwartung eines Individuums. Die befragten Personen resümieren dabei ihr Wohlbefinden, klinisch relevante Erkrankungen oder auch unbehandelte Gesundheitsprobleme von Körper und Psyche.

Wie wir in der folgenden Grafik sehen können, fühlt sich nur ein kleiner Prozentsatz der Bevölkerung im Erwerbsalter „schlecht“ oder sogar „sehr schlecht“. Die Frauen beurteilen ihre Gesundheit insgesamt etwas schlechter als die Männer.



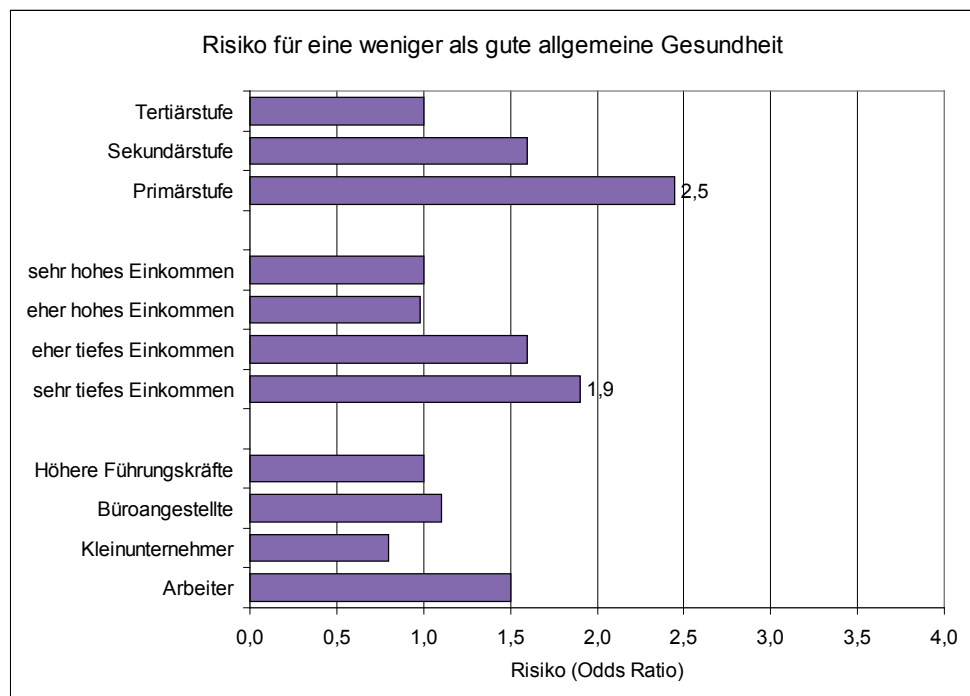
Grafik 3.1: Die selbstwahrgenommene Gesundheit nach Geschlecht: erwachsene Berner Bevölkerung im Erwerbsalter (SGB, 2007; N=1545)

Geht es Menschen in einer sozial starken Position gesundheitlich besser?

In einem zweiten Schritt gehen wir der Frage nach, ob sich die Berner Bevölkerung mit besonders tiefem sozialem Status von derjenigen mit einem besonders hohen sozialen Status unterscheidet (Extremgruppenvergleich).

Auf die Frage nach dem gesundheitlichen Befinden beantworten knapp zehn Prozent der Personen mit besonders tiefem sozialem Status, dass es ihnen gesundheitlich nicht gut gehe (sehr schlecht/schlecht oder mittel); bei den Personen mit besonders hohem sozialem Status sind es hingegen lediglich vier Prozent.

Ist dieser deutliche Unterschied eventuell auf Geschlechts- oder Alterseffekte zurückzuführen oder wird er durch diese verzerrt? Diese Frage soll mit dem dritten Schritt, der logistischen Regression, beantwortet werden. In der folgenden Grafik wird jeweils nur der hier interessierende Zusammenhang zwischen den sozialen Determinanten und dem Gesundheitsindikator dargestellt. Ist ein Balken mit dem Wert des Risikos beschriftet, handelt es sich um ein statistisch signifikantes Resultat. Es ist äusserst unwahrscheinlich, dass dieses Resultat durch Zufall entstanden ist. Der Lesbarkeit halber wurde auf eine Darstellung der Effekte der Kontrollvariablen Geschlecht und Alter in den Grafiken verzichtet; eine Tabelle mit den vollständigen Ergebnissen der logistischen Regression befindet sich im Anhang.



Grafik 3.2: Zusammenhang der sozialen Position mit dem Risiko einer weniger als gut wahrgenommenen allgemeinen Gesundheit: erwachsene Berner Bevölkerung im Erwerbsalter (SGB, 2007, adjustiert für Alters- und Geschlechtseffekte; N=1485)

Diese Grafik zu den Ergebnissen der logistischen Regression muss folgendermassen interpretiert werden. Die obersten drei Balken geben das Ergebnis des Risikovergleichs zwischen den drei Ausbildungsstufen wieder. Sie beantworten die Frage, ob es Unterschiede zwischen Personen mit geringer, mittlerer und hoher Ausbildung gibt. Man kann erkennen, dass die Schulbildung mit dem Risiko, sich gesundheitlich weniger gut zu fühlen, zusammenhängt. Ist ein Balken mit dem Wert des Risikos bezeichnet (hier Primärstufe mit Risiko = 2,5) bedeutet dies, dass diese Gruppe ein statistisch signifikant abweichendes Risiko von der Referenzgruppe aufweist. Personen ohne Schulabschluss oder maximale Primärstufe haben also ein 2,5-mal so hohes Risiko, sich gesundheitlich nicht gut zu fühlen als Personen mit Tertiärausbildung. Dies obwohl Alters- und Geschlechtsunterschiede sowie Unterschiede im Einkommen und in der beruflichen Position in das Modell einbezogen und damit statistisch kontrolliert wurden.

Die vier folgenden Balken beschreiben den Zusammenhang zwischen dem Einkommen und dem Risiko einer weniger als gut wahrgenommenen Gesundheit. Personen mit besonders tiefem Einkommen haben ein 1,9-mal höheres Risiko als die Referenzgruppe (sehr hohes Einkommen) mit einem festgelegten Risiko von 1. Die Berner Bevölkerung dieser Altersgruppe, die nur über knappe finanzielle Mittel verfügt, fühlt sich also im Schnitt gesundheitlich deutlich schlechter. Dieser Effekt ist unabhängig von Schulbildung oder der beruflichen Stellung.

Die drei untersten Balken bezüglich beruflicher Stellung zeigen, dass kein signifikanter Unterschied zwischen den vier Gruppen besteht. Beim allgemeinen Gesundheitszustand spielen zwar Schulbildung und Einkommen eine Rolle, die

berufliche Stellung hat aber darüber hinaus (unabhängig von den zwei anderen Determinanten) keinen relevanten zusätzlichen Einfluss.

Zusammenfassung

Die selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheit ist ein zentraler Gesundheitsindikator, der einen hohen prognostischen Wert für den weiteren Verlauf der Gesundheit und sogar die Lebenserwartung eines Individuums hat. Im Kanton Bern beurteilen Erwachsene im Erwerbsalter in einer hohen sozialen Position ihre Gesundheit viel seltener als „nicht gut“ als Gleichaltrige in einer tiefen sozialen Position. Frauen und Männer mit hoher Schulbildung und hohem Einkommen haben eine signifikant bessere Chance auf eine gute allgemeine Gesundheit.

3.3 Chronische Schmerzen sind weitverbreitet

Die Beschreibung der körperlichen Gesundheit beschränkt sich in diesem Bericht auf Variablen in Zusammenhang mit Schmerzproblemen. Aufgrund unserer Auswahlkriterien (u. a. Verbreitung des Problems in der Bevölkerung) und des Entscheids, die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen in diesem Bericht nicht zu thematisieren, konnten andere Indikatoren der körperlichen Gesundheit nicht miteinbezogen werden.⁷² Chronische Schmerzprobleme sind ein ernstzunehmendes Gesundheitsproblem, das je nach Verlauf zu einer starken Einschränkung der Lebensqualität, psychischen Krankheiten wie Depressionen und zur Arbeitsunfähigkeit führen kann.⁷³ Vor allem chronische Rückenschmerzen verursachen hohe Kosten am Arbeitsplatz. Die 4. Europäische Erhebung über Arbeitsbedingungen im Jahr 2005 ergab, dass 18 Prozent der Erwerbstätigen in der Schweiz an Rückenschmerzen leiden, die durch die Arbeit zumindest mitbedingt sind.⁷⁴ Rund ein Fünftel aller IV-Renten werden wegen muskuloskelettaler Erkrankungen, insbesondere chronischen Rückenschmerzen, gesprochen, was gemäss IV-Statistik 2008 Kosten von einer Milliarde Franken pro Jahr verursacht.⁷⁵ Der Synthesebericht des Nationalen Forschungsprogramms NFP53 „Muskuloskelettale Gesundheit – Chronische Schmerzen“ kommt denn auch zum Schluss, dass weiterhin grosse Anstrengungen notwendig sind, um die Prävention in diesem Bereich zu stärken, die Rehabilitation zu optimieren und Fehlbehandlungen zu vermeiden.⁷⁶

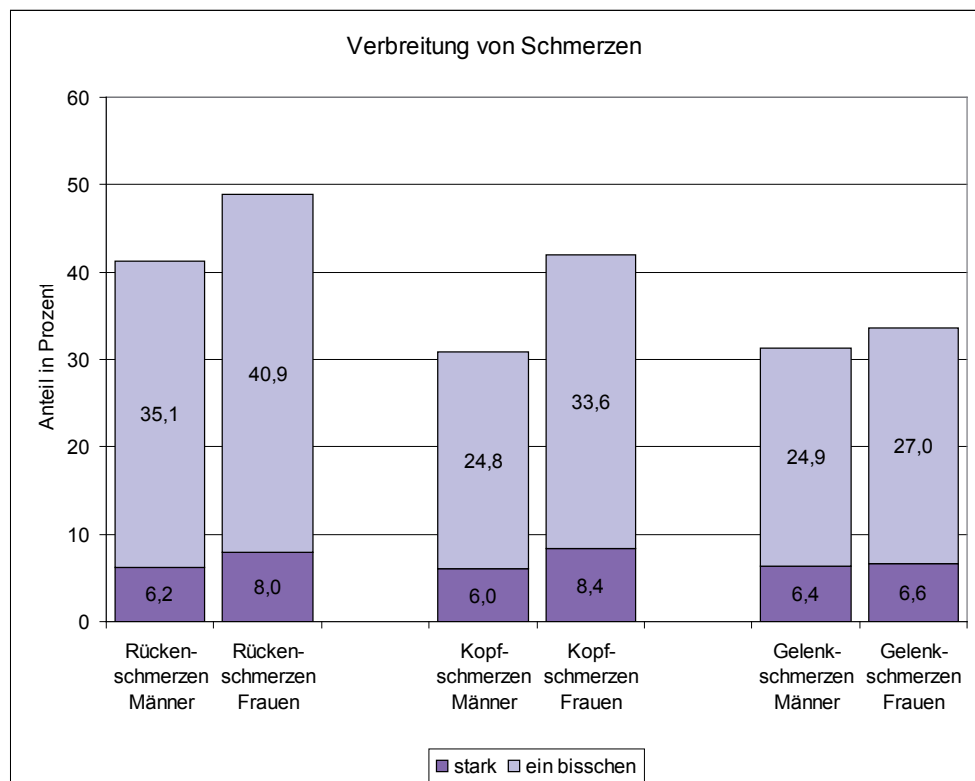
⁷² Bei vielen interessanten Variablen wie beispielsweise Herzkrankheiten, Diabetes oder auch Behinderungen waren in der hier relevanten Stichprobe zu wenige Personen enthalten, die von der Krankheit betroffen waren. Deshalb war eine multivariate Analyse aufgrund der geringen Anzahl N nicht möglich.

⁷³ Baer, Frick, Fasel, 2009

⁷⁴ Staatssekretariat für Wirtschaft, Fachhochschule Nordwestschweiz, 2007

⁷⁵ Bundesamt für Sozialversicherungen, 2008

⁷⁶ Schweizerischer Nationalfonds, 2009



Grafik 3.3: Anteil der Bevölkerung des Kantons Bern im Erwerbsalter, der unter regelmässigen Rücken-, Kopf- oder Gelenkschmerzen leidet nach Geschlecht (SGB, 2007; N=1543)

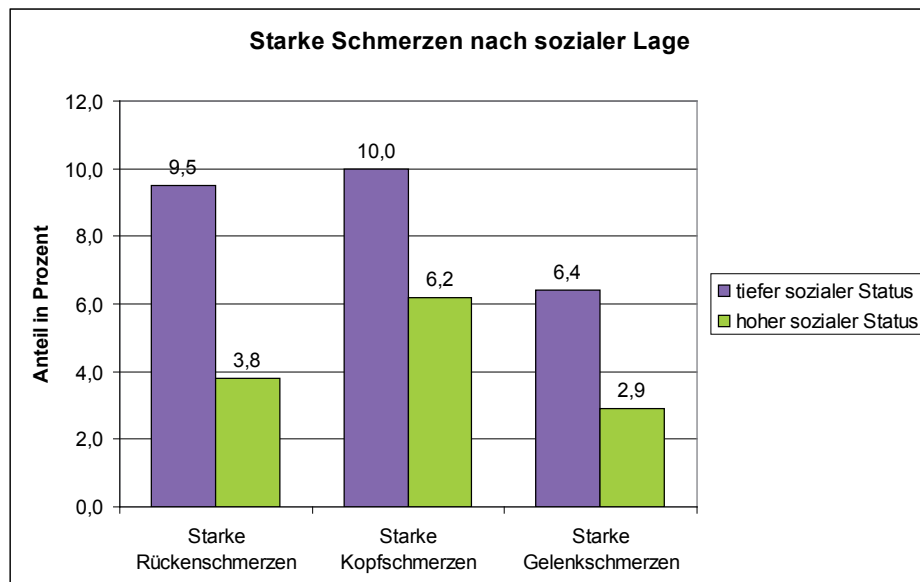
Ein grosser Teil der Bevölkerung im Erwerbsalter litt im Monat vor der Befragung unter leichten Schmerzen. Zwischen 6 und 8 Prozent berichteten von starken Schmerzen. Ausserdem nahmen 5,4 Prozent der Frauen und 2,4 Prozent der Männer täglich ein Schmerzmedikament ein. Insgesamt 23 Prozent der Frauen und 15 Prozent der Männer konsumierten mindestens einmal im Verlauf dieses Monats ein Schmerzmedikament.

Am stärksten verbreitet sind Rückenschmerzen, die verschiedene und oft mehrere Ursachen gleichzeitig haben. Schmerzen im Wirbelsäulenbereich sind meist auf Muskelverspannungen oder degenerative Erkrankungen zurückzuführen. Neben organischen Ursachen sind gerade für den Übergang von akuten zu chronischen Rückenschmerzen auch psychologische Faktoren bedeutsam. Soziale Konflikte in Beruf, im Privatleben oder der Verlust der Arbeitsstelle spielen eine wichtige Rolle bei der Chronifizierung von Rückenschmerzen. Die Entstehung von Rückenschmerzen kann vermindert werden durch ausreichende körperliche Bewegung, korrektes Aufstehen und Heben von Gewichten, die Entschärfung von schädigenden Arbeitsanforderungen, ergonomisch gestaltete Arbeitsplätze sowie durch kalziumreiche Ernährung im Kindesalter. Bei der Behandlung von akuten Rückenschmerzen und um einer Chronifizierung vorzubeugen, ist die Einstellung respektive die subjektive Krankheitstheorie der Patienten von entscheidender Bedeutung: Wer mit dem Schmerz einen körperlichen Schaden verbindet und damit intuitiv Vermeidungsverhalten praktiziert, hat geringere Chancen auf Heilung.⁷⁷

⁷⁷ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2006

Verbreitung von Schmerzen je nach sozialer Lage

In der nächsten Grafik werden wiederum in einem zweiten Schritt die beiden Extremgruppen mit besonders hohem respektive besonders tiefem sozialem Status miteinander verglichen. Es zeigt sich eine deutlich stärkere Verbreitung von relevanten Schmerzproblemen bei der Bevölkerungsgruppe mit tiefer Schulbildung, niedriger beruflicher Position und eher geringem Einkommen.



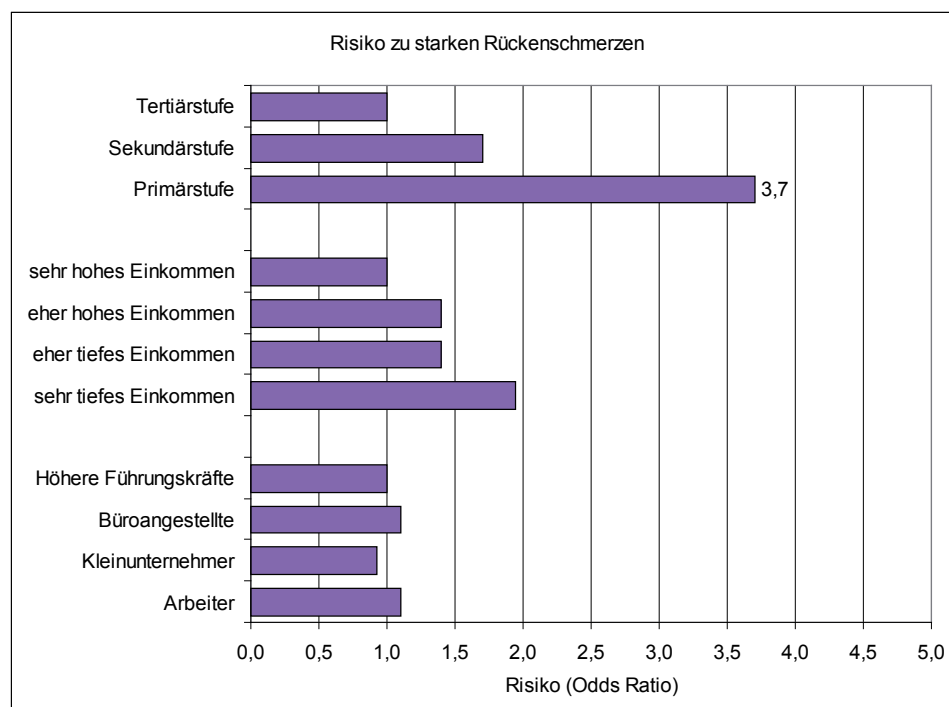
Grafik 3.4: Anteil der Bevölkerung des Kantons Bern im Erwerbsalter, der unter starken Rücken-, Kopf- oder Gelenkschmerzen leidet, in beiden Extremgruppen bezüglich sozialer Lage (SGB, 2007; N=605)

Auch das Auftreten von Schmerzen soll auf die verschiedenen sozialen Indikatoren hin untersucht werden, wobei Alters- und Geschlechtseffekte statistisch kontrolliert werden. Die Ergebnisse der logistischen Regression zeigen, dass die Art des Schmerzes (resp. das betroffene Organ) entscheidend beeinflusst, ob und, falls ja, welche sozialen Indikatoren die Wahrscheinlichkeit erklären können, betroffen zu sein.

Rückenschmerzen zeigen einen deutlichen sozialen Gradienten im Zusammenhang mit dem Bildungsabschluss. Personen, die ausschliesslich die obligatorische Schule besucht oder gar keinen Schulabschluss haben, leiden fast viermal häufiger unter starken Rückenschmerzen als Personen, die einen Abschluss auf Tertiärstufe haben.

Wie invalidisierend chronische Schmerzen in Verbindung mit psychischen Problemen sein können, zeigt eine kürzlich publizierte Studie zum Anstieg der psychisch bedingten Invalidenrenten in der Schweiz⁷⁸: Die Kombination von Depression, Schmerzstörung und unspezifischen körperlichen Beschwerden stellt das häufigste Erkrankungsmuster dar, das schliesslich zu einem Bezug von IV-Renten führt. Häufig handelt es sich bei dieser Rentengruppe um Personen mit geringer Schulbildung und einer Arbeitsbiografie in einfacheren manuellen Tätigkeiten in der Industrie oder im Baugewerbe. Überdurchschnittlich häufig – in fast der Hälfte der Fälle – handelt es sich um Migrantinnen und Migranten.

⁷⁸ Baer, Frick, Fasel, 2009

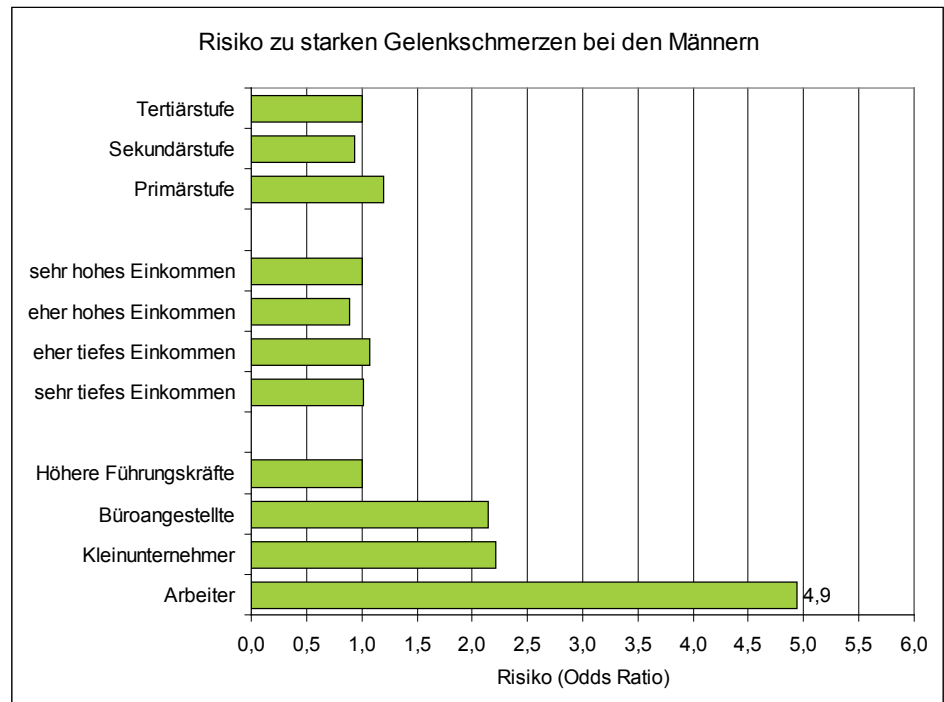


Grafik 3.5: Zusammenhang zwischen sozialem Status und dem Risiko für starke Rückenschmerzen: erwachsene Berner Bevölkerung im Erwerbsalter (SGB, 2007, adjustiert für Alters- und Geschlechtseffekte; N=1484)

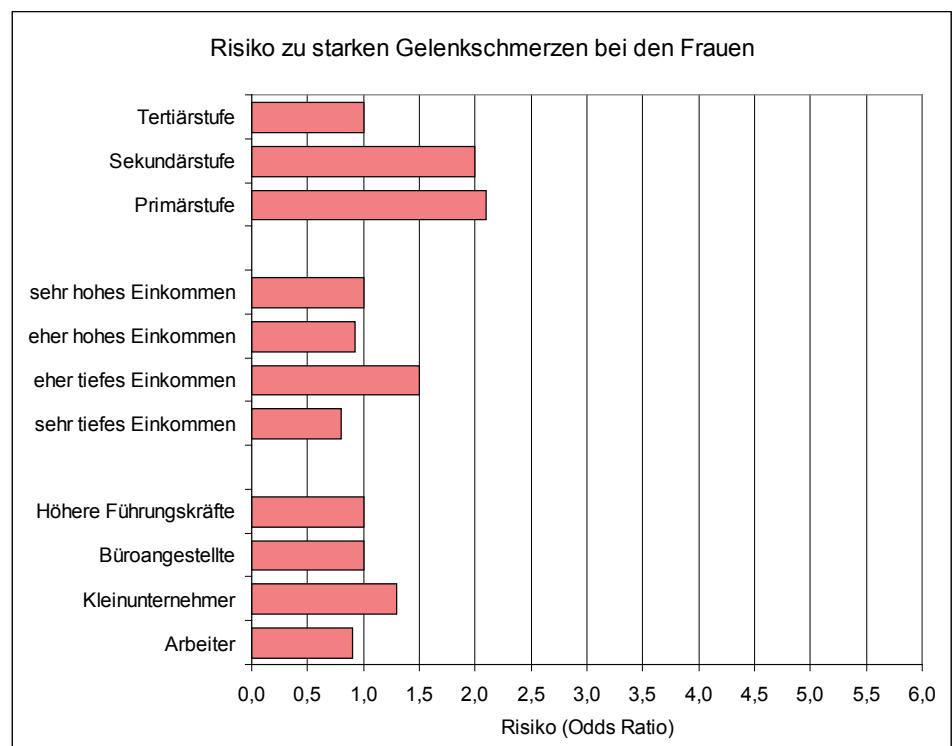
Bei Gelenkschmerzen zeigt sich ein klar unterschiedliches Bild für Männer und Frauen. Deshalb stützen wir uns auf die getrennt berechneten Modelle: Bei den Männern besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Arbeitstätigkeit und dem Risiko, unter starken Gelenkschmerzen zu leiden. Es sind vor allem Männer, die als ungelernte oder gelernte Arbeiter tätig sind. Dies scheint uns ein Hinweis auf die körperliche Beanspruchung, die damit verbunden ist. Ein Bericht des Seco⁷⁹ über den Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit kommt nach Analyse der Daten von 8958 Erwerbstätigen aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 zu folgendem Schluss: Personen mit tiefer schulischer Qualifikation sind bei ihrer Arbeit viel stärker körperlichen Belastungen ausgesetzt, die sich negativ auf ihre Gesundheit auswirken. Es handelt sich dabei insbesondere um stets gleiche Hand- oder Armbewegungen, schmerzhafte und ermüdende Körperhaltungen sowie das Tragen oder Bewegen schwerer Lasten. Diesen Belastungsarten sind vor allem Personen ausgesetzt, die in der Landwirtschaft, in der Industrie, im Bau- und Gastgewerbe arbeiten.

Bei den Frauen zeigt sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen den untersuchten sozialen Determinanten und dem Risiko zu Gelenkschmerzen. Das Risiko für Gelenkschmerzen scheint bei Frauen stärker mit anderen Faktoren verbunden zu sein. Diese haben entweder nichts mit der sozialen Lage zu tun (z. B. angeborene individuelle Unterschiede) oder aber mit sozialen Determinanten, die in dieser Untersuchung nicht berücksichtigt werden konnten.

⁷⁹ Seco, 2009



Grafik 3.6: Zusammenhang zwischen sozialem Status und dem Risiko für starke Gelenkschmerzen: männliche erwachsene Berner Bevölkerung im Erwerbsalter (SGB, 2007, adjustiert für Alters- und Geschlechtseffekte; N=698)



Grafik 3.7: Zusammenhang zwischen sozialem Status und dem Risiko zu starken Gelenkschmerzen: weibliche erwachsene Berner Bevölkerung im Erwerbsalter (SGB, 2007, adjustiert für Alters- und Geschlechtseffekte; N=787)

Die multivariate Analyse zu starken Kopfschmerzen zeigt ein erhöhtes Risiko für Personen mit tiefem Einkommen. Erstaunlicherweise besteht für Büroangestellte und andere nicht-manuelle Berufspersonen ein halb so grosses Risiko für starke Kopfschmerzen wie für die Referenzgruppe der höheren Führungskräfte (Details der Ergebnisse sind im Anhang angegeben).

3.4 Körpergewicht, Bewegung und Ernährung

In den industrialisierten Ländern ist die Tendenz zu Übergewicht in den letzten 30 Jahren stetig angestiegen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht mittlerweile davon aus, dass diese Entwicklung eines der brennendsten Gesundheitsprobleme überhaupt darstellt. Am meisten verbreitet ist das Problem in den USA, mittlerweile sind aber auch die europäischen Länder betroffen. Gemäss den Ausführungen des Bundesamtes für Gesundheit sind 2,2 Millionen Schweizerinnen und Schweizer übergewichtig (BMI ≥ 25) oder fettleibig (BMI ≥ 30). Diese Zahl steigt jährlich um circa 50 000 Personen. Besorgniserregend sind dabei nicht nur die Folgekosten von Adipositas, die auf rund 2,7 Milliarden Franken pro Jahr geschätzt werden, sondern auch die mit Übergewicht verbundene Minderung an Lebensqualität, die psychische Belastung und die kürzere Lebenserwartung.⁸⁰

Wie erklärt man sich diese besorgniserregende Entwicklung?

Wie andere Gesundheitsrisiken und -probleme auch ist das individuelle Körpergewicht von Eigenschaften der Person und deren Umwelt abhängig. Die relevanten Eigenschaften der Person spielen bei dieser gesellschaftlichen Entwicklung keine oder nur eine untergeordnete Rolle. Hingegen haben sich in unserer Umwelt entscheidende Veränderungen ergeben, die einen direkten Einfluss auf das Körpergewicht der Bevölkerung haben. Rein physikalisch betrachtet wird unser Körpergewicht hauptsächlich von der Energiebilanz aus der über die Nahrung zugeführten Energie und dem Energieverbrauch durch unsere Aktivitäten bestimmt. Das Ungleichgewicht von Energiezufuhr und -verbrauch ist eine anerkannte Ursache von Übergewicht. In den letzten Jahrzehnten wurde sehr viel unternommen, damit wir unseren Alltag mit so wenig körperlicher Anstrengung wie möglich bewältigen können. Heute ist ein Schulweg von mehr als 30 Minuten Fussweg den Kindern bereits nicht mehr „zuzumuten“. Vor 20 Jahren wurde das noch ganz anders beurteilt. Auch die Mobilität der Erwachsenen hat sich stark verändert. Immer seltener wird ein Weg aus eigener körperlicher Kraft bewältigt, auch sehr kurze Strecken werden mittels motorisiertem Verkehr zurückgelegt. Auf der anderen Seite haben sich unserer Ernährungsgewohnheiten stark verändert. Heute sind kalorienreiche Nahrungsmittel und Getränke auf Schritt und Tritt und 24 Stunden pro Tag erhältlich. In der Gesundheitsforschung spricht man neuerdings sogar von einer adipogenen Umwelt: Gerade im urbanen Umfeld braucht es eine gewisse Resistenz, um nicht übergewichtig zu werden.

Eine Erklärung dafür, wieso viele Menschen sich trotz besseren Wissens ungesund ernähren, liefert der emotionsregulierende Ansatz.⁸¹ Im Zentrum dieses neuen Konzepts steht die Annahme, dass die Menge und die Art dessen, was wir jeden Tag zu uns nehmen mit einer bestimmten Funktion der Ernährung zu

⁸⁰ Schneider, Schmid, 2004

⁸¹ Heindl, 2007

tun hat: Essen kann Emotionen beeinflussen und regulieren. So kann der Konsum von Schokolade beruhigen oder ein Glücksgefühl auslösen. Übermässig essen wird eingesetzt, um kurzfristig Stressgefühle oder Angst abzubauen. Der emotionsregulierende Ansatz basiert auf Erkenntnissen der aktuellen Hirnforschung, auf Erfahrungen der Disziplinen, die sich mit somatischem Lernen befassen und auf neuem Wissen im Bereich der Übergewichtsprävention und der Prävention von Essstörungen. Die zentrale Bedeutung der bewussten, achtsamen Körpereigenwahrnehmung (sich spüren), insbesondere deren emotions- und stressregulierenden Funktion, verbindet dabei die verschiedenen Perspektiven. Dieser Ansatz ist auch eine Antwort darauf, wieso die bisherigen Aufklärungsbotschaften und Informationskampagnen für eine gesunde Ernährung kaum Wirkung auf das Verhalten der Zielgruppen zeigen und vor allem von Armut betroffene Menschen oder Personen mit niedrigem Sozial- und Bildungsstand nicht zu erreichen vermögen:

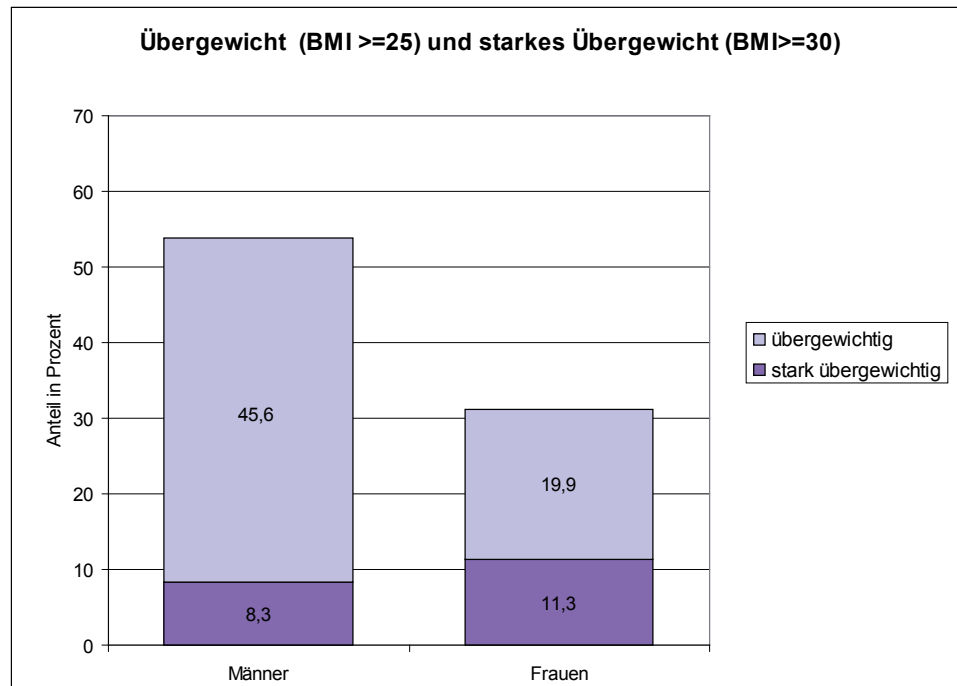
„Menschen, deren Alltagsbewältigung vor allem von Satt-werden-Können, Essen als Mittel gegen Frustration und Langeweile, fehlender persönlicher Zufriedenheit und sozialer Anerkennung bestimmt ist, scheinen sich den derzeit verbreiteten kompetenten Ratschlägen und Empfehlungen zu verschliessen“ (Heindl, 2007, S. 35).

Die Verbreitung von Übergewicht im Kanton Bern

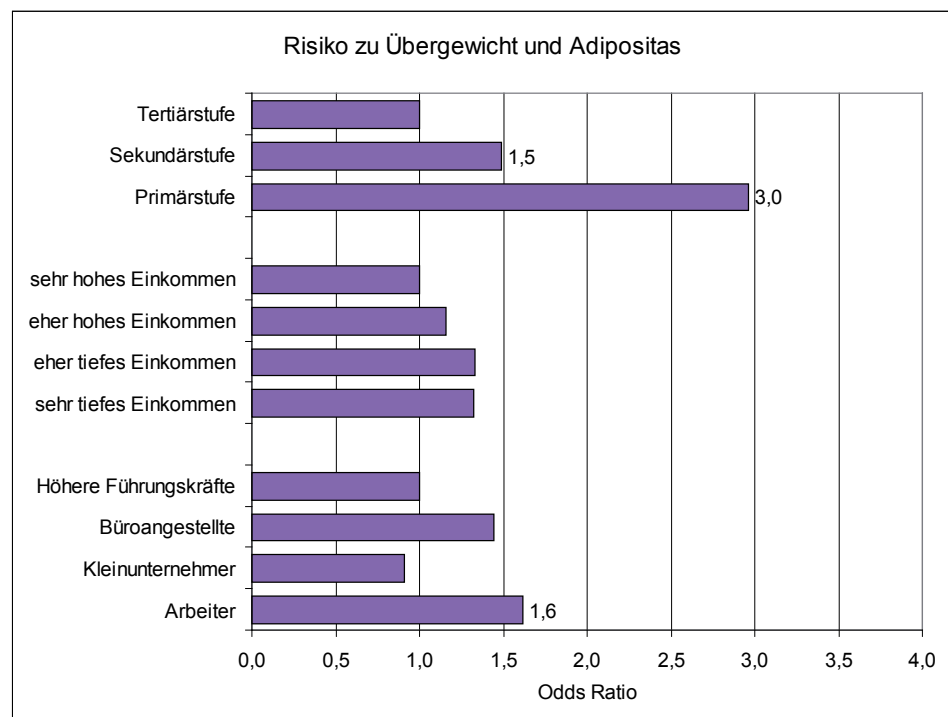
Gemäss den vorliegenden Daten sind mehr als die Hälfte aller Männer im Kanton Bern zwischen 25 und 64 Jahren übergewichtig (BMI ≥ 25) oder adipös (BMI ≥ 30). Das ist ein besorgniserregendes Resultat. Bei den weiblichen Erwachsenen sind Probleme mit dem Übergewicht deutlich seltener.

