

Zeitschrift: SuchtMagazin

Herausgeber: Infodrog

Band: 42 (2016)

Heft: 3

Artikel: Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung

Autor: Boes, Stefan / Kaufmann, Cornel

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800348>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 29.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung

Risikoreiche Gesundheitsverhaltensweisen wie Alkohol- und Tabakkonsum, körperliche Inaktivität oder ungesunde Ernährung unterscheiden sich nach sozioökonomischem Status und sprachkulturellem Hintergrund. Von 1997 bis 2012 haben Personen mit tiefem Einkommen im Vergleich zu solchen mit hohem Einkommen ihr Gesundheitsverhalten kaum verbessert. Diese Ungleichheiten führen dazu, dass die sonst schon vulnerablen Bevölkerungsgruppen tendenziell auch einem höheren Risiko von nichtübertragbaren Krankheiten ausgesetzt sind. Die Mechanismen, die zu den Gesundheitsverhaltensweisen führen, sollten noch vertiefter untersucht werden, um die Effektivität und Effizienz von Massnahmen der Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderung zu stärken.

Stefan Boes

Prof. Dr., Seminar für Gesundheitswissenschaften und Gesundheitspolitik, Frohburgstrasse 3, CH-6002 Luzern, stefan.boes@unilu.ch, www.sboes.ch

Cornel Kaufmann

MSc in Economics, Doktorand in Gesundheitsökonomie, Seminar für Gesundheitswissenschaften und Gesundheitspolitik, Frohburgstrasse 3, CH-6002 Luzern, cornel.kaufmann@unilu.ch

Schlagwörter:

Sozioökonomische Ungleichheit | kulturelle Ungleichheit | Gesundheitsverhalten |

Hintergrund

Nichtübertragbare Krankheiten (NCDs) gehören gemäss der Weltgesundheitsorganisation WHO weltweit zu den wichtigsten Todesursachen. Beeinflussbare Verhaltensweisen wie Tabakkonsum, übermässiger Alkoholkonsum, ungesunde Ernährungsweisen und mangelnde körperliche Bewegung sind dabei die Hauptgründe für das Auftreten von NCDs wie Krebs oder Herz-Kreislaufkrankungen.¹

Hier setzen die Massnahmen der Gesundheitsförderung an. Sie haben zum Ziel, die gesundheitsschädigenden Verhalten und Lebensstile (wie bspw. Alkohol- und Tabakkonsum, körperliche Inaktivität oder ungesunde Ernährung) einzudämmen und dadurch die Gesundheit und somit die Lebensqualität zu stärken. Dadurch kann die Inzidenz und Prävalenz von chronischen Krankheiten und das Auftreten von frühzeitigen Todesfällen reduziert werden. Die verbesserte Lebensqualität wirkt sich wiederum positiv auf die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Gesamtbevölkerung aus. Die Massnahmen zur Gesundheitsförderung können einerseits auf spezifische Gruppen fokussieren, wie bspw. MigrantInnen oder Kinder und Jugendliche. Andererseits gibt es Programme, die eher weniger auf spezifische Gruppen ausgerichtet sind, z. B. Ernährungs- und Bewegungsempfehlungen durch massenmediale Kampagnen.²

Gesundheitsverhalten ist stark kontextabhängig und steht mit diversen Faktoren in Beziehung, wie z. B. den individuellen Vorlieben und Präferenzen, dem persönlichen Umfeld oder der

Gesundheitskompetenz. Wie unsere Studie aktuell für die Schweiz aufzeigt, unterscheiden sich die obengenannten risikoreichen Gesundheitsverhaltensweisen signifikant nach sozioökonomischem Status und sprachkulturellem Hintergrund. Die Studie wurde im Auftrag des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) durchgeführt und wurde Anfang 2016 als Obsan Dossier veröffentlicht.³

Basierend auf Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1997 - 2012 analysierten wir die Prävalenz von Tabakkonsum, übermässigem Alkoholkonsum und körperlicher Inaktivität sowie die Ernährungsgewohnheiten in verschiedenen Einkommensgruppen. Ein spezielles Augenmerk unserer Studie galt dem sog. gebündelten Gesundheitsverhalten, d. h. dem Auftreten von mind. zwei der untersuchten Verhaltensweisen bei derselben Person. Neuere Studien zeigen, dass gerade die Kombination von mehreren risikoreichen Gesundheitsverhaltensweisen die Morbidität und Mortalität stark erhöhen kann.⁴

In einem weiteren Schritt untersuchten wir, inwiefern sich die riskanten Gesundheitsverhaltensweisen nach dem kulturellen Hintergrund der untersuchten Personen unterscheiden. Dieser Teil der Studie nutzt die geographischen Gegebenheiten der Schweiz aus und verwendet die Erstsprache als Mass für den kulturellen Hintergrund. Mit Hilfe der exakten geographischen Lage der Haushalte im Schweizer Haushalt-Panel⁵ verglichen wir Individuen entlang der Sprachgrenze, die sich zwar durch ihre gesprochene Sprache unterscheiden, aber ansonsten in einem sehr ähnlichen institutionellen Umfeld leben.

