

Lebensstil, Körpergewicht und andere Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten mit Schwerpunkt Ernährung Resultate der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012

Vertragsnummer 13.005405 / 204.0001 / - 1157

Monika Eichholzer¹, Aline Richard¹, Nadine Stoffel-Kurt², Kathrin Favero², Sabine Rohrmann¹,
Hanspeter Stamm³, Doris Wiegand³

¹ Abteilung Epidemiologie chronischer Krankheiten, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich

² Bundesamt für Gesundheit, Sektion Ernährung & Bewegung, Bern

³ Lamprecht & Stamm Sozialforschung und Beratung AG, Zürich

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	1
Zusammenfassung.....	2
Synthèse	3
Sintesi	4
Summary	5
Einleitung.....	6
Methodik.....	7
Datenquellen.....	7
Fragen zum Körpergewicht, Fragen zu Essgewohnheiten und Fragen zum Ernährungsbewusstsein	7
Fragen zum Bewegungsverhalten.....	8
Fragen zum Rauchen und zum Alkoholkonsum.....	9
Fragen zur Diagnose und Behandlung von Diabetes, Hypertonie und Hypercholesterinämie	10
Datenanalysen	10
Resultate.....	12
Körpergewicht.....	13
Ernährungsbewusstsein	15
Konsum einzelner Lebensmittel (Tabelle 5).....	17
Hindernisse für eine gesunde Ernährung.....	21
Bewegungsverhalten.....	23
Rauchen	25
Alkohol	25
Diabetes, Hypertonie, Hypercholesterinämie (Tabelle 15).....	26
Diskussion.....	27
Bewegung.....	32
Tabak.....	33
Alkohol	33
Diabetes, Hypertonie, Hypercholesterinämie.....	34
Methodische Stärken und Schwächen.....	35
Zusammenfassende Beurteilung	35
Bibliographie.....	37
Tabellen	40

Zusammenfassung

Das Bundesamt für Statistik führt seit 1992 im Abstand von fünf Jahren die Schweizerischen Gesundheitsbefragungen (SGB) durch. Die hier vorgestellte SGB von 2012 basiert auf einer 21'597 Personen umfassenden Stichprobe. Diese ist repräsentativ für die in der Schweiz wohnhafte Bevölkerung ab 15 Jahren. Die wichtigsten Resultate lassen sich wie folgt zusammenfassen: Übergewicht (30.8%) und Adipositas (10.3%) sind weit verbreitet. Nach einer Stagnation zwischen 2002 und 2007, nimmt die Adipositas nun wieder zu. 32.1% der Befragten geben an in der Ernährung auf nichts zu achten. Seit 1992 hat sich dies nicht verbessert, bei den Frauen seit 2007 eher noch verschlechtert. Die empfohlenen drei Portionen Gemüse/Salate und zwei Portionen Früchte pro Tag konsumieren nur 10.9% der Befragten. Die empfohlenen drei Portionen Milch und Milchprodukte erreichen nur 9.3%. 34.7% essen seltener als wöchentlich oder nie Fisch; von 1992 bis 2012 hat sich dieser Anteil um 9.5% vermindert. 48.3% der Männer und 28.5% der Frauen konsumieren an mehr als 4 Tagen der Woche Fleisch/Wurstwaren. Die seit 1992 beobachtete Abnahme des zu häufigen Fleisch-/Wurstwarenkonsums setzt sich seit 2002 nicht mehr fort. Der Prozentsatz von Personen, die weniger als einen Liter Flüssigkeit (ohne Alkohol) pro Tag trinken hat von 4.4% in den Jahren 2002 und 2007 auf 5.7% (2012) zugenommen. Die vier am häufigsten genannten Hindernisse für eine gesunde Ernährung sind „eine grosse Vorliebe für gutes Essen“, „der hohe Preis gesunder Nahrungsmittel“, „Gewohnheiten und Zwänge des Alltags“ und „der Zeitaufwand für den Kauf und die Zubereitung entsprechender Nahrungsmittel“. Alle Hindernisse werden 2012 seltener genannt als 2007; besonders das Preisargument und das ungenügende Angebot in Restaurants Kantinen etc. haben an Bedeutung verloren. 72% erfüllen die Bewegungsempfehlungen (2002: 63%) und der Medianwert fürs Sitzen liegt aktuell bei 5 Stunden pro Tag. Über die letzten 20 Jahre hat sich der Anteil der Raucher bei den Männern von 36.5% auf 32.4% signifikant vermindert, bei den Frauen blieb der Anteil stabil (24.1%, 24.2%). 4.8% trinken chronisch zu viel Alkohol (Frauen ≥ 20 g, Männer ≥ 40 g reiner Alkohol pro Tag); dieser Anteil hat sich bei den Männern seit 1997 signifikant von 7.5% auf 5.5% verringert, bei den Frauen blieb er etwa gleich (4.6%, 4.1%). 11.1% der Befragten, d.h. 17.0% der Männer und 5.6% der Frauen, trinken mindestens einmal monatlich 6 oder mehr Gläser alkoholische Getränke bei einem Anlass. Diabetes mellitus, Hypertonie oder Hypercholesterinämie wurde bei 4.7%, 26.8% und 17.4% der Befragten schon einmal im Leben von einem Arzt diagnostiziert. Diabetes hat bei den Männern zwischen 1997 und 2012 signifikant zugenommen, Hypertonie und Hypercholesterinämie bei beiden Geschlechtern (für Hypertonie v.a. deutlich zwischen 2007 und 2012). Zusammenfassend deutet dies auf eine Verschlechterung bezüglich Körpergewicht aber auch einiger Lebensstilfaktoren hin, was sich dann auch in der Zunahme von

Diabetes, Hypertonie und Hypercholesterinämie widerspiegelt. Besonders gefährdet sind Männer, ältere Personen und Personen mit tieferem Bildungsniveau.