Der Vergleich der beiden sozialen Extremgruppen zeigt folgendes Bild: Die Bevölkerungsgruppe mit dem tiefsten sozialen Status weist einen Anteil von 51 Prozent Übergewichtigen oder Adipösen auf; die Bevölkerungsgruppe mit dem höchsten sozialen Status einen Anteil von lediglich 33 Prozent.

Die Analysen mittels logistischer Regression (siehe Grafik 3.9) zeigen erwartungsgemäss einen starken sozialen Gradienten bezüglich Körpergewicht: Personen mit der tiefsten Schulbildung haben ein dreifach erhöhtes Risiko, übergewichtig zu sein, Personen mit Sekundärbildung ein anderthalbfach erhöhtes Risiko, immer im Vergleich mit Personen mit Tertiärabschluss; und adjustiert für Alters- und Geschlechtseffekte wie auch für unterschiedliches Einkommen und berufliche Position. Unabhängig von der Schulbildung sind auch Personen, die als Arbeiter und Arbeiterinnen tätig sind, einem höheren Risiko für Übergewicht ausgesetzt.



Grafik 3.8: Verbreitung von Übergewicht und Adipositas: erwachsene Berner Bevölkerung im Erwerbsalter nach Geschlecht (N=1476)



Grafik 3.9: Zusammenhang zwischen sozialem Status und Risiko für Übergewicht und Adipositas: erwachsene Berner Bevölkerung im Erwerbsalter (SGB, 2007, adjustiert für Alters- und Geschlechtseffekte; N=1476)

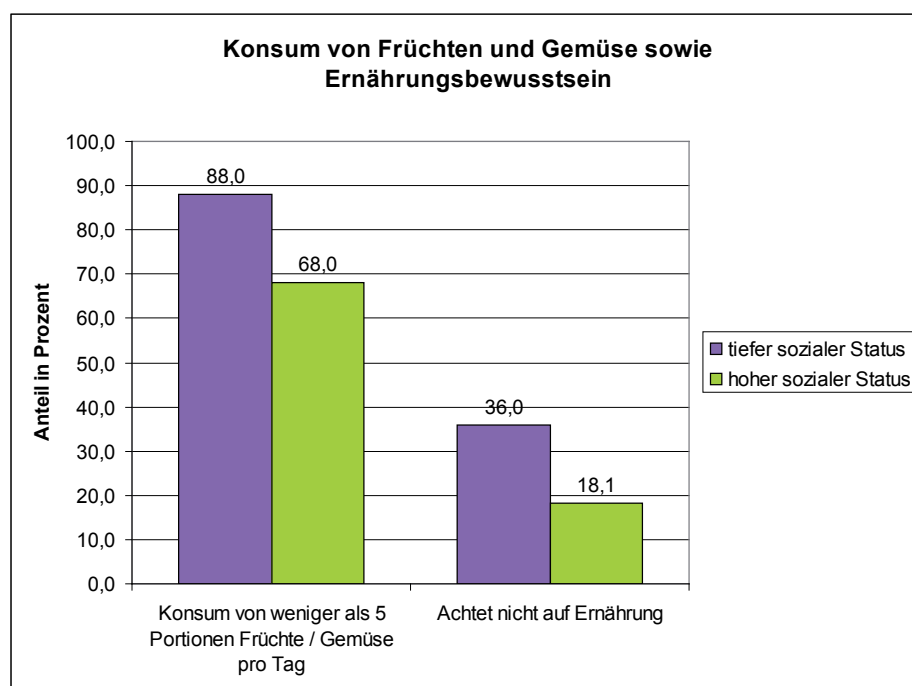
Übergewicht ist im Kanton Bern also in der erwachsenen Bevölkerung insbesondere bei den Männern stark verbreitet. Die Hälfte aller Personen in tiefer sozialer

Position ist übergewichtig, was insbesondere mit dem erhöhten Risiko von Personen mit geringer Schulbildung zusammenhängt.

Frauen und gut Gebildete ernähren sich gesünder

Sowohl Art wie auch Menge des Nahrungskonsums können sich positiv oder negativ auf die Gesundheit auswirken. Wie bereits erwähnt hängt das Ernährungsverhalten auch mit dem Körpergewicht zusammen. In der SGB wurde nach dem tatsächlichen Konsum von Nahrungsmitteln gefragt, aber auch danach, ob die Befragten aus Gründen der Gesundheit auf ihre Ernährung achten.

Nur 27 Prozent der Berner Bevölkerung zwischen 25 und 64 Jahren nehmen täglich mindestens fünf Portionen Früchte oder Gemüse zu sich. Damit ist das Ziel, dass die Mehrheit der Bevölkerung diese empfohlenen „five a day“ zu sich nehmen sollte, noch bei weitem nicht erreicht. Frauen schneiden hier deutlich besser ab mit einem Anteil von 37 Prozent versus 18 Prozent der Männer. 76 Prozent dieser Personengruppe gibt an, aus gesundheitlichen Gründen auf die Ernährung zu achten, was entsprechend bei 24 Prozent der Personen nicht der Fall ist. Der Anteil der Männer, die nicht auf ihre Ernährung achten, ist mit 32 Prozent genau doppelt so hoch wie derjenige der Frauen mit 16 Prozent.



Grafik 3.10: Anteil der Bevölkerung des Kantons Bern im Erwerbsalter nach Nahrungsmittelkonsum und nach Einstellung zur Ernährung in den beiden Extremgruppen sozialer Lage (SGB, 2007; N=605)

Vergleicht man die beiden Extremgruppen mit besonders tiefem und besonders hohem sozialem Status, zeigen sich grosse Unterschiede: Sowohl bei der Frage nach dem Ernährungsbewusstsein wie auch nach dem tatsächlichen Konsum von Früchten und Gemüse schnitten die Personen in der tiefsten sozialen Position deutlich schlechter ab als dieselbe Altersgruppe mit der höchsten sozialen Position. 36 Prozent von ihnen gaben an, nicht auf die Ernährung zu achten (vs.

18 Prozent) und 88 Prozent nehmen in der Regel weniger als die empfohlenen fünf Portion Früchte oder Gemüse pro Tag zu sich (vs. 68 Prozent).

In der logistischen Regression findet man einen signifikanten Zusammenhang zwischen Schulbildung und Ernährungsbewusstsein mit einem klaren sozialen Gradienten. Je höher der Schulabschluss, desto höher ist der Anteil der Personen, die angeben sich bewusst zu ernähren. Der regelmässige Konsum von Früchten und Gemüse hängt ebenfalls von der Schulbildung ab: Frauen und Männer mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe nehmen signifikant häufiger die empfohlene Menge an Früchten und Gemüse zu sich als Männer und Frauen mit Sekundär- oder Primärschulbildung. Ein eklatanter Unterschied besteht bei den Männern: Haben sie ausschliesslich die obligatorische Schulbildung absolviert, dann ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie sich ungesund ernähren, acht Mal höher verglichen mit den Männern, die einen Abschluss auf Tertiärstufe gemacht haben (Details zu den Analysen befinden sich im Anhang).

Körperliche Bewegung

Bewegung und sportliche Aktivität sind für die Gesundheit von zentraler Bedeutung. Dass regelmässige körperliche Aktivität das körperliche und psychische Wohlbefinden nicht nur entscheidend fördert, sondern auch eine Schutzfunktion gegen zahlreiche Krankheiten hat, ist wissenschaftlich gut belegt.⁸² Bewegungsmangel ist ein ernstzunehmender Risikofaktor für die Gesundheit, vergleichbar mit dem Rauchen und Übergewicht.⁸³

Das Bewegungsmuster der Bevölkerung hat sich im 20. Jahrhundert stark verändert: Körperliche Anstrengung – ob bei der Arbeit oder im Privatleben – ist stets weniger erforderlich. Immer mehr Arbeitsplätze zeichnen sich durch eine sitzende Tätigkeit und körperliche Passivität aus. Auch die Alltagsmobilität hat sich stark verändert: Ein Grossteil der Bevölkerung benutzt auch für kurze Strecken den Privatwagen oder öffentliche Verkehrsmittel. In der Freizeit werden viele Stunden inaktiv vor dem Fernseher oder dem Computer verbracht. In der Zwischenzeit hat aber ein Umdenken stattgefunden: Mehr körperliche Bewegung wird von verschiedensten Seiten gefordert und gefördert. Man denke an weitverbreitete Programme wie „Allez hop“, ein nationales Bewegungsförderungsprogramm des Bundesamtes für Sport, Gesundheitsförderung Schweiz, Swiss Olympic und Santé Suisse: Mittels Bewegungskursen in Walking, Nordic Walking, Wassergymnastik, Running und FitGym versucht es, erneut Freude an der Bewegung zu vermitteln. Oder die Aktion „Bike to work“, bei welcher Betriebe ihre Mitarbeitenden ermuntern, während eines Monats den Arbeitsweg aus eigener Kraft zurückzulegen. 2009 nahmen über 51 000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus fast 1100 Schweizer Betrieben daran teil und legten insgesamt über 8 Millionen Kilometer mit dem Fahrrad zurück. Wichtig sind in diesem Zusammenhang auch die verschiedenen Projekte mit dem Ziel, die Schulwege sicherer zu gestalten. Im Kanton Bern beabsichtigt das kantonale Aktionsprogramm „Ernährung/Bewegung 2009–2012“, den Anteil der Bevölkerung mit einem gesunden Körpergewicht zu erhöhen und den Trend zu immer mehr übergewichtigen Kinder und Jugendlichen zu bremsen. Das Programm richtet seine Aktionen insbesondere

82 Marti, Hättich, 1999

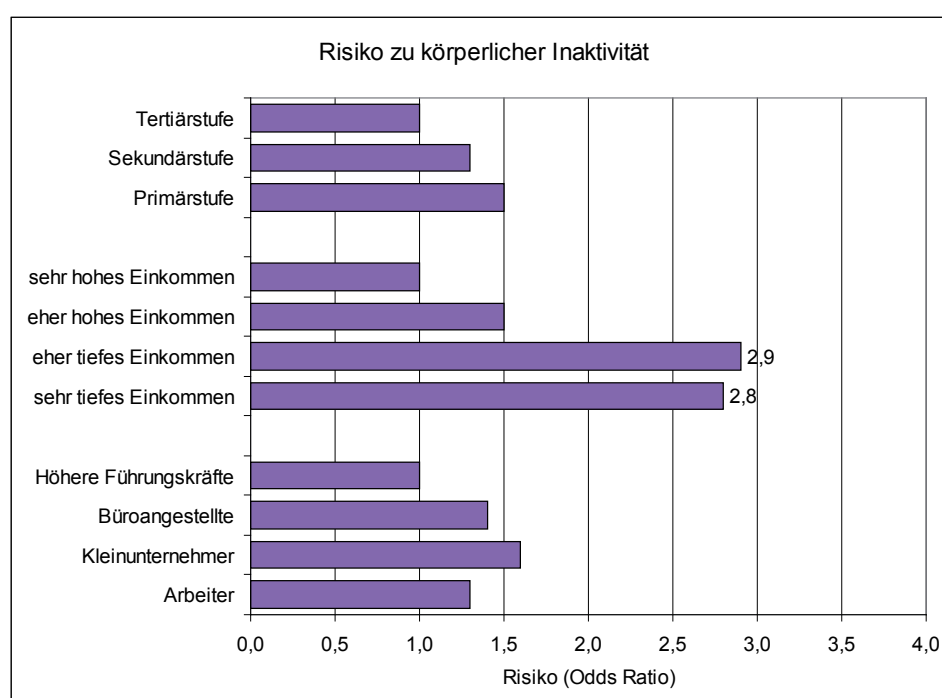
83 Smala, Beeler, Szucs, 2001

an die Zielgruppe der (Klein-)Kinder und Jugendlichen.⁸⁴

Von den 25- bis 64-Jährigen im Kanton Bern sind je 11 Prozent der Frauen und Männer körperlich inaktiv: Sie kommen entweder weniger als einmal pro Woche ins Schwitzen oder betreiben weniger als 30 Minuten pro Woche eine Aktivität, bei der sie ausser Atem kommen.

Nachdem der klare Zusammenhang zwischen sozialem Gradienten und Übergewicht aufgezeigt wurde, erstaunt es nicht, auch bei der körperlichen Bewegung auf dieses Muster zu stossen: Im Vergleich der beiden sozialen Extremgruppen zeigen sich ebenfalls ausserordentlich deutliche Unterschiede: 6 Prozent der Personen mit dem höchsten sozialen Status müssen zu den Inaktiven gezählt werden; bei den Personen mit dem tiefsten sozialen Status sind es hingegen 18 Prozent.

Die Ergebnisse der multivariaten Analyse zeigen, dass es vor allem Personen mit geringem Einkommen sind, die körperlich kaum aktiv sind. Wie dieses Ergebnis interpretiert werden muss, ist noch unklar. Neben einem direkten Einfluss der finanziellen Situation ist auch ein indirekter Einfluss wahrscheinlich (Beispiel: Die langdauernde finanzielle Knappheit hat einen negativen Einfluss auf die Erwartung, sein Leben selbst bestimmen zu können, mit seinen Anstrengungen Erfolg zu haben und damit auch auf die Motivation und das Durchhaltevermögen sportlich aktiv zu sein).



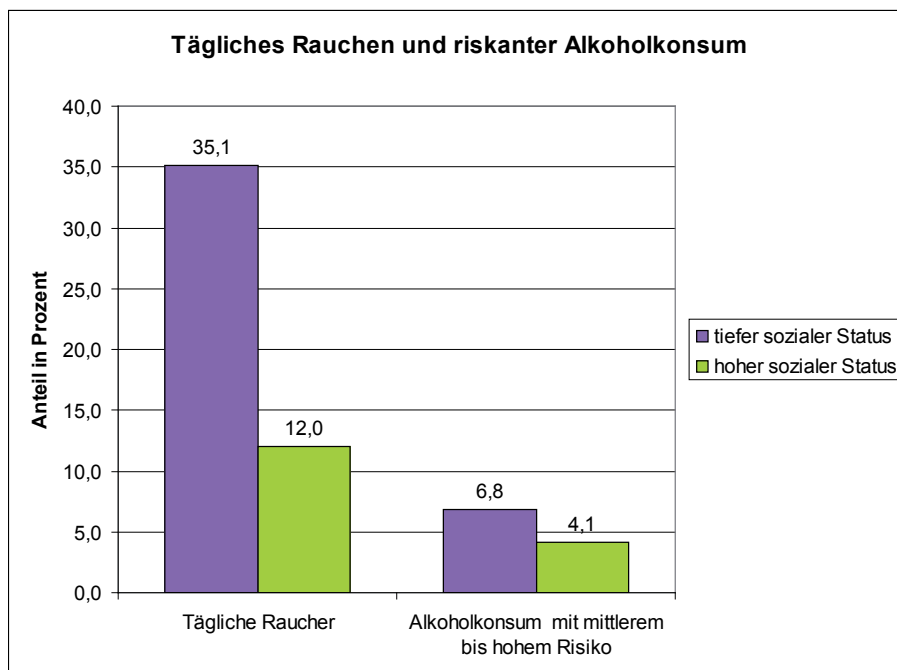
Grafik 3.11: Zusammenhang zwischen sozialem Status und körperlicher Inaktivität der erwachsene Berner Bevölkerung im Erwerbsalter (SGB, 2007, adjustiert für Alters- und Geschlechtseffekte; N=1437)

84 Auswahl an Zielen und Projekten im Kanton Bern: niederschwelliges Beratungsangebot der Mütter- und Väterberatung des Kantons Bern – insbesondere auch für Eltern mit Migrationshintergrund; zur Verfügung stellen von geeigneten Strukturen, die Bewegung und ausgewogene Ernährung fördern (Bewegte Schule, Fourcette Verte); Förderung der Körperwahrnehmung und Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls (Papperla PEP – bewegen – sich spüren – essen); kinderfreundlicherer Gestaltung des Schulwegs (bike to school).

3.5 Rauchen und Alkoholkonsum

Es ist wissenschaftlich gut dokumentiert und auch in der Bevölkerung bekannt, dass Rauchen zu den häufigsten Ursachen für Krankheit, Invalidität und frühzeitigen Tod zählt. Gemäss empirischen Studien schätzt man, dass etwa ein Drittel aller Todesfälle bei Menschen zwischen 35 und 65 Jahren direkt oder indirekt durch Tabakrauchen verursacht wird.⁸⁵

Von der 25- bis 64-jährigen Berner Bevölkerung raucht 21,6 Prozent täglich. Der Anteil der täglichen Raucher bei den Männern ist mit 24,8 Prozent etwas höher als bei den Frauen mit 18,3 Prozent.



Grafik 3.12: Anteil der Bevölkerung des Kantons Bern im Erwerbsalter nach Rauchverhalten und Alkoholkonsum in den beiden Extremgruppen sozialer Lage (SGB, 2007; N=605)

Ob man raucht oder nicht, hängt im Kanton Bern mit der sozialen Lage zusammen

In den beiden sozialen Extremgruppen unterscheidet sich der Anteil der Personen, die täglich rauchen, stark: 35 Prozent der Personen in einer besonders tiefen sozialen Lage rauchen täglich, gegenüber nur 12 Prozent der Personen in besonders hoher sozialer Lage.

Die multivariate Analyse zeigt ein unterschiedliches Bild für Männer und Frauen: Unter den Frauen mit tiefer Schulbildung ist dieses für die Gesundheit schädliche Verhalten deutlich stärker verbreitet. Ausserdem tritt es bei Büroangestellten doppelt so häufig auf wie bei Frauen in höheren und mittleren Führungspositionen. Bei den Männern mit Schulabschluss auf Sekundärstufe und bei Arbeitern ist Rauchen am stärksten verbreitet. Ausserdem zeigt sich hier ein interessanter Effekt bezüglich Einkommen: Männer mit tieferem Einkommen rauchen seltener. Dieser Zusammenhang zeigt sich tendenziell auch bei den Frauen, ist aber dort

⁸⁵ Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, SFA, 2004

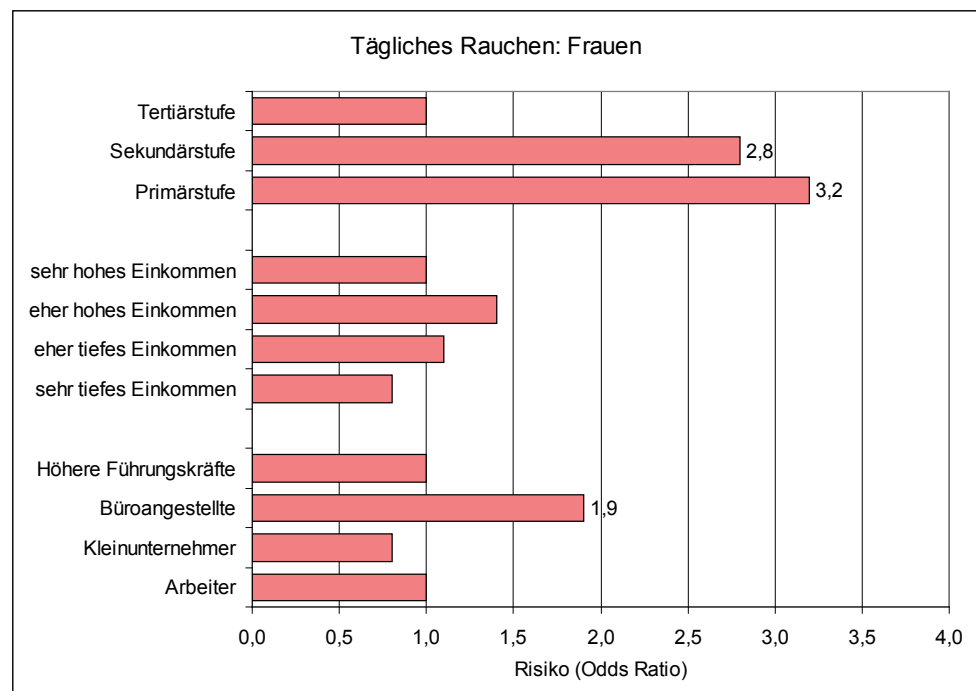
statistisch nicht signifikant. Ob dies mit den heutigen hohen Preisen für Zigaretten zusammenhängt, bleibt eine offene Frage.

Gesundheitsschädlicher Alkoholkonsum scheint nicht abhängig von der sozialen Lage

Wie beim Rauchen ist auch beim Alkoholkonsum schon lange bekannt, dass ein übermässiger Genuss die Gesundheit schädigt. Während man heute davon ausgeht, dass geringe Mengen von Alkohol einen schützenden Effekt haben, kostet übermässiges Trinken eine Vielzahl an verlorenen Lebensjahren.⁸⁶

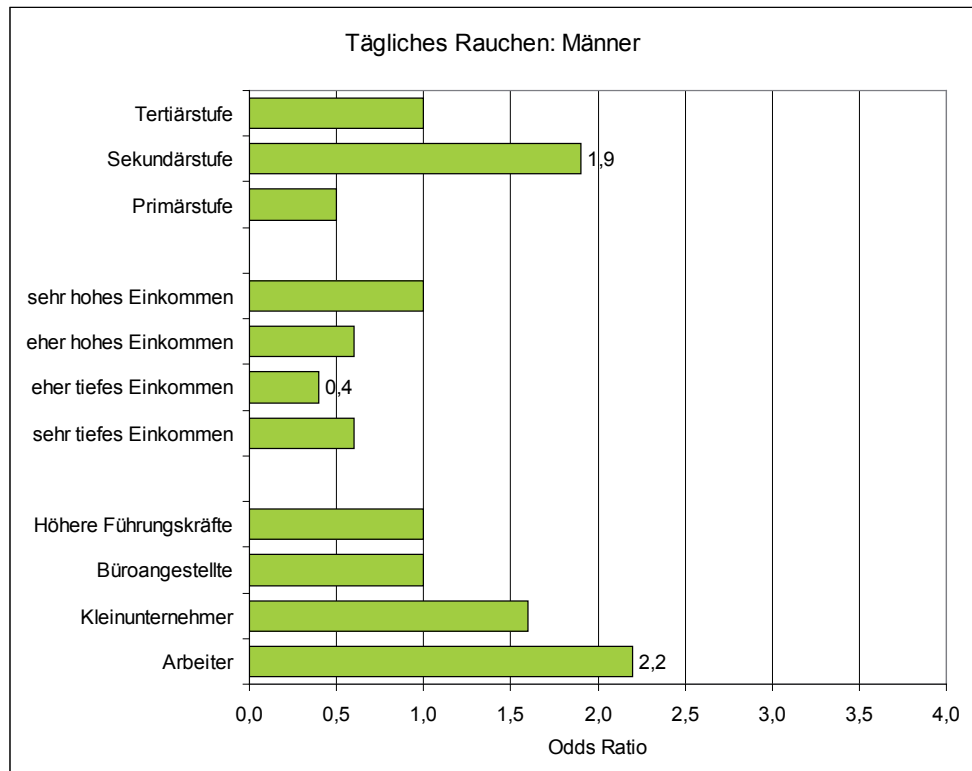
Gemäss der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) gilt ein täglicher Konsum ab 20 Gramm Alkohol für Frauen und 40 Gramm Alkohol für Männer als mittleres Risiko, ab 40 Gramm für Frauen und 60 Gramm für Männer ein hohes Risiko für die Gesundheit. Nach dieser Definition der SFA konsumierten 4 Prozent der erwachsenen Berner Bevölkerung im Jahr 2007 im Schnitt so viel Alkohol, dass dies mit einem mittleren oder hohen Risiko für ihre Gesundheit verbunden war. Dieser Anteil war bei den Männern mit 5,5 Prozent mehr als doppelt so hoch wie bei den Frauen mit 2,5 Prozent.

Der Vergleich der beiden Extremgruppen nach sozialer Lage zeigt, dass dieses Konsummuster bei Personen in besonders tiefer sozialer Position etwas stärker verbreitet ist (6,8 Prozent versus 4,1 Prozent). In der multivariaten Analyse unter Kontrolle von Alters- und Geschlechtseffekten ergab sich dann allerdings kein statistischer Zusammenhang zwischen den drei sozialen Determinanten und risikantem Alkoholkonsum.



Grafik 3.13: Zusammenhang zwischen sozialem Status und täglichem Rauchen: weibliche erwachsene Berner Bevölkerung im Erwerbsalter (SGB, 2007, adjustiert für Alters- und Geschlechtseffekte; N=786)

⁸⁶ WHO, 2002, 65ff.



Grafik 3.14: Zusammenhang zwischen sozialem Status und täglichem Rauchen: männliche erwachsene Berner Bevölkerung im Erwerbsalter (SGB, 2007, adjustiert für Alters- und Geschlechtseffekte; N=698)

Im Gegensatz zum Rauchen scheint gesundheitsschädliches Trinken nicht in relevanter Weise durch die soziale Position beeinflusst zu sein. Der Alkoholkonsum ist in der Schweiz hingegen nachweislich beeinflusst durch den Wohnort respektive die kulturelle Zugehörigkeit: In der Romandie und im Tessin wird deutlich häufiger in riskanter Weise getrunken als in der Deutschschweiz.⁸⁷

3.6 Psychische Krankheiten als bedeutsame Krankheitslast für die Gesellschaft

Psychische Erkrankungen sind nicht nur weit verbreitet – rund die Hälfte der Bevölkerung leidet mindestens einmal im Leben an einer psychischen Störung. Sie sind wegen ihres häufig lange dauernden Verlaufs, wegen ihres grossen Behinderungspotenzials und nicht zuletzt wegen der mit psychischem Leiden verbundenen Vorurteile und Ängste von grosser gesellschaftlicher Bedeutung. Psychische Störungen betreffen zudem sehr häufig auch die Interaktionen mit anderen Menschen und sind deswegen auch mit Leiden in der Familie, im Freundeskreis und im Arbeits- sowie Wohnumfeld verbunden.

Psychische Erkrankungen hängen in vielfältiger Weise mit sozialen Problemen und auch sozialer Ungleichheit zusammen. Die meisten psychischen Störungen müssen auf der Basis eines biopsychosozialen Modells verstanden werden: Neben biologischen und psychologischen Mechanismen sind auch soziale Fak-

⁸⁷ Obsan, 2005

toren verantwortlich für die Entstehung, Aufrechterhaltung oder Bewältigung psychischen Leidens. Zu den hauptsächlichen sozialen Faktoren gehören dabei Bildung, soziale Schicht, Erwerbsstatus, Einkommen, berufliche Position und Merkmale des Arbeitsumfeldes generell sowie das soziale Umfeld. Letztlich ist schwer zu beurteilen, ob ungünstige sozioökonomische Verhältnisse eine psychische Erkrankung verursacht haben oder ob eher umgekehrt die psychische Erkrankung zu sozialer Isolation, Arbeitsplatzproblemen und gesellschaftlichem Abstieg führt. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass ungünstige soziale Verhältnisse Störungen und schlechte Störungsverläufe zumindest begünstigen. Zudem ist heute belegt, dass Arbeitslosigkeit psychische Erkrankungen verursachen kann.⁸⁸

Die gesellschaftliche und auch volkswirtschaftliche Bedeutung psychischer Störungen wird heute klarer erfasst als früher: Sie sind nicht nur einer der Hauptgründe für krankheitsbedingte Arbeitsabsenzen, sondern – was viel mehr ins Gewicht fällt – einer der wichtigsten Faktoren für wirtschaftliche Produktivitätsverluste. Diese Entwicklung zeigt sich, quasi als Spitze des Eisbergs, auch an der Entwicklung der Invalidenrenten in der Schweiz: Der Anteil und auch die Anzahl der Invalidenrenten wegen psychischer Gebrechen hat in den letzten Jahrzehnten stetig und stark zugenommen. Heute sind in der Schweiz rund 100 000 von 250 000 IV-Rentner und -Rentnerinnen wegen psychischer Ursachen berentet.

Verantwortlich für diesen starken Anstieg bei den psychisch bedingten Renten ist eine einzige IV-Störungsgruppe: die sogenannten „psychogenen oder milieu-reaktiven“ Störungen.⁸⁹ Diese umfasst vor allem Personen mit depressiven Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen (wie etwa Borderline-Persönlichkeitsstörung) und chronischen Schmerzen – also Krankheiten, die in unterschiedlicher Ausprägung sehr häufig in der Bevölkerung verbreitet sind. Die Studie zeigt unter anderem auch, dass die Mehrheit der durchschnittlich etwa mit 45 Jahren invalidisierten Personen schon während Kindheit oder Adoleszenz erstmals psychisch erkrankt ist – also Jahrzehnte vor der IV-Berentung. Ein grosser Teil der Berenteten aus psychischen Gründen hat schon in Kindheit und Jugend prägende Erfahrungen von massiver Gewalt und Vernachlässigung gemacht. Sie sind in wechselnden Pflegemilieus aufgewachsen oder hatten selbst Eltern, die psychisch oder körperlich krank waren. Dies und die Tatsache, dass einige psychische Störungen sehr früh beginnen und lange dauern, weist auf die besondere Bedeutung des familiären und sozialen Umfeldes für Entwicklung und Erhalt von psychischer Gesundheit hin. Ob psychische Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten real angestiegen sind oder ob sie häufiger wahrgenommen werden, lässt sich aufgrund der Datenlage und wegen der historisch unterschiedlichen Erhebungsinstrumente nicht klar beantworten. Es scheint aber eine gewisse Enttabuisierung psychischer Erkrankungen stattgefunden zu haben (Beispiel Depression). Das könnte darauf hindeuten, dass es sich beim generellen Anstieg der Inanspruchnahme von psychiatrischen Diensten wie auch bei den IV-Renten nicht um eine tatsächliche Zunahme der Beschwerden in der Bevölkerung handelt. Vielmehr wäre dieser Anstieg zumindest teilweise darauf zurückzuführen, dass die Betroffenen heute vermehrt professionelle Hilfe und finanzielle Unterstützung suchen.

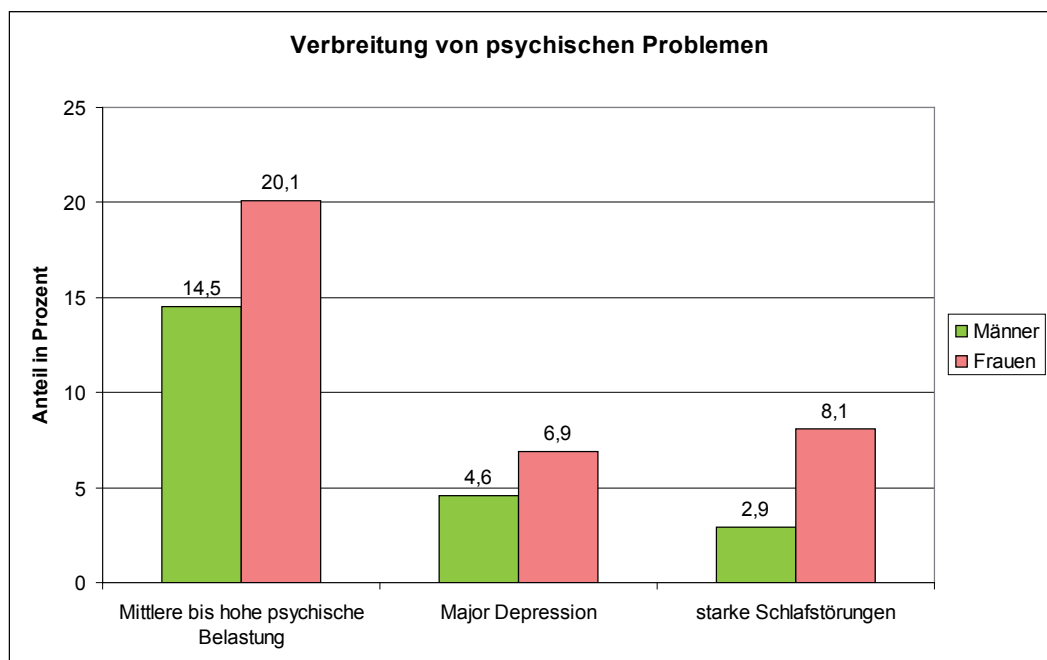
⁸⁸ Jenkins, Lewis, Bebbington, Brugha, Farrell, Gill, Meltzer, 1997

⁸⁹ Baer, Frick, Fasel 2009

Die meisten psychischen Störungen müssen als Kontinuum zwischen den Polen „völlig gesund“ und „schwer krank“ verstanden werden: Sie sind mehr oder weniger stark ausgeprägt – und nicht einfach vorhanden oder nicht vorhanden. Wichtiger werden heute psychische Probleme, die noch nicht klinisch relevant sind, aber mit markanter Behinderung und verminderter Lebensqualität einhergehen können. Dies können Vorläufer schwererer psychischer Erkrankungen sein. Unter diesen psychischen Beeinträchtigungen leiden nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch die nahen Bezugspersonen. Insbesondere für Kinder kann dies zu einem schweren Handicap für die eigene gesundheitliche Zukunft werden.

Daten zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung

Obwohl es viele Informationen über Personen gibt, die so stark erkrankt sind, dass sie sich in stationäre psychiatrische Behandlung begeben müssen (vgl. dazu den Exkurs am Ende dieses Kapitels), existieren nur beschränkte Informationen über die Verbreitung von psychischen Störungen und Krankheiten in der Bevölkerung insgesamt. Diese Informationen sind aber von grundlegender Bedeutung: Einerseits begeben sich viele, die unter psychischen Problemen leiden, nie in ärztliche Behandlung. Bei einem Teil der Patienten wird das psychische Problem nicht richtig diagnostiziert. Und schliesslich stellt der Teil von Betroffenen, der in eine psychiatrischen Klinik eintreten muss, mit 0,5 bis 1 Prozent der Bevölkerung nur die Spitze des Eisbergs dar.



Grafik 3.15: Verbreitung von psychischen Beschwerden und Krankheiten: erwachsene Berner Bevölkerung im Erwerbsalter (SGB, 2007)

In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung gibt es zwei Indikatoren, die für unsere Fragestellung besonders interessant sind: Die eine misst die vorher erwähnte psychische Beeinträchtigung, die (noch) keine klinische Relevanz hat,

aber als Warnzeichen verstanden werden muss: als psychische Belastung. Die zweite hingegen erfasst die am stärksten verbreitete psychische Krankheit, die klinisch relevant ist und also behandelt werden muss: die Major Depression. Als Ergänzung wird auch die Verbreitung von starken Schlafstörungen in die Analysen miteinzubeziehen. Diese habe insofern eine spezielle Stellung, als sie sowohl körperliche wie auch psychische Ursachen und Konsequenzen haben.

Psychische Belastung

Der Index der „psychischen Belastung“ gibt an, wie häufig sich eine Person in den letzten vier Wochen nervös, niedergeschlagen, ausgeglichen, entmutigt respektive glücklich gefühlt hat. Eine „hohe“ psychische Belastung hängt sehr eng mit psychischen Störungen zusammen, bei einer „mittleren“ psychischen Belastung sind psychische Störungen wahrscheinlich. Rund 15 Prozent der Berner Männer und 20 Prozent der Berner Frauen geben an, in den letzten vier Wochen vor der Befragung zumindest mittelgradig psychisch belastet gewesen zu sein.

Dass Frauen häufiger als Männer von psychischer Belastung oder Krankheit betroffen sind, ist ein äusserst konstantes Resultat. Geschlechterspezifische Unterschiede in Bezug auf die Erkrankung an verschiedenen psychischen Störungen sind denn auch durch epidemiologische Daten gesichert. Frauen leiden signifikant häufiger als Männer an psychischen Beschwerden.⁹⁰ Sie sind rund doppelt so häufig von Depressionen, Neurosen und Angsterkrankungen betroffen wie Männer. Auf der anderen Seite weisen Männer häufiger Substanzabhängigkeiten auf.

Es wird vermutet, dass die Geschlechtsunterschiede auf biologische, psychische und soziale Faktoren zurückzuführen sind, wobei die genauen Gründe für die erhöhte Rate psychischer Störungen bei Frauen komplex und bis heute nicht geklärt sind.

