

Walter Weiss¹, Therese Stutz Steiger², Thomas Spuhler³, Stephanie Zobrist⁴

¹ Institut de santé et d'économie (ISE), Lausanne

² Bundesamt für Gesundheit, Sektion Gesundheitspolitik, Bern

³ Bundesamt für Statistik, Sektion Gesundheit, Neuchâtel

⁴ Bundesamt für Gesundheit, Stabsstelle Internationales, Bern

Gesundheit für alle – die letzte Fortschrittsmessung vor dem Jahr 2000*

Zusammenfassung

Im Zusammenhang mit dem alle drei Jahre an die WHO zu erstattenden Bericht über die zur Verwirklichung von „Gesundheit für alle“ erzielten Fortschritte, wird der spezifischen Frage des Ausgleichs gesundheitlicher Ungleichheit nachgegangen. Unterschiede des Gesundheitszustands als Funktion des soziopolitischen Kontexts sind ein wesentlicher Aspekt dieser Fragestellung und von besonderem Interesse in einem föderalistischen Staat. Der Gesundheitszustand wird anhand von Mortalitäts- (Haupttodesursachen) und Morbiditätsindikatoren (Invalidität) für die 0- bis 64jährige Bevölkerung beschrieben. Zusätzlich zum Vergleich von Mortalitäts- und Morbiditätsraten zwischen den Kantonen wird ein „Dissimilaritätsindex“ (DI) verwendet. Für alle Kriterien werden die Trends über einen Zeitraum von 10–12 Jahren ermittelt. Die Ergebnisse weisen auf eine abnehmende Sterblichkeit, sowohl insgesamt, als auch bei den Haupttodesursachen hin. Während bei den Männern nicht nur die Gesamtsterblichkeit, sondern auch die Dissimilarität zwischen den Kantonen abnimmt, nehmen bei den Frauen die Sterblichkeitsunterschiede zwischen den Kantonen zu. Ähnlich verhält es sich bei der Morbidität: Bei einer für beide Geschlechter zunehmenden Rate der Invalidenrentner, nimmt der entsprechende DI-Wert bei den Männern ab, bei den Frauen jedoch zu. Die Befunde werden auf dem Hintergrund sozioökonomischer Unterschiede zwischen den fraglichen Kantonen (z. B. Arbeitslosigkeit) diskutiert.

Als die Mitgliedstaaten der europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1984 die Ziele der *Gesundheit für alle im Jahr 2000* (GFA) verabschiedeten, verpflichteten sie sich zu einer regelmässigen Evaluation der erzielten Fortschritte. Inzwischen haben nach einer ersten Bestandsauf-

nahme (1988) drei solche Evaluationen auf der Ebene der einzelnen Mitgliedstaaten und der europäischen Region stattgefunden, nämlich 1990/91^{1,2}, 1993/94^{3,4} und die jüngste anfangs 1997. Seit 1990 folgen diese Berichte einem vom WHO-Regionalbüro für Europa vorgegebenen Schema, dem die 38

GFA-Ziele mit den entsprechenden Indikatoren zugrundeliegen. Diese Ziele waren im übrigen in jüngerer Zeit Anlass und Gegenstand einer Diskussion⁵ über gesundheitspolitische Ziele für die Schweiz.

Das für die Berichterstattung an die WHO zuständige Bundesamt für Gesundheit nimmt diese letzte Evaluation vor dem Zieljahr zum Anlass abzuklären, inwieweit für das Jahr 2000 mit einer Erreichung der Ziele bezüglich der gesundheitlichen Situation der Schweizer Bevölkerung zu rechnen ist und welche vorbereitenden Massnahmen gegebenenfalls zu treffen sind, damit sich diese Frage zum kritischen Zeitpunkt angemessen beantworten lassen wird. Der vorliegende Artikel befasst sich mit dieser Fragestellung.

Inhalte und Ziele der Evaluation

Die Stossrichtung der GFA-Politik wird in Ziel 1⁶ wie folgt umschrieben: „Bis zum Jahr 2000 sollten die Unterschiede im Gesundheitszu-

* Dieser Artikel ist Teil eines Auftrags des Bundesamtes für Gesundheit zur periodischen Evaluation der GFA-Strategie zu Händen der Weltgesundheitsorganisation.

stand zwischen den Ländern sowie zwischen den verschiedenen Bevölkerungsgruppen innerhalb der Länder um mindestens 25% verringert werden, und zwar durch die Verbesserung des Gesundheitsniveaus der benachteiligten Völker und Gruppen.“ Dementsprechend sollten in der Gesundheitspolitik Massnahmen Vorrang erhalten, durch die sich bestehende gesundheitliche Unterschiede etwa zwischen geographischen Gebieten oder sozio-ökonomischen Bevölkerungsgruppen abbauen lassen. Solche Massnahmen können darin bestehen, gesunde Lebensweisen zu fördern (Ziele 13–17), eine gesunde Umwelt zu schaffen (Ziele 18–25), die Gesundheitsdienste bedarfsgerecht auszurichten und deren Zugänglichkeit zu verbessern (Ziele 26–31) sowie Strategien zu entwickeln, um Forschung, Gesundheitsinformationssysteme und Organisation der Gesundheitsdienste (Management, Humanressourcen) auf die Erfordernisse der Gesundheit für alle auszurichten (Ziele 32–38). Dabei geht man davon aus, dass sich solche Massnahmen nicht allein im Rahmen der Gesundheitspolitik verwirklichen lassen, sondern die Einbeziehung weiterer Politikbereiche erfordern.

Die periodische Fortschrittsmessung hat deshalb unter einem doppelten Aspekt zu erfolgen: Zum einen geht es darum, generell die Entwicklung bezüglich des Gesundheitsniveaus und der dieses im wesentlichen beeinflussenden Faktoren zu evaluieren; zum anderen gilt es zu ermitteln, inwiefern sich in der beobachteten Entwicklung ein Ausgleich hinsichtlich bestehender sozialer Unterschiede bzw. Benachteiligungen abzeichnet. Während sich im Bereich des Gesundheitsniveaus die Fortschritte einigermaßen quantifizieren lassen, wenn auch hauptsächlich anhand von Mortalitätsdaten, sind bei den übrigen, den instrumentellen Zielen mit Ausnahme der

Lebensweise fast nur qualitative Indikatoren vorhanden. Somit kann sich die Berichterstattung in diesen Bereichen zwar auf Massnahmen und Aktivitäten berufen, deren Effekte in Bezug auf die Zielkonformität lassen sich jedoch kaum oder selten schlüssig belegen. Hinzu kommt, dass das Gesundheitsniveau einer Bevölkerung bei weitem nicht nur und oft nicht einmal in erster Linie durch die Gesundheitspolitik bestimmt, sondern durch zahlreiche andere politische Entscheidungen und Gegebenheiten beeinflusst wird. Dies hat sich nach der Auflösung der Sowjetunion in geradezu beispielhafter Weise etwa an einer sich drastisch erhöhenden Mortalität der betroffenen Bevölkerungen gezeigt⁷.

Was die Schweiz angeht, haben die bisherigen GFA-Evaluationsberichte auf ein kontinuierlich steigendes Gesundheitsniveau hingewiesen, und in Bezug auf mehrere Indikatoren, beispielsweise die Lebenserwartung, belegt das Land weltweit einen der vordersten Plätze. Stellt sich die Frage, wie sich diese Verbesserungen des Gesundheitsniveaus auf die Bevölkerung verteilen; mit anderen Worten, ob sich die gesundheitliche Ungleichheit zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen verändert, das heisst tendenziell verringert oder vergrössert hat.

Gesundheitliche Ungleichheit zwischen den Angehörigen unterschiedlicher sozialer Schichten sind in der Schweiz mehrfach belegt worden^{8,9,10}. Diesbezügliche Trendaussagen sind bei der gegebenen Datenlage allerdings relativ problematisch. Andere Studien¹¹ weisen auf zum Teil markante und andauernde kantonale bzw. regionale Disparitäten sowohl bezüglich der Gesamtmortalität als auch einzelner Todesursachen hin. Im folgenden soll dieser Fragestellung nachgegangen werden, wobei wir uns auf die Todesursachen beschränken, auf die die vorzeitige Sterb-

lichkeit (vor dem 65. Lebensjahr) zur Hauptsache zurückzuführen ist. Diese Beschränkung trägt der Tatsache Rechnung, dass die Strategie der *Gesundheit für alle* wesentlich auf die Reduktion dieser vorzeitigen Todesfälle ausgerichtet ist; denn zum einen besteht in diesem Bereich das grösste Handlungspotential (Prävention, Gesundheitsförderung, Früherkennung, Behandlung), und zum anderen muss die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit bei der Reduktion dieser Todesfälle ansetzen, da sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen, wie in der Literatur vielfach belegt ist, nicht nur von einer generell grösseren Krankheitslast, sondern auch in besonderem Masse von frühzeitigem Tod betroffen sind.

Methode

Für die Beschreibung des Gesundheitszustands werden Daten der Mortalitäts- und der Invalidenstatistik verwendet. Es handelt sich um folgende Indikatoren: Standardisierte Mortalitätsziffern (alle Todesursachen und Haupttodesursachengruppen) für die männliche und weibliche Bevölkerung im Alter von 0–64 Jahren, Gesamtrate der männlichen (0–64 Jahre) und weiblichen (0–62 Jahre) Invalidenrentner sowie Raten für einzelne Invaliditätsursachengruppen.

