



OBSAN BERICHT

06/2020

# Gesundheit im Kanton Uri

Auswertungen der Schweizerischen  
Gesundheitsbefragung 2017  
und weiterer Datenbanken

Damian Hedinger



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium  
Observatoire suisse de la santé  
Osservatorio svizzero della salute  
Swiss Health Observatory



Das **Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)** ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Obsan analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind unter [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) zu finden.

**Herausgeber**

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

**Auftraggeber**

Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion des Kantons Uri

**Redaktion**

Damian Hedinger, Obsan

**Projektleitung Obsan**

Laila Burla, Damian Hedinger, Sacha Roth, Isabelle Sturny, Jonathan Zufferey

**Reihe und Nummer**

Obsan Bericht 06/2020

**Zitierweise**

Hedinger, D. (2020). *Gesundheit im Kanton Uri. Auswertungen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017 und weiterer Datenbanken* (Obsan Bericht 06/2020). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

**Auskünfte/ Informationen**

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

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, CH-2010 Neuchâtel, [obsan@bfs.admin.ch](mailto:obsan@bfs.admin.ch), Tel. 058 463 60 45

**Layout**

Sektion DIAM, Prepress/Print

**Grafiken**

Sektion DIAM, Prepress/Print

**Titelbild**

[iStock.com/Matjaz Slanic](https://www.iStock.com/MatjazSlanic)

**Titelseite**

Sektion DIAM, Prepress/Print

**Online**

[www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) → Publikationen

**Print**

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

**Copyright**

Obsan, Neuchâtel 2020  
Wiedergabe unter Angabe der Quelle  
für nichtkommerzielle Nutzung gestattet

**BFS-Nummer**

873-2005

**ISBN**

978-2-940502-92-9

# Gesundheit im Kanton Uri

Auswertungen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017  
und weiterer Datenbanken

**Redaktion** Damian Hedinger, Obsan  
**Herausgeber** Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Neuchâtel 2020



# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b>	5	<b>2.4 Körperliche Gesundheit</b>	29
.....		2.4.1 Körperliche Beschwerden	29
<b>Gesamtzusammenfassung</b>	6	2.4.2 Ausgewählte körperliche Risikofaktoren	31
.....		2.4.3 Ausgewählte Diagnosen	33
<b>1 Einleitung</b>	9	2.4.4 Unfälle und Stürze	35
.....		<b>2.5 Psychische Gesundheit</b>	37
<b>1.1 Der Gesundheitsbericht für den Kanton Uri</b>	9	2.5.1 Energie und Vitalität	37
<b>1.2 Was sind die Ziele des Gesundheitsberichts?</b>	9	2.5.2 Psychische Belastung	37
<b>1.3 Verwendete Daten: Die Schweizerische Gesundheitsbefragung als Hauptdatenquelle</b>	9	2.5.3 Symptome depressiver Erkrankungen	40
1.3.1 Was ist die SGB?	9	<b>2.6 Gesundheitsressourcen</b>	41
1.3.2 Datenerhebung sowie Teilnahme an der Erhebung 2017	10	2.6.1 Kontrollüberzeugung	41
1.3.3 Vorteile und Grenzen der SGB	11	2.6.2 Soziale Unterstützung	42
<b>1.4 Theoretischer Rahmen</b>	12	2.6.3 Einsamkeitsgefühle	43
<b>1.5 Methoden und Analysen</b>	15	<b>2.7 Zusammenfassung</b>	44
1.5.1 Definition der verwendeten Variablen	15	<b>3 Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen</b>	45
1.5.2 Deskriptive Analysen	15	.....	
1.5.3 Multivariate Analysen	15	<b>3.1 Gesundheitseinstellungen</b>	45
<b>1.6 Der Kanton Uri im Überblick</b>	18	<b>3.2 Körpergewicht, Ernährung und körperliche Aktivität</b>	47
<b>2 Gesundheitszustand</b>	21	3.2.1 Übergewicht	47
.....		3.2.2 Ernährungsbewusstsein und Ernährungsgewohnheiten	50
<b>2.1 Lebenserwartung und Mortalität</b>	21	3.2.3 Körperliche Aktivität	53
2.1.1 Lebenserwartung bei Geburt	21	<b>3.3 Konsum von psychoaktiven Substanzen</b>	57
2.1.2 Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren	22	3.3.1 Tabakkonsum	57
2.1.3 Mortalität und Todesursachen	22	3.3.2 Passivrauchen	60
2.1.4 Verlorene potenzielle Lebensjahre	24	3.3.3 Alkoholkonsum	62
<b>2.2 Selbst wahrgenommene Gesundheit</b>	24	3.3.4 Cannabiskonsum	65
<b>2.3 Lang andauernde Gesundheitsprobleme und Einschränkungen im Alltag</b>	26	3.3.5 Medikamentenkonsum	66
2.3.1 Lang andauerndes Gesundheitsproblem	26	<b>3.4 Problematischer Internetkonsum</b>	67
2.3.2 Einschränkungen im Alltag aufgrund eines Gesundheitsproblems	27	<b>3.5 Zusammenfassung</b>	68
2.3.3 Einschränkungen im Alltag bei 65-Jährigen und Älteren	28		

<b>4</b>	<b>Gesundheitliche Aspekte im Wohn- und Arbeitsumfeld</b>	69	<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	116
<hr/>				
<b>4.1</b>	<b>Störungen im Wohnumfeld</b>	70	<b>Glossar</b>	117
<hr/>				
<b>4.2</b>	<b>Arbeit und Gesundheit</b>	73		
4.2.1	Physische Belastungen	73	<b>Literaturverzeichnis</b>	119
4.2.2	Psychosoziale Belastungen bei der Arbeit	75	<hr/>	
<b>4.3</b>	<b>Emotionale Erschöpfung bei der Arbeit (Burnout)</b>	77	<b>Anhang</b>	127
4.3.1	Auswirkungen der Arbeit auf die Gesundheit	81	<hr/>	
4.3.2	Zufriedenheit mit der Arbeitssituation	82		
<b>4.4</b>	<b>Zusammenfassung</b>	83		
<b>5</b>	<b>Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen</b>	84	<hr/>	
<hr/>				
<b>5.1</b>	<b>Arztkonsultationen</b>	86		
<b>5.2</b>	<b>Präventivmedizinische Leistungen</b>	91		
5.2.1	Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen	91		
5.2.2	Krebsvorsorgeuntersuchungen	92		
5.2.3	Grippeimpfungen	94		
<b>5.3</b>	<b>Komplementärmedizinische Leistungen</b>	95		
<b>5.4</b>	<b>Spitalleistungen</b>	97		
5.4.1	Ambulante Spitalbehandlungen	97		
5.4.2	Stationäre Spitalbehandlungen	99		
<b>5.5</b>	<b>Formelle und informelle Unterstützung zu Hause</b>	100		
<b>5.6</b>	<b>Langzeitpflege in Pflegeheimen</b>	104		
<b>5.7</b>	<b>Zusammenfassung</b>	106		
<b>6</b>	<b>Kosten- und Prämienentwicklung OKP</b>	107	<hr/>	
<hr/>				
<b>6.1</b>	<b>OKP-Kosten</b>	108		
6.1.1	OKP-Bruttokosten nach Leistungserbringer und Leistungsart	108		
6.1.2	OKP-Bruttokosten nach Geschlecht und Alter der Versicherten	110		
6.1.3	Kostenbeteiligung	112		
<b>6.2</b>	<b>OKP-Prämien und Versicherungsmodelle</b>	112		
<b>6.3</b>	<b>Zusammenfassung</b>	115		

# Vorwort

## Liebe Leserin, lieber Leser des Gesundheitsreports

Die Gesundheit ist unser höchstes Gut. Leider führen häufig im Alltag Stress, Arbeit und intensive Freizeit-Aktivitäten zu einer Belastung unserer Gesundheit.

Im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017 wurden der Bevölkerung zahlreiche Fragen rund um ihren Gesundheitszustand und um das Gesundheitsverhalten gestellt. Damit wird versucht festzustellen, wie der Gesundheitszustand der Bevölkerung ist und welche Faktoren ihn beeinflussen. Beispielsweise lauten die Fragen wie folgt: «Wie wichtig ist Ihnen die Gesundheit? Fühlen Sie sich gesund? Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wie steht es um Ihre psychische Gesundheit? Bewegen Sie sich ausreichend? Legen Sie Wert auf eine gesunde Ernährung? Wie sieht es mit Ihrem Alkoholkonsum aus?»

Seit 1992 wird diese Befragung alle fünf Jahre bei einer repräsentativen Anzahl Schweizerinnen und Schweizer durchgeführt. Bei der Gesundheitsbefragung 2017 hat die Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion Uri wiederum eine Erhöhung der Anzahl von Befragungen in Auftrag gegeben. Damit werden repräsentative Auswertungen auf Kantonsebene ermöglicht. Die Ergebnisse der Gesundheitsbefragung werden im vorliegenden kantonalen Gesundheitsbericht zusammengefasst und analysiert. Es ist in Uri bereits der dritte Gesundheitsbericht. Der Bericht dient als Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen sowie für die Planung und Umsetzung von Programmen zur Prävention und Gesundheitsförderung.

Dass rund 90 Prozent der befragten Urnerinnen und Urner ihre Gesundheit als gut bis sehr gut einschätzen, ist sehr positiv. Insbesondere freut es mich, dass dieses Ergebnis seit der ersten Erhebung 2007 konstant geblieben ist. Neben der körperlichen ist auch die psychische Gesundheit sehr wichtig. Über die Hälfte der Urner Bevölkerung gibt ein hohes Energie- und Vitalitätsniveau an, was über dem Durchschnitt der Schweiz liegt. Es gibt aber auch Bereiche und Bevölkerungsgruppen, bei denen durchaus Verbesserungspotential und Handlungsbedarf besteht. So halten sich Frauen deutlich mehr an Ernährungsempfehlungen und sind insgesamt gesundheitsbewusster als Männer. Männer sorgen sich im Allgemeinen weniger um ihre eigene Gesundheit. Daher braucht es beispielsweise noch mehr Informationen und Massnahmen im Bereich Ernährung und Bewegung sowie bei den Vorsorgeuntersuchungen.

Die im vorliegenden Gesundheitsbericht aufgezeigten Ergebnisse sind grundsätzlich positiv. Es zeigt sich auch, dass die Urnerinnen und Urner trotz tiefer Ärztedichte nicht «ungesünder» sind als in anderen Regionen der Schweiz, die über ein viel grösseres Angebot an Gesundheitsdienstleistungen verfügen.

Gesundheit liegt in der Verantwortung eines jeden Einzelnen – lassen Sie uns gemeinsam dazu Sorge tragen. Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre und gute Gesundheit.



Barbara Bär, Regierungsrätin  
Vorsteherin der Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion

# Gesamtzusammenfassung

Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung sowie über die Faktoren, welche die Gesundheit beeinflussen, sind von grosser Relevanz für gesundheitspolitische Entscheide und für die Planung und Umsetzung von Programmen zur Prävention und Gesundheitsförderung. Aus diesem Grund hat die Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion Uri (GSUD) das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) nach 2007 und 2012 auch 2017 wieder beauftragt, einen umfassenden Gesundheitsbericht zu erstellen. Dieser Bericht richtet sich an Gesundheitsfachleute, politische Entscheidungsträger sowie alle weiteren interessierten Personen. Für den Kanton Uri werden im Vergleich mit der gesamten Schweiz datenbasierte Informationen zum Gesundheitszustand, zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, zu gesundheitsbezogenen Aspekten im Wohn- und Arbeitsumfeld, zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und zu den Kosten und Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) präsentiert.

Als Datengrundlage dient vorwiegend die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB), die seit 1992 alle fünf Jahre vom Bundesamt für Statistik (BFS) durchgeführt wird. Nach 2007 und 2012 hat der Kanton Uri auch im Jahr 2017 zum dritten Mal die Stichprobe der SGB erhöht und dadurch kantonale Analysen ermöglicht. Der vorliegende Bericht zeigt die Auswertung der Daten 2017 und beschreibt – wo immer möglich – die zeitliche Entwicklung zwischen 2007 und 2017 und vergleicht den Kanton Uri mit der Schweiz. Um den Bericht zu vervollständigen, wurden weitere Datenbanken für die Analysen beigezogen, unter anderem die Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS), die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) und die Todesursachenstatistik (TU) des BFS sowie der Datenpool der SASIS AG.

## *Lebenserwartung der Geschlechter wird immer ähnlicher*

Gemittelt über fünf Jahre (2012–2016) beträgt die Lebenserwartung im Kanton Uri bei Geburt 84,1 Jahre bei den Frauen und 80,5 Jahre bei den Männern und liegt damit unter dem Schweizer Durchschnitt. Die kantonale und nationale tiefere Lebenserwartung der Männer hat sich über die letzten Jahrzehnte derjenigen der Frauen angenähert, was unter anderem mit immer ähnlicherem gesundheitsrelevanten Verhalten erklärt werden kann.

Analog zur steigenden Lebenserwartung sinkt die Mortalitätsrate seit 1985, ist jedoch im Kanton Uri mit 915 Todesfällen pro 100 000 Einwohner/innen signifikant höher als die der Schweiz insgesamt (846 Todesfälle pro 100 000 Einwohner/innen).

Die häufigsten Todesursachen im Kanton Uri sind im Durchschnitt von 2012–2016 Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Frauen: 38,3%; Männer: 35,0%), gefolgt von Krebserkrankungen (Frauen: 24,5%; Männer: 28,1). Im Vergleich zur Schweiz sterben im Kanton Uri Frauen verhältnismässig häufiger aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen als Männer.

## *Die Bevölkerung im Kanton Uri fühlt sich mehrheitlich gesund*

88,1% der Urner Bevölkerung schätzen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein. Zwar nimmt die selbst wahrgenommene Gesundheit mit dem Alter ab, dennoch berichtet eine Mehrheit (74,9%) der 65-Jährigen und Älteren im Kanton von einem (sehr) guten Gesundheitszustand. Der Gesundheitszustand wird zudem massgeblich durch körperliche Beschwerden und psychische Belastungen sowie durch Gesundheitsressourcen wie Kontrollüberzeugung und soziale Unterstützung beeinflusst.

28,7% der Urner Bevölkerung (CH: 32,7%) leidet an einem lang andauernden Gesundheitsproblem, und 20,8% sind durch ein Gesundheitsproblem eingeschränkt, in der Gesamtschweiz ist dieser Anteil mit 25,2% signifikant höher. Von körperlichen Beschwerden berichten 46,4% der Urner Bevölkerung, was signifikant unter dem Wert der Schweiz liegt (55,9%), dabei sind Rücken- und Kreuzschmerzen (40,4%) und allgemeine Schwäche und Müdigkeit (35,6%) am häufigsten. 16,7% der Befragten berichten von starken, und 29,7% von leichten Beschwerden.

19,3% der Urnerinnen und Urner geben einen erhöhten Blutdruck an, 9,2% erhöhte Cholesterinwerte und 4,8% berichten von Diabetes. In der Schweiz zeigt sich zwischen 2002 und 2012 eine Zunahme dieser drei für Herz-Kreislauf-Erkrankungen relevanten Risikofaktoren, seit 2012 haben sich die Werte aber stabilisiert. Im Kanton Uri ist bei diesen Risikofaktoren seit 2007 eine zunehmende Tendenz festzustellen.

Ein Fünftel der Urner Bevölkerung hat im Jahr vor der Befragung einen Unfall erlitten, wobei Unfälle bei Sport und Spiel sowie im Haus und Garten am häufigsten sind.

## *Gute psychische Gesundheit im Kanton Uri*

Für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung ist neben der körperlichen auch die psychische Gesundheit wichtig. Über die Hälfte der Urner Bevölkerung gibt ein hohes Energie- und Vitalitätsniveau an, was über dem Durchschnitt der Schweiz liegt.



9,5% aller Urnerinnen und Urner berichten von mittleren bis starken psychischen Belastungen, was weniger sind als in der Schweiz (15,1%). Dabei sind Frauen tendenziell häufiger belastet als Männer. 5,3% der Befragten im Kanton Uri (CH: 8,6%) sind von mittleren bis schweren Depressionssymptomen betroffen, und wiederum betrifft es Frauen tendenziell häufiger als Männer. 42,2% der Urner Bevölkerung berichtet von einer hohen Kontrollüberzeugung, gleichzeitig gibt aber auch knapp ein Drittel an, sich manchmal bis häufig einsam zu fühlen.

### *Tendenziell mehr Übergewichtige, aber auch mehr körperliche Aktivität*

Im Kanton Uri und in der Gesamtschweiz achtet eine Mehrheit auf ihre Gesundheit. Nur 10,5% der Urner Bevölkerung ist bezüglich der eigenen Gesundheit unbekümmert (CH: 12,4%). Trotzdem ist ein erheblicher Teil der Bevölkerung des Kantons Uri (42,3%) und der Schweiz (42,7%) von Übergewicht (inkl. Adipositas) betroffen. Diese Anteile von Personen mit einem BMI von 25 und mehr sind seit 1992 stets angestiegen. Männer sind sowohl im Kanton Uri als auch in der Schweiz häufiger übergewichtig oder adipös als Frauen. Im Kanton Uri und in der Schweiz achten viel mehr Frauen auf ihre Ernährung als Männer, und Urner Männer achten seltener auf Ihre Ernährung als Schweizer Männer. Die Empfehlung, mindestens fünf Portionen Gemüse und/oder Früchte am Tag zu konsumieren, wird im Kanton Uri seltener eingehalten als in der Schweiz.

Im Kanton Uri sind 81,2% der Bevölkerung körperlich ausreichend aktiv, was signifikant über dem Schweizer Anteil von 75,7% liegt. Das Bewegungsniveau hat seit 2007 im Kanton Uri und in der Schweiz zugenommen.

### *Stabiler Anteil beim Tabakkonsum im Kanton Uri*

Der Raucheranteil im Kanton Uri liegt bei 23,1% und damit nahe beim Schweizer Durchschnitt von 27,1%. Im Kanton Uri sind die Anteile seit 2007 ungefähr stabil geblieben, in der Schweiz zeigt sich seit 1992 ein Rückgang des Tabakkonsums bei den Männern. Besonders auffällig ist in der Schweiz der Rückgang des Anteils starker Raucherinnen und Raucher seit 1992. Ausserdem hat auch die Belastung durch Passivrauchen im Kanton Uri und in der Schweiz zwischen 2007 und 2017 abgenommen.

Der Cannabiskonsum ist schweizweit seit 2012 leicht gestiegen, dabei konsumieren Männer häufiger als Frauen regelmässige Cannabis (5,7% vs. 2,2%).

### *Männer konsumieren häufiger täglich Alkohol als Frauen*

Der tägliche Alkoholkonsum in den letzten 25 Jahren hat schweizweit – besonders bei den Männern – stark abgenommen, dafür ist der wöchentliche Konsum angestiegen. Im Jahr 2017 berichten 12,6% aller Urner und 14,9% aller Schweizer von einem täglichen Alkoholkonsum, während nur 4,9% aller Urnerinnen und 7,1% aller Schweizerinnen von einem gleich häufigen Konsum

berichten. Auch der wöchentliche Konsum ist bei den Männern deutlich ausgeprägter als bei den Frauen. Die Anteile im Kanton Uri liegen tendenziell unter dem Schweizer Durchschnitt, jedoch ist der wöchentliche Alkoholkonsum im Kanton Uri zwischen 2007 und 2017 tendenziell leicht gestiegen. Während der tägliche Alkoholkonsum mit dem Alter stark zunimmt, ist bei der jüngeren Generation dafür das Rauschtrinken verbreiteter.

### *Hohe Arbeitszufriedenheit trotz hoher Wohn- und Arbeitsbelastungen*

41,7% aller Urnerinnen und Urner geben Störungen im Wohnbereich an, wobei Lärmstörungen (insbesondere durch Strassenverkehr) am häufigsten sind. Im Gegensatz zur Schweiz werden im Kanton Uri Störungen durch Lärm von Leuten oder Kindern, Mobilfunkantennen, Flugzeuflärm, Industrieabgase sowie andere Störungen seltener, Lärm durch die Landwirtschaft sowie elektromagnetische Störungen dagegen häufiger erwähnt. Etwa 9 von 10 Erwerbstätigen berichten sowohl von physischen als auch von psychosozialen Belastungen bei der Arbeit. Das Gefühl emotionaler Erschöpfung bei der Arbeit – ein Indikator für Burnout – wird von 12,8% der Erwerbstätigen im Kanton Uri zumindest teilweise bejaht. Dieser Anteil ist ähnlich hoch wie in der Schweiz.

Über drei Viertel der Befragten im Kanton Uri sind mit ihrer Arbeit (sehr) zufrieden, dennoch berichten 3,0% im Kanton Uri von einer (sehr) geringen Arbeitszufriedenheit, was deutlich unter dem Wert der Gesamtschweiz liegt (10,7%).

### *Unterdurchschnittliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Kanton Uri*

Der Kanton Uri liegt mit durchschnittlich 2,2 Hausarztkonsultationen pro Person nahe beim Schweizer Durchschnitt von 2,3; bei den Spezialarztkonsultationen (ohne Frauenärzte) hingegen mit 1,0 an zweitletzter Stelle aller ausgewiesenen Kantone und unter dem Schweizer Durchschnitt von 1,5. Etwas mehr als drei Viertel (75,9%) aller befragten Personen im Kanton Uri haben im Jahresintervall gar nie (35,0%) oder nur ein- bis zweimal (40,9%) eine Hausarztpraxis aufgesucht. Die Häufigkeit von Arztkonsultationen steigt mit zunehmendem Alter.

43,7% der Urnerinnen zwischen 20 und 49 Jahren haben sich im Jahresintervall einer Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs unterzogen, bei den Frauen ab 50 Jahren sinkt dieser Wert jedoch auf 28,9%. Dafür wird eine Mammografie bei Frauen (13,9%) und eine Prostatakrebsuntersuchung bei Männern (19,5%) ab dem 50. Lebensjahr häufiger durchgeführt als in jüngeren Jahren.

29,2% der Personen im Kanton Uri suchten im Jahresintervall mindestens einmal ein Spital für eine ambulante Behandlung auf, in der Schweiz beträgt der Anteil 32,9%. Spitäler werden für stationäre Behandlungen im Kanton Uri (8,0%) seltener aufgesucht als in der Schweiz (12,0%).

### *Tiefe Kosten und Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)*

Die OKP-Bruttokosten der Urner Bevölkerung beliefen sich im Jahr 2017 auf 107,4 Millionen Franken. Zwischen 2013 und 2017 sind die Kosten um jahresdurchschnittlich +1,2% gestiegen, was weniger ist als im Schweizer Durchschnitt (jahresdurchschnittlich +3,8%). Der grösste Kostenblock entfällt auf die stationären und ambulanten Leistungen der Spitäler mit 47,1% der gesamten OKP-Bruttokosten. Während die Kosten zwischen 2013 und 2017 im stationären Spitalbereich um –2,8% gesunken sind, verzeichnet der ambulante Spitalbereich einen Kostenanstieg von +5,1%. Der zweitgrösste Kostenblock sind die Arztpraxen, die gut einen Drittel (32,5%) der Gesamtkosten ausmachen.

Pro versicherte Person belaufen sich die jährlichen OKP-Bruttokosten 2017 im Kanton Uri auf 2959 Franken – damit liegt der Kanton deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt von 3842 Franken.

Die OKP-Erwachsenenprämien sind im Kanton Uri zwischen 2013 und 2017 mit jahresdurchschnittlich +2,8% weniger stark angestiegen als in der Gesamtschweiz mit jahresdurchschnittlich +3,5%. Die durchschnittliche Prämienhöhe liegt mit 3398 Franken unter dem Schweizer Durchschnitt von 4216 Franken. Versicherungsmodelle ohne Capitation (Kopfpauschalen) und das Standardmodell gemäss KVG (48,1% bzw. 29,4%) sind die häufigsten Versicherungsmodelle im Kanton Uri. Der Anteil Versicherter mit Standardmodell sinkt aber seit Jahren stetig.

### *Fazit*

Die Bevölkerung des Kantons Uri fühlt sich vergleichsweise gesund und gibt eher seltener körperliche oder psychische Gesundheitsprobleme an als der Durchschnitt der Schweiz. Der Konsum psychoaktiver Substanzen ist ebenfalls eher unterdurchschnittlich. Gesundheitsleistungen werden in den meisten Bereichen unterdurchschnittlich in Anspruch genommen, und dementsprechend sind auch die OKP-Kosten und OKP-Prämien im Vergleich mit anderen Kantonen niedrig. Allerdings ist in einigen Bereichen noch Handlungspotenzial für Prävention und Gesundheitsförderung vorhanden: Beispielsweise könnten noch mehr Massnahmen gegen Übergewicht und Adipositas aufgegleist sowie das Essverhalten optimiert werden.

# 1 Einleitung

Das Ziel von Public Health ist die Verhinderung von Krankheiten, die Verlängerung des Lebens und die Förderung der Gesundheit (WHO, 2011b). Dazu braucht es Kenntnisse über den Gesundheitszustand der Bevölkerung sowie dessen Einflussfaktoren. Anhand einer fortlaufenden Datenerfassung und einer daraus resultierenden, regelmässigen Erstellung von Indikatoren und Kennzahlen können Informationen über die Gesundheit der Bevölkerung in aktueller und aussagekräftiger Form bereitgestellt werden. Vorliegender Bericht hat zum Ziel, den politischen Entscheidungsträgerinnen und -trägern, den Gesundheitsfachleuten und allen weiteren interessierten Personen einen aktuellen Überblick über Gesundheit und Gesundheitsverhalten der Urner Bevölkerung zu verschaffen.

## 1.1 Der Gesundheitsbericht für den Kanton Uri

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) wurde von der Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion des Kantons Uri mit der Ausarbeitung eines Gesundheitsberichts beauftragt, der grösstenteils auf der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) 2017 basiert. Es handelt sich nach den Gesundheitsberichten mit den Daten 2007 und 2012 (Obsan, 2010; Sturny, 2015) um den dritten umfassenden Bericht zur Gesundheit der Urner Bevölkerung.

Der aktuelle Gesundheitsbericht für den Kanton Uri bietet einen breiten Überblick über die Gesundheit im Allgemeinen sowie detaillierte Analysen zu unterschiedlichen gesundheitsrelevanten Themen. Der Bericht ist in elektronischer und schriftlicher Form verfügbar. Er richtet sich an Fachleute des Gesundheitswesens, an Politikerinnen und Politiker sowie an alle übrigen interessierten Personen.

Der Bericht bildet eine Ergänzung zum ebenfalls vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium produzierten «Gesundheitsreport Kanton Uri» (Pahud & Hedinger, 2019). Dieser 2019 veröffentlichte Gesundheitsreport beinhaltet standardisierte Auswertungen der SGB 2017 und weiterer Datenbanken mit kurzen methodischen Erläuterungen. Der vorliegende Gesundheitsbericht ist von den Analysen her umfassender und detaillierter und bietet eine umfangreiche Beschreibung und Einbettung der Ergebnisse.

## 1.2 Was sind die Ziele des Gesundheitsberichts?

Der vorliegende Bericht soll umfassende Informationen zum Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der Urner Bevölkerung bereitstellen. Folgenden Ziele stehen im Vordergrund:

- Erstellung eines Nachschlagewerks für verschiedenste Aspekte und Informationen der öffentlichen Gesundheit im Kanton Uri.
- Identifikation potentieller Risiko- und Zielgruppen innerhalb des Kantons für gesundheitsfördernde, präventive und kurative Massnahmen.
- Identifikation und Beschreibung von Veränderungen im Gesundheitsgeschehen des Kantons zwischen den Jahren 2007 und 2017.
- Aufzeigen der Besonderheiten des Kantons Uri bezüglich gesundheitsbezogener Indikatoren sowie der soziodemografischen und strukturellen Rahmenbedingungen.

## 1.3 Verwendete Daten: Die Schweizerische Gesundheitsbefragung als Hauptdatenquelle

Die im Bericht präsentierten Analysen und Ergebnisse beruhen hauptsächlich auf der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) des Bundesamtes für Statistik (BFS). Diese Erhebung wird daher im Folgenden ausführlich beschrieben. Die anderen verwendeten Datenbanken sind in Tabelle T 1.3 übersichtsmässig dargestellt.

### 1.3.1 Was ist die SGB?

Die SGB ist eine Befragung zu gesundheitsbezogenen Themen bei Personen ab 15 Jahren in Privathaushalten, die seit 1992 alle fünf Jahre durchgeführt wird (Tabelle T 1.1). Die telefonische Befragung wird durch eine schriftliche Nachbefragung ergänzt. 2017 dauerten die Interviews durchschnittlich 35 Minuten. Die schriftliche Nachbefragung konnte online oder in Papierform beantwortet werden.

Grundgesamtheit der SGB ist die ständige Wohnbevölkerung der Schweiz (Schweizerinnen und Schweizer sowie Ausländerinnen und Ausländer mit einer Anwesenheitsbewilligung bzw. Aufenthaltsdauer von mindestens 12 Monaten) ab 15 Jahren in privaten Haushalten (BFS, 2019a). In Kollektivhaushalten lebende

## Steckbrief der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB)

T1.1

Datenproduzent	Bundesamt für Statistik (BFS), Sektion Gesundheit der Bevölkerung
Rechtsgrundlage	Verordnung vom 30. Juni 1993 über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes (SR 431.012.1) Verordnung vom 19. Dezember 2008 über die eidgenössische Volkszählung (SR 431.112.1)
Erhebungszweck	Die Schweizerische Gesundheitsbefragung liefert Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und dessen Bestimmungsfaktoren, über Krankheitsfolgen, über die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und über die Versicherungsverhältnisse. Die periodische Wiederholung erlaubt die Beobachtung der Entwicklungen in den genannten Bereichen sowie der Auswirkungen von gesundheitspolitischen Massnahmen.
Befragte	Die repräsentative Zufallsstichprobe besteht aus Personen ab 15 Jahren in privaten Haushalten.
Stichprobe	Es handelt sich um eine Stichprobenerhebung. Die Personen werden nach dem Zufallsprinzip aus dem Stichprobenrahmen für Personen- und Haushaltserhebungen (SRPH) gezogen, der auf den kantonalen und kommunalen Einwohnerregistern basiert. Im Rahmen der SGB 2017 nahmen 22 134 Personen an der Befragung teil. Von diesen füllten 18 832 Personen den zusätzlichen schriftlichen Fragebogen aus.
Periodizität	Alle fünf Jahre. Bisherige Befragungen: 1992, 1997, 2002, 2007, 2012, 2017. Nächste Befragung: 2022.
Aussagekraft	Die Stichprobenwerte werden gewichtet. Dadurch lässt sich die Zuverlässigkeit von Hochrechnungen auf die Bevölkerung der Schweiz bzw. der beteiligten Kantone verbessern.

Quelle: BFS, 2019a

© Obsan 2020

Personen (Personen, die z. B. in Strafvollzugsanstalten, Internaten, Spitälern, Alters- und Pflegeheimen, Klöstern leben) und Personen im Asylprozess werden nicht miteinbezogen.

Die Stichprobe der SGB 2017 wurde vom BFS aus dem Stichprobenrahmen für Personen- und Haushaltserhebungen (SRPH) gezogen. Der SRPH basiert auf den Datenlieferungen der kantonalen und kommunalen Einwohnerregister, die quartalsweise mit den Informationen der Telefonanbieter ergänzt werden (BFS, 2014b). Der Stichprobenplan besteht aus einer geschichteten Zufallsstichprobe von Personen und Haushalten. Die Schichten werden durch die Kantone gebildet. Die Stichprobe wird so auf die Schichten verteilt, so dass die Grossregionen<sup>1</sup> eine minimale Stichprobengrösse erhalten (mindestens 900 Interviews pro Grossregion).

Die nationale Stichprobe der SGB enthält 10 000 Interviews, die gleichmässig auf die Kantone verteilt sind. Um repräsentativere Auswertungen durchzuführen, können die Kantone ihre Stichprobe erhöhen. 2017 haben insgesamt 18 Kantone<sup>2</sup> – darunter der Kanton Uri – sowie die Stadt Zürich die Stichprobe erhöht. Zudem wurde eine vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) finanzierte Zusatzstichprobe von 1000 zusätzlichen Interviews mit Personen ausländischer Staatsbürgerschaft realisiert. Drei Viertel davon stammten aus südost- und osteuropäischen Ländern, ein Viertel aus südwesteuropäischen Ländern, verteilt über die gesamte Schweiz. Die Nettostichprobe für die Gesamtschweiz umfasst 2017 22 134 interviewte Personen. Die Erhebung wurde zudem zum zweiten Mal nach 2012 auch für das Fürstentum Liechtenstein durchgeführt (1000 Interviews).

<sup>1</sup> Die sieben Grossregionen sind: Genferseeregion (GE, VD, VS), Espace Mittelland (BE, FR, JU, NE, SO), Nordwestschweiz (AG, BL, BS), Zürich (ZH), Ostschweiz (AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG), Zentralschweiz (LU, NW, OW, SZ, UR, ZG) und Tessin (TI).

<sup>2</sup> Aargau, Appenzell Ausserrhoden, Basel-Landschaft, Bern, Freiburg, Genf, Graubünden, Jura, Luzern, Neuenburg, Obwalden, Schwyz, St.Gallen, Tessin, Thurgau, Uri, Waadt, Wallis.

### 1.3.2 Datenerhebung sowie Teilnahme an der Erhebung 2017

Die Datenerhebung der SGB erstreckte sich über das ganze Jahr 2017, um den Einfluss der Jahreszeiten auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten auszugleichen. Durchgeführt wurde die Befragung vom Markt- und Sozialforschungsinstitut LINK in Luzern.

75% der Einträge der Einwohnerregister konnten mit einer gültigen Telefonnummer verknüpft werden (BFS, 2019a). Diese Personen wurden schriftlich informiert, dass sie mittels Zufallsstichprobe ausgewählt worden waren und sie in den nächsten Tagen für ein telefonisches Interview kontaktiert werden würden. Die übrigen Personen ohne Telefonnummern (25%) erhielten eine Antwortkarte, auf der sie ihre Koordinaten angeben sowie einen Termin für das Telefoninterview vorschlagen konnten. 52% dieser Antwortkarten blieben unbeantwortet.

Im Jahr 2017 nahmen insgesamt 22 134 Personen an der Erhebung der SGB teil. Dies entspricht einer Teilnahmequote von 50,6% (BFS, 2019a). Knapp ein Drittel der kontaktierten Personen (30,0%) konnte nicht erreicht werden und 15,1% verweigerten die Teilnahme an der Erhebung. Die Teilnahmequote belief sich auf 57,4% bei jenen Personen, deren Telefonnummer bekannt war und auf 29,6% bei jenen, deren Telefonnummer zu Beginn der Erhebung nicht bekannt gewesen war.

Von den 22 134 Personen, die am Telefoninterview teilgenommen haben, waren 11 671 Frauen und 10 463 Männer. 17 277 Personen hatten die schweizerische Staatsangehörigkeit und 4857 waren in der Schweiz wohnhafte Ausländerinnen und Ausländer. Die Interviews wurden ausschliesslich in den drei Amtssprachen durchgeführt: 14 308 auf Deutsch, 5840 auf Französisch und 1986 auf Italienisch.

Die befragten Personen erhielten nach dem Telefoninterview einen schriftlichen Fragebogen für die Nachbefragung. Insgesamt füllten 18 832 Personen den schriftlichen Fragebogen aus, davon 60,5% online.

**Stichprobe und Wohnbevölkerung des Kantons Uri, nach Geschlecht und Alter, 2017, Personen ab 15 Jahren** **T 1.2**

Altersgruppe	Frauen				Männer				Total			
	Stichprobe		Bevölkerung		Stichprobe		Bevölkerung		Stichprobe		Bevölkerung	
	n	%	N	%	n	%	N	%	n	%	N	%
15–34 Jahre	63	22,7	4 185	27,5	67	28,6	4 552	28,9	130	25,4	8 737	28,2
35–49 Jahre	68	24,6	3 458	22,7	42	18,0	3 671	23,3	110	21,5	7 129	23,0
50–64 Jahre	83	30,0	3 734	24,6	75	32,1	4 052	25,8	158	30,9	7 786	25,2
Ab 65 Jahren	63	22,7	3 829	25,2	50	21,4	3 455	22,0	113	22,1	7 284	23,5
<b>Total</b>	<b>277</b>	<b>100,0</b>	<b>15 206</b>	<b>100,0</b>	<b>234</b>	<b>100,0</b>	<b>15 730</b>	<b>100,0</b>	<b>511</b>	<b>100,0</b>	<b>30 936</b>	<b>100,0</b>

Quellen: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)

© Obsan 2020

Tabelle T 1.2 zeigt die Anzahl der im Kanton Uri in der SGB befragten sowie der im Kanton wohnhaften Personen ab 15 Jahren im Jahr 2017 nach Geschlecht und Altersgruppe. Von den insgesamt 30 936 Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Uri ab 15 Jahren (Spalte N) wurden im Rahmen der SGB 2017 insgesamt 511 Personen (Spalte n) – 277 Frauen und 234 Männer – interviewt.

### 1.3.3 Vorteile und Grenzen der SGB

Die SGB stellt eine wichtige Erweiterung der Erkenntnisse zum Gesundheitszustand der Schweizer Bevölkerung dar, denn im Gegensatz zu Krankheitsregistern und medizinisch-administrativen Daten erlaubt die SGB Aussagen zur Gesamtbevölkerung und nicht nur zu Personen, die das Gesundheitswesen in Anspruch genommen haben. Zudem können mit einer solchen Befragung auch wichtige Einflussfaktoren wie Verhaltensweisen sowie bestehende Belastungen und Ressourcen erfasst und mit dem Gesundheitszustand in Bezug gesetzt werden.

Wie alle Bevölkerungsbefragungen weist die SGB aber auch Grenzen auf. So gehen Selbstangaben mit Ungenauigkeiten bzw. Verzerrungen einher, beispielsweise aufgrund unzureichender Erinnerung, fehlender Auskunftsbereitschaft oder sozialer Erwünschtheit (Bogner & Landrock, 2015; Faeh et al., 2008).

Weiter werden in der SGB lediglich in Privathaushalten lebende Personen ab 15 Jahren interviewt. Dadurch ergeben sich verschiedene, für Bevölkerungsbefragungen typische Selektionseffekte: Personen in medizinisch-sozialen sowie anderen Einrichtungen (z. B. Alters- und Pflegeheime, Gefängnisse) werden nicht befragt, weshalb der abgebildete Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung positiver ausfällt, als er real ist. Einen weiteren Selektionseffekt in Richtung gesünderer Personen ergibt sich, weil kranke Personen unter Umständen nicht bereit oder fähig sind, an einer Befragung teilzunehmen. Ebenfalls untervertreten sind in prekären Verhältnissen lebende Personen (ohne festen Wohnort oder gültige Aufenthaltsbewilligung usw.). Zudem sind Personen, die keine der drei Amtssprachen beherrschen, de facto von der Erhebung ausgeschlossen. Obwohl in der Erhebung 2017 1000 zusätzliche Interviews mit Personen ausländischer

Staatsbürgerschaft realisiert wurden (BFS, 2019a), sind Migrantinnen und Migranten mit unzureichenden Sprachkenntnissen untervertreten.

Für die telefonische und die schriftliche Erhebung der SGB wurden separate Gewichtungen berechnet, um die Daten auf die gesamte in Privathaushalten lebende Bevölkerung hochzurechnen. Dabei wurden insbesondere die Wohnregion, das Geschlecht, das Alter, die Staatsangehörigkeit, der Zivilstand sowie die Haushaltsgrösse berücksichtigt (BFS, 2019a). Dank dieser Gewichtungen lassen sich die erwähnten Verzerrungen zumindest teilweise ausgleichen. Nebst den Daten aus der SGB werden im vorliegenden Bericht auch noch weitere Datenquellen hinzugezogen (vgl. Tabelle T 1.3).

## Weitere verwendete Datenquellen

## T1.3

Datenquelle	Beschreibung
Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT)	Die BEVNAT des Bundesamtes für Statistik (BFS) ist eine der wichtigsten Grundlagen für die statistische Beobachtung der Entwicklung von Ehen und Familien in der Schweiz. Sie liefert Eckwerte für die Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), für Bevölkerungsszenarien sowie für die Berechnung von demografischen Indikatoren.
Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)	Die Statistik der Bevölkerung und der Haushalte des BFS ist Teil des eidgenössischen Volkszählungssystems. Sie liefert Informationen zum Bestand und zur Struktur der Wohnbevölkerung am Jahresende sowie zu den Bevölkerungsbewegungen während des Kalenderjahres.
Todesursachenstatistik	Die Todesursachenstatistik des BFS liefert einen Überblick über das Sterbegeschehen und zeichnet die Ursachen der Sterblichkeit in der Schweiz auf.
Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Die Medizinische Statistik des BFS erfasst jedes Jahr die Daten aller Hospitalisierungen in den Schweizer Krankenhäusern. Sowohl soziodemografische Informationen der Patientinnen und Patienten als auch administrative Daten und medizinische Informationen werden erhoben.
Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)	Die SOMED des BFS ist eine administrative Statistik, welche in erster Linie zur Beschreibung der Infrastruktur und der Tätigkeit jener Betriebe dient, die sich um ältere Menschen und Menschen mit Behinderungen kümmern. Nebst Informationen zu den erbrachten Leistungen werden u. a. auch Daten zu den betreuten Klientinnen und Klienten sowie zum Personal erhoben.
Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex-Statistik)	Die Spitex-Statistik des BFS erhebt jährlich die Angaben zum Leistungsangebot, zum Personal, zu den Klientinnen und Klienten, zu den erbrachten Dienstleistungen sowie zu den Einnahmen und Ausgaben der Spitex-Organisationen. Seit 2010 erfasst die Spitex-Statistik nicht nur die gemeinnützigen Unternehmen, sondern auch erwerbswirtschaftliche Organisationen und selbständige Pflegefachpersonen.
Datenpool SASIS AG	Der Datenpool umfasst die von der SASIS AG erhobenen Daten der Krankenversicherer und gibt Auskunft über die Prämien- und Kostenentwicklung im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) nach Leistungserbringergruppen und Leistungsarten.
Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung (NICER)	Die Stiftung NICER sammelt und aggregiert Daten, die von den verschiedenen kantonalen und regionalen Schweizer Krebsregistern erhoben werden. 2019 bestanden kantonale Krebsregister für alle Kantone ausser Solothurn, Schaffhausen und Schwyz.

© Obsan 2020

## 1.4 Theoretischer Rahmen

Was beeinflusst die Gesundheit? Diese Frage stellt die Basis für die im Bericht analysierten Gesundheitsindikatoren dar. Eine anschauliche Darstellung der verschiedenen Einflussfaktoren auf die Gesundheit ist dem Modell von Dahlgren & Whitehead (1991) zu entnehmen – ein Modell, das zwar fast 30 Jahre alt ist, aufgrund seiner Einfachheit und Stringenz aber immer noch weit verbreitet ist (Grafik G 1.1).

Im Kern des Modells stehen Merkmale wie Alter, Geschlecht und Erbanlagen, die an sich unveränderlich sind, wobei dies beim Geschlecht auch nicht so eng zu definieren ist. Die anderen Faktoren – auch als soziale Determinanten bezeichnet – lassen sich in vier Ebenen unterscheiden, wobei komplexe Wechselwirkungen bestehen:

- individuelle Lebensweise (Ernährungsweise, körperliche Aktivität usw.);
- soziale Netzwerke (Familie, Freundeskreis, Nachbarn, kommunale Netzwerke);
- Lebens- und Arbeitsbedingungen (z. B. Wohn- und Arbeitssituation, Gesundheitsversorgung);
- allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt (z. B. Wirtschaftslage, Umweltbedingungen, Sozialpolitik, Bildungs-, Gesundheits- und Sozialversicherungssystem).

Diese sozialen Determinanten lassen sich (mehr oder weniger) beeinflussen und stellen somit wichtige Ebenen politischer Interventionen dar.

Das Modell verdeutlicht, dass die Gesundheit nicht nur von genetischen und biologischen Faktoren, sondern auch durch die individuelle Lebensweise beeinflusst wird, die wiederum durch verschiedenste Bedingungen mitbestimmt wird. Existieren im Gesundheitszustand systematische Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen, so spricht man von gesundheitlicher Ungleichheit. Aus gesundheitspolitischer Sicht sind Erkenntnisse darüber, welche Bevölkerungsgruppen von ungleichen Gesundheitschancen betroffen sind, von zentraler Bedeutung.

Der überwiegende Teil gesundheitlicher Ungleichheit in einer Bevölkerung lässt sich durch sozioökonomische Unterschiede erklären (Marmot, 2005, 2010; Mielck, 2005). Der sozioökonomische Status wird dabei meist über Bildung, Einkommen und berufliche Stellung definiert. Zahlreiche Studien zeigen auf, dass Mortalität und Morbidität mit sinkendem sozioökonomischen Status zunehmen (Camenzind & Wiedenmayer, 2016; Lampert et al., 2016; Schnyder-Walser et al., 2015; Wilkinson & Marmot, 2003). Je tiefer also der Status, desto schlechter die Gesundheit, wobei der Unterschied besonders gross ist zwischen Personen mit tiefem und solchen mit mittlerem/höherem Status. Das zeigt sich u. a. bei Ergebnissen nach Bildung: Der Unterschied im Gesundheitszustand ist zwischen Personen mit und ohne nachobligatorische Ausbildung am grössten, während er zwischen



Quelle: nach Dahlgren & Whitehead (1991)

© Obsan 2020

Personen mit einer abgeschlossenen Berufslehre (Sekundarstufe II) und jenen mit einem Tertiärabschluss geringer ausfällt (Mielck, 2012).

Wie aber lässt sich dieser Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit erklären? Die Lebensverhältnisse beeinflussen den Gesundheitszustand einerseits direkt. So haben Menschen mit tieferem sozioökonomischen Status häufiger schlechtere Arbeitsbedingungen (z. B. körperliche Belastungen) und Wohnverhältnisse (z. B. Lärm, Verkehr, enger Wohnraum). Die Lebensverhältnisse wirken andererseits aber auch indirekt über das Gesundheitsverhalten auf die Gesundheit. Begrenzte finanzielle Mittel erschweren etwa eine ausgewogene Ernährung, und körperliche Aktivität ist beispielsweise auch von der Wohnumgebung abhängig. Des Weiteren verfügen Menschen mit niedrigem Status häufig über weniger Ressourcen, z. B. was die Beschaffung und das Verständnis von Gesundheitsinformationen betrifft. Auch erfahren sie weniger soziale Unterstützung. Soziale Ungleichheit wirkt sich ausserdem über die Gesundheitsversorgung auf die Gesundheit aus: Weniger Therapieangebote in sozial benachteiligten Gebieten, Unterschiede bei der Krankenversicherung (Zusatzversicherung, Franchisenhöhe), aber auch Unterschiede in der Arzt-Patienten-Kommunikation sind nur einige Beispiele in diesem Zusammenhang (Janssen et al., 2006; Mielck, 2012; Verlinde et al., 2012).

Die Lebensverhältnisse haben einen Einfluss auf den Gesundheitszustand («Armut macht krank»), der Gesundheitszustand kann sich aber auch auf die Lebensverhältnisse und damit auf

den sozioökonomischen Status auswirken («Krankheit macht arm») – es besteht aber Konsens, dass der erstere Zusammenhang der bedeutendere ist (Mielck, 2012).

Nebst «vertikalen» Ungleichheiten nach sozioökonomischem Status sind auch Ungleichheiten aufgrund von Merkmalen wie Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund, Familienstand, Region einzubeziehen. In diesem Zusammenhang wird oft von «horizontalen» Ungleichheiten gesprochen. Diese ergeben sich durch Rollenvorstellungen, Zuschreibungen und bestimmte Rechte und Pflichten, die mit diesen Merkmalen verbunden sind. Idealerweise werden für Analysen Merkmale der vertikalen und horizontalen Ungleichheit kombiniert, um ein genaueres Bild zu erhalten.

Im Folgenden wird auf einige «horizontale» Merkmale von Ungleichheit, die im Bericht analysiert werden, näher eingegangen:

### *Geschlecht*

Zahlreiche Studien belegen Unterschiede zwischen Frauen und Männern in der Inzidenz und Prävalenz von Krankheiten, aber auch im Krankheitsverlauf und in der Prognose. So weisen Frauen eine höhere Lebenserwartung auf, sie berichten aber auch häufiger von körperlichen und psychischen Beschwerden (Babitsch et al., 2016; BAG, 2008a; Crimmins et al., 2010; Robert Koch-Institut, 2014; Schumacher & Vilpert, 2011). Wenngleich es biologische Gründe dafür gibt, kommt sozialen Einflüssen eine grosse Bedeutung zu. So sind bestimmte Risiken zwischen den

Geschlechtern unterschiedlich verteilt, die die Erwerbstätigkeit (z. B. prekäre Arbeitsbedingungen, Risiken für Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle, Doppelbelastung durch Beruf und Familie), aber auch die Lebensverhältnisse allgemein (z. B. Einelternhaushalte oder Pflege von Angehörigen) betreffen. Frauen und Männer zeigen des Weiteren auch Unterschiede, was die Wahrnehmung von Symptomen, ihre Krankheitskonzepte, ihre Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung und allgemein ihren Umgang mit Krankheit betrifft. Grosse Unterschiede bestehen zudem beim gesundheitsbezogenen Verhalten (z. B. Rauchen, Ernährung, Alkoholkonsum). Ein Teil der Geschlechterunterschiede ist durch den unterschiedlichen sozioökonomischen Status bedingt, ein anderer Teil erklärt sich durch unterschiedliche Rollenvorstellungen, Zuschreibungen, Normen usw.

Im Zusammenhang mit Geschlecht muss erwähnt werden, dass Menschen mit nicht eindeutigem körperlichen Geschlecht sowie Menschen, deren Geschlechteridentität sich nicht mit dem zugewiesenen Geschlecht deckt, von besonderen gesundheitlichen Risiken betroffen sind. Diese gehen u. a. auf Diskriminierung im Alltag wie auch in der Gesundheitsversorgung zurück (Association PREOS, 2012; Gesundheitsförderung Schweiz, 2017; Reisner et al., 2018).

### *Alter*

Morbidität und Mortalität unterscheiden sich auch nach Alter. Kinder sind etwa von anderen Krankheiten betroffen als Erwachsene im mittleren Alter, und mit zunehmendem Alter häufen sich gesundheitliche Probleme und Einschränkungen sowie Multimorbidität (BFS, 2019b). Dies ist einerseits physiologisch-biologisch bestimmt, unterschiedliches Alter geht aber andererseits auch mit unterschiedlichen Lebensabschnitten (Bildungsphase, Erwerbstätigkeits- und Familienphase sowie Ruhestand) einher. Diese Phasen sowie die Übergänge zwischen diesen Lebensabschnitten (auch als Statuspassagen bezeichnet) sind mit bestimmten gesundheitlichen Ressourcen und Risiken verbunden.

### *Migrationshintergrund*

Migration wird als «wichtige Determinante gesundheitlicher Ungleichheit in westlichen Einwanderungsgesellschaften» gesehen (Lampert et al., 2016). Die drei Phasen vor, während und nach der Migration können spezifische Belastungen mit sich bringen. Auch in der Schweiz weist die Migrationsbevölkerung in vielen Aspekten eine schlechtere Gesundheit auf als die einheimische Bevölkerung (BAG, 2013b), die Mortalität ist jedoch geringer (Zufferey, 2017). Natürlich gibt es auch grosse Unterschiede zwischen Migrantinnen und Migranten, je nach Migrationsgründen sowie sozioökonomischem und rechtlichem Status.

### *Regionale Merkmale: Urbanisierungsgrad, Kanton und Sprachregion*

In der Schweiz existieren demografische, soziale, kulturelle und geografische Unterschiede. Bekannt sind auch im Gesundheitswesen deutliche Unterschiede nach Sprachregion, Kanton und auch innerhalb von Kantonen zwischen urbanen oder eher ländlichen Regionen. Diese können den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung beeinflussen.

Dieser theoretische Rahmen bildet die Grundlage für die im vorliegenden Bericht gezeigten Einflussfaktoren: Themen wie Ressourcen, Verhaltensweisen, Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen werden systematisch nach den Variablen Geschlecht, Alter, Bildung, Migrationshintergrund, Haushaltstyp, Urbanisierungsgrad sowie Sprach-/Grossregion analysiert. Aufgrund ungenügender Datenqualität ist es mit der SGB 2017 nicht möglich, das Einkommen korrekt abzubilden. Der sozioökonomische Aspekt wird deshalb nur mit dem Bildungsniveau abgedeckt (vgl. T 1.4).

Wie oben ausgeführt, müsste für zielgruppenspezifische Massnahmen idealerweise der sozioökonomische Status mit Merkmalen wie Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund usw. kombiniert werden. Multivariate Analysen (z. B. logistische Regressionen, wie sie auch im Bericht zu einigen Themen zu finden sind) ermöglichen die Kombination verschiedener Merkmale, sie sind jedoch auf Kantonsebene aufgrund zu kleiner Fallzahlen nur bedingt möglich. Die im Bericht präsentierten bivariaten Analysen ermöglichen es, Unterschiede aufzuzeigen und geben Hinweise darauf, welche Bevölkerungsgruppen in Bezug auf bestimmte gesundheitsrelevante Fragestellungen besonders unter die Lupe genommen werden müssen, wenn es um die Identifizierung von Risiko- bzw. Zielgruppen geht.



## 1.5 Methoden und Analysen

### 1.5.1 Definition der verwendeten Variablen

Ausführungen zu den verwendeten Variablen und ihre Definition finden sich jeweils bei den entsprechenden Abschnitten innerhalb der Ergebniskapitel. In Tabelle T 1.4 ist die Operationalisierung der wichtigsten Analysevariablen (Geschlecht, Alter, Bildung, Migrationshintergrund, Haushaltstyp, Urbanisierungsgrad, Sprachraum) beschrieben.

### 1.5.2 Deskriptive Analysen

Die im Gesundheitsbericht präsentierten Ergebnisse zum Kanton Uri sind primär deskriptiver Art. In den jeweiligen Kapiteln werden wichtige und interessante Resultate präsentiert und beschrieben. In den Ergebnistabellen im Anhang finden sich für alle wichtigen Gesundheitsvariablen detaillierte Ergebnisse nach Geschlecht, Alter, Bildung, Migrationshintergrund, Haushaltstyp und Urbanisierungsgrad. Enthalten ist auch ein Vergleich der Werte des Kantons Uri mit denjenigen der Schweiz, der drei Sprachregionen, der Grossregion Zentralschweiz sowie jenen aller übrigen Kantone mit aufgestockter Stichprobe. Wo immer möglich erfolgt auch ein Vergleich über die Jahre.

Im vorliegenden Gesundheitsbericht werden für alle Ergebnisse die zugehörigen Vertrauensintervalle berechnet und ausgewiesen (vgl. Kasten). Ein Vertrauensintervall zeigt mit einer im Voraus definierten statistischen Wahrscheinlichkeit den Wertebereich, in dem der tatsächliche Wert der Grundgesamtheit liegen muss. Mithilfe des Vertrauensintervalls lässt sich beurteilen, ob ein ausgewiesener Unterschied statistisch gesichert ist oder ob auch blosser Zufall hierfür verantwortlich sein könnte. Signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen (z. B. Frauen/Männer) werden in diesem Gesundheitsbericht kommentiert.

Bei Fragen, die nur zwischen 10 und 29 Personen (n) beantwortet haben, werden die Ergebnisse aufgrund der eingeschränkten statistischen Aussagekraft in Klammern präsentiert. Ergebnisse mit einer Fallzahl (n) unter 10 werden nicht ausgewiesen, sondern durch einen Punkt ersetzt. Die Ergebnisse bzw. die relativen Häufigkeiten werden jeweils auf eine Nachkommastelle gerundet. Die Aufsummierung der relativen Häufigkeiten über alle Antwortmöglichkeiten ergibt aufgrund von Rundungsdifferenzen nicht immer genau 100,0%. Die Vertrauensintervalle stehen in engem Zusammenhang mit den Fallzahlen (vgl. Kasten): Je kleiner die Fallzahl, desto grösser ist das Vertrauensintervall und damit die statistische Unsicherheit. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass bei relativen Häufigkeiten von 0,0% und 100,0% die Vertrauensintervalle den Wert Null annehmen und daher nicht ausgewiesen werden.

### 1.5.3 Multivariate Analysen

Für die wichtigsten untersuchten Variablen wurden neben deskriptiven noch multivariate Analysen (logistische Regressionen) gerechnet. Im Gegensatz zu deskriptiven Analysen ermöglichen multivariate Modelle die gleichzeitige Berücksichtigung mehrerer Einflussfaktoren auf ein Merkmal bzw. eine abhängige Variable wie beispielsweise den selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand. Als erklärende Variablen wurden jeweils die zentralen Gesundheitsdeterminanten Geschlecht, Alter, Bildung, Migrationshintergrund und Haushaltstyp berücksichtigt. Damit kann überprüft werden, ob und wie stark der Einfluss einzelner Gesundheitsdeterminanten unter gleichzeitiger Kontrolle der anderen Gesundheitsdeterminanten noch relevant ist. Die logistischen Regressionen wurden auf Ebene Gesamtschweiz gerechnet, da die Interpretation der Ergebnisse auf kantonaler Ebene aufgrund der relativ kleinen Stichproben und der damit verbundenen eingeschränkten statistischen Aussagekraft schwierig ist. Aus diesem Grund, aber auch wegen ihrer Komplexität, werden die Ergebnisse der multivariaten Analysen in diesem Bericht nicht im Detail dargestellt. Die wichtigsten Schlussfolgerungen werden jedoch im Text erwähnt.

#### Statistische Signifikanz

Statistische Stichprobenerhebungen wie die SGB gehen davon aus, dass die Ergebnisse für die ganze untersuchte Bevölkerung verallgemeinert werden können. Bis zu einem gewissen Grad können die Ergebnisse jedoch auch auf die Zufallsauswahl der Stichprobe zurückzuführen sein.

Um die Zuverlässigkeit der Ergebnisse sicherzustellen, wird üblicherweise eine Schwelle definiert, welche das Risiko eines möglichen Irrtums aufzeigt: Je kleiner diese Schwelle bestimmt wird (in der Regel und im vorliegenden Bericht 5%), umso niedriger ist die zugehörige Irrtumswahrscheinlichkeit. Ausgehend von der definierten Schwelle kann ein sogenanntes Vertrauensintervall berechnet werden, das den Bereich angibt, der mit einer Wahrscheinlichkeit von z. B. 95% das «richtige» Ergebnis enthält.

Die Spannweite des Vertrauensintervalls wird in der Regel durch die Stichprobengrösse (je grösser die Stichprobe, desto kleiner das Vertrauensintervall), die Datenvariabilität (je kleiner die Streuung der Daten, desto kleiner das Vertrauensintervall) und die gewählte Schwelle (je kleiner die Schwelle, desto grösser das Vertrauensintervall) bestimmt.

Die Berechnungen der Vertrauensintervalle erlauben Aussagen über die statistische Signifikanz von ausgewiesenen Ergebnissen. Die statistische Signifikanz wird im vorliegenden Bericht hauptsächlich für die Analyse von Unterschieden zwischen zwei oder mehreren Bevölkerungsgruppen verwendet.

## Definition der wichtigsten Analysevariablen

T 1.4

Variable	Definition
Geschlecht	Die Variable Geschlecht wird in der SGB binär (Mann/Frau) erhoben und in den Analysen entsprechend ausgewertet.
Alter	In der SGB werden nur Personen ab 15 Jahren befragt, weshalb Kinder im vorliegenden Gesundheitsbericht nicht analysiert werden können. Die Auswertungen werden in relativ grossen Altersgruppen präsentiert, die den wesentlichen Phasen der Lebenszyklen von Frauen und Männern entsprechen: 15 – 34 Jahre, 35 – 49 Jahre, 50 – 64 Jahre sowie 65 Jahre und älter.
Bildung	Der Bildungsstand entspricht in diesem Bericht der höchsten Ausbildung, die im Verlaufe des Lebens mit einem Fähigkeitsausweis oder einem Diplom abgeschlossen wurde. <ul style="list-style-type: none"> <li>– Obligatorische Schule: Personen, die in der in der obligatorischen Schule sind oder die obligatorische Schule noch nicht abgeschlossen haben, Personen, die das 10. Schuljahr absolviert haben sowie Personen, die nach der obligatorischen Schule keinen weiteren Abschluss gemacht haben.</li> <li>– Sekundarstufe II: Personen, die eine Anlehre, Haushaltsschule, 2-jährige Handelsschule, Berufslehre, Berufsmaturität, gymnasiale Maturität, Diplom-, Fach- oder Handelsmittelschule oder ein Lehrkräfte-Seminar abgeschlossen haben.</li> <li>– Tertiärstufe: Personen, die eine höhere Berufsbildung mit eidgenössischem Fachausweis erlangt oder eine höhere Techniker- bzw. Fachschule, Fachhochschule, pädagogische Hochschule (PH) oder die Universität abgeschlossen haben.</li> </ul> Anzumerken ist, dass jüngere Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung ihre Ausbildung (z. B. Lehre oder Studium) noch nicht abgeschlossen haben, der Kategorie «Obligatorische Schule» bzw. «Sekundarstufe II» zugeordnet werden, was zwar der letzten abgeschlossenen Ausbildung entspricht, aufgrund der aktuellen Ausbildung aber eine Ungenauigkeit darstellt.
Migrationshintergrund	In der früheren Gesundheitsberichtserstattung des Obsan wurden die Ergebnisse jeweils nach Nationalität ausgewiesen. Diese Unterscheidung nach Staatsangehörigkeit ist jedoch ungenau, weshalb sie durch den Migrationshintergrund ersetzt wird, der die «direkte oder indirekte Erfahrung der grenzüberschreitenden Migration einer Person noch präziser berücksichtigt als ihr Geburtsort, nämlich durch den zusätzlichen Einbezug der Migrationserfahrung ihrer Eltern.» (BFS, 2017). Der Migrationshintergrund wird mittels einer Kombination der Merkmale «Staatsangehörigkeit bei Geburt», «Geburtsort» und «Geburtsort der Eltern» bestimmt. Aufgrund zu kleiner Fallzahlen können die erste und zweite Generation bei Personen mit Migrationshintergrund nicht unterschieden werden. Aus demselben Grund sind auch Analysen nach Herkunftsland auf kantonaler Ebene nicht möglich. Zu Personen, die über einen Proxy-Fragebogen befragt wurden, bestehen keine Angaben zum Migrationshintergrund. Daraus resultieren etwas mehr als 900 fehlende Werte, von denen 62% auf mangelnde Kenntnisse der Landessprachen zurückzuführen sind.
Haushaltstyp	Folgende vier Haushaltstypen werden unterschieden: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Einpersonenhaushalt</li> <li>– Paar ohne Kinder</li> <li>– Paar mit Kind(ern)</li> <li>– Einelternhaushalt mit Kind(ern)</li> </ul> Andere Haushaltstypen (Mehrfamilienhaushalte, Nichtfamilienhaushalt mit mehreren Personen) werden aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht ausgewiesen.
Urbanisierungsgrad	Zur Festlegung des Urbanisierungsgrades wurde die Stadt/Land-Typologie 2012 des BFS verwendet, die sich von der früheren Kategorisierung «Stadt-Land» unterscheidet. Neben einer städtischen und einer ländlichen Kategorie wurde neu auch ein Typ «intermediär» definiert, der sowohl städtische wie auch ländliche Merkmale aufweist. Dieser Ansatz entspricht auf internationaler Ebene demjenigen des Statistischen Amtes der Europäischen Union EUROSTAT sowie der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung OECD, wenn auch die jeweiligen Typisierungen nicht direkt miteinander vergleichbar sind. Die Stadt/Land-Typologie 2012 ist von der Gemeindetypologie 2012 mit 9 Kategorien abgeleitet, welche die Gemeinden der Schweiz nach Dichte-, Grösse- und Erreichbarkeitskriterien unterscheidet. Weitere Informationen finden sich in der Publikation des BFS (2017).
Grossregion	Die Grossregionen wurden durch die Zusammenfassung der Kantone gebildet: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Genferseeregion: GE, VD, VS</li> <li>– Espace Mittelland: BE, FR, JU, NE, SO</li> <li>– Nordwestschweiz: AG, BL, BS</li> <li>– Zürich: ZH</li> <li>– Ostschweiz: AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG</li> <li>– Zentralschweiz: LU, NW, UR, OW, SZ, ZG</li> <li>– Tessin: TI</li> </ul>
Sprachregion	Die Zuteilung in die drei Sprachregionen erfolgte aufgrund der Gemeindesprache, in der die befragte Person lebt. Die Zuordnung der Gemeinden zu einer Sprachregion basiert auf den Raumgliederungen der Schweiz des BFS.

© Obsan 2020

**Wie sind die Grafiken zu lesen?**

Bestimmte (nicht gestapelte) Säulen- oder Balkendiagramme verfügen über Vertrauensintervalle (vgl. Kasten zur statistischen Signifikanz weiter vorne). Unterschiede zwischen den Geschlechtern, Altersgruppen, Erhebungsjahren oder Unterschiede zwischen dem Kanton Uri und der Gesamtschweiz bzw. anderen Kantonen sind als signifikant interpretierbar, wenn sich die Intervalle (die schwarzen vertikalen Linien) nicht überlappen. Im Folgenden sollen einige Ergebnisse am Beispiel einer vergleichbaren Grafik des Kapitels 2 (Grafik G2.8 ohne Bildungsniveau und Migrationshintergrund) erläutert werden:

*Vergleich Kanton Uri mit der Gesamtschweiz*

In der Grafik G1.2 sind die Werte für den Kanton dunkelblau, diejenigen der Gesamtschweiz hellblau gefärbt. Betrachtet man das Resultat für das Total, so ist die Urner Bevölkerung zwar mit 28,7% etwas weniger häufig von einem dauerhaften Gesundheitsproblem betroffen als die Schweizer Bevölkerung (32,7%) – die Vertrauensintervalle überschneiden sich jedoch, der Unterschied ist somit nicht signifikant. Auch bei den Ergebnissen nach Geschlecht und Alter zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen dem Kanton Uri und der Gesamtschweiz.

*Vergleich nach Geschlecht und Alter*

Die Ergebnisse zeigen für den Kanton Uri keine signifikanten Geschlechterunterschiede: Urnerinnen (30,4%) sind zwar etwas häufiger von lang andauernden Gesundheitsproblemen betroffen als Urner (26,9%), die Vertrauensintervalle überschneiden sich jedoch, der Unterschied ist somit nicht signifikant. Auf Schweizer Ebene unterscheiden sich Frauen (34,7%) signifikant von den Männern (30,5%). Die fehlende Signifikanz auf kantonaler Ebene dürfte in diesem Fall auf die geringere Stichprobengrösse zurückzuführen sein.

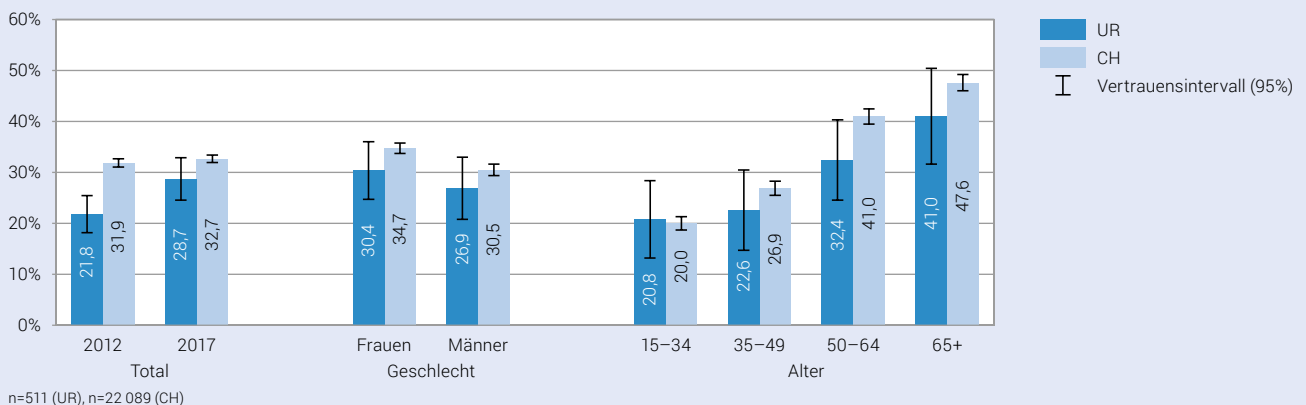
Die Ergebnisse nach Alter sind für den Kanton Uri zwischen den einzelnen Altersgruppen ebenfalls nicht überall signifikant. Zwischen den 15- bis 34-Jährigen und den 65-Jährigen und Älteren beispielsweise aber schon. Auf Schweizer Ebene sind die Unterschiede zwischen allen Altersgruppen signifikant. Auch hier liegt der Grund wohl in der unterschiedlichen Stichprobenzahl.

Die Interpretation der Signifikanz von Unterschieden ist nur zulässig, wenn sich die untersuchten Gruppen gegenseitig ausschliessen. So darf beispielsweise der Unterschied zwischen allen Männern und allen Personen der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren bezüglich Signifikanz nicht interpretiert werden. Auch wenn sich die Vertrauensintervalle nicht überschneiden, so ist die Interpretation «signifikant unterschiedlich» in diesem Fall unzulässig, da die beiden verglichenen Gruppen eine Schnittmenge mit der Ausprägung «Männer 65+» besitzen. Unterschiede können folglich nur zwischen den Ausprägungen derselben Kategoriengruppen (z.B. Geschlecht, Alter, Bildung) bezüglich Signifikanz interpretiert werden.

Dieser Logik folgend dürften Unterschiede zwischen einem Kanton und dem nationalen Wert (Schweiz) auch nicht bezüglich Signifikanz interpretiert werden, da jeder Kanton eine Teilmenge der gesamten Schweiz ist. Die Gesundheitsindikatoren zur Schweiz müssten streng genommen jeweils ohne den zu vergleichenden Kanton berechnet werden, und jeder Kanton hätte auf diese Weise einen eigenen nationalen Wert als Vergleichsgrösse. Um nicht 26 unterschiedliche nationale Ergebnisse ausweisen zu müssen, wird in diesem Bericht die Schweiz einheitlich als Summe der 26 Kantone berechnet und ausgewiesen. Die so entstehende Unschärfe bei der Interpretation wird in Kauf genommen.

**Lang andauerndes Gesundheitsproblem, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2012 und 2017**

**G1.2**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

## 1.6 Der Kanton Uri im Überblick

Im Unterkapitel 1.4 wurde gezeigt, dass soziodemografische und strukturelle Faktoren einen Einfluss auf den Gesundheitszustand und das gesundheitsrelevante Verhalten einer Bevölkerung haben können. Erwähnt wurde dabei auch die Rolle des Gesundheitsversorgungssystems. Tabelle T1.5 präsentiert nun einige Kennzahlen, die einen Vergleich zwischen dem Kanton Uri und der Schweiz bezüglich soziodemografischer und struktureller Indikatoren ermöglichen. Analog zu den Ergebnissen der SGB 2017 werden – sofern vorhanden – Kennzahlen zum Jahr 2017 gezeigt. Die demografische Entwicklung bezieht sich hingegen auf den Zeitraum 2012 bis 2017. Zusätzlich wird in Grafik G1.3 die Bevölkerung des Kantons Uri nach Alter und Geschlecht im Vergleich mit der Schweiz gezeigt.

### Geringes Bevölkerungswachstum 2012–2017

Die ständige Wohnbevölkerung im Kanton Uri betrug am Jahresende 2017 36 299 Personen und ist damit bevölkerungsmässig der zweitkleinste Kanton der Schweiz. 88,5% der Urnerinnen und Urner lebten in urbanen Gebieten (CH: 84,8%). Das Bevölkerungswachstum zwischen 2012 und 2017 betrug 1,7% und war damit deutlich tiefer als jenes der Gesamtschweiz (5,5%). Die Geburtenrate lag mit 9,6 Geburten auf 1000 Einwohnerinnen und Einwohner nahe am schweizerischen Durchschnitt von 10,3. Bezüglich Altersstruktur sind die Anteile im Kanton Uri

im Vergleich zur Gesamtschweiz bei den 35- bis 49-Jährigen eher unterdurchschnittlich, bei den 65-Jährigen und Älteren eher überdurchschnittlich. Die Zahlen zur Haushaltsstruktur zeigen, dass der Anteil Einpersonenhaushalte mit 30,9% tiefer ist als jener der Gesamtschweiz. Mit 16,0% weist der Kanton Uri den tiefsten Anteil Personen mit Migrationshintergrund auf (CH: 37,2%).

### Tiefe Arbeitslosen- und Sozialhilfequote im Kanton Uri

In Bezug auf die Bildung zeigt sich, dass die Anteile der Personen ohne nachobligatorische Schulbildung (29,5%) sowie derjenigen mit Abschluss auf Sekundarstufe II (50,4%) höher sind als die entsprechenden Schweizer Werte. Bei der Tertiärstufe liegt der Kanton Uri mit 20,1% (CH: 31,1%) auf Rang 25.

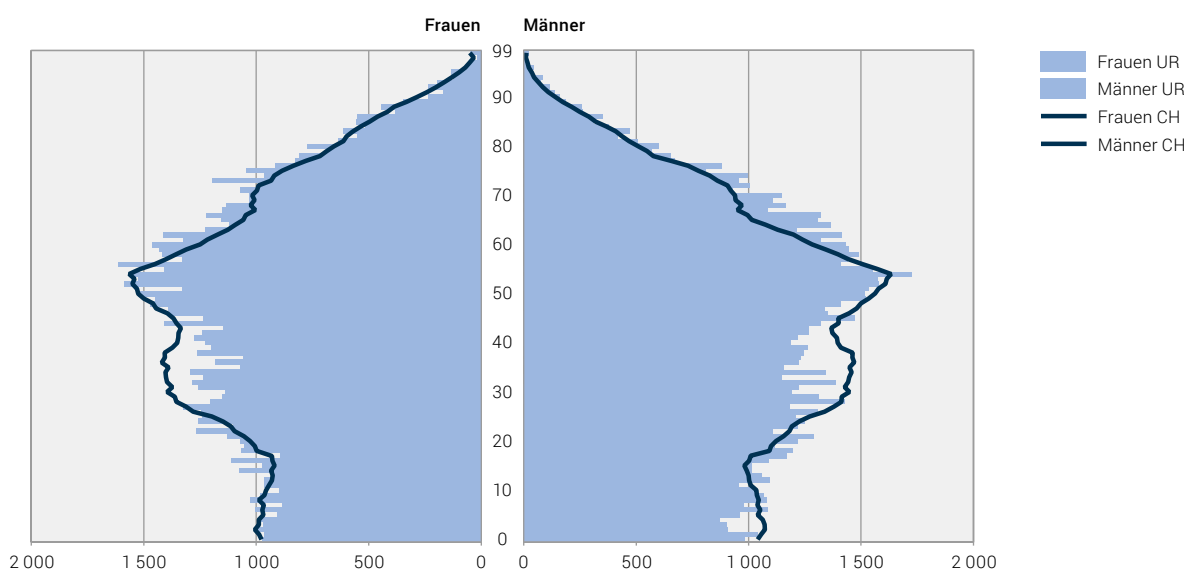
Bei der Beschäftigungsstruktur sind höhere Beschäftigungsanteile im 1. Sektor (Land- und forstwirtschaftliche Produktion; UR: 8,2%; CH: 3,2%) sowie im 2. Sektor (Industrie, Gewerbebetriebe und Handwerker; UR: 28,6%; CH: 21,0%) und ein tieferer im 3. Sektor (Dienstleistungen und Verwaltungen; UR: 63,1%; CH: 75,8%) zu verzeichnen.

Die Arbeitslosen- und Sozialhilfequote liegt im Kanton Uri deutlich unter dem entsprechenden Durchschnittswert der Schweiz. Dasselbe gilt auch für das Bruttoinlandprodukt: Mit 52 827 Franken pro Einwohnerin und Einwohner weist der Kanton diesbezüglich den tiefsten Wert aller Kantone auf (CH: 78 869).

## Bevölkerung, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2018

Alter in Jahren

G1.3



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

© BFS 2020

### Weniger Grundversorgungs- und Spezialarztpraxen im Kanton Uri

Tabelle T 1.5 präsentiert auch einige Kennzahlen zur medizinischen Versorgung. Im ambulanten Sektor liegen die Werte unter dem Schweizer Durchschnitt. So belegt der Kanton Uri in puncto Grundversorgerdichte wie auch Dichte von Spezialärztinnen und -ärzten schweizweit Platz 26: Im Kanton kommen auf 10 000 Einwohnerinnen und Einwohner 6,3 Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung, in der Gesamtschweiz sind es 9,4. Noch grösser fällt der Unterschied in der Spezialmedizin aus: Dort kommen auf 10 000 Einwohnerinnen und Einwohner 3,0 Ärztinnen und Ärzte – viermal weniger als im Schweizer Durchschnitt (12,4 Ärztinnen/

Ärzte pro 10 000 Einwohner/innen). Die Apothekendichte ist schweizweit die zweittiefste (0,6 Apotheken pro 10 000 Einwohner/innen; CH: 2,1).

Im stationären Bereich zeigt sich ein anderes Bild: Die Rate der belegten Spitalbetten war mit 1,4 belegten Betten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner zwar ebenfalls tiefer als in der Gesamtschweiz (2,1). Die altersstandardisierte Hospitalisierungsrate in Akutspitalern und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer liegen aber nahe beim Schweizer Durchschnitt.

Mit 77,0 Plätzen standen 2017 im Kanton Uri mehr Plätze in Alters- und Pflegeheimen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner ab 65 Jahren zur Verfügung als in der Gesamtschweiz (61,8).

## Ausgewählte Kennzahlen des Kantons Uri im Vergleich zur Schweiz

T 1.5

Kennzahl	UR	CH	Rang UR <sup>1</sup>	Beschreibung der Kennzahl, Quelle
<b>Bevölkerungsgrösse 2017</b>				
Frauen	17 777	4 277 696	25	Ständige Wohnbevölkerung am Jahresende, nach Geschlecht (BFS – STATPOP 2017)
Männer	18 522	4 206 434	25	
<b>Total</b>	<b>36 299</b>	<b>8 484 130</b>	<b>25</b>	
<b>Bevölkerungsentwicklung 2012 – 2017 (in %)</b>				
Frauen	1,7	5,1	24	Zunahme/Abnahme zwischen 2012 und 2017 der ständigen Wohnbevölkerung am Jahresende, nach Geschlecht (BFS – STATPOP 2012–2017)
Männer	1,7	6,0	26	
<b>Total</b>	<b>1,7</b>	<b>5,5</b>	<b>26</b>	
<b>Altersstruktur 2017 (in %)</b>				
0 – 14 Jahre	14,8	15,0	15	Anteil der Altersgruppen an der ständigen Wohnbevölkerung am Jahresende (BFS – STATPOP 2017)
15 – 34 Jahre	24,1	24,7	15	
35 – 49 Jahre	19,6	21,4	22	
50 – 64 Jahre	21,4	20,7	14	
65+ Jahre	20,1	18,3	7	
<b>Geburten 2017</b>				
Geburtenrate (pro 1 000 Einwohner/innen)	9,6	10,3	17	Anzahl Lebendgeburten pro 1 000 Einwohner/innen (BFS – STATPOP 2017, BEVNAT 2017)
Fruchtbarkeit: zusammengefasste Geburtenziffer	1,6	1,5	4	Durchschnittliche Anzahl Kinder je Frau (BFS – STATPOP 2017, BEVNAT 2017)
<b>Anteil der Bevölkerung in städtischen Gebieten 2017 (in %)</b>	<b>88,5</b>	<b>84,8</b>	<b>10</b>	Anteil der Bevölkerung in städtischen Gebieten am Total der ständigen Wohnbevölkerung (BFS – STATPOP 2017)
<b>Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund 2017 (in %)</b>	<b>16,0</b>	<b>37,2</b>	<b>26</b>	Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund (1. und 2. Generation) am Total der ständigen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren (BFS – SAKE 2017)
<b>Haushaltsstruktur 2017</b>				
Anzahl Personen pro Haushalt	2,4	2,2	4	Durchschnittliche Anzahl Personen in Privathaushalten
Anteil Einpersonenhaushalte (in %)	30,9	35,5	24	Anteil Einpersonenhaushalte an allen Haushalten (BFS – Strukturerhebung 2017)

<sup>1</sup> Rang 1 bedeutet jeweils den höchsten Wert in der jeweiligen Kennzahl

## Ausgewählte Kennzahlen des Kantons Uri im Vergleich zur Schweiz (Fortsetzung)

T 1.5

Kennzahl	UR	CH	Rang UR <sup>1</sup>	Beschreibung der Kennzahl, Quelle
<b>Bildungsstand in der Bevölkerung 2017 (ab 15 Jahren, in %)</b>				
ohne nachobligatorische Ausbildung	29,5	23,6	6	Anteil der Personen mit dem jeweils höchsten Abschluss an der Gesamtbevölkerung; nicht aufgeführt ist der Anteil Personen «ohne Angabe» (BFS – Strukturerhebung 2017)
Sekundarstufe II	50,4	45,3	9	
Tertiärstufe	20,1	31,1	25	
<b>Beschäftigungsstruktur 2016 (in %)</b>				
Beschäftigte im 1. Sektor	8,2	3,2	2	Anteil der Beschäftigten nach den drei Wirtschaftssektoren (BFS – Statistik der Unternehmensstruktur 2016)
Beschäftigte im 2. Sektor	28,6	21,0	10	
Beschäftigte im 3. Sektor	63,1	75,8	22	
<b>Nettoerwerbsquote 2017 (15–64-Jährige, in %)</b>				
	84,9	81,6	3	Anteil der Erwerbspersonen an der ständigen Wohnbevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren (BFS – Strukturerhebung 2017)
<b>Arbeitslosenquote 2017 (in %)</b>				
	1,0	3,2	24	Anteil der registrierten Arbeitslosen im Jahresdurchschnitt 2017 an der Gesamtzahl der Erwerbspersonen gemäss Strukturerhebung 2012–2014 (SECO – Arbeitslosenstatistik 2012–2014; BFS – Strukturerhebung 2017)
<b>Bruttoinlandprodukt pro Einwohner/in 2016 (in CHF)</b>				
	52 827	78 869	26	BIP pro Einwohner/in (BFS – Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung 2016, provisorische Daten)
<b>Sozialhilfequote 2017 (in %)</b>				
	1,3	3,3	23	Anteil der Sozialhilfeempfänger/innen an der ständigen Wohnbevölkerung (BFS – Sozialhilfestatistik 2017, STATPOP 2017)
<b>Ärztendichte 2017 (pro 10 000 Einwohner/innen)</b>				
				Anzahl Ärztinnen und Ärzte in freier Praxis (FMH – Ärztestatistik 2017)
Grundversorgung (GV)	6,3	9,4	26	GV: Allgemeine Innere Medizin, Praktische/r Ärztin/Arzt, Kinder- und Jugendmedizin
Spezialmedizin	3,0	12,4	26	Spezialmedizin: restliche Fachgebiete
<b>Apothekendichte 2017 (pro 10 000 Einwohner/innen)</b>				
	0,6	2,1	25	Anzahl Apotheken ohne Spitalapotheken pro 10 000 Einwohner/innen (pharmaSuisse, Schweizerischer Apothekerverband 2017)
<b>Rate der belegten Spitalbetten 2017 (pro 1 000 Einwohner/innen und pro Tag)</b>				
	1,4	2,1	22	Anzahl belegter Betten in Krankenhäusern pro 1 000 Einwohner/innen und pro Tag; Austritte im Jahr 2017 (BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2017, STATPOP 2017)
<b>Hospitalisierungsrate 2017 (pro 1 000 Einwohner/innen)</b>				
	143,1	145,6	16	Altersstandardisierte Hospitalisierungsrate in Akutspitälern pro 1 000 Einwohner/innen; Austritte im Jahr 2017 (BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2017, STATPOP 2017)
<b>Aufenthaltsdauer in Akutspitälern 2017 (in Tagen)</b>				
	5,2	5,3	12	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Akutspitälern; Austritte im Jahr 2017 (BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2017)
<b>Plätze in Alters- und Pflegeheimen 2017 (pro 1 000 Einwohner/innen über 65 Jahre)</b>				
	77,0	61,8	5	Anzahl belegter und nicht belegter Plätze in Alters- und Pflegeheimen pro 1 000 Einwohner/innen über 65 Jahre; verfügbare Langzeitplätze am 1. Januar 2017 (BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2017, STATPOP 2017)

<sup>1</sup> Rang 1 bedeutet jeweils den höchsten Wert in der jeweiligen Kennzahl

# 2 Gesundheitszustand

**Vorliegendes Kapitel untersucht folgende Aspekte des Gesundheitszustandes:**

- Lebenserwartung und Mortalität
- Selbst wahrgenommene Gesundheit
- Gesundheitsprobleme und Einschränkungen im Alltag
- Körperliche und psychische Gesundheit
- Gesundheitsressourcen

Vorliegendes Kapitel 2 stellt verschiedene Indikatoren zum Ausmass der körperlichen und psychischen Gesundheit sowie zur Verfügbarkeit von Gesundheitsressourcen der Urner Bevölkerung vor.

## 2.1 Lebenserwartung und Mortalität

### 2.1.1 Lebenserwartung bei Geburt

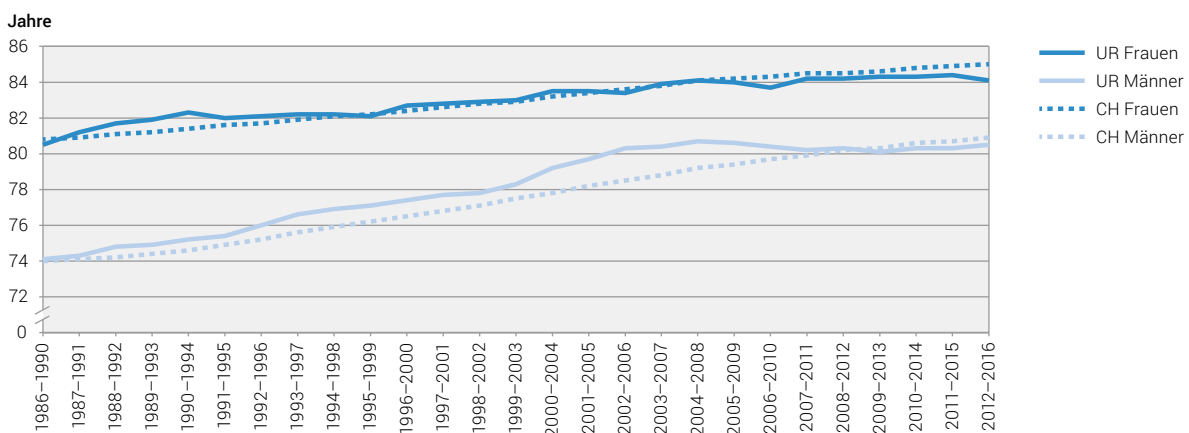
Gesundheit wurde 1948 von der Weltgesundheitsorganisation WHO als ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur als das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen definiert (WHO, 1946). Die Definition von Gesundheit orientiert sich im vorliegenden Bericht an dieser WHO-Definition und übernimmt gleichzeitig die These von Antonovsky zu einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (Antonovsky, 1997). So ist eine Person nicht einfach «gesund» oder «krank», sondern sie befindet sich zwischen diesen beiden Polen. Ihr gesundheitlicher Zustand hängt dabei von bestehenden Belastungen und den verfügbaren Ressourcen ab. Letztere wirken als Schutzfaktoren und können gesundheitliche Auswirkungen von Belastungen mildern resp. verhindern, indem sie deren Bewältigung erleichtern (Bachmann, 2014).

Die Lebenserwartung bei Geburt entspricht der durchschnittlichen Zahl der zu erwartenden Lebensjahre eines Neugeborenen unter der Voraussetzung, dass die altersspezifischen Sterblichkeitsverhältnisse eines bestimmten Kalenderjahres während des ganzen Lebens konstant bleiben.<sup>1</sup> Dieser Messwert wird weltweit genutzt, um die Gesundheit einer Bevölkerung mit anderen Ländern zu vergleichen, unter anderem, weil die Sterblichkeit in fast allen Ländern statistisch gut dokumentiert ist. Der Indikator zur Lebenserwartung reflektiert den kumulierten Effekt von Risikofaktoren, Krankheiten, Unfällen und medizinischen Behandlungen in einem Land oder einer Region (ECHIM, 2012).

Im Kanton Uri ist die Lebenserwartung bei Geburt der Männer seit der Fünfjahresperiode 1986–1990 stetig angestiegen, diejenige der Frauen stagniert jedoch seit 2013 (Fünfjahresdurchschnitt

**Lebenserwartung bei Geburt, nach Geschlecht, Kanton Uri und Schweiz, Fünfjahresdurchschnitte 1986–2016**

**G2.1**



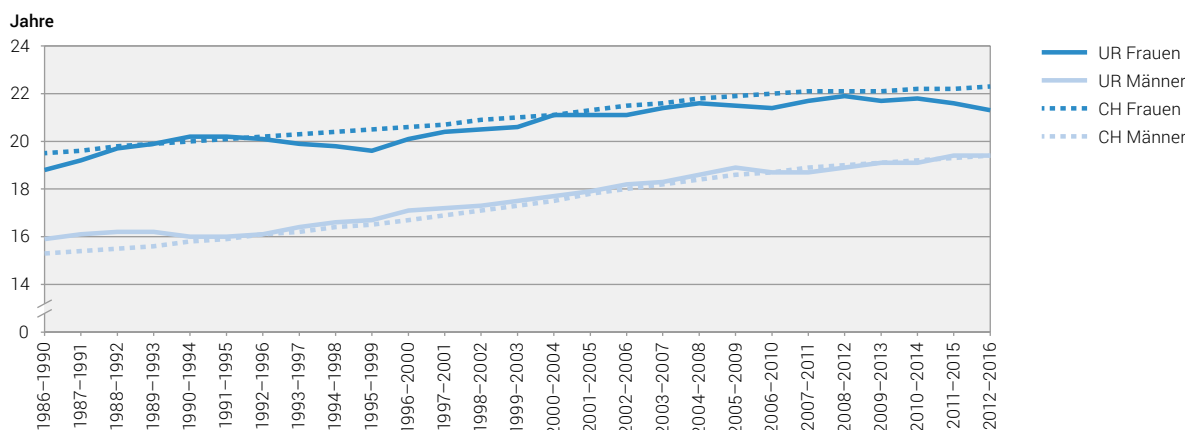
Quellen: BFS – Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)

© Obsan 2020

<sup>1</sup> www.statistik.ch → Statistiken finden → Bevölkerung → Geburten und Todesfälle → Lebenserwartung (Zugriff am 08.10.2019)

## Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren, nach Geschlecht, Kanton Uri und Schweiz, Fünfjahresdurchschnitte 1986–2016

G2.2



Quellen: BFS – Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)

© Obsan 2020

2009–2013) und ist sogar kürzlich leicht gesunken (Grafik G2.1). Der Fünfjahresdurchschnitt für 2016 ergibt für den Kanton Uri minimal tiefere Zahlen wie für die gesamte Schweiz: dies sowohl bei den Frauen (UR: 84,1 Jahre; CH: 85,0 Jahre), als auch bei den Männern (UR: 80,5 Jahre; CH: 80,9 Jahre). Der Unterschied in der Lebenserwartung bei Geburt zwischen Frauen und Männern hat sich sowohl auf Ebene Kanton wie auch für die Gesamtschweiz in den letzten Jahren leicht vermindert. Dies ist ein Trend, der auch in den anderen Ländern der OECD zu beobachten ist (OECD, 2018). Die Annäherung wird unter anderem auf eine Angleichung in Bezug auf gesundheitsrelevantes Verhalten (z. B. Rauchen) und auf eine Reduktion der Mortalitätsraten von kardiovaskulären Erkrankungen bei den Männern zurückgeführt (OECD, 2017b).

### 2.1.2 Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren

Mit der Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren wird die verbleibende Lebenszeit einer Bevölkerung in einer bereits fortgeschrittenen Lebensphase geschätzt. Dieser Indikator wird einerseits zum Vergleich der Gesundheit der älteren Bevölkerung verwendet, andererseits aber auch um die Lebensdauer der Bevölkerung und der daraus resultierenden Folgen für die Sozialversicherungssysteme abschätzen zu können. Generell ist festzustellen, dass der allgemeine Anstieg der Lebenserwartung auf die Erhöhung der Lebenserwartung ab 65 Jahren zurückzuführen ist.

Die Lebenserwartung im Kanton Uri im Alter von 65 Jahren beträgt für Frauen 21,3 Jahre und für Männer 19,4 Jahre. Bei den Frauen ist sie damit rund ein Jahr tiefer und für Männer gleich hoch wie in der gesamten Schweiz (Grafik G2.2). Im Durchschnitt aller europäischen Länder der OECD liegt die Lebenserwartung der 65-jährigen Frauen bei 21,6 Jahren und jene der Männer bei 18,2 Jahren (OECD, 2018); damit ist die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren der Frauen im Kanton Uri und in der Schweiz vergleichbar mit dem europäischen Durchschnitt, diejenige der Männer ist jedoch rund ein Jahr höher.

Die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren ist bei den Frauen in den letzten Jahren im Kanton Uri geringer geworden, während bei den Männern ein leichter Anstieg zu erkennen ist. Damit gleichen sich die Werte der Frauen und Männer zunehmend an. Dies dürfte dieselben Gründe haben wie bei der Lebenserwartung bei Geburt, nämlich die Angleichung des gesundheitsrelevanten Verhaltens zwischen den Geschlechtern (OECD, 2017b).

### 2.1.3 Mortalität und Todesursachen

Die Mortalitätsrate ist definiert als die Anzahl Todesfälle pro 100 000 Personen einer Bevölkerung. Bei dieser so berechneten «rohen» Rate ist die Altersverteilung der entsprechenden Population nicht berücksichtigt. Da die Altersstruktur jedoch regional und im Zeitverlauf variiert, hat sie teilweise einen erheblichen Einfluss auf die Mortalitätsrate (je älter die Bevölkerung ist, umso höher fällt die Mortalitätsrate aus). Mit einer Standardisierung gemäss der Europäischen Standardbevölkerung 2010 werden die Unterschiede bezüglich Altersstrukturen von Bevölkerungen ausgeglichen und die Raten somit vergleichbar gemacht.<sup>2</sup>

In der Schweiz gibt es bezüglich Mortalitätsrate beträchtliche Unterschiede zwischen den Kantonen (Grafik G2.3). Die altersstandardisierte Mortalitätsrate 2012–2016 des Kantons Uri (915 Todesfälle pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner) ist signifikant höher als jene der Schweiz insgesamt (846 Todesfälle pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner). Analog zur steigenden Lebenserwartung (vgl. 2.1.1), sinkt die Mortalitätsrate seit 1985. Die tiefsten Mortalitätsraten bestehen in den Kantonen Genf und Tessin, die höchsten in den Kantonen Appenzell Auserhodens und Appenzell Innerrhodens. Es gibt vier verschiedene Hypothesen zur Erklärung regionaler Mortalitätsunterschiede

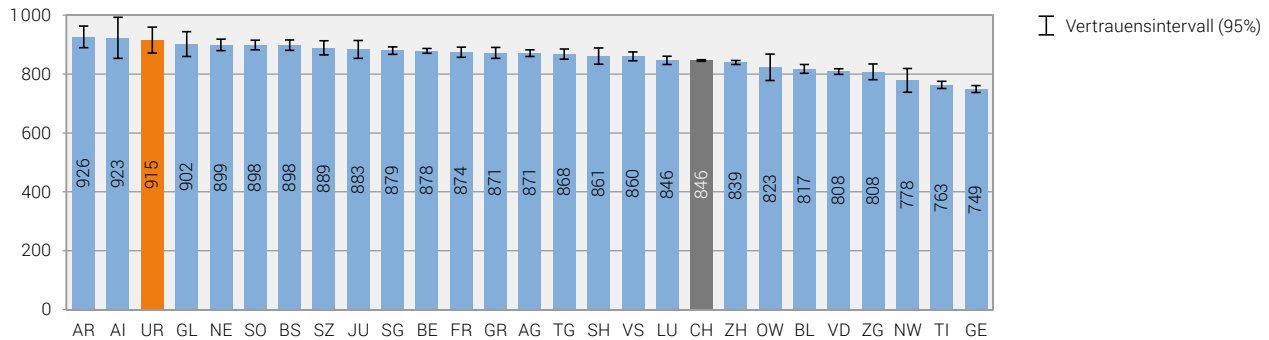
<sup>2</sup> Für vorliegende Indikatoren wurde die europäische Standardpopulation 2010 (Eurostat, 2013) als Standardbevölkerung verwendet. Diese berücksichtigt die künftige Entwicklung der europäischen Population. Diese Vorgehensweise ermöglicht es, die demografische Struktur über einen längeren zukünftigen Zeitraum abzubilden und vergleichbar zu machen.



**Altersstandardisierte Mortalitätsrate, Schweiz und Kantone, Fünfjahresdurchschnitt 2012–2016**

**G2.3**

Fälle pro 100 000 Einwohner/innen



Quellen: BFS – Statistik der Todesursachen (TU), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP); Eurostat – Europäische Standardbevölkerung (ESP) 2010

© Obsan 2020

**Sterbefälle, nach Todesursachen und Geschlecht, Kanton Uri im Vergleich mit der Schweiz (SMR), aggregierte Fallzahlen 2012–2016**

**T2.1**

	Frauen				Männer			
	Jährlicher Durchschnitt	Anteil in %	SMR <sup>a</sup>	Signifikanz <sup>b</sup>	Jährlicher Durchschnitt	Anteil in %	SMR <sup>a</sup>	Signifikanz <sup>b</sup>
infektiöse Krankheiten	2,0	1,2	–		1,4	0,8	–	
Lungen- und Bronchienkrebs	5,6	3,3	–		6,8	4,1	–	
Brustkrebs	10,0	5,9	–		–	–	–	
weitere bösartige Neubildungen	26,0	15,3	114,4		40,2	24,0	108,1	
Kreislaufsystem	65,2	38,3	121,7	*	58,6	35,0	115,6	
Atmungsorgane	9,8	5,8	–		9,4	5,6	–	
alkoholische Leberzirrhose	0,2	0,1	–		1,0	0,6	–	
kongenitale Missbildungen/perinatale Todesursachen	1,6	0,9	–		1,8	1,1	–	
Unfälle insgesamt	5,8	3,4	–		7,6	4,5	–	
Suizide	0,8	0,5	–		4,2	2,5	–	
übrige Todesursachen	43,2	25,4	91,6		36,4	21,7	95,9	
<b>Total</b>	<b>170,2</b>	<b>100,0</b>	<b>111,2</b>	<b>*</b>	<b>167,4</b>	<b>100,0</b>	<b>103,4</b>	

<sup>a</sup> Standardisierte Mortalitätsrate (SMR): Standardisierte Sterberate gemäss Europäischer Standardbevölkerung 2010, CH=100. Die Rate wird nicht berechnet, wenn die summierte Anzahl Fälle zwischen 2012 und 2016 unter 100 liegt.

<sup>b</sup> Signifikanz (\*): Signifikante Unterschiede zwischen der Schweiz und dem Kanton Uri (p<0,05)

Quellen: BFS – Statistik der Todesursachen (TU), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP); Eurostat – Europäische Standardbevölkerung (ESP) 2010

© Obsan 2020

(Wanner et al., 2012): die soziale Struktur (soziodemografische und berufliche Zusammensetzung der Region), der unterschiedliche Zugang zu Pflege- und Gesundheitsleistungen, Unterschiede im Gesundheitsverhalten sowie die Exposition gegenüber Umweltbelastungen.

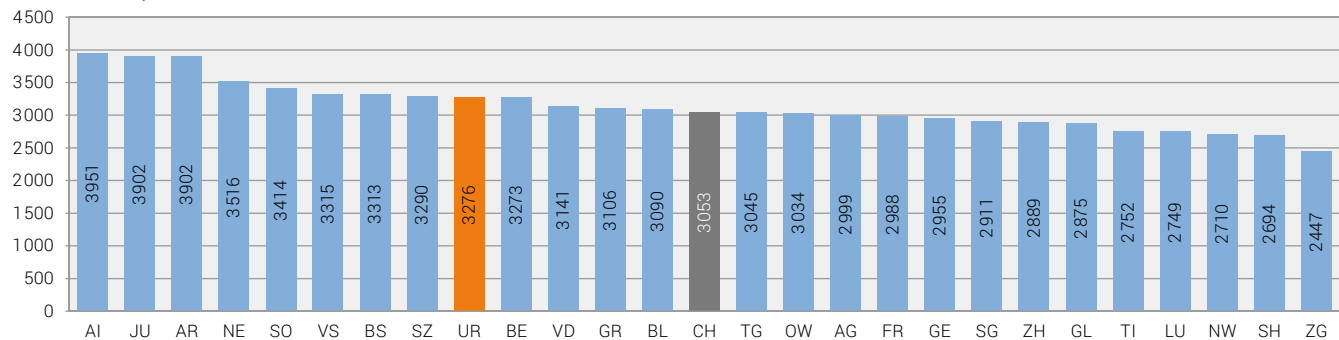
Tabelle T2.1 stellt die durchschnittliche Anzahl Fälle nach Todesursache dar und vergleicht den Kanton Uri mit dem Schweizer Durchschnitt anhand der standardisierten Mortalitätsrate (SMR). Im Kanton Uri wurden zwischen 2012 und 2016 jährlich durchschnittlich 337,6 Todesfälle registriert; es starben durchschnittlich 170,2 Frauen und 167,4 Männer. Die Mortalitätsrate des Kantons Uri liegt signifikant über dem Schweizer Durchschnitt.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören im Kanton Uri zu den häufigsten Todesursachen: Sie machen bei den Frauen 38,3% und bei den Männern 35,0% aller Todesfälle aus. Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind bei den Frauen signifikant häufiger als im Schweizer Durchschnitt. Krebs ist die zweithäufigste Todesursache mit 24,5% bei den Urnerinnen und 28,1% bei den Urnern. Die Anzahl Todesfälle aufgrund weiterer bösartiger Neubildungen unterscheidet sich bei beiden Geschlechtern nicht signifikant vom Schweizer Durchschnitt.

## Altersstandardisierte Rate der verlorenen potenziellen Lebensjahre, Schweiz und Kantone, 2016

G2.4

Verlorene Jahre pro 100 000 Einwohner/innen



Quellen: BFS – Statistik der Todesursachen (TU), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP); Eurostat – Europäische Standardbevölkerung (ESP) 2010

© Obsan 2020

### 2.1.4 Verlorene potenzielle Lebensjahre

Das Konzept der verlorenen potenziellen Lebensjahre schätzt die durchschnittliche Zeit, die eine Person erlebt hätte, wäre sie nicht «vorzeitig», d. h. vor einer festgelegten Altersgrenze (hier 75 Jahre), gestorben. Diese Berechnung wird verwendet, um den sozialen und ökonomischen Verlust vorzeitiger Todesfälle zu quantifizieren (Gardner & Sanborn, 1990). Konkret wird die Summe der Jahre berechnet, die von allen Individuen einer Bevölkerung nicht erlebt wurden, da sie vor dem 75. Lebensjahr verstorben sind (Alberta Health Services, 2011). Die Zahl wird altersstandardisiert gemäss der unter 75-jährigen Europäischen Standardpopulation 2010 angegeben (Eurostat, 2013).

Die verlorenen potenziellen Lebensjahre bis zur Altersgrenze 75 Jahre betragen im Kanton Uri für das Jahr 2016 3276 Jahre pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner (Grafik G2.4). Der Kanton Uri liegt damit über dem Schweizer Durchschnitt (3053 Jahre pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner). Die Mortalitätsrate und die Rate der potenziell verlorenen Lebensjahre liegen demnach im Kanton Uri über dem Schweizer Durchschnitt, was impliziert, dass der Kanton Uri verhältnismässig mehr Todesfälle von jüngeren Personen sowie eine leicht erhöhte Mortalität von älteren Menschen aufweist.

## 2.2 Selbst wahrgenommene Gesundheit

Die selbst wahrgenommene Gesundheit ist ein international verwendeter Indikator für die Gesundheit einer Bevölkerung und zeigt einen starken Zusammenhang mit deren Mortalität und Morbidität (Berchick & Lynch, 2017; Bopp et al., 2012; Jylhä, 2009; Nery Guimarães et al., 2012). Sie widerspiegelt das körperliche und psychische Wohlbefinden sowie das gesundheitsrelevante Verhalten einer Person (Jylhä, 2009).

In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) wird die selbst wahrgenommene Gesundheit mit der Frage «Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?» erhoben. Im französischen und italienischen Fragebogen gab es zwischen 2012 und 2017 Anpassungen bei den Antwortkategorien, deshalb wird hier auf einen Zeitvergleich mit der Gesamtschweiz verzichtet.

*88,1% der Urner Bevölkerung schätzen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein*

Im Kanton Uri geben in der SGB 2017 88,1% der Befragten an, dass ihre Gesundheit gut bis sehr gut ist, was tendenziell etwas höher ist als der Schweizer Durchschnitt (Grafik G2.5), der Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Verglichen mit dem Jahr 2007 (88,1%) und 2012 (89,6%) ist der Anteil der sich (sehr) gesund fühlenden Personen im Kanton Uri stabil geblieben, die Unterschiede sind nicht signifikant. Der Durchschnitt aller OECD-Länder liegt gemäss einer OECD-Studie mit 68,2% deutlich tiefer (OECD, 2017b). Die Schweiz befindet sich bei dieser Auswertung mit 79,3% im vorderen Viertel.<sup>3</sup>

Im Kanton Uri berichten Frauen gegenüber Männern weniger häufig von einer guten bis sehr guten selbst wahrgenommenen Gesundheit (90,1% vs. 86,4%), der Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Demgegenüber beschreiben Männer auf Gesamtschweizer Ebene ihre Gesundheit signifikant häufiger als (sehr) gut wie Frauen. Dies deckt sich mit internationalen Beobachtungen (Lampert et al., 2018; OECD, 2018; Robert Koch-Institut, 2012).

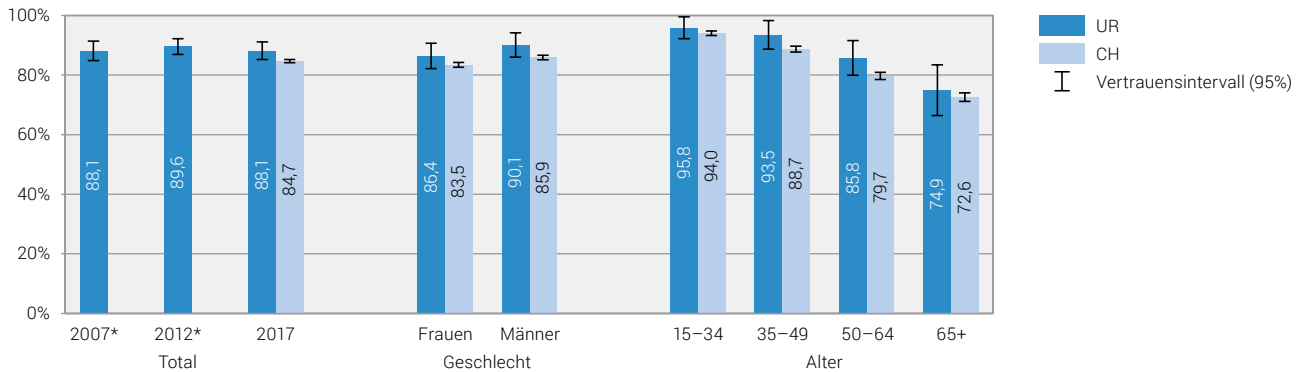
Der Anteil Personen, die ihre Gesundheit als gut bis sehr gut einschätzen, nimmt mit zunehmendem Alter ab (Grafik G2.5). In der Schweiz ist dieser Rückgang bereits bei den 35- bis 49-Jährigen zu beobachten. Im Kanton Uri ist er jedoch erst bei den 65-Jährigen und Älteren ausgeprägter, der Unterschied ist aber nur gegenüber den beiden jüngsten Altersgruppen signifikant. Dennoch ist in der ältesten Altersklasse (65+ Jahre) der Anteil Personen, die ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut einschätzen, mit 74,9% (CH: 72,6%) immer noch hoch.

Dass ältere Personen ihren Gesundheitszustand trotz zunehmender gesundheitlicher Probleme oft als (sehr) gut einschätzen, lässt sich u. a. dadurch erklären, dass sie sich häufig mit Gleichaltrigen oder mit Personen mit schlechterer Gesundheit als der eigenen vergleichen (Idler & Cartwright, 2018; Robert Koch-Institut, 2015).

<sup>3</sup> Die Schweizer Daten, welche die OECD verwendet, stammen aus der Datenbank Statistics on Income and Living Conditions (SILC). Da sich die Stichprobe und der Erhebungszeitpunkt von der SGB unterscheiden, weichen die Zahlen etwas ab.

**(Sehr) gute selbst wahrgenommene Gesundheit**, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2007–2017

G2.5



2007: n=463 (UR); 2012: n=513 (UR); 2017: n=511 (UR), n=22 122 (CH)

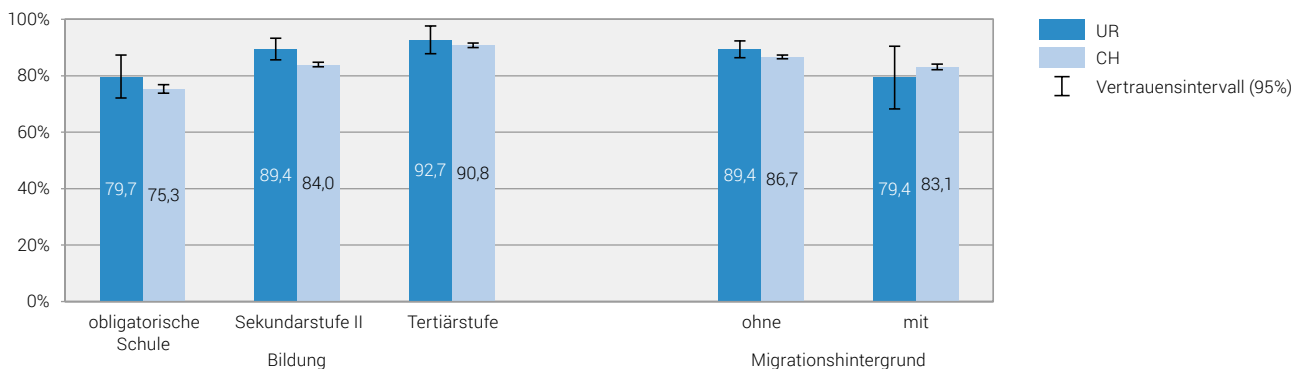
\*Anmerkung: Die Zahlen der Gesamtschweiz sind für die Jahre 2007 und 2012 nicht vergleichbar und werden deshalb nicht abgebildet.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

**(Sehr) gute selbst wahrgenommene Gesundheit**, nach Bildung und Migrationshintergrund, Kanton Uri und Schweiz, 2017

G2.6



n=497 (UR), n=21 152 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

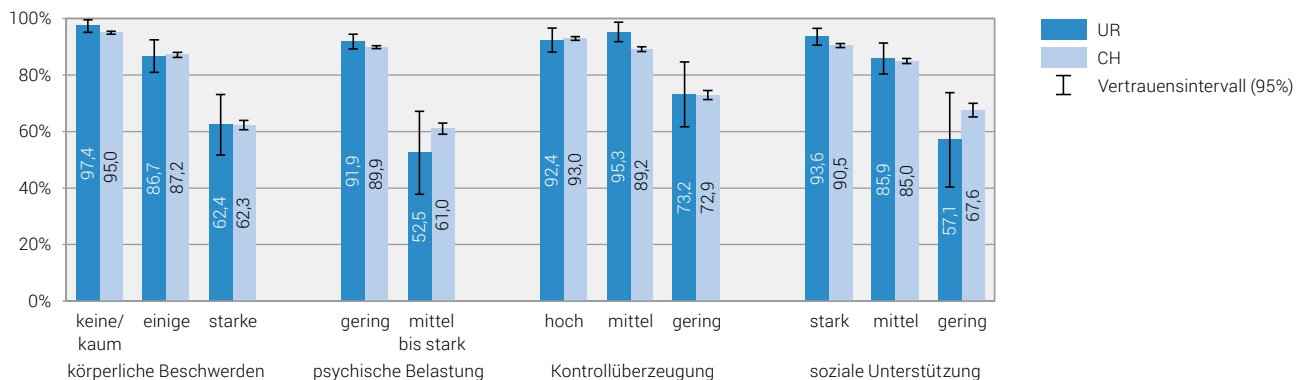
*Ausgeprägter Zusammenhang zwischen selbst wahrgenommener Gesundheit und Bildung*

Die selbst wahrgenommene Gesundheit hängt sowohl im Kanton Uri wie auch in der Schweiz mit dem Bildungsniveau zusammen (Grafik G2.6). Der Anteil Personen, die ihre selbst wahrgenommene Gesundheit als gut bis sehr gut einschätzen, steigt mit zunehmendem Bildungsniveau. Im Kanton Uri ist der Unterschied zwischen der tiefsten und der höchsten Bildungsgruppe signifikant, auf Ebene Schweiz zwischen allen Bildungsgruppen. Dieser Zusammenhang deckt sich mit verschiedenen Studien, wonach Personen mit geringerer Bildung ihre Gesundheit in der Regel schlechter einschätzen als besser Ausgebildete (Borgonovi & Pokropek, 2016; Robert Koch-Institut, 2012; Subramanian et al., 2010). Auf Schweizer Ebene schätzen zudem Personen mit Migrationshintergrund ihren Gesundheitszustand signifikant schlechter ein als solche ohne. Der gleiche Zusammenhang zeigt sich tendenziell auch im Kanton Uri.

Auf nationaler Ebene wurden zusätzlich multivariate Analysen (logistische Regressionen) gerechnet, die den Einfluss der berücksichtigten Gesundheitsdeterminanten (vgl. Kapitel 1.5) auf die selbst wahrgenommene Gesundheit erklären. Diese Analysen bestätigen im Allgemeinen die in den deskriptiven Analysen gewonnenen Erkenntnisse. Sie zeigen zudem, dass sich der Unterschied zwischen Frauen und Männern im Laufe des Lebenszyklus ändert, wenn im logistischen Regressionsmodell das Bildungsniveau und der Haushaltstyp gleichzeitig als erklärende Variablen berücksichtigt werden. So berichten in der jüngsten Altersgruppe (15–34 Jahre) mehr Männer als Frauen von einer (sehr) guten selbst wahrgenommenen Gesundheit. Mit zunehmendem Alter dreht sich der Effekt um und Frauen berichten ab der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen häufiger von einer besseren Gesundheit als Männer.

## (Sehr) gute selbst wahrgenommene Gesundheit, nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Uri und Schweiz, 2017

G2.7



körperliche Beschwerden: n=490 (UR), n=20 921 (CH); psychische Belastung: n=496 (UR), n=20 933 (CH); Kontrollüberzeugung: n=418 (UR), 18 152 (CH); soziale Unterstützung: n=486 (UR), n=20 328 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

### Selbst wahrgenommene Gesundheit hat körperliche und psychische Dimensionen

Die selbst wahrgenommene Gesundheit steht sowohl mit dem effektiven körperlichen und psychischen Gesundheitszustand als auch mit den zur Verfügung stehenden Gesundheitsressourcen in Zusammenhang. Im Folgenden wird deshalb die Wechselwirkung der selbst wahrgenommenen Gesundheit mit körperlichen Beschwerden (vgl. 2.4.1), psychischer Belastung (vgl. 2.5.2), Kontrollüberzeugung (vgl. 2.6.1) und sozialer Unterstützung (vgl. 2.6.2) untersucht.