Bedenkt man, dass eine zumindest mittelgradig erhöhte psychische Belastung klinischen Störungen vorangehen kann, ist deren recht starke Verbreitung gerade bei Frauen bemerkenswert. Bekannt ist, dass beispielsweise alleinerziehende und gleichzeitig erwerbstätige Frauen ein deutlich erhöhtes Risiko haben, psychisch zu erkranken. Dies zeigt sich auch in der Entwicklung der Berenteten aus psychischen Gründen in den letzten 20 Jahren in der Schweiz: Die Gruppe der invalidisierten doppelbelasteten Frauen mit Depressionen und Schmerzstörungen hat sich in diesem Zeitraum rund verdreifacht.⁹¹

Depression als eines der bedeutsamsten Gesundheitsprobleme der Gegenwart

Eines der wichtigsten Gesundheitsprobleme der erwachsenen Bevölkerung im Erwerbsalter ist die Depression. Zusammen mit Angststörungen und Substanzabhängigkeiten zählen sie zu den häufigsten psychischen Störungen. Sie gelten gemäss dem Projekt „Burden of Disease“ (Krankheitslast mit Fokus auf die gesunden resp. von Krankheit beeinträchtigten Lebensjahre) vor allem in entwickelten Ländern wie der Schweiz als mit Abstand wichtigster Verursacher des Verlusts an gesunden Lebensjahren. Depressionen führen zudem im Vergleich mit anderen psychischen wie auch körperlichen Erkrankungen besonders oft zu

⁹⁰ Möller-Leimkühler, 1999

⁹¹ Baer, Frick, Fasel 2009

Produktivitätsverlusten und Absenzen am Arbeitsplatz. Dies hängt zum einen damit zusammen, dass depressive Störungen sehr häufig einen wiederkehrenden (rezidivierenden) Verlauf aufweisen. Weiter zeigen sie eine hohe Komorbidität mit anderen psychiatrischen (Angststörungen, Substanzabhängigkeit), somatischen Erkrankungen (Diabetes, Herzkrankheiten, Übergewicht) und Schmerzsyndromen, was zu einem ungünstigeren Verlauf sowohl der Depressionen wie auch der anderen Erkrankungen beiträgt. Depressive Störungen werden wegen der oft im Vordergrund stehenden somatischen Symptome häufig nicht oder erst sehr spät erkannt und zudem nur selten fachspezifisch behandelt. Sie führen aber häufig zur Inanspruchnahme der somatischen Gesundheitsversorgung.

Depressionen, und insbesondere Depressionen mit gleichzeitigen Schmerzstörungen, sind schliesslich auch diejenigen Erkrankungen, die als Invalidisierungsgrund in den letzten 20 Jahren am stärksten zugenommen haben (Baer, Frick, Fasel 2009).

Gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung litten 4,6 Prozent der Männer im erwerbstätigen Alter und 6,9 Prozent der Frauen dieser Altersgruppe im Kanton Bern zur Zeit der Befragung an einer klinisch relevanten Depression (gemessen mit der CIDI-SF-Skala). Betrachtet man die gesamte Lebensspanne, so leiden je nach Untersuchung und Erhebungsmethode zwischen 17 und 24 Prozent der Bevölkerung zumindest einmal in ihrem Leben an einer depressiven Störung.⁹² In dem weiter unten folgenden Exkurs über Patienten in stationärer psychiatrischer Behandlung wird ebenfalls deutlich, dass Depression eine der am stärksten verbreiteten Ursachen für einen Eintritt in eine psychiatrische Klinik darstellt.

Schlafstörungen

Chronische Schlafstörungen sind ein erhebliches Gesundheitsproblem. Sie führen zu einer Verminderung der Leistungsfähigkeit und zu einem hohen subjektiven Leidensdruck.

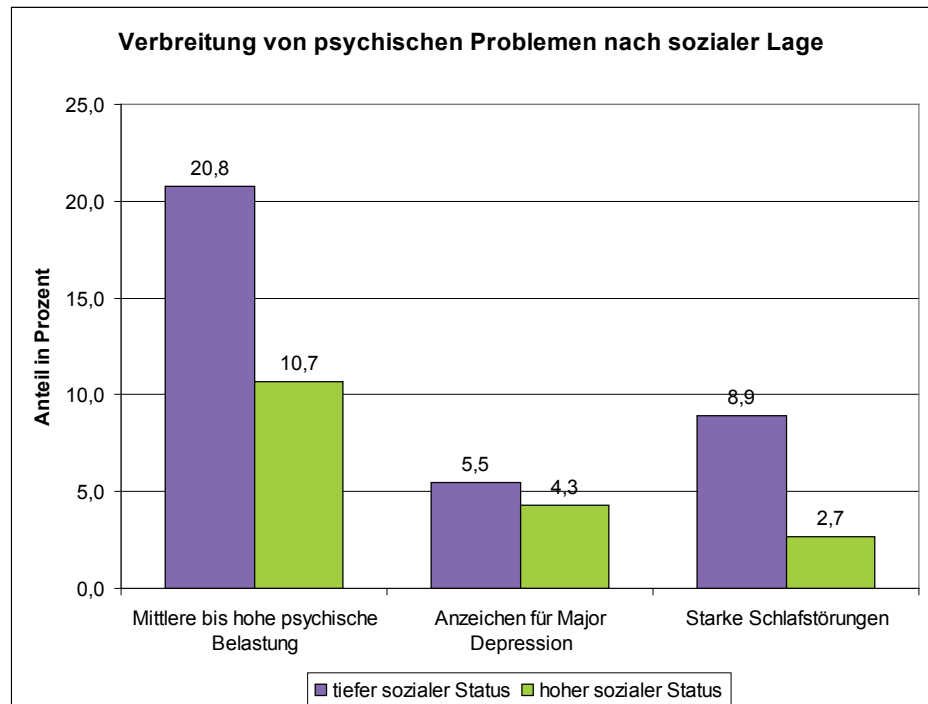
3 Prozent der 25- bis 64-jährigen Männer und 8 Prozent der Frauen derselben Altersgruppe leiden im Kanton Bern unter starken Schlafstörungen. Insgesamt geben 27 Prozent Männer und 36 Prozent Frauen an, unter Schlafstörungen zu leiden.

Psychische Belastung bei Personen in niedriger sozialer Position stark erhöht

In einem zweiten Schritt wurde bei den drei gewählten Indikatoren für die psychische Gesundheit verglichen, wie stark die Verbreitung von Störungen in den beiden Extremgruppen mit besonders tiefem und besonders hohem sozialem Status ist.

Bei Personen tiefer sozialen Positionen ist der Anteil mit hoher psychischer Belastung doppelt so hoch wie bei Personen mit hohem sozialen Status. Bezüglich depressiven Erkrankungen ist dieser Unterschied zwar vorhanden, aber geringer ausgeprägt; bei den Schlafstörungen wiederum ist die Differenz sehr stark.

⁹² Horwath, Cohen, Weismann, 2002



Grafik 3.16: Anteil der Bevölkerung des Kantons Bern im Erwerbsalter, der an einer erhöhten psychischen Belastung, an einer klinisch relevanten Depression oder starken Schlafstörungen leidet in den beiden Extremgruppen sozialer Lage (SGB, 2007; N=605)

Diese Resultate reflektieren typische Ergebnisse aus der epidemiologischen Forschung: Der Befund, dass in den niedrigeren sozialen Schichten schwere psychische Störungen wie Schizophrenie, Substanzmissbrauch, Persönlichkeitsstörungen und Depressionen signifikant häufiger vorkommen, ist bis heute bemerkenswert konsistent geblieben; trotz methodologischer Unterschiede sowie veränderter sozioökonomischer Strukturen.⁹³ Der Zusammenhang zwischen Sozialstatus und psychischen Erkrankungen liefert per se allerdings noch keine Erklärung für die komplexe Krankheitsentstehung. Er weist jedoch auf die Bedeutung der sozialen Lage bei der Prävention, Früherkennung und Behandlung psychischer Störungen hin.

Die seit Jahrzehnten geführte Diskussion, ob es sich beim Zusammenhang von Sozialstatus und psychiatrischer Morbidität eher um eine soziale Verursachung von psychischer Krankheit handelt (Armut macht krank) oder um eine soziale Selektion (Krankheit macht arm) handelt, ist nicht schlüssig beantwortet. Es scheint dabei auch je nach Diagnose unterschiedliche Wirkungsrichtungen zu geben: Bei schizophrenen Erkrankungen kann die „drift“-Hypothese, also jene der sozialen Selektion als bestätigt angesehen werden, was jedoch einen zusätzlichen ungünstigen Einfluss des sozioökonomischen Status auf den Krankheitsverlauf nicht ausschliesst. Bei depressiven Erkrankungen von Frauen trifft beispielsweise eher die Hypothese der sozialen Verursachung („shift“) zu.

Dass Personen in tiefer sozialer Lage deutlich stärker von Schlafstörungen betroffen sind als Personen mit hohem Sozialstatus, kann wiederum mit verschie-

⁹³ Möller-Leimkühler, 1999

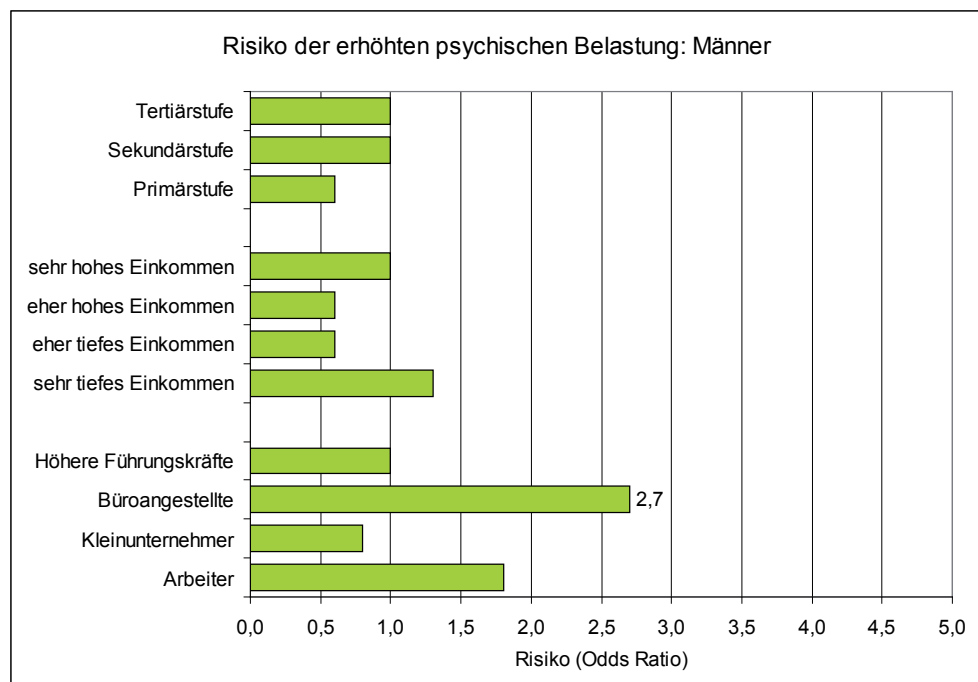
denen Faktoren zusammenhängen. Beispielsweise auch damit, dass die Betroffenen in ihrer Wohngegend erhöhten Lärmimmissionen ausgesetzt sind. Andererseits lässt sich vermuten, dass ein tiefer Sozialstatus verbunden ist mit erhöhten psychosozialen Belastungen, die wiederum zu Schlafstörungen führen können.

Für Männer scheint die berufliche Position besonders wichtig, für Frauen die Schulbildung

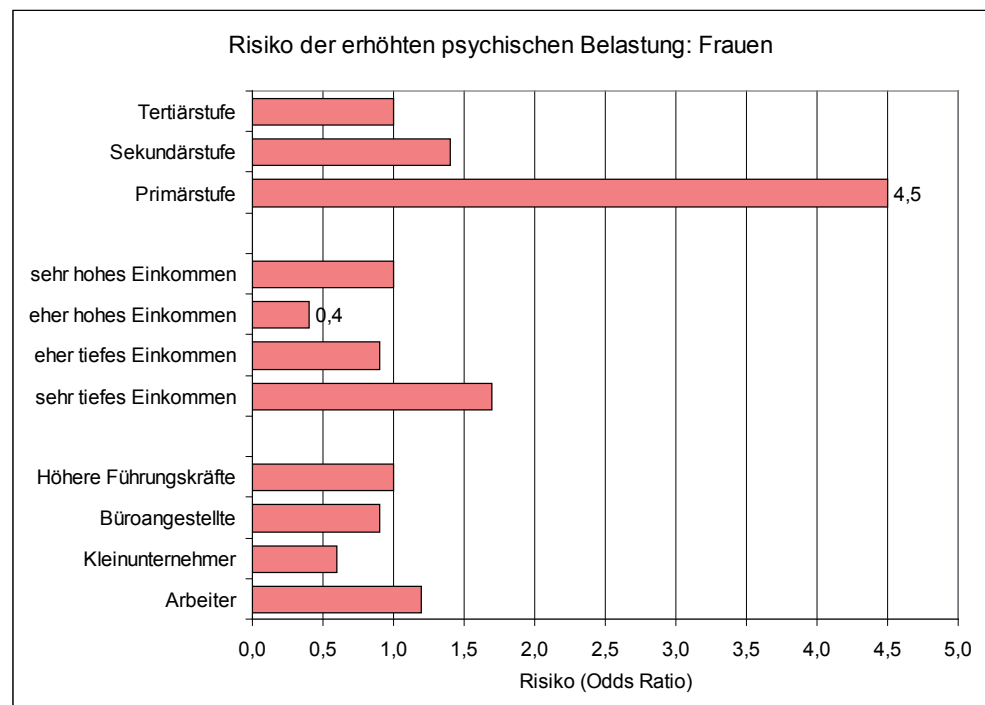
Mittels logistischen Regressionen wurde wieder untersucht, ob und wie das Auftreten der Symptome von psychischen Problemen mit den drei von uns gewählten sozialen Determinanten zusammenhängt.

Die Resultate zeigen in Bezug auf das Vorhandensein von *psychischer Belastung* ein unterschiedliches Muster für Männer und Frauen: Bei den Männern ist vor allem eine abhängige berufliche Position mit einem deutlich erhöhten psychischen Belastungsrisiko verbunden. Der Bildungsstand spielt kaum eine Rolle, und wenn dann im umgekehrten Sinn: Eine sehr geringe Bildung ist mit weniger Belastung verbunden.

Bei den Frauen hingegen ist eine geringe Bildung mit einem 4,5-fachen Risiko für psychische Belastung verbunden, dafür spielt die berufliche Situation kaum eine Rolle. Ein sehr tiefes Einkommen scheint bei Frauen mit einem höheren Belastungsrisiko verbunden zu sein als bei Männern. Warum ist eine geringe Ausbildung für Frauen mit diesem hohen Risiko, an Depressionen zu leiden, verbunden? Bildung hat den direkten Effekt einer mehr oder weniger vorhandenen Kompetenz, sich im Falle einer psychischen Erkrankung rechtzeitig adäquate



Grafik 3.17: Zusammenhang zwischen den sozialen Determinanten und erhöhter psychischer Belastung: Männliche Berner Bevölkerung im Erwerbsalter (SGB, 2007, adjustiert für Alters- und Geschlechtseffekte; N=667)



Grafik 3.18: Zusammenhang zwischen den sozialen Determinanten und erhöhter psychischer Belastung der weiblichen Berner Bevölkerung im Erwerbsalter (SGB, 2007, adjustiert für Alters- und Geschlechtseffekte; N=758)

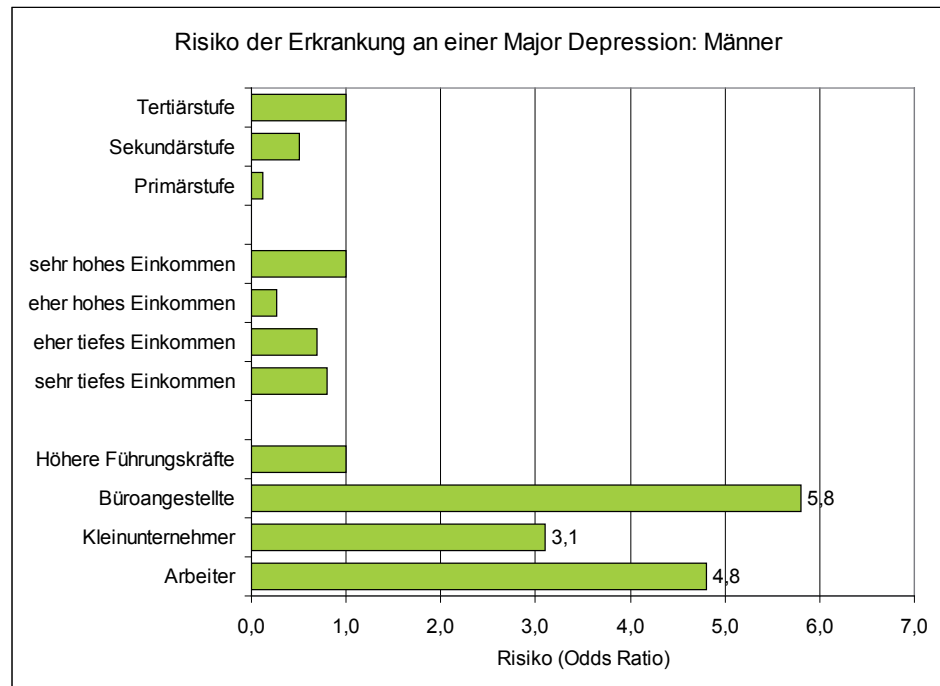
Unterstützung und professionelle Hilfe zu organisieren Es kann auch vermutet werden, dass eine gute Schulbildung für Frauen in unserer Gesellschaft verbunden ist mit einer besseren Balance zwischen den zur Verfügung stehenden Ressourcen und den Belastungen.

Bemerkenswert ist jedenfalls, dass das Ausmass psychischer Belastung bei Männern in erster Linie mit der beruflichen Position zusammenhängt und dass bei den Frauen Bildung und Einkommen wesentlicher erscheinen. Dabei sind bei den Frauen wiederum die erwerbstätigen Alleinerziehenden mitzubetrachten, die in den niedrigen Einkommensgruppen übervertreten sind.

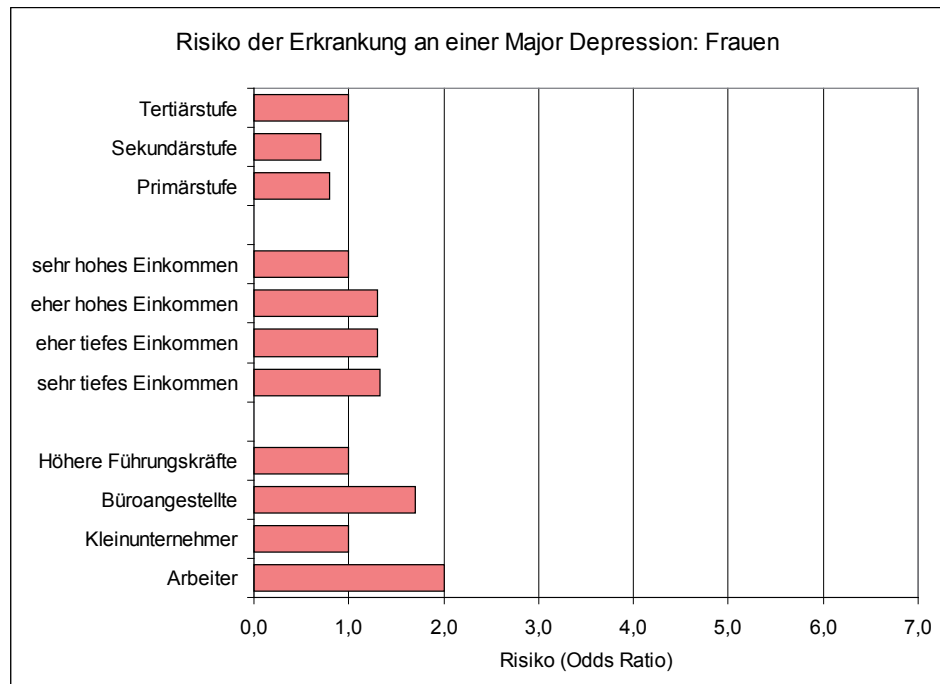
Bei dem Indikator, der eine *starke Depression* misst, zeigt sich für Männer ein ähnliches Muster wie bei der psychischen Belastung: Die berufliche Position hat einen entscheidenden Zusammenhang mit dem Risiko, an einer Major Depression zu erkranken (vgl. Grafik 3.19).

Angestellte in nicht-manuellen Berufen wie auch gelernte und ungelernte Arbeiter haben – verglichen mit mittleren und höheren Führungskräften – ein vielfach höheres Risiko, an einer Depression zu erkranken: Chronischer Stress aufgrund geringer Kontrollmöglichkeiten kombiniert mit hohen Anforderungen und mangelnden Gratifikationen führt zu einer erhöhten Stressbelastung.

Bei den Frauen zeigt sich dieses Bild hingegen nicht. Es stellt sich die Frage, ob Depressionen bei Frauen stärker durch private Lebensumstände verursacht werden. Leider ist es im Rahmen dieses Gesundheitsberichts nicht möglich, die Belastung aufgrund der Vereinbarkeit von Beruf und Familie oder aufgrund der Lebenssituation von Alleinerziehenden in die Analysen miteinzubeziehen.



Grafik 3.19: Zusammenhang zwischen den sozialen Determinanten und Major Depression: männliche Berner Bevölkerung im Erwerbsalter (SGB, 2007, adjustiert für Alters- und Geschlechtseffekte; N=670)



Grafik 3.20: Zusammenhang zwischen den sozialen Determinanten und Major Depression: weibliche Berner Bevölkerung im Erwerbsalter (SGB, 2007, adjustiert für Alters- und Geschlechtseffekte; N=762)

Auch das Risiko, an *starken Schlafstörungen* zu leiden, hat bei den Männern einen Zusammenhang mit den hier untersuchten sozialen Indikatoren, bei den Frauen hingegen nicht. Männer in einer prekären finanziellen Lage haben gemäss den Ergebnissen der logistischen Regression siebenmal häufiger starke Schlafstörungen als Männer in einer sehr guten finanziellen Situation (vgl. Tabelle im Anhang). Da die Anzahl der von starken Schlafstörungen betroffenen Männer in unserer Stichprobe klein ist, sollte dieses Ergebnis mit Vorsicht interpretiert werden. Es wäre interessant, dieses Ergebnis in einem nächsten Schritt mit der gesamtschweizerischen Stichprobe zu vergleichen.

3.7 Exkurs: Die stationäre psychiatrische Behandlung als Spitze des Eisbergs

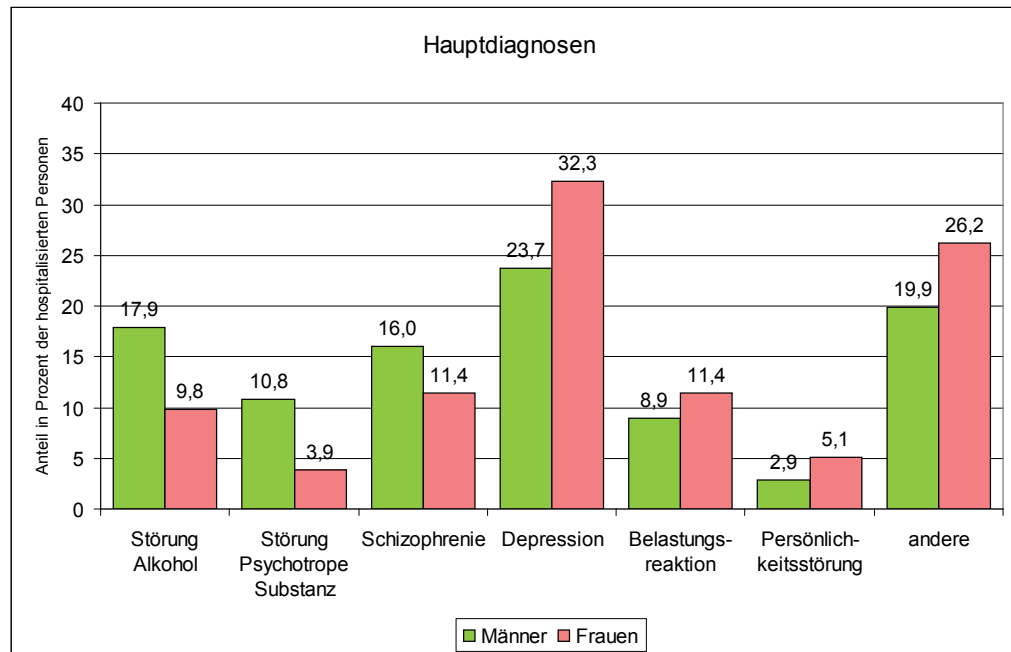
Als Ergänzung zu den Informationen aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung wurde eine Zusatzanalyse mit Informationen zur Behandlungshäufigkeit in psychiatrischen Kliniken durchgeführt. Diese untersucht das Risiko einer stationären Behandlung in einer psychiatrischen Institution bei der erwachsenen Wohnbevölkerung des Kantons Bern zwischen 25 und 64 Jahren.⁹⁴

Dank der medizinischen Statistik der Spitäler ist die Zahl der Bernerinnen und Berner, die in einer psychiatrischen Klinik oder Abteilung stationär behandelt werden, vollständig und zuverlässig erfassbar. Dieser Anteil entspricht der sprichwörtlichen „Spitze des Eisbergs“ psychischen Leidens. In den folgenden Abschnitten werden die im Jahre 2005 psychiatrisch hospitalisierten Berner statistisch ausgewertet. Und zwar Personen, nicht „Fälle“: Wer 2005 mehrmals oder in verschiedenen Kliniken hospitalisiert wurde, wird nicht mehrfach gezählt. Nicht erfasst sind Personen, die in diesem Zeitraum nur ambulant psychiatrisch oder psychotherapeutisch behandelt wurden.

Aus der beschriebenen Altersgruppe der 25- bis 64-Jährigen wurden im Jahr 2005 2036 Männer und 2019 Frauen in einer psychiatrischen Institution hospitalisiert. Diese sogenannte 1-Jahres-Prävalenz entspricht einem Bevölkerungsanteil von 0,77 Prozent (Männer) beziehungsweise 0,76 Prozent (Frauen).

Obwohl Männer und Frauen praktisch gleich häufig hospitalisiert werden, gibt es deutliche Unterschiede bezüglich der diagnostizierten psychischen Krankheiten: Männer leiden fast doppelt so häufig an Suchtkrankheiten wie Frauen, zudem deutlich häufiger an Schizophrenie. Bei Frauen sind Depressionen deutlich häufiger als bei Männern, Belastungsreaktionen und Persönlichkeitsstörungen sind ebenfalls etwas häufiger. Die häufigste Diagnose ist sowohl bei Männern wie bei Frauen die Depression.

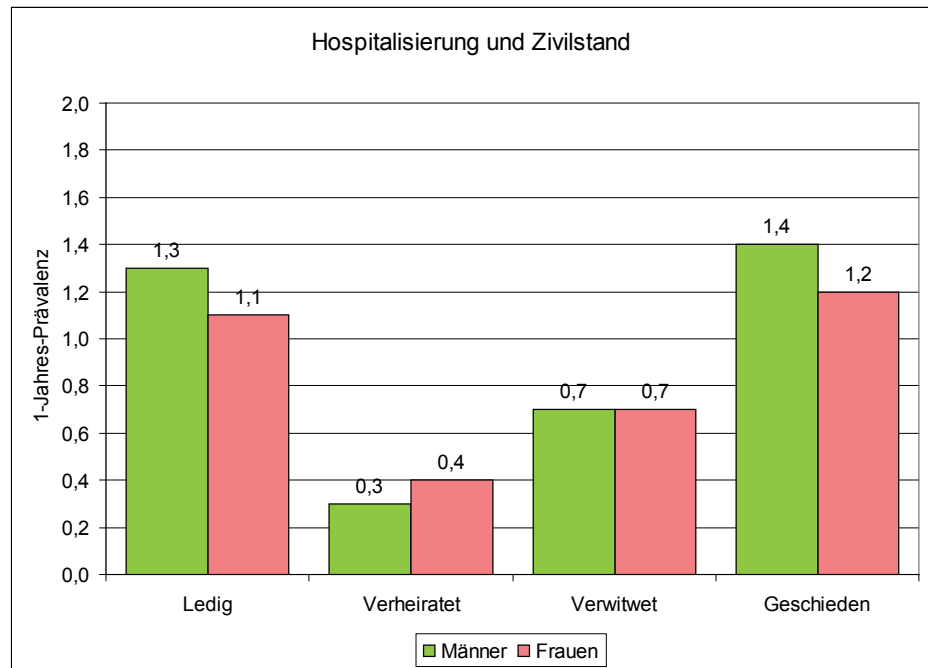
⁹⁴ Binder, 2009



Grafik 3.21: Anteil der Hauptdiagnosen verteilt auf alle psychiatrisch hospitalisierten Patienten nach Geschlecht

Zusammenhang zwischen dem Risiko einer stationären psychiatrischen Behandlung und der sozialen Lage

In der medizinischen Statistik der psychiatrischen Spitäler werden nur wenige soziale Merkmale der Patientinnen und Patienten erhoben. Diese zeigen aber einen deutlichen Zusammenhang mit der Hospitalisierungshäufigkeit, was darauf hindeutet, dass die soziale Situation und psychische Gesundheit oder Krankheit eng miteinander verknüpft sind. Betreffend Kausalrichtung sind aufgrund der ausschliesslich statistischen Angaben keine gesicherten Aussagen möglich. Es ist genauso plausibel anzunehmen, dass mangelnde soziale Ressourcen (z. B. schwache zwischenmenschliche Beziehungen, geringer Bildungsstand) psychische Probleme hervorrufen, als dass umgekehrt ein bestehendes psychisches Handicap stabile soziale Bindungen oder das Erreichen schulischer und beruflicher Ziele beeinträchtigt.

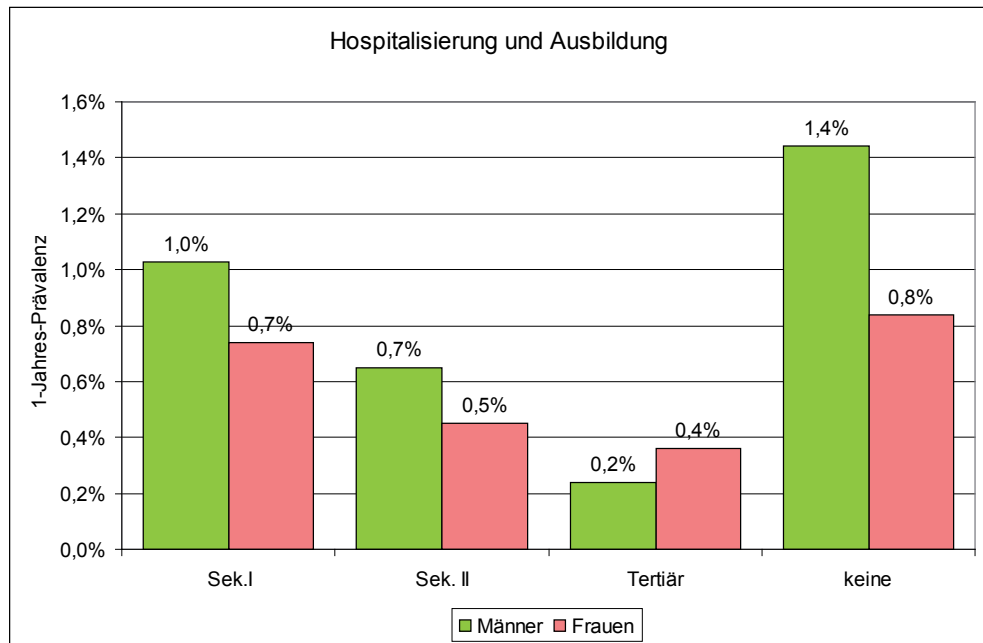


Grafik 3.22: Jahresprävalenz nach Zivilstand und Geschlecht

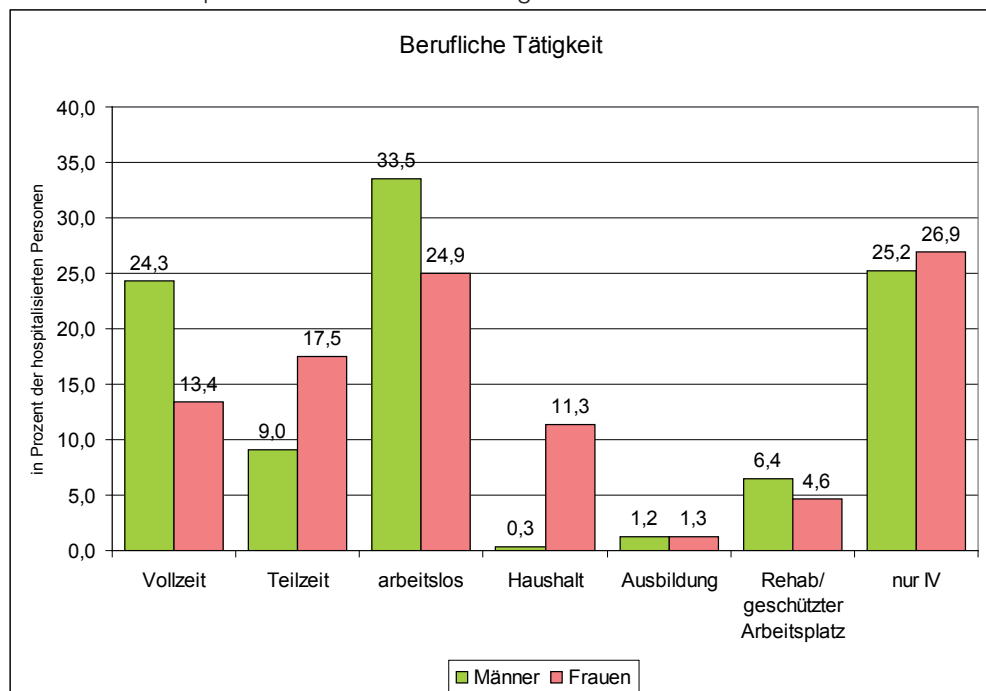
Ledige und geschiedene Personen sind drei- bis viermal häufiger in stationärer psychiatrischer Behandlung als Verheiratete. Der Zivilstand selbst sagt nichts aus über das Vorhandensein und die Qualität persönlicher Beziehungen. Dennoch ist anzunehmen, dass ledige und geschiedene Personen häufiger ohne unterstützende soziale Beziehungen leben, was das Risiko von Vereinsamung und psychischen Krisen erhöht.

Je höher der erreichte Ausbildungsstand, desto geringer ist der Anteil von psychiatrischen Hospitalisationen. Am höchsten ist er, wenn keine Ausbildung abgeschlossen wurde. Es fällt zudem auf, dass der Zusammenhang zwischen Ausbildung und psychiatrischer Hospitalisierung bei Männern ausgeprägter ist als bei Frauen.

Nur etwa ein Drittel der psychiatrisch hospitalisierten Personen ist voll oder teilweise erwerbstätig, gleich viele Männer und ein Viertel der Frauen sind zur Zeit des Klinikaufenthalts arbeitslos. Ein Viertel bezieht eine Invalidenrente und geht keiner Erwerbstätigkeit nach und etwa sechs Prozent ist in einem beruflichen Rehabilitationsprogramm oder an einem geschützten Arbeitsplatz. Diese Angaben können nicht direkt zu den Verhältnissen in der Gesamtbevölkerung in Bezug gesetzt werden. Aber die geringe Integration der hospitalisierten Psychiatriepatientinnen und -patienten in den Arbeitsmarkt ist offenkundig – eine mögliche Erklärung dafür kann in der unterdurchschnittlichen Schul- und Berufsbildung der Betroffenen gesucht werden.



Grafik 3.23: Jahresprävalenz nach Schulbildung und Geschlecht



Grafik 3.24: Anteil der hospitalisierten Patienten nach ihrer beruflichen Tätigkeit

Die Integration der hospitalisierten Person in den Arbeitsmarkt ist auch vom Krankheitsverlauf abhängig. Personen, die zum ersten Mal in eine psychiatrische Klinik eintreten, gehen mehr als doppelt so häufig einer Erwerbstätigkeit nach wie solche, die schon in früheren Jahren einmal hospitalisiert worden waren. Unter den Personen mit einer längeren psychiatrischen Vorgeschichte gibt es demgegenüber mehr als doppelt so viele Bezüger einer Invalidenrente.