Die Altersgrenze scheint angesichts der Lebenserwartung in der Schweiz, mithin der niedrigen Sterblichkeit vor dem 65. Lebensjahr, eher tief angesetzt. Wir folgen jedoch im Interesse internationaler Vergleichbarkeit dem Vorschlag der WHO. Zudem stimmt dieses Alter mindestens bei den Männern auch mit der Altersruhestandsgrenze, das heisst mit der durch die Invalidenstatistik erfassten Population überein.

Die Analyse bezieht sich zunächst auf die Sterblichkeitstrends in der Schweiz insgesamt und in den ein-

zelen Kantonen. Ein Vergleich der Sterblichkeitsziffern der Kantone ist wegen der grossen Unterschiede bezüglich der Bevölkerungs- und dementsprechend der jährlichen Todesfallzahlen methodisch nicht unproblematisch. Besonders in kleineren Kantonen können von einem Jahr zum anderen beträchtliche Schwankungen der Sterblichkeitsziffern auftreten. Dies gilt vor allem dann, wenn der Vergleich sich auf eine Altersgruppe oder Todesursache bezieht, bei der die absoluten Todesfallzahlen relativ niedrig ausfallen. Aus diesen Gründen mussten jene 10 kleineren Kantone, in denen die Gesamtzahl der Todesfälle weniger als 1000 pro Jahr beträgt von dem Vergleich ausgenommen werden. Um die jährlichen Schwankungen zu „glätten“, stützt sich der Vergleich auf das Dreijahresmittel aus den Werten am Anfang (1981–1983) und Ende (1992–1994) der Vergleichsperiode. Mit den Morbiditätsdaten wird in der selben Weise verfahren, da die Problematik im wesentlichen gleich ist. Aus Gründen der Datenverfügbarkeit ist jedoch die Zeitperiode leicht verschoben und erstreckt sich auf die Jahre 1986/88 bis 1993/95. Um der weitergehenden Frage nachzugehen, ob die verschiedenen Zeittrends zu einem Ausgleich oder einer Verstärkung der Unterschiede bzw. Ungleichheit zwischen den Kantonen geführt haben, wird für alle verwendeten Indikatoren der von Kunst und Mackenbach (1996)¹² beschriebene „Dissimilaritätsindex“ berechnet. Dieser Index beruht auf einem Vergleich der in den untersuchten Populationen beobachteten Fälle von Gesundheitsproblemen mit der – unter Annahme einer Gleichverteilung – theoretisch zu erwartenden Fallzahl. Dieser Erwartungswert wird dadurch gebildet, dass für jeden Kanton das Verhältnis der (standardisierten) gesamtschweizerischen Rate zur (standardisierten) kantonsspezifischen

Rate berechnet und dieses Ratenverhältnis mit der im betreffenden Kanton beobachteten Fallzahl multipliziert wird. Die über alle Kantone aufsummierte absolute Differenz zwischen beobachteter und erwarteter Häufigkeit dividiert durch zwei (in der Fallsumme wird jeder Fall zwei Mal gezählt, nämlich einmal beim Verlassen eines Kantons mit überproportionaler und ein zweites Mal beim Eintreten in einen Kanton mit unterproportionaler Fallzahl) ergibt die Zahl der Fälle, die unter den Kantonen anders zu verteilen wären, wenn man gesundheitliche Gleichheit herstellen wollte. Während diese absolute Fallzahl einen Eindruck der Grössenordnung der Ungleichheitsproblematik vermittelt, setzt der Dissimilaritätsindex diese Zahl ins Verhältnis zur Gesamtzahl der in einem Kontext (der Schweiz) auftretenden Fälle, indem er aufzeigt, wieviele Prozente aller Fälle unter den Kantonen umzuverteilen wären. Der Vergleich dieser Prozentsätze zu unterschiedlichen Zeitpunkten gibt Antwort auf die Frage, ob die gesundheitliche Entwicklung zu einem Ausgleich oder im Gegenteil zu einer Verstärkung der Ungleichheit geführt hat.

Ergebnisse

Lebenserwartung und vorzeitiger Tod im Kontext der Schweiz

Mit einer Lebenserwartung von 82,1 Jahren hatten die Frauen in der Schweiz 1994 nach Frankreich den zweiten Rang unter den 50 Mitgliedstaaten der europäischen Region der WHO inne, während sich die Männer mit 75,3 Jahren auf dem vierten Platz (nach Island, Schweden und Griechenland) befanden. Beide Geschlechter haben ihre Position seit Anfang der 80er Jahre (1982) durch einen Zuwachs von 2,4 Jahren verbessert, was zugleich heisst, dass der beträchtliche

Geschlechtsunterschied in der Lebenserwartung bestehen blieb. Je höher die Lebenserwartung steigt, desto bedeutsamer wird die Frage, warum Menschen Jahre vor Erreichen dieses Alters, mit dem man im Durchschnitt rechnen darf, sterben. Während bei den Schweizer Männern 1982 die Lebenserwartung 6,8 Jahre höher ausgefallen wäre, wenn man alle Todesfälle vor dem 65. Lebensjahr hätte vermeiden können, waren es 1994 noch 5,9 Jahre. Bei den Frauen waren es 4,0 und 3,5 Jahre. Diese Daten sind in mehrerer Hinsicht aufschlussreich: erstens weisen sie darauf hin, dass sich die Ungleichheit bezüglich des vorzeitigen Todes zwar verringert hat, für die Männer im Vorrentenalter jedoch noch immer eine deutliche Exzessmortalität besteht. Zweitens belegen sie, dass vor allem bei den Frauen die steigende Lebenserwartung weiterhin den Älteren zugute kommt, ohne dass sich die Chance der Jüngeren, mindestens bis zum Pensionsalter zu überleben, wesentlich verbesserte. Eine Abklärung der hauptsächlichsten Ursachen vorzeitigen Todes ist deshalb nach wie vor von Aktualität.

Vorzeitige Sterblichkeit: kantonale Zeittrends

Rund drei Viertel aller Lebensjahre, die vorzeitig verloren gehen, entfallen auf drei grosse Todesursachengruppen. Bei den Männern stehen Unfälle und gewaltsame Todesfälle (hauptsächlich Suizid) mit 37% (1993) an erster Stelle, gefolgt von Krebs- (22%) und Herz-Kreislaufkrankheiten (17%); bei den Frauen kommen Krebserkrankungen (38%) vor Unfällen und Gewalteinwirkungen (23%) sowie Kreislaufkrankheiten (12%). Gemeinsam ist diesen Todesursachen, dass sie sich prinzipiell oder mindestens im jüngeren Alter vermeiden lassen, zum Beispiel durch gesundheitsgerechte Lebenswei-

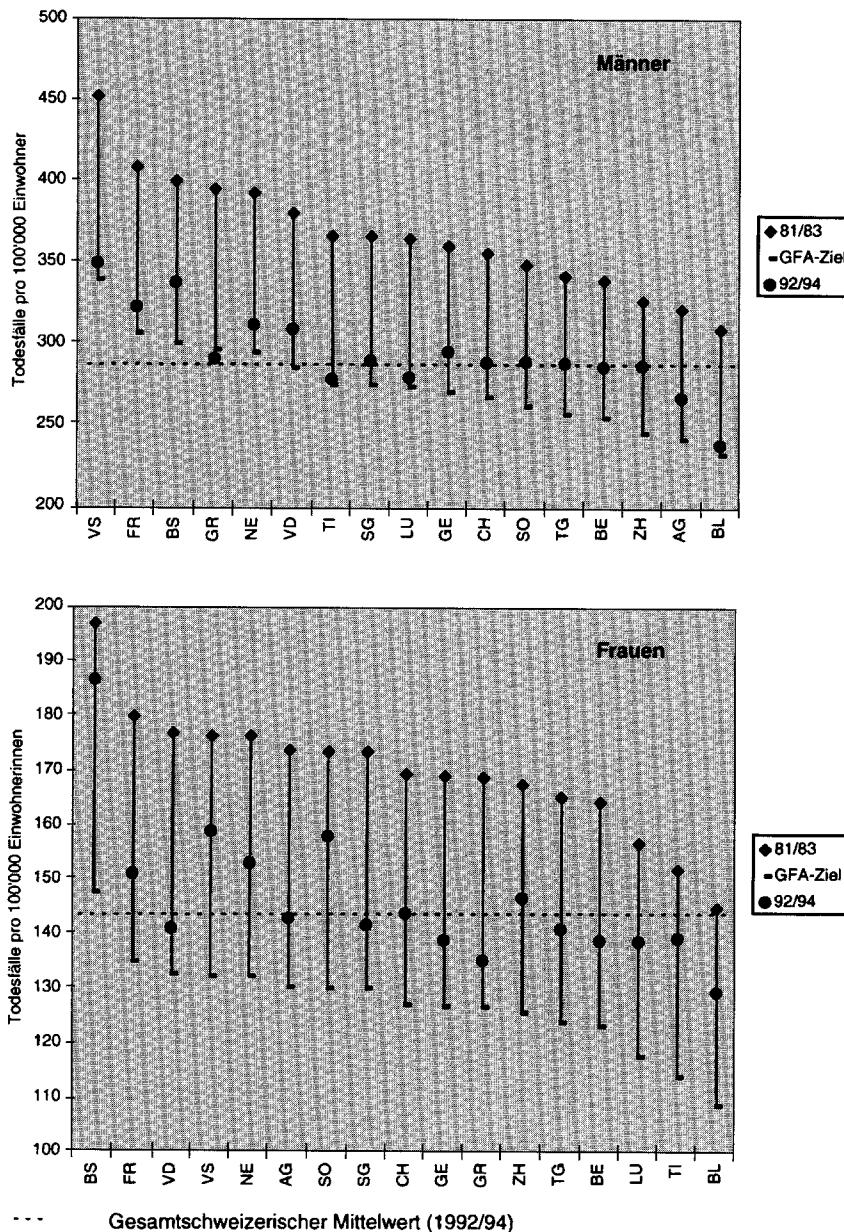


Diagramm 1. Sterblichkeit im Alter von 0 bis 64 Jahren alle Todesursachen.

sen (Herz-Kreislaufkrankheiten, Lungenkrebs), durch Massnahmen der Prävention (Unfälle) oder der Früherkennung (z.B. Brustkrebs) usw.