Sowohl im Kanton Uri wie auch in der Gesamtschweiz sinken die Anteile der Personen mit guter bis sehr guter selbst wahrgenommener Gesundheit, wenn körperliche Beschwerden oder psychische Belastungen vorliegen (Grafik G2.7). Im Kanton Uri schätzen 97,4% der Personen ohne körperliche Beschwerden ihre Gesundheit als (sehr) gut ein, während es bei denjenigen mit starken körperlichen Beschwerden nur noch 62,4% sind. Weiter fühlen sich 91,9% der Befragten mit einer geringen psychischen Belastung (sehr) gut, bei mittlerer bis starker psychischer Belastung sind es lediglich 52,5%. Eine hohe Kontrollüberzeugung – die Überzeugung, Ereignisse, die einen betreffen, selber beeinflussen zu können (vgl. 2.6.1) – geht ebenfalls mit einer besseren Einschätzung der eigenen Gesundheit einher. Das Gleiche gilt für ein starkes Ausmass an sozialer Unterstützung. Beide Zusammenhänge wurden auch in einer Studie nachgewiesen (Mackenbach et al., 2002).

## 2.3 Lang andauernde Gesundheitsprobleme und Einschränkungen im Alltag

Lang andauernde Gesundheitsprobleme – egal ob sie körperlich oder psychisch bedingt sind – haben einen grossen Einfluss auf das Wohlbefinden und können sich auf alle Lebensbereiche auswirken. Vorliegendes Unterkapitel behandelt lang andauernde Gesundheitsprobleme und Einschränkungen.

### 2.3.1 Lang andauerndes Gesundheitsproblem

In der SGB wird bei den lang andauernden Gesundheitsproblemen nach gesundheitlichen Beschwerden oder Krankheiten gefragt, die bereits mindestens sechs Monate bestehen und schätzungsweise noch weitere sechs Monate andauern dürften. Diese Gesundheitsprobleme werden als «chronische Krankheiten» bezeichnet.

#### Über ein Viertel der Urner Bevölkerung leidet an einem lang andauernden Gesundheitsproblem

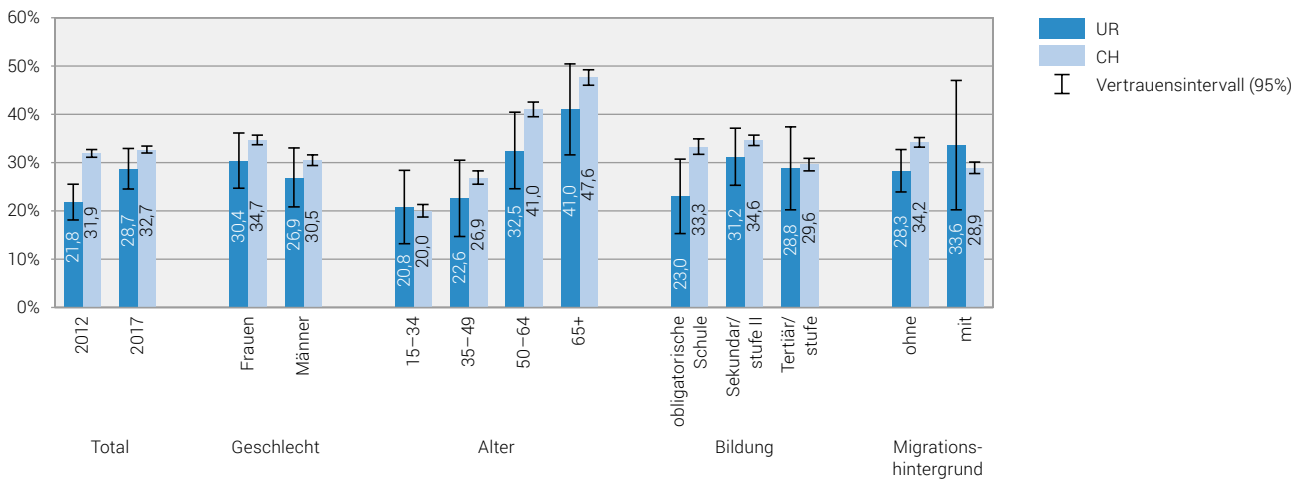
Der Anteil der Bevölkerung mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem beträgt im Kanton Uri 28,7% (Grafik G2.8). Damit liegt dieser Anteil tendenziell unter dem Schweizer Durchschnitt von 32,7%, der Unterschied ist aber nicht signifikant. Seit 2012 ist dieser Anteil sowohl im Kanton als auch in der Gesamtschweiz tendenziell grösser geworden (vgl. Anhang TA2.1). Im Kanton Uri geben zwar auch mehr Frauen als Männer (30,4% vs. 26,9%) ein lang andauerndes Gesundheitsproblem an, im Gegensatz zur Gesamtschweiz ist dieser Unterschied aber nicht signifikant.

Lang andauernde Gesundheitsprobleme nehmen mit dem Alter zu: Das gilt für den Kanton Uri wie auch für die Schweiz, dabei ist der Unterschied zwischen der jüngsten und ältesten Altersgruppe sowohl im Kanton Uri als auch in der Gesamtschweiz signifikant. Auffallend ist jedoch, dass schon mehr als ein Fünftel (20,8%) der Urnerinnen und Urner zwischen 15 und 34 Jahren ein lang andauerndes Gesundheitsproblem angeben (CH: 20,0%).

Weitere Analysen nach Bildung und Migrationshintergrund auf Ebene Gesamtschweiz zeigen, dass Personen mit Tertiärstufe weniger häufig lang andauernde Gesundheitsprobleme haben als Personen mit tieferer Bildung. Personen ohne Migrationshintergrund sind zudem häufiger betroffen als Personen mit Migrationshintergrund. Beide Zusammenhänge sind nur auf Ebene Schweiz signifikant, im Kanton Uri zeigen sich jedoch ähnliche Tendenzen.

**Lang andauerndes Gesundheitsproblem, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2012 und 2017**

G2.8



2012: n=513 (UR), 21 560 (CH); 2017: n=511 (UR), n=22 089 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

Eine multivariate Analyse auf nationaler Ebene, die den Einfluss der verschiedenen Gesundheitsdeterminanten (vgl. Kapitel 1.5) auf langfristige Gesundheitsprobleme untersucht, bestätigt die oben dargestellten Zusammenhänge.

**2.3.2 Einschränkungen im Alltag aufgrund eines Gesundheitsproblems**

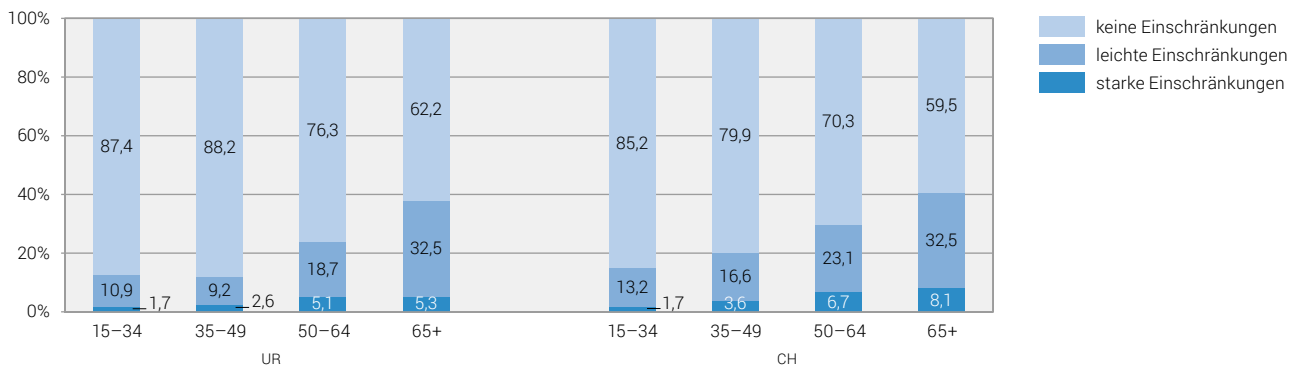
Vorliegender Abschnitt geht der Frage nach, in welchem Ausmass die Bevölkerung aufgrund eines dauerhaften Gesundheitsproblems eingeschränkt ist. Die Ergebnisse lassen sich als eine generelle Übersicht über den Behinderungsgrad der von chronischen Gesundheitsproblemen Betroffenen interpretieren (Jagger et al., 2010).

*Einschränkungen aufgrund eines Gesundheitsproblems sind im Kanton Uri weniger häufig als in der Gesamtschweiz*

20,8% der Urner Bevölkerung sind durch ein Gesundheitsproblem eingeschränkt, in der Gesamtschweiz ist dieser Anteil mit 25,2% signifikant höher. Dabei handelt es sich bei 3,6% der Urnerinnen und Urner um starke, bei den anderen 17,2% um leichte Einschränkungen. Von den 79,2% der Personen ohne Einschränkungen haben 13,1% zwar ein Gesundheitsproblem, sind dadurch jedoch nicht eingeschränkt. Frauen (23,6%) berichten häufiger von gesundheitsbedingten Einschränkungen als Männer (17,6%), der Geschlechterunterschied ist jedoch nur auf Ebene Schweiz signifikant (vgl. Anhang TA.2.2).

**Einschränkungen aufgrund eines Gesundheitsproblems, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2017**

G2.9



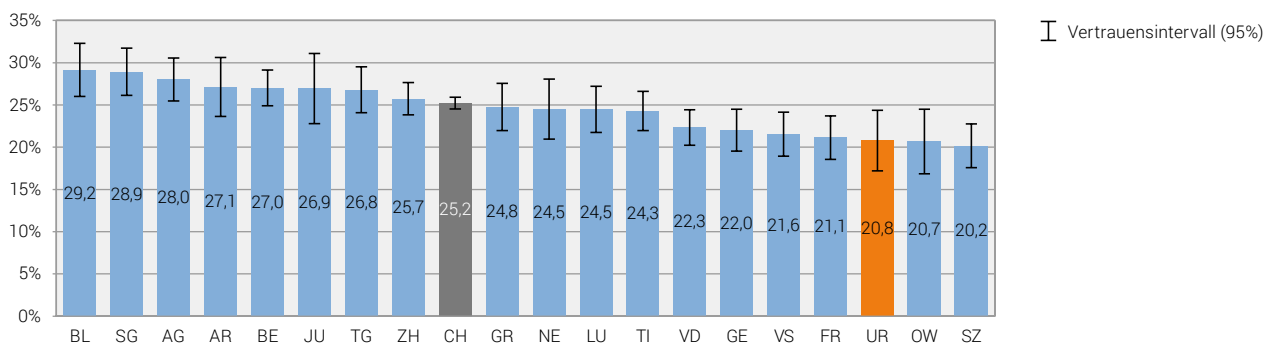
n=511 (UR), n=22 036 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

Einschränkungen aufgrund eines Gesundheitsproblems, Schweiz und Kantone, 2017

G2.10



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

Wie zu erwarten nehmen Einschränkungen aufgrund eines Gesundheitsproblems mit steigendem Alter sowohl im Kanton Uri als auch in der Gesamtschweiz zu (Grafik G2.9). Im Kanton Uri berichten 37,8% der 65-Jährigen und Älteren von solchen Einschränkungen, bei der jüngsten Altersgruppe sind es 12,6%. Die Schweizer Werte sind bei allen Altersgruppen höher. Der Unterschied zum Kanton Uri ist jedoch nur in der Altersgruppe der 35- bis 49-Jährigen signifikant. Im Kanton Uri steigt der Anteil von starken Einschränkungen von 1,7% in der jüngsten Altersgruppe auf 5,3% bei den Personen ab 65 Jahren an, der Unterschied ist jedoch nicht signifikant. In der Gesamtschweiz ist dieser Anstieg signifikant und noch ausgeprägter als im Kanton Uri.

Wie in Grafik G2.10 veranschaulicht, hat Uri im Kantonsvergleich mit 20,8% vor Schwyz und Obwalden den dritt tiefsten Anteil an Personen, die gesundheitsbedingt eingeschränkt sind. Die höchsten Werte weisen die Kantone Basel-Landschaft (29,2%) und St.Gallen (28,9%) auf.

Die meisten Befragten mit Einschränkungen geben eine rein körperliche Ursache an, wobei dies bei Personen mit leichten Einschränkungen häufiger zutrifft (85,7%) als bei stark eingeschränkten Personen (76,1%, Grafik G2.11). Diese wiederum sehen häufiger eine Kombination von körperlichen und psychischen Gründen als Ursache. Die Unterschiede nach Stärke der Einschränkungen ist jedoch nur auf Ebene Schweiz signifikant.

2.3.3 Einschränkungen im Alltag bei 65-Jährigen und Älteren

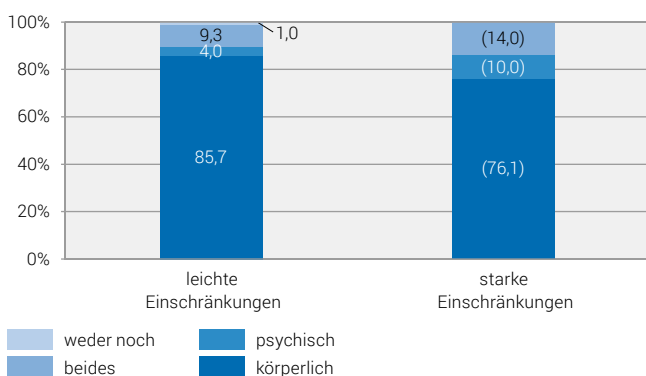
In diesem Abschnitt werden Alltagseinschränkungen im höheren Alter thematisiert, welche nach «grundlegenden» und «instrumentellen» Aktivitäten unterschieden werden (Katz, 1983; Lawton & Brody, 1970). Grundlegende Aktivitäten sind Basisaktivitäten, deren Ausführung für ein unabhängiges Leben notwendig ist, wie z. B. Essen, Baden oder das Benützen der Toilette. Instrumentelle Aktivitäten beinhalten Aspekte von kognitivem oder sozialem Funktionieren wie etwa Einkaufen, Kochen, den Haushalt erledigen und sich um die eigenen Finanzen kümmern (WHO, 2004). Generell ist anzumerken, dass Einschränkungen bei grundlegenden Aktivitäten selten alleine vorkommen. Die meisten Personen, die eine Einschränkung bei grundlegenden Aktivitäten haben, berichten auch über Einschränkungen bei instrumentellen Aktivitäten.

Im Kanton Uri geben 31,8% der 65-Jährigen und Älteren an, bei mindestens einer instrumentellen oder grundlegenden Aktivität eingeschränkt zu sein (Grafik G2.12). Bei den Frauen sind es 33,9 (CH: 39,4%), bei den Männern 28,9% (CH: 24,9%). Statistisch gesehen ist dieser Unterschied zwischen Frauen und Männern im Kanton Uri nicht signifikant, auf Ebene Schweiz aufgrund den höheren Fallzahlen hingegen schon.

Erwartungsgemäss nehmen sowohl im Kanton Uri als auch in der Schweiz solche Einschränkungen im höheren Alter stark zu: Im Kanton Uri sind es bei den 65- bis 79-Jährigen ein Viertel (25,6%), bei den 80-Jährigen und Älteren schon die Hälfte (57,5%) der Personen. Mit zunehmendem Alter nimmt besonders der Anteil Personen stark zu, die sowohl bei instrumentellen wie auch bei grundlegenden Aktivitäten eingeschränkt sind. Es ist jedoch zu beachten, dass diese Unterschiede auf Kantonsebene aufgrund der geringen Fallzahlen mit Vorsicht zu interpretieren sind.

Einschränkungen aufgrund eines Gesundheitsproblems, nach Ursache, Kanton Uri, 2017

G2.11



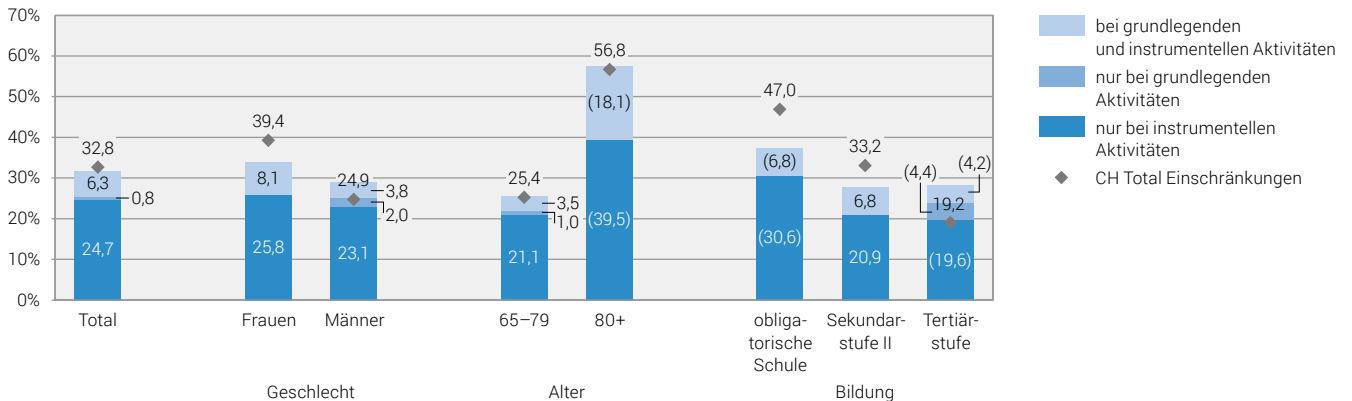
leichte Einschränkungen: n=93; starke Einschränkungen: n=19  
Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29).

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

**65-Jährige und Ältere mit Einschränkungen bei instrumentellen und grundlegenden Alltagsaktivitäten, nach Geschlecht, Alter und Bildung, Kanton Uri und Schweiz, 2017**

G2.12



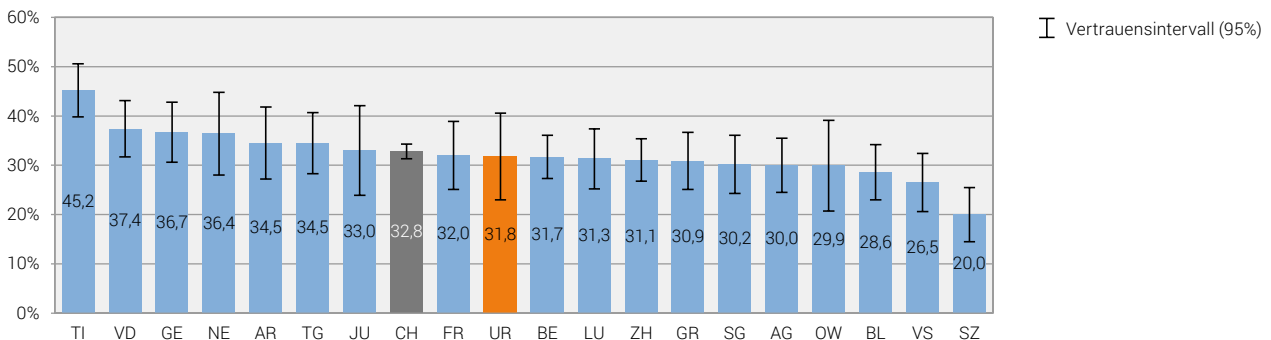
n=110 (UR), n=4 998 (CH)  
Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29).

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

**65-Jährige und Ältere mit Einschränkungen bei instrumentellen und/oder grundlegenden Aktivitäten, Schweiz und Kantone, 2017**

G2.13



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

Grosse Unterschiede zeigen sich nach Bildung, diese sind aber auf Kantonsebene nicht signifikant: Mehr als jede fünfte ältere Person (28,3%) im Kanton Uri mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe berichtet von Einschränkungen bei instrumentellen und/oder grundlegenden Aktivitäten. Bei Personen ohne nachobligatorische Schulbildung ist dieser Anteil tendenziell höher (37,4%). In der Gesamtschweiz zeigt sich dieser Bildungsgradient ausgeprägter und ist zwischen allen drei Bildungsstufen signifikant.

Der regionale Vergleich zeigt (Grafik G2.13), dass der Anteil älterer Personen ab 65 Jahren mit Einschränkungen bei instrumentellen und/oder grundlegenden Aktivitäten im Kanton Uri ungefähr im Schweizer Durchschnitt liegt (32,8%). Im Kanton Tessin liegt der Anteil mit 45,2% signifikant über, derjenige im Kanton Schwyz mit 20,0% signifikant unter dem Schweizer Durchschnitt.

**2.4 Körperliche Gesundheit**

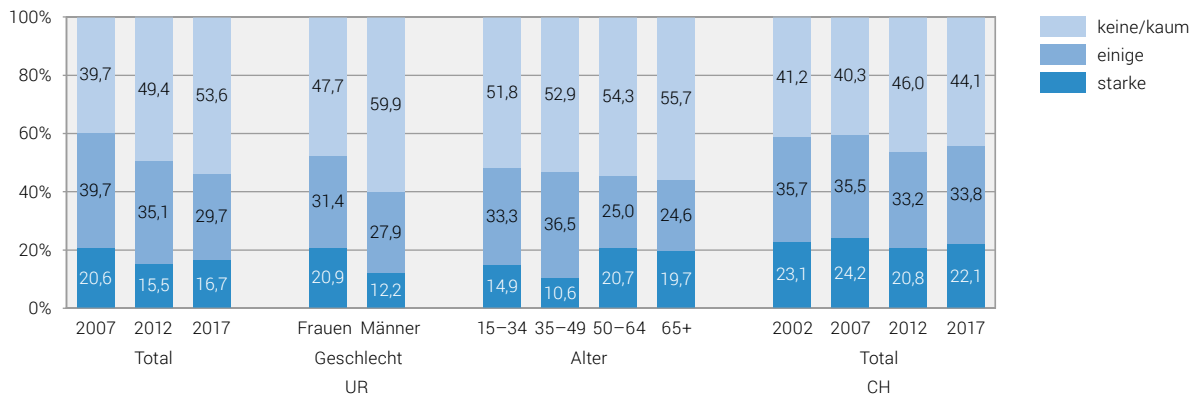
Die körperliche Gesundheit wird im vorliegenden Unterkapitel hauptsächlich mittels Daten der SGB präsentiert. Dabei werden körperliche Beschwerden, ausgewählte Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel und Diabetes) sowie Unfälle und Stürze behandelt. Ergänzt werden diese Zahlen mit Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser, der Statistik der Todesursachen sowie dem Nationalen Krebsregister für Ausführungen zur Inzidenz von akutem Myokardinfarkt, Hirnschlag sowie Krebserkrankungen.

**2.4.1 Körperliche Beschwerden**

Körperliche Beschwerden wie Schmerzen, Müdigkeit und Schlafstörungen können das Wohlbefinden eines Menschen erheblich beeinträchtigen. Die Symptome können sowohl körperliche als auch psychische Ursachen haben.

**Körperliche Beschwerden**, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2002–2017 (letzte 4 Wochen)

**G2.14**



2002: n=18 458 (CH); 2007: n=434 (UR), n=17 421 (CH); 2012: n=498 (UR), n=20 426 (CH); 2017: n=490 (UR), n=20 932 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

*Knapp die Hälfte der Urner Bevölkerung gibt körperliche Beschwerden an*

46,4% der Urner Bevölkerung geben an, in den vier Wochen vor der Befragung unter körperlichen Beschwerden gelitten zu haben – bei 16,7% davon handelt es sich um starke, bei den restlichen 29,7% um einige Beschwerden (Grafik G2.14). In der Gesamtschweiz liegt der Anteil aller Beschwerden bei 55,9% und ist dabei signifikant höher als im Kanton Uri. 52,3% der Urner Frauen berichten tendenziell häufiger von körperlichen Beschwerden als Urner Männer (40,1%), und von starken Beschwerden sind sie ebenfalls tendenziell häufiger betroffen (20,9% vs. 12,2%).

Verglichen mit 2007 ist der Anteil Personen mit körperlichen Beschwerden im Kanton Uri gesunken, dieser Rückgang ist jedoch nicht signifikant. Auf gesamtschweizerischer Ebene ist der Wert 2017 verglichen mit 2002 und 2007 ebenfalls tiefer, liegt jedoch höher als 2012. Die Analyse nach Alter zeigt, dass körperliche Beschwerden (einige und starke Beschwerden zusammen) in der jüngsten Altersgruppe am häufigsten sind (Unterschied

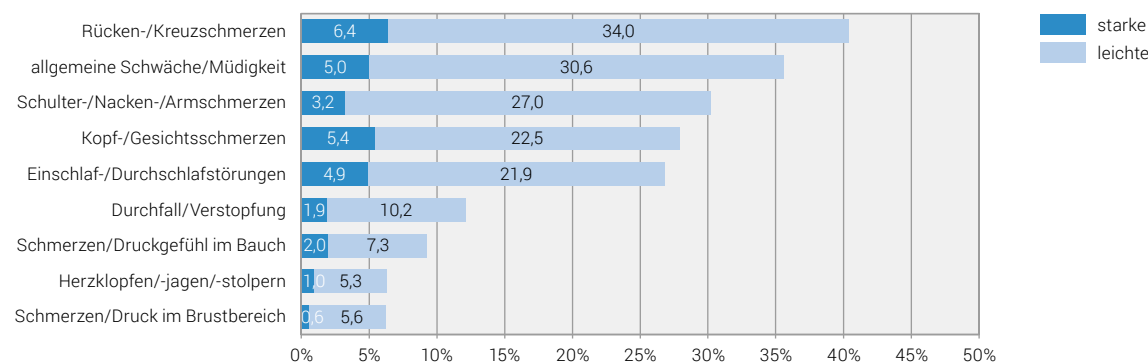
nur auf Ebene Schweiz signifikant). Aus diesem Grund werden am Ende dieses Abschnitts noch detaillierte Analysen zu den Jugendlichen präsentiert.

*Rücken- und Kreuzschmerzen sind die häufigsten körperlichen Beschwerden*

In Grafik G2.15 ist die Verteilung einzelner körperlicher Beschwerden abgebildet. Rücken- und Kreuzschmerzen (40,4%), allgemeine Schwäche und Müdigkeit (35,6%) sowie Schulter-, Nacken- und Armschmerzen (30,2%) treten am häufigsten auf, wobei die Anteile an starken Schmerzen verhältnismässig gering ausfallen (zwischen 3,2% und 6,4%). Ebenfalls stark verbreitet sind Kopf- und Gesichtsschmerzen (27,9%) sowie Einschlaf- oder Durchschlafstörungen (26,8%). Weiterhin genannt werden auch Durchfall und Verstopfung (12,1%); sämtliche anderen Beschwerden weisen Anteile unter 10% auf und sind demnach weniger häufig verbreitet.

**Körperliche Beschwerden**, Kanton Uri, 2017 (letzte 4 Wochen)

**G2.15**



n=511

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020



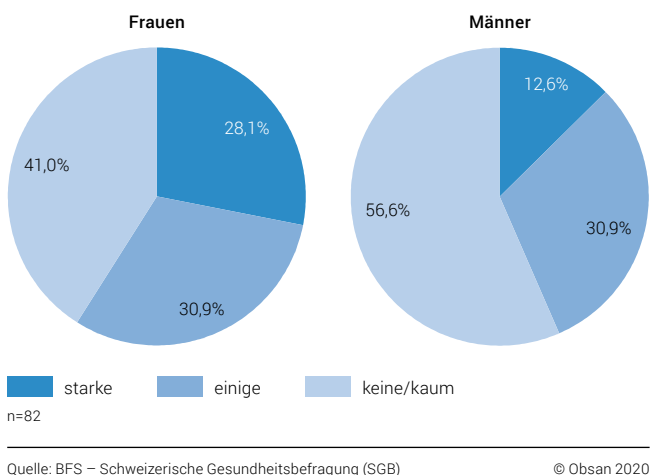
Wie Grafik G.2.14 gezeigt hat, sind körperliche Beschwerden gerade bei jüngeren Personen stark verbreitet. Aus diesem Grund werden im Folgenden die 15- bis 25-Jährigen genauer betrachtet.

Die Zahlen zum Index der körperlichen Beschwerden für den Kanton Uri ergeben, dass 20,2% der Jugendlichen zwischen 15 und 25 Jahren unter starken und weitere 30,9% unter einigen Beschwerden leiden – zusammengefasst macht das 51,1% aus. In der Gesamtschweiz beträgt der entsprechende Anteil 62,1%, davon berichten 22,8% von starken und 39,3% von leichten Beschwerden; der Unterschied zum Kanton Uri ist jedoch nicht signifikant (vgl. Anhang TA.2.4). Die Analysen nach Geschlecht zeigen im Kanton Uri zudem grosse Unterschiede (Grafik G.2.16): 59,0% der jugendlichen Frauen geben Beschwerden an, bei den

gleichaltrigen Männern sind es 43,5%. Dabei werden starke Beschwerden von jungen Frauen mehr als doppelt so häufig erwähnt wie von jungen Männern (28,1% vs. 12,6%).

Jugendliche Urnerinnen und Urner im Alter zwischen 15 und 25 Jahren leiden am häufigsten unter allgemeiner Schwäche/Müdigkeit (45,0%), Rücken-/Kreuzschmerzen (44,5%) und Kopf-/Gesichtsschmerzen (40,9%) (Grafik G.2.17). Die Geschlechterunterschiede sind beachtlich: 57,9% der jugendlichen Frauen leiden unter allgemeiner Schwäche/Müdigkeit, bei den gleichaltrigen Männern sind es 32,6%, was aber auch einen hohen Wert darstellt. Auch leiden junge Frauen deutlich häufiger an starken Rücken- und Kreuzschmerzen, (9,3% vs. 1,9%). An Kopf- und Gesichtsschmerzen leiden im Kanton Uri ebenfalls mehr Frauen als Männer (59,9% vs. 22,7%).

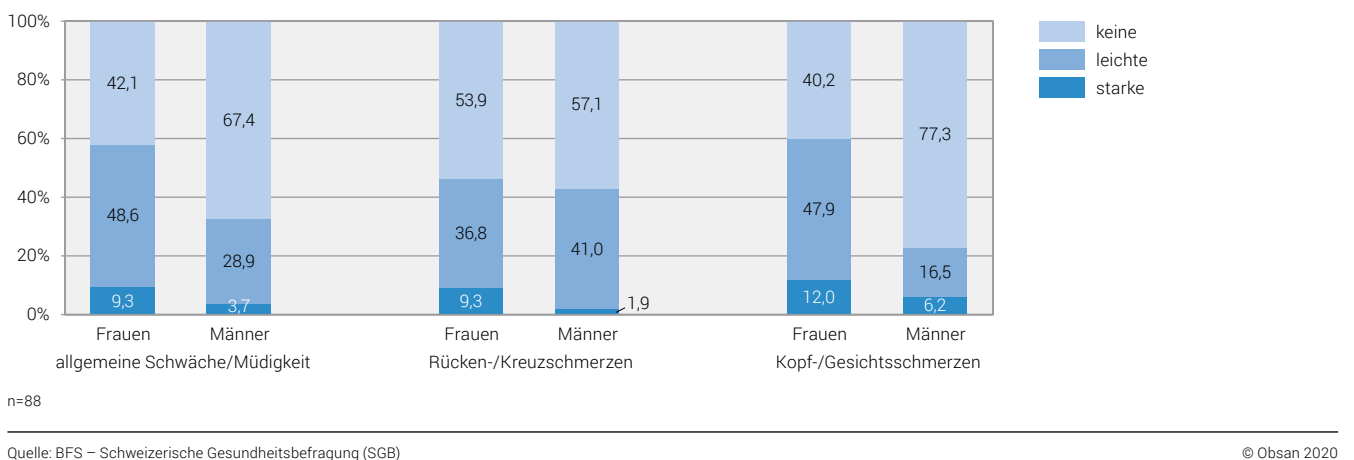
**Körperliche Beschwerden bei Jugendlichen,**  
nach Geschlecht, Kanton Uri, 2017  
(15- bis 25-Jährige; letzte 4 Wochen) **G2.16**



**2.4.2 Ausgewählte körperliche Risikofaktoren**

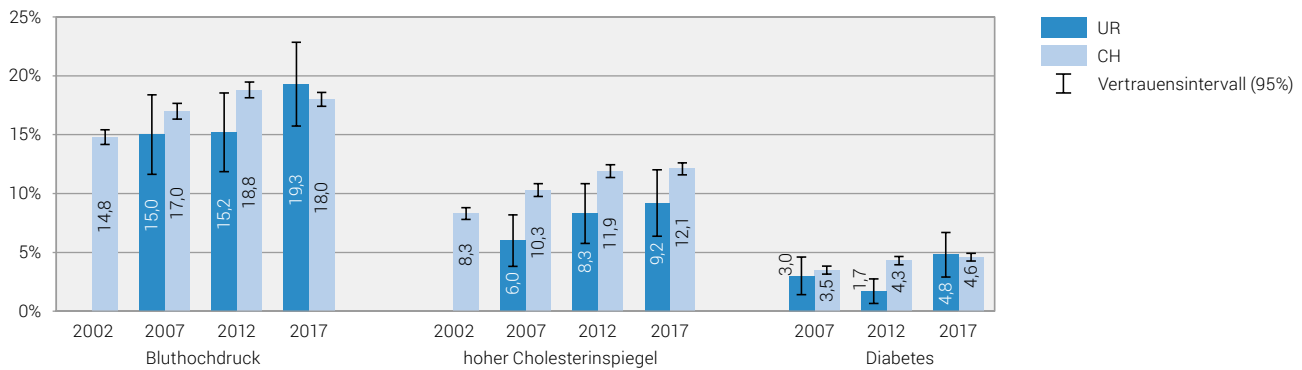
Dank besserer Behandlungsmöglichkeiten und einer Reduktion der Risikofaktoren sinken die Todesraten bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den westlichen Ländern seit 1990 (OECD, 2018). Trotzdem sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen noch immer die häufigsten Todesursachen in der Schweiz und in anderen westlichen Ländern (BFS, 2019b; Obsan, 2015). Die wichtigsten, vorwiegend verhaltensbedingten Risikofaktoren sind Rauchen, Fehlernährung, Bewegungsmangel sowie damit verbunden Übergewicht, Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen (Mendis et al., 2011; Raeside et al., 2019). Diabetes ist nicht nur eine eigene Krankheitsdiagnose, sondern gilt auch als weiterer Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Robert Koch-Institut, 2016; Shah et al., 2015; The Emerging Risk Factors, 2010). Die Prävalenz von Diabetes nimmt mit abnehmender körperlicher Aktivität und zunehmendem Übergewicht in der Gesellschaft zu.

**Häufigste körperliche Beschwerden bei Jugendlichen,** nach Geschlecht, Kanton Uri, 2017  
(15- bis 25-Jährige; letzte 4 Wochen) **G2.17**



**Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel und Diabetes, Kanton Uri und Schweiz, 2002–2017**

**G2.18**



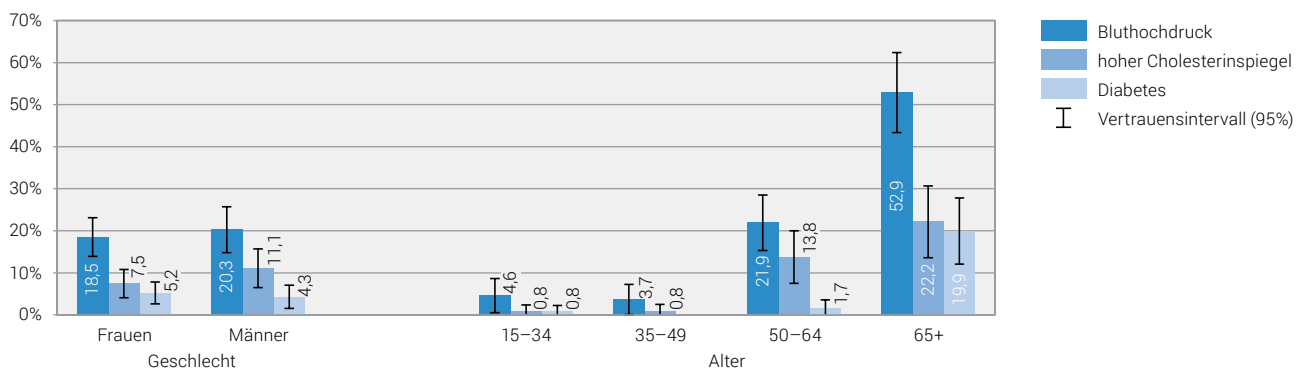
2002: n=16 990 (CH); 2007: n= 438 (UR), n=16 377 (CH); 2012: n=505 (UR), n=19 619 (CH); 2017: n=468 (UR), n=20 425 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

**Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel und Diabetes, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri, 2017**

**G2.19**



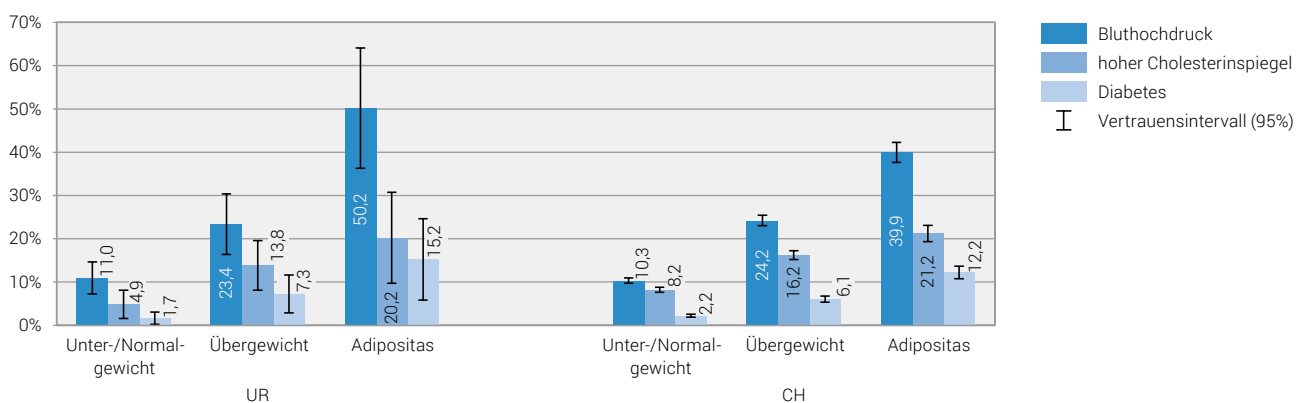
Bluthochdruck: n=495; Cholesterinspiegel: n=468; Diabetes: n=487

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

**Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel und Diabetes, nach Körpergewicht, Kanton Uri und Schweiz, 2017**

**G2.20**



Bluthochdruck: n=490 (UR), n=21 168 (CH); Cholesterinspiegel: n=463 (UR), n=20 274 (CH); Diabetes: n=482 (UR), n=20 660 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

### Zunahme von Bluthochdruck, erhöhtem Cholesterinspiegel und Diabetes in der Schweiz

Grafik G.2.18 zeigt den Anteil der Personen im Kanton Uri und in der Schweiz, die angeben, unter den Risikofaktoren «Bluthochdruck», «hoher Cholesterinspiegel» und «Diabetes» zu leiden oder entsprechende Medikamente zu nehmen.

19,3% der Urnerinnen und Urner geben einen erhöhten Blutdruck an, 9,2% erhöhte Cholesterinwerte und 4,8% berichten von Diabetes. Diese Werte unterscheiden sich jeweils nicht signifikant vom Schweizer Durchschnitt. Seit 2002 bzw. 2007 haben die Anteile für alle drei Risikofaktoren auf Schweizer Ebene signifikant zugenommen; seit 2012 ist jedoch eine Stagnierung festzustellen. Im Kanton Uri zeigen sich insgesamt vergleichbare Tendenzen, allerdings ist der Anteil Personen mit Bluthochdruck zwischen 2012 und 2017 tendenziell gestiegen. Beim erhöhten Cholesterinspiegel sind die Werte zwischen 2007 und 2017 für den Kanton Uri tendenziell geringer als in der Gesamtschweiz. Die Unterschiede sind jedoch auf Kantonsebene für alle drei Risikofaktoren nicht signifikant.

Bei allen drei gezeigten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind im Kanton Uri keine signifikanten Geschlechterunterschiede festzustellen (Grafik G.2.19), auf Ebene Schweiz sind Männer aber signifikant häufiger betroffen. Mit zunehmendem Alter nimmt die Prävalenz dieser Risikofaktoren zu. Im Kanton Uri ist dieser Unterschied beim Bluthochdruck sowie beim Cholesterinspiegel im Alter ab 50 Jahren signifikant.

Auf Ebene Schweiz haben Personen ohne nachobligatorische Schulbildung häufiger Bluthochdruck sowie Diabetes, beim Cholesterinspiegel ist kein Zusammenhang mit Bildung zu erkennen. Das gleiche Muster ist im Kanton Uri ersichtlich (vgl. Anhang TA.2.5).

Zu den Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes gehören unter anderem Bewegungsmangel und Fehlernährung und damit verbundenes Übergewicht. Übergewicht (vgl. 3.2.1) hat einen nachweisbaren Zusammenhang mit Bluthochdruck, erhöhtem Cholesterinspiegel und Diabetes.

Von den Urnerinnen und Urnern mit Unter-/Normalgewicht haben 11,0% einen hohen Blutdruck, 4,9% erhöhte Cholesterinwerte und 1,7% Diabetes (Grafik G.2.20). Bei den Befragten mit Übergewicht sind die entsprechenden Werte mehr als doppelt so hoch (23,4%, 13,8%, 7,3%), und bei Adipositas sind die Werte dann nochmals höher (50,2%, 20,2%, 15,2%). Die Unterschiede sind für den Kanton Uri – aufgrund zu kleiner Fallzahlen – nur für Bluthochdruck signifikant, auf Schweizer Ebene hingegen für alle gezeigten Risikofaktoren.

### 2.4.3 Ausgewählte Diagnosen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören zu den häufigsten Todesursachen in der Schweiz. 33,7% aller Todesfälle bei den Frauen und 29,9% aller Todesfälle bei den Männern wurden in der Schweiz im Jahr 2016 durch solche Erkrankungen verursacht (BFS, 2019b). Der Anteil der Todesfälle durch Krebs ist bei den Männern ähnlich hoch (30,0%), bei den Frauen etwas niedriger (23,2%). Krebserkrankungen stellen jedoch die wichtigste Ursache für verlorene potenzielle Lebensjahre (VPLJ) dar; konkret sind dies 47,2% der VPLJ bei den Frauen und 29,5% bei den Männern (BFS, 2019b). Präventive und medizinisch-kurative Massnahmen, die bei diesen Krankheiten ansetzen, können die Lebensqualität und die Lebenserwartung der Bevölkerung besonders stark erhöhen. Im vorliegenden Abschnitt wird die Inzidenz von zwei Herz-Kreislauf-Erkrankungen (vgl. Kasten) sowie von Krebs für die Bevölkerung des Kantons Uri im Vergleich zur Schweiz beschrieben.

Der **akute Myokardinfarkt** wird durch den Verschluss eines oder mehrerer Herzkranzgefässe verursacht. Dadurch kommt es zu einer Mangel durchblutung des Herzmuskels, wobei in der Regel ein Teil des Herzmuskelgewebes abstirbt. Da hierauf die Pumpleistung des Herzens eingeschränkt ist, können nach einem Herzinfarkt weitere Herzbeschwerden auftreten, wie zum Beispiel eine Herzschwäche (Herzinsuffizienz) oder Herzrhythmusstörungen.

Der **Hirnschlag** ist die Folge einer Durchblutungsstörung im Hirn und ist in den meisten Fällen durch eine mangelhafte Gehirndurchblutung (Ischämie) oder eine Blutung (Hämorrhagie) bedingt. Hirnschläge können tödlich sein oder zu Behinderungen und Demenz führen.

Quelle: Obsan, Gesundheitsindikatoren; Schweizerische Herzstiftung

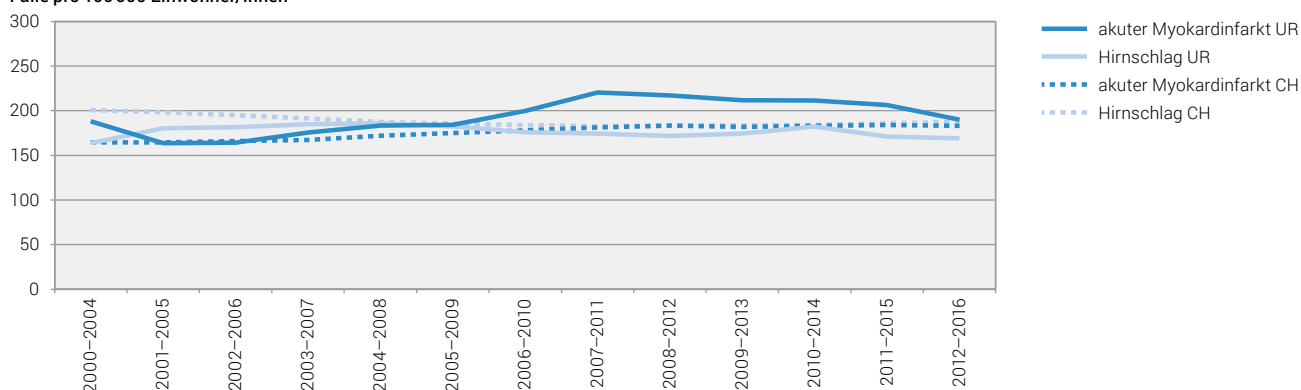
### Hohe Inzidenz für akuten Myokardinfarkt und für Hirnschlag im Kanton Uri

Grafik G.2.21 zeigt die Entwicklung 2004 bis 2016 der Inzidenz für die beiden Herz-Kreislauf-Erkrankungen akuter Myokardinfarkt und Hirnschlag für den Kanton Uri und die Gesamtschweiz. Die ausgewiesene Inzidenz umfasst die Anzahl Hospitalisierungen abzüglich Todesfälle im Krankenhaus, zuzüglich Total der Sterbefälle durch diese Erkrankungen. Die Daten sind zwecks Vergleichbarkeit mittels Europäischer Standardbevölkerung 2010 altersstandardisiert und werden als Fünfjahresdurchschnitt pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner ausgewiesen. (Vgl. Fussnote 2, Seite 23.) Es sollte berücksichtigt werden, dass die Inzidenz für die ausgewiesenen Diagnosen aufgrund der geringen Fallzahlen im Kanton Uri vorsichtig interpretiert werden muss.

## Akuter Myokardinfarkt und Hirnschlag: altersstandardisierte Inzidenz, Kanton Uri und Schweiz, Fünfjahresdurchschnitte 2000–2016

G2.21

Fälle pro 100 000 Einwohner/innen



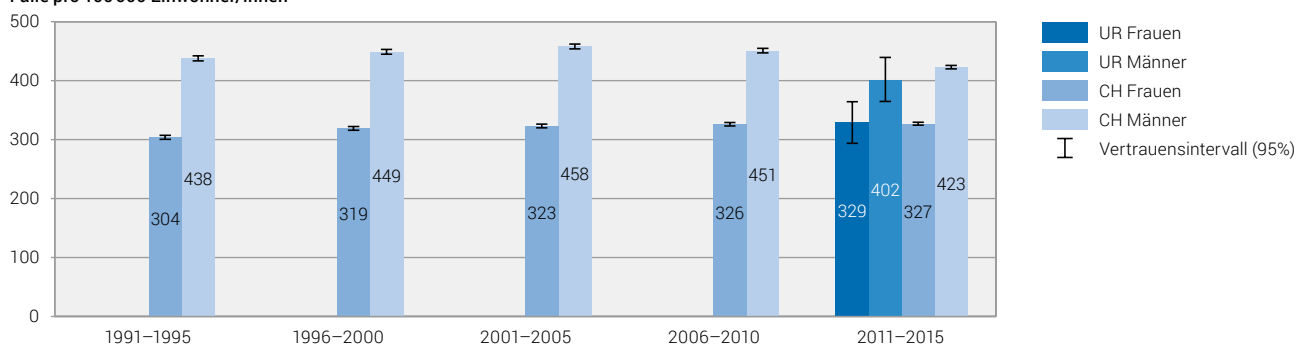
Quellen: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS), Statistik der Todesursachen (TU), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP); Eurostat – Europäische Standardbevölkerung (ESP) 2010

© Obsan 2020

## Altersstandardisierte Inzidenz aller Krebsarten, nach Geschlecht, Kanton Uri und Schweiz, Fünfjahresraten 1991–2015

G2.22

Fälle pro 100 000 Einwohner/innen



Quelle: NICER

© Obsan 2020

Die Inzidenz für akuten Myokardinfarkt ist im Kanton Uri zwischen den beiden Fünfjahresperioden 2000–2004 und 2007–2011 tendenziell gestiegen, seitdem aber abnehmend. Der Fünfjahresdurchschnitt 2012–2016 beträgt im Kanton Uri 190,0 Fälle pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Die Inzidenz für akuten Myokardinfarkt liegt seit der Fünfjahresperiode 2011–2015 tendenziell über dem Schweizer Durchschnitt (183,0 Fälle).

Die Inzidenz für Hirnschlag war 2000–2004 (Fünfjahresdurchschnitt) noch deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt, ist dann zwischenzeitlich angestiegen und seit 2004–2008 (Fünfjahresdurchschnitt) eher wieder sinkend. Mit 168,9 Fällen pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner ist die Inzidenz für Hirnschlag 2012–2016 (Fünfjahresdurchschnitt) im Kanton Uri zwar tiefer als der Schweizer Durchschnitt (187,5 Fälle), der Unterschied ist aber nicht signifikant.

### Höhere Krebsinzidenz bei Männern

«Krebs» ist ein genereller Begriff für eine grosse Gruppe von Krankheiten, bei denen sich Zellen unkontrolliert vermehren und in benachbarte Körperteile und andere Organe eindringen. Dadurch wird die Funktion der betroffenen Organe beeinträchtigt. Dieser Prozess ist der Hauptgrund für die Mortalität durch Krebs (WHO, 2014a).

Die altersstandardisierte Inzidenz aller Krebsarten in der Gesamtschweiz ist bei den Frauen seit der Fünfjahresperiode 1991–1995 stetig angestiegen. Bei den Männern ist seit 2001–2005 jedoch ein Rückgang zu beobachten. Männer haben dabei im Durchschnitt eine signifikant höhere altersstandardisierte Erkrankungsrate als Frauen (Grafik G2.22). Im Kanton Uri sind nur Zahlen für 2011–2015 verfügbar, die Inzidenzraten sind ähnlich wie in der Gesamtschweiz und unterscheiden sich nicht signifikant.

### 2.4.4 Unfälle und Stürze

Für das Jahr 2017 haben die Unfallversicherer in der Schweiz 546 289 Nichtberufsunfälle, 268 837 Berufsunfälle (inkl. Berufskrankheiten) und 17 663 Unfälle von Stellensuchenden erfasst (KSUV, 2018). Die Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu, 2019) geht in ihren Schätzungen von insgesamt 1 062 630 Nichtberufsunfällen im Jahr 2016 aus, wobei die Mehrzahl der Unfälle (96,5%) Leicht- oder Mittelschwerverletzte zur Folge hatte. Vorliegender Abschnitt beschreibt auf der Basis der SGB 2017 das Unfallgeschehen im Kanton Uri und in der Schweiz und geht anschliessend speziell auf Stürze bei älteren Personen ein.

#### Schweizer Männer verunfallen häufiger als Frauen

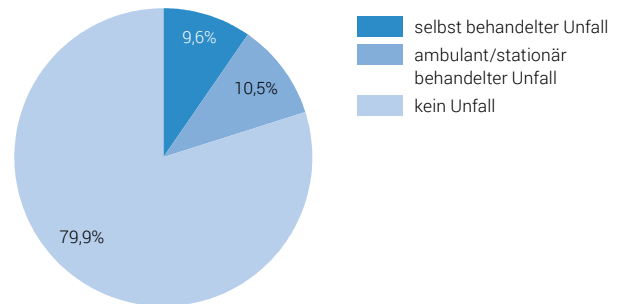
Wie dem Kreisdiagramm G2.23 zu entnehmen ist, hatten 9,6% der Urner Bevölkerung einen Unfall, den sie selbst behandelt haben und weitere 10,5% hatten einen Unfall, der ärztlich (ambulant oder stationär) behandelt wurde. Demnach hat rund ein Fünftel (20,1%) im Jahr vor der Befragung 2017 einen Unfall erlitten.

Die Grafik G2.24 gibt die Angaben der befragten Personen zu erlittenen Unfällen (selbst sowie behandelte Unfälle zusammen) nach Geschlecht und Alter wieder. Demnach verunfallten 16,9% der Urnerinnen und 23,6% der Urner. Die Schweizer Anteile sind mit 17,6% bzw. 24,8% ähnlich hoch. Auf Ebene Gesamtschweiz und in der Tendenz auch im Kanton Uri zeigt sich, dass Männer häufiger verunfallen als Frauen.

Die Unfallrate ist v.a. in der jüngsten Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen hoch, und zwar sowohl bei den Frauen wie auch bei den Männern. Dieser Zusammenhang ist jedoch nur auf Schweizer Ebene signifikant. Bei den Frauen ist die Unfallrate der anderen Altersgruppen etwa ähnlich hoch, während sie bei den Männern mit dem Alter abnimmt (nur auf Schweizer Ebene signifikant). Die überdurchschnittlich hohe Anzahl an Unfällen bei den jungen Männern wird in der Literatur mit einer höheren Bereitschaft für risikoreiches Verhalten erklärt (Sass et al., 2017; Starker et al., 2016).

### Unfälle nach Behandlungsart, Kanton Uri, 2017 (letzte 12 Monate)

G2.23



n=435

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

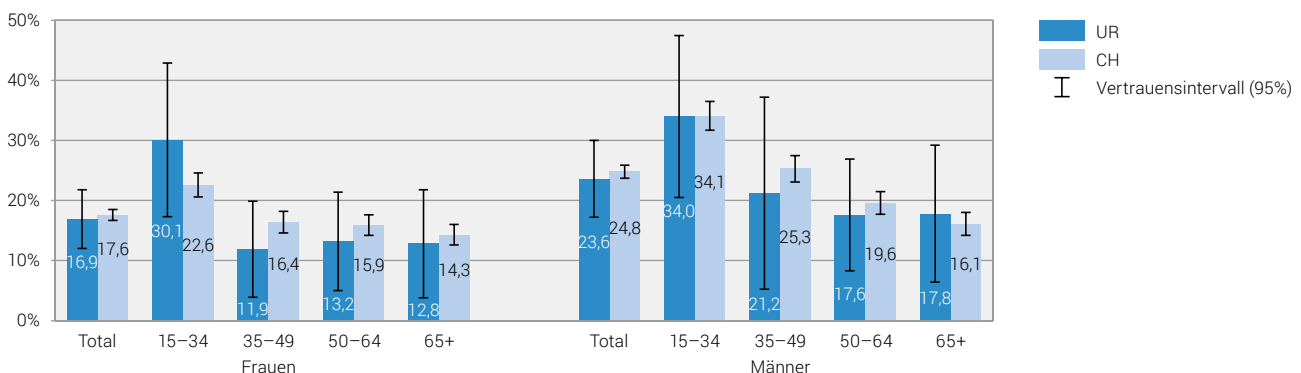
© Obsan 2020

Im Jahr 2007 betrug der Anteil der Urner Bevölkerung, welche einen Unfall erlitten haben, 14,9%. Der Anstieg zwischen 2007 und 2017 ist jedoch nicht signifikant. Auf der Schweizer Ebene hingegen ist dieser Anteil im gleichen Zeitraum signifikant von 17,7% auf 21,1% angestiegen (vgl. Anhang TA 2.6). Detailliertere Analysen zeigen, dass lediglich die selbst behandelten Unfälle zugenommen haben, die ambulant oder stationär behandelten Fälle jedoch nicht (Daten nicht dargestellt).

Die Grafik G2.25 zeigt die Unfallanteile nach Art des Unfalls und Geschlecht für den Kanton Uri. Bei Sport- und Spielunfällen weisen Männer tendenziell höhere Unfallraten auf. Frauen verunfallen hingegen tendenziell häufiger in Haus und Garten. Diese Geschlechterunterschiede sind aber im Kanton Uri nicht signifikant, ausserdem sind die Fallzahlen sehr gering. Auf Schweizer Ebene zeigen sich folgende Unterschiede: 16,2% der Schweizer berichten von einem Arbeitsunfall und 49,9% von einem Sportunfall gegenüber 10,8% bzw. 38,7% der Schweizerinnen. Bei Unfällen im Haus und Garten sind dagegen Frauen mit 31,8% mehr als doppelt so häufig betroffen als Männer (14,5%). Bei Verkehrsunfällen gibt es dagegen keinen Geschlechterunterschied, dies

### Unfälle, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2017 (letzte 12 Monate)

G2.24



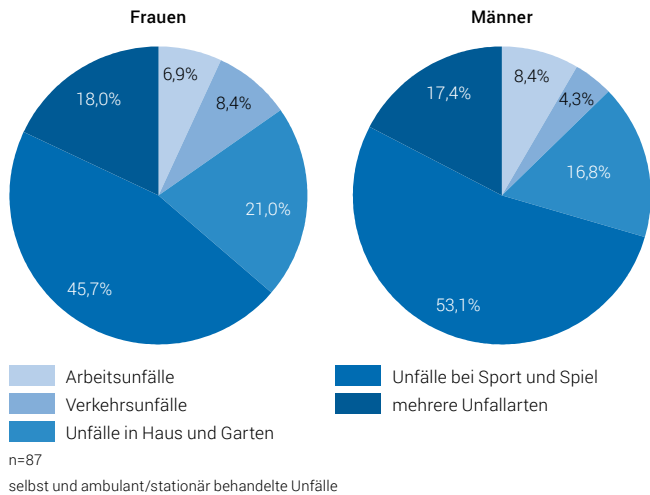
n=435 (UR), n=18 648 (CH)

selbst und ambulant/stationär behandelte Unfälle

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

**Unfallart, nach Geschlecht, Kanton Uri, 2017**  
(letzte 12 Monate) **G2.25**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) © Obsan 2020

über alle Altersklassen hinweg. Die Zahlen der Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu) zeigen aber, dass Männer doppelt so häufig in schwere Strassenverkehrsunfälle verwickelt sind als Frauen. Auch hier erklärt sich der Unterschied durch höhere Exposition (verbringen mehr Zeit auf Strassen) wie auch durch Risikoverhalten (bfu, 2018). Im Kanton Uri ist der Anteil von Verkehrsunfällen insgesamt (6,1%) zudem vergleichbar mit der Gesamtschweiz (6,2%) (Daten nicht abgebildet).

Erhöhte Arbeitsunfallraten bei Männern lassen sich ebenfalls auf risikoreichere Arbeiten zurückführen (Grazier & Sloane, 2008; Rommel et al., 2016). Im Bereich Sport und Spiel geschehen

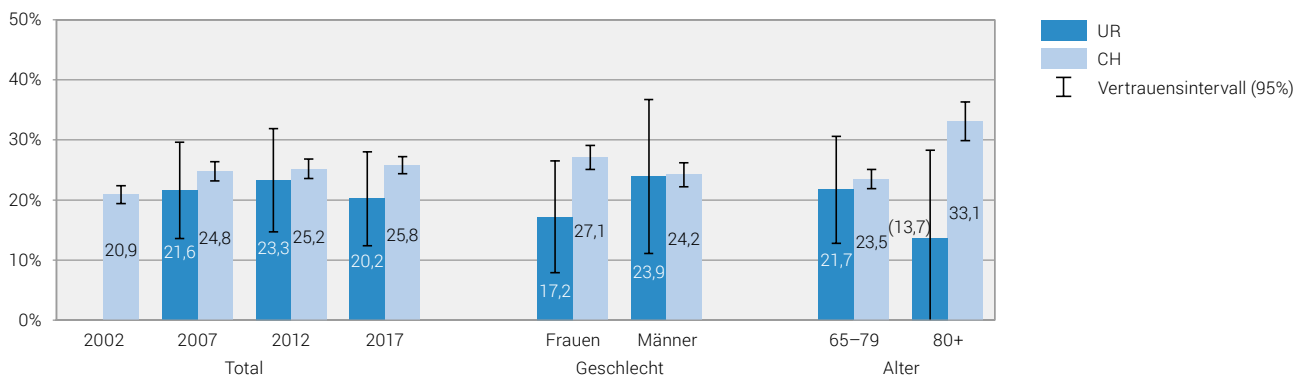
die häufigsten Verletzungen in der Schweiz beim Fussballspiel (19,7%) sowie beim Skifahren (alpin) (12,7%). Von Fussballverletzungen sind v.a. Männer betroffen (83,9%), im Ski alpin ist es ausgeglichener (52,8% Männer) (bfu, 2019).

*Jährlich stürzt ein Fünftel der 65-jährigen und ältere Personen im Kanton Uri mindestens einmal*

Stürze, Sturzgefahr und Sturzangst sind im Leben von älteren Menschen ein häufiges Thema. Stürze können zu erheblichen Einschränkungen in der Lebensführung oder sogar zu Pflegeheimetritten führen. Jährlich geschehen in der Schweiz gut 240 000 Stolper- und Sturzunfälle, ungefähr ein Drittel davon durch 65-Jährige und Ältere. Damit sind Stürze auf gleicher Ebene oder auf Treppe/Stufe gezählt; Stürze aus der Höhe oder beim Sport (z.B. Wandern) sind nicht berücksichtigt. Von den rund 210 Todesfällen durch solche Stürze sind in über 90% 65-Jährige und Ältere betroffen (bfu, 2019). Das Risiko zu stürzen ist bei bereits früher erlittenen Stürzen, Gehproblemen, Problemen mit Gehhilfen, Schwindelanfällen, Parkinsonerkrankungen und Nebenwirkungen antiepileptischer Medikamente besonders erhöht (Deandrea et al., 2010; Dhargave & Sendhilkumar, 2016; Etangsale & Ratiney, 2019; Münzer & Gnädinger, 2014).

Im Kanton Uri geben 20,2% der 65-Jährigen und Älteren mindestens einen Sturz an (Grafik G2.26). Das ist etwas weniger als der Schweizer Durchschnitt (25,8%), der Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Die Geschlechterunterschiede sind ebenfalls nicht signifikant, die Unterschiede nach Alter nur auf Ebene Gesamtschweiz. Gesamtschweizerisch lässt sich zwischen 2002 und 2017 ein Anstieg der Stürze verzeichnen. Im Kanton Uri lässt sich zwischen 2007 und 2017 keine eindeutige Entwicklung feststellen.

**65-jährige und ältere Personen mit mindestens einem Sturz, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2002–2017** (letzte 12 Monate) **G2.26**



2002: n=7 766 (CH); 2007: n=123 (UR), n=4 488 (CH); 2012: n=100 (UR), n=4 794 (CH); 2017: n=112 (UR), n=5 106 (CH)  
Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29).

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) © Obsan 2020

## 2.5 Psychische Gesundheit

Psychische Gesundheit ist eine entscheidende Dimension menschlichen Wohlbefindens. Die WHO schätzt, dass in der Schweiz 27% der erwachsenen Bevölkerung an psychischen Problemen wie Substanzmissbrauch, Psychosen, Depressionen, Angstzuständen und Essstörungen leiden.<sup>4</sup> Die Kosten psychischer Erkrankungen werden auf rund 4% des Bruttoinlandsproduktes eines Landes geschätzt (OECD, 2014).

### 2.5.1 Energie und Vitalität

Im Jahr 2017 wurde in der SGB eine Frage zum Energie- und Vitalitätsniveau gestellt. Dieser Indikator betont die positive Dimension der psychischen Gesundheit. In der SGB 2012 wurde diese Frage zwar bereits gestellt, diese war jedoch Teil des telefonischen Interviews, während sie neu im Jahr 2017 Teil des schriftlichen Fragebogens war. Aus diesem Grund wird der zeitliche Vergleich hier nicht beschrieben.

Etwas mehr als die Hälfte der Urner Bevölkerung (55,9%) berichtet über ein hohes Energie- und Vitalitätsniveau, was signifikant über dem Schweizer Durchschnitt liegt (48,7%) und nur noch vom Kanton Schwyz (57,7%) übertroffen wird (Grafik G.2.27). Die tiefsten Anteile finden sich im Jura (43,5%) und im Tessin (44,8%).

In der Gesamtschweiz berichten Frauen weniger häufig von einem hohen Energie- und Vitalitätsniveau als Männer, das Gleiche gilt für Personen ohne nachobligatorische Bildung im Vergleich zu Personen mit höherer Bildung. Im Kanton Uri zeigt sich beim Geschlecht und beim Bildungsniveau eine ähnliche Tendenz. Personen mit Migrationshintergrund berichten zudem sowohl im Kanton Uri als auch in der Gesamtschweiz seltener von hoher Energie und Vitalität als Personen ohne Migrationshintergrund, der Effekt ist jedoch nur auf Ebene Gesamtschweiz signifikant.

### Energie und Vitalität hängen stark mit Gesundheitsindikatoren zusammen

Verschiedene Faktoren können das Energie- und Vitalitätsniveau einer Person beeinflussen. Die Grafik G.2.28 zeigt den Zusammenhang zwischen Energie und Vitalität sowie verschiedenen Gesundheitsindikatoren. Über die Hälfte (60,0% bzw. 60,1%) der Urnerinnen und Urner, die ihre Gesundheit als (sehr) gut einschätzen bzw. die sich bei Alltagsaktivitäten nicht eingeschränkt fühlen, verfügen über ein hohes Energie- und Vitalitätsniveau (Grafik G.2.28).

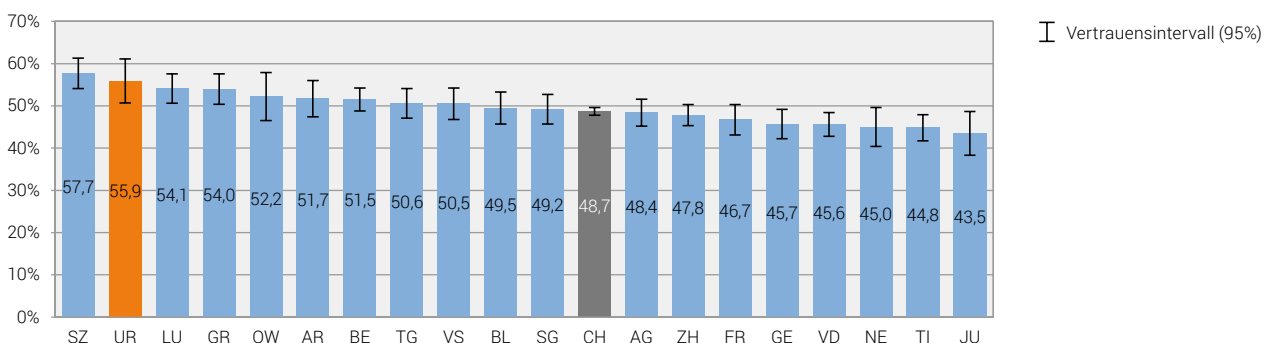
Ist die Gesundheit mittelmässig bis (sehr) schlecht bzw. sind starke Einschränkungen aufgrund eines Gesundheitsproblems vorhanden, so sinken diese Anteile auf 17,5% bzw. 16,5%. Bei hoher Kontrollüberzeugung (vgl. 2.6.1) beträgt der Anteil der Urner Befragten mit hohem Energie- und Vitalitätsniveau 71,4%. Ist die Kontrollüberzeugung dagegen gering, beträgt der Anteil Personen mit hoher Energie und Vitalität lediglich 14,3%. Ein sehr ähnliches Muster zeigt sich bei der sozialen Unterstützung. Dieselben Zusammenhänge sind auch für die Schweiz insgesamt festzustellen (Daten nicht dargestellt).

### 2.5.2 Psychische Belastung

In der SGB wird die psychische Belastung der Bevölkerung mittels Fragen nach der Häufigkeit von Symptomen wie Nervosität, Niedergeschlagenheit, Ausgeglichenheit oder Depressivität geschätzt. Die Kategorisierung in keine/geringe, mittlere und starke psychische Belastung entspricht allerdings keiner klinischen Diagnosestellung (Schuler et al., 2016b; Veit & Ware, 1983). Bei einer mittleren bis hohen psychischen Belastung ist das Vorliegen einer psychischen Erkrankung aus klinischer Sicht jedoch wahrscheinlich (Schuler et al., 2016a).

Hohes Energie- und Vitalitätsniveau, Schweiz und Kantone, 2017

G2.27



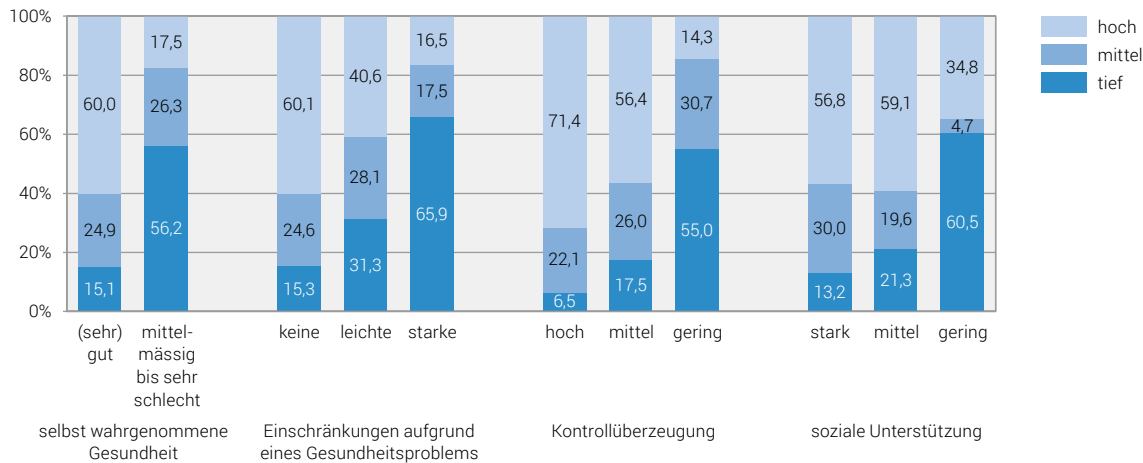
Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

<sup>4</sup> <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics> (Zugriff am 12.11.2019).

Energie und Vitalität, nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Uri, 2017

G2.28



selbst wahrgenommene Gesundheit: n=412; Einschränkungen: 412; Kontrollüberzeugung: n=410; soziale Unterstützung: n=403

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

Grössere Unterschiede bei der psychischen Belastung zwischen den Kantonen

Im Jahr 2017 fühlen sich im Kanton Uri 9,5% aller Befragten mittel bis stark psychisch belastet (Grafik G2.29). Das sind signifikant weniger Personen als im Schweizer Durchschnitt (15,1%). Der regionale Vergleich zeigt grosse Unterschiede zwischen den Kantonen: Insbesondere die Werte der Westschweizer Kantone und des Kantons Tessin sind deutlich über dem Schweizer Durchschnitt, die Werte der Zentralschweizer Kantone wie auch der Kantone Graubünden und Appenzell Ausserrhoden sind deutlich tiefer.

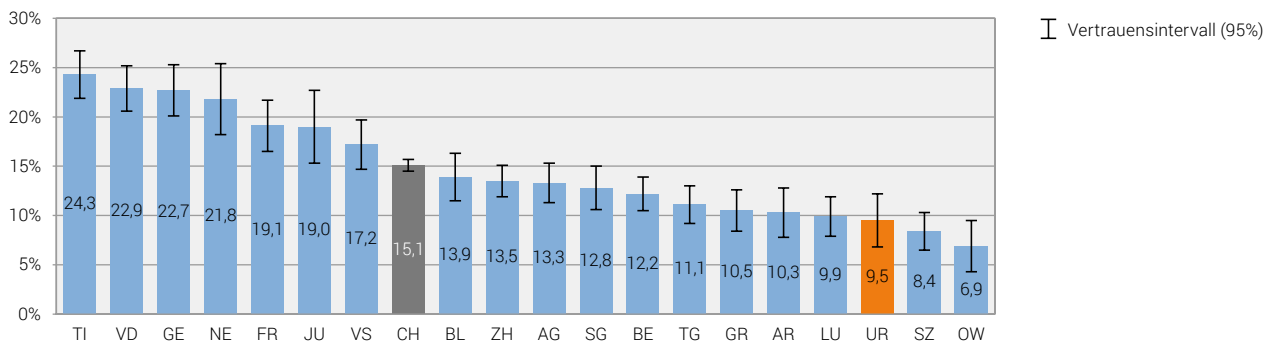
Die unterschiedliche psychische Belastung unterscheidet sich nach Geschlecht, Bildung, Migrationshintergrund und Haushaltstyp (Grafik G2.30). Im Kanton Uri berichten Frauen (10,0%) tendenziell häufiger von mittlerer bis starker psychischer Belastung als Männer (8,8%). In der Gesamtschweiz ist dieser Unterschied

noch ausgeprägter und signifikant (18,3% vs. 11,7%). Der Gradient nach Bildung zeigt sich im Kanton Uri und in der Schweiz, die Unterschiede sind wiederum nur auf Ebene Gesamtschweiz signifikant. Personen mit Migrationshintergrund sind im Kanton Uri tendenziell häufiger betroffen als Personen ohne Migrationshintergrund. Grosse Unterschiede gibt es auch nach Haushaltstyp, wenngleich diese auf Kantonsebene ebenfalls nicht signifikant sind: So weisen Personen, die zusammen mit einer Partnerin oder einem Partner leben – sei das mit oder ohne Kinder – deutlich seltener eine mittlere bis starke psychische Belastung auf als Personen, die alleine leben oder die alleinerziehend sind.

Seit 2007 zeigt sich auf Ebene Gesamtschweiz eine signifikante Abnahme der psychischen Belastung (2002: 17,0%; 2017: 15,1%). Im Kanton Uri zeigt sich im gleichen Zeitraum eine vergleichbare Entwicklung, die Abnahme ist jedoch nicht signifikant (vgl. Anhang TA 2.8).

Mittlere bis starke psychische Belastung, Schweiz und Kantone, 2017

G2.29



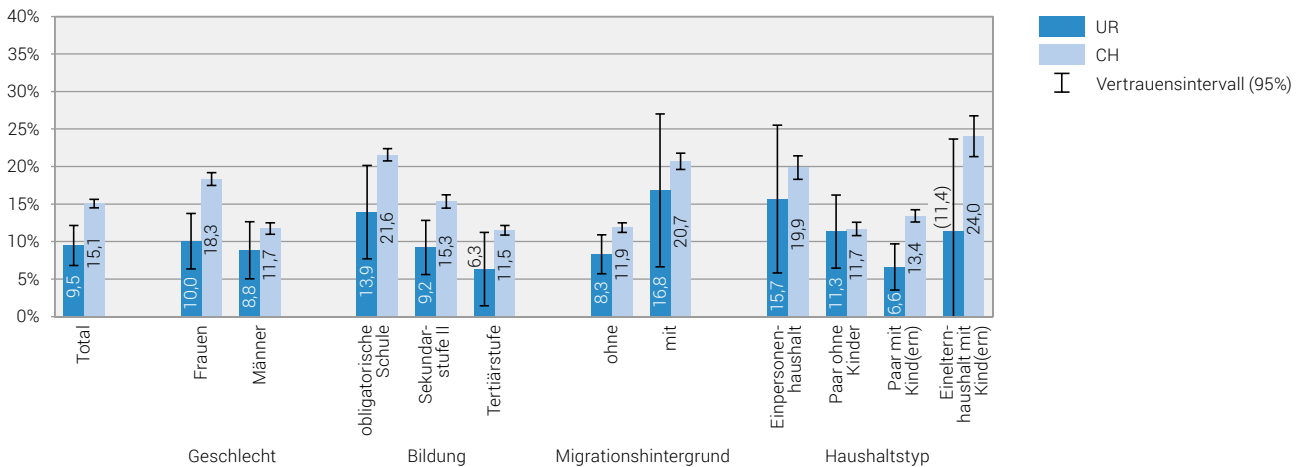
Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020



**Mittlere bis starke psychische Belastung**, nach soziodemografischen Merkmalen, Kanton Uri und Schweiz, 2017

G2.30



n=496 (UR), n=20 941 (CH)

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29).

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

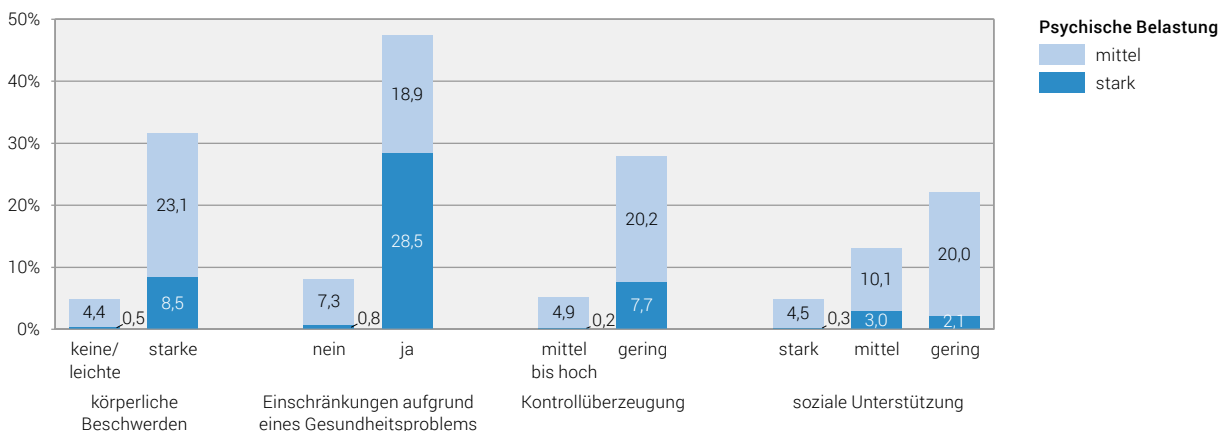
*Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit gehen mit psychischer Belastung einher*

Psychische Belastungen stehen mit dem körperlichen Gesundheitszustand wie auch mit den zur Verfügung stehenden Gesundheitsressourcen im Zusammenhang. In der Grafik G.2.31 werden die Wechselwirkungen von psychischen Belastungen mit körperlichen Beschwerden (Rückenschmerzen, Schwäche/Müdigkeit, Schlafstörungen usw.; vgl. 2.4.1) sowie mit den Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten (vgl. 2.3.2) untersucht. Zudem wird der Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und ausgewählten Gesundheitsressourcen wie der Kontrollüberzeugung (vgl. 2.6.1) und der sozialen Unterstützung (vgl. 2.6.2) analysiert.

Im Kanton Uri ist bei starken körperlichen Beschwerden der Anteil an Personen mit mittlerer (23,1%) wie auch mit starker psychischer Belastung (8,5%) deutlich höher, als wenn keine solchen Beschwerden vorliegen. Urnerinnen und Urner mit bestehenden Einschränkungen aufgrund eines Gesundheitsproblems nennen ebenfalls häufiger mittlere oder starke psychische Belastungen (47,4%) im Vergleich zu Personen ohne Einschränkungen (8,1%). Auch die Gesundheitsressourcen stehen in einem klaren Zusammenhang mit der psychischen Belastung: Mit mittlerer bis hoher Kontrollüberzeugung sowie mit guter sozialer Unterstützung treten psychische Belastungen deutlich seltener auf.

**Mittlere und starke psychische Belastung**, nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Uri, 2017

G2.31



Beschwerden: n=475; Einschränkungen: n=496; Kontrollüberzeugung: n=417; soziale Unterstützung: n=484

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

Natürlich gilt der Zusammenhang auch in die andere Richtung: Kontrollüberzeugung und soziale Unterstützung haben nicht nur einen Einfluss auf die psychische Belastung, sondern psychische Belastung kann auch diese Ressourcen beeinträchtigen: So berichten beispielsweise 7,8% der Personen mit keiner oder nur geringer psychischer Belastung von geringer sozialer Unterstützung; bei denjenigen mit starker psychischer Belastung steigt dieser Anteil auf 34,4% (Werte für die Gesamtschweiz, Daten nicht dargestellt).

### 2.5.3 Symptome depressiver Erkrankungen

Depressionen sind relativ häufige psychische Erkrankungen, die zu erheblichen Behinderungen im Alltag, in Beziehungen und im Beruf führen können (Malhi & Mann, 2018). Die WHO (2017) geht davon aus, dass weltweit über 300 Millionen Menschen betroffen sind. Im Verlauf des Lebens ist sogar eine von fünf Personen betroffen (Baer et al., 2013). Depressionen zeigen häufig einen chronischen Verlauf (Hardeveld et al., 2010) und treten oft zusammen mit anderen psychischen sowie körperlichen Krankheiten auf. Depressive Erkrankungen werden zudem allgemein mit verkürzter Lebensdauer in Zusammenhang gebracht (Colman et al., 2018; Gilman et al., 2017; Lawrence et al., 2013). Ausserdem verursachen sie hohe individuelle und gesellschaftliche Kosten (McMahon et al., 2012).

Mit dem in der SGB verwendeten Modul aus dem international angewandten «Patient Health Questionnaire» (Kroenke & Spitzer, 2002; Kroenke et al., 2001) wird seit dem Erhebungsjahr 2012 gezielt nach Symptomen depressiver Erkrankungen gefragt. Auf diese Weise können Aussagen über depressive Stimmung oder Depressivität in der Bevölkerung gemacht werden, es handelt sich jedoch nicht um eine klinisch gestellte Depressions-Diagnose. Wie Studien zeigen, wirken sich aber bereits leichte Depressionen und auch Depressivität unterhalb der Krankheitsschwelle behindernd aus.

### 5,3% der Urner Bevölkerung haben mittlere bis schwere Depressionssymptome

Im Jahr 2017 berichten im Kanton Uri 5,3% von mittleren bis schweren Symptomen depressiver Erkrankungen, was signifikant unter dem Wert der Gesamtschweiz von 8,6% liegt (Grafik G2.32). Seit 2012 ist dieser Anteil sowohl im Kanton Uri als auch in der Schweiz signifikant angestiegen. Dabei ist besonders der Anstieg für den Kanton Uri von 1,6% auf 5,3% markant. Der Anteil an leicht betroffenen depressiven Personen beträgt im Jahr 2017 im Kanton Uri 23,0% und in der Gesamtschweiz 25,9% (Daten nicht abgebildet).

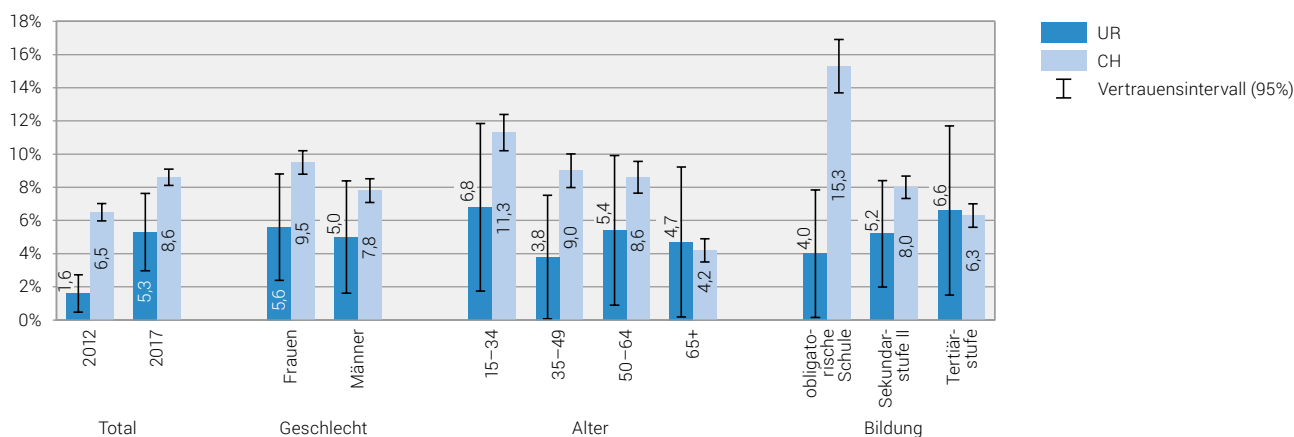
Bei den schweren Depressionssymptomen zeigen sich auf Ebene Gesamtschweiz ausgeprägte Geschlechterunterschiede: Mit 9,5% sind Frauen signifikant häufiger betroffen als Männer (7,8%). Im Kanton Uri zeigt sich diesbezüglich nur ein geringer und nicht signifikanter Unterschied. Klinisch manifeste Depressionen zeigen in der Literatur das gleiche Muster (American Psychiatric Association, 2018; Maske et al., 2015; Patten et al., 2016; Regan et al., 2013; Weinberger et al., 2017). Gemäss Untersuchungen sind Depressionen bei Frauen gar doppelt so häufig wie bei Männern (Kuehner, 2017; WHO, 2014b).

Der Anteil Personen mit mittleren bis schweren Depressionssymptomen sinkt mit dem Alter. Dieser Zusammenhang zeigt sich auf Ebene Gesamtschweiz und in der gleichen Tendenz auch im Kanton Uri: So berichten 6,8% der 15- bis 34-jährigen Urnerinnen und Urner von mittleren bis schweren Depressionssymptomen, bei den 65-Jährigen und Älteren sind es 4,7%. Dieses Resultat wird auch in der Literatur bestätigt (Patten et al., 2016; Regan et al., 2013; Weinberger et al., 2017; WHO, 2017).

Für die Gesamtschweiz ergeben sich signifikante Unterschiede nach Bildung: Personen ohne nachobligatorische Ausbildung (15,3%) sind häufiger betroffen als Personen mit Abschluss auf Sekundarstufe II (8,0%); und diese wiederum sind häufiger betroffen als Personen mit Tertiärabschluss (6,3%). Im Kanton Uri zeigt sich keine vergleichbare Tendenz. Aus der Literatur kann

**Mittlere bis schwere Depressionssymptome, nach Geschlecht, Alter und Bildung, Kanton Uri und Schweiz, 2012 und 2017**

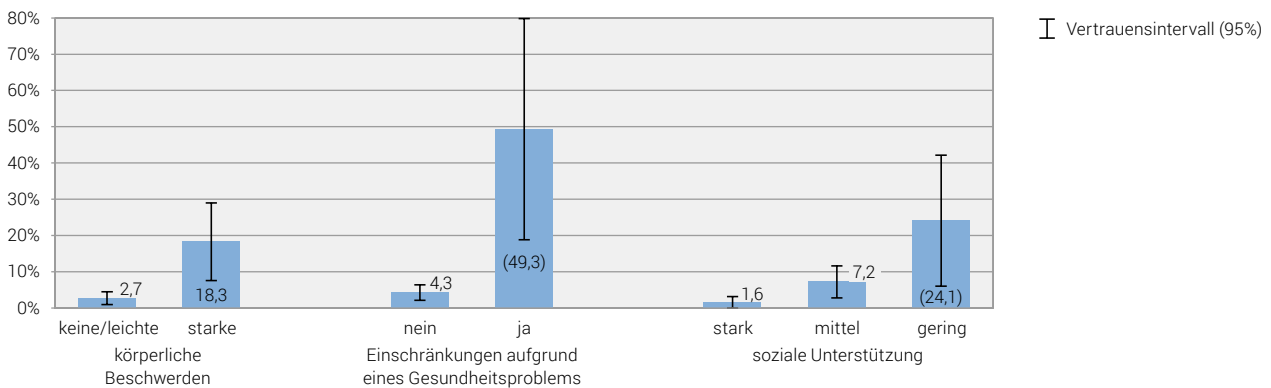
**G2.32**



2012: n=417 (UR), n=16 980 (CH); 2017: n=424 (UR), n=18 230 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020



Beschwerden: n=406; Einschränkungen: n=424; soziale Unterstützung: n=414

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29).

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

entnommen werden, dass Personen mit tiefer Schul- und Berufsausbildung gefährdeter sind, an klinisch manifesten Depressionen zu erkranken als Personen mit höherer Ausbildung (Bretschneider et al., 2017; Regan et al., 2013). Als weitere Risikofaktoren für Depressionen werden in der Literatur auch Arbeitslosigkeit, finanzielle Verschuldung und soziale Deprivation genannt (WHO, 2014b, 2017).

### Zusammenhang zwischen Depressionssymptomen und körperlichen Beschwerden

Depressivität hängt in der Regel eng mit dem körperlichen Gesundheitszustand und entsprechender Autonomie im Alltag zusammen. Daher wird im Folgenden der Zusammenhang zwischen den Symptomen depressiver Erkrankungen und den körperlichen Beschwerden (vgl. 2.4.1) einerseits sowie den Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten (vgl. 2.3.2) andererseits untersucht.

Für die Urner Bevölkerung ergibt sich folgendes Bild (Grafik G.2.33): Der Anteil der Bevölkerung mit mittleren bis schweren Depressionssymptomen ist bei starken körperlichen Beschwerden signifikant höher (18,3%) als wenn keine oder nur leichte Beschwerden vorliegen (2,7%). Dieser Unterschied ist auch festzustellen, wenn Einschränkungen aufgrund eines Gesundheitsproblems bestehen (49,3% vs. 4,3%). Obwohl dieser Unterschied signifikant ist, sollte er aufgrund der kleinen Fallzahlen mit Vorsicht interpretiert werden. Der Zusammenhang zwischen körperlichen Einschränkungen und psychischen Beschwerden ist in der Literatur – insbesondere auch für ältere Personen – hinreichend belegt (Berkman et al., 1986).

Symptome depressiver Erkrankungen können auch mit dem Ausmass vorhandener Gesundheitsressourcen zusammenhängen. Allgemein wird von einer mildernden oder verhindernden Wirkung vorhandener Gesundheitsressourcen auf depressive Symptome ausgegangen. Für die hier gezeigte Gesundheitsressource «soziale Unterstützung» (vgl. 2.6.2) ist im Kanton Uri ein Zusammenhang ersichtlich: 24,1% aller Urner Personen mit geringer sozialer Unterstützung leiden an mittleren bis schweren

Depressionssymptomen. Bei Personen mit starker sozialer Unterstützung sind es mit 1,6% signifikant weniger. Dies ist ein Resultat, das auch in der Literatur nachgewiesen wird (Adams et al., 2016; Garipey et al., 2016; Pospel et al., 2018; Takizawa et al., 2006; Werner-Seidler et al., 2017). Natürlich besteht auch ein Zusammenhang in die andere Richtung: So berichten Personen mit Depressionssymptomen auch häufiger von geringer sozialer Unterstützung (Daten nicht dargestellt).

## 2.6 Gesundheitsressourcen

Beim ganzheitlichen Ansatz von Gesundheit wird der Gesundheitszustand einerseits von Belastungen geprägt, die auf eine Person wirken. Diese Belastungen können physischer, psychischer oder sozialer Art sein. Andererseits beeinflussen die Ressourcen, die eine Person zur Verfügung hat, ihren Gesundheitszustand (Hartung, 2011; Rico-Urbe et al., 2016). Diese Ressourcen können die Auswirkungen von Belastungen auf die Gesundheit mildern oder verhindern. Sie können aber auch einen direkten Effekt auf die Gesundheit haben, wenn die Person dadurch bestimmten Belastungen gar nicht erst ausgesetzt wird. Gesundheitsressourcen können dabei Merkmale der Person selber sein oder als Merkmale der Umwelt dieser Person vorkommen (Schuler et al., 2016a).

### 2.6.1 Kontrollüberzeugung

Die Überzeugung, einen Einfluss auf das eigene Leben zu haben, ist eine wichtige Ressource für die eigene Gesundheit und wird «Kontrollüberzeugung» genannt (Mackenbach et al., 2002). Je höher diese Kontrollüberzeugung ist, desto ausgeprägter ist das Gefühl, Lauf und Umstände des Lebens durch eigenes Handeln steuern und gestalten zu können. Eine geringe Kontrollüberzeugung hingegen ist mit der Empfindung verbunden, dass primär äussere Faktoren wie Zufall, Schicksal oder gesellschaftliche Ansprüche die eigene Existenz prägen (Rotter, 1990).

42,2% der Bevölkerung des Kantons Uri verfügen 2017 über eine hohe, 41,3% über eine mittlere und 16,5% über eine geringe Kontrollüberzeugung (Grafik G2.34). Seit 2007 haben sich diese Anteile nicht signifikant verändert. Der Anteil Personen mit geringer Kontrollüberzeugung beträgt auf Ebene Gesamtschweiz 23,4% und ist signifikant höher als im Kanton Uri. Ausserdem ist er seit 2007 signifikant gestiegen (vgl. Anhang TA2.9). In Bezug auf Geschlecht, Alter und Bildung sind bezüglich Kontrollüberzeugung im Kanton Uri keine signifikanten Unterschiede festzustellen, auf Ebene Schweiz dagegen schon: Frauen, Ältere sowie Personen mit höherer Bildung haben häufiger eine hohe Kontrollüberzeugung als Männer, Jüngere und Personen mit tieferer Bildung.

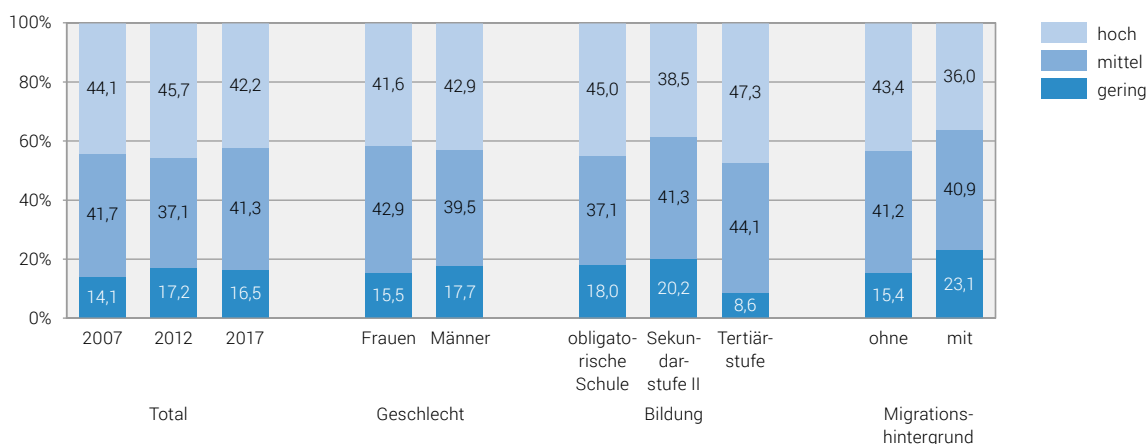
### 2.6.2 Soziale Unterstützung

Die soziale Unterstützung, mit der eine Person aus ihrem Umfeld rechnen kann, hat einen Effekt auf die selbst wahrgenommene Gesundheit, den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten sowie gesundheitsrelevante Entscheidungen (Bachmann, 2014; Berkman & Glass, 2000; Borgmann et al., 2017; Israel et al., 2002).

Gemäss SGB 2017 erfahren über die Hälfte (56,2%) aller Personen im Kanton Uri eine starke soziale Unterstützung, 36,3% eine mittlere und 7,5% eine geringe (Grafik G2.35). In der Gesamtschweiz beträgt der Anteil starker sozialer Unterstützung 45,4% und liegt signifikant unter dem Wert des Kantons Uri (vgl. Anhang TA2.10). Weder auf Ebene Schweiz noch Kanton zeigt sich ein signifikanter Geschlechterunterschied. Für die Gesamtschweiz gibt es einen Zusammenhang nach Alter sowie nach Bildung (bei Älteren sowie Personen mit tieferer Bildung ist die soziale Unterstützung geringer), der sich tendenziell auch für den Kanton Uri zeigt.

**Kontrollüberzeugung, nach Geschlecht, Bildung und Migrationshintergrund, Kanton Uri, 2007–2017**

**G2.34**



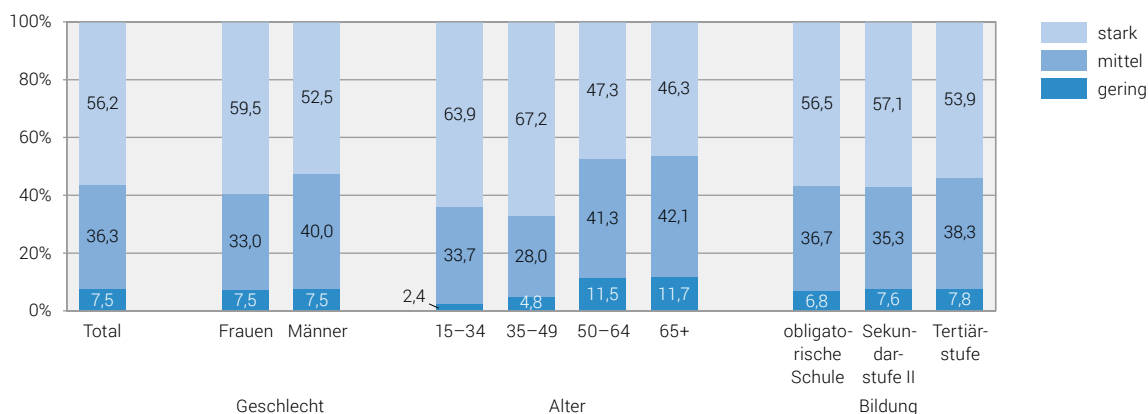
2007: n=314; 2012: n=420; 2017: n=418

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

**Soziale Unterstützung, nach Geschlecht, Alter und Bildung, Kanton Uri, 2017**

**G2.35**



n=486

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

### 2.6.3 Einsamkeitsgefühle

Einsamkeit wird von jeder Person in verschiedenen Lebensphasen in unterschiedlichem Ausmass erlebt. Sie kann als Negativerfahrung definiert werden, die auftritt, wenn das persönliche Netzwerk aus sozialen Beziehungen mangelhaft ist (Perlman & Peplau, 1981). Einsamkeitsgefühle treten insbesondere dann auf, wenn die erwünschten Beziehungen nicht mit den tatsächlich erfahrenen übereinstimmen (Salimi, 2011).

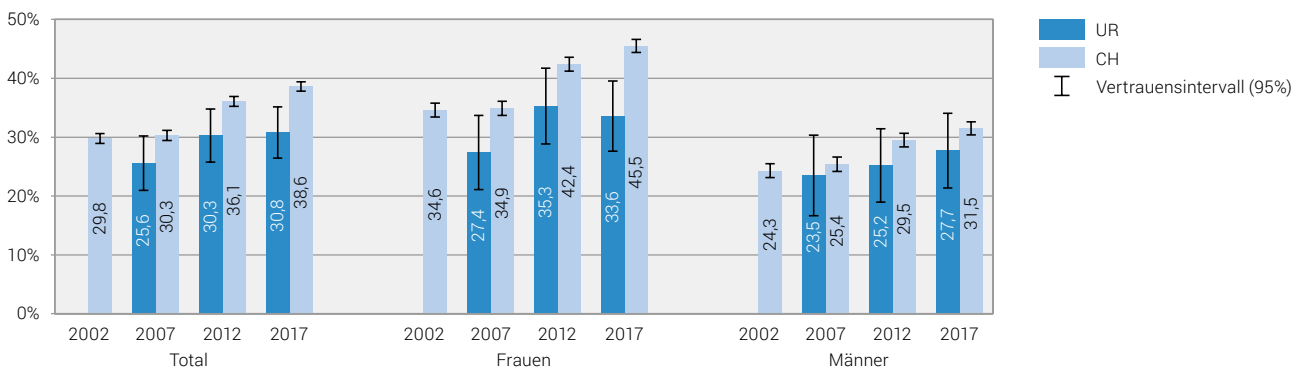
Im Jahr 2017 geben im Kanton Uri 30,8% aller in der SGB befragten Personen an, sich manchmal bis sehr häufig einsam zu fühlen (Grafik G2.36). Dieser Wert ist signifikant tiefer als jener der Gesamtschweiz (38,6%). Zwischen 2002 und 2017 ist der Anteil Personen mit Einsamkeitsgefühlen in der Gesamtschweiz von 29,8% auf 38,6% signifikant angestiegen. Im Kanton Uri zeigt sich zwischen 2007 und 2017 eine ähnliche Tendenz.

Der Zeitvergleich nach Geschlecht zeigt, dass dieser Anstieg bei den Frauen etwas stärker ausgeprägt ist: Im Jahr 2002 gaben 34,6% der Frauen in der Gesamtschweiz Einsamkeitsgefühle an, 2017 sind es 45,5%. Bei den Männern stieg der Anteil im gleichen Zeitraum von 24,3% auf 31,5%. Im Kanton Uri zeigt sich eine vergleichbare Entwicklung, der Anstieg ist jedoch nicht signifikant. Der Anteil im Kanton Uri liegt im Jahr 2017 bei den Frauen signifikant unter dem Schweizer Wert, während bei den Männern kein signifikanter Unterschied festzustellen ist.

Grafik G2.37 zeigt des Weiteren für die Gesamtschweiz signifikante Unterschiede nach Bildung: Fühlen sich etwas mehr als ein Drittel (34,9%) der Personen mit einem Bildungsabschluss auf Tertiärstufe manchmal bis sehr häufig einsam, so sind es bei denjenigen ohne nachobligatorische Schulbildung fast die Hälfte (46,9%). Im Kanton Uri zeigt sich dabei kein signifikanter Unterschied. Ausserdem zeigt die Grafik, dass im Kanton Uri

**Einsamkeitsgefühle, nach Geschlecht, Kanton Uri und Schweiz, 2002–2017**

**G2.36**



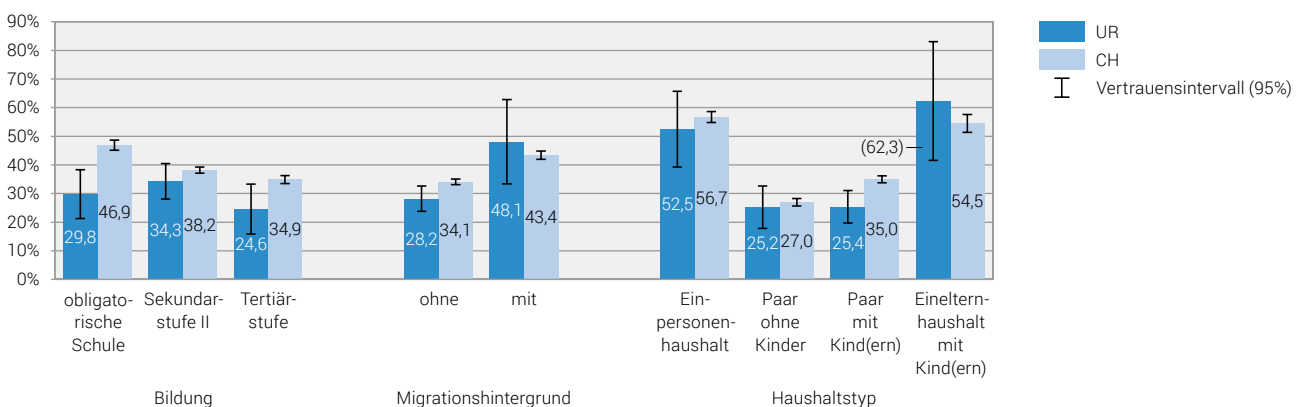
2002: n=18 735 (CH); 2007: n=442 (UR), n=17 890 (CH); 2012: n=500 (UR), n=20 841 (CH); 2017: n=497 (UR), n=21 171 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

**Einsamkeitsgefühle, nach Bildung, Migrationshintergrund und Haushaltstyp, Kanton Uri und Schweiz, 2017**

**G2.37**



n=497 (UR), n=21 171 (CH)

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29).

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

Personen mit Migrationshintergrund (48,1%) signifikant häufiger einsam sind als solche ohne (28,2%). Dieser Unterschied ist auch auf Ebene Gesamtschweiz signifikant.

Einsamkeitsgefühle unterscheiden sich auch nach Haushaltstyp: Urnerinnen und Urner, die zusammen mit einem Partner bzw. einer Partnerin leben – sei dies mit (25,4%) oder ohne Kind(er) (25,2%) – sind signifikant weniger einsam als Personen, die alleine leben (52,5%) oder die alleinerziehend sind (62,3%). In der Gesamtschweiz sind diese Unterschiede ebenfalls signifikant.

## 2.7 Zusammenfassung

Im vorliegenden Kapitel wurden verschiedene Aspekte der körperlichen und psychischen Gesundheit sowie diverse Gesundheitsressourcen, welche Aufschluss über den Gesundheitszustand der Urner Bevölkerung geben, präsentiert.

Die Lebenserwartung bei Geburt liefert umfassende Hinweise zur allgemeinen Gesundheit einer Bevölkerung und liegt im Kanton Uri mit 84,1 Jahren bei den Frauen und 80,5 Jahren bei den Männern unter dem Schweizer Durchschnitt. Die kantonale und nationale tiefere Lebenserwartung der Männer hat sich über die letzten Jahrzehnte derjenigen der Frauen angenähert, was unter anderem auf eine Angleichung des gesundheitsrelevanten Verhaltens zwischen den Geschlechtern zurückgeführt werden kann. Die Mortalitätsrate ist im Kanton Uri mit 915 Todesfällen pro 100 000 Einwohner/innen signifikant höher als die der Schweiz insgesamt (846 Todesfälle pro 100 000 Einwohner/innen).

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind im Kanton Uri die häufigste Todesursache mit einem Anteil von 38,3% bei den Frauen und 35,0% bei den Männern, gefolgt von Krebserkrankungen mit einem Anteil von 24,5% bei den Urnerinnen und 28,1% bei den Urnern. Im Vergleich zur Schweiz fallen im Kanton Uri die signifikant höheren Sterbefälle aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei den Frauen auf.

88,1% der Urner Bevölkerung schätzen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein. Zwar nimmt die selbst wahrgenommene Gesundheit mit dem Alter ab, dennoch gibt die Mehrheit (74,9%) der 65-Jährigen und Älteren im Kanton an, einen (sehr) guten Gesundheitszustand zu haben. Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der selbst wahrgenommenen Gesundheit und Bildung. Die selbst wahrgenommene Gesundheit wird zudem massgeblich durch körperliche Beschwerden und psychische Belastungen sowie durch Gesundheitsressourcen wie Kontrollüberzeugung und soziale Unterstützung beeinflusst.

28,7% der Urner Bevölkerung (CH: 32,7%) leidet an einem lang andauernden Gesundheitsproblem; und 20,8% sind durch ein Gesundheitsproblem eingeschränkt – das ist signifikant weniger als der Schweizer Durchschnitt (25,2%). Einschränkungen bei mindestens einer instrumentellen oder grundlegenden Aktivität weisen fast ein Drittel (31,8%) der 65-Jährigen oder Älteren auf (CH: 32,8%).

16,7% der Personen im Kanton Uri gibt starke körperliche Beschwerden an, wobei Rücken- und Kreuzschmerzen (40,4%) und allgemeine Schwäche und Müdigkeit (35,6%) die häufigsten sind. Körperliche Beschwerden sind gerade auch bei Jugendlichen verbreitet: So geben über ein Viertel (28,1%) der 15- bis 25-jährigen Frauen starke Beschwerden an, bei den gleichaltrigen Männern sind es 12,6%.

In der Schweiz ist zwischen 2002 und 2017 eine Zunahme der für Herz-Kreislauf-Erkrankungen relevanten Risikofaktoren Bluthochdruck, erhöhter Cholesterinspiegel und Diabetes zu verzeichnen, wobei aber zwischen 2012 und 2017 eine Stagnierung festzustellen ist. Für den Kanton Uri zeigt sich zwischen 2007 und 2017 eine tendenzielle Zunahme beim Bluthochdruck und beim Cholesterinspiegel. Die Inzidenz für akuten Myokardinfarkt ist im Kanton Uri seit Jahren leicht sinkend, liegt jedoch seit der Fünfjahresperiode 2007–2011 tendenziell über dem Schweizer Durchschnitt. Die Inzidenz für Hirnschlag ist zwar tiefer als in der Gesamtschweiz, der Unterschied ist aber nicht signifikant.

20,1% der Urner Bevölkerung hat im Jahr vor der Befragung einen Unfall erlitten (CH: 21,1%), wobei Unfälle bei Sport und Spiel sowie im Haus und Garten am häufigsten sind. 20,2% der 65-jährigen und älteren Personen im Kanton Uri sind zudem mindestens einmal gestürzt, was tendenziell weniger ist als der Schweizer Durchschnitt (25,8%).

Neben der körperlichen Gesundheit wird im vorliegenden Kapitel auch die psychische Gesundheit der Bevölkerung analysiert. Über die Hälfte (55,9%) der Urner Bevölkerung gibt ein hohes Energie- und Vitalitätsniveau an, was signifikant über dem Schweizer Durchschnitt liegt (CH: 48,7%). Von einer mittleren bis starken psychischen Belastung berichten 9,5% der Kantonsbevölkerung (CH: 15,1%; Unterschied signifikant) – Frauen sind tendenziell häufiger belastet als Männer (10,0% vs. 8,8%). 5,3% der Befragten (CH: 8,6%) sind von mittleren bis schweren Depressionssymptomen betroffen, und wiederum betrifft es Frauen (5,6%) tendenziell häufiger als Männer (5,0%). Die Zahlen für die Gesamtschweiz zeigen dagegen deutliche Geschlechterunterschiede, sowohl bei der psychischen Belastung als auch bei den Depressionssymptomen. Auf Ebene Gesamtschweiz weisen Personen mit tieferer Schulbildung sowie Personen mit Migrationshintergrund seltener ein hohes Energie- und Vitalitätsniveau auf, sind häufiger psychisch belastet und haben häufiger Depressionssymptome als Personen mit höherer Bildung bzw. Personen ohne Migrationshintergrund. Im Kanton Uri sind diesbezüglich ähnliche Tendenzen zu verzeichnen. Die Analysen haben zudem einen Zusammenhang ergeben zwischen körperlicher Gesundheit sowie Gesundheitsressourcen (Kontrollüberzeugung, soziale Unterstützung) und dem Energie-/Vitalitätsniveau, der psychischen Belastung und Depressionssymptomen.

Bei den Gesundheitsressourcen zeigt sich, dass 42,2% der Urner Bevölkerung über eine hohe Kontrollüberzeugung verfügen (CH: 37,4%) und über die Hälfte (56,2%) erfährt eine starke soziale Unterstützung (CH: 45,4%). Dennoch geben 30,8% der Urnerinnen und Urner an, sich manchmal bis sehr häufig einsam zu fühlen (CH: 38,6%).

# 3 Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen

## Vorliegendes Kapitel untersucht folgende gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen:

- Gesundheitseinstellungen
- Körpergewicht und Ernährung
- körperliche Aktivität
- Konsum psychoaktiver Substanzen (Tabak inkl. Passivrauchen, Alkoholkonsum, Cannabis und Medikamente)
- Problematischer Internetkonsum

Individuelles Verhalten und Verhaltensänderungen im Lebenslauf haben sowohl positive als auch negative Einflüsse auf die Gesundheit einer Bevölkerung. Gesundheitsschädigende Verhaltensweisen (z. B. Rauchen, Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung) stellen wichtige Risikofaktoren für Erkrankungen dar, die in der Schweiz und vielen anderen Ländern weltweit zu den häufigsten Todesursachen gehören (BFS, 2015; WHO, 2018a).

Gemäss einer WHO-Studie hängen in den europäischen Ländern sechs der acht wichtigsten Risikofaktoren für vorzeitige Sterblichkeit mit dem Essverhalten und der körperlichen Aktivität zusammen. Dabei handelt es sich um Bluthochdruck, Übergewicht oder Adipositas, Bewegungsmangel, erhöhten Cholesterinspiegel, erhöhten Blutzuckergehalt und ungenügenden Konsum von Obst und Gemüse. Diese Liste wird mit Alkohol und Rauchen durch zwei Risikofaktoren des Substanzmittelkonsums ergänzt, die ebenfalls als Risikofaktoren für vorzeitige Sterblichkeit zählen und zudem auch zu einer Abhängigkeit führen können (WHO, 2009). Eine kürzlich veröffentlichte, sehr umfangreiche Studie mit Daten aus der Schweiz und anderen Ländern legt ebenfalls dar, dass Bluthochdruck und Übergewicht, aber auch Alkohol- und Tabakkonsum einige der wichtigsten Hauptursachen für vorzeitige Sterblichkeit und chronische Krankheiten sind (Foreman et al., 2018).

Weiterhin zeigt sich, dass sich die gesundheitlichen Risiken deutlich erhöhen, wenn verschiedene dieser Faktoren kombiniert vorhanden sind (Åkesson et al., 2014). Dabei sind Personen mit tieferem sozioökonomischen Status stärker von solchen Risikofaktoren betroffen als Personen mit höherem sozioökonomischen Status (Boes et al., 2016).

Dieses Kapitel untersucht verhaltensbedingte gesundheitliche Risikofaktoren mit Ausnahme von Bluthochdruck, erhöhtem Cholesterinspiegel und Diabetes, die schon in Kapitel 2.4.2. analysiert wurden. Neben den oben erwähnten, bereits in den vorherigen Gesundheitsberichten untersuchten Merkmalen wird neu auch untersucht, wie gross der Anteil Personen mit problematischem Internetgebrauch ist.

## 3.1 Gesundheitseinstellungen

Die Einstellung der Menschen gegenüber ihrer eigenen Gesundheit gibt Auskunft darüber, wieviel Bedeutung sie diesem Aspekt ihres Lebens beimessen. Gesundheitseinstellungen sind ein wichtiger indirekter Indikator für die Gesundheitskompetenz und beeinflussen demnach auch massgeblich die Lebensqualität (Zheng et al., 2018). Es ist davon auszugehen, dass Personen mit einem hohen Interesse an Gesundheit eher gesundheitsfördernde Ratschläge befolgen und generell einen eher gesundheitsfördernden Lebensstil pflegen. Demgegenüber kann auch eine angeschlagene Gesundheit das Interesse an Gesundheit steigern. Ein Teil der Bevölkerung erachtet jedoch Gesundheit als nicht besonders wichtig und stuft andere Aspekte wie beispielsweise die Wohn- und Arbeitssituation oder ein hohes Einkommen höher ein.

Auf die Frage zur Bedeutung der eigenen Gesundheit konnten die Befragten in der SGB zwischen drei Antworten wählen:

- «Ich lebe, ohne mich um mögliche Folgen für meine Gesundheit zu kümmern» (unbekümmert);
- «Gedanken an die Erhaltung meiner Gesundheit beeinflussen meinen Lebensstil» (beachtend);
- «Gesundheitliche Überlegungen bestimmen weitgehend, wie ich lebe» (orientiert).