Synthèse

Depuis 1992, l'Office fédéral de la statistique réalise tous les cinq ans une enquête suisse sur la santé (ESS). La présente édition date de 2012 et se base sur un échantillon global rassemblant 21 597 personnes. Elle est représentative de la population résidante en Suisse et âgée d'au moins 15 ans. Les principaux résultats sont les suivants : la surcharge pondérale (30,8 %) et l'obésité (10,3 %) sont très répandues. Après avoir stagné entre 2002 et 2007, l'obésité augmente à nouveau actuellement. 32,1 % des personnes interrogées avouent n'accorder aucune attention à leur alimentation. La situation ne s'est pas améliorée depuis 1992, et a même empiré depuis 2007 pour les femmes. Seules 10,9 % des personnes interrogées consomment les trois portions de légumes / salade ainsi que les deux portions de fruits recommandées par jour. 9,3 % seulement observent les recommandations concernant les trois portions de lait et de produits laitiers. 34,7 % mangent du poisson moins d'une fois par semaine, voire jamais ; entre 1992 et 2012, cette portion a diminué de 9,5 %. 48,3 % des hommes et 28,5 % des femmes consomment plus de 4x par semaine de la viande / de la charcuterie. La diminution observée depuis 1992 concernant la trop fréquente consommation de viande / de charcuterie stagne depuis 2002. De 4,4 % dans les années 2002 et 2007, le pourcentage de personnes qui boivent moins d'un litre de liquide (alcool non compris) par jour est monté à 5,7 % (2012). Les obstacles à une alimentation saine les plus fréquemment évoqués sont : « une préférence marquée pour la bonne nourriture », « le prix élevé des denrées alimentaires saines », « les habitudes et les contraintes du quotidien » et « l'investissement en temps pour acheter et apprêter les denrées alimentaires ». Toutes ces « barrières » sont mentionnées plus rarement en 2012 qu'en 2007 ; l'argument du prix notamment et l'offre insatisfaisante dans les restaurants, cantines, etc. ont perdu en importance. 72 % des personnes interrogées suivent les recommandations concernant l'activité physique (63 % en 2002) et la valeur moyenne pour la position assise s'élève actuellement à cinq heures par jour. Ces 20 dernières années, la part de fumeurs a diminué de manière significative chez les hommes, passant de 36,5 % à 32,4 %, alors qu'elle est restée stable chez les femmes (24,1 %, 24,2 %). 4,8 % des personnes ont une consommation d'alcool excessive chronique (femmes \geq 20 g, hommes \geq 40 g d'alcool pur par jour) ; depuis 1997, cette part a significativement diminué chez les hommes, passant de 7,5 % à 5,5 %, alors qu'elle est restée stable chez les femmes (4,6 %, 4,1 %). 11,1 % des personnes interrogées (17,0 % des hommes et 5,6 % des femmes) boivent au moins une fois par mois six verres ou plus de boissons alcoolisées lors d'un événement. Le diabète sucré,

l'ipertensione ou l'hypercholestérolémie ont déjà été diagnostiqués une fois par un médecin chez respectivement 4,7 %, 26,8 % et 17,4 % des personnes interrogées. Entre 1997 et 2012, constat a été fait d'une augmentation significative des cas de diabète chez les hommes et des cas d'ipertensione et d'hypercholestérolémie chez les deux sexes (pour l'ipertensione surtout entre 2007 et 2012). En résumé, ces résultats indiquent que le poids corporel mais également le mode de vie ont tendance à se dégrader, ce que reflète aussi l'augmentation du diabète, de l'ipertensione et de l'hypercholestérolémie. Les groupes particulièrement à risques sont les hommes, les personnes âgées ainsi que les personnes ayant un faible niveau de formation.

Sintesi

Dal 1992, a scadenza quinquennale, l'Ufficio federale di statistica (UST) conduce l'Indagine sulla salute in Svizzera (ISS). I risultati del 2012 qui presentati si basano su un campione complessivo di 21 597 persone e sono rappresentativi per la popolazione residente in Svizzera di età superiore ai 15 anni. I risultati più importanti possono essere riassunti come segue. Il sovrappeso (30,8 %) e l'obesità (10,3 %) sono molto diffusi. Dopo una stasi tra il 2002 e il 2007, il numero di obesi ha ricominciato ad aumentare. Il 32,1 per cento degli intervistati afferma di non prestare alcuna attenzione all'alimentazione. Dal 1992 la situazione non è migliorata e, per quanto riguarda le donne, dal 2007 si è assistito ad un peggioramento. Solo il 10,9 per cento degli intervistati consuma le tre porzioni di verdura/insalata e le due porzioni di frutta raccomandate per giornata. Solo il 9,3 per cento raggiunge le tre porzioni di latte e latticini raccomandate per giornata. Il 34,7 per cento mangia pesce meno di una volta a settimana o mai; dal 1992 al 2012 questa quota si è ridotta del 9,5 per cento. Il 48,3 per cento degli uomini e il 28,5 per cento delle donne consumano carne/insaccati per più di 4 giorni a settimana. La riduzione del consumo eccessivo di carne/insaccati osservata dal 1992 si è arrestata a partire dal 2002. La percentuale di persone che bevono meno di un litro di liquidi al giorno (non alcolici) è aumentata dal 4,4 per cento negli anni 2002 e 2007 al 5,7 per cento nel 2012. I quattro ostacoli ad un'alimentazione corretta più frequenti sono «l'amore per la buona tavola», «il costo eccessivo degli alimenti sani», «le abitudini e gli obblighi quotidiani» e «il tempo impiegato per l'acquisto e la preparazione di alimenti appropriati». Nel 2012 questi ostacoli sono stati menzionati meno frequentemente rispetto al 2007; in particolare, è diminuita l'importanza del prezzo e dell'offerta insufficiente di alimenti sani nelle mense ecc. Il 72 per cento mette in atto le raccomandazioni sull'attività fisica (2002: 63 %) e il numero medio di ore sedentarie giornaliere ammonta a 5. Negli ultimi 20 anni la percentuale dei fumatori uomini si è ridotta significativamente dal 36,5 al 32,4 per cento. Per quanto riguarda le donne, questa percentuale è rimasta stabile (24,1 %, 24,2 %). Il 4,8 per cento degli intervistati beve troppo alcol cronicamente (donne \geq 20 g,