Die Gesamtsterblichkeit im Alter von 0–64 Jahren ist zwischen 1982 und 1993 in der Schweiz insgesamt für die Männer um 20% zurückgegangen und für die Frauen um knapp 15%. Wie die Entwicklung auf der Ebene einzelner Kantone

verlaufen ist, geht aus Diagramm 1 hervor. Bei den Männern ist die Reduktion der Sterblichkeit in der Regel bei den Kantonen etwas grösser, die anfangs der achtziger Jahre über dem Schweizer Durchschnitt gelegen hatten. Dennoch bleiben sie, mit Ausnahme von Tessin und Luzern, auch 1992/94 über dem Durchschnitt. Während sich die Mehrzahl der verglichenen Kantone eng um diesen Mittelwert

gruppieren, liegen die Kantone Wallis und Basel-Stadt deutlich darüber, gefolgt von Freiburg, Neuenburg und Waadt. Bei den Frauen verlief die Entwicklung weniger gleichförmig: Basel-Stadt verzeichnet den geringsten Fortschritt und bewahrt die mit Abstand höchste Sterberate vor dem Wallis, Solothurn, Neuenburg und Freiburg. Der Kanton Zürich, anfangs der 80er Jahre noch unter dem Schweizer Mittel, lag 1992/94 leicht darüber, während sich die Sterberaten der Frauen in den Kantonen Waadt, St. Gallen und Aargau bemerkenswert bis unter den Durchschnittswert gesenkt haben.

Was die Krebsmortalität (0- bis 64jährige) angeht, ist das Ziel einer 15%igen Reduktion in der männlichen Bevölkerung sowohl im Schweizer Durchschnitt als auch auf kantonaler Ebene fast ausnahmslos erreicht worden. Bei den Frauen ist dies hingegen nur in zwei Kantonen der Fall (GE und NE), während sich die meisten Kantone und die weibliche Bevölkerung der Schweiz insgesamt erst etwa auf halbem Wege zur Zielerreichung befinden (Diagramm 2). In Freiburg, Luzern und St.Gallen haben sich die weiblichen Sterberaten überhaupt nicht verringert, in Basel-Stadt nur geringfügig, so dass dieser Kanton die mit Abstand schlechteste Position behält. Bei den Männern liegt Freiburg weit an der Spitze, gefolgt von Waadt, Wallis und Neuenburg. Der bei den Männern konsistente Trend einer Sterblichkeitsreduktion scheint bei den Frauen durch einen gegenläufigen Trend einzelner Krebslokalisationen teilweise kompensiert oder sogar überlagert zu werden.

Herz-Kreislaufkrankungen (Diagramm 3): Bei beiden Geschlechtern ist die Sterblichkeit während der Vergleichsperiode im Schweizer Durchschnitt um rund ein Drittel zurückgegangen, mithin das GFA-Ziel einer Reduktion um 15% mehr als erreicht worden.

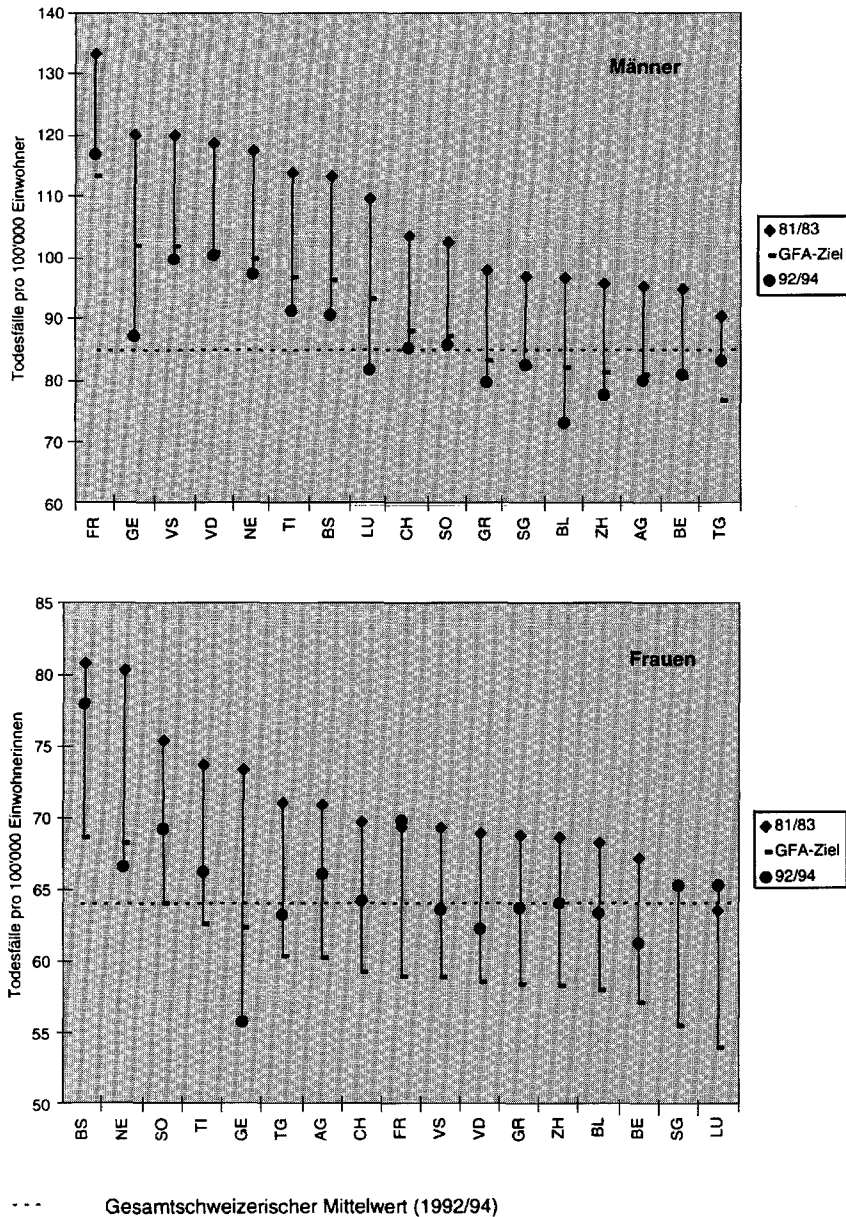


Diagramm 2. Krebssterblichkeit im Alter von 0–64 Jahren.

Dabei fällt auf, dass die Kantone, welche anfangs der achtziger Jahre die höchste Sterblichkeit aufwiesen, Tessin und Neuenburg bei den Männern, Freiburg bei den Frauen, die grösste Reduktion erzielten. In der Folge ist die männliche Kreislaufsterblichkeit am höchsten in den Kantonen Wallis, Graubünden, Thurgau und St. Gallen, die weibliche in Solothurn, Wallis, St. Gallen und Neuenburg.

Die alkoholinduzierte *Leberzirrhose* ist eine weitere auf den Lebensstil zurückzuführende Todesursache, die traditionell in der männlichen Bevölkerung und zwar vor allem in den Wein anbauenden Kantonen am stärksten verbreitet war. Wie aus *Diagramm 4* hervorgeht, haben sich die Sterberaten der Männer in den Kantonen deutlich verringert, in denen diese anfangs der achtziger Jahre am

höchsten waren. Dies kommt auch in einer Reduktion der gesamtschweizerischen Sterbeziffer um rund ein Drittel zum Ausdruck. Allerdings handelt es sich dabei nicht um einen generellen Trend: In Freiburg, Neuenburg und St. Gallen ist keine oder nur eine unbedeutende Reduktion der Sterbeziffer zu verzeichnen. Diese Kantone liegen deshalb zusammen mit der Waadt (weiter) deutlich über dem schweizerischen Durchschnitt. Bei den Frauen ist die durchschnittliche Sterberate seit 1970 weitgehend konstant auf einem Niveau, das weit unter dem der Männer liegt. Auf der Ebene der Kantone wird jedoch neben einer tendenziellen Abnahme der Sterblichkeitsziffern ein zunehmender Trend ersichtlich, besonders markant in Basel-Stadt, St. Gallen und Basel-Landschaft. In Freiburg, Neuenburg und St. Gallen liegen somit für die Frauen wie für die Männer überdurchschnittliche Sterbeziffern vor, wobei in Basel-Stadt die Zirrrose-Sterblichkeit der Frauen das Niveau der Männer erreicht hat.