Dieser Vergleich zeigt, wie wichtig es ist, schon zu Beginn einer psychiatrischen Erkrankung das Herausfallen aus dem Arbeitsmarkt zu verhindern. Es wird auch deutlich, dass der Anteil von Personen, die noch einer Erwerbstätigkeit nachgehen, parallel zur Länge der psychiatrischen Hospitalisationsdauer abnimmt.

Fazit

Die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung, der medizinischen Statistik der psychiatrischen Kliniken, der Invalidisierungen aus psychischen Gründen wie auch die epidemiologische Forschung zeigen die besondere Bedeutung sozialer Merkmale für die Entstehung, Aufrechterhaltung und Wiedererlangung psychischer Gesundheit. Welche Datenquelle man auch immer analysiert – ein tiefer Bildungsstatus, eine soziale Unterschichtsherkunft und ein geringes Erwerbseinkommen sind eng verbunden mit psychischer Belastung oder Krankheit.

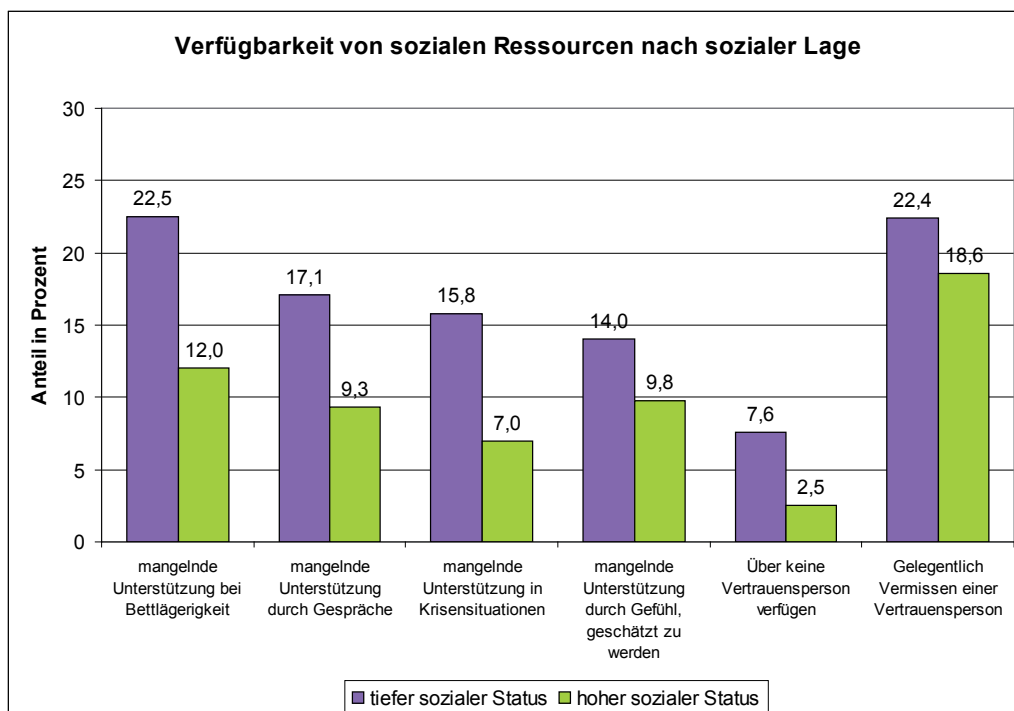
Die Daten zeigen wie eng die psychische Gesundheit der Bevölkerung mit dem familiären Umfeld, dem Bildungsstatus, der Arbeitssituation und der gesellschaftlichen Integration überhaupt zusammenhängt. Wenn die psychische Belastung der Bevölkerung reduziert werden soll, so sind verstärkte Massnahmen auf verschiedenen Ebenen und zu unterschiedlichen Zeitpunkten notwendig: Zum einen sollten schon belastete Familien und Schulen frühzeitig unterstützt werden – bevor die Kinder psychisch krank werden. Zum anderen sollte in der Arbeitswelt die Sensibilisierung gegenüber psychischen Problemen und psychisch schädigenden Verhältnissen verstärkt werden.

3.8 Die Verteilung von Ressourcen und Belastungen

Ein möglicher Erklärungsansatz für die Diskrepanzen bezüglich Wohlbefinden und Gesundheitszustand nach sozialer Lage liegt in der unterschiedlichen Verfügbarkeit von Ressourcen auf der einen Seite und Belastungen auf der anderen Seite. Das psychosoziale Modell zur Erklärung sozialer Ungleichheit in der Gesundheit, das sich aus der Stressforschung ableitet, postuliert, dass ein lang andauerndes Ungleichgewicht von Ressourcen und Belastungen zur Entwicklung von stress-assoziierten Krankheiten und zu pathogenen Prozessen ganz allgemein führt. Ausserdem geht man davon aus, dass sowohl Belastungen wie auch Ressourcen je nach sozialer Lage unterschiedlich vorhanden sind: Personen in einer schlechten sozialen Lage sind mehr Stressoren ausgesetzt und haben gleichzeitig weniger Ressourcen zur Verfügung.

Um Ursachen und Wirkungen von sozialer Lage, Belastungen, chronischem Stress oder sozialer Unterstützung auf die Gesundheit zu untersuchen, sind Längsschnittstudien notwendig. Die wichtigsten Erkenntnisse aus dieser Forschung wurden in der Einleitung vorgestellt. Als Ergänzung sollen nun anhand der erwachsenen Bevölkerung des Kantons Bern einige Indikatoren für Ressourcen und Belastungen bezüglich Vorhandensein respektive Fehlen je nach sozialer Lage beschrieben werden. In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung wurde eine der wichtigsten personellen Ressourcen – die Kontrollüberzeugung (vgl. Kapitel 1) – erhoben. Ausserdem wurden verschiedene Indikatoren der sozialen Unterstützung und der Gesundheitskompetenz erfragt. Auf der anderen Seite stehen die Belastungen. In der SGB fehlen leider Indikatoren, die Stressoren im

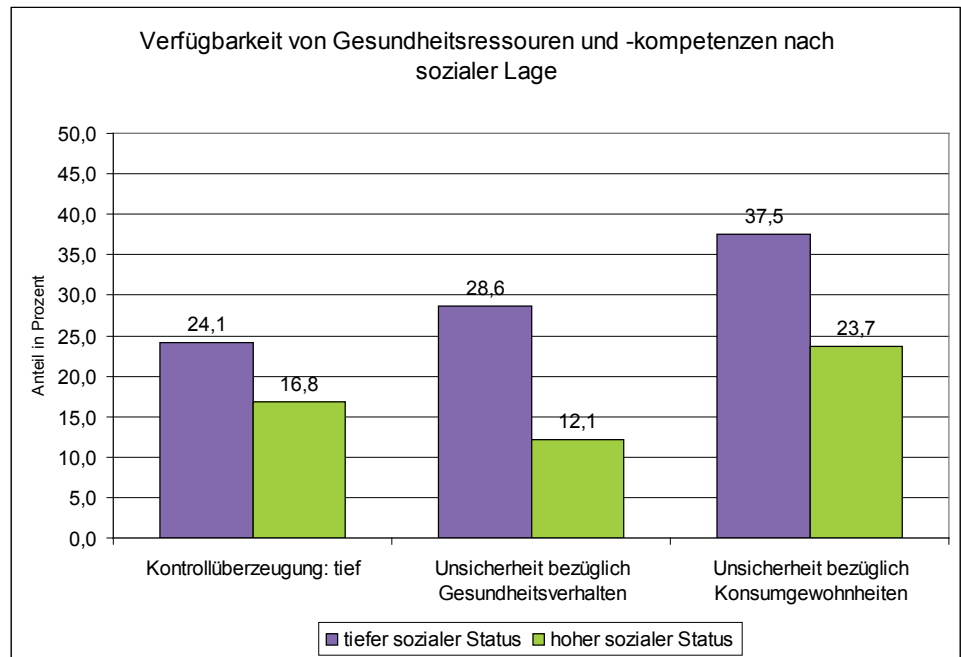
Privat- und Familienleben erfragen. Es stehen ausschliesslich Belastungen im Zusammenhang mit der Arbeit zur Verfügung.



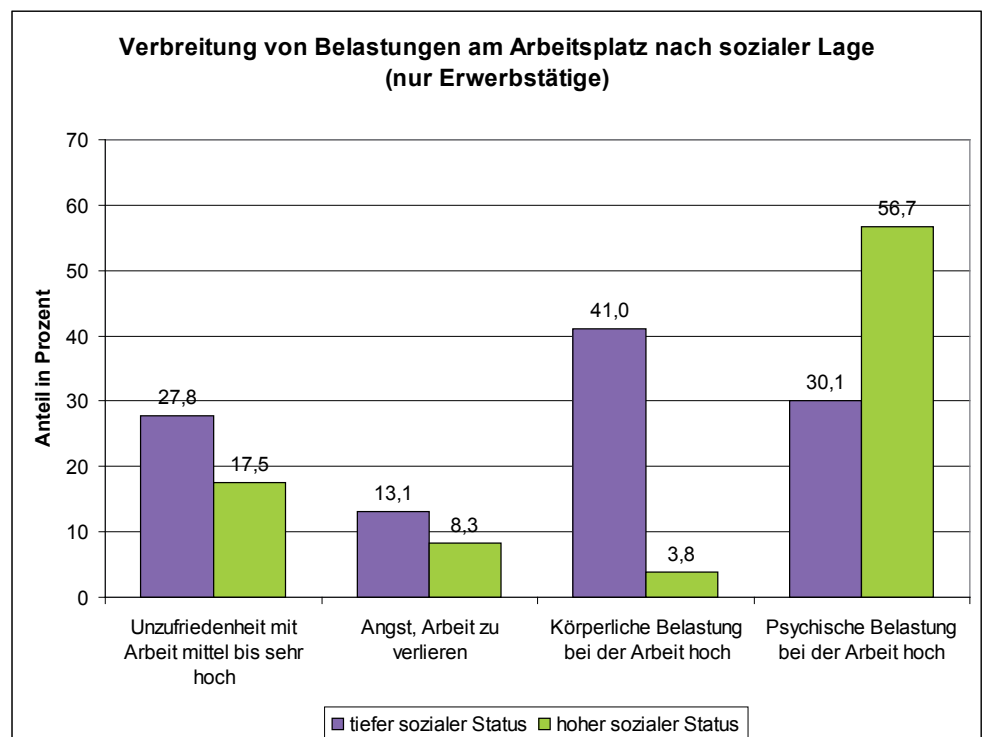
Grafik 3.25: Extremgruppenvergleich nach sozialer Lage: Unterschiedliche Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung in der Bevölkerung des Kantons Bern im Erwerbsalter (SGB, 2007; N=580)

Gemäss Grafik 3.25 verfügt die Personengruppe in der tiefsten sozialen Position tatsächlich über deutlich geringere soziale Ressourcen als die Vergleichsgruppe in der höchsten sozialen Position. Sowohl bei der praktisch-instrumentellen Funktion der sozialen Unterstützung (z. B. Hilfe bei Bettlägerigkeit) als auch bei der emotionalen Funktion (z. B. Wertschätzung) zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen Personen in hoher sozialer Position zu jenen, die nur eine geringe Schulbildung, ein tiefes Einkommen und eine tiefe berufliche Position innehaben. In der Gruppe mit der tiefsten sozialen Position gibt es ebenfalls einen etwas grösseren Anteil an Personen, die die Welt und ihr eigenes Leben als unkontrollierbar erfahren (tiefe Kontrollüberzeugung). Eine klare Differenz zeigt sich erwartungsgemäss auch bei der Gesundheitskompetenz: Deutlich mehr Personen in tiefer sozialer Lage fühlen sich unsicher und überfordert, wenn es darum geht, wie man sich gesundheitsförderlich verhalten kann und was man konsumieren oder nicht konsumieren soll, wenn man zu seiner Gesundheit Sorge tragen will (vgl. Grafik 3.25).

Auf der anderen Seite dieses Modells der Balance von Ressourcen und Belastungen zur Erklärung der sozialen Ungleichheit in der Gesundheit stehen die Stressoren. Diese können als einzelne kritische Lebensereignisse verstanden werden (z. B. Scheidung, Tod eines Angehörigen) oder aber als Mikrostressoren, sogenannte „daily hassles“.



Grafik 3.26: Extremgruppenvergleich nach sozialer Lage: Unterschiedliche Verfügbarkeit von Gesundheitsressourcen: Kontrollüberzeugung und Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung des Kantons Bern im Erwerbsalter (SGB, 2007; N=439)



Grafik 3.27: Extremgruppenvergleich nach sozialer Lage: Belastungen in der erwerbstätigen Bevölkerung zwischen 25 und 64 Jahren im Kanton Bern (SGB, 2007; N=412)

Die erwerbstätige Berner Bevölkerung in einer tiefen sozialen Position ist gemäss den Ergebnissen deutlich unzufriedener mit der Arbeit, hat etwas häufiger Angst, die Arbeitsstelle zu verlieren, ist körperlichen Belastungen bei der Arbeit stärker ausgesetzt, dafür aber seltener psychischen Belastungen. Bei 41 Prozent der erwerbstätigen Personen in besonders tiefer sozialer Lage ist die körperliche Belastung bei der Arbeit hoch und bei 30 Prozent die psychische. Im Vergleich dazu ist bei den erwerbstätigen Personen in besonders hoher sozialer Lage bei knapp 4 Prozent die körperliche Belastung hoch, bei 57 Prozent hingegen die psychische.

3.9 Zusammenfassung und Fazit

Die Ergebnisse der Analysen über die Gesundheit der Berner Bevölkerung im Erwerbsalter zeigen ein klares Bild: Die Chancen auf eine gute Gesundheit und damit auf eine hohe Lebensqualität und Leistungsfähigkeit sind sozial ungleich verteilt.

Personen in tiefer sozialer Lage mit einer schlechten Schulbildung, knappen finanziellen Mitteln und einer tiefen sozioprofessionellen Arbeitsstellung fühlen sich gesundheitlich weniger wohl, leiden häufiger unter Schmerzproblemen, die zu einer Invalidisierung führen können (z. B. Rückenschmerzen) und haben ein vielfach erhöhtes Risiko für Übergewicht. Für Personen, die nur eine obligatorische Schulbildung oder gar keine Ausbildung aufweisen, ist dieses Risiko dreimal höher als bei Personen mit Tertiärabschluss. Dies hängt auch damit zusammen, dass in dieser Gruppe der Anteil an Personen, die sich ungesund ernähren und zu wenig körperliche Bewegung haben, um ein Vielfaches höher ist als bei Personen mit hohem sozialem Status.

Was die psychische Gesundheit angeht, ergeben die Daten zur Berner Bevölkerung ein ähnliches Bild wie für die körperliche Gesundheit. Personen in schlechter sozialer Lage berichten über eine deutlich erhöhte psychische Belastung, die bei Männern hauptsächlich mit der beruflichen Stellung, bei Frauen mit der Schulbildung zusammenhängt. Das Risiko, an einer stark ausgeprägten Depression (Major Depression) zu erkranken, scheint weniger stark von der sozialen Position abhängig. Bei den Männern zeigt sich aber ein klarer Zusammenhang, wiederum abhängig von der beruflichen Stellung; bei den Frauen ergibt sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang mit den sozialen Determinanten.

Die in den Daten der SGB zur Verfügung stehenden Indikatoren, die wichtige Gesundheitsressourcen und Belastungen abbilden, unterstützen die Annahme, dass diese eine wichtige Rolle bei der Erklärung der Wirkungen von sozialen Positionen auf die Gesundheit einnehmen. Die Berner Bevölkerung im Erwerbsalter in tiefer sozialer Position verfügt über deutlich weniger soziale Ressourcen und auch eine tiefere Kontrollüberzeugung verglichen mit den Personen aus der höchsten sozialen Position. Sie leiden auch unter mehr Belastungen im Arbeitsumfeld – abgesehen von einer Ausnahme: Personen in hoher sozialer Position sind offensichtlich öfter mentalen Belastungen wie beispielsweise Zeitdruck ausgesetzt.

4 Lebensende: Soziale Lage und Sterblichkeit

4.1 Einleitung

Warum ist die Analyse der Sterblichkeit wichtig für einen Gesundheitsbericht?

Man könnte meinen, dass die Sterblichkeit in der heutigen Schweiz für Fragen der Bevölkerungsgesundheit keine besondere Aufmerksamkeit mehr verdient: Die Lebenserwartung lag noch vor 130 Jahren bei etwa 50 Jahren und ist heute mit 84 Jahren für Frauen und 79 Jahren für Männer sehr hoch. Die sogenannte „Kompression der Mortalität“, das heisst, die zunehmende Konzentration der Sterblichkeit auf die hohen Altersjahre, ist heute Realität. Eine Zunahme der Lebenserwartung alleine kann nicht mehr das primäre Ziel der Gesundheitsförderung und Prävention sein, sondern die Erhöhung der Anzahl Jahre, die man in guter Gesundheit bei hoher Lebensqualität zu erwarten hat, also die „Kompression der Morbidität“. Wie im einleitenden Kapitel dargestellt ist im Kanton Bern in den letzten Jahren nicht nur die Lebenserwartung, sondern auch die Lebenserwartung bei guter Gesundheit angestiegen.

Warum befassen wir uns in diesem Bericht über soziale Unterschiede in der Gesundheit dennoch mit der Sterblichkeit?

- Die Feststellung des Todes ist weder abhängig von der subjektiven Sichtweise der Betroffenen noch von derjenigen der feststellenden Ärzte. Die statistische Erfassung eines Todesfalls ist damit eine ausserordentlich verlässliche Information. Die Todesursachenstatistik des Bundesamtes für Statistik erfasst ausserdem die gesamte Bevölkerung, die in der Schweiz lebt. Die Zuordnung der primären Todesursache durch das Bundesamt für Statistik ist durch die Anwendung verschiedener Plausibilisierungsverfahren von hoher Qualität.⁹⁵
- Unterschiedliche Sterblichkeitsraten in sozialen Gruppen sind Ausdruck systematischer Differenzen bei der Verteilung der Gesundheitschancen.
- Bereits ein kleiner Unterschied in der Lebenserwartung kann eine grosse volkswirtschaftliche Bedeutung haben. Es stellt sich deshalb auch die Frage der Gerechtigkeit der Verteilung der Sozialversicherungen (erste und zweite Säule). In den vergangenen Jahren wurden verschiedene Modelle diskutiert, die dem Fakt der unterschiedlichen Lebenserwartung nach sozialer Lage in den Sozialversicherungen besser gerecht werden würden (z. B. Flexibilisierung des AHV-Alters, Vorruhestandsleistungen für bestimmte Berufsgruppen, Lebensarbeitszeitmodell).

Für diesen Bericht wurde deshalb untersucht, ob die soziale Lage einen signifikanten Einfluss auf die Lebenserwartung und die Sterblichkeit der Berner Bevölkerung hat. Neben der Sterblichkeit insgesamt wurden einige wichtige Todesursachen(-gruppen) analysiert, die in Tabelle 4.1 aufgeführt sind.

⁹⁵ Gemäss mündliche Auskunft BFS (Christoph Junker, 2008).

	Diagnosen gemäss ICD10	Anzahl Todesfälle 2001-2005 25-94 Jahre	Anzahl Todesfälle 2001-2005 Erwerbstätige unter 65 Jahren
Alle Todesursachen		42 478	3 281
davon:			
Maligne Neoplasmen, Krebs	C00-C97	10 361	1 404
Lungenkrebs	C33-C34; C39	1 775	*
Brustkrebs	C50	905	*
Prostatakrebs	C61	971	*
davon:			
Krankheiten des Kreislaufsystems	I00-I99	17 664	711
Ischämische Herzkrankheiten (Erkrankungen der Herzkranzgefässe)	I20-I25	7 393	*
Zerebro-vaskuläre Krankheiten (z.B. Hirnblutung und Hirninfarkt)	I60-I69	3 241	*
davon:			
Äussere Todesursachen (Todesfälle aufgrund von Unfällen, Vergiftungen, Gewalttaten, Suizid)	V01-Y98	1 978	*
Suizid	X60-X84	751	*

Tabelle 4.1: Die untersuchten Todesursachengruppen gemäss ICD10-Klassifikationssystem und die Anzahl der Todesfälle in der Berner Bevölkerung, welche in der Swiss National Cohort erfasst sind
*Aufgrund der geringen Fallzahl wurde hier auf die Analyse nach einzelnen Todesarten verzichtet.

4.2 Methodik

Swiss National Cohort (SNC)

Die bisherigen Studien über sozioökonomische Unterschiede in der Sterblichkeit oder der Lebenserwartung stützten sich auf Querschnittsanalysen, welche die Anzahl der Todesfälle mit Bevölkerungszahlen in Bezug setzten. Um verfeinerte Analysen zur Sterblichkeit durchführen zu können, verknüpften die Institute für Sozial- und Präventivmedizin von Bern, und Zürich erstmals die anonymen Daten der Volkszählung des Bundesamtes für Statistik (BFS) mit den anonymen Daten der Todesursachenstatistik mittels eines probabilistischen Datenverknüpfungsverfahrens. Dadurch entstand die Swiss National Cohort, eine landesweite Kohorte, die als Forschungsplattform für longitudinale Analysen genutzt werden kann.⁹⁶

Die Daten der Swiss National Cohort wurden erstmals für einen kantonalen Gesundheitsbericht benutzt: Alle im Kanton Bern ständig wohnhaften Personen wurden in der Volkszählung des Jahres 2000 erfasst. Alle vom 5. 12. 2000 bis

⁹⁶ Für die Verknüpfung wurden Schlüsselmerkmale verwendet wie Geschlecht, Geburtsdatum, Wohnort, Zivilstand, Nationalität und Religionszugehörigkeit. Die Swiss National Cohort erlaubt es, den Einfluss von vielfältigen Informationen auf die Sterblichkeit zu analysieren. Eine genaue Beschreibung des Projekts, die ausführliche Methodik und eine Übersicht über die Publikationen finden sich unter www.swissnationalcohort.ch.

zum 31. 12. 2005 verstorbenen Personen wurden in der Todesursachenstatistik erfasst (mit Ausnahme der Personen, die im Ausland verstorben waren und über die keine Informationen über den Tod vorlagen). Die individuellen Daten beider Quellen wurden verlinkt. Dies erlaubt nun die Analyse der Sterblichkeit im Kanton Bern. Da in der Schweiz die Bildung häufig nicht vor dem 25. Altersjahr abgeschlossen ist und die Todesursachen bei sehr alten Personen relativ schlecht kodiert sind, wurde die Analysen nach Bildung auf die Altersgruppe der 25- bis 94-jährigen Personen eingeschränkt.

Bei den in diesem Bericht benutzten statistischen Regressionsverfahren werden allfällige soziodemografische Unterschiede (Alter, Geschlecht, Zivilstand etc.) zwischen den Gruppen berücksichtigt und für die Berechnung des relativen Risikos statistisch kontrolliert. Beispiel: Unter den Personen, die ausschliesslich die Grundschule besucht haben, gibt es überdurchschnittlich viele Frauen. Der Geschlechtseffekt, der einen Einfluss auf die Sterblichkeit hat, wurde statistisch kontrolliert und verzerrt deshalb den untersuchten Effekt der Bildungsstufe nicht. Wichtig für die Interpretation der folgenden Ergebnisse ist auch, dass der Effekt der beruflichen Position (der natürlich mit der Bildung zusammenhängt) im gewählten Modell ebenfalls statistisch kontrolliert wurde. Zeigt sich also bei einer bestimmten Todesursache ein Effekt der Bildung, wirkt sich das Bildungsniveau unabhängig von der beruflichen Stellung auf die Mortalität aus und umgekehrt. Die Operationalisierung des Bildungsniveaus und der sozioprofessionellen Gruppen finden sich im Anhang.

4.3 Der Einfluss der sozialen Lage auf die Sterblichkeit

Im Datensatz der SNC sind im Kanton Bern im Zeitraum vom 5. Dezember 2000 bis Ende 2005 insgesamt 42 478 Menschen im Alter von 25 bis 94 Jahren als Todesfälle aufgelistet, davon 21 930 Frauen (51,6 %) und 20 548 (48,4 %) Männer.⁹⁷

Von den Verstorbenen hatten 57 Prozent ausschliesslich die Grundschule besucht oder keinen Schulabschluss, 34,6 Prozent hatten eine sekundäre Ausbildung und 8,4 Prozent einen Tertiärabschluss. Von den Verstorbenen zählten 87,3 Prozent zum Zeitpunkt der Volkszählung zu den Nichterwerbspersonen (die meisten Todesfälle betreffen Personen über 65 Jahre) und 4,2 Prozent konnten keiner eindeutigen sozioprofessionellen Gruppe zugeordnet werden.

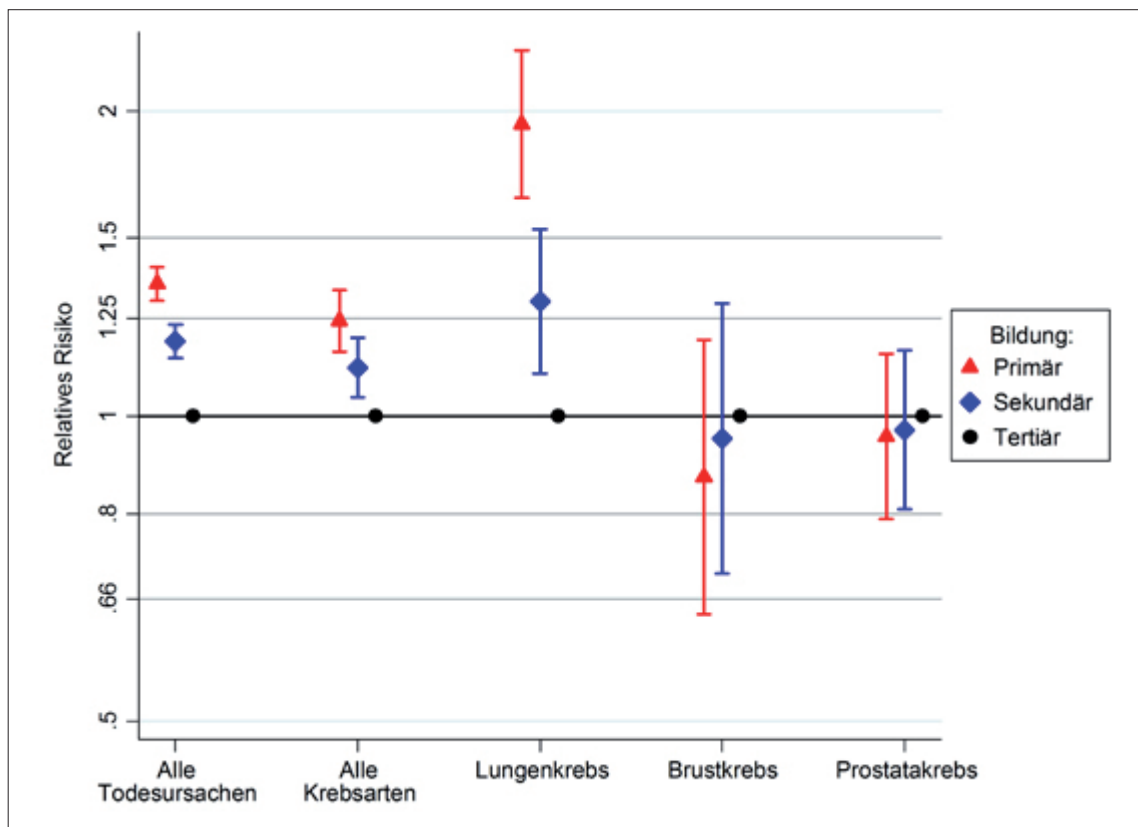
Für die Beschreibung des Zusammenhangs zwischen dem Bildungsniveau und der Sterblichkeit wurden alle im Swiss National Cohort vorhandenen Datensätze des Kantons Bern verwendet (N = 689 515). Für die Beschreibung des Zusammenhangs zwischen den sozioprofessionellen Gruppen und der Sterblichkeit wurden ausschliesslich Personen analysiert, die unter 65 Jahre alt waren und zum Zeitpunkt der Volkszählung entweder erwerbstätig oder bei der Arbeitslosenkasse gemeldet waren (inkl. Personen in RAV-Programmen). Die so definierte Gruppe von Erwerbspersonen unter 65 Jahren bestand aus 345 067 Personen.

⁹⁷ Die Anzahl der effektiv in diesem Zeitraum Verstorbenen im Kanton Bern stimmt nicht vollständig mit den Daten der SNC überein, weil nur die erfolgreich verlinkten Todesfälle in die Analyse miteinbezogen werden können. Insgesamt konnten 95,6% erfolgreich verlinkt werden.

Der Einfluss der sozialen Lage auf die Sterblichkeit

Die folgenden Grafiken zeigen den vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern berechneten Hazard Ratio, der als relatives Sterberisiko einer Bevölkerungsgruppe im Vergleich zu einer Referenzgruppe interpretiert werden kann. Die Referenzgruppe hat im verwendeten statistischen Modell immer ein relatives Risiko von 1. Die anderen Gruppen werden darauf getestet, ob sie sich statistisch bedeutsam von der Referenzgruppe unterscheiden. Dies ist dann der Fall, wenn das 95-Prozent-Vertrauensintervall (Wertebereich mit vertikaler Linie) die horizontale Linie mit Wert 1 nicht überschneidet.

Unsere Ergebnisse zeigen klar, dass auch im Kanton Bern Menschen mit einer höheren Bildung eine tiefere Sterblichkeitsrate aufweisen als Personen mit einer tiefen Bildung. Bei der Gesamtsterblichkeit und bei wichtigen Gruppen von Todesursachen (Krebs und Herz-Kreislauf-erkrankungen) zeigt sich ein statistisch bedeutsamer Bildungsgradient im Sterberisiko der Berner Bevölkerung. Bei einzelnen Todesursachen hängt die Sterblichkeit nicht mit der Bildung zusammen oder die Anzahl der Todesfälle im Kanton Bern war zu gering, um statistisch bedeutsame Unterschiede zu finden (Beispiel äussere Todesursachen und Suizid).



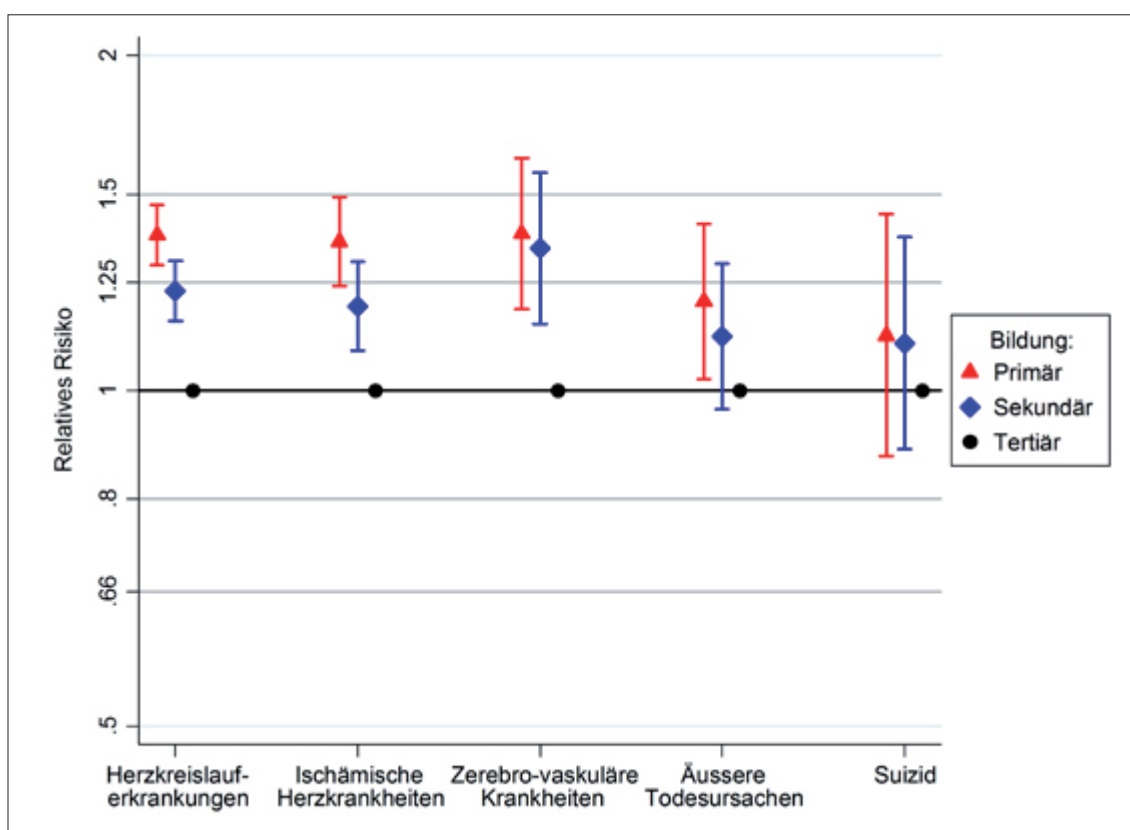
Grafik 4.1: Zusammenhang zwischen Bildungsstand und Mortalität von 2001 bis 2005 in der Berner Bevölkerung nach Todesursache⁹⁸: alle Todesursachen und Krebstodesfälle (SNC, Anzahl Todesfälle siehe Tabelle 4.1)

Die Grafik 4.1 lässt sich folgendermassen interpretieren: Im Vergleich zur Re-

⁹⁸ Hazard Ratios berechnet auf der Basis eines Survival-Weibull-Modells unter Kontrolle von: sozioprofessionellem Profil, Alter, Zivilstand, Geschlecht, Art des Haushalts, Urbanisationsgrad, Migrationsstatus und Zivilstand*Altersgruppen-Interaktion.

ferenzgruppe (Tertiärbildung) ist die Sterblichkeit von Bernerinnen und Bernern mit ausschliesslich Primärbildung um 35 Prozent erhöht. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant. Auch die Sterblichkeitsrate von Personen mit Sekundärbildung ist um 18 Prozent höher als diejenige der Referenzgruppe. Dieser deutliche Bildungseffekt zeigt sich unabhängig von der beruflichen Position, welche die Gestorbenen erreicht hatten. Auch bei allen Krebstodesfällen zusammengekommen, zeigt sich ein statistisch signifikanter sozialer Gradient in Bezug auf die Schulbildung.

Je nach spezifischer Krebsart ist der Zusammenhang zwischen Schulbildung und Sterberisiko mehr oder weniger stark ausgeprägt, resp. nicht vorhanden: Den grössten Zusammenhang mit der Bildung sieht man bei Lungenkrebs: Zwischen 2001 und 2005 hatten Berner und Bernerinnen mit obligatorischer Schulbildung ein rund doppelt so hohes Risiko an Lungenkrebs zu sterben als jene mit Tertiärabschluss. Wiederum ist dieses Ergebnis unabhängig vom beruflichen Status der Personen. Beim Brust- und Prostatakrebs zeigt sich hingegen kein Zusammenhang zwischen der Bildung und der Sterblichkeit.



Grafik 4.2: Zusammenhang zwischen Bildungsstand und Mortalität von 2001 bis 2005 in der Berner Bevölkerung nach Todesursache⁹⁹: Herz-Kreislauf-erkrankungen und äussere Todesursachen (SNC, Anzahl Todesfälle siehe Tabelle 4.1)

Aus der Grafik 4.2 geht hervor, dass auch beim Risiko, an einer Herz-Kreislauf-erkrankung zu sterben, ein deutlicher Zusammenhang mit der Bildung besteht.

⁹⁹ Hazard Ratios berechnet auf der Basis eines Survival-Weibull-Modells unter Kontrolle von: soziodemografischem Profil, Alter, Zivilstand, Geschlecht, Art des Haushalts, Urbanisationsgrad, Migrationsstatus und Zivilstand*Altersgruppen-Interaktion

Frauen und Männer aus dem Kanton Bern, die eine Ausbildung auf Sekundärstufe absolviert haben, haben ein 23 Prozent höheres Risiko an einer solchen Erkrankung zu sterben als die Referenzgruppe mit Tertiärausbildung. Noch höher ist das Risiko der Personen mit Primärausbildung (38 Prozent höher als Referenzgruppe). Etwa dasselbe Ergebnis zeigt sich, wenn man ausschliesslich das Sterberisiko für ischämische Herzkrankheiten analysiert. Bei den zerebrovaskulären Krankheiten (z. B. Hirnblutung und Hirninfarkt) zeigt sich hingegen kein relevanter Unterschied zwischen Primär- und Sekundärstufe. Personen, die eine Tertiärbildung haben, sterben hingegen signifikant seltener an einer Blutung im Hirn.