uomini ≥ 40 g di alcol puro al giorno); rispetto al 1997, questa percentuale si è ridotta significativamente negli uomini, dal 7,5 al 5,5 per cento, mentre nelle donne è rimasta circa uguale (4,6 %, 4,1 %). L'11,1 per cento degli intervistati (17,0 % di uomini e 5,6 % di donne), beve almeno una volta al mese, in occasione di un evento, 6 o più bicchieri di bevande alcoliche. Al 4,7 per cento degli intervistati è già stato diagnosticato una volta nella vita il diabete mellito, al 26,8 per cento ipertonia e al 17,4 per cento ipercolesterolemia. Il diabete è aumentato significativamente negli uomini tra il 1997 e il 2012, l'ipertonia e l'ipercolesterolemia in entrambi i sessi (l'ipertonia nettamente soprattutto tra il 2007 e il 2012). In sintesi, i risultati mostrano un peggioramento in materia di peso corporeo ma anche di diversi fattori attinenti allo stile di vita, cui è correlata una maggiore frequenza del diabete, dell'ipertonia e dell'ipercolesterolemia. Particolarmente a rischio sono gli uomini, le persone più anziane e coloro con un livello d'istruzione basso.

Summary

Swiss Health Surveys (SHS) have been conducted by the Federal Statistical Office every 5 years since 1992. The 2012 SHS presented here is based on a sample comprising 21,597 people, which is representative of the population aged 15 or older resident in Switzerland. The most important results can be summarized as follows: overweight (30.8%) and obesity (10.3%) are widespread. Having stagnated between 2002 and 2007, obesity is once again increasing. Of all the respondents, 32.1% report paying no attention to diet. This has not improved since 1992, and among women the situation has even tended to deteriorate since 2007. Only 10.9% of respondents consume the recommended three portions of vegetables/salad and two portions of fruit per day. Only 9.3% consume the recommended three portions of milk and dairy products. Fish is eaten less than once a week or never by 34.7%; this proportion decreased by 9.5% between 1992 and 2012. Meat/cold cuts are consumed more than 4 days a week by 48.3% of men and 28.5% of women. The decrease in excessive consumption of meat/cold cuts observed from 1992 onwards has not continued since 2002. The proportion of people who drink less than a litre of fluids (excluding alcohol) per day rose from 4.4% in 2002 and 2007 to 5.7% in 2012. The four most frequently cited barriers to a healthy diet are “a strong preference for good food”, “the high price of healthy food”, “habits and pressures of daily life” and “the time required to purchase and prepare healthy food”. All the barriers are cited less frequently in 2012 than in 2007; in particular, the price argument and the inadequate selection available in restaurants, canteens, etc. have become less significant. In 2012, 72% comply with the recommendations for exercise (63% in 2002), and the median value for sitting is now 5 hours per day. Over the last 20 years, the proportion of smokers has decreased significantly among men (from 36.5% to 32.4%), while it has remained stable among women (24.1% and 24.2%). The overall rate of

chronic excessive alcohol consumption (≥ 20 g pure alcohol per day for women and ≥ 40 g for men) is 4.8%; since 1997, the proportion has decreased significantly among men (from 7.5% to 5.5%) while remaining roughly the same among women (4.6%, 4.1%). Overall, 11.1% (17.0% of men and 5.6% of women) consume 6 or more glasses of alcoholic drinks on one occasion at least once a month. Diabetes mellitus, hypertension or hypercholesterolaemia has been medically diagnosed at least once in 4.7%, 26.8% and 17.4% of the respondents. Diabetes increased significantly among men between 1997 and 2012, while hypertension and hypercholesterolaemia become more prevalent among both sexes (with a clear rise in hypertension in particular between 2007 and 2012). In summary, this suggests a deterioration with regard to body weight but also in certain lifestyle factors, which is then reflected by an increase in diabetes, hypertension and hypercholesterolaemia. Particularly at risk are men, older people and those with a lower educational level.

Einleitung

Ein gesundheitsfördernder Lebensstil hat einen wesentlichen, präventiven Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf nicht-übertragbarer Krankheiten wie Diabetes mellitus Typ 2, Herz-Kreislaufkrankheiten, Krebs verschiedener Lokalisation, Lungenkrankheiten wie die chronisch obstruktive Lungenkrankheit COPD (1). Tabakkonsum, körperliche Inaktivität, zu hoher Alkoholkonsum und unausgewogene Ernährung stellen die vier wichtigsten Risikofaktoren dar (1). Die zunehmende Zahl von Betroffenen mit diesen Krankheiten stellt einen wesentlichen Kostenfaktor dar. Wie der 6. Schweizerische Ernährungsbericht von 2012 feststellt (2), ist im Hinblick auf den immer grösseren Anteil älteren Menschen in der Schweiz wie in anderen westlichen Ländern eine zusätzliche Ausrichtung des Gesundheitssystems auf Grundversorgung und Gesundheitsförderung anzustreben. Ansonsten wird eine weitere Zunahme der Gesundheitskosten in der Schweiz unausweichlich. In den meisten europäischen Ländern hängen fünf der sieben wichtigsten Risikofaktoren für nicht-übertragbare Krankheiten mit Ernährung und Bewegung zusammen (3): Übergewicht, Bluthochdruck (Hypertonie), hoher Blutcholesterolgehalt (Hypercholesterinämie), geringer Früchte- und Gemüsekonsum und geringe körperliche Aktivität. Die beiden weiteren Risikofaktoren sind Tabak- und Alkoholkonsum. In der Schweiz bieten die Nationalen Programme die wichtigsten Grundlagen um Massnahmen zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung und ausreichender Bewegung, und Massnahmen zur Beschränkung des Tabak- und Alkoholkonsum sowohl auf der Verhaltens- als auch auf der Verhältnisebene einzuleiten und zu koordinieren (3-5). Die vorliegende Arbeit unterstützt diese Bestrebungen, indem sie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und mit Hilfe der Ergebnisse der neuesten Schweizerischen Gesundheitsbefragung

von 2012 (SGB12) die Schweizer Daten zum Körpergewicht, zu verschiedenen Ernährungsparametern, zur Bewegung, zum Alkohol- und Tabakkonsum sowie zur Diagnose und Behandlung von Diabetes, Hypertonie und Hypercholesterinämie in der Bevölkerung aktualisiert. Veränderungen über die letzten 20 Jahre sollen analysiert und dokumentiert werden.