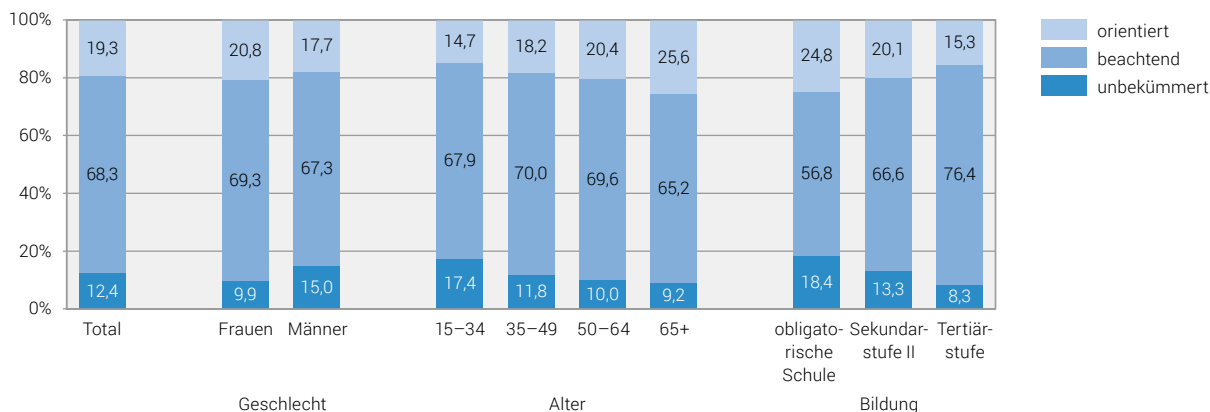
Im Kanton Uri sind 10,5% der Befragten bezüglich der eigenen Gesundheit «unbekümmert», 69,2% «beachtend» und 20,4% «orientiert» (Anhang TA3.1). Diese Anteile unterscheiden sich wenig von den Anteilen in der Gesamtschweiz (12,4% «unbekümmert», 68,3% «beachtend» und 19,3% «orientiert») (Grafik G3.1). Zwischen 1992 und 2017 ist der Anteil Personen in der Gesamtschweiz mit einer unbekümmerten Gesundheitseinstellung etwa gleich hoch geblieben, und auch bei den anderen beiden Ausprägungen zeigen sich im Zeitvergleich kaum signifikante Unterschiede. Auch im Kanton Uri zeigt sich aufgrund der kleineren Fallzahlen zwischen 2007 und 2017 eine vergleichbare, konstante Entwicklung (vgl. Anhang TA3.1). Im Folgenden werden nur die Ergebnisse für die Gesamtschweiz diskutiert, weil die Unterschiede im Kanton Uri kaum signifikant sind, aber von der Tendenz her meist in die gleiche Richtung weisen.

### Sozialer Gradient in Bezug auf die Gesundheitseinstellung

Die Einstellung gegenüber der Gesundheit variiert nach Geschlecht, Alter und Bildung. Frauen geben signifikant seltener (9,9%) eine unbekümmerte Gesundheitseinstellung an als Männer

**Gesundheitseinstellung, nach Geschlecht, Alter und Bildung, Schweiz, 2017**

**G3.1**



n=18 620

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

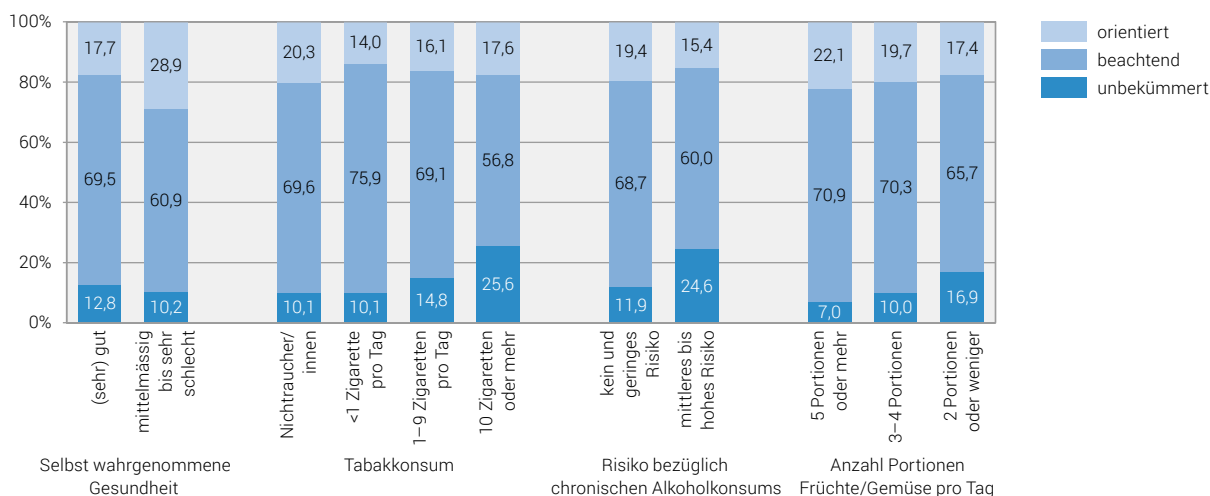
(15,0%). Umgekehrt sind bei ihnen entsprechend die Anteile für eine beachtende und orientierte Gesundheitseinstellung höher. Beim Alter zeigen sich markante Unterschiede in Bezug auf die jüngste Altersgruppe: Während 17,4% der 15- bis 34-Jährigen eine unbekümmerte Gesundheitseinstellung angeben, liegt dieser Anteil bei allen älteren Altersgruppen ab 35 Jahren mit Werten zwischen 9,2% und 11,8% signifikant tiefer. Die Anteile der gesundheitlich orientierten Personen zeigen einen umgekehrten Verlauf mit einem Maximum von 25,6% bei den über 65-Jährigen und einem Minimum von 14,7% bei den 15- bis 34-jährigen Personen.

Bei der Betrachtung unterschiedlicher Bildungsniveaus zeigt sich ein sozialer Gradient. Personen ohne nachobligatorischen Bildungsabschluss sind bezüglich ihrer Gesundheitseinstellung signifikant häufiger unbekümmert (18,4%) als Personen mit einem

Bildungsabschluss auf Sekundarstufe II (13,3%). Und Personen mit letztgenanntem Bildungsabschluss sind signifikant häufiger unbekümmert als Personen mit einem Bildungsabschluss auf Tertiärstufe (8,3%). Auch bei der orientierten Gesundheitseinstellung weisen Personen ohne nachobligatorischen Bildungsabschluss den höchsten Anteil auf (24,8%). Dieses Resultat ist auf den ersten Blick widersprüchlich, kann aber dadurch erklärt werden, dass die Kategorie «obligatorische Schule» viele 15- bis 34-jährige Personen beinhaltet, die ihre Ausbildung noch nicht abgeschlossen haben. In der Altersgruppe der über 65-jährigen Personen gibt es ausserdem besonders bei den Frauen Personen, die ein tiefes Bildungsniveau aufweisen. Man sollte die Resultate bei der Bildung an dieser Stelle deshalb mit Vorsicht interpretieren.

**Gesundheitseinstellung, nach Gesundheitszustand und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, Schweiz, 2017**

**G3.2**



Gesundheitszustand: n=18 610; Tabakkonsum: n=18 554; Alkoholkonsum: n=18 615; Früchte/Gemüse: n=18 535

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020



### *Gesundheitsschädigende Verhaltensweisen gehen mit einer unbesorgten Gesundheitseinstellung einher*

Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und der Gesundheitszustand hängen mit der Gesundheitseinstellung zusammen (Grafik G3.2). Personen, die ihre Gesundheit als mittelmässig bis sehr schlecht einschätzen, geben tendenziell seltener eine unbesorgte Gesundheitseinstellung an (10,2%) als Personen, die ihre Gesundheit als gut oder sehr gut einschätzen (12,8%). Personen mit ungünstigem Gesundheitsverhalten sind häufiger unbesorgt bezüglich ihrer Gesundheit, wie sich beispielsweise beim Tabakkonsum zeigt: Raucherinnen und Raucher, die zehn oder mehr Zigaretten pro Tag konsumieren, haben signifikant häufiger eine unbesorgte Gesundheitseinstellung (25,6%) als Personen mit einem geringeren Zigarettenkonsum von eins bis neun Zigaretten pro Tag (14,8%) oder – noch ausgeprägter – gegenüber Raucherinnen und Rauchern mit geringem Konsum von unter einer Zigarette pro Tag oder gegenüber Nichtraucherinnen und Nichtrauchern (je 10,1%).

Des Weiteren sorgen sich 24,6% der Befragten mit einem mittleren bis hohen Risiko für chronischen Alkoholkonsum nicht um ihre Gesundheit. Im Vergleich dazu sind es 11,9% der Befragten, die nur ein minimales oder gar kein Risiko bezüglich chronischen Alkoholkonsums ausweisen. Zudem berichten Personen, die fünf Portionen Obst und/oder Gemüse pro Tag essen, signifikant seltener von einer unbesorgten Gesundheitseinstellung (7,0%) als Personen mit drei bis vier Portionen (10,0%) oder Personen mit maximal zwei Portionen (16,9%).

## 3.2 Körpergewicht, Ernährung und körperliche Aktivität

Bereits 2008 hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Rahmen der nationalen Präventionsprogramme das Nationale Programm Ernährung und Bewegung (NPEP) lanciert (BAG, 2013a). Das NPEP lief bis 2016 und verfolgte das Ziel, in der Schweizer Bevölkerung eine ausgewogene Ernährung und regelmässige körperliche Aktivität zu fördern. Damit sollte wirkungsvoll gegen Übergewicht, Adipositas und gegen damit verbundene nicht-übertragbare Krankheiten vorgegangen werden. Mit dem NPEP sollte allen Bevölkerungsgruppen die Möglichkeit und die Motivation gegeben werden, sich täglich zu bewegen. Ein günstiges Umfeld für Bewegung (z. B. die Förderung von Fahrradwegen oder Grünflächen) sollte jeden ermutigen, körperlich aktiv zu sein – zu Hause, in der Schule oder bei der Arbeit, auf Reisen und in der Freizeit. Seit 2017 nimmt nun die neue Strategie «Prävention nichtübertragbarer Krankheiten» (NCD-Strategie) des BAG viele Anliegen des NPEP auf und sichert damit die Fortsetzung bisheriger Bemühungen. Daneben werden auch neue Schwerpunkte gesetzt, indem beispielsweise für Menschen mit erhöhten gesundheitlichen Risiken sowie chronisch Kranken die Prävention in der Gesundheitsversorgung besser etabliert werden soll (BAG, 2016). Im Kanton Uri gibt es diverse Aktionsprogramme mit Ernährungs- und Bewegungstipps für verschiedene Bevölkerungsgruppen.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> [www.gesundheitsfoerderung-uri.ch](http://www.gesundheitsfoerderung-uri.ch) → Ernährung und Bewegung (Zugriff am 20.08.2019)

### 3.2.1 Übergewicht

Unter Übergewicht versteht man eine übermässige Ansammlung von Fettgewebe im menschlichen Körper, was gesundheits-schädigende Folgen haben kann. Übergewicht entsteht, wenn die Energiezufuhr die vom Körper benötigte Menge übertrifft. Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas hat in den letzten Jahren in der Schweiz und weltweit nochmals stark zugenommen und ist zu einem der Hauptprobleme der öffentlichen Gesundheit geworden (OECD, 2017d). Ein erhöhtes Körpergewicht gilt als Risikofaktor für verschiedene gesundheitliche Probleme wie Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen (Asthma), Erkrankungen des Bewegungsapparates und einige Formen von Krebs (Faeh et al., 2018; OECD, 2018). Eine Schweizer Studie zeigte, dass nur Adipositas – nicht jedoch Übergewicht – ein erhöhtes Risiko für die Gesamtmortalität und die Mortalität bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie bei Krebs darstellt. Demnach sollten Präventionsmassnahmen primär auf Personen mit Normal- und Übergewicht zielen, damit diese nicht adipös werden (Faeh et al., 2011).

In der nationalen Studie menuCH wurden neben der Ernährung auch Informationen zum Übergewicht erfasst. Dabei zeigte sich, dass Frauen weniger häufig übergewichtig (19%) sind als Männer (41%), und auch beim Adipositas ist der Anteil bei den Frauen (11%) geringer als bei den Männern (14%). Die Wahrscheinlichkeit, übergewichtig oder adipös zu sein, steigt mit jedem zunehmenden Altersjahr um zwei bis fünf Prozent an. Ausserdem sind übergewichtige und adipöse Personen häufiger verheiratet, arbeiten mehr Stunden pro Woche, verdienen jedoch weniger als normalgewichtige Personen. Das Bildungsniveau ist bei Normalgewichtigen im Durchschnitt höher als bei Übergewichtigen oder Adipösen; zwischen den Sprachregionen zeigen sich dagegen keine Unterschiede (Bender et al., 2018).

Neben gesundheitlichen Folgen ist auch die volkswirtschaftliche Bedeutung von Übergewicht und Adipositas beachtlich. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat die Kosten von Übergewicht und Adipositas berechnen lassen. Sie betragen im Jahr 2012 77 Millionen Franken (47 Millionen Franken im Jahr 2007) und berücksichtigen Medikamente, Arztkonsultationen sowie Operationen.<sup>2</sup> Diese stellen aber nur ein Prozent der Gesamtkosten dar. Über 4,7 Milliarden Franken mehr (3,9 Milliarden Franken im Jahr 2007) wurden für die direkten Kosten der von Übergewicht bedingten Folgeerkrankungen wie Diabetes oder Bluthochdruck ausgegeben. Die indirekten Kosten dieser Erkrankungen werden im Jahr 2012 auf 3,3 Milliarden Franken geschätzt (1,9 Milliarden Franken im Jahr 2007) und enthalten die Kosten für einen vorzeitigen Tod oder den Verlust des Arbeitsplatzes (Schneider & Venetz, 2014).

<sup>2</sup> [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) → Gesund leben → Gesundheitsförderung & Prävention → Körpergewicht → Übergewicht und Adipositas → Kosten von Übergewicht und Adipositas (Zugriff am 22.08.2019)

Der Body Mass Index (BMI) setzt das Körpergewicht ins Verhältnis zur Körpergrösse (vgl. Kasten) und wird häufig bei Bevölkerungsstudien verwendet. Sein Vorteil ist die einfache und schnelle Berechnung. Ein Nachteil des BMI ist, dass er keine Information zur Körperzusammensetzung berücksichtigt wie beispielsweise den Anteil Körperfett oder Muskeln. Gemäss einer Studie korreliert der BMI jedoch mit dem Körperfettanteil, der Morbidität und der Mortalität, und es lassen sich künftige Gesundheitsrisiken übergewichtiger Menschen vorhersagen (Malatesta, 2013). In der Schweiz zeigen Selbstangaben aus Befragungen im Vergleich zu objektiven Messdaten eine deutliche Unterschätzung von Übergewicht, besonders bei älteren Menschen. Allerdings sind selbst berichtete Daten insofern zuverlässig, weil sie die Zunahme von Übergewicht in der Bevölkerung aufzeigen und die am stärksten gefährdeten Bevölkerungsgruppen identifizieren können (Faeh et al., 2008).

Der **Body Mass Index (BMI)** ist folgendermassen definiert:  

$$\text{BMI} = (\text{Körpergewicht in kg}) / (\text{Körpergrösse in m})^2$$
 Gemäss der Weltgesundheitsorganisation WHO, 2000 gilt für 18-jährige und ältere Personen:

- BMI < 18,5: Untergewicht
- BMI 18,5 bis < 25: Normalgewicht
- BMI 25 bis < 30: Übergewicht
- BMI 30 und mehr: Adipositas (starkes Übergewicht)

Die Verwendung des BMI erlaubt soziodemografische, zeitliche und geografische Vergleiche. In der Schweiz stellt der Datensatz zu den Stellungspflichtigen für den Militärdienst eine wertvolle Informationsquelle dar, in der seit 1875 rund 90% der Schweizer Männer eines Geburtsjahres untersucht werden. Im Jahr 2015 waren rund 19% der Stellungspflichtigen gemäss

der WHO-Klassifikation übergewichtig, weitere 6% waren adipös. Damit hat sich der BMI der Männer seit 2009/2010 auf hohem Niveau stabilisiert. Höhere BMI-Werte finden sich dabei durchschnittlich häufiger bei älteren Personen sowie bei Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Berufsstatus. Negative Folgen eines erhöhten BMI sind Bluthochdruck und schlechtere sportliche Leistungen. Daneben weisen die Regionen Mittelland, Nordwestschweiz und Tessin höhere durchschnittliche BMI-Werte aus als die Regionen Espace Lémanique, Zentralschweiz und Ostschweiz. Die Unterschiede zwischen Stadt und Land sind jedoch gegenüber früheren Analysen mit Daten von Stellungspflichtigen nicht mehr signifikant (Floris et al., 2016).

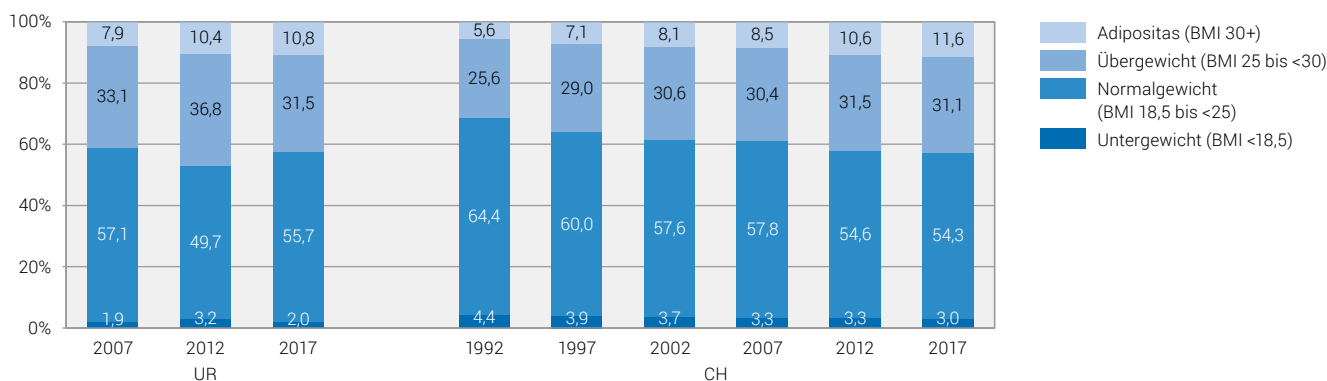
*Uri mit vergleichbaren Anteilen von Übergewicht und Adipositas wie in der Gesamtschweiz*

Sowohl im Kanton Uri als auch in der Gesamtschweiz ist ein erheblicher Teil der Bevölkerung von Übergewicht betroffen (Grafik G3.3). Im Jahr 2017 sind 31,5% der 18-jährigen und älteren Urnerinnen und Urner übergewichtig, und 10,8% sind adipös. Gesamtschweizerisch haben 31,1% der Befragten Übergewicht und 11,6% Adipositas. Die Anteile von Übergewicht und Adipositas sind zwischen dem Kanton Uri und der Schweiz vergleichbar, und der Anteil von Personen mit Adipositas für den Kanton Uri unterscheidet sich auch nicht signifikant von anderen Kantonen (Anhang TA3.2).

Zwischen 1992 und 2017 hat der Anteil Übergewichtiger in der Schweiz von 25,6% auf 31,1% signifikant zugenommen, jener der Adipösen von 5,6% auf 11,6% (ebenfalls signifikant). Im Kanton Uri ist für beide Kategorien zwischen 2007 und 2017 keine eindeutige Entwicklung festzustellen, ausserdem sind die Unterschiede nicht signifikant.

**Körpergewicht, Kanton Uri und Schweiz, 1992–2017 (18-jährige und ältere Personen)**

**G3.3**



1992: n=14 521 (CH); 1997: n=12 474 (CH); 2002: n=18 908 (CH); 2007: n=435 (UR), n=17 879 (CH); 2012: n=487 (UR), n=20 537 (CH); 2017: n=477 (UR), n=21 046 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

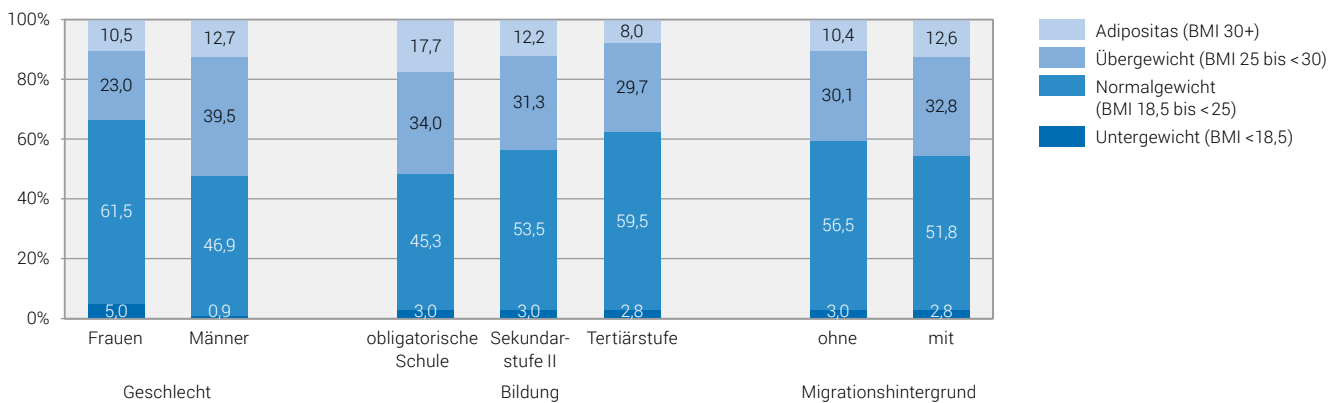
*Geringeres Risiko für Adipositas bei Personen mit höherem Bildungsniveau*

In Grafik G3.4 sind BMI-Werte für die Schweiz nach Geschlecht, Migrationshintergrund und Bildungsniveau abgebildet. Die entsprechenden Zahlen für den Kanton Uri sind in Grafik G3.5 dargestellt. Schweizer Frauen sind signifikant seltener von Adipositas (10,5%) und Übergewicht (23,0%) betroffen als Männer (Adipositas: 12,7%, Übergewicht: 39,5%). Demgegenüber sind Frauen deutlich häufiger von Untergewicht (5,0%) betroffen als Männer (0,9%). Geschlechterunterschiede sind auch im Kanton Uri festzustellen: 21,4% aller Urnerinnen sind übergewichtig, und 9,8% adipös. Bei den Urnern berichten 42,9% von Übergewicht und 11,9% von Adipositas. Der Unterschied ist jedoch nur beim Übergewicht signifikant.

Personen mit Migrationshintergrund sind in der Gesamtschweiz signifikant häufiger von Übergewicht (32,8%) und Adipositas (12,6%) betroffen als Personen ohne Migrationshintergrund (Übergewicht: 30,1%, Adipositas: 10,4%). Im Kanton Uri sind diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede zu erkennen. Beim Bildungsniveau zeigt sich in der Gesamtschweiz ein deutlicher sozialer Gradient: Personen ohne nachobligatorische Bildung berichten häufiger von Übergewicht und Adipositas als Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II, während Letztere wiederum häufiger davon betroffen sind als Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe. Im Kanton Uri zeigt sich in Bezug auf Übergewicht und Adipositas tendenziell ein Unterschied zwischen den Bildungsstufen obligatorische Schule und Sekundarstufe II bzw. Tertiärstufe; zwischen Sekundarstufe II und Tertiärstufe sind die Anteile für Übergewicht (29,4% bzw. 30,9%) und Adipositas (9,6% bzw. 7,7%) jedoch ähnlich und unterscheiden sich nicht signifikant.

**Körpergewicht, nach Geschlecht, Bildung und Migrationshintergrund, Schweiz, 2017**  
(18-jährige und ältere Personen)

**G3.4**



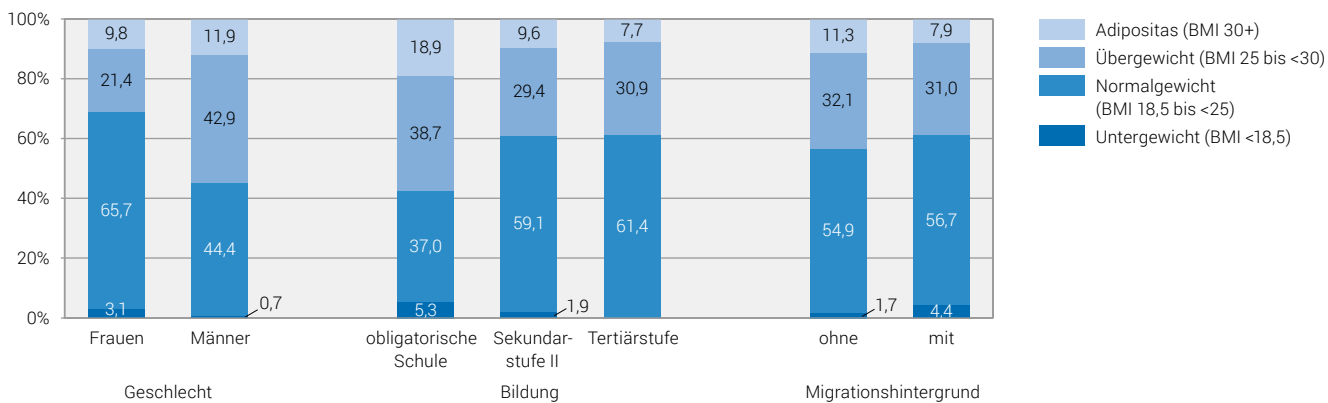
n=21 046

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

**Körpergewicht, nach Geschlecht, Bildung und Migrationshintergrund, Kanton Uri, 2017**  
(18-jährige und ältere Personen)

**G3.5**



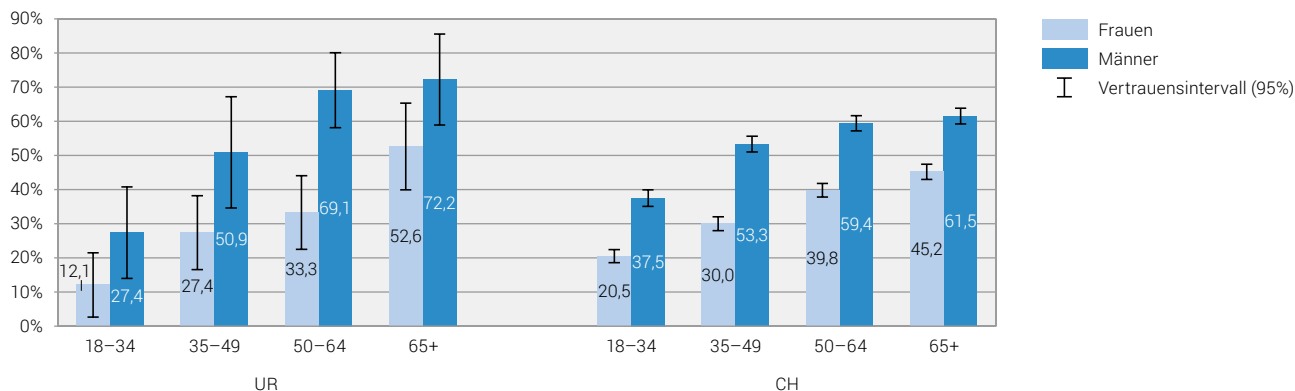
n=477

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

**Übergewicht (inkl. Adipositas), nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2017**  
(18-jährige und ältere Personen)

G3.6



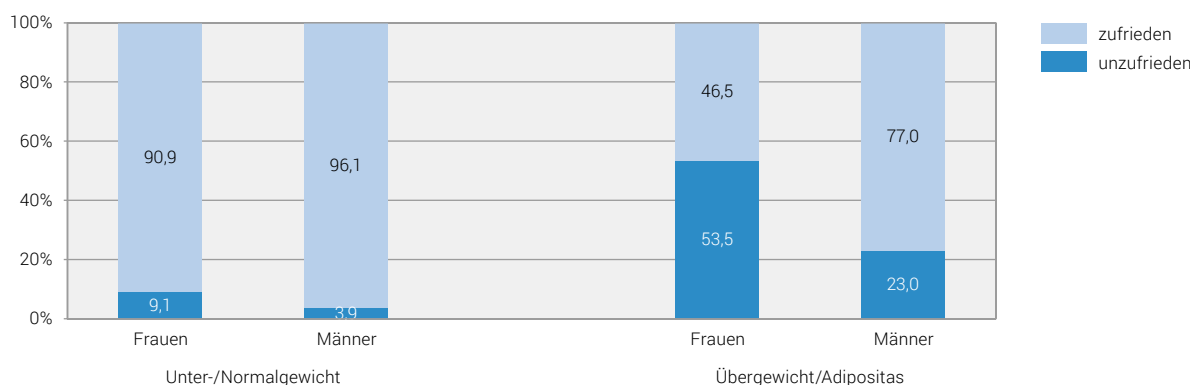
n=477 (UR); n=21 046 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

**BMI und Zufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht, nach Geschlecht, Kanton Uri, 2017**  
(18-jährige und ältere Personen)

G3.7



n=467

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

Geschlechterunterschiede sind bei jüngeren Altersklassen am stärksten ausgeprägt (Grafik G3.6). In der Gesamtschweiz beträgt der Anteil übergewichtiger Frauen bei den 18- bis 34-Jährigen 20,5%, steigt mit zunehmendem Alter kontinuierlich an und beträgt bei den 65-Jährigen und Älteren 45,2%, während er bei den Männern in den gleichen Altersklassen von 37,5% auf 61,5% ansteigt. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist in allen Altersklassen signifikant, und innerhalb des gleichen Geschlechts sind die Unterschiede zwischen den Altersklassen meistens ebenfalls signifikant. Im Kanton Uri zeigt sich ein vergleichbares Muster, und der Unterschied zwischen der jüngsten und den beiden ältesten Altersklassen ist bei beiden Geschlechtern signifikant.

Personen mit Übergewicht und Adipositas sind häufiger unzufrieden mit ihrem Körpergewicht als Normalgewichtige. Dabei zeigen sich ausgeprägte Geschlechterunterschiede (Grafik G3.7). 53,5% der Urnerinnen und 23,0% der Urner mit Übergewicht (inkl. Adipositas) sind mit ihrem Körpergewicht unzufrieden. Bei Personen mit Normalgewicht sind 9,1% der Frauen und 3,9% der Männer im Kanton Uri bezüglich ihrem Körpergewicht nicht zufrieden.

**3.2.2 Ernährungsbewusstsein und Ernährungsgewohnheiten**

Zu einem gesunden Lebensstil gehört eine ausgewogene Ernährung, die sich auch positiv auf das geistige und körperliche Wohlbefinden auswirkt und dazu beiträgt, ernährungsbedingten Krankheiten vorzubeugen. Basierend auf den Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung fasst der sechste Schweizerische Ernährungsbericht die wichtigsten Grundlagen einer gesunden Ernährung zusammen (Keller et al., 2012). Diese besteht gemäss der in der Schweiz etablierten Lebensmittelpyramide aus reichlich pflanzlichen Lebensmitteln (Gemüse, Früchte, Hülsenfrüchte, Kartoffeln, Getreide usw.) ergänzt mit Milchprodukten und in kleineren Mengen mit Fleisch, Fisch, Eiern sowie Nüssen und hochwertigen Pflanzenölen (BLV, 2017). Für eine ausgewogene Ernährung besonders wichtig ist auch ein ausreichender alkoholfreier Flüssigkeitskonsum. Es wird empfohlen, täglich einen bis zwei Liter ungesüsste Getränke wie

z.B. Leitungs- und Mineralwasser oder Früchte- und Kräutertee zu trinken. Koffeinhaltige Getränke wie Kaffee, schwarzer und grüner Tee zählen ebenfalls als Flüssigkeitszufuhr.

Gemäss den Resultaten der nationalen Ernährungserhebung menuCH entspricht der tatsächliche Lebensmittelkonsum der Schweizerinnen und Schweizer jedoch nicht den Empfehlungen und ist sogar unausgewogen. Beispielsweise wird Süsses und Salziges häufiger konsumiert als empfohlen. Beim Konsum von Ölen, Fetten und Nüssen werden die Empfehlungen ungefähr eingehalten, während zu wenig Milchprodukte und dafür zu viel Fleisch gegessen wird. Getränke wie Wasser, Kaffee und Tee werden in genügend grossen Massen konsumiert (Chatelan et al., 2018). Diese Erkenntnisse sollen nun mithelfen, die Ernährungsstrategie des Bundesamtes für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen BLV weiterzuentwickeln. Entsprechend den Zielen der Schweizer Ernährungsstrategie 2017–2024 sollten sich alle Menschen für eine ausgewogene und abwechslungsreiche Ernährung entscheiden können und daneben über Rahmenbedingungen verfügen, die es ihnen ermöglichen, in eigener Verantwortung und unabhängig von ihrer Herkunft, sozioökonomischen Status oder ihrem Alter einen gesunden Lebensstil zu pflegen.<sup>3</sup>

### Frauen achten mehr auf ihre Ernährung als Männer

2017 ist der Anteil Personen in der Gesamtschweiz (68,2%), die auf ihre Ernährung achten, grösser als im Kanton Uri (64,3%); der Unterschied ist aber nicht signifikant (Grafik G3.8). Gegenüber 2012 haben sich die Anteile für Uri und die Schweiz insgesamt nicht signifikant verändert (vgl. Anhang TA.3.3). Auffällig ist besonders der Geschlechterunterschied: Sowohl im Kanton Uri (77,1%) als auch in der Gesamtschweiz (73,4%) achten viel mehr Frauen

auf ihre Ernährung als Männer (im Kanton Uri 50,0% und in der Gesamtschweiz 62,8%). Bei den Männern liegt ausserdem der Anteil im Kanton Uri signifikant unter dem Gesamtschweizer Anteil.

Zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund lassen sich keine signifikanten Unterscheide erkennen, hingegen zeigt sich auf Gesamtschweizer Ebene ein Bildungseffekt: Personen mit obligatorischer Schulbildung achten signifikant seltener auf ihre Ernährung (56,8%) als Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II (67,9%); und Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe (74,9%) sind nochmals ernährungsbewusster. Im Kanton Uri sind diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede festzustellen.

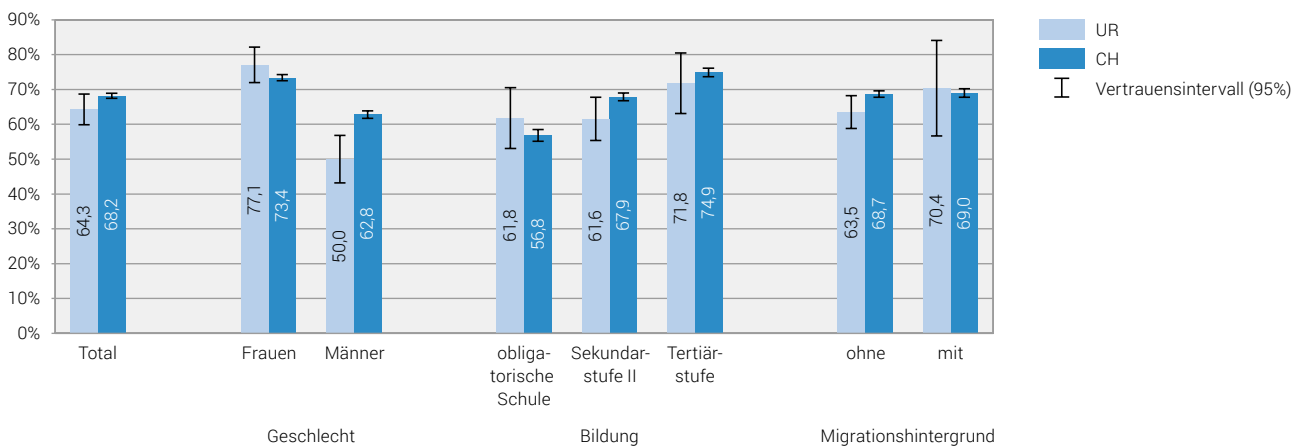
### Unterdurchschnittlicher Früchte- und Gemüsekonsum im Kanton Uri

Die Empfehlung, mindestens fünf Portionen Früchte und/oder Gemüse pro Tag zu essen, wird von 17,0% der Urner Bevölkerung befolgt, was signifikant unter dem Schweizer Durchschnitt von 21,5% liegt (Grafik G3.9). Mit über einem Viertel aller Befragten (26,4%) halten sich mehr als viermal so viele Urnerinnen als Urner (6,3%) an diese Ernährungsempfehlung, dabei liegen die Anteile der Urnerinnen minimal und die der Urner signifikant unter dem Schweizer Durchschnitt (28,3% bzw. 14,6%).

Sowohl im Kanton Uri als auch in der Gesamtschweiz zeigt sich bei der Ernährungsempfehlung «5 am Tag» beim Alter keine eindeutige Tendenz, die Unterschiede sind nicht signifikant. Allerdings sinkt in der Gesamtschweiz mit zunehmendem Alter der Anteil Personen, die weniger als eine Portion Früchte und/oder Gemüse pro Tag zu sich nimmt. Im Kanton Uri zeigt sich keine eindeutige Entwicklung.

**Personen, die auf die Ernährung achten, nach Geschlecht, Nationalität und Bildung, Kanton Uri und Schweiz, 2017**

**G3.8**



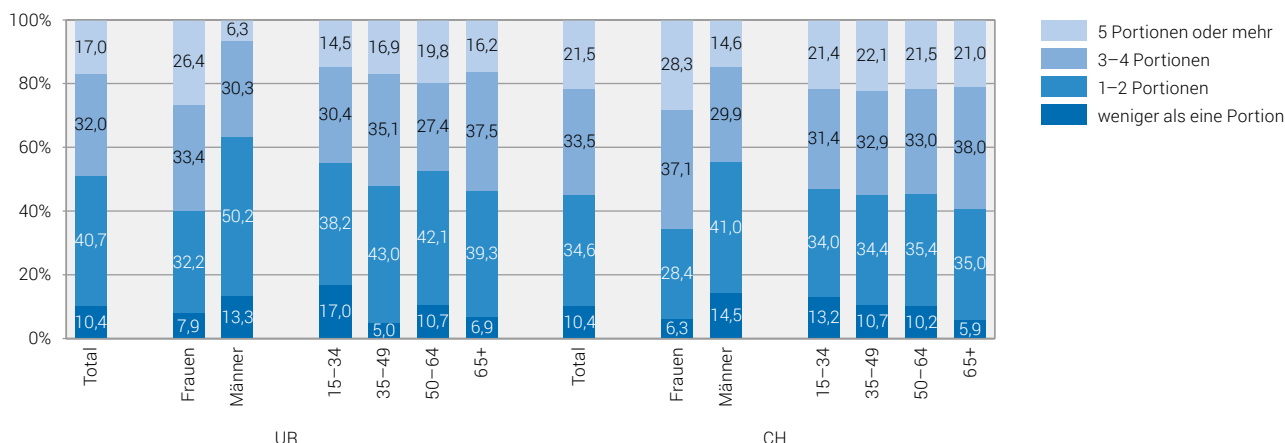
Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

<sup>3</sup> [www.blv.admin.ch](http://www.blv.admin.ch) → Strategien → Schweizer Ernährungsstrategie (Zugriff am 23.08.2019)

**Einhaltung der Empfehlung «5 am Tag», nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2017**

**G3.9**



n=496 (UR), n=21 108 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

**Häufiger Konsum von Fleisch im Kanton Uri**

In Tabelle T3.1 ist der Konsum von Fleisch und Wurstwaren sowie Fisch abgebildet. Im Gegensatz zum Früchte- und Gemüsekonsum wird im Kanton Uri signifikant mehr Fleisch an sechs bis sieben Tagen pro Woche gegessen (35,3%) als in der Gesamtschweiz (22,2%). Analog dazu ist auch der Anteil Personen, die nur selten oder nie Fleisch essen, im Kanton Uri mit 3,7% geringer als in der Gesamtschweiz mit 5,3%, der Unterschied ist jedoch nicht signifikant.

Fisch ist eine sinnvolle Alternative zu Fleisch, wird im Kanton Uri aber nur selten gegessen. 55,0% aller Urnerinnen und Urner geben an, an ein bis drei Tagen pro Woche Fisch zu konsumieren, und 44,2% geben an, seltener oder nie Fisch zu essen (CH: 62,2% bzw. 35,8%).

**Konsum von Fleisch und Fisch, Kanton Uri und Schweiz, 2017 (in %)**

**T3.1**

	6-7 Tage pro Woche		4-5 Tage pro Woche		1-3 Tage pro Woche		seltener/nie	
	UR	CH	UR	CH	UR	CH	UR	CH
Fleisch und Wurstwaren	35,3	22,2	33,6	30,6	27,4	41,5	3,7	5,7
Fisch	-	0,4	0,8	1,6	55,0	62,2	44,2	35,8

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung

© Obsan 2020

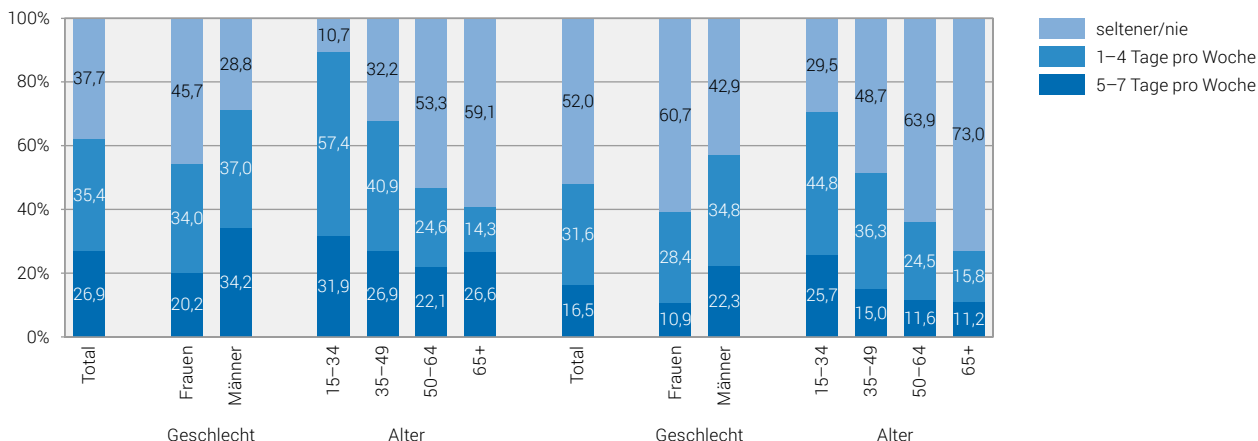
**Männer und jüngere Personen konsumieren häufiger Süssgetränke**

In der SGB 2017 wird neu erfasst, wie häufig Süssgetränke konsumiert werden.<sup>4</sup> Im Kanton Uri ist der Anteil Personen, die an fünf bis sieben Tagen pro Woche Süssgetränke konsumieren, mit 26,9% signifikant höher als in der Gesamtschweiz mit 16,5% (Grafik G3.10). Dabei ist der Anteil bei den Frauen sowohl im Kanton Uri mit 20,2% als auch in der Gesamtschweiz mit 10,9% geringer als bei den Männern mit 34,2% bzw. 22,3%. Der Geschlechterunterschied ist sowohl im Kanton Uri als auch auf Ebene Schweiz signifikant. Besonders auffallend ist der mit steigendem Alter geringer werdende Konsum von Süssgetränken: Während nur 10,7% aller 15- bis 34-Jährigen im Kanton Uri angeben, selten oder nie gezuckerte zu trinken, sind es bei den über 65-Jährigen mit 59,1% signifikant mehr Personen. In der Gesamtschweiz steigt der Wert in den gleichen Altersklassen von 29,5% ebenfalls signifikant auf 73,0% an.

<sup>4</sup> Unter Süssgetränken werden gezuckerte Getränke wie Limonaden, Eistee, Sirup oder Energy Drinks verstanden. Die «light»-Getränke sind davon ausgenommen.

Konsum von Süssgetränken, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2017

G3.10



n=511 (UR), n=22 114 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

3.2.3 Körperliche Aktivität

Körperliche Aktivität wirkt sich positiv auf das psychische und physische Wohlbefinden aus und erhöht die Lebensqualität. Gemäss Studien bewirkt regelmässige Bewegung positive gesundheitliche Effekte bei koronaren Herzkrankheiten, Insulinunverträglichkeit, Osteoporose, Darmkrebserkrankungen, Depressionen und weiteren psychischen Krankheiten (Department of Health, 2011; White R.L. et al., 2017). Bewegungsmangel gilt hinter Bluthochdruck (13% aller Todesfälle), Rauchen (9%) und Diabetes (6%) weltweit als der viertwichtigste Risikofaktor für Sterblichkeit (6%) (WHO, 2011a). Körperliche Bewegung verursacht zudem einen wesentlichen Energieverbrauch und ermöglicht so eine bessere Gewichtskontrolle.

Eine Schweizer Studie aus dem Jahr 2014 schätzte die Anzahl durch Bewegungsmangel verursachten Krankheitsfälle auf 300 000 und die Zahl der Todesopfer auf 1100. Die direkten Kosten belaufen sich auf 1,2 Milliarden Franken und betragen damit rund 1,8% der Gesundheitsausgaben insgesamt. Zusätzlich gibt es noch damit verbundene indirekte Kosten, die nochmals auf 1,4 Milliarden Franken geschätzt wurden (Mattli et al., 2014). Gemäss einem Bericht des European Observatory on Health Systems and Policies führt Bewegungsmangel zu höheren Gesundheitsausgaben, die Varianz zwischen Ländern und einzelnen Studien variiert jedoch stark (Candari et al., 2017).

Gemäss dem Grundlegendokument über gesundheitswirksame Bewegung im Auftrag des Bundamtes für Sport BASPO sowie weiteren Gesundheitsinstitutionen der Schweiz gelten folgende Bewegungsempfehlungen für Frauen und Männer im erwerbsfähigen Alter (BASPO, 2013):<sup>5</sup>

- Mindestens 2½ Stunden Bewegung pro Woche in Form von Alltagsaktivitäten oder Sport mit mindestens mittlerer Intensität.
- Oder 1¼ Stunden Sport oder Bewegung pro Woche mit hoher Intensität.
- Auch Kombinationen von Bewegung mit verschiedenen Intensitäten sind möglich. 10 Minuten Bewegung mit hoher Intensität bringt dabei den gleichen gesundheitlichen Nutzen wie 20 Minuten mit mittlerer Intensität.

Bei einer Bewegung mit mittlerer Intensität kommt man etwas ausser Atem, aber nicht unbedingt ins Schwitzen. Zügiges Gehen, Velofahren, Gartenarbeiten und andere Freizeit- oder Alltagsaktivitäten sind Beispiele solcher Bewegungsformen. Eine hohe Intensität weisen Aktivitäten wie beispielsweise Laufen, zügiges Velofahren oder Schwimmen auf, die beschleunigtes Atmen und zumindest leichtes Schwitzen verursachen. Es wird empfohlen, die körperliche Aktivität auf mehrere Tage in der Woche zu verteilen, dabei kann jede Bewegung von mindestens 10 Minuten Dauer zusammengezählt werden. Im Kasten wird der Index der körperlichen Aktivität dargestellt, welcher auf den Empfehlungen des Netzwerkes Gesundheit und Bewegung Schweiz beruht.

Um eine Übersicht zur körperlichen Aktivität im Kanton Uri und der Gesamtschweiz zu erhalten, wird diese in einem ersten Schritt mit den drei Kategorien «ausreichend aktiv», «teilaktiv», «inaktiv» unterschieden. In einem zweiten Schritt wird die zeitliche Entwicklung der körperlichen Aktivität detaillierter betrachtet und die Kategorie «ausreichend aktiv» zusätzlich in die zwei Gruppen «trainiert» und «regelmässig/unregelmässig aktiv» unterteilt (total vier Kategorien).

<sup>5</sup> www.hepa.ch → Bewegungsempfehlungen (Zugriff am 26.08.2019)

### Index der körperlichen Aktivität

Der Index der körperlichen Aktivität beruht auf Fragen im Zusammenhang mit dem Ausmass von körperlichen Aktivitäten mit mittlerer Intensität (leicht ausser Atem kommen) und intensiven körperlichen Aktivitäten (ins Schwitzen kommen). Letztere werden in der SGB jedoch nur bezüglich Freizeit erhoben. Der Index unterscheidet fünf körperliche Aktivitätsniveaus:

- *Trainiert*: mindestens dreimal pro Woche intensive körperliche Aktivität mit Schwitzen.
- *Regelmässig aktiv*: körperliche Aktivität von mittlerer Intensität (leicht ausser Atem kommen) an mindestens fünf Tagen pro Woche mindestens 30 Minuten.
- *Unregelmässig aktiv*: wöchentlich mindestens 150 Minuten mässige körperliche Aktivität oder zweimal intensive körperliche Aktivität.

Diese drei Gruppen erfüllen die Empfehlungen des BASPO bezüglich körperlicher Aktivität und werden als «aktiv» definiert. Die folgenden zwei Gruppen erfüllen die Empfehlungen hingegen nicht und gelten als nicht ausreichend aktiv:

- *Teilaktiv*: wöchentlich zwischen 30 und 149 Minuten mässige körperliche Aktivität oder einmal intensive körperliche Aktivität.
- *Inaktiv*: keine nennenswerte körperliche Aktivität.

zurückgegangen, im Kanton Uri von 9,7% im Jahr 2007 auf 6,7% im Jahr 2017 (nicht signifikant) und in der Schweiz von 18,4% im Jahr 2002 auf 8,2% im Jahr 2017 (signifikant).

Auch gemäss dem Bericht «Sport Schweiz 2014» ist das Aktivitätsniveau der Bevölkerung ebenfalls gestiegen, und vier Fünftel der Schweizer Bevölkerung befolgen die aktuellen Empfehlungen bezüglich körperlicher Aktivität (Lamprecht et al., 2014).

Die zeitliche Entwicklung der körperlichen Aktivität nach Geschlecht im Kanton Uri und in der Gesamtschweiz ist in Grafik G3.12 abgebildet. Dabei wird zur genaueren Differenzierung der körperlich ausreichend aktiven Personen nach «trainiert» und «regelmässig/unregelmässig aktiv» unterschieden.

Bei den Frauen hat der Anteil Inaktiver im Kanton Uri von 12,4% im Jahr 2007 auf 7,9% im Jahr 2017 abgenommen (nicht signifikant); in der Gesamtschweiz ist dieser Anteil von 21,3% im Jahr 2002 auf 9,1% im Jahr 2017 zurückgegangen, was einer signifikanten Abnahme entspricht. Über den gesamten Zeitraum hinweg gesehen ist beim Anteil an trainierten Frauen sowohl im Kanton Uri als auch in der Gesamtschweiz kein eindeutiger Trend erkennbar.

Bei den Männern ist der Anteil Inaktiver im Kanton Uri von 6,7% im Jahr 2007 auf 5,4% im Jahr 2017 gesunken (nicht signifikant), während in der Gesamtschweiz eine signifikante Abnahme von 15,2% im Jahr 2002 auf 7,2% im Jahr 2017 zu verzeichnen ist. Bei den trainierten Männern zeigt sich im Kanton Uri gar ein minimaler Rückgang, was jedoch keine signifikante Veränderung darstellt. In der Gesamtschweiz ist der Anteil trainierter Männer ungefähr gleichgeblieben.

### Zunahme der körperlichen Aktivität

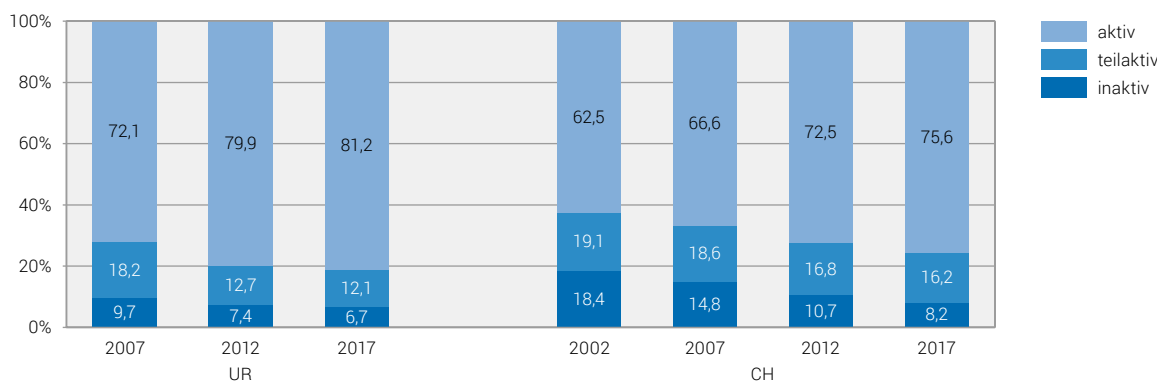
Seit 2007 ist das Bewegungsniveau im Kanton Uri und in der Gesamtschweiz gestiegen (Grafik G3.11). Während im Kanton Uri 2007 der Anteil Aktiver 72,1% betrug, so ist der Anteil im Jahr 2017 signifikant auf 81,2% gestiegen. In der Gesamtschweiz ist im gleichen Zeitraum ein signifikanter Anstieg von 62,5% auf 75,7% zu verzeichnen. Im Vergleich zur Gesamtschweiz sind im Kanton Uri signifikant mehr Personen körperlich aktiv. Analog zu dieser Zunahme ist der Anteil Inaktiver im gleichen Zeitraum

### Unterschiede bei der körperlichen Aktivität nach Geschlecht, Alter, Bildung und Migrationshintergrund

Geschlecht und Alter sind mit verschiedenen Rollen assoziiert, die wiederum der körperlichen Aktivität förderlich oder hinderlich sein können (Grafik G3.13). In der Schweiz ist der Anteil trainierter Frauen in der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen signifikant geringer als bei den Männern (32,0% vs. 47,5%). Frauen berichten dafür häufiger von teilweiser und regelmässiger bzw.

**Körperliche Aktivität, Kanton Uri und Schweiz, 2002–2017**

**G3.11**



2002: n=18 241 (CH); 2007: n=427 (UR), n=17 387 (CH); 2012: n=497 (UR), n=20 625 (CH); 2017: n=492 (UR), n=20 869 (CH)

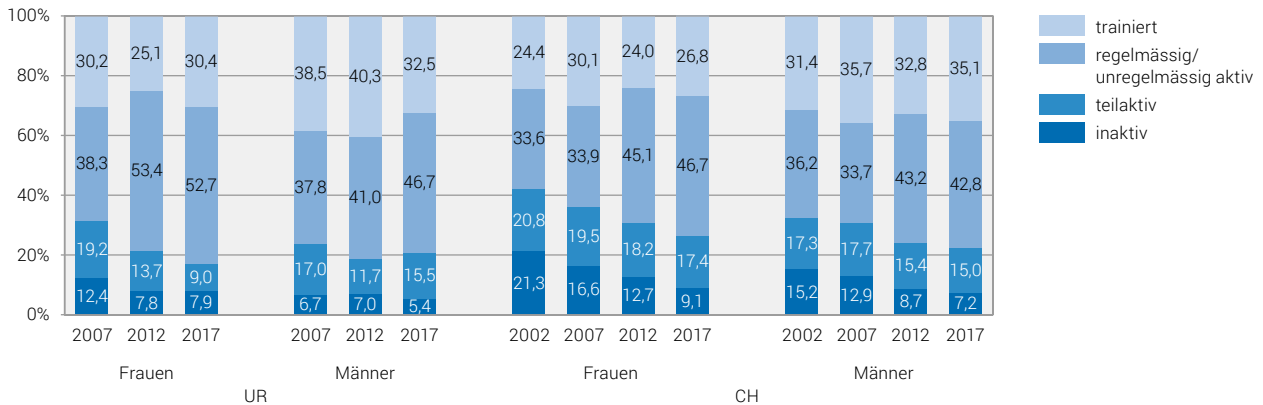
Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020



**Körperliche Aktivität, Kanton Uri und Schweiz, 2002–2017**

**G3.12**



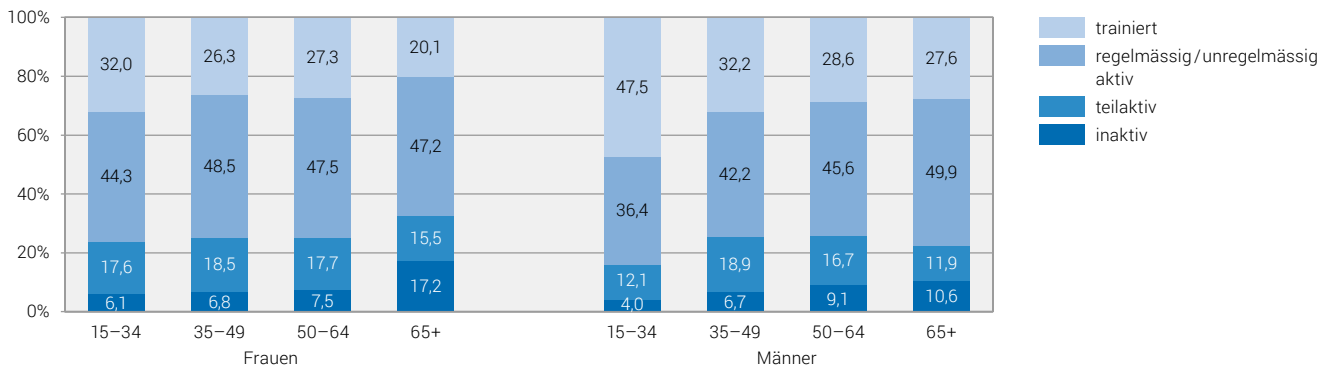
2002: n=18 241 (CH); 2007: n=427 (UR), n=17 387 (CH); 2012: n=497 (UR), n=20 625 (CH); 2017: n=492 (UR), n=20 869 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

**Körperliche Aktivität, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 2017**

**G3.13**



n=20 869

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

unregelmässiger körperlichen Aktivität als Männer. In den mittleren Altersgruppen (35 bis 64 Jahre) unterscheidet sich der Anteil Trainierter mit zwischen 26,3% bei den Frauen und 32,2% bei den Männern weniger stark zwischen den Geschlechtern, hingegen ist der Anteil trainierter Frauen ab 65 Jahren (20,1%) im Vergleich zu den Männern in der gleichen Altersklasse (27,6%) geringer. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil Inaktiver stark zu und erreicht bei den Frauen ab 65 Jahren einen Anteil von 17,2% und bei den Männern von 10,6%. Im Kanton Uri zeigen sich ähnliche Tendenzen, für sinnvolle Aussagen sind die Fallzahlen jedoch zu gering (Daten nicht dargestellt).

Weiterhin unterscheidet sich das Ausmass der körperlichen Aktivität auch nach Bildungsniveau und Migrationsstatus (vgl. Anhang TA3.6). In der Gesamtschweiz nimmt der Anteil Inaktiver mit höherem Bildungsniveau ab: 15,2% der Personen ohne nachobligatorische Ausbildung, 8,9% der Befragten mit Abschluss auf Sekundarstufe II sowie 3,7% aller Personen mit Hochschulabschluss sind körperlich inaktiv. Die Unterschiede zwischen den Bildungsstufen sind dabei signifikant. Weiterhin berichten 6,6% aller Personen ohne Migrationshintergrund und

10,9% aller Personen mit Migrationshintergrund von körperlicher Inaktivität. Im Kanton Uri sind diesbezüglich ähnliche Tendenzen festzustellen, die Unterschiede sind aber nicht signifikant.

*Inaktivität hängt mit weiteren, nicht gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen zusammen*

In Grafik G3.14 wird gezeigt, wie körperliche Aktivität mit gesundheitsrelevanten Indikatoren zusammenhängt. Körperlich aktive Menschen (23,4%) in der Gesamtschweiz befolgen signifikant häufiger die Ernährungsempfehlung, fünf Portionen Früchte und/oder Gemüse pro Tag zu essen, als körperlich inaktive (13,9%). Auch die Anteile von Adipösen ist in der Personengruppe der Inaktiven (21,0%) signifikant höher als bei den Aktiven (9,4%). Schliesslich ist eine unbekümmerte Gesundheitseinstellung bei Inaktiven (20,2%) signifikant häufiger zu finden als bei körperlich Aktiven (10,9%). Diese Ergebnisse zeigen exemplarisch, dass körperliche Inaktivität oft mit weiteren, der Gesundheit nicht förderlichen Verhaltensweisen einhergeht.

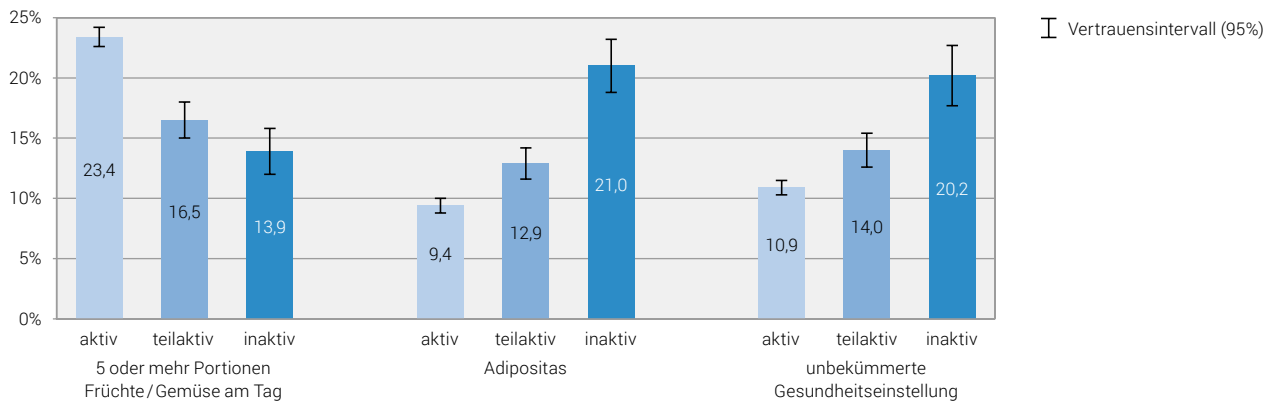
*Fast ein Fünftel der Urner Bevölkerung sitzen acht Stunden oder mehr pro Tag*

In der SGB wird neu auch abgefragt, wie lange man durchschnittlich sitzende Tätigkeiten pro Tag verübt. 2,9% aller Befragten im Kanton Uri geben an, durchschnittlich 11 oder mehr Stunden täglich zu sitzen; in der Gesamtschweiz ist dieser Anteil mit 6,3% signifikant höher. Gleichzeitig ist im Kanton Uri der Anteil Personen, die täglich bis maximal 4 Stunden sitzenden Tätigkeiten nachgehen, mit 39,6% signifikant höher als in der Gesamtschweiz mit 31,0%. Insgesamt verüben Männer sowohl in der Gesamtschweiz als auch im Kanton Uri etwas häufiger sitzende Tätigkeiten als

Frauen. Beim Alter zeigt sich in der Gesamtschweiz eine konstante Abnahme sitzender Tätigkeiten im Altersverlauf: Während 9,2% aller Befragten zwischen 15 und 34 Jahren angeben, 11 oder mehr Stunden pro Tag zu sitzen, sinkt dieser Anteil signifikant auf 1,6% bei den 65-Jährigen und Älteren. Demgegenüber steigt der Anteil Personen, die bis maximal 4 Stunden pro Tag sitzen, von 25,2% bei den 15-35-Jährigen auf 35,5% bei den 65-Jährigen und Älteren. Im Kanton Uri zeigt sich in der Personengruppe mit einer maximalen Zeit sitzender Aktivitäten von 4 Stunden pro Tag eine signifikante Zunahme zwischen der jüngsten (25,5%) und den älteren Altersgruppen (zwischen 44,1% und 45,9%).

**Körperliche Aktivität, nach Einhaltung der Empfehlung «5 am Tag», Adipositas und unbekümmerte Gesundheitseinstellung, Schweiz, 2017**

**G3.14**



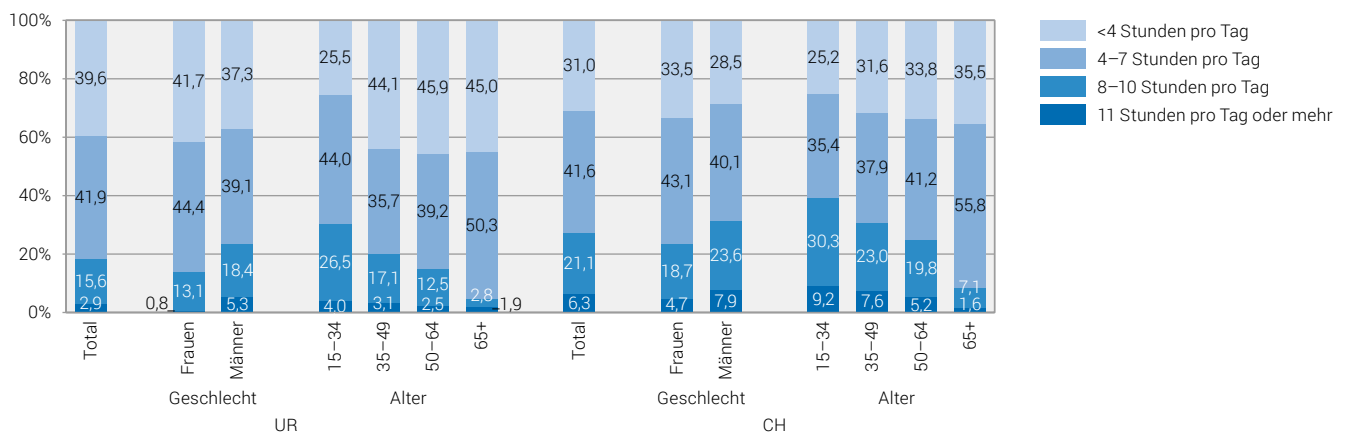
Früchte/Gemüse: n=20 772; Körpergewicht: n=20 733; Gesundheitseinstellung: n=18 332

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

**Sitzende Tätigkeit, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2017**

**G3.15**



n=492 (UR), n=20 833 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

### 3.3 Konsum von psychoaktiven Substanzen

Psychoaktive Substanzen sind Stoffe oder Produkte, die das Funktionieren des zentralen Nervensystems beeinträchtigen (Empfinden, Wahrnehmung, Stimmungen, Gefühle, Motorik) oder Bewusstseinszustände verändern und zu physischen und/oder psychischen Abhängigkeiten führen können. Sie umfassen sowohl illegale Stoffe wie Cannabis, Heroin oder Kokain<sup>6</sup> als auch legale Substanzen oder Produkte wie Nikotin, Alkohol und Medikamente. Im vorliegenden Unterkapitel wird der Konsum von Tabak (inkl. Passivrauchen), Alkohol, Cannabis sowie von psychotropen Medikamenten untersucht.

#### 3.3.1 Tabakkonsum

Tabakkonsum ist mittlerweile als ernstes Gesundheitsrisiko breit anerkannt. Aufgrund einer hohen Raucherquote hat die Schweiz ab 1996 einen Aktionsplan lanciert, um den Tabakkonsum zu reduzieren. Das Nationale Programm Tabak 2008–2012 wurde bis 2016 verlängert, mit dem Ziel, den Anteil der Raucherinnen und Raucher sowie des Passivrauchens in der Bevölkerung weiter zu senken. Das BAG hat danach im Auftrag des Bundesrates ein Tabakproduktegesetz erarbeitet, über welches das Parlament Ende 2020 definitiv entscheiden wird. Ausserdem ist der Bund aktuell zusammen mit Partnern der Tabakprävention verantwortlich für die nationale SmokeFree-Kampagne,<sup>7</sup> und unterstützt zudem auch weitere Projekte im Bereich Tabakprävention sowie diverse Forschungsprojekte wie Monitorings und Studien zum Tabakkonsum. Auch im Kanton Uri wurde auf kantonaler Ebene in den Jahren 2012–2015 ein Tabakpräventionsprogramm umgesetzt, das dieselben Ziele verfolgte wie das Nationale Programm (Gesundheitsförderung Uri, 2012).

Die überwiegende Mehrheit der Raucherinnen und Raucher in der Schweiz raucht Zigaretten: 2015 wurden schweizweit 9,9 Millionen Stück verkauft, 2008 waren es noch 12,0 Millionen.<sup>8</sup> Die Tabaksteuer, deren Einnahmen in der Schweiz zur Mitfinanzierung der AHV/IV verwendet werden, betrug im Jahr 2015 2,2 Milliarden Franken. Die Zigarettenhersteller zahlen zudem eine Abgabe von 13 Rappen pro Zigarette oder 1,73 Franken pro Kilogramm Feinschnitttabak in den Tabakpräventionsfonds.

Im Jahr 2015 können 9535 Todesfälle durch Krankheiten erklärt werden, die dem Tabakkonsum zugeschrieben werden. Dies entspricht 14,1% aller Todesfälle in diesem Jahr. Wie gross diese Zahl ist, zeigt sich im Vergleich: Im selben Jahr sind im Strassenverkehr 253 Personen und durch die Grippewelle 2500 Personen gestorben. 64% der tabakbedingten Todesfälle betrifft Männer, und etwas mehr als ein Drittel Frauen (36%). Die häufigsten tabakbedingten Todesfälle erfolgen nach Krebserkrankungen (44%), gefolgt von Herz-Kreislauf-Krankheiten (35%) und Erkrankungen der Lunge und der Atemwege (21%) (Mattli

et al., 2019). Zwischen 1995 und 2012 hat die jährliche Zahl dieser Todesfälle bei den Männern um 12% auf 6200 ab und bei den Frauen um 38% auf 3300 zugenommen (BFS, 2015).

Im Jahr 2015 hat der Tabakkonsum direkte medizinische Kosten von 3 Milliarden Franken verursacht, was 3,9% aller Gesundheitsausgaben in der Schweiz entspricht (sämtliche Ausgaben der obligatorischen Krankenversicherung und privaten Gesundheitskosten). 1,2 Milliarden Franken entfallen dabei auf die Behandlung von Krebskrankheiten, 1 Milliarde auf Herz-Kreislauf-Krankheiten, und 0,7 Milliarden auf Erkrankungen der Lunge und der Atemwege (Mattli et al., 2019).

#### *Knapp ein Viertel der Urner Bevölkerung raucht*

In der Gesamtschweiz ist der Anteil Raucherinnen und Raucher in den letzten 25 Jahren von 30,1% im Jahr 1992 auf 27,1% im Jahr 2017 signifikant zurückgegangen (Grafik G3.16). Im Kanton Uri ist der Raucheranteil seit 2007 (25,9%) ebenfalls tendenziell leicht rückläufig und beträgt im Jahr 2017 noch 23,1%; der zeitliche Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Zwischen dem Kanton Uri und der Gesamtschweiz gibt es bei den Raucherinnen und Raucher keine statistisch signifikanten Unterschiede, dafür ist der Anteil Nichtraucherinnen und Nichtraucher im Kanton Uri signifikant höher als in der Gesamtschweiz. Der Anteil Nichtraucherinnen und Nichtraucher ist in der Gesamtschweiz von 1992 bis 2017 leicht gestiegen, während sich im Kanton Uri keine signifikanten Unterschiede zeigen.

#### *Zunehmend weniger männliche Raucher in der Schweiz*

Frauen rauchen weniger häufig als Männer: Sowohl im Kanton Uri (15,3% vs. 31,8%) als auch in der Gesamtschweiz (23,3% vs. 31,1%) sind die Geschlechterunterschiede signifikant (Grafik G3.17). Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist in der Gesamtschweiz in den letzten 25 Jahren jedoch tendenziell geringer geworden, wobei sich der Anteil Raucherinnen bei etwas unter einem Viertel stabilisiert hat und der Anteil Raucher auch zwischen 2012 und 2017 nochmals abgenommen hat, diese Abnahme ist jedoch nicht signifikant. Im Kanton Uri ist die Zahl der Raucherinnen von 2012 auf 2017 tendenziell gesunken (nicht signifikant) und bei den Männern stabil geblieben. Besonders auffällig ist im Jahr 2017 der signifikant geringere Anteil an Raucherinnen im Kanton Uri (15,3%) gegenüber der Gesamtschweiz (23,3%).

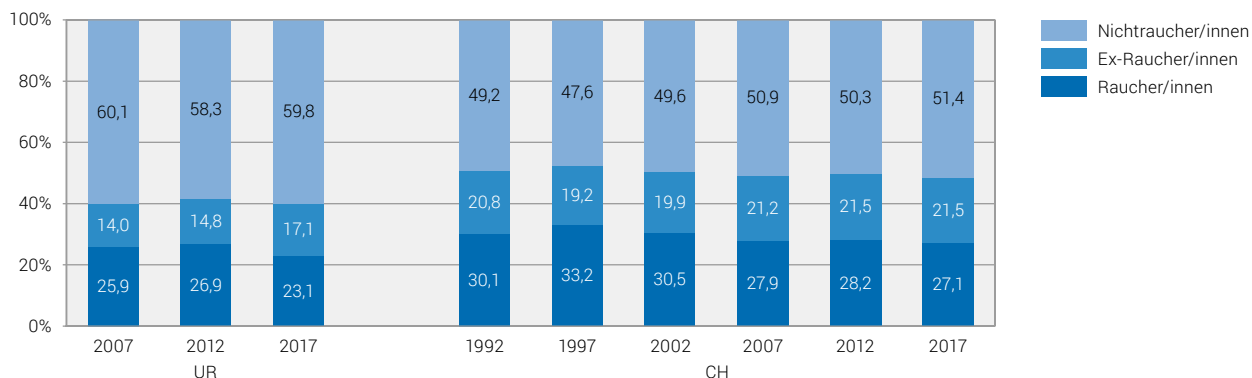
<sup>6</sup> Heroin und Kokain werden im vorliegenden Bericht aufgrund der kleinen Fallzahlen nicht behandelt.

<sup>7</sup> [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) → Gesund leben → Sucht & Gesundheit → Tabak (Zugriff am 05.09.2019)

<sup>8</sup> [www.swiss-cigarette.ch](http://www.swiss-cigarette.ch) → Über uns → Factsheet\_2015 (Zugriff am 27.08.2019)

**Tabakkonsum, Kanton Uri und Schweiz, 1992–2017**

**G3.16**



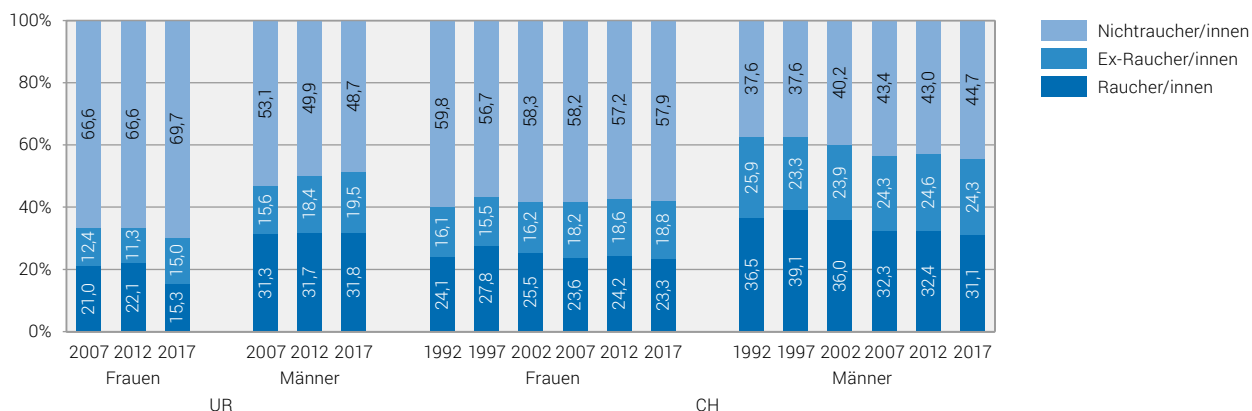
1992: n=15 282 (CH); 1997: n=12 994 (CH); 2002: n=19 698 (CH); 2007: n=463 (UR), n=18 747 (CH); 2012: n=514 (UR), n=21 591 (CH); 2017: n=511 (UR), n=22 131 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

**Tabakkonsum, nach Geschlecht, Kanton Uri und Schweiz, 1992–2017**

**G3.17**



1992: n=15 282 (CH); 1997: n=12 994 (CH); 2002: n=19 698 (CH); 2007: n=463 (UR), n=18 747 (CH); 2012: n=514 (UR), n=21 591 (CH); 2017: n=511 (UR), n=22 131 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

*Jüngere rauchen häufiger als Ältere*

Mit zunehmendem Alter wird immer weniger geraucht (Grafik G3.18). Während sich in der Gesamtschweiz 30,0% aller Frauen und 38,6% aller Männer zwischen 15 und 34 Jahren als Raucherinnen und Raucher bezeichnen, so sinkt dieser Anteil mit zunehmendem Alter und beträgt bei den über 65-Jährigen noch 11,1% bei den Frauen und 16,6% bei den Männern, was einer signifikanten Abnahme entspricht. In den beiden mittleren Altersgruppen zwischen 35 und 64 Jahren liegen die Anteile dazwischen, jedoch für beide Geschlechter signifikant über der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren. Im Kanton Uri zeigt sich eine vergleichbare Tendenz, es gibt aber keine signifikanten Unterschiede zwischen den Altersgruppen des gleichen Geschlechts.

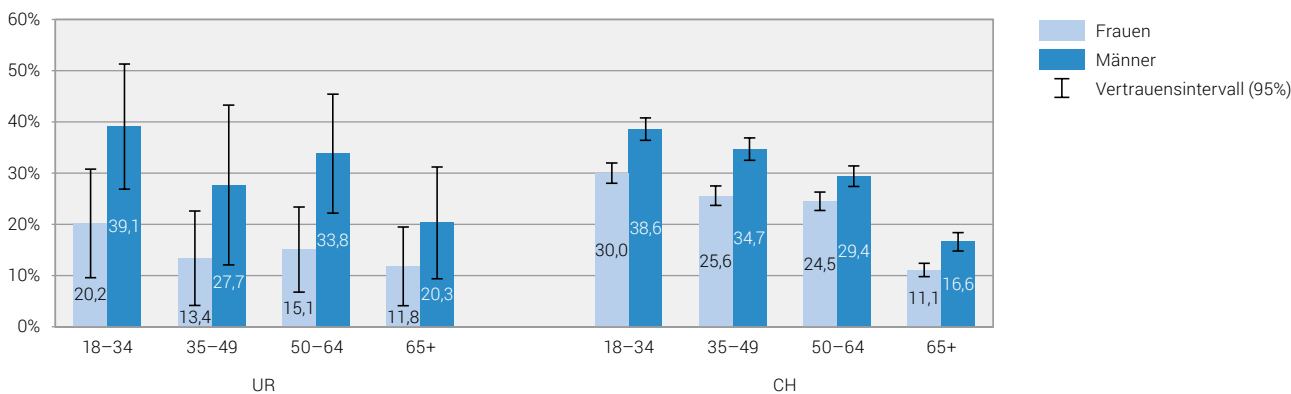
*Je nach Berufsgruppe wird unterschiedlich häufig geraucht*

Neben Alter und Geschlecht hängt der Tabakkonsum auch mit weiteren soziodemografischen Faktoren zusammen (Grafik G3.19). Dabei werden nur die Ergebnisse für die Gesamtschweiz gezeigt, da die Unterschiede im Kanton Uri nicht signifikant, aber vergleichbar sind.

Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe (23,1%) rauchen signifikant seltener als Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II (30,2%) oder ohne nachobligatorische Ausbildung (27,0%). Personen mit Migrationshintergrund rauchen signifikant häufiger (30,2%) als Personen ohne Migrationshintergrund (25,7%). Deutliche Unterschiede zeigen sich zwischen einzelnen Berufsgruppen: Der Raucheranteil ist in akademischen Berufen (24,3%), Führungspositionen (27,1%) oder auch bei Bürokräften und verwandten Berufen (27,4%) signifikant tiefer als in Handwerksberufen (39,4%), in Maschinenbedienungs- und Montageberufen (39,9%) oder in Dienstleistungsberufen bzw. bei Verkäuferinnen und Verkäufern (34,5%).

**Raucherinnen und Raucher, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2017**

**G3.18**



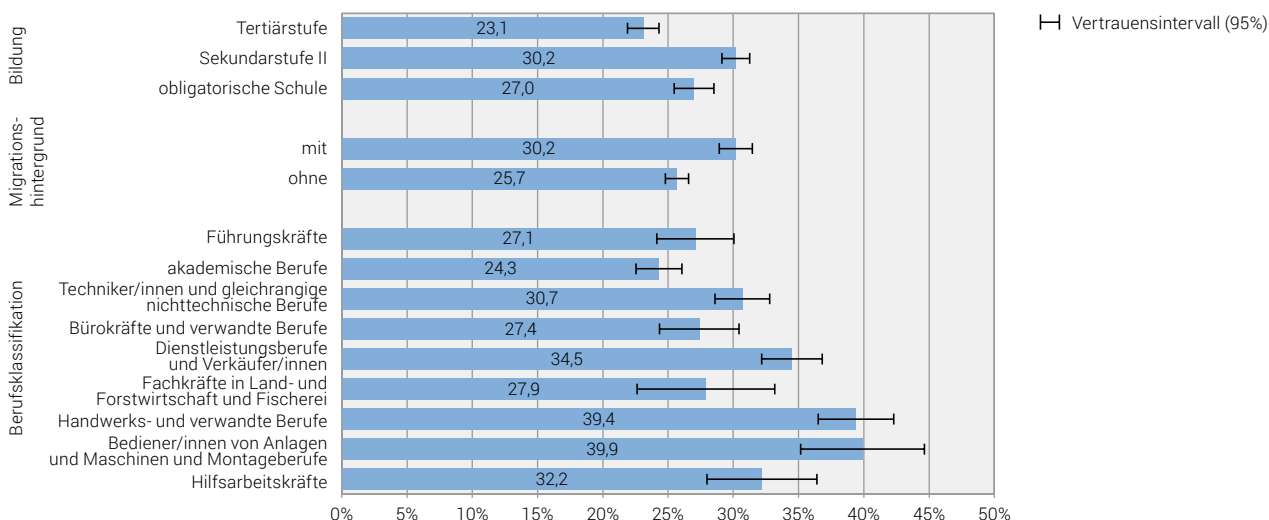
n=511 (UR), n=22 131 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

**Raucherinnen und Raucher, nach Bildung, Migrationshintergrund und Berufsklassifikation, Schweiz, 2017**

**G3.19**



Bildung: n=22 046; Migrationshintergrund: n=21 161; Berufsklassifikation: n=14 352

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

**Abnahme der stark Rauchenden**

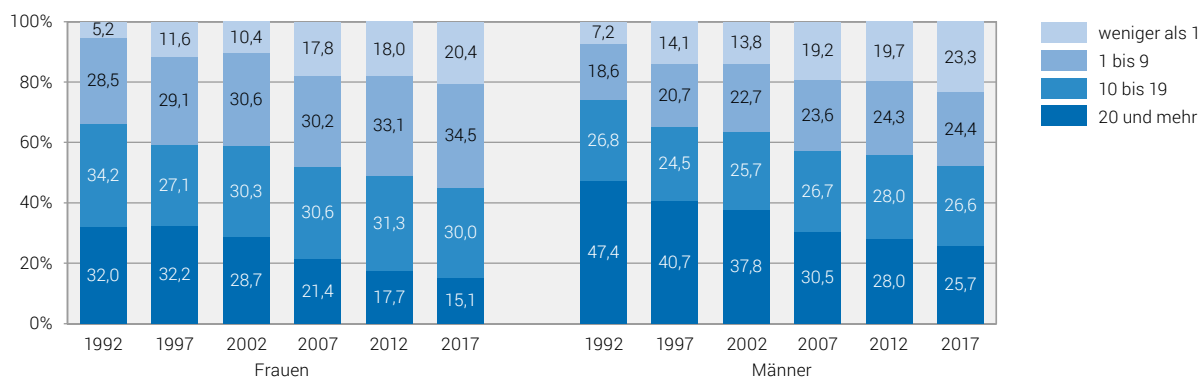
Seit 1992 ist der Anteil von starken Raucherinnen und Rauchern an allen Raucherinnen und Rauchern stetig zurückgegangen (Grafik G3.20). Aufgrund der geringen Fallzahlen im Kanton Uri werden wiederum nur die Schweizer Werte dargestellt. Bei den Frauen nahm der Anteil der starken Raucherinnen (20 und mehr Zigaretten pro Tag) von 32,0% im Jahr 1992 auf 15,1% im Jahr 2017 signifikant ab. In der gleichen Zeitspanne hat der Anteil der Gelegenheitsraucherinnen (weniger als eine Zigarette pro Tag<sup>9</sup>) von 5,2% auf 20,4% zugenommen. Man sollte aber berücksichtigen, dass auch ein geringer Zigarettenkonsum nicht harmlos ist.

Laut einer norwegischen Studie haben Raucherinnen und Raucher mit einem Konsum von einer bis vier Zigaretten pro Tag ein 50% höheres Risiko, früher zu sterben als Nichtraucherinnen und Nichtraucher; zudem wird auch das Herzinfarkts-, Hirnschlag- und Krebsrisiko erhöht (Bjartveit & Tverdal, 2005).

Bei den Männern zeigt sich ein vergleichbarer Trend. Der Anteil starker Raucher ist von 47,4% im Jahr 1992 auf 25,7% im Jahr 2017 signifikant zurückgegangen, und der Anteil Gelegenheitsraucher ist im gleichen Zeitraum von nur 7,2% auf 23,3% gestiegen.

Diese Tendenzen können, zusammen mit dem abnehmenden Raucheranteil, als Abnahme des Tabakkonsums interpretiert werden. Die Risiken des Gelegenheitsrauchens sollten dabei aber nicht unterschätzt werden.

<sup>9</sup> Gelegenheitsrauchende sind Personen, die sich als Raucherin bzw. als Raucher bezeichnen, aber nicht täglich und durchschnittlich weniger als eine Zigarette pro Tag rauchen.

**Anzahl geraucher Zigaretten pro Tag, nach Geschlecht, Schweiz, 1992–2017 (nur Raucherinnen und Raucher) G3.20**

1992: n=4 623; 1997: n=4 283; 2002: n=5 621; 2007: n=4 815; 2012: n=5 727; 2017: n=5 391

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

**3.3.2 Passivrauchen**

Unter Passivrauchen versteht man das unfreiwillige Einatmen von Tabakrauch aus der Raumluft. Dieser Tabakrauch enthält die gleichen giftigen und krebserzeugenden Substanzen wie der von den Rauchenden inhalierte Rauch und wird weder durch einen Zigarettenfilter noch von der Lunge der Raucherin oder des Rauchers gefiltert.

Mittlerweile gibt es einige Studien, die die Gefahren des Passivrauchens belegen. Beispielsweise haben Passivraucherinnen und -raucher ein bis zu 20% höheres Risiko für Bronchialkarzinome und ein um 25% erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse. In Deutschland sterben nach Analysen des Deutschen Krebsforschungszentrums jährlich 3300 Menschen an den Folgen des Passivrauchens (Pötschke-Langer, 2014). Gemäss einer Studie aus den Vereinigten Staaten ist das Risiko von Atemwegserkrankungen bei Passivrauchenden gar um 39% bis 116% erhöht (U.S. Department of Health and Human Services, 2006). In der Schweiz ergaben Schätzungen, dass 2006 wegen Passivrauchens rund 3000 Lebensjahre verloren gingen, 32 000 Spitalaufenthaltsstage benötigt und Kosten in der Höhe von 330 Millionen Franken verursacht wurden (Hauri et al., 2011).

Das Bundesgesetz zum Schutz vor Passivrauchen ist seit 1. Mai 2010 in Kraft und verbietet das Rauchen in geschlossenen Räumen, die öffentlich zugänglich sind oder mehreren Personen als Arbeitsplatz dienen (Krankenhäuser, Schulen und öffentliche Verkehrsmittel). Im Bereich der Restauration sieht das Gesetz Ausnahmen vor: Betriebe mit einer Fläche von maximal 80 m<sup>2</sup> werden als Raucherlokale bewilligt, falls sie gewisse Voraussetzungen erfüllen und eine kantonale Genehmigung vorweisen. Der Betrieb von Raucherräumen in Restaurants und Hotels («Fumoirs») ist ebenfalls erlaubt. In den Raucherräumen ist die Beschäftigung von Personen jedoch nur möglich, wenn diese ihrer Tätigkeit schriftlich zugestimmt haben.

Die Mehrheit der Kantone hat restriktivere Bestimmungen als das Bundesgesetz erlassen. So gilt die auf Bundesebene definierte Ausnahme für kleine Restaurationsbetriebe von weniger

als 80 m<sup>2</sup> im Kanton Uri nicht. Und gemäss dem kantonalen Gesundheitsgesetz ist Tabakwerbung sowie der Verkauf von Zigaretten an unter 16-jährige Personen verboten.

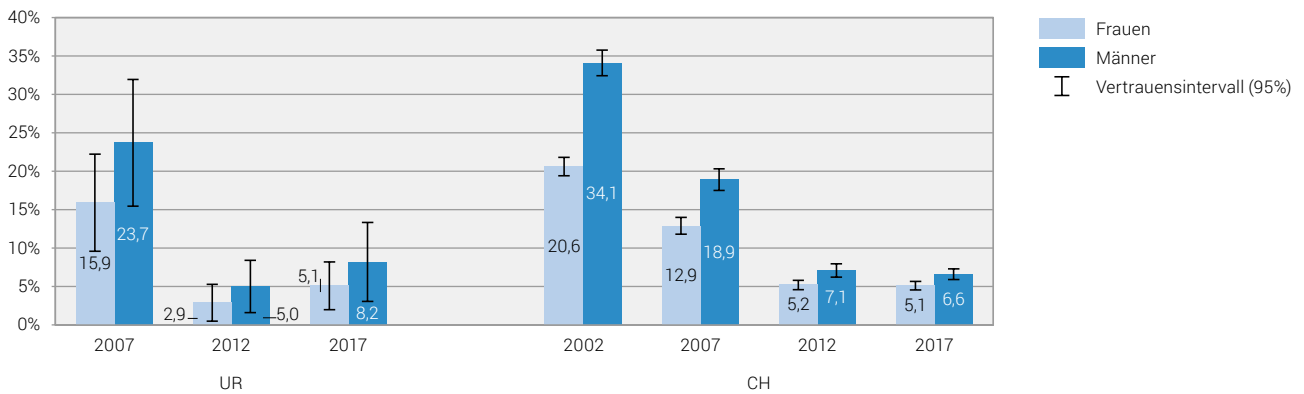
Diese von den nationalen und kantonalen Behörden umgesetzten Massnahmen scheinen sich auszuzahlen. So zeigt etwa eine Studie des Universitätsspitals Genf, dass sich das Rauchverbot an öffentlichen Orten positiv auf die Gesundheit der Genferinnen und Genfer ausgewirkt hat. Es konnte ein Rückgang von 7% bei den Spitaleinweisungen wegen akutem Koronarsyndrom nachgewiesen werden (statistisch nicht signifikanter Rückgang aufgrund der ungenügenden Teststärke der Studie). Weiter geht das Rauchverbot mit einer 19% statistisch signifikanten Reduktion der Spitaleinweisungen wegen chronisch obstruktiver Lungenerkrankung und Lungenentzündung einher (Humair et al., 2014). Darüber hinaus hat die Umsetzung des Gesetzes gegen Passivrauchen die Zahl der Raucherinnen und Raucher leicht gesenkt, jedoch nur für das Jahr direkt nach der Einführung des Gesetzes und nur bei Personen, die oft ausgehen (Boes et al., 2014). Gemäss Suchtmonitoring Schweiz waren im Jahr 2015 5,4% der schweizerischen Bevölkerung ab 15 Jahren durchschnittlich mindestens eine Stunde pro Tag Tabakrauch ausgesetzt, und etwas weniger als zwei Drittel (66,6%) der Bevölkerung waren nicht oder weniger als eine Stunde wöchentlich exponiert (Kuendig et al., 2015).

*Rückgang des Passivrauchens*

Die Belastung durch Passivrauchen hat sich besonders in den Jahren 2002 bis 2012 verringert und seitdem stabilisiert (Grafik G3.21). Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass die Anteile von 2002 nur bedingt mit den Folgejahren vergleichbar sind, weil die Antwortmöglichkeiten in den jüngeren Jahrgängen ergänzt wurden. Während im Jahr 2002 in der Schweiz noch 20,6% der Frauen und 34,1% der Männer mindestens eine Stunde pro Tag dem Passivrauch ausgesetzt waren, ging dieser Anteil 2017 auf 5,1% bzw. 6,6% signifikant zurück. Im Kanton Uri hat sich die

**Passivrauchen (eine Stunde und mehr pro Tag), nach Geschlecht, Kanton Uri und Schweiz, 2002–2017**

**G3.21**



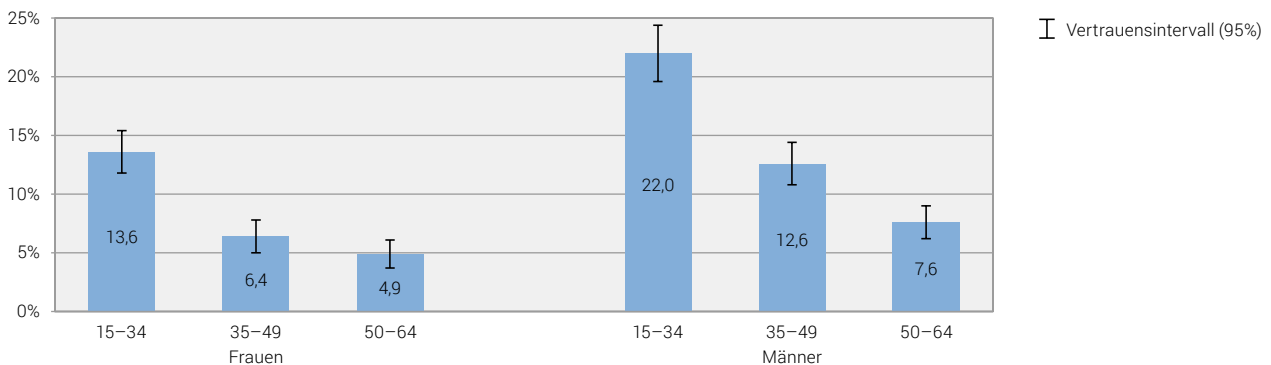
2002: n=12 952 (CH); 2007: n=326 (UR), n=12 741 (CH); 2012: n=370 (UR), n=14 984 (CH); 2017: n=389 (UR), n=15 645 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

**Passivrauchen bei der Arbeit (mindestens ein Viertel der Arbeitszeit), nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 2017 (Erwerbstätige)**

**G3.22**



n=11 594

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

Belastung von 15,9% bei den Frauen und 23,7% bei den Männern im Jahr 2007 auf 5,1% bzw. 8,2% im Jahr 2017 signifikant verringert. Die Exposition gegenüber Passivrauch variiert demnach nach Geschlecht, die Geschlechterunterschiede sind jedoch weder im Kanton Uri noch in der Gesamtschweiz für das Jahr 2017 signifikant und haben sich seit 2002 stark reduziert. 2017 sind die Anteile der von Passivrauch Betroffenen wieder leicht angestiegen, der Unterschied zu 2012 ist jedoch nicht signifikant.

Passivrauchen am Arbeitsplatz stellt ein grosses Problem der öffentlichen Gesundheit dar, weil die Arbeitsumgebung in den meisten Fällen nicht frei ausgewählt werden kann. Im Folgenden

werden aufgrund der kleinen Stichprobe im Kanton Uri erneut Schweizer Werte gezeigt (Grafik G3.22). Männer sind – mit Ausnahme der 50- bis 64-Jährigen – in allen untersuchten Altersklassen signifikant häufiger Passivrauch ausgesetzt als Frauen. Jüngere sind dabei häufiger betroffen als Ältere. So berichten 22,0% aller 15- bis 34-jährigen Männer und nur 13,6% der gleichaltrigen Frauen von Passivrauchbelastung, während mindestens einem Viertel der Arbeitszeit. Bei den 50- bis 64-jährigen Männern beträgt der Anteil dieser Belastungen nur noch 7,6%, und bei den gleichaltrigen Frauen gar noch 4,9%.

### 3.3.3 Alkoholkonsum

Der Konsum von Alkohol ist in der Schweiz und vielen anderen Ländern ein fester kultureller Bestandteil. Die Mehrheit der Bevölkerung weist einen unproblematischen Konsum auf. Wird Alkohol übermässig oder unangemessen (z. B. beim Autofahren) konsumiert, können die Konsequenzen verheerend sein und nicht nur die Betroffenen, sondern auch ihr Umfeld und die Gesellschaft als Ganzes gefährden.

Im Jahr 2008 wurde das Nationale Programm Alkohol (NPA) verabschiedet und erhielt den Auftrag, mit einer kohärenten Alkoholpolitik auf den Ebenen Bund und Kantone einem problematischen Alkoholkonsum sowie Alkoholsucht entgegenzuwirken (BAG, 2008b). Ab 2017 bestimmen die Strategie Nichtübertragbare Krankheiten und die Strategie Sucht die Stossrichtungen der Alkoholpolitik des Bundes (BAG, 2015b, 2016). Basierend auf den zentralen Resultaten des NPA sollen beispielsweise der Jugendschutz beim Alkoholkonsum (Regelung des Alkoholverkaufs an Minderjährige) oder die Alkoholprävention weitergeführt werden.

Übermässiger Alkoholkonsum kann in zwei Kategorien eingeteilt werden: chronischer Alkoholkonsum (regelmässig zu viel trinken) und Rauschtrinken, auch bekannt unter dem Begriff «binge drinking» (Konsum einer relativ grossen Menge Alkohol in einem kurzen Zeitraum) (WHO, 2010b). In speziellen Fällen wie etwa dem Strassenverkehr können auch schon kleine Mengen Alkohol mit erheblichen Risiken verbunden sein.

Alkoholkonsum kann zu Erkrankungen der Leber und des Verdauungssystems führen. Darüber hinaus können bei chronischem Alkoholkonsum verschiedene Formen von Krebs, Bluthochdruck und Erkrankungen des peripheren Nervensystems auftreten. Einer Studie zufolge sind Zusammenhänge zwischen Alkoholkonsum und mehr als 230 Krankheiten, Vergiftungen und Verletzungen belegt (Rehm et al., 2010). Alkoholkonsum kann auch zu Abhängigkeiten führen. So wurden für das Jahr 2007 in einer Studie zwischen 220 000 und 330 000 Alkoholabhängige in der Schweiz geschätzt (Kuendig, 2010).

Den Ergebnissen einer kürzlich veröffentlichten grossangelegten Studie mit Daten von fast 600 000 Menschen zufolge verkürzen mehr als 100g Alkohol pro Woche das Leben. Dies entspricht etwa zweieinhalb Liter Bier oder fünfzehn Gläsern Wein. Konsumenten, die zwischen 100 und 200g Alkohol pro Woche zu sich nehmen, sterben durchschnittlich 6 Monate früher als bei einem Konsum von weniger als 100g; und ab einer Menge von 350g pro Woche – was etwa zehn grossen Bieren entspricht – verkürzt sich die Lebenserwartung sogar um vier bis fünf Jahre. Dabei zeigen sich kaum Geschlechterunterschiede. Bei der Auswertung von kardiovaskulären Krankheiten ist ein differenziertes Bild festzustellen. Mit zunehmendem Alkoholkonsum steigt das Risiko für Herzkrankheiten und Schlaganfälle. Dennoch kann Alkohol grundsätzlich aber auch positive Effekte auf das Lipidprofil haben, gleichzeitig aber den Blutdruck erhöhen, was sich vor allem ungünstig auf das Schlaganfallrisiko auswirkt (Wood et al., 2018).

Alkohol ist zusammen mit Tabak weltweit eine der Haupttodesursachen für vermeidbare Todesfälle oder Behinderungen. Gemäss der Weltgesundheitsorganisation starben im Jahr 2016 mehr als drei Millionen Menschen an den Folgen schädlichen Alkoholkonsums, dies entspricht einem von 20 Todesfällen.

Mehr als drei Viertel davon sind Männer. Insgesamt verursacht der schädliche Konsum von Alkohol weltweit mehr als 5% der weltweiten Krankheitslast (WHO, 2018a).

Für die Schweiz wurde 2011 die Anzahl alkoholbedingter Todesfälle auf 2863 geschätzt, wobei sich die Art der Todesfälle mit dem Alter verändert: Bei jungen Erwachsenen sind die mit Alkohol assoziierten Todesfälle hauptsächlich auf Unfälle und Verletzungen zurückzuführen, im mittleren Erwachsenenalter auf Erkrankungen des Verdauungssystems, und bei älteren Personen bis 74 Jahre ist Krebs die häufigste alkoholbedingte Todesursache. Der relative Anteil der mit Alkohol assoziierten Todesfälle am Total aller Todesfälle in der Schweiz ist im Alter zwischen 25 und 35 Jahren am höchsten (rund ein Viertel der Todesfälle bei den Männern) (Marmet et al., 2013).

Im Jahr 2016 betrug der durchschnittliche Konsum reinen Alkohols bei den über 15-jährigen Schweizerinnen und Schweizern 9,3 Liter, was etwas niedriger ist als der durchschnittliche Konsum in den 28 EU-Ländern (9,8 Liter) (OECD, 2018). Der Alkoholkonsum hat in den letzten Jahren in der Schweiz zwar abgenommen, ist im Vergleich zu vielen anderen Ländern aber immer noch relativ hoch.

Die eidgenössische Kommission für Alkoholfragen gibt Orientierungshilfen zum Konsum von Alkohol ab. Als Richtlinie gilt gegenwärtig für gesunde erwachsene Männer, nicht mehr als zwei Gläser alkoholische Getränke pro Tag zu trinken, und für Frauen wird die Hälfte davon empfohlen. Es wird auch geraten, alkoholfreie Tage pro Woche festzulegen und einzuhalten (EKAL, 2018).

In der SGB 2017 werden drei Aspekte des Alkoholkonsums behandelt: die Häufigkeit des Konsums, die Art der konsumierten alkoholischen Getränke (Bier, Wein, Liköre, Aperitifs, Spirituosen) und die dabei getrunkene Menge. Ausgehend von den erhobenen Daten kann der Konsum von reinem Alkohol in Gramm pro Tag berechnet werden. Bei einem durchschnittlichen täglichen Konsum ab 20g bei Frauen und 40g bei Männern besteht für die betreffende Person ein mittleres gesundheitliches Risiko (vgl. Kasten). Ab einem täglichen Konsum von 40g bei Frauen und 60g bei Männern wird von einem hohen Risiko ausgegangen (Rehm et al., 2010). Als Rauschtrinken wird der Konsum von vier Standardgetränken bei Frauen und fünf Standardgetränken bei Männern pro Trinkgelegenheit definiert, wobei das Ereignis nicht mehr als zwölf Monate zurückliegt.

#### Kriterien für chronischen täglichen Alkoholkonsum der WHO:

	geringes Risiko	mittleres Risiko	hohes Risiko
Frauen	< 20 g	20 – 40 g	> 40 g
Männer	< 40 g	40 – 60 g	> 60 g



**Abnahme des Alkoholkonsums bei Schweizer Männern**

Sowohl im Kanton Uri als auch in der Schweiz unterscheidet sich der Alkoholkonsum zwischen den Geschlechtern deutlich (Grafik G3.23). Im Jahr 2017 berichten 12,6% aller Urner und 14,9% aller Schweizer von einem täglichen Alkoholkonsum, während nur 4,9% aller Urnerinnen und 7,1% aller Schweizerinnen von einem gleich häufigen Konsum berichten. Auch der wöchentliche Konsum ist bei den Männern deutlich ausgeprägter als bei den Frauen. Die Werte des Kantons Uri unterscheiden sich nicht signifikant von den Schweizer Werten, liegen aber bezüglich täglichem Alkoholkonsum tendenziell unter dem Schweizer Durchschnitt.

In den letzten 25 Jahren hat sich der Anteil der Männer in der Gesamtschweiz, die täglich Alkohol konsumieren, signifikant von 30,1% im Jahr 1992 auf 14,9% im Jahr 2017 verringert. Gleichzeitig haben der wöchentliche und seltene Alkoholkonsum zugenommen. Bei den Schweizerinnen hat der Anteil mit dem höchsten Alkoholkonsum im gleichen Zeitraum ebenfalls von

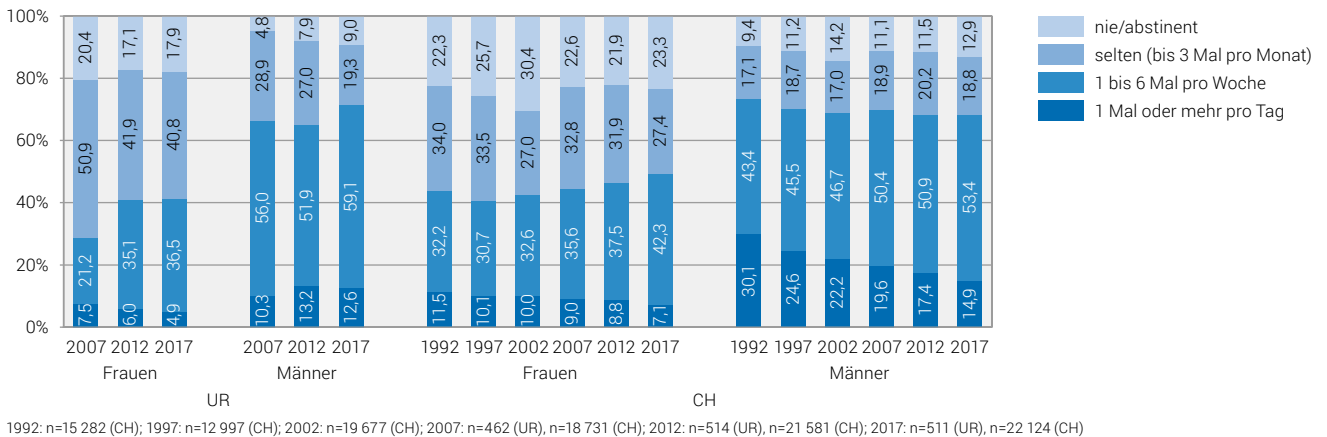
11,5% auf 7,1% signifikant abgenommen während der wöchentliche und seltene Konsum häufiger geworden ist. Im Kanton Uri zeigt sich eine ähnliche Tendenz, die Unterschiede sind jedoch nicht signifikant. Tendenziell zeigt sich im Kanton Uri jedoch, dass der Anteil Personen, die mindestens einmal wöchentlich oder häufiger Alkohol konsumieren, sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern zwischen 2007 und 2017 leicht gestiegen ist.

**Ältere im Kanton Uri konsumieren häufiger täglich Alkohol als Jüngere**

Der Alkoholkonsum variiert im Kanton Uri neben dem Geschlecht auch stark nach Alter (Grafik G3.24). Während bei den 15- bis 34-jährigen Frauen und Männern nie täglich Alkohol konsumiert wird, steigt der Anteil täglicher Konsumenten in der Altersgruppe der über 65-Jährigen stark an und beträgt 17,5% bei den Frauen und 45,1% bei den Männern. Gleichzeitig ist bei den Urnerinnen

**Alkoholkonsum, nach Geschlecht, Kanton Uri und Schweiz, 1992–2017**

**G3.23**

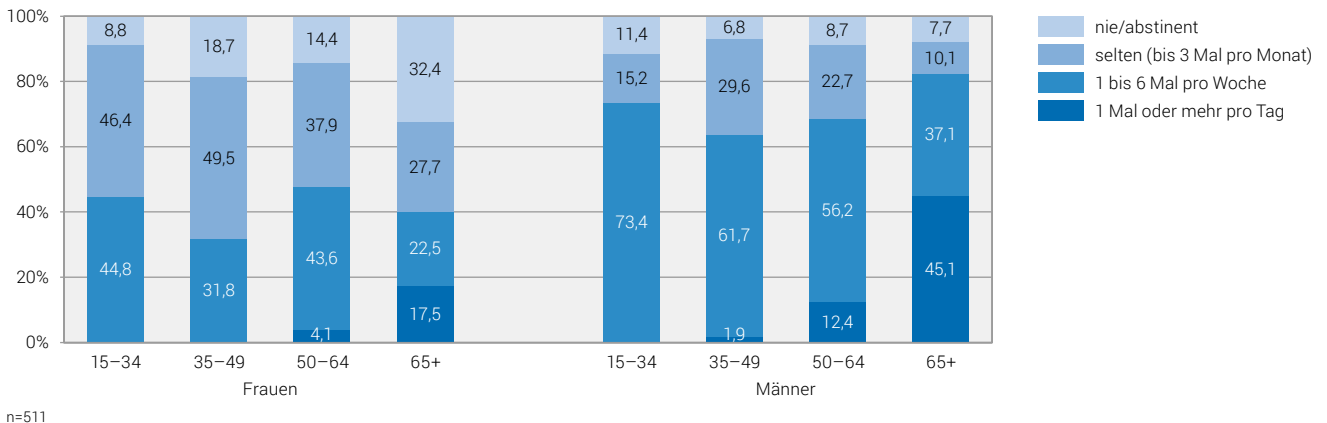


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

**Alkoholkonsum, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri, 2017**

**G3.24**

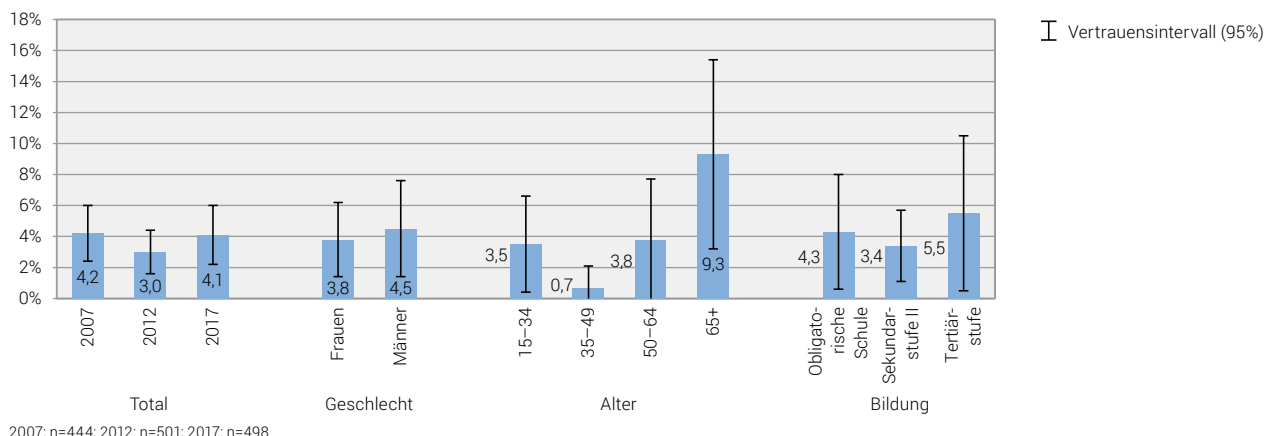


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

**Mittleres bis hohes Risiko bezüglich chronischen Alkoholkonsums**, nach Geschlecht, Alter und Bildung, Kanton Uri, 2007–2017

**G3.25**

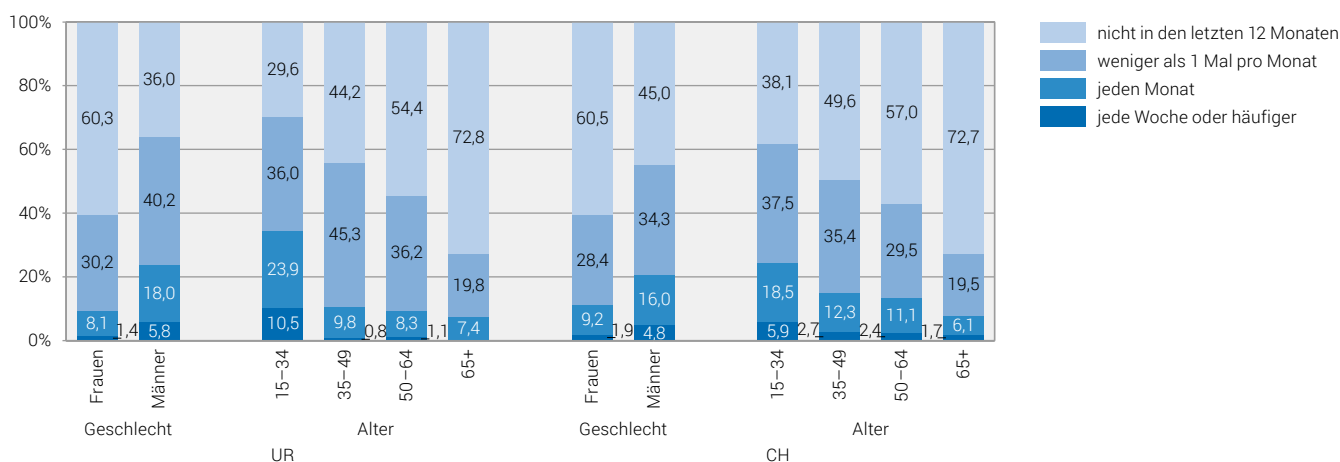


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

**Rauschtrinken**, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2017

**G3.26**



n=498 (UR), n=21 174 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

auch der Anteil von Alkoholabstinenten in dieser ältesten Gruppe am höchsten, bei den Urnern hingegen sind in der jüngsten Gruppe am meisten Abstinenten zu finden.

Die grosse Mehrheit der Urner Bevölkerung hat kein oder nur ein geringes Risiko bezüglich chronischen Alkoholkonsums. Dies hat sich seit 2007 kaum verändert. Der Anteil Urnerinnen und Urner, die diesbezüglich ein mittleres bis hohes Risiko eingehen, liegt im Jahr 2017 bei 4,1% (Grafik G3.25). Beim Konsumverhalten mit mittlerem bis hohem Risiko finden sich keine signifikanten Geschlechterunterschiede, und beim Alter zeigt sich tendenziell, dass Personen ab 65 ein leicht höheres Risiko aufweisen als Personen in jüngeren Altersgruppen. Bei der Differenzierung nach unterschiedlichen Bildungsniveaus zeigen sich keine signifikanten Unterschiede.

1,4% der Urnerinnen und 5,8% der Urner berichten im Jahr 2017 von wöchentlichem oder noch häufigerem Rauschtrinken (vier Gläser bei Frauen bzw. fünf Gläser bei Männern oder mehr pro Trinkgelegenheit). In der Gesamtschweiz liegen die diesbezüglichen Anteile für Frauen bei 1,9% und für Männer bei 4,8% (Grafik G3.26). Die Geschlechterunterschiede sind jedoch nur auf Ebene der Gesamtschweiz signifikant. Rauschtrinken ist besonders in der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen verbreitet: 10,5% aller Personen im Kanton Uri und 5,9% in der Gesamtschweiz berichten von wöchentlichem Rauschtrinken. Bei sämtlichen älteren Gruppen sind die Anteile viel geringer und betragen in der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren noch 1,7% für die Gesamtschweiz und gar 0,0% für den Kanton Uri.

### 3.3.4 Cannabiskonsum

Cannabis wird in Form von Marihuana (getrocknete Blüten, Blätter), Haschisch (Harz, gemischt mit Pflanzenteilen) und Öl (dickflüssige Substanz) verwendet und in der Regel mit Tabak gemischt, geraucht oder inhaliert. Je nach Dosierung, Konsumart, bisherigen Cannabiserfahrungen, Persönlichkeit, momentaner psychischer Verfassung und Mischkonsum mit anderen Substanzen kann der Gebrauch von Cannabis mit gesundheitlichen Risiken verbunden sein. Die negativen Folgen des Cannabiskonsums sind vergleichbar mit jenen des Rauchens. So ist bei regelmässigem Gebrauch eine Zunahme von Atemwegsentzündungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie ein erhöhtes Risiko für Psychosen zu beobachten (Hall, 2009).

Cannabiskonsum ist aber – ähnlich wie beim Alkohol – nicht notwendigerweise nur als Problem zu betrachten, denn ein Grossteil der Konsumenten nimmt Cannabis experimentell oder gelegentlich, was keine grösseren gesundheitlichen Probleme nach sich zieht. Bei einem Teil der Cannabiskonsumenden führt der Konsum jedoch zu sozialen und gesundheitlichen Problemen. Es ist gegenwärtig in der Wissenschaft und Praxis nicht ganz eindeutig, was unter einem «problematischen» Cannabiskonsum zu verstehen ist (Marmet & Gmel, 2017).