Unter den verschiedenen ursächlichen Kategorien gewaltsamen Todes fordert der *Suizid* bei den unter 65jährigen mehr Opfer als die Strassenverkehrsunfälle. Mehrere Kantone mit zuvor hohen Suizidraten haben, wie *Diagramm 5* zeigt, im Verlauf der Vergleichsperiode eine beachtenswerte Reduktion erzielt, so beide Basel, Graubünden und die Waadt für beide Geschlechter, Genf hauptsächlich für die Männer, Zürich und St. Gallen für die Frauen. Hingegen sind die Sterbeziffern bei beiden Geschlechtern in drei Kantonen angestiegen, die nun neu die Spitzengruppe bilden. Dies trifft bei den Frauen auf Freiburg, Wallis und Solothurn zu, die gefolgt werden von Basel-Stadt und Genf, bei den Männern auf Neuenburg, Wallis und Luzern, gefolgt von Bern, Thurgau, St. Gallen und Solothurn.

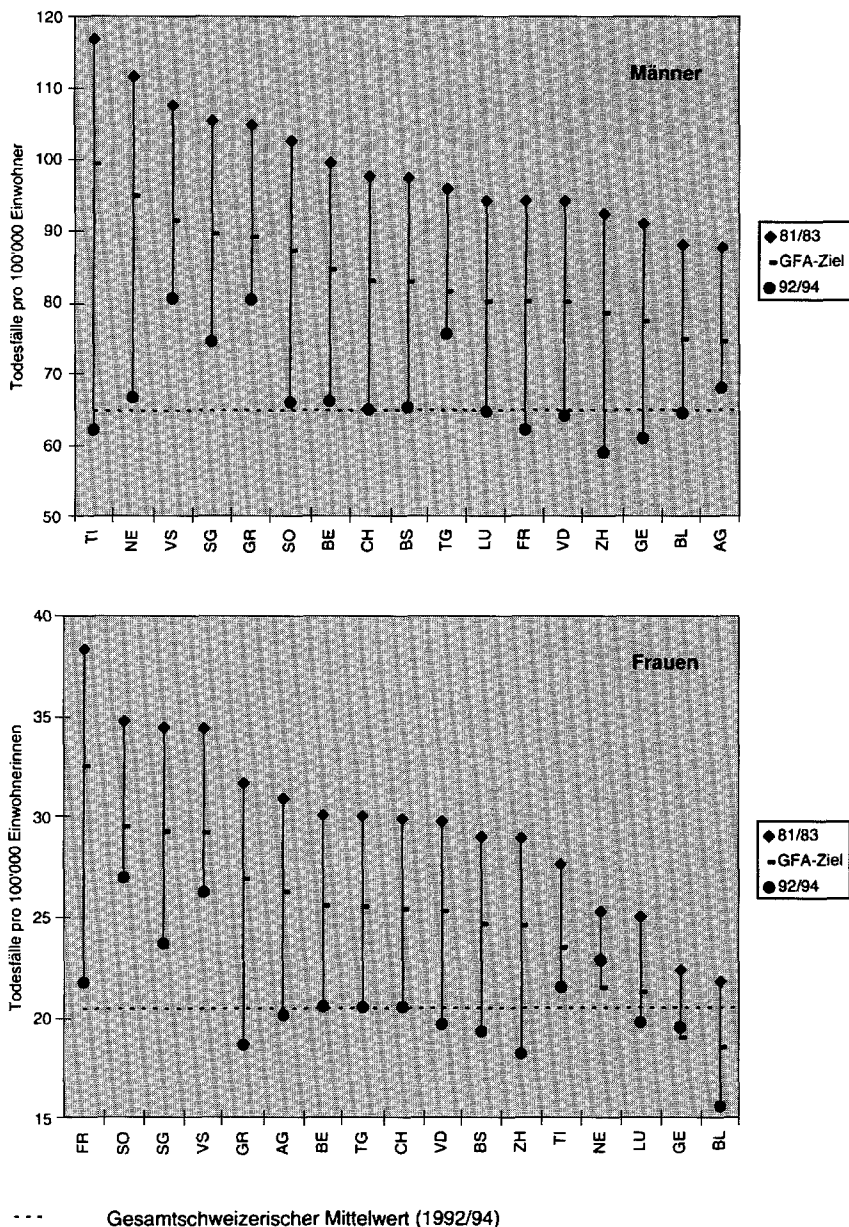


Diagramm 3. Sterblichkeit an Herz-Kreislaufkrankheiten im Alter von 0–64 Jahren.

Ziel 11 des GFA-Programms fordert eine Verminderung der Verletzungen, Behinderungen und Todesfälle aufgrund von Unfällen um mindestens 25%. Dieses Ziel ist, was die Sterblichkeit durch *Unfälle im Strassenverkehr* (Diagramm 6) angeht, im gesamtschweizerischen Durchschnitt bereits heute für beide Geschlechter gut erreicht. Bei den Männern ist ein generell

rückläufiger Trend in allen Vergleichskantonen zu beobachten, und zwar weitgehend proportional zum Sterblichkeitsniveau anfangs der achtziger Jahre. Dies heisst, dass die Kantone, die 1982 die höchsten Sterblichkeitsziffern aufwiesen, weiterhin an der Spitze stehen, nämlich Freiburg, Wallis, Neuenburg, Graubünden und Thurgau. Anders stellt sich die

Situation auf der Seite der Frauen dar: Einerseits haben mehrere Kantone mit überdurchschnittlichen Werten in der Vergleichsperiode beachtenswerte Fortschritte erzielt, so dass sie 1993 zu der Gruppe mit den niedrigsten Sterblichkeitsziffern zählen (so St. Gallen, Aargau, Genf, Luzern). Andererseits ist eine neue Spitzengruppe entstanden mit Kantonen, in denen bei den Frauen die Sterblichkeit durch Strassenverkehrsunfälle noch zugenommen (Neuenburg) oder kaum (Wallis, Tessin) bzw. vergleichsweise wenig (Thurgau) abgenommen hat.

Invalidität im arbeitsfähigen Alter: kantonale Zeittrends

Das Krankheitsgeschehen in der Schweiz ist generell schlecht dokumentiert. Verlässliche Aussagen über Entwicklungstrends in Bezug auf Wohlbefinden, Häufigkeit bestimmter gesundheitlicher Beeinträchtigungen und die damit verbundene Krankheitslast landesweit sowie auf der Ebene einzelner Kantone werden erst möglich sein, wenn die Daten aus der zweiten schweizerischen Gesundheitsbefragung vorliegen.

Die im Folgenden verwendeten Daten der Invalidenstatistik können nicht als epidemiologisch valide Morbiditätsindikatoren gelten, da sie nicht den Grad einer Behinderung an sich wiedergeben, sondern die geschätzte behinderungsbedingte Erwerbseinbusse. (Zudem sind diese Indikatoren tendenziell anfällig auf konjunkturelle Schwankungen, insbesondere die Arbeitsmarktsituation.) Im Rahmen der Evaluation der GFA-Strategie sind diese Daten jedoch insofern von Bedeutung, als sie eine Aussage dazu beinhalten, wieviele Menschen aufgrund der Beteiligung am Erwerbsleben ein gemäss Ziel 2 „gesellschaftlich und wirtschaftlich erfülltes Leben“ führen können bzw. zutreffender, davon ausgeschlossen sind.