Methodik

Datenquellen

Die hier vorgestellten Daten stammen aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung, die 2012 im Auftrag des Bundesamtes für Statistik vom Befragungsinstitut LINK, mit Sitz in Luzern, Zürich, Lausanne und Lugano durchgeführt wurde. Es handelt sich um eine repräsentative Stichprobenerhebung bei rund 41'000 Privathaushaltungen basierend auf den Einwohnerregistern der ganzen Schweiz. 21'597 Personen ab dem 15. Altersjahr mit Wohnsitz in der Schweiz waren bereit, an der Befragung teilzunehmen (Teilnahmequote 54%). Insgesamt wurden 11'314 Frauen und 10'283 Männer befragt, wovon 17'936 Personen mit Schweizerischer Staatsbürgerschaft und 3661 in der Schweiz wohnhafte Ausländerinnen und Ausländer (d.h. Personen, die keine Schweizerische Staatsbürgerschaft besitzen) waren. Die Repräsentativität der Stichprobe für die permanente Bevölkerung der Schweiz von 2012 wurde durch entsprechende Gewichtung der Resultate (vgl. unten) gewährleistet. Die Befragung erfolgte per Telefon bei Personen ab dem 15. bis zum 74. Altersjahr, die interviewfähig waren. Bei über 75-jährigen oder bei gesundheitlich beeinträchtigten Personen konnte auch ein persönliches Face-to-Face Interview gemacht werden (n = 48). Für Personen, die nicht interviewfähig waren, wurde ein so genanntes „Proxy-Interview“ durchgeführt, d.h. ein anderes Haushaltsmitglied wurde zu dieser Person befragt (ohne Einstellungsfragen und persönliche Fragen) (n = 719). Bei Zustimmung des Befragten jeden Alters (Ausnahme Proxy-Interview) erfolgte eine anschliessende schriftliche Befragung (Papier oder online) (n = 18357). Voraussetzung für die Teilnahme an der Befragung war die Kenntnis einer Landessprache (deutsch, französisch, italienisch). Die SGB 2012 ist die fünfte Gesundheitsbefragung, die in der Schweiz seit 1992 im 5-Jahres- Abstand durchgeführt wurde; Angaben zur Methodik früherer Erhebungen finden sich u.a. in den entsprechenden Publikationen zu den Ernährungsdaten (6-8).

Fragen zum Körpergewicht, Fragen zu Essgewohnheiten und Fragen zum Ernährungsbewusstsein

Körpergewicht und Körpergrösse wurden wie folgt erhoben: «Können Sie mir sagen, wie gross Sie sind» (ohne Schuhe)? «Und wie viel wiegen Sie (ohne Kleider)?» Der aus diesen Daten berechnete

Body Mass Index (BMI) (kg/m^2) wurde in die Kategorien der WHO unterteilt (9) (Tabelle 1). Für die 15–17-Jährigen wurden die Tabellen von TJ Cole (10) als Referenz herangezogen, um der unterschiedlichen Entwicklung des Körpergewichts von Jugendlichen Rechnung zu tragen. Was die Ernährungsfragen betrifft, so wurden einige der hier analysierten Fragen nach dem Prinzip des „Food Frequency Questionnaire“ erhoben. So interessierte die Häufigkeit im Allgemeinen des Konsums von Fleisch oder Wurstwaren, Fisch, Milch oder anderen Milchprodukten sowie der Konsum von Gemüse/Salat bzw. Gemüsesäften (ohne Kartoffeln) und der Konsum von Früchten bzw. Fruchtsäften. Nicht erfasst wurde der Konsum von Getreideprodukten, Kartoffeln und Hülsenfrüchten. Mögliche Antwortkategorien zu den gestellten Fragen waren „nie“, „seltener“, „ein Tag pro Woche“, „zwei Tage pro Woche“, „drei Tage pro Woche“, „vier Tage pro Woche“, „fünf Tage pro Woche“, „sechs Tage pro Woche“, „sieben Tage pro Woche“. Bei Konsum von Milch und Milchprodukten an mindestens fünf Tagen pro Woche wurde weiter gefragt: „Und wie viele Portionen Milch oder Milchprodukte nehmen Sie durchschnittlich pro Tag zu sich? Eine Portion entspricht etwa 30–60 g Käse; bei Milch, Quark oder Joghurt wäre es etwa ein mittleres Glas resp. einen Becher voll, also 2 dl.“ (mögliche Antwortkategorien waren „weniger als eine Portion pro Tag“, „etwa eine Portion pro Tag“, „zwei Portionen pro Tag“, „drei Portionen pro Tag“, „vier Portionen und mehr pro Tag“). Wurde Gemüse/Salate/Gemüsesäfte (ohne Kartoffeln) an fünf Tagen oder häufiger konsumiert, so wurde weiter gefragt: „Und wie viele Portionen Gemüse, Salat oder Gemüsesäfte nehmen Sie im Durchschnitt am Tag zu sich? Eine Portion wäre etwa so gross wie Ihre Hand voll (oder etwa 1 Tomate, 1 grosses Rüebli). Beim Saft sind es etwa 2 dl.“ Wurden Früchte/Fruchtsäfte an fünf Tagen oder häufiger konsumiert so wurde weiter gefragt „Und wie viele Portionen Früchte oder Fruchtsäfte nehmen Sie im Durchschnitt am Tag zu sich? Eine Portion wäre etwa so gross wie Ihre Hand voll (also 1 Apfel, 1 Birne). Beim Saft sind es etwa 2 dl.“ Für beide Fragen waren die möglichen Antwortkategorien „weniger als eine Portion“, „eine Portion“, „zwei Portionen“, „drei Portionen“, „vier Portionen“, „5 Portionen und mehr“. Zudem wurde die Frage „Wie viel Flüssigkeit trinken Sie normalerweise an einem gewöhnlichen Wochentag, alkoholische Getränke nicht mitgerechnet? (Liter mit maximal einer Stelle nach dem Komma)“ gestellt. Weitere Fragen befassten sich mit Hindernissen für eine gesunde Ernährung (vorgegebene Antwortmöglichkeiten siehe Tabelle 8) und dem Ernährungsbewusstsein („Achten Sie auf bestimmte Sachen bei Ihrer Ernährung?“: „ja“, „nein“).