Unter äusseren Todesursachen werden alle Todesfälle subsummiert, die aufgrund von externen Einwirkungen auf den Körper bedingt sind, also durch Unfälle, Vergiftungen, Gewalttaten oder Suizide. Innerhalb der Berner Bevölkerung ist das Risiko an einer äusseren Todesursache zu sterben leicht erhöht bei Personen mit ausschliesslich obligatorischer Schulbildung.

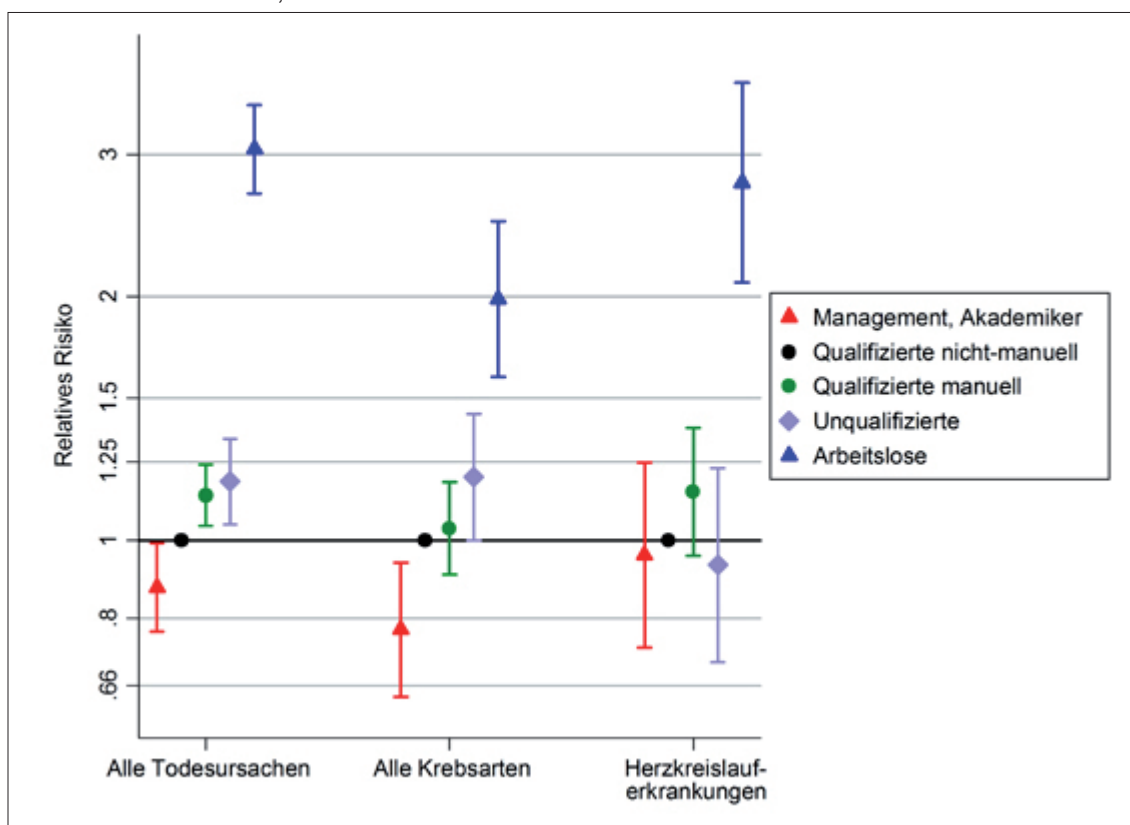
Arbeitslosigkeit als Gesundheitsrisiko

Im Folgenden geht es um die Frage, ob ein Zusammenhang zwischen beruflichem Status und der Sterblichkeit existiert. Die folgenden Analysen der sozio-professionellen Gruppen beschränken sich auf die Todesfälle von Personen unter 65 Jahren, die zum Zeitpunkt der Volkszählung entweder erwerbstätig waren oder als arbeitslos gemeldet waren (inkl. RAV-Programmen). Wie im Methodikteil beschrieben ist die Anzahl der für diese Analyse zur Verfügung stehenden Datensätze bedeutend geringer, da die meisten der Gestorbenen bereits pensioniert waren und deshalb keine berufliche Position mehr innehatten (N = 3 281 Todesfälle). Um zuverlässige und aussagekräftige Resultate zu erhalten, ist es deshalb notwendig, sich auf die übergeordneten Todesursachengruppen zu beschränken, damit die untersuchten Zellen eine aus statistischer Sicht genügend grosse Anzahl Fälle umfassen. Bei dieser Analyse war die Referenzgruppe mit dem relativen Risiko 1 die qualifizierten nicht-manuellen Berufsgruppen wie z. B. die technischen Berufe. Wie bei der Bildung bereits dargestellt, unterscheidet sich eine Berufsgruppe wiederum statistisch signifikant von dieser Referenzberufsgruppe, wenn der Wertebereich des 95%-Vertrauensintervalls (vertikale Linie) die horizontale Linie mit dem Wert 1 nicht überschneidet.

Die Ergebnisse zeigen, dass auch die berufliche Stellung (unabhängig vom Bildungsniveau) deutlich mit der Sterblichkeit im Zusammenhang steht. Bei allen Todesursachen zusammen zeigt sich ein klarer sozialer Gradient mit dem tiefsten Sterberisiko beim Management und akademischen Berufen und dem höchsten Risiko bei den unqualifizierten manuell tätigen Personen.

Daneben fallen vor allem die Arbeitslosen als vulnerable Gruppe auf: Ihr Sterberisiko ist 3.3 Mal so hoch wie jenes der qualifizierten nicht-manuellen Berufsgruppe. Sie sterben doppelt so häufig an Krebs und dreimal so häufig an Herz-Kreislauferkrankungen verglichen mit der Referenzgruppe. Die Kausalität ist hier wohl in beide Richtungen wirksam: Arbeitslosigkeit ist ein starker Stressor, der sich negativ auf die Gesundheit auswirkt; chronische Krankheiten auf der anderen Seite können zum Verlust der Arbeitsstelle führen.

Generell zeigt sich ein sozialer Gradient je nach beruflichem Status bei der Sterblichkeit insgesamt und bei den Krebstodesfällen insgesamt. Je tiefer die berufliche Position, desto höher ist die Sterblichkeit.



Grafik 4.3: Zusammenhang zwischen sozioprofessioneller Kategorie und Mortalität von 2000 bis 2005 in der erwerbstätigen Berner Bevölkerung nach Todesursache (SNC, Anzahl Todesfälle siehe Tabelle 4.1)¹⁰⁰

4.4 Lebenserwartung nach Bildung und Geschlecht

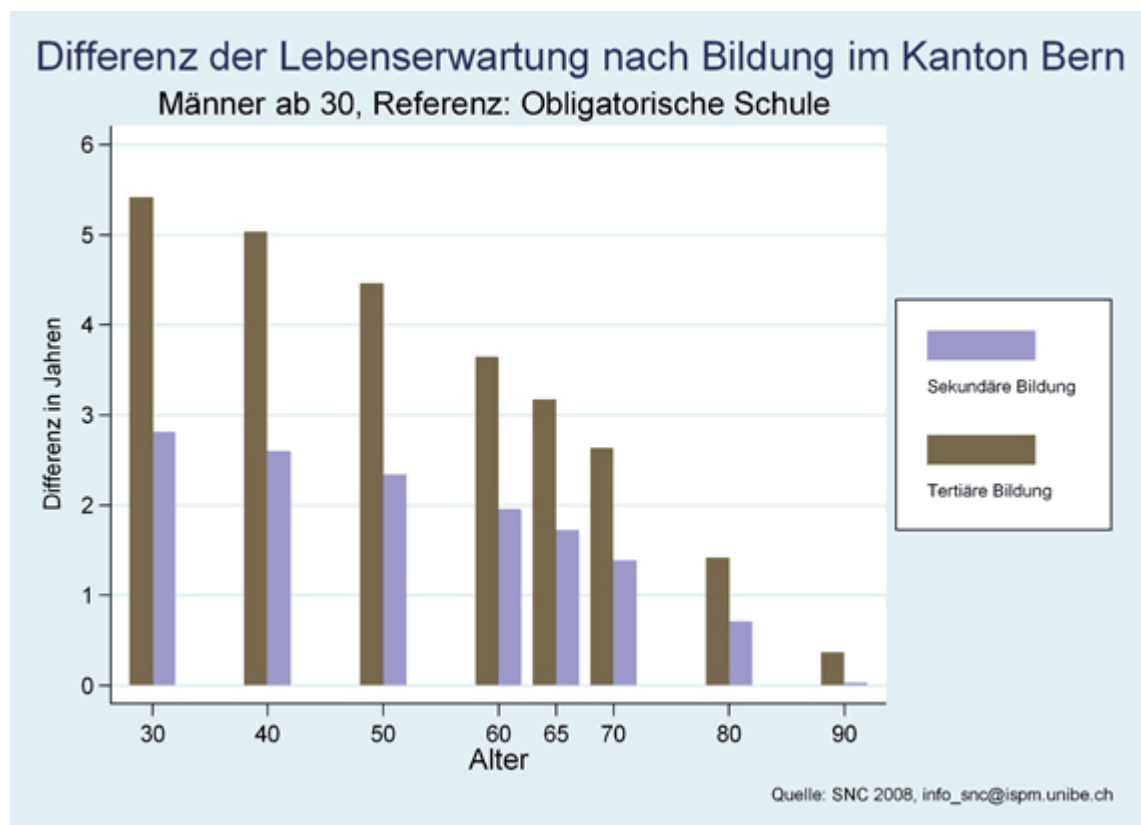
Die Berechnung der (Rest-)Lebenserwartung ist eine anschauliche Zahl, die es erlaubt, Unterschiede in der Sterblichkeit widerzuspiegeln. Im Kanton Bern haben Männer im Alter von 30 Jahren noch eine durchschnittliche Lebenserwartung von 49,1 Jahren (Tabelle 4.3). Berechnet man die Lebenserwartung getrennt nach Bildungsgruppen, zeigen sich überraschend deutliche Unterschiede: Männer mit ausschliesslich obligatorischer Schulbildung haben noch eine Lebenserwartung von 46,6 Jahren, diejenigen mit sekundärer Bildung 49,5 (+2,9 Jahre) und diejenigen mit tertiärer Bildung 52,1 Jahre (+5,5 Jahre).

Männer mit einer tertiären Bildung haben in jeder Altersgruppe immer eine deutlich höhere (Rest-)Lebenserwartung als Männer mit sekundärer oder obligatorischer Bildung (siehe Grafik 4.4). Die Differenzen werden im höheren Alter immer kleiner. Dies ist dadurch bedingt, dass mit zunehmendem Alter auch die (Rest-)Lebenserwartung kleiner wird.

¹⁰⁰ Hazard Ratios berechnet auf der Basis eines Survival Weibull-Modells unter Kontrolle von: sozioprofessionellem Profil oder Bildung, Alter, Zivilstand, Geschlecht, Art des Haushalts, Urbanisationsgrad, Migrationsstatus, und Zivilstand*Altersgruppen-Interaktion.

	Alter	Männer				Frauen			
		Alle	Obligatorische Schule	Sekundäre Bildung	Tertiäre Bildung	Alle	Obligatorische Schule	Sekundäre Bildung	Tertiäre Bildung
Lebenserwartung	30	49,1	46,6	49,5	52,1	54,2	53,2	55,0	55,8
	40	39,6	37,3	39,9	42,4	44,4	43,6	45,3	46,0
	50	30,3	28,4	30,7	32,8	34,9	34,2	35,7	36,4
	60	21,7	20,1	22,1	23,8	25,7	25,2	26,4	27,0
	65	17,6	16,3	18,0	19,5	21,2	20,8	21,9	22,7
	70	13,8	12,9	14,2	15,5	17,0	16,7	17,6	18,5
	80	7,6	7,1	7,8	8,6	9,4	9,3	9,7	10,5
	90	3,5	3,4	3,5	3,8	4,3	4,2	4,2	5,4

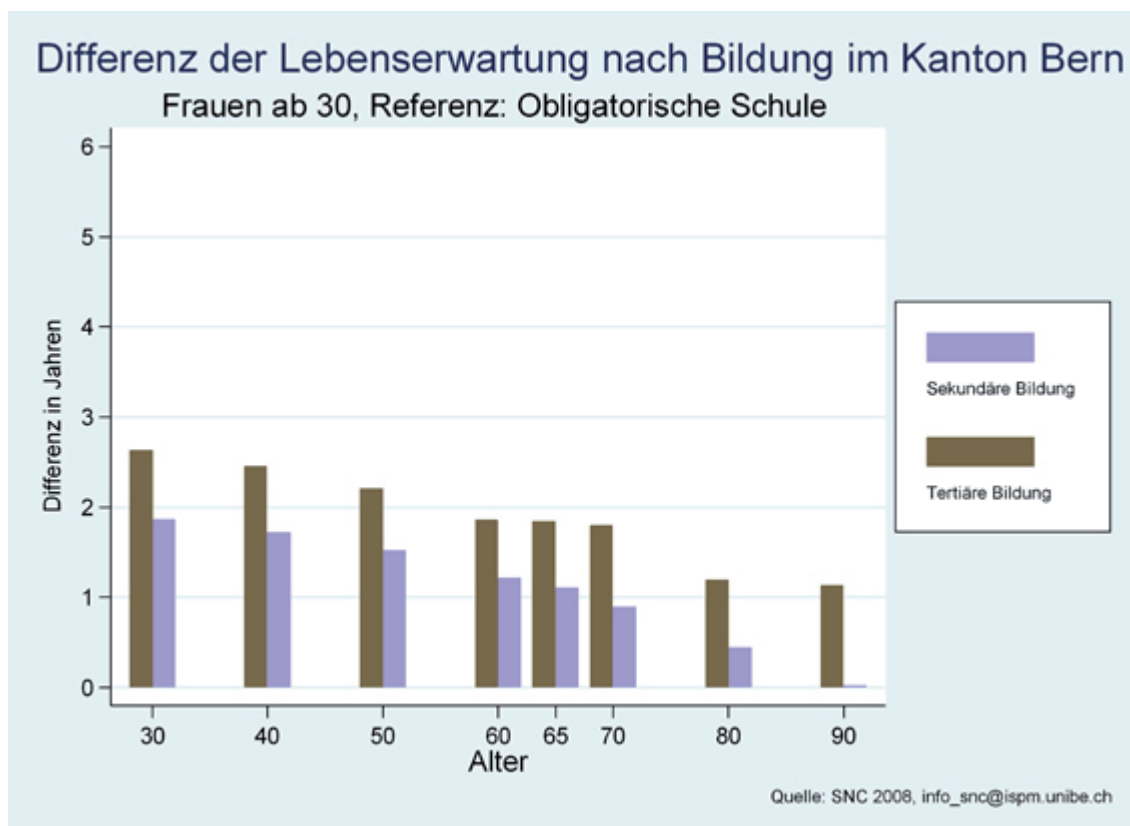
Tabelle 4.3: Lebenserwartung nach Bildung und Geschlecht (SNC, N=689 515)



Grafik 4.4: Zusammenhang zwischen Bildungsstand und Lebenserwartung bei Männern: Differenz in Jahren (SNC, N=328 912)

Bei den Frauen sind die Unterschiede in der Lebenserwartung nach Bildungsgruppen deutlich kleiner als bei den Männern: Frauen im Alter von 30 haben eine Restlebenserwartung von 54,1 Jahren. Aufgeteilt nach Bildung heisst das 53,2 Jahre für Frauen mit ausschliesslich obligatorischer Bildung, 55,0 Jahre für Frauen mit sekundärer Bildung (+ 1,9 Jahre) und 55,8 Jahre für diejenigen mit tertiärer

Bildung (+2,7 Jahre). Der Einfluss der Bildung alleine ist bei den Frauen im Kanton Bern zwar etwas geringer als bei den Männern. Es zeigt sich aber auch da ein konsistenter sozialer Gradient in der Lebenserwartung.



Grafik 4.5: Zusammenhang zwischen Bildungsstand und Lebenserwartung bei den Frauen: Differenz in Jahren (SNC, N=360 603)

Wie soll man nun diese Unterschiede in der Lebenserwartung interpretieren? Macht Bildung gesund? Dazu muss man sich die Frage stellen, was Bildung bedeuten könnte in Bezug auf Gesundheit oder auch Sterblichkeit. Wie im Kapitel 1 dieses Berichts beschrieben, haben soziale Determinanten wie die Bildung sowohl einen direkten Einfluss auf die Gesundheit (z. B. in Bezug auf die Gesundheitskompetenzen) wie auch einen indirekten Einfluss (z. B. über den Einfluss der Bildung auf die Chancen auf dem Arbeitsmarkt und damit auch auf die finanzielle Lage).

Wer länger zu Schule geht, hat länger die Chance, sich vertieft mit Gesundheitsfragen auseinanderzusetzen. Hinzu kommt, dass das Wissen über Zusammenhänge zwischen zum Beispiel Ernährung, Bewegung und Umgang mit Stress und Gesundheit mit längerer Bildung zunimmt. Höhere Bildung hat einen direkten Zusammenhang mit dem ausgeübten Beruf: Tätigkeiten, die höhere Bildung voraussetzen, sind tendenziell körperlich weniger anstrengend, weniger klimatischen, mechanischen, chemischen oder anderen schädlichen Einflüssen ausgesetzt als Tätigkeiten, die geringe Anforderungen an die Bildung haben. Die Ausbildung und der Beruf entscheidet zudem über die finanziellen Ressourcen: Je höher die Bildung, desto höher das Einkommen. Bessere finanzielle Ressour-

cen erlauben uns in besseren Wohnungen und Wohnlagen zu leben (zum Beispiel mehr Licht, bessere Heizung und Isolation, mehr Platz, weniger Lärm, mehr Grünfläche in der Nähe usw.). Genügend finanzielle Mittel erlauben uns auch, häufiger Ferien zu machen oder in der Freizeit bewusst etwas zur Entspannung zu tun. Auch die Ernährung ist tendenziell besser, je mehr Geld zur Verfügung steht. Es gibt noch einen weiteren wichtigen Aspekt, der durch die Bildung beeinflusst ist: Je nachdem, wo man wohnt und arbeitet, lebt man in einem bestimmten Umfeld – man könnte auch sagen in einer Kultur –, welches das eigene Denken und Handeln mitbestimmt. Das sind zum Beispiel Gewohnheiten wie das Feierabendbier oder das Rauchen während der Arbeit, oder aber andere Freundeskreise und Arbeitskollegen, die auch mit anderen Freizeitverhaltensweisen einhergehen. Das soziale Umfeld, in dem wir leben, beeinflusst unsere Einstellungen und unsere Lebensweise und somit die Gesundheit und unser Gesundheitsverhalten massgeblich. Bildung als Variable für die Analyse von Unterschieden in der Lebenserwartung ist also ein Stellvertreter für einen bunten Strauss von Eigenschaften, Einstellungen und Fähigkeiten, die eine Person hat, mit der Zeit erwirbt und weiterentwickelt.

Die Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen sind bei den Männern deutlich grösser als bei den Frauen. Das hat verschiedene Gründe: Der Beruf ist für Männer wahrscheinlich von grösserer Bedeutung bezüglich der Lebensweise und hat wohl einen höheren Einfluss auf das Gesundheitsverhalten als bei Frauen. Dazu kommt, dass die Lebensweise der Frauen (vor allem der älteren Frauen) in unserer Gesellschaft stark geprägt ist vom sozioökonomischen Status des Ehemannes. Ältere Frauen können durchaus nur die obligatorische Schule besucht haben, danach relativ früh geheiratet haben und so ihr ganzes Leben mit ihrem Partner mit zum Beispiel tertiärer Bildung verbracht haben. Daher erstaunt es nicht, dass bei Frauen der Einfluss der eigenen Bildung auf das Gesundheitsverhalten und die Sterblichkeit geringer ausfällt.

4.5 Zusammenfassung und Fazit

Erstmals wurden für einen kantonalen Gesundheitsbericht die Daten der Swiss National Cohort analysiert. Die Ergebnisse zeigen eindeutig: Auch im Kanton Bern hat die soziale Lage eines Menschen einen klaren Zusammenhang mit der Sterblichkeit, was sich auch auf die Lebenserwartung überträgt. Menschen mit tiefer Schulbildung und mit einer niedrigen sozio-professionellen Stellung leben tendenziell weniger lang. Ein auffällig starker sozialer Gradient zeigt sich bei Lungenkrebs.

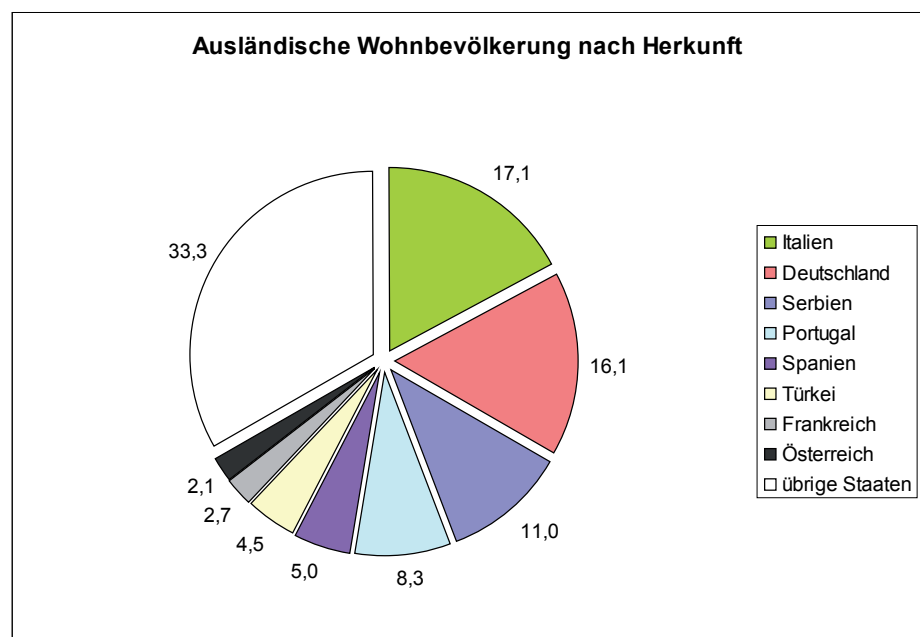
Ein Resultat scheint besonders bedenkenswert: Das Risiko zu sterben, ist für Personen, die ihre Arbeitsstelle verloren haben, um ein Mehrfaches erhöht.

Die Analysen zur Sterblichkeit und zur Lebenserwartung stellen eine auch methodisch wichtige Ergänzung zu den übrigen in diesem Bericht analysierten Datenquellen dar. Die Daten, welche die selbsteingeschätzte Beurteilung der Betroffenen enthalten, wie auch die Registerdaten zur Sterblichkeit, die unabhängig von der Selbstwahrnehmung sind, zeigen dasselbe Muster.

5 Die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten

5.1 Einleitung

Im Jahr 2007 lebten 117 101 Personen ausländischer Nationalität und mit ständigem Wohnsitz im Kanton Bern. Es handelt sich dabei sowohl um Personen, die im Herkunftsland geboren und danach in die Schweiz eingewandert sind, wie auch um Personen, die bereits in der Schweiz geboren sind. Ihr Herkunftsland ist ebenso heterogen wie auch der Grund ihrer Anwesenheit in der Schweiz. In der folgenden Abbildung wird die Migrationsbevölkerung des Kantons Bern nach Herkunftsland vorgestellt:



Grafik 5.1: Ausländische Wohnbevölkerung nach Herkunftsland (Quelle: Bundesamt für Migration, ZAR (Stand 31.12.2007); Darstellung GEF/AWA)

Obwohl die Ausländerinnen und Ausländer gut einen Achtel unserer Wohnbevölkerung ausmachen, gibt es bisher kaum gesicherte Daten über ihren Gesundheitszustand. Das hat verschiedene Gründe:

- Sprachliche Schwierigkeiten: Personen, die keine Schweizer Amtssprache beherrschen, sind aus der wichtigsten Erhebung zur Gesundheit der Bevölkerung – der Schweizerischen Gesundheitsbefragung – ausgeschlossen, da diese ausschliesslich in den Amtssprachen Deutsch, Französisch und Italienisch durchgeführt wird.
- Kosten einer starken Stichprobenerhöhung: Um aussagekräftige Informationen zu erhalten, muss die Stichprobe so erhöht werden, dass die einzelnen Ethnien getrennt ausgewertet werden können, was ein aufwändiges Stichprobefahren und eine zahlenmässig starke Aufstockung notwendig macht.

- Bedeutung des Themas: Es ist auch davon auszugehen, dass der Frage des Gesundheitszustands von Migrantinnen und Migranten auf kantonaler Ebene bisher zu wenig Bedeutung zugemessen wurde.

Trotz der mangelhaften Datenlage konnte die Gesundheit der Personen mit Migrationshintergrund in diesem Bericht hauptsächlich aus zwei Gründen nicht ausgeklammert werden: Erstens macht die Wohnbevölkerung im Kanton Bern mit ausländischem Pass rein zahlenmässig einen beträchtlichen Anteil der Bevölkerung aus; zweitens zeigt die wissenschaftliche Literatur, dass es innerhalb der Migrationsbevölkerung einzelne Gruppen gibt, die gesundheitlich besonders belastet sind. Die Frage der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten soll deshalb in einem eigenen Kapitel behandelt werden, basierend auf einer gesamtschweizerische Erhebung einerseits und auf Expertenwissen andererseits. Die wichtigste Datenquelle ist das im Folgenden kurz beschriebene Gesundheitsmonitoring (GMM).

Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung (GMM):

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat im Jahr 2004 ein Monitoring gestartet, um die Gesundheit der in der Schweiz lebenden Personen mit Migrationshintergrund von 15 bis 74 Jahren¹⁰¹ zu erfassen. Die aufwändige Zusatzerhebung zur Schweizerischen Gesundheitsbefragung wurde in den jeweiligen Muttersprachen erhoben. Befragt wurden auf diese Weise Personen aus Italien, Ex-Jugoslawien, Portugal, Türkei und Sri Lanka. Eine zusätzliche Erhebung wurde bei Asylsuchenden aus Kosovo und Sri Lanka durchgeführt. Informationen über Personen aus Deutschland, Österreich und Frankreich konnten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung entnommen werden.

Die Vorgehensweise mit einer Befragung in der jeweiligen Muttersprache ist gemäss BAG vorbildlich und einmalig. Mit der Übertragung der Resultate auf die Berner Migrationsbevölkerung geht man implizit davon aus, dass sich beispielsweise die tamilischen Frauen im Kanton Bern in einer ähnlichen Situation befinden, ähnlich fühlen und verhalten wie die tamilischen Frauen in der Schweiz insgesamt. Unter dem Vorbehalt, dass diese These nicht falsch ist, liefert das Gesundheitsmonitoring wichtige Anhaltspunkte zur speziellen Situation der verschiedenen Migrationsgruppen im Kanton Bern. Die im GMM berücksichtigten Herkunftsländer der Migranten decken sich mit den wichtigsten Migrantengruppen des Kantons Bern. Nicht erfasst wurden leider die Spanierinnen und Spanier, die sieben Prozent der ausländischen Wohnbevölkerung im Kanton Bern ausmachen. Details zum GMM sind im Anhang des Berichts aufgeführt.

Experteninterviews als Ergänzung zu den Befragungsdaten des Bundes

Mit der Fachstelle Migration des Bundesamtes für Gesundheit sowie mit Spezialisten des Schweizerischen Roten Kreuz wurden je ein halbstrukturiertes Interview durchgeführt, um ihr Expertenwissen in den Bericht einbeziehen zu können. Folgende Punkte wurden übereinstimmend als besonders wichtig erwähnt:

¹⁰¹ Diese Stichprobe lässt sich somit nicht direkt mit den von uns gewählten Altersgruppen im Kapitel 2 (Kinder und Jugendliche) oder Kapitel 3 (Erwachsene im Erwerbsalter) vergleichen.

- Es ist weder sinnvoll noch wissenschaftlich zulässig, die Migrationsbevölkerung als eine Gesamtgruppe mit der Schweizer Bevölkerung zu vergleichen. Es handelt sich sowohl von der sozialen Lage – sowohl die reichsten wie auch die ärmsten Einwohner in der Schweiz sind ausländischer Herkunft – wie auch vom Migrationsgrund um extrem unterschiedliche Menschen. Hochqualifizierte Fachleute aus Deutschland oder Frankreich leben hier in einer vollständig anderen Situation als beispielsweise eine asylsuchende Frau aus Sri Lanka.
- Je nach Herkunftsland und Migrationshintergrund ist deshalb der sozioökonomische Status der Migrantinnen und Migranten stark unterschiedlich. Aber: Ein grosser Anteil der Migrationsbevölkerung befindet sich in einer vergleichsweise schlechten sozioökonomischen Lage, was Einkommen, Bildung, beruflichen Status und Aufenthaltsstatus angeht. Prekäre sozioökonomische Lebensbedingungen beeinflussen in gleicher Weise die Gesundheit von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund. Darüber hinaus gibt es aber auch spezifisch migrationsbedingte Gesundheitsrisiken und -chancen (z. B. traumatische Erfahrungen vor und während der Flucht, Folter, Gewalt, Krieg, Vergewaltigungen; Stress bei unklarer Zukunft aufgrund des Migrationsstatus; Verlust an sozialem Kapital, soziale Isolation, Einsamkeit; Schwierigkeit, sich zwischen zwei Kulturen zu bewegen und die stetige Ambivalenz zwischen Rückkehr ins Heimatland und Bleiben in der Schweiz).
- Sowohl bezüglich Gesundheitszustand wie auch Gesundheitsverhalten zeigen sich klar unterschiedliche Profile je nach Herkunftsland und Migrationsstatus. Dies scheint auch im Hinblick auf die Planung von Prävention und Gesundheitsförderung eine wichtige Erkenntnis.
- Die Gesundheit der Personen mit Migrationshintergrund in der Schweiz ist verglichen mit der einheimischen Bevölkerung nicht in allen Belangen als Defizit zu verstehen: So ist beispielsweise die Alkoholproblematik unter den Schweizern stärker verbreitet als in den meisten Migrationsgruppen.

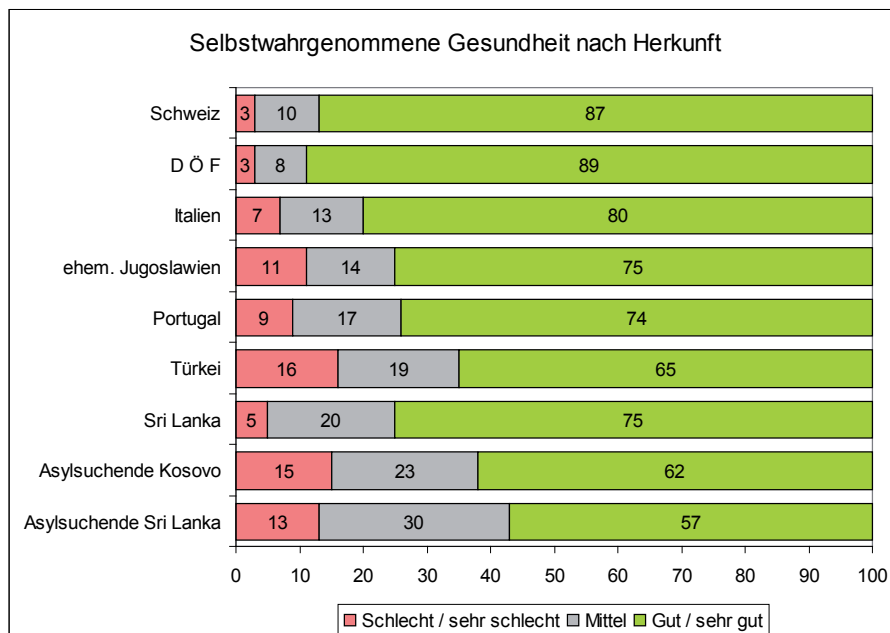
5.2 Grosse Unterschiede in der Gesundheit je nach Herkunftsland

Die folgende Abbildung zeigt die unterschiedliche Einschätzung des selbstwahrgenommenen Gesundheitszustands, die je nach Herkunftsland stark unterschiedlich ausfällt. Die Ergebnisse aus dem GMM wurden altersadjustiert berechnet, so dass die unterschiedlichen Altersstrukturen der einzelnen Gruppen keine Verzerrung der Ergebnisse bewirken.

Die Abbildung zeigt, dass sich der Gesundheitszustand je nach Herkunftsland deutlich unterscheidet. Die Migrantinnen und Migranten aus unseren Nachbarländern Deutschland, Österreich und Frankreich (DÖF) unterscheiden sich kaum von der einheimischen Schweizer Bevölkerung: Dieser Befund kann generell auf den Gesundheitszustand, das Verhalten wie auch die Ressourcenlage übertragen werden. Wenn überhaupt ein Unterschied festgestellt werden kann, dann zeigt sich eher eine leichte Besserstellung der Personen aus diesen Ländern (z. B. beim Körpergewicht). Anders sieht es mit den Zugewanderten aus dem südlichen Europa und Ex-Jugoslawien aus, die sich teils beträchtlich von den Schweizern unterscheiden. Von der ständigen Wohnbevölkerung scheint es

in vielen Aspekten den Migrantinnen und Migranten aus der Türkei besonders schlecht zu gehen. Nur 65 Prozent fühlen sich gesundheitlich „gut“ oder „sehr gut“ verglichen mit 87 Prozent Schweizerinnen und Schweizern.

Allgemeine Gesundheit



Grafik 5.2: Selbstwahrgenommener Gesundheitszustand nach Herkunftsland und Migrationsstatus in Prozent (Quelle: GMM, BAG, 2007)

Interessant scheint uns auch die Differenz zwischen den Situationen der Personen aus Sri Lanka mit sicherem Wohnsitz in der Schweiz (75 Prozent fühlen sich gesundheitlich gut) und derjenigen, die einen unsicheren Aufenthaltsstatus haben (57 Prozent).

Psychische Gesundheit

Die verschiedenen Indikatoren, die im GMM zur psychischen Gesundheit erhoben wurden, zeigen ein ähnliches Bild wie beim subjektiven Gesundheitszustand: Personen aus Deutschland, Österreich und Frankreich sind etwa gleich gesund wie die Schweizer; leicht schlechter sieht die Lage für die Südeuropäer aus. Deutlich schlechtere Werte ergeben sich hingegen für türkische Migranten und Asylsuchende aus dem Kosovo, die sich aufgrund dieser Probleme auch überdurchschnittlich oft ärztlich behandeln lassen. Beide Gruppen nehmen auf ärztliche Verschreibung hin überdurchschnittlich häufig Beruhigungs- und Schlafmittel zu sich. Am schlechtesten scheint es diesbezüglich den türkischen Frauen zu gehen, die überall mit grossem Abstand die schlechtesten Werte ausweisen: 23 Prozent lassen sich denn auch wegen psychischer Probleme behandeln. Auffallend sind wiederum die tamilischen Migranten und Migrantinnen: Die ansässige tamilische Bevölkerung fühlt sich psychisch belasteter als Schweizerinnen und Schweizer, dieser Anteil ist bei tamilischen Asylsuchenden nochmals deutlich höher. Behandeln lassen sich deswegen aber weder die einen noch die anderen.

Altersschere

Einer der wichtigsten Befunde des GMM ist die Beobachtung der sogenannten „Altersschere“. Die Schweizer Bevölkerung und Zugewanderte aus Deutschland, Österreich, Frankreich und Italien fühlen sich mit zunehmendem Alter psychisch stabiler und wohler. Dies ist bei den übrigen Personen mit Migrationshintergrund nicht der Fall:

„Bei den übrigen MigrantInnengruppen ist die psychische Ausgeglichenheit nicht nur auf einem generell niedrigeren Niveau, sie entwickelt sich zudem im Alter negativ. Erst wenn die Personen ins Rentenalter kommen, beginnen sie sich psychisch etwas zu entspannen. Bei den Frauen aus Sri Lanka allerdings bleibt diese positive Entwicklung aus, hier gibt es ab dem mittleren Erwerbsalter einen andauernden Abwärtstrend.“ (BAG, 2007, S. 17).