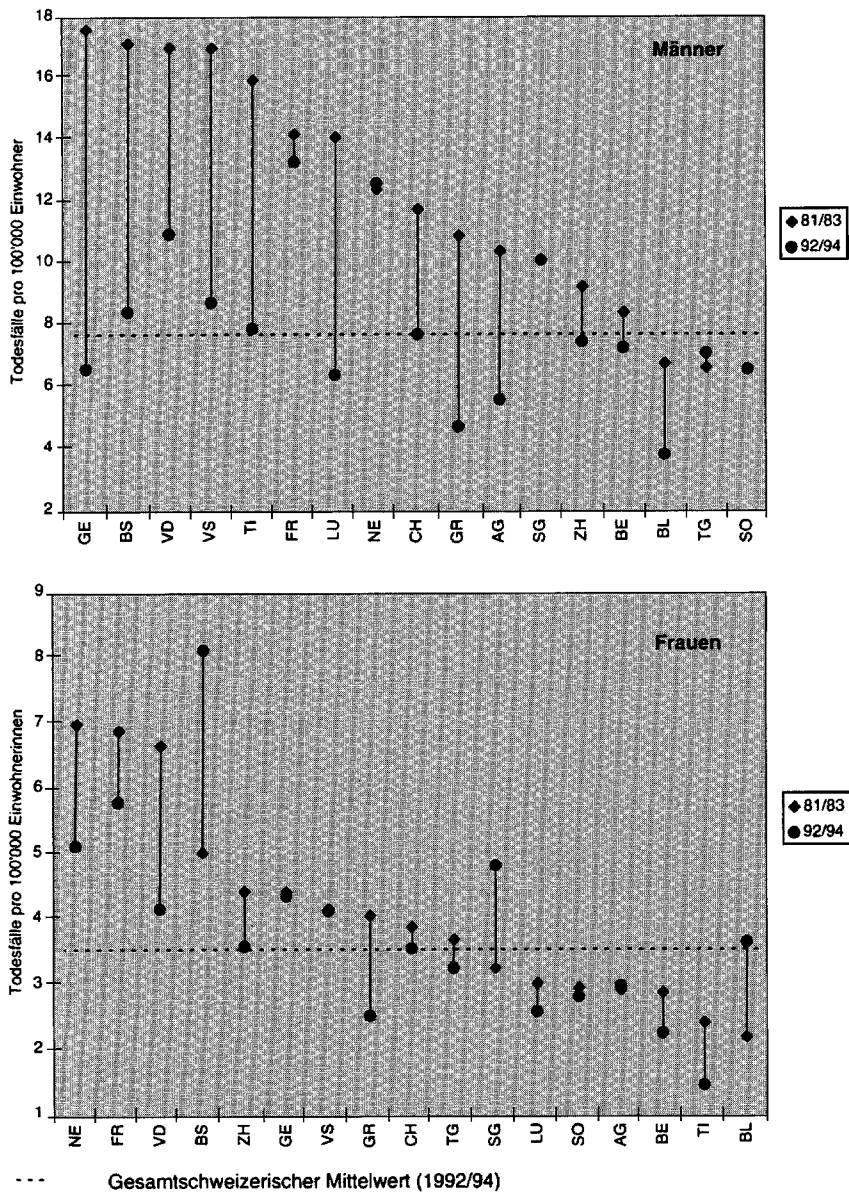


Diagramm 4. Sterblichkeit an alkoholischer Leberzirrhose im Alter von 0–64 Jahren.

Ein Vergleich der Gesamtraten der IV-Rentenberechtigten (0- bis 62-jährige Frauen, bis 64jährige Männer) weist für alle Kantone und bei beiden Geschlechtern zwischen 1986/88 und 1994/96 (Dreijahresmittel) durchgängig eine Zunahme auf (Diagramm 7), die bei den Frauen im Schweizer Mittel 27.6% und bei den Männern 22.5% beträgt. Bei beiden Geschlechtern ist in Basel-Stadt die stärkste Zu-

nahme und höchste Rentnerrate zu verzeichnen. Bei den Frauen folgen – mit deutlichem Abstand – Neuenburg, Tessin, Waadt, Genf und Basellandschaft (alle über dem Schweizer Durchschnitt), bei den Männern die Kantone Tessin und, mit grossem Abstand, Wallis, Neuenburg, Freiburg, Waadt und Genf. Geht man der Frage nach, wie es zu dieser Zunahme der IV-Rentenfälle kommt, findet man über dem

Gesamtdurchschnitt liegende Zuwachsraten bei den psychischen Krankheiten (48%) und den Unfällen (33%). Wie aus Diagramm 8 hervorgeht, liegt bei der Krankheitsgruppe der psychischen Störungen wiederum Basel-Stadt an der Spitze der Kantone mit einer überdurchschnittlichen Rentnerrate, gefolgt von Tessin, Waadt, Neuenburg und Genf. Bei den unfallbedingten Rentnerraten (Diagramm 9) zeichnet sich deutlich eine Spitzengruppe ab, der die Kantone Wallis, Tessin, Basel-Stadt, Genf und Freiburg angehören.

Unterschiede zwischen den Kantonen: Ausgleich oder Verstärkung?

Die aus der Perspektive der GFA-Strategie entscheidende Frage lautet: haben sich die beschriebenen Veränderungen in der Zielrichtung ausgewirkt, das heisst, sind die Unterschiede hinsichtlich der gesundheitlichen Situation zwischen den Kantonen geringer geworden? Um dieser Frage nachzugehen, wurde für alle verwendeten Indikatoren der sog. Dissimilaritätsindex berechnet. Dieser Index beruht auf einem Vergleich der in den einzelnen Kantonen beobachteten Zahl der Personen mit Gesundheitsproblemen (z.B. Todes- oder Rentenfälle) mit der Zahl der Fälle, die zu erwarten wäre, wenn in allen Kantonen die gleichen Bedingungen (gleiche Sterblichkeit, gleiche Häufigkeit der Rentenfälle) herrschen würden.

In Tabelle 1 sind die gesamtschweizerischen Fallzahlen (Altersgruppe 0–64 Jahre) für die verwendeten Indikatoren der Mortalitäts- und Invalidentatistik, die absolute Zahl der zur Erreichung von vollständiger Gleichheit zwischen den Kantonen jeweils umzuverteilenden Fälle und der Dissimilaritätsindex zu zwei Vergleichszeitpunkten sowie die relative Differenz der beiden Indexwerte aufgeführt.

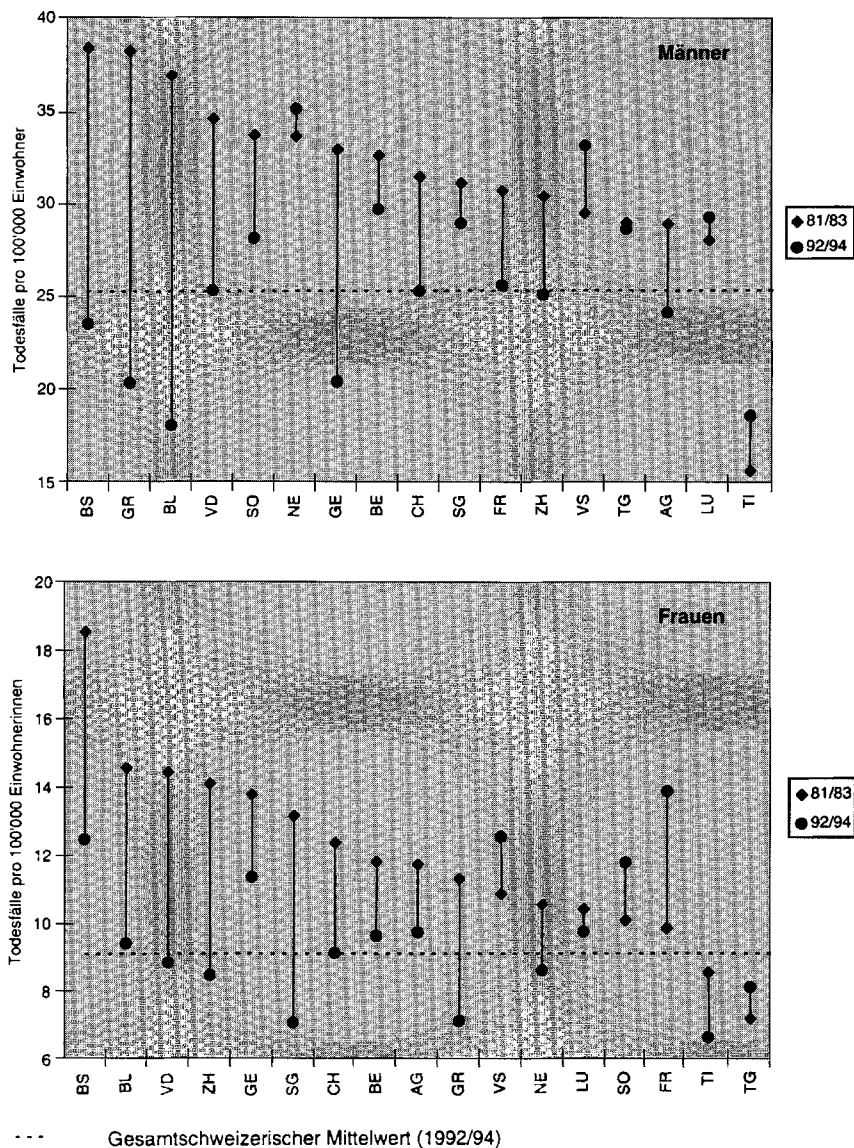


Diagramm 5. Suizidsterblichkeit im Alter von 0–64 Jahren.

Was die *Sterblichkeit* über alle Todesursachen angeht, weist der Dissimilaritätsindex bei beiden Geschlechtern auf eine äusserst geringe Disparität zwischen den Kantonen hin. Bei den Männern ist zudem zwischen 1981/83 und 1992/94 eine Reduktion der Dissimilarität um 25% zu verzeichnen, was der Zielvorgabe (GFA-Ziel 1) für das Jahr 2000 entspricht. Bei den Frauen liegt hingegen eine Zunahme um 15% vor. Der Dissimilaritätsindex der männlichen Krebssterblichkeit weist absolut

und relativ eine leichte Abnahme auf, während bei den Frauen die Dissimilarität sehr gering und nahezu gleich geblieben ist. Ähnliches lässt sich in bezug auf die weibliche Sterblichkeit an Herz-Kreislaufkrankheiten feststellen. In der männlichen Bevölkerung hat die diesbezügliche Disparität zwischen den Kantonen etwas zugenommen, bewegt sich jedoch auf einem sehr niedrigen Niveau. Deutlich grösser sind die Disparitäten zwischen den Kantonen bei den Todesursachen, bei denen