Fragen zum Bewegungsverhalten

Um das Ausmass der körperlichen Aktivität zu bestimmen wurden die telefonisch gestellten Fragen nach dem Ausmass und der Dauer der körperlichen Aktivität zu einem Index zusammengefasst. Es wurde sowohl nach den intensiven körperlichen Aktivitäten („Kommen Sie in Ihrer Freizeit

mindestens einmal pro Woche durch körperliche Betätigung zum Schwitzen? z.B. durch Rennen / Velofahren, usw. ?“ und „An wie vielen Tagen pro Woche im Durchschnitt?“) als auch nach denjenigen mit mittlerer Intensität („Jetzt geht es um weniger intensive Bewegungsformen. Also um Aktivitäten, wo Sie zumindest ein bisschen ausser Atem kommen, aber nicht unbedingt ins Schwitzen. Das sind zum Beispiel zügiges Laufen, Wandern, Tanzen, Gartenarbeiten oder verschiedene Sportarten: An wie vielen Tagen pro Woche machen Sie solche körperliche Aktivitäten?“ und „Wie lange sind Sie an jedem von diesen Tagen aktiv, im Durchschnitt?“) gefragt. Der Index ergibt die fünf Kategorien „trainiert: mindestens 3 Tage pro Woche mit Schwitzepisoden durch körperliche Bewegung“, „regelmässig aktiv: mindestens 5 Tage mit jeweils mindestens 30 Min. Aktivitäten mit mittlerer Intensität (ausser Atem kommen“, „unregelmässig aktiv: mindestens 150 Minuten mittlere Intensität pro Woche oder 2 Tage mit Schwitzepisoden“, „teilaktiv: mindestens 30 Minuten mittlere Intensität pro Woche oder 1 Tag mit Schwitzepisoden“ und „inaktiv: keine nennenswerte Bewegungsaktivität“. Wer die Bedingungen der ersten drei Kategorien erfüllt, gilt dabei gemäss den seit 2013 geltenden Bewegungsempfehlungen¹ als genügend körperlich aktiv, d.h ist mind. 150 min. pro Woche aktiv. Das Ausmass der Inaktivität, also der Dauer des täglichen Sitzens, wurde im schriftlichen Teil der Befragung wie folgt erhoben: „Wie lange sitzen Sie insgesamt an einem üblichen Wochentag (Montag bis Freitag)? Zum Beispiel bei der Arbeit, in der Schule, zu Hause, auf dem Weg von einem Ort zum andern oder während der Freizeit, am Tisch, beim Besuch von Freunden, beim Fernsehen oder beim Lesen. Geben Sie bitte einen Durchschnitt pro Tag an“. Für die Auswertung dieser Frage wird der Median ausgewiesen, der weniger sensibel auf Ausreisser reagiert und denjenigen Wert angibt, der die Verteilung in zwei Hälften teilt, so dass die eine Hälfte unter diesem Wert liegt und die andere darüber.

Fragen zum Rauchen und zum Alkoholkonsum

Der Tabakkonsum wurde mit Hilfe eines Indizes, der vom BFS aus den folgenden zwei Fragen gebildet wurde, erhoben: „Aktueller Tabakkonsum: ja/nein“ und „Nichtraucher/in: jemals länger als 6 Monate geraucht?“ Daraus ergaben sich die folgenden Ausprägungen: Raucher/in, Ex-Raucher/in, nie Raucher. Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum wurde anhand der folgenden Mengen pro Tag definiert: Frauen ≥ 20 g reiner Alkohol pro Tag, Männer ≥ 40 g. Ein Index vom BFS ermöglichte dabei die Berechnung der Gramm reinen Alkohols aufgrund vielfältiger Fragen zu Alkoholkonsum (z.B. „Haben Sie in den letzten 7 Tagen Wein getrunken?“ „Wie häufig?“ „Und wieviel pro Mal?“)

¹ Vgl. Bundesamt für Sport BASPO, Bundesamt für Gesundheit BAG, Gesundheitsförderung Schweiz, bfu Beratungsstelle für Unfallverhütung, Suva, Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz (2013): Gesundheitswirksame Bewegung. Magglingen: BASPO.

Zudem beinhaltet der Fragebogen die Frage „Wie häufig in den letzten 12 Monaten haben Sie 6 oder mehr Gläser alkoholische Getränke bei einem Anlass oder einer Gelegenheit getrunken?“. Aufgrund der Fragestellung der SGB12 kann die Definition des Rauschtrinkens durch das Suchtmonitoring Schweiz des BAG (> 5 Standardgläsern pro Gelegenheit für Männer und > 4 Gläser für Frauen) nicht berücksichtigt werden.