Cannabis ist die am häufigsten konsumierte illegale Droge in der Schweiz. Seit dem 1. Oktober 2013 ist die Revision des Betäubungsmittelgesetzes in Kraft, wonach der Cannabiskonsum bei Erwachsenen strafrechtlich nicht mehr verfolgt, sondern über das Ordnungsbussensystem geahndet wird. Der Besitz und Konsum von Cannabisprodukten mit einem THC-Gehalt von bis zu einem Prozent ist zudem nicht mehr strafbar.

Im Jahr 2015 berichten gemäss dem Suchtmonitoring Schweiz 37,1% der Männer und 25,8% der Frauen, mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis konsumiert zu haben. Die Prävalenz für die letzten 6 Monate beträgt 7,6% der Männer und 3,4% der Frauen. Dabei ist der Konsum bei den 15- bis 24-Jährigen

am häufigsten. Diese Zahlen beruhen auf Interviews; es ist nicht auszuschliessen, dass die dargestellten Zahlen den Konsum unterschätzen, weil der Cannabiskonsum verboten ist und einige Personen deshalb nur zurückhaltend darüber Auskunft geben (Marmet & Gmel, 2017). Auch die in der SGB erhobenen Zahlen können den effektiven Cannabiskonsum unterschätzen. In den folgenden Analysen werden nur Personen zwischen 15 und 64 Jahren berücksichtigt.

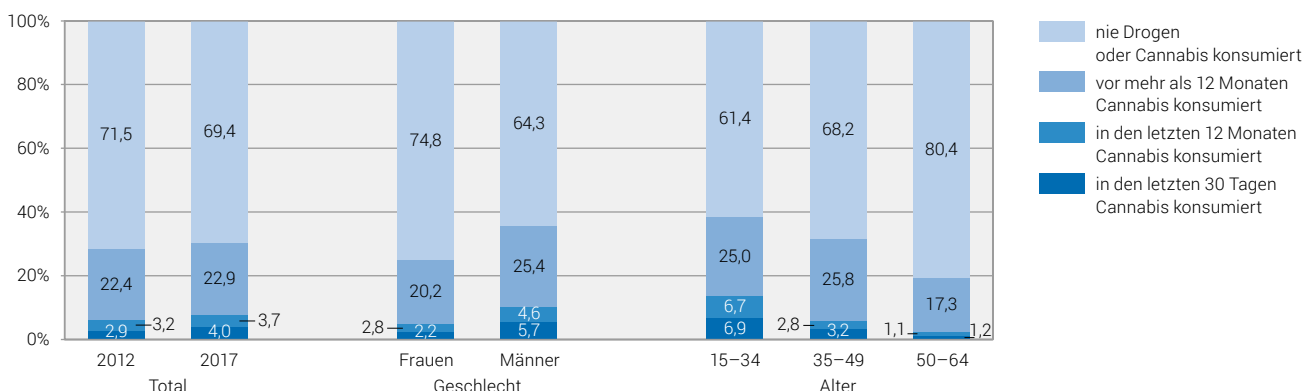
#### *Männer und Jüngere konsumieren häufiger Cannabis als Frauen und Ältere*

4,0% der Schweizer Bevölkerung gibt 2017 an, in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert zu haben, und weitere 3,7% berichten von einem Konsum in den letzten 12 Monaten (Grafik G3.27). Gegenüber 2012 sind diese Anteile minimal gestiegen, der Anstieg ist jedoch nur für die Gruppe mit einem Cannabiskonsum in den letzten 30 Tagen signifikant. Die Fragestellung zwischen 2012 und 2017 bezüglich Cannabiskonsum hat in der SGB leicht geändert, die Zahlen können aber dennoch verglichen werden. Aufgrund zu geringer Fallzahlen für den Kanton Uri werden nur Resultate für die Gesamtschweiz gezeigt. In der Personengruppe mit einem Cannabiskonsum in den letzten 30 Tagen ist die Prävalenz bei Männern mit 5,7% signifikant höher als bei den Frauen mit 2,2%. Gleichzeitig beträgt der Anteil Personen, die nie Drogen oder Cannabis konsumiert haben, bei den Frauen 74,8% und bei den Männern 64,3%.

Der Cannabiskonsum nimmt mit steigendem Alter ab. Die Prävalenz für häufigen Cannabiskonsum ist bei den 15- bis 34-Jährigen mit 6,9% signifikant höher als bei den 35- bis 49-Jährigen mit 3,2% und bei den 50- bis 64-Jährigen mit 1,2%. Dafür ist der Anteil abstinenter Personen in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen mit 80,4% signifikant höher als in den beiden jüngeren Altersgruppen.

**Cannabiskonsum, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 2012–2017**

**G3.27**



2012: n=16 267; 2017: n=16 979

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

### 3.3.5 Medikamentenkonsum

In den letzten hundert Jahren hat sich die Pharmakologie stark entwickelt und bietet heute Hunderte von Medikamenten für die Behandlung verschiedenster Krankheiten an. Dieser Einsatz ist von zentraler Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung und trägt entscheidend zur Verlängerung der Lebenserwartung und Verbesserung der Lebensqualität bis ins hohe Alter bei. Medikamente sind aber nicht nur nützlich, sondern sie bergen auch das Risiko von Missbrauch und können erhebliche Nebenwirkungen haben. Ausserdem werden gewisse Medikamente manchmal nicht für den vorgesehenen Heilungszweck eingesetzt oder sie werden ohne medizinische Indikation eingenommen. Der Übergang von einer medizinisch indizierten Verwendung zu einem unangemessenen Konsum von Medikamenten ist teilweise schwierig zu definieren. Die im vorliegenden Bericht analysierten Daten erlauben es nicht, die Frage nach dem angemessenen Medikamentenkonsum zu beantworten.

Wie in Abschnitt 2.5.2 gezeigt wurde, sind Störungen wie Nervosität, Schlaflosigkeit und Angstzustände in der Schweizer Bevölkerung weit verbreitet. Um beispielsweise Stress zu bewältigen, nehmen einige Personen psychotrope Medikamente wie Beruhigungsmittel, Schlaftabletten und Antidepressiva ein. Eine längere Verwendung von solchen Medikamenten kann aber zu Abhängigkeiten führen und ist mit Risiken insbesondere in Bezug auf das Erinnerungsvermögen und die psychomotorische Koordination verbunden (Lader, 2011). Gemäss dem aktuellsten Helsana-Arzneimittelreport sind die Ausgaben für Arzneimittel in den letzten Jahren gestiegen und belaufen sich im Jahr 2017 auf 7,5 Milliarden Franken. Durchschnittlich werden in der Schweiz pro Person acht Wirkstoffe pro Jahr bezogen (Schneider et al., 2018). Frauen konsumieren meistens mehr Medikamente als Männer, und mit steigendem Alter nimmt der Medikamentenkonsum stark zu (Gmel et al., 2018).

In der SGB wird der generelle Medikamentenkonsum mit der Frage nach der Einnahme irgendeines Medikamentes in den letzten sieben Tagen erhoben. Daneben wird auch der Konsum von vier spezifischen Medikamentengruppen abgefragt: Schmerzmittel, Beruhigungsmittel, Schlafmittel und Antidepressiva (vgl. Anhang TA3.11).

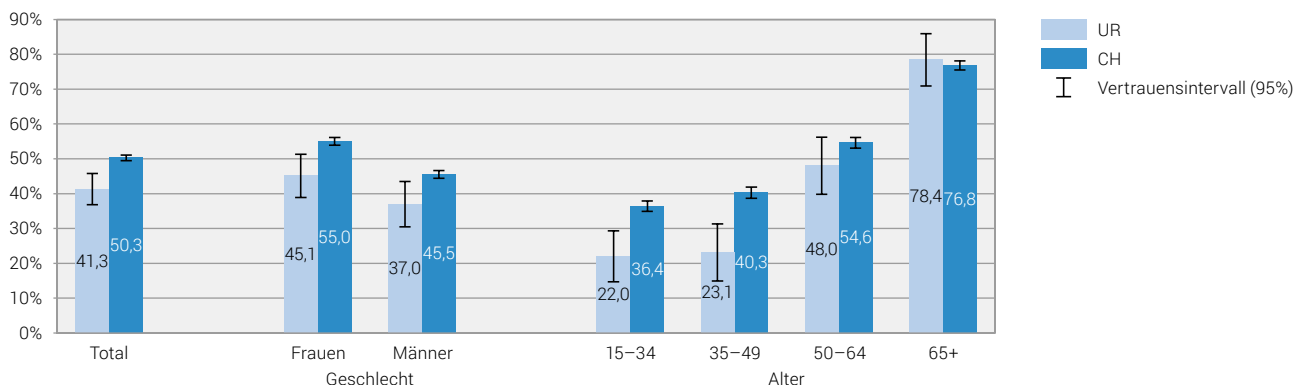
#### Unterdurchschnittlicher Medikamentenkonsum im Kanton Uri

41,3% der Urner Bevölkerung hat in der Woche vor der Befragung mindestens ein Medikament konsumiert (Grafik G3.28). In der Schweiz liegt dieser Wert mit 50,3% signifikant höher. Insgesamt hat der Medikamentenkonsum in den letzten 25 Jahren stark zugenommen. Gesamtschweizerisch stieg er signifikant von 38,3% im Jahr 1992 auf 50,3% im Jahr 2017 an (vgl. Anhang TA3.11). Auch im Kanton Uri zeigt sich eine zunehmende Tendenz seit 2007, der Anstieg ist jedoch nicht signifikant.

Frauen konsumieren in der Gesamtschweiz mit 55,0% deutlich mehr Medikamente als Männer mit 45,5%. Auch in Uri liegt der Wert für die Frauen höher (45,1%), der Unterschied gegenüber den Männern (37,0%) ist aber nicht signifikant. Grosse Unterschiede finden sich bezüglich Alter: 22,0% der Urner Bevölkerung zwischen 15 und 34 Jahren konsumierte in den letzten sieben Tagen vor der Befragung Medikamente, dieser Anteil steigt mit zunehmendem Alter stark an und liegt bei den über 65-Jährigen mit 78,4% signifikant höher. Auch in der Gesamtschweiz werden in der Gruppe der 15- bis 34-Jährigen am wenigsten (36,4%) und in der Gruppe der über 65-Jährigen (76,8%) am häufigsten Medikamente konsumiert. Auffällig ist zudem der signifikant geringere Medikamentenkonsum im Kanton Uri gegenüber der Gesamtschweiz für die beiden jüngeren Altersgruppen.

**Medikamentenkonsum, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2017 (letzte 7 Tage)**

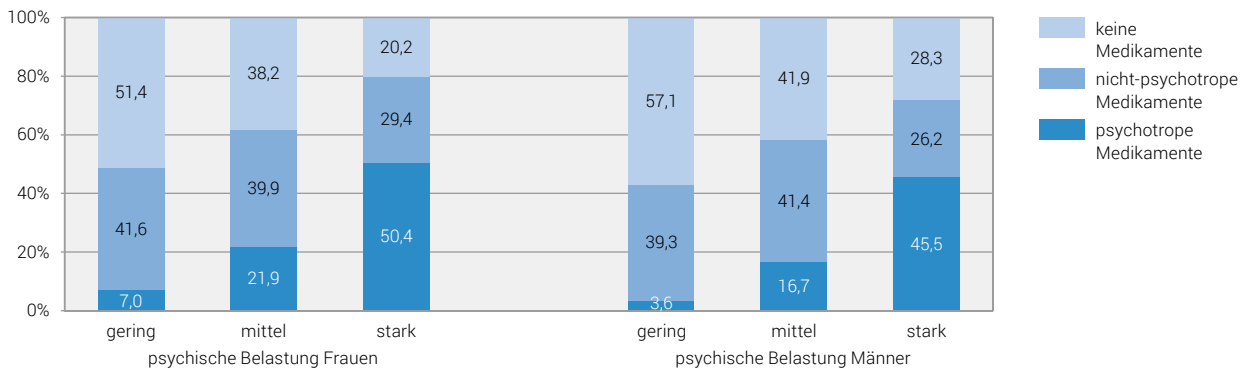
**G3.28**



n=511 (UR), n=22 119 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

**Medikamentenkonsument, nach Geschlecht und psychischer Belastung, Schweiz, 2017 (letzte 7 Tage)****G3.29**

n=20 918

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

*Höherer Konsum psychothroper Medikamente bei höherer psychischer Belastung*

In den letzten 25 Jahren hat sich in der Gesamtschweiz der Konsum von Schmerzmitteln von 12,4% auf 24,1% beinahe verdoppelt (vgl. Anhang TA3.11). Im Kanton Uri ist der Anteil diesbezüglich ungefähr konstant geblieben und liegt mit 14,6% im Jahr 2017 signifikant unter dem Schweizer Wert. 3,6% der Schweizerinnen und Schweizer (Urnerinnen und Urner: 1,7%) nehmen in der Woche vor der Befragung Beruhigungsmittel ein, 4,7% (Urnerinnen und Urner: 2,5%) konsumierten Schlafmittel und 4,6% (Urnerinnen und Urner: 3,3%) Antidepressiva (vgl. Anhang TA3.11).

Der Konsum von psychothromen Medikamenten hängt stark davon ab, wie hoch die psychische Belastung der Betroffenen ist (Grafik G3.29). Bei den Frauen in der Gesamtschweiz mit einer niedrigen psychischen Belastung geben 7,0% an, psychothrome Medikamente in der letzten Woche eingenommen zu haben; für Männer beträgt der Anteil 3,6%. Ist die psychische Belastung hoch, so steigt der Anteil des Konsums von psychothromen Medikamenten bei den Frauen auf 50,5% und bei den Männern auf 45,5% an. Der Anstieg ist für beide Geschlechter signifikant, der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist jedoch nur bei geringer psychischer Belastung signifikant. Der Konsum von nicht-psychothromen Medikamenten wird sowohl bei Frauen wie bei Männern mit zunehmender psychischer Belastung geringer; und auch der Anteil Personen ohne Medikamentenkonsument wird mit zunehmender psychischer Belastung bei beiden Geschlechtern immer kleiner.

**3.4 Problematischer Internetkonsum**

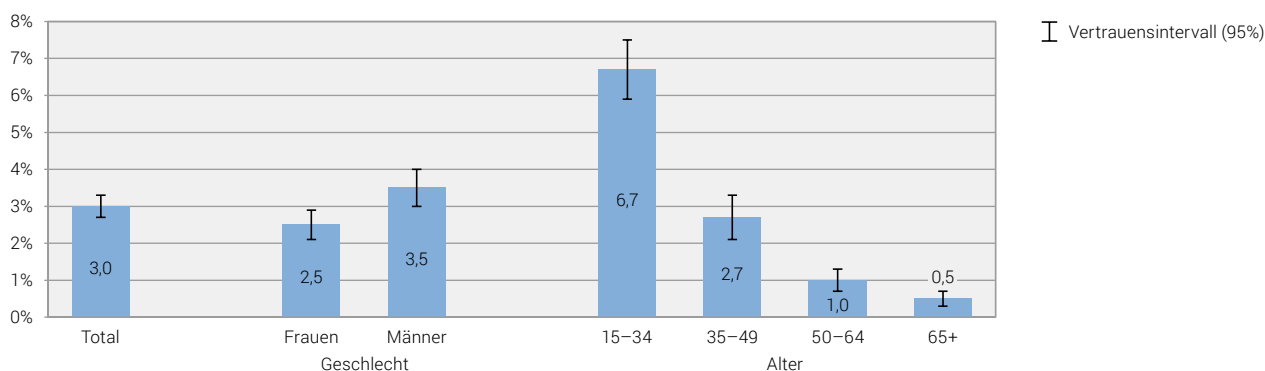
Mit der schnellen Entwicklung des Internets hat sich die Medienutzung vieler Personen grundsätzlich verändert. Für die meisten ist die Nutzung des Internets oder die Kommunikation mit E-Mails im Beruf, in der Schule, aber auch im Privatleben selbstverständlich. Gerade Kinder und Jugendliche nutzen die neuen Medien intensiv. Dank der Verbreitung von mobilen, internetfähigen Geräten wie Smartphones oder Tablets sind digitale Medien fast überall ständig verfügbar. Die Nutzung des Internets birgt aber auch Risiken, die sich auf die Gesundheit auswirken können, wie beispielsweise Onlinespielsucht, Internetsucht oder Cybermobbing. Im gegenwärtigen amerikanischen Klassifikationssystem psychiatrischer Krankheiten (DSM-5) ist Internetspielsucht als Diagnose enthalten und somit offiziell als Suchtkrankheit anerkannt (Petry et al., 2015).

Gemäss einer Studie von Suchtmonitoring Schweiz weisen 1,0% der Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren eine problematische Internetnutzung auf, dies entspricht ungefähr 70 000 Personen. Betroffenen sind vor allem jüngere Altersgruppen, bei den 35-Jährigen und Älteren sind die Anteile viel geringer. Frauen sind etwa gleich häufig betroffen wie Männer. Die Hauptaktivitäten bei einem problematischen Konsum sind Online-Kommunikationsmittel (47,1%), Filme (14,8%) und Online-Spiele (12,8%) (Marmet et al., 2015).

In der SGB 2017 wird erstmals die Internetnutzung abgefragt. In Grafik G3.30 ist die Prävalenz von Personen in der Gesamtschweiz abgebildet, bei denen ein problematischer Internetkonsum festgestellt werden kann. Die genaue Grenze, ab wann ein Internetkonsum als problematisch angesehen werden kann, wurde in einer Sitzung mit renommierten Suchtexperten festgelegt und war auch Gegenstand von Studien (Gmel, 2017; Gmel et al., 2019). Für den Kanton Uri können keine Aussagen getroffen werden, weil die Fallzahlen zu klein sind. Insgesamt sind 3,0% aller Befragten von einem problematischen Internetkonsum betroffen, dabei sind die Männer gegenüber Frauen signifikant häufiger betroffen (3,5% vs. 2,5%). Grosse Differenzen sind auch beim Alter zu finden. Während bei den 15- bis 34-Jährigen 6,7% betroffen sind, betragen die Anteile bei den über 35-Jährigen zwischen 0,5% und 2,7%. Der Unterschied der jüngsten Gruppe zu den älteren ist durchwegs signifikant.

## Problematischer Internetkonsum, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 2017

G3.30



n=18 500

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

### 3.5 Zusammenfassung

Im vorliegenden Kapitel wurden verschiedene Verhaltensweisen dargestellt, die entweder einen positiven Einfluss auf die Gesundheit ausüben (körperliche Aktivität, Ernährungsgewohnheiten), oder solche, die sich eher negativ auf die Gesundheit auswirken, weil sie Krankheiten verursachen und zu Abhängigkeiten führen können (Konsum von Tabak, Alkohol, Cannabis und Medikamenten sowie problematischer Internetkonsum).

Wie in der Gesamtschweiz achtet auch die Mehrheit der Urner Bevölkerung auf ihre Gesundheit. Nur ein Anteil von 10,5% der Urnerinnen und Urner ist bezüglich der eigenen Gesundheit unbekümmert (CH: 12,4%). Trotzdem ist ein erheblicher Teil der Bevölkerung des Kantons Uri (42,3%) und der Schweiz (42,7%) von Übergewicht (inkl. Adipositas) betroffen. Männer sind sowohl im Kanton Uri als auch in der Schweiz häufiger übergewichtig oder adipös als Frauen.

Männer im Kanton Uri achten signifikant weniger häufig auf ihre Ernährung als Schweizer Männer (50,0% vs. 64,3%), und auch die Ernährungsempfehlung, pro Tag fünf Portionen Früchte und/oder Gemüse zu essen («5 am Tag»), wird von Männern im Kanton Uri (6,3%) weniger häufig befolgt als von Schweizer Männern (14,6%). Rund drei Viertel der Urner Frauen achtet auf die Ernährung; und der Anteil Frauen, die sich an die Ernährungsempfehlung «5 am Tag» halten, ist in Uri (26,4%) etwa gleich hoch wie im Schweizer Durchschnitt (28,3%). Fleisch und Wurstwaren werden im Kanton Uri häufiger als im Schweizer Durchschnitt konsumiert. Beim Fischkonsum ist es genau umgekehrt.

Im Kanton Uri sind 81,2% der Bevölkerung körperlich ausreichend aktiv, was signifikant über dem Schweizer Anteil von 75,7% liegt. Auf gesamtschweizerischer Ebene ist der Anteil der aktiven Personen zwischen 2002 und 2017 stark gestiegen, und auch im Kanton Uri hat das Bewegungsniveau zwischen 2007 und 2017 signifikant zugenommen.

Der Anteil Raucherinnen und Raucher im Kanton Uri beträgt 23,1% und liegt tendenziell etwas unter dem Schweizer Durchschnitt von 27,1%, der Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Zwischen 2007 und 2017 sind die Anteile bezüglich Tabakkonsum im Kanton Uri ungefähr stabil geblieben. Auf gesamtschweizerischer

Ebene kann in den letzten 25 Jahren jedoch ein leichter Rückgang des Tabakkonsums von Männern beobachtet werden. Ausserdem ist der Anteil der starken Raucherinnen und Raucher seit 1992 in der Schweiz markant zurückgegangen, und auch die Belastung durch Passivrauchen ist in Uri wie in der Schweiz von 2007 bis 2017 deutlich geringer geworden.

In den letzten 25 Jahren hat der tägliche Alkoholkonsum schweizweit – besonders bei den Männern – stark abgenommen, dafür ist der wöchentliche Konsum angestiegen. Im Kanton Uri zeigt sich tendenziell eine vergleichbare Entwicklung. Beim gegenwärtigen Alkoholkonsum zeigt sich sowohl im Kanton Uri als auch auf Schweizer Ebene ein klarer Geschlechterunterschied: Männer konsumieren etwas mehr als doppelt so häufig täglich Alkohol wie Frauen, und auch der wöchentliche Konsum ist bei Männern häufiger. Frauen ihrerseits sind fast doppelt so häufig abstinent wie Männer. Während der tägliche Alkoholkonsum mit dem Alter stark zunimmt, ist bei der jüngeren Generation dafür das Rauschtrinken verbreiteter.

Der Cannabiskonsum ist schweizweit seit 2012 leicht gestiegen. Männer konsumieren signifikant häufiger als Frauen regelmässig Cannabis (5,7% vs. 2,2%), gleichzeitig beträgt der Anteil Personen, die nie Drogen oder Cannabis konsumiert haben, bei den Frauen 74,8% und bei den Männern 64,3%.

Medikamente werden im Kanton Uri (41,3%) signifikant weniger häufig konsumiert als in der Schweiz (50,3%). Frauen und ältere Personen konsumieren dabei mehr Medikamente als Männer und Jüngere.

Männer in der Gesamtschweiz weisen häufiger einen problematischen Internetkonsum auf als Frauen. Besonders gefährdet sind diesbezüglich aber jüngere Menschen zwischen 15 und 34 Jahren.

## 4 Gesundheitliche Aspekte im Wohn- und Arbeitsumfeld

### Vorliegendes Kapitel untersucht folgende gesundheitliche Aspekte im Wohn- und Arbeitsumfeld:

- Störungen im Wohnumfeld
- Physische Belastungen bei der Arbeit
- Psychosoziale Belastungen bei der Arbeit
- Auswirkungen der Arbeit auf die Gesundheit
- Arbeitszufriedenheit

Die Gesundheit der Bevölkerung wird durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst, darunter auch die Umwelteinflüsse. Gemäss Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation ist nahezu jeder vierte Todesfall weltweit auf Umweltfaktoren zurückzuführen (Prüss-Ustün et al., 2016). In Westeuropa sind die Umwelteinflüsse zwar geringer, aber dennoch verantwortlich für rund 12% der Todesfälle.

Nebst den in den vorangehenden Kapiteln beschriebenen individuellen und strukturellen Faktoren wirkt sich auch die Umwelt stark auf die Menschen und deren Gesundheitszustand aus. Die Qualität von Luft, Wasser und Böden, die Lärmbelastung, das Ökosystem und der Klimawandel sowie auch die Arbeitsbedingungen haben einen nachhaltigen Einfluss auf die Gesundheit. In diesem Kapitel werden die wichtigsten Umwelteinflüsse sowie die Wohn- und Arbeitsbedingungen und deren gesundheitliche Auswirkungen anhand der SGB-Daten beleuchtet. Im ersten Teil wird untersucht, welchen Belastungen die Schweizer und die Urner Bevölkerung an ihrem Wohnort ausgesetzt sind. Der zweite Teil behandelt verschiedene Aspekte der Arbeitsbedingungen.

Als dezentrales Land war die Schweiz schon immer von regionalen Unterschieden geprägt. Bezüglich Mortalität waren die Städte zu Beginn des 20. Jahrhunderts deutlich besser gestellt als die ländlichen Gebiete, da Aspekte wie die Lebensbedingungen, die Hygiene oder die Bekämpfung von Infektionskrankheiten besser reglementiert waren. Die Unterschiede waren gross: Beispielsweise war die Lebenserwartung 1921 in Genf mehr als sieben Jahre höher als im Wallis (Fei et al., 1998). In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhundert verringerten sich die räumlichen Ungleichheiten in der Schweiz stark. Seither ist das Sterberisiko in den periurbanen Gebieten aufgrund der besseren Lebens- und Verhaltensweisen am tiefsten (Lerch et al., 2017). Dies ist hauptsächlich auf strukturelle Aspekte zurückzuführen, denn die Bevölkerung der städtischen, periurbanen und ländlichen Gebiete unterscheidet sich insbesondere hinsichtlich der sozialen Stellung, des Alters und der Familienstruktur relativ stark (Zufferey & Oris, 2018).

Seit den 1970er-Jahren haben sich die Umweltprobleme in Zusammenhang mit Hygiene, Wasserqualität und industrieller Verschmutzung dank umweltpolitischer Massnahmen deutlich verringert (EUA, 2015). Dennoch ist die postindustrielle Gesellschaft nach wie vor mit gesundheitlichen Herausforderungen wie Luftverschmutzung (insbesondere durch Feinstaub und Stickoxide) und Lärmbelastung konfrontiert. Mit dem Klimawandel und dessen Folgen kommt eine weitere, stetig wachsende Bedrohung hinzu: Die zunehmend lange anhaltenden Hitzewellen erhöhen nachweislich das Sterberisiko der am stärksten gefährdeten Gruppen (ältere Menschen, Kleinkinder und chronisch Kranke) (Lerch & Oris, 2018).

Was die Luftqualität betrifft, haben epidemiologische Studien gezeigt, dass eine erhöhte Feinstaubkonzentration das Risiko für Asthma und Allergien erhöht und dadurch die Gesundheit sowie die Lebensqualität beeinträchtigt. Zudem kann sie Herz-Kreislauf-Krankheiten sowie Krebs und verschiedene Atemwegserkrankungen verursachen, von denen insbesondere Kinder betroffen sind (Brook et al., 2010; WHO, 2018b). Eine langfristige Exposition erhöht die natürliche Sterblichkeit selbst bei Konzentrationen, die unter den europäischen Grenzwerten liegen (Beelen et al., 2014).

Obwohl sich die Luftqualität in der Schweiz deutlich verbessert hat, sind nach wie vor 40% der Bevölkerung zu hohen Feinstaub- und 7% zu hohen Stickoxidkonzentrationen ausgesetzt (Felber Dietrich, 2014). Städtische und stadtnahe Gebiete sind davon stärker betroffen als ländliche und periphere Regionen. Der Luftverschmutzung sind jährlich knapp 2200 frühzeitige Todesfälle und 14 000 Hospitalisierungstage zuzuschreiben, was Gesundheitskosten in der Höhe von schätzungsweise 6,5 Milliarden Franken verursacht (Schweizerischer Bundesrat, 2018).

Auch Lärmbelastung wirkt sich negativ auf die Gesundheit aus. Sie ist mit Schlafstörungen und Stress, aber auch mit einer Zunahme von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Depressionen sowie kognitiven Störungen bei Kindern verbunden (Basner et al., 2014). Lärm ist in unserer Gesellschaft ein verbreitetes Problem. Gemäss einer Studie sind rund 40% der Schweizer Bevölkerung Strassenlärm von über 55 Dezibel – d. h. Werten über dem WHO-Grenzwert von 45 Dezibel – ausgesetzt, was die Gesundheit beeinträchtigen kann (Rööslü et al., 2019). Angesichts des zunehmenden Strassenverkehrs, des Bevölkerungswachstums und der Raumentwicklung sind heute trotz technologischem Fortschritt (leisere Fahrzeuge) und raumplanerischen Massnahmen (Lärmschutzwände, lärmarme Strassenbeläge, leisere Bahninfrastruktur) zunehmend mehr Personen Lärmbelastungen ausgesetzt (BAFU, 2018).

Neben physischen Umweltbelastungen hat auch die Erwerbstätigkeit einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung. So weisen Erwerbstätige allgemein einen besseren Gesundheitszustand aus als Nichterwerbstätige oder Erwerbslose (BFS, 2014a). Dies ist einerseits auf den «Healthy Worker Effect» zurückzuführen, wonach Erwerbstätige für die Ausübung ihrer Tätigkeit einen gewissen Gesundheitszustand benötigen, während Personen mit angeschlagener Gesundheit Mühe haben, in der Arbeitswelt zu bestehen. Andererseits kann Arbeit als zentraler Lebensbereich zur Existenzsicherung, zu Anerkennung und Wohlbefinden und dementsprechend zu einer guten Gesundheit beitragen, wohingegen längere Arbeitslosigkeit ein Risiko für die Gesundheit darstellt (Kroll et al., 2016; Meneton et al., 2017).

Bei der Erwerbsbevölkerung können sich auch das Arbeitsumfeld, d. h. die Arbeitszeiten, -bedingungen und -aufgaben, ebenfalls negativ auf die Gesundheit auswirken. Die Gesundheitsrisiken hängen stark von der sozioökonomischen Stellung ab. Ende der 1970er-Jahre zeigte eine Pionierstudie bei britischen Angestellten des öffentlichen Dienstes eine Abstufung des Sterberisikos nach Hierarchiestufe, obwohl alle in einem vergleichbaren Umfeld arbeiteten (Marmot et al., 1978). Dies lässt sich weitgehend durch unterschiedliche Verhaltensweisen (siehe Kapitel 3) oder psychosozialen Stress erklären. Einige Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sehen in der sozialen Stellung gar die Hauptursache für gesundheitliche Ungleichheiten, da sie bestimmte Verhaltensmuster und Einstellungen prägt, die Krankheiten verhindern bzw. begünstigen können (Phelan et al., 2010).

Tatsache ist, dass die Arbeit die direkte Ursache von rund 270 000 durch die Unfallversicherungen registrierten Berufsunfälle und -krankheiten ist (KSUV, 2018). Obwohl lediglich 40% davon zu Abwesenheiten von mehr als drei Tagen führen, belaufen sich die durch Berufsunfälle und -krankheiten verursachten Kosten jährlich auf über 1,5 Milliarden Franken. Dazu kommen zahlreiche arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme wie Kopf- und Rückenschmerzen, Müdigkeit oder Ängste, die den Versicherungen nicht gemeldet werden. Diese Beschwerden, die oft auf repetitive Bewegungen, schmerzhaft oder ermüdende Körperhaltungen oder das Tragen von Lasten zurückzuführen sind, treten jedoch in der Schweiz seltener auf als im europäischen Durchschnitt (Krieger et al., 2017). Mit der Globalisierung der Wirtschaft und der Verbreitung von neuen Informations- und Kommunikationstechnologien haben sich die Arbeitsmodelle und Anforderungen grundlegend verändert. Dieser Wandel äussert sich in einer allgemeinen Beschleunigung der Arbeitsabläufe, einer immer höheren Arbeitsintensität, konstantem Zeitdruck und vermehrtem Multitasking (Grebner et al., 2011). Als Folge nehmen psychische Störungen bei der Arbeit seit den 1990er-Jahren stark zu und treten inzwischen sogar häufiger auf als körperliche Beschwerden (BAG, 2014a).

Weitere Risikofaktoren für psychische Erkrankungen sind hohe Anforderungen, Zeitdruck, geringer Handlungsspielraum oder emotionale Beanspruchungen am Arbeitsplatz. Langfristig können psychosoziale Belastungen Gesundheitsprobleme wie Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder psychische Störungen verursachen (SECO, 2014). Diese können sich wiederum in Form von Motivationsverlust, Unzufriedenheit und Leistungsabfall auf das Arbeitsverhalten auswirken und im Extremfall zu einem Burn-out führen, was immer

häufiger der Fall ist. Anhand verschiedener Massnahmen können die Arbeitgeber die psychischen Belastungen verringern und die betriebliche Gesundheit fördern. Dazu gehören insbesondere eine gute Unternehmensführung, die Wertschätzung der Arbeit (Mitspracherecht der Arbeitnehmenden, Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen sowie Geschäftsleitung) oder die Vereinbarkeit von Beruf und Familie (Grebner et al., 2011). In der Schweiz sind mehr als drei Viertel der Arbeitnehmenden mit ihren Arbeitsbedingungen zufrieden oder sehr zufrieden (Krieger et al., 2017).

## 4.1 Störungen im Wohnumfeld

Die Prävalenz von bestimmten Beschwerden sind in gewissen Regionen der Schweiz höher als in anderen – ein Beispiel für räumliche Unterschiede in der Gesundheit stellt die Variation der standardisierten Mortalitätsraten dar (Grafik G.2.1). Diese Unterschiede lassen sich u. a. auf unterschiedliches Gesundheitsverhalten, aber auch auf Unterschiede bezüglich Gesundheitsversorgung, Infrastruktur und Umwelteinflüsse zurückführen. Umwelteinflüsse, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken können, umfassen Störungen wie Lärm, Verschmutzung oder auch elektromagnetische Strahlungen.

### *41,7% der Urner Bevölkerung berichten von Störungen im Wohnbereich*

Im Kanton Uri erwähnen 58,3% keine Störung im Wohnbereich, und 41,7% der Bevölkerung berichtet von mindestens einer Störung im Wohnbereich (Grafik G.4.1). Dieser Wert unterscheidet sich nicht signifikant vom Schweizer Durchschnitt (44,3%). Der Anteil der Bevölkerung, die Störungen im Wohnbereich angeben, hat in der Gesamtschweiz in den letzten 10 Jahren abgenommen: 2007 waren 53,2% betroffen, 2017 noch 44,3%. Vor allem der Anteil Personen, die mehrere Störungen angeben, ist in diesem Zeitraum von 27,0% auf 20,0% zurückgegangen (vgl. Anhang TA.4.1). Für den Kanton Uri zeigt sich eine vergleichbare Tendenz, die Unterschiede sind jedoch nicht signifikant.

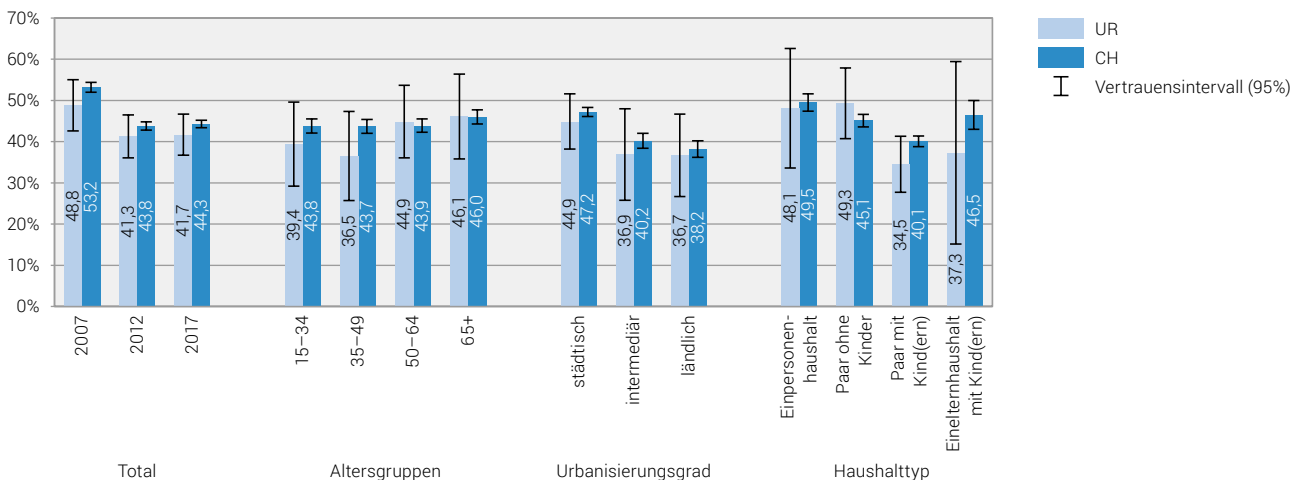
Beim Alter zeigen sich sowohl im Kanton Uri als auch in der Gesamtschweiz keine signifikanten Unterschiede, tendenziell berichten Personen ab 65 Jahren jedoch etwas häufiger von Störungen. Personen in städtischen Gebieten berichten in der Gesamtschweiz mit 47,2% signifikant häufiger von Störungen im Wohnbereich als Personen in intermediären<sup>1</sup> (40,2%) oder ländlichen Gegenden (38,2%). Auch im Kanton Uri zeigt sich diese Tendenz, der Unterschied ist aber nicht signifikant. Beim Haushaltstyp zeigt sich auf Ebene Gesamtschweiz, dass Haushalte von Paaren mit Kindern (40,1%) signifikant weniger häufig von diesen Störungen berichten als Einpersonen- oder Einelternhaushalte (49,5% bzw. 46,5%). Tendenzuell sind auch Paare ohne Kinder (45,1%) weniger betroffen. Wiederum zeigen sich im Kanton Uri vergleichbare, aber nicht signifikante Unterschiede.

<sup>1</sup> Unter intermediären Gegenden werden periurbane Räume sowie ländliche Zentren verstanden.



**Störungen im Wohnbereich**, nach Geschlecht, Alter, Urbanisierungsgrad und Haushalttyp, Kanton Uri und Schweiz, 2007–2017

G4.1



n=435 (UR), n=18 602 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

*Die Urner Bevölkerung fühlt sich am häufigsten durch Strassenverkehrslärm und Lärm durch Leute oder Kinder gestört*

In der SGB wird auch erhoben, durch welche Störungen sich die Befragten im Wohnbereich gestört fühlen. Dazu werden zehn verschiedene Störungsquellen vorgegeben, wobei Mehrfachantworten möglich sind.

Die häufigste Störungsquelle im Wohnbereich ist der Strassenverkehrslärm (Grafik G.4.2): 15,1% der Befragten im Kanton Uri sind davon betroffen (CH: 17,4%). Lärm durch Leute oder Kinder erwähnen 10,4% (CH: 14,2%), der Anteil im Kanton Uri ist dabei signifikant geringer als in der Gesamtschweiz. Danach folgen Störungen durch die Landwirtschaft mit 10,4%, Störungen durch Verkehrsabgase mit 7,9% und Störungen durch Licht (z. B. durch Strassenbeleuchtungen, Nachbarhäuser, Sportplätze) mit 7,3%. Durch die Landwirtschaft fühlen sich im Kanton signifikant mehr Befragte gestört als in der Gesamtschweiz (CH: 5,0%). Störungen durch Flugzeuflärm werden dagegen auf Gesamtschweizer Ebene (7,2%) viel häufiger erwähnt als im Kanton (1,3%). Elektromagnetische Störungen durch Hochspannungsleitungen werden im Kanton gegenüber der Gesamtschweiz signifikant häufiger genannt, negative Auswirkungen durch Mobilfunkantennen, Industrieabgase sowie andere Störungen hingegen signifikant seltener.

Nimmt man alle Lärmstörungen (inkl. Lärm durch Eisenbahn, Industrie/Gewerbe sowie andere Störungen) zusammen, so zeigt sich, dass mehr als ein Viertel (28,8%) der Urner Bevölkerung durch Lärm im Wohnbereich gestört ist (CH: 33,8%). Im Kanton Graubünden sind es mit 21,7% deutlich weniger, im Kanton Genf (51,4%) deutlich mehr (Daten nicht dargestellt).

*Zusammenhang zwischen Störungen im Wohnbereich und Gesundheit*

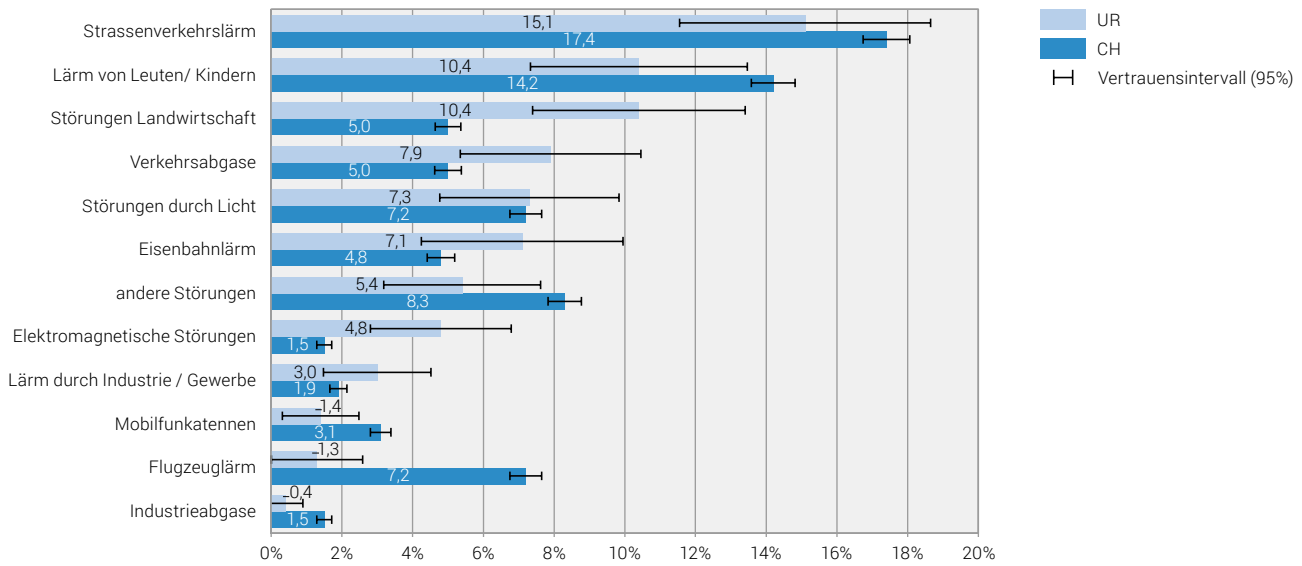
Störungen im Wohnbereich können gesundheitliche Konsequenzen haben. Grafik G.4.3 zeigt den Zusammenhang zwischen der Anzahl Störungen im Wohnbereich und drei Gesundheitsindikatoren (selbst wahrgenommene Gesundheit, Depressionssymptome und Schlafstörungen).

Je mehr Störungen man im Wohnbereich ausgesetzt ist, desto häufiger sind Beschwerden (Grafik G.4.3): Von den Urnerinnen und Urner, die keine Störung im Wohnbereich angeben, berichten 8,3% von einem mittelmässigen bis sehr schlechten Gesundheitszustand, 3,0% von mittleren bis schweren Depressionssymptomen und 24,0% von mittleren bis pathologischen Schlafstörungen. Bei Personen mit zwei oder mehr Störungen im Wohnbereich steigen diese Anteile auf 19,9%, 14,2% bzw. 32,0%. In der Gesamtschweiz sind insgesamt ähnliche Anteile festzustellen, signifikante Unterschiede zwischen Uri und der Gesamtschweiz finden sich nur bei Personen mit einer Störung und mittleren bis schweren Depressionssymptomen; dieser Anteil ist im Kanton Uri mit 3,1% signifikant geringer als in der Gesamtschweiz mit 9,9%. Die Unterschiede zwischen den Kategorien sind auf Kantonsebene aufgrund der kleineren Stichprobengrösse nicht signifikant, auf nationaler Ebene hingegen schon.

Es ist darauf hinzuweisen, dass sich aus den präsentierten Zahlen keine Kausalität zwischen Wohnstörungen und Gesundheit ableiten lässt. So beeinflussen andere Faktoren unabhängig voneinander sowohl die Wohnsituation (und damit verbundene Störungen) wie auch den Gesundheitszustand. Personen mit eingeschränkten finanziellen Ressourcen leben etwa häufiger in günstigen Wohnungen, in welchen Störungen wie Lärm häufiger sind. Gleichzeitig sind diese Personen aber auch häufiger von Gesundheitsproblemen betroffen.

Art der Störungen im Wohnbereich, Kanton Uri und Schweiz, 2017

G4.2



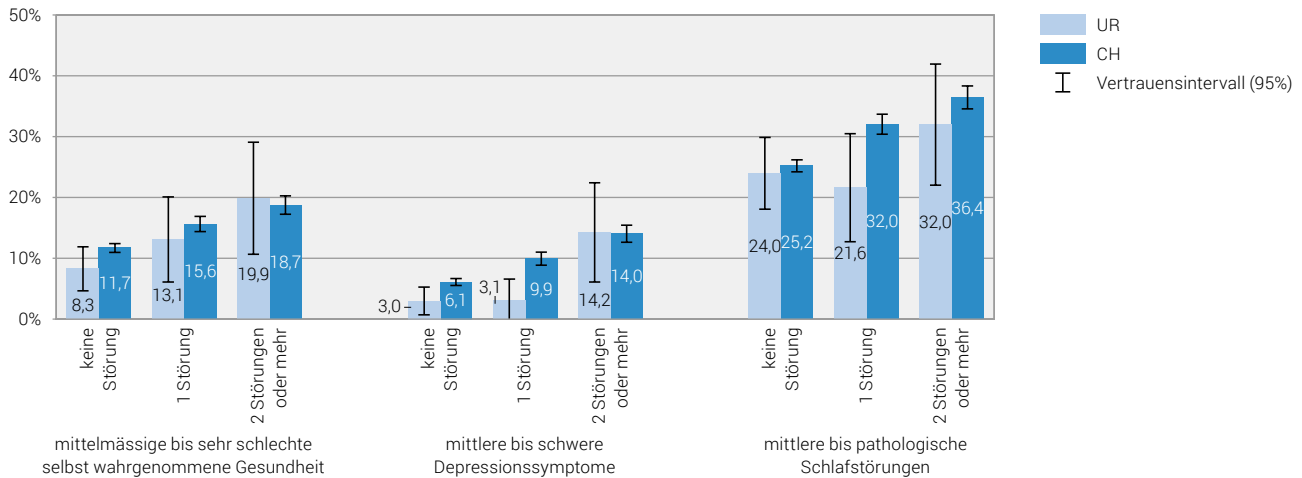
n=435 (UR), n=18 602 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

Störungen im Wohnbereich, nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Uri und Schweiz, 2017

G4.3



selbst wahrgenommene Gesundheit: n=435 (UR), n=18 593 (CH); Depressionssymptome: n=420 (UR), n=18 073 (CH); Schlafstörungen: n=423 (UR), n=18 402 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

## 4.2 Arbeit und Gesundheit

Arbeit ist ein zentraler Lebensbereich und entsprechend eine wichtige Determinante der Gesundheit. Dieses Unterkapitel untersucht den Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und Gesundheit von erwerbstätigen Personen zwischen 15 und 64 Jahren.<sup>2</sup>

### 4.2.1 Physische Belastungen

Körperliche Belastungen bei der Arbeit sind häufig. In der SGB werden verschiedene Arten von physischen Arbeitsbelastungen untersucht, wobei diese sich in ergonomische Risiken (Stehen, repetitive Bewegungen, schmerzhafte/ermüdende Körperhaltungen, Tragen schwerer Lasten oder Personen) und umweltbedingte Risiken (Lärm, hohe oder tiefe Temperaturen oder giftige Produkte) unterteilen lassen.

In Grafik G 4.4 sind elf physische Arbeitsbelastungen aufgelistet und die Anteile der Erwerbstätigen nach Geschlecht aufgeteilt. Sie sind dabei diesen Belastungen während mindestens einem Viertel der Arbeitszeit ausgesetzt gewesen. Es ist in diesem Zusammenhang anzufügen, dass diese Arbeitsbedingungen nicht zwangsläufig gesundheitsschädlich sind, sie stellen aber eine körperliche Belastung und damit Risikofaktoren für bestimmte Beschwerden und Erkrankungen dar.

Ergonomische Arbeitsbelastungen werden in der SGB am häufigsten erwähnt. 78,1% aller Urnerinnen und 80,2% aller Urner geben an, während mindestens einem Viertel der Arbeitszeit zu stehen, und je 66,5% der Urner Frauen und Männer machen stets gleiche Hand- oder Armbewegungen. Weitere 43,0% der Frauen und 46,2% der Männer berichten von schmerzhaften oder ermüdenden Körperhaltungen. Mehr als ein Viertel der Frauen (26,3%) und 41,3% der Männer müssen während ihrer Arbeit häufig schwere Lasten tragen oder bewegen; und 23,8% aller Frauen sowie 37,2% aller Männer sind hohen bzw. niedrigen Temperaturen (13,8% bzw. 40,2%) oder starkem Lärm (17,5% bzw. 49,0%) ausgesetzt.

Auf Schweizer Ebene gibt es – mit Ausnahme der repetitiven Bewegungen – bei allen Belastungen Geschlechterunterschiede: Frauen müssen häufiger Personen tragen/bewegen und häufiger lange stehen. Von allen anderen Belastungen sind Männer signifikant häufiger betroffen, wobei der Geschlechterunterschied für folgende Belastungen auch auf Ebene Kanton signifikant ist: Passivrauchen, Vibrationen, Lärm, niedrige Temperaturen sowie giftige Produkte.

Im Vergleich mit der Gesamtschweiz ist der Unterschied in Bezug auf Stehen für beide Geschlechter signifikant: Die Werte des Kantons sind sowohl für Frauen wie auch für Männer höher als die entsprechenden Schweizer Durchschnitte (Frauen: 66,7%; Männer: 69,9%). Bei den Männern werden im Kanton Uri zudem signifikant höhere Werte für starker Lärm, niedrige Temperaturen, giftige Produkte sowie Vibrationen von Maschinen angegeben als in der Gesamtschweiz.

#### *Starker Zusammenhang zwischen Bildung und Exposition gegenüber physischen Arbeitsbelastungen*

Grafik G 4.5 untersucht die Anzahl physischer Belastungen, denen erwerbstätige Personen ausgesetzt sind nach Alter, Bildung und Migrationshintergrund. Dazu wird ein international gebräuchter Index verwendet (Eurofound, 2012), der neun der elf vorgängig präsentierten physischen Arbeitsbelastungen einschliesst.<sup>3</sup>

Im Kanton Uri sind 5,5% der Erwerbstätigen keinen physischen Arbeitsbelastungen ausgesetzt, 35,6% geben eine bis zwei und 58,8% drei oder mehr Belastungen an. In der Gesamtschweiz berichten 11,3% der Erwerbstätigen von keinen physischen Belastungen während der Arbeit, 36,6% von ein bis zwei und 52,1% von drei oder mehr Belastungen. Der Anteil von Erwerbstätigen ohne Belastungen ist in der Gesamtschweiz signifikant höher als im Kanton Uri (vgl. Anhang TA 4.2). Die Ergebnisse nach Alter ergeben für den Kanton Uri, dass Personen zwischen 15 und 34 Jahren tendenziell häufiger von drei oder mehr Belastungen (70,2%) betroffen sind als Personen der beiden anderen Altersgruppen (35–49 Jahre: 52,1%; 50–64 Jahre: 53,3%). Der Unterschied zwischen den Altersgruppen ist jedoch nur auf Ebene der Gesamtschweiz signifikant.

Ein deutlicher Zusammenhang zeigt sich beim Bildungsniveau: So geben rund zwei Drittel (65,5%) der Erwerbstätigen ohne nachobligatorische Schulbildung drei oder mehr physische Arbeitsbelastungen an. Bei denjenigen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe sind es 45,4%. Die Analysen auf Ebene Gesamtschweiz ergeben ein sehr ähnliches Bild.

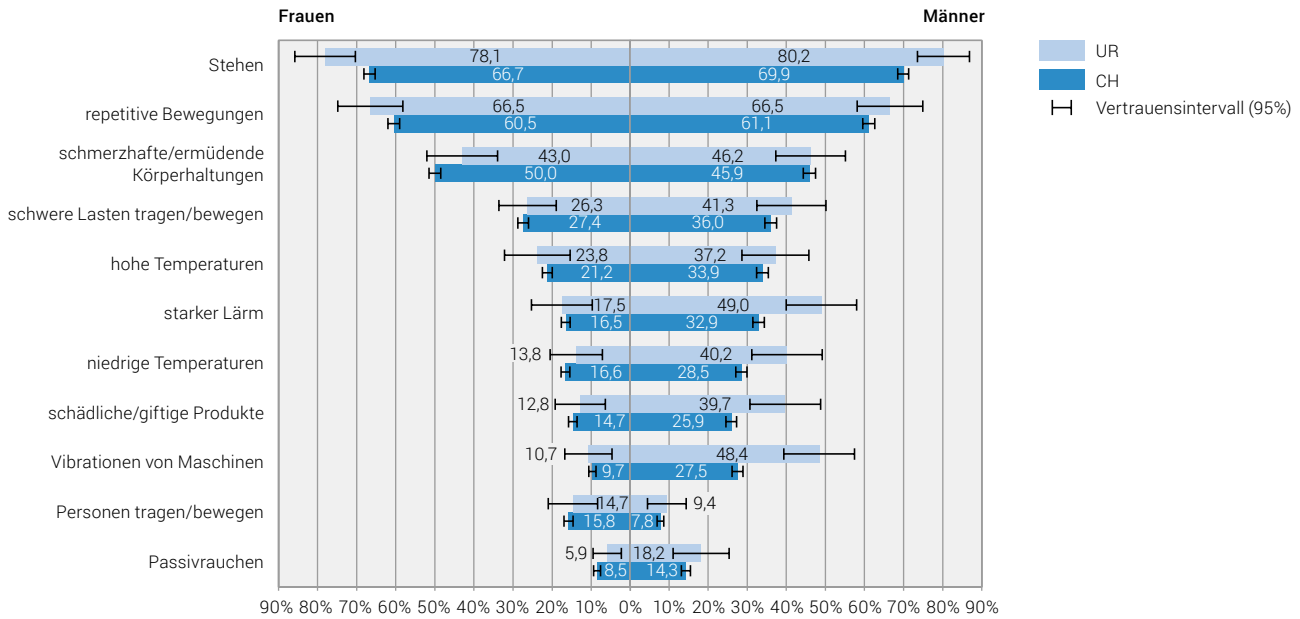
Weitere Unterschiede zeigen sich auch bezüglich Migrationshintergrund: Erwerbstätige mit Migrationshintergrund berichten häufiger von drei oder mehr physischen Belastungen als Personen ohne Migrationshintergrund (69,0% vs. 56,5%), gleichzeitig aber weniger häufig von ein bis zwei Belastungen (23,7% vs. 38,4%). Die Unterschiede sind jedoch nur auf Ebene Gesamtschweiz signifikant.

<sup>2</sup> Als Erwerbstätige gelten Personen, die während der Referenzwoche mindestens eine Stunde gegen Entlohnung gearbeitet haben oder trotz zeitweiliger Abwesenheit von ihrem Arbeitsplatz (wegen Krankheit, Ferien, Mutterschaftsurlaub, Militärdienst usw.) weiterhin eine Beschäftigung als Selbstständigerwerbende oder Arbeitnehmende haben oder die unentgeltlich im Familienbetrieb mitgearbeitet haben. Die Erwerbstätigen und die Arbeitslosen bilden zusammen die Erwerbsbevölkerung. Vgl. [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) → Statistiken finden → Arbeit und Erwerb → Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit (Zugriff am 17.09.2019)

<sup>3</sup> Folgende zwei Variablen werden im Index nicht eingeschlossen: «Personen tragen oder bewegen» und «Passivrauch». Weiter ist zu beachten, dass sich die Definition der Erwerbsbevölkerung zwischen den Studien unterscheiden kann.

**Physische Belastungen bei der Arbeit**, nach Geschlecht, Kanton Uri und Schweiz, 2017  
(15- bis 64-jährige Erwerbstätige)

G4.4



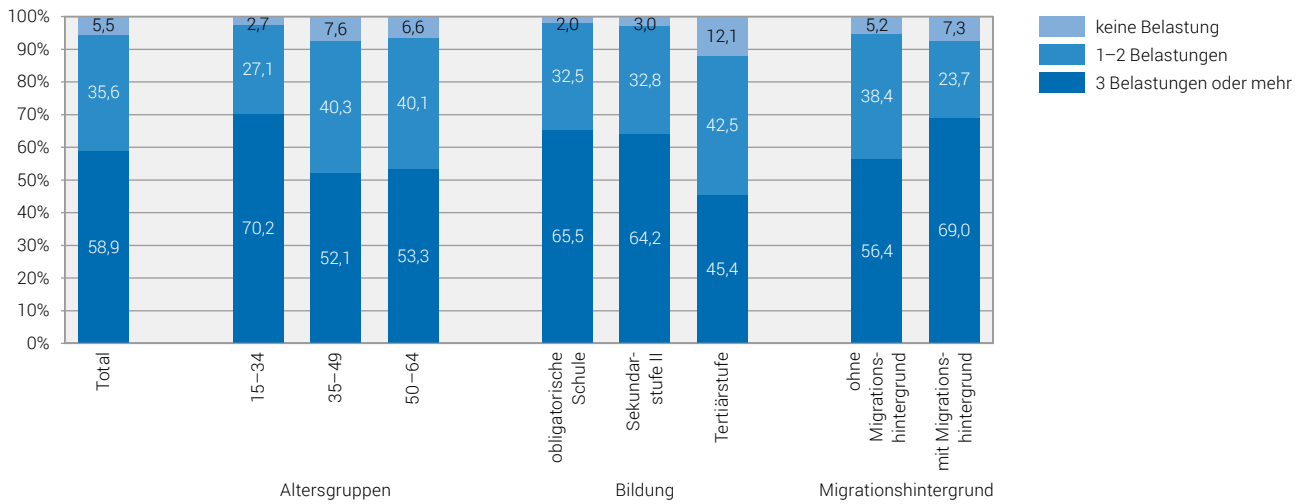
n=279 (UR), n=11 478 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

**Physische Belastungen bei der Arbeit**, nach Alter, Bildung und Migrationshintergrund, Kanton Uri, 2017  
(15- bis 64-jährige Erwerbstätige)

G4.5



n=286

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

*Eindeutiger Zusammenhang zwischen physischen Arbeitsbelastungen und Gesundheit*

In Grafik G4.6 ist der Zusammenhang zwischen physischen Arbeitsbelastungen und dem Gesundheitszustand abgebildet. An dieser Stelle ist noch auf die vertieften Analysen im Kasten (S. 79) hinzuweisen. Diese zeigen den Zusammenhang zwischen physischen Arbeitsbelastungen und körperlichen Beschwerden nach Beschäftigungsbereich, Arbeitspensum und Unternehmensgrösse auf.

Im Kanton Uri weisen insbesondere Personen, die drei oder mehr Arbeitsbelastungen ausgesetzt sind, einen schlechteren Gesundheitszustand auf. 8,1% von ihnen geben eine mittelmässige bis sehr schlechte selbst wahrgenommene Gesundheit an; bei denjenigen ohne bzw. ein bis zwei Arbeitsbelastungen sind es 5,1% bzw. 2,8%. Vergleichbare Werte ergeben sich für mittlere bis schwere Depressionssymptome. Auch starke körperliche Beschwerden werden von Personen mit drei oder mehr Arbeitsbelastungen (12,9%) häufiger genannt als von Personen, die keine (5,6%) oder höchstens zwei Belastungen (9,4%) aufweisen. Die Unterschiede sind auf Kantonsebene aufgrund der kleinen Fallzahlen nicht signifikant. Die Anteile in der Gesamtschweiz sind insgesamt vergleichbar, bei den starken körperlichen Beschwerden liegen die Anteile für den Kanton Uri bei mindestens eine Belastung signifikant unter den Anteilen der Gesamtschweiz.

**4.2.2 Psychosoziale Belastungen bei der Arbeit**

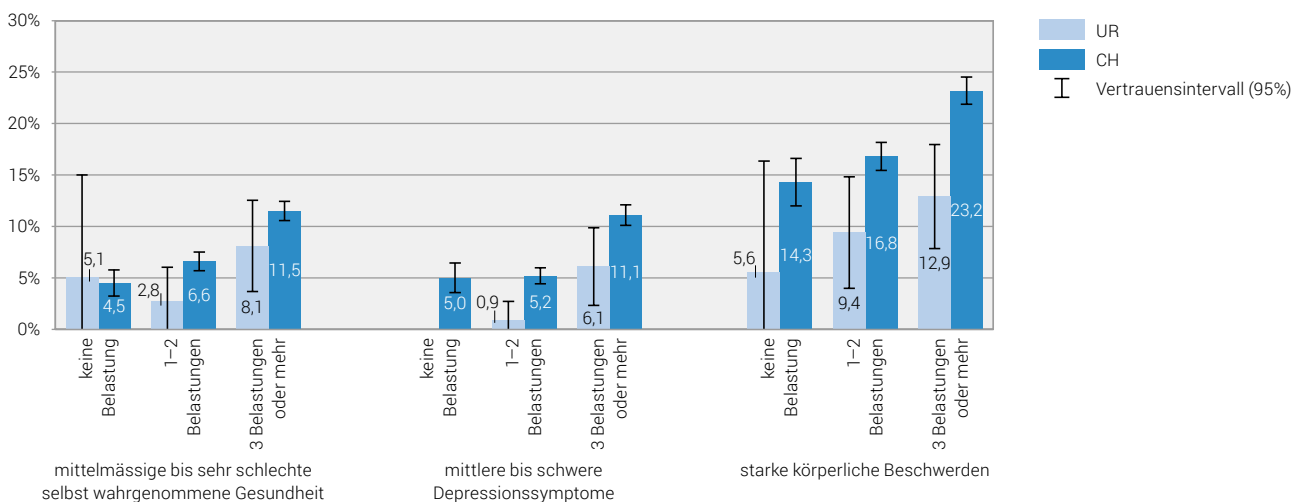
Psychosoziale Risiken, die sich auf die Interaktion zwischen Menschen und auf die Interaktion des Einzelnen mit seiner Arbeit (Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation) beziehen, betreffen einen Grossteil der Erwerbstätigen. Im folgenden Abschnitt werden acht psychosoziale Belastungen präsentiert, die aus den zahlreichen Fragen zu den Arbeitsbedingungen in der SGB gebildet wurden.

*Hohe Arbeitsanforderungen und Zeitdruck sind die häufigsten psychosozialen Arbeitsbelastungen*

Hohe Arbeitsanforderungen (an zu viele Dinge gleichzeitig denken müssen, Unterbrechungen der Arbeit, widersprüchliche Anordnungen oder Angaben, sich beeilen müssen, Mühe, Arbeit und Familienpflichten zu vereinbaren) und hoher Zeitdruck (Termindruck, hohes Arbeitstempo) sind die häufigsten psychosozialen Belastungen bei der Arbeit. Im Kanton Uri werden diese beiden Belastungen von 48,1% der erwerbstätigen Frauen und von 62,6% der erwerbstätigen Männer bzw. von 33,5% der Frauen und 55,9% der Männer erwähnt (Grafik G4.7). Männer sind also häufiger von diesen beiden Risiken betroffen. Im Kanton Uri ist der Unterschied für die hohen Arbeitsanforderungen jedoch nicht signifikant. Zudem sind bei den Frauen die Anteile für die hohen Arbeitsanforderungen und den hohen Zeitdruck signifikant tiefer als in der Gesamtschweiz.

**Physische Belastungen bei der Arbeit, nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Uri und Schweiz, 2017**  
(15- bis 64-jährige Erwerbstätige)

**G4.6**



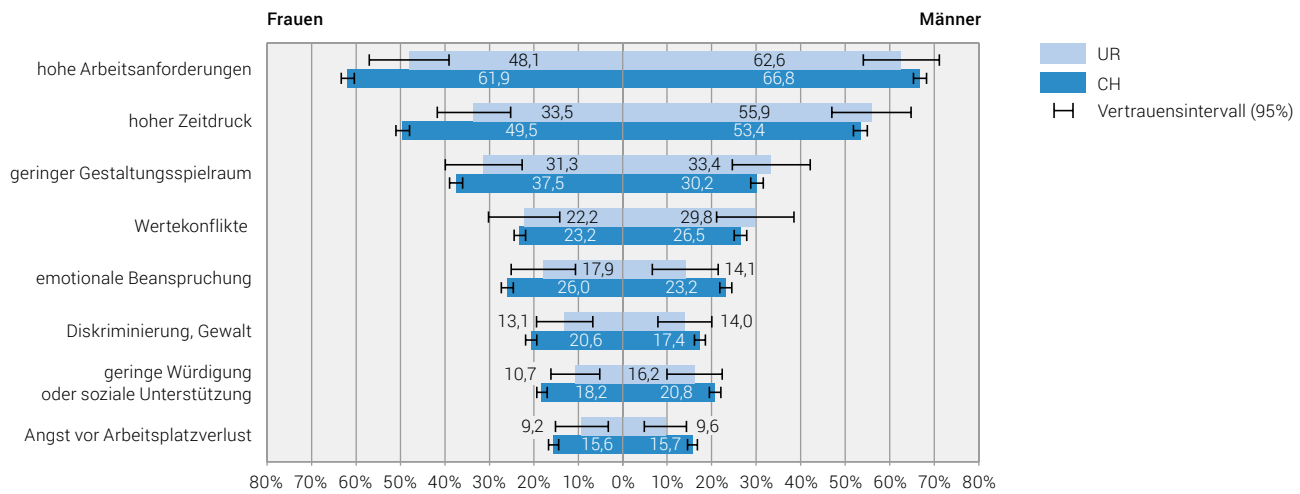
selbst wahrgenommene Gesundheit: n=286 (UR), n=11 643 (CH); Depressionssymptome: n=268 (UR), n=11 505 (CH); Beschwerden: n=274 (UR), n=11 007 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

**Psychosoziale Belastungen bei der Arbeit**, nach Geschlecht, Kanton Uri und Schweiz, 2017  
(15- bis 64-jährige Erwerbstätige)

**G4.7**



n=286 (UR), n=11 593 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

Ein geringer Gestaltungsspielraum stellt die dritthäufigste psychosoziale Arbeitsbelastung dar: 31,3% der Urner Frauen und 33,4% der Urner Männer sind davon betroffen. Fast ein Viertel der Frauen (22,2%) und etwas weniger als ein Drittel (29,8%) der Männer berichten von einer Angst vor dem Arbeitsplatzverlust, 17,9% der Frauen und 14,1% der Männer von Wertekonflikten, und von emotionaler Beanspruchung 10,7% der Frauen und 16,2% der Männer. Auffällig ist bei der emotionalen Beanspruchung der signifikant höhere Anteil von Frauen in der Gesamtschweiz (18,2%) gegenüber dem Kanton Uri.

Als weitere Belastungen werden eine geringe Würdigung oder soziale Unterstützung sowie Diskriminierung und Gewalt genannt, dabei sind die Anteile im Kanton Uri mit der Gesamtschweiz vergleichbar und unterscheiden sich nicht signifikant.

Fasst man diese acht präsentierten psychosozialen Belastungen zu einem Index zusammen, so zeigt sich, dass lediglich 14,5% der Urner Erwerbstätigen keinen Belastungen ausgesetzt sind, 49,0% sind von ein bis zwei und 36,5% von drei oder mehr Belastungen betroffen. In der Gesamtschweiz berichten 11,3% aller Erwerbstätigen von keinen Belastungen, 42,3% von ein bis zwei und 46,5% von drei oder mehr Belastungen. Der Anteil Erwerbstätiger mit drei oder mehr Belastungen ist in der Gesamtschweiz signifikant höher als im Kanton Uri (vgl. Anhang TA4.3).

Im Kanton Uri sind Männer tendenziell häufiger als Frauen von psychosozialen Belastungen betroffen, der Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Auf Ebene Gesamtschweiz zeigen sich aber signifikante Unterschiede nach Alter, Bildung und Migrationshintergrund: Die psychosoziale Belastung scheint mit dem Alter und dem Bildungsniveau zu sinken; Personen mit Migrationshintergrund sind etwas häufiger betroffen als Personen ohne.

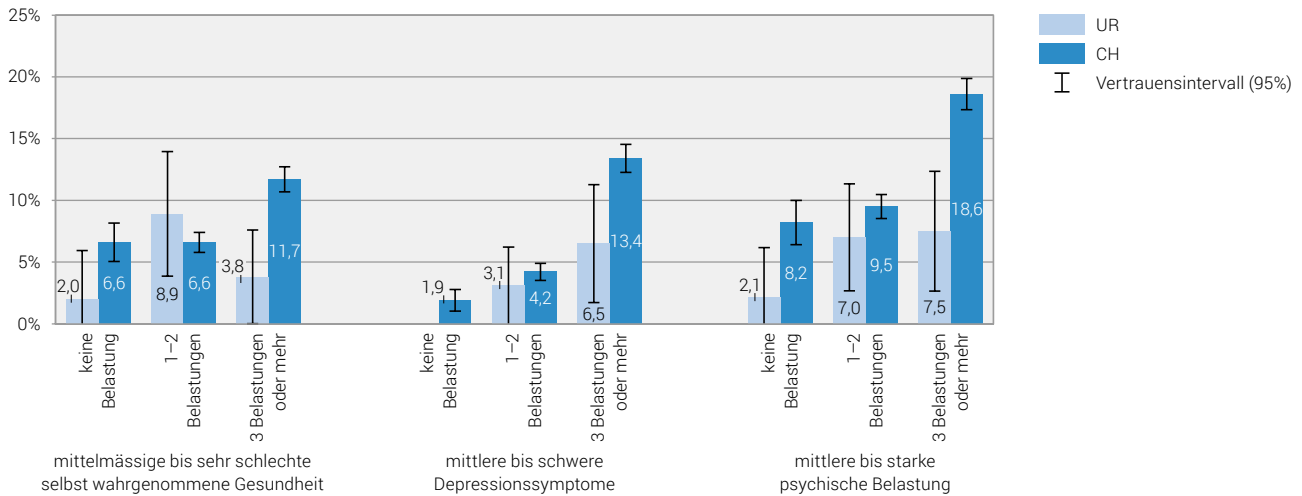
*Psychosoziale Mehrfachbelastungen stellen Gesundheitsrisiko dar*

Die Grafik G4.8 zeigt den Zusammenhang zwischen psychosozialen Risiken und drei Gesundheitsindikatoren (selbst wahrgenommene Gesundheit, Depressionssymptome und psychische Belastung). Vertiefte Analysen dazu finden sich zudem im Kasten.

Auf Ebene Gesamtschweiz weisen Erwerbstätige mit einer Mehrfachbelastung durch drei oder mehr psychosoziale Risiken gegenüber weniger Belasteten eine signifikant schlechtere selbst wahrgenommene Gesundheit, häufiger mittlere bis schwere Depressionssymptome sowie häufiger eine mittlere bis hohe psychische Belastung auf. Im Kanton Uri sind die Unterschiede zwar aufgrund der kleineren Fallzahlen nicht signifikant und nur vorsichtig zu interpretieren, aber in der Tendenz – mit Ausnahme der selbst eingeschätzten Gesundheit – vergleichbar: Liegen keine oder nur ein bis zwei Belastungen vor, so berichten 2,0% bzw. 8,9% der Erwerbstätigen von einem mittelmässigen bis schlechten Gesundheitszustand. Liegen drei oder mehr Belastungen vor, sinkt dieser Anteil auf 3,8%. Für die Depressionssymptome sind die Unterschiede besonders ausgeprägt: Bei Mehrfachbelastungen weisen 6,5% der Erwerbstätigen im Kanton Uri mittlere bis schwere Symptome auf, bei den weniger Belasteten sind es 3,1% und bei denen mit keiner Belastung 0,0%. Bei den psychischen Belastungen berichten mit 7,5% tendenziell mehr Personen mit drei oder mehr Belastungen von mittleren bis schweren Depressionssymptomen gegenüber Personen mit weniger Belastungen (7,0%) oder keiner Belastung (2,1%).

**Psychosoziale Belastungen bei der Arbeit**, nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Uri und Schweiz, 2017  
(15- bis 64-jährige Erwerbstätige)

G4.8



selbst wahrgenommene Gesundheit: n=286 (UR), n=11 717 (CH); Depressionssymptome: n=243 (UR), n=11 564 (CH); Beschwerden: n=286 (UR), n=11 619 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

Folgende der weiter oben präsentierten einzelnen psychosozialen Risikofaktoren (Grafik G4.7) sind auf Ebene Gesamtschweiz signifikant mit einer schlechteren selbst eingeschätzten Gesundheit assoziiert: Angst vor Arbeitsplatzverlust, emotionale Beanspruchung, geringe Würdigung oder soziale Unterstützung, Diskriminierung und Gewalt, geringer Gestaltungsspielraum und hohe Arbeitsanforderungen. In Bezug auf Depressionssymptome zeigt sich bei allen Risikofaktoren ein signifikanter Zusammenhang. Bei psychischen Belastungen ist der Zusammenhang – abgesehen von Wertekonflikten und hohen Arbeitsanforderungen – ebenfalls signifikant.

**4.3 Emotionale Erschöpfung bei der Arbeit (Burnout)**

Im Gegensatz zu Depression ist Burnout keine offiziell anerkannte Erkrankung und u. a. durch das Fehlen einer klaren Definition gekennzeichnet. Als typische Symptome werden vielfach eine über Monate andauernde Müdigkeit sowie das Gefühl körperlicher und psychischer Erschöpfung aufgeführt, welche u. a. durch eine zu hohe Arbeitsbelastung ausgelöst wird. Seit 2012 wird in der SGB eine Frage zum «Gefühl emotional verbraucht zu sein» gestellt, welche darauf hinweisen kann, dass ein Burnout vorliegt bzw. ein Risiko dafür besteht.<sup>4</sup>

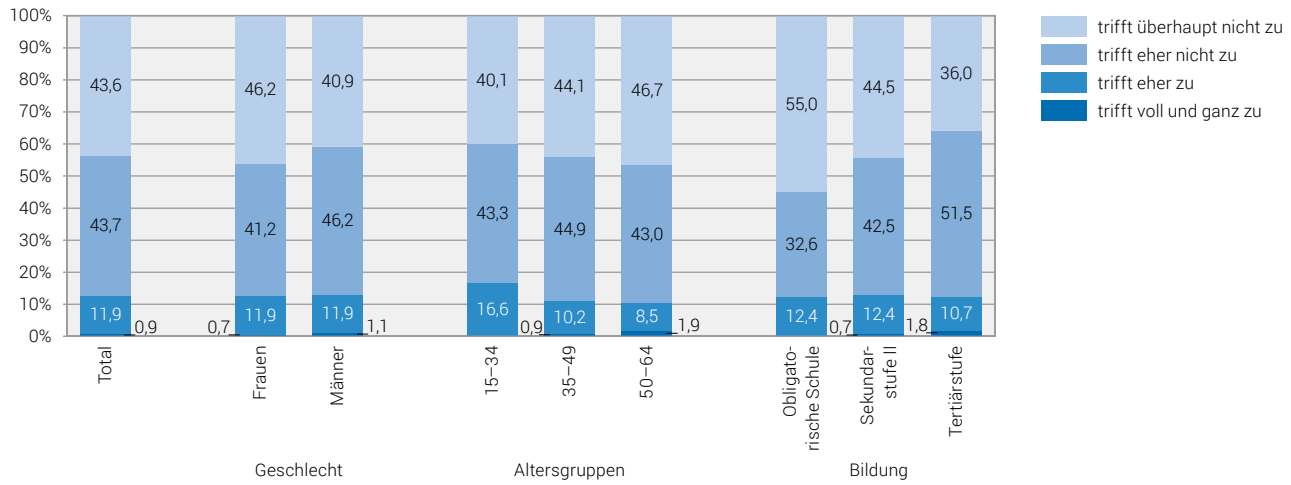
*Emotionale Erschöpfung: keine Unterschiede nach Bildung, starker Zusammenhang mit Arbeitsbedingungen*

Im Kanton Uri berichten 0,9% (CH: 2,5%) von einem Gefühl der emotionalen Erschöpfung bei der Arbeit, weitere 11,9% (CH: 17,3%) geben an, dass ein solcher Zustand «eher zutrifft» (Grafik G4.9). Die Analysen nach Geschlecht, Alter und Bildung zeigen, dass es weder auf kantonaler noch gesamtschweizerischer Ebene signifikante Unterschiede gibt. Allerdings ist der Anteil Personen, die bei einem solchen Zustand von «trifft eher zu» berichten, in der Gesamtschweiz signifikant höher als im Kanton Uri. Signifikant sind zudem zwei Variablen auf Ebene Gesamtschweiz: Personen mit Migrationshintergrund sowie Personen, die in einem Einpersonenhaushalt leben, sind häufiger betroffen (vgl. Anhang TA4.4). Diese Ergebnisse widerspiegeln die Komplexität der sozialen Erschöpfung, die weniger von der sozialen Stratifikation als vielmehr von den konkreten Arbeitsbedingungen

<sup>4</sup> Die Frage lautet «Bei meiner Arbeit habe ich immer öfter das Gefühl, emotional verbraucht zu sein»

**Emotionale Erschöpfung bei der Arbeit**, nach Geschlecht, Alter und Bildung, Kanton Uri, 2017  
(15- bis 64-jährige Erwerbstätige)

G4.9



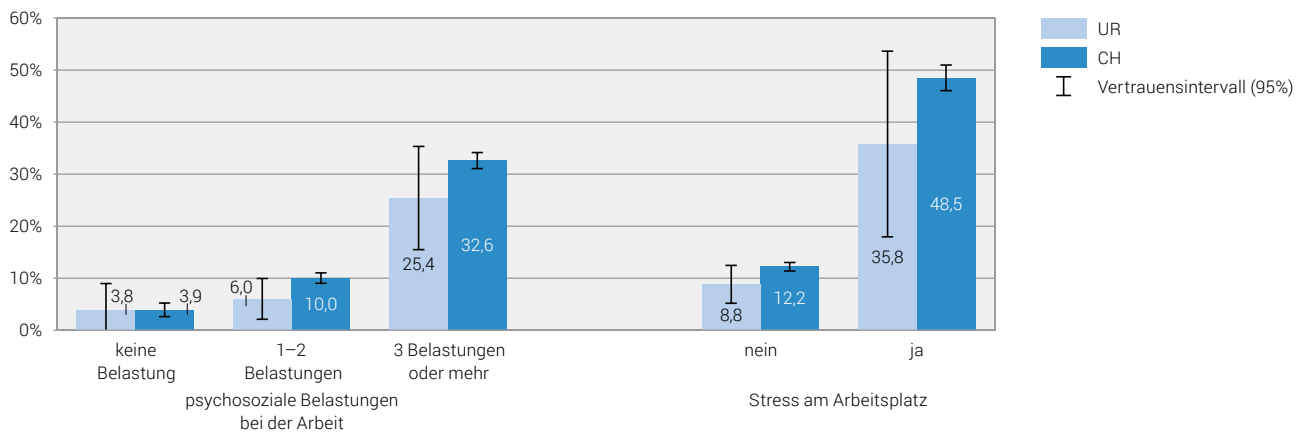
n=285

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

**Emotionale Erschöpfung bei der Arbeit**, nach Anzahl psychosozialer Belastungen und Stress, Kanton Uri und Schweiz, 2017 (15- bis 64-jährige Erwerbstätige)

G4.10



n=285 (UR), n=11 605 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

abhängig ist. Der Zeitvergleich für die Gesamtschweiz zeigt, dass der Anteil Personen, die angeben, dass sie bei der Arbeit emotional erschöpft sind, tendenziell von 17,6% im Jahr 2012 auf 19,0% im Jahr 2017 gestiegen ist.

Die Grafik G4.10 zeigt den Zusammenhang zwischen den im Abschnitt 4.2.2 präsentierten psychosozialen Belastungen und der emotionalen Erschöpfung bei der Arbeit.<sup>5</sup> Eine Kumulation von psychosozialen Arbeitsbelastungen begünstigt emotionale Erschöpfung: Im Kanton Uri berichten mit 25,4% signifikant mehr Personen, die drei oder mehr Belastungen ausgesetzt sind,

von emotionaler Erschöpfung als Personen mit ein bis zwei Belastungen (6,0%) oder ohne Belastungen (3,8%). In der Gesamtschweiz zeigt sich ein vergleichbares Bild. Ausserdem gibt es auch einen Zusammenhang zwischen Stress bei der Arbeit und emotionaler Erschöpfung: 35,8% aller Personen im Kanton Uri, die von Stress am Arbeitsplatz betroffen sind, berichten von emotionaler Erschöpfung; in der Gesamtschweiz beträgt dieser Anteil 48,5%. Demgegenüber ist der Anteil emotional erschöpfter Personen, die über keinen Stress am Arbeitsplatz berichten, sowohl im Kanton Uri (8,8%) als auch in der Gesamtschweiz (12,2%) signifikant geringer.

<sup>5</sup> Berücksichtigt sind Personen, die angegeben haben, dass die Aussage zur emotionalen Erschöpfung (siehe Fussnote auf Seite S. 77) «voll und ganz» oder «eher» zutrifft.



### Berufsrisiken und Gesundheitszustand nach Beschäftigungsindikatoren

Die folgende Grafik G 4.11 zeigt den Anteil verschiedener Gesundheitsprobleme und Berufsrisiken (horizontale Achse) unter den Erwerbstätigen in der Schweiz 2017 nach Beschäftigungsgrad und Unternehmensgrösse (vertikale Achse). Als körperlichen und psychosozialen Risiken ausgesetzt gelten Personen, die bei der Arbeit mit mindestens drei Risiken konfrontiert sind. Bei den körperlichen Beschwerden werden lediglich die Personen mit starken Beschwerden berücksichtigt, bei der psychischen Belastung jene mit mittlerer bis starker Belastung.

Dieser Darstellung kann entnommen werden, dass der Anteil Personen, die körperlichen bzw. psychosozialen Berufsrisiken ausgesetzt sind (orange), mit rund 50% wesentlich höher ist als der Anteil Personen, die effektiv Gesundheitsprobleme haben (blau; rund 18%).

Nach Unternehmensgrösse betrachtet variiert der (körperliche und psychische) Gesundheitszustand kaum, während bei den Risiken grosse Unterschiede zu beobachten sind. Die psychosozialen Risiken nehmen mit der Unternehmensgrösse zu (48,0% in Kleinunternehmen; 55,0% in Grossunternehmen), die körperlichen Risiken verringern sich (54,7% in Kleinunternehmen; 49,0% in Grossunternehmen).

Unter dem Gesichtspunkt des Beschäftigungsgrads sind körperliche und psychosoziale Berufsrisiken bei Vollzeitarbeitenden deutlich häufiger anzutreffen als bei Beschäftigten, die Teilzeit arbeiten (körperliche Risiken: 55,2% bzw. 46,0%; psychosoziale Risiken: 52,3% bzw. 43,5%). Tatsächlich von psychischen und körperlichen Gesundheitsproblemen betroffen sind paradoxerweise mehr teilzeiterwerbstätige Personen. Hier liegt jedoch eine

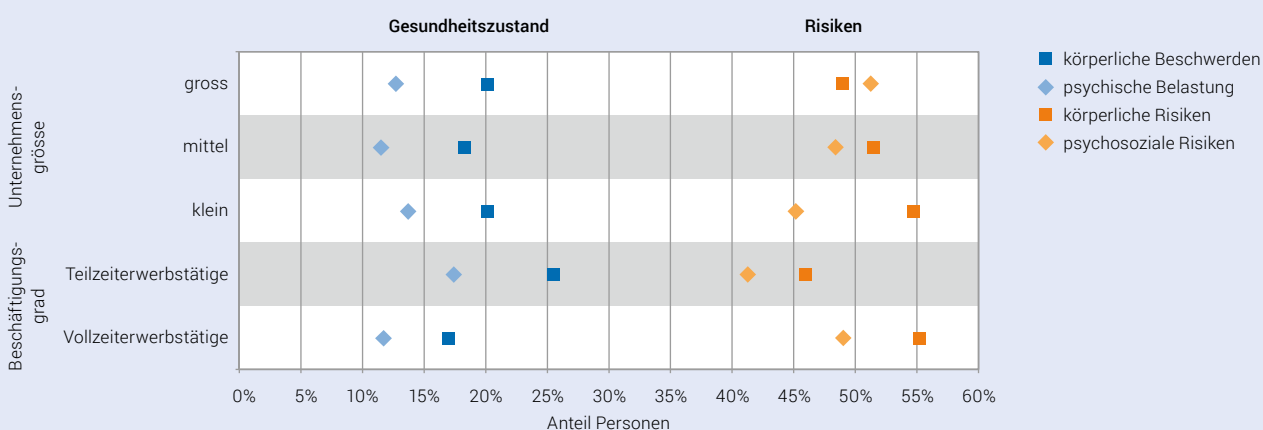
umgekehrte Kausalität vor: Die Teilzeitarbeit hat keinen Einfluss auf die Gesundheit, sondern es arbeiten mehr Menschen mit schlechterem Gesundheitszustand Teilzeit.

Die folgenden vier Netzdiagramme (Grafik G 4.12) ergänzen die vorgängige Analyse, indem sie das Ausmass bestimmter Gesundheitsprobleme (links) und Berufsrisiken (rechts) nach Stellung im Unternehmen (oben) und Beschäftigungsbereich (unten) auf gesamtschweizerischer Ebene für das Jahr 2017 darstellen. Obwohl die Berufsrisiken und die Gesundheitsindikatoren gleich berechnet werden wie weiter oben beschrieben, werden in den Grafiken zur Gewährleistung der Vergleichbarkeit Indexwerte verwendet, die den Risiko- bzw. Verbreitungsgrad abbilden (berufliche Stellung: 100 = Führungskräfte; Bereich: 100 = Management, Verwaltung, Banken, Versicherungen und Justiz).

Interpretation der Grafiken: Die Kurven zeigen das Ausmass der Gesundheitsprobleme oder -risiken für jeden Bereich und jede berufliche Stellung. Beispielsweise kann der Grafik oben links entnommen werden, dass die Kategorie «andere Berufe», die hauptsächlich handwerkliche Berufe umfasst (Fachkräfte, Montageberufe, Hilfsarbeitskräfte usw.), einen Indexwert von 158 aufweist und damit psychischer Belastung 1,58-mal stärker ausgesetzt ist als die Kategorie der Führungskräfte (Indexwert 100). Die Grafik oben rechts zeigt, dass körperliche Berufsrisiken in der Kategorie «andere Berufe» mit einem Indexwert von 299 dreimal höher ausfallen als bei den Führungskräften, während die psychosozialen Risiken gleich hoch sind (Indexwert 100). Insgesamt veranschaulichen die Grafiken die Prävalenz verschiedener Gesundheitsprobleme und Berufsrisiken nach Art der Beschäftigung (Stellung und Bereich).

**Berufsrisiken und Gesundheitszustand nach Unternehmensgrösse und Beschäftigungsgrad, Schweiz, 2017 (15- bis 64-jährige Erwerbstätige)**

**G4.11**



Unternehmensgrösse: n=9 445; Beschäftigungsgrad: n=11 031

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

Allgemein gibt es in der Schweiz hinsichtlich der beruflichen Stellung sowohl bei den Berufsrisiken als auch beim tatsächlichen Gesundheitszustand grössere Unterschiede als zwischen den verschiedenen Beschäftigungsbereichen. So sind in manchen Kategorien, beispielsweise bei Bürokräften oder Dienstleistungsberufen, sowohl körperliche Beschwerden als auch psychische Belastung stark verbreitet (Indexwerte über 150), während etwa die intermediären Berufe etwas weniger stark betroffen sind (körperliche Beschwerden: 130; psychische Belastung: 146) und die akademischen Berufe (118 und 116) ähnliche Werte aufweisen wie die Führungskräfte. Einzig in der Kategorie «andere Berufe» (112 und 158) treten psychische Störungen wesentlich häufiger auf als körperliche Beschwerden. Interessanterweise

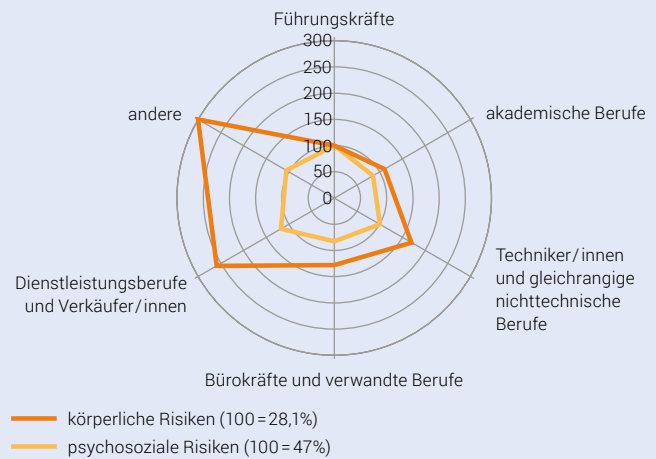
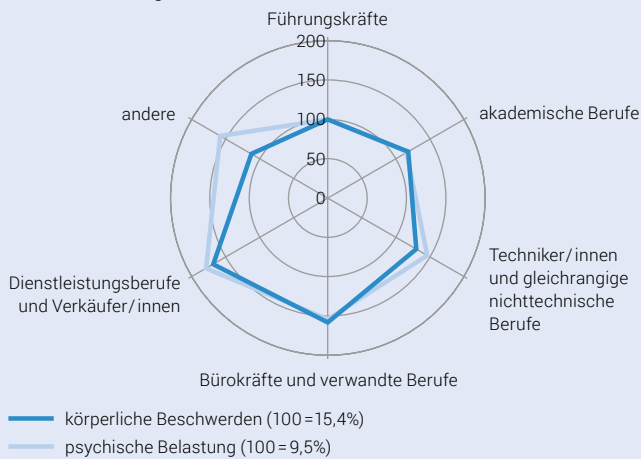
besteht zwischen den psychosozialen Risiken und dem Gesundheitszustand eine gewisse Diskrepanz. So sind beispielsweise kaufmännische Angestellte nur wenigen Risiken ausgesetzt (81), aber relativ häufig mit psychischer Belastung konfrontiert (154).

Nach Beschäftigungsbereich betrachtet lassen sich beim Gesundheitszustand keine grossen Unterschiede feststellen. Einzige Ausnahme ist das Gastgewerbe mit einem Indexwert von 160 bei der psychischen Belastung. Auch die psychosozialen Berufsrisiken sind in allen Bereichen in vergleichbarem Ausmass anzutreffen, während körperliche Risiken lediglich in der Landwirtschaft, in der Industrie und im Baugewerbe sowie im Gastgewerbe stark verbreitet sind.

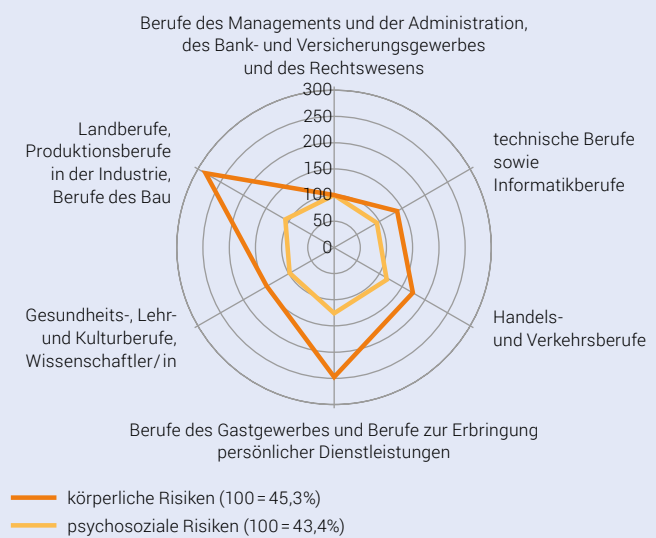
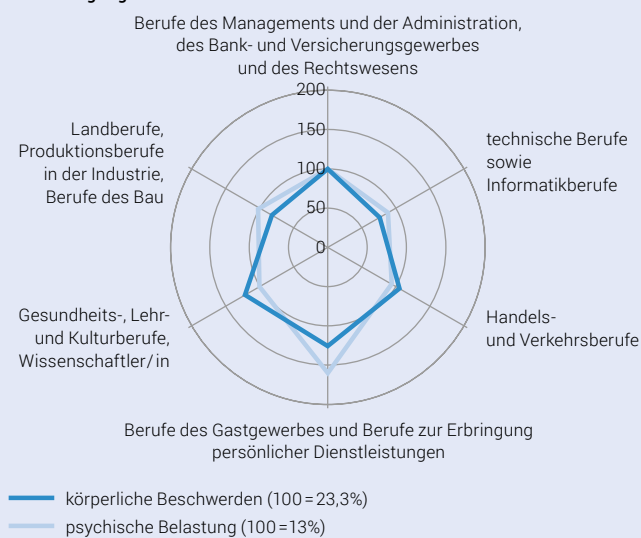
**Berufsrisiken und Gesundheitszustand nach beruflicher Stellung und Beschäftigungsbereich, Schweiz, 2017 (15- bis 64-jährige Erwerbstätige)**

G4.12

**Berufliche Stellung**



**Beschäftigungsbereich**



Stellung: n=11 025; Beschäftigungsbereich: n=10 766

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

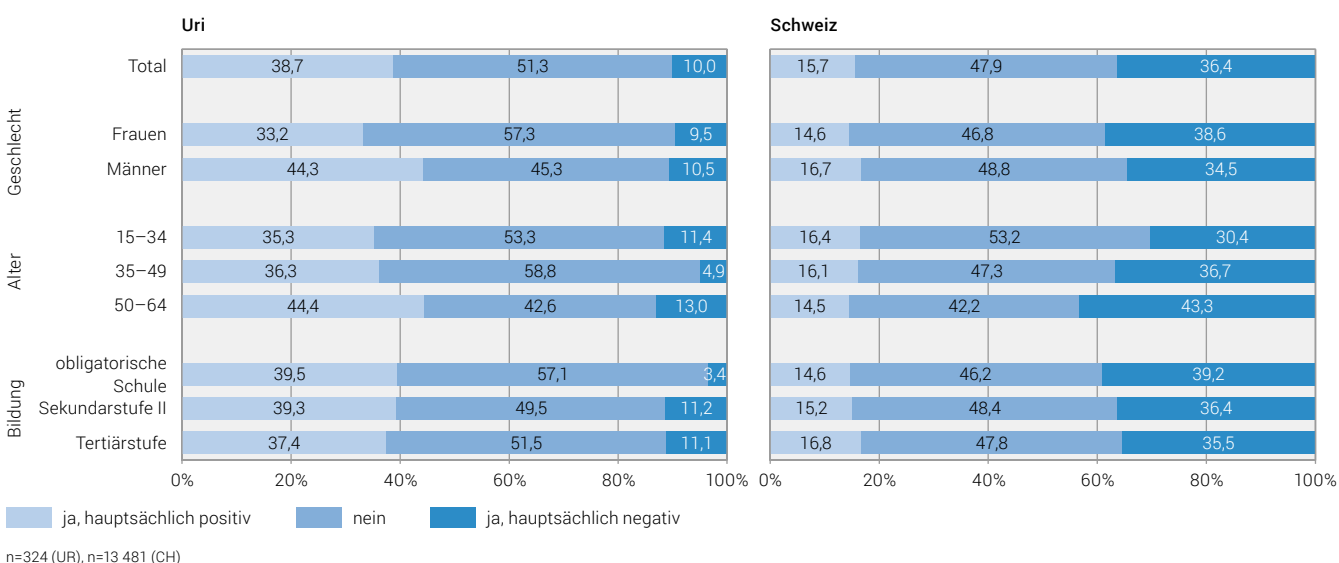
### 4.3.1 Auswirkungen der Arbeit auf die Gesundheit

Auf die Frage, ob und wie sich die Arbeit auf die Gesundheit auswirkt, geben 38,7% der Urnerinnen und Urner einen überwiegend positiven, 10,0% einen überwiegend negativen und 51,4% keinen Einfluss an (Grafik G 4.13). In der Gesamtschweiz werden die Auswirkungen der Arbeit auf die Gesundheit insgesamt signifikant negativer gesehen.

Im Kanton Uri nennen Frauen (33,2%) tendenziell seltener eine positive Auswirkung als Männer (44,3%). Auch negative Folgen werden von Frauen (9,5%) tendenziell seltener erwähnt als von Männern (10,5%), die Unterschiede sind jedoch nicht signifikant. In der Gesamtschweiz berichten Männer häufiger von negativen Auswirkungen (16,7%) und seltener von positiven Auswirkungen (34,5%) als Frauen (14,6% bzw. 38,6%). Auf Ebene Gesamtschweiz werden positive Auswirkungen mit dem Alter häufiger erwähnt. Nach Bildung zeigen sich weder auf Ebene Kanton noch Gesamtschweiz signifikante Unterschiede.

**Auswirkungen auf die Gesundheit, nach Geschlecht, Alter und Bildung, Kanton Uri und Schweiz, 2017**  
(15- bis 64-jährige Erwerbstätige)

**G4.13**

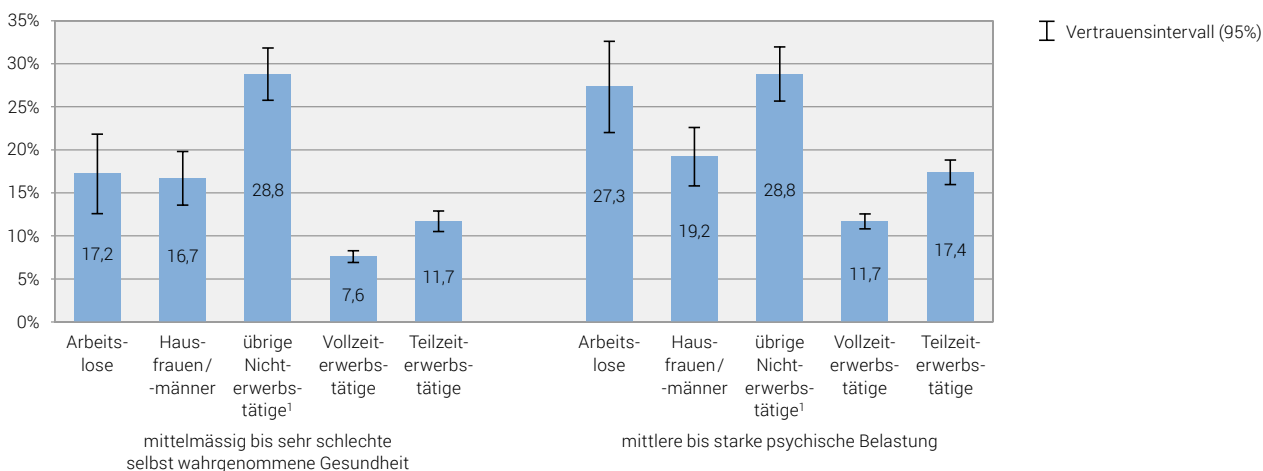


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

### Gesundheitszustand nach Erwerbsstatus, Schweiz, 2017 (15- bis 64-Jährige)

**G4.14**



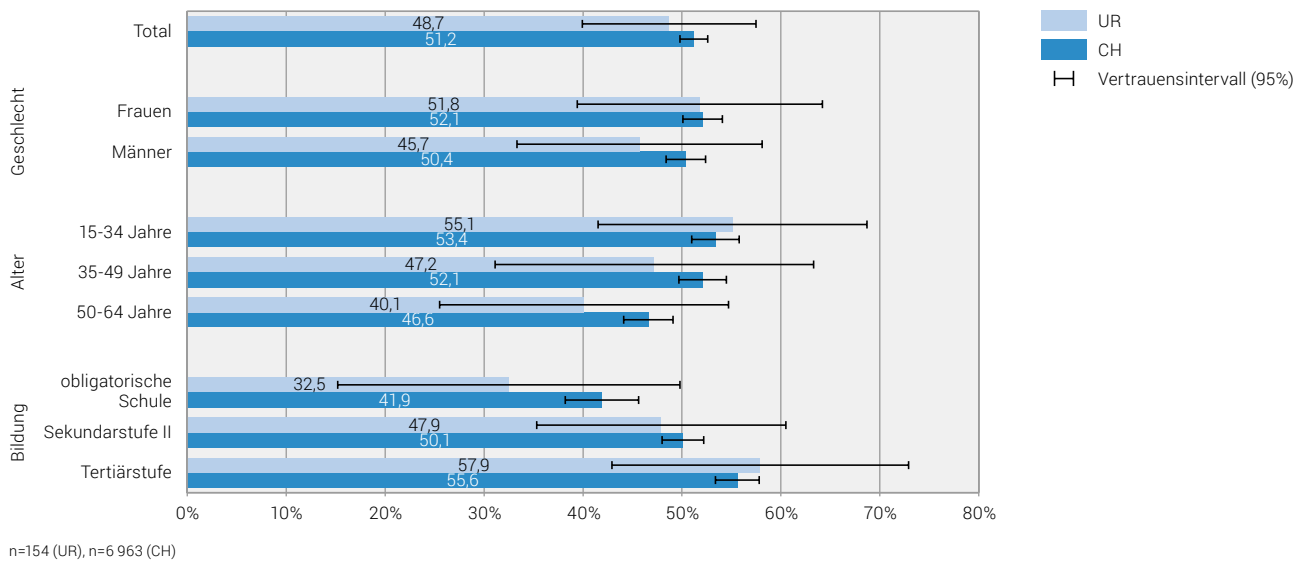
selbst wahrgenommene Gesundheit: n=14 292; psychische Belastung: n=10 681

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

## Gearbeitet obwohl krank, nach Geschlecht, Alter und Bildung, Kanton Uri und Schweiz, 2017 (15- bis 64-jährige Erwerbstätige, die krank waren)

G4.15



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

Zwischen 2012 und 2017 ist für den Kanton Uri eine signifikante Abnahme der positiven Auswirkungen um 13,2 Prozentpunkte und eine Zunahme der negativen Folgen um 1,2 Prozentpunkte (nicht signifikant) zu beobachten (Daten nicht dargestellt). In der Gesamtschweiz zeigt sich eine vergleichbare Entwicklung.

Wie diese Ergebnisse zeigen, kann Arbeit zwar mit Belastungen verbunden sein, Arbeit ist aber auch eine Ressource, welche einen positiven Effekt auf die Gesundheit haben kann. Unterschiedliche Studien zeigen, dass Arbeitslose und Nichterwerbstätige eine schlechtere Gesundheit aufweisen als Erwerbstätige (Kim & Lee, 2016; Kroll et al., 2016; McKee-Ryan et al., 2005; Meneton et al., 2017). Auswertungen mit der SGB bestätigen diese Ergebnisse. In der Grafik G 4.14 ist ersichtlich, dass Erwerbstätige (Vollzeit- oder Teilzeitarbeitende) ihre Gesundheit besser einschätzen und dass sie auch weniger mittel bis stark psychisch belastet sind als Nicht-Erwerbstätige.

### *Fast die Hälfte der Erwerbstätigen im Kanton Uri geht arbeiten obwohl sie krank ist*

In der SGB 2017 wurde zum ersten Mal erhoben, ob die Befragten in den letzten 12 Monaten vor der Befragung gearbeitet haben, obwohl sie krank waren.

Fast die Hälfte (48,7%) der Urner Erwerbstätigen, die in den 12 Monaten vor der Befragung krank waren, geben an, auch krank arbeiten gegangen zu sein (Grafik G 4.15). Das sind etwas weniger als der Schweizer Durchschnitt (51,2%), der Unterschied ist aber nicht signifikant. Im Kanton berichten 51,8% der Frauen und 45,7% der Männer von diesem Verhalten (nicht signifikanter Unterschied; auch auf Ebene Gesamtschweiz nicht). Auf Gesamtschweizer Ebene berichten jüngere Personen häufiger, krank

gearbeitet zu haben als ältere. Das Gleiche gilt für höher Ausgebildete: Bei Erwerbstätigen ohne nachobligatorische Schulbildung sind es 41,9%, bei denjenigen mit Tertiärstufe 55,6%. Im Kanton zeigen sich in der Tendenz die gleichen Zusammenhänge nach Alter und Bildung.

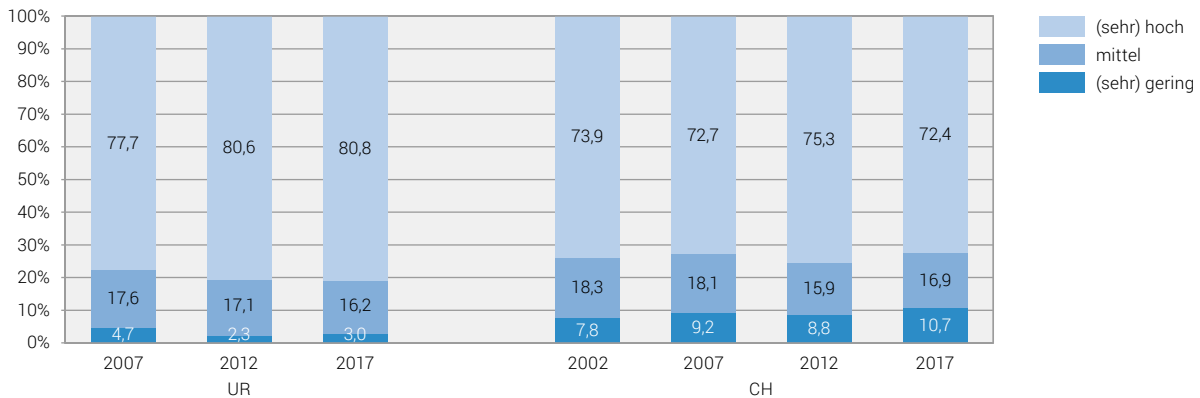
### 4.3.2 Zufriedenheit mit der Arbeitssituation

Erwerbsarbeit hat einen zentralen Stellenwert im Leben vieler Menschen, weshalb die Zufriedenheit mit der Arbeitssituation ein wichtiger Aspekt für die Gesundheit und die Lebensqualität darstellt. Im Jahr 2017 berichten über drei Viertel (80,9%) der Erwerbstätigen im Kanton Uri von einer (sehr) hohen, 17,1% von einer mittleren und 3,0% von einer (sehr) geringen Arbeitszufriedenheit (Grafik G 4.16). In der Gesamtschweiz liegt der Anteil mit einer (sehr) hohen Zufriedenheit (72,4%) signifikant tiefer, dafür ist der Anteil mit (sehr) geringer Zufriedenheit signifikant höher (10,7%) als im Kanton Uri.

#### *Abnahme der Arbeitszufriedenheit in der Gesamtschweiz*

Auf Gesamtschweizer Ebene schwankt das Niveau der Arbeitszufriedenheit von Erhebungsjahr zu Erhebungsjahr, generell ist aber in den letzten 15 Jahren eine Abnahme zu verzeichnen, die insbesondere darauf zurückzuführen ist, dass der Anteil mit (sehr) geringer Arbeitszufriedenheit um knapp drei Prozentpunkte (von 7,8% im Jahr 2002 auf 10,7% im Jahr 2017) zugenommen hat. Im Kanton Uri hingegen hat sich der Anteil von (sehr) unzufriedenen Personen von 4,7% im Jahr 2007 auf 3,0% im Jahr 2017 tendenziell verringert, der Unterschied ist jedoch nicht signifikant.

**Zufriedenheit mit der Arbeitssituation, Kanton Uri und Schweiz, 2002–2017 (15- bis 64-jährige Erwerbstätige) G4.16**



2002: n=7 953 (CH); 2007: n=171 (UR), n=7 529 (CH); 2012: n=273 (UR), n=10 629 (CH); 2017: n=271 (UR), n=11 372 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

**4.4 Zusammenfassung**

Im Kapitel 4 wurden potenziell gesundheitsgefährdende Einflüsse im Wohn- und Arbeitsumfeld aufgezeigt. Wenngleich die Mehrheit der Urner Bevölkerung (58,3%) sich im Wohnbereich nicht gestört fühlt, so berichten immerhin 41,7% von solchen Störungen, wobei Lärmstörungen (insbesondere durch Strassenverkehr) am häufigsten sind. Die Werte für den Kanton Uri unterscheiden sich dabei häufig von den Gesamtschweizer Werten: Störungen durch Lärm von Leuten oder Kindern, Mobilfunkantennen, Flugzeulärm, Industrieabgase sowie andere Störungen werden im Kanton Uri seltener, Lärm durch die Landwirtschaft sowie elektromagnetische Störungen dagegen häufiger erwähnt. An Beispielen der selbst eingeschätzten Gesundheit, Depressionssymptomen und Schlafstörungen konnte aufgezeigt werden, dass mehr Störungen im Wohnbereich mit einem schlechteren Gesundheitszustand einhergehen.

Bezüglich der Arbeitssituation zeigt sich, dass 94,5% aller Befragten von physischen und 85,5% von psychosozialen Belastungen bei der Arbeit berichten. Mehr als die Hälfte (58,8%) der Urner Erwerbstätigen sind drei oder mehr physischen Belastungen ausgesetzt (CH: 52,1%), und 36,5% drei oder mehr psychosozialen Belastungen (CH: 46,5%). Bei den physischen Belastungen zeigt sich beim Stehen ein signifikanter Unterschied zur Gesamtschweiz: Urner Erwerbstätige sind häufiger davon betroffen als der Schweizer Durchschnitt. Bei den psychosozialen Belastungen werden hohe Arbeitsanforderungen und hoher Zeitdruck von Urnerinnen weniger häufig genannt als von Schweizerinnen. Von körperlichen Risiken bei der Arbeit sind Personen mit tieferer Bildung deutlich häufiger betroffen, bei den psychosozialen Risiken ist dieser Zusammenhang weniger eindeutig. Mehrfachbelastungen durch drei oder mehr physische bzw. psychosoziale Arbeitsbelastungen sind zudem mit einem deutlich schlechteren Gesundheitszustand assoziiert.

Das Gefühl emotionaler Erschöpfung bei der Arbeit – ein Indikator für Burnout – wird von 12,8% der Erwerbstätigen im Kanton Uri zumindest teilweise bejaht (CH: 19,8%). Analysen nach Geschlecht, Alter und Bildung sowie der Vergleich mit der Gesamtschweiz zeigen keine signifikanten Unterschiede.

Generell weisen die Erwerbstätigen eine sehr hohe Arbeitszufriedenheit auf: Über drei Viertel der Befragten sind mit ihrer Arbeit (sehr) zufrieden. Dennoch berichten 3,0% im Kanton Uri von einer (sehr) geringen Arbeitszufriedenheit – dies liegt deutlich und signifikant unter dem Wert der Gesamtschweiz (10,7%). Auf Ebene Gesamtschweiz ist die Arbeitszufriedenheit seit 2002 gesunken, im Kanton Uri hat sie seit 2007 tendenziell leicht zugenommen.

# 5 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

## **Vorliegendes Kapitel untersucht die Inanspruchnahme anhand folgender Leistungen:**

- Konsultationen bei Ärztinnen und Ärzten (Hausarztpraxen, Facharztpraxen und Frauenarztpraxen)
- Präventionsmassnahmen: Vorsorgeuntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs sowie Grippeimpfungen
- Komplementärmedizinische Leistungen
- Spitalleistungen ambulant und stationär
- Unterstützung zu Hause (Spitex und informelle Hilfe)
- Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen

Die Ergebnisse der unterschiedlichen medizinischen Leistungen werden je separat präsentiert. Die gleichzeitige Inanspruchnahme verschiedener medizinischer Leistungen ist nicht Gegenstand der Analysen, es werden lediglich nachfrageseitige Aspekte von Gesundheitsdienstleistungen gezeigt. Die medizinische Angebotsstruktur im Kanton Uri wird nicht explizit behandelt, einige angebotsseitige Kennzahlen zur medizinischen Versorgung im Kanton wie die Ärztedichte oder die Spitalbettendichte sind jedoch im Unterkapitel 1.6 zu finden.

Gemäss der OECD gilt das schweizerische Gesundheitssystem als qualitativ hochwertig und bedarfsgerecht. Das flächendeckende medizinische Angebot sowie die Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachpersonen sind verglichen mit anderen OECD-Ländern überdurchschnittlich gut. Diese Leistung hat aber auch seinen Preis: Das Schweizer Gesundheitssystem gehört im Vergleich zu anderen OECD-Ländern zu den teuersten, was auch dazu führt, dass verglichen mit dem OECD-Durchschnitt häufiger auf medizinische Behandlungen verzichtet wird, weil diese zu teuer sind (OECD, 2017c; OECD/WHO, 2011).

Im vorliegenden Kapitel wird beschrieben, in welchem Umfang die Bevölkerung des Kantons Uri medizinische Leistungen in Anspruch nimmt. In der Fachliteratur gelten besonders Alter, Geschlecht, chronische Erkrankungen sowie der selbst wahrgenommene Gesundheitszustand als wichtige Determinanten der Inanspruchnahme. Frauen, ältere Menschen, chronisch Erkrankte sowie Personen, die ihren Gesundheitszustand als weniger gut einschätzen, nehmen Gesundheitsleistungen häufiger in Anspruch als Männer, jüngere Menschen, Gesunde oder Personen, die ihren Gesundheitszustand als gut einschätzen (Schleiniger & Blöchliger, 2012; Weaver, 2016). Zusätzlich gibt es auch immer mehr Untersuchungen, die einen signifikanten Einfluss des sozioökonomischen Status auf die Inanspruchnahme feststellen (Robert Koch Institut, 2017).

Die Daten zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen stammen, mit Ausnahme der Spitex-Daten und den Daten zur Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen, aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB). Die SGB erfasst die Inanspruchnahme verschiedener medizinischer Leistungen mehrheitlich innerhalb einer Periode von zwölf Monaten vor dem Befragungszeitpunkt.

### Verhaltensmodell von Andersen

Das «Verhaltensmodell von Andersen» ist ein häufig zitiertes theoretisches Erklärungsmodell der Inanspruchnahme und enthält ein breites Spektrum von Kategorien zur Subsumierung individueller und gesellschaftlicher Determinanten, die einen Einfluss auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistung haben können (vgl. G5.1). Die Einflussgrössen im Modell werden dabei in die drei Kategorien *predisposing factors*, *enabling factors* und *need factors* eingeteilt und beinhalten Faktoren auf individueller und kollektiv-kontextueller Ebene (Andersen, 1995; Babitsch et al., 2012).

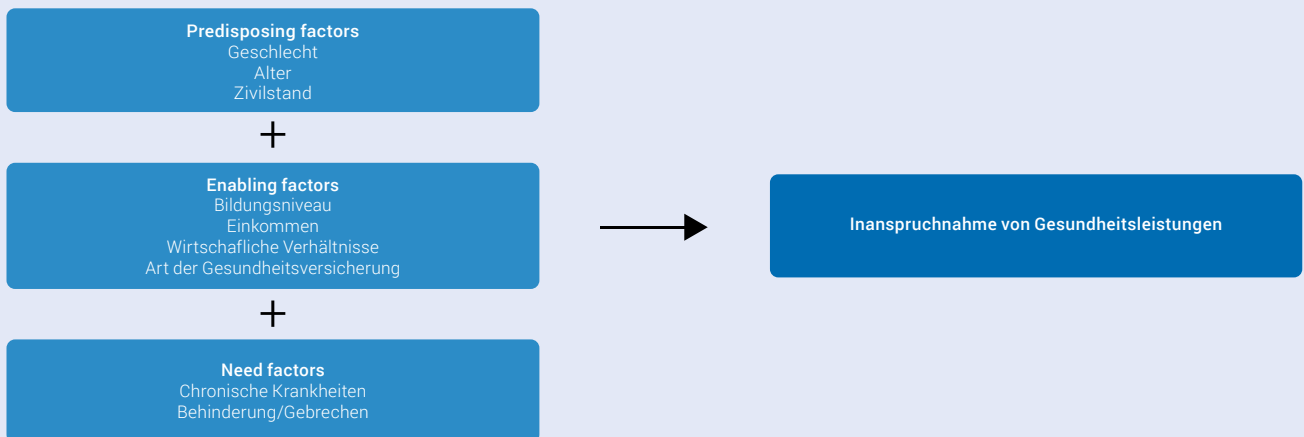
Gemäss Andersen wird unter den drei Faktoren Folgendes verstanden (Andersen, 1995; Babitsch et al., 2012):

- Unter *predisposing factors* werden individuelle und demografische Merkmale (z. B. Alter und Geschlecht), soziale Faktoren (z. B. Bildung, Beruf, Nationalität, Familienstand) sowie persönliche Überzeugungen in Bezug auf die Gesundheit (z. B. Einstellungen, Werte und Gesundheitswissen) verstanden. Dazu kommen kontextuelle Faktoren, welche die demografische und soziale Zusammensetzung der Gesellschaft, kollektive und kulturelle Werte sowie politische Perspektiven beinhalten.