Resultate

Sozioökonomische Ungleichheiten

Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass es signifikante Unterschiede in den risikoreichen Gesundheitsverhaltensweisen zwischen den verschiedenen Einkommensgruppen gibt. Diese Unterschiede gehen aber nicht bei allen Gesundheitsverhalten in

tatouages



dieselbe Richtung und haben sich über den betrachteten Zeitraum hinweg auch teilweise geändert.

Von 1997 bis 2012 hat sich der Anteil der Rauchenden in der gesamten Schweizer Bevölkerung von 33.6% auf 28.2% signifikant reduziert. Während im Jahr 1997 die höheren Einkommensgruppen tendenziell eher rauchten als die niedrigeren, hat der Anteil der Rauchenden bei den höheren Einkommen über die Zeit hinweg stärker abgenommen. Die gemessene sozioökonomische Ungleichheit im Rauchverhalten war daher 1997 noch statistisch signifikant, ist aber seither kleiner geworden und zumindest aus statistischer Sicht nicht mehr signifikant.⁶

Bezüglich Gesundheitsrisiko durch chronischen Alkoholkonsum⁷ und regelmässiges Rauschtrinken⁸ besteht ebenfalls eine signifikante Ungleichheit nach Einkommensklassen. Im Jahr 2012 setzten sich ungefähr 4.8% der schweizerischen Bevölkerung mind. einem moderaten Gesundheitsrisiko durch chronischen Alkoholkonsum aus, wobei die reicheren Einkommensgruppen, Männer und Personen bis 30 Jahre und ab 60 Jahren tendenziell eine höhere Prävalenz aufweisen. Die beschriebene sozioökonomische Ungleichverteilung ist über den untersuchten Zeitraum relativ konstant. Die Resultate stehen im Einklang mit früheren Studien, welche einen positiven Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und der Prävalenz von risikoreichem Alkoholkonsum aufzeigen.⁹ Hierbei ist jedoch darauf hinzuweisen, dass der Zusammenhang je nach untersuchtem Land und Kultur variieren kann.¹⁰

Über die beobachtete Zeitperiode hinweg waren die höheren Einkommensgruppen relativ mehr körperlich aktiv¹¹ als die niedrigeren Einkommensgruppen, mit in etwa gleichbleibender Ungleichheit. Auch die Verteilung des Ernährungsverhaltens¹² ist zuungunsten der tieferen Einkommensgruppen, mit einer steigenden Ungleichverteilung im Untersuchungszeitraum.

Die Prävalenzen von mind. zwei riskanten Gesundheitsverhalten unterscheidet sich stark nach Einkommensquintilen. Der Anteil Personen mit zumindest zwei riskanten Gesundheitsverhalten ist unter den tieferen Einkommensgruppen deutlich höher. Diese Ungleichheit hat sich in der beobachteten Zeitperiode zusätzlich signifikant verstärkt (siehe Abbildung 1). Dieses Resultat ist insbesondere deshalb hervorzuheben, da der Anteil Personen in der Gesamtbevölkerung mit mind. zwei riskanten Gesundheitsverhalten über die beobachtete Periode relativ konstant blieb bzw. nur ganz leicht zurückging. Daraus lässt sich schliessen, dass die höheren Einkommensgruppen über die beobachtete Zeitperiode

ihr Gesundheitsverhalten eher verbessert haben und die Prävalenz von mind. zwei riskanten Gesundheitsverhalten in den tieferen Einkommensquintilen tendenziell angestiegen ist. Multivariate Analysen zeigen, dass ein beträchtlicher Anteil der Ungleichheit in den gebündelten Gesundheitsverhalten, und insbesondere in der mangelnden körperlichen Aktivität und schlechteren Ernährung, mit einer Ungleichheit im Bildungsniveau zusammenhängt.