Das gleiche Phänomen wurde auch in Bezug auf körperliche Beschwerden (z. B. Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Schlafstörungen) beobachtet und spiegelt sich im Medikamentenkonsum wider. Bei allen Befragten nehmen die Beschwerden mit dem Alter zu: Während die Kurve bei Schweizerinnen und Schweizern relativ flach ansteigt, verläuft sie bei Personen aus Südeuropa, aus Ex-Jugoslawien und insbesondere aus der Türkei viel steiler. Ein extrem hoher Konsum von Beruhigungs-, Schlaf- aber auch Schmerzmitteln wird bei den 51- bis 62-jährigen türkischen Frauen beobachtet.

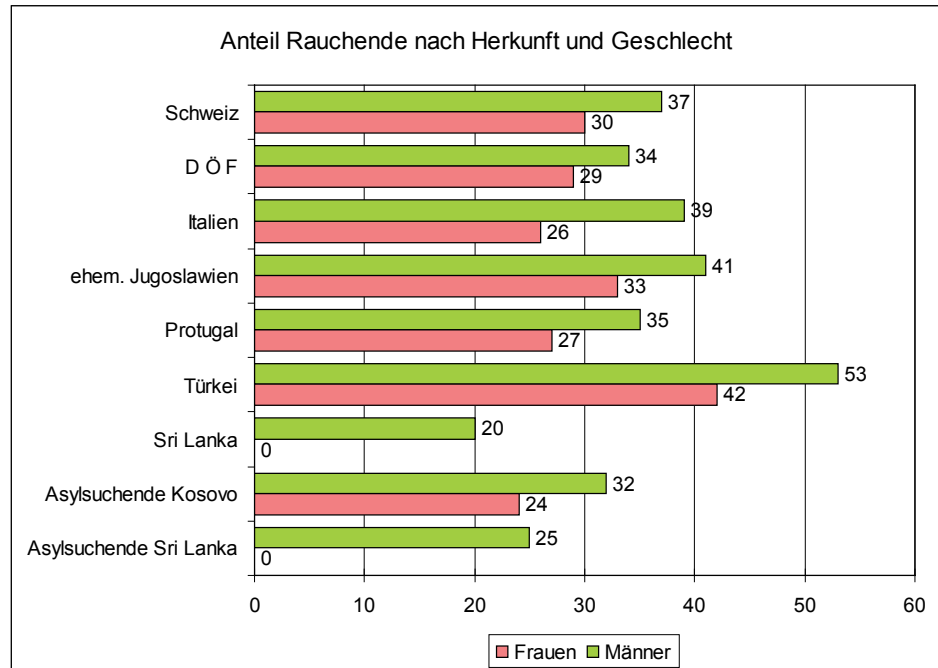
Übergewicht: ältere Frauen aus Südeuropa und der Türkei sind extrem oft betroffen

Während einige Migrationsgruppen weniger Gewichtsprobleme als Schweizerinnen und Schweizer aufweisen, existiert bei anderen eine extrem hohe Verbreitung von Übergewicht. Wiederum zeigen die Personen aus Deutschland, Österreich und Frankreich (57 Prozent Normalgewichtige) bessere Werte als die einheimische Bevölkerung (51 Prozent Normalgewichtige).

Unter den übrigen Migrationsgruppen ist Übergewicht viel stärker verbreitet. Besonders problematisch ist die Situation bei Asylsuchenden aus dem Kosovo, von denen 21 Prozent adipös (BMI>30) und insgesamt 62 Prozent übergewichtig sind. Auch bei diesem wichtigen Gesundheitsindikator zeigt sich für ältere türkische Frauen ein besonders hohes Gesundheitsrisiko: 90 Prozent der Tüorkinnen zwischen 51 und 60 Jahren sind übergewichtig. Dieser Wert ist mit 80 Prozent für die gleichaltrigen Frauen aus Ex-Jugoslawien, Italien und Portugal ebenfalls sehr hoch.

Dies mag auch damit zusammenhängen, dass sich die Gruppen mit besonders problematischem Körpergewicht nach der Jugendzeit kaum mehr sportlich betätigen. Dies gilt in besonderem Masse für die Frauen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei.

Am Beispiel des Rauchens kann exemplarisch gezeigt werden, dass eine bedarfsgerechte Prävention sinnvollerweise den Migrationshintergrund der Bevölkerung berücksichtigen sollte.



Grafik 5.3: Anteil Raucher und Raucherinnen nach Herkunftsland, Migrationsstatus und Geschlecht in Prozent (Quelle: GMM, BAG, 2007)

Während in einigen Gruppen (insbesondere der türkischen) eine deutlich problematischere Situation als bei der Schweizer Bevölkerung vorliegt, sind andere Gruppen deutlich weniger betroffen (z. B. Personen aus Sri Lanka).

Dass einige Migranten auch eine gesundheitliche Besserstellung aufweisen, zeigt sich etwa beim Alkoholkonsum: Personen aus Portugal, Italien, Ex-Jugoslawien, Türkei und Sri Lanka trinken deutlich häufiger gar keinen Alkohol als Schweizerinnen und Schweizer.

Soziale Isolation und mangelnde Integration als wichtige Risikofaktoren

Die Daten des GMM wurden im Auftrag des BAG auch dahingehend untersucht, welche Faktoren die Unterschiede zwischen den Migrationsgruppen erklären können.¹⁰² Die wichtigsten Erkenntnisse aus dieser Studie sind:

- Die sozioökonomische Situation der Personen mit Migrationshintergrund kann einen relevanten Teil der Unterschiede im Gesundheitszustand und im Gesundheitsverhalten erklären. Angesichts der vorher aufgezeigten Differenzen zeigt sich, dass auch die Staatsangehörigkeit unabhängig von der sozialen Position der Migrantinnen und Migranten (z. B. über kulturelle und religiöse Einflüsse) ein wichtiger Einflussfaktor ist. Ernährungsgewohnheiten und der Konsum von Alkohol respektive Alkoholabstinenz sind beispielsweise Teil der kulturellen Traditionen. Einen beträchtlichen Einfluss auf die Gesundheit hat auch das Integrationsniveau. Personen, die Diskriminierung erleben, sich heimatlos und sozial isoliert fühlen, mit wenigen gut integrierten Menschen Kontakt (z. B. nur mit an

¹⁰² Gabadinho, Wanner, Dahinden, 2007

deren Asylsuchenden) und keinen Partner haben, geht es gesundheitlich deutlich schlechter.

5.3 Zusammenfassung und Fazit

Das Gesundheitsmonitoring der gesamtschweizerischen Migrationsbevölkerung aus dem Jahr 2004 zeigt ein differenziertes Bild der Gesundheit der Migrantinnen und Migranten.

Einwohner, die aus Deutschland, Österreich und Frankreich stammen, haben eine eher bessere Gesundheit als die Schweizer Bevölkerung. Personen aus dem Mittelmeerraum und aus Sri Lanka weisen insgesamt eine schlechtere allgemeine Gesundheit auf, haben eine weniger gute psychische Befindlichkeit und leiden deutlich häufiger unter körperlichen Beschwerden. Mit zunehmendem Alter werden die Unterschiede zwischen der Schweizer Bevölkerung und den Zugewanderten aus dem Mittelmeerraum und aus Sri Lanka grösser.

Auffallend sind die gesundheitlichen Unterschiede je nach Aufenthaltsstatus: Asylsuchende sind offenbar einer deutlich stärkeren Belastung ausgesetzt oder eher von wichtigen Gesundheitsressourcen ausgeschlossen als Migrantinnen und Migranten aus demselben Herkunftsland mit sicherem Aufenthaltsstatus.

Dies mag damit zusammenhängen, dass Gesundheitsrisiken wie Übergewicht und mangelnde körperliche Bewegung in einzelnen Migrationsgruppen extrem stark verbreitet sind. Alkoholkonsum und Rauchen ist je nach Herkunft entweder stärker oder deutlich weniger stark verbreitet als in der Schweizer Bevölkerung. Entsprechend wichtig ist es auch, dass Präventionsprogramme zielgruppen-gerecht definiert werden.

6 Die wichtigsten Ergebnisse

In diesem Gesundheitsbericht wurde versucht, zwei Perspektiven miteinander zu verknüpfen: einerseits die Konzentration auf die soziale Lage, die einen Einfluss auf die Gesundheit hat, und andererseits die Lebenslaufperspektive. Dazu wurden unter anderem erstmals die Daten der Swiss National Cohort für einen Kanton ausgewertet. Neben den verschiedenen zur Verfügung stehenden Datenquellen wurden auch Erkenntnisse aus der Literatur ergänzend in den Bericht einbezogen.

Mittels der Analysen konnten wichtige Erkenntnisse gewonnen werden: darüber wie die Gesundheitschancen im Kanton Bern verteilt sind, welche Personengruppen mehrfach benachteiligt sind und wo wichtige Ansatzpunkte bestehen, um eine Gesundheitsförderung, Prävention und Behandlung zu betreiben. Dabei sollen Personen mit besonders grossen Risiken nicht ignoriert, sondern ins Zentrum der Anstrengungen gestellt werden.

Trotz der Vielfalt und Komplexität der Datenquellen, Analysen und Ergebnisse zeigt sich ein klares Muster – auch durch die verschiedenen Lebensalter hindurch: Sozial benachteiligte Menschen im Kanton Bern haben ein deutlich höheres Risiko zu erkranken und frühzeitig zu sterben. Dieses Muster beginnt schon vor der Geburt und zieht sich durch Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter bis hin zum Lebensende.

Will man die Gesundheit der Kantonsbevölkerung fördern sowie die Entstehung von Krankheiten und chronischen Leiden verhüten, sollte man sich primär darauf konzentrieren, die Gesundheitschancen dieser benachteiligten Bevölkerungsgruppe zu erhöhen.

Im Folgenden gehen wir kurz auf die wichtigsten Erkenntnisse bezüglich der einzelnen Lebensalter ein.

Kinder

1. Kinder aus sozial schwachen Familien haben schlechtere Startbedingungen: Die Weichen für eine schlechtere Gesundheit werden sehr früh gestellt. Zum Beispiel durch Rauchen während der Schwangerschaft (Deutschland): 31,1 Prozent der Mütter mit niedrigem Sozialstatus und 7,8 Prozent der Mütter mit hohem Sozialstatus rauchen (regelmässig) während der Schwangerschaft.
2. Der spätere Gesundheitszustand ist nicht deterministisch festgelegt: Die Wirkung frühkindlicher Benachteiligung kann durch eine spätere Förderung (z. B. gute Schulbildung) signifikant abgeschwächt werden.
3. Fazit I aus der Literatur: Kinder mit niedrigem Sozialstatus weisen ein grösseres Risiko auf, unter mindestens einem psychischen Problem zu leiden. Zudem haben sie eine doppelt so hohe Lebenszeitprävalenz für eine ärztlich oder psychologisch diagnostizierte Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS).

4. Fazit II aus der Literatur: Kinder mit niedrigem Sozialstatus und/oder Migrationshintergrund treiben weniger Sport, leiden besonders häufig unter Übergewicht und Adipositas.
5. In der Stadt Bern sind ausländische Kinder und Jugendliche wesentlich häufiger übergewichtig.
6. Die Datengrundlage zur gesundheitlichen Situation von Kindern unter elf Jahren im Kanton Bern könnte deutlich verbessert werden, entweder mittels einer Auswertung der von den Schulärzten erhobenen Daten oder einer spezifischen Erhebung des Gesundheitszustands der Kinder aus dem Kanton Bern.

Jugendliche

1. Der Anteil der Jugendlichen, die ihren selbstwahrgenommenen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut bezeichnen, ist mit 93 Prozent hoch. Mädchen mit geringem familiären Wohlstand beurteilen ihren selbstwahrgenommenen Gesundheitszustand schlechter als Mädchen mit hohem finanziellen Wohlstand.
2. Trotz Abnahme des Alkoholkonsums ist der Anteil an Jugendlichen, die Alkohol konsumieren, im internationalen Vergleich hoch. Jeder vierte Knabe und jedes fünfte Mädchen zwischen 11 und 15 Jahren hat in den letzten 30 Tagen mindestens einmal Alkohol getrunken, obwohl die Abgabe von Alkohol an unter 16-Jährige gesetzlich verboten ist.
3. Knaben und Mädchen mit einem hohen familiären Wohlstand fühlen sich öfters voller Energie, fit und wohl als diejenigen mit einem geringen oder mittleren familiären Wohlstand.

Erwachsene im Erwerbsalter (25 bis 64 Jahre)

1. Erwachsene Bernerinnen und Berner mit tiefem Sozialstatus fühlen sich gesundheitlich allgemein schlechter als die Gleichaltrigen mit hohem Sozialstatus. Das Risiko, sich gesundheitlich nicht gut zu fühlen, hängt statistisch signifikant mit der Schulbildung und dem Einkommen zusammen.
2. Personen mit tiefem Sozialstatus leiden häufiger unter starken Rücken- und Kopfschmerzen. 9,5 Prozent der Personen mit geringer Schulbildung, tiefem Einkommen und niedriger beruflicher Stellung leiden unter starken Rückenschmerzen. Bei den Personen mit hoher Schulbildung, hohem Einkommen und hoher beruflicher Stellung sind lediglich 3,8 Prozent davon betroffen. Das Risiko zu starken Rückenschmerzen ist für Bernerinnen und Berner mit geringer Schulbildung 3,7 Mal höher als für Bernerinnen und Berner mit Abschluss auf Tertiärstufe.
3. Personen mit tiefem Status zeigen vor allem auch ein ungünstiges Gesundheitsverhalten: Sie rauchen häufiger täglich, sind viel häufiger übergewichtig, ernähren sich weniger gesund und sind deutlich seltener körperlich aktiv. Beim riskanten Alkoholkonsum zeigt sich hingegen in dieser Altersgruppe kein sozialer Gradient.

4. Mehr als 50 Prozent der 25- bis 64-jährigen Männer im Kanton Bern sind übergewichtig oder adipös. Das Risiko zu Übergewicht ist bei Personen mit ausschliesslich obligatorischer Schulbildung dreimal höher als bei Personen mit Tertiärabschluss.
5. Bezüglich psychischer Gesundheit zeigt sich ein ähnliches Bild, wobei die Risikofaktoren je nach Geschlecht variieren. Eine hohe berufliche Stellung ist für Männer ein Schutz gegen klinisch relevante Depressionen wie auch gegen starke psychische Belastung. Bei Frauen zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen Depression und den gewählten sozialen Indikatoren. Frauen mit tiefer Schulbildung haben hingegen ein erhöhtes Risiko, unter starker psychischer Belastung zu stehen.
6. Aus der Auswertung der medizinischen Statistik der Spitäler resultiert, dass Personen mit tiefer Schulbildung ein erhöhtes Risiko haben, wegen psychischer Probleme stationär behandelt werden zu müssen.

Vulnerable Gruppen: Migrantinnen und Migranten aus Südeuropa, Türkei und Sri Lanka

1. Im Kanton Bern leben rund 120 000 Personen ausländischer Nationalität (BFS, Volkszählung, 2000). Die Datenlage über die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten im Kanton Bern, die keine der Amtssprachen sprechen, ist nicht befriedigend.
2. Es ist weder sinnvoll noch wissenschaftlich zulässig, die Migrationsbevölkerung als *eine* Gruppe zu betrachten. Sowohl beim Sozialstatus wie auch beim Gesundheitszustand und -verhalten zeigen sich je nach Herkunftsland und Migrationsstatus stark unterschiedliche Profile.
3. Im Gegensatz zu Zugewanderten aus Deutschland, Frankreich und Österreich schneiden Personen aus Südeuropa, der Türkei und Sri Lanka beim psychischen und physischen Gesundheitszustand schlechter ab als die Schweizer Bevölkerung.
4. Auffallend ist die sogenannte „Altersschere“: Die Unterschiede zwischen der Schweizer Bevölkerung und den unter Punkt 3 genannten Migrationsgruppen bezüglich psychischer und körperlicher Gesundheit nehmen mit dem Alter stark zu.
5. Bei den Zugewanderten aus Südeuropa und der Türkei zeigt sich eine sehr hohe Rate von übergewichtigen Personen.
6. Es kann ein hoher Konsum von ärztlich verschriebenen Beruhigungs- und Schlafmitteln sowie Schmerzmitteln bei Asylsuchenden aus dem Kosovo und Migrantinnen und Migranten aus der Türkei festgestellt werden.
7. Eine besonders schlechte Gesundheit weisen ältere türkische Frauen auf.

Lebenserwartung und Mortalität

1. Im Zusammenhang mit der Schulbildung und der beruflichen Position zeigt sich ein klarer sozialer Gradient der Sterblichkeit. Wer nur die obligatorische Schul-

bildung abgeschlossen hat, stirbt früher. Dies stimmt sowohl für krebsbedingte wie auch für herz-kreislauf-bedingte Todesfälle.

2. Je nach Todesursache ist der Einfluss der sozialen Lage unterschiedlich stark ausgeprägt oder nicht vorhanden (bei Lungenkrebs besteht etwa ein extrem starker Zusammenhang, während bei Brustkrebs kein Zusammenhang mit dem sozialem Status nachgewiesen werden kann).
3. Arbeitslose haben ein deutlich erhöhtes Risiko, frühzeitig zu sterben.
4. Die Lebenserwartung mit 65 Jahren beträgt:
für Männer mit obligatorischem Schulabschluss: 16,3 Jahre; mit Tertiärbildung: 19,5 Jahre
für Frauen mit obligatorischem Schulabschluss: 20,8 Jahre; mit Tertiärbildung: 22,7 Jahre.

Zusammenfassend: Auch im Kanton Bern sind die Gesundheitschancen in der Bevölkerung nach sozialer Lage und Status klar unterschiedlich verteilt. Dies zeigt sich deutlich bei den Gesundheitsindikatoren, bei wichtigen Gesundheitsverhaltensweisen und auch bei der Sterblichkeit.

7 Handlungsfelder

Es ist ein Ziel dieses Berichts, nicht nur den Status quo zu beschreiben und zu analysieren, sondern aus den Ergebnissen auch Schlussfolgerungen abzuleiten und erste Schritte in Richtung einer Verbesserung der Situation vorzuschlagen.

Für eine spürbare Verbesserung der Chancengleichheit in der Gesundheit der Berner Bevölkerung braucht es Zeit, und es braucht Partner, die bereit sind, am gleichen Strick zu ziehen.

Aus diesem Bericht wird klar, dass es nicht genügt, wenn Massnahmen nur im Bereich der Gesundheitspolitik beschlossen und umgesetzt werden. Deshalb können an dieser Stelle noch keine konkret ausgearbeiteten Massnahmen vorgestellt werden. Diese sollen in einem zweiten Schritt mit den je nach Handlungsfeld zuständigen Partnern zusammen diskutiert und erarbeitet werden. Die im Folgenden vorgestellten Handlungsfelder stecken den Rahmen ab, in welchen Bereichen Massnahmen notwendig sind und welche Politikbereiche einen Beitrag zur Verbesserung der Chancengleichheit leisten können.

Zunächst sollen einige wichtige Überlegungen vorgestellt werden, die für die Ausarbeitung dieses letzten Kapitels massgebend waren.

7.1 Prämissen für die Ausarbeitung von Handlungsfeldern und Massnahmen

1. Um körperlich und psychisch gesund zu sein, braucht ein Mensch mehr als sauberes Wasser und genug zu essen. Er braucht das Gefühl, ein Mitglied der Gemeinschaft zu sein, eine Zukunftsperspektive zu haben, einer sinnvollen Tätigkeit nachgehen zu können, dafür fair entlohnt zu werden und Wertschätzung zu erhalten.
2. Es ist gesellschaftspolitisch und ethisch nicht akzeptabel, dass Kinder alleine aufgrund ihrer Herkunft schlechtere Chancen auf eine gute Gesundheit und eine tiefere Lebenserwartung haben.
3. Um die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern, sollte man sich primär auf diejenigen konzentrieren, welche die schlechtesten Gesundheitschancen haben.
4. Durch die Art der Konzeption von Gesundheitsförderung darf sich die Kluft zwischen „guten Risiken“ und „schlechten Risiken“ nicht noch vergrössern.
5. Es ist auch aus gesundheitspolitischer Sicht wichtig, dass sich die Schere zwischen Arm und Reich im Kanton Bern nicht immer weiter öffnet.
6. Die Gesundheit der Bevölkerung kann nicht nur durch Anstrengungen in der Gesundheitsförderung verbessert werden. Der indirekte Einfluss der Sozialpolitik, der Bildungspolitik, der Gestaltung des Arbeitsmarktes und der Umwelt sind genauso wichtig.

7.2 Übergeordnete Ziele für eine Verbesserung der Chancengleichheit

Aus den Ergebnissen dieses Gesundheitsberichts lassen sich fünf übergeordnete Zielsetzungen ableiten.

Soziale Gerechtigkeit

Ein weiteres Auseinanderklaffen von Arm und Reich ist nicht nur eine Bedrohung der sozialen Kohäsion unserer Gesellschaft, sondern auch schädlich für den Gesundheitszustand und damit auch die Leistungsfähigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner unseres Kantons. Massnahmen, welche die soziale Gerechtigkeit fördern, sind gerade heute von entscheidender Bedeutung.

Multisektorale Gesundheitspolitik

Dieser Bericht zeigt, wie wichtig der Einfluss der sozialen Determinanten auf die Gesundheit und Lebenserwartung der Berner Bevölkerung ist. Die staatliche Aufgabe der Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Bevölkerung sollte deshalb vermehrt als Aufgabe aller Politikbereiche verstanden werden.

Integrieren statt Stigmatisieren

Zielgruppenspezifische Angebote zur Verbesserung der Gesundheitschancen von sozial Benachteiligten sollen integrieren und nicht ausgrenzen oder stigmatisieren. Angebote für die gesamte Bevölkerung sollen benachteiligte Gruppen „mitdenken“ anstatt ignorieren.

Empowerment von Gruppen mit schlechten Gesundheitschancen

Ein entscheidender Faktor zur Stärkung der Gesundheit liegt in der Wahrnehmung, dass viele Faktoren, die einen schädigenden oder schützenden Effekt auf die Gesundheit des Einzelnen haben, beeinflusst werden können. Personen und Gruppen, die aufgrund ihrer sozialen Stellung wenig Einflussmöglichkeiten haben oder wahrnehmen, sollten strukturell wie auch psychisch gestärkt werden, ihre Gesundheit positiv beeinflussen zu können.

Der Kanton Bern als ein gesundheitsförderlicher Ort

Gesundheit entsteht nicht so sehr im Spital oder in einem Gesundheitsförderungskurs, sondern in den alltäglichen Lebenswelten der Menschen. Deshalb sollten die zentralen Lebenswelten Familie, Schule, Arbeit, Wohn- und Freizeitumwelt so gestaltet werden, dass sie der Gesundheit keinen Schaden zufügen und dass sie gleichzeitig allen Personen die Wahl eines gesunden Verhaltens möglich und einfach machen.

7.3 Handlungsfelder

Handlungsfeld 1: Sozialwesen und Sozialpolitik

Strategie Armut halbieren:

Der erste Sozialbericht des Kantons Bern, der im Dezember 2008 veröffentlicht wurde, hat gezeigt, dass sieben Prozent der Berner Bevölkerung in Armut leben und weitere fünf Prozent armutsgefährdet sind und dass Armut und Existenzsicherung ein Querschnittsthema ist und somit eine Aufgabe der verschiedensten Politikfelder (Bildungs-, Wirtschafts-, Arbeitsmarkt-, Steuerpolitik etc.) sein muss. Als erster Schritt zur Armutsbekämpfung lud der Gesundheits- und Fürsorgedirektor Vertreterinnen und Vertreter aus Wirtschaft, Politik, Wissenschaft und sozialen Institutionen zum 1. Berner Sozialgipfel ein, um über präventive Massnahmen gegen Armut im Bereich der Erwerbsarbeit zu diskutieren und solche zu entwickeln. Die Diskussion hat unter anderem die zentrale Bedeutung des Arbeitsmarktes und, damit verbunden, der beruflichen Integration aufgezeigt.

Stärkung und Befähigung von Familien:

Am 27. März 2007 hat der Grosse Rat des Kantons Bern zwei Motionen mit familienpolitischen Zielsetzungen¹⁰³ überwiesen und den Regierungsrat beauftragt, ein Familienkonzept zu erarbeiten. Mit diesem Konzept soll das System Familie auf verschiedenen Ebenen gestärkt werden. Das Familienkonzept wurde am 4. November 2009 vom Regierungsrat verabschiedet und wird im Verlauf des Jahres 2010 parlamentarisch beraten. Es greift wichtige Forderungen auf, die sich aus diesem Gesundheitsbericht ableiten lassen (ökonomische Stärkung und Entlastung von Familien, Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zur Entlastung der Eltern, Kinderbetreuungsangebote, welche die Chancengleichheit erhöhen, Beratung der Eltern auch im Gesundheitsbereich etc.).

Integration von Migrantinnen und Migranten:

Der Grosse Rat des Kantons Bern wünscht ein verstärktes kantonales Engagement in der Integrationspolitik. In der Novembersession 2007 überwies er eine Motion von Grossrätin Barbara Mühlheim (M 172/2007), die für den Kanton Bern verbindliche Integrationsrichtlinien fordert. Zur Zeit wird ein entsprechendes Integrationsgesetz entworfen. Im Rahmen dieses Gesetzes wird die Herstellung der Chancengerechtigkeit als ein Grundauftrag des Staates für die gesamte Bevölkerung betrachtet und als eine Voraussetzung für die Integration der ausländischen Wohnbevölkerung. Das Gesetz fordert von Migrantinnen und Migranten klare Integrationsbemühungen und -leistungen, nimmt aber auch Arbeitgeber, Verwaltung, die öffentliche Hand und die einheimische Bevölkerung in die Pflicht mit dem Ziel, der Migrationsbevölkerung einen chancengerechten Zugang zur Bildung und zur Arbeit zu ermöglichen.

Startbedingungen von Kindern verbessern:

Die Startbedingungen von Kindern sollen im familiären Umfeld wie auch in der familienergänzenden Betreuung und in der Schule verbessert werden. Dieses Ziel tangiert gleichzeitig Elemente von Gesundheits-, Sozial- und Bildungspolitik. In der kantonalen Planung der Schwerpunkte der Gesundheitsförderung und Prävention für die Jahre 2010 bis 2013 ist ein Schwerpunktprogramm „Frühbereich“ zur Befähigung von Eltern und zur Stärkung und Förderung einer

103 M 177/2006, M 178/2006; Tagblatt des Grossen Rats des Kantons Bern, 2007

positiven Entwicklung der Kinder vorgesehen. Dieses Programm will mit einem niederschweligen Angebot auch bildungsferne Eltern und solche mit Migrationshintergrund ansprechen. Das Programm soll über die Lebenswelten Familie, Kindertagesstätten, Tageseltern, Spielgruppen und Freizeit wirksam werden. Ziel des bereits heute in der Stadt Bern in den Quartieren Bethlehem, Holligen/Brunnmatt, Kleefeld/Weidmatt und Wittigkofen/Murfeld laufenden Projektes Primano ist, dass Kinder gesund, lernbereit und mit guten Startchancen in die Schule eintreten. Die Förderung findet zu Hause, in Angeboten der familienergänzenden Kinderbetreuung und im Quartier statt.

Das bereits bestehende breite Angebot an Beratung für Familien (z. B. familienergänzende Kinderbetreuung, Mütter- und Väterberatung, heilpädagogische Früherziehung, Erziehungsberatung, Kinderärzte, neuropsychologische Dienste, Fachstelle für häusliche Gewalt, sozialpädagogische Familienbegleitung sowie Ehe- und Familienberatungsstellen) soll zukünftig besser vernetzt werden. Dies sowohl generell als verstärkter Austausch zwischen den Diensten wie auch bezogen auf einzelne Personen und Familien (Case-Management).

Im Bereich der frühen Förderung wird, auf fachlicher wie auch auf politischer Ebene, die Idee diskutiert, ein kantonales Konzept zu erarbeiten, das alle unterschiedlichen Angebote im Bereich der frühen Förderung ordnet, die Abläufe und Zuständigkeiten klärt und die Zusammenarbeit unter den Akteuren verbindlicher gestaltet.¹⁰⁴ In der Vernetzung der unterschiedlichen Angebote könnte die Mütter- und Väterberatung eine besondere Rolle einnehmen. Sie ist ein Angebot der Grundversorgung und erreicht rund 90 Prozent der Mütter und Väter im Kanton Bern. Damit hat sie das Potenzial einer „Frühwarnstelle“, die mögliche Problemsituationen frühzeitig erkennen und die Familie an die entsprechende Stelle vermitteln kann, bevor sich negative Folgen auf den Familienalltag auswirken.

Handlungsfeld 2: Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung

Fokussierung der Prävention und Gesundheitsförderung auf sozial benachteiligte Gruppen:

Für die Prävention und Gesundheitsförderung wird es darum gehen, die Zielgruppen der sozial schlecht gestellten Bevölkerungsgruppen besser zu erreichen. In der kantonalen Planung der Schwerpunkte zur Gesundheitsförderung und Prävention ist dies ansatzweise bereits vorgesehen.

Verbesserung der Informationen zum Gesundheitszustand von Kindern im Kanton Bern:

Eine Anpassung der rechtlichen Grundlagen der schulärztlichen Untersuchungen soll geprüft werden, so dass in Zukunft die notwendigen Daten zur Beurteilung der Entwicklung des Gesundheitszustands der Kinder im Kanton Bern erhoben und ausgewertet werden können.

Zugänglichkeit und Verständlichkeit der Gesundheitsversorgung verbessern:

Die Zugänglichkeit und die Verständlichkeit des Gesundheitssystems soll für bildungsferne Bevölkerungsgruppen verbessert werden.

¹⁰⁴ Vgl. die Motion (M 068/2009) Messerli, Nidau (EVP) vom 28. Januar 2009 „Integration fördern – Das frühkindliche Potenzial besser ausschöpfen! Für ein Frühförderungskonzept im Kanton Bern“, die am 10. September 2009 angenommen worden ist.

Handlungsfeld 3: Bildung und Befähigung

Die Bildungschancen wie auch die Chancen für eine erfolgreiche Integration in die Erwerbsarbeit sollen für Kinder aus bildungsfernen oder armutsbetroffenen Familien wie auch für Erwachsene in einer prekären sozialen Situation verbessert werden. Ein weiteres Handlungsfeld ist die Gesundheitskompetenz der Bewohnerinnen und Bewohner des Kantons Bern. Bildung in einem ganzheitlichen Sinne und die Befähigung zu gut informiertem Gesundheitshandeln – etwa im Erkennen von Signalen des eigenen Körpers oder im Umgang mit Ärzten – sind nicht auf die Schulzeit beschränkt, sondern eine lebenslange Aufgabe.

Handlungsfeld 4: Arbeitsbedingungen, Arbeitsmarkt und Sozialversicherungen

Arbeitsschutz, Arbeitsbedingungen, Lohnpolitik und Integration von Personen mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit sind wichtige Handlungsfelder auf dem Weg zu einer verbesserten Chancengleichheit in der Gesundheit. Auch die Ausgestaltung der Sozialversicherungen zum Abfedern von sozial ungleicher Belastung durch Arbeitsanforderungen kann einen entscheidenden Einfluss auf die Chancengleichheit haben (Beispiel: Festlegung des Pensionsalters unter Berücksichtigung der Anzahl Erwerbsarbeitsjahre).

Handlungsfeld 5: Umwelt

Bei der Gestaltung von Siedlungen und Stadtquartieren, beim Strassenbau wie auch beim Bau von öffentlichen Gebäuden sollten gesundheitliche Aspekte berücksichtigt werden. Ziel sollte eine bewegungs- und begegnungsfreundliche Gestaltung sein. Der sozialen Segregation von Gemeinden und Stadtquartieren sollte mit gezielter Förderung und Investitionen in finanziell und sozial benachteiligte Gebiete begegnet werden.

Literaturverzeichnis

- Bachmann N. (1998). Die Entstehung von sozialen Ressourcen abhängig von Individuum und Kontext: Ergebnisse einer Multilevel-Analyse. Berlin: Waxmann.
- Baer N., Frick U. und Fasel T. (2009). Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen. Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe. Berichtsnummer 6/09. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Bergmann K. E., Bergmann R. L., Ellert U. und Dudenhausen J. W. (2007). Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Gesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50(5/6) 2007, 670–676.
- Berkman L. und Syme S. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology* 109, 186–204.
- Berkman L. und Glass T. (2000). Social integration, social networks, social support and health. In: Berkman L. F. & Kawachi I. (Hrsg). *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press, 137–173.
- Berkman L. und Kawachi I. (Hrsg.) (2000). *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Berkman L. und Melchior M. (2008). Ein Modell für zukünftige Entwicklungen – wie Sozialpolitik durch Beeinflussung von gesellschaftlicher Integration und Familienstruktur die Gesundheit fördert. In: Siegrist J. & Marmot M. (Hrsg). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen*. Bern: Verlag Hans Huber, 77–98.
- Bisig B. und Gutzwiller F. (1999). Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Kanton Zürich. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Zürich.
- Bopp M. und Minder C. E. (2003). Mortality by education in German-speaking Switzerland, 1990–1997: results from the Swiss National Cohort. *Great Britain International Journal of Epidemiology*; 32:346–354.
- Borgers D. und Steinkamp G. (1994). Sozialepidemiologie: Gesundheitsforschung zu Krankheit, Sozialstruktur und gesundheitsrelevanter Handlungsfähigkeit. In: Schwenkmezger P. und Schmidt Lothar R. (Hrsg): *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Enke.
- Bosma H. (2008). Sozioökonomische Gesundheitsunterschiede und die Rolle der Kontrollüberzeugungen. In: Siegrist J. & Marmot M. (Hrsg). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen*. Bern: Verlag Hans Huber, 195–211.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2008). Fokusbericht Gender und Gesundheit. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) (Hrsg). IV-Statistik 2008. Bern: BSV.
- Bundesamt für Sport (Baspo), Bundesamt für Gesundheit (BAG), Gesundheitsförderung Schweiz, Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz (Hrsg.) (2006). *Gesundheitswirksame Bewegung. Ein Grundlagendokument*. Magglingen: Baspo.

- Bundesamt für Statistik (Hrsg.). Statistisches Jahrbuch der Schweiz 2006. Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung.
- Carvajal M. I. (2007). Trends beim Gesundheitsverhalten von 8. Klässlern in der Stadt Bern. Master-These zur Erlangung des Masters of Public-Health im Rahmen des Interuniversitären Weiterbildungsgangs Public Health der Universitäten Basel, Bern, und Zürich. Bern: Mai 2007.
- Cole T. J., Bellizzi M. C., Flegal K. M. und Dietz W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, May 2000; 320; 1240.
- Currie C. E., Elton R. A., Todd J. und Platt S. (1997). Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-Aged Children Survey. *Health Education Research* 12(3), 385–397.
- Currie C. E., Molcho M., Boyce W., Holstein B., Torsheim T. und Richter M. (2008). Research health inequalities in adolescents: The development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Family Affluence Scale. *Short Report. Social Science & Medicine* 66: 1429–1436.
- Dohrenwend B. P. (1987). Social class and mental disorder: The stress/selection issue. In: M. C. Angermeyer (Hrsg.). *From social class to social stress*, Berlin: Springer, 106–116.
- Dragano N. (2007). Gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ) Beilage zur Wochenzeitung „Das Parlament“ „Gesundheit und soziale Ungleichheit“* 42/2007, 15. Oktober 2007, Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Dratva J., Zemp E. und Weiss C. (2008). Lebensanfang und Kindheit. In: Meyer K. (Hrsg.): *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Fleming R., Baum A. und Singer, J. E. (1985). Social support and the physical environment. In: Cohen S., Syme S. L. (Eds.). *Social support and health*. New York: Academic Press, 327–346.
- Gabadinho A., Wanner P. und Dahinden J. (2007). La santé des populations migrantes en Suisse : une analyse des données du GMM. *Etudes du SFM* 49. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM).
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (Hrsg.) (2008). *Sozialbericht 2008. Band 1 Armut im Kanton Bern: Zahlen, Fakten und Analysen*. Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.
- Gmel G., Rehm J., Kuntsche E. N., Wicki M. und Labhart F. (2009). *Forschungsbericht Schweiz zur Schülerstudie ESPAD 2007. Das European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) in der Schweiz: Wichtigste Ergebnisse im Vergleich 2003 und 2007*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.