menschliches Verhalten im Spiel ist. So beträgt der Dissimilaritätsindex bei Suizid knapp 8% für die Frauen und knapp 7% für die Männer, bei denen überdies eine massive Zunahme der Disparität stattgefunden hat. In Bezug auf die alkoholische Leberzirrhose ist die Disparität bei den Männern deutlich und bei den Frauen etwas rückläufig, beläuft sich jedoch noch immer auf rund 10% bzw. 13%. Ähnlich ist die Situation beim Tod durch Strassenverkehrsunfälle, wo die Dissimilarität für beide Geschlechter bei über 11% liegt. Betrachtet man allerdings die absoluten Zahlen der zur Erreichung von Gleichheit umzuverteilenden Fälle, so stellt man mindestens für die weibliche Bevölkerung fest, dass sich diese vor allem bei Strassenverkehrsunfällen und Leberzirrhose aber auch bei den anderen Haupttodesursachen auf einem niedrigen Niveau bewegen. Bei den Gesamtraten der IV-Rentenbezieher beträgt die Disparität Mitte der 90er Jahre für beide Geschlechter rund 8%, wobei sie im Untersuchungszeitraum (1986/88 bis 1993/95) bei den Männern etwas ab-, bei den Frauen leicht zugenommen hat. Auch bezüglich der unfallbedingten Rentenfälle weist der Dissimilaritätsindex eine Abnahme von 10% auf 9% auf. Umgekehrt ist bei der Rate der durch psychische Erkrankungen verursachten Rentenfälle der Dissimilaritätsindex von knapp 13% auf gut 14% angestiegen. Beachtenswert ist jedoch nicht nur der vergleichsweise hohe Indexwert, sondern vor allem die hohe absolute Zahl der Fälle, das heisst, der durch Ungleichheit konkret betroffenen Personen. Wie die Analyse zeigt, lässt sich die Frage, ob eher ein Ausgleich oder eine Verstärkung der Unterschiede zwischen den Kantonen stattgefunden habe, kaum bündig beantworten. Eine Tendenz zur Verstärkung scheint sich bei der Morbidität abzuzeichnen, während nach

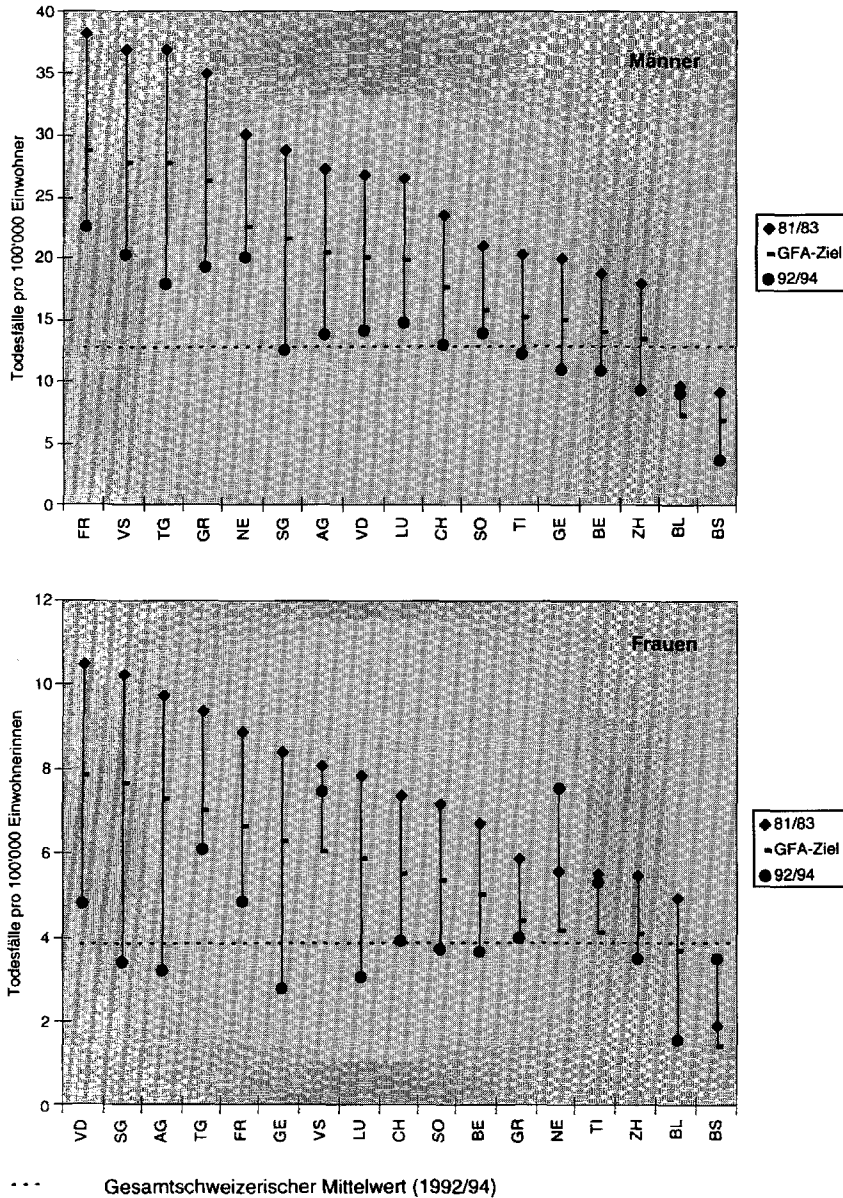


Diagramm 6. Sterblichkeit durch Strassenverkehrsunfälle im Alter von 0–64 Jahren.

wie vor eine relativ grosse Disparität bei den Todesursachen besteht, die mit konservativen, weil durch den soziokulturellen Kontext geprägten Verhaltensmustern zusammenhängen.

Diskussion

Bei den Männern lässt sich die jüngste Entwicklung in doppelter

Hinsicht positiv bewerten: einerseits weist die abnehmende Tendenz der männlichen Mortalität auf eine Reduktion der Ungleichheit zwischen den Geschlechtern hin, und andererseits lässt sich aus der Verringerung der interkantonalen Disparität ableiten, dass der Rückgang der Sterblichkeit tatsächlich den früher schlechter abscheidenden Kantonen (den „benachteiligten Bevölkerungen“)

zugute gekommen ist. Dass gleichzeitig allerdings eine beträchtliche Zunahme der IV-Rentenfälle zu verzeichnen ist, könnte auf eine grössere Krankheitslast bzw. eine grössere Auftretenshäufigkeit bestimmter (invalidisierender) Krankheiten in der männlichen Bevölkerung hinweisen.

Bei den Frauen hingegen, nimmt sowohl bezüglich der Gesamtmortalität als auch der Rate aller IV-Rentenfälle die Disparität zwischen den Kantonen zu. Im Zusammenhang mit der in einigen Kantonen steigenden Mortalität an bestimmten Todesursachen, lässt dies auf eine tendenzielle Verschlechterung der gesundheitlichen Lage der Frauen in den betreffenden Kantonen schliessen.

Bei einigen verhaltensbedingten Todesursachen wie der alkoholischen Leberzirrhose und den Strassenverkehrsunfällen fällt eine im Vergleich mit anderen häufigen Todesursachen – trotz abnehmender Tendenz – noch immer hohe Disparität zwischen den Kantonen auf. Beim Suizid ist die Disparität zwar etwas geringer, hat jedoch bei den Männern massiv (um 56 %) zugenommen. Damit geht auch eine Zunahme (um 10 %) der Disparität bei den IV-Rentenfällen (beide Geschlechter zusammen) aufgrund psychischer Krankheiten einher, bei gleichzeitig steigender Rentennrate. Dies kann als Hinweis darauf verstanden werden, dass in verschiedenen Kantonen eine Verschlechterung des gesundheitlichen Wohlbefindens der Bevölkerung und der gesundheitlichen Lebensqualität eingetreten ist.

Gegen die Verwendung von IV-Prävalenzdaten als Indikatoren des Gesundheitszustands der Bevölkerung lässt sich einwenden, der Rentenanspruch sei kein zuverlässiger Morbiditätsindikator, insofern er nur den durch eine Behinderung bedingten, angenommenen Erwerbsausfall wiedergibt. Zudem erfolgt eine Rentenzusprechung im Prinzip nur dann, wenn sich eine