Sprachkulturelle Ungleichheiten

Evidenz für sprachkulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten finden wir zumindest teilweise. Deskriptive Statistiken zeigen, dass Personen in der Deutschschweiz (relativ zur französischsprachigen Schweiz) eher regelmässig körperlich aktiv sind und dass ein geringerer Anteil raucht. Die Daten zeigen aber auch, dass der Anteil adipöser Personen in der Deutschschweiz höher ist. Ob diese Ungleichheiten auf kulturelle Unterschiede oder auf andere Faktoren wie bspw. unterschiedliche institutionelle Rahmenbedingungen wie bspw. eine unterschiedliche Dichte im Sport- oder Restaurantangebot zurückzuführen sind, lässt sich jedoch anhand der einfachen Vergleiche nicht sagen.

Um die sprachkulturellen Unterschiede besser herauszuarbeiten, beschränkten wir uns deshalb in einem zweiten Schritt auf diejenigen Personen, welche in nächster Nähe zur Sprachgrenze wohnen. Dadurch können wir etwas über den Effekt des Sprachgebrauchs als Ausdruck des kulturellen Hintergrundes auf das Gesundheitsverhalten sagen. Denn Kultur prägt die Vorstellungen, die Werte und die Präferenzen einer Person und ist somit eine Determinante des individuellen Lifestyles und somit auch des Gesundheitsverhaltens. Unsere Regressionsanalysen zeigen, dass deutschsprachige (relativ zu französischsprachigen) Personen ab 30 Jahren öfter körperlich aktiv sind und weniger rauchen. Bei Personen unter 30 Jahren finden wir keine Evidenz für sprachkulturelle Unterschiede im Gesundheitsverhalten.

Diskussion

Der negative Effekt von risikoreichen Verhaltensweisen auf die Gesundheit ist von hohem Interesse für die Gesundheitspolitik und die Gesundheitsförderung, da diese Verhaltensweisen, wie wir mit unserer Studie bestätigen, in der Bevölkerung oftmals nicht gleich verteilt sind und weil sich die sonst auch schon eher vulnerablen sozioökonomischen Gruppen tendenziell einem höheren Gesundheitsrisiko aussetzen.

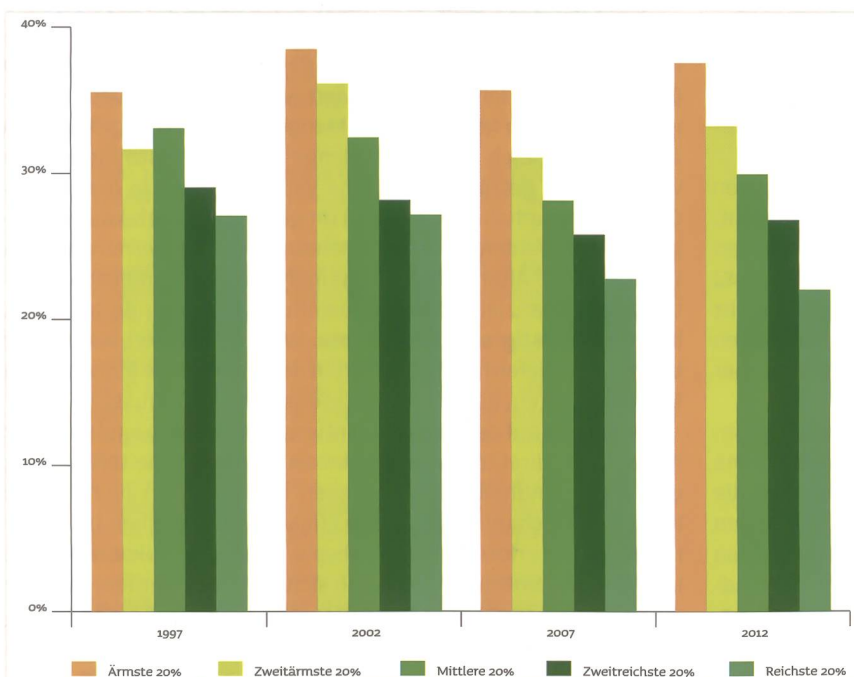


Abb. 1: Prävalenz von kombinierten Gesundheitsrisiken 1997-2012.¹⁹

Daten: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997-2012. Reproduziert aus Boes/Kaufmann/Marti (2016, Abb 5.12, S41)



Frage nach kausalen Ursachen der Ungleichheit

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage nach den Ursachen der beobachteten Trends. Warum ist der Anteil Personen mit mind. zwei risikoreichen Gesundheitsverhalten in den tieferen Einkommensgruppen über die Zeit hinweg konstant geblieben oder sogar gestiegen, während er in den höheren Einkommensgruppen gesunken ist? In dem Zusammenhang stellt sich die angrenzende Frage, ob und wenn ja, wieso Personen mit tieferen Einkommen weniger stark auf die Präventionskampagnen und Politikmassnahmen der vergangenen Jahre (wie Preissteigerungen oder Rauchverbote) angesprochen haben? Insbesondere die Preissteigerungen bei Tabakprodukten scheinen hier nicht den gewünschten Effekt zu zeigen, denn theoretisch sollten diese vor allem die tieferen Einkommen finanziell treffen. Eine abschliessende Beurteilung der Auswirkungen der verschiedenen Massnahmen ist jedoch aufgrund dieser Studie nicht möglich und bedarf noch tiefergehender Untersuchungen.