- Heindl I. (2007). Ernährung, Gesundheit und soziale Ungleichheit. In: Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ) Beilage zur Wochenzeitung „Das Parlament“ „Gesundheit und soziale Ungleichheit“ 42/2007, 15. Oktober 2007, Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Hofmann C., Nadai E. und Sommerfeld P. (2001). Verstecktes Leiden unter Armut. Wie betroffene Kinder und Eltern die Situation wahrnehmen und bewältigen. Discussion Paper 2001-01-S09. Fachhochschule Solothurn Nordwestschweiz.
- Horwath E., Cohen R. und Weismann M. (2002). Epidemiology of depressive and anxiety disorders. In: Tsuang M. & Tohen M. (Hrsg.) Textbook in psychiatric epidemiology. New York: Wiley.
- House J., Robbins C. und Metzner H. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *American Journal of Epidemiology* 116, 123–140.
- Hradil S. (1987). Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft. Opladen: Leske + Budrich.
- Huwiler K., Bichsel M., Junker C., Minder Ch.E. und Calmonte R. (2002). Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz. Eine Spezialauswertung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1997. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Jenkins R., Lewis G., Bebbington P., Brugha, T., Farrell M., Gill B. und Meltzer H. (1997). National psychiatric morbidity survey of Great Britain – initial findings from the Household Survey. *Psychological Medicine*, 27, 775–789.
- Johnson J.V. und Hall E.M. (1988). Job strain, workplace social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78: 1336–1342.
- Kanton Bern (1994). Verordnung über den schulärztlichen Dienst (SDV) 430.41 vom 8. Juni 1994.
- Kantonaes Sozialamt (2009). Planung der Programmphase Gesundheitsförderung/Prävention 2010–2013 im Kanton Bern. Synthese: Empfehlungen für die kantonalen Schwerpunkte Gesundheitsförderung/Prävention 2010–2013. Bern: Kantonaes Sozialamt.
- Kristenson M. (2008). Sozioökonomische Lage und Gesundheit – die Rolle des Bewegungsverhaltens. In: Siegrist J. & Marmot M. (Hrsg). Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern: Verlag Hans Huber, 163–194.
- Lampert T., Kroll L. E. und Dunkelberg A. (2007). Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. In: Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ) Beilage zur Wochenzeitung „Das Parlament“ „Gesundheit und soziale Ungleichheit“ 42/2007, 15. Oktober 2007, Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Lampert T., Mensink G.B.M., Romahn N. und Woll A. (2007). Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Gesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50(5/6) 2007, 634–642.

- Leu R. E., Burri S. und Priester T. (1997). Lebensqualität und Armut in der Schweiz. Bern: Haupt.
- Mackenbach J. P. (2008). Sozioökonomische gesundheitliche Ungleichheiten in Westeuropa: Von der Beschreibung über die Erklärung zur Intervention. In: Siegrist J. & Marmot M. (Hrsg.). Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern: Verlag Hans Huber, 281–315.
- Marmot M. und Brunner E. (2005). Cohort Profile: The Whitehall II study. *International Journal of Epidemiology*; 34: 251–256.
- Marmot M. und Wilkinson R. G. (Hrsg.) (2006). Social determinants of health, 2nd edn. Oxford: Oxford University Press.
- Marti B. und Hättich A. (1999). Bewegung – Sport – Gesundheit: Epidemiologisches Kompendium. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.
- Meyer K. (Hrsg.) (2009). Gesundheit in der Schweiz – Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Bern: Verlag Hans Huber.
- Mill J. S. (1848). Principles of political economy with some of their applications to social philosophy. (Reprint 1962) London: Routledge and Kegan Paul.
- Möller-Leimkühler A. M. (1999). Sozialer Status und Geschlecht. Zur Aktualität sozialer Ungleichheit bei psychiatrischen Erkrankungen. *Nervenarzt*, 70, 970–980.
- Moos R. H. (1984). Context and coping: Toward a unifying conceptual framework. *American Journal of Community Psychology*, 12, 5–26.
- Richter M. und Hurrelmann K. (2007). Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen. In: Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ) Beilage zur Wochenzeitung „Das Parlament“ „Gesundheit und soziale Ungleichheit“ 42/2007, 15. Oktober 2007, Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Richter M. und Hurrelmann K. (2008). Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen: Aktuelle Befunde und Erklärungsansätze. In: *Public Health Forum*, 16(59), Juli 2008, 21–23.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2006). Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Rose G. (1992). The strategy of preventive medicine. Oxford University Press: New York.
- Rosenbrock, R. (2008). Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland. In: *Public Health Forum*, 16(59), Juli 2008, 2–4.
- Rosenbrock R. und Gerlinger T. (2006). Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2006). Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

- Schlack R., Hölling H., Kurth B.-M. und Huss M. (2007). Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits-surveys (KiGGS). In: Gesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50(5/6) 2007, 827–835.
- Schneider H. und Schmid A. (2004). Die Kosten der Adipositas in der Schweiz. Schlussbericht für das Bundesamt für Gesundheit. Bern: BAG.
- Schnohr C.W., Kreiner S., Due E.P., Currie C., Boyce W. und Diderichsen F. (2008). Differential Item Functioning of a Family Affluence Scale: Validation Study on Data from HBSC 2001/02. Soc Indic Res 89:79–95.
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) (2004). Drogeninfo Tabak. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (Hrsg.) (2005). Dritter Berner Gesundheitsbericht. Im Auftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern. Ergebnisse aus verschiedenen gesundheitsrelevanten Datenbanken. Neuchâtel: Edition Obsan.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2006). Indikatorenliste: 2.5.2. Körperliche Beschwerden. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (http://www.obsandaten.ch/indikatoren/2_5_2/2002/d/252.pdf).
- Siegrist J. und Theorell T. (2008). Sozioökonomischer Status und Gesundheit: Die Rolle von Arbeit und Beschäftigung. In: Siegrist J. & Marmot M. (Hrsg). Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern: Verlag Hans Huber, 99–130.
- Smala A.M., Beeler I. und Szucs T. (2001). Die Kosten der körperlichen Inaktivität in der Schweiz. Zürich: Abteilung für medizinische Ökonomie des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin und des Universitätsspitals.
- Spörri-Fahrni A., Minder C., Zwahlen M. und Egger M. (2009). Tax and death: where (not) to live in Switzerland. Symposium on the Occasion of the retirement of Christoph Minder. Bern: Institute of Social and Preventive Medicine University of Bern.
- Staatssekretariat für Wirtschaft (seco) (2009). Arbeit und Gesundheit – Zusammenfassung der Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007. Bern: seco.
- Staatssekretariat für Wirtschaft (seco) und Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) (2007). 4. Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen 2005. Ausgewählte Ergebnisse aus Schweizer Perspektive. Bern: seco.
- Stamm H.P., Ackermann U., Frey D., Lamprecht M., Ledergerber M., Steffen T., Stronski Huwiler S. und Studer M. (2008). Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich. Bericht zur Auswertung der Daten des Schuljahres 2006/2007. Resultate aus einem von Gesundheitsförderung Schweiz unterstützten Projekt. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz, April 2008.
- Suter C. (2000). Sozialbericht 2000. Zürich: Seismo.

- Ursin H. und Eriksen H.R. (2004). The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology*, 29, 567–592.
- van Lenthe F.J., Schrijvers C. T.M., Droomers M., Joung I.M.A., Louwman M.I. und Mackenbach J.P. (2004). Investigating explanations for socio-economic inequalities in health. *European Journal of Public Health*, 14, 63–70.
- Vaux A. (1990). An ecological approach to understanding and facilitating social support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 507–518.
- Wheaton B. (1978). The sociogenesis of psychological disorder: Reexamining the causal issues with longitudinal data. *American Sociological Review*, 43, 383–403.
- Wicki M. und Gmel G. (2008). Alkohol-Intoxikationen Jugendlicher und junger Erwachsener. Ein Update der Sekundäranalyse der Daten Schweizerischer Hospitäler bis 2005 (Forschungsbericht Nr. 46). Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
- Wilkinson R. G. (1986). Income and mortality. In: Wilkinson R. G. (ed.). *Class and health: research and longitudinal data*. London: Tavistock, 88–114.
- Wilkinson R. G. (1992). Income distribution and life expectancy. *BMJ*, 304: 165–168.
- Wilkinson R. G. (2005). *The impact of inequality: how to make sick societies healthier*. London: The New Press.
- World Health Organization (WHO) (2002). *The World Health Report: Reducing risks, promoting healthy Life*. Geneva: World Health Organization.

Glossar

Determinante, soziale	Ein Faktor in der sozialen Umwelt, der die Gesundheit kausal oder indirekt beeinflusst oder beeinträchtigt (z. B. Einkommen, Bildung, soziale Schicht, soziale Unterstützung). [1]
Empowerment	Erwerb von Strategien und Fähigkeiten, die es Menschen ermöglichen, ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbstbestimmt zu gestalten. [1]
epidemiologische Forschung	(von griechisch epi „auf, über“, demos „Volk“, logos „Lehre“) wissenschaftliche Disziplin, die sich mit Ursachen, Folgen und Verbreitung von gesundheitsbezogenen Zuständen in einer Bevölkerung beschäftigt.
Gradient	Abstufung eines Kriteriums, zum Beispiel Bildungsgradient in fünf Abstufungen als Mass für den maximal erreichten Bildungsabschluss (im Gegensatz zur Gegenüberstellung von hoher gegenüber niedriger Bildung) [1]
Haushaltsäquivalenzeinkommen	Das verfügbare Äquivalenzeinkommen wird berechnet, um die Einkommen der verschiedenen Haushaltstypen besser vergleichen zu können, indem es die Grösse und die Zusammensetzung eines Haushalts berücksichtigt und gewichtet. Dabei wird das Einkommen (vor Steuern) durch die „Äquivalenzgrösse“ des Haushalts dividiert. Letztere berechnet sich gemäss modifizierter OECD-Skala wie folgt: erste erwachsene Person = 1.0 pro weitere erwachsene Person (älter als 14 Jahre) = 0.5 je Kind = 0.3 [2]
ischämische Herzkrankheiten	Mangeldurchblutung der Herzkranzgefässe; Erkrankungen des Herzens, die durch eine verminderte Blutzufuhr und den dadurch entstehenden Sauerstoff- und Nährstoffmangel verursacht werden (z. B. Angina Pectoris, akuter Myokardinfarkt).
Kohorte	Bevölkerungsgruppe (z. B. Jahrgänge oder Gruppe von Jahrgängen), die durch eine gemeinsame Erfahrung oder Exposition gekennzeichnet ist. [1]
Komorbidität	Ein oder mehrere zusätzlich zu einer Grunderkrankung vorhandene, diagnostisch abgrenzbare Krankheits- oder Störungsbilder (Doppel- oder Mehrfachdiagnose). → siehe auch Morbidität
Krankheitslast (Burden of Disease)	Index der Weltgesundheitsorganisation WHO, der sowohl durch Tod verlorene Jahre wie auch durch krankheitsbedingte Behinderungen geminderte Lebensjahre berechnet, um den Gesundheitszustand der Bevölkerung miteinander vergleichen zu können.

Längsschnittstudie	Studiendesign in der empirischen Forschung. Man unterscheidet zwischen Trendstudie (dieselbe Studie wird zu mehreren Zeitpunkten mit jeweils unterschiedlichen Stichproben durchgeführt) und Panelstudie (Erhebung zu mehreren Zeitpunkten mit derselben Stichprobe). Longitudinalstudien haben gegenüber → Querschnittstudien den Vorteil, Veränderungen auf der Individualebene erfassen zu können.
Longitudinal	→ siehe Längsschnittstudie
Morbidität	Häufigkeit von Krankheit pro Bevölkerungskollektiv ohne Unterscheidung zwischen Prävalenz und Inzidenz. Jede Form der subjektiven und objektiven Abweichung vom Zustand des körperlichen oder psychischen Wohlbefindens. → siehe auch Komorbidität [1]
Mortalität	Anzahl der Todesfälle in einer Bevölkerung (ausgedrückt in einer rohen Todesrate oder in Todesraten, z. B. bezogen auf eine Krankheit oder Alter, Geschlecht) innerhalb einer bestimmten Zeiteinheit. [1]
Prädiktoren	Bezeichnung für eine oder mehrere Variablen (z. B. selbstwahrgenommener Gesundheitszustand), die zur Vorhersage eines Kriteriums (z. B. Lebenserwartung) eingesetzt werden.
Querschnittstudie	Studiendesign in der empirischen Forschung, bei der (in der Regel eine repräsentative) Stichprobe aus der Bevölkerung einmalig befragt wird. → siehe auch Längsschnittstudie
Ressource(n)	Potenziale eines Individuums wie Bildung, Fähigkeiten, Fertigkeiten, Kenntnisse und Stärken, aber auch sozialer Status und Ressourcen der Lebensumwelt, wie zum Beispiel soziale Unterstützung. Ressourcen wirken gesundheitsfördernd. [1]
Reziprozität	Gegenseitigkeit, Wechselseitigkeit. Soziologisch: Gegenseitigkeit ist ein Grundprinzip des menschlichen Handelns, wodurch Beziehungen und gegenseitiges Vertrauen (soziale Beziehungen) entstehen.
Working Poor	Personen, die unter einer definierten Armutsgrenze leben. Diese Personen arbeiten mindestens eine Stunde pro Woche gegen Bezahlung und leben in einem Haushalt mit einem Erwerbsumfang von mindestens einer Vollzeitstelle. [1]
Zerebro-vaskulär	„die Hirnblutgefässe betreffend“, im weiteren Sinn auch: „die Hirndurchblutung betreffend“.

[1]: übernommen aus: Meyer K. (Hrsg.) (2009). Gesundheit in der Schweiz – Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Bern: Verlag Hans Huber.

[2]: übernommen aus: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (Hrsg.) (2008). Sozialbericht 2008. Band 1 Armut im Kanton Bern: Zahlen, Fakten und Analysen. Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.

Anhang

Kurzbeschreibung/Steckbrief der verwendeten Datenquellen

Datenquelle	Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC)
Themenbereiche	Gesundheitszustand: selbstwahrgenommener Gesundheitszustand, physische und psychische Beschwerden, psychisches Wohlbefinden Gesundheitsverhalten: Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum, Ernährung, Mundhygiene, körperliche Aktivitäten, sexuelle Reproduktion, Medikamentenkonsum Lebensstil: Freizeitaktivitäten, Musikstile Lebensumstände: Gewalt, soziales Netzwerk, Familie soziodemografische Merkmale: familiärer Wohlstand (family affluence scale)
Grundgesamtheit	Schülerinnen und Schüler im Alter von 11 bis 15 Jahren (5.–9. Klasse)
Erhebungsinstanz	durchgeführt von der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO – Regional Office for Europe)
Teilnahme	freiwillig, Teilnahme von 41 Ländern (2005/06)
Periodizität	alle 4 Jahre; erstmals 1986
Erhebungsdauer	Januar bis April
Methodik	schriftlicher Fragebogen Klassenbefragungen einheitliche Methodik, internationale Vergleiche möglich Zusatzbefragung bei Lehrpersonen Cluster-Sampling (Schulkinder geschichtet nach Klassenstufen) Erhebungssprachen: Deutsch, Französisch und Italienisch
Stichprobengrösse Niveau Schweiz	590 Klassen (2006); ca. 17 000 Schüler und Schülerinnen im Alter zwischen 11 und 15 Jahren (inkl. kantonale Aufstockungen)
Vorhandene Datensätze für den Kanton Bern	Der Kanton Bern hat seine Stichproben aufgestockt, so dass kantonal repräsentative Resultate vorliegen für: – 1998 – 2002 – 2006 (N=1279)
Weitere Informationen	www.hbsc.org www.sfa-ispa.ch

Datenquelle	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)
Themenbereiche	Gesundheitszustand: körperliches, psychisches und soziales gesundheitliches Wohlbefinden, Beschwerden und Krankheiten, Unfälle, Behinderungen Gesundheitsverhalten: körperliche Aktivität, Ernährung, Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum, sexuelle Reproduktion Für die Gesundheit wichtige Aspekte der Lebensbedingungen: soziale Beziehungen, Wohnverhältnisse, finanziell vorhandene Mittel Inanspruchnahme der Angebote der Gesundheitsdienste: Arztbesuche, Spitalbesuche, Operationen Soziodemografische Merkmale: Alter, Bildung, Nationalität etc.
Grundgesamtheit	Ständige Wohnbevölkerung ab 15 Jahren Einschränkungen: nur Personen, – die in privaten Haushalten leben, – über einen Festnetzanschluss verfügen, – Deutsch, Französisch oder Italienisch sprechen
Erhebungsinstant	Bundesamt für Statistik
Teilnahme	freiwillig
Periodizität	alle 5 Jahre; erstmals 1992
Erhebungsdauer	Januar bis Dezember
Methodik	telefonisches Interview (ca. 40 Min.) und anschliessender Fragebogen (schriftlich oder elektronisch) Zufallsauswahl auf Haushalts- und Personenebene Stellvertreter-Interview (Proxy) möglich bei längerer Abwesenheit oder bei Sprachproblemen Auf Wunsch persönliches Interview für Personen über 75 Jahre Erhebungssprachen: Deutsch, Französisch und Italienisch
Stichprobengrösse Niveau Schweiz	ca. 20 000 telefonisch interviewte Personen; ca. 14 000 zusätzlich schriftlich befragt
Vorhandene Datensätze für den Kanton Bern	Der Kanton Bern hat seine Stichproben aufgestockt, so dass kantonal repräsentative Resultate vorliegen für: 1992, 1997, 2002, 2007 2007 (zusätzliche regionale Aufstockung für Berner Oberland, Berner Jura, restliches Kantonsgebiet): N=2369 (Berner Oberland: N=624 Interviews, Berner Jura: N=623 Interviews, restliches Kantonsgebiet: N=1122 Interviews)
Weitere Informationen	www.sgb.bfs.admin.ch

Datenquelle	Gesundheitsmonitoring der Schweizerischen Migrationsbevölkerung GGM
Themenbereiche	Befragung von Migrantinnen und Migranten (wichtigste Gruppen in der Schweiz) analog zur Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB). Weitergehende Fragen im Zusammenhang mit Migration und sozialer Lage. Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten migrationsspezifische Fragen (Migrationshintergrund, soziale Lage) vorhandene Probleme im Alltag (Sprachbarrieren etc.)
Grundgesamtheit	schweizerische und nichtschweizerische Wohnbevölkerung ab 15 bis 74 Jahren Einschränkungen: – nur Personen, die in privaten Haushalten leben, – über einen Festnetzanschluss verfügen,
Erhebungsinstanz	Bundesamt für Gesundheit (Mandat: WIAD Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem. e. V.)
Teilnahme	freiwillig
Periodizität	2004, einmalig
Methodik	telefonische Interviews Modul I: Daten aus der SGB (für Migranten aus Italien, Deutschland, Österreich und Frankreich) Modul II: Daten von Migranten aus Ex-Jugoslawien, Portugal, Türkei und Sri Lanka Modul III: Asylsuchende aus Sri Lanka und dem Kosovo
Stichprobengrösse	insgesamt 3024 Interviews (Französisch, Serbisch/Kroatisch, Albanisch, Portugiesisch, Türkisch und Tamil)
Vorhandene Datensätze für den Kanton Bern	keine zusätzliche Aufstockung des Kantons Bern
Weitere Informationen/ Literatur	technischer Schlussbericht: http://www.wiad.de/projekte/mig/swissmig/Schlussbericht%20GMM_def_190606_d.pdf BAG: Wie gesund sind unsere Migrantinnen und Migranten? (Broschüre kann bestellt werden bei: migrationundgesundheit@bag.admin.ch)

Datenquelle	Swiss National Cohort (SNC)
Themenbereiche	Verknüpfung der Sterbefälle des Bundesamtes für Statistik mit den Daten der Volkszählung
Grundgesamtheit	Schweizerische Wohnbevölkerung
Erhebungsinstantz	Bundesamt für Statistik
Teilnahme	Volkszählung (VZ): obligatorisch Todesursachenstatistik: Registerdaten
Periodizität	Volkszählung: 10 Jahre (bis 2000); ab 2010 Registerdaten Todesursachenstatistik: laufend
Erhebungsdauer	Daten: VZ 1990, VZ 2000, Ausländerdatenbank Sterberegister: 1991–2005
Methodik	Record-Linkage-Verfahren
Stichprobengrösse Niveau Schweiz	ca. 6,8 Millionen Personen und 875 000 Todesfälle mit ca. 96,7 Millionen Personenjahren
Vorhandene Datensätze für den Kanton Bern	gleich wie Niveau Schweiz für Kanton Bern
Datenauswertung/ Publikationen	diverse universitäre Institute für Sozial- und Präventivmedizin (Zürich, Basel, Bern, Lausanne, Genf)
Weitere Informationen	http://www.ispm.ch/snc.html

Verwendete Indikatoren der sozialen Lage

Konstruktion der Family Affluence Scale (FAS) mit Daten der Studie Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) (Kapitel 2)

Messung der sozialen Ungleichheit mittels der "Family Affluence Scale" (FAS):

In wissenschaftlichen Studien wird üblicherweise der soziale Status mittels Bildung, Einkommen und beruflicher Stellung erhoben. Jedoch werden die Angaben zum (Erwerbs-)Einkommen sehr oft verweigert, so dass der soziale Status nicht abgebildet werden kann. Fragt man 11- bis 15-Jährige nach der beruflichen Stellung des Vaters oder der Mutter, wissen dies 20 Prozent der Befragten nicht (Currie, Elton, Todd & Platt, 1997, 385). Um bei Befragungen dieser Altersgruppen die Antworten dennoch zum elterlichen Sozialstatus in Beziehung setzen zu können, wurde versucht, eine einfache Skala (mit 4 Fragen) zu kreieren. Sie kann einerseits von Kindern und Jugendlichen beantwortet werden, andererseits korreliert sie hoch mit dem sozioökonomischen Status der Eltern. Diese Family Affluence Scale (FAS) ermöglicht es in 98 Prozent der Fälle, den sozialen Status der Eltern (Unterteilung: geringer – mittlerer – grosser familiärer Wohlstand) valide zu erfassen, wenn keine anderen Daten über die Eltern vorliegen. Beim HBSC-Datensatz für den Kanton Bern konnte, unter Beizug der Family Affluence Scale, in 98 Prozent der Fälle der sozioökonomische Status der Eltern abgebildet werden.

Konstruktion der FAS mit 4 Fragen (gültig für Erhebungen der HBSC-Studien ab 2001/02):

1. «Hat deine Familie ein Auto, einen Bus (Van) oder einen Lastwagen?»

Antwortkategorien Nein (=0); Ja, ein/en (=1); Ja, zwei oder mehrere (=2)

2. «Hast du ein Zimmer für dich allein?»

Antwortkategorien: Nein (=0); Ja (=1)

3. «Wie oft bist du während der letzten 12 Monate mit deiner Familie im Urlaub gewesen?»

Antwortkategorien: Nie (=0); einmal (=1); zweimal (=2); mehr als zweimal (=2)

4. «Wie viele Computer besitzt deine Familie?»

Antwortkategorien: keinen (=0); einen (=1); zwei (=2); mehr als zwei (=2)

Die zwei höchsten Antwortkategorien der letzten beiden Fragen (Frage 3=Urlaub und Frage 4=Computer) werden zusammengefasst.

FAS 1 (Summentotal von Fragen 1–4: 0–3 Punkte): „low affluence/geringer Wohlstand“

FAS 2 (Summentotal von Fragen 1-4: 4-5 Punkte): „middle affluence/mittlerer Wohlstand“

FAS 3 (Summentotal von Fragen 1-4: 6-7 Punkte): „high affluence/grosser Wohlstand“

Auswertungen:

Die Auswertungen erfolgen für Knaben und Mädchen getrennt; alle Altersstufen sind zusammenzufassen.

+ = positiver Zusammenhang = höhere Prävalenz bei höherem FAS-Wert

- = negativer Zusammenhang = höhere Prävalenz bei geringerem FAS-Wert

Operationalisierung der sozialen Lage (Bildungsniveau, sozioprofessionelle Gruppen, Haushaltsäquivalenzeinkommen (Kapitel 3))

Bildungsniveau (höchste abgeschlossene Ausbildung)	
Primärstufe	Personen, die nur die obligatorische Schule besucht haben, sowie diejenigen ohne abgeschlossene Schulbildung und solche ohne Angaben
Sekundärstufe	Personen mit Berufslehre, Maturitätsschule und Lehrerseminar, allgemeine Zusatzausbildungen
Tertiärstufe	alle höheren Ausbildungen wie Höhere Fachschulen, höhere Fach- und Berufsausbildungen, Hochschulen und Universitäten (Referenzgruppe mit einem relativen Risiko von 1)

Einkommen (Haushaltsäquivalenzeinkommen gemäss Definition im Glossar)	
sehr tiefes Einkommen	1. Quartil: CHF 0–2250
eher tiefes Einkommen	2. Quartil: CHF 2251–3333
eher hohes Einkommen	3. Quartil: CHF 3334–4667
sehr hohes Einkommen	4. Quartil: über CHF 4667 (Referenzgruppe mit einem relativen Risiko von 1)

sozioprofessionelle Gruppen/beruflicher Status	
Arbeiter	an- und ungelernte manuelle Berufe, qualifizierte manuelle Berufe, Vorarbeiter, Landarbeiter (inkl. nichterwerbstätige Personen, Haushalt, Familie)
Kleinunternehmer	Kleinunternehmer, selbständige Handwerker mit oder ohne Angestellte, Bauern, selbständige Fischer
Büroangestellte	Büroangestellte und andere nicht-manuelle Berufe
höhere Führungskräfte	höhere Führungskräfte, freie Berufe, Industrielle, Grosshändler, höher qualifizierte nicht-manuelle Berufe, mittleres Kader (Referenzgruppe mit einem relativen Risiko von 1)

Der Indikator „beruflicher Status beziehungsweise sozioprofessionelle Gruppen“ (auch EGP-Index) wird nach dem Konversionsschema von Erikson, Goldthorpe und Portocarero (1980) gebildet. Der EGP-Index berücksichtigt den Erwerbsstatus, die Stellung und Verantwortung im Beruf sowie den zuletzt ausgeübten Beruf beziehungsweise die zuletzt absolvierte Ausbildung. Um die schweizerischen Verhältnisse korrekt abzubilden, wird zudem die schweizerische Berufsklassifikation des Bundesamtes für Statistik benützt.

Operationalisierung sozioprofessioneller Gruppen (Kapitel 4)

Die sozioprofessionellen Gruppen wurden zur Berechnung des Einflusses der sozialen Lage auf die Sterblichkeit wie folgt gebildet:

Sozioprofessionelle Gruppen/berufliche Status	
oberstes Management, freie Berufe und Akademiker	oberstes Management, freie Berufe, akademische Berufe und oberes Kader
technische Berufe und Angestellte	intermediäre Berufe, nicht-manuelle Berufe mit Lehrabschluss
qualifizierte manuelle Berufe	manuelle Berufe mit Lehrabschluss; andere Selbständige (inkl. Landwirte)
Ungelernte	ungelernte Arbeiter und Angestellte
Erwerbslose	Arbeitslose (inkl. Personen in RAV-Programmen)
nichtzuteilbare Personen und Nichterwerbspersonen	alle Personen ohne Erwerb (Familien/Haushalt); Personen im Rentenalter und Personen mit unklaren, fehlenden Angaben Diese Kategorie wurde aufgrund der Heterogenität ihrer Zusammenstellung aus der Darstellung der Ergebnisse ausgeschlossen.

Tabellen mit den Ergebnissen der Logistischen Regressionen (Kapitel 3)

Angaben zur Methodik

Die in diesem Bericht dargestellten logistischen Regressionen im Kapitel 3 (Erwachsenenalter) wurden mit den gewichteten Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (BFS) der Bevölkerung des Kantons Bern durchgeführt. Zur Anwendung gelangte das Statistikprogramm SPSS 15.0 mit dem Verfahren Complex Samples. Das Signifikanzniveau wurde auf 5 Prozent festgelegt.

Anhang

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsgrade 1	Freiheitsgrade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	10.000	1473.000	4.113	.000
(Konstanter Term)	1.000	1482.000	60.917	.000
ausbild3	2.000	1481.000	1.886	.152
INCOME_Q	3.000	1480.000	2.076	.101
egp4_r	3.000	1480.000	1.249	.290
SEX	1.000	1482.000	.430	.512
ALTER	1.000	1482.000	14.982	.000

Abhängige Variable: Selbstwahrg Gesundheit dichotom

(Referenzkategorie = gut)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, SEX, ALTER

Tabelle 1: Logistische Regression

Männer und Frauen im Erwerbsalter (N=1'485)

Abhängige Variable: Selbstwahrgenommene Gesundheit

Erklärende Variablen: Ausbildung (ausbild), Haushaltsäquivalenzeinkommen (INCOME) und professionelle Stellung (egp4_r)

Kontrollierende Variablen: Geschlecht (SEX) und Alter

Parameterschätzer

Selbstwahrg Gesundheit dichotom	Parameter	B	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen			Exp(B)	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
				Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsgrade	Sig.		Untere Grenze	Obere Grenze
nicht gut	(Konstanter Term)	-4.580	.517	-5.594	-3.566	-8.862	1482.000	.000	.010	.004	.028
	[ausbild3=1]	.898	.487	-.057	1.852	1.845	1482.000	.050	2.454	.945	6.373
	[ausbild3=2]	.466	.303	-.128	1.061	1.538	1482.000	.124	1.594	.879	2.888
	[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[INCOME_Q=1.00]	.623	.334	-.032	1.277	1.865	1482.000	.042	1.864	.968	3.586
	[INCOME_Q=2.00]	.474	.313	-.140	1.087	1.513	1482.000	.130	1.606	.869	2.967
	[INCOME_Q=3.00]	-.022	.321	-.652	.608	-.069	1482.000	.945	.978	.521	1.837
	[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[egp4_r=1.00]	.394	.312	-.218	1.006	1.264	1482.000	.207	1.483	.804	2.736
	[egp4_r=2.00]	-.216	.342	-.887	.454	-.633	1482.000	.527	.806	.412	1.575
	[egp4_r=3.00]	.112	.322	-.521	.744	.347	1482.000	.729	1.118	.594	2.104
	[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[SEX=1]	-.145	.222	-.581	.290	-.655	1482.000	.512	.865	.559	1.336
	[SEX=2]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	ALTER	.038	.010	.019	.057	3.871	1482.000	.000	1.039	1.019	1.059

Abhängige Variable: Selbstwahrg Gesundheit dichotom (Referenzkategorie = gut)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, SEX, ALTER

a. Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.

Anhang

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsgrade 1	Freiheitsgrade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	10.000	1472.000	1.810	.054
(Konstanter Term)	1.000	1481.000	38.560	.000
ausbild3	2.000	1480.000	3.376	.034
INCOME_Q	3.000	1479.000	1.145	.330
egp4_r	3.000	1479.000	.053	.984
SEX	1.000	1481.000	.236	.627
ALTER	1.000	1481.000	4.408	.036

Abhängige Variable: Rückenschmerzen dichotom (Referenzkategorie = übrige)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, SEX, ALTER

Tabelle 2: Logistische Regression

Männer und Frauen im Erwerbsalter (N=1'484)

Abhängige Variable: Rückenschmerzen

Erklärende Variablen: Ausbildung (ausbild), Haushaltsäquivalenzeinkommen (INCOME) und professionelle Stellung (egp4_r)

Kontrollierende Variablen: Geschlecht (SEX) und Alter

Parameterschätzer

Rückenschmerzen dichotom	Parameter	B	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen			Exp(B)	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
				Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsgrade	Sig.		Untere Grenze	Obere Grenze
starke Schmerzen	(Konstanter Term)	-4.181	.638	-5.433	-2.929	-6.549	1481.000	.000	.015	.004	.053
	[ausbild3=1]	1.313	.506	.321	2.305	2.597	1481.000	.009	3.718	1.379	10.025
	[ausbild3=2]	.557	.341	-.112	1.225	1.634	1481.000	.103	1.745	.894	3.405
	[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[INCOME_Q=1.00]	.665	.361	-.043	1.373	1.842	1481.000	.066	1.944	.958	3.948
	[INCOME_Q=2.00]	.313	.364	-.402	1.027	.858	1481.000	.391	1.367	.669	2.793
	[INCOME_Q=3.00]	.321	.342	-.351	.993	.937	1481.000	.349	1.378	.704	2.698
	[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[egp4_r=1.00]	.072	.336	-.588	.731	.213	1481.000	.831	1.074	.556	2.077
	[egp4_r=2.00]	-.069	.413	-.878	.741	-.166	1481.000	.868	.934	.416	2.098
	[egp4_r=3.00]	.059	.336	-.599	.718	.177	1481.000	.860	1.061	.549	2.049
	[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[SEX=1]	-.123	.253	-.619	.373	-.485	1481.000	.627	.884	.538	1.453
	[SEX=2]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	ALTER	.021	.010	.001	.041	2.099	1481.000	.036	1.022	1.001	1.042

Abhängige Variable: Rückenschmerzen dichotom (Referenzkategorie = übrige)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, SEX, ALTER

a- Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.

Anhang

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsgrade 1	Freiheitsgrade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	9.000	687.000	2.022	.035
(Konstanter Term)	1.000	695.000	31.281	.000
ausbild3	2.000	694.000	.098	.907
INCOME_Q	3.000	693.000	.045	.987
egp4_r	3.000	693.000	3.498	.015
ALTER	1.000	695.000	3.843	.050

Abhängige Variable: Gelenkschmerzen dichotom (Referenzkategorie = übrige)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

Tabelle 3a: Logistische Regression

Männer im Erwerbsalter (N=698)

Abhängige Variable: Gelenkschmerzen

Erklärende Variablen: Ausbildung (ausbild), Haushaltsäquivalenzeinkommen (INCOME) und professionelle Stellung (egp4_r)

Kontrollierende Variablen: Geschlecht (SEX) und Alter

Parameterschätzer

Gelenkschmerzen dichotom		Parameter	B	Standardf ehler	95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen			Exp(B)	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
					Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsg rade	Sig.		Untere Grenze	Obere Grenze
starke Schmerzen		(Konstanter Term)	-4.685	.797	-6.251	-3.120	-5.877	695.000	.000	.009	.002	.044
		[ausbild3=1]	.185	.783	-1.353	1.724	.237	695.000	.813	1.204	.258	5.605
		[ausbild3=2]	-.078	.477	-1.014	.858	-.164	695.000	.870	.925	.363	2.358
		[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
		[INCOME_Q=1.00]	.014	.537	-1.041	1.068	.026	695.000	.979	1.014	.353	2.911
		[INCOME_Q=2.00]	.068	.481	-.876	1.011	.141	695.000	.888	1.070	.416	2.749
		[INCOME_Q=3.00]	-.107	.497	-1.083	.870	-.214	695.000	.830	.899	.338	2.387
		[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
		[egp4_r=1.00]	1.597	.494	.627	2.568	3.231	695.000	.001	4.941	1.872	13.041
		[egp4_r=2.00]	.794	.548	-.281	1.870	1.450	695.000	.148	2.213	.755	6.486
		[egp4_r=3.00]	.767	.703	-.612	2.146	1.092	695.000	.275	2.153	.542	8.555
		[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
		ALTER	.028	.014	-4.4E-005	.056	1.960	695.000	.050	1.029	1.000	1.058

Abhängige Variable: Gelenkschmerzen dichotom (Referenzkategorie = übrige)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

a. Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.

Anhang

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsgrade 1	Freiheitsgrade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	9.000	776.000	1.381	.192
(Konstanter Term)	1.000	784.000	29.904	.000
ausbild3	2.000	783.000	1.044	.353
INCOME_Q	3.000	782.000	.685	.561
egp4_r	3.000	782.000	.117	.950
ALTER	1.000	784.000	4.536	.033

Abhängige Variable: Gelenkschmerzen dichotom (Referenzkategorie = übrige)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

Tabelle 3b: Logistische Regression

Frauen im Erwerbsalter (N=787)

Abhängige Variable: Gelenkschmerzen

Erklärende Variablen: Ausbildung (ausbild), Haushaltsäquivalenzeinkommen (INCOME) und professionelle Stellung (egp4_r)

Kontrollierende Variablen: Geschlecht (SEX) und Alter

Parameterschätzer

				95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen				95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
Gelenkschmerzen dichotom	Parameter	B	Standardfehler	Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsgrade	Sig.	Exp(B)	Untere Grenze	Obere Grenze
starke Schmerzen	(Konstanter Term)	-4.836	.858	-6.520	-3.151	-5.635	784.000	.000	.008	.001	.043
	[ausbild3=1]	.742	.683	-.598	2.082	1.087	784.000	.278	2.100	.550	8.021
	[ausbild3=2]	.712	.503	-.275	1.700	1.416	784.000	.157	2.039	.759	5.474
	[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[INCOME_Q=1.00]	-.203	.574	-1.330	.924	-.354	784.000	.724	.816	.265	2.519
	[INCOME_Q=2.00]	.405	.485	-.546	1.357	.836	784.000	.403	1.500	.579	3.886
	[INCOME_Q=3.00]	-.089	.493	-1.057	.879	-.181	784.000	.856	.915	.347	2.408
	[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[egp4_r=1.00]	-.105	.492	-1.072	.861	-.214	784.000	.831	.900	.342	2.366
	[egp4_r=2.00]	.265	.569	-.853	1.382	.465	784.000	.642	1.303	.426	3.982
	[egp4_r=3.00]	.066	.411	-.741	.873	.161	784.000	.872	1.068	.477	2.394
	[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	ALTER	.034	.016	.003	.065	2.130	784.000	.033	1.034	1.003	1.067

Abhängige Variable: Gelenkschmerzen dichotom (Referenzkategorie = übrige)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

a. Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.