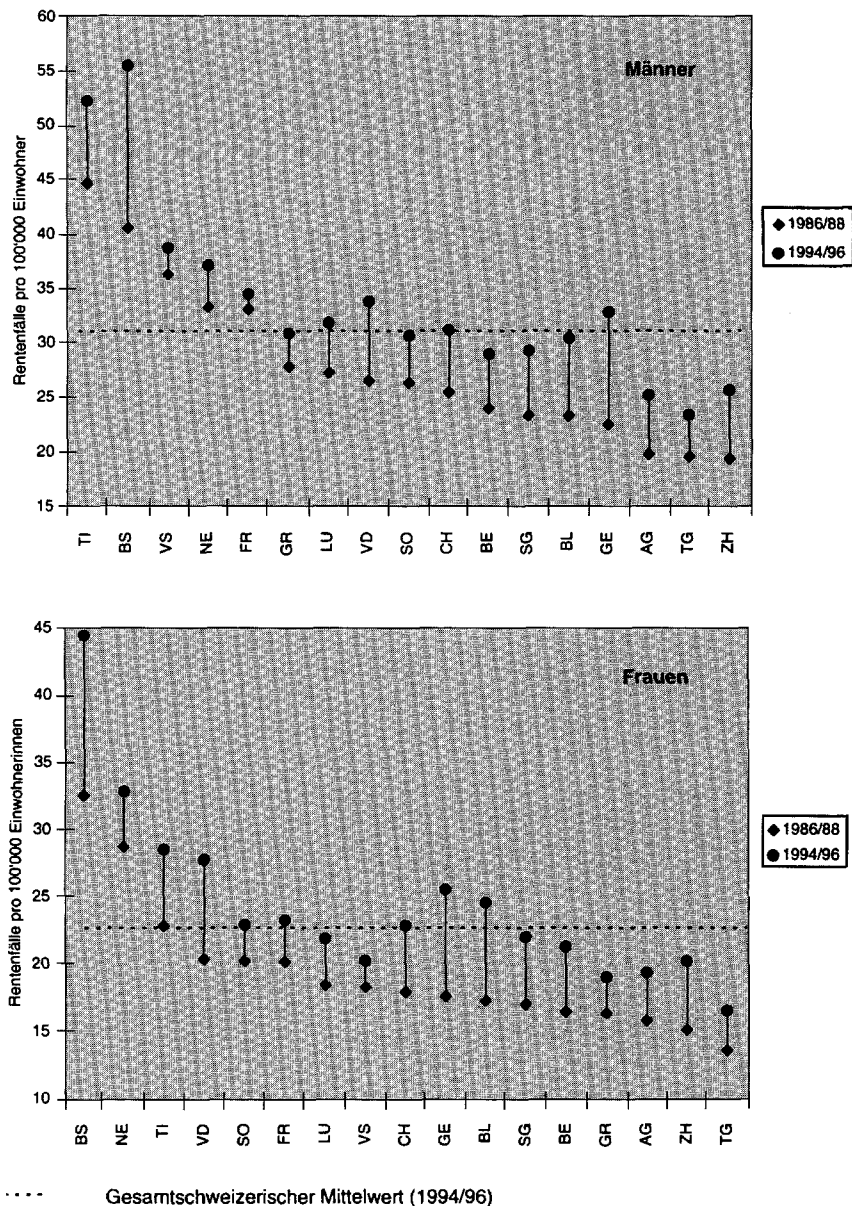


Diagramm 7. Rate aller Invalidenrentner (Alter 0–62/64 Jahre).

berufliche Wiedereingliederung als unmöglich erweist, was wiederum wesentlich von der Arbeitssituation in einer Region abhängt. Deshalb ist in jüngster Zeit vermutet worden, die Zunahme der Arbeitslosigkeit habe zu einer Verlagerung der Problematik bzw. Fälle von der Arbeitslosenversicherung und Sozialhilfe zur Invalidenversicherung geführt. Abgesehen davon, dass diese Vermutung durch die zuständige Behörde

wenn auch nicht widerlegt, so doch klar relativiert worden ist – es dürften rund 3% der neuen Rentenfälle mit der Arbeitslosigkeit in Zusammenhang stehen¹³ – weist die vorangegangene Analyse auf eine bemerkenswerte Übereinstimmung der IV-Rentenstatistik mit der Mortalitätsstatistik der betreffenden Altersgruppe (0- bis 64jährige) hin. So zeigt ein Blick auf die Diagramme 1 und 7, dass mindestens bei den Männern die Kantone mit

den höchsten Gesamtmortalitätsraten (VS, BS, FR, NE, VD) auch die höchsten IV-Raten (zusätzlich TI) aufweisen. Bei den Frauen finden sich BS und NE ebenfalls in der Spitzengruppe beider Indikatoren.

Sucht man nach kontextuellen Faktoren, die diese Situation erklären könnten wie zum Beispiel das Volkseinkommen der Kantone pro Einwohner oder die Arbeitslosenquote, so findet man, dass sich die fraglichen Kantone ausnahmslos unter jenen sieben finden, deren Arbeitslosigkeit 1994¹⁴ über dem Schweizer Durchschnitt von 4,7% lag, nämlich Genf, Waadt und Wallis (um 7,5%), Tessin, Neuenburg (6,5%), Fribourg (5,9%) sowie Basel-Stadt (5,7%). Wenn auch die Arbeitslosigkeit sicher nicht als universelle Ursache der zwischen den Kantonen festgestellten Unterschiede gelten kann, so deckt sich der beschriebene Befund doch mit den Ergebnissen zahlreicher wissenschaftlicher Untersuchungen. So hält eine Literaturübersicht zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit¹⁵ fest: „Mehrere neuere Studien weisen darauf hin, dass Arbeitslose unabhängig von ihrem Geschlecht (...) eine gegenüber ihren beschäftigten Kollegen deutlich erhöhte Sterblichkeit haben. Diese Feststellung gilt auch für deren Frauen. Die Übersterblichkeit der Arbeitslosen lässt sich bezüglich eines breiten Fächers von Todesursachen beobachten, der sowohl die kardiovaskulären Krankheiten, Krebs, alkoholische Intoxikationen (oder deren Folgen) wie den gewaltsamen Tod (Suizid, Strassenverkehrsunfälle) umfasst“ (S. 24, Übersetzung Walter Weiss)

Im Gegensatz zu den Männern sind bei den Frauen nur in zwei Kantonen sowohl hohe Mortalitäts- als auch Morbiditätsraten (IV-Rentenfälle) beobachtet worden. Dies sollte zum Anlass genommen werden, nach weiteren Faktoren zu suchen, welche zur Erklärung der

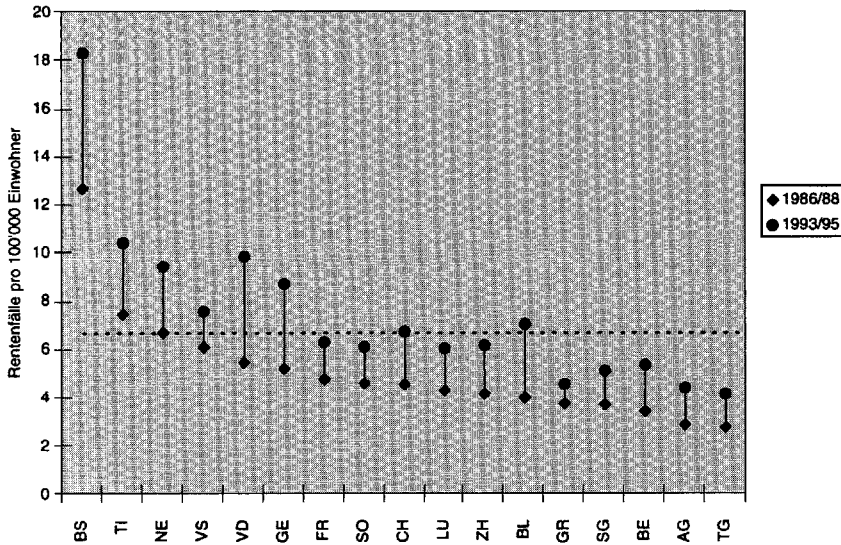


Diagramm 8. Rate der Invalidenrentner, alle psychischen Ursachen (Frauen 0–62 Jahre und Männer 0–64 Jahre).

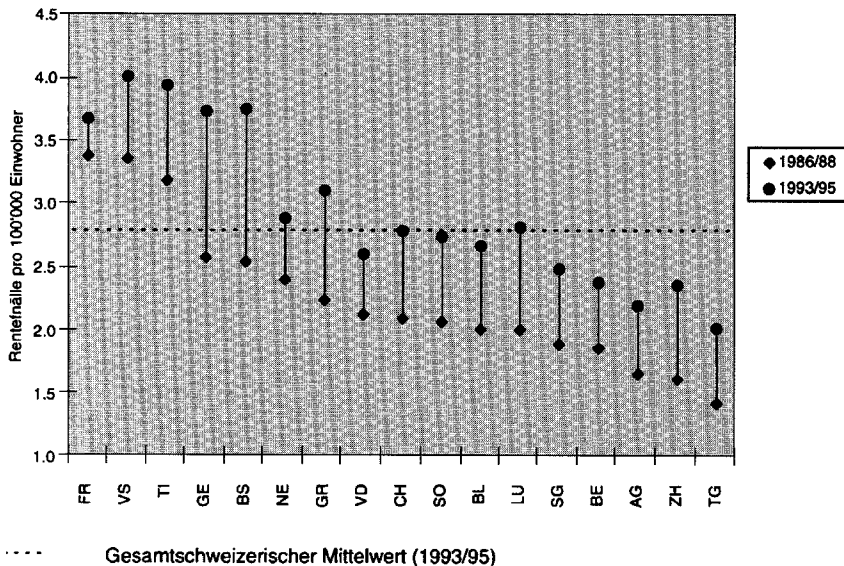


Diagramm 9. Rate der Invalidenrentner, alle Unfall-Ursachen (Frauen 0–62 Jahre und Männer 0–64 Jahre).

oben erwähnten Verschlechterung der gesundheitlichen Situation der Frau in einigen Kantonen beitragen könnten.

Folgerungen

Die vorangehende Analyse belegt mit einiger Deutlichkeit die Bedeutung der Lebensbedingungen

hinsichtlich der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung und bestätigt damit die Forderung der GFA-Strategie nach „intersektoraler“ Zusammenarbeit im Sinne der Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen und der Prüfung der Gesundheitsverträglichkeit von Entscheidungen und Massnahmen anderer Politikfelder.

Die Analyse belegt auch die Bedeutung eines kontinuierlichen Monitorings der Gesundheit der Bevölkerung und ihrer Determinanten. Diesem Gesundheitsmonitoring kommt deshalb die Aufgabe zu, auch über die gesundheitlichen Auswirkungen von Massnahmen ausserhalb des Bereichs der Gesundheitspolitik im engeren Sinne Rechenschaft abzulegen. Dadurch liesse sich u.a. verhindern, dass Auswirkungen beispielsweise der Sozial-, Beschäftigungs- oder Lohnpolitik usw. als Gesundheits- bzw. Krankheitskosten unbemerkt der Gesellschaft und dem Bürger übertragen werden.