Fragen zur Diagnose und Behandlung von Diabetes, Hypertonie und Hypercholesterinämie

Die Situation bezüglich Diabetes, Hypertonie und Hypercholesterinämie wurde mit Hilfe der folgenden Fragen beurteilt: „Hat Ihnen ein Arzt schon einmal gesagt, Sie hätten Diabetes bzw. Sie seien zuckerkrank?“, „Hat Ihnen ein Arzt oder eine andere Person aus dem medizinischen Bereich schon einmal gesagt, Ihr Blutdruck sei zu hoch?“ und „Hat Ihnen ein Arzt oder eine andere Person aus dem medizinischen Bereich schon einmal gesagt, Ihr Cholesterinspiegel (Blutfett) sei zu hoch?“ (Fragen aus dem telefonischen Fragebogen). Aus dem schriftlichen Fragebogen stammte die Frage: „Sind Sie zurzeit oder waren Sie früher einmal in ärztlicher Behandlung wegen einer oder mehrerer der folgenden Krankheiten oder Gesundheitsprobleme? U.a. Diabetes, hoher Blutdruck etc.“

Datenanalysen

Die vier BMI-Kategorien „Untergewicht“, „Normales Körpergewicht“, „Übergewicht“ und „Adipositas“ und die fünf Kategorien zur körperlichen Aktivität wurden zuerst insgesamt dargestellt und dann nach den soziodemographischen Variablen Geschlecht, Alter, Bildungsniveau (beruht auf der Schulbildung), Einkommensklasse, Sprachregion, Stadt/Land und Nationalität (Schweiz/Ausland) unterteilt (Ausprägungen s. Tabelle 1).

Die Ernährungsvariablen wurden primär ohne Beurteilung der Gesundheitsrelevanz nach ihren Ausprägungen oder nach grober Kategorisierung beschrieben (in Prozenten). Dann wurden die Variablen für die weiteren Auswertungen dichotom unterteilt, indem die Teilnehmer, die sich mit ihrem Verhalten nicht an die Empfehlungen gemäss Schweizer Lebensmittelpyramide (11) halten (d.h. auf nichts achten in der Ernährung, weniger als drei Portionen Gemüse und Gemüsesäfte [ohne Kartoffeln] pro Tag, weniger als zwei Portionen Früchte und/oder Fruchtsäfte täglich, Fleisch- oder Wurstwaren an mehr als vier Tagen pro Woche, selten oder nie Fisch, weniger als dreimal täglich Milch und/oder Milchprodukte, täglich weniger als 1.0 Liter Getränk [ohne Alkohol]) mit Teilnehmern, die sich an diese Empfehlungen halten, verglichen wurden (Tabelle 5).

Andere Lebensstilfaktoren wie der Tabak- und Alkoholkonsum und das Bewegungsverhalten wurden ebenfalls dichotom unterteilt: Raucher vs. Exraucher bzw. Nichtraucher, chronisch riskanter Alkoholkonsum (d.h. Frauen ≥ 20 g reinen Alkohol pro Tag, Männer ≥ 40 g) vs. weniger, mindestens einmal pro Monat 6 oder mehr Gläser alkoholische Getränke bei einem Anlass trinken vs. seltener, Bewegungsempfehlungen erfüllt (150 Min. pro Tag oder mehr vs. weniger), überdurchschnittliche Sitzdauer (> 5 Std. vs. weniger) (Tabelle 11). Alle genannten dichotomisierten Variablen wurden auch getrennt nach den soziodemographischen Variablen Geschlecht, Alter, Bildungsniveau, Einkommensklasse, Region, Stadt/Land, Schweizer/Ausländer dargestellt (Ausprägungen s. Tabelle 1). Zudem wurde der prozentuale Anteil der Bevölkerung ermittelt, der sich an die „5 am Tag“-Empfehlung hält, d.h. der an sieben Tagen der Woche mindestens 2 Portionen Früchte und mindestens 3 Portionen Gemüse/Salate (ohne Kartoffeln) konsumiert (Tabelle 5). Allerdings konnte dabei nicht beurteilt werden, ob – entsprechend den Empfehlungen - von den fünf Portionen Früchten und Gemüse, nur höchstens eine Portion über einen Frucht- oder Gemüsesaft abgedeckt wurde. Bei der Variablen „Hindernisse für eine gesunde Ernährung“ wurden alle Antwortkategorien nach den erwähnten soziodemografischen Faktoren unterteilt (Tabelle 8). Diagnose und Behandlung von Diabetes mellitus, hohem Blutdruck und hohen Cholesterinblutwerten wurden ebenfalls nach den genannten soziodemografischen Parametern dargestellt (Tabelle 15).

Die p-Werte der Einflussvariablen auf die dichotomen Zielgrößen der Tabellen 1, 5, 8, 10, 13 und 15 wurden mit einem Logit-Modell berechnet. Da sich verschiedene Störfaktoren gegenseitig beeinflussen und damit Assoziationen verzerren und überlagern können, wurde jeweils für alle anderer Kovariaten im entsprechenden Modell kontrolliert, d.h. adjustiert.

Bezüglich soziodemographischen Variablen wurden Männer vs. Frauen, 15–34-Jährige vs. 65+-Jährige, tiefes bzw. mittleres vs. hohes Bildungsniveau, tiefste vs. höchste Einkommensklasse, alle drei Regionen gegeneinander, Stadt vs. Land und Schweizer vs. Ausländer (Personen, die keine Schweizerische Staatsbürgerschaft besitzen) verglichen. Für Gruppen mit $n \leq 29$ wurden keine Signifikanztests gerechnet. Da die p-Werte nicht für multiples Testen korrigiert sind und deshalb rein explorativ interpretiert werden müssen, werden sie in den Tabellen nicht aufgeführt (Zusammenfassung siehe Tabelle 18).