Anhang

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsgrade 1	Freiheitsgrade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	10.000	1473.000	3.284	.000
(Konstanter Term)	1.000	1482.000	9.486	.002
ausbild3	2.000	1481.000	.800	.450
INCOME_Q	3.000	1480.000	5.174	.001
egp4_r	3.000	1480.000	1.544	.201
SEX	1.000	1482.000	.929	.335
ALTER	1.000	1482.000	3.861	.050

Abhängige Variable: Kopfschmerzen dichotom (Referenzkategorie = übrige)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, SEX, ALTER

Tabelle 4: Logistische Regression

Männer und Frauen im Erwerbsalter (N=1'485)

Abhängige Variable: Kopfschmerzen

Erklärende Variablen: Ausbildung (ausbild), Haushaltsäquivalenzeinkommen (INCOME) und professionelle Stellung (egp4_r)

Kontrollierende Variablen: Geschlecht (SEX) und Alter

Parameterschätzer

Kopfschmerzen dichotom	Parameter	B	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen			Exp(B)	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
				Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsgrade	Sig.		Untere Grenze	Obere Grenze
starke Schmerzen	(Konstanter Term)	-1.595	.580	-2.732	-.457	-2.750	1482.000	.006	.203	.065	.633
	[ausbild3=1]	.431	.576	-.698	1.560	.749	1482.000	.454	1.539	.497	4.761
	[ausbild3=2]	.378	.305	-.220	.977	1.239	1482.000	.216	1.459	.802	2.655
	[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[INCOME_Q=1.00]	.519	.333	-.133	1.171	1.561	1482.000	.119	1.680	.875	3.226
	[INCOME_Q=2.00]	.723	.324	.087	1.359	2.229	1482.000	.026	2.060	1.091	3.892
	[INCOME_Q=3.00]	-.585	.365	-1.300	.131	-1.603	1482.000	.109	.557	.272	1.140
	[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[egp4_r=1.00]	-.111	.293	-.685	.463	-.379	1482.000	.705	.895	.504	1.589
	[egp4_r=2.00]	-.515	.478	-1.452	.423	-1.077	1482.000	.282	.598	.234	1.526
	[egp4_r=3.00]	-.653	.328	-1.297	-.009	-1.990	1482.000	.047	.520	.273	.991
	[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[SEX=1]	-.239	.248	-.727	.248	-.964	1482.000	.335	.787	.484	1.281
	[SEX=2]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	ALTER	-.021	.011	-.042	-3.62E-005	-1.965	1482.000	.050	.979	.959	1.000

Abhängige Variable: Kopfschmerzen dichotom (Referenzkategorie = übrige)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, SEX, ALTER

a. Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.

Anhang

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsgrade 1	Freiheitsgrade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	10.000	1464.000	10.698	.000
(Konstanter Term)	1.000	1473.000	20.608	.000
ausbild3	2.000	1472.000	4.849	.008
INCOME_Q	3.000	1471.000	.821	.482
egp4_r	3.000	1471.000	2.947	.032
SEX	1.000	1473.000	63.422	.000
ALTER	1.000	1473.000	21.593	.000

Abhängige Variable: Uebergewicht (Referenzkategorie = 0)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, SEX, ALTER

Tabelle 5: Logistische Regression

Männer und Frauen im Erwerbsalter (N=1'476)

Abhängige Variable: Uebergewicht

Erklärende Variablen: Ausbildung (ausbild), Haushaltsäquivalenzeinkommen (INCOME) und professionelle Stellung (egp4_r)

Kontrollierende Variablen: Geschlecht (SEX) und Alter

Parameterschätzer

Uebergewicht	Parameter	B	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen			Exp(B)	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
				Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsgrade	Sig.		Untere Grenze	Obere Grenze
1	(Konstanter Term)	-3.036	.377	-3.775	-2.297	-8.061	1473.000	.000	.048	.023	.101
	[ausbild3=1]	1.087	.380	.341	1.832	2.859	1473.000	.004	2.965	1.407	6.249
	[ausbild3=2]	.402	.176	.056	.748	2.282	1473.000	.023	1.495	1.058	2.113
	[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[INCOME_Q=1.00]	.275	.218	-.153	.703	1.260	1473.000	.208	1.317	.858	2.020
	[INCOME_Q=2.00]	.287	.207	-.118	.692	1.391	1473.000	.165	1.333	.889	1.998
	[INCOME_Q=3.00]	.152	.191	-.222	.526	.798	1473.000	.425	1.164	.801	1.692
	[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[egp4_r=1.00]	.483	.203	.085	.880	2.381	1473.000	.017	1.620	1.089	2.411
	[egp4_r=2.00]	-.092	.237	-.557	.374	-.386	1473.000	.700	.913	.573	1.454
	[egp4_r=3.00]	.366	.204	-.034	.766	1.793	1473.000	.073	1.442	.966	2.152
	[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[SEX=1]	1.244	.156	.937	1.550	7.964	1473.000	.000	3.468	2.553	4.711
	[SEX=2]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	ALTER	.033	.007	.019	.046	4.647	1473.000	.000	1.033	1.019	1.048

Abhängige Variable: Uebergewicht (Referenzkategorie = 0)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, SEX, ALTER

a. Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.

Anhang

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsgrade 1	Freiheitsgrade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	10.000	1471.000	6.343	.000
(Konstanter Term)	1.000	1480.000	1.009	.315
ausbild3	2.000	1479.000	4.959	.007
INCOME_Q	3.000	1478.000	.460	.710
egp4_r	3.000	1478.000	1.485	.217
SEX	1.000	1480.000	42.758	.000
ALTER	1.000	1480.000	3.959	.047

Abhängige Variable: terna01dichotomisiert (Referenzkategorie = achtet auf Ernährung)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, SEX, ALTER

Tabelle 6: Logistische Regression

Männer und Frauen im Erwerbsalter (N=1'483)

Abhängige Variable: Einstellung zur Ernährung

Erklärende Variablen: Ausbildung (ausbild), Haushaltsäquivalenzeinkommen (INCOME) und professionelle Stellung (egp4_r)

Kontrollierende Variablen: Geschlecht (SEX) und Alter

Parameterschätzer

terna01dichotomisiert	Parameter	B	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen			Exp(B)	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
				Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsgrade	Sig.		Untere Grenze	Obere Grenze
achtet nicht auf Ernährung	(Konstanter Term)	-1.843	.393	-2.614	-1.073	-4.692	1480.000	.000	.158	.073	.342
	[ausbild3=1]	1.080	.413	.269	1.891	2.613	1480.000	.009	2.944	1.309	6.623
	[ausbild3=2]	.562	.206	.159	.966	2.732	1480.000	.006	1.755	1.172	2.628
	[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[INCOME_Q=1.00]	.199	.241	-.274	.672	.826	1480.000	.409	1.220	.761	1.958
	[INCOME_Q=2.00]	.100	.239	-.370	.569	.417	1480.000	.677	1.105	.691	1.766
	[INCOME_Q=3.00]	-.061	.223	-.498	.376	-.275	1480.000	.784	.941	.608	1.456
	[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[egp4_r=1.00]	.313	.215	-.108	.733	1.458	1480.000	.145	1.367	.898	2.082
	[egp4_r=2.00]	.534	.268	.008	1.059	1.991	1480.000	.047	1.705	1.008	2.885
	[egp4_r=3.00]	.229	.235	-.231	.690	.977	1480.000	.329	1.258	.793	1.994
	[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[SEX=1]	1.138	.174	.797	1.480	6.539	1480.000	.000	3.122	2.219	4.392
	[SEX=2]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	ALTER	-.016	.008	-.032	.000	-1.990	1480.000	.047	.984	.969	1.000

Abhängige Variable: terna01dichotomisiert (Referenzkategorie = achtet auf Ernährung)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, SEX, ALTER

a. Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.

Anhang

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsgrade 1	Freiheitsgrade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	9.000	658.000	2.119	.026
(Konstanter Term)	1.000	666.000	18.068	.000
ausbild3	2.000	665.000	2.933	.054
INCOME_Q	3.000	664.000	1.475	.220
egp4_r	3.000	664.000	2.077	.102
ALTER	1.000	666.000	1.356	.245

Abhängige Variable: five a day dichotomisiert (Referenzkategorie = 5 oder mehr Portionen Frucht oder Gemüse pro Tag)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

Tabelle 7a: Logistische Regression

Männer im Erwerbsalter (N=669)

Abhängige Variable: Weniger als 5 Portionen Früchte oder Gemüse pro Tag

Erklärende Variablen: Ausbildung (ausbild), Haushaltsäquivalenzeinkommen (INCOME) und professionelle Stellung (egp4_r)

Kontrollierende Variablen: Geschlecht (SEX) und Alter

Parameterschätzer

five a day dichotomisiert	Parameter	B	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen			Exp(B)	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
				Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsgrade	Sig.		Untere Grenze	Obere Grenze
0-4 Portionen Früchte oder Gemüse pro Tag	(Konstanter Term)	2.110	.587	.958	3.263	3.595	666.000	.000	8.252	2.606	26.131
	[ausbild3=1]	2.105	.914	.310	3.900	2.303	666.000	.022	8.205	1.363	49.383
	[ausbild3=2]	.383	.294	-.195	.960	1.301	666.000	.194	1.466	.823	2.611
	[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[INCOME_Q=1.00]	.483	.431	-.364	1.330	1.120	666.000	.263	1.621	.695	3.783
	[INCOME_Q=2.00]	.562	.378	-.179	1.304	1.489	666.000	.137	1.755	.836	3.686
	[INCOME_Q=3.00]	-.097	.315	-.716	.522	-.309	666.000	.758	.907	.489	1.685
	[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[egp4_r=1.00]	-.547	.349	-1.232	.137	-1.570	666.000	.117	.579	.292	1.147
	[egp4_r=2.00]	-.882	.385	-1.637	-.127	-2.293	666.000	.022	.414	.194	.881
	[egp4_r=3.00]	-.635	.435	-1.489	.219	-1.461	666.000	.145	.530	.226	1.244
	[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	ALTER	-.014	.012	-.038	.010	-1.165	666.000	.245	.986	.962	1.010

Abhängige Variable: five a day dichotomisiert (Referenzkategorie = 5 oder mehr Portionen Frucht oder Gemüse pro Tag)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

a. Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.

Anhang

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsg rade 1	Freiheitsg rade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	9.000	755.000	1.231	.272
(Konstanter Term)	1.000	763.000	.784	.376
ausbild3	2.000	762.000	2.668	.070
INCOME_Q	3.000	761.000	.312	.817
egp4_r	3.000	761.000	.887	.448
ALTER	1.000	763.000	.012	.914

Abhängige Variable: five a day dichotomisiert (Referenzkategorie = 5 oder mehr Portionen Frucht oder Gemüse pro Tag)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

Tabelle 7b: Logistische Regression

Frauen im Erwerbsalter (N=766)

Abhängige Variable: Weniger als 5 Portionen Früchte oder Gemüse pro Tag

Erklärende Variablen: Ausbildung (ausbild), Haushaltsäquivalenzeinkommen (INCOME) und professionelle Stellung (egp4_r)

Kontrollierende Variablen: Geschlecht (SEX) und Alter

Parameterschätzer

five a day dichotomisiert	Parameter	B	Standardf ehler	95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen			Exp(B)	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
				Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsg rade	Sig.		Untere Grenze	Obere Grenze
0-4 Portionen Früchte oder Gemüse pro Tag	(Konstanter Term)	.057	.456	-.839	.952	.124	763.000	.901	1.058	.432	2.591
	[ausbild3=1]	.459	.464	-.451	1.369	.989	763.000	.323	1.582	.637	3.930
	[ausbild3=2]	.559	.242	.084	1.034	2.311	763.000	.021	1.749	1.088	2.811
	[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[INCOME_Q=1.00]	-.224	.308	-.829	.381	-.727	763.000	.467	.799	.437	1.463
	[INCOME_Q=2.00]	-.101	.282	-.655	.453	-.358	763.000	.720	.904	.519	1.573
	[INCOME_Q=3.00]	-.228	.257	-.733	.277	-.887	763.000	.375	.796	.480	1.319
	[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[egp4_r=1.00]	.447	.291	-.124	1.017	1.536	763.000	.125	1.563	.883	2.765
	[egp4_r=2.00]	-.057	.385	-.813	.699	-.148	763.000	.882	.945	.443	2.012
	[egp4_r=3.00]	.161	.240	-.309	.631	.672	763.000	.502	1.175	.734	1.880
	[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	ALTER	.001	.009	-.017	.019	.108	763.000	.914	1.001	.983	1.019

Abhängige Variable: five a day dichotomisiert (Referenzkategorie = 5 oder mehr Portionen Frucht oder Gemüse pro Tag)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

a. Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.

Anhang

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsgrade 1	Freiheitsgrade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	10.000	1425.000	2.694	.003
(Konstanter Term)	1.000	1434.000	37.053	.000
ausbild3	2.000	1433.000	.473	.623
INCOME_Q	3.000	1432.000	4.413	.004
egp4_r	3.000	1432.000	.584	.626
SEX	1.000	1434.000	.021	.886
ALTER	1.000	1434.000	8.499	.004

Abhängige Variable: Mouvphy3 dichotomisiert (Referenzkategorie = körperlich teilaktiv/aktiv)
Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, SEX, ALTER

Tabelle 8: Logistische Regression

Männer und Frauen im Erwerbsalter (N=1'437)
Abhängige Variable: Körperliche Bewegung
Erklärende Variablen: Ausbildung (ausbild), Haushaltsäquivalenzeinkommen (INCOME) und professionelle Stellung (egp4_r)
Kontrollierende Variablen: Geschlecht (SEX) und Alter

Parameterschätzer

Mouvphy3 dichotomisiert	Parameter	B	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen			Exp(B)	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
				Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsgrade	Sig.		Untere Grenze	Obere Grenze
körperlich inaktiv	(Konstanter Term)	-4.647	.670	-5.960	-3.333	-6.940	1434.000	.000	.010	.003	.036
	[ausbild3=1]	.391	.511	-.612	1.394	.764	1434.000	.445	1.478	.542	4.032
	[ausbild3=2]	.267	.295	-.312	.846	.904	1434.000	.366	1.306	.732	2.331
	[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[INCOME_Q=1.00]	1.029	.354	.335	1.722	2.908	1434.000	.004	2.797	1.398	5.598
	[INCOME_Q=2.00]	1.078	.344	.403	1.752	3.134	1434.000	.002	2.937	1.496	5.766
	[INCOME_Q=3.00]	.427	.330	-.221	1.074	1.293	1434.000	.196	1.532	.802	2.928
	[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[egp4_r=1.00]	.267	.318	-.358	.891	.838	1434.000	.402	1.305	.699	2.437
	[egp4_r=2.00]	.468	.370	-.258	1.195	1.264	1434.000	.206	1.597	.772	3.303
	[egp4_r=3.00]	.304	.329	-.342	.949	.923	1434.000	.356	1.355	.711	2.584
	[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[SEX=1]	-.035	.242	-.510	.440	-.143	1434.000	.886	.966	.601	1.553
	[SEX=2]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	ALTER	.033	.011	.011	.055	2.915	1434.000	.004	1.033	1.011	1.056

Abhängige Variable: Mouvphy3 dichotomisiert (Referenzkategorie = körperlich teilaktiv/aktiv)
Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, SEX, ALTER

a. Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.

Anhang

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsgrade 1	Freiheitsgrade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	9.000	687.000	2.462	.009
(Konstanter Term)	1.000	695.000	.559	.455
ausbild3	2.000	694.000	3.373	.035
INCOME_Q	3.000	693.000	1.682	.169
egp4_r	3.000	693.000	2.547	.055
ALTER	1.000	695.000	5.176	.023

Abhängige Variable: daysmoke dichotomisiert (Referenzkategorie = Nichtraucher/Gelegenheitsraucher)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

Tabelle 9a: Logistische Regression

Männer im Erwerbsalter (N=698)

Abhängige Variable: Rauchen

Erklärende Variablen: Ausbildung (ausbild), Haushaltsäquivalenzeinkommen (INCOME) und professionelle Stellung (egp4_r)

Kontrollierende Variablen: Geschlecht (SEX) und Alter

Parameterschätzer

		B	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen			Exp(B)	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
daysmoke dichotomisiert	Parameter			Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsgrade	Sig.		Untere Grenze	Obere Grenze
tägliche Raucher	(Konstanter Term)	-.269	.544	-1.337	.798	-.495	695.000	.621	.764	.263	2.222
	[ausbild3=1]	-.623	.810	-2.214	.968	-.768	695.000	.443	.537	.109	2.633
	[ausbild3=2]	.626	.302	.033	1.219	2.071	695.000	.039	1.869	1.033	3.383
	[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[INCOME_Q=1.00]	-.532	.372	-1.262	.198	-1.431	695.000	.153	.587	.283	1.219
	[INCOME_Q=2.00]	-.823	.386	-1.581	-.064	-2.130	695.000	.034	.439	.206	.938
	[INCOME_Q=3.00]	-.566	.336	-1.226	.093	-1.687	695.000	.092	.568	.294	1.097
	[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[egp4_r=1.00]	.782	.309	.175	1.389	2.529	695.000	.012	2.186	1.191	4.011
	[egp4_r=2.00]	.485	.360	-.221	1.191	1.349	695.000	.178	1.624	.802	3.290
	[egp4_r=3.00]	.012	.451	-.874	.897	.026	695.000	.979	1.012	.417	2.453
	[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	ALTER	-.026	.011	-.048	-.004	-2.275	695.000	.023	.974	.953	.996

Abhängige Variable: daysmoke dichotomisiert (Referenzkategorie = Nichtraucher/Gelegenheitsraucher)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

a. Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.

Anhang

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsg rade 1	Freiheitsg rade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	9.000	775.000	2.674	.005
(Konstanter Term)	1.000	783.000	1.241	.266
ausbild3	2.000	782.000	4.459	.012
INCOME_Q	3.000	781.000	1.015	.385
egp4_r	3.000	781.000	2.495	.059
ALTER	1.000	783.000	5.522	.019

Abhängige Variable: daysmoke dichotomisiert (Referenzkategorie =
Nichtraucher/Gelegenheitsraucher)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

Anhang

Parameterschätzer

daysmoke dichotomisiert	Parameter	B	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen			Exp(B)	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
				Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsgrade	Sig.		Untere Grenze	Obere Grenze
tägliche Raucher	(Konstanter Term)	-1.504	.559	-2.602	-.406	-2.688	783.000	.007	.222	.074	.667
	[ausbild3=1]	1.174	.546	.102	2.246	2.150	783.000	.032	3.235	1.108	9.448
	[ausbild3=2]	1.016	.348	.333	1.699	2.920	783.000	.004	2.763	1.395	5.471
	[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[INCOME_Q=1.00]	-.196	.353	-.889	.496	-.557	783.000	.578	.822	.411	1.643
	[INCOME_Q=2.00]	.051	.349	-.634	.736	.146	783.000	.884	1.052	.530	2.087
	[INCOME_Q=3.00]	.356	.298	-.229	.941	1.194	783.000	.233	1.428	.795	2.563
	[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[egp4_r=1.00]	.032	.341	-.636	.701	.095	783.000	.925	1.033	.529	2.015
	[egp4_r=2.00]	-.169	.519	-1.187	.849	-.326	783.000	.745	.845	.305	2.337
	[egp4_r=3.00]	.649	.301	.058	1.239	2.157	783.000	.031	1.913	1.060	3.452
	[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	ALTER	-.026	.011	-.048	-.004	-2.350	783.000	.019	.974	.953	.996

Abhängige Variable: daysmoke dichotomisiert (Referenzkategorie = Nichtraucher/Gelegenheitsraucher)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

a. Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.

Anhang

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsgrade 1	Freiheitsgrade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	10.000	1423.000	1.037	.410
(Konstanter Term)	1.000	1432.000	27.683	.000
ausbild3	2.000	1431.000	1.975	.139
INCOME_Q	3.000	1430.000	.559	.642
egp4_r	3.000	1430.000	.350	.789
SEX	1.000	1432.000	.496	.481
ALTER	1.000	1432.000	2.305	.129

Abhängige Variable: Dichotomisierung nach Median (Referenzkategorie = .00)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, SEX, ALTER

Tabelle 10: Logistische Regression

Männer und Frauen im Erwerbsalter (N=1'435)

Abhängige Variable: Alkohol

Erklärende Variablen: Ausbildung (ausbild), Haushaltsäquivalenzeinkommen (INCOME) und professionelle Stellung (egp4_r)

Kontrollierende Variablen: Geschlecht (SEX) und Alter

Parameterschätzer

Dichotomisierung nach Median	Parameter	B	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen			Exp(B)	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
				Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsgrade	Sig.		Untere Grenze	Obere Grenze
1.00	(Konstanter Term)	-1.879	.417	-2.697	-1.062	-4.510	1432.000	.000	.153	.067	.346
	[ausbild3=1]	-.682	.455	-1.574	.210	-1.500	1432.000	.134	.506	.207	1.234
	[ausbild3=2]	.137	.207	-.269	.542	.661	1432.000	.509	1.146	.764	1.720
	[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[INCOME_Q=1.00]	-.245	.278	-.790	.300	-.881	1432.000	.379	.783	.454	1.351
	[INCOME_Q=2.00]	-.178	.247	-.663	.306	-.721	1432.000	.471	.837	.515	1.359
	[INCOME_Q=3.00]	-.263	.216	-.688	.161	-1.217	1432.000	.224	.768	.503	1.175
	[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[egp4_r=1.00]	-.127	.230	-.577	.323	-.554	1432.000	.580	.881	.561	1.382
	[egp4_r=2.00]	.156	.287	-.408	.719	.543	1432.000	.587	1.169	.665	2.053
	[egp4_r=3.00]	-.078	.248	-.564	.407	-.317	1432.000	.752	.925	.569	1.503
	[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[SEX=1]	.125	.177	-.222	.472	.705	1432.000	.481	1.133	.801	1.603
	[SEX=2]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	ALTER	.013	.008	-.004	.029	1.518	1432.000	.129	1.013	.996	1.030

Abhängige Variable: Dichotomisierung nach Median (Referenzkategorie = .00)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, SEX, ALTER

a- Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.

Anhang

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsgrade 1	Freiheitsgrade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	9.000	656.000	1.177	.307
(Konstanter Term)	1.000	664.000	18.461	.000
ausbild3	2.000	663.000	.257	.773
INCOME_Q	3.000	662.000	1.612	.185
egp4_r	3.000	662.000	2.312	.075
ALTER	1.000	664.000	.022	.882

Abhängige Variable: Psychische Belastung dichotom (Referenzkategorie = tief)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

Tabelle 11a: Logistische Regression

Männer im Erwerbsalter (N=667)

Abhängige Variable: psychische Belastung

Erklärende Variablen: Ausbildung (ausbild), Haushaltsäquivalenzeinkommen (INCOME) und professionelle Stellung (egp4_r)

Kontrollierende Variablen: Geschlecht (SEX) und Alter

Parameterschätzer

Psychische Belastung dichotom	Parameter	B	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen			Exp(B)	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
				Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsgrade	Sig.		Untere Grenze	Obere Grenze
mittel bis hoch	(Konstanter Term)	-2.113	.593	-3.278	-.948	-3.562	664.000	.000	.121	.038	.388
	[ausbild3=1]	-.553	.786	-2.097	.991	-.703	664.000	.482	.575	.123	2.695
	[ausbild3=2]	-.016	.303	-.611	.578	-.054	664.000	.957	.984	.543	1.782
	[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[INCOME_Q=1.00]	.285	.433	-.566	1.136	.657	664.000	.512	1.329	.568	3.114
	[INCOME_Q=2.00]	-.463	.397	-1.242	.316	-1.167	664.000	.244	.629	.289	1.372
	[INCOME_Q=3.00]	-.532	.428	-1.373	.309	-1.242	664.000	.214	.587	.253	1.362
	[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[egp4_r=1.00]	.573	.383	-.179	1.324	1.497	664.000	.135	1.773	.836	3.759
	[egp4_r=2.00]	-.239	.495	-1.211	.733	-.483	664.000	.630	.788	.298	2.082
	[egp4_r=3.00]	1.000	.497	.024	1.976	2.011	664.000	.045	2.718	1.024	7.215
	[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	ALTER	.002	.011	-.019	.023	.149	664.000	.882	1.002	.981	1.023

Abhängige Variable: Psychische Belastung dichotom (Referenzkategorie = tief)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

a. Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.

Anhang

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsgrade 1	Freiheitsgrade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	9.000	747.000	2.826	.003
(Konstanter Term)	1.000	755.000	9.217	.002
ausbild3	2.000	754.000	3.650	.026
INCOME_Q	3.000	753.000	4.449	.004
egp4_r	3.000	753.000	.605	.612
ALTER	1.000	755.000	.129	.719

Abhängige Variable: Psychische Belastung dichotom (Referenzkategorie = tief)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

Tabelle 11b: Logistische Regression

Frauen im Erwerbsalter (N=758)

Abhängige Variable: psychische Belastung

Erklärende Variablen: Ausbildung (ausbild), Haushaltsäquivalenzeinkommen (INCOME) und professionelle Stellung (egp4_r)

Kontrollierende Variablen: Geschlecht (SEX) und Alter

Parameterschätzer

Psychische Belastung dichotom	Parameter	B	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen			Exp(B)	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
				Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsgrade	Sig.		Untere Grenze	Obere Grenze
mittel bis hoch	(Konstanter Term)	-2.154	.606	-3.344	-.964	-3.553	755.000	.000	.116	.035	.381
	[ausbild3=1]	1.512	.577	.380	2.644	2.622	755.000	.009	4.536	1.462	14.074
	[ausbild3=2]	.307	.357	-.394	1.009	.860	755.000	.390	1.360	.674	2.743
	[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[INCOME_Q=1.00]	.505	.398	-.276	1.286	1.269	755.000	.205	1.657	.759	3.617
	[INCOME_Q=2.00]	-.083	.364	-.798	.631	-.229	755.000	.819	.920	.450	1.880
	[INCOME_Q=3.00]	-.856	.370	-1.582	-.130	-2.316	755.000	.021	.425	.205	.878
	[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[egp4_r=1.00]	.160	.339	-.505	.825	.473	755.000	.637	1.174	.604	2.281
	[egp4_r=2.00]	-.508	.512	-1.513	.496	-.994	755.000	.321	.602	.220	1.642
	[egp4_r=3.00]	-.119	.313	-.734	.496	-.380	755.000	.704	.888	.480	1.643
	[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	ALTER	.004	.012	-.019	.028	.359	755.000	.719	1.004	.981	1.029

Abhängige Variable: Psychische Belastung dichotom (Referenzkategorie = tief)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

a. Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.

Anhang

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsgrade 1	Freiheitsgrade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	9.000	659.000	2.605	.006
(Konstanter Term)	1.000	667.000	14.185	.000
ausbild3	2.000	666.000	2.230	.108
INCOME_Q	3.000	665.000	1.187	.314
egp4_r	3.000	665.000	2.665	.047
ALTER	1.000	667.000	.498	.481

Abhängige Variable: Major Depression dichotom (Referenzkategorie = nein)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

Tabelle 12a: Logistische Regression

Männer im Erwerbsalter (N=670)

Abhängige Variable: Depressionen

Erklärende Variablen: Ausbildung (ausbild), Haushaltsäquivalenzeinkommen (INCOME) und professionelle Stellung (egp4_r)

Kontrollierende Variablen: Geschlecht (SEX) und Alter

Parameterschätzer

Major Depression dichotom	Parameter	B	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen			Exp(B)	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
				Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsgrade	Sig.		Untere Grenze	Obere Grenze
ja	(Konstanter Term)	-2.649	1.033	-4.677	-.620	-2.564	667.000	.011	.071	.009	.538
	[ausbild3=1]	-2.145	1.198	-4.497	.206	-1.791	667.000	.074	.117	.011	1.229
	[ausbild3=2]	-.710	.433	-1.560	.139	-1.642	667.000	.101	.492	.210	1.149
	[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[INCOME_Q=1.00]	-.165	.598	-1.339	1.010	-.275	667.000	.783	.848	.262	2.746
	[INCOME_Q=2.00]	-.371	.544	-1.438	.696	-.683	667.000	.495	.690	.237	2.006
	[INCOME_Q=3.00]	-1.335	.711	-2.732	.062	-1.876	667.000	.061	.263	.065	1.064
	[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[egp4_r=1.00]	1.564	.585	.416	2.712	2.674	667.000	.008	4.776	1.515	15.053
	[egp4_r=2.00]	1.137	.580	-.002	2.277	1.960	667.000	.050	3.118	.998	9.743
	[egp4_r=3.00]	1.762	.816	.159	3.364	2.159	667.000	.031	5.822	1.173	28.906
	[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	ALTER	-.011	.016	-.042	.020	-.706	667.000	.481	.989	.959	1.020

Abhängige Variable: Major Depression dichotom (Referenzkategorie = nein)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

a. Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.

Anhang

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsgrade 1	Freiheitsgrade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	9.000	751.000	.510	.868
(Konstanter Term)	1.000	759.000	11.513	.001
ausbild3	2.000	758.000	.348	.706
INCOME_Q	3.000	757.000	.151	.929
egp4_r	3.000	757.000	.964	.409
ALTER	1.000	759.000	.183	.669

Abhängige Variable: Major Depression dichotom (Referenzkategorie = nein)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

Tabelle 12b: Logistische Regression

Frauen im Erwerbsalter (N=762)

Abhängige Variable: Depressionen

Erklärende Variablen: Ausbildung (ausbild), Haushaltsäquivalenzeinkommen (INCOME) und professionelle Stellung (egp4_r)

Kontrollierende Variablen: Geschlecht (SEX) und Alter

Parameterschätzer

Major Depression dichotom	Parameter	B	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen			Exp(B)	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
				Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsgrade	Sig.		Untere Grenze	Obere Grenze
ja	(Konstanter Term)	-2.685	.758	-4.172	-1.198	-3.544	759.000	.000	.068	.015	.302
	[ausbild3=1]	-.209	.710	-1.603	1.185	-.294	759.000	.769	.812	.201	3.271
	[ausbild3=2]	-.361	.435	-1.215	.493	-.830	759.000	.407	.697	.297	1.637
	[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[INCOME_Q=1.00]	.285	.512	-.721	1.291	.556	759.000	.578	1.330	.486	3.636
	[INCOME_Q=2.00]	.261	.502	-.724	1.247	.521	759.000	.603	1.299	.485	3.479
	[INCOME_Q=3.00]	.273	.519	-.746	1.292	.526	759.000	.599	1.314	.474	3.639
	[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[egp4_r=1.00]	.712	.504	-.277	1.702	1.413	759.000	.158	2.039	.758	5.483
	[egp4_r=2.00]	.034	.894	-1.721	1.788	.038	759.000	.970	1.034	.179	5.976
	[egp4_r=3.00]	.550	.438	-.311	1.410	1.255	759.000	.210	1.733	.733	4.096
	[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	ALTER	-.006	.014	-.033	.021	-.428	759.000	.669	.994	.967	1.021

Abhängige Variable: Major Depression dichotom (Referenzkategorie = nein)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

a. Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.

Anhang

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsgrade 1	Freiheitsgrade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	9.000	687.000	2.409	.011
(Konstanter Term)	1.000	695.000	15.277	.000
ausbild3	2.000	694.000	.822	.440
INCOME_Q	3.000	693.000	3.924	.009
egp4_r	3.000	693.000	.680	.564
ALTER	1.000	695.000	.184	.668

Abhängige Variable: Schlafstörungen dichotom (Referenzkategorie = übrige)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

Tabelle 13a: Logistische Regression

Männer im Erwerbsalter (N=698)

Abhängige Variable: Schlafstörungen

Erklärende Variablen: Ausbildung (ausbild), Haushaltsäquivalenzeinkommen (INCOME) und professionelle Stellung (egp4_r)

Kontrollierende Variablen: Geschlecht (SEX) und Alter

Parameterschätzer

Schlafstörungen dichotom	Parameter	B	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen			Exp(B)	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
				Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsgrade	Sig.		Untere Grenze	Obere Grenze
starke Schlafstörung	(Konstanter Term)	-5.061	.982	-6.988	-3.134	-5.156	695.000	.000	.006	.001	.044
	[ausbild3=1]	1.161	.940	-.686	3.007	1.234	695.000	.218	3.192	.504	20.218
	[ausbild3=2]	.155	.551	-.927	1.236	.281	695.000	.779	1.167	.396	3.442
	[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[INCOME_Q=1.00]	2.045	.732	.609	3.482	2.795	695.000	.005	7.731	1.838	32.518
	[INCOME_Q=2.00]	1.071	.698	-.299	2.440	1.535	695.000	.125	2.917	.742	11.477
	[INCOME_Q=3.00]	.613	.790	-.937	2.164	.777	695.000	.438	1.847	.392	8.708
	[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[egp4_r=1.00]	.404	.575	-.725	1.533	.703	695.000	.483	1.498	.484	4.634
	[egp4_r=2.00]	.308	.618	-.906	1.522	.499	695.000	.618	1.361	.404	4.583
	[egp4_r=3.00]	1.000	.702	-.378	2.378	1.425	695.000	.155	2.717	.685	10.778
	[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	ALTER	.007	.017	-.026	.041	.429	695.000	.668	1.007	.974	1.041

Abhängige Variable: Schlafstörungen dichotom (Referenzkategorie = übrige)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

a. Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.

Anhang

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsgrade 1	Freiheitsgrade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	9.000	776.000	1.276	.246
(Konstanter Term)	1.000	784.000	16.906	.000
ausbild3	2.000	783.000	.267	.766
INCOME_Q	3.000	782.000	1.863	.134
egp4_r	3.000	782.000	.230	.876
ALTER	1.000	784.000	.015	.904

Abhängige Variable: Schlafstörungen dichotom (Referenzkategorie = übrige)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

Tabelle 13b: Logistische Regression

Frauen im Erwerbsalter (N=787)

Abhängige Variable: Schlafstörungen

Erklärende Variablen: Ausbildung (ausbild), Haushaltsäquivalenzeinkommen (INCOME) und professionelle Stellung (egp4_r)

Kontrollierende Variablen: Geschlecht (SEX) und Alter

Parameterschätzer

Schlafstörungen dichotom	Parameter	B	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen			Exp(B)	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
				Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsgrade	Sig.		Untere Grenze	Obere Grenze
starke Schlafstörung	(Konstanter Term)	-2.587	.657	-3.876	-1.298	-3.939	784.000	.000	.075	.021	.273
	[ausbild3=1]	-.039	.714	-1.441	1.364	-.054	784.000	.957	.962	.237	3.910
	[ausbild3=2]	.264	.429	-.579	1.107	.615	784.000	.538	1.302	.561	3.026
	[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[INCOME_Q=1.00]	-.830	.531	-1.873	.213	-1.563	784.000	.119	.436	.154	1.237
	[INCOME_Q=2.00]	.155	.421	-.672	.983	.369	784.000	.712	1.168	.511	2.671
	[INCOME_Q=3.00]	-.531	.463	-1.440	.379	-1.145	784.000	.252	.588	.237	1.460
	[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[egp4_r=1.00]	.115	.442	-.753	.984	.260	784.000	.795	1.122	.471	2.674
	[egp4_r=2.00]	.467	.615	-.740	1.674	.759	784.000	.448	1.595	.477	5.332
	[egp4_r=3.00]	-.009	.409	-.812	.794	-.021	784.000	.983	.991	.444	2.213
	[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	ALTER	.002	.013	-.024	.027	.121	784.000	.904	1.002	.976	1.027

Abhängige Variable: Schlafstörungen dichotom (Referenzkategorie = übrige)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

a. Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.