- *Enabling factors* sind auf individueller Ebene finanzielle Faktoren (z. B. Bildung und Versicherungsstatus) sowie organisatorische Faktoren in Bezug auf die Gesundheitsversorgung (z. B. Vorhandensein einer Hausärztin bzw. eines Hausarztes). Auf kontextueller Ebene sind finanzielle Faktoren wie Wohlstand und Gesundheitsausgaben in der Gesellschaft sowie organisatorische Faktoren bezüglich Angebot und Struktur der Versorgung massgebend.
- Bei den *need factors* wird auf individueller Ebene gemäss Andersen zwischen dem von der betroffenen Person wahrgenommenen Bedarf (z. B. selbst wahrgenommener Gesundheitszustand, Krankheiten) und dem durch professionelle Einschätzung erlangten objektiven Bedarf nach medizinischen Leistungen unterschieden. Die kontextuelle Ebene betrifft alle Faktoren, die den Bedarf an medizinischen Leistungen durch Umwelteinflüsse begründen (z. B. berufs- und verkehrsbedingte Einwirkungen auf die Gesundheit) sowie Gesundheitsindikatoren zur Messung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung (z. B. Lebenserwartung).

### Verhaltensmodell der Inanspruchnahme nach Andersen

G5.1



Quelle: Andersen, 1995; zit. nach Kim & Lee, 2016

© Obsan 2020

## 5.1 Arztkonsultationen

Die SGB beinhaltet verschiedene Informationen zur Häufigkeit von Arztbesuchen. Sie ist zudem die einzige umfassende nationale Datenquelle in der Schweiz mit Angaben über jenen Bevölkerungsteil, der im Untersuchungszeitraum keine Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen hat. Demnach können auch Bevölkerungsgruppen analysiert werden, die in den zwölf Monaten vor der Befragung weder eine Hausarzt-, Allgemein- oder Spezialarztpraxis, noch ein Spital oder einen anderen Leistungserbringer aufgesucht haben. Im ersten Abschnitt von Unterkapitel 5.1 werden die Konsultationen in Hausarzt- und Allgemeinpraxen in den zwölf Monaten vor der Befragung genauer untersucht, im zweiten Abschnitt werden auch die Konsultationen in Spezial- und Frauenarztpraxen berücksichtigt.

### *Etwas mehr als jede dritte Person im Kanton Uri ohne Hausarztkonsultation in den zwölf Monaten vor der Befragung*

Als Grundversorgung zählen Hausärztinnen und Hausärzte sowie Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte.<sup>1</sup> Etwas mehr als jede dritte Person im Kanton Uri (35,0%) hat gemäss eigenen Angaben in den zwölf Monaten vor der Befragung keine Hausärztin und keinen Hausarzt aufgesucht (Grafik G5.2). Dieser Anteil ist signifikant höher als in der Schweiz (29,3%). 40,9% der Urnerinnen und Urner waren ein- bis zweimal in einer Hausarztpraxis. Die Mehrheit der Urner Bevölkerung (75,9%) verzeichnet demnach in einem Zeitintervall von zwölf Monaten keine oder nur wenige Hausarztkonsultationen. Knapp ein Viertel (24,0%) der kantonalen Bevölkerung

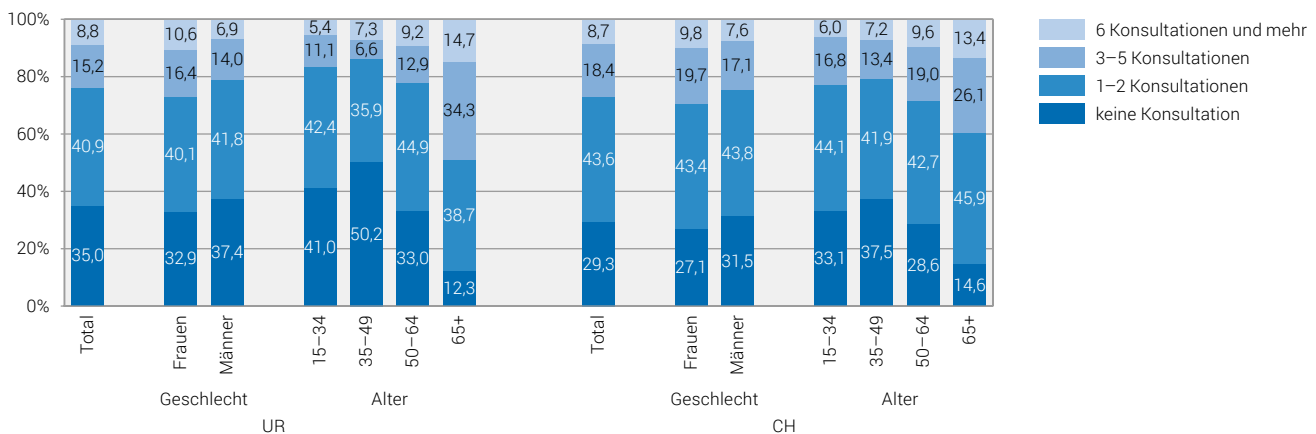
geht hingegen öfter als zweimal in die Hausarztpraxis: 15,2% der im Kanton Uri befragten Personen berichten über drei bis fünf und 8,8% über sechs oder mehr Hausarztkonsultationen. Es gilt zu berücksichtigen, dass im Kanton Uri sowohl für die Grundversorgung als auch für die spezialärztliche Versorgung die tiefste Ärztedichte der Schweiz zu verzeichnen ist (vgl. T 1.4), die wahrscheinlich einen wesentlichen Einfluss auf die Anzahl Arztkonsultationen hat.

Zwischen 2012 und 2017 hat der Anteil Urnerinnen und Urner ohne Hausarztkonsultationen von 40,0% auf 35,0% abgenommen, während die Anteile der Bevölkerung mit einem bis fünf Hausarztkonsultationen tendenziell zugenommen haben. Der Anteil der Urner Bevölkerung mit sechs oder mehr Arztbesuchen ist im gleichen Zeitraum von 10,5% auf 8,8% zurückgegangen. Die Unterschiede zwischen 2012 und 2017 sind statistisch jedoch nicht signifikant.

Urner Männer (37,4%) hatten 2017 häufiger nie eine Hausarztkonsultation als Urner Frauen (32,9%), wobei dieser Unterschied nicht signifikant ist. In der Schweiz berichten mit 27,1% gegenüber 31,5% signifikant weniger Frauen als Männer über keinen Arztbesuch. Auf dem Niveau der Schweiz sind ausserdem auch die Geschlechterunterschiede bei den Kategorien drei bis fünf sowie sechs und mehr Arztbesuche signifikant: 19,7% der Schweizerinnen besuchten in den zwölf Monaten vor der Befragung drei bis fünfmal und 9,8% sechsmal oder mehr eine Hausarztpraxis (Männer: 17,1% und 7,6%).

Erwartungsgemäss nimmt mit zunehmendem Alter die Häufigkeit von Hausarztkonsultationen zu. 14,7% der Urnerinnen und Urner ab 65 Jahren geben an, in den zwölf Monaten vor der Befragung sechsmal oder mehr eine Hausärztin bzw. einen Hausarzt konsultiert zu haben. Dieser Anteil beläuft sich bei den 15- bis 34-Jährigen auf 5,4%, bei den 35- bis 49-Jährigen auf 7,3% und

## Hausarztkonsultationen, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2017 (letzte 12 Monate)

**G5.2**


n=493 (UR), n=21 160 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

<sup>1</sup> In der SGB geben die befragten Personen an, ob sie in den zwölf Monaten vor der Befragung bei der persönlichen Hausärztin bzw. beim Hausarzt oder bei einer anderen Allgemeinpraktikerin bzw. einem Allgemeinpraktiker gewesen sind. Diese Bezeichnungen entsprechen jedoch nicht den offiziellen Facharzt-titeln, sondern sind eher im alltäglichen Sprachgebrauch üblich. Es ist folglich möglich, dass in der Gruppe der Grundversorgung auch Ärztinnen bzw. Ärzte mit einer Spezialisierung in anderen Fachgebieten enthalten sind (z. B. eine als Hausärztin tätige Ärztin, welche sich (nur) in Rheumatologie spezialisiert hat).



bei den 50- bis 64-Jährigen auf 9,2%. Umgekehrt ist der Anteil Personen, die im gleichen Zeitraum nie eine Hausärztin bzw. einen Hausarzt konsultiert haben, bei den 15- bis 34-Jährigen (41,0%) und 35- bis 49-Jährigen (50,3%) tendenziell höher als in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen (33,0%) und signifikant höher als in der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren (12,3%).

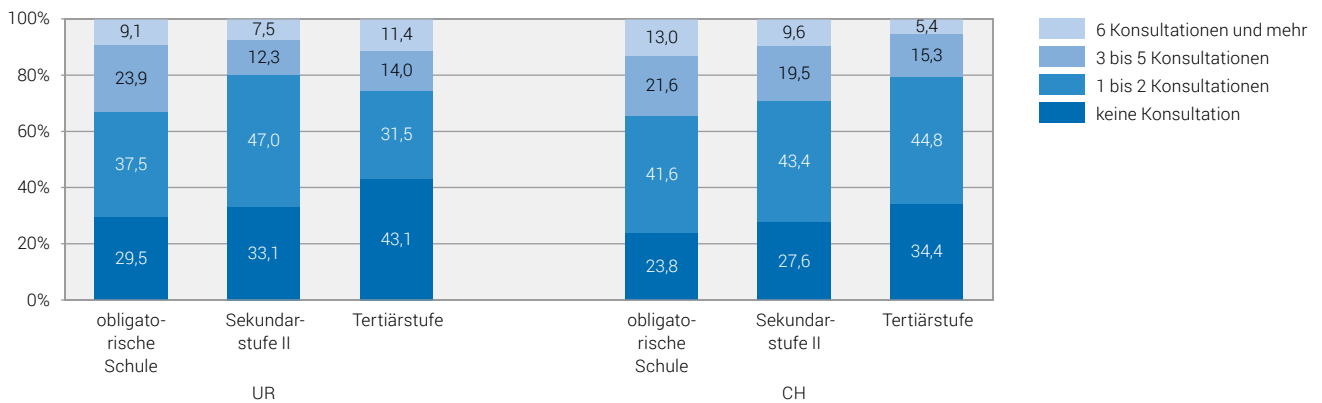
**Mehr Hausarztkonsultationen bei Personen mit niedrigerem Bildungsniveau**

Unterschiede in der Anzahl Hausarztkonsultationen sind in der Schweiz neben Geschlecht und Alter auch nach Bildungsniveau feststellbar (Grafik G 5.3). Personen ohne nachobligatorische Ausbildung haben öfter sechsmal oder noch häufiger eine Hausarztpraxis konsultiert (13,0%) als Personen mit einem Bildungsabschluss auf Sekundarstufe II (9,6%) oder auf Tertiärstufe (5,4%). Im Kanton Uri zeigt sich diese Tendenz nicht. Auf dem Niveau der

Gesamtschweiz haben Personen mit einem Bildungsabschluss auf Tertiärstufe signifikant weniger häufig zwischen drei- bis fünfmal eine Hausarztpraxis konsultiert (15,3%) als Personen mit einem Bildungsabschluss der Sekundarstufe II (19,5%) oder mit obligatorischer Schule (21,6%). Weitere signifikante Unterschiede gibt es in der Schweiz bei Personen mit keinen oder nur wenigen (ein bis zwei) Arztbesuchen: Personen mit einem Bildungsabschluss der obligatorischen Schule (23,8%) oder auf Sekundarstufe II (27,6%) haben signifikant seltener keine Hausarztkonsultation als Personen mit einem Bildungsabschluss auf Tertiärstufe (34,4%); und bei der Personengruppe mit ein bis zwei Arztbesuchen haben Personen mit einem Bildungsabschluss auf Tertiärstufe signifikant mehr Hausarztkonsultationen (34,4%) als Personen mit einem Bildungsabschluss der obligatorischen Schule (23,8%). Im Kanton Uri zeigt sich ein vergleichbarer signifikanter Unterschied für Personen mit ein bis zwei Hausarztkonsultationen zwischen dem höchsten Bildungsabschluss auf Tertiärstufe (31,5%) und Sekundarstufe II (47,0%).

**Hausarztkonsultationen, nach Bildung, Kanton Uri und Schweiz, 2017 (letzte 12 Monate)**

**G 5.3**



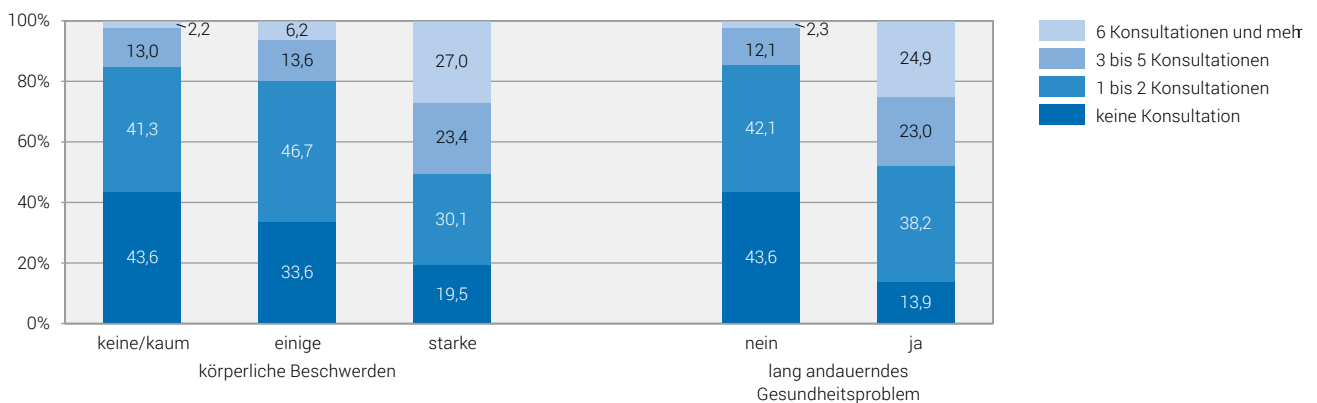
n=492 (UR), n=21 103 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

**Hausarztkonsultationen, nach körperlichen Beschwerden und lang andauerndem Gesundheitsproblem, Kanton Uri und Schweiz, 2017 (letzte 12 Monate)**

**G 5.4**



körperliche Beschwerden: n= 472; lang andauerndes Gesundheitsproblem: n=493

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

Die Häufigkeit von Hausarztkonsultationen hängt erwartungsgemäss stark vom Gesundheitszustand ab. Mit zunehmenden körperlichen Beschwerden oder anderen Gesundheitsproblemen nimmt der Anteil jener Personen zu, die häufig eine Hausarztpraxis konsultieren. Etwas mehr als die Hälfte (50,4%) aller Urnerinnen und Urner mit aktuell starken körperlichen Beschwerden (vgl. 2.4.1) berichten in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung von mindestens drei Hausarztkonsultationen (Grafik G5.4). Knapp die Hälfte der Personen (47,9%), die unter einem lang andauernden bzw. chronischen Gesundheitsproblem (vgl. 2.3.1) leiden, berichten von drei oder mehr Hausarztkonsultationen. Bei Personen im Kanton Uri ohne körperliche Beschwerden und ohne lang andauerndes Gesundheitsproblem liegen diese Anteile bei lediglich 15,2% bzw. 14,4%. Die Unterschiede zwischen den Merkmalsausprägungen «keine/kaum» und «starke» körperliche Beschwerden sowie dem Vorliegen eines lang andauernden Gesundheitsproblems sind für die beiden Kategorien «keine Konsultation» und «6 Arztkonsultationen oder mehr» im Kanton Uri signifikant. Auch die Inanspruchnahme von drei bis fünf Arztkonsultationen unterscheidet sich signifikant zwischen Urnerinnen und Urner mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem und jenen ohne ein solches Gesundheitsproblem.

Die Grafiken G5.2, G5.3 und G5.4 zeigen die Bedeutung sowohl der Gesundheitsdeterminanten (vgl. Kapitel 1.5) als auch des Gesundheitszustandes für die Häufigkeit einer oder mehrerer Hausarztkonsultationen. Weil die soziodemografischen Merkmale und der Gesundheitszustand stark korrelieren (vgl. Kapitel 2) ist es schwierig, nur anhand den dargestellten deskriptiven Analysen Kausalitäten abzuleiten. Daher wurden auf der Grundlage nationaler Daten multivariate Analysen durchgeführt, die sowohl soziodemografische Merkmale (Gesundheitsdeterminanten, vgl. Kapitel 1.5) als auch den körperlichen Gesundheitszustand berücksichtigen, um die Wahrscheinlichkeit von Hausarztkonsultationen zu erklären. Diese Analysen bestätigen zunächst den signifikanten Einfluss der körperlichen Gesundheit auf eine oder mehrere Konsultationen. Sie zeigen zudem, dass auch die soziodemografischen Merkmale die Wahrscheinlichkeit einer

oder mehrerer Konsultationen weiterhin (d.h. unter Kontrolle des Gesundheitszustandes) beeinflussen, allerdings weniger ausgeprägt. Insbesondere ist unter Kontrolle aller genannten Faktoren kein Unterschied mehr zwischen Frauen und Männern festzustellen, ob eine Hausarztpraxis aufgesucht wird oder nicht.

Die Grafik G5.5 zeigt die durchschnittliche Anzahl Arztkonsultationen in Hausarztpraxen in der Schweiz für alle Kantone, die im Rahmen der SGB 2017 ihre Stichprobe erhöht haben. Der Durchschnittswert ist jeweils auf der Basis aller Befragten berechnet; Personen ohne Arztkonsultation werden somit auch berücksichtigt. Mit durchschnittlich 2,2 Hausarztkonsultationen in den zwölf Monaten vor der Befragung liegt der Kanton Uri nahe beim Schweizer Durchschnitt (2,3). Zwischen den ausgewiesenen Kantonen variieren die Durchschnittswerte zwischen 2,0 und 2,8 Hausarztkonsultationen, die Unterschiede sind aber nicht signifikant. Die höchsten Werte zeigen die Kantone St.Gallen und Thurgau (2,8 bzw. 2,5 Konsultationen), die Kantone Waadt und Freiburg weisen die tiefsten Werte aus (je 2,0 Konsultationen).

### Verhältnismässig wenige Spezialarztkonsultationen im Kanton Uri

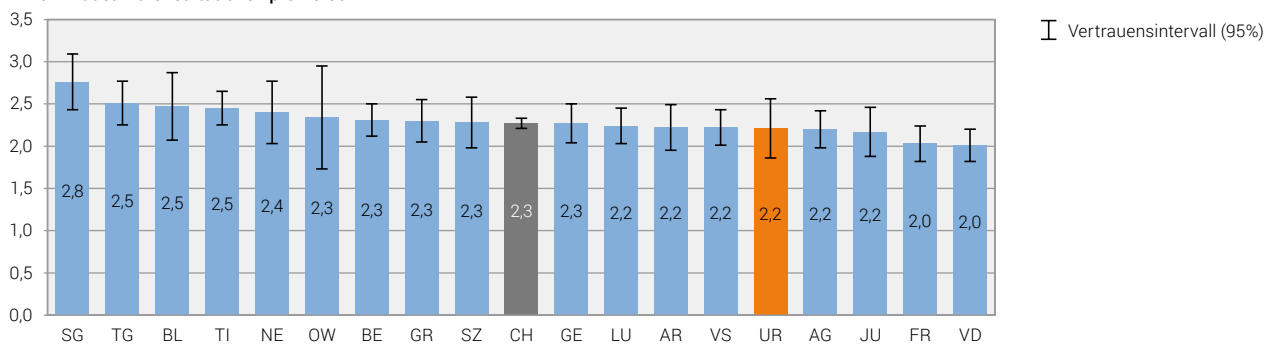
In diesem Abschnitt wird erstens die durchschnittliche Anzahl Arztkonsultationen von Spezialarztpraxen zwischen den Kantonen verglichen und zweitens wird die durchschnittliche Inanspruchnahme zwischen verschiedenen ärztlichen Facharztgruppen untersucht, die in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung in Anspruch genommen wurde. Unter Spezialärztinnen und Spezialärzten werden Ärztinnen und Ärzte verstanden, die auf einem anderen ärztlichen Fachgebiet spezialisiert sind als in der Grundversorgung und der Gynäkologie; Zahnärztinnen und Zahnärzte sind aber ausgeschlossen.<sup>2</sup>

In Grafik G5.6 wird die durchschnittliche Anzahl Konsultationen in Spezialarztpraxen für die gleichen Kantone wie in Grafik G5.5 dargestellt. Mit durchschnittlich 1,0 Spezialarztkonsultationen pro Person liegt der Kanton Uri signifikant unter dem Schweizer

## Mittlere Anzahl Hausarztkonsultationen, Schweiz und Kantone, 2017 (letzte 12 Monate)

G5.5

Anzahl Hausarztkonsultationen pro Person



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

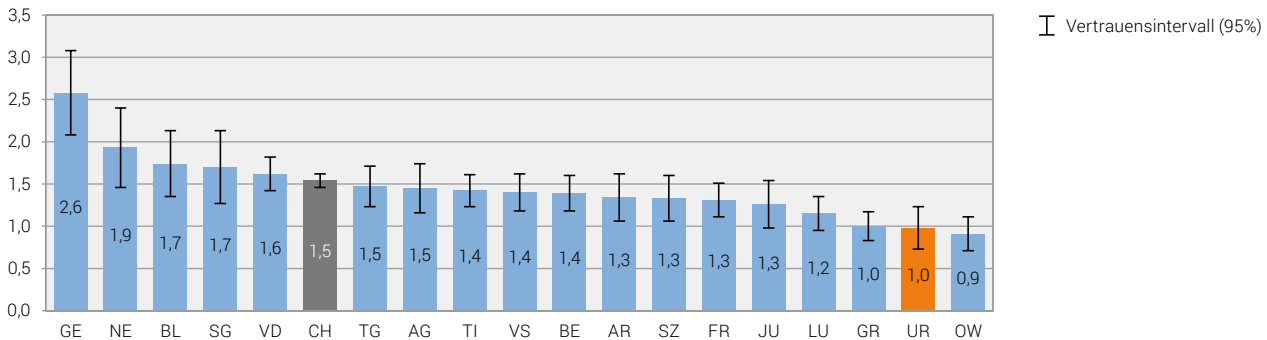
© Obsan 2020

<sup>2</sup> Im Kanton Uri sind die meisten Spezialärztinnen und Spezialärzte (inkl. Gynäkologie) im Kantonsspital Uri tätig.

## Mittlere Anzahl Spezialarztkonsultationen, Schweiz und Kantone, 2017 (letzte 12 Monate)

G5.6

Anzahl Spezialarztkonsultationen pro Person



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

Durchschnitt (1,5 Konsultationen) und hat damit den zweitniedrigsten Wert aller Kantone. Die Unterschiede zwischen den Kantonen sind ausgeprägter als bei den Hausarztkonsultationen. Die meisten Spezialarztkonsultationen weisen die Kantone Genf und Neuenburg (2,6 und 1,9 Konsultationen) aus, während Obwalden, Uri, Graubünden und Luzern (zwischen 0,9 und 1,2 Konsultationen) signifikant weniger Konsultationen aufweisen.

#### Weniger Frauenarztkonsultationen im Kanton Uri als im Schweizer Durchschnitt

Grafik G5.7 zeigt die mittlere Anzahl Arztkonsultationen nach Geschlecht und Facharztgruppe. Urnerinnen und Urner suchten in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung durchschnittlich 2,2-mal eine Hausarztpraxis auf, Spezialarztpraxen wurden durchschnittlich 1,0-mal konsultiert und Frauenarztpraxen 0,7-mal. In der Gesamtschweiz ist der Durchschnittswert von 2,3 Konsultationen in Hausarztpraxen praktisch gleich hoch wie im Kanton Uri, allerdings suchen Schweizerinnen und Schweizer mit durchschnittlich 1,5 Konsultationen häufiger eine Spezialarztpraxis auf. Auch die Frauenarztpraxen (1,1 Konsultationen) werden in der Gesamtschweiz häufiger konsultiert als im Kanton Uri.

Hausarztpraxen werden im Kanton Uri von Frauen tendenziell öfter konsultiert (2,5) als von Männern (1,9). Für die Gesamtschweiz ist der Unterschied zwischen Frauen (2,4 Konsultationen) und Männern (2,1 Konsultationen) signifikant. Bei den Spezialarztkonsultationen zeigen sich im Kanton Uri nur marginale Unterschiede zwischen Frauen (1,0) und Männern (0,9). In der Gesamtschweiz hingegen ist die Inanspruchnahme mit 1,7 Konsultationen bei Frauen signifikant höher als bei Männern (1,4 Konsultationen). Frauen benötigen auch Konsultationen in Frauenarztpraxen, wobei es sich oft um gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen oder um Konsultationen während der Schwangerschaft handelt.

Die mittlere Anzahl Arztbesuche nach Altersgruppen (Grafik G5.8) wird nur für die gesamte Schweiz kommentiert. Die Ergebnisse für den Kanton Uri sind für die Hausarztpraxen vergleichbar, aber aufgrund der kleineren Stichprobe mit statistischen Unsicherheiten behaftet. Es lässt sich aber gut erkennen, dass die

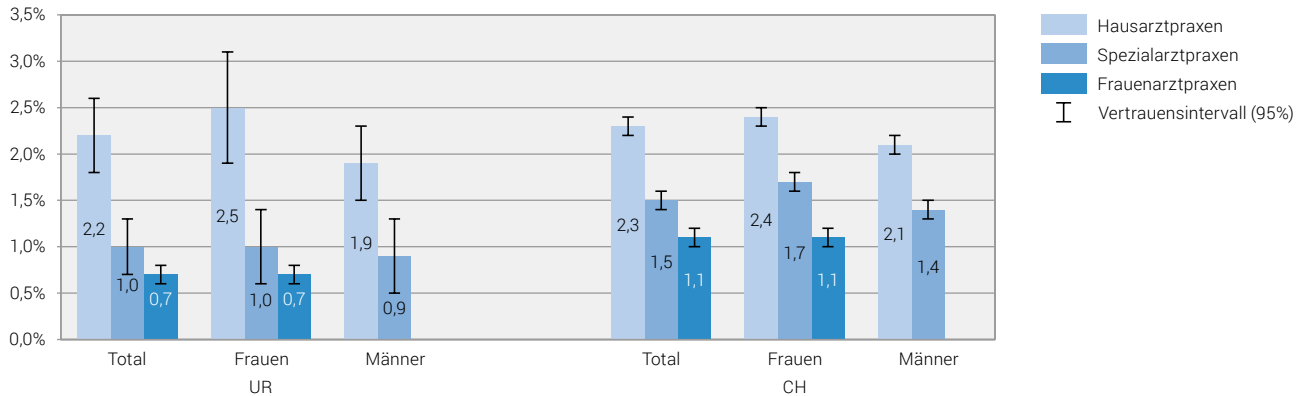
Hausarztkonsultationen mit höherem Alter zunehmen. So suchten Befragte in der Schweiz im Alter zwischen 15 und 49 Jahren in den zwölf Monaten vor der Befragung durchschnittlich rund zweimal eine Hausarztpraxis auf. Bei den 50- bis 64-jährigen Personen und bei Personen ab 65 Jahren steigt dieser Durchschnittswert auf 2,4 bzw. 3,1 Arztbesuche an.

Fast kein Verlaufsmuster ist hingegen bei den Spezialarztkonsultationen zu beobachten: Die durchschnittliche Anzahl steigt insgesamt nur leicht an (von 1,3 in der untersten auf 1,6 Konsultationen in der obersten Alterskategorie), tendenziell am meisten Konsultationen (1,8) sind in der Altersgruppe der 50- bis 64-jährigen Personen zu verzeichnen. Die Konsultationen in Frauenarztpraxen nehmen hingegen mit zunehmendem Alter deutlich ab. Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren suchen 1,2 bis 1,7-mal pro Jahr eine Frauenarztpraxis auf. Bei den 50- bis 64-jährigen Frauen und den Frauen ab 65 Jahren sinkt dieser Durchschnittswert auf 0,7 bzw. 0,4 Konsultationen pro Jahr.

#### Frauen in der Schweiz sind häufiger wegen eines psychischen Problems in Behandlung als Männer

Behandlungsstrukturen im Zusammenhang mit psychischen Beschwerden sind ein wesentlicher Bestandteil der medizinischen Versorgung. Die SGB beinhaltet eine Frage zur Inanspruchnahme von Behandlungen aufgrund eines psychischen Problems und eine Anschlussfrage, in welcher nach der Ausbildung der leistungserbringenden Fachperson gefragt wird (Psychiaterin/Psychiater, Psychologin/Psychologe, andere ärztliche oder nicht-ärztliche Fachperson). Die Ergebnisse bezüglich der Inanspruchnahme psychischer Behandlungen werden in Grafik G5.9 präsentiert.

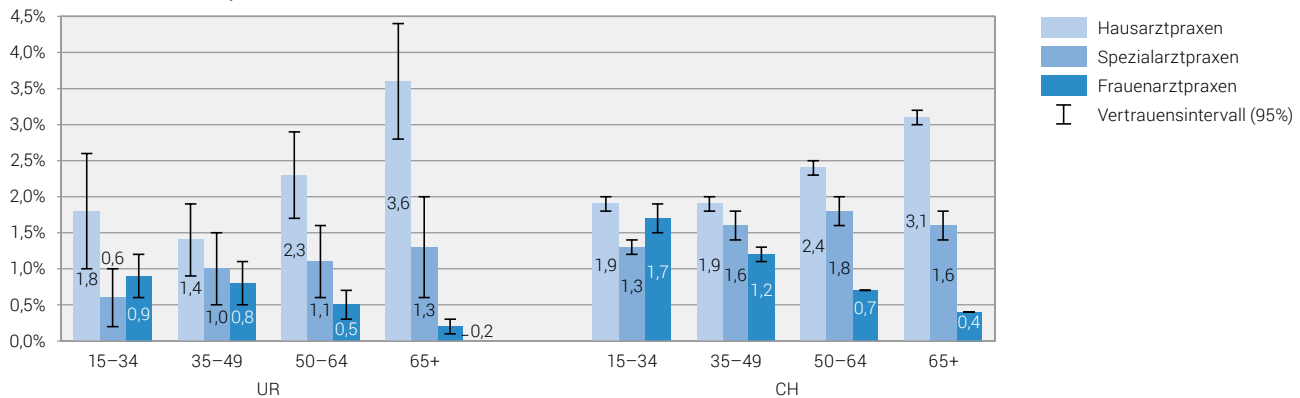
Im Vergleich zum Jahr 2012 ist die Anzahl der Behandlungen aufgrund eines psychischen Problems im Jahr 2017 etwas häufiger geworden: Im Kanton Uri stieg der Anteil Personen, die wegen eines psychischen Problems in den letzten 12 Monaten vor der Befragung in Behandlung waren, von 3,1% auf 4,4% und in der Gesamtschweiz von 5,4% auf 6,1%. Der Anstieg ist jedoch nur auf Ebene der Gesamtschweiz signifikant, und der Urner Anteil liegt im Jahr 2017 nicht mehr signifikant unter dem Schweizer Wert. In der Schweiz erfolgten 45,5% der Behandlungen von psychischen

**Mittlere Anzahl Arztkonsultationen, nach Geschlecht und Facharztgebiet, 2017 (letzte 12 Monate)****G5.7****Anzahl Arztkonsultationen pro Person**

Hausarztpraxen n=493 (UR), n=21 160 (CH); Spezialarztpraxen: 497 (UR), n=21 180 (CH); Frauenarztpraxen n=271 (UR), n=11 155 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

**Mittlere Anzahl Arztkonsultationen, nach Alter und Facharztgebiet, Kanton Uri und Schweiz, 2017 (letzte 12 Monate)****G5.8****Anzahl Arztkonsultationen pro Person**

Hausarztpraxen: n=493 (UR), n=21 160 (CH); Spezialarztpraxen: 497 (UR), n=21 180 (CH); Frauenarztpraxen: n=271 (UR), n=11 155 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

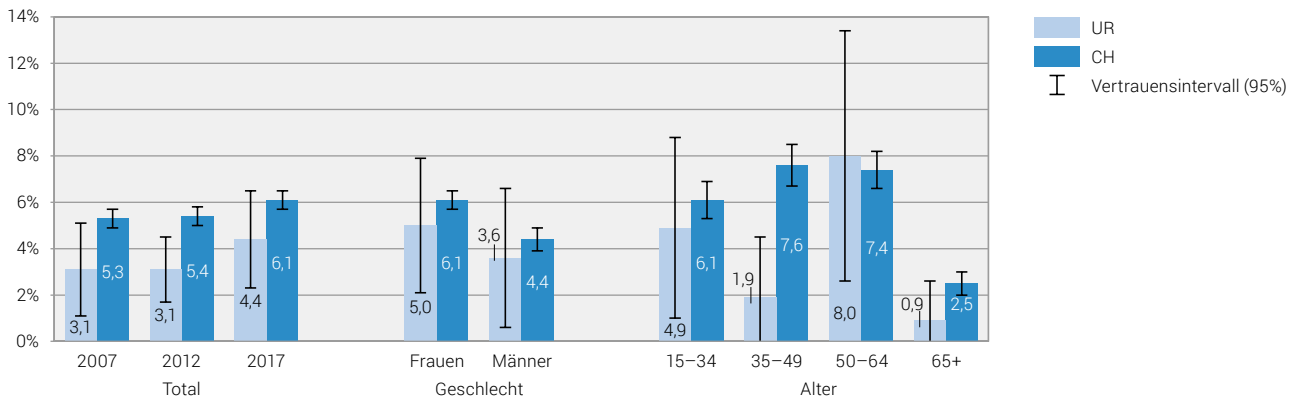
Problemen bei einer Psychiaterin bzw. einem Psychiater, 40,0% bei einer Psychologin bzw. einem Psychologen und 14,5% in anderen Arztpraxen sowie bei nicht-ärztlichen Therapeutinnen und Therapeuten (Daten nicht dargestellt). Aufgrund der geringen Fallzahlen kann für den Kanton Uri keine adäquate Beschreibung erfolgen.

Frauen (Uri 5,0%, Schweiz 6,1%) lassen sich öfter aufgrund psychischer Probleme behandeln als Männer (Uri 3,6%, Schweiz 4,4%), der Unterschied ist wiederum nur auf Ebene der Gesamtschweiz signifikant. Die Analyse nach Altersklassen zeigt für die Schweiz einen Verlauf, der erst zu- und dann wieder abnimmt, d. h. die 35- bis 64-jährigen Personen nehmen mit zwischen 7,4% und 7,6% am meisten psychische Behandlungen in Anspruch. Jüngere Personen zwischen 15 und 34 Jahren waren tendenziell etwas seltener in einer solchen Behandlung (6,1%), und Personen ab 65 Jahren berichten mit 2,5% deutlich weniger häufig von einer Behandlung aufgrund eines psychischen Problems gegenüber allen anderen

Altersgruppen. Die Frage, ob die Häufigkeit psychischer Erkrankungen im Alter tatsächlich abnimmt oder wie weit die persönliche Haltung gegenüber psychischen Krankheiten ein verzerrtes Antwortmuster begünstigt oder mit einem anderen Inanspruchnahmeverhalten zu tun hat, kann hier nicht beantwortet werden. Ein Vergleich mit Abschnitt 2.5.3 zeigt zumindest, dass ältere Personen in der Schweiz ebenfalls weniger oft über mittlere bis schwere depressive Symptome berichten wie jüngere Personen. Im Kanton Uri sind die Unterschiede zwischen den Altersgruppen nicht signifikant. Allerdings fällt der Anteil der 35- bis 49-Jährigen, die eine Behandlung aufgrund psychischer Probleme angeben (1,9%), deutlich niedriger aus als im Schweizer Durchschnitt (7,6%).

## Behandlung aufgrund psychischer Probleme, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2007–2017 (letzte 12 Monate)

G5.9



2007: n=463 (UR), n=18 745 (CH); 2012: n=500 (UR), n=20 867 (CH); n (2017)=498 (UR), n=21 207 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

## 5.2 Präventivmedizinische Leistungen

In diesem Unterkapitel wird die jährliche Häufigkeit der Inanspruchnahme von präventivmedizinischen Leistungen untersucht. Der erste Abschnitt präsentiert verschiedene Kontrolluntersuchungen betreffend Vermeidung bzw. Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Blutdruck, Cholesterin und Diabetes). Der zweite Abschnitt befasst sich mit Krebsvorsorgeuntersuchungen: Bei den Frauen sind dies die Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs sowie die Mammografie und bei den Männern ist es die Früherkennung von Prostatakrebs. Auf Darmkrebsvorsorgeuntersuchungen wird ebenfalls kurz eingegangen. Der letzte Abschnitt untersucht schliesslich, in welchem Ausmass sich die Bevölkerung im Kanton Uri gegen die Grippe impfen lässt.

### 5.2.1 Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen

In der SGB werden die teilnehmenden Personen gefragt, ob sie in den zwölf Monaten vor der Befragung ihren Blutdruck-, Cholesterin- oder Blutzuckerwert haben messen lassen. Blutdruck und Cholesterinwert werden insbesondere im Hinblick auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen kontrolliert, der Blutzuckerwert im Hinblick auf Diabetes.<sup>3</sup> Diabetes wiederum ist selber ein Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (The Emerging Risk Factors, 2010). Die Kontrolluntersuchungen dieser Risikofaktoren können entweder im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen bei gesunden Personen oder im Rahmen von medizinischen Behandlungen bei bereits erkrankten Personen erfolgen. Im vorliegenden Abschnitt werden diese zwei Arten von Kontrolluntersuchungen nicht unterschieden.

<sup>3</sup> In der SGB 2017 wurden bei den Fragen zu den drei Kontrolluntersuchungen im Gegensatz zu 2012 die Antwortkategorien vereinfacht bzw. zusammengefasst. Diese Änderung kann zu leichten Unterschieden im Antwortverhalten führen. Weil aber die Frage inhaltlich nicht geändert hat, sollten mögliche Verzerrungen minimal sein.

### Weniger Kontrolluntersuchungen im Kanton Uri als in der Schweiz

Die Untersuchung des Blutdrucks ist mit 74,8% die häufigste Kontrolluntersuchung, die in den zwölf Monaten vor der Befragung im Kanton Uri durchgeführt wurde (Tabelle T.5.1). Die Werte für Cholesterin und Blutzucker wurden hingegen mit 45,8% bzw. 52,4% weniger häufig überprüft. In der gesamten Schweiz wurden die Blutdruckkontrolluntersuchungen ähnlich oft durchgeführt (78,3%), während die Untersuchungen für Cholesterin (52,4%) und Blutzucker (58,4%) signifikant häufiger in Anspruch genommen wurden. Zwischen 2007 und 2017, zeigt sich für die Gesamtschweiz insgesamt eine signifikant zunehmende Inanspruchnahmerate dieser Kontrolluntersuchungen, der Zuwachs ist dabei primär auf den Unterschied zwischen 2012 und 2017 zurückzuführen. Für den Kanton Uri ist der Zuwachs nicht signifikant.

Bei allen drei Kontrolluntersuchungen lässt sich auf Ebene der Gesamtschweiz ein Geschlechterunterschied erkennen: Frauen lassen sich durchschnittlich häufiger kontrollieren als Männer. Diese Unterschiede sind für die Blutdruckmessung auch auf Ebene des Kantons signifikant. Das Alter spielt im Kanton Uri und in der Gesamtschweiz ebenfalls eine Rolle: Die Blutdruck- und Blutzuckermessung werden bei den 65-jährigen und älteren Personen deutlich öfter vorgenommen als bei den 15- bis 49-jährigen Personen, und die Cholesterinmessung wird in der ältesten Altersgruppe mehr als doppelt so häufig vorgenommen wie in der jüngsten Altersgruppe.

Weniger akzentuiert, aber dennoch auffällig sind die Unterschiede zwischen den drei Bildungsniveaus. Je höher die Bildung der befragten Personen ist, umso weniger häufig werden Kontrolluntersuchungen durchgeführt. Die Unterschiede sind allerdings nur auf Ebene Gesamtschweiz für Cholesterinmessungen und Blutzuckermessungen durchwegs signifikant. Im Kanton Uri sind die Bildungsunterschiede nicht signifikant.

Wie eingangs erwähnt, werden in der SGB die Fragen zu den Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowohl gesunden wie auch erkrankten Personen gestellt.

## Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, nach Geschlecht, Alter und Bildung, Kanton Uri und Schweiz, 2007–2017 (letzte 12 Monate, Anteil in %)

T 5.1

		Blutdruck		Cholesterin		Blutzucker	
		UR	CH	UR	CH	UR	CH
<b>Total</b>	<b>2007</b>	<b>68,8</b>	<b>75,8</b>	<b>37,6</b>	<b>46,1</b>	<b>45,3</b>	<b>50,9</b>
	<b>2012</b>	<b>66,1</b>	<b>74,9</b>	<b>35,8</b>	<b>44,5</b>	<b>42,8</b>	<b>49,1</b>
	<b>2017</b>	<b>74,8</b>	<b>78,3</b>	<b>45,8</b>	<b>52,4</b>	<b>52,4</b>	<b>58,4</b>
<b>Geschlecht</b>	Frauen	81,8	83,2	46,3	53,8	56,2	61,1
	Männer	66,7	73,3	45,2	51,0	48,0	55,7
<b>Alter</b>	15–34 Jahre	66,3	71,0	29,3	36,7	37,5	46,0
	35–49 Jahre	63,4	70,3	32,8	42,0	40,1	47,9
	50–64 Jahre	80,3	82,4	49,0	58,8	57,4	62,7
	65+ Jahre	90,4	93,0	71,0	75,6	76,1	81,3
<b>Bildung</b>	obligatorische Schule	76,2	80,3	56,2	58,7	65,0	63,5
	Sekundarstufe II	76,8	79,7	41,4	53,9	48,3	60,2
	Tertiärstufe	69,4	75,4	46,0	47,2	49,8	53,3

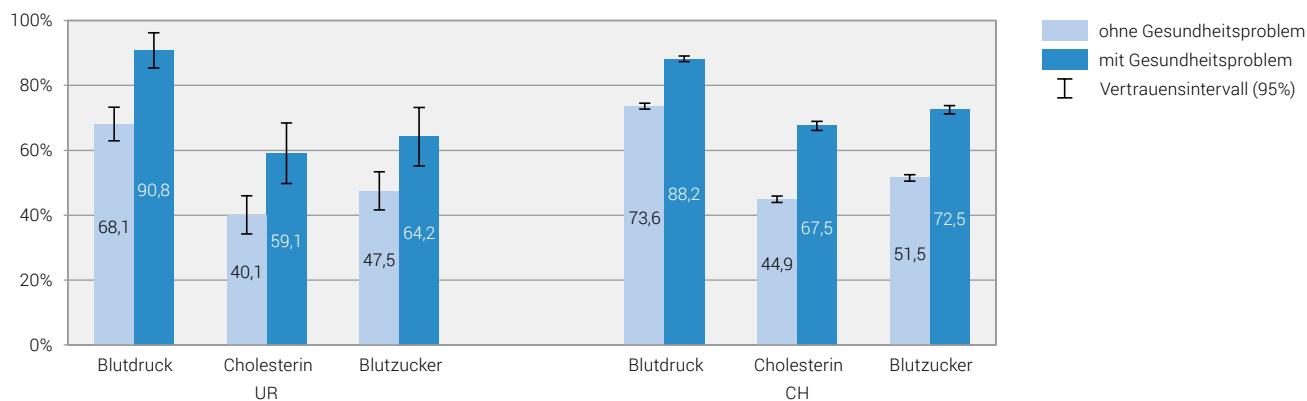
Anmerkung: Die Fragestellung zu diesen drei Indikatoren hat zwischen 2012 und 2017 leicht geändert. Die Zahlen sind im Zeitverlauf deshalb nicht 1:1 vergleichbar.  
2017: Blutdruck n=483 (UR), n=20 715 (CH); Cholesterin n=409 (UR), n=18 728 (CH); Blutzucker n=431 (UR), n=18 829 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

## Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, nach lang andauerndem Gesundheitsproblem, Kanton Uri und Schweiz, 2017 (letzte 12 Monate)

G 5.10



2017: Blutdruck n=483 (UR), n=20 715 (CH); Cholesterin n=409 (UR), n=18 728 (CH); Blutzucker n=431 (UR), n=18 829 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

Grafik G 5.10 zeigt, dass eine vorliegende Erkrankung massgeblich mit der Häufigkeit der Durchführung solcher Kontrolluntersuchungen zusammenhängt. So berichten Personen im Kanton Uri und in der Schweiz mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem (vgl. 2.3.1) signifikant häufiger über alle drei Arten von Kontrolluntersuchungen als Personen ohne solche Probleme. Bei der Messung des Blutdrucks beträgt der Unterschied im Kanton Uri 22,7 Prozentpunkte, bei der Messung des Cholesterinwerts 19,0 Prozentpunkte und bei der Messung des Blutzuckers 16,7 Prozentpunkte. Die Ergebnisse auf Ebene der Gesamtschweiz sind insgesamt mit den Resultaten des Kantons Uri vergleichbar.

### 5.2.2 Krebsvorsorgeuntersuchungen

Untersuchungen zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs und von Brustkrebs (Mammografien) gehören zu den häufig durchgeführten Krebsvorsorgeuntersuchungen bei Frauen. Bei Männern wird ab einem bestimmten Alter die Untersuchung zur Früherkennung von Prostatakrebs empfohlen. Die SGB erfasst die Häufigkeit dieser Krebsvorsorgeuntersuchungen, welche Frauen ab 20 Jahren und Männer ab 40 Jahren in den zwölf Monaten vor der Befragung durchführen liessen (Tabelle T 5.2).

## Krebsvorsorgeuntersuchungen, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2007–2017 (letzte 12 Monate, Anteil in %)

T 5.2

		Gebärmutterhalskrebs		Mammografie (Brustkrebs)		Prostatakrebs	
		UR	CH	UR	CH	UR	CH
<b>Total</b>	<b>2007</b>	<b>35,1</b>	<b>42,7</b>	<b>9,8</b>	<b>13,1</b>	<b>16,6</b>	<b>25,6</b>
	<b>2012</b>	<b>31,9</b>	<b>42,1</b>	<b>4,9</b>	<b>14,1</b>	<b>13,7</b>	<b>25,1</b>
	<b>2017</b>	<b>35,9</b>	<b>43,6</b>	<b>8,8</b>	<b>14,4</b>	<b>16,9</b>	<b>23,7</b>
<b>Frauen</b>	20–49 Jahre	43,7	53,1	3,0	6,0	–	–
	50+ Jahre	28,9	33,9	13,9	23,1	–	–
<b>Männer</b>	40–49 Jahre	–	–	–	–	3,7	6,5
	50+ Jahre	–	–	–	–	19,5	30,4

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

### Weniger Mammografien im Kanton Uri als in der Gesamtschweiz

43,6% aller Schweizerinnen liessen in den zwölf Monaten vor der Befragung eine Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs durchführen. Der Anteil für Urner Frauen liegt mit 35,9% signifikant unter dem Schweizer Durchschnitt. Zwischen dem 20. und 49. Altersjahr lässt sich über die Hälfte aller Schweizerinnen untersuchen (Uri 43,7%), und bei den Frauen ab 50 Jahren reduziert sich dieser Anteil bei den Schweizerinnen ab 50 Jahren auf 33,9% bzw. auf 28,9% im Kanton Uri. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit den Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG), wonach jüngere Frauen häufiger (alle drei Jahre) als ältere Frauen eine Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs durchführen sollten.<sup>4</sup>

Mammografien hingegen werden bei Frauen ab 50 Jahren deutlich häufiger durchgeführt als bei Frauen zwischen 20 und 49 Jahren. 23,1% aller Schweizerinnen ab 50 Jahren berichten von einer Mammografie in den zwölf Monaten vor der Befragung, während dieser Anteil bei den Urnerinnen mit 13,9% signifikant tiefer liegt.

Bei den jüngeren Frauen zwischen 20 und 49 Jahren liessen in Uri 3,0% und in der Gesamtschweiz 6,0% eine Mammografie durchführen.

Knapp ein Viertel (23,7%) der Schweizer Männer unterzog sich in den zwölf Monaten vor der Befragung einer Prostatakrebsvorsorgeuntersuchung. Dieser Anteil liegt für Urner mit 16,9% tiefer, der Unterschied zur Gesamtschweiz ist aber nicht signifikant. Sowohl im Kanton Uri als auch in der gesamten Schweiz lassen sich Männer ab 50 Jahren signifikant häufiger untersuchen als Männer zwischen 40 und 49 Jahren.

Zwischen 2007 und 2017 hat die Inanspruchnahme bei allen drei dargestellten Krebsvorsorgeuntersuchungen tendenziell leicht zugenommen – mit Ausnahme der Mammografieuntersuchungen in Uri und den Prostatauntersuchungen in der Gesamtschweiz – die Zunahme ist aber jeweils weder im Kanton Uri noch in der Gesamtschweiz signifikant.

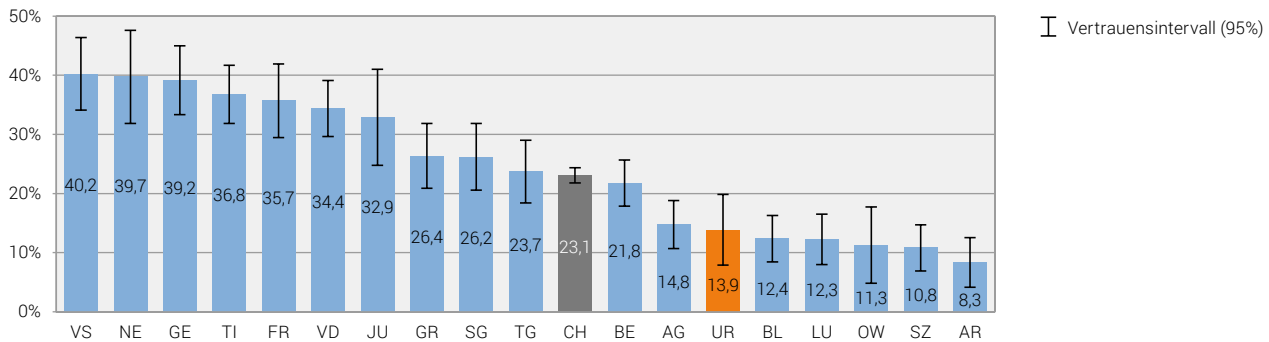
Unterschiedliche Inanspruchnahmeraten zwischen den Bildungsniveaus werden für den Kanton Uri aufgrund der kleinen Stichprobe und den damit verbundenen statistischen Unsicherheiten nicht präsentiert. Auf Ebene der gesamten Schweiz lassen sich jedoch gewisse Muster erkennen (vgl. Anhang TA5.3). Beim Gebärmutterhalskrebs zeigt sich ein deutlicher Bildungsgradient: Fast die Hälfte (49,8%) aller Frauen mit Tertiärsabschluss haben eine entsprechende Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen, das sind signifikant mehr als Frauen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II (43,5%) oder ohne nachobligatorischen Schulabschluss (31,7%). Ein umgekehrter Effekt zeigt sich bei der Mammografie: Frauen ohne nachobligatorischen Schulabschluss berichten häufiger von einer Mammografie (16,4%) als Frauen mit Tertiärsabschluss (12,9%). Der Unterschied zur Sekundarstufe II ist nicht signifikant. Bei der Früherkennung von Prostatakrebs bei Männern ab 40 Jahren sind bezüglich Bildung keine signifikanten Unterschiede zu erkennen.

### Mammografien sind häufiger in Kantonen mit etablierten Mammografie-Programmen

Unterschiede zwischen den Kantonen sind insbesondere bei der Häufigkeit von Brustkrebsvorsorgeuntersuchungen (Mammografien) festzustellen. Wie schon erwähnt, liessen 13,9% aller Urnerinnen und 23,1% aller Schweizerinnen ab 50 Jahren in den zwölf Monaten vor der Befragung eine Mammografie durchführen (Grafik G5.11). Weitaus höhere Anteile sind in Kantonen der lateinischen Schweiz zu verzeichnen. Die Kantone Wallis, Neuenburg, Genf und Tessin liegen mit Anteilen zwischen 36,8% und 40,2% signifikant über dem Schweizer Durchschnitt. Am unteren Ende sind die Kantone Appenzell Ausserrhoden, Schwyz und Obwalden zu finden, die mit Anteilen zwischen 8,3% bis 11,3% signifikant unter dem Durchschnitt der Schweiz liegen. Höhere Anteile liegen vor allem in Kantonen vor, die seit mehreren Jahren ein flächendeckendes Mammografie-Programm eingeführt haben. Im Kanton Uri wurde bis anhin auf ein solches Programm verzichtet.<sup>5</sup>

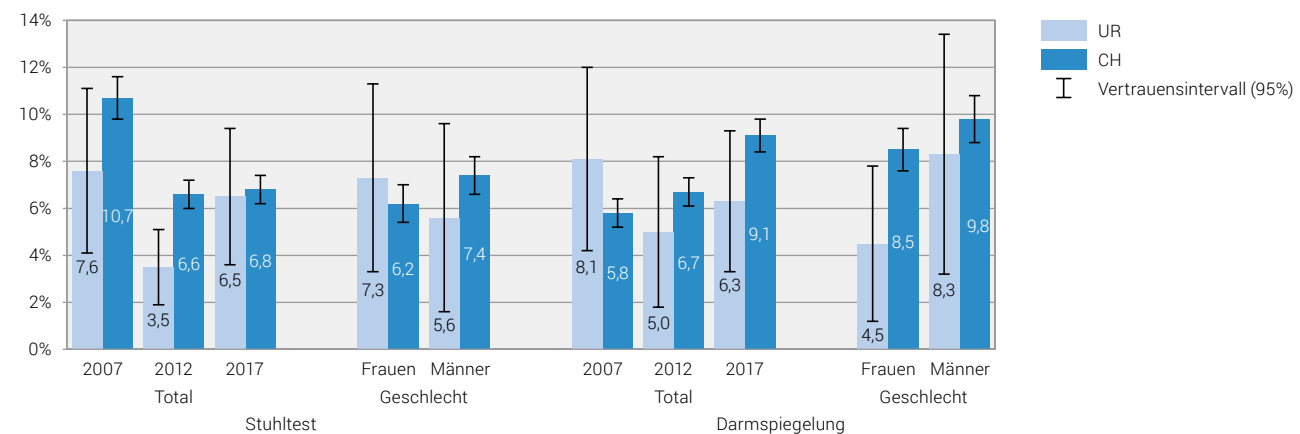
<sup>4</sup> [www.sggh.ch](http://www.sggh.ch) → Fachthemen → Expertenbriefe → Expertenbrief Nr. 50  
Empfehlungen für die Gebärmutterhalskrebsvorsorge (Zugriff am 20.05.2019)

<sup>5</sup> [www.swisscancerscreening.ch/angebote-in-ihrem-kanton](http://www.swisscancerscreening.ch/angebote-in-ihrem-kanton)  
(Zugriff am 20.05.2019)

**Mammografie, Frauen ab 50 Jahren, Schweiz und Kantone, 2017 (letzte 12 Monate)****G5.11**

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

**Darmkrebsvorsorge, nach Geschlecht, Personen ab 50 Jahren, Kanton Uri und Schweiz, 2007–2017 (letzte 12 Monate, Anteil in %)****G5.12**

Stuhltest: n=261 (UR), n=10 360 (CH); Darmspiegelung: n=264 (UR), n=10 499 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Darmkrebs werden Personen ab 50 Jahren empfohlen.<sup>6</sup> Dabei gibt es mit Stuhltests und Darmspiegelungen zwei verschiedene Methoden (Grafik G5.12). Während im Jahr 2007 7,6% der über 50-jährigen Urner Bevölkerung einen Stuhltest durchführen liessen, ist dieser Anteil 2017 auf 6,5% gesunken, der Unterschied ist aber nicht signifikant. In der Schweiz ist im gleichen Zeitraum eine signifikante Abnahme von 10,7% auf 6,8% festzustellen. Während im Kanton Uri tendenziell mehr Frauen (7,3%) als Männer (5,6%) einen solchen Test machen, ist der Anteil in der Gesamtschweiz bei den Männern mit 7,4% tendenziell leicht höher als bei den Frauen mit 6,2%. Eine Darmspiegelung in den zwölf Monaten vor der Befragung wurde im Jahr 2007 von 8,1% und im Jahr 2017 von 6,3% der Urnerinnen und Urner genannt (Unterschied nicht signifikant). In der Gesamtschweiz hat in dieser Zeit der Anteil von 5,8% auf 9,1% signifikant zugenommen. Zwischen den Geschlechtern zeigen sich sowohl beim Kanton Uri als

auch in der Gesamtschweiz leicht höhere Anteile für Männer, die Unterschiede sind aber nicht signifikant. Aufgrund der kleinen Stichprobe im Kanton Uri kann keine eindeutige Aussage über die Veränderung der Inanspruchnahme im Zusammenhang mit dem Darmkrebsvorsorgeprogramm gemacht werden.<sup>7</sup>

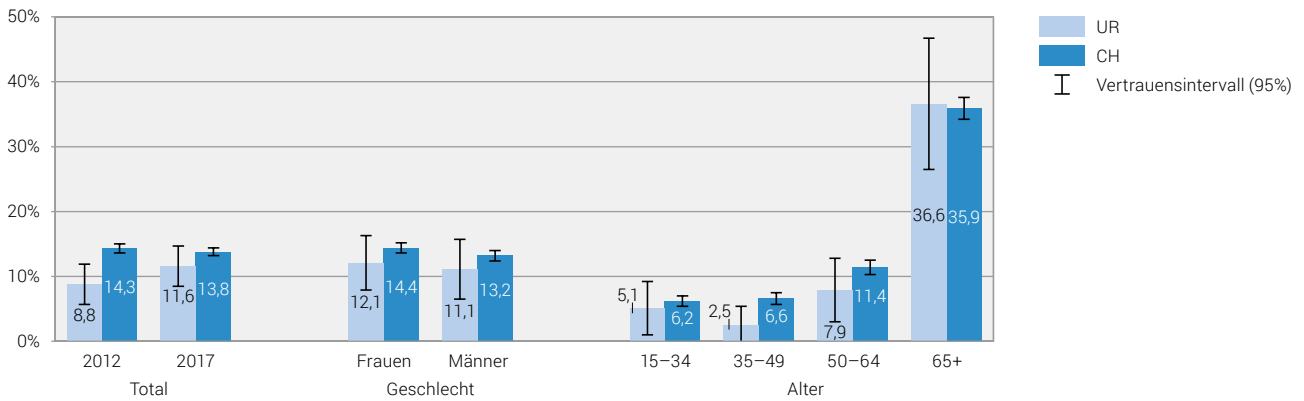
**5.2.3 Grippeimpfungen**

In den zwölf Monaten vor der Befragung haben sich im Kanton Uri 11,6% der befragten Personen gegen die saisonale Grippe impfen lassen, dabei ist der Anteil bei den Frauen (12,1%) ähnlich hoch wie bei den Männern (11,1%) (Grafik G5.13). Im Vergleich zur Gesamtschweiz (13,8%) sind die Grippe-Impfraten im Kanton Uri etwas tiefer, die Unterschiede sind aber weder für die Frauen noch für die Männer signifikant. Zwischen 2012 und 2017 ist die Impfrate im Kanton Uri tendenziell gestiegen und in der Gesamtschweiz

<sup>6</sup> [www.krebsliga.ch](http://www.krebsliga.ch) → Krebs vorbeugen → Krebs früh erkennen und vorbeugen → Darmkrebs (Zugriff am 03.09.2019)

<sup>7</sup> [www.ur.ch](http://www.ur.ch) → Verwaltung → Dienste A-Z → Darmkrebs-Vorsorgeprogramm Uri (Zugriff 17.05.2019)



**Grippeimpfung, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2012 und 2017 (letzte 12 Monate)****G5.13**

n=434 (UR), n=18 750 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

minimal gesunken, die Unterschiede sind jedoch nicht signifikant. Deutlichere Unterschiede sind hingegen zwischen Personen ab 65 Jahren und den Jüngeren zu erkennen. Die Grippe-Impfrate im Kanton Uri beläuft sich bei den 65-Jährigen und Älteren auf 36,6% und ist damit signifikant höher als bei den 15- bis 64-jährigen Personen, von denen sich nur zwischen 5,1% und 7,9% impfen lassen. Demnach befolgen im Kanton Uri mehr als ein Drittel der Personen ab 65 Jahren die Empfehlungen des BAG, sich ab diesem Alter gegen die saisonale Grippe impfen zu lassen.

Eine hier nicht präsentierte Analyse zeigt, dass sich vor allem Personen, welche ihren Gesundheitszustand als mittelmässig bis sehr schlecht einschätzen, gegen die saisonale Grippe impfen lassen. Der Kanton Uri weist diesbezüglich einen Anteil von 40,2% aus. Bei Personen mit einem guten bis sehr guten Gesundheitszustand lassen sich hingegen nur 7,8% impfen. Aufgrund der tiefen Fallzahlen sollten diese Zahlen mit Vorsicht interpretiert werden. In der gesamten Schweiz sind die Unterschiede mit 27,0% (mittelmässige bis sehr schlechte Gesundheit) bzw. mit 11,9% (gute bis sehr gute Gesundheit) etwas weniger ausgeprägt als im Kanton Uri.

### 5.3 Komplementärmedizinische Leistungen

Am 17. Mai 2009 wurde in einer Volksabstimmung der Verfassungsartikel für eine bessere Berücksichtigung der Komplementärmedizin angenommen. Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) entschied daraufhin, die anthroposophische Medizin, die Arzneimitteltherapie der Traditionellen Chinesischen Medizin, die Homöopathie sowie die Phytotherapie mit einer Befristung bis Ende 2017 und der Auflage der Evaluation provisorisch in den Leistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) aufzunehmen. Zusätzlich bestand eine Leistungspflicht für Leistungen der Akupunktur ohne Befristung und Evaluationsaufgabe. 2017 wurde entschieden, dass Leistungen der ärztlichen Komplementärmedizin weiterhin übernommen werden, und zwar unbefristet. Sind gewisse Voraussetzungen wie Anwendungs- und Forschungstradition, wissenschaftliche Evidenz und ärztliche Erfahrung sowie Weiterbildung gewährleistet, so werden die ärztlichen Leistungen der Akupunktur, der anthroposophischen Medizin, der traditionellen chinesischen Medizin, der klassischen Homöopathie und der Phytotherapie dem Vertrauensprinzip unterstellt und von der OKP übernommen.

In der SGB werden die teilnehmenden Personen gefragt, ob sie in den zwölf Monaten vor der Befragung die folgenden komplementärmedizinischen Leistungen in Anspruch genommen haben: Akupunktur, Traditionelle Chinesische Medizin, Homöopathie, Pflanzenheilkunde (Phytotherapie), Indische Medizin (Ayurveda), Shiatsu/Fussreflexzonenmassage, Osteopathie oder andere Therapien (z. B. Kinesiologie, Feldenkrais, Autogenes Training, Neuraltherapie, Bioresonanztherapie, Anthroposophische Medizin). Dabei wird in der SGB nicht unterschieden, ob die Behandlung von einer Ärztin bzw. einem Arzt oder von einer nicht-ärztlichen Therapeutin bzw. einem nicht-ärztlichen Therapeuten durchgeführt wurde. Die hier erbrachten Leistungen können somit nicht einem bestimmten Kostenträger (OKP, freiwillige Zusatzversicherung oder Out-of-Pocket) zugeordnet werden.

*Frauen nehmen öfter komplementärmedizinische Leistungen in Anspruch als Männer*

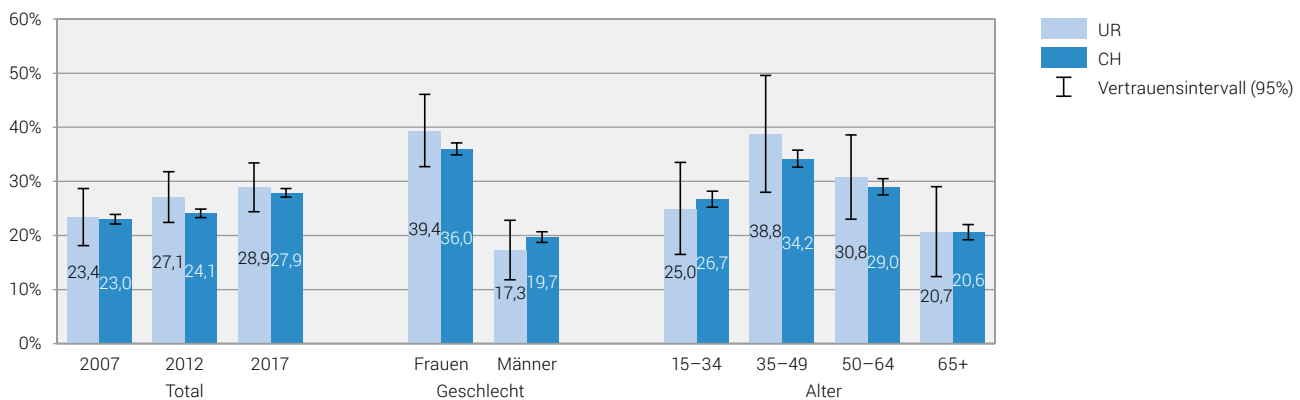
Etwas mehr als ein Viertel der befragten Personen (Uri 28,9%, Schweiz 27,9%) gibt an, in den zwölf Monaten vor der Befragung mindestens einmal komplementärmedizinische Leistungen in Anspruch genommen zu haben (Grafik G 5.14). In der Schweiz hat die Inanspruchnahmerate gegenüber 2007 (23,0%) zugenommen, auf Kantonsebene zeigt sich eine ähnliche, aber nicht signifikante Tendenz. 39,4% aller Urnerinnen und 36,0% aller Schweizerinnen

berichten von komplementärmedizinischen Leistungen, während dieser Anteil bei den Urnern (17,3%) und Schweizern (19,7%) jeweils signifikant tiefer ist.

Sowohl im Kanton Uri als auch in der Schweiz erreicht der Anteil Personen mit komplementärmedizinischen Leistungen seinen höchsten Wert in der Altersgruppe der 35- bis 49-Jährigen (UR: 38,8%, CH: 34,2%). Die Anteile der anderen Altersgruppen sind für die Schweiz signifikant und für Uri tendenziell geringer. Den geringsten Anteil weisen Personen im Alter von 65 und mehr Jahren auf (UR: 20,7%, CH: 20,6%). Zudem lassen sich auch

**Komplementärmedizinische Leistungen, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2007–2017**  
(letzte 12 Monate)

**G5.14**



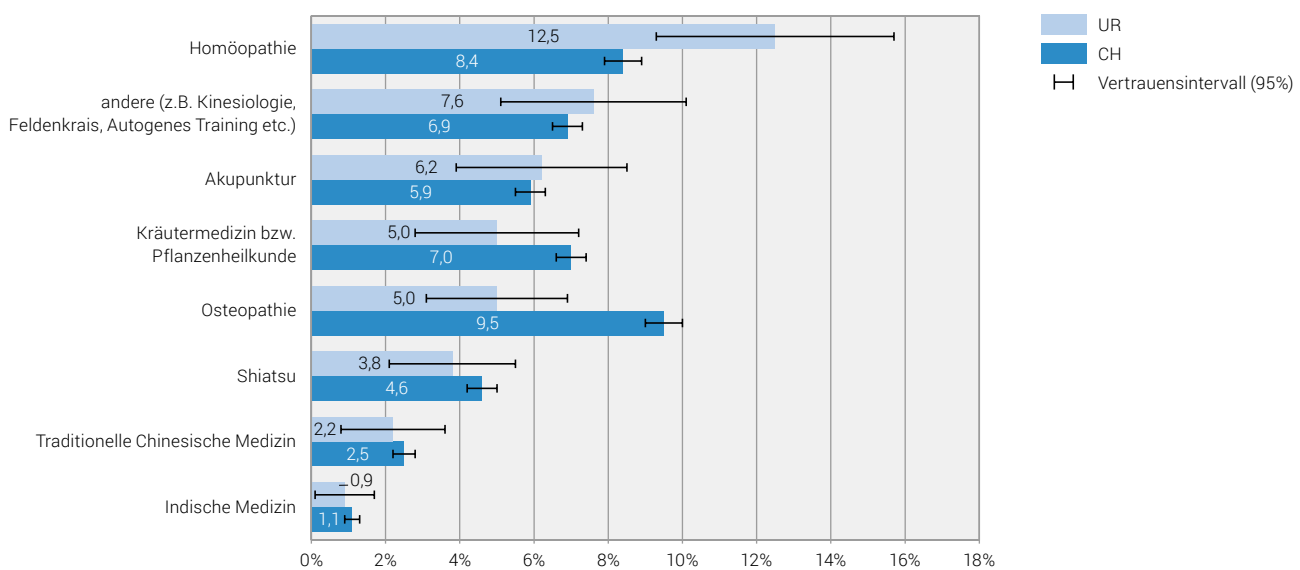
n=434 (UR), n=18 699 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

**Komplementärmedizinische Leistungen, nach Behandlungsmethode, Kanton Uri und Schweiz, 2017**  
(letzte 12 Monate)

**G5.15**



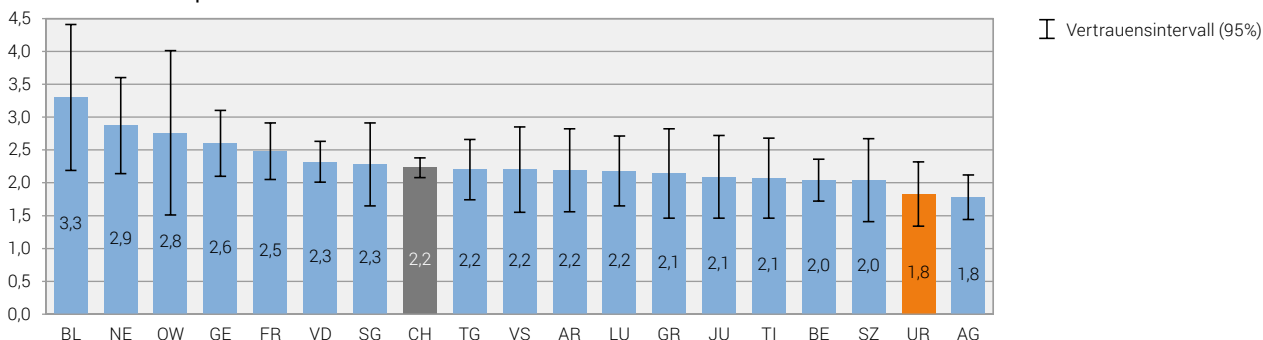
n=434 (UR), n=18 693 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

## Mittlere Anzahl komplementärmedizinischer Konsultationen, Schweiz und Kantone, 2017 (letzte 12 Monate) **G5.16**

Anzahl Konsultationen pro Person



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

Unterschiede zwischen den drei Bildungsniveaus feststellen (vgl. Anhang TA5.5). Personen in der Schweiz mit einem Tertiärabschluss beanspruchen mit 32,9% am häufigsten komplementärmedizinische Leistungen, gefolgt von Personen mit einem Bildungsabschluss auf Sekundarstufe II (27,4%) und Personen ohne nachobligatorische Ausbildung (19,3%). Im Kanton Uri zeigt sich keine vergleichbare Tendenz.

### Hohe Nachfrage homöopathischer Behandlungen im Kanton Uri

Im Kanton Uri geben 12,5% und in der Schweiz 8,4% der befragten Personen an, in den zwölf Monaten vor der Befragung mindestens einmal Leistungen der Homöopathie in Anspruch genommen zu haben (Grafik G5.15). Damit lassen sich Urnerinnen und Urner signifikant häufiger homöopathisch behandeln als Schweizerinnen und Schweizer. An zweiter Stelle folgen im Kanton Uri die «anderen komplementärmedizinischen Leistungen» wie Kinesiologie oder Feldenkrais (7,6%) und an dritter Stelle die Akupunktur (6,2%). In der Schweiz ist mit 9,5% auch die Osteopathie weit verbreitet, die im Kanton Uri mit 5,0% signifikant weniger in Anspruch genommen wird. Traditionelle chinesische Medizin wird von 2,2% (CH: 2,5%) aller Befragten genannt. Anzumerken ist aber, dass Akupunktur und Kräutermedizin zentrale Behandlungsmethoden der Traditionellen Chinesischen Medizin darstellen und die Abgrenzung der Behandlungsmethoden in der SGB deshalb nicht eindeutig ist.

Die in der SGB interviewten Personen werden nicht nur gefragt, ob und welche komplementärmedizinischen Leistungen beansprucht worden sind, sondern auch wie viele komplementärmedizinische Konsultationen erfolgt sind (Grafik G5.16). In der Schweiz liegt der Durchschnitt über alle befragten Personen bei 2,2 Konsultationen. Der Kanton Uri weist einen Wert von 1,8 Konsultationen aus, der sich nicht signifikant von der Schweiz und den anderen Kantonen unterscheidet. Zwischen der Gesamtschweiz und einzelnen Kantonen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede.

## 5.4 Spitalleistungen

Dieses Unterkapitel zeigt die Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Spitalleistungen der Urner Bevölkerung. Im Rahmen der Finanzierung durch die Krankenversicherungen werden diese beiden Behandlungsarten wie folgt voneinander abgegrenzt: Stationäre Spitalbehandlungen sind Behandlungen, welche mehr als 24 Stunden dauern oder während mindestens einer Nacht ein Bett benötigen.<sup>8</sup> Alle anderen Behandlungen gelten als ambulante Spitalbehandlungen. Im Folgenden werden zuerst die ambulanten und dann die stationären Spitalbehandlungen betrachtet.<sup>9</sup>

### 5.4.1 Ambulante Spitalbehandlungen

Vorliegender Abschnitt zeigt den Anteil Personen, welche in den zwölf Monaten vor der Befragung mindestens einmal ambulante Leistungen im Spital beansprucht haben. Darin enthalten sind Behandlungen in Spital-Ambulatorien, Gesundheitszentren oder in einer Poliklinik.<sup>10</sup>

#### Weniger ambulante Spitalleistungen im Kanton Uri im Vergleich zur Gesamtschweiz

Bei der Betrachtung des Zeitvergleichs zwischen 2012 und 2017 fällt auf, dass die Inanspruchnahme von ambulanten Spitalleistungen sowohl im Kanton Uri als auch in der Gesamtschweiz

<sup>8</sup> Vgl. Artikel 3 der Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL).

<sup>9</sup> Die Analysen in diesem Unterkapitel basieren auf SGB-Daten. Weiterführende Informationen zur Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Spitalleistungen wie beispielsweise Hospitalisierungsraten ausgewählter Operationen auf Grundlage von Daten der medizinischen Statistik der Krankenhäuser MS des BFS sind auf der Website des Obsan zu finden ([www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) → Indikatoren Obsan Gesundheitssystem).

<sup>10</sup> Im Fragebogen der SGB 2017 lauten die beiden Fragen über ambulante Spitalbehandlung folgendermassen: «Wie viel Mal sind Sie in den letzten zwölf Monaten notfallmässig in einer Notfallstation von einem Spital, in einem Gesundheitszentrum oder in einer Poliklinik gewesen?» «Und wie viel Mal sind Sie sonst in den letzten zwölf Monaten zur Abklärung oder zur Behandlung in einem Spital oder in einer Spezialklinik gewesen, aber nicht als Notfall und ohne zu Übernachten?»

signifikant gestiegen ist. Diesen Vergleich sollte man aber nur mit Vorsicht interpretieren, denn gegenüber 2012 wurde die ambulante Inanspruchnahme in der SGB 2017 anders bzw. erweitert abgefragt, indem neu auch explizit die Inanspruchnahme von Gesundheitszentren berücksichtigt wird. Der Anteil im Jahr 2017 beträgt im Kanton Uri 29,2% und in der Schweiz 32,9% (Grafik G5.17).

In der Gesamtschweiz liegt die Inanspruchnahme bei Frauen mit 34,3% signifikant höher als bei Männern mit 31,4%. Im Kanton Uri ist der Geschlechterunterschied nicht signifikant, tendenziell berichten die Urner von höheren Anteilen als die Urnerinnen.

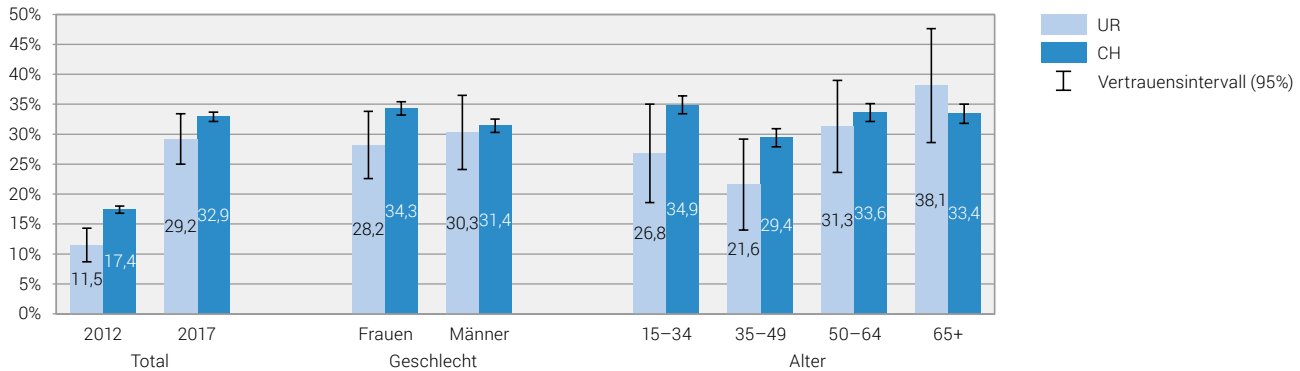
Die Ergebnisse nach Altersgruppen zeigen in der Gesamtschweiz einen im Vergleich zu den anderen Altersklassen signifikant tieferen Anteil ambulanter Spitalbehandlungen bei Personen im Alter zwischen 35 und 49 Jahren (29,4%). Ab dieser Altersgruppe nimmt der Anteil mit zunehmendem Alter wieder leicht zu und beträgt bei den Personen ab 65 Jahren 33,4%. Im Kanton Uri

zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Altersgruppen, tendenziell ist der Anteil bei Personen zwischen 15 und 34 Jahren (26,8%) leicht höher als in der Gruppe der Personen zwischen 35 und 49 Jahren (21,6%). Bei den älteren Personen ab 50 Jahren werden wieder höhere Werte angegeben. Die Unterschiede zwischen dem Kanton Uri und der Gesamtschweiz sind in allen Altersgruppen nicht signifikant.

Grafik G5.18 präsentiert die Inanspruchnahme ambulanter Spitalbehandlungen nach Bildungsniveau und nach Migrationshintergrund. In der Schweiz berichten Personen ohne nachobligatorische Schulbildung öfter darüber, in den zwölf Monaten vor der Befragung mindestens einmal ein Spital zur ambulanten Behandlung aufgesucht zu haben (35,9%), als Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II (33,1%) oder auf Tertiärstufe (31,1%). Der Unterschied ist allerdings nur zwischen dem obligatorischen Schulabschluss und dem Abschluss auf Tertiärstufe

**Ambulante Leistungen im Spital (inkl. Notfallstation), nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2012 und 2017 (letzte 12 Monate)**

**G5.17**



2012: n=514 (UR), n=21 591 (CH); 2017: n=496 (UR), n=21 193 (CH)

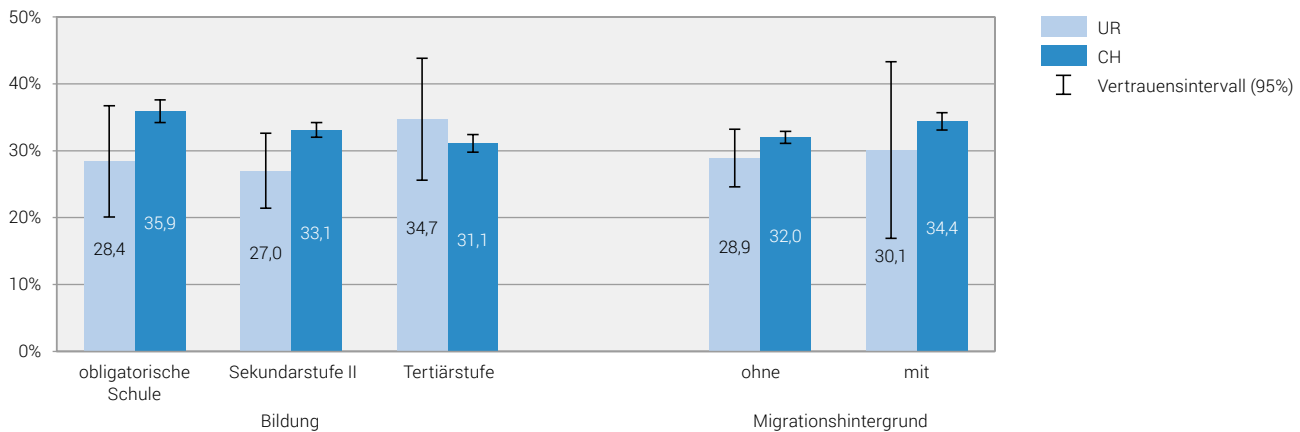
Anmerkung: Die Inanspruchnahme ambulanter Spitalleistungen wurde in der SGB 2012 anders abgefragt als 2017.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

**Ambulante Leistungen im Spital (inkl. Notfallstation), nach Bildung und Migrationshintergrund, Kanton Uri und Schweiz, 2017 (letzte 12 Monate)**

**G5.18**



n=496 (UR), n=21 193 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

signifikant. Im Kanton Uri sind die Anteile bei Personen ohne nachobligatorischen Schulabschluss (28,4%) und mit Abschluss auf Sekundarstufe II (27,0%) ähnlich hoch, während Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe tendenziell (34,7%) einen höheren – aber nicht signifikant höheren – Anteil ausweisen.

34,4% der in der Schweiz lebenden Personen mit Migrationshintergrund liessen sich im Spital ambulant behandeln, während es bei Schweizerinnen und Schweizern ohne Migrationshintergrund signifikant weniger sind (32,0%). Im Kanton Uri zeigt sich eine vergleichbare Tendenz.

### 5.4.2 Stationäre Spitalbehandlungen

Die Häufigkeit der Inanspruchnahme stationärer Spitalleistungen umfasst den Anteil Personen, die in den zwölf Monaten vor der Befragung mindestens eine Nacht im Spital oder in einer Spezialklinik verbracht haben. Aufenthalte in Kurhäusern werden hier nicht mitgezählt und sind in der SGB im Wortlaut der Frage explizit ausgeschlossen. Personen, die mindestens einen

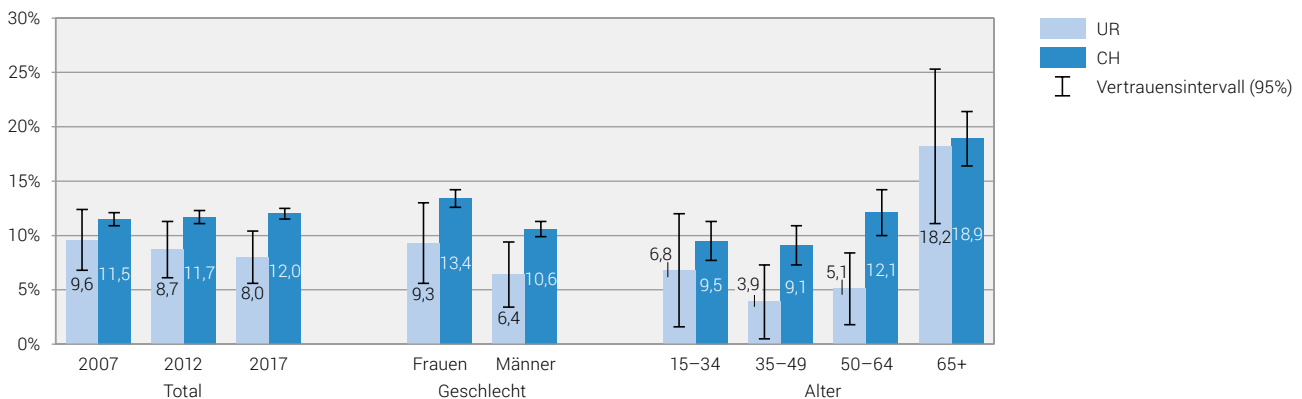
stationären Aufenthalt angeben, werden zusätzlich nach der Anzahl der im Spital verbrachten Tage gefragt. Auf der Grundlage dieser Anschlussfrage kann in diesem Abschnitt folglich auch die durchschnittliche Anzahl Spittage der Befragten analysiert werden.

#### Mehr stationäre Behandlungen im höheren Alter

8,0% der Urner Bevölkerung wurden in den zwölf Monaten vor der Befragung 2017 stationär behandelt (Grafik G5.19). In der Schweiz berichten mit 12,0% signifikant mehr Personen davon, mindestens eine Nacht stationär im Spital verbracht zu haben. Zwischen 2007 und 2017 ist die Entwicklung zwischen dem Kanton Uri und der Gesamtschweiz genau gegenteilig verlaufen: Während im Kanton Uri der Anteil stationärer Spitalbehandlungen leicht zurückging, ist er in der Gesamtschweiz leicht gestiegen, die Unterschiede sind aber nicht signifikant. Auf Ebene der gesamten Schweiz sind signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern ersichtlich: Schweizerinnen (13,4%) waren in den

**Stationäre Spitalbehandlungen, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2007–2017 (letzte 12 Monate)**

G5.19



2007: n=462 (UR), n=18 745 (CH); 2012: n=514 (UR), n=21 585 (CH); 2017: n=511 (UR), n=21 115 (CH)

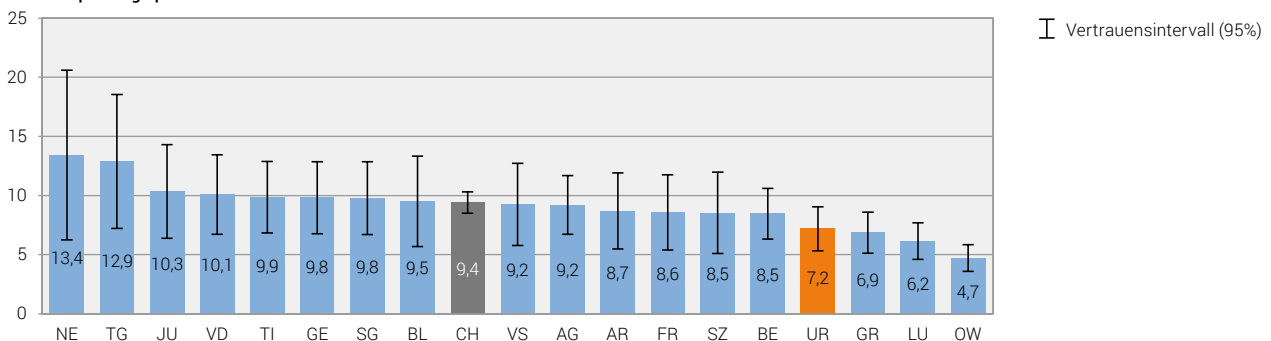
Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

**Mittlere Anzahl Spittage, Schweiz und Kantone, 2017 (letzte 12 Monate)**

G5.20

#### Anzahl Spittage pro Person



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

letzten zwölf Monaten vor der Befragung signifikant häufiger in stationärer Behandlung als Schweizer (10,6%). Im Kanton Uri zeigt sich auf tieferem Niveau eine vergleichbare Tendenz, der Unterschied ist jedoch nicht signifikant. In welchem Ausmass dieser Geschlechterunterschied auf Geburten im Spital zurückzuführen ist, kann aus den Fragen zur Inanspruchnahme von stationären Spitalleistungen in der SGB nicht ermittelt werden.

Erwartungsgemäss nimmt die Häufigkeit von stationären Spitalbehandlungen mit dem Alter zu. Der Unterschied wird vor allem bei Personen ab 65 Jahren deutlich. In der Schweiz berichten in dieser Altersgruppe 18,9% davon, mindestens einmal stationär im Spital gewesen zu sein. Dieser Anteil ist signifikant höher als die Anteile in allen jüngeren Altersgruppen. Im Kanton Uri ist ebenfalls ein höherer Anteil bei Personen im Alter ab 65 Jahren (18,2%) zu erkennen, wobei der Unterschied nur zu den beiden mittleren Altersgruppen 35 bis 49 Jahre (3,9%) und 50 bis 64 Jahre (5,1%) signifikant ist. In der Altersgruppe der 50- bis 64-jährigen Personen sind im Kanton Uri mit 5,1% gegenüber der Gesamtschweiz mit 12,1% signifikant weniger Personen in stationärer Behandlung gewesen. In den anderen Altersgruppen sind die Anteile für Uri ebenfalls geringer als im Schweizer Durchschnitt, die Unterschiede sind aber nicht signifikant.

In Grafik G 5.20 ist die durchschnittliche Anzahl Spitaltage pro Kanton abgebildet. Der bereits beschriebene Unterschied zwischen dem Kanton Uri und der Schweiz in Bezug auf stationäre Spitalbehandlungen zeigt sich auch bei der durchschnittlichen Anzahl Spitaltage in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung. Im Kanton Uri ist die mittlere Anzahl Spitaltage (7,2 Tage) tendenziell geringer als in der Gesamtschweiz (9,4 Tage), der Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Die Bevölkerung der Kantone Luzern (6,2 Tage) und Obwalden (4,7 Tage) verbringt signifikant weniger Tage im Spital als die Bevölkerung der Gesamtschweiz. Demgegenüber weisen die Kantone Neuenburg (13,4 Tage) oder Thurgau (12,9 Tage) mehr Spitaltage aus als die Gesamtschweiz, der Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Im Vergleich zu den Auswertungen auf Grundlage von Daten der medizinischen Statistik der Krankenhäuser werden sowohl auf Kantonsebene als auch auf Gesamtschweizer Ebene mehr Spitaltage angegeben.<sup>11</sup> Der Kanton Uri weist bei den Auswertungen auf der Basis von Daten der medizinischen Statistik der Krankenhäuser zudem im Jahr 2017 minimal tiefere Werte aus als die Gesamtschweiz (Daten nicht abgebildet).

## 5.5 Formelle und informelle Unterstützung zu Hause

Unter formeller Unterstützung zu Hause sind Leistungen von professionellen Hilfs- und Pflegediensten zu verstehen, die am Wohnort der Patientinnen und Patienten erbracht werden. In der Schweiz werden solche Dienstleistungen hauptsächlich von Spitex-Organisationen angeboten. Der Begriff «Spitex» steht für «spitale externe Hilfe und Pflege» und ist in der Schweiz weit verbreitet. Im vorliegenden Unterkapitel wird deshalb dieser Begriff als Synonym für formelle Unterstützung zu Hause verwendet. Bei der informellen Unterstützung zu Hause hingegen handelt es sich um Hilfe oder Pflege durch Partnerinnen und Partner, Angehörige, Freunde oder Nachbarn. Diese Aktivität wird im Folgenden als «informelle Hilfe» bezeichnet. Für beide Formen der Unterstützung wird nachfolgend analysiert, welche Gruppen von Personen zu Hause Unterstützung erhalten.

Um informelle Hilfeleistungen noch näher zu analysieren wird zudem in einem Exkurs darauf eingegangen, wie gross der Anteil an Personen ist, die informelle Hilfe leisten und wie häufig diese Hilfeleistungen erbracht werden (blauer Kasten).

### *Hilfe und Pflege zu Hause wird mehrheitlich von Angehörigen, Freunden oder Nachbarn erbracht*

Gemäss Selbstangaben wurden Spitex-Dienstleistungen im Kanton Uri in den zwölf Monaten vor der Befragung von 1,4% der befragten Personen in Anspruch genommen (Grafik G 5.21). Eine Unterstützung zu Hause erfolgt in Uri mit einem Anteil von 13,1% viel häufiger auf der Basis von informeller Hilfe. In der Gesamtschweiz zeigt sich eine ähnliche Verteilung, wobei 2,8% der Befragten durch Spitex und 12,6% durch informelle Hilfe unterstützt werden.

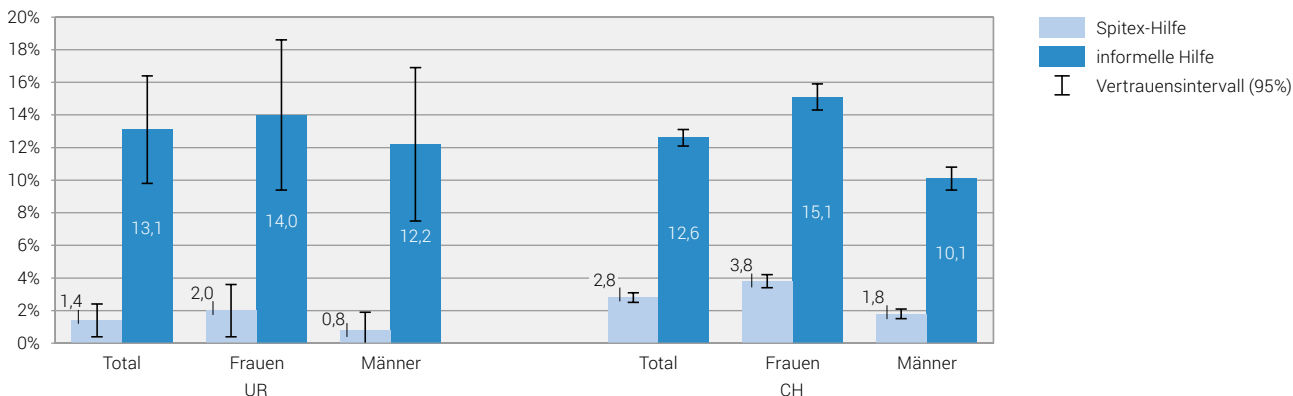
Ein signifikanter Geschlechterunterschied lässt sich nur auf Ebene Gesamtschweiz feststellen: Schweizerinnen nutzen sowohl die Spitex (3,8%) als auch die informelle Hilfe (15,1%) häufiger als Schweizer (1,8% bzw. 10,1%). Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist u. a. auf die höhere Lebenserwartung von Frauen zurückzuführen. So beanspruchen Frauen insbesondere im hohen Alter häufiger externe Hilfe, weil deren männliche Partner im Durchschnitt früher sterben (BFS, 2018a).

Bei der Analyse der Spitex-Statistik (Grafik G 5.22) fällt auf, dass die Urner Bevölkerung im Jahr 2017 im Vergleich zum Total der Schweiz eine unterdurchschnittliche Spitex-Quote für die Pflege KLV ausweist: 6,0% der 65-jährigen und älteren Urnerinnen und Urner werden von der Spitex betreut, während gesamtschweizerisch 13,4% der älteren Personen Spitex-Leistungen in Anspruch nehmen. Überdurchschnittliche Spitex-Quoten sind in den Westschweizer Kantonen festzustellen, während in vielen Ost- und Innerschweizer Kantonen unterdurchschnittliche Quoten zu verzeichnen sind.

<sup>11</sup> [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) → Indikatoren Obsan → Aufenthaltsdauer in Akutspitalern (Zugriff am 15.07.2019)

**Bezügerinnen und Bezüger von Spitex-Hilfe und informeller Hilfe, nach Geschlecht, Kanton Uri und Schweiz, 2017 (letzte 12 Monate)**

G5.21



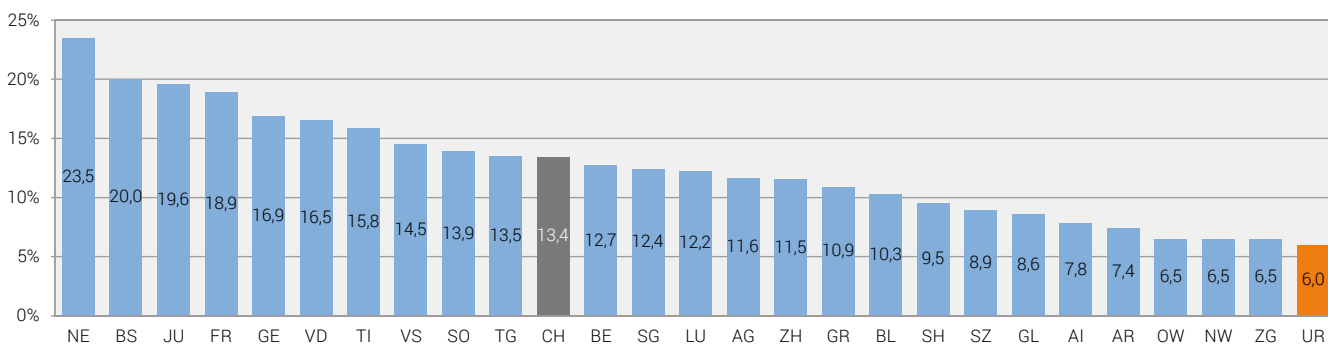
Spitex-Hilfe: n=511 (UR), n=22 131 (CH); informelle Hilfe: n=511 (UR), n=22 131 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

**Spitex-Quote für Pflege KLV, Schweiz und Kantone, 2017 (65-jährige und ältere Personen)**

G5.22



Quelle: BFS – Spitex-Statistik

© Obsan 2020

*Einschränkungen in der Ausführung von Alltagsaktivitäten erfordern mehr Unterstützung zu Hause*

In den zwölf Monaten vor der Befragung beanspruchten Personen in der Schweiz zwischen 65 und 79 Jahren öfter Spitex-Hilfe (4,7%) als Jüngere zwischen 15 und 64 Jahren (1,5%) (Grafik G 5.23). Aufgrund geringer Fallzahlen wird diese Analyse nur für die Gesamtschweiz gezeigt. Bei der informellen Hilfe sind die Unterschiede zwischen diesen beiden Altersgruppen hingegen nicht signifikant. Deutlich höher sind die Anteile bei den 80-jährigen und älteren Personen: 17,7% der in dieser Altersgruppe befragten Personen beanspruchen Spitex-Hilfe und 23,8% informelle Hilfe.

Unterschiede in der Inanspruchnahme von Spitex und/oder informellen Hilfeleistungen sind auch abhängig von bestehenden Einschränkungen in Alltagsaktivitäten. Personen, die keine Schwierigkeiten bei der Verrichtung von instrumentellen und grundlegenden

Aktivitäten<sup>12</sup> (vgl. 2.3.3) aufweisen, nehmen die Spitex (2,2%) und informelle Hilfe (5,8%) eher selten in Anspruch. Diese Anteile steigen bei Personen mit Schwierigkeiten bei der Verrichtung von mindestens einer instrumentellen Aktivität auf 13,2% bzw. 26,9%. Die stärkste Beanspruchung haben jedoch Personen, die Mühe mit der Ausführung von grundlegenden und instrumentellen Aktivitäten bekunden. Von diesen Personen benötigten in den zwölf Monaten vor der Befragung 40,5% Spitex-Hilfe und 62,8% informelle Hilfe. Es ist zu berücksichtigen, dass 65-jährige und ältere Personen mit Schwierigkeiten bei der Verrichtung grundlegender Aktivitäten oftmals auch Schwierigkeiten mit mindestens einer instrumentellen Aktivität haben. Bei zunehmender Pflegebedürftigkeit erfolgt die Unterstützung zu Hause zudem häufig in einer Kombination von Spitex und informeller Hilfe (Höpflinger et al., 2011).

<sup>12</sup> Instrumentelle Aktivitäten: Selbstständig Essen zubereiten, telefonieren, einkaufen, Wäsche waschen, leichte Hausarbeit erledigen, gelegentlich schwere Hausarbeit erledigen, sich um Finanzen kümmern und öffentliche Verkehrsmittel benutzen.  
 Grundlegende Aktivitäten: Selbstständig essen, ins oder aus dem Bett steigen oder von einem Sessel aufstehen, an- und ausziehen, zur Toilette gehen und baden oder duschen.

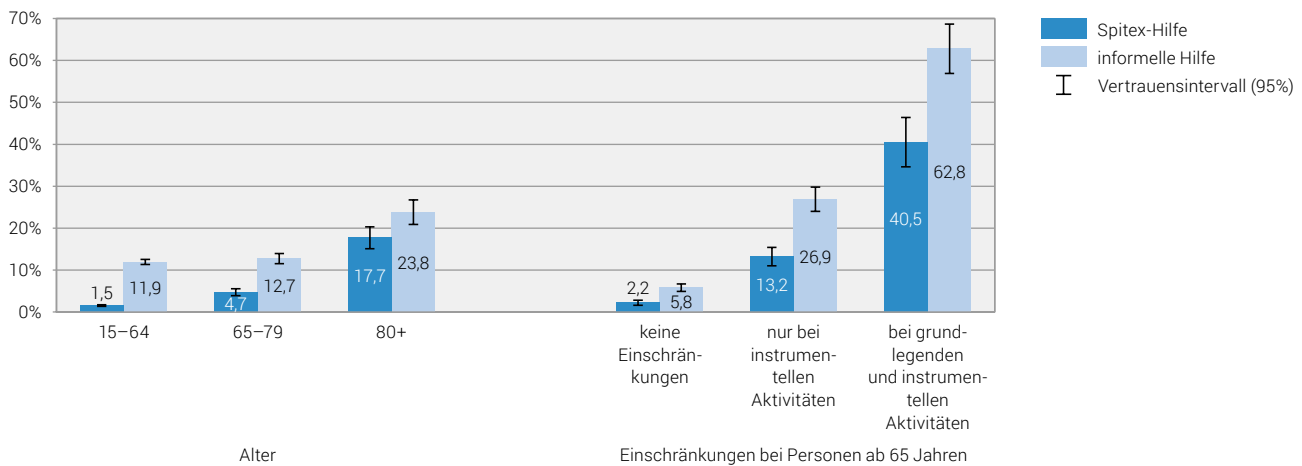
Die SGB erfasst neben der Häufigkeit auch die Art der erhaltenen Hilfe zu Hause. Die befragten Personen können dabei die Aktivitäten «Pflege», «Hilfe im Haushalt» und «andere Unterstützung» (beispielsweise Mahlzeiten- oder Fahrdienste) angeben. Von den Spitex-Organisationen werden etwa zu gleichen Teilen Leistungen der Pflege von Patientinnen bzw. Patienten und der Hilfe im Haushalt erbracht. So geben 1,4% der in der Schweiz befragten Personen an, in den zwölf Monaten vor der Befragung Pflegeleistungen von der Spitex erhalten zu haben, und ebenfalls 1,4% haben Hilfe im Haushalt bekommen (Grafik G 5.24). Die anderen Hilfeleistungen wie Mahlzeiten- oder Fahrdienste wurden mit 0,8% relativ selten in Anspruch genommen. Im Kanton Uri hat keine Person Pflegeleistungen der Spitex angegeben, tatsächlich

existieren diese aber dennoch. 1,1% der Urnerinnen und Urner berichten von Hilfe im Haushalt und 0,5% von anderen Hilfeleistungen. Die geringe Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen für den Kanton Uri findet sich somit auch bei diesen Resultaten wieder.

Informelle Hilfeleistungen werden besonders für Hilfe im Haushalt (Uri 11,4%, Schweiz 10,1%) und für andere Hilfeleistungen (Uri 8,8%, Schweiz 9,1%) beansprucht. Pflegeleistungen sind bei der informellen Hilfe mit 2,3% im Kanton Uri und 3,5% in der Gesamtschweiz deutlich seltener, die absoluten Anteile liegen aber immer noch höher als bei der Spitex.

**Bezügerinnen und Bezüger von Spitex-Hilfe und informeller Hilfe, nach Alter und Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten für Personen ab 65 Jahren, Schweiz, 2017 (letzte 12 Monate)**

**G 5.23**



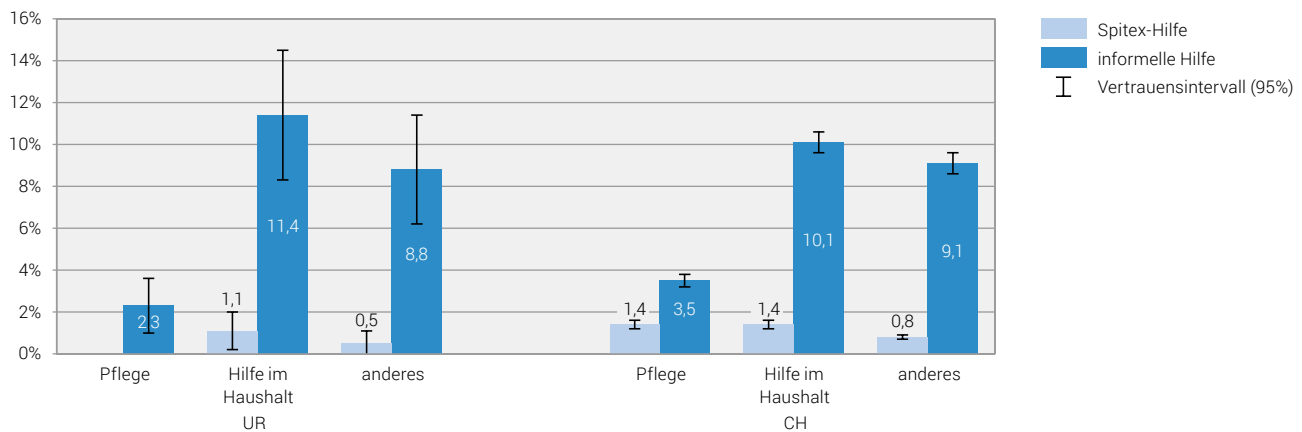
Spitex-Hilfe: n=22 131 (Alter), n=4 995 (Einschränkungen); informelle Hilfe: n=22 131 (Alter), n=4 997 (Einschränkungen)  
 Anmerkung: Die Kategorie «nur bei grundlegenden Aktivitäten» wird nicht gezeigt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

**Bezügerinnen und Bezüger von Spitex-Hilfe und informeller Hilfe, Kanton Uri und Schweiz, 2017 (letzte 12 Monate)**

**G 5.24**



Spitex-Hilfe: n=511 (UR), n=22 130 (CH); informelle Hilfe: n=511 (UR), n=22 106 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020



### Exkurs: Geleistete informelle Hilfeleistungen

Geleistete informelle Hilfeleistungen sind momentan ein wichtiges Thema sowohl allgemein in der Gesellschaft als auch in der Politik. Aufgrund der demografischen Entwicklung kann in Zukunft von einem noch grösseren Anteil geleisteter informeller Hilfe, beispielsweise für die Betreuung kranker Familienmitglieder, ausgegangen werden. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) erarbeitet deshalb im Auftrag des Bundesrates gegenwärtig ein Förderprogramm «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige»<sup>13</sup> und einen «Aktionsplan pflegende Angehörige».<sup>14</sup>

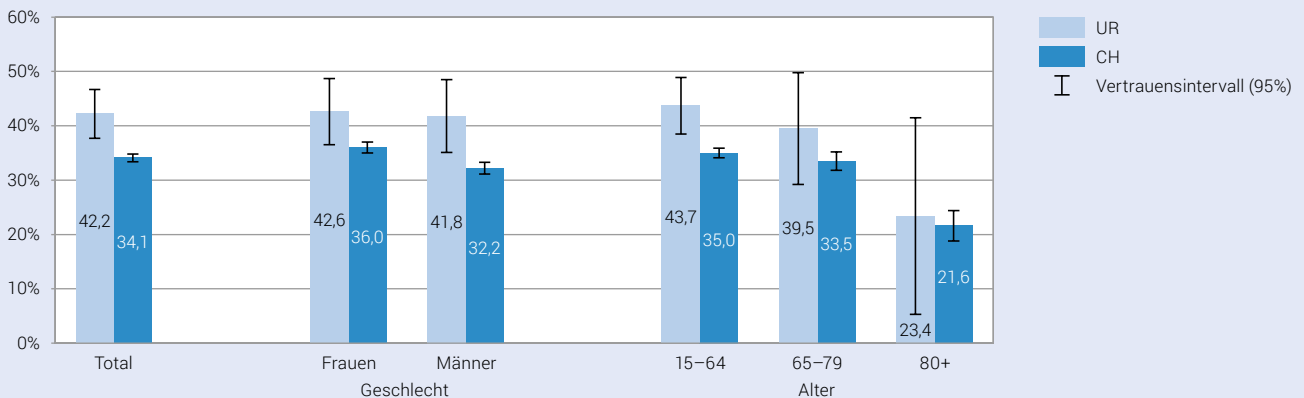
In Grafik G5.25 wird der Anteil Personen dargestellt, die in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung mindestens einmal eine informelle Hilfeleistung erbracht haben. Im Kanton Uri leisten mit 42,2% signifikant mehr Personen informelle Hilfe als in der Gesamtschweiz mit 34,1%. Zwischen den Geschlechtern zeigen sich Unterschiede, die aber nur in der Gesamtschweiz signifikant sind: Frauen leisten mit 36,0% mehr informelle Hilfe als Männer (32,2%). Im Kanton Uri sind die Unterschiede nur minim (Frauen: 42,6%, Männer: 41,8%). In der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen ist der Anteil Personen, die informelle Hilfe leisten, am höchsten (Uri 43,7%, Schweiz 35,0%). Etwas geringer sind die Anteile bei den 64- bis 79-Jährigen (Uri 39,5%, Schweiz 33,5%), während der Anteil bei den Personen ab 80 Jahren tiefer ausfällt (UR: 23,4%, CH: 21,6%). Die Unterschiede sind jedoch nur auf Ebene der Gesamtschweiz und nur im Vergleich zur ältesten Gruppe signifikant.

Grafik G5.26 zeigt die Häufigkeit von geleisteten informellen Hilfeleistungen nur für diejenigen Personen, die mindestens einmal in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung informelle Hilfe geleistet haben. Auffällig ist dabei der verhältnismässig grosse Anteil an vorübergehend (d. h. nicht regelmässig) geleisteter Hilfe sowohl im Kanton Uri (64,4%) als auch in der Gesamtschweiz (66,9%). Bei der Analyse nach Geschlecht zeigt sich, dass Frauen (UR: 59,8%, CH: 62,1%) seltener vorübergehend informelle Hilfe leisten als Männer (UR: 69,6%, CH: 72,4%). Demgegenüber leisten Frauen in der Schweiz häufiger regelmässig mehrmals pro Woche Hilfe (20,4%) als Männer (14,6%), während die Anteile in Uri für Frauen (16,9%) tendenziell tiefer sind als für Männer (17,7%). Die Unterschiede sind jedoch nur auf Ebene Gesamtschweiz signifikant, ausserdem sollten die Resultate für den Kanton Uri aufgrund geringer Fallzahlen mit Vorsicht interpretiert werden.

Auf Ebene Gesamtschweiz zeigt sich mit steigendem Alter eine zunehmende Intensität informeller Hilfe: Der Anteil Personen zwischen 15 und 64 Jahren, die regelmässig mehrmals pro Woche Hilfe leisten, beträgt 15,5%, und für Personen ab 80 Jahren 39,1%. Gleichzeitig sinkt der Anteil an vorübergehender Hilfe zwischen den gleichen Altersgruppen von 69,8% auf 47,3%. Im Kanton Uri zeigt sich keine vergleichbare Tendenz, zudem gibt es in der Altersgruppe der Personen ab 80 Jahren keine Fälle.

**Geleistete informelle Hilfe, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2017 (letzte 12 Monate)**

**G5.25**



n=511 (UR), n=22 124 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

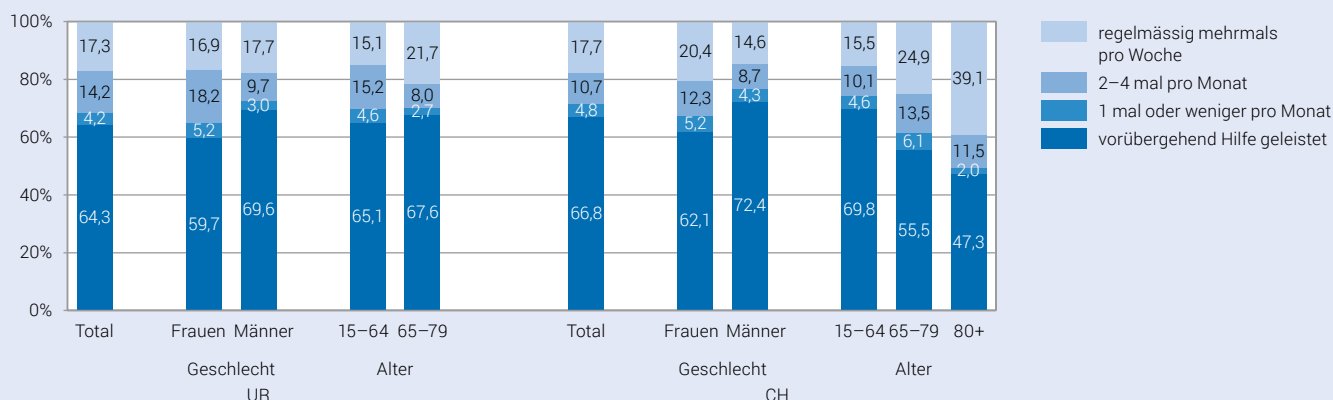
© Obsan 2020

<sup>13</sup> [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) → Strategie & Politik → Nationale Gesundheitspolitik → Förderprogramme der Fachkräfteinitiative plus → Förderprogramm Entlastung für betreuende Angehörige (Zugriff am 04.06.2019)

<sup>14</sup> [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) → Strategie & Politik → Politische Aufträge & Aktionspläne → Aktionsplan pflegende Angehörige (Zugriff am 04.06.2019)

## Häufigkeit der geleisteten informellen Hilfe, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2017 (letzte 12 Monate)

G5.26



n=210 (UR), n=7 153 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

### 5.6 Langzeitpflege in Pflegeheimen

Der demografische Wandel in der Schweiz hat eine Zunahme von Gesundheitsleistungen für ältere Personen zur Folge. Die Langzeitpflege in Pflegeheimen gilt als solche Leistung und wird in diesem Unterkapitel analysiert. Als Datengrundlage wird dabei die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) des BFS verwendet. Diese wird jährlich für Alters- und Pflegeheime sowie für Institutionen für Behinderte und Suchtkranke erhoben und ist eine Vollerhebung.

Im Folgenden wird der Anteil Personen ab 65 Jahren präsentiert, die in einem Alters- und Pflegeheimen leben (Pflegeheimquote).<sup>15</sup> Nicht berücksichtigt sind dabei Personen, die als Kurzaufenthalter gelten und sich nur temporär in einem Pflegeheim aufhalten. Die geografische Zuteilung der Personen in Langzeitpflege erfolgt nach dem Kanton, in welchem sie vor Eintritt in das Pflegeheim gelebt haben und nicht nach dem Kanton, in welchem sich das Alters- und Pflegeheim befindet. Um den Anteil in der Bevölkerung ab 65 Jahren zu berechnen, wird als zusätzliche Datenquelle die Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) des BFS benutzt.