Sozioökonomische Ungleichheiten in kombinierten Risiken wurden bislang in der wissenschaftlichen Literatur wenig erforscht. Jedoch setzen sich die Gruppen mit kombinierten risikoreichen Verhaltensweisen einem erheblich höheren Gesundheitsrisiko und spezifisch einer höheren Inzidenzwahrscheinlichkeit von nicht übertragbaren Krankheiten aus. Gerade deshalb sollte diesen Gruppen in Zukunft mehr Aufmerksamkeit in der Forschung aber auch in der Gesundheitsförderung gegeben werden.

Ein möglicher Erklärungsansatz für unsere Resultate liegt im sog. Geltungskonsum bzw. der Abgrenzungstheorie.¹³ Im Sinne eines Trends zu einem «healthy lifestyle» ist es denkbar, dass die höheren Einkommensgruppen den tieferen Einkommensgruppen zeitlich voraus sind, die Letzteren aber in den nächsten Jahren nachziehen und sich die beobachteten Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten dadurch reduzieren werden. Da ein nicht unwesentlicher Teil der Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten aber mit

anderen Faktoren als dem Einkommen (bspw. den individuellen Präferenzen, Bildung und Kultur) zusammenhängt,¹⁴ hat auch dieser Erklärungsansatz Grenzen. Hier müssen alternative Mechanismen erforscht werden, welche das individuelle Gesundheitsverhalten besser erklären können. Dabei sind vor allem die Effektivität und Effizienz in der Produktion der eigenen Gesundheit zu nennen, oder aber auch die Präferenzfunktion und das persönliche Umfeld.¹⁵ Nur so können verlässliche Prognosen über zukünftige Entwicklungen des Gesundheitsverhaltens gegeben werden.

Zukunftsweisender Ansatz der experimentellen Forschung

Neuste experimentelle Verhaltensforschung hat gezeigt, dass das Umfeld das individuelle Gesundheitsverhalten stark beeinflussen kann. So wurde bspw. nachgewiesen, dass nur schon die Gläsergrösse, in der 1dl Wein serviert wird, einen positiven Zusammenhang mit der konsumierten Menge hat. Sprich, je grösser das Glas ist, bei gleich bleibender Menge pro Glas, desto mehr Wein wird letztlich getrunken.¹⁶ Solche Veränderungen in der für das Gesundheitsverhalten relevanten Umgebung, die aktiv kaum wahrgenommen werden, könnten einen ungleichheitsvermindernden Effekt zeigen.¹⁷ Alternativ kann das individuelle Gesundheitsverhalten durch (finanzielle) Anreize beeinflusst und verändert werden, bspw. vergünstigte Sportangebote. Weiter diskutiert wird in der Literatur, inwiefern die Präsentation der Auswahl die individuellen Entscheidungen, bspw. bei der Essenswahl, beeinflusst.¹⁸

Basierend auf den oben präsentierten Resultaten sind wir nicht in der Lage, direkte Anweisungen an die Gesundheitsförderung oder die Gesundheitspolitik zu geben. Dafür müssen die zugrunde liegenden Mechanismen und die Effekte von möglichen Interventionen kausal erforscht werden (bspw. anhand von ökonomischen Laborexperimenten). Nur so kann sichergestellt werden, dass die einzelnen Massnahmen der Gesundheitsförderung das individuelle Gesundheitsverhalten auch verbessern, die Inzidenz von



chronischen Krankheiten und verfrühten Todesfällen zurückgeht und sich das Wohlbefinden der Gesellschaft erhöht. Festzuhalten bleibt jedoch, dass die tieferen Einkommensgruppen relativ zu den höheren Einkommensgruppen im Gesundheitsverhalten insgesamt Aufholpotenzial haben. Deshalb sind auch in Zukunft Programme und Interventionen, die auf diese Bevölkerungsgruppe und ihren Kontext fokussieren, unabdingbar.●