Für die Längsvergleiche der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen von 1992, 1997, 2002, 2007 und 2012 wurden die Variablen Körpergewicht (Untergewicht bzw. normales Körpergewicht, Übergewicht, Adipositas), Fleisch/Wurstkonsum (an mehr als 4 Tagen pro Woche), Fischkonsum (seltener als wöchentlich oder nie), Ernährungsbewusstsein (auf nichts achten in der Ernährung), Hindernisse für eine gesunde Ernährung (Längsvergleich für jede einzelne Antwort 2002-2012), Bewegungsverhalten mit fünf Ausprägungen (Längsvergleich ab SGB 2002), Rauchen, chronisch

riskanter Alkoholkonsum (d.h. Frauen ≥ 20 g reinen Alkohol pro Tag, Männer ≥ 40 g), Alkoholkonsum der mindestens einmal pro Monat stattfindet und 6 oder mehr Gläser alkoholische Getränke bei einem Anlass beinhaltet sowie Diagnose von Diabetes, Diagnose von Hypertonie und Diagnose von Hypercholesterinämie (Längsvergleiche zu Diagnosen erst ab SGB 1997 möglich, zu Behandlung ab 2002; zu Hindernissen ab 2002) anhand von Prozentanteilen und 95%-Konfidenzintervallen dargestellt (siehe Tabellen 2, 3, 4, 6, 9, 12, 14, 16, 17). Die Signifikanz ($p < 0.05$) wurde anhand der sich überschneidenden Konfidenzintervalle beurteilt. Zusätzlich wurden altersstandardisierte Tabellen für die Prävalenz der Körpergewichtskategorien erstellt (Tabelle 3 und 4). Dabei wurde die WHO-Standard Population „Europa“ verwendet (12). Auch die folgenden drei Kategorien zum Fleisch- und Fischkonsum wurden über die Jahre 1997, 2002, 2007 und 2012 verglichen: weder Fleisch noch Fisch, seltener als einmal pro Woche (aber nicht nie) Fleisch oder Fisch, einmal pro Woche Fleisch oder Fisch (Tabelle 7). Andere Ernährungsvariablen konnten aufgrund unterschiedlicher Fragestellungen in den verschiedenen Erhebungsjahren nicht adäquat miteinander verglichen werden. Für den Gemüsekonsum wurden nur in der SGB 1992 und 1997 die gleichen Fragen gestellt. In der SGB 2002 wurde neu erwähnt, dass der Kartoffelkonsum nicht zum Gemüsekonsum gerechnet werden soll. In der SGB 2007 und in der SGB 2012 wurden die Fragen zum Konsum von Gemüse und Früchten jeweils neu formuliert um Angaben zu den verzehrten Portionen pro Tag (besser) abschätzen zu können. Deshalb lassen sich zu den verzehrten Portionen pro Tag keine Längsvergleiche mit vorausgehenden Gesundheitsbefragungen anstellen. Auch für den Konsum von Milch und Milchprodukten lassen die unterschiedlichen Fragestellungen über die 20 Jahre keinen Längsvergleich zu.

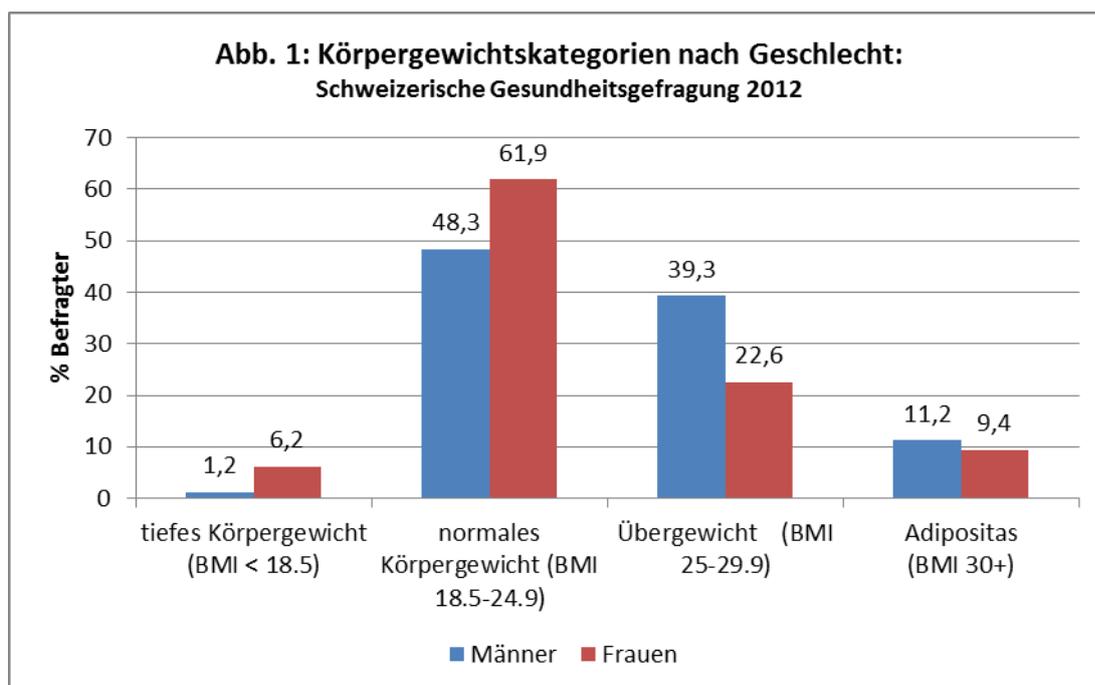
Alle verwendeten Daten sind mit den Gewichtungsfaktoren für das telefonische Interview und für die schriftliche Erhebung gewichtet. Die Ergebnisse zur Gesamtschweiz lassen sich aufgrund dieser Gewichtungsfaktoren in Bezug auf Alter, Geschlecht und Nationalität (Schweizer, Ausländer) von der Stichprobe auf die Gesamtbevölkerung der Schweiz verallgemeinern (siehe dazu Diskussion: Methodische Stärken und Schwächen).