Im Kanton Uri ist die Pflegeheimquote mit 6,9% deutlich höher als im Schweizer Durchschnitt mit 5,5% (Tabelle T5.3). Seit 2006 zeigt sich diesbezüglich sowohl im Kanton Uri als auch in der Gesamtschweiz eine rückläufige Tendenz: 2006 betrug der Anteil 8,8% (CH: 6,4%), im Jahr 2013 8,4% (CH: 5,8%), im Jahr 2015 7,9% (CH: 5,8%) und im Jahr 2017 schliesslich 6,9% (CH: 5,5%) (Daten vergangener Jahre nicht abgebildet).

<sup>15</sup> Im weiteren Textverlauf wird der Einfachheit halber nur noch Pflegeheime geschrieben. Damit sind sämtliche Alters- und Pflegeheime gemeint, die gemäss KVG Pflegeleistungen abrechnen dürfen.

#### In Pflegeheimen leben mehr Frauen als Männer

Der Anteil Urner in Pflegeheimen beläuft sich auf 4,5%, während die Urnerinnen mit einem Anteil von 9,0% doppelt so häufig in einem Pflegeheim leben. Wie in Unterkapitel 5.5 erwähnt, ist die höhere Lebenserwartung der Frauen massgeblich dafür verantwortlich. Statistisch betrachtet stirbt der Lebenspartner früher als die Partnerin, welche dann oft alleine in einem Einpersonenhaushalt lebt und die Möglichkeit einer allfälligen Unterstützung durch den Partner verliert. Dieser Unterschied zwischen den Geschlechtern ist auch in der Gesamtschweiz ersichtlich (BFS, 2018a).

Weitere Unterschiede findet man zwischen den Altersgruppen: 1,6% der Urnerinnen und Urner und 1,5% der Schweizerinnen und Schweizer zwischen 65 und 79 Jahren leben in Pflegeheimen, während dieser Anteil bei den 80-jährigen und älteren Personen im Kanton Uri 21,2% und in der Gesamtschweiz 15,7% beträgt. Von insgesamt 6,9% aller Personen ab 65 Jahren in Alters- und Pflegeheimen weisen 2,0% einen geringen Pflegebedarf von bis zu 40 Minuten pro Tag auf (CH: 1,2%), und 4,9% haben einen mittleren oder hohen Pflegebedarf von mehr als 40 Minuten Pflege pro Tag (CH: 4,3%).

Im kantonalen Vergleich 2017 liegt Uri bei der stationären Langzeitpflege mit einem Anteil von 9,0% bei den Frauen und 4,5% bei den Männern deutlich über dem Schweizer Durchschnitt (Frauen: 7,2%, Männer: 3,4%) (Grafik G5.27). Für die Frauen liegt Uri damit auf dem sechsten Rang, für die Männer weist Uri gar den zweithöchsten Anteil auf. Bei den Frauen leben in den Kantonen Appenzell-Ausserrhoden, Appenzell-Innerrhoden und Basel-Stadt im Verhältnis zur Bevölkerung am meisten (über 9,4%) und in den Kantonen Waadt, Basel-Landschaft, Valais und Genf am wenigsten Frauen in Pflegeheimen (unter 6,2%). Bei den Männern leben neben Uri in den Kantonen Basel-Stadt

### Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen, nach Geschlecht, Alter und Pflegebedarf, Kanton Uri und Schweiz, 2017 (65-jährige und ältere Personen)

T 5.3

		UR		CH	
		Anteil in %	Anzahl Bewohner/innen	Anteil in %	Anzahl Bewohner/innen
<b>Total</b>		<b>6,9</b>	<b>500</b>	<b>5,5</b>	<b>85 189</b>
<b>Geschlecht</b>	Frauen	9,0	345	7,2	62 014
	Männer	4,5	155	3,4	23 175
<b>Alter</b>	65–79 Jahre	1,6	85	1,5	16 934
	80+ Jahre	21,2	415	15,7	68 255
<b>Pflegebedarf<sup>1</sup></b>	gering	2,0	143	1,2	18 636
	mittel/hoch	4,9	357	4,3	66 553

<sup>1</sup> gering: bis 40 Minuten pro Tag; mittel/hoch: mehr als 40 Minuten pro Tag

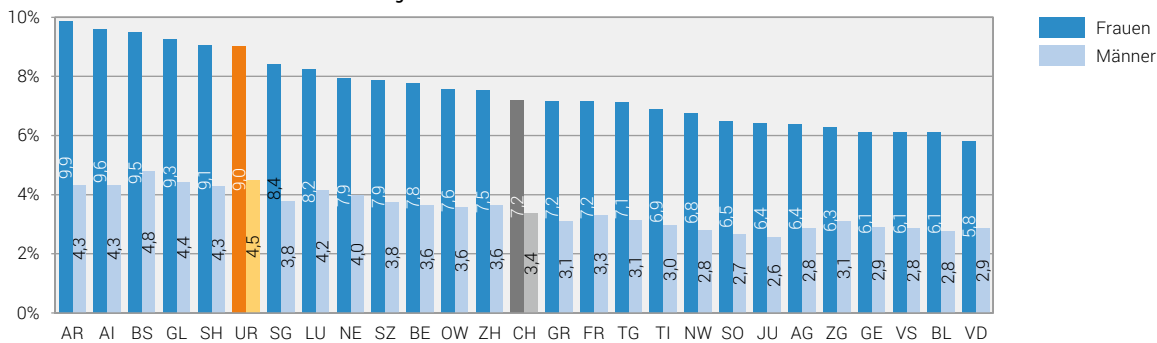
Quellen: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen, Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)

© Obsan 2020

### Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen, nach Geschlecht, Schweiz und Kantone, 2017 (65-jährige und ältere Personen)

G 5.27

Anteil Personen ab 65 Jahren in Alters- und Pflegeheimen



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

© Obsan 2020

und Glarus am meisten (über 4,3%) und in den Kantonen Jura, Solothurn, Basel-Landschaft, Nidwalden, Wallis und Aargau am wenigsten Männer in Pflegeheimen (unter 2,9%).

Das Verhältnis zwischen Personen mit einem mittleren bis hohen zu Personen mit keinem/geringen Pflegebedarf ist von Kanton zu Kanton sehr verschieden. In den Westschweizer Kantonen Genf, Waadt, Neuenburg und Jura weisen nur zwischen 0,9% bis 2,0% der Personen in Pflegeheimen keinen oder nur einen geringen Pflegebedarf bis maximal 40 Minuten pro Tag auf. In den Ostschweizer Kantonen Glarus, St. Gallen und Appenzell Inner- sowie Ausserrhoden beträgt dieser Anteil zwischen 35,6% und 42,3%. Im Kanton Uri liegt der Anteil von nicht und leicht Pflegebedürftigen am Total aller Betreuten bei 28,1% und in der Gesamtschweiz bei 21,8% (Daten nicht abgebildet).

## 5.7 Zusammenfassung

Vorliegendes Kapitel untersucht das Ausmass der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Kanton Uri und in der Schweiz. Dabei stellt sich heraus, dass die Inanspruchnahme im Kanton Uri in vielen Leistungsbereichen geringer ist als im Schweizer Durchschnitt. Lediglich bei den informellen Hilfeleistungen sind im Kanton Uri sowohl tendenziell höhere Raten der bezogenen als auch höhere Raten der geleisteten Hilfeleistungen als in der Schweiz insgesamt zu verzeichnen; und auch die Inanspruchnahme der Langzeitpflege fällt im Kanton Uri überdurchschnittlich hoch aus. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern, Altersgruppen und Bildungsniveaus sind im Kanton Uri und in der Schweiz häufig ähnlich. Es ist dabei für den Kanton – wegen der im Vergleich zur Gesamtschweiz viel kleineren Stichprobe in der SGB – jeweils deutlich schwieriger, entsprechende Unterschiede als statistisch signifikant nachzuweisen.

Etwas mehr als drei Viertel (75,9%) aller befragten Personen im Kanton Uri haben im Jahresintervall gar nie (35,0%) oder nur ein- bis zweimal (40,9%) eine Hausarztpraxis aufgesucht. Die übrigen Befragten (24,0%) konsultierten hingegen mindestens dreimal eine Hausarztpraxis. Die Häufigkeit von Arztkonsultationen steigt mit zunehmendem Alter.

Der Kanton Uri liegt mit durchschnittlich 2,2 Hausarztkonsultationen pro Person nahe beim Schweizer Durchschnitt von 2,3. Mit durchschnittlich 1,0 Spezialarztkonsultationen (ohne Frauenärzte) liegt der Kanton Uri hingegen an zweitletzter Stelle aller ausgewiesenen Kantone und unter dem Schweizer Durchschnitt von 1,5. Sowohl bei der Grundversorgung als auch für die spezialärztliche Versorgung ist in Uri die tiefste Ärztedichte aller Kantone zu verzeichnen, die wahrscheinlich einen wesentlichen Einfluss auf die Anzahl Arztbesuche hat. Frauen weisen insgesamt etwas mehr Arztbesuche aus als Männer.

Unterschiede bei präventivmedizinischen Leistungen sind in Uri hauptsächlich zwischen den Altersgruppen zu erkennen und sind besonders bei den Krebsvorsorgeuntersuchungen auffällig: 43,7% der Urnerinnen zwischen 20 und 49 Jahren haben sich im Jahresintervall einer Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs unterzogen, bei den Frauen ab 50 Jahren beträgt der Anteil lediglich 28,9%. Dafür wird eine Mammografie bei Frauen (13,9%) und eine Prostatakrebsuntersuchung bei Männern (19,5%) ab dem 50. Lebensjahr häufiger durchgeführt als in jüngeren Jahren. Ebenfalls ausgewertet wurden Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Darmkrebs: Bei 6,5% der Urnerinnen und Urner ab 50 Jahren wurde ein Stuhltest gemacht, und bei 6,3% eine Darmspiegelung vorgenommen.

Komplementärmedizinische Leistungen werden häufiger von Frauen nachgefragt. 39,4% der Urnerinnen berichten von mindestens einer bezogenen Leistung im Jahresintervall, während dieser Anteil bei den Urner Männern nur 17,3% beträgt. Die Homöopathie wird mit 12,5% im Kanton Uri am häufigsten genutzt.

29,2% der Personen im Kanton Uri suchten im Jahresintervall mindestens einmal ein Spital für eine ambulante Behandlung auf, in der Gesamtschweiz beträgt der Anteil 32,9%. Spitäler werden für stationäre Behandlungen im Kanton Uri (8,0%) signifikant

seltener aufgesucht als in der Schweiz (12,0%). Erwartungsgemäss ist die Nachfrage bei älteren Personen ab 65 Jahren im Kanton Uri und in der Schweiz am grössten.

Hilfeleistungen und Pflege zu Hause erfolgen bei einem grossen Teil der Befragten auf der Basis von informeller Hilfe (Hilfe oder Pflege durch Partnerin/Partner, Angehörige, Freunde oder Nachbarn). Im Kanton Uri berichten 13,1% aller Personen davon, im Jahresintervall informelle Hilfe erhalten zu haben. Seltener werden diesbezüglich Dienste von Spitex-Organisationen in Anspruch genommen (UR: 1,4%, CH: 2,8%). Informelle Hilfe wird besonders für Unterstützung im Haushalt in Anspruch genommen, Pflegeleistungen sind seltener.

Bei der Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen ist der Anteil Personen ab 65 Jahren im Kanton Uri von 8,8% im Jahr 2006 auf 6,9% im Jahr 2017 gesunken. Der Kanton Uri weist diesbezüglich gegenüber der Schweiz (5,5%) überdurchschnittliche Werte auf. Frauen leben mit 9,0% gegenüber Männern mit 4,5% doppelt so häufig in Alters- und Pflegeheimen. Dieser Unterschied ist vor allem auf die höhere Lebenserwartung von Frauen zurückzuführen. Zudem liegt im Kanton Uri der Anteil von nicht und leicht Pflegebedürftigen am Total aller Betreuten in den Pflegeheimen deutlich über dem Wert der Gesamtschweiz (28,1% vs. 21,8%).

## 6 Kosten- und Prämienentwicklung OKP

### Vorliegendes Kapitel untersucht folgende Kosten- und Prämienentwicklungen:

- OKP-Bruttokosten nach Leistungserbringer und Leistungsart
- Entwicklung der OKP-Prämien nach Versicherungsmodell
- Individuelle Prämienverbilligung

Gesundheitskosten, insbesondere die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), sind Gegenstand häufiger öffentlicher Diskussionen. Dies widerspiegelt sich auch im Sorgenbarometer 2018: Zum ersten Mal seit 2015 steht der Themenbereich Gesundheit/Krankenkassen an zweiter Stelle der Problemliste der Bevölkerung (gfs.bern, 2018). Das vorliegende Kapitel ergänzt die vorhergegangenen Kapitel durch Informationen zu den Kosten und Prämien der OKP.<sup>1</sup>

### Kosten und Finanzierung im Gesundheitswesen

In der Schweiz wurden im Jahr 2017 insgesamt 82,8 Milliarden Franken für die Gesundheit ausgegeben, was einem Anteil am Bruttoinlandprodukt (BIP) von 12,4% entspricht.<sup>2</sup> Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP ist in der Schweiz der zweithöchste innerhalb der OECD. Nur die US-Bürgerinnen und Bürger geben anteilmässig mehr aus (OECD, 2017a). Seit 2000 haben sich die Kosten im Gesundheitswesen fast verdoppelt, was einem jahresdurchschnittlichen Anstieg von 3,7% entspricht. Die OKP-Bruttokosten haben in der gleichen Zeitspanne noch stärker zugenommen: um durchschnittlich 4,7% pro Jahr von 15,7 auf 32,5 Milliarden Franken.

Die Gesamtkosten wurden zu 35,7% durch die OKP (Nettokosten), zu 28,8% durch die privaten Haushalte (Out-of-Pocket-Ausgaben und Kostenbeteiligungen) und zu 18,0% durch den Staat finanziert. Den restlichen Anteil (17,5%) trugen die Privatversicherungen, die weiteren Sozialversicherungen (UV, MV, IV, AHV)<sup>3</sup> sowie die anderen Systeme der bedarfsabhängigen Sozialleistungen (Ergänzungsleistungen AVH/IV sowie Alters- und Pflegehilfe) (BFS, 2018b).

### Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheitskosten?

Die Einflussfaktoren der Gesundheitskosten sind Gegenstand vieler Untersuchungen. Gemäss einer Studie sind die demografische Alterung, der medizinisch-technologische Fortschritt sowie die Höhe des BIP pro Einwohnerin und Einwohner die Hauptkostentreiber im Gesundheitswesen (Colombier, 2018). Zwei Studien führen die Kostenzunahme auch darauf zurück, dass die Zunahme der Lohnkosten höher ist als die Produktivitätssteigerung (Baumol-Effekt) (Colombier, 2018; Hartwig, 2007). Zwei ältere Studien haben den Effekt der demografischen Alterung sowie der Bevölkerungszunahme auf die Gesundheitskosten quantifiziert. Gemäss einer Studie des BFS sind 39,0% des Kostenanstiegs zwischen 1985 und 2002 auf diese beiden Faktoren zurückzuführen (OFS, 2005). Laut einer Obsan-Studie sind sie für einen Fünftel des Kostenanstiegs in der OKP zwischen 1998 und 2010 verantwortlich (Roth & Roth, 2012).

Die Gesundheitskosten pro Kopf der Bevölkerung variieren sehr stark zwischen den Kantonen, was auf Unterschiede im Versorgungsangebot (z. B. Angebotsdichte, Angebotsstruktur, Patientenwanderungen), in der Nachfrage und dem Inanspruchnahme-Verhalten für Gesundheitsleistungen (z. B. Bevölkerungsdichte/-zusammensetzung, Morbiditätsrate), in der Finanzierung des Gesundheitswesens (z. B. Ausmass der öffentlichen Subventionierung) sowie der politischen Praxis und Tradition der Kantone zurückzuführen ist (Camenzind & Sturny, 2013).

<sup>1</sup> Um den Text zu vereinfachen, werden die Begriffe «OKP-Bruttokosten» und «OKP-Nettokosten» verwendet. Damit sind die Brutto- bzw. Nettokosten zulasten der OKP gemeint.

<sup>2</sup> [www.statistik.ch](http://www.statistik.ch) → Statistiken finden → Gesundheit → Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens seit 1960 (Zugriff am 19.11.2019)

<sup>3</sup> UV: Unfallversicherung, MV: Militärversicherung, IV: Invalidenversicherung, AHV: Alters- und Hinterlassenenversicherung

### Welche Kosten sind im Datenpool erfasst?

Der Datenpool ist eine von der SASIS AG – einer Tochtergesellschaft von santésuisse – produzierte Datenbank im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP).

Im Datenpool werden alle durch die beteiligten Versicherer erfassten Rechnungen inklusive die Kostenbeteiligung der versicherten Personen (Franchise, Selbstbehalt und Beitrag an die Kosten von Spitalaufenthalten) zusammengeführt, was als Bruttoleistungen bezeichnet wird. Berücksichtigt sind nur Leistungen, für welche den Krankenversicherern eine Rechnung eingereicht oder die den Versicherern direkt vom Leistungserbringer in Rechnung gestellt werden. Rechnungen, welche von den Versicherten zurückbehalten werden (z. B. aufgrund einer hohen Franchise) sowie Leistungen, welche nicht von den Versicherungen im Rahmen der OKP übernommen werden (z. B. Leistungen der Zusatzversicherungen VVG), sind nicht im Datenpool erfasst. Im Datenpool sind ebenfalls keine Angaben zu den staatlichen Beiträgen (z. B. zur Kofinanzierung des stationären Bereichs) vorhanden.

Die Daten des Datenpools decken in den Jahren 2013 bis 2017 zwischen 99,5% und 100% aller versicherten Personen im Kanton Uri ab. Um die Totalkosten zu schätzen und die einzelnen Jahresdaten miteinander vergleichen zu können, werden die Daten mittels Versichertenbestand aus dem Risikoausgleich<sup>4</sup>

der Gemeinsamen Einrichtung KVG auf 100% hochgerechnet. Dabei werden die Kosten aus dem Datenpool mit dem Versichertenbestand des Datenpools dividiert und mit dem Versichertenbestand des Risikoausgleichs multipliziert.

Seit dem 1. Januar 2007 gehören Personen im Asylprozess nicht mehr zum Versichertenbestand des Risikoausgleichs, sie werden aber im Datenpool der SASIS AG nach wie vor erfasst. Für die Hochrechnung der Daten wird der Risikoausgleich deshalb ab 2007 mit den Daten aus der Asylstatistik des Staatssekretariats für Migration ergänzt. Die Hochrechnung erlaubt eine Schätzung derjenigen Kosten, die anfallen würden, wenn alle Krankenversicherer beim Datenpool angeschlossen wären. Dabei wird angenommen, dass die fehlenden, nicht im Datenpool erfassten versicherten Personen eine ähnliche Kostenstruktur aufweisen wie die im Datenpool erfassten Versicherten.

Vorliegende Daten stammen aus der Jahresproduktion 2013–2017 der SASIS AG vom 20. Juli 2018. Sie beziehen sich auf die Geschäftsperiode (Abrechnungszeitpunkt beim Versicherer) und nicht auf die Behandlungsperiode. Das Abrechnungsverhalten der Krankenversicherer kann demzufolge Einfluss auf die ausgewiesenen Kosten haben. Die Daten beziehen sich zudem auf den Wohnkanton der Patientinnen und Patienten ungeachtet des Kantons, in welchem die Behandlung erfolgte.

## 6.1 OKP-Kosten

Im vorliegenden Unterkapitel wird die Kostenentwicklung in der OKP der Jahre 2013 bis 2017 zuerst nach Leistungserbringer und Leistungsart und dann nach Alter und Geschlecht der Versicherten dargestellt. Es handelt sich dabei um die durch die Urner Bevölkerung generierten OKP-Kosten ungeachtet des Kantons, in welchem die Leistung erbracht wurde. Die Kostenbeteiligung der versicherten Personen wird ebenfalls in einer kurzen Analyse behandelt.

### 6.1.1 OKP-Bruttokosten nach Leistungserbringer und Leistungsart

*Die OKP-Bruttokosten im Kanton Uri belaufen sich 2017 auf 107 Millionen Franken*

Die OKP-Bruttokosten der Urner Bevölkerung belaufen sich 2017 auf insgesamt 107,4 Millionen Franken (Tabelle T 6.1). Diese Kosten verteilen sich wie folgt auf die verschiedenen Leistungserbringer: Der grösste Kostenanteil entfällt auf die Spitäler (Total 47,1%: 24,3% für stationäre Leistungen, 22,8% für ambulante Leistungen). An zweiter Stelle kommen die Arztpraxen (32,5%), gefolgt von den

Pflegeheimen (8,1%) und den Apotheken und Abgabestellen für Mittel- und Gegenstände (MiGeL) (3,4%). Diese vier Leistungserbringer machen 2017 mehr als 90% der OKP-Gesamtkosten im Kanton Uri aus. Die Verteilung der Kosten auf die verschiedenen Leistungserbringer ist etwa ähnlich wie in der Gesamtschweiz mit folgenden Ausnahmen (Tabelle T 6.1): ärztliche Medikamentenabgabe (UR: 13,0%; CH: 6,3%) sowie Apotheken und Abgabestellen MiGeL (UR: 3,4%; CH: 12,7%). Diese Unterschiede ergeben sich aus den diversen kantonalen Gesetzgebungen betreffend ärztlicher Medikamentenabgabe (Selbstdispensation). Im Kanton Uri können – wie in vielen anderen Deutschschweizer Kantonen – praktizierende Ärztinnen und Ärzte Medikamente an ihre Patientinnen und Patienten abgeben. In Kantonen ohne Selbstdispensation erfolgt die Medikamentenabgabe ausschliesslich durch Apotheken.<sup>5</sup>

Die OKP-Kosten der Urner Bevölkerung sind zwischen 2013 und 2017 um jahresdurchschnittlich 1,2% gestiegen; zwischen 2016 und 2017 sind die Kosten jedoch leicht gesunken. Über den gesamten Zeitraum betrachtet liegt die Wachstumsrate im Kanton Uri unter dem Schweizer Durchschnitt (+3,8%). Der grösste Teil des Kostenzuwachses ging dabei in den letzten fünf Jahren von +5,1 Millionen Franken auf steigende Kosten im ambulanten Spitalbereich (+4,4 Millionen Franken) sowie bei den Behandlungen in Arztpraxen (+1,2 Millionen Franken) zurück. Diese Leistungserbringer weisen aber nicht die höchsten Wachstumsraten auf.

<sup>4</sup> Der Risikoausgleich ist ein Umverteilungssystem in der OKP: Krankenversicherer mit einer guten Risikostruktur ihrer Versicherten (Versicherte mit unterdurchschnittliche Krankheitskosten) bezahlen Ausgleichszahlungen an Versicherer mit einer schlechten Risikostruktur (Versicherte mit überdurchschnittlichen Krankheitskosten). Vgl. [www.kvg.org](http://www.kvg.org) → Versicherer → Risikoausgleich (Zugriff am 08.10.2019)

<sup>5</sup> 15 Kantone mit Selbstdispensation (AI, AR, BL, GL, LU, NW, OW, SH, SG, SO, SZ, TG, UR, ZG, ZH), 9 Kantone mit Verbot der ärztlichen Medikamentenabgabe (AG, BS, FR, GE, JU, NE, TI, VD, VS) und 2 Kantone mit Mischsystem (BE, GR) (pharmaSuisse, 2018).

**Bruttokosten in der OKP**, nach Gruppen von Leistungserbringern und Leistungsarten, Kanton Uri und Schweiz, 2013 bis 2017 (in Millionen Franken)**T 6.1**

		UR						CH			
		2013	2014	2015	2016	2017	Anteil 2017 am Total in %	Ø Veränderung <sup>1</sup>	Anteil 2017 am Total in %	Ø Veränderung <sup>1</sup>	
<b>Spitäler</b>	stationäre Leistungen	29,2	29,1	28,6	28,4	26,1	24,3	-2,8	20,7	-0,1	
	ambulante Leistungen	20,1	22,4	21,7	24,8	24,5	22,8	5,1	19,2	5,1	
	<b>Total</b>	<b>49,3</b>	<b>51,5</b>	<b>50,3</b>	<b>53,2</b>	<b>50,6</b>	<b>47,1</b>	<b>0,7</b>	<b>39,9</b>	<b>2,2</b>	
<b>Arztpraxen</b>	Behandlungen	16,8	17,3	17,1	17,3	18,0	16,8	1,7	22,1	5,5	
	Medikamente	13,4	13,0	12,8	13,4	14,0	13,0	1,1	6,3	4,7	
	übrige Leistungen	2,9	2,7	2,7	2,7	2,9	2,7	0,0	2,2	5,7	
	<b>Total</b>	<b>33,1</b>	<b>33,0</b>	<b>32,6</b>	<b>33,4</b>	<b>34,9</b>	<b>32,5</b>	<b>1,3</b>	<b>30,5</b>	<b>5,3</b>	
<b>Pflegeheime</b>		9,1	9,3	8,5	8,7	8,7	8,1	-1,1	5,7	3,9	
<b>Apotheken und Abgabestellen MiGeL<sup>2</sup></b>		3,4	3,3	3,5	3,6	3,7	3,4	2,1	12,7	7,3	
<b>Physiotherapeuten/-therapeutinnen</b>		1,9	2,4	2,5	2,8	2,9	2,7	11,2	3,1	10,9	
<b>Laboratorien</b>		1,4	1,5	1,6	1,8	1,9	1,8	7,9	2,8	0,3	
<b>Spitex-Organisationen</b>		2,0	2,3	2,1	2,0	2,1	2,0	1,2	2,7	8,2	
<b>übrige Leistungserbringer</b>		2,2	2,5	2,7	2,9	2,7	2,5	5,3	2,6	6,0	
<b>Total</b>		<b>102,3</b>	<b>105,7</b>	<b>103,9</b>	<b>108,4</b>	<b>107,4</b>	<b>100,0</b>	<b>1,2</b>	<b>100,0</b>	<b>3,8</b>	

<sup>1</sup> durchschnittliche jährliche Veränderung (geometrisches Mittel) 2013–2017, in %<sup>2</sup> Mittel- und Gegenstände-Liste

Quellen: SASIS AG – Datenpool; Gemeinsame Einrichtung KVG – Risikoausgleich; SEM – Asylstatistik / Auswertung Obsan

© Obsan 2020

Eine im Vergleich zum Anstieg der Gesamtkosten der Urner Bevölkerung überdurchschnittliche Zunahme zwischen 2013 und 2017 ist bei den Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten (jahresdurchschnittlich +11,2%) sowie bei den Laboratorien (jahresdurchschnittlich +7,9%) zu verzeichnen – die Kosten dieser beiden Leistungserbringer machen jedoch lediglich 2,7% bzw. 1,8% der Gesamtkosten im Kanton aus.

Während im Bereich Physiotherapie auch auf Ebene Gesamtschweiz hohe Wachstumsraten zu verzeichnen sind, haben sich die Kosten der Laboratorien seit 2013 dagegen kaum verändert (jahresdurchschnittlich +0,3%). Die dritthöchste Wachstumsrate pro Jahr im Kanton verzeichnet die Gruppe der übrigen Leistungserbringer mit 5,3%, danach folgen ambulante Leistungen der Spitäler mit einem Zuwachs von +5,1%.

Die OKP-Bruttokosten von Arztpraxen im Kanton Uri sind in der beobachteten Periode um jahresdurchschnittlich +1,3% gestiegen, was unter dem Schweizer Durchschnitt von +5,3% liegt. Diesbezügliche kantonale Variationen lassen sich u.a. durch unterschiedliche Umsetzungen der Zulassungsregelung von Ärztinnen und Ärzten zur Tätigkeit zulasten der OKP (auch als Zulassungsstopp bekannt) erklären (Roth & Sturny, 2017).

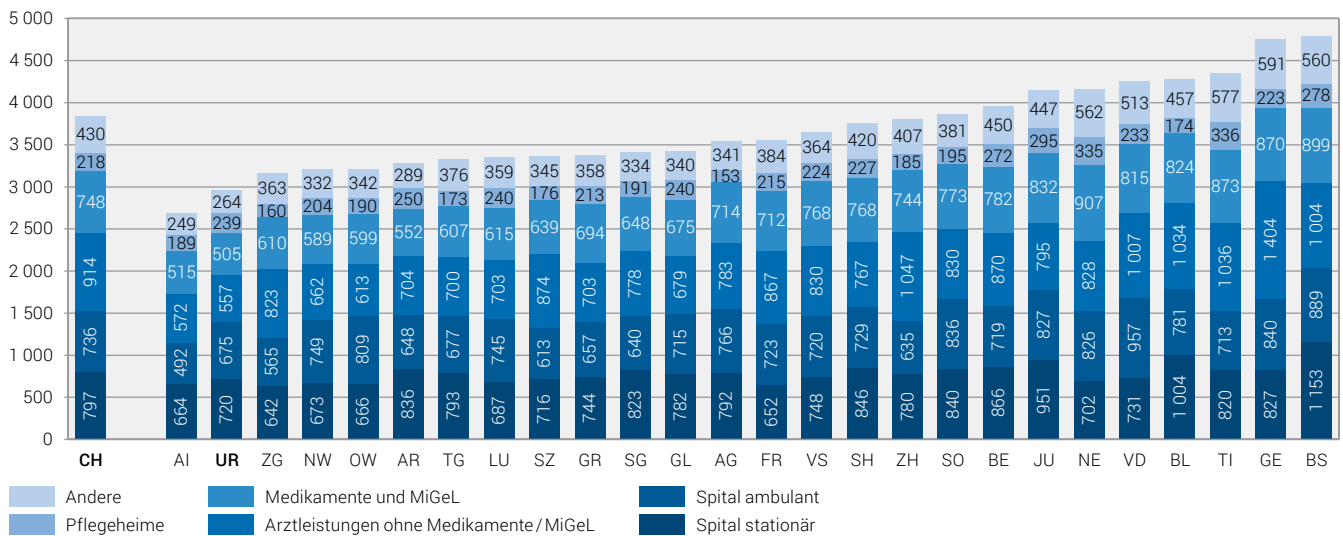
Zwischen 2013 und 2017 sind die Bruttokosten der Spitäler im Kanton Uri um +0,7% pro Jahr gestiegen, wobei dieser Anstieg auf ambulante Spitalleistungen (+5,1%) zurückzuführen ist, denn die Kosten im stationären Spitalbereich sind in diesem Zeitraum gesunken (-2,8%). Für diese Kostenentwicklung können zwei mögliche Erklärungen herangezogen werden: Erstens die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im Bereich der Spitalfinanzierung (BAG, 2015a). In einer Studie wird darauf hingewiesen, «dass der OKP-Anteil an der Finanzierung der stationären Spitalleistungen im Rahmen der Übergangsmassnahmen zwischen 2012 und 2016 zurückging» (Pellegrini & Roth, 2018). Im Kanton Uri ist der kantonale Finanzierungsanteil von 52% im Jahr 2012 auf 55% im Jahr 2017<sup>6</sup> gestiegen, was zu einer geringfügigen Reduktion der OKP-Bruttokosten von stationären Spitalleistungen führte.<sup>7</sup> Als zweite Erklärung kann die Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich angeführt werden (Roth & Pellegrini, 2019).

Die Kosten von Pflegeheimen im Kanton Uri haben mit jahresdurchschnittlich -1,1% leicht abgenommen, während sie in der Gesamtschweiz (+3,9%) gestiegen sind.

<sup>6</sup> [www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/TB\\_Zusammenstellung\\_Kostenteiler\\_20180718.pdf](http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/TB_Zusammenstellung_Kostenteiler_20180718.pdf) (Zugriff am 08.10.2019)<sup>7</sup> Es handelt sich dabei um eine Verschiebung der OKP-Finanzierung in Richtung Kantone.

## OKP-Bruttokosten pro versicherte Person, nach Leistungskategorien und Kanton, 2017 (in Franken)

G6.1



Quelle: SASIS AG – Datenpool/Auswertung Obsan

© Obsan 2020

## Unterdurchschnittliche OKP-Kosten pro versicherte Person im Kanton Uri

Die jährlichen OKP-Bruttokosten pro versicherte Person belaufen sich 2017 im Kanton Uri auf 2959 Franken – damit liegt der Kanton deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt von 3842 Franken (Grafik G6.1). Die höchsten jährlichen Kosten pro versicherte Person verzeichnet der Kanton Basel-Stadt (4782 Franken), die tiefsten der Kanton Appenzell-Innerrhoden (2681 Franken).

Mit Ausnahme der Kosten für die Pflegeheime sind die jährlichen OKP-Pro-Kopf-Kosten des Kantons Uri in allen Leistungskategorien tiefer als die entsprechenden Kosten der Gesamtschweiz.

Der stationäre Spitalbereich ist im Kanton Uri der grösste Kostenblock (720 Franken), gefolgt von den ambulanten Spitalleistungen (675 Franken) und den Arztleistungen (nur Behandlungen; 557 Franken). Die Kosten für die beiden Kategorien «Medikamente und MiGeL» sowie «Pflegeheime» belaufen sich auf 505 Franken bzw. 239 Franken pro versicherte Person.

## 6.1.2 OKP-Bruttokosten nach Geschlecht und Alter der Versicherten

70% der OKP-Bruttokosten sind dem ambulanten Sektor zuzurechnen

Der vorangegangene Abschnitt hat gezeigt, dass die OKP-Pro-Kopf-Kosten für fast alle Leistungskategorien unter dem Schweizer Durchschnitt liegen. Nun sollen die Kosten nach Sektor (ambulant/stationär) sowie nach Geschlecht und Alter der Versicherten verglichen werden.

Im Kanton Uri sind 67,6% der OKP-Bruttokosten pro versicherte Person dem ambulanten Sektor zuzurechnen, was etwas weniger ist als im Schweizer Durchschnitt (73,6%, Tabelle T6.2). Die Kosten pro versicherte Person liegen für den ambulanten Sektor unter dem Schweizer Durchschnitt (UR: 2000 Franken, CH: 2827 Franken). Die kantonalen Kosten des stationären Sektors (UR: 958 Franken, CH: 1014 Franken) sind ebenfalls tiefer als im Schweizer Durchschnitt.

Die OKP-Pro-Kopf-Kosten der Frauen sind generell höher als diejenigen der Männer. Dieser Unterschied lässt sich v. a. durch die höhere Lebenserwartung und durch die Kosten im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt erklären (Camenzind & Meier, 2004). Im Kanton Uri beträgt der Geschlechterunterschied 658 Franken bzw. 25,0%. In der Gesamtschweiz ist dieser Unterschied ausgeprägter (966 Franken bzw. 28,8%). Der Geschlechterunterschied ist im Kanton Uri im stationären Sektor (UR: 36,5%, CH: 29,9%) deutlich grösser als im ambulanten (UR: 19,8%, CH: 28,4%).



**Ambulante und stationäre OKP-Pro-Kopf-Kosten, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2017**  
(in Franken)

**T 6.2**

	Ambulant		Stationär <sup>1</sup>		Total	
	UR	CH	UR	CH	UR	CH
<b>Total</b>	<b>2 000</b>	<b>2 827</b>	<b>958</b>	<b>1 014</b>	<b>2 959</b>	<b>3 842</b>
<b>Geschlecht</b>						
Frauen	2 185	3 177	1 110	1 145	3 294	4 322
Männer	1 823	2 474	813	882	2 636	3 356
<b>Altersgruppen</b>						
0–15 Jahre	735	1 029	165	159	901	1 188
16–35 Jahre	1 093	1 530	338	416	1 431	1 946
36–50 Jahre	1 391	2 203	395	475	1 786	2 678
51–65 Jahre	2 366	3 450	809	895	3 175	4 345
66+ Jahre	4 430	6 307	3 167	3 427	7 597	9 735

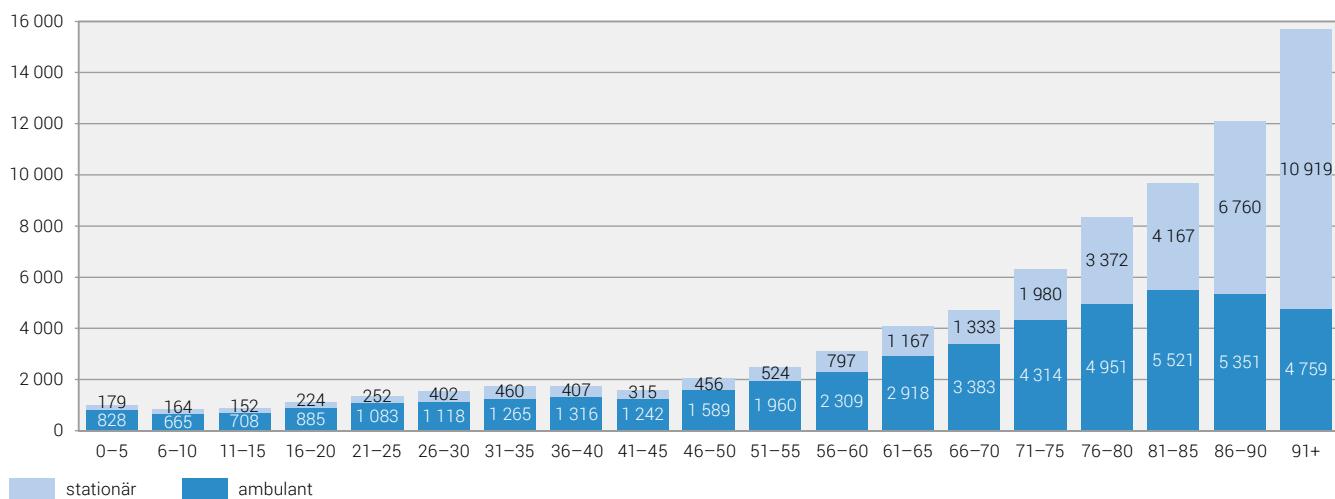
<sup>1</sup> stationäre Spitalleistungen und Pflegeheimleistungen

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Auswertung Obsan

© Obsan 2020

**Ambulante und stationäre OKP-Pro-Kopf-Bruttokosten, nach 5-Jahres-Altersgruppen, Kanton Uri, 2017** (in Franken)

**G 6.2**



stationäre Spitalleistungen und Pflegeheimleistungen

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Auswertung Obsan

© Obsan 2020

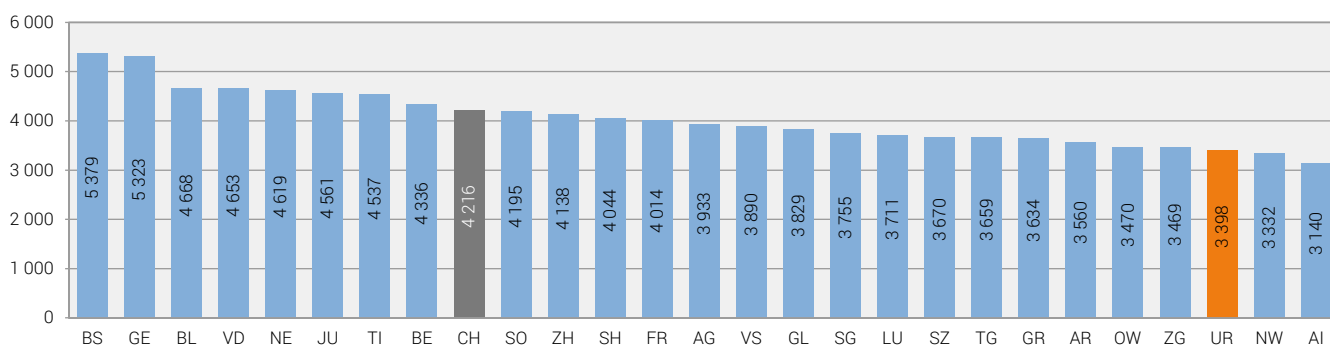
Mit höherem Alter werden vermehrt OKP-Leistungen bezogen bzw. benötigt. So hat 2017 eine unter 16-jährige Person aus dem Kanton Uri mit 901 Franken im Durchschnitt achtmal tiefere OKP-Kosten als eine 66-jährige oder ältere Person (7597 Franken). Ein vergleichbarer Zusammenhang existiert auch auf Gesamtschweizer Ebene. Für den Kanton Uri sind die Kosten sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor für alle Altersgruppen tiefer als die entsprechenden Schweizer Werte.

Der KVG-Grundsatz der Solidarität zwischen der jüngeren und der älteren Generation kann bei der verfeinerten Betrachtung der OKP-Kosten nach 5-Jahres-Altersgruppen analysiert werden (Grafik G 6.2). Das KVG sieht vor, dass die Prämien für Versicherungsnehmende ab 26 Jahren nicht mehr nach Alter

differenziert werden können. Die Zahlen zu den Kosten zeigen aber eine deutliche Zunahme der OKP-Kosten mit zunehmendem Alter. Die Altersgruppe «0–5 Jahre» bildet die Ausnahme, was durch Kosten im Zusammenhang mit der Geburt bedingt ist.

Die ambulanten Kosten steigen bis zur Altersgruppe der 81- bis 85-Jährigen und sinken dann wieder leicht. Im stationären Bereich ist ein beinahe exponentieller Kostenanstieg über die Altersgruppen zu beobachten. Vor allem in den hohen Altersgruppen werden vermehrt stationäre Leistungen in Anspruch genommen. So steigt der Anteil der stationären Leistungen an den gesamten Pro-Kopf-Kosten von 19,8% bei den 6- bis 10-jährigen auf 69,6% bei den 91-jährigen und älteren Urnerinnen und Urner.

## OKP-Jahresprämien pro versicherte Person, nach Kanton, 2017 (26-jährige und ältere Versicherte, in Franken) **G6.3**



Quelle: SASIS AG – Datenpool / Auswertung Obsan

© Obsan 2020

### 6.1.3 Kostenbeteiligung

#### *Höchste Kostenbeteiligung bei Laboranalysen und Arztbehandlungen*

Die versicherten Personen beteiligen sich mit der Franchise, dem Selbstbehalt und dem Spitalaufenthaltsbeitrag an den Kosten der OKP.<sup>8</sup> Diese im Datenpool erfassten Kostenbeteiligungen betragen für das Jahr 2017 rund 16,6 Millionen Franken, d. h. Urnerinnen und Urner bezahlen 15,4% der OKP-Kosten direkt in Form von Kostenbeteiligungen. Zwischen 2013 und 2017 beträgt der Anteil der Kostenbeteiligung im Kanton jeweils zwischen 14,8% und 15,4% der Bruttokosten. Für die Gesamtschweiz variiert dieser Anteil zwischen 13,6% und 13,9% und fällt somit etwas tiefer aus als im Kanton Uri.

Die erfasste Kostenbeteiligung verteilt sich unterschiedlich auf die diversen Leistungskategorien. So zahlen die versicherten Personen im Kanton Uri 33,4% der Laboruntersuchungen und 28,3% der Arztbehandlungen als Kostenbeteiligung. Im stationären Spitalbereich (7,6%), bei den Spitex-Leistungen (6,2%) und vor allem bei den Pflegeheimleistungen (4,5%) sind diese Anteile deutlich niedriger. Dies dürfte einerseits darauf zurückzuführen sein, dass Patientinnen und Patienten, die die erwähnten Leistungen beanspruchen, tendenziell älter sind und folglich die ordentliche Franchise von 300 Franken für Erwachsene wählen. Andererseits sind die durchschnittlichen Kosten pro Behandlung, welche im stationären oder langzeitpflegerischen Bereich anfallen, meistens höher als die Kosten für die Leistungen bei einer ambulanten Behandlung, womit der relative Anteil der Kostenbeteiligung für diese Leistungsgruppen geringer ausfällt.

<sup>8</sup> Allfällige Kosten, welche durch die versicherten Personen darüber hinaus aus eigener Tasche bezahlt werden (Out-of-Pocket-Leistungen), sind nicht Bestandteil der OKP-Kosten und können hier deshalb nicht analysiert werden. Darunter fallen beispielsweise die Beiträge an die Wohn- und Betreuungskosten in Pflegeheimen. Die Kostenbeteiligung OKP kann bei den verschiedenen Leistungserbringern rein zufällig entstehen, da sie bei den ersten im Jahr eingereichten Rechnungen abgezogen wird. Versicherte Personen können ihre Kostenbeteiligung ausserdem beeinflussen, indem sie beispielsweise ihre Franchise senken, wenn im Folgejahr eine grössere medizinische Behandlung ansteht.

### 6.2 OKP-Prämien und Versicherungsmodelle

Die Leistungen der OKP werden hauptsächlich über die Prämien sowie die Kostenbeteiligung der versicherten Personen finanziert.

Das vorliegende Unterkapitel behandelt die interkantonalen Prämienunterschiede und stellt die Prämienausgaben im Kanton Uri innerhalb der verschiedenen Versicherungsmodelle (vgl. Kasten) dar. Weiter wird kurz auf die kantonale Prämienverbilligung eingegangen. Die dargestellten Werte beziehen sich stets auf die 26-jährigen und älteren, im Kanton Uri wohnhaften, versicherten Personen.

Zur Darstellung der Prämien wird im Folgenden das Prämienvolumen aus dem Datenpool der SASIS AG ausgewertet. Es handelt sich dabei um die OKP-Prämie gemäss Angebotstarif, d. h. um die Prämie vor Abzug der individuellen Prämienverbilligung, aber nach Abzug des Prämiennachlasses für Wahlfranchise, alternatives Versicherungsmodell und Unfallausschluss. Die vorliegenden Werte können somit nicht direkt mit den vom Bundesamt für Gesundheit jeweils im Herbst publizierten Durchschnittsprämien verglichen werden.

#### *Unterdurchschnittliches Prämienniveau im Kanton Uri*

Die jährlichen Erwachsenenprämien in der OKP sind im Kanton Uri von 3037 Franken im Jahr 2013 auf 3398 Franken im Jahr 2017 gestiegen; dies entspricht einer jahresdurchschnittlichen Zunahme um 2,8%. In der Schweiz haben sich die Prämien im selben Zeitraum um 3,5% von 3670 Franken auf 4216 Franken erhöht. Somit ist sowohl der Anstieg pro Jahr als auch das Niveau der OKP-Prämien im Kanton Uri unterdurchschnittlich (Grafik G6.3). Die Kantone Appenzell Innerrhoden, Nidwalden, Zug und Obwalden weisen neben Uri die tiefsten Prämien auf mit jährlichen Beträgen unter 3500 Franken. Die höchsten Beiträge sind in den Kantonen Genf mit 5323 Franken und Basel-Stadt mit 5379 Franken pro Jahr zu bezahlen.

### Beschreibung der KVG-Versicherungsmodelle für Erwachsene

- Standardmodell mit ordentlicher Franchise: Grundversicherung mit einer jährlichen Kostenbeteiligung (Franchise) von 300 Franken für die versicherte Person.
- Standardmodell mit wählbarer Franchise: Versicherungsmodell, welches eine Prämienermässigung ermöglicht, wenn die versicherte Person eine höhere Franchise (500, 1000, 1500, 2000 oder 2500 Franken) wählt.
- Hausarztmodelle mit Einzelleistungsfakturierung: Hausarztmodelle, bei welchen die Rechnungsstellung an die versicherte Person bzw. den Versicherer für die einzelnen erbrachten Leistungen gemäss gültigen Tarifen erfolgt.
- Capitation-Modelle: HMO-, Hausarztmodelle oder Ärztenetze, bei welchen die Leistungserbringer mit Kopfpauschalen pro versicherte Person entschädigt werden.
- Telemedizin: Versicherungsmodell, bei welchem die Patientinnen und Patienten sich bei jedem neu auftretenden Gesundheitsproblem (mit der Ausnahme von Notfällen) zuerst telefonisch beraten lassen müssen.
- Bonusversicherung: Eine Prämienreduktion wird gewährt, wenn eine versicherte Person während eines Jahres keine Leistungen der Versicherung beansprucht hat.

Je nach Versicherungsmodell, Franchisehöhe und Prämienregion kann die Prämienhöhe um über 2600 Franken pro Jahr variieren

Die Prämienhöhe eines Kantons hängt massgeblich von den gewählten Versicherungsmodellen (vgl. Kasten) und der Höhe der jährlichen Franchise ab, wobei die Prämien tiefer ausfallen, wenn eine höhere Franchise gewählt wird.

Tabelle T6.3 zeigt die jährlichen Durchschnittsprämien pro versicherte Person nach Versicherungsmodell, Franchisestufe sowie Prämienregion auf. Im Kanton Uri hat es eine Prämienregion.<sup>9</sup> Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die Prämien je nach gewähltem Versicherer innerhalb eines Kantons stark unterscheiden können und hier somit als Durchschnitt über alle im Kanton aktiven Krankenversicherer dargestellt werden.

Der Kanton Uri weist – wie weiter oben bereits ausgeführt – über alle Versicherungsmodelle und Franchisestufen hinweg tiefere Prämien (3398 Franken) auf als die Gesamtschweiz (4216 Franken). Diese Durchschnittsprämie 2017 von 3398 Franken für Erwachsene variiert im Kanton Uri je nach Versicherungsmodell und Franchisestufe zwischen 2323 und 4156 Franken (Tabelle T6.3). Urnerinnen und Urner können somit ihre Durchschnittsprämien mit einem Wechsel des Versicherungsmodells oder der Franchise massiv reduzieren. Die höchsten Durchschnittsprämien über alle Prämienregionen hinweg bezahlen

**OKP-Jahresprämien pro Kopf und Versicherte, nach OKP-Modell und Franchisestufe, Kanton Uri und Schweiz, 2017 (26-jährige und ältere Versicherte)**

**T6.3**

OKP-Modell	Franchise (CHF)	UR			CH	
		Prämienregion 1	Ø Prämie <sup>1</sup>	Anteil Versicherte	Ø Prämie <sup>1</sup>	Anteil Versicherte
Standardmodell gemäss KVG	300	4 094	4 094	16,3	5 138	19,1
	500	4 156	4 156	5,0	5 295	6,0
	1000/1500	3 271	3 271	4,4	4 407	3,6
	2000/2500	2 764	2 764	3,8	3 606	4,9
Hausarztmodelle ohne Capitation	300	3 873	3 873	21,2	4 588	16,4
	500	3 730	3 730	5,7	4 539	4,7
	1000/1500	3 098	3 098	8,6	3 745	5,4
	2000/2500	2 391	2 391	12,6	2 983	12,2
Capitation-Modelle (HMO, Hausarzt mit Capitation)	300	3 670	3 670	3,5	4 513	5,4
	500	3 502	3 502	1,0	4 398	1,4
	1000/1500	2 929	2 929	2,0	3 575	2,4
	2000/2500	2 323	2 323	2,9	3 033	4,0
Versicherungsmodelle mit Telemedizin	300	3 810	3 810	2,7	4 574	4,0
	500	3 771	3 771	1,4	4 504	1,4
	1000/1500	2 940	2 940	3,1	3 730	2,4
	2000/2500	2 369	2 369	5,8	3 015	6,5
Bonusversicherung	300	2 861	2 861	0,1	3 661	0,1
<b>Total<sup>2</sup></b>		<b>3 398</b>	<b>3 398</b>	<b>100,0</b>	<b>4 216</b>	<b>100,0</b>

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

<sup>2</sup> nicht abgebildet, aber im Total enthalten: OKP-Modell unbekannt (CH-Anteil < 0,2%)

<sup>9</sup> Die Verteilung der Prämienregionen auf Gemeindeebene ist auf folgender Webseite zu finden: [www.priminfo.admin.ch](http://www.priminfo.admin.ch) → Prämienregionen (letzter Zugriff: 20.11.2019)

Versicherte mit Standardmodell KVG. Versicherte, die eine Bonusversicherung gewählt haben, bezahlen die tiefsten Prämien. Die Prämien der Capitation-Modelle und der Modelle ohne Capitation liegen dabei sehr nahe beieinander. Ohne Berücksichtigung der Kostenbeteiligung der Versicherten besteht für Personen, die hohe Prämien bezahlen, somit ein erhebliches Einsparpotenzial.

Je höhere Franchisen gewählt werden, desto tiefer fallen die durchschnittlichen Prämien aus. So können je nach Versicherungsmodell im Kanton Uri zwischen durchschnittlich 32,5% und 38,3% gespart werden, wenn anstelle der ordentlichen Franchise von 300 Franken eine hohe Franchise von 2000 oder 2500 Franken gewählt wird.

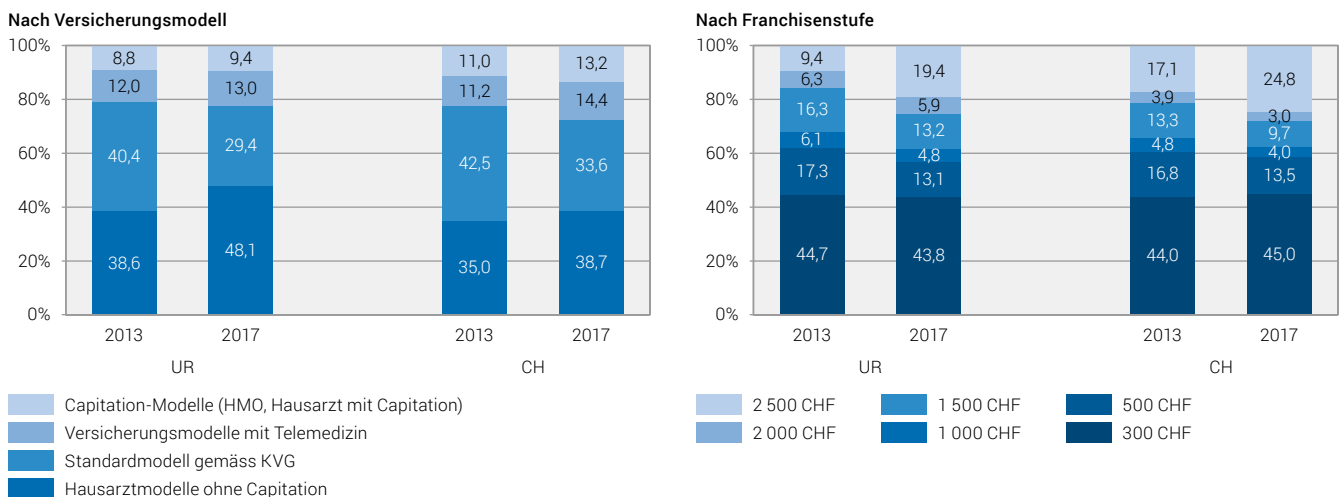
*70% der Urner Bevölkerung wählt alternative Versicherungsmodelle*

Im Kanton Uri ist das Hausarztmodell ohne Capitation mit 48,1% das meistgewählte Modell im Jahr 2017 (Grafik G6.4), gefolgt vom Standardmodell gemäss KVG (29,4%) und den Versicherungsmodellen mit Telemedizin (13,0%). Diese drei Versicherungsmodellen mit Telemedizin (13,0%). Diese drei Versicherungsmodellen decken 90,5% der Versicherten ab. Im Vergleich mit der Gesamtschweiz werden im Kanton Uri Hausarztmodelle ohne Capitation häufiger, das Standardmodell dagegen etwas seltener gewählt.

Zwischen 2013 und 2017 ist im Kanton Uri ein Rückgang des Standardmodells von 40,4% auf 29,4% zu verzeichnen. Somit haben mehr als 10% der Versicherten vom Standardmodell zu einem Alternativmodell gewechselt. Die gleiche Entwicklung zeigt sich auch auf nationaler Ebene: Der Anteil der Versicherten mit Standardmodell gemäss KVG sank zwischen 2013 und 2017 von 42,5% auf 33,6%.

**OKP-Versicherte, nach Versicherungsmodell und Franchisenstufe, Kanton Uri und Schweiz, 2013 und 2017 (26-jährige und ältere Versicherte)**

**G6.4**



Quelle: SASIS AG – Datenpool / Auswertung Obsan

© Obsan 2020

**Prämienverbiligung KVG, Kanton Uri und Schweiz, 2013 und 2017**

**T6.4**

		Anteil der Bezüger/innen in %	Total Beiträge nach KVG in Millionen Franken	Kantonsbeitrag in %	Durchschnittlicher Beitrag pro Bezüger/in in Franken	Durchschnittlicher Beitrag pro versicherte Person in Franken	In % der Bruttoprämie aller Versicherten
UR	2013	37,3%	15,5	37,3%	1 157	432	17,1%
	2017	30,6%	16,3	30,9%	1 467	450	15,6%
CH	2013	28,0%	4 014,7	45,7%	1 782	499	16,5%
	2017	26,4%	4 489,0	41,7%	2 025	535	14,8%

Quelle: BAG – Krankenversicherungsstatistik / Auswertung Obsan

© Obsan 2020

Sowohl im Kanton Uri wie auch in der Gesamtschweiz wird am häufigsten die ordentliche Franchise von 300 Franken für erwachsene Personen gewählt (Grafik G6.4). Ihr Anteil über alle Versicherungsmodelle hinweg ist zwischen 2013 und 2017 im Kanton Uri fast unverändert geblieben (2013: 44,7%; 2017: 43,8%). Auch auf Ebene Gesamtschweiz haben sich die Anteile in der gleichen Periode nicht wesentlich verändert.

Generell lässt sich sagen, dass die Urner – wie auch die Schweizer Bevölkerung – zunehmend höhere Franchisen wählen, wodurch sich die Prämien reduzieren lassen (Tabelle T6.3). Im Jahr 2013 wählten 62,0% aller Urnerinnen und Urner eine Franchise von 500 Franken oder weniger, 2017 waren es 56,9%. Im gleichen Zeitraum lässt sich im Gegensatz dazu ein starker Anstieg der höchsten Franchise von 2500 Franken beobachten (von 9,4% auf 19,4%).

### *Fast ein Viertel der Urnerinnen und Urner bezieht eine Prämienverbilligung*

Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen werden mittels individueller Prämienverbilligung durch Bund und Kantone finanziell unterstützt. Seit der Neugestaltung des Finanzausgleichs (bfu) im Jahr 2008 ist die Bundesbeteiligung nicht mehr abhängig von der Finanzkraft der Kantone, sondern entspricht einem konstanten Anteil von 7,5% der Gesamtschweizer Bruttokosten OKP und wird anhand der Wohnbevölkerung auf die Kantone aufgeteilt (BAG, 2014b; Kägi et al., 2012). Die Kantone ergänzen den Bundesanteil mit eigenen Mitteln, weshalb sich die kantonalen Prämienverbilligungssysteme sehr stark voneinander unterscheiden.

30,6% der Urner Bevölkerung haben 2017 eine Prämienverbilligung gemäss KVG bezogen (Tabelle T6.4). Im gesamtschweizerischen Durchschnitt liegt dieser Anteil mit 26,4% aller versicherten Personen etwas tiefer. Insgesamt wurden 2017 im Kanton Uri 16,3 Millionen Franken an Prämienverbilligungsleistungen ausgerichtet. Davon wurden 30,9% durch den Kanton und 69,1% durch den Bund übernommen. Im Vergleich zu 2013 ist dieser Kantonsanteil in Uri um –6,4 Prozentpunkte gesunken. Im Schweizer Mittel beträgt der Anteil der Kantonsbeiträge im Jahr 2017 41,7%. Der Prämienverbilligungsbeitrag des Kantons Uri liegt somit deutlich unter dem schweizerischen Durchschnitt.

Mit einem durchschnittlichen Betrag von 1467 Franken pro Bezügerin und Bezüger und Jahr liegt der Kanton Uri 2017 unter dem Schweizer Mittel von 2025 Franken. Im Kanton Uri werden also nicht nur etwas weniger häufig Prämienverbilligungen vergeben als in der Gesamtschweiz, die Beiträge pro Person sind zudem auch niedriger. Gemessen an den gesamten Bruttoprämien ergibt das einen durchschnittlichen Beitrag von 450 Franken pro Person im Kanton Uri, was 15,6% der gesamten Bruttoprämien entspricht.

## 6.3 Zusammenfassung

Im vorliegenden Kapitel wurden in einem ersten Teil die Gesundheitskosten im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) behandelt. Im Jahr 2017 belaufen sich die OKP-Bruttokosten der Urner Bevölkerung auf 107,4 Millionen Franken. Die Kosten sind zwischen 2013 und 2017 um jahresdurchschnittlich +1,2% gestiegen, was weniger ist als im Schweizer Durchschnitt (jahresdurchschnittlich +3,8%). Den grössten Kostenblock stellen die stationären und ambulanten Leistungen der Spitäler dar mit 47,1% der gesamten OKP-Bruttokosten. Während die Kosten zwischen 2013 und 2017 im stationären Spitalbereich um –2,8% gesunken sind, verzeichnet der ambulante Spitalbereich einen Kostenanstieg von +5,1%. Der zweitgrösste Kostenblock sind die Arztpraxen, die gut einen Drittel (32,5%) der Gesamtkosten ausmachen. Der Kostenanstieg in diesem Bereich liegt mit +1,3% pro Jahr unter dem Schweizer Durchschnitt von +5,3%. Ein ähnliches Muster zeigt der Kostenanstieg der Pflegeheime (UR: –1,1%, CH: +3,9%). In Bezug auf die jährlichen OKP-Bruttokosten pro versicherte Person liegt der Kanton Uri mit 2959 Franken unter dem Schweizer Durchschnitt von 3842 Franken. 15,4% der OKP-Kosten bezahlt die Urner Bevölkerung selber in Form von Kostenbeteiligungen.

Im zweiten Teil des Kapitels wurde auf die im Kanton Uri gewählten Versicherungsmodelle und Franchisenstufen sowie die damit verbundene Prämienhöhe eingegangen. Die OKP-Erwachsenenprämien sind im Kanton Uri zwischen 2013 und 2017 mit jahresdurchschnittlich +2,8% weniger stark angestiegen als in der Gesamtschweiz (jahresdurchschnittlich +3,5%), und die durchschnittliche Prämienhöhe liegt mit 3398 Franken unter dem Schweizer Durchschnitt von 4216 Franken. Versicherungsmodelle ohne Capitation und das Standardmodell gemäss KVG (48,1% bzw. 29,4%) sind die häufigsten Versicherungsmodelle im Kanton Uri. Der Anteil Versicherter mit dem Standardmodell gemäss KVG ist sinkt aber seit Jahren stetig. Weiter lässt sich beobachten, dass zunehmend höhere Franchisen gewählt werden: So ist der Anteil mit einer Franchise von 2500 Franken von 9,4% im Jahr 2013 auf 19,4% im Jahr 2017 gestiegen.

Der Anteil der Urner Bevölkerung, die eine Prämienverbilligung bezieht, ist von 37,3% (2013) auf 30,6% (2017) gesunken. Der Anteil liegt im Jahr 2017 über dem Schweizer Durchschnitt (26,4%). Der Prämienverbilligungsbeitrag des Kantons Uri von 30,9% liegt deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt von 41,7%. Der durchschnittliche Beitrag pro Bezügerin bzw. Bezüger beläuft sich auf 1467 Franken und liegt damit unter dem Durchschnitt der Gesamtschweiz (2025 Franken).

# Abkürzungsverzeichnis

<b>AHV</b>	Alters- und Hinterlassenenversicherung
<b>BAFU</b>	Bundesamt für Umwelt
<b>BAG</b>	Bundesamt für Gesundheit
<b>BASPO</b>	Bundesamt für Sport
<b>BEVNAT</b>	Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung
<b>BFS</b>	Bundesamt für Statistik
<b>bfu</b>	Beratungsstelle für Unfallverhütung
<b>BIP</b>	Bruttoinlandprodukt
<b>BMI</b>	Body Mass Index
<b>HMO</b>	Health Maintenance Organization
<b>IV</b>	Invalidenversicherung
<b>KLV</b>	Krankenpflege-Leistungsverordnung (SR 832.112.31)
<b>KVG</b>	Krankenversicherungsgesetz (SR 832.10)
<b>MiGeL</b>	Mittel- und Gegenstände-Liste
<b>MV</b>	Militärversicherung
<b>N</b>	Grundgesamtheit einer Population
<b>n</b>	Anzahl der Befragten, Stichprobe
<b>NICER</b>	Nationales Institut für Krebs Epidemiologie und -registrierung (National Institute for Cancer Epidemiology and Registration)
<b>NPA</b>	Nationale Programm Alkohol
<b>NPEB</b>	Nationales Programm Ernährung und Bewegung
<b>Obsan</b>	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
<b>OECD</b>	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Organisation for Economic Co-operation and Development)
<b>OKP</b>	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
<b>SASIS</b>	Tochtergesellschaft von santésuisse, dem Branchenverband der schweizerischen Krankenversicherer
<b>SECO</b>	Staatssekretariat für Wirtschaft
<b>SGB</b>	Schweizerische Gesundheitsbefragung
<b>SMR</b>	Standardisierte Mortalitätsrate
<b>SOMED</b>	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
<b>SR</b>	Systematische Rechtssammlung
<b>SRPH</b>	Stichprobenrahmen für Personen- und Haushalterhebungen
<b>STATPOP</b>	Statistik der Bevölkerung und der Haushalte
<b>SUVA</b>	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
<b>UV</b>	Unfallversicherung
<b>VPLJ</b>	Verlorene potenzielle Lebensjahre
<b>VVG</b>	Versicherungsvertragsgesetz (SR 221.229.1)
<b>WHO</b>	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)

# Glossar

## **Adipositas**

Starkes Übergewicht (BMI  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>).

## **Altersstandardisierte Rate**

Vergleiche von Mortalitäts- und Morbiditätsraten zwischen verschiedenen Regionen und über die Zeit sind aufgrund unterschiedlicher Altersstrukturen nur beschränkt möglich. Für regionale und zeitliche Vergleiche werden die Raten deshalb oft altersstandardisiert. Dabei wird der Bevölkerung einer Region eine Referenzpopulation bzw. die sogenannte Standardbevölkerung unterstellt (z. B. die Europäische Standardpopulation), und die altersspezifischen Raten werden mit der entsprechenden Altersstruktur der Standardbevölkerung gewichtet.

## **Ambulante Spitalbehandlung**

Spitalbehandlungen, die weniger als 24 Stunden dauern und bei denen kein Bett über Nacht belegt wird.

## **Body Mass Index (BMI)**

Mass zur Beurteilung des Körpergewichts, welches folgendermassen definiert ist: BMI = (Körpergewicht in kg)/(Körpergrösse in m)<sup>2</sup>.

## **Capitation**

Capitation ist ein Vergütungssystem der Krankenversicherungen und bezeichnet eine im Voraus bestimmte Pauschale für die medizinische Versorgung pro versicherte Person. Die Leistungserbringer werden dabei mit Kopfpauschalen entschädigt, unabhängig davon, ob die versicherte Person medizinische Leistungen beansprucht oder nicht.

## **Franchise**

Die Franchise ist eine Kostenbeteiligung der versicherten Person, die in der Schweiz im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) vertraglich festgelegt wird. Die Mindestfranchise bei erwachsenen Personen beträgt 300 Franken pro Kalenderjahr, es können aber auch höhere Franchisen bis zu 2500 Franken vereinbart werden. Die versicherte Person muss die Kosten für medizinische Leistungen bis zum festgelegten jährlichen Betrag selber übernehmen.

## **Gesundheitsressourcen**

Ressourcen einer Person, die Auswirkungen von Belastungen auf die Gesundheit mildern oder verhindern können. Als Gesundheitsressourcen sind dabei Merkmale der Person selber (Selbstwertgefühl, Kontrollüberzeugung usw.) oder Merkmale der Umwelt dieser Person (Vorhandensein von Vertrauenspersonen, soziale Unterstützung usw.) zu verstehen.

## **Grundgesamtheit**

Die Menge der Personen oder Objekte, für die die Aussagen einer Untersuchung gelten sollen, z. B. «alle Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz im Alter ab 15 Jahren». Die Datenerhebung erfolgt normalerweise nicht an der Grundgesamtheit, sondern aus einer daraus gezogenen Stichprobe.

## **Informelle Hilfe**

Hilfe und Pflege am Wohnort durch Familienmitglieder, Angehörige, Freunde oder Nachbarn. Parallel zur informellen Hilfe existiert auch die formelle Hilfe, die von professionellen Hilfs- und Pflegediensten erbracht wird (vgl. Spitex).

## **Instrumentelle Alltagsaktivitäten**

IADL (engl. instrumental activities of daily living) beinhalten Aspekte von kognitivem oder sozialem Funktionieren, z. B. kochen, telefonieren oder öffentliche Verkehrsmittel benützen.

## **Inzidenz (Epidemiologie)**

Anzahl Neuerkrankungen bezogen auf eine bestimmte Krankheit in einer bestimmten Bevölkerung innerhalb eines bestimmten Zeitraums. Die Inzidenz wird oft als Rate pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner pro Jahr ausgedrückt.

## **Kausaler Zusammenhang**

Eindeutiger Zusammenhang von Ursache und Wirkung.

## **Komorbidität**

Eine oder mehrere gleichzeitig vorliegende Begleiterkrankungen, die aber nur in Zusammenhang mit der Hauptkrankheit betrachtet werden.

**Kontrollüberzeugung**

Subjektive Vorstellung darüber, ob man sein Leben in bestimmten Situationen selbst steuern und gestalten kann oder ob es durch äussere Faktoren wie Zufall, Schicksal oder gesellschaftliche Ansprüche bestimmt wird.

**Lebenserwartung**

Durchschnittliche Zahl der zu erwartenden Lebensjahre, die ein Mensch ab einem bestimmten Alter noch leben könnte unter der Voraussetzung, dass die aktuellen Sterblichkeitsverhältnisse während des restlichen Lebens gleich bleiben.

**Mammografie**

Die Mammografie ist eine spezielle Röntgenuntersuchung der weiblichen Brust, welche oft zur Früherkennung von Brustkrebs eingesetzt wird.

**Morbidität**

Häufigkeit einer Krankheit oder eines Symptoms in einer Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt.

**Mortalität (Sterblichkeit)**

Anzahl der Todesfälle in einer Bevölkerung innerhalb einer bestimmten Zeit bezogen auf diese Bevölkerung.

**Pflegeheimquote**

Anteil von Personen in Alters- und Pflegeheimen an der Bevölkerung ab 65 Jahren des Kantons bzw. der Gesamtschweiz.

**Prävalenz**

Häufigkeit aller Fälle einer bestimmten Krankheit in einer Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt.

**Prävention**

Massnahmen, die das Auftreten und die Ausbreitung von Krankheiten oder Unfällen verhindern sollen. Präventive Massnahmen können sich an die ganze Bevölkerung, an ausgewählte Gruppen oder auch an einzelne Individuen richten. In der Krankheitsprävention stehen dabei oft die Früherkennung und die Verminderung von Risikofaktoren bestimmter Krankheiten im Mittelpunkt.

**Repräsentativität**

Mass für die Übereinstimmung in den wichtigsten Merkmalen (z. B. Geschlecht, Alter, Bildung) einer Stichprobe mit der Grundgesamtheit.

**Risikofaktor**

Individuelle Faktoren einer Person oder seiner Umwelt, die mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einhergehen, an einer bestimmten Krankheit zu erkranken, jedoch nicht zwingend eine kausale Ursache für die Krankheit sein müssen.

**Selbstbehalt**

Der Selbstbehalt ist im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) eine Kostenbeteiligung der versicherten Person. Nach Erreichen der Franchisegrenze (vgl. Franchise), übernimmt eine erwachsene Person jeweils 10% der Kosten für medizinische Leistungen bis zum Maximalbetrag von 700 Franken pro Kalenderjahr selbst.

**Signifikanz**

Statistisches Mass zur Beurteilung der Verlässlichkeit eines Ergebnisses aufgrund von Daten einer Stichprobe (siehe auch Vertrauensintervall).

**Soziale Unterstützung**

Unterstützung (z. B. instrumentelle, emotionale) durch Personen, die als Ressource zur Bewältigung von Belastungen und Anforderungen dient.

**Spitex**

Der Begriff Spitex steht für «spitalexterne Hilfe und Pflege». In der Schweiz ist dieser Begriff weit verbreitet und umfasst im Allgemeinen Spitex-Organisationen, die professionelle Hilfs- und Pflegedienstleistungen am Wohnort der Patientinnen und Patienten erbringen (siehe auch informelle Hilfe).

**Stationäre Spitalbehandlung**

Spitalbehandlungen, die mindestens 24 Stunden dauern oder bei denen über Nacht ein Bett belegt wird.

**Stichprobe**

Teilmenge aus der Grundgesamtheit, an der Daten erhoben und analysiert werden.

**Vertrauensintervall**

Da Stichprobenerhebungen nur einen Teil der interessierenden Population (Grundgesamtheit) einschliessen, sind ihre Ergebnisse immer mit einer gewissen Unsicherheit behaftet. Um diese Unsicherheit zu quantifizieren, kann ein Vertrauensintervall berechnet werden. Dies ist ein Wertebereich, der den wahren Wert des Ergebnisses (z. B. Mittelwert oder Anteil) mit einer vorab definierten Wahrscheinlichkeit enthält. Oft wird dabei eine Wahrscheinlichkeit von 95% gewählt. Bei Ziehung unendlich vieler Stichproben aus der Grundgesamtheit bedeutet dies, dass der wahre Wert mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% im berechneten Vertrauensintervall liegt.

**Vorsorgeuntersuchung**

Untersuchung zum Zweck der Früherkennung einer (allfällig vorliegenden) Krankheit.



# Literaturverzeichnis

- Adams, T.R., Rabin, L.A., Da Silva, V.G., Katz, M.J., Fogel, J. & Lipton, R.B. (2016). *Social Support Buffers the Impact of Depressive Symptoms on Life Satisfaction in Old Age*. *Clinical gerontologist*, 39(2): 139–157.
- Åkesson, A., Larsson, S.C., Discacciati, A., & Wolk, A. (2014). *Low-Risk Diet and Lifestyle Habits in the Primary Prevention of Myocardial Infarction in Men – A Population-Based Prospective Cohort Study*. *Journal of the American College of Cardiology*, 64(13), 1299–1306.
- Alberta Health Services (2011). *Indicator Definition – Potential Years of Life Lost*. Edmonton: Health and Wellness Government of Alberta.
- American Psychiatric Association. (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®*. Deutsche Ausgabe herausgegeben von Peter Falkai und Hans-Ulrich Wittchen, mitherausgegeben von Manfred Döpfner, Wolfgang Gaebel, Wolfgang Maier, Winfried Rief, Henning Saß und Michael Zaudig. Göttingen: Hogrefe.
- Andersen, R.M. (1995). *Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter?* *Journal of Health and Social Behaviour*, Vol. 36, No. 1.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT.
- Association PREOS (2012). *Vers l'égalité des chances en matière de santé pour les personnes LGBT: Le rôle du système de santé*. Lausanne: Association PREOS.
- Babitsch, B., Ducki, A., & Maschewsky-Schneider, U. (2016). *Geschlecht und Gesundheit*. In K. Hurrelmann & Olivier Razum (Eds.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (6. Auflage ed., pp. 639–657). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Babitsch, B., Gohl, D., & von Lengerke, T. (2012). *Re-visiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998–2011*. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 9.
- Bachmann, N. (2014). *Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa (Obsan Bulletin 1/2014) (978-2-940502-28-8)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Baer, N., Schuler, D., Füglistler-Dousse, S., & Moreau-Gruet, F. (2013). *Depressionen in der Schweiz. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- BAFU (2018). *Lärmbelastung in der Schweiz. Ergebnisse des nationalen Lärmmonitorings SonBase, Stand 2015*. Bern: Bundesamt für Umwelt (BAFU).
- BAG (2008a). *Fokusbericht Gender und Gesundheit*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2008b). *Nationales Programm Alkohol 2008–2012*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2013a). *Nationales Programm Ernährung und Bewegung – Bericht für die Jahre 2008–2012*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2013b). *Nationales Programm Migration und Gesundheit. Bilanz 2008–13 und Schwerpunkte 2014–17*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2014a). *Arbeit und Gesundheit*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2014b). *Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2015a). *Gesamtkonzept Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2015b). *Nationale Strategie Sucht 2017–2024*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2016). *Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Basner, M., Babitsch, W., Davis, A., Brink, M., Clark, C., Janssen, S., et al. (2014). *Auditory and non-auditory effects of noise on health*. *The Lancet*, 383(9925), 1325–1332.
- BASPO (2013). *Gesundheitswirksame Bewegung. Grundlagendokument*. Magglingen: Bundesamt für Sport (BASPO).

- Beelen, R., Raaschou-Nielsen, O., Stafoggia, M., Andersen, Z.J., Weinmayr, G., Hoffmann, B., et al. (2014). *Effects of long-term exposure to air pollution on natural-cause mortality: an analysis of 22 European cohorts within the multicentre ESCAPE project*. *The Lancet*, 383(9919), 785–795.
- Bender, N., Vinci, L., Fäh, D., Rohrmann, S., Krieger, J.-P., Pestoni, G., et al. (2018). *Übergewicht und Lebensstil - Auswertung der menuCH-Daten*. Zürich: Institut für Evolutionäre Medizin der Universität Zürich.
- Berchick, E.R., & Lynch, S.M. (2017). *Regional variation in the predictive validity of self-rated health for mortality*. *SSM - Population Health*, 3, 275–282.
- Berkman, L.F., Berkman, C.S., Kasl, S., Freeman, D.H., Leo, L., Ostfeld, A.M., et al. (1986). *Depressive symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly*. *American Journal of Epidemiology*, 124(3), 372–388.
- Berkman, L.F., & Glass, T. (2000). *Social integration, social networks, social support and health*. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology*. Oxford: University Press.
- BFS (2014a). *Arbeit und Gesundheit. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- BFS (2014b). *SRPH. FAQ zum Stichprobenrahmen für Personen- und Haushaltserhebungen SRPH*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- BFS (2015). *Tabakbedingte Todesfälle in der Schweiz, 1995 bis 2012*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- BFS (2017). *Gemeindetypologie und Stadt/Land-Typologie 2012*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- BFS (2018a). *Aktives Altern*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- BFS (2018b). *Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2016*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- BFS (2019a). *Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017 in Kürze. Konzept, Methode, Durchführung*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- BFS (2019b). *Sterblichkeit und deren Hauptursachen in der Schweiz, 2016*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- bfu (2013). *Statistik der Nichtberufsunfälle und des Sicherheitsniveaus in der Schweiz. Status 2013*: Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu).
- bfu (2018). *SINUS-Report 2018: Sicherheitsniveau und Unfallgeschehen im Strassenverkehr 2017*. Bern: Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu).
- bfu (2019). *STATUS 2019: Statistik der Nichtberufsunfälle und des Sicherheitsniveaus in der Schweiz*. Bern: Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu).
- Bjartveit, K., & Tverdal, A. (2005). *Health consequences of smoking 1–4 cigarettes per day*. *Tobacco Control*, 14(5), 315–320.
- BLV (2017). *Schweizer Ernährungsstrategie 2017–2024*. Bern: Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV).
- Boes, S., Kaufmann, C., & Marti, J. (2016). *Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung (Obsan Dossier 51)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Boes, S., Marti, J., & Maclean, J.C. (2014). *The impact of smoking bans on smoking and consumer behavior: quasi-experimental evidence from Switzerland*. *Health Econ*.
- Bogner, K., & Landrock, U. (2015). *Antworttendenzen in standardisierten Umfragen (Version 1.1) (GESIS Survey Guidelines)*. Mannheim.
- Bopp, M., Braun, J., Gutzwiller, F., & Faeh, D. (2012). *Health risk or resource? Gradual and independent association between self-rated health and mortality persists over 30 years*. *PLOS ONE*, 7(2).
- Borgmann, L.-S., Rattay, P., & Lampert, T. (2017). *Soziale Unterstützung als Ressource für Gesundheit in Deutschland (Vol. 2)*.
- Borgonovi, F., & Pokropek, A. (2016). *Education and Self-Reported Health: Evidence from 23 Countries on the Role of Years of Schooling, Cognitive Skills and Social Capital*. *PLOS ONE*, 11(2), e0149716–e0149716.
- Bretschneider, J., Kuhnert, R., & Hapke, U. (2017). *Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland*. *Journal of Health Monitoring*, 2(3), 81–88.
- Brook, R.D., Rajagopalan, S., Pope, C.A., Brook, J.R., Bhatnagar, A., Diez-Roux, A.V., et al. (2010). *Particulate matter air pollution and cardiovascular disease: An update to the scientific statement from the American Heart Association*. *Circulation*, 121(21), 2331–2378.
- Camenzind, P., & Meier, C. (2004). *Gesundheitskosten und Geschlecht – Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz*. Bern: Hans Huber.
- Camenzind, P., & Sturny, I. (2013). *Kosten und Inanspruchnahme in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) der Schweiz. Analyse kantonaler Unterschiede und mögliche Erklärungsfaktoren (Obsan Bericht 59)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).

- Camenzind, P., & Wiedenmayer, G. (2016). *Comportements ayant une incidence sur la santé: inégalités socioéconomiques et culturelles en Suisse sous la loupe (Obsan Bulletin 2/2016)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé (Obsan).
- Candari, C., Cylus, J., & Nolte, E. (2017). *Assessing the economic costs of unhealthy diets and low physical activity. An evidence review and proposed framework*. European Observatory on Health Systems and Policies: Health Policy Series, 47.
- Chatelan, A., Marques-Vidal, P., Bucher, S., Siegenthaler, S., Metzger, N., Zuberbühler, C., et al. (2018). *Lessons Learnt About Conducting a Multilingual Nutrition Survey in Switzerland: Results from menuCH Pilot Survey*. International Journal For Vitamin And Nutrition Research, 1–12.
- Colman, I., Kingsbury, M., Sucha, E., Horton, N., M. Murphy, J., & Gilman, S. (2018). *Depressive and anxious symptoms and 20-year mortality: Evidence from the Stirling County study (Vol. 35)*.
- Colombier, C. (2018). *Population ageing in healthcare – a minor issue? Evidence from Switzerland*. Applied Economics, 50(15), 1746–1760.
- Crimmins, E.M., Kim, J.K., & Solé-Auró, A. (2010). *Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS*. European Journal of Public Health, 21(1), 81–91.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO-Strategy paper for Europe*. Stockholm: Institute for Futures Studies.
- Deandrea, S., Lucenteforte, E., Bravi, F., Foschi, R., La Vecchia, C., & Negri, E. (2010). *Risk Factors for Falls in Community-Dwelling Older People: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Epidemiology, 21(5), 658–668.
- Department of Health, Physical Activity, Health Improvement and Protection (2011). *Start Active, Stay Active. A report on physical activity for health from the four home countries' Chief Medical Officers*. London, UK.
- Dhargave, P., & Sendhilkumar, R. (2016). *Prevalence of risk factors for falls among elderly people living in long-term care homes*. Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics, 7(3), 99–103.
- ECHIM (2012). *ECHIM documentation sheets: Joint Action for European Community Health Indicators Monitoring (ECHIM)*.
- EKAL (2018). *Orientierungshilfe zum Alkoholkonsum – 2018*. Bern: Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen (EKAL).
- Etangsale, A., & Ratiney, R. (2019). *Médicaments et chutes chez les personnes âgées: une étude épidémiologique dans un hôpital français*. Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien, 54(1), 38–48.
- EUA (2015). *Die Umwelt in Europa: Zustand und Ausblick 2015: Synthesebericht*. Kopenhagen: Europäische Umweltagentur (EUA).
- Eurofound (2012). *Fifth European Working Condition Survey*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Eurostat (2013). *Revision of the European Standard Population – Report of Eursostat's task force (ISSN 19977-0375)*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Faeh, D., Braun, J., Tarnutzer, S., & Bopp, M. (2011). *Obesity but not overweight is associated with increased mortality risk*. Eur J Epidemiol, 26(8), 647–655.
- Faeh, D., Kaufmann, M., Haile, S.R., & Bopp, M. (2018). *BMI-mortality association: shape independent of smoking status but different for chronic lung disease and lung cancer*. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis, 13, 1851–1855.
- Faeh, D., Marques-Vidal, P., Chiolero, A., & Bopp, M. (2008). *Obesity in Switzerland: do estimates depend on how body mass index has been assessed? Swiss medical weekly*, 138(13–14), 204–210.
- Fei, P., Wanner, P., & Cotter, S. (1998). *Spécificités de la mortalité et de son évolution dans les cantons entre 1920/21 et 1988/93*. Geogr. Helv., 53(1), 3–16.
- Felber Dietrich, D. (2014). *Luftverschmutzung und Gesundheit. Übersicht zu den Auswirkungen*. Bern: Bundesamt für Umwelt (BAFU).
- Floris, J., Koepke, N., Bender, N., Rühli, F., & Staub, K. (2016). *Der Body-Mass-Index der Schweizer Stellungspflichtigen 2015*. Zürich: Institut für Evolutionäre Medizin der Universität Zürich.
- Foreman, K.J., Marquez, N., Dolgert, A., Fukutaki, K., Fullman, N., McGaughey, M., et al. (2018). *Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016–40 for 195 countries and territories*. The Lancet, 392(10159), 2052–2090.
- Gardner, J.W., & Sanborn, J.S. (1990). *Years of potential life lost (YPLL) – what does it measure?* Epidemiology, 1(4), 322–329.
- Garipey, G., Honkaniemi, H., & Quesnel-Vallee, A. (2016). *Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries*. Br J Psychiatry, 209(4), 284–293.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2017). *Geschlechtliche und sexuelle Minderheiten in Gesundheitsförderung und Prävention. Zielgruppe Kinder und Jugendliche (Faktenblatt 19)*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Gesundheitsförderung Uri (2012). *Tabakpräventionsprogramm Kanton Uri 2012–2015*. Altdorf: Gesundheitsförderung Uri.

- gfs.bern (2018). *Credit Suisse Sorgenbarometer 2018*. Bern: gfs.bern.
- Gilman, S., Sucha, E., Kingsbury, M., Horton, N., M. Murphy, J., & Colman, I. (2017). *Depression and mortality in a longitudinal study: 1952–2011* (Vol. 189).
- Gmel, G. (2017). *Entwicklung einer Kurzform der Compulsive Internet Use Scale (CIUS)*. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Gmel, G., Khazaal, Y., Studer, J., Baggio, S., & Marmet, S. (2019). *Development of a short form of the compulsive internet use scale in Switzerland*. *Int J Methods Psychiatr Res*, 28(1), e1765.
- Gmel, G., Notari, L., & Gmel, C. (2018). *Suchtmonitoring Schweiz – Einnahme von psychoaktiven Medikamenten in der Schweiz im Jahr 2016*. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Grazier, S., & Sloane, P.J. (2008). *Accident risk, gender, family status and occupational choice in the UK*. *Labour Economics*, 15(5), 938–957.
- Grebner, S., Berlowitz, I., Alvarado, V., & Cassina, M. (2011). *Stress bei Schweizer Erwerbstätigen – Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen, Personenmerkmalen, Befinden und Gesundheit*. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO).
- Hall, W. (2009). *The adverse health effects of cannabis use: what are they, and what are their implications for policy?* *Int J Drug Policy*, 20(6), 458–466.
- Hardeveld, F., Spijker, J., De Graaf, R., Nolen, W., & Beekman, A. (2010). *Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(3), 184–191.
- Hartung, S. (2011). *Was hält uns gesund? Gesundheitsressourcen: Von der Salutogenese zum Sozialkapital*. In T. Schott & C. Hornberg (Eds.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hartwig, J. (2007). *Can Baumol's Model of Unbalanced Growth Contribute to Explaining the Secular Rise in Health Care Expenditure? an alternative test* (Vol. 178): KOF Swiss Economic Institute, ETH Zurich.
- Hauri, D.D., Lieb, C.M., Rajkumar, S., Kooijman, C., Sommer, H.L., & Roosli, M. (2011). *Direct health costs of environmental tobacco smoke exposure and indirect health benefits due to smoking ban introduction*. *Eur J Public Health*, 21(3), 316–322.
- Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., & Zumbun, A. (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz*. Bern: Hans Huber.
- Humair, J.P., Garin, N., Gerstel, E., Carballo, S., Carballo, D., Keller, P.F., et al. (2014). *Acute respiratory and cardiovascular admissions after a public smoking ban in Geneva, Switzerland*. *PLOS ONE*, 9(3).
- Idler, E., & Cartwright, K. (2018). *What Do We Rate When We Rate Our Health? Decomposing Age-related Contributions to Self-rated Health*. *Journal of Health and Social Behavior*, 59(1), 74–93.
- Israel, B.A., Farquhar, S.A., Schulz, A.J., James, S.A., & Parker, E.A. (2002). *The Relationship between Social Support, Stress, and Health among Women on Detroit's East Side*. *Health Education & Behavior*, 29(3), 342–360.
- Jagger, C., Gillies, C., Cambois, E., Van Oyen, H., Nusselder, W., & Robine, J.-M. (2010). *The Global Activity Limitation Index measured function and disability similarly across European countries*. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(8), 892–899.
- Janssen, C., Grosse Frie, K., & Ommen, O. (2006). *Der Einfluss von sozialer Ungleichheit auf die medizinische Versorgung in Deutschland*. In M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (pp. 141–155). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Jylhä, M. (2009). *What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model*. *Social science & medicine*, 69(3), 307–316.
- Kägi, W., Frey, M., Säuberli, C., Feer, M., & Koch, P. (2012). *Monitoring 2010 – Wirksamkeit der Prämienverbilligung*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Katz, S. (1983). *Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living*. *Journal of the American Geriatrics Society*.
- Keller, U., Battaglia Richi, E., Beer, M., Darioli, R., Meyer, K., Renggli, A., et al. (2012). *Sechster Schweizerischer Ernährungsbericht*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Kim, H.K., & Lee, M. (2016). *Factors associated with health services utilization between the years 2010 and 2012 in Korea: using Andersen's Behavioral model*. *Osong Public Health Res Perspect*, 7(1), 18–25.
- Krieger, R., Graf, M., & Vanis, M. (2017). *Sechste Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen 2015 – Ausgewählte Ergebnisse zu den Schweizerischen Arbeitsbedingungen der abhängig Erwerbstätigen*. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO).
- Kroenke, K., & Spitzer, R.L. (2002). *The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure*. *Psychiatric Annals*, 32(9), 509–515.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., & Williams, J.B. (2001). *The Phq 9*. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613.
- Kroll, L.E., Müters, S., & Lampert, T. (2016). *Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit* (Vol. 59): Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung.
- KSUV (2018). *Unfallstatistik UVG 2018*. Luzern: Koordinationsgruppe für die Statistik der Unfallversicherung UVG.

- Kuehner, C. (2017). *Why is depression more common among women than among men?* *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 146–158.
- Kuendig, H. (2010). *Estimation du nombre de personnes alcoolodépendantes dans la population helvétique (Rapport de recherche No 56)*. Lausanne: Addiction Suisse.
- Kuendig, H., Notari, L., & Gmel, G. (2015). *Le tabagisme passif en Suisse en 2015 – Analyse des données du Monitoring suisse des addictions*. Lausanne: Addiction Suisse.
- Lader, M. (2011). *Benzodiazepines revisited – will we ever learn?* *Addiction*, 106(12), 2086–2109.
- Lampert, T., Richter, M., Schneider, S., Spallek, J., & Dragano, N. (2016). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Stand und Perspektiven der sozioepidemiologischen Forschung in Deutschland*. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*, 2(59), 153–165.
- Lampert, T., Schmidtke, C., Borgmann, L.-S., Poethko-Müller, C., & Kuntz, B. (2018). *Subjektive Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland*. *Journal of Health Monitoring*, 3(2), 64–71.
- Lamprecht, M., Fischer, A., & Stamm, H. (2014). *Sport Schweiz 2014: Sportaktivität und Sportinteresse der Schweizer Bevölkerung*. Magglingen.
- Lawrence, D., Hancock, K.J., & Kisely, S. (2013). *The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers*. *BMJ: British Medical Journal*, 346.
- Lawton, M.P., & Brody, E.M. (1970). *Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living*. *Nursing Research*, 19(3), 278.
- Lerch, M., & Oris, M. (2018). *Mortality during heat episodes in Switzerland: A story of vulnerability*. In Paul Puschmann & Tim Riswick (Eds.), *Building bridges. Scholars, history and historical demography. A festschrift in honor of professor Theo Engelen* (pp. 626–646). Nijmegen: Valkhof Pers.
- Lerch, M., Oris, M., & Wanner, P. (2017). *Périurbanisation et transformation du gradient de la mortalité urbaine en Suisse*. *Population*, 72(1), 95–126.
- Mackenbach, J.P., Simon, J.G., Looman, C.W., & Joung, I.M. (2002). *Self-assessed Health and Mortality: Could Psychosocial Factors Explain the Association?* *International Journal of Epidemiology*, 31(6), 1162–1168.
- Malatesta, D. (2013). *Validité et pertinence de l'index de masse corporelle (IMC) comme indice de surpoids et de santé au niveau individuel ou épidémiologique*. Berne: Promotion santé suisse.
- Malhi, G.S., & Mann, J. (2018). *Depression*. *The Lancet*, 392(10161), 2299–2312.
- Marmet, S., & Gmel, G. (2017). *Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft zum problematischen Cannabiskonsum im Jahr 2016*. Sucht Schweiz.
- Marmet, S., Gmel, G., Frick, H., & Rehm, J. (2013). *Alcohol-attributable mortality in Switzerland between 1997 and 2011*. Lausanne: Addiction Suisse.
- Marmet, S., Notari, L., & Gmel, G. (2015). *Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft Internetnutzung und problematische Internetnutzung in der Schweiz im Jahr 2015*. Bern: Sucht Schweiz.
- Marmot, M. (2005). *Social determinants of health inequalities*. *Lancet*, 365(9464), 1099–1104.
- Marmot, M. (2010). *Fair Society Healthy Lives (The Marmot Review)*. The Marmot Review.
- Marmot, M.G., Rose, G., Shipley, M., & Hamilton, P.J. (1978). *Employment grade and coronary heart disease in British civil servants*. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 32(4), 244–249.
- Maske, U., Buttery, A., Beesdo-Baum, K., Riedel-Heller, S., Hapke, U., & Busch, M. (2015). *Prevalence and correlates of DSM-IV-TR major depressive disorder, self-reported diagnosed depression and current depressive symptoms among adults in Germany (Vol. 190)*.
- Mattli, R., Farcher, R., Dettling, M., Syleouni, M., & Wieser, S. (2019). *Die Krankheitslast des Tabakkonsums in der Schweiz: Schätzung für 2015 und Prognose bis 2050*. Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG).
- Mattli, R., Hess, S., Maurer, M., Eichler, K., Pletscher, M., & Wieser, S. (2014). *Kosten der körperlichen Inaktivität in der Schweiz. Schlussbericht*. Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG).
- McKee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C., & Kinicki, A. (2005). *Psychological and Physical Well-Being During Unemployment: A Meta-Analytic Study*. *The Journal of applied psychology*, 90, 53–76.
- McMahon, E.M., Buszewicz, M., Griffin, M., Beecham, J., Bonin, E.-M., Rost, F., et al. (2012). *Chronic and recurrent depression in primary care: socio-demographic features, morbidity, and costs*. *International journal of family medicine*, 2012.
- Mendis, S., Puska, P., & Norrving, B. (2011). *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control*: World Health Organization (WHO).

- Meneton, P., Plessz, M., Courtin, É., Ribet, C., Goldberg, M., & Zins, M. (2017). *Le chômage: un problème de santé publique majeur*. La Revue de l'Ires, 91–92(1), 141–154.
- Mielck, A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern: Hans Huber.
- Mielck, A. (2012). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Belege für die zentrale Rolle der schulischen und beruflichen Bildung*. In Elmar Brähler, Johannes Kiess, C. Schubert, & W. Kiess (Eds.), *Gesund und gebildet. Voraussetzungen für eine moderne Gesellschaft* (pp. 129–145). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Münzer, T., & Gnädinger, M. (2014). *Erfassung des Sturzrisikos und Sturzprävention in der Hausarztpraxis*. Schweiz Med Forum, 14(46), 857–861.
- Nery Guimarães, J.M., Chor, D., Werneck, G.L., Carvalho, M.S., Coeli, C.M., Lopes, C.S., et al. (2012). *Association between self-rated health and mortality: 10 years follow-up to the Pró-Saúdecohort study*. BMC Public Health, 12(1), 676.
- Obsan (2010). *Gesundheit im Kanton Uri. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 und weiterer Datenbanken*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Obsan (2015). *Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen*. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag.
- OECD (2014). *Making Mental Health Count, The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2017a). *Health at a Glance 2017*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2017b). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing OECD Indicators.
- OECD (2017c). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators. How does Switzerland compare?* Paris: OECD Publishing OECD Indicators.
- OECD (2017d). *Obesity Update 2017*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing.
- OECD/WHO (2011). *OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011*. Paris: OECD Publishing.
- OFS (2005). *Coûts du système de santé et démographie – Coûts détaillés par âge en 2002 et évolution sur la période 1985–2020*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS).
- Pahud, O., & Hedinger, D. (2019). *Gesundheitsreport Kanton Uri. Standardisierte Auswertungen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017 und weiterer Datenbanken (Obsan Bericht 11/2019)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Patten, S.B., Williams, J.V.A., Lavorato, D.H., Wang, J.L., Bulloch, A.G.M., & Sajobi, T. (2016). *The association between major depression prevalence and sex becomes weaker with age*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 51(2), 203–210.
- Pellegrini, S., & Roth, S. (2018). *Évolution des coûts et du financement dans le système de soins depuis la révision du financement hospitalier. Rapport final. Étude réalisée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Rapport 73)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé (Obsan).
- Perlman, D., & Peplau, L.A. (1981). *Toward a social psychology of loneliness*. Personal relationships, 3, 31–56.
- Petry, N.M., Rehbein, F., Ko, C.H., & O'Brien, C.P. (2015). *Internet Gaming Disorder in the DSM-5*. Curr Psychiatry Rep, 17(9), 72.
- pharmaSuisse (2018). *Fakten und Zahlen, Schweizer Apotheken, 2019*. Bern-Liebefeld: pharmaSuisse.
- Phelan, J.C., Link, B.G., & Tehranifar, P. (2010). *Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications*. Journal of Health and Social Behavior, 51(1\_suppl), 28–40.
- Possel, P., Burton, S.M., Cauley, B., Sawyer, M.G., Spence, S.H., & Sheffield, J. (2018). *Associations between Social Support from Family, Friends, and Teachers and depressive Symptoms in Adolescents*. J Youth Adolesc, 47(2), 398–412.
- Pötschke-Langer, M. (2014). *Passivrauchen: Sechs Jahre Nicht-raucherschutzgesetz in Deutschland und ihre Folgen*. Radiologe, 54, 156–157.
- Prüss-Ustün, A., Wolf, J., Corvalán, C., Bos, R., & Neira, M. (2016). *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks*. Geneva: World Health Organization (WHO).
- Raeside, R., Partridge, S., Singleton, A., & Redfern, J. (2019). *Cardiovascular Disease Prevention in Adolescents: eHealth, Co-Creation, and Advocacy (Vol. 7)*.
- Regan, C., Kearney, P., Savva, G., Cronin, H., & Kenny, R. (2013). *Age and sex differences in prevalence and clinical correlates of depression: First results from the Irish Longitudinal Study on Ageing*. International journal of geriatric psychiatry, 28.
- Rehm, J., Baliunas, D., Borges, G.L., Graham, K., Irving, H., Kehoe, T., et al. (2010). *The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview*. Addiction, 105(5), 817–843.
- Reisner, L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., & Baral, S. (2018). *Global health burden and needs of transgender populations: a review*. The Lancet, 388(10042), 412–436.

- Rico-Urbe, L.A., Caballero, F.F., Olaya, B., Tobiasz-Adamczyk, B., Koskinen, S., Leonardi, M., et al. (2016). *Loneliness, Social Networks, and Health: A Cross-Sectional Study in Three Countries*. PLOS ONE, 11(1), e0145264.
- Robert Koch-Institut (2012). *Subjektive Gesundheit. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie «Gesundheit in Deutschland aktuell 2012»*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut (2014). *Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut (2015). *Gesundheit in Deutschland*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut (2016). *Prävalenz von Diabetes mellitus. Faktenblatt zu DEGS1: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (2008–2011)*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert Koch Institut (2017). *Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Rommel, A., Varnaccia, G., Lahmann, N., Kottner, J., & Kroll, L.E. (2016). *Occupational Injuries in Germany: Population-Wide National Survey Data Emphasize the Importance of Work-Related Factors: Population-Wide National Survey Data Emphasize the Importance of Work-Related Factors*. PLOS ONE, 11(2), e0148798.
- Rösli, M., Wunderli, J.-M., Brink, M., Cajochen, C., & Probst-Hensch, N. (2019). *Die SiRENE-Studie: Verkehrslärm, kardiovaskuläre Sterblichkeit, Diabetes, Schlafstörung und Belästigung*. Swiss Med Forum, 19(0506), 77–82.
- Roth, M., & Roth, S. (2012). *Evolution des dépenses de l'assurance obligatoire des soins de 1998 à 2010 (Obsan Rapport 53)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé (Obsan).
- Roth, S., & Pellegrini, S. (2019). *Die Entwicklung der ambulanten Versorgung in den Kantonen. Analyse von sechs Gruppen chirurgischer Leistungen (Obsan Bulletin 1/2019)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Roth, S., & Sturny, I. (2017). *Zulassungsstopp für Ärztinnen und Ärzte in Praxen. Entwicklung des Ärztebestands und der Kosten (Obsan Bulletin 4/2017)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Rotter, J.B. (1990). *Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable*. American psychologist, 45(4), 489.
- Salimi, A. (2011). *Social-emotional loneliness and life satisfaction*. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 29, 292-295.
- Sass, A.-C., Kuhnert, R., & Rommel, A. (2017). *Unfallverletzungen bei Erwachsenen in Deutschland*. Journal of Health Monitoring, 2(3), 97–104.
- Schleiniger, R., & Blöchlinger, J. (2012). *Mengen und Preise der OKP-Leistungen: Eine statistische Analyse der Jahre 2004 bis 2010*. Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Fachstelle für Wirtschaftspolitik.
- Schneider, H., & Venetz, W. (2014). *Cost of Obesity in Switzerland 2012. Studie im Auftrag des BAG*. Bern.
- Schneider, R., Schur, N., Reinau, D., Gut, S., Schwenkglenks, M., & CR., M. (2018). *Helsana-Arzneimittelreport für die Schweiz 2018. Auswertungsergebnisse der Helsana Arzneimitteldaten aus den Jahren 2014 bis 2017*. Zürich: Helsana.
- Schnyder-Walser, K., Ruffin, R., Grunder, M., & Widmer, P. (2015). *Literaturanalyse «Gesundheitliche Ungleichheit: Ursachen, Problemfelder und mögliche Massnahmen ausserhalb des Migrationskontexts»*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N., & Camenzind, P. (2016a). *La santé psychique en Suisse. Monitoring 2016 (Obsan Rapport 72)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé (Obsan).
- Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N., & Camenzind, P. (2016b). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2016 (Obsan Bericht 72)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Schumacher, R., & Vilpert, S. (2011). *Gender differences in social mortality differentials in Switzerland (1990–2005)*. Demographic Research, 25(8), 285–310.
- Schweizerischer Bundesrat (2018). *Umwelt Schweiz 2018*. Bern: Bericht des Bundesrates.
- SECO (2014). *Psychosoziale Risiken am Arbeitsplatz*. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO).
- Shah, A.D., Langenberg, C., Rapsomaniki, E., Denaxas, S., Pujades-Rodriguez, M., Gale, C.P., et al. (2015). *Type 2 diabetes and incidence of cardiovascular diseases: a cohort study in 1.9 million people*. The Lancet Diabetes & Endocrinology, 3(2), 105–113.
- Starker, A., Rommel, A., & Sass, C. (2016). *Bericht zur gesundheitlichen Lage der Männer in Deutschland – Fazit und Herausforderungen für eine gendersensible Gesundheitsberichterstattung*. Bundesgesundheitsblatt, 59(8).
- Sturny, I. (2015). *Gesundheit im Kanton Uri. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 und weiterer Datenbanken (2. kantonaler Gesundheitsbericht) (Obsan Bericht 65)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Subramanian, S., Huijts, T., & Avendano, M. (2010). *Self-reported health assessments in the 2002 World Health Survey: how do they correlate with education?* Bulletin of the World Health Organization, 88(2), 131–138.

- Takizawa, T., Kondo, T., Sakihara, S., Ariizumi, M., Watanabe, N., & Oyama, H. (2006). *Stress buffering effects of social support on depressive symptoms in middle age: reciprocity and community mental health*. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(6), 652–661.
- The Emerging Risk Factors, C. (2010). *Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies*. *The Lancet*, 375(9733), 2215–2222.
- U.S. Department of Health and Human Services (2006). *The Health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: A report of the Surgeon General*. Atlanta U.S. Department of Health and Human Services.
- Veit, C.T., & Ware, J.E. (1983). *The structure of psychological distress and well-being in general populations*. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51(5), 730.
- Verlinde, E., De Laender, N., De Maesschalck, S., Deveugele, M., & Willems, S. (2012). *The social gradient in doctor-patient communication*. *Int J Equity Health*, 11(12), 1475–9276.
- Wanner, P., Lerch, M., & Kohli, R. (2012). *Räumliche Unterschiede bei der Mortalität in der Schweiz seit 1970*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- Weaver, F. (2016). *Längsschnittanalyse chronisch Kranker. Verlauf ihres Gesundheitszustandes, ihrer Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung und ihrer Arbeitsmarkt-beteiligung*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Weinberger, A.H., Gbedemah, M., Martinez, A.M., Nash, D., Galea, S., & Goodwin, R.D. (2017). *Trends in depression prevalence in the USA from 2005 to 2015: widening disparities in vulnerable groups*. *Psychological Medicine*, 48(8), 1308–1315.
- Werner-Seidler, A., Afzali, M.H., Chapman, C., Sunderland, M., & Slade, T. (2017). *The relationship between social support networks and depression in the 2007 National Survey of Mental Health and Well-being*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 52(12), 1463–1473.
- White R.L., Babic M.J., Parker P.D., Lubans D.R., Astell-Burt T., & Lonsdale C. (2017). *Domain-Specific Physical Activity and Mental Health: A Meta-analysis*. *American Journal of Preventive Medicine*, 52(5), 653–666.
- WHO (1946). *Constitution of the World Health Organization. Official Records of the World Health Organization no 2*. (Deutsche Übersetzung siehe Systematische Sammlung des Bundesrechts, SR 0.810.1 Verfassung der Weltgesundheitsorganisation vom 22. Juli 1946). New York: World Health Organization (WHO).
- WHO (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization (WHO).
- WHO (2004). *A glossary of terms for community health care and services for older persons*. Geneva: Centre for Health Development World Health Organization (WHO).
- WHO (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: World Health Organization (WHO).
- WHO (2010a). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Discussion Paper Series on Social Determinants of Health, no. 2. Geneva: World Health Organization (WHO).
- WHO (2010b). *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm*. Geneva: World Health Organization (WHO).
- WHO (2011a). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: World Health Organization (WHO).
- WHO (2011b). *Strengthening Public Health Capacity and Services in Europe*. A Concept Paper. Copenhagen: World Health Organization (WHO).
- WHO (2014a). *Cancer, Fact sheet N°297*. Geneva: World Health Organization (WHO).
- WHO. (2014b). *RC63. Factsheet - Mental Health*. Retrieved from [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0012/216210/RC63-Fact-sheet-MNH-Ger.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/216210/RC63-Fact-sheet-MNH-Ger.pdf?ua=1).
- WHO (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization (WHO).
- WHO (2018a). *Global status report on alcohol and health 2018 (978-92-4-156563-9)*. Geneva: World Health Organization (WHO).
- WHO (2018b). *Pollution de l'air et santé de l'enfant: prescrire un air sain*. Genève.
- Wilkinson, R., & Marmot, M. (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. Copenhagen.
- Wood, A.M., Kaptoge, S., Butterworth, A.S., Willeit, P., Warnakula, S., Bolton, T., et al. (2018). *Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies*. *The Lancet*, 391(10129), 1513–1523.
- Zheng, M., Jin, H., Shi, N., Duan, C., Wang, D., Yu, X., et al. (2018). *The relationship between health literacy and quality of life: a systematic review and meta-analysis*. *Health Qual Life Outcomes*, 16(1), 201.
- Zufferey, J. (2017). *Pourquoi les migrants vivent-ils plus longtemps? Les inégalités face à la mort en Suisse (1990–2008)*. Bern: Peter Lang.
- Zufferey, J., & Oris, M. (2018). *Inégalités spatiales de mortalité en Suisse: l'influence des contextes sur les différentiels entre natifs et migrants*. *Espace populations sociétés*(2018/1–2).