Literatur

BAG – Bundesamt für Gesundheit (2007): Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Bericht in Erfüllung der Postulate Humbel Näf (05.3161) und SGK-SR(05.3230).
 BFS – Bundesamt für Statistik BFS (2015): Todesursachenstatistik. URL: <http://tinyurl.com/2dy7y7x>, Zugriff: 21.04.16.
 Boes, S./Kaufmann, C./Marti, J. (2016): Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung. Obsan Dossier Nr. 51. Neuenburg.
 Bourdieu, P. (1984): *Distinction: A social critique of the judgement of taste*. Harvard University Press.
 Costa-Font, J./Hernández-Quevedo, C./Jiménez-Rubio, D. (2014): Income inequalities in unhealthy life styles in England and Spain. *Economics & Human Biology* 13: 66-75.
 Elgar, F.J./Roberts, C./Parry-Langdon, N./Boyce, W. (2005): Income inequality and alcohol use: a multilevel analysis of drinking and drunkenness in adolescents in 34 countries. *European Journal of Public Health* 15(3): 245-250.
 Grossman, M. (1972): On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy* 80(2): 223-255.
 Hollands, G.J./Shemilt, I./Marteau, T.M./Jebb, S.A./Lewis, H.B./Wei, Y./Higgins, J.P./Ogilvie, D. (2015): Portion, package or tableware size for changing selection and consumption of food, alcohol and tobacco. *Cochrane Database Systematic Review* 9.
 Martin-Diener, E./Meyer, J./Braun, J./Tarnutzer, S./Faeh, D./Rohrman, S./Martin, BW. (2014): The combined effect on survival of four main behavioural risk factors for non-communicable diseases. *Preventive Medicine* 65: 148-152.
 Petrescu, D.C./Hollands, G.J./Marteau, T.M. (2016): Public acceptability in the UK and USA of nudging to reduce obesity: The example of reducing sugar-sweetened beverages consumption. Forthcoming.
 Thaler, R.H./Sunstein, C.R. (2009): *Nudge: Improving decisions about health, wealth and happiness*. London: Penguin.

Endnoten

- 1 Vgl. BFS 2015.
- 2 Vgl. BAG 2007.
- 3 Vgl. Boes/Kaufmann/Marti 2016.
- 4 Siehe zum Beispiel Martin-Diener et al. 2014.
- 5 vgl. www.swisspanel.ch
- 6 Als RaucherIn gilt hier eine Person, auch wenn sie nur gelegentlich raucht. Genaue Zahlen zu den Ungleichheiten finden sich in Boes/Kaufmann/Marti 2016.
- 7 Gemäss WHO führt täglicher Alkoholkonsum bei einer Frau über 20 Gramm und bei einem Mann über 40 Gramm zu einem mittleren Gesundheitsrisiko.
- 8 Gemäss der verwendeten Definition umfasst Rauschtrinken das Trinken von mind. sechs Einheiten Alkohol an einem Ereignis. Als gefährdet werden alle Individuen erfasst, die mind. einmal pro Monat Rauschtrinken.
- 9 Vgl. Costa-Font et al. 2014.
- 10 Siehe zum Beispiel Elgar et al. 2005.
- 11 Als körperlich aktiv gilt hier eine Person, die mind. einmal pro Woche sportlich aktiv ist (inkl. Schwitzen). Der Indikator gemäss Empfehlungen zur körperlicher Aktivität des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), der eine Person als aktiv einstuft, wenn sie mind. 150 Minuten pro Woche mittlerer körperlicher Aktivität ausgesetzt ist oder mind. zweimal pro Woche intensiv körperlich aktiv ist, ist nur für das Jahr 2012 verfügbar. In 2012 zeigt sich eine ähnliche Ungleichheit für beide Indikatoren, aufgrund der Vergleichbarkeit über den Untersuchungszeitraum hinweg wurde jedoch auf eine ausführlichere Untersuchung des BAG Indikators verzichtet.
- 12 Die Folgen des Ernährungsverhaltens werden einerseits durch den BMI aufgezeichnet, wobei Personen, deren BMI 30 übersteigt, generell als adipös eingestuft werden. Der zweite Indikator zeigt an, ob jemand in der einen oder anderen Weise auf seine Ernährung achtet (gemäss Fragestellung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung).
- 13 Siehe Bourdieu 1984.
- 14 Siehe Boes/Kaufmann/Marti 2016 für eine Literaturübersicht.
- 15 Siehe Grossman 1972.
- 16 Siehe für eine Übersicht: Hollands et al. 2014.
- 17 Vgl. Petrescu et al. 2016 (im Erscheinen).
- 18 Vgl. Thaler und Sunstein 2009.
- 19 Daten: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997-2012.