Dieses Monitoring der gesundheitlichen Lage hat möglichst nahe am Alltag der Bevölkerung, in deren Lebenswelt, mithin auf der Ebene des Kantons, der Region oder Stadt zu erfolgen und den besonderen Lebensbedingungen spezifischer Bevölkerungssegmente Rechnung zu tragen.

Gesundheitsberichterstattung wird sich nicht darauf beschränken können, auf Unterschiede zwischen Kantonen oder Bevölkerungsgruppen hinzuweisen. Sofern ein Konsens darüber besteht, dass es das Ziel der Gesundheitspolitik ist, gesundheitliche Ungleichheit abzubauen, verpflichtet der Nachweis solcher Ungleichheit zu einer Analyse deren Hintergründe und ursächlicher Zusammenhänge. Die dadurch geschaffene wissenschaftliche Evidenz muss der Öffentlichkeit und den politischen Entscheidungsträgern zur Kenntnis gebracht werden, damit sie zu praktischen Konsequenzen führen kann.

Nicht zuletzt wird der Gesundheitsberichterstattung die Aufgabe zufallen, die vorgeschlagenen Massnahmen bzw. darauf beruhende Interventionen auf deren Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit hin zu überprüfen.

		Fallzahlen		Umzuvert. Fälle		Dissimilaritätsindex		Differenz
		1981/83	1992/94	1981/83	1992/94	1981/83	1992/94	
Alle Todesursachen	M	9041	8401	318	222	3,5	2,6	-25 %
	F	4506	4242	92	96	2,0	2,3	15 %
Krebssterblichkeit	M	2591	2421	125	100	4,8	4,1	-15 %
	F	1875	1909	38	36	2,0	1,9	-5 %
Herz-Kreislaufsterblichkeit	M	2437	1854	73	64	3,0	3,4	13 %
	F	815	616	37	27	4,5	4,3	-4 %
Suizid	M	874	789	38	53	4,3	6,7	56 %
	F	348	284	26	22	7,5	7,9	5 %
Alk. Leberzirrhose	M	291	217	42	22	14,3	10,1	-29 %
	F	105	103	15	13	14,7	12,7	-14 %
Strassenverkehrs-Unfälle	M	670	400	86	46	12,8	11,4	-11 %
	F	209	115	26	13	12,3	11,6	-6 %
IV-Rentner*, alle Ursachen	M	71499	93995	6905	7639	9,7	8,1	-16 %
	F	48633	66235	3648	5141	7,5	7,8	4 %
IV-Rentner*, psych. Khtn.	M+F	24965	39311	3209	5587	12,9	14,2	10 %
IV-Rentner*, Unfälle	M+F	11664	16463	1172	1484	10,0	9,0	-10 %

* Vergleichsperiode: 1986/88 und 1993/95.

Tabelle 1. Trends der Disparitäten zwischen den Kantonen.

Summary

Health for all – the last evaluation of progress before the year 2000

In the framework of the tri-annual report to WHO of progress towards "Health for all" the specific question concerning reduction of inequity in health is addressed. Regional variations in health status represent an important aspect of that question which is of particular interest in a federal country where major public health competencies are located at the regional level (cantons in Switzerland). Health status is described by both mortality measures (main causes of death) in the population aged 0-64 years and morbidity indicators (rates of disability pensioners) in the same age group. In addition to the comparison of mortality and morbidity rates between cantons an "index of dissimilarity" (DI) was used. For both criteria, changes over a time period of 10 to 12 years were considered. Results show decreasing trends of mortality from all and main causes of death in both sexes. While this tendency goes along with decreasing dissimilarity as to male overall mortality, the corresponding female DI increases, indicating an increase in inequity between the cantons. A similar pattern is observed as to morbidity: although rates of disability pensioners went up for both sexes, this increase resulted in a lower DI-value for men but a higher one for women. The results are discussed against the background of socioeconomic differences (e.g. unemployment) between the cantons studied.

Literaturverzeichnis

- 1 Bundesamt für Gesundheitswesen, Bundesamt für Statistik, Schweizerisches Institut für das Gesundheitswesen. Gesundheit für alle. Fortschrittsmessung – Evaluation, Bericht der Schweiz 1990/91. Bern: Bundesamt für Statistik, 1992: 134 pp.
- 2 World Health Organization, Regional Office for Europe. Implementation of the Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Second evaluation. Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series, No. 52, 1994: 289 pp.
- 3 Bundesamt für Gesundheitswesen, Bundesamt für Statistik, Schweizerisches Institut für das Gesundheitswesen. Die Schweiz im europäischen Vergleich. Gesundheit für alle im Jahre 2000, Fortschrittsmes-

Résumé**Santé pour tous – la dernière évaluation des progrès avant l'an 2000**

Dans le cadre du rapport triennuel à l'intention de l'OMS sur les progrès accomplis dans la réalisation de la «Santé pour tous», la question spécifique relative à la réduction de l'inéquité face à la santé est étudiée. Les variations régionales de l'état de santé représentent un aspect important de cette question surtout dans un Etat fédéral qui concède d'importantes compétences en matière de santé publique à l'échelon cantonal. L'état de santé est décrit en utilisant des indicateurs de mortalité (globale et due aux causes de décès principales) et de morbidité (invalidité) dans la population âgée de 0 à 64 ans. Outre la comparaison des taux de mortalité et de morbidité entre cantons, un «indice de dissimilarité» (ID), est utilisé. Pour tous ces critères, l'observation porte sur une période de 10 à 12 ans. Les résultats montrent une diminution de la mortalité (toutes causes confondues et causes principales) pour les deux sexes. Alors que cette tendance est associée à une réduction de l'ID relatif à la mortalité masculine (toutes causes confondues), la valeur correspondante de l'ID des femmes augmente, indiquant dès lors un renforcement de l'inéquité entre les cantons. Une tendance similaire peut être observée en ce qui concerne la morbidité: bien que les taux des rentiers de l'assurance invalidité augmentent pour les deux sexes, cette augmentation va de pair avec une diminution de la valeur de l'ID des hommes et une augmentation de celle des femmes. Ces résultats sont discutés dans le contexte des différences socio-économiques (p. ex. chômage) entre les cantons étudiés.

sung – Evaluation 1993/1994. Bern und Lausanne, 1995: 68 pp.

- 4 Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa: Gesundheit in Europa. „Gesundheit für alle“: Sachstandsbericht 1993/1994. Kopenhagen: Regionale Veröffentlichungen der WHO, Europäische Schriftenreihe, Nr. 56, 1995: 66 pp.
- 5 Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen, Hrsg. Ziele zur Gesundheitspolitik für die Schweiz. Soz Präventivmed 1997; 42 (Suppl. 1): 1–80.
- 6 Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa: Ziele zur „Gesundheit für alle“. Die Gesundheitspolitik für Europa. Aktualisierte Zusammenfassung, September 1991. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa, 1992: 58 pp.
- 7 Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa: Gesundheit in Europa. „Gesundheit für alle“: Sachstandsbericht 1993/1994. Kopenhagen: Regionale Veröffentlichungen der WHO, Europäische Schriftenreihe, Nr. 56, 1995: 66 pp.
- 8 Beer V, Bisig B, Gutzwiller F. Social Class Gradients in Years of Potential Life Lost in Switzerland. Soc Sci Med 1993; 37: 1011–1018.
- 9 Bodenmann A, Ackermann-Lieblich U, Spuhler T. Soziale Unterschiede in der Schweizer perinatalen Sterblichkeit. Schweizerische Ärztezeitung 1990; 71: 1927–1930.
- 10 Minder CE. Socio-economic factors and mortality in Switzerland. Soz Präventivmed 1993; 38: 313–28.
- 11 Schüler G, Bopp M. Atlas der Krebsmortalität in der Schweiz 1970–1990. Band B, Gesamtmortalität und wichtige Nicht-Krebs-Todesursachen. Basel: Birkhäuser, 1997: 135 pp.

- 12 Kunst AE, Mackenbach JP. Die Messung sozioökonomisch bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa, 1996: 116 pp.
- 13 Bundesamt für Sozialversicherung. Abuse-t-on de l'assurance-invalidité? Sécurité sociale 1997; 4: 193–198.
- 14 Bundesamt für Statistik. Statistisches Jahrbuch der Schweiz 1997. Zürich: Verlag NZZ, 1996: 464 pp.
- 15 Meystre-Agostoni G. Chômage et santé: Analyse de la littérature. Rapport de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne. Lausanne: Service de la santé publique, 1997: 134 pp.

Danksagung

Die Autoren danken Erwin Wüest (Bundesamt für Statistik) und François Donini (Bundesamt für Sozialversicherung) für ihre Hilfe bei der Datenaufbereitung sowie Dr. Hervé Guillain (Institut de santé et d'économie) und Dr. Anatoly Nossikov (WHO Regionalbüro für Europa) für nützliche Hinweise und Kommentare.

Korrespondenzadresse

Dr. rer. soc. Walter Weiss
Institut de santé et d'économie (ISE)
Rue du Bugnon 21
CH-1005 Lausanne
Tel. +41 21 314 74 06
Fax +41 21 314 74 04
e-mail: Walter.Weiss@hospvd.ch