# Anhang

T A2.1 Selbst wahrgenommene Gesundheit und lang andauerndes Gesundheitsproblem, Kanton UR und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2017

	(Sehr) gute selbst wahrgenommene Gesundheit						Lang andauerndes Gesundheitsproblem									
	UR		CH		UR		CH		UR		CH					
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)				
Total	88.1	85.2	84.7	84.1	85.2	511	22'122	28.7	24.6	32.9	32.7	31.9	33.4	511	22'089	
Geschlecht																
Männer	90.1	86.0	85.9	85.1	86.7	234	10'456	26.9	20.8	33.0	30.5	29.5	31.6	234	10'444	
Frauen	86.4	82.2	83.5	82.7	84.3	277	11'666	30.4	24.7	36.0	34.7	33.7	35.8	277	11'645	
Altersgruppen																
15-34 Jahre	95.8	92.2	94.0	93.3	94.8	130	5'635	20.8	13.3	28.4	20.0	18.7	21.3	130	5'631	
35-49 Jahre	93.5	88.7	88.7	87.7	89.7	110	5'485	22.6	14.7	30.5	26.9	25.5	28.3	110	5'479	
50-64 Jahre	85.8	80.0	91.6	78.5	80.9	168	5'890	32.5	24.6	40.3	41.0	39.5	42.5	168	5'873	
65+ Jahre	74.9	66.4	83.4	72.6	71.2	113	5'112	41.0	31.7	50.4	47.6	46.0	49.2	113	5'106	
Bildung																
Obligatorische Schule	79.7	72.1	87.3	75.3	73.9	125	4'514	23.0	15.3	30.7	33.3	31.7	34.9	125	4'511	
Sekundarstufe II	89.4	85.6	93.3	84.0	83.2	84.8	266	10'625	31.2	25.3	37.1	34.6	33.5	35.7	266	10'609
Tertiärstufe	92.7	87.8	97.7	90.8	90.1	91.6	119	6'898	28.8	20.2	37.4	29.6	28.3	119	6'887	
Migrationshintergrund																
Ohne Migrationshintergrund	89.4	86.4	92.4	86.7	86.0	87.4	445	13'959	28.3	23.9	32.7	34.2	33.2	35.1	445	13'941
Mit Migrationshintergrund	79.4	68.2	90.5	83.1	84.1	84.1	52	7'193	33.6	20.1	47.0	28.9	27.6	30.1	52	7'179
Haushaltstyp																
Einpersonenhaushalt	72.4	60.4	84.4	77.0	76.4	78.6	63	3'632	36.3	23.7	49.0	41.2	39.3	43.1	63	3'630
Paar ohne Kinder	86.4	81.4	91.5	82.5	81.5	83.5	168	7'187	33.6	26.0	41.2	38.3	37.0	39.7	168	7'170
Paar mit Kindern	94.0	91.0	97.0	90.0	89.3	90.7	244	9'143	26.4	20.7	32.2	24.5	23.5	25.5	244	9'136
Einelternhaushalt mit Kind(ern)	(88.8)	76.6	100.0	84.9	82.6	87.1	23	1'398	(7.3)	0.0	17.2	30.0	27.2	23	1'394	
Urbanisierungsgrad																
Städtisch	89.0	85.3	92.7	84.1	83.4	84.8	301	13'058	30.5	25.0	35.9	32.6	31.7	33.6	301	13'043
Intermediär*	88.2	81.5	94.8	85.4	84.2	86.5	88	4'901	24.0	14.7	33.3	32.2	30.6	33.7	88	4'888
Ländlich	85.9	79.2	92.7	85.9	84.7	87.2	122	4'163	27.6	19.1	36.2	33.5	31.7	35.2	122	4'158
Zeitlicher Vergleich																
2017	88.1	85.2	91.1	84.7	84.1	85.2	511	22'122	28.7	24.6	32.9	32.7	31.9	33.4	511	22'089
2012	89.6	86.9	92.2	82.8	82.2	83.4	513	21'571	21.8	18.2	25.5	31.9	31.1	32.7	513	21'560
2007	88.1	84.9	91.4				463									
2002																
1997																
1992																

Regionaler Vergleich	(Sehr) gute selbst wahrgenommene Gesundheit						Lang andauerndes Gesundheitsproblem					
	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe
CH	84.7	84.1	85.2	84.7	84.1	22'122	32.7	31.9	33.4	22'089		
Regionen												
Deutschschweiz	85.2	84.6	85.9	14'677	34.0	33.1	35.0	14'657				
Französische Schweiz	84.3	83.2	85.3	5'843	29.7	28.4	31.0	5'832				
Italienische Schweiz	77.8	75.6	80.0	1'602	27.1	24.7	29.4	1'600				
Zentralschweiz	87.6	86.0	89.2	3'260	31.3	29.2	33.5	3'255				
Kantone												
ZH	84.9	83.4	86.5	2'456	33.1	31.1	35.2	2'453				
BE	85.5	83.9	87.2	1'818	33.9	31.7	36.2	1'818				
LU	87.2	85.2	89.3	1'057	33.2	30.2	36.2	1'055				
UR	88.1	85.2	91.1	511	28.7	24.6	32.9	511				
SZ	89.6	87.6	91.5	1'002	27.9	25.0	30.8	999				
OW	89.1	86.1	92.0	478	30.7	26.3	35.1	478				
FR	85.6	83.4	87.8	1'055	31.1	28.1	34.0	1'052				
BL	83.8	81.3	86.4	888	39.7	36.3	43.1	885				
AR	83.5	80.7	86.4	700	37.0	33.3	40.8	700				
SG	84.1	81.8	86.3	1'109	35.7	32.7	38.6	1'108				
GR	86.0	83.8	88.3	996	32.6	29.5	35.7	995				
AG	84.3	82.3	86.4	1'308	33.5	30.8	36.3	1'304				
TG	86.5	84.4	88.5	1'076	35.5	32.5	38.4	1'074				
TI	77.8	75.5	80.0	1'518	27.0	24.6	29.4	1'516				
VD	85.1	83.3	86.9	1'769	29.9	27.6	32.2	1'764				
VS	86.1	83.9	88.3	1'021	29.4	26.5	32.3	1'019				
NE	81.7	78.5	84.9	633	31.3	27.4	35.1	631				
GE	82.8	80.6	85.0	1'210	28.8	26.1	31.5	1'211				
JU	81.1	77.4	84.8	514	29.5	25.4	33.7	515				

\* dichter periurbaner Raum und ländliche Zentren  
 VI = Vertrauensintervall  
 Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

T A2.2 Einschränkungen aufgrund eines Gesundheitsproblems, Kanton UR und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2017

	keine Einschränkungen			leichte Einschränkungen			starke Einschränkungen			UR	CH										
	UR		CH	UR		CH	UR		CH												
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %			VI (95%)									
Total	79.2	75.6	82.8	74.8	74.1	75.5	17.2	13.9	20.5	20.5	19.8	21.1	3.6	2.0	5.3	4.7	4.4	5.0	5.1	22'064	
Geschlecht																					
Männer	82.4	77.3	87.4	77.7	76.8	78.6	14.9	10.2	19.7	17.4	16.5	18.2	2.7	0.7	4.7	5.0	4.5	5.4	234	10'435	
Frauen	76.4	71.3	81.5	72.0	71.0	73.0	19.2	14.5	23.8	23.5	22.6	24.4	4.4	1.9	7.0	4.5	4.0	4.9	277	11'629	
Altersgruppen																					
15-34 Jahre	87.4	81.6	93.2	85.2	84.1	86.3	10.9	5.5	16.3	13.1	12.1	14.2	1.7	0.0	4.3	1.7	1.3	2.1	130	5'628	
35-49 Jahre	88.2	82.5	94.0	79.9	78.6	81.1	9.2	4.1	14.3	16.5	15.4	17.7	2.6	0.0	5.5	3.6	3.0	4.2	110	5'464	
50-64 Jahre	76.3	69.3	83.2	70.3	68.9	71.7	18.7	12.3	25.0	23.1	21.8	24.3	5.1	1.5	8.7	6.7	5.9	7.4	158	5'874	
65+ Jahre	62.2	53.1	71.4	59.5	57.9	61.1	32.5	23.6	41.4	32.4	30.9	33.9	5.3	1.1	9.4	8.1	7.1	9.0	113	5'098	
Bildung																					
Obligatorische Schule	81.2	74.3	88.1	67.8	66.2	69.4	15.9	9.4	22.3	24.2	22.8	25.7	2.9	0.1	5.8	8.0	7.0	9.0	125	4'484	
Sekundarstufe II	78.0	73.0	83.1	73.6	72.6	74.6	18.1	13.4	22.7	21.5	20.6	22.5	4.0	1.4	6.5	4.9	4.4	5.4	266	10'606	
Tertiärstufe	79.9	72.5	87.3	80.4	79.3	81.5	16.6	9.6	23.5	16.9	15.9	18.0	3.6	0.5	6.7	2.7	2.3	3.1	119	6'894	
Migrations- hintergrund																					
Ohne Migrationshintergrund	79.9	76.1	83.7	74.4	73.5	75.2	16.2	12.7	19.6	21.5	20.7	22.3	3.9	2.0	5.8	4.1	3.7	4.5	445	13'943	
Mit Migrationshintergrund	74.6	62.8	86.3	77.6	76.5	78.7	24.2	12.6	35.8	18.2	17.2	19.2	1.2	0.0	3.7	4.3	3.7	4.8	52	7'159	
Haushaltstyp																					
Einkommenshaushalt	73.2	61.6	84.8	67.5	65.7	69.3	19.8	9.5	30.2	25.3	23.7	27.0	7.0	0.1	13.8	7.2	6.2	8.2	63	3'619	
Paar ohne Kinder	74.0	67.3	80.7	71.2	70.0	72.4	23.4	16.9	29.9	23.6	22.4	24.7	2.6	0.4	4.9	5.3	4.7	5.9	168	7'171	
Paar mit Kind(ern)	83.3	78.6	88.0	81.6	80.7	82.5	13.6	9.3	17.9	15.5	14.6	16.3	3.1	1.0	5.3	3.0	2.6	3.4	244	9'120	
Einkommenshaushalt mit Kind(ern)	(88.5)	76.1	100.0	74.5	71.8	77.3	(8.0)	0.0	18.7	21.2	18.6	23.8	(3.5)	0.0	10.2	4.3	3.1	5.5	23	1'395	
Urbanisierungsgrad																					
Städtisch	77.6	72.9	82.4	74.3	73.4	75.2	18.0	13.7	22.3	20.7	19.9	21.5	4.3	1.9	6.7	5.0	4.6	5.4	301	13'021	
Intermediär*	83.5	76.0	91.1	75.7	74.3	77.2	13.2	6.4	20.0	20.1	18.8	21.4	3.3	0.0	6.9	4.2	3.5	4.9	88	4'887	
Ländlich	80.2	72.5	87.9	75.7	74.1	77.2	17.7	10.3	25.2	20.1	18.6	21.5	2.1	0.0	4.5	4.3	3.6	5.0	122	4'156	
Zeitlicher Vergleich																					
2017	79.2	75.6	82.8	74.8	74.1	75.5	17.2	13.9	20.5	20.5	19.8	21.1	3.6	2.0	5.3	4.7	4.4	5.0	511	22'064	
2012	79.4	75.7	83.2	75.6	74.8	76.3	16.1	12.7	19.5	19.7	19.0	20.3	4.5	2.6	6.4	4.8	4.4	5.1	513	21'566	
2007																					
2002																					
1997																					
1992																					

Regionaler Vergleich	keine Einschränkungen		leichte Einschränkungen		starke Einschränkungen		Stichprobe
	UR		CH		UR		
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	
CH	74.8	74.1	75.5	20.5	19.8	21.1	22'064
Deutschschweiz	73.9	73.0	74.7	21.4	20.7	22.2	14'664
Französische Schweiz	77.5	76.4	78.7	17.6	16.5	18.6	5'802
Italienische Schweiz	75.6	73.3	77.8	20.8	18.7	23.0	1'598
Zentralschweiz	77.2	75.3	79.2	19.0	17.2	20.8	3'258
Kantone							
ZH	74.3	72.4	76.2	21.0	19.2	22.8	2'455
BE	73.0	70.9	75.1	23.0	21.0	25.1	1'813
LU	75.6	72.8	78.3	20.0	17.4	22.5	1'056
UR	79.2	75.6	82.8	17.2	13.9	20.5	511
SZ	79.9	77.3	82.4	16.6	14.2	19.0	1'002
OW	79.3	75.5	83.1	17.9	14.2	21.5	478
FR	78.9	76.3	81.5	17.2	14.8	19.5	1'051
BL	70.9	67.8	74.0	23.5	20.6	26.5	887
AR	72.9	69.4	76.4	20.3	17.2	23.4	700
SG	71.1	68.3	73.9	23.3	20.7	25.9	1'108
GR	75.2	72.4	78.0	20.6	17.9	23.2	42
AG	72.1	69.5	74.6	22.7	20.3	25.0	55
TG	73.3	70.6	76.0	22.6	20.0	25.1	65
TI	75.8	73.4	78.1	20.5	18.3	22.7	1'308
VD	77.7	75.6	79.8	18.0	16.1	19.9	5'4
VS	78.5	75.9	81.1	17.1	14.7	19.5	4.8
NE	75.5	71.9	79.0	16.9	13.9	20.0	3.8
GE	78.0	75.6	80.5	16.2	14.1	18.3	5.3
JU	73.1	68.9	77.2	20.0	16.2	23.8	7.0

\* dichter perurbaner Raum und ländliche Zentren  
VI = Vertrauensintervall  
Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

T A2.3 65+ Jährige: Einschränkungen bei grundlegenden und/oder instrumentellen Aktivitäten, Kanton UR und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2017

	keine Einschränkungen						nur bei grundlegenden Aktivitäten						nur bei instrumentellen Aktivitäten						bei grundlegenden und instrumentellen Aktivitäten								
	UR		CH		UR		CH		UR		CH		UR		CH		UR		CH		UR		CH				
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)			
Total	68.2	59.4	77.0	67.2	65.7	68.7	0.8	0.0	2.5	0.7	0.4	1.0	24.7	16.5	32.8	24.7	23.3	26.1	6.3	1.7	10.9	7.4	6.6	8.3	11.0	4998	
Geschlecht																											
Männer	71.1	58.0	84.2	75.1	73.1	77.1	2.0	0.0	5.8	0.7	0.3	1.0	23.1	11.0	35.3	18.7	16.8	20.5	3.8	0.0	9.0	5.6	4.5	6.7	47	2329	
Frauen	66.1	54.2	77.9	60.6	58.4	62.8	0.8	0.4	1.2	0.8	0.4	1.2	25.8	14.9	36.8	29.7	27.6	31.7	8.1	1.3	15.0	8.9	7.6	10.3	63	2669	
Altersgruppen																											
65-79 Jahre	74.4	65.2	83.5	74.6	73.0	76.2	1.0	0.0	3.1	0.6	0.3	0.9	21.1	12.6	29.7	19.8	18.4	21.3	3.5	0.0	7.4	5.0	4.2	5.8	89	3941	
80+ Jahre	(42.5)	21.2	63.8	43.2	39.8	46.6				1.0	0.3	1.6	(39.5)	18.3	60.6	40.5	37.1	43.9	(18.1)	1.9	34.3	15.3	12.9	17.8	21	1057	
Bildung																											
Obligatorische Schule	62.7	48.1	77.2	53.0	49.5	56.4				0.7	0.2	1.2	30.6	16.9	44.3	32.6	29.4	35.8	6.8	0.0	14.2	13.7	11.2	16.3	44	1164	
Sekundarstufe II	72.3	59.0	85.6	66.8	64.7	69.0				0.8	0.4	1.2	20.9	8.8	33.0	25.7	23.7	27.7	6.8	0.0	14.3	6.6	5.5	7.7	45	2609	
Tertiärstufe	(71.7)	52.2	91.3	80.8	78.3	83.4	(4.4)	0.0	12.8	0.5	0.0	1.0	(19.6)	2.2	37.1	15.1	12.8	17.4	(4.2)	0.0	12.4	3.6	2.4	4.7	21	1213	
Migrationshintergrund																											
Ohne Migrationshintergrund	73.0	64.2	81.8	71.2	69.5	72.9	0.9	0.0	2.7	0.8	0.5	1.2	22.1	13.9	30.4	22.6	21.0	24.2	3.9	0.1	7.7	5.3	4.5	6.2	100	3725	
Mit Migrationshintergrund																											
Haushaltstyp																											
Einpersonenhaushalt	(60.6)	42.4	78.8	57.7	54.7	60.6				0.9	0.3	1.5	(36.0)	18.2	53.8	31.3	28.5	34.1	(3.4)	0.0	10.0	10.2	8.4	12.0	29	1501	
Paar ohne Kinder	73.0	62.8	83.2	73.0	71.2	74.8	1.3	0.0	3.9	0.7	0.3	1.0	17.4	8.8	26.1	20.8	19.2	22.5	8.3	1.9	14.6	5.5	4.6	6.5	74	3083	
Paar mit Kind(ern)																											
Einelternerhaushalt mit Kind(ern)																											
Urbanisierungsgrad																											
Städtisch	64.9	53.3	76.6	66.1	64.1	68.0	1.4	0.0	4.2	0.6	0.3	1.0	27.5	16.6	38.4	25.7	23.9	27.5	6.1	0.3	12.0	7.6	6.5	8.7	66	3015	
Intermediär*	(73.1)	50.8	95.5	69.0	65.7	72.3				0.7	0.1	1.3	(14.9)	0.0	33.6	23.3	20.3	26.3	(12.0)	0.0	27.7	7.0	5.1	9.0	16	1079	
Ländlich	(72.8)	56.2	89.3	69.6	66.0	73.2				1.1	0.3	1.9	(23.5)	7.8	39.1	22.2	18.9	25.5	(3.8)	0.0	11.1	7.1	5.1	9.1	28	904	
Zeitlicher Vergleich																											
2017	68.2	59.4	77.0	67.2	65.7	68.7	0.8	0.0	2.5	0.7	0.4	1.0	24.7	16.5	32.8	24.7	23.3	26.1	6.3	1.7	10.9	7.4	6.6	8.3	110	4998	
2012	65.2	54.1	76.4	62.8	61.0	64.6				0.8	0.6	1.1	27.3	16.6	38.0	28.2	26.5	29.9				7.5	1.4	13.6	96	4681	
2007																											
2002																											
1997																											
1992																											

Regionaler Vergleich	keine Einschränkungen		nur bei grundlegenden Aktivitäten		nur bei instrumentellen Aktivitäten		bei grundlegenden und instrumentellen Aktivitäten						
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)					
CH	67.2	65.7	68.7	0.7	0.4	1.0	24.7	23.3	26.1	7.4	6.6	8.3	4998
Regionen													
Deutschschweiz	68.6	66.7	70.4	0.7	0.4	1.1	23.9	22.2	25.6	6.8	5.8	7.9	3440
Französische Schweiz	65.0	62.0	68.0	0.8	0.3	1.3	26.6	23.8	29.4	7.6	5.9	9.3	1167
Italienische Schweiz	55.2	50.0	60.5	0.2	0.0	0.6	28.9	24.1	33.7	15.7	11.8	19.6	391
Zentralschweiz	72.7	68.5	77.0	0.5	0.0	1.1	21.6	17.7	25.5	5.1	3.1	7.2	701
Kantone													
ZH	68.9	64.6	73.2	0.1	0.0	0.3	24.0	20.0	27.9	7.0	4.6	9.4	561
BE	68.3	63.9	72.7	1.4	0.1	2.7	23.9	19.9	27.9	6.4	4.0	8.9	457
LU	68.7	62.6	74.8	0.8	0.0	1.9	24.8	19.1	30.5	5.6	2.6	8.6	230
UR	68.2	59.4	77.0	0.8	0.0	2.5	24.7	16.5	32.8	6.3	1.7	10.9	110
SZ	80.0	74.5	85.5	0.5	0.0	1.4	16.1	11.0	21.2	3.5	1.1	5.8	218
OW	70.1	60.9	79.3				20.8	12.6	28.9	9.1	3.4	14.9	96
FR	68.0	61.1	74.9	2.1	0.0	4.2	22.4	16.3	28.6	7.5	3.5	11.4	195
BL	71.4	65.8	77.0	0.8	0.0	1.9	20.4	15.4	25.5	7.4	4.3	10.6	260
AR	65.6	58.3	72.8	0.5	0.0	1.5	27.3	20.4	34.3	6.6	2.9	10.3	182
SG	69.9	63.9	75.8	0.3	0.0	1.0	23.5	18.0	29.0	6.3	3.1	9.5	255
GR	69.1	63.2	74.9	1.1	0.0	2.3	23.2	17.9	28.5	6.6	3.4	9.9	253
AG	70.0	64.5	75.5	0.3	0.0	1.0	22.8	17.7	27.9	6.9	3.9	9.9	281
TG	65.6	59.3	71.8	1.3	0.0	2.8	26.9	21.1	32.7	6.3	3.1	9.5	227
TI	54.8	49.4	60.2	0.2	0.0	0.7	29.1	24.1	34.1	15.9	11.9	19.9	367
VD	62.7	57.0	68.3	0.7	0.0	1.6	27.7	22.4	33.0	9.0	5.5	12.5	321
VS	73.5	67.6	79.4	0.7	0.0	1.6	20.9	15.4	26.3	5.0	2.0	7.9	235
NE	63.6	55.2	72.1				28.9	20.9	36.8	7.5	3.0	12.1	135
GE	63.4	57.2	69.5	0.8	0.0	1.9	27.7	22.1	33.4	8.1	4.5	11.7	249
JU	67.0	57.8	76.1				24.8	16.2	33.5	8.2	3.2	13.2	119

\* dichter periurbaner Raum und ländliche Zentren  
VI = Vertrauensintervall

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGE)

© Obsan 2020

T A2.4 Körperliche Beschwerden (ohne Fieber), Kanton UR und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2017

	UR			keine/kaum			einige			starke			CH								
	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe						
																UR	CH	UR	CH	UR	CH
Total	53.6	49.0	58.3	44.1	43.3	44.9	29.7	25.5	34.0	33.8	33.0	34.6	16.7	13.3	20.0	22.1	21.4	22.7	490	20'932	
Geschlecht																					
Männer	59.9	53.2	66.6	54.4	53.2	55.5	27.9	21.8	34.1	31.0	29.9	32.1	12.2	7.8	16.5	14.7	13.8	15.5	228	9'908	
Frauen	47.7	41.4	54.1	34.1	33.1	35.2	31.4	25.5	37.3	36.6	35.5	37.6	20.9	15.9	25.9	29.3	28.3	30.3	262	11'024	
Altersgruppen																					
15-34 Jahre	51.8	42.4	61.2	39.9	38.3	41.5	33.3	24.4	42.2	37.4	35.8	39.0	14.9	8.6	21.2	22.7	21.3	24.0	120	5'178	
35-49 Jahre	52.9	42.7	63.1	45.5	43.9	47.2	36.5	26.7	46.3	32.8	31.3	34.3	10.6	5.0	16.2	21.7	20.3	23.0	105	5'145	
50-64 Jahre	54.3	46.1	62.6	45.9	44.4	47.5	25.0	18.0	32.0	32.2	30.8	33.6	20.7	14.0	27.1	21.9	20.6	23.2	154	5'631	
65+ Jahre	55.7	46.3	65.2	46.0	44.4	47.6	24.6	16.4	32.9	32.1	30.5	33.6	19.7	12.2	27.4	22.0	20.6	23.3	111	4'978	
Bildung																					
Obligatorische Schule	54.4	45.4	63.4	38.4	36.7	40.1	20.0	12.6	27.3	33.7	32.0	35.4	25.6	17.9	33.3	27.9	26.3	29.5	123	4'179	
Sekundarstufe II	48.5	42.0	54.9	43.1	42.0	44.3	36.0	29.8	42.2	33.7	32.6	34.8	15.5	11.0	20.1	23.2	22.2	24.1	255	10'126	
Tertiärstufe	64.2	54.8	73.6	48.6	47.2	50.0	24.9	16.4	33.3	34.0	32.6	35.4	10.9	4.9	16.9	17.4	16.4	18.5	111	6'548	
Migrations- hintergrund																					
Ohne Migrationshintergrund	53.2	48.3	58.1	44.6	43.5	45.6	29.3	24.8	33.8	35.2	34.2	36.2	17.5	13.9	21.1	20.2	19.4	21.1	428	13'320	
Mit Migrationshintergrund	49.0	33.8	64.3	43.5	42.1	44.9	37.4	22.9	51.9	32.0	30.7	33.3	13.6	4.0	23.2	24.5	23.3	25.7	48	6'748	
Haushaltstyp																					
Empersonenhaushalt	51.0	37.4	64.6	42.2	40.2	44.1	28.6	16.4	40.8	32.5	30.6	34.4	20.5	9.6	31.4	25.3	23.6	27.1	59	3'444	
Paar ohne Kinder	51.6	43.5	59.6	45.5	44.0	46.9	27.2	19.9	34.4	33.5	32.1	34.8	21.3	14.9	27.6	21.1	19.9	22.3	162	6'919	
Paar mit Kind(ern)	57.8	51.3	64.3	45.1	43.8	46.3	30.1	24.1	36.1	34.5	33.3	35.7	12.1	8.0	16.2	20.4	19.5	21.4	235	8'568	
Einelternhaushalt mit Kind(ern)	(36.0)	15.4	56.5	38.1	35.0	41.2	(46.3)	24.4	68.3	34.9	31.8	38.0	(17.7)	1.7	33.7	27.0	24.2	29.8	21	1'298	
Urbanisierungsgrad																					
Städtisch	53.4	47.4	59.5	43.9	42.9	45.0	30.7	25.1	36.2	33.4	32.4	34.4	15.9	11.7	20.1	22.6	21.8	23.5	289	12'324	
Intermediär*	53.8	42.6	64.9	44.0	42.3	45.7	30.9	20.6	41.3	34.9	33.3	36.6	15.3	7.5	23.1	21.1	19.7	22.5	82	4'651	
Ländlich	54.0	44.5	63.4	45.1	43.2	47.0	26.7	18.0	35.4	33.8	31.9	35.6	19.4	12.0	26.7	21.2	19.6	22.7	119	3'957	
Zeitlicher Vergleich																					
2017	53.6	49.0	58.3	44.1	43.3	44.9	29.7	25.5	34.0	33.8	33.0	34.6	16.7	13.3	20.0	22.1	21.4	22.7	490	20'932	
2012	49.4	44.4	54.3	46.0	45.2	46.9	35.1	30.5	39.8	33.2	32.4	34.0	15.5	12.2	18.8	20.8	20.0	21.5	498	20'426	
2007	39.7	34.6	44.9	40.3	39.4	41.3	39.7	34.5	44.9	35.5	34.6	36.4	20.6	16.4	24.7	24.2	23.4	25.0	434	17'421	
2002				41.2	40.3	42.2															
1997				34.7	33.7	35.6															
1992				42.4	41.4	43.3															

Regionaler Vergleich	keine/kaum		einige		starke		Stichprobe			
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)				
								keine/kaum	einige	starke
CH	44.1	43.3	44.9	33.8	33.0	34.6	22.1	21.4	22.7	20'932
Deutschschweiz	45.5	44.5	46.5	34.0	33.0	34.9	20.6	19.7	21.4	13'902
Französische Schweiz	41.4	40.0	42.8	33.0	31.6	34.3	25.6	24.4	26.9	5'531
Italienische Schweiz	37.9	35.2	40.5	35.3	32.6	37.9	26.9	24.5	29.4	1'499
Zentralschweiz	48.6	46.2	50.9	34.4	32.1	36.7	17.0	15.3	18.8	3'106
Kantone										
ZH	44.1	41.8	46.3	34.4	32.2	36.6	21.5	19.6	23.5	2'317
BE	45.0	42.5	47.5	35.0	32.6	37.4	20.0	18.0	22.0	1'716
LU	49.3	46.0	52.6	33.0	30.0	36.0	17.7	15.2	20.2	1'003
UR	53.6	49.0	58.3	29.7	25.5	34.0	16.7	13.3	20.0	490
SZ	49.9	46.6	53.3	32.5	29.4	35.6	17.6	15.1	20.1	952
OW	51.0	45.9	56.0	32.9	28.3	37.6	16.1	12.5	19.7	461
FR	41.8	38.5	45.0	32.9	29.7	36.0	25.4	22.5	28.3	997
BL	44.9	41.3	48.4	34.1	30.8	37.5	21.0	18.2	23.8	845
AR	51.7	47.7	55.7	29.8	26.1	33.5	18.5	15.5	21.5	669
SG	43.8	40.6	47.0	34.7	31.7	37.8	21.5	18.8	24.1	1'038
GR	48.1	44.7	51.4	35.1	31.9	38.3	16.8	14.4	19.2	947
AG	44.2	41.3	47.2	33.0	30.2	35.8	22.7	20.3	25.2	1'245
TG	47.2	44.0	50.4	33.7	30.6	36.7	19.1	16.6	21.6	1'011
TI	37.6	34.8	40.4	34.9	32.2	37.6	27.5	24.9	30.0	1'418
VD	40.7	38.1	43.2	33.1	30.7	35.6	26.2	24.0	28.5	1'690
VS	44.0	40.7	47.4	32.8	29.7	36.0	23.1	20.4	25.9	965
NE	43.4	39.1	47.6	33.0	28.9	37.0	23.7	20.0	27.3	594
GE	43.5	40.5	46.6	31.5	28.7	34.3	25.0	22.4	27.6	1'141
JU	37.0	32.5	41.6	36.9	32.3	41.4	26.1	22.0	30.2	491

\* dichter perurbane Raum und ländliche Zentren  
VI = Vertrauensintervall

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

T A2.5 Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel und Diabetes, Kanton UR und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2017

	Bluthochdruck						Hoher Cholesterinspiegel						Diabetes											
	UR		CH		UR		CH		UR		CH		UR		CH		UR		CH					
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Stichprobe		
Total	19.3	15.8	22.9	18.0	17.4	18.6	21.331	495	21.331	12.1	11.6	12.6	468	20.425	4.8	2.9	6.7	487	20.812	5.5	4.2	4.9	487	
Geschlecht																								
Männer	20.3	14.8	25.7	19.5	18.6	20.4	225	10.006	11.1	6.5	15.7	214	9.585	4.3	1.5	7.1	219	9.780	5.5	5.0	6.0	219	9.780	
Frauen	18.5	13.9	23.1	16.6	15.8	17.4	270	11.325	7.5	4.1	10.8	254	10.840	5.2	2.6	7.8	268	11.032	3.7	3.3	4.1	268	11.032	
Altersgruppen																								
15-34 Jahre	4.6	0.6	8.7	2.0	1.5	2.4	123	5.350	0.8	0.0	2.4	116	5.134	0.8	0.0	2.3	121	5.229	0.9	0.5	1.2	121	5.229	
35-49 Jahre	3.7	0.1	7.2	6.5	5.7	7.3	107	5.206	0.8	0.0	2.5	97	4.898	1.7	0.0	3.6	105	5.038	1.5	1.1	1.9	105	5.038	
50-64 Jahre	21.9	15.3	28.5	23.0	21.7	24.4	155	5.738	13.8	7.5	20.0	149	5.455	1.7	0.0	3.6	152	5.666	6.5	5.7	7.3	152	5.666	
65+ Jahre	52.9	43.3	62.4	47.2	45.6	48.8	110	5.037	22.2	13.6	30.7	106	4.938	19.9	12.1	27.8	109	4.979	10.8	9.7	11.8	109	4.979	
Bildung																								
Obligatorische Schule	25.3	17.0	33.6	21.9	20.4	23.3	119	4.260	9.5	3.6	15.4	116	4.136	10.8	4.7	17.0	118	4.192	6.3	5.4	7.2	118	4.192	
Sekundarstufe II	18.7	13.9	23.5	19.8	18.9	20.7	260	10.296	7.8	4.3	11.3	244	9.885	1.8	0.2	3.4	254	10.043	4.6	4.1	5.1	254	10.043	
Tertiärstufe	16.7	9.2	22.3	13.6	12.6	14.5	115	6.711	11.9	5.3	18.6	107	6.341	5.8	1.8	9.7	114	6.512	3.6	3.1	4.1	114	6.512	
Migrationshintergrund																								
Mit Migrationshintergrund	19.6	15.7	23.4	19.3	18.6	20.1	438	13.703	9.2	6.2	12.2	416	13.088	5.1	3.0	7.2	430	13.355	4.4	4.0	4.9	430	13.355	
Ohne Migrationshintergrund	15.6	6.1	25.0	14.1	13.2	15.0	52	7.087	8.6	0.0	17.2	47	6.796	3.0	0.0	7.1	52	6.909	4.0	3.5	4.5	52	6.909	
Haushaltstyp																								
Einpersonenhaushalt	28.7	17.0	40.4	27.1	25.4	28.8	62	3.554	14.1	3.7	24.4	59	3.438	8.4	1.0	15.8	61	3.460	6.9	5.9	7.9	61	3.460	
Paar ohne Kinder	33.1	25.9	40.3	26.5	25.3	27.7	166	7.028	15.7	9.8	21.6	160	6.767	9.1	4.9	13.3	163	6.887	6.0	5.3	6.6	163	6.887	
Paar mit Kindern	7.9	4.2	11.7	8.2	7.5	8.8	231	8.687	3.9	1.4	6.4	216	8.257	1.3	0.0	2.7	228	8.463	2.4	2.0	2.8	228	8.463	
Einelterhaushalt mit Kind(ern)	(8.0)	0.0	18.7	9.7	7.9	11.6	23	1.348	(4.2)	0.0	12.4	21	1.275	3.0	1.8	4.1	22	1.302	3.0	1.8	4.1	22	1.302	
Urbanisierungsgrad																								
Städtisch	19.0	14.4	23.6	18.0	17.3	18.8	287	12.551	8.7	5.3	12.2	269	12.039	4.7	2.1	7.2	282	12.243	4.9	4.4	5.3	282	12.243	
Intermediär*	15.3	8.0	22.6	17.9	16.6	19.2	87	4.728	3.8	0.0	8.0	84	4.520	4.5	0.2	8.8	88	4.621	4.3	3.7	5.0	88	4.621	
Ländlich	22.9	15.0	30.9	18.3	16.9	19.7	121	4.052	14.0	6.7	21.3	115	3.866	5.2	1.4	9.1	117	3.948	3.7	3.1	4.4	117	3.948	
Zeitlicher Vergleich																								
2017	19.3	15.8	22.9	18.0	17.4	18.6	495	21.331	9.2	6.4	12.0	468	20.425	4.8	2.9	6.7	487	20.812	4.6	4.2	4.9	487	20.812	
2012	15.2	11.8	18.5	18.8	18.1	19.5	505	20.859	8.3	5.8	10.9	470	19.619	1.7	0.7	2.8	485	20.079	4.3	4.0	4.7	485	20.079	
2007	15.0	11.6	18.3	17.0	16.3	17.7	438	17.716	6.0	3.8	8.2	403	16.377	3.0	1.4	4.6	424	16.903	3.5	3.1	3.8	424	16.903	
2002				14.8	14.1	15.4	18.448																	
1997																								
1992																								

Regionaler Vergleich	Bluthochdruck			Hoher Cholesterinspiegel			Diabetes					
	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe			
	CH	18.0	17.4	18.6	12.1	11.6	12.6	20.425	4.6	4.2	4.9	20.812
Regionen												
Deutschschweiz	18.9	18.1	19.6	14.168	11.4	10.8	12.1	13.490	4.4	4.0	4.8	13.885
Französische Schweiz	15.5	14.5	16.5	5591	13.2	12.3	14.2	5.414	5.2	4.5	5.8	5.395
Italienische Schweiz	18.2	16.2	20.2	1572	17.0	15.0	19.0	1.532	4.6	3.6	5.7	1.532
Zentralschweiz	18.0	16.2	19.7	3148	11.2	9.7	12.7	3.004	3.9	2.9	4.8	3.096
Kantone												
ZH	16.8	15.2	18.4	2369	10.9	9.5	12.3	2.226	4.5	3.5	5.4	2.295
BE	21.1	19.1	23.0	1759	11.6	10.1	13.0	1.694	4.0	3.1	4.9	1.733
LU	18.2	15.8	20.6	1021	10.2	8.3	12.1	973	3.8	2.6	5.1	1.002
UR	19.3	15.8	22.9	495	9.2	6.4	12.0	468	4.8	2.9	6.7	487
SZ	18.5	16.0	21.0	967	11.2	9.2	13.3	924	3.2	2.1	4.3	951
OW	16.1	12.6	19.6	462	9.4	6.6	12.1	445	2.8	1.2	4.4	456
FR	15.7	13.5	18.0	1018	11.2	9.2	13.1	974	5.1	3.7	6.6	984
BL	20.9	18.2	23.6	857	13.4	11.0	15.7	817	3.8	2.5	5.0	841
AR	19.5	16.4	22.6	685	13.4	10.8	16.1	645	5.2	3.3	7.0	668
SG	20.4	17.9	22.9	1060	11.9	9.8	14.0	1.007	5.7	4.2	7.2	1.029
GR	17.3	14.9	19.8	964	12.8	10.5	15.0	924	4.2	2.9	5.4	953
AG	18.9	16.7	21.1	1.259	10.9	9.2	12.7	1.209	3.1	2.2	4.0	1.238
TG	17.6	15.4	19.9	1038	9.8	7.9	11.6	976	4.6	3.3	5.9	1.010
TI	18.5	16.4	20.5	1.491	17.2	15.2	19.2	1.443	4.7	3.6	5.8	1.452
VD	14.2	12.4	15.9	1.678	12.3	10.7	13.9	1.634	4.6	3.5	5.6	1.625
VS	15.4	13.1	17.7	981	14.9	12.6	17.3	941	3.7	2.5	4.9	945
NE	17.1	14.0	20.2	595	11.3	8.8	13.9	578	6.0	4.0	8.1	574
GE	15.8	13.7	18.0	1.172	14.7	12.6	16.9	1.136	5.9	4.5	7.4	1.133
JU	21.6	17.7	25.6	493	13.2	10.0	16.4	478	5.1	3.1	7.2	475

\* dichter periurbaner Raum und ländliche Zentren  
 VI = Vertrauensintervall  
 Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)  
 © Obsan 2020

T A2.6 Unfälle und Stürze, Kanton UR und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2017

	Unfälle						Stürze (Personen 65+ Jahre)							
	UR			CH			UR			CH				
	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe		
Total	20.1	16.1	24.1	21.1	20.4	21.9	20.2	12.4	27.9	25.8	24.4	27.2	112	5'106
Geschlecht														
Männer	23.6	17.2	30.0	24.8	23.6	25.9	23.9	11.1	36.7	24.2	22.2	26.3	50	2'398
Frauen	16.9	12.0	21.8	17.6	16.7	18.5	17.2	7.9	26.5	27.1	25.1	29.0	62	2'708
Altersgruppen														
15-34 Jahre	32.2	22.8	41.6	28.5	26.9	30.0	21.7	12.8	30.6	23.5	21.9	25.0	91	4'013
35-49 Jahre	15.4	7.3	23.5	20.8	19.4	22.3	(13.7)	0.0	28.3	33.1	29.9	36.3	21	1'093
50-64 Jahre	15.4	9.2	21.6	17.8	16.5	19.0	15.4	3.4	27.4	25.1	22.2	28.1	45	1'190
65+ Jahre	15.1	7.9	22.2	15.1	13.9	16.4	28.6	15.5	41.8	25.6	23.6	27.5	46	2'661
Bildung														
Obligatorische Schule	14.6	7.6	21.6	23.1	21.4	24.9	(12.9)	0.0	26.7	26.7	23.7	29.6	21	1'231
Sekundarstufe II	19.5	13.8	25.3	19.3	18.3	20.3	19.3	11.2	27.4	26.7	25.0	28.4	102	3'802
Tertiärstufe	25.5	17.2	33.8	22.8	21.5	22.1	11.2			21.4	18.5	24.3	5	1'052
Migrations- hintergrund														
Ohne Migrationshintergrund	20.1	15.9	24.3	21.5	20.6	22.4	29.2	11.3	47.2	30.6	27.9	33.4	28	1'525
Mit Migrationshintergrund	19.0	7.0	31.1	20.4	19.2	21.7	16.9	8.5	25.4	23.1	21.4	24.9	76	3'156
Haushaltstyp														
Einpersonenhaushalt	17.2	6.8	27.7	21.1	19.3	22.9				25.1	19.0	31.2	7	255
Paar ohne Kinder	20.5	13.3	27.6	18.2	17.0	19.4				22.5	13.2	31.9	1	96
Paar mit Kind(ern)	20.1	14.3	26.0	22.6	21.5	23.7	22.3	11.7	32.9	24.8	23.1	26.6	68	3'090
Einelterhaushalt mit Kind(ern)	(20.2)	2.3	38.0	25.9	22.8	29.0	(30.6)	8.1	53.1	26.6	23.4	29.8	16	1'098
Urbanisierungsgrad														
Städtisch	22.0	16.5	27.5	20.8	19.9	21.7	(10.0)	0.0	21.0	28.6	25.1	32.1	28	918
Intermediär*	20.8	11.8	29.9	22.7	21.2	24.3				25.8	24.4	27.2	112	5'106
Ländlich	14.6	7.1	22.1	20.3	18.7	22.0	23.3	14.7	31.9	25.2	23.5	26.8	100	4'794
Zeitlicher Vergleich														
2017	20.1	16.1	24.1	21.1	20.4	21.9	21.6	13.7	29.6	24.8	23.3	26.4	123	4'488
2012	19.7	15.6	23.7	18.9	18.1	19.6				20.9	19.4	22.5		4'343
2007	14.9	10.2	19.6	17.7	16.8	18.7								
2002				17.2	16.4	18.0								
1997				18.4	17.5	19.2								
1992				17.9	17.0	18.8								

Regionaler Vergleich	Unfälle			Stürze (Personen 65+ Jahre)		
	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe
	CH	21.1	20.4	21.9	25.8	24.4
Deutschschweiz	21.3	20.4	22.2	26.1	24.4	27.9
Französische Schweiz	21.0	19.7	22.3	26.1	23.4	28.8
Italienische Schweiz	19.7	17.4	22.1	19.2	15.0	23.3
Zentralschweiz	22.2	20.0	24.4	25.3	21.2	29.4
Kantone						
ZH	21.9	19.9	24.0	23.8	19.8	27.8
BE	19.1	17.0	21.2	27.1	22.9	31.4
LU	22.0	19.1	24.9	27.8	22.0	33.6
UR	20.1	16.1	24.1	20.2	12.4	27.9
SZ	19.2	16.4	22.0	25.3	19.4	31.2
OW	19.6	15.3	23.9	19.9	12.0	27.7
FR	25.1	21.9	28.3	27.7	21.1	34.3
BL	21.2	18.0	24.3	28.0	22.5	33.5
AR	18.8	15.4	22.2	30.1	23.4	36.8
SG	22.2	19.3	25.1	22.0	16.8	27.3
GR	21.7	18.7	24.7	27.9	22.2	33.6
AG	20.8	18.2	23.5	25.5	20.4	30.7
TG	20.3	17.6	23.1	23.3	17.8	28.8
TI	19.8	17.3	22.2	19.4	15.1	23.7
VD	19.5	17.3	21.7	28.8	23.6	33.9
VS	21.7	18.7	24.7	25.3	19.8	30.8
NE	18.1	14.5	21.7	17.7	11.4	24.0
GE	22.8	20.0	25.7	26.6	21.1	32.0
JU	23.5	19.1	27.9	25.8	17.7	33.9

\* dichter perurbaner Raum und ländliche Zentren  
VI = Vertrauensintervall  
Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

T A2.7 Energie- und Vitalitätsniveau, Kanton UR und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2017

	UR			CH			UR			CH			UR			CH								
	tief			mittel			hoch			UR			CH			UR			CH					
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)		
Total	19.1	15.0	23.3	29.3	28.5	30.1	25.0	20.4	29.7	22.0	21.3	22.7	55.9	50.6	61.1	48.7	47.8	49.6	41.2	41.2	41.2	41.2	17872	
Geschlecht																								
Männer	18.5	12.1	24.8	25.6	24.5	26.7	25.9	19.3	32.6	20.7	19.7	21.7	55.6	47.9	63.2	53.7	52.4	55.0	19.1	19.1	19.1	19.1	8466	
Frauen	19.8	14.3	25.2	33.1	31.9	34.2	24.2	17.6	30.7	23.3	22.3	24.3	56.1	48.9	63.3	43.7	42.5	44.8	22.1	22.1	22.1	22.1	9406	
Altersgruppen																								
15-34 Jahre	20.8	11.7	29.9	33.3	31.7	35.0	25.9	17.0	34.7	24.4	22.9	25.9	53.3	42.8	63.8	42.3	40.6	44.0	10.3	10.3	10.3	10.3	4568	
35-49 Jahre	11.9	5.3	18.6	29.3	27.7	30.9	27.9	17.4	38.5	22.6	21.1	24.0	60.2	48.9	71.4	48.1	46.3	49.9	9.0	9.0	9.0	9.0	4474	
50-64 Jahre	21.5	14.1	28.8	26.7	25.2	28.2	23.9	15.5	32.4	22.1	20.7	23.5	54.6	45.6	63.7	51.2	49.5	52.9	13.7	13.7	13.7	13.7	4912	
65+ Jahre	21.3	12.4	30.2	26.3	24.7	28.0	21.8	12.4	31.3	17.4	16.0	18.8	56.9	45.8	68.0	56.3	54.5	58.2	8.2	8.2	8.2	8.2	3918	
Bildung																								
Obligatorische Schule	21.4	12.6	30.2	38.3	36.2	40.4	22.7	13.3	32.0	21.5	19.8	23.2	56.0	44.7	67.3	40.2	38.1	42.3	8.3	8.3	8.3	8.3	2951	
Sekundarstufe II	20.2	14.1	26.3	29.1	28.0	30.3	27.9	21.2	34.6	22.7	21.6	23.8	51.9	44.6	59.1	48.2	46.9	49.5	21.8	21.8	21.8	21.8	8719	
Tertiärstufe	15.7	8.5	22.8	25.5	24.2	26.8	21.1	12.6	29.7	21.4	20.2	22.6	63.2	53.4	73.0	53.1	51.6	54.6	11.1	11.1	11.1	11.1	6161	
Migrationshintergrund																								
Ohne Migrationshintergrund	19.2	15.1	23.3	26.6	25.6	27.5	22.3	17.8	26.8	21.9	21.0	22.8	58.5	53.3	63.7	51.5	50.5	52.6	37.5	37.5	37.5	37.5	12219	
Mit Migrationshintergrund	18.8	3.7	34.0	34.0	32.5	35.4	40.4	22.8	58.0	22.2	20.9	23.5	40.8	22.5	59.1	43.8	42.3	45.3	3.7	3.7	3.7	3.7	5610	
Haushaltstyp																								
Einpersonhaushalt	26.3	13.7	38.9	33.7	31.6	35.8	33.1	17.2	49.0	20.8	19.0	22.6	40.6	26.0	55.2	45.5	43.3	47.6	5.0	5.0	5.0	5.0	2878	
Paar ohne Kinder	20.9	13.8	28.0	25.2	23.9	26.5	20.6	13.2	28.1	20.7	19.4	21.9	58.5	49.7	67.3	54.1	52.6	55.7	13.6	13.6	13.6	13.6	6013	
Paar mit Kind(ern)	16.2	10.2	22.3	29.4	28.2	30.7	24.8	18.5	31.1	23.1	22.0	24.3	59.0	51.5	66.5	47.5	46.1	48.8	19.7	19.7	19.7	19.7	7358	
Eiernerhaushalt mit Kind(ern)	(22.2)	2.5	41.9	34.7	31.4	38.0	(30.6)	9.9	51.3	23.1	20.2	26.0	(47.3)	24.5	70.1	42.2	38.7	45.8	1.9	1.9	1.9	1.9	1073	
Urbanisierungsgrad																								
Städtisch	22.0	16.3	27.7	30.7	29.7	31.8	22.3	16.4	28.3	21.6	20.7	22.6	55.7	48.8	62.6	47.7	46.5	48.8	24.4	24.4	24.4	24.4	10362	
Intermediär*	10.6	3.5	17.7	26.7	25.1	28.4	31.6	20.2	42.9	22.7	21.1	24.3	57.8	45.9	69.7	50.6	48.8	52.5	7.1	7.1	7.1	7.1	4023	
Ländlich	17.3	8.9	25.6	27.4	25.6	29.3	27.8	18.0	37.5	22.5	20.8	24.2	55.0	44.4	65.5	50.1	48.0	52.1	9.7	9.7	9.7	9.7	3487	
Zeitlicher Vergleich																								
2017	19.1	15.0	23.3	29.3	28.5	30.1	25.0	20.4	29.7	22.0	21.3	22.7	55.9	50.6	61.1	48.7	47.8	49.6	41.2	41.2	41.2	41.2	17872	
2012																								
2007																								
2002																								
1997																								
1992																								

Regionaler Vergleich	tief			mittel			hoch			
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	
CH	29.3	28.5	30.1	22.0	21.3	22.7	48.7	47.8	49.6	17872
Deutschschweiz	28.1	27.1	29.1	22.0	21.1	22.9	49.9	48.8	51.0	11959
Französische Schweiz	31.9	30.4	33.4	22.3	21.0	23.7	45.8	44.2	47.4	4620
Italienische Schweiz	35.5	32.6	38.4	19.5	17.1	21.9	45.0	42.0	48.0	1293
Zentralschweiz	23.3	21.2	25.5	21.2	19.2	23.2	55.5	53.0	58.0	2694
Kantone										
ZH	29.7	27.5	32.0	22.5	20.4	24.5	47.8	45.4	50.3	1962
BE	27.3	24.9	29.7	21.2	19.0	23.4	51.5	48.8	54.2	1502
LU	25.1	22.0	28.2	20.9	18.0	23.7	54.1	50.5	57.6	879
UR	19.1	15.0	23.3	25.0	20.4	29.7	55.9	50.6	61.1	412
SZ	21.9	18.8	25.0	20.4	17.4	23.3	57.7	54.1	61.3	830
OW	24.5	19.2	29.8	23.3	18.6	28.0	52.2	46.6	57.9	402
FR	31.0	27.6	34.3	22.4	19.4	25.4	46.7	43.0	50.3	865
BL	29.5	26.0	33.0	21.0	17.8	24.2	49.5	45.6	53.3	723
AR	27.7	23.7	31.6	20.7	17.2	24.1	51.7	47.4	56.0	590
SG	28.1	24.9	31.3	22.7	19.8	25.6	49.2	45.7	52.7	880
GR	24.8	21.7	27.9	21.2	18.2	24.2	54.0	50.4	57.6	836
AG	27.7	24.9	30.6	23.9	21.1	26.7	48.4	45.2	51.6	1032
TG	27.4	24.3	30.6	21.9	19.0	24.8	50.6	47.2	54.1	889
TI	36.1	33.1	39.1	19.1	16.7	21.6	44.8	41.7	47.9	1223
VD	32.4	29.7	35.1	22.0	19.7	24.3	45.6	42.8	48.4	1397
VS	28.4	25.1	31.7	21.1	18.1	24.1	50.5	46.8	54.1	818
NE	31.8	27.5	36.2	23.2	19.2	27.2	45.0	40.4	49.6	516
GE	32.5	29.3	35.8	21.8	18.9	24.6	45.7	42.2	49.2	911
JU	33.3	28.3	38.2	23.2	18.9	27.5	43.5	38.4	48.7	411

\* dichter perurbener Raum und ländliche Zentren  
 VI = Vertrauensintervall  
 Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)





T A2.9 Kontrollüberzeugung, Kanton UR und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 1992-2017

	UR			gering			CH			UR			mittel bis hoch			CH		
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)
Total	16.5	12.6	20.5	23.4	22.6	24.1	83.5	79.5	87.5	76.6	75.9	77.4	418	18'161				
Geschlecht																		
Männer	17.7	11.1	24.2	21.9	20.8	22.9	82.3	75.8	88.9	78.1	77.1	79.2	192	8'564				
Frauen	15.5	10.8	20.2	24.8	23.8	25.9	84.5	79.8	89.2	75.2	74.1	76.2	226	9'597				
Altersgruppen																		
15-34 Jahre	17.5	8.7	26.3	24.7	23.3	26.2	82.5	73.7	91.3	75.3	73.8	76.7	104	4'585				
35-49 Jahre	17.0	8.8	25.2	25.0	23.4	26.5	83.0	74.8	91.2	75.1	73.5	76.6	92	4'513				
50-64 Jahre	17.7	10.9	24.5	23.1	21.7	24.5	82.3	75.5	89.1	76.9	75.5	78.3	139	4'970				
65+ Jahre	12.4	5.5	19.3	19.5	18.1	21.0	87.6	80.7	94.6	80.5	79.0	81.9	83	4'093				
Bildung																		
Obligatorische Schule	18.0	10.0	26.0	31.5	29.5	33.4	82.0	74.0	90.0	68.6	66.6	70.5	87	3'032				
Sekundarstufe II	20.2	14.0	26.4	23.4	22.3	24.5	79.8	73.6	86.0	76.6	75.5	77.7	220	8'865				
Tertiärstufe	8.6	3.1	14.1	19.5	18.3	20.6	91.4	85.9	97.0	80.5	79.4	81.7	111	6'223				
Migrationshintergrund																		
Mit Migrationshintergrund	23.1	7.6	38.7	28.1	26.7	29.5	76.9	61.4	92.4	79.4	78.5	80.2	379	12'408				
Haushaltstyp																		
Einpersonenhaushalt	22.8	10.2	35.4	27.4	25.5	29.3	77.2	64.6	89.8	72.6	70.7	74.5	52	2'974				
Paar ohne Kinder	14.7	8.4	21.0	19.4	18.2	20.6	85.3	79.0	91.6	80.6	79.4	81.8	136	6'125				
Paar mit Kind(ern)	14.8	9.0	20.6	22.8	21.6	23.9	85.3	79.5	91.0	77.3	76.1	78.4	201	7'416				
Einelterhaushalt mit Kind(ern)	(33.8)	12.8	54.9	30.5	27.3	33.7	(66.2)	45.1	87.2	69.5	66.3	72.7	19	1'090				
Urbanisierungsgrad																		
Städtisch	17.1	12.0	22.3	24.6	23.6	25.5	82.9	77.7	88.0	75.4	74.5	76.4	248	10'551				
Intermediär*	7.5	1.1	13.9	20.8	19.4	22.3	92.5	86.1	98.9	79.2	77.7	80.7	72	4'082				
Ländlich	21.1	11.8	30.5	22.1	20.4	23.8	78.9	69.5	88.3	77.9	76.2	79.6	98	3'528				
Zeitlicher Vergleich																		
2017	16.5	12.6	20.5	23.4	22.6	24.1	83.5	79.5	87.5	76.6	75.9	77.4	418	18'161				
2012	17.2	13.0	21.3	20.6	19.8	21.4	82.8	78.7	87.0	79.4	78.6	80.2	420	17'267				
2007	14.1	9.7	18.5	20.4	19.5	21.4	85.9	81.5	90.3	79.6	78.6	80.5	314	12'992				
2002				21.4	20.5	22.2				78.7	77.8	79.5		14'359				
1997				28.4	27.4	29.4				71.6	70.6	72.7		10'087				
1992				21.7	20.7	22.7				78.4	77.3	79.4		8'947				

Regionaler Vergleich	gering			mittel bis hoch			
	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	
CH	23.4	22.6	24.1	76.6	75.9	77.4	18'161
Regionen							
Deutschschweiz	20.8	19.9	21.7	79.2	78.4	80.1	12'114
Französische Schweiz	29.2	27.7	30.6	70.8	69.4	72.3	4'723
Italienische Schweiz	33.6	30.8	36.4	66.4	63.6	69.2	1'324
Zentralschweiz	17.7	15.8	19.7	82.3	80.3	84.2	2'721
Kantone							
ZH	21.4	19.4	23.4	78.6	76.6	80.6	2'003
BE	21.6	19.4	23.8	78.4	76.2	80.6	1'527
LU	18.7	15.9	21.5	81.3	78.5	84.1	881
UR	16.5	12.6	20.5	83.5	79.5	87.5	418
SZ	15.5	12.8	18.2	84.5	81.8	87.2	841
OW	20.3	15.7	25.0	79.7	75.1	84.3	406
FR	27.7	24.4	30.9	72.4	69.1	75.6	882
BL	21.3	18.1	24.4	78.7	75.6	81.9	733
AR	20.9	17.3	24.5	79.1	75.5	82.7	599
SG	22.3	19.3	25.3	77.7	74.7	80.7	892
GR	18.3	15.5	21.2	81.7	78.9	84.5	837
AG	20.4	17.9	22.9	79.6	77.1	82.1	1'049
TG	17.6	15.0	20.2	82.4	79.8	85.0	893
TI	34.0	31.1	37.0	66.0	63.1	68.9	1'252
VD	30.0	27.4	32.7	70.0	67.4	72.6	1'428
VS	23.9	20.8	27.0	76.1	73.0	79.2	830
NE	30.5	26.2	34.7	69.6	65.3	73.8	526
GE	30.8	27.6	34.0	69.2	66.0	72.4	932
JU	31.6	26.7	36.4	68.4	63.6	73.3	422

\* dichter perurbane Raum und ländliche Zentren

VI = Vertrauensintervall

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

T A2.10 Soziale Unterstützung, Kanton UR und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2017

	UR			gering			mittel bis stark			CH			
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	Stichprobe	
													UR
Total	7.5	5.0	9.9	10.0	9.5	10.5	92.5	90.1	95.0	90.0	89.6	90.5	486
Geschlecht													
Männer	7.5	3.7	11.2	9.8	9.1	10.5	92.5	88.8	96.3	90.2	89.5	90.9	220
Frauen	7.5	4.3	10.7	10.1	9.5	10.8	92.5	89.4	95.7	89.9	89.2	90.5	266
Altersgruppen													
15-34 Jahre	2.4	0.0	5.1	5.8	5.1	6.6	97.6	95.0	100.0	94.2	93.4	94.9	122
35-49 Jahre	4.8	1.0	8.6	8.6	7.7	9.6	95.2	91.4	99.0	91.4	90.4	92.3	109
50-64 Jahre	11.5	5.8	17.2	11.7	10.7	12.8	88.5	82.8	94.2	88.3	87.2	89.3	154
65+ Jahre	11.7	5.4	18.0	15.7	14.5	16.9	88.3	82.0	94.6	84.3	83.1	85.5	101
Bildung													
Obligatorische Schule	6.8	2.2	11.3	13.7	12.5	15.0	93.3	88.7	97.8	86.3	85.0	87.5	115
Sekundarstufe II	7.6	4.2	10.9	10.4	9.7	11.2	92.4	89.1	95.8	89.6	88.9	90.3	256
Tertiärstufe	7.8	2.6	13.1	7.5	6.8	8.2	92.2	86.9	97.4	92.5	91.8	93.2	114
Migrationshintergrund													
Ohne Migrationshintergrund	7.2	4.7	9.7	7.9	7.4	8.4	92.8	90.3	95.3	92.1	91.6	92.6	435
Mit Migrationshintergrund	9.2	0.9	17.5	13.7	12.7	14.6	90.8	82.5	99.1	86.3	85.4	87.3	50
Haushaltstyp													
Einpersonenhaushalt	12.3	3.7	20.8	15.8	14.4	17.2	87.7	79.2	96.3	84.2	82.8	85.6	60
Paar ohne Kinder	10.5	5.3	15.6	10.3	9.5	11.2	89.5	84.4	94.7	89.7	88.9	90.5	158
Paar mit Kind(ern)	4.7	2.1	7.3	6.9	6.2	7.5	95.3	92.7	97.9	93.1	92.5	93.8	233
Einelterhaushalt mit Kind(ern)	(3.5)	0.0	10.2	9.7	7.8	11.5	(96.5)	89.8	100.0	90.3	88.5	92.2	23
Urbanisierungsgrad													
Städtisch	7.5	4.4	10.5	11.0	10.4	11.7	92.5	89.5	95.6	89.0	88.3	89.7	284
Intermediär*	6.8	1.5	12.1	8.2	7.2	9.1	93.2	87.9	98.5	91.8	90.9	92.8	84
Ländlich	7.9	2.2	13.5	8.4	7.3	9.4	92.2	86.5	97.8	91.6	90.6	92.7	118
Zeitlicher Vergleich													
2017	7.5	5.0	9.9	10.0	9.5	10.5	92.5	90.1	95.0	90.0	89.6	90.5	486
2012													
2007													
2002													
1997													
1992													

Regionaler Vergleich	gering			mittel bis stark			
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	
							gering
CH	10.0	9.5	10.5	90.0	89.6	90.5	20'335
Deutschschweiz	9.4	8.8	9.9	90.7	90.1	91.2	13'509
Französische Schweiz	11.0	10.1	12.0	89.0	88.0	89.9	5'339
Italienische Schweiz	14.1	12.1	16.1	85.9	83.9	87.9	1'487
Zentralschweiz	7.9	6.7	9.1	92.1	90.9	93.3	3'024
Kantone							
ZH	10.1	8.7	11.4	89.9	88.6	91.3	2'246
BE	7.6	6.3	8.9	92.4	91.1	93.7	1'682
LU	8.5	6.7	10.3	91.5	89.7	93.3	987
UR	7.5	5.0	9.9	92.5	90.1	95.0	486
SZ	9.6	7.6	11.7	90.4	88.3	92.4	912
OW	5.0	2.8	7.2	95.0	92.8	97.2	443
FR	8.1	6.2	10.0	91.9	90.0	93.8	987
BL	9.3	7.3	11.4	90.7	88.6	92.7	819
AR	10.7	8.0	13.3	89.3	86.7	92.0	653
SG	9.3	7.4	11.2	90.7	88.8	92.6	993
GR	9.8	7.8	11.9	90.2	88.2	92.2	938
AG	10.5	8.6	12.3	89.5	87.7	91.4	1'171
TG	9.7	7.8	11.5	90.3	88.5	92.2	998
TI	14.6	12.5	16.7	85.4	83.3	87.5	1'408
VD	11.2	9.6	12.9	88.8	87.1	90.4	1'612
VS	10.2	8.1	12.3	89.8	87.7	91.9	946
NE	11.7	8.9	14.6	88.3	85.4	91.2	579
GE	12.6	10.4	14.8	87.4	85.2	89.6	1'086
JU	8.9	6.2	11.5	91.1	88.5	93.8	472

\* dichter perurbaner Raum und ländliche Zentren  
 VI = Vertrauensintervall  
 Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

T A3.1 Gesundheitseinstellungen, Kanton UR und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 1992-2017

	Gesundheit zu kümmern				Gedanken an die Erhaltung meiner Gesundheit beeinflussen meinen Lebensstil				Gesundheitliche Überlegungen bestimmen weitgehend, wie ich lebe												
	UR		CH		UR		CH		UR		CH										
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)									
Total	10.5	7.1	13.9	12.4	11.9	13.0	69.2	64.4	73.9	68.3	67.5	69.1	20.4	16.3	24.4	19.3	18.6	19.9	434	18620	
Geschlecht																					
Männer	14.9	9.0	20.8	15.0	14.1	15.9	68.5	61.5	75.5	67.3	66.1	68.5	16.6	11.5	21.8	17.7	16.7	18.6	200	8746	
Frauen	6.5	3.2	9.8	9.2	9.2	10.6	69.8	63.2	76.3	69.3	68.2	70.4	23.7	17.6	29.9	20.8	19.8	21.8	234	9874	
Altersgruppen																					
15-34 Jahre	17.3	8.5	26.1	17.4	16.2	18.7	72.1	62.3	82.0	67.9	66.3	69.5	10.6	4.3	17.0	14.7	13.5	15.9	104	4589	
35-49 Jahre	7.9	2.0	13.8	11.8	10.6	12.9	73.2	62.5	83.9	70.0	68.4	71.6	18.9	9.0	28.8	18.2	16.9	19.6	94	4549	
50-64 Jahre	8.6	3.8	13.3	10.0	9.0	10.9	71.5	63.8	79.2	69.6	68.1	71.1	19.9	13.3	26.6	20.4	19.1	21.7	142	5089	
65+ Jahre	6.5	1.4	11.5	9.2	8.2	10.2	56.6	46.2	66.9	65.3	63.6	66.9	37.0	27.0	47.1	25.6	24.0	27.1	94	4393	
Bildung																					
Obligatorische Schule	10.4	4.5	16.3	18.4	16.8	20.0	48.0	37.5	58.5	56.8	54.8	58.8	41.6	31.0	52.3	24.8	23.0	26.6	99	3240	
Sekundarstufe II	12.5	7.1	17.9	13.3	12.5	14.2	74.2	67.8	80.6	66.6	65.4	67.7	13.3	8.8	17.8	20.1	19.1	21.1	224	9080	
Tertiärstufe	6.7	1.7	13.5	8.3	7.5	9.0	76.7	68.2	85.1	76.4	75.2	77.7	16.7	9.3	24.1	15.3	14.3	16.4	111	6259	
Migrationshintergrund																					
Ohne Migrationshintergrund	10.3	7.0	13.5	11.3	10.6	11.9	70.2	65.5	74.9	71.8	70.9	72.8	19.6	15.6	23.6	16.9	16.2	17.7	392	12661	
Mit Migrationshintergrund	11.8	0.0	24.6	14.4	13.4	15.4	64.6	47.6	81.6	62.5	61.0	63.9	23.7	9.1	38.2	23.1	21.9	24.4	41	5913	
Haushaltstyp																					
Einkommenshaushalt	10.9	3.0	18.8	11.4	10.0	12.7	64.0	50.8	77.2	65.4	63.4	67.4	25.1	13.3	36.9	23.2	21.5	25.0	57	3127	
Paar ohne Kinder	8.6	3.5	13.6	9.2	8.4	10.1	65.0	56.9	73.2	71.1	69.7	72.4	26.4	19.0	33.9	19.7	18.6	20.9	144	6326	
Paar mit Kind(ern)	11.1	5.6	16.7	14.6	13.7	15.6	75.0	68.0	82.1	68.5	67.2	69.7	13.9	8.4	19.3	16.9	15.9	17.9	202	7486	
Einelterhaushalt mit Kind(ern)	(5.0)	0.0	14.5	17.4	14.8	20.0	(71.6)	51.7	91.4	64.6	61.2	67.9	(23.5)	5.0	42.0	18.1	15.2	20.9	19	1113	
Urbanisierungsgrad																					
Städtisch	10.1	5.5	14.8	12.3	11.6	13.1	69.8	63.4	76.1	67.8	66.8	68.9	20.1	14.8	25.4	19.9	19.0	20.8	255	10846	
Intermediär*	3.9	0.0	8.2	12.7	11.4	13.9	75.5	65.0	86.1	69.1	67.4	70.8	20.6	10.5	30.7	18.2	16.8	19.6	77	4168	
Ländlich	16.0	8.6	23.4	12.6	11.3	13.9	63.1	53.4	72.8	69.2	67.4	71.0	20.9	12.9	28.9	18.2	16.7	19.8	102	3606	
Zeitlicher Vergleich																					
2017	10.5	7.1	13.9	12.4	11.9	13.0	69.2	64.4	73.9	68.3	67.5	69.1	20.4	16.3	24.4	19.3	18.6	19.9	434	18620	
2012	11.9	8.2	15.5	14.4	13.7	15.1	69.0	64.1	74.0	67.0	66.1	67.9	19.1	15.0	23.3	18.6	17.9	19.4	437	18061	
2002																					
1997	9.2	5.4	13.1	12.3	11.5	13.0	71.1	65.4	76.7	66.8	65.9	67.8	21.4	20.6	22.2	22.3	21.4	23.3	338	13923	
1992																					
				12.8	12.0	13.5				66.0	65.0	67.1				21.2	20.3	22.1			

Regionaler Vergleich

	mögliche Folgen für meine Gesundheit zu kümmern		Erhaltung meiner Gesundheit beeinflussen		Gesundheitliche Überlegungen bestimmen weitgehend, wie ich lebe					
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)				
CH	12.4	11.9	13.0	68.3	67.5	69.1	19.3	18.6	19.9	18620
Regionen										
Deutschschweiz	9.9	9.2	10.5	71.1	70.1	72.1	19.0	18.2	19.9	12388
Französische Schweiz	20.0	18.8	21.3	59.8	58.3	61.4	20.2	18.9	21.4	4887
Italienische Schweiz	11.8	9.9	13.7	70.6	67.9	73.3	17.6	15.4	19.9	1395
Zentralschweiz	9.6	8.1	11.1	72.5	70.3	74.7	17.9	16.0	19.7	2779
Kantone										
ZH	9.5	8.1	11.0	73.4	71.2	75.6	17.1	15.2	18.9	2034
BE	10.4	8.8	12.1	71.3	68.9	73.8	18.2	16.2	20.3	1547
LU	8.7	6.6	10.7	72.1	68.9	75.2	19.3	16.6	22.0	897
UR	10.5	7.1	13.9	69.2	64.4	73.9	20.4	16.3	24.4	434
SZ	11.6	9.2	14.0	70.4	67.1	73.8	18.0	15.2	20.8	856
OW	13.8	9.4	18.2	68.7	63.2	74.1	17.5	13.2	21.9	415
FR	16.6	14.0	19.3	64.2	60.8	67.6	19.2	16.4	22.0	899
BL	10.5	8.0	13.0	70.7	67.3	74.2	18.8	15.9	21.7	748
AR	11.6	8.6	14.7	70.6	66.6	74.5	17.8	14.7	21.0	608
SG	11.2	9.0	13.5	66.9	63.6	70.2	21.9	19.0	24.8	903
GR	9.0	6.9	11.1	70.4	67.1	73.6	20.7	17.8	23.5	855
AG	9.7	7.8	11.5	69.1	66.2	72.0	21.2	18.7	23.8	1072
TG	12.3	9.9	14.7	67.6	64.4	70.9	20.1	17.3	22.8	916
TI	12.0	10.0	14.0	70.4	67.6	73.2	17.6	15.3	19.9	1322
VD	19.6	17.4	21.9	60.5	57.8	63.2	19.9	17.7	22.1	1473
VS	20.9	18.0	23.9	58.5	54.9	62.0	20.6	17.7	23.5	861
NE	18.5	14.9	22.0	59.5	55.1	64.0	22.0	18.3	25.7	538
GE	18.7	16.1	21.4	58.9	55.5	62.2	22.4	19.5	25.3	969
JU	24.0	19.7	28.3	60.0	55.1	64.9	16.0	12.6	19.5	447

\* dichtere periurbaner Raum und ländliche Zentren

VI = Vertrauensintervall

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

T A3.2 Körpergewicht (Body Mass Index), Kanton UR und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 1992-2017

	Untergewicht (BMI <18.5)						Normalgewicht (BMI 18.5 bis <25)						Übergewicht (BMI 25 bis <30)						Adipositas (BMI 30+)					
	UR		CH		UR		CH		UR		CH		UR		CH		UR		CH					
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)				
Total	2.0	0.7	3.3	3.0	2.7	3.2	55.7	51.0	60.4	54.3	53.5	55.1	31.1	30.4	31.9	10.8	7.9	13.6	11.6	11.1	12.1	477	21046	
Geschlecht																								
Männer	0.7	0.0	1.8	0.9	0.6	1.1	44.4	37.3	51.5	46.9	45.8	48.1	42.9	36.0	49.9	11.9	7.6	16.3	12.7	11.9	13.5	215	9929	
Frauen	3.1	0.8	5.4	5.0	4.5	5.5	65.7	59.7	71.7	61.5	60.4	62.6	21.4	16.4	26.5	23.0	22.1	23.9	10.5	9.9	11.2	262	11117	
Altersgruppen																								
18-34 Jahre	2.9	0.1	5.8	4.6	3.9	5.3	77.2	68.4	85.9	66.3	64.7	68.0	16.1	8.2	24.1	22.6	21.1	24.0	3.8	0.1	7.5	99	4694	
35-49 Jahre	2.6	0.0	6.5	2.7	2.1	3.2	60.4	50.7	70.0	55.6	54.0	57.2	28.6	20.0	37.3	30.6	29.1	32.0	8.4	3.0	13.9	110	5443	
50-64 Jahre	1.1	0.0	2.5	2.1	1.7	2.5	48.0	39.7	56.2	48.3	46.8	49.8	38.4	30.4	46.4	34.4	33.0	35.9	12.6	7.0	18.2	157	5854	
65+ Jahre	1.7	0.0	4.0	2.3	1.8	2.8	37.0	27.8	46.2	45.1	43.5	46.7	42.5	33.0	51.9	38.5	36.9	40.0	18.9	11.4	26.3	111	5055	
Bildung																								
Obligatorische Schule	5.3	0.0	10.8	3.0	2.3	3.7	37.0	27.2	46.9	45.3	43.4	47.2	38.7	28.5	49.0	34.0	32.2	35.9	18.9	10.8	27.0	177	16219	
Sekundarstufe II	1.9	0.4	3.4	3.0	2.7	3.4	59.1	52.8	65.3	53.5	52.3	54.6	29.4	23.6	35.2	31.3	30.2	32.3	9.6	5.8	13.4	122	11513	
Tertiärstufe				2.8	2.3	3.2	61.4	52.4	70.4	59.5	58.1	60.9	30.9	22.6	39.2	29.7	28.5	31.0	7.7	2.9	12.5	80	7287	
Migrationshintergrund																								
Ohne Migrationshintergrund	1.7	0.5	2.8	3.0	2.6	3.3	55.0	50.0	59.9	56.5	55.5	57.5	32.1	27.4	36.7	30.1	29.2	31.0	11.3	8.2	14.5	104	9811	
Mit Migrationshintergrund	4.4	0.0	10.9	2.8	2.4	3.3	56.7	42.1	71.4	51.7	50.4	53.1	31.0	17.9	44.0	32.8	31.5	34.1	7.9	0.0	16.0	126	111713	
Haushaltstyp																								
Einpersonenhaushalt	1.2	0.0	3.5	3.0	2.3	3.6	61.0	48.4	73.7	53.3	51.3	55.2	22.5	12.1	32.8	29.9	28.1	31.7	15.4	6.0	24.8	139	12515	
Paar ohne Kinder	1.6	0.0	3.3	2.5	2.1	2.9	49.8	41.8	57.8	51.1	49.8	52.5	33.4	25.8	41.1	34.4	33.0	35.7	15.2	9.8	20.7	120	11112	
Paar mit Kind(ern)	3.0	0.4	5.5	3.1	2.7	3.6	57.0	50.2	63.9	56.1	54.8	57.3	34.8	28.3	41.3	30.6	29.4	31.7	5.2	2.1	8.3	102	95110	
Einelterhaushalt mit Kind(ern)				5.3	3.8	6.8	(64.8)	42.9	86.7	60.4	57.2	63.6	(20.1)	2.1	38.2	24.6	21.8	27.5	(15.1)	0.0	31.0	97	79116	
Urbanisierungsgrad																								
Städtisch	2.2	0.3	4.2	3.2	2.8	3.6	57.1	51.0	63.2	55.1	54.1	56.2	30.7	25.1	36.3	30.7	29.8	31.6	10.0	6.4	13.5	110	10411	
Interrmediär*	2.1	0.0	5.0	2.6	2.0	3.1	55.0	43.6	66.4	53.8	52.0	55.5	36.0	24.9	47.2	31.5	29.9	33.1	6.9	1.5	12.3	122	110133	
Ländlich	1.4	0.0	3.3	2.6	2.0	3.2	52.8	43.3	62.3	51.8	49.9	53.7	30.6	22.0	39.2	32.4	30.6	34.2	15.3	8.3	22.2	133	119146	
Zeitlicher Vergleich																								
2017	2.0	0.7	3.3	3.0	2.7	3.2	55.7	51.0	60.4	54.3	53.5	55.1	31.5	27.2	35.9	31.1	30.4	31.9	10.8	7.9	13.6	116	111121	
2012	3.2	1.3	5.0	3.3	3.0	3.6	49.7	44.7	54.7	54.6	53.7	55.5	36.8	31.9	41.6	31.5	30.7	32.3	10.4	7.6	13.2	106	100111	
2007	1.9	0.4	3.4	3.3	2.9	3.6	57.1	51.9	62.3	57.9	56.9	58.8	33.1	28.2	38.1	30.4	29.5	31.2	7.9	5.0	10.8	85	8091	
2002				3.7	3.3	4.0				57.7	56.7	58.6				30.6	29.8	31.5				81	7686	
1997				3.9	3.5	4.3				60.0	59.0	61.0				29.0	28.1	29.9				7.1	6676	
1992				4.4	4.1	4.8				64.4	63.4	65.3				25.6	24.8	26.5				5.6	5260	

Regionaler Vergleich	Untergewicht (BMI <18.5)			Normalgewicht (BMI 18.5 bis <25)			Übergewicht (BMI 25 bis <30)			Adipositas (BMI 30+)			
	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	
	CH	3.0	2.7	3.2	54.3	53.5	55.1	31.1	30.4	31.9	11.6	11.1	12.1
Regionen													
Deutschschweiz	2.8	2.5	3.1	54.3	53.3	55.3	31.4	30.5	32.3	11.5	10.9	12.2	13985
Französische Schweiz	3.4	2.9	4.0	54.4	52.9	55.8	30.3	29.0	31.6	11.9	11.0	12.9	5536
Italiensche Schweiz	3.3	2.4	4.2	54.3	51.5	57.0	31.5	28.9	34.0	11.0	9.3	12.6	1525
Zentralschweiz	2.8	2.1	3.6	53.2	50.8	55.5	32.7	30.4	34.9	11.3	9.9	12.8	3082
Kantone													
ZH	3.3	2.5	4.2	57.8	55.6	60.1	28.8	26.7	30.8	10.1	8.7	11.4	2356
BE	2.6	1.8	3.4	53.5	51.1	56.0	32.9	30.5	35.2	11.0	9.5	12.6	1739
LU	2.7	1.7	3.8	53.3	50.1	56.6	33.1	30.1	36.2	10.9	8.9	12.8	1004
UR	2.0	0.7	3.3	55.7	51.0	60.4	31.5	27.2	35.9	10.8	7.9	13.6	477
SZ	2.7	1.7	3.7	52.0	48.7	55.4	32.1	29.0	35.2	13.2	11.0	15.4	948
OW	2.5	1.0	4.1	57.3	52.1	62.4	28.5	23.7	33.2	11.8	8.2	15.3	451
FR	3.3	2.2	4.5	52.0	48.6	55.3	31.7	28.6	34.8	13.0	10.8	15.3	994
BL	3.4	2.1	4.6	53.5	49.9	57.0	31.6	28.3	34.8	11.6	9.5	13.8	855
AR	3.6	2.2	5.0	52.4	48.4	56.4	31.6	27.8	35.4	12.4	9.7	15.1	665
SG	2.4	1.3	3.5	53.0	49.8	56.2	33.4	30.4	36.4	11.3	9.3	13.2	1052
GR	3.0	1.9	4.2	55.2	51.8	58.6	31.4	28.2	34.5	10.4	8.3	12.5	942
AG	2.4	1.5	3.2	50.9	47.9	53.8	32.4	29.6	35.1	14.4	12.3	16.5	1252
TG	2.6	1.6	3.6	52.0	48.8	55.2	34.4	31.4	37.4	11.0	9.0	13.0	1035
TI	3.2	2.3	4.1	54.5	51.7	57.3	31.2	28.5	33.8	11.2	9.4	12.9	1443
VD	3.7	2.8	4.7	54.9	52.4	57.5	29.3	26.9	31.6	12.0	10.3	13.7	1669
VS	3.7	2.5	5.0	53.5	50.2	56.8	30.7	27.6	33.8	12.1	10.0	14.2	972
NE	2.2	1.0	3.5	55.3	51.0	59.5	32.4	28.4	36.4	10.1	7.6	12.6	607
GE	2.8	1.8	3.8	55.6	52.5	58.6	30.2	27.4	33.0	11.4	9.5	13.4	1144
JU	3.1	1.4	4.9	50.8	46.1	55.5	31.6	27.2	35.9	14.5	11.1	17.9	487

\* dichter peripherer Raum und ländliche Zentren

VI = Vertrauensintervall

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

T A3.3 Ernährungsbewusstsein, Kanton UR und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 1992-2017

	UR			nein			CH			ja			UR			CH		
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	
Total	35.7	31.3	40.1	31.8	31.1	32.6	64.3	59.9	68.7	68.2	67.4	68.9	511	22'107				
Geschlecht																		
Männer	50.0	43.2	56.7	37.2	36.1	38.3	50.0	43.3	56.8	62.8	61.7	63.9	234	10'451				
Frauen	22.9	17.8	28.0	26.6	25.7	27.6	77.1	72.1	82.2	73.4	72.4	74.3	277	11'656				
Altersgruppen																		
15-34 Jahre	44.1	35.1	53.1	38.3	36.8	39.8	55.9	46.9	64.9	61.7	60.2	63.2	130	5'636				
35-49 Jahre	34.6	25.1	44.1	29.7	28.3	31.1	65.4	55.9	75.0	70.3	68.9	71.7	110	5'475				
50-64 Jahre	29.2	21.8	36.5	27.6	26.3	28.9	70.9	63.5	78.2	72.4	71.1	73.7	158	5'885				
65+ Jahre	34.6	25.7	43.6	30.5	29.1	32.0	65.4	56.4	74.3	69.5	68.0	70.9	113	5'111				
Bildung																		
Obligatorische Schule	38.2	29.5	46.9	43.2	41.5	44.9	61.8	53.1	70.5	56.8	55.1	58.5	125	4'503				
Sekundarstufe II	38.4	32.2	44.5	32.1	31.0	33.1	61.6	55.5	67.8	67.9	66.9	69.0	266	10'620				
Tertiärstufe	28.2	19.6	36.9	25.1	23.9	26.3	71.8	63.1	80.4	74.9	73.7	76.1	119	6'902				
Migrationshintergrund																		
Ohne Migrationshintergrund	36.5	31.9	41.2	31.3	30.4	32.2	63.5	58.8	68.1	68.7	67.8	69.6	445	13'958				
Mit Migrationshintergrund	29.6	15.9	43.3	31.1	29.8	32.3	70.4	56.7	84.1	69.0	67.7	70.2	52	7'186				
Haushaltstyp																		
Einkaufshaus	26.7	14.8	38.5	27.7	26.0	29.4	73.3	61.5	85.2	72.3	70.6	74.0	63	3'634				
Paar ohne Kinder	33.4	26.0	40.9	28.5	27.3	29.8	66.6	59.1	74.0	71.5	70.2	72.7	168	7'185				
Paar mit Kind(ern)	38.4	32.0	44.8	35.7	34.6	36.9	61.6	55.2	68.0	64.3	63.1	65.4	244	9'135				
Einzelhaushalt mit Kind(ern)	(42.1)	21.7	62.6	37.7	34.7	40.6	(57.9)	37.4	78.3	62.3	59.4	65.3	23	1'397				
Urbanisierungsgrad																		
Städtisch	34.5	28.8	40.1	31.2	30.2	32.1	65.5	59.9	71.2	68.8	67.9	69.8	301	13'049				
Intermediär*	33.7	23.4	44.0	32.3	30.8	33.9	66.3	56.0	76.6	67.7	66.1	69.2	88	4'894				
Ländlich	40.0	30.9	49.2	33.9	32.2	35.7	60.0	50.8	69.2	66.1	64.4	67.8	122	4'164				
Zeitlicher Vergleich																		
2017	35.7	31.3	40.1	31.8	31.1	32.6	64.3	59.9	68.7	68.2	67.4	68.9	511	22'107				
2012	40.0	35.2	44.8	32.1	31.3	32.9	60.0	55.2	64.8	67.9	67.1	68.7	514	21'577				
2007	29.1	24.3	34.0	29.5	28.6	30.3	70.9	66.1	75.7	70.5	69.7	71.4	463	18'742				
2002				30.9	30.1	31.8				69.1	68.2	69.9		19'690				
1997				31.4	30.5	32.3				68.6	67.7	69.5		12'995				
1992				32.2	31.3	33.1				67.8	66.9	68.7		14'711				

Regionaler Vergleich	nein			ja			Stichprobe
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	
CH	31.8	31.1	32.6	68.2	67.4	68.9	22'107
Regionen							
Deutschschweiz	27.1	26.2	27.9	72.9	72.1	73.8	14'665
Französische Schweiz	47.5	46.0	48.9	52.5	51.1	54.0	5'840
Italienische Schweiz	22.5	20.3	24.8	77.5	75.2	79.7	1'602
Zentralschweiz	28.7	26.7	30.7	71.3	69.3	73.4	3'257
Kantone							
ZH	24.7	22.8	26.6	75.3	73.4	77.2	2'453
BE	28.6	26.4	30.7	71.4	69.3	73.6	1'817
LU	27.9	25.1	30.7	72.1	69.3	74.9	1'056
UR	35.7	31.3	40.1	64.3	59.9	68.7	511
SZ	31.4	28.3	34.4	68.7	65.6	71.7	1'000
OW	32.2	27.5	37.0	67.8	63.0	72.5	478
FR	43.7	40.5	46.9	56.3	53.1	59.5	1'055
BL	26.6	23.5	29.7	73.4	70.3	76.5	886
AR	27.0	23.5	30.6	73.0	69.5	76.5	700
SG	28.1	25.4	30.9	71.9	69.1	74.7	1'106
GR	26.6	23.8	29.5	73.4	70.5	76.2	996
AG	29.6	27.0	32.3	70.4	67.7	73.1	1'307
TG	29.8	26.9	32.6	70.2	67.4	73.1	1'076
TI	22.1	19.8	24.4	77.9	75.6	80.2	1'518
VD	48.2	45.7	50.8	51.8	49.2	54.3	1'766
VS	44.3	41.1	47.6	55.7	52.4	58.9	1'021
NE	45.6	41.5	49.8	54.4	50.2	58.5	630
GE	45.0	42.1	48.0	55.0	52.0	57.9	1'213
JU	53.7	49.1	58.3	46.3	41.7	50.9	515

\* dichter perurbane Raum und ländliche Zentren

VI = Vertrauensintervall

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

T A3.4 Einhaltung der Empfehlung «5x Früchte/Gemüse am Tag», Kanton UR und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2012-2017

	2 Portionen oder weniger			3-4 Portionen			5 Portionen oder mehr														
	UR			CH			UR			CH											
	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe									
Total	51.1	46.5	55.7	45.0	44.2	45.8	32.0	27.7	36.3	33.5	32.8	34.3	17.0	13.6	20.3	21.5	20.8	22.2	496	21'108	
Geschlecht																					
Männer	63.4	56.8	70.1	55.5	54.4	56.7	30.3	23.9	36.7	29.9	28.9	31.0	6.3	3.3	9.3	14.6	13.7	15.4	224	10'004	
Frauen	40.2	34.0	46.4	34.6	33.6	35.7	33.4	27.6	39.2	37.1	36.0	38.1	26.4	21.0	31.8	28.3	27.3	29.3	272	11'104	
Altersgruppen																					
15-34 Jahre	55.2	46.0	64.3	47.2	45.7	48.8	30.4	21.9	38.9	31.4	29.9	32.9	14.5	8.4	20.5	21.4	20.1	22.7	124	5'427	
35-49 Jahre	48.0	38.0	58.1	45.1	43.5	46.7	35.1	25.7	44.5	32.9	31.3	34.4	16.9	10.0	23.7	22.1	20.7	23.4	110	5'234	
50-64 Jahre	52.8	44.6	61.0	45.6	44.1	47.1	27.4	20.1	34.7	33.0	31.5	34.4	19.8	13.4	26.2	21.5	20.2	22.7	155	5'634	
65+ Jahre	46.3	36.6	55.9	40.9	39.3	42.6	37.5	28.2	46.9	38.0	36.4	39.6	16.2	8.8	23.7	21.0	19.7	22.4	107	4'813	
Bildung																					
Obligatorische Schule	51.9	42.6	61.2	52.5	50.7	54.4	26.9	18.6	35.1	31.0	29.3	32.7	21.2	13.6	28.9	16.5	15.2	17.8	117	4'012	
Sekundarstufe II	49.5	43.1	55.9	46.4	45.3	47.6	32.6	26.6	38.6	32.7	31.6	33.8	17.9	13.2	22.6	20.9	19.9	21.8	262	10'264	
Tertiärstufe	53.4	43.8	63.0	39.3	37.9	40.7	35.2	26.2	44.1	35.9	34.6	37.3	11.4	5.8	17.1	24.8	23.6	26.1	116	6'774	
Migrationshintergrund	50.4	45.5	55.2	43.1	42.2	44.1	32.2	27.7	36.7	35.2	34.2	36.1	17.4	13.8	21.0	21.7	20.9	22.5	443	13'903	
Ohne Migrationshintergrund	56.1	41.7	70.4	48.2	46.8	49.5	29.6	16.5	42.8	30.6	29.4	31.9	14.3	5.2	23.4	21.2	20.1	22.3	52	7'144	
Mit Migrationshintergrund	46.7	33.4	60.0	47.0	45.0	48.9	35.9	23.3	48.6	32.4	30.6	34.2	17.4	7.6	27.2	20.7	19.1	22.2	62	3'534	
Haushaltstyp																					
Empersonenhaushalt	50.0	41.9	58.0	44.0	42.6	45.4	29.2	22.1	36.3	35.0	33.6	36.3	20.9	14.4	27.4	21.0	19.9	22.2	163	6'899	
Paar ohne Kinder	53.1	46.5	59.7	44.1	42.9	45.3	32.0	25.8	38.3	33.0	31.8	34.2	14.9	10.5	19.3	22.9	21.9	24.0	235	8'649	
Paar mit Kind(ern)	(43.3)	22.6	64.0	47.7	44.5	50.8	(36.1)	16.0	56.3	33.1	30.1	36.0	(20.6)	4.3	36.9	19.3	16.9	21.7	23	1'347	
Urbanisierungsgrad																					
Städtisch	51.4	45.3	57.4	45.4	44.4	46.5	33.4	27.6	39.1	33.0	32.0	33.9	15.3	11.1	19.5	21.6	20.8	22.4	290	12'366	
Intermediär*	44.0	33.1	54.9	44.5	42.8	46.2	39.2	28.6	49.8	34.1	32.5	35.7	16.8	9.1	24.5	21.4	20.0	22.8	87	4'705	
Ländlich	55.3	46.0	64.6	44.0	42.1	45.8	23.6	15.7	31.4	34.8	33.1	36.6	21.1	13.7	28.6	21.2	19.7	22.7	119	4'037	
Zeitlicher Vergleich																					
2017	51.1	46.5	55.7	45.0	44.2	45.8	32.0	27.7	36.3	33.5	32.8	34.3	17.0	13.6	20.3	21.5	20.8	22.2	496	21'108	
2012	55.4	50.5	60.3	47.8	46.9	48.6	32.2	27.6	36.8	33.1	32.3	33.9	12.4	9.3	15.5	19.2	18.5	19.8	500	20'769	
2007																					
2002																					
1997																					
1992																					

Regionaler Vergleich	2 Portionen oder weniger			3-4 Portionen			5 Portionen oder mehr						
	UR			CH			UR			CH			
	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	
CH	45.0	44.2	45.8	33.5	32.8	34.3	21.5	20.8	22.2	21.5	20.8	22.2	21'108
Deutschschweiz	45.9	44.9	46.9	33.9	32.9	34.8	20.3	19.5	21.1	13'986			
Französische Schweiz	41.6	40.1	43.0	33.0	31.6	34.3	25.5	24.2	26.7	5'573			
Italienische Schweiz	49.8	47.0	52.5	31.0	28.5	33.5	19.2	17.1	21.3	1'549			
Zentralschweiz	44.9	42.6	47.3	35.6	33.3	37.8	19.5	17.7	21.4	3'132			
Kantone													
ZH	45.0	42.8	47.3	33.4	31.2	35.5	21.6	19.7	23.5	2'316			
BE	42.4	39.9	44.8	36.2	33.8	38.6	21.5	19.4	23.5	1'735			
LU	44.9	41.7	48.1	35.0	31.9	38.0	20.2	17.6	22.7	1'017			
UR	51.1	46.5	55.7	32.0	27.7	36.3	17.0	13.6	20.3	496			
SZ	46.5	43.1	49.8	35.0	31.9	38.2	18.5	16.0	21.1	960			
OW	46.8	41.8	51.9	34.0	29.3	38.6	19.2	15.3	23.1	457			
FR	42.1	38.8	45.3	33.7	30.6	36.8	24.3	21.5	27.0	1'019			
BL	48.7	45.2	52.2	32.4	29.2	35.7	18.9	16.2	21.6	849			
AR	43.5	39.6	47.5	35.2	31.5	39.0	21.2	18.0	24.5	679			
SG	48.8	45.6	52.0	31.3	28.3	34.2	19.9	17.4	22.5	1'044			
GR	49.7	46.3	53.0	31.3	28.3	34.4	19.0	16.4	21.6	963			
AG	46.2	43.2	49.1	33.2	30.4	36.0	20.7	18.3	23.1	1'223			
TG	48.4	45.3	51.6	33.0	30.0	36.0	18.6	16.1	21.1	1'029			
TI	49.7	46.9	52.5	31.1	28.5	33.6	19.3	17.1	21.5	1'468			
VD	41.7	39.2	44.3	32.3	29.9	34.8	25.9	23.7	28.2	1'680			
VS	44.0	40.7	47.4	33.9	30.7	37.0	22.1	19.4	24.8	972			
NE	39.9	35.7	44.1	35.0	30.9	39.1	25.1	21.5	28.7	605			
GE	41.1	38.0	44.1	32.9	30.0	35.7	26.1	23.4	28.7	1'149			
JU	45.1	40.4	49.7	31.4	26.9	35.8	23.6	19.7	27.4	494			

\* dichter perurbaner Raum und ländliche Zentren

VI = Vertrauensintervall

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

T A3.5 Stusstärkekonsum, Kanton UR und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2017

	seltener/nie						1-4 Tage pro Woche						5-7 Tage pro Woche						
	UR		CH		UR		CH		UR		CH		UR		CH				
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)			
Total	37.7	33.3	42.1	52.0	51.2	52.7	35.4	31.0	39.8	31.6	30.8	32.3	26.9	22.8	31.0	16.5	15.9	17.1	22114
Geschlecht																			
Männer	28.8	22.7	34.9	43.0	41.8	44.1	37.0	30.5	43.5	34.8	33.7	35.9	34.2	27.8	40.7	22.3	21.3	23.2	10455
Frauen	45.7	39.6	51.9	60.7	59.7	61.8	34.0	28.1	39.9	28.4	27.4	29.4	20.2	15.2	25.2	10.9	10.2	11.5	11659
Altersgruppen																			
15-34 Jahre	10.7	5.4	16.0	29.5	28.1	30.9	57.4	48.5	66.4	44.8	43.2	46.3	31.9	23.4	40.4	25.7	24.4	27.1	130
35-49 Jahre	32.2	22.6	41.7	48.7	47.1	50.3	40.9	31.2	50.6	36.3	34.7	37.8	26.9	18.0	35.8	15.0	13.9	16.2	110
50-64 Jahre	53.3	45.1	61.5	63.9	62.4	65.3	24.6	17.9	31.3	24.5	23.2	25.8	22.1	15.1	29.1	11.6	10.7	12.6	158
65+ Jahre	59.1	49.8	68.3	73.0	71.6	74.5	14.3	7.4	21.3	15.8	14.6	16.9	26.6	18.6	34.7	11.2	10.2	12.2	113
Bildung																			
Obligatorische Schule	45.1	36.1	54.1	44.2	42.5	45.8	28.4	20.5	36.3	32.4	30.7	34.0	26.5	18.7	34.4	23.5	22.0	25.0	125
Sekundarstufe II	36.2	30.1	42.2	51.6	50.4	52.7	36.1	30.1	42.2	30.4	29.3	31.4	27.9	22.0	33.5	18.1	17.2	19.0	266
Tertiärstufe	34.8	25.9	43.6	56.8	55.4	58.2	40.3	30.8	49.9	32.7	31.4	34.1	24.9	16.4	33.4	10.5	9.6	11.4	119
Migrations- hintergrund																			
Ohne Migrationshintergrund	38.0	33.3	42.7	51.4	50.4	52.4	35.4	30.7	40.1	32.1	31.1	33.0	26.6	22.3	30.9	16.6	15.8	17.3	445
Mit Migrationshintergrund	36.1	21.9	50.4	53.3	51.9	54.6	34.9	21.5	48.4	30.7	29.4	32.0	28.9	15.1	42.7	16.1	15.1	17.1	52
Haushaltstyp																			
Einpersonenhaushalt	48.2	35.1	61.4	57.9	56.0	59.9	23.3	12.1	34.5	27.6	25.7	29.4	28.5	16.4	40.5	14.5	13.1	15.9	63
Paar ohne Kinder	49.2	41.3	57.2	61.2	59.8	62.5	25.1	18.0	32.2	25.5	24.3	26.8	25.7	18.7	32.7	13.3	12.3	14.3	168
Paar mit Kind(ern)	29.0	23.0	35.0	44.0	42.9	45.2	44.3	37.8	50.8	37.3	36.1	38.4	26.8	20.9	32.6	18.7	17.7	19.6	244
Eiernerhaushalt mit Kind(ern)	(32.7)	13.6	51.8	44.5	41.5	47.6	(48.8)	27.9	69.7	34.3	31.3	37.2	(18.5)	2.0	35.1	21.2	18.6	23.8	23
Urbanisierungsgrad																			
Städtisch	36.7	30.9	42.4	53.5	52.5	54.5	39.0	33.2	44.9	31.2	30.2	32.1	24.3	19.2	29.4	15.4	14.6	16.1	301
Intermediär*	46.8	36.0	57.6	49.4	47.8	51.1	27.5	18.1	36.9	32.5	30.9	34.1	25.7	15.9	35.5	18.1	16.8	19.4	88
Ländlich	34.2	25.5	42.8	49.3	47.4	51.1	31.8	23.2	40.5	31.9	30.2	33.7	34.0	25.0	43.0	18.8	17.3	20.3	122
Zeitlicher Vergleich																			
2017	37.7	33.3	42.1	52.0	51.2	52.7	35.4	31.0	39.8	31.6	30.8	32.3	26.9	22.8	31.0	16.5	15.9	17.1	22114
2012																			
2007																			
2002																			
1997																			
1992																			

Regionaler Vergleich	seltener/nie		1-4 Tage pro Woche		5-7 Tage pro Woche		Stichprobe			
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)				
	CH	52.0	51.2	52.7	31.6	30.8		32.3	16.5	15.9
Regionen										
Deutschschweiz	52.1	51.1	53.1	31.4	30.4	32.3	16.5	15.8	17.3	14670
Französische Schweiz	50.0	48.6	51.4	32.9	31.5	34.2	17.2	16.1	18.2	5842
Italienische Schweiz	59.9	57.3	62.6	27.6	25.2	30.1	12.5	10.7	14.2	1'602
Zentralschweiz	50.9	48.6	53.2	32.8	30.6	34.9	16.4	14.7	18.0	3'257
Kantone										
ZH	53.8	51.6	56.0	31.1	29.0	33.2	15.1	13.4	16.7	2'452
BE	51.8	49.4	54.2	30.6	28.4	32.9	17.6	15.7	19.5	1'818
LU	50.0	46.9	53.2	33.9	30.9	37.0	16.1	13.7	18.4	1'056
UR	37.7	33.3	42.1	35.4	31.0	39.8	26.9	22.8	31.0	511
SZ	49.1	45.9	52.4	33.4	30.3	36.5	17.5	14.9	20.1	1'001
OW	45.8	40.9	50.7	32.2	27.5	37.0	22.0	17.7	26.3	477
FR	48.6	45.3	51.8	32.4	29.3	35.5	19.1	16.5	21.6	1'055
BL	52.5	49.1	56.0	32.8	29.5	36.1	14.7	12.2	17.2	887
AR	52.6	48.7	56.5	31.3	27.6	35.0	16.1	13.1	19.0	700
SG	51.0	47.8	54.1	30.1	27.2	33.0	18.9	16.4	21.4	1'109
GR	54.8	51.5	58.0	31.4	28.2	34.5	13.9	11.7	16.1	995
AG	51.0	48.1	53.9	32.8	30.1	35.6	16.2	14.0	18.4	1'310
TG	50.1	47.0	53.3	30.6	27.6	33.5	19.3	16.8	21.8	1'076
TI	60.2	57.5	62.9	27.5	25.0	30.0	12.4	10.6	14.2	1'518
VD	50.4	47.9	52.9	32.9	30.5	35.3	16.7	14.8	18.6	1'767
VS	46.8	43.6	50.1	33.2	30.1	36.4	19.9	17.3	22.6	1'020
NE	48.5	44.4	52.7	35.4	31.4	39.4	16.1	13.0	19.1	633
GE	54.7	51.8	57.7	30.2	27.5	33.0	15.0	12.9	17.2	1'212
JU	45.5	40.9	50.0	33.4	29.0	37.8	21.2	17.3	25.0	514

\* dichter perurbaner Raum und ländliche Zentren

VI = Vertrauensintervall

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020



T A3.6 Körperliche Aktivität, Kanton UR und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2002-2017

	UR			inaktiv			teilaktiv			aktiv			UR		CH						
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	CH					
																	Stichprobe	Stichprobe			
Total	6.7	4.4	9.0	8.2	7.7	8.6	12.1	9.1	15.0	16.2	15.6	16.8	81.2	77.7	84.8	75.7	75.0	76.4	492	20'869	
Geschlecht																					
Männer	5.4	2.4	8.4	7.2	6.7	7.8	15.5	10.6	20.3	15.0	14.1	15.8	79.1	73.7	84.6	77.8	76.8	78.8	225	9'007	
Frauen	7.9	4.5	11.2	9.1	8.4	9.7	9.0	5.4	12.5	17.4	16.6	18.2	83.2	78.5	87.8	73.6	72.6	74.5	267	10'962	
Altersgruppen																					
15-34 Jahre	4.1	0.0	8.4	5.0	4.4	5.7	12.4	6.8	18.1	14.8	13.7	15.9	87.6	81.9	93.2	80.2	78.9	81.4	124	5'387	
35-49 Jahre	7.9	3.5	12.4	8.3	7.5	9.2	16.1	9.8	22.5	17.2	16.1	18.4	87.3	80.6	93.9	74.6	73.2	76.0	109	5'188	
50-64 Jahre	17.5	10.1	24.9	14.2	13.0	15.4	9.2	3.7	14.6	13.8	12.7	15.0	73.3	64.7	81.9	72.0	70.5	73.5	104	4'734	
65+ Jahre	14.0	7.2	20.9	15.2	13.8	16.5	9.5	4.0	15.1	15.7	14.4	16.9	76.4	68.3	84.6	69.2	67.5	70.9	118	3'985	
Bildung																					
Obligatorische Schule	4.8	2.2	7.4	8.9	8.2	9.5	11.2	7.3	15.1	15.6	14.8	16.5	84.0	79.5	88.5	75.5	74.5	76.5	256	10'110	
Sekundarstufe II	4.4	0.9	7.9	3.7	3.2	4.2	16.0	9.0	23.0	17.1	16.1	18.2	79.6	72.0	87.2	79.2	78.1	80.3	117	6'722	
Tertiärstufe	6.1	3.9	8.4	6.6	6.1	7.1	11.4	8.4	14.4	15.5	14.8	16.2	82.5	78.9	86.1	77.9	77.1	78.8	439	13'728	
Migrations- hintergrund																					
Ohne Migrationshintergrund	10.2	1.9	18.5	10.9	10.1	11.7	16.5	6.0	27.0	17.4	16.4	18.4	73.3	60.8	85.8	71.7	70.5	72.9	52	7'079	
Mit Migrationshintergrund	18.2	9.2	27.2	13.3	12.0	14.6	11.8	3.0	20.7	15.3	13.9	16.6	70.0	58.3	81.6	71.4	69.7	73.2	62	3'496	
Haushaltstyp																					
Einpersonenhaushalt	5.7	1.9	9.4	7.7	6.9	8.4	9.1	4.5	13.6	15.0	14.0	16.0	85.3	79.6	90.9	77.4	76.2	78.6	160	6'794	
Paar ohne Kinder	3.9	1.2	6.6	6.0	5.4	6.5	13.4	9.0	17.8	17.3	16.4	18.2	82.7	77.7	87.7	76.8	75.7	77.8	234	8'566	
Paar mit Kind(ern)	(3.5)	0.0	10.2	8.9	7.2	10.7	(8.3)	0.0	19.5	18.0	15.5	20.4	(88.2)	75.5	100.0	73.1	70.3	75.9	23	1'340	
Einelterhaushalt mit Kind(ern)	6.4	3.5	9.3	8.8	8.2	9.4	10.1	6.7	13.4	16.3	15.5	17.0	83.6	79.3	87.8	74.9	74.1	75.8	287	12'247	
Städtisch	4.8	0.2	9.4	7.3	6.4	8.2	15.5	6.8	24.2	16.6	15.3	17.9	79.7	70.4	89.1	76.1	74.7	77.6	85	4'650	
Intermediär*	8.8	3.6	13.9	6.7	5.8	7.7	14.5	7.8	21.3	15.3	14.0	16.6	76.7	68.8	84.7	78.0	76.5	79.6	120	3'972	
Ländlich	6.7	4.4	9.0	8.2	7.7	8.6	12.1	9.1	15.0	16.2	15.6	16.8	81.2	77.7	84.8	75.7	75.0	76.4	492	20'869	
Zeitlicher Vergleich																					
2017	7.4	4.5	10.3	10.7	10.2	11.3	12.7	9.6	15.8	16.8	16.2	17.4	79.9	75.9	83.9	72.5	71.7	73.2	497	20'625	
2012	9.7	6.4	13.0	14.8	14.1	15.5	18.2	14.0	22.3	18.6	17.9	19.3	72.2	67.3	77.1	66.6	65.7	67.5	427	17'387	
2007																					
2002				18.4	17.7	19.1				19.1	18.4	19.8									
1997																					
1992																					

Regionaler Vergleich	inaktiv			teilaktiv			aktiv			Stichprobe
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)		
									Stichprobe	
CH	8.2	7.7	8.6	16.2	15.6	16.8	75.7	75.0	76.4	20'869
Deutschschweiz	6.9	6.3	7.4	14.2	13.5	14.8	79.0	78.2	79.8	13'768
Französische Schweiz	10.9	10.0	11.8	21.7	20.5	22.9	67.4	66.1	68.8	5'548
Italienische Schweiz	13.7	11.7	15.6	17.9	15.8	20.0	68.5	65.9	71.0	1'553
Zentralschweiz	5.6	4.6	6.7	13.5	11.9	15.1	80.9	79.0	82.7	3'072
Kantone										
ZH	7.4	6.2	8.7	14.1	12.5	15.7	78.5	76.6	80.4	2'288
BE	6.4	5.3	7.6	15.1	13.4	16.9	78.4	76.4	80.5	1'710
LU	5.9	4.4	7.5	13.5	11.3	15.7	80.6	78.0	83.1	994
UR	6.7	4.4	9.0	12.1	9.1	15.0	81.2	77.7	84.8	492
SZ	5.6	4.1	7.1	14.0	11.7	16.2	80.5	77.8	83.1	945
OW	4.1	2.2	6.0	14.7	11.2	18.3	81.2	77.3	85.1	442
FR	8.2	6.4	9.9	22.3	19.5	25.1	69.5	66.5	72.6	1'011
BL	7.2	5.3	9.1	13.7	11.2	16.1	79.1	76.2	82.0	838
AR	7.4	5.3	9.5	14.7	11.9	17.5	77.9	74.6	81.2	670
SG	7.7	5.9	9.4	13.5	11.2	15.7	78.9	76.2	81.6	1'024
GR	4.9	3.5	6.3	12.1	10.0	14.3	82.9	80.5	85.4	954
AG	6.3	4.8	7.7	15.0	12.8	17.2	78.7	76.2	81.2	1'204
TG	7.4	5.7	9.0	16.5	14.2	18.8	76.2	73.5	78.9	1'012
TI	14.2	12.2	16.2	18.2	16.1	20.4	67.6	65.0	70.2	1'472
VD	10.0	8.4	11.6	23.7	21.5	25.9	66.3	63.8	68.8	1'674
VS	10.5	8.4	12.5	19.3	16.6	21.9	70.3	67.2	73.3	969
NE	9.8	7.2	12.5	22.6	19.1	26.1	67.6	63.6	71.6	600
GE	13.6	11.5	15.7	17.1	14.8	19.4	69.3	66.5	72.1	1'145
JU	9.2	6.3	12.0	22.7	18.8	25.6	68.2	63.8	72.6	492

\* dichter perurbaner Raum und ländliche Zentren  
 VI = Vertrauensintervall  
 Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

T A3.7 Sitzende Tätigkeit, Kanton UR und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2017

	<4 Stunden pro Tag						4-7 Stunden pro Tag						8-10 Stunden pro Tag						11 Stunden pro Tag oder mehr					
	UR		CH		UR		CH		UR		CH		UR		CH		UR		CH					
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	UR	CH		
Total	396	350	442	31.0	30.3	31.7	41.9	37.3	46.4	41.6	40.8	42.4	15.6	12.1	19.1	21.1	20.5	21.8	6.3	5.9	6.7	492	20833	
Geschlecht																								
Männer	37.3	30.5	44.0	28.5	27.4	29.5	39.1	32.4	45.8	40.1	38.9	41.3	18.4	13.1	23.6	23.6	22.6	24.6	7.9	7.2	8.5	224	9930	
Frauen	41.7	35.5	47.9	33.5	32.5	34.6	44.4	38.2	50.6	43.1	42.0	44.2	13.1	8.5	17.8	18.7	17.8	19.6	4.7	4.2	5.2	268	10903	
Altersgruppen																								
15-34 Jahre	25.5	17.3	33.6	25.2	23.8	26.6	44.0	34.9	53.2	35.4	33.9	36.9	26.5	18.3	34.8	30.3	28.8	31.7	4.0	0.5	7.4	124	5402	
35-49 Jahre	44.1	34.1	54.1	31.6	30.1	33.1	35.7	26.2	45.1	37.9	36.3	39.4	17.1	9.6	24.7	23.0	21.6	24.4	3.1	0.0	7.6	109	5187	
50-64 Jahre	45.9	37.7	54.2	33.8	32.4	35.3	39.2	31.1	47.2	41.2	39.6	42.7	12.5	6.8	18.2	19.8	18.5	21.0	2.5	0.1	4.9	155	5553	
65+ Jahre	45.0	35.2	54.9	35.5	33.9	37.0	50.2	40.4	60.1	55.9	54.2	57.5	2.8	0.0	6.0	7.1	6.2	8.0	1.5	1.2	2.1	104	4691	
Bildung																								
Obligatorische Schule	44.3	34.9	53.6	40.4	38.6	42.2	45.2	35.9	54.4	38.1	36.4	39.9	9.8	4.5	15.1	17.4	16.0	18.7	4.1	3.4	4.9	117	3942	
Sekundarstufe II	42.9	36.6	49.3	34.9	33.8	36.0	43.2	36.9	49.6	43.1	41.9	44.3	11.8	7.6	16.0	16.7	15.8	17.6	2.0	0.2	3.9	53	47	
Tertiärstufe	28.4	19.7	37.1	21.0	19.8	22.1	36.6	27.4	45.8	41.2	39.8	42.5	28.5	19.5	37.5	29.2	27.9	30.5	6.6	1.5	11.6	86	6731	
Migrationshintergrund																								
Ohne Migrationshintergrund	38.3	33.6	43.0	29.1	28.2	30.0	43.7	38.9	48.6	43.8	42.8	44.8	14.8	11.4	18.3	21.0	20.1	21.8	3.1	1.3	5.0	61	56	
Mit Migrationshintergrund	47.0	32.3	61.6	34.3	33.1	35.6	30.9	18.0	43.9	37.6	36.3	39.0	20.5	7.9	33.1	21.5	20.4	22.7	1.6	0.0	4.8	6.5	5.8	
Haushaltstyp																								
Einkommenshaushalt	37.7	24.6	50.8	27.9	26.1	29.7	40.9	27.9	53.8	45.4	43.4	47.4	20.1	8.9	31.4	20.4	18.7	22.0	1.3	0.0	3.9	6.4	5.3	
Paar ohne Kinder	38.9	31.0	46.8	32.5	31.2	33.8	50.3	42.2	58.5	44.9	43.5	46.3	8.1	3.3	12.9	17.2	16.1	18.3	2.6	0.0	5.9	5.5	4.7	
Paar mit Kind(ern)	42.2	35.5	48.8	32.1	31.0	33.3	37.2	30.7	43.6	37.9	36.7	39.1	18.3	13.3	23.4	23.3	22.3	24.4	2.3	0.3	4.3	6.7	6.1	
Einleerhaushalt mit Kind(ern)	(26.6)	9.1	44.1	28.5	25.7	31.3	(47.5)	26.7	68.3	37.7	34.6	40.7	(11.8)	0.0	27.4	27.4	24.6	30.1	(14.1)	0.0	29.0	6.5	4.7	
Urbanisierungsgrad																								
Städtisch	35.3	29.4	41.2	29.1	28.2	30.1	43.8	37.8	49.9	41.5	40.5	42.6	17.6	12.7	22.5	22.6	21.8	23.5	3.3	0.9	5.6	6.7	6.1	
Intermediär*	46.5	35.5	57.5	32.1	30.5	33.7	37.5	27.1	47.9	42.1	40.4	43.8	14.5	7.1	21.9	19.7	18.2	21.1	1.6	0.0	4.6	6.2	5.3	
Ländlich	45.2	35.8	54.6	36.9	35.1	38.7	40.2	31.0	49.4	41.0	39.1	42.8	11.6	5.3	17.9	17.3	15.8	18.8	3.0	0.1	6.0	4.8	3.9	
Zeitlicher Vergleich																								
2017	396	350	442	31.0	30.3	31.7	41.9	37.3	46.4	41.6	40.8	42.4	15.6	12.1	19.1	21.1	20.5	21.8	6.3	5.9	6.7	492	20833	
2012																								
2007																								
2002																								
1997																								
1992																								

Regionaler Vergleich	<4 Stunden pro Tag			4-7 Stunden pro Tag			8-10 Stunden pro Tag			11 Stunden pro Tag oder mehr			
	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	
CH	31.0	30.3	31.7	41.6	40.8	42.4	21.1	20.5	21.8	6.3	5.9	6.7	20833
Deutschschweiz	30.7	29.8	31.6	42.2	41.2	43.2	20.8	20.0	21.7	6.3	5.7	6.8	13762
Französische Schweiz	31.1	29.8	32.5	40.2	38.8	41.6	22.3	21.0	23.5	6.5	5.7	7.2	5532
Italienische Schweiz	35.3	32.7	37.9	39.5	36.8	42.1	19.8	17.6	22.0	5.5	4.2	6.7	1'539
Zentralschweiz	35.0	32.8	37.2	39.5	37.3	41.8	20.5	18.5	22.5	5.0	3.8	6.1	3091
Kantone													
ZH	25.9	23.9	28.0	41.2	38.9	43.5	24.7	22.8	26.7	8.1	6.8	9.5	2'283
BE	32.9	30.5	35.2	41.4	38.9	43.9	20.4	18.3	22.5	5.3	4.1	6.6	1'701
LU	36.1	32.9	39.2	39.8	36.6	43.0	19.7	17.1	22.4	4.4	3.0	5.8	996
UR	39.6	35.0	44.2	41.9	37.3	46.4	15.6	12.1	19.1	2.9	1.3	4.6	492
SZ	32.2	29.1	35.3	41.5	38.2	44.8	19.4	16.7	22.2	6.8	5.1	8.6	952
OW	39.5	34.6	44.4	41.4	36.3	46.4	16.6	13.1	20.1	2.6	1.0	4.3	455
FR	31.7	28.6	34.7	39.8	36.6	43.0	22.5	19.7	25.4	6.1	4.4	7.8	1'012
BL	26.7	23.6	29.7	45.7	42.1	49.2	21.2	18.2	24.2	6.5	4.8	8.3	840
AR	35.1	31.3	39.0	44.9	41.0	48.9	15.3	12.3	18.2	4.7	2.9	6.5	671
SG	31.8	28.8	34.8	44.9	41.7	48.2	17.9	15.3	20.4	5.4	3.9	6.9	1'019
GR	37.7	34.4	40.9	41.0	37.7	44.3	16.9	14.3	19.5	4.4	2.9	5.9	945
AG	32.3	29.6	35.1	42.5	39.5	45.5	18.7	16.3	21.1	6.5	4.9	8.0	1'196
TG	33.9	30.9	36.9	42.6	39.5	45.8	18.2	15.6	20.7	5.3	3.8	6.8	1'017
TI	35.1	32.4	37.8	39.4	36.6	42.1	20.0	17.8	22.3	5.6	4.2	6.9	1'458
VD	29.3	27.0	31.7	40.9	38.3	43.4	22.1	19.9	24.3	7.7	6.3	9.1	1'673
VS	36.7	33.5	39.9	41.4	38.1	44.7	16.8	14.2	19.3	5.2	3.7	6.7	969
NE	33.6	29.5	37.7	39.4	35.2	43.6	21.5	17.8	25.2	5.5	3.7	7.4	592
GE	28.7	25.9	31.4	39.4	36.4	42.4	26.1	23.5	28.8	5.8	4.3	7.3	1'144
JU	33.3	28.8	37.7	42.0	37.4	46.7	19.8	16.0	23.5	5.0	2.6	7.3	490

\* dichter peripherer Raum und ländliche Zentren

VI = Vertrauensintervall

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

T A3.8 Tabakkonsum, Kanton UR und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 1992-2017

	Nichtraucher/innen			Ex-Raucher/innen			Raucher/innen			CH										
	UR		CH	UR		CH	UR		CH	UR		CH								
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)								
Total	59.8	55.3	64.2	51.4	50.6	52.2	17.1	13.9	20.4	21.5	20.8	22.1	23.1	19.2	27.1	26.4	27.8	511	22131	
Geschlecht																				
Männer	48.7	42.0	55.5	44.7	43.6	45.9	19.5	14.4	24.6	24.3	23.3	25.2	31.8	25.4	38.2	31.1	30.0	32.1	234	10461
Frauen	69.7	64.0	75.3	57.9	56.9	59.0	15.0	10.8	19.2	18.8	17.9	19.6	15.3	10.7	19.9	23.3	22.4	24.2	277	11670
Altersgruppen																				
15-34 Jahre	64.7	56.0	73.5	56.7	55.1	58.2	5.2	0.5	9.8	9.0	8.1	9.9	30.1	21.8	38.4	34.3	32.8	35.8	130	5639
35-49 Jahre	65.7	56.0	75.4	51.1	49.5	52.7	15.1	8.2	21.9	18.7	17.5	19.9	19.3	10.7	27.8	30.2	28.7	31.6	110	5485
50-64 Jahre	52.5	44.4	60.7	45.5	44.0	47.0	23.1	16.5	29.6	27.6	26.2	28.9	24.4	17.1	31.7	26.9	25.6	28.3	158	5993
65+ Jahre	56.9	47.6	66.1	51.5	49.9	53.1	27.6	19.4	35.8	34.9	33.4	36.5	15.6	9.1	22.1	13.6	12.5	14.7	113	5114
Bildung																				
Obligatorische Schule	63.5	54.8	72.2	57.4	55.7	59.1	17.3	10.6	24.1	15.6	14.4	16.9	19.2	11.9	26.5	27.0	25.5	28.5	125	4517
Sekundarstufe II	57.7	51.5	64.0	47.4	46.2	48.5	17.8	13.2	22.4	22.5	21.6	23.4	24.5	18.9	30.1	30.2	29.1	31.2	266	10627
Tertiärstufe	61.1	51.8	70.4	53.7	52.3	55.1	15.7	9.1	22.3	23.2	22.1	24.4	23.2	15.1	31.4	23.1	21.9	24.3	119	6902
Migrations- hintergrund																				
Ohne Migrationshintergrund	61.9	57.2	66.6	51.3	50.3	52.3	16.3	12.9	19.7	23.0	22.2	23.9	21.8	17.7	25.9	25.7	24.8	26.6	445	13961
Mit Migrationshintergrund	46.6	31.9	61.2	50.4	49.0	51.7	21.8	10.4	33.2	19.4	18.4	20.5	31.7	18.1	45.3	30.2	29.0	31.5	52	7200
Haushaltstyp																				
Empersonenhaushalt	69.9	58.2	81.5	49.0	47.1	51.0	10.6	3.8	17.4	21.5	19.9	23.1	19.6	9.1	30.0	29.5	27.7	31.3	63	3636
Paar ohne Kinder	44.6	36.7	52.5	47.8	46.4	49.2	25.3	18.7	31.9	29.3	28.1	30.5	30.1	22.4	37.8	22.9	21.7	24.1	168	7188
Paar mit Kind(ern)	67.7	61.6	73.9	55.9	54.7	57.1	13.9	9.4	18.4	16.9	16.0	17.8	18.3	13.1	23.6	27.3	26.2	28.4	244	9147
Einelterhaushalt mit Kind(ern)	(45.0)	24.2	65.8	52.0	48.9	55.1	(18.1)	1.9	34.3	15.0	12.8	17.3	(36.9)	17.1	56.8	33.0	30.1	35.9	23	1398
Urbanisierungsgrad																				
Städtisch	60.0	54.2	65.9	51.2	50.2	52.2	16.5	12.3	20.7	21.3	20.5	22.1	23.5	18.3	28.7	27.5	26.6	28.5	301	13066
Intermediär*	61.0	50.4	71.6	51.1	49.4	52.8	18.4	9.8	27.0	22.2	20.8	23.6	20.6	11.9	29.4	26.7	25.2	28.3	88	4902
Ländlich	58.3	49.1	67.4	52.8	51.0	54.6	17.8	11.4	24.3	21.2	19.7	22.7	23.9	15.7	32.2	26.0	24.4	27.6	122	4163
Zeitlicher Vergleich																				
2017	59.8	55.3	64.2	51.4	50.6	52.2	17.1	13.9	20.4	21.5	20.8	22.1	23.1	19.2	27.1	27.1	26.4	27.8	511	22131
2012	58.3	53.5	63.1	50.3	49.4	51.1	14.8	11.6	18.0	21.5	20.8	22.2	26.9	22.4	31.3	28.2	27.4	29.0	514	21591
2007	60.1	55.1	65.2	50.9	50.0	51.9	14.0	10.7	17.2	21.2	20.5	21.9	25.9	21.3	30.5	27.9	27.0	28.7	463	18747
2002				49.6	48.7	50.5				19.9	19.2	20.6				30.5	29.7	31.4		19698
1997				47.6	46.6	48.5				19.2	18.5	20.0				33.2	32.3	34.1		12994
1992				49.2	48.2	50.1				20.8	20.0	21.5				30.1	29.2	30.9		15282

Regionaler Vergleich	Nichtraucher/innen			Ex-Raucher/innen			Raucher/innen			
	UR		CH	UR		CH	UR		CH	
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	
CH	51.4	50.6	52.2	21.5	20.8	22.1	27.1	26.4	27.8	22131
Regionen										
Deutschschweiz	52.1	51.1	53.1	21.5	20.7	22.3	26.4	25.6	27.3	14'681
Französische Schweiz	50.6	49.2	52.0	21.2	20.1	22.3	28.2	26.9	29.5	5'848
Italienische Schweiz	44.9	42.3	47.6	22.9	20.7	25.1	32.2	29.6	34.7	1'602
Zentralschweiz	54.7	52.4	57.0	19.8	18.0	21.6	25.5	23.5	27.5	3'260
Kantone										
ZH	50.7	48.5	52.9	21.1	19.3	22.9	28.2	26.2	30.3	2'457
BE	53.8	51.4	56.2	21.2	19.2	23.1	25.0	22.9	27.2	1'819
LU	51.2	48.1	54.4	20.9	18.4	23.5	27.8	24.9	30.8	1'056
UR	59.8	55.3	64.2	17.1	13.9	20.4	23.1	19.2	27.1	511
SZ	56.5	53.3	59.7	18.1	15.7	20.6	25.4	22.4	28.3	1'003
OW	57.8	52.9	62.8	18.6	15.0	22.3	23.6	19.1	28.1	478
FR	50.8	47.6	54.1	19.8	17.3	22.3	29.4	26.3	32.4	1'055
BL	49.1	45.6	52.5	22.9	20.0	25.7	28.1	24.9	31.3	888
AR	47.1	43.2	51.1	24.0	20.7	27.3	28.9	25.2	32.5	700
SG	51.1	48.0	54.2	22.6	20.0	25.1	26.4	23.5	29.2	1'109
GR	55.5	52.3	58.8	20.9	18.3	23.5	23.6	20.8	26.4	996
AG	50.5	47.6	53.4	22.9	20.4	25.3	26.7	24.1	29.3	1'309
TG	52.5	49.3	55.6	21.1	18.6	23.6	26.5	23.7	29.3	1'077
TI	44.7	42.0	47.4	23.4	21.1	25.7	31.9	29.3	34.6	1'518
VD	50.9	48.4	53.4	21.0	18.9	23.0	28.2	25.9	30.5	1'769
VS	50.9	47.6	54.2	22.2	19.6	24.9	26.9	23.9	29.8	1'021
NE	47.2	43.1	51.4	21.3	17.9	24.7	31.5	27.6	35.5	633
GE	50.6	47.6	53.5	22.3	19.9	24.8	27.1	24.4	29.8	1'214
JU	50.8	46.2	55.4	22.8	19.0	26.6	26.4	22.3	30.6	515

\* dichter perurbener Raum und ländliche Zentren  
 VI = Vertrauensintervall  
 Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

T A3.9 Alkoholkonsum, Kanton UR und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 1992-2017

	seltener Konsum / abstinent				geringes Risiko				mittleres bis hohes Risiko				CH Stichprobe								
	UR		CH		UR		CH		UR		CH										
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)									
Total	24.5	20.6	28.4	25.7	25.0	26.4	71.4	67.2	75.6	69.6	68.9	70.4	4.1	2.2	6.0	4.6	4.3	5.0	4.98	21'303	
Geschlecht																					
Männer	14.1	9.3	18.8	19.0	18.1	19.9	81.5	76.1	86.9	75.9	74.9	76.9	4.5	1.4	7.5	5.2	4.6	5.7	226	10'094	
Frauen	33.8	27.9	39.7	32.4	31.4	33.4	62.4	56.4	68.4	63.5	62.5	64.6	3.8	1.4	6.2	4.1	3.7	4.5	272	11'209	
Altersgruppen																					
15-34 Jahre	20.6	13.2	27.9	28.9	27.5	30.3	75.9	68.2	83.6	66.4	64.9	67.8	3.5	0.5	6.6	4.8	4.1	5.4	124	5'455	
35-49 Jahre	24.3	16.0	32.6	25.2	23.8	26.5	75.0	66.6	83.4	71.6	70.1	73.0	0.7	0.0	2.2	3.3	2.7	3.8	110	5'275	
50-64 Jahre	21.8	15.0	28.6	22.2	20.9	23.5	74.4	67.1	81.8	73.3	71.9	74.6	3.8	0.0	7.7	4.5	3.9	5.2	156	5'683	
65+ Jahre	34.3	25.1	43.5	26.2	24.7	27.7	56.5	46.8	66.1	67.6	66.0	69.1	9.3	3.2	15.4	6.3	5.5	7.0	108	4'890	
Bildung																					
Obligatorische Schule	42.9	33.7	52.1	43.9	42.1	45.7	52.8	43.6	62.1	51.7	49.9	53.5	4.3	0.6	8.0	4.4	3.7	5.1	118	4'091	
Sekundarstufe II	21.8	16.6	27.0	26.6	25.6	27.6	74.8	69.4	80.3	68.4	67.3	69.5	3.4	1.1	5.7	5.0	4.5	5.5	262	10'350	
Tertiärstufe	14.7	7.9	21.6	15.2	14.2	16.2	79.8	71.8	87.8	80.5	79.4	81.6	5.5	0.5	10.5	4.3	3.7	4.9	117	6'803	
Migrationshintergrund																					
Ohne Migrationshintergrund	23.1	19.1	27.1	20.7	19.9	21.5	72.4	68.1	76.7	74.1	73.3	75.0	4.5	2.4	6.7	5.1	4.7	5.6	445	13'958	
Mit Migrationshintergrund	32.4	19.2	45.6	33.4	32.1	34.7	66.1	52.8	79.4	62.7	61.4	64.0	1.5	0.0	4.4	3.9	3.3	4.4	52	7'197	
Haushaltstyp																					
Einpersonenhaushalt	34.1	21.9	45.3	28.2	26.4	29.9	59.4	46.5	72.2	66.2	64.3	68.0	6.6	0.0	13.3	5.7	4.8	6.6	62	3'572	
Paar ohne Kinder	23.1	16.5	29.8	19.9	18.8	21.0	71.1	63.8	78.4	75.1	73.9	76.2	5.8	1.6	10.0	5.0	4.4	5.6	164	6'960	
Paar mit Kind(ern)	22.8	17.2	28.4	27.7	26.6	28.8	75.7	70.1	81.4	68.9	67.7	70.0	1.5	0.0	2.9	3.4	3.0	3.9	236	8'730	
Elternerhaushalt mit Kind(ern)	(36.7)	17.0	56.5	33.3	30.3	36.2	(55.2)	34.6	75.7	60.9	57.9	64.0	(8.1)	0.0	18.9	5.8	4.4	7.3	23	1'357	
Urbanisierungsgrad																					
Städtisch	23.9	18.8	29.0	27.0	26.1	27.9	71.6	66.1	77.0	68.4	67.5	69.4	4.5	1.9	7.1	4.6	4.2	5.0	290	12'498	
Intermediär*	17.3	9.4	25.1	23.4	22.0	24.9	80.7	72.5	88.9	72.1	70.5	73.6	2.1	0.0	4.9	4.5	3.8	5.2	87	4'737	
Ländlich	30.8	22.2	39.3	23.9	22.4	25.5	64.7	55.7	73.7	71.1	69.4	72.8	4.6	0.3	8.8	5.0	4.1	5.8	121	4'068	
Zeitlicher Vergleich																					
2017	24.5	20.6	28.4	25.7	25.0	26.4	71.4	67.2	75.6	69.6	68.9	70.4	4.1	2.2	6.0	4.6	4.3	5.0	498	21'303	
2012	28.0	23.4	32.6	26.8	26.0	27.6	69.1	64.4	73.7	68.4	67.6	69.2	3.0	1.6	4.4	4.8	4.5	5.2	501	20'848	
2007	27.7	23.0	32.5	26.2	25.4	27.0	68.1	63.2	73.0	68.7	67.8	69.5	4.2	2.4	6.0	5.1	4.7	5.5	444	17'888	
2002																					
1997																					
1992																					

Regionaler Vergleich	seltener Konsum / abstinent		geringes Risiko		mittleres bis hohes Risiko		CH Stichprobe			
	UR		UR		UR					
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)				
CH	25.7	25.0	26.4	69.6	68.9	70.4	4.6	4.3	5.0	21'303
Deutschschweiz	25.9	25.0	26.8	70.2	69.3	71.1	3.9	3.5	4.3	14'095
Französische Schweiz	25.0	23.8	26.3	68.8	67.5	70.2	6.2	5.5	6.9	5'647
Italienische Schweiz	26.9	24.6	29.3	65.7	63.1	68.2	7.4	6.0	8.8	1'561
Zentralschweiz	23.1	21.2	25.0	72.8	70.8	74.9	4.1	3.1	5.1	3'155
Kantone										
ZH	23.7	21.8	25.6	71.8	69.8	73.8	4.5	3.5	5.4	2'338
BE	24.0	21.9	26.1	71.9	69.7	74.1	4.1	3.1	5.1	1'747
LU	24.0	21.3	26.7	71.6	68.7	74.5	4.4	2.9	5.9	1'022
UR	24.5	20.6	28.4	71.4	67.2	75.6	4.1	2.2	6.0	498
SZ	24.9	22.0	27.7	70.4	67.4	73.4	4.7	3.3	6.2	968
OW	21.3	17.1	25.6	75.4	71.0	79.8	3.3	1.6	4.9	462
FR	23.2	20.5	26.0	71.1	68.1	74.0	5.7	4.2	7.3	1'030
BL	25.3	22.2	28.4	70.8	67.5	74.0	4.0	2.6	5.3	856
AR	19.1	16.0	22.1	73.9	70.5	77.3	7.1	5.0	9.1	681
SG	28.4	25.6	31.3	68.5	65.5	71.4	3.1	2.0	4.3	1'048
GR	27.5	24.6	30.4	68.6	65.5	71.7	3.9	2.6	5.2	970
AG	28.2	25.6	30.9	68.8	66.1	71.5	3.0	1.9	4.0	1'235
TG	30.7	27.8	33.6	65.4	62.4	68.4	4.0	2.7	5.2	1'038
TI	27.0	24.5	29.4	65.7	63.1	68.3	7.3	5.9	8.7	1'480
VD	24.7	22.4	26.9	69.1	66.7	71.5	6.2	5.0	7.4	1'702
VS	24.9	22.0	27.7	68.3	65.2	71.4	6.9	5.2	8.6	985
NE	24.7	21.0	28.4	68.7	64.8	72.7	6.6	4.5	8.7	611
GE	27.3	24.6	30.1	67.4	64.6	70.2	5.3	3.9	6.6	1'168
JU	20.3	16.6	23.9	72.6	68.5	76.6	7.2	4.8	9.6	500

\* dichter peripherer Raum und ländliche Zentren

VI = Vertrauensintervall

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

T A3.10 Rauschtrinken, Kanton UR und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2012-2017

	nie				weniger als 1 Mal pro Monat				jeden Monat				jede Woche oder häufiger														
	UR		CH		UR		CH		UR		CH		UR		CH												
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)											
Total	489	44.3	53.5	52.8	52.0	53.6	34.9	30.5	39.4	31.3	30.5	32.0	12.8	9.6	15.9	12.5	12.0	13.1	3.3	3.0	3.7	498	21174				
Geschlecht	36.0	29.5	42.5	45.0	43.8	46.1	40.2	33.5	46.9	34.3	33.2	35.4	18.0	12.6	23.4	16.0	15.1	16.9	5.8	2.2	9.3	4.8	4.2	5.3	226	10025	
Altersgruppen	60.3	54.2	66.5	60.6	59.5	61.6	30.2	24.3	36.2	28.4	27.4	29.3	8.1	4.8	11.3	9.2	8.5	9.8	1.4	0.0	2.7	1.9	1.6	2.3	272	11149	
	296	21.3	37.9	38.1	36.5	39.6	36.0	27.0	45.1	37.5	36.0	39.1	23.9	16.3	31.5	18.5	17.3	19.8	10.5	4.5	16.6	5.9	5.1	6.7	124	5431	
	44.2	34.3	54.1	49.6	47.9	51.2	45.3	35.3	55.2	35.4	33.9	37.0	9.8	3.8	15.7	12.3	11.2	13.4	0.8	0.0	2.3	2.7	2.1	3.2	110	5237	
	54.4	46.1	62.7	54.0	55.5	58.6	36.2	28.2	44.2	29.5	28.1	31.0	8.3	3.5	13.0	11.1	10.1	12.1	1.1	0.0	2.7	2.4	1.9	2.9	156	5649	
	72.9	64.3	81.4	72.8	71.4	74.3	19.8	12.4	27.1	19.5	18.2	20.8	7.4	1.7	13.0	6.1	5.3	6.8	1.1	0.0	2.7	1.7	1.3	2.1	108	4857	
Bildung	63.1	54.2	72.0	65.3	63.6	67.0	23.4	15.5	31.3	22.7	21.2	24.2	13.5	7.5	19.5	8.8	7.8	9.9	3.1	2.5	3.8	3.1	2.5	3.8	118	4048	
	51.0	44.6	57.4	53.4	52.3	54.6	33.1	27.0	39.1	30.8	29.7	31.9	10.2	6.4	13.9	12.3	11.6	13.1	5.8	2.5	9.1	3.5	3.0	3.9	262	10287	
	32.8	24.0	41.6	45.6	44.2	47.1	48.8	39.1	58.5	36.4	35.0	37.8	17.6	9.8	25.4	14.7	13.7	15.8	0.8	0.0	2.4	3.2	2.7	3.8	117	6785	
Migrations- hintergrund	49.1	44.3	53.9	49.2	48.2	50.2	33.6	29.0	38.2	33.0	32.0	33.9	14.2	10.7	17.7	14.2	13.5	14.9	3.1	1.4	4.8	3.7	3.3	4.1	445	13937	
Mit Migrationshintergrund	48.3	33.7	62.9	59.1	57.7	60.4	42.3	27.8	56.8	28.4	27.2	29.7	4.1	0.0	10.0	9.8	8.9	10.6	5.3	0.0	13.3	2.7	2.2	3.2	52	7175	
Haushaltstyp	60.3	46.8	73.7	58.0	56.0	59.9	28.6	15.9	41.2	27.6	25.8	29.4	9.5	0.5	18.4	11.3	10.0	12.6	1.7	0.0	5.1	3.2	2.4	3.9	62	3561	
Einpersonenhaushalt	52.0	43.9	60.1	54.0	52.6	55.4	37.7	29.7	45.6	31.6	30.3	32.9	9.8	4.6	15.0	11.7	10.7	12.6	0.6	0.0	1.7	2.7	2.2	3.2	164	6919	
Paar ohne Kinder	45.6	38.9	52.2	50.9	49.6	52.1	35.1	28.8	41.3	33.1	31.9	34.2	15.2	10.6	19.8	12.9	12.1	13.7	4.2	1.0	7.4	3.2	2.8	3.7	236	8667	
Paar mit Kind(ern)	(52.6)	31.7	73.6	49.9	46.7	53.0	(21.7)	2.9	40.5	30.9	28.0	33.7	(16.0)	1.4	30.6	14.1	11.9	16.3	(9.7)	0.0	22.7	5.1	3.7	6.6	23	1350	
Einelterhaushalt mit Kind(ern)	48.5	42.4	54.5	54.0	53.0	55.1	33.6	27.8	39.4	30.6	29.7	31.6	13.8	9.6	18.0	12.1	11.4	12.8	4.1	1.4	6.8	3.2	2.8	3.6	290	12418	
Urbanisierungsgrad	53.5	42.7	64.4	51.2	49.5	53.0	32.9	22.7	43.1	32.0	30.4	33.6	10.2	3.1	17.2	13.5	12.3	14.7	3.4	0.0	7.2	3.3	2.6	4.0	87	4709	
Städtisch	46.8	37.5	56.1	50.3	48.4	52.2	39.5	30.2	48.8	32.9	31.2	34.7	11.9	5.7	18.2	13.0	11.7	14.3	1.8	0.0	4.3	3.8	3.1	4.6	121	4047	
Intermediär*	48.9	44.3	53.5	52.8	52.0	53.6	34.9	30.5	39.4	31.3	30.5	32.0	12.8	9.6	15.9	12.5	12.0	13.1	3.4	1.6	5.3	3.3	3.0	3.7	498	21174	
Ländlich																											
Zeitlicher Vergleich																											
2017																											
2012																											
2007																											
2002																											
1997																											
1992																											

Regionaler Vergleich	nie		weniger als 1 Mal pro Monat		jeden Monat		jede Woche oder häufiger						
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)					
CH	52.8	52.0	53.6	52.8	52.0	53.6	3.3	3.0	3.7	21174			
Deutschschweiz	54.2	53.2	55.2	31.0	30.1	31.9	12.0	11.3	12.7	2.9	2.5	3.3	14007
Französische Schweiz	47.1	45.6	48.5	33.4	32.0	34.7	14.7	13.6	15.7	4.9	4.3	5.5	5612
Italienische Schweiz	62.9	60.3	65.6	25.1	22.7	27.5	10.0	8.3	11.7	2.0	1.2	2.8	1'555
Zentralschweiz	50.5	48.1	52.8	33.4	31.1	35.6	13.2	11.6	14.8	3.0	2.1	3.8	3135
Kantone	53.3	51.0	55.6	31.1	28.9	33.2	11.7	10.2	13.1	3.9	3.0	4.9	2325
ZH	54.9	52.5	57.4	31.0	28.7	33.3	11.7	10.0	13.3	2.4	1.6	3.2	1741
BE	49.7	46.5	52.9	33.9	30.8	37.0	13.0	10.8	15.2	3.4	2.1	4.7	1018
LU	48.9	44.3	53.5	34.9	30.5	39.4	12.8	9.6	15.9	3.4	1.6	5.3	498
UR	52.4	49.1	55.8	31.1	28.0	34.2	14.2	11.8	16.6	2.3	1.2	3.4	961
SZ	50.4	45.3	55.5	33.6	28.8	38.3	14.6	10.8	18.4	1.4	0.1	2.7	456
OW	43.7	40.5	46.9	37.1	33.9	40.3	14.8	12.4	17.3	4.4	3.0	5.8	1022
FR	55.9	52.4	59.5	30.9	27.6	34.1	11.9	9.6	14.3	1.3	0.4	2.1	853
BL	52.0	48.0	56.0	33.7	29.9	37.6	11.3	8.7	13.9	3.0	1.6	4.4	680
AR	54.2	51.0	57.5	30.6	27.6	33.6	11.9	9.7	14.2	3.2	2.0	4.4	1039
SG	55.6	52.2	58.9	30.8	27.7	33.9	11.6	9.3	13.8	2.1	1.1	3.2	966
AG	57.2	54.3	60.2	30.8	28.0	33.6	10.3	8.4	12.3	1.6	0.8	2.5	1'220
TG	56.2	53.0	59.4	28.8	25.9	31.7	12.6	10.3	14.8	2.5	1.4	3.6	1'030
TI	62.6	59.9	65.4	25.7	23.2	28.2	9.9	8.1	11.6	1.8	1.1	2.6	1'474
VD	45.7	43.2	48.3	33.7	31.3	36.2	15.2	13.3	17.0	5.4	4.1	6.6	1'691
VS	46.3	43.0	49.6	33.6	30.5	36.7	15.6	13.1	18.1	4.5	3.1	6.0	980
NE	48.5	44.3	52.8	32.7	28.6	36.8	14.1	11.2	17.1	4.6	2.9	6.4	608
GE	51.8	48.7	54.8	32.1	29.3	35.0	12.3	10.3	14.3	3.8	2.7	4.9	1'161
JU	41.2	36.6	45.7	34.7	30.3	39.2	17.3	13.7	20.9	6.9	4.5	9.2	497

\* dichter peripherer Raum und ländliche Zentren  
VI = Vertrauensintervall



T A3.12 Problematischer Internetkonsum, Kanton UR und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2017

	kein Internetgebrauch / kein oder kaum Problem mit Internetgebrauch				problematischer Gebrauch									
	UR		CH		UR		CH							
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)						
Total	99.3	98.5	100.0	97.0	96.7	97.3	0.7	0.0	1.5	3.0	2.7	3.3	433	18'500
Geschlecht														
Männer	99.5	98.6	100.0	96.5	96.0	97.0	0.5	0.0	1.4	3.5	3.1	4.0	201	8'704
Frauen	99.1	97.9	100.0	97.5	97.2	97.9	0.9	0.0	2.1	2.5	2.1	2.9	232	9'796
Altersgruppen														
15-34 Jahre	98.4	96.2	100.0	93.3	92.4	94.1	1.6	0.0	3.8	6.7	5.9	7.6	104	4'585
35-49 Jahre	100.0	100.0	100.0	97.3	96.7	98.0				2.7	2.0	3.3	94	4'539
50-64 Jahre	100.0	100.0	100.0	99.0	98.7	99.3				1.0	0.7	1.3	142	5'071
65+ Jahre	98.8	96.4	100.0	99.5	99.3	99.7	1.2	0.0	3.6	0.5	0.3	0.7	93	4'305
Bildung														
Obligatorische Schule	100.0	100.0	100.0	94.4	93.4	95.4				5.6	4.6	6.6	95	3'191
Sekundarstufe II	99.1	97.9	100.0	97.6	97.2	98.0	0.9	0.0	2.1	2.4	2.0	2.8	227	9'028
Tertiärstufe	99.2	97.5	100.0	97.5	97.0	98.0	0.8	0.0	2.5	2.5	2.1	3.0	111	6'240
Migrationshintergrund														
Mit Migrationshintergrund	99.5	98.7	100.0	98.0	94.7	98.3	0.5	0.0	1.3	2.0	1.8	2.3	391	12'587
Ohne Migrationshintergrund	98.5	95.5	100.0	95.4	94.7	96.1	1.5	0.0	4.5	4.6	4.0	5.3	41	5'868
Haushaltstyp														
Einkommenshaushalt	98.4	95.3	100.0	97.6	96.9	98.3	1.6	0.0	4.7	2.4	1.7	3.1	54	3'080
Paar ohne Kinder	100.0	100.0	100.0	98.6	98.2	99.0				1.4	1.0	1.8	145	6'276
Paar mit Kind(ern)	99.0	97.7	100.0	96.4	95.8	96.9	1.0	0.0	2.3	3.7	3.1	4.2	203	7'472
Einelterhaushalt mit Kind(ern)	(100.0)	100.0	100.0	93.2	91.4	94.9				6.9	5.1	8.6	19	1'107
Urbanisierungsgrad														
Städtisch	98.9	97.6	100.0	96.7	96.3	97.2	1.1	0.0	2.4	3.3	2.8	3.7	255	10'763
Intermediär*	100.0	100.0	100.0	97.1	96.5	97.7				2.9	2.3	3.5	77	4'147
Ländlich	100.0	100.0	100.0	97.9	97.3	98.5				2.1	1.5	2.7	101	3'590
Zeitlicher Vergleich														
2017	99.3	98.5	100.0	97.0	96.7	97.3	0.7	0.0	1.5	3.0	2.7	3.3	433	18'500

Regionaler Vergleich	kein Internetgebrauch / kein oder kaum Problem mit				problematischer Gebrauch			
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)
CH	97.0	96.7	97.3	3.0	2.7	3.3	18'500	
Regionen								
Deutschschweiz	97.6	97.2	97.9	2.5	2.1	2.8	12'270	
Französische Schweiz	95.3	94.6	96.0	4.7	4.0	5.4	4'852	
Italienische Schweiz	97.6	96.7	98.5	2.4	1.6	3.3	1'378	
Zentralschweiz	98.4	97.7	99.0	1.7	1.0	2.3	2'758	
Kantone								
ZH	97.0	96.1	97.9	3.0	2.1	3.9	20'225	
BE	97.9	97.0	98.7	2.1	1.3	3.0	1'544	
LU	97.9	96.8	99.0	2.1	1.0	3.2	893	
UR	99.3	98.5	100.0	0.7	0.0	1.5	433	
SZ	97.7	96.5	98.9	2.3	1.1	3.5	847	
OW	99.4	98.7	100.0	0.6	0.0	1.3	409	
FR	95.3	93.8	96.9	4.7	3.1	6.2	890	
BL	98.1	96.8	99.3	2.0	0.7	3.2	739	
AR	98.8	97.8	99.8	1.2	0.2	2.2	601	
SG	97.0	95.7	98.2	3.0	1.8	4.3	902	
GR	97.7	96.5	99.0	2.3	1.0	3.6	856	
AG	97.5	96.5	98.5	2.5	1.5	3.5	1'065	
TG	97.7	96.7	98.8	2.3	1.3	3.3	911	
TI	97.5	96.7	98.4	2.5	1.6	3.4	1'303	
VD	95.5	94.3	96.7	4.5	3.3	5.7	1'462	
VS	96.0	94.5	97.6	4.0	2.4	5.5	855	
NE	97.1	95.6	98.7	2.9	1.3	4.4	533	
GE	93.9	92.1	95.6	6.1	4.4	7.9	969	
JU	95.1	92.9	97.3	4.9	2.7	7.1	444	

\* dichter peripherer Raum und ländliche Zentren  
 VI = Vertrauensintervall  
 Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGE)  
 © Obsan 2020

T A4.1 Störungen im Wohnbereich, Kanton UR und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2007-2017

	keine Störung						1 Störung						2 Störungen oder mehr							
	UR		CH		UR		CH		UR		CH		UR		CH					
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)				
Total	58.3	53.3	63.3	55.7	54.9	56.6	21.3	17.1	25.6	24.3	23.5	25.0	20.4	16.4	24.3	20.0	19.3	20.7	435	18'602
Geschlecht																				
Männer	58.3	50.9	65.6	56.6	55.4	57.9	21.0	15.1	26.8	23.7	22.6	24.8	20.8	14.7	26.9	19.7	18.7	20.7	199	8'729
Frauen	58.3	51.5	65.2	54.9	53.7	56.1	21.7	15.6	27.8	24.8	23.8	25.9	20.0	14.9	25.1	20.3	19.3	21.2	236	9'873
Altersgruppen																				
15-34 Jahre	60.6	50.5	70.8	56.2	54.5	57.9	21.5	12.7	30.3	25.8	24.3	27.3	17.9	10.3	25.4	18.0	16.7	19.4	103	4'596
35-49 Jahre	63.5	52.8	74.3	56.3	54.6	58.1	22.0	12.5	31.4	24.1	22.6	25.6	14.5	7.1	21.9	19.6	18.2	21.0	94	4'552
50-64 Jahre	55.1	46.4	63.9	56.1	54.5	57.7	20.5	13.3	27.7	23.3	21.9	24.7	24.4	16.9	31.8	20.6	19.2	21.9	142	5'092
65+ Jahre	53.9	43.6	64.2	54.0	52.3	55.7	21.7	13.2	30.1	23.6	22.1	25.0	24.4	15.4	33.5	22.5	21.0	24.0	96	4'362
Bildung																				
Obligatorische Schule	60.1	49.8	70.4	57.4	55.4	59.5	23.4	14.6	32.1	25.2	23.4	27.0	16.6	8.8	24.5	17.3	15.8	18.9	98	3'250
Sekundarstufe II	62.0	55.2	68.7	56.4	55.2	57.6	18.3	13.0	23.7	23.5	22.5	24.6	19.7	14.4	25.1	20.1	19.1	21.1	227	9'067
Tertiärstufe	49.7	39.4	59.9	54.0	52.5	55.5	25.6	16.0	35.2	24.9	23.6	26.2	24.7	16.2	33.2	21.1	19.9	22.3	110	6'244
Migrations- hintergrund																				
Ohne Migrationshintergrund	53.1	54.1	64.2	56.8	55.7	57.8	19.2	15.2	23.2	23.2	22.3	24.1	21.7	17.4	25.9	20.0	19.2	20.9	393	12'632
Mit Migrationshintergrund	53.1	35.9	70.4	54.0	52.5	55.5	33.4	17.3	49.4	26.2	24.9	27.5	13.5	3.4	23.7	19.8	18.6	21.0	41	5'924
Haushaltstyp																				
Einpersonhaushalt	51.9	37.4	66.4	50.5	48.4	52.6	20.5	8.7	32.3	24.8	23.0	26.6	27.6	14.3	40.9	24.7	22.9	26.6	56	3'122
Paar ohne Kinder	50.7	42.1	59.2	54.9	53.4	56.3	22.9	15.1	30.6	24.4	23.1	25.7	26.5	19.2	33.7	20.8	19.6	22.0	146	6'307
Paar mit Kind(ern)	65.5	58.7	72.3	59.9	58.6	61.2	18.6	13.2	24.1	23.9	22.7	25.0	15.9	10.8	20.9	16.3	15.3	17.2	202	7'488
Eiernerhaushalt mit Kind(ern)	(62.8)	40.7	84.8	53.5	50.1	57.0	(27.9)	6.7	47.8	25.7	22.8	28.7	(10.0)	0.0	23.2	20.7	17.9	23.6	19	1'115
Urbanisierungsgrad																				
Städtisch	55.1	48.4	61.8	52.8	51.7	53.9	25.6	19.6	31.6	25.2	24.2	26.1	19.3	14.3	24.3	22.0	21.1	23.0	257	10'857
Intermediär*	63.1	52.1	74.2	59.8	58.0	61.7	20.0	10.7	29.4	23.8	22.2	25.4	16.9	8.8	24.9	16.4	15.0	17.7	77	4'157
Ländlich	63.3	53.3	73.3	61.8	59.8	63.8	11.0	4.9	17.0	21.5	19.8	23.1	25.7	16.4	35.1	16.8	15.2	18.3	101	3'588
Zeitlicher Vergleich																				
2017	58.3	53.3	63.3	55.7	54.9	56.6	21.3	17.1	25.6	24.3	23.5	25.0	20.4	16.4	24.3	20.0	19.3	20.7	435	18'602
2012	58.7	53.5	63.9	56.2	55.3	57.2	23.9	19.4	28.5	25.1	24.2	25.9	17.4	13.4	21.4	18.7	18.0	19.5	431	17'895
2007	51.3	45.0	57.5	46.8	45.6	47.9	23.1	18.2	28.1	26.2	25.2	27.3	25.6	20.0	31.2	27.0	25.9	28.0	334	13'337
2002																				
1997																				
1992																				

Regionaler Vergleich	keine Störung			1 Störung			2 Störungen oder mehr			
	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	
CH	55.7	54.9	56.6	24.3	23.5	25.0	20.0	19.3	20.7	18'602
Deutschschweiz	56.7	55.7	57.8	23.2	22.3	24.2	20.0	19.2	20.9	12'367
Französische Schweiz	52.8	51.2	54.4	27.5	26.0	28.9	19.8	18.5	21.1	4'834
Italienische Schweiz	55.9	53.0	58.8	23.7	21.2	26.2	20.4	18.0	22.7	1'401
Zentralschweiz	58.1	55.6	60.6	22.5	20.4	24.6	19.4	17.4	21.4	2'777
Kantone										
ZH	52.3	49.9	54.7	25.1	23.0	27.1	22.7	20.7	24.6	20'411
BE	58.1	55.5	60.7	23.1	20.9	25.4	18.8	16.8	20.9	1'557
LU	56.4	53.0	59.9	23.0	20.1	25.9	20.6	17.7	23.4	899
UR	58.3	53.3	63.3	21.3	17.1	25.6	20.4	16.4	24.3	435
SZ	62.1	58.5	65.6	21.2	18.2	24.1	16.8	14.1	19.5	852
OW	58.1	52.6	63.5	24.6	19.7	29.4	17.4	13.4	21.4	414
FR	58.2	54.7	61.8	24.5	21.4	27.5	17.3	14.6	20.1	891
BL	52.9	49.1	56.7	26.6	23.2	30.0	20.5	17.4	23.6	745
AR	62.1	58.0	66.3	19.6	16.2	23.0	18.3	15.0	21.5	607
SG	57.7	54.2	61.1	22.3	19.5	25.2	20.0	17.2	22.9	909
GR	69.1	65.8	72.4	18.6	15.9	21.4	12.3	9.9	14.7	864
AG	59.9	56.8	63.0	21.5	18.9	24.0	18.7	16.2	21.2	10'75
TG	60.0	56.7	63.4	22.0	19.2	24.9	18.0	15.4	20.5	914
TI	54.7	51.7	57.7	24.2	21.6	26.8	21.1	18.6	23.6	1'326
VD	54.2	51.4	57.0	25.9	23.4	28.4	19.9	17.7	22.2	1'461
VS	62.8	59.4	66.3	24.6	21.6	27.7	12.5	10.2	14.9	851
NE	56.2	51.7	60.8	25.7	21.7	29.8	18.1	14.6	21.5	533
GE	40.0	36.7	43.3	34.2	30.9	37.4	25.9	22.9	28.8	960
JU	63.1	58.2	68.0	20.2	16.2	24.1	16.7	12.9	20.6	440

\* dichter perurbane Raum und ländliche Zentren  
 VI = Vertrauensintervall  
 Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)



T A4.2 Physische Belastungen bei der Arbeit, Kanton UR und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2012-2017

	keine Belastung			1-2 Belastungen			3 Belastungen oder mehr														
	UR			CH			UR			CH											
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)									
Total	5.5	2.7	8.4	11.3	10.6	12.0	35.6	29.7	41.6	36.6	35.5	37.6	58.8	52.7	65.0	52.1	51.1	53.2	286	11'647	
Geschlecht																					
Männer	4.8	1.5	8.0	11.4	10.4	12.3	28.7	20.9	36.5	33.7	32.2	35.2	66.6	58.4	74.7	54.9	53.4	56.5	138	5'758	
Frauen	6.3	1.7	10.9	11.3	10.3	12.2	42.4	33.6	51.2	39.7	38.2	41.2	51.3	42.3	60.3	49.0	47.5	50.5	148	5'889	
Altersgruppen																					
15-34 Jahre	2.7	0.0	5.7	7.7	6.7	8.7	27.1	17.0	37.2	30.9	29.1	32.7	70.2	59.9	80.6	61.4	59.5	63.3	87	3'481	
35-49 Jahre	7.6	0.7	14.4	14.2	12.9	15.5	40.3	29.1	51.4	38.6	36.8	40.4	52.1	40.6	63.7	47.2	45.3	49.0	89	4'091	
50-64 Jahre	6.6	2.1	11.1	12.2	11.0	13.3	40.1	30.5	49.8	40.8	39.0	42.6	53.3	43.4	63.2	47.0	45.2	48.9	110	4'075	
Bildung																					
Obligatorische Schule	2.0	0.0	5.9	3.9	2.8	4.9	32.5	18.3	46.7	20.8	18.4	23.2	65.5	51.1	79.9	75.4	72.8	77.9	46	1'507	
Sekundarstufe II	3.0	0.6	5.4	7.4	6.6	8.2	32.8	25.2	40.5	31.4	29.9	32.9	64.2	56.4	72.0	61.2	59.7	62.8	158	5'494	
Tertiärstufe	12.1	4.1	20.1	18.2	16.9	19.5	42.5	30.7	54.3	47.5	45.7	49.2	45.4	33.6	57.2	34.3	32.7	36.0	82	4'624	
Migrations- hintergrund	5.2	2.6	7.8	11.1	10.2	11.9	38.4	32.1	44.6	39.4	38.1	40.8	56.5	50.1	62.8	49.5	48.1	50.9	254	7'608	
Mit Migrationshintergrund	7.3	0.0	17.9	11.7	10.6	12.9	23.7	7.5	40.0	32.2	30.5	33.9	69.0	50.9	87.1	56.1	54.3	57.9	31	4'014	
Haushaltstyp																					
Einpersonenhaushalt				9.9	8.2	11.7	(20.3)	4.4	36.3	37.6	34.7	40.6	(79.7)	63.8	95.6	52.4	49.4	55.5	25	1'498	
Paar ohne Kinder	4.2	0.0	8.8	11.0	9.7	12.3	39.6	25.8	53.4	39.2	37.1	41.3	56.2	42.3	70.1	49.8	47.7	52.0	57	2'964	
Paar mit Kind(ern)	8.0	3.5	12.5	12.4	11.4	13.4	35.8	28.4	43.1	35.4	34.0	36.8	56.3	48.5	64.1	52.3	50.8	53.8	179	5'985	
Einelterhaushalt mit Urbanisierungsgrad	5.4	1.5	9.3	12.5	11.6	13.5	38.1	30.1	46.2	(42.6)	18.2	67.1	34.2	30.2	38.2	(57.4)	32.9	81.9	56.9	16	782
Einelterhaushalt mit Kind(ern)																					
Intermediär (dichter)	3.4	0.0	8.1	9.8	8.5	11.1	33.3	19.7	46.9	35.9	33.6	38.1	63.3	49.4	77.1	54.4	52.1	56.7	50	2'665	
Intermediär*	7.6	1.7	13.4	8.8	7.5	10.1	30.6	19.4	41.7	31.6	29.4	33.9	61.9	50.1	73.7	59.6	57.2	62.0	68	2'355	
Zeitlicher Vergleich																					
2017	5.5	2.7	8.4	11.3	10.6	12.0	35.6	29.7	41.6	36.6	35.5	37.6	58.8	52.7	65.0	52.1	51.1	53.2	286	11'647	
2012	9.9	5.6	14.3	12.6	11.8	13.3	36.2	30.0	42.5	36.3	35.1	37.5	53.8	47.3	60.4	51.2	49.9	52.4	279	10'688	
2007																					
2002																					
1997																					
1992																					

Regionaler Vergleich	keine Belastung			1-2 Belastungen			3 Belastungen oder mehr					
	UR			CH			UR			CH		
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)
CH	11.3	10.6	12.0	36.6	35.5	37.6	52.1	51.1	53.2	11'647		
Deutschschweiz	10.1	9.3	10.9	37.9	36.6	39.2	51.9	50.6	53.3	7'903		
Französische Schweiz	15.4	13.9	16.8	32.6	30.8	34.5	52.0	50.0	54.0	2'971		
Italienische Schweiz	8.4	6.3	10.5	35.0	31.3	38.7	56.6	52.7	60.5	773		
Zentralschweiz	9.5	7.6	11.5	36.3	33.4	39.3	54.1	51.1	57.2	1'851		
Kantone												
ZH	13.1	11.2	15.0	42.7	39.8	45.7	44.1	41.1	47.1	1'338		
BE	10.7	8.7	12.7	37.9	34.7	41.1	51.5	48.1	54.8	985		
LU	8.5	6.2	10.7	35.0	31.0	39.0	56.5	52.4	60.7	604		
UR	5.5	2.7	8.4	35.6	29.7	41.6	58.8	52.7	65.0	286		
SZ	9.0	6.4	11.5	39.3	35.0	43.7	51.7	47.3	56.2	558		
OW	5.6	2.9	8.4	36.3	30.0	42.5	58.1	51.6	64.6	293		
FR	12.2	9.4	15.0	37.8	33.6	42.0	50.0	45.6	54.4	595		
BL	9.2	6.4	12.0	37.9	32.9	42.8	52.9	47.9	58.0	423		
AR	9.5	6.2	12.8	39.5	34.2	44.8	51.0	45.5	56.5	376		
SG	6.7	4.6	8.9	35.9	31.7	40.0	57.4	53.1	61.7	576		
GR	7.4	5.0	9.7	36.4	32.1	40.7	56.3	51.8	60.7	538		
AG	8.1	6.0	10.2	34.5	30.7	38.3	57.4	53.5	61.4	670		
TG	7.4	5.4	9.4	36.8	32.7	40.9	55.8	51.6	60.0	605		
TI	8.6	6.4	10.9	34.7	30.9	38.5	56.7	52.7	60.7	729		
VD	16.6	13.9	19.2	33.7	30.4	37.0	49.7	46.2	53.3	917		
VS	10.9	8.0	13.7	29.1	24.9	33.2	60.1	55.5	64.7	500		
NE	15.3	11.1	19.5	32.1	26.7	37.5	52.6	46.8	58.4	326		
GE	19.7	16.2	23.3	31.6	27.4	35.8	48.7	44.2	53.3	544		
JU	9.8	6.2	13.4	26.5	21.0	31.9	63.8	57.8	69.8	276		

\* dichter peripherer Raum und ländliche Zentren

VI = Vertrauensintervall

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGE)

© Obsan 2020

T A4.3 Psychosoziale Belastungen bei der Arbeit, Kanton UR und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2012-2017

	keine Belastung			1-2 Belastungen			3 Belastungen oder mehr														
	UR		CH	UR		CH	UR		CH												
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	UR	CH									
Total	145	10.0	189	11.3	10.6	119	490	42.7	55.4	42.3	41.2	43.3	365	30.3	42.8	46.5	45.4	47.6	286	11'721	
Geschlecht																					
Männer	9.5	4.6	14.4	10.7	9.8	11.6	47.2	38.3	56.2	42.6	41.1	44.2	43.3	34.3	52.3	46.7	45.1	48.3	138	5'783	
Frauen	19.3	12.1	26.5	12.0	11.0	12.9	50.8	41.7	59.8	41.9	40.4	43.3	30.0	21.4	38.5	46.2	44.7	47.7	148	5'938	
Altersgruppen																					
15-34 Jahre	8.3	2.6	14.0	8.2	7.1	9.2	44.3	33.1	55.5	39.1	37.2	41.0	47.4	35.9	58.9	52.7	50.8	54.7	87	3'503	
35-49 Jahre	15.8	7.0	24.5	11.1	10.0	12.2	55.2	43.8	66.7	42.8	40.9	44.6	29.0	19.3	38.8	46.2	44.4	48.0	89	4'102	
50-64 Jahre	19.5	11.4	27.7	15.2	13.9	16.5	48.2	38.2	59.1	45.3	43.5	47.1	32.3	22.5	42.2	39.5	37.8	41.3	110	4'116	
Bildung																					
Obligatorische Schule	12.7	2.7	22.7	10.1	8.4	11.8	59.2	44.0	74.4	35.7	32.9	38.5	28.1	14.8	41.4	54.2	51.3	57.2	46	1'526	
Sekundarstufe II	17.4	11.2	23.6	11.9	10.9	12.9	45.5	37.1	53.9	42.5	40.9	44.1	37.2	28.6	45.7	45.7	44.1	47.2	158	5'536	
Tertiärstufe	9.8	1.7	17.9	11.1	10.0	12.1	50.5	38.5	62.4	44.2	42.5	45.9	39.7	28.0	51.4	44.8	43.0	46.5	82	4'637	
Migrations- hintergrund																					
Ohne Migrationshintergrund	15.3	10.7	23.5	12.8	12.0	13.7	53.3	46.9	59.7	45.5	44.2	46.9	31.4	25.5	37.3	39.4	39.4	43.0	254	7'669	
Mit Migrationshintergrund	10.8	0.0	19.9	8.9	8.0	9.9	30.1	11.7	48.5	37.4	35.7	39.2	59.2	39.4	78.9	53.6	51.8	55.4	31	4'027	
Haushaltstyp																					
Erpersonenhaushalt	(16.6)	0.0	35.2	10.8	9.1	12.5	(23.8)	6.5	41.1	39.4	36.4	42.4	(59.6)	38.0	81.2	49.8	46.8	52.9	25	1'508	
Paar ohne Kinder	20.2	8.9	31.5	12.0	10.6	13.4	51.8	37.8	65.8	44.4	42.2	46.5	28.0	15.1	40.8	43.7	41.5	45.8	57	2'985	
Paar mit Kind(ern)	13.9	8.8	19.0	11.6	10.6	12.5	52.0	44.0	60.0	42.5	41.0	43.9	34.1	26.4	41.8	46.0	44.5	47.5	179	6'020	
Urbanisierungsgrad	(5.8)	0.0	16.9	9.3	7.1	11.5	(48.6)	23.7	73.5	40.0	35.9	44.1	(45.6)	20.6	70.5	50.7	46.5	54.8	16	790	
Einelterhaushalt mit Kind(ern)	13.8	7.8	19.8	10.8	9.9	11.6	46.7	38.3	55.1	41.1	39.7	42.5	39.5	31.0	48.0	48.2	46.8	49.6	168	6'662	
Intermediär (dichter Intermediär*)	10.0	2.2	17.8	11.7	10.3	13.2	59.9	45.9	74.0	44.4	42.1	46.7	30.1	16.8	43.3	43.9	41.6	46.2	50	2'678	
Zeitlicher Vergleich																					
2017	14.5	10.0	18.9	11.3	10.6	11.9	49.0	42.7	55.4	42.3	41.2	43.3	36.5	30.3	42.8	46.5	45.4	47.6	286	11'721	
2012	20.1	14.5	25.7	11.7	10.9	12.4	48.7	42.1	55.3	45.4	44.2	46.7	31.2	25.2	37.3	42.9	41.7	44.2	280	10'717	
2007																					
2002																					
1997																					
1992																					

Regionaler Vergleich	keine Belastung			1-2 Belastungen			3 Belastungen oder mehr			
	UR		CH	UR		CH	UR		CH	
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	
CH	11.3	10.6	11.9	42.3	41.2	43.3	46.5	45.4	47.6	11'721
Regionen										
Deutschschweiz	10.2	9.5	11.0	43.3	42.0	44.6	46.5	45.1	47.8	7'950
Französische Schweiz	14.0	12.7	15.4	39.8	37.8	41.8	46.2	44.1	48.2	2'990
Italienische Schweiz	14.0	11.3	16.7	37.7	33.9	41.5	48.3	44.4	52.3	781
Zentralschweiz	10.1	8.4	11.8	45.5	42.5	48.6	44.4	41.3	47.5	1'857
Kantone										
ZH	8.9	7.3	10.5	42.4	39.4	45.3	48.7	45.7	51.7	1'341
BE	11.1	9.1	13.1	46.5	43.2	49.8	42.4	39.1	45.7	992
LU	11.1	8.5	13.7	45.5	41.3	49.7	43.4	39.2	47.6	605
UR	14.5	10.0	18.9	49.0	42.7	55.4	36.5	30.3	42.8	286
SZ	10.0	7.5	12.5	43.8	39.4	48.2	46.3	41.8	50.7	561
OW	10.2	6.1	14.2	49.0	42.4	55.7	40.8	34.1	47.5	295
FR	14.7	11.6	17.7	43.1	38.8	47.4	42.2	37.9	46.5	601
BL	9.2	6.5	11.9	38.0	33.1	42.9	52.8	47.8	57.8	425
AR	11.7	8.0	15.3	44.6	39.2	50.0	43.7	38.3	49.2	378
SG	10.3	7.8	12.8	43.3	39.0	47.5	46.5	42.1	50.8	578
GR	11.5	8.7	14.3	50.1	45.6	54.6	38.4	34.0	42.8	545
AG	9.3	6.9	11.7	40.6	36.7	44.5	50.1	46.1	54.1	675
TG	8.0	5.8	10.1	47.1	42.9	51.3	44.9	40.7	49.1	609
TI	13.9	11.1	16.6	37.6	33.7	41.5	48.5	44.5	52.6	736
VD	14.8	12.3	17.3	38.9	35.5	42.4	46.3	42.7	49.8	922
VS	14.0	10.8	17.1	40.3	35.7	44.8	45.8	41.1	50.5	507
NE	15.5	11.4	19.6	43.5	37.8	49.3	41.0	35.3	46.7	327
GE	11.6	8.8	14.3	36.6	32.2	40.9	51.9	47.3	56.4	545
JU	16.9	12.1	21.8	44.1	37.7	50.4	39.0	32.8	45.2	280

\* dichter peripherer Raum und ländliche Zentren

VI = Vertrauensintervall

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

T A4.4 Emotionale Erschöpfung bei der Arbeit, Kanton UR und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2012-2017

	trifft überhaupt nicht zu						trifft eher nicht zu						trifft eher zu						trifft voll und ganz zu					
	UR		CH		UR		CH		UR		CH		UR		CH		UR		CH		UR		CH	
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)
Total	436	37.2	49.9	36.0	34.9	37.0	43.7	37.4	49.9	44.2	43.1	45.3	17.3	16.5	18.2	0.9	0.0	2.0	2.5	2.2	2.9	285	11'605	
Geschlecht																								
Männer	40.9	32.2	49.6	36.4	34.9	37.9	46.2	37.3	55.1	44.2	42.7	45.8	11.9	4.9	18.8	1.1	0.0	2.6	2.6	2.1	3.1	138	5743	
Frauen	46.2	37.1	55.4	35.5	34.1	37.0	41.2	32.4	49.9	44.1	42.6	45.6	11.9	6.6	17.1	0.7	0.0	2.2	2.4	1.9	2.9	147	5862	
Altersgruppen																								
15-34 Jahre	40.1	29.0	51.3	34.9	33.0	36.7	43.3	32.1	54.5	44.4	42.4	46.4	16.6	6.9	26.3	2.3	1.7	3.0	2.3	1.7	3.0	87	3473	
35-49 Jahre	44.1	32.4	55.8	35.7	34.0	37.5	44.9	33.4	56.3	43.7	41.9	45.6	10.2	4.0	16.5	0.9	0.0	2.6	2.9	2.2	3.6	89	4076	
50-64 Jahre	46.7	36.6	56.7	37.6	35.8	39.3	43.0	33.1	52.8	44.4	42.6	46.3	8.5	3.4	13.6	1.9	0.0	4.6	3.8	1.8	2.9	109	4056	
Bildung																								
Obligatorische Schule	55.1	39.4	70.7	38.6	35.7	41.6	32.6	18.2	47.0	41.1	38.1	44.0	12.4	2.8	21.9	3.8	2.4	5.2	3.8	2.4	5.2	46	1491	
Sekundarstufe II	44.5	36.0	52.9	38.0	36.4	39.5	42.5	34.1	50.9	43.3	41.7	44.9	12.4	5.8	18.9	0.7	0.0	2.0	2.4	1.9	2.9	157	5477	
Tertiärstufe	36.0	24.1	48.0	33.0	31.3	34.6	51.5	39.5	63.4	46.2	44.5	48.0	10.7	4.1	17.2	1.8	0.0	4.4	2.3	1.7	2.8	82	4616	
Migrationshintergrund																								
Ohne Migrationshintergrund	42.2	35.8	48.5	36.7	35.3	38.0	45.9	39.4	52.3	45.1	43.7	46.4	11.3	7.3	15.3	0.7	0.0	1.6	2.0	1.6	2.4	253	7595	
Mit Migrationshintergrund	49.1	29.0	69.2	34.7	33.0	36.5	34.3	16.3	52.4	43.0	41.2	44.8	14.5	0.0	30.4	2.1	0.0	6.1	3.3	2.6	4.0	31	3985	
Haushaltstyp																								
Einpersoneinwohner	(25.1)	2.5	47.7	32.5	29.7	35.4	(52.5)	30.5	74.6	42.8	39.7	45.8	(22.4)	6.4	38.5	4.5	3.1	5.8	4.5	3.1	5.8	25	1493	
Paar ohne Kinder	49.2	35.3	63.1	34.1	32.1	36.1	43.3	29.4	57.2	45.5	43.4	47.7	5.6	0.2	11.1	1.9	0.0	5.5	2.4	1.8	3.1	57	2951	
Paar mit Kind(ern)	44.9	36.9	52.9	38.6	37.2	40.1	43.4	35.5	51.2	43.5	42.0	44.9	10.8	4.9	16.7	0.9	0.0	2.2	2.0	1.6	2.4	178	5960	
Einwohnerhaushalt mit Kind(ern)	(34.9)	11.6	58.1	34.8	30.8	38.8	(31.8)	8.6	55.1	46.1	41.9	50.3	(33.3)	9.3	57.3	3.1	1.4	4.8	3.1	1.4	4.8	16	783	
Urbanisierungsgrad																								
Einwohnerhaushalt mit Kind(ern)	42.7	34.1	51.2	35.2	33.9	36.6	44.5	36.1	52.8	44.3	42.9	45.7	12.9	6.7	19.0	2.8	2.3	3.4	2.8	2.3	3.4	167	6597	
Intermediär (dichter)	41.2	26.8	55.6	37.2	35.0	39.5	48.2	33.7	62.8	43.5	41.2	45.8	8.8	1.3	16.3	1.7	0.0	5.1	2.0	1.4	2.7	50	2653	
Intermediär*	47.7	35.4	60.0	37.1	34.7	39.5	38.1	25.9	50.3	44.6	42.1	47.0	11.4	3.3	19.5	2.8	0.0	6.7	2.0	1.3	2.8	68	2355	
Zeitlicher Vergleich																								
2017	43.6	37.2	49.9	36.0	34.9	37.0	43.7	37.4	49.9	44.2	43.1	45.3	11.9	7.5	16.2	0.9	0.0	2.0	2.5	2.2	2.9	285	11'605	
2012	42.2	35.6	48.8	37.5	36.3	38.7	44.4	37.9	50.9	44.0	42.7	45.2	11.2	7.0	15.3	2.3	0.3	4.3	2.5	2.0	3.0	277	10'635	
2007																								
2002																								
1997																								
1992																								

Regionaler Vergleich	trifft überhaupt nicht zu		trifft eher nicht zu		trifft eher zu		trifft voll und ganz zu						
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)					
	Stichprobe	Stichprobe	Stichprobe	Stichprobe	Stichprobe	Stichprobe	Stichprobe	Stichprobe					
CH	36.0	34.9	37.0	44.2	43.1	45.3	17.3	16.5	18.2	2.5	2.2	2.9	11'605
Regionen													
Deutschschweiz	37.6	36.3	38.9	44.4	43.1	45.8	15.6	14.6	16.6	2.4	2.0	2.8	7'878
Französische Schweiz	30.2	28.4	32.1	44.2	42.2	46.2	22.4	20.7	24.2	3.2	2.4	3.9	2'955
Italienische Schweiz	41.2	37.3	45.0	39.9	36.0	43.7	17.5	14.4	20.6	1.5	0.6	2.5	772
Zentralschweiz	41.3	38.3	44.4	42.1	39.0	45.1	15.1	12.7	17.4	1.5	0.8	2.2	1'846
Kantone													
ZH	35.7	32.8	38.6	45.5	42.5	48.5	16.2	13.9	18.4	2.7	1.6	3.7	1'333
BE	34.9	31.8	38.1	45.5	42.2	48.8	17.6	15.0	20.2	2.1	1.0	3.1	983
LU	41.0	36.8	45.2	42.8	38.6	47.1	14.6	11.5	17.7	1.6	0.5	2.7	602
UR	43.6	37.2	49.9	43.7	37.4	49.9	11.9	7.5	16.2	0.9	0.0	2.0	285
SZ	44.1	39.7	48.5	41.0	36.6	45.4	12.7	9.6	15.8	2.2	0.8	3.6	556
OW	43.9	37.2	50.5	41.7	35.0	48.3	12.7	8.4	17.0	1.8	0.3	3.3	293
FR	33.7	29.5	37.9	40.6	36.4	44.9	23.0	19.2	26.8	2.7	1.3	4.0	593
BL	37.6	32.8	42.5	43.4	38.4	48.4	16.7	12.9	20.6	2.2	0.5	4.0	423
AR	39.6	34.2	44.9	47.2	41.7	52.6	11.8	8.4	15.3	1.4	0.3	2.6	376
SG	40.9	36.7	45.2	42.7	38.5	47.0	14.1	10.9	17.3	2.3	0.8	3.7	574
GR	42.4	37.9	46.9	41.4	36.9	45.8	14.7	11.4	18.0	1.6	0.4	2.7	534
AG	38.0	34.1	42.0	46.0	42.0	50.0	13.5	10.8	16.1	2.5	1.3	3.8	668
TG	40.6	36.4	44.8	41.6	37.4	45.8	14.7	11.8	17.6	3.1	1.6	4.6	603
TI	41.4	37.4	45.4	39.8	35.8	43.8	17.2	14.0	20.4	1.6	0.6	2.6	728
VD	27.4	24.3	30.5	44.9	41.4	48.4	23.8	20.7	26.8	3.9	2.5	5.3	912
VS	36.7	32.2	41.3	43.9	39.2	48.6	17.5	13.9	21.0	1.9	0.8	3.0	497
NE	28.4	23.3	33.5	49.3	43.5	55.2	19.8	15.2	24.5	2.5	0.7	4.2	325
GE	33.1	28.9	37.4	43.2	38.7	47.7	20.6	16.8	24.3	3.1	1.3	4.9	539
JU	31.7	25.6	37.8	41.5	35.2	47.7	22.6	17.1	28.1	4.3	1.9	6.7	277

\* dichter, penurbarer Raum und ländliche Zentren  
VI = Vertrauensintervall

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

T A4.5 Auswirkungen der Arbeit auf Gesundheit, Kanton UR und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2012-2017

	UR			ja, hauptsächlich positiv			ja, hauptsächlich negativ			nein			CH								
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %						
																UR	CH	UR	CH	UR	CH
Total	38.7	33.0	44.3	36.4	35.5	37.4	10.0	6.3	13.6	15.7	15.0	16.5	51.4	45.6	57.1	47.9	46.8	48.9	324	13'481	
Geschlecht																					
Männer	44.3	35.0	52.6	34.5	33.1	35.9	10.5	5.2	15.7	16.7	15.6	17.8	45.3	37.0	53.5	48.8	47.4	50.2	155	6'756	
Frauen	33.2	25.6	40.8	38.6	37.2	40.0	9.5	4.4	14.5	14.6	13.6	15.6	57.3	49.3	65.3	46.8	45.4	48.2	169	6'725	
Altersgruppen																					
15-34 Jahre	35.3	25.5	45.2	30.4	28.7	32.0	11.4	4.7	18.2	16.4	15.0	17.8	53.2	43.2	63.3	53.2	51.4	55.0	106	4'190	
35-49 Jahre	36.3	26.2	46.4	36.7	35.0	38.3	4.9	0.0	10.1	16.1	14.8	17.3	58.9	48.5	69.3	47.3	45.6	49.0	100	4'755	
50-64 Jahre	44.4	35.0	53.8	43.3	41.6	45.0	13.0	6.5	19.6	14.5	13.3	15.7	42.6	33.2	51.9	42.2	40.5	43.9	118	4'536	
Bildung																					
Obligatorische Schule	39.5	26.5	52.5	39.2	36.8	41.7	3.4	0.0	7.9	14.6	12.7	16.4	57.2	44.0	70.4	46.2	43.8	48.7	57	2'101	
Sekundarstufe II	39.3	31.7	46.8	36.4	35.0	37.8	11.2	6.3	16.1	15.2	14.1	16.3	49.5	41.8	57.2	48.4	47.0	49.9	182	6'363	
Tertiärstufe	37.4	26.2	48.6	35.5	33.9	37.0	11.1	3.1	19.2	16.8	15.5	18.0	51.5	40.1	63.0	47.8	46.1	49.5	84	4'977	
Migrations- hintergrund																					
Ohne Migrationshintergrund	38.1	32.2	44.1	36.0	34.7	37.2	9.3	5.5	13.1	14.6	13.7	15.6	52.6	46.5	58.7	49.4	48.1	50.7	281	8'318	
Mit Migrationshintergrund	44.4	27.6	61.2	37.5	35.9	39.1	12.3	1.2	23.4	17.2	15.9	18.5	43.3	26.6	60.1	45.3	43.7	47.0	39	4'782	
Haushaltstyp																					
Erpersoneinhaushalt	(35.3)	15.3	55.4	33.1	30.4	35.7	(13.1)	0.0	27.0	18.7	16.5	20.9	(51.6)	31.1	72.0	48.3	45.4	51.2	26	1'677	
Paar ohne Kinder	37.7	25.1	50.3	37.4	35.4	39.3	16.7	6.6	26.7	17.3	15.7	18.9	45.7	32.7	58.6	45.4	43.3	47.4	65	3'295	
Paar mit Kind(ern)	38.1	31.1	45.1	36.7	35.4	38.0	5.0	2.1	7.9	13.4	12.5	14.4	56.9	49.8	64.0	49.9	48.5	51.2	205	7'058	
(46.3)	23.4	69.1	38.2	34.5	41.9	(18.8)	0.0	37.9	16.9	14.0	19.8	(34.9)	13.5	56.4	44.9	41.1	48.6	19	941		
Urbanisierungsgrad																					
Einelterhaushalt mit Kind(ern)	36.5	29.1	43.9	36.0	34.8	37.3	10.8	5.7	15.9	16.5	15.5	17.5	52.7	45.0	60.3	47.5	46.2	48.8	189	7'769	
Intermediär (dichter)	39.3	26.1	52.6	36.9	34.8	38.9	8.8	1.4	16.2	14.8	13.3	16.3	51.9	38.5	65.3	48.3	46.2	50.5	58	3'058	
Intermediär*	43.7	32.1	55.4	37.5	35.2	39.7	8.6	1.8	15.5	14.0	12.3	15.7	47.6	36.0	59.3	48.5	46.2	50.9	77	2'654	
Zeitlicher Vergleich																					
2017	38.7	33.0	44.3	36.4	35.5	37.4	10.0	6.3	13.6	15.7	15.0	16.5	51.4	45.6	57.1	47.9	46.8	48.9	324	13'481	
2012	51.9	46.0	57.9	44.9	43.8	46.0	8.7	5.4	12.1	10.6	9.9	11.3	39.3	33.5	45.2	44.5	43.4	45.6	339	13'404	
2007																					
2002																					
1997																					
1992																					

Regionaler Vergleich	ja, hauptsächlich positiv			ja, hauptsächlich negativ			nein			Stichprobe
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	Anteil in %	VI (95%)		
									ja, hauptsächlich positiv	
CH	36.4	35.5	37.4	15.7	15.0	16.5	47.9	46.8	48.9	13'481
Regionen										
Deutschschweiz	36.2	35.0	37.4	14.9	14.0	15.9	48.8	47.6	50.1	9'164
Französische Schweiz	37.0	35.2	38.7	17.7	16.2	19.1	45.4	43.6	47.2	3'466
Italienische Schweiz	37.4	33.8	40.9	17.9	15.0	20.7	44.8	41.1	48.5	851
Zentralschweiz	37.8	35.0	40.5	12.7	10.6	14.7	49.6	46.7	52.4	2'108
Kantone										
ZH	34.1	31.4	36.7	17.7	15.5	19.9	48.2	45.5	51.0	1'559
BE	39.3	36.3	42.3	12.9	10.8	15.0	47.8	44.7	50.9	1'121
LU	39.2	35.3	43.0	12.0	9.3	14.7	48.8	44.9	52.8	688
UR	38.7	33.0	44.3	10.0	6.3	13.6	51.4	45.6	57.1	324
SZ	35.5	31.5	39.4	13.7	10.7	16.6	50.9	46.7	55.0	638
OW	39.0	33.1	44.9	11.8	8.2	15.4	49.2	43.2	55.2	328
FR	37.7	33.8	41.6	16.1	13.1	19.0	46.2	42.2	50.2	682
BL	35.0	30.6	39.4	17.6	13.9	21.4	47.3	42.7	52.0	502
AR	38.0	33.2	42.8	12.8	9.3	16.3	49.2	44.3	54.2	441
SG	36.7	32.8	40.5	15.6	12.7	18.5	47.7	43.7	51.7	676
GR	34.8	30.8	38.8	14.3	11.3	17.4	50.8	46.6	55.1	610
AG	35.9	32.3	39.4	13.5	10.9	16.0	50.7	47.0	54.4	805
TG	33.7	30.0	37.4	14.6	11.9	17.3	51.7	47.8	55.6	694
TI	37.5	33.8	41.1	17.5	14.6	20.4	45.0	41.2	48.8	804
VD	35.3	32.2	38.4	18.5	15.9	21.0	46.3	43.0	49.5	1'073
VS	36.8	32.7	41.0	14.2	11.1	17.3	49.0	44.7	53.3	591
NE	36.0	30.9	41.1	14.6	10.7	18.6	49.4	44.0	54.7	375
GE	39.0	35.0	43.0	19.6	16.3	22.9	41.4	37.4	45.4	656
JU	36.7	31.1	42.3	17.2	12.6	21.9	46.1	40.1	52.0	313

\* dichter peripherer Raum und ländliche Zentren

VI = Vertrauensintervall

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGE)

© Obsan 2020

T A4.6 Gearbeitet obwohl krank, Kanton UR und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2017

	gearbeitet, obwohl krank			nicht krank gearbeitet			UR	CH						
	UR			UR					CH					
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)			Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe			
Total	48.7	39.9	57.4	51.2	49.8	52.6	51.3	42.6	60.1	48.8	47.4	50.2	154	6963
Geschlecht														
Männer	45.7	33.2	58.1	50.4	48.3	52.4	54.4	41.9	66.8	49.6	47.6	51.7	76	3411
Frauen	51.8	39.4	64.2	52.1	50.1	54.0	48.2	35.8	60.6	47.9	46.0	49.9	78	3552
Altersgruppen														
15-34 Jahre	55.1	41.4	68.7	53.4	51.0	55.7	45.0	31.3	58.6	46.7	44.3	49.0	61	2412
35-49 Jahre	47.2	31.1	63.4	52.1	49.8	54.5	52.8	36.6	68.9	47.9	45.5	50.2	44	2442
50-64 Jahre	40.1	25.5	54.6	46.6	44.1	49.2	59.9	45.4	74.5	53.4	50.8	55.9	49	2109
Bildung														
Obligatorische Schule	(32.5)	15.3	49.8	41.9	38.1	45.6	(67.5)	50.2	84.7	58.2	54.4	61.9	28	963
Sekundarstufe II	47.9	35.3	60.5	50.1	48.0	52.2	52.1	39.5	64.7	49.9	47.8	52.0	77	3137
Tertiärstufe	57.9	42.9	72.9	55.6	53.4	57.7	42.1	27.1	57.1	44.5	42.3	46.6	49	2847
Migrations- hintergrund														
Ohne Migrationshintergrund	47.1	38.2	55.9	52.6	50.8	54.4	53.0	44.1	61.8	47.4	45.6	49.2	131	4372
Mit Migrationshintergrund	(63.9)	30.9	77.0	49.3	47.1	51.6	(46.1)	23.0	69.1	50.7	48.4	53.0	23	2575
Haushaltstyp														
Einspersonenhaushalt	(63.4)	36.6	90.3	52.8	48.9	56.7	(36.6)	9.7	63.5	47.2	43.3	51.1	17	900
Paar ohne Kinder	(31.0)	12.9	49.1	52.1	49.2	54.9	(69.0)	50.9	87.1	48.0	45.1	50.8	26	1699
Paar mit Kind(ern)	49.8	38.4	61.2	50.4	48.5	52.3	50.2	38.8	61.6	49.6	47.7	51.5	90	3596
Einelterhaushalt mit Urbanisierungsgrad	(60.1)	33.4	86.8	52.7	47.5	57.9	(39.9)	13.2	66.6	47.3	42.1	52.5	14	502
Einelterhaushalt mit Kind(ern)	51.4	40.0	62.8	50.9	49.1	52.7	48.6	37.2	60.0	49.1	47.3	50.9	95	4076
Intermediär (dichter Intermediär*)	(36.4)	18.3	54.6	52.3	49.2	55.3	(63.6)	45.5	81.7	47.8	44.7	50.8	28	1553
Intermediär*	50.0	31.7	68.4	51.0	47.7	54.3	50.0	31.6	68.3	49.0	45.7	52.3	31	1334
Zeitlicher Vergleich														
2017	48.7	39.9	57.4	51.2	49.8	52.6	51.3	42.6	60.1	48.8	47.4	50.2	154	6963
2012														
2007														
2002														
1997														
1992														

Regionaler Vergleich	gearbeitet, obwohl krank			nicht krank gearbeitet			Stichprobe
	UR			CH			
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	
CH	51.2	49.8	52.6	48.8	47.4	50.2	6963
Regionen							
Deutschschweiz	50.7	49.0	52.5	49.3	47.5	51.0	4707
Französische Schweiz	53.0	50.4	55.6	47.0	44.4	49.6	1797
Italienische Schweiz	48.5	43.4	53.6	51.5	46.4	56.6	459
Zentralschweiz	49.6	45.5	53.7	50.4	46.4	54.5	1031
Kantone							
ZH	48.2	44.5	51.8	51.9	48.2	55.5	889
BE	52.4	48.1	56.6	47.6	43.4	51.9	595
LU	47.2	41.7	52.7	52.8	47.3	58.3	363
UR	48.7	39.9	57.4	51.3	42.6	60.1	154
SZ	54.7	48.7	60.7	45.3	39.3	51.3	303
OW	57.9	48.5	67.2	42.2	32.8	51.5	154
FR	48.9	43.3	54.5	51.1	45.4	56.7	368
BL	51.0	44.5	57.4	49.0	42.6	55.5	260
AR	48.3	40.8	55.8	51.7	44.2	59.2	198
SG	53.6	48.0	59.2	46.4	40.8	52.0	337
GR	51.0	45.0	56.9	49.1	43.1	55.0	314
AG	55.1	50.0	60.3	44.9	39.7	50.1	404
TG	52.1	46.7	57.5	47.9	42.5	53.3	362
TI	47.9	42.6	53.1	52.1	46.9	57.4	435
VD	54.0	49.5	58.5	46.0	41.5	50.5	564
VS	53.7	47.4	59.9	46.3	40.1	52.6	283
NE	52.2	44.6	59.8	47.8	40.2	55.5	192
GE	51.1	45.4	56.8	48.9	43.2	54.6	341
JU	55.1	46.4	63.7	45.0	36.3	53.6	156

\* dichter periurbaner Raum und ländliche Zentren

VI = Vertrauensintervall

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

T A4.7 Zufriedenheit mit der Arbeitssituation, Kanton UR und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2002-2017

	(sehr) gering			mittel			(sehr) hoch											
	UR		CH	UR		CH	UR		CH									
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe									
Total	3.0	0.9	5.0	10.7	10.0	11.4	16.2	11.1	21.3	16.9	16.1	17.8	72.4	71.4	73.4	271	11'372	
Geschlecht																		
Männer	3.3	0.1	6.6	11.2	10.2	12.3	23.0	14.4	31.5	17.5	16.3	18.7	73.7	64.9	82.5	134	5643	
Frauen	2.6	0.1	5.0	10.0	9.1	10.9	9.2	4.5	13.9	16.3	15.1	17.5	88.3	83.0	93.5	137	5729	
Altersgruppen																		
15-34 Jahre	3.3	0.0	7.0	13.3	11.9	14.7	21.5	10.9	32.0	19.7	18.1	21.3	75.3	64.5	86.1	85	3'457	
35-49 Jahre	2.5	0.0	6.0	10.4	9.2	11.5	18.3	9.8	26.8	16.9	15.5	18.3	79.3	70.3	88.3	86	4'030	
50-64 Jahre	3.1	0.0	6.6	7.8	6.8	8.8	8.2	2.2	14.3	13.7	12.4	14.9	88.7	81.9	95.5	100	3'885	
Bildung																		
Obligatorische Schule	3.1	0.0	6.1	15.8	13.4	18.3	2.1	0.0	6.2	17.5	15.1	19.8	97.9	93.9	100.0	42	1'424	
Sekundarstufe II	4.1	0.1	8.1	11.0	10.0	12.0	18.4	10.8	25.9	17.5	16.2	18.7	78.6	70.7	86.4	148	5'357	
Tertiärstufe				8.6	7.6	9.6	19.2	9.7	28.7	16.3	15.0	17.5	76.7	66.7	86.7	81	4'570	
Migrations- hintergrund				8.3	7.5	9.1	14.4	9.6	19.2	15.1	14.1	16.1	83.0	77.9	88.1	241	7'443	
Mit Migrationshintergrund	(4.5)	0.0	10.8	14.2	12.9	15.5	(25.1)	6.5	43.7	19.7	18.3	21.2	(70.4)	51.4	89.4	29	3'904	
Haushaltstyp				13.6	11.4	15.8	(24.5)	6.2	42.8	17.2	14.9	19.6	(65.3)	45.0	85.5	23	1'461	
Erpersonenhaushalt	1.4	0.0	4.1	9.6	8.3	10.9	16.0	4.6	27.5	16.4	14.7	18.1	82.6	70.9	94.3	52	2'867	
Paar ohne Kinder				9.8	8.8	10.7	16.4	9.6	23.2	16.5	15.4	17.6	81.0	73.9	88.0	171	5'867	
Paar mit Kind(ern)	2.6	0.0	5.2	12.4	9.6	15.2	(5.5)	0.0	16.0	19.3	16.1	22.5	(94.5)	84.1	100.0	16	768	
Urbanisierungsgrad				1.8	0.0	3.8	11.6	10.6	12.5	19.6	12.3	26.8	78.7	71.3	86.1	165	6'474	
Einelterhaushalt mit Kind(ern)	6.5	0.0	13.8	9.0	7.7	10.3	12.5	3.0	22.0	16.1	14.3	17.9	81.0	69.5	92.4	47	2'607	
Intermediär (dichter)	3.7	0.0	8.9	9.5	7.9	11.1	8.9	1.3	16.5	16.2	14.3	18.1	87.4	78.4	96.3	59	2'291	
Intermediär*				3.0	0.9	5.0	10.7	10.0	11.4	16.2	11.1	21.3	80.9	75.5	86.2	271	11'372	
Zeitlicher Vergleich				2.3	0.6	4.0	8.8	8.1	9.5	17.1	11.7	22.5	80.6	75.1	86.2	273	10'629	
2017	4.7	1.4	7.9	9.2	8.2	10.2	17.6	11.6	23.6	18.1	16.9	19.3	77.8	71.2	84.3	171	7'529	
2002				7.8	7.0	8.5				18.3	17.2	19.4					7'953	
1997																		
1992																		

Regionaler Vergleich	(sehr) gering		mittel		(sehr) hoch					
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)				
	Stichprobe	Stichprobe	Stichprobe	Stichprobe	Stichprobe	Stichprobe				
CH	10.7	10.0	11.4	16.9	16.1	17.8	72.4	71.4	73.4	11'372
Regionen										
Deutschschweiz	8.5	7.7	9.3	15.9	14.9	16.9	75.5	74.4	76.7	7'736
Französische Schweiz	16.8	15.3	18.4	20.3	18.6	22.0	62.9	60.9	64.9	2'888
Italienische Schweiz	12.5	9.9	15.2	15.6	12.6	18.5	71.9	68.3	75.5	748
Zentralschweiz	6.8	5.3	8.4	15.9	13.5	18.3	77.3	74.6	80.0	1'801
Kantone										
ZH	8.4	6.7	10.2	17.6	15.3	19.9	74.0	71.3	76.7	1'311
BE	8.9	6.8	11.0	15.0	12.6	17.4	76.1	73.1	79.0	962
LU	6.6	4.4	8.8	14.7	11.5	17.8	78.7	75.1	82.3	589
UR	3.0	0.9	5.0	16.2	11.1	21.3	80.9	75.5	86.2	271
SZ	8.0	5.6	10.4	18.4	14.7	22.1	73.6	69.5	77.7	545
OW	6.4	2.6	10.2	9.3	5.4	13.3	84.3	79.0	89.5	289
FR	14.7	11.5	18.0	17.2	13.8	20.7	68.0	63.8	72.2	579
BL	12.1	8.5	15.6	16.4	12.6	20.2	71.5	66.8	76.3	417
AR	3.8	1.6	5.9	15.9	11.6	20.2	80.4	75.8	84.9	369
SG	10.3	7.4	13.2	12.5	9.6	15.4	77.2	73.4	80.9	566
GR	5.8	3.5	8.0	12.1	9.2	15.0	82.1	78.6	85.7	527
AG	7.1	5.1	9.1	18.0	14.8	21.2	74.9	71.4	78.4	658
TG	6.1	4.1	8.0	15.7	12.5	18.9	78.3	74.7	81.9	594
TI	12.8	10.1	15.5	15.7	12.7	18.8	71.5	67.7	75.2	706
VD	16.3	13.6	19.1	20.6	17.7	23.5	63.1	59.6	66.6	890
VS	12.4	9.1	15.7	18.8	15.0	22.5	68.8	64.3	73.3	485
NE	14.0	9.8	18.1	19.0	14.4	23.7	67.0	61.4	72.6	318
GE	22.5	18.5	26.4	22.3	18.4	26.1	55.3	50.7	59.9	534
JU	11.0	7.0	15.0	23.5	17.9	29.2	65.5	59.3	71.7	270

\* dichter periurbaner Raum und ländliche Zentren

VI = Vertrauensintervall

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

T A5.1 Mittlere Anzahl Arztkonsultationen (letzte 12 Monate), Kanton UR und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2017

	Hausärztin/-arzt						Spezialärztin/-arzt						Frauenärztin/-arzt												
	UR		CH		UR		CH		UR		CH		UR		CH		UR								
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	Stichprobe	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	Stichprobe	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	Stichprobe	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	Stichprobe	VI (95%)	Stichprobe							
Total	2.2	1.9	2.6	2.3	2.0	2.2	493	21'160	1.0	0.7	1.2	1.5	1.5	1.6	497	21'180	0.7	0.5	0.8	1.1	1.0	1.1	271	11'155	
Geschlecht	1.9	1.5	2.3	2.1	2.0	2.2	226	10'035	0.9	0.6	1.3	1.4	1.3	1.5	226	10'037	0.7	0.5	0.8	1.1	1.0	1.1	271	11'155	
Frauen	2.5	2.0	3.1	2.4	2.3	2.5	267	11'125	1.0	0.7	1.4	1.7	1.6	1.8	271	11'143	0.9	0.7	1.2	1.7	1.5	1.8	60	2'840	
Altersgruppen	1.8	1.0	2.5	1.9	1.8	2.0	123	5'418	0.6	0.2	1.0	1.3	1.2	1.4	124	5'426	0.9	0.7	1.2	1.7	1.5	1.8	68	2'777	
15-34 Jahre	1.4	0.9	1.9	1.9	1.8	2.0	109	5'239	1.0	0.5	1.5	1.6	1.4	1.7	110	5'242	0.8	0.6	1.1	1.2	1.1	1.3	68	2'944	
35-49 Jahre	2.3	1.6	2.9	2.4	2.3	2.5	154	5'644	1.1	0.6	1.6	1.8	1.6	2.0	155	5'651	0.5	0.4	0.7	0.7	0.7	0.8	81	2'944	
50-64 Jahre	3.6	2.8	4.4	3.1	2.9	3.2	107	4'859	1.3	0.6	2.0	1.6	1.4	1.7	108	4'861	0.2	0.1	0.4	0.4	0.4	0.5	62	2'594	
65+ Jahre	2.7	1.9	3.5	2.9	2.7	3.1	117	4'033	0.7	0.2	1.1	1.4	1.2	1.6	118	4'048	0.4	0.2	0.6	0.7	0.7	0.8	77	2'372	
Obligatorische Schule	2.0	1.6	2.3	2.4	2.3	2.5	259	10'288	0.9	0.6	1.2	1.6	1.5	1.7	262	10'290	0.7	0.5	0.8	1.0	1.0	1.1	150	5'792	
Sekundarstufe II	2.4	1.5	3.2	1.7	1.7	1.8	116	6'782	1.4	0.8	2.1	1.6	1.4	1.7	116	6'785	0.8	0.6	1.1	1.3	1.2	1.5	44	2'954	
Tertiärstufe	2.1	1.8	2.5	2.2	2.1	2.3	441	13'931	0.9	0.6	1.1	1.6	1.5	1.7	444	13'941	0.6	0.5	0.8	1.0	0.9	1.0	246	7'412	
Ohne Migrationshintergrund	2.6	1.2	4.1	2.4	2.3	2.5	51	7'166	1.7	0.7	2.7	1.5	1.4	1.6	52	7'177	(0.7)	0.5	1.0	1.2	1.1	1.3	24	3'709	
Mit Migrationshintergrund	3.0	1.8	4.3	2.8	2.6	3.0	60	3'557	2.0	0.8	3.2	2.0	1.8	2.2	62	3'565	0.4	0.2	0.6	0.7	0.6	0.7	43	2'143	
Haushaltstyp	2.8	2.0	3.5	2.4	2.3	2.5	162	6'915	0.7	0.5	1.0	1.5	1.4	1.6	163	6'919	0.6	0.4	0.8	1.0	0.9	1.1	93	3'479	
Paar ohne Kinder	1.6	1.3	2.0	1.8	1.8	1.9	236	8'666	0.9	0.6	1.3	1.2	1.1	1.3	236	8'671	0.8	0.6	1.0	1.4	1.3	1.5	115	4'336	
Paar mit Kind(ern)	(2.6)	0.7	4.5	2.4	2.2	2.6	22	1'344	(0.5)	-0.1	1.0	2.1	1.7	2.5	23	1'346	(0.6)	0.2	1.0	1.0	0.9	1.2	16	877	
Einelternhaushalt mit Kind(ern)	2.5	2.0	3.0	2.3	2.2	2.4	287	12'402	1.1	0.8	1.4	1.6	1.5	1.7	290	12'419	0.7	0.6	0.9	1.1	1.0	1.2	165	6'580	
Städtisch	1.8	1.1	2.5	2.3	2.1	2.4	86	4'714	1.1	0.2	2.0	1.4	1.3	1.5	86	4'715	0.6	0.3	0.8	1.0	0.9	1.2	46	2'404	
Intermediär*	1.9	1.3	2.5	2.2	2.1	2.4	120	4'044	0.6	0.4	0.9	1.4	1.2	1.6	121	4'046	0.4	0.2	0.6	0.9	0.8	1.0	60	2'171	
Ländlich	2.2	1.9	2.6	2.3	2.2	2.3	493	21'160	1.0	0.7	1.2	1.5	1.5	1.6	497	21'180	0.7	0.5	0.8	1.1	1.0	1.1	271	11'155	
Zeitlicher Vergleich	2.3	1.9	2.7	2.4	2.3	2.5	501	20'807	0.6	0.4	0.8	1.3	1.3	1.4	501	20'826	0.6	0.4	0.8	0.9	0.9	1.0	258	10'945	
2012																									
2007																									
2002																									
1997																									
1992																									

	Hausärztin/-arzt			Spezialärztin/-arzt			Frauenärztin/-arzt					
	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe			
	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe			
CH	2.3	2.2	2.3	1.5	1.5	1.6	21'180	1.1	1.0	1.1	11'155	
Deutschschweiz	2.3	2.2	2.4	1.5	1.4	1.6	14'012	1.0	0.9	1.1	7'297	
Französische Schweiz	2.2	2.1	2.3	1.8	1.7	2.0	5'616	1.2	1.1	1.3	3'038	
Zentralschweiz	2.3	2.1	2.5	3'127	1.3	1.0	1.5	3'195	0.9	0.8	1.0	1'610
Italienische Schweiz	2.4	2.2	2.6	1'553	1.4	1.2	1.6	820	1.2	0.8	1.6	820
Kantone	2.1	2.0	2.3	2'324	1.6	1.4	1.9	2'322	1.0	0.9	1.1	1'213
BE	2.3	2.1	2.5	1'741	1.4	1.2	1.6	1'741	1.1	0.9	1.3	943
LU	2.2	2.0	2.5	1'016	1.2	1.0	1.4	1'018	0.9	0.7	1.0	523
UR	2.2	1.9	2.6	493	1.0	0.7	1.2	497	0.7	0.5	0.8	271
SZ	2.3	2.0	2.6	961	1.3	1.1	1.6	963	1.1	0.9	1.3	474
OW	2.3	1.7	3.0	455	0.9	0.7	1.1	455	0.7	0.6	0.9	238
FR	2.0	1.8	2.2	1'024	1.3	1.1	1.5	1'025	1.2	1.0	1.3	549
BL	2.5	2.1	2.9	854	1.7	1.4	2.1	854	1.1	0.9	1.4	468
AR	2.2	2.0	2.5	678	1.3	1.1	1.6	678	0.9	0.7	1.1	336
SG	2.8	2.4	3.1	1'044	1.7	1.3	2.1	1'044	1.0	0.7	1.2	524
GR	2.3	2.1	2.6	966	1.0	0.8	1.2	967	0.8	0.7	0.9	509
AG	2.2	2.0	2.4	1'218	1.5	1.2	1.7	1'225	1.0	0.8	1.2	631
TG	2.5	2.2	2.8	1'029	1.5	1.2	1.7	1'028	1.2	0.9	1.4	522
TI	2.5	2.3	2.7	1'472	1.4	1.2	1.6	1'471	1.2	0.8	1.6	785
VD	2.0	1.8	2.2	1'689	1.6	1.4	1.8	1'688	1.2	1.1	1.4	896
VS	2.2	2.0	2.4	979	1.4	1.2	1.6	982	1.0	0.9	1.2	519
NE	2.4	2.0	2.8	610	1.9	1.5	2.4	609	1.2	0.8	1.5	333
GE	2.3	2.0	2.5	1'158	2.6	2.1	3.1	1'162	1.2	1.0	1.4	650

\* dichter peripherer Raum und ländliche Zentren

VI = Vertrauensintervall

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

T A5.2 Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (letzte 12 Monate), Kanton UR und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2017

	Blutdruck						Cholesterin						Blutzucker										
	UR		CH		UR		CH		UR		CH		UR		CH		UR		CH				
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	CH	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	UR	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	CH	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	UR	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	CH	
Total	74.8	70.7	78.9	78.3	77.6	79.0	483	20715	45.8	40.7	50.8	52.4	51.5	53.2	52.4	47.4	57.4	58.4	57.6	59.3	431	18829	
Geschlecht																							
Männer	66.7	60.1	73.4	73.3	72.2	74.3	216	9749	45.2	37.7	52.7	51.0	49.7	52.2	48.0	40.5	55.4	55.7	54.5	57.0	192	8876	
Frauen	81.8	76.9	86.7	83.2	82.4	84.0	267	10966	46.3	39.4	53.1	53.8	52.7	55.0	56.2	49.5	62.9	61.1	59.9	62.2	239	9953	
Altersgruppen																							
15-34 Jahre	66.3	57.0	75.7	71.0	69.6	72.5	113	5148	29.3	19.4	39.1	36.7	35.0	38.4	37.5	27.5	47.5	46.0	44.2	47.7	98	4494	
35-49 Jahre	63.4	53.8	73.0	70.3	68.8	71.8	109	5133	32.8	22.5	43.2	42.0	40.3	43.7	40.1	29.5	50.7	47.9	46.2	49.6	95	4593	
50-64 Jahre	80.3	73.8	86.8	82.4	81.2	83.6	153	5583	49.0	40.3	57.7	58.8	57.2	60.3	57.4	48.7	66.1	62.7	61.2	64.3	138	5213	
65+ Jahre	90.4	85.0	95.8	93.0	92.2	93.8	108	4851	71.0	61.8	80.1	75.6	74.1	77.0	76.1	67.5	84.7	81.3	80.0	82.6	100	4529	
Bildung																							
Obligatorische Schule	76.2	68.0	84.4	80.3	78.8	81.7	110	3861	56.2	46.0	66.5	58.7	56.7	60.6	65.0	55.6	74.4	63.5	61.7	65.4	104	3540	
Sekundarstufe II	76.8	71.3	82.2	79.7	78.8	80.7	259	10124	41.4	34.6	48.2	53.9	52.7	55.1	48.3	41.4	55.2	60.2	59.0	61.4	224	9210	
Tertiärstufe	69.4	60.2	78.5	75.4	74.2	76.7	114	6678	46.0	35.6	56.5	47.2	45.7	48.7	49.8	39.5	60.1	53.3	51.8	54.8	103	6035	
Migrationshintergrund																							
Ohne Migrationshintergrund	74.6	70.3	78.9	78.0	77.2	78.9	430	13664	46.4	41.1	51.7	51.0	49.9	52.1	54.1	48.9	59.3	57.7	56.7	58.8	382	12224	
Mit Migrationshintergrund	75.6	62.4	88.9	78.8	77.6	79.9	52	6995	41.2	25.7	56.8	54.6	53.2	56.1	42.2	27.2	57.3	59.5	58.1	60.9	48	6554	
Haushaltstyp																							
Einpersonenhaushalt	77.3	66.3	88.3	81.1	79.4	82.7	62	3520	47.1	33.2	61.0	59.8	57.8	61.8	59.9	45.7	74.0	66.6	64.6	68.6	55	3193	
Paar ohne Kinder	85.2	79.2	91.2	85.0	84.0	86.1	161	6861	59.0	50.6	67.5	60.0	58.5	61.5	66.8	59.0	74.7	65.5	64.1	67.0	151	6344	
Paar mit Kind(ern)	67.6	61.2	74.0	72.2	71.1	73.4	226	8386	36.6	29.4	43.8	43.4	42.1	44.7	42.4	35.3	49.6	49.7	48.4	51.0	197	7551	
Einelterhaushalt mit Kind(ern)	(83.3)	68.2	98.5	75.0	72.3	77.7	22	1292	(37.9)	13.2	62.6	46.5	43.2	49.9	15	1153	(34.3)	13.1	55.6	51.7	19	1167	
Urbanisierungsgrad																							
Städtisch	74.8	69.4	80.3	78.6	77.7	79.5	283	12148	43.0	36.3	49.7	53.5	52.4	54.6	48.7	42.2	55.2	59.0	57.9	60.1	255	11118	
Intermediär*	69.1	58.8	79.4	78.0	76.6	79.5	86	4607	44.5	33.1	55.8	51.3	49.5	53.2	51.0	39.6	62.4	58.4	56.6	60.2	80	4205	
Ländlich	78.7	70.9	86.5	77.6	76.0	79.2	114	3960	53.3	43.0	63.7	49.6	47.6	51.6	63.3	53.2	73.4	56.1	54.1	58.1	96	3506	
Zeitlicher Vergleich																							
2017	74.8	70.7	78.9	78.3	77.6	79.0	483	20715	45.8	40.7	50.8	52.4	51.5	53.2	52.4	47.4	57.4	58.4	57.6	59.3	431	18829	
2012	66.1	61.3	70.9	74.9	74.2	75.7	499	20718	35.8	31.1	40.4	44.5	43.7	45.4	42.8	37.9	47.7	49.1	48.3	50.0	482	20135	
2007	68.8	63.7	73.8	75.8	75.0	76.6	440	17638	37.6	32.3	42.8	46.1	45.1	47.0	45.3	39.9	50.7	50.9	50.0	51.9	419	16817	
2002																							
1997																							
1992																							

Regionaler Vergleich	Blutdruck			Cholesterin			Blutzucker		
	Anteil in %	VI	Stichprobe	Anteil in %	VI	Stichprobe	Anteil in %	VI	Stichprobe
CH	78.3	77.6	79.0	52.4	51.5	53.2	58.4	57.6	59.3
Deutschschweiz	79.1	78.3	80.0	51.9	50.8	53.0	59.6	58.5	60.6
Französische Schweiz	75.2	73.9	76.5	54.8	51.9	50.4	53.4	52.5	55.6
Italienische Schweiz	82.5	80.4	84.7	1547	61.4	58.6	64.1	61.4	66.8
Zentralschweiz	78.4	76.5	80.3	3052	50.2	47.7	52.8	56.2	53.6
Kantone									
ZH	78.2	76.3	80.1	2268	50.4	48.0	52.9	57.5	62.3
BE	79.3	77.2	81.4	1703	51.8	49.1	54.5	56.6	61.8
LU	77.9	75.1	80.7	992	49.1	45.5	52.6	56.0	52.5
UR	74.8	70.7	78.9	483	45.8	40.7	50.8	52.4	47.4
SZ	78.3	75.5	81.2	936	52.4	48.8	56.0	59.0	55.4
OW	72.0	67.4	76.6	448	42.0	36.5	47.5	53.1	47.6
FR	75.6	72.7	78.4	1006	51.9	48.5	55.3	55.9	52.5
BL	81.3	78.4	84.1	840	57.1	53.4	60.8	63.7	60.1
AR	74.7	71.1	78.3	662	49.3	45.1	53.6	57.1	52.8
SG	78.6	75.9	81.4	1018	50.6	47.1	54.0	59.1	55.7
GR	77.5	74.6	80.4	942	54.2	50.6	57.8	60.3	56.8
AG	78.8	76.2	81.4	1202	51.9	48.7	55.1	60.6	55.4
TG	78.5	75.8	81.2	1008	51.6	48.1	55.1	60.6	55.4
TI	82.5	80.3	84.7	1467	61.2	58.4	64.0	64.2	66.7
VD	74.1	71.8	76.4	1651	49.7	47.1	52.4	50.9	48.2
VS	77.2	74.3	80.1	958	53.3	49.8	56.7	61.3	59.1
NE	75.3	71.5	79.1	593	51.6	47.2	56.0	55.1	50.6
GE	76.5	73.8	79.2	1134	55.6	52.5	58.8	58.1	55.0
JU	75.6	71.6	79.7	485	51.0	46.2	55.8	52.1	61.9

\* dichter peripherer Raum und ländliche Zentren  
VI = Vertrauensintervall

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGE)

© Obsan 2020





T A5.4 Darmkrebsvorsorgeuntersuchungen (letzte 12 Monate; Personen 50+ Jahre), Kanton UR und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2017

	Stuhltest				Darmspiegelung								
	UR		CH		UR		CH						
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	Stichprobe	Anteil	VI (95%)	Anteil	VI (95%)					
Total	6.5	3.6	9.4	6.8	10'360	6.3	3.3	9.2	9.1	8.5	9.8	264	10'499
Geschlecht													
Männer	5.6	1.5	9.6	7.4	4'906	8.3	3.2	13.4	9.8	8.8	10.7	120	4'974
Frauen	7.3	3.3	11.3	6.2	5'454	4.5	1.2	7.8	8.5	7.6	9.4	144	5'525
Altersgruppen													
50-64 Jahre	9.0	4.7	13.3	5.8	5'582	6.5	2.4	10.5	8.6	7.8	9.5	156	5'657
65+ Jahre	2.6	0.0	5.5	7.9	4'778	6.0	1.7	10.3	9.7	8.7	10.7	108	4'842
Bildung													
Obligatorische Schule	3.4	0.0	7.3	7.3	1'838	6.2	0.9	11.5	9.2	7.5	10.9	76	1'858
Sekundarstufe II	7.5	3.2	11.8	6.4	5'448	4.8	0.8	8.8	8.9	8.0	9.8	132	5'521
Tertiärstufe	8.1	1.2	15.0	7.1	3'046	9.7	2.2	17.1	9.4	8.3	10.6	56	3'091
Migrations- hintergrund													
Ohne Migrationshintergrund	6.2	3.3	9.1	6.3	7'540	6.8	3.6	10.1	9.3	8.5	10.1	246	7'639
Mit Migrationshintergrund	(9.4)	0.0	22.1	7.7	2'791				8.6	7.4	9.8	18	2'831
Haushaltstyp													
Eiersonenhaushalt	7.3	3.1	11.4	7.7	2'417	7.3	2.8	11.9	9.7	8.8	10.5	46	2'454
Paar ohne Kinder	9.8	2.9	16.6	5.0	2'135	7.0	1.1	12.9	8.5	7.1	9.9	70	2'167
Paar mit Kind(ern)				4.8	6				4.8	2.6	7.0	6	411
Eiersonenhaushalt mit Kind(ern)													
Urbanisierungsgrad													
Städtisch	8.0	3.6	12.4	7.0	5'948	4.8	1.3	8.3	9.4	8.5	10.3	136	6'028
Intermediär*	10.1	1.6	18.7	6.2	2'321	9.9	0.2	19.5	7.8	6.6	9.1	48	2'356
Ländlich	2.1	0.0	4.9	6.8	2'091	6.6	1.4	11.7	9.8	8.2	11.3	80	2'115
Zeitlicher Vergleich													
2017	6.5	3.6	9.4	6.8	2'361	6.3	3.3	9.2	9.1	8.5	9.8	264	10'499
2012	1.9	0.2	3.5	6.6	211	5.0	1.8	8.2	6.7	6.0	7.3	214	9'661
2007	7.6	4.1	11.1	10.7	211	8.1	4.2	11.9	5.8	5.2	6.5	212	8'573
2002													
1997													
1992													

Regionaler Vergleich	Stuhltest		Darmspiegelung					
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)				
	Stichprobe	Stichprobe	Stichprobe	Stichprobe				
CH	6.8	6.2	7.3	10'360	9.1	8.5	9.8	10'499
Deutschschweiz	6.3	5.6	7.0	7'010	9.4	8.6	10.3	7'094
Französische Schweiz	7.3	6.1	8.4	2'554	7.6	6.5	8.7	2'599
Italienische Schweiz	11.4	9.2	13.7	796	11.2	8.9	13.4	806
Zentralschweiz	5.5	4.0	7.0	1'536	8.2	6.4	9.9	1'552
Kantone								
ZH	5.6	4.1	7.1	10'76	11.8	9.7	14.0	10'95
BE	7.6	5.7	9.5	922	10.1	8.1	12.1	928
LU	4.1	2.3	6.0	492	8.5	6.1	11.0	497
UR	6.5	3.6	9.4	261	6.3	3.3	9.2	264
SZ	7.1	4.6	9.6	451	7.9	5.4	10.4	457
OW	3.6	0.8	6.5	226	8.2	4.7	11.8	227
FR	7.4	4.9	9.8	459	6.8	4.5	9.1	470
BL	8.0	5.6	10.5	470	9.0	6.4	11.5	473
AR	3.8	1.9	5.7	376	6.4	3.9	9.0	384
SG	5.8	3.6	8.0	520	7.1	4.8	9.4	523
GR	7.9	5.5	10.3	519	8.8	6.2	11.4	527
AG	6.2	4.2	8.2	591	8.9	6.5	11.3	596
TG	8.1	5.6	10.5	514	8.4	6.0	10.8	516
TI	11.8	9.4	14.2	746	11.2	8.8	13.5	755
VD	7.7	5.6	9.8	726	6.3	4.6	8.0	744
VS	7.2	4.7	9.7	493	10.2	7.5	13.0	495
NE	7.2	4.0	10.4	300	6.9	3.8	10.1	304
GE	5.0	3.0	7.1	497	9.3	6.6	12.0	512
JU	8.0	4.7	11.3	257	6.9	3.8	9.9	258

\* dichter periurbaner Raum und ländliche Zentren

VI = Vertrauensintervall

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

T A5.5 Grippeimpfung und komplementärmedizinische Leistungen (letzte 12 Monate), Kanton UR und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2017

	Grippeimpfung						Komplementärmedizinische Leistungen									
	UR		CH		UR		CH		UR		CH					
	Anteil	VI (95%)	Anteil	VI (95%)	Stichprobe	Stichprobe	Anteil	VI (95%)	Anteil	VI (95%)	Stichprobe	Stichprobe				
Total	11.6	8.5	14.7	13.8	14.4	434	18'750	28.9	24.5	33.4	27.9	28.7	434	18'699		
Geschlecht																
Männer	11.1	6.5	15.6	13.2	14.0	198	8'776	17.3	11.8	22.7	19.7	20.7	199	8'771		
Frauen	12.1	7.9	16.3	14.4	13.6	236	9'974	39.4	32.7	46.1	36.0	34.8	235	9'928		
Altersgruppen																
15-34 Jahre	5.1	1.0	9.1	6.2	5.4	101	4'590	25.0	16.5	33.5	26.7	25.2	104	4'611		
35-49 Jahre	2.5	0.0	5.4	6.6	5.8	94	4'570	38.8	28.0	49.6	34.2	32.6	94	4'564		
50-64 Jahre	7.9	3.1	12.8	11.4	10.4	143	5'137	30.8	23.0	38.6	29.0	27.5	140	5'117		
65+ Jahre	36.6	26.5	46.8	35.9	34.2	96	4'453	20.7	12.3	29.0	20.6	19.2	96	4'407		
Bildung																
Obligatorische Schule	21.5	12.6	30.5	14.5	13.1	95	3'290	22.5	14.1	30.8	19.3	17.8	97	3'281		
Sekundarstufe II	9.2	5.6	12.8	13.5	12.7	227	9'145	32.9	26.5	39.3	27.4	26.3	225	9'111		
Tertiärstufe	8.6	3.0	14.1	13.7	12.7	112	6'272	26.4	17.6	35.2	32.9	31.5	112	6'265		
Migrations- hintergrund																
Mit Migrationshintergrund	11.5	8.3	14.7	14.6	13.9	391	12'733	31.5	26.8	36.3	30.4	29.4	392	12'703		
Haushaltstyp																
Einpersonenhaushalt	22.4	10.9	33.9	19.6	18.0	21.2	57	3'154	31.7	18.8	44.6	28.5	26.6	30.3	3'134	
Paar ohne Kinder	16.0	10.0	22.0	18.8	17.7	19.9	146	6'379	26.2	18.8	33.5	26.1	24.8	145	6'353	
Paar mit Kind(ern)	5.8	2.7	8.9	7.8	7.1	8.5	201	7'521	30.7	24.0	37.3	28.6	27.4	29.8	203	7'517
Einellerhaushalt mit Kind(ern)	(10.4)	0.0	24.2	8.5	6.5	10.4	18	1'122	(27.0)	6.3	47.8	34.0	30.7	37.2	19	1'120
Urbanisierungsgrad																
Städtisch	12.3	8.2	16.4	15.3	14.5	16.0	257	10'921	28.0	22.3	33.8	27.2	26.2	28.1	256	10'875
Intermediär*	9.3	3.1	15.5	11.7	10.5	12.9	76	4'200	24.1	14.5	33.8	28.7	27.1	30.4	76	4'200
Ländlich	11.4	4.7	18.2	10.9	9.7	12.2	101	3'629	34.6	24.9	44.3	29.8	28.0	31.5	102	3'624
Zeitlicher Vergleich																
2017	11.6	8.5	14.7	13.8	13.2	14.4	434	18'750	28.9	24.5	33.4	27.9	27.1	28.7	434	18'699
2012	8.8	6.1	11.4	14.3	13.7	15.0	437	18'052	27.1	22.4	31.8	24.1	23.3	24.8	436	18'072
2007									23.4	18.1	28.8	23.0	22.1	23.9	322	13'154
2002																
1997																
1992																

Regionaler Vergleich	Grippeimpfung			Komplementärmedizinische Leistungen				
	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe		
CH	13.8	13.2	14.4	18'750	27.9	27.1	28.7	18'699
Regionen								
Deutschschweiz	13.4	12.7	14.1	12'416	25.3	24.3	26.2	12'397
Französische Schweiz	14.8	13.8	15.9	4'927	36.7	35.2	38.2	4'902
Italienische Schweiz	14.1	12.2	16.0	1'407	22.2	19.8	24.5	1'400
Zentralschweiz	10.0	8.5	11.5	2'786	24.7	22.6	26.8	2'784
Kantone								
ZH	15.5	13.8	17.2	2'049	24.9	22.8	27.0	2'043
BE	12.9	11.2	14.6	1'560	27.4	25.1	29.8	1'559
LU	9.2	7.4	11.1	904	25.9	22.9	28.8	901
UR	11.6	8.5	14.7	434	28.9	24.5	33.4	434
SZ	11.1	8.9	13.3	856	22.7	19.8	25.6	856
OW	7.3	4.7	9.8	415	30.3	25.2	35.4	417
FR	14.2	11.8	16.7	907	35.4	32.0	38.8	904
BL	17.0	14.4	19.7	751	28.8	25.3	32.2	747
AR	12.5	9.8	15.2	609	27.3	23.6	31.0	610
SG	11.8	9.7	14.0	913	25.1	22.1	28.0	911
GR	11.0	8.9	13.1	866	23.1	20.1	26.0	864
AG	12.6	10.5	14.6	1'077	23.6	21.0	26.3	1'079
TG	9.9	8.0	11.9	921	25.9	22.9	28.9	922
TI	14.5	12.5	16.5	1'332	22.7	20.2	25.1	1'325
VD	15.2	13.3	17.1	1'482	38.3	35.6	41.0	1'478
VS	14.1	11.7	16.4	870	33.4	30.1	36.7	865
NE	13.2	10.4	16.1	542	37.6	33.3	42.0	541
GE	16.5	14.1	18.9	980	34.3	31.1	37.5	969
JU	13.2	9.8	16.6	449	38.9	34.1	43.7	446

\* dichter peripherer Raum und ländliche Zentren  
 VI = Vertrauensintervall  
 Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

T A5.6 Ambulante und stationäre Spitalleistungen (letzte 12 Monate), Kanton UR und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2017

	Ambulante Spitalbehandlungen (inkl. Notfall)						Stationäre Spitalbehandlungen									
	UR		CH		UR		CH		UR		CH					
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Stichprobe				
Total	29.2	25.1	33.4	32.1	33.6	496	21'193	8.0	5.5	10.4	12.0	11.5	12.5	511	22'115	
Geschlecht																
Männer	30.3	24.1	35.6	31.4	32.5	224	10'041	6.4	3.4	9.4	10.6	9.9	11.3	234	10'456	
Frauen	28.2	22.7	33.8	34.3	35.4	272	11'152	9.3	5.6	13.0	13.4	12.7	14.2	277	11'659	
Altersgruppen																
15-34 Jahre	26.8	18.6	35.0	34.9	36.4	123	5'430	6.8	1.6	11.9	9.5	8.6	10.4	130	5'636	
35-49 Jahre	21.6	14.1	29.2	29.4	30.9	110	5'246	3.9	0.5	7.4	9.1	8.2	10.0	110	5'481	
50-64 Jahre	31.3	23.6	39.0	33.6	32.2	35.1	155	5'655	5.1	1.8	8.4	12.1	11.1	158	5'886	
65+ Jahre	38.1	28.6	47.6	33.4	31.8	34.9	108	4'862	18.2	11.1	25.3	18.9	17.6	20.1	113	5'112
Bildung																
Obligatorische Schule	28.4	20.1	36.6	35.9	34.1	37.6	118	4'045	7.4	3.0	11.9	13.9	12.7	15.1	125	4'508
Sekundarstufe II	27.0	21.4	32.6	33.1	32.0	34.2	260	10'300	5.9	3.1	8.6	12.2	11.5	12.9	266	10'624
Tertiärstufe	34.7	25.6	43.8	31.1	29.8	32.4	117	6'791	12.7	6.2	19.3	10.7	9.8	11.6	119	6'900
Migrations- hintergrund																
Ohne Migrationshintergrund	28.9	24.6	33.3	32.0	31.0	32.9	444	13'943	7.0	4.7	9.3	11.6	10.9	12.2	445	13'965
Mit Migrationshintergrund	30.1	16.9	43.3	34.4	33.1	35.7	51	7'187	9.7	1.1	18.3	12.0	11.1	12.9	52	7'193
Haushaltstyp																
Empersonenhaushalt	28.5	16.4	40.6	33.6	35.5	62	3'564	9.7	2.7	16.6	14.7	13.4	16.1	63	3'633	
Paar ohne Kinder	33.1	25.6	40.7	33.5	32.2	34.9	164	6'927	11.7	6.6	16.8	12.8	11.9	13.7	168	7'184
Paar mit Kind(ern)	27.1	21.3	32.8	31.5	30.4	32.7	235	8'675	5.0	2.0	7.9	10.3	9.6	11.1	244	9'143
Einelterhaushalt mit Kind(ern)	(31.2)	11.8	50.5	35.4	32.4	38.4	23	1'349	(12.3)	0.0	25.5	12.1	10.1	14.2	23	1'396
Urbanisierungsgrad																
Städtisch	28.7	23.3	34.1	33.6	34.5	290	12'423	8.0	4.7	11.3	12.1	11.5	12.8	301	13'054	
Intermediär*	30.8	20.9	40.7	31.8	30.2	86	4'717	7.2	2.0	12.4	11.6	10.5	12.6	88	4'899	
Ländlich	29.4	20.7	38.1	31.6	29.8	33.3	120	4'053	8.2	3.5	13.0	12.1	10.9	13.3	122	4'162
Zeitlicher Vergleich																
2017	29.2	25.1	33.4	32.9	33.6	496	21'193	8.0	5.5	10.4	12.0	11.5	12.5	511	22'115	
2012	11.5	8.7	14.2	17.4	18.1	514	21'591	8.7	6.1	11.3	11.7	11.1	12.3	514	21'585	
2007	10.5	7.7	13.4	16.2	16.9	463	18'758	9.6	6.8	12.4	11.5	10.9	12.0	462	18'745	
2002																
1997																
1992																

Regionaler Vergleich	Ambulante Spitalbehandlungen (inkl. Notfall)				Stationäre Spitalbehandlungen			
	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Stichprobe
CH	32.9	32.1	33.6	21'193.0	12.0	11.5	12.5	22'115
Regionen								
Deutschschweiz	31.6	30.7	32.5	140'210	12.4	11.8	13.1	14'670
Französische Schweiz	36.1	34.7	37.5	561'800	10.7	9.8	11.6	5'843
Italienische Schweiz	35.5	32.9	38.1	155'400	12.2	10.5	14.0	1'602
Zentralschweiz	30.3	28.2	32.5	31'350	10.3	8.9	11.7	3'257
Kantone								
ZH	31.5	29.4	33.7	232'600	12.2	10.7	13.7	2'453
BE	31.3	29.0	33.6	174'000	12.5	10.9	14.1	1'817
LU	31.0	28.0	34.0	101'700	9.7	7.9	11.6	1'055
UR	29.2	25.1	33.4	496.0	8.0	5.5	10.4	511
SZ	27.8	24.8	30.7	96'400	11.4	9.3	13.4	1'002
OW	36.5	31.6	41.4	457.0	11.2	7.8	14.5	478
FR	35.2	32.1	38.4	102'400	11.4	9.4	13.5	1'055
BL	34.4	31.0	37.7	85'400	12.4	10.2	14.6	888
AR	29.8	26.2	33.5	68'000	14.0	11.3	16.7	699
SG	28.3	25.5	31.2	104'500	13.7	11.6	15.8	1'108
GR	29.9	26.9	32.9	96'700	13.0	10.8	15.2	995
AG	34.2	31.3	37.0	122'000	13.5	11.6	15.5	1'309
TG	28.7	25.8	31.5	103'300	13.5	11.3	15.6	1'077
TI	35.4	32.8	38.1	147'300	12.2	10.4	14.0	1'518
VD	36.6	34.1	39.0	169'200	10.0	8.4	11.6	1'768
VS	30.7	27.7	33.8	98'000	10.6	8.7	12.6	1'021
NE	35.2	31.1	39.2	60'800	10.2	7.7	12.7	632
GE	39.8	36.8	42.8	116'400	11.5	9.6	13.4	1'213
JU	34.1	29.7	38.6	498.0	10.2	7.4	13.1	514

\* dichter perurbaner Raum und ländliche Zentren

VI = Vertrauensintervall

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

T A5.7 Bezug von Spitex-Hilfe und informeller Hilfe (letzte 12 Monate), Kanton UR und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2017

	Spitex-Hilfe						Informelle Hilfe							
	UR		CH		UR		CH		UR		CH			
	Anteil in %	VI (95%)	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe			
Total	1.4	0.4	2.4	2.6	3.1	511	13.1	9.9	16.4	12.6	12.1	13.1	511	22'131
Geschlecht														
Männer	0.8	0.0	1.9	1.8	2.1	234	10'463	12.2	7.5	16.8	10.1	9.3	10.8	234
Frauen	2.0	0.4	3.7	3.8	4.2	277	11'668	14.0	9.4	18.6	15.1	14.3	15.8	277
Altersgruppen														
15-64 Jahre	0.8	0.0	1.6	1.5	1.3	398	17'019	12.2	8.5	15.9	11.9	11.3	12.5	398
65-79 Jahre				4.7	3.9	54	4'017	13.9	6.8	21.0	12.7	11.4	13.9	91
80+ Jahre	(20.3)	2.7	38.0	17.7	15.2	20.3	22	1'095	(29.2)	9.7	48.7	23.8	20.9	22
Bildung														
Obligatorische Schule	1.6	0.0	3.8	4.1	3.4	4.7	125	4'517	9.3	4.3	14.4	15.4	14.1	16.6
Sekundarstufe II	1.4	0.0	2.8	2.8	2.4	3.2	266	10'627	11.1	6.9	15.3	12.2	11.5	13.0
Tertiärstufe	1.3	0.0	3.2	2.0	1.6	2.5	119	6'902	20.8	12.6	28.9	11.5	10.6	12.4
Migrations- hintergrund														
Ohne Migrationshintergrund	1.2	0.2	2.2	2.8	2.5	3.1	445	13'960	11.1	7.9	14.3	11.6	11.0	12.3
Mit Migrationshintergrund	3.1	0.0	7.3	2.3	1.9	2.7	52	7'200	22.8	10.3	35.3	12.2	11.3	13.1
Haushaltstyp														
Paar ohne Kinder	2.7	0.0	6.3	6.9	6.0	7.9	63	3'633	28.1	16.0	40.3	14.3	12.9	15.7
Paar mit Kind(ern)	1.3	0.0	3.1	2.4	2.0	2.8	168	7'190	13.9	8.1	19.7	13.1	12.1	14.0
Einelterhaushalt mit	1.0	0.0	2.2	1.2	0.9	1.4	244	9'148	8.8	4.9	12.7	11.0	10.3	11.7
Einelterhaushalt mit Kind(ern)	(3.5)	0.0	10.2	2.8	1.8	3.9	23	1'398	(11.2)	0.0	23.4	13.9	11.7	16.1
Urbanisierungsgrad														
Städtisch	2.1	0.6	3.7	2.9	2.6	3.2	301	13'066	14.2	9.7	18.7	13.0	12.3	13.6
Intermediär*				2.6	2.1	3.2	88	4'900	9.7	3.6	15.8	12.2	11.1	13.3
Ländlich	0.7	0.0	2.0	2.5	2.0	3.1	122	4'165	12.9	6.2	19.5	11.6	10.4	12.8
Zeitlicher Vergleich														
2017	1.4	0.4	2.4	2.8	2.6	3.1	511	22'131	13.1	9.9	16.4	12.6	12.1	13.1
2012	3.3	1.5	5.1	2.8	2.5	3.0	514	21'595	12.9	9.4	16.3	13.9	13.3	14.5
2007	2.1	0.8	3.5	2.5	2.3	2.8	463	18'751						514
2002														21'591
1997														
1992														

Regionaler Vergleich	Spitex-Hilfe			Informelle Hilfe		
	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe	Anteil in %	VI (95%)	Stichprobe
CH	2.8	2.6	3.1	12.6	12.1	13.1
Deutschschweiz	2.4	2.1	2.7	14'682	12.8	12.2
Französische Schweiz	3.8	3.2	4.3	5'847	11.5	10.6
Italienische Schweiz	4.0	2.9	5.0	1'602	14.6	12.8
Zentralschweiz	1.8	1.2	2.3	3'260	12.4	10.8
Kantone						
ZH	2.3	1.7	3.0	2'457	13.7	12.2
BE	2.3	1.6	3.0	1'819	12.5	10.9
LU	1.6	0.9	2.3	1'057	12.0	9.9
UR	1.4	0.4	2.4	511	13.1	9.9
SZ	2.4	1.5	3.4	1'002	11.5	9.5
OW	0.9	0.1	1.6	478	12.0	8.7
FR	3.2	2.1	4.4	1'055	11.8	9.7
BL	2.5	1.4	3.5	888	12.7	10.4
AR	3.1	1.9	4.4	700	12.3	9.7
SG	2.3	1.4	3.2	1'109	12.9	10.9
GR	2.5	1.5	3.5	996	9.1	7.3
AG	3.0	2.0	3.9	1'310	13.2	11.3
TG	2.3	1.4	3.2	1'077	11.4	9.4
TI	3.8	2.8	4.9	1'518	14.8	12.9
VD	4.0	3.0	5.0	1'768	11.6	10.0
VS	2.5	1.5	3.5	1'021	10.3	8.3
NE	4.5	2.7	6.2	633	13.6	10.8
GE	3.9	2.7	5.1	1'214	10.8	8.9
JU	5.5	3.4	7.6	515	12.5	9.3

\* dichter periurbaner Raum und ländliche Zentren  
 VI = Vertrauensintervall  
 Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)







Konferenz der kantonalen Gesundheits-  
direktorinnen und -direktoren  
Conférence des directrices et directeurs  
cantonaux de la santé  
Conferenza delle direttrici e dei direttori  
cantionali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

**Eidgenössisches Departement des Innern EDI**  
**Département fédéral de l'intérieur DFI**  
**Dipartimento federale dell'interno DFI**



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.  
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.  
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.