Resultate

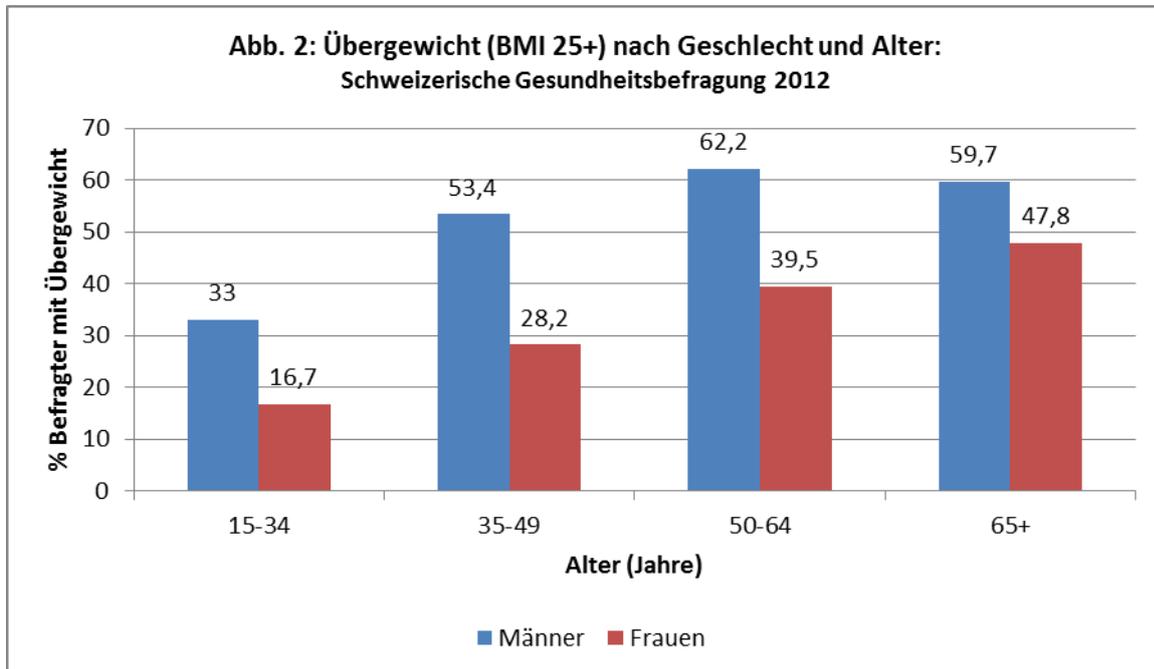
Alle im folgenden Abschnitt beschriebenen Unterschiede zu den Daten der SGB 2012 sind statistisch signifikant ($p < 0.05$). Für Längsschnittvergleiche (SGB 1992, 1997, 2002, 2007, 2012) wird die Signifikanz der Resultate explizit erwähnt.

Körpergewicht

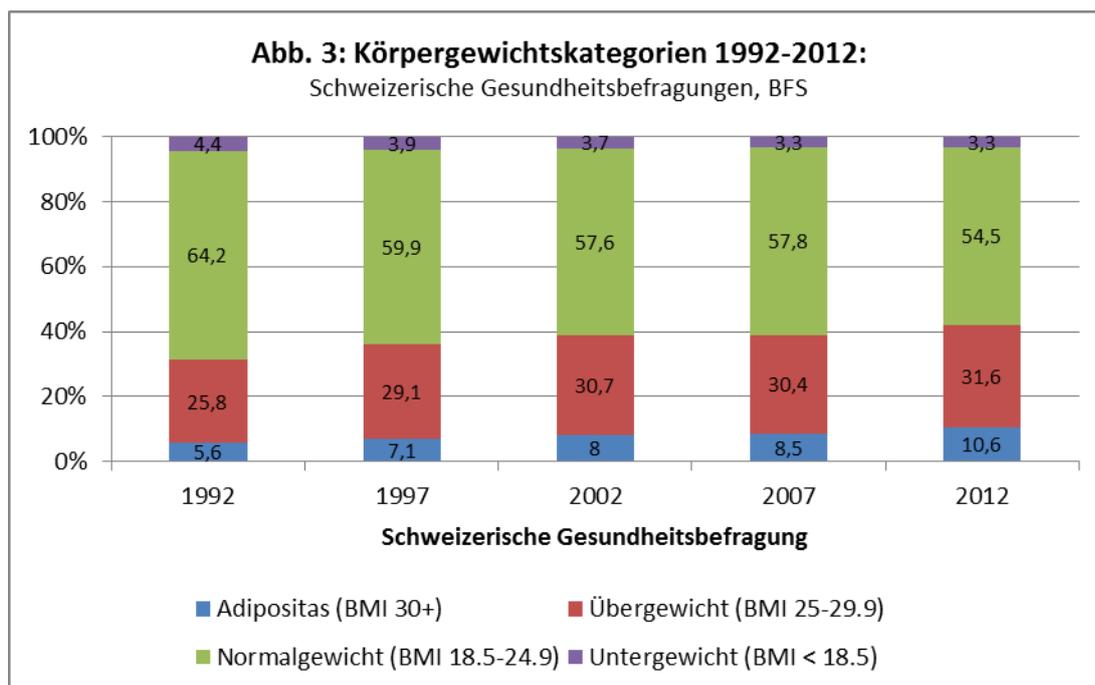
Insgesamt sind 55.2% der 15+-Jährigen normalgewichtig (BMI 18.5–24.9 kg/m²), 30.8% sind übergewichtig, (BMI 25-29.9 -29.9 kg/m²) und weitere 10.3% adipös (BMI ≥ 30 kg/m²). Für Männer liegen die entsprechenden Anteile bei 48.3%, 39.3% und 11.2%, für Frauen bei 61.9%, 22.6% und 9.4%. 50.5% der Männer und 32.0% der Frauen haben damit ein zu hohes Körpergewicht, wobei vor allem der Anteil Männer mit BMI ≥ 25 kg/m² ≤29.9 kg/m² höher ist als der Anteil Frauen und nicht der Anteil Adipöser (11.2% vs. 9.4%). Der Anteil Übergewichtiger nimmt mit dem Alter für beide Geschlechter markant zu. Frauen mit hohem Bildungsniveau sind signifikant seltener übergewichtig als weniger gebildete. Männer und Frauen mit höherem Einkommen sind seltener übergewichtig, also solche mit tiefem Einkommen. Auch der Anteil Adipöser nimmt mit ansteigendem Alter für beide Geschlechter zu. Je gebildeter die Männer und Frauen sind, desto seltener sind sie adipös. Je höher ihr Einkommen, desto seltener sind sie adipös. Zwischen den Landesteilen sind keine Unterschiede zu verzeichnen, ausser dass Frauen der italienischen Schweiz im Vergleich zu den Deutschschweizerinnen und den französischsprachigen Frauen etwas seltener adipös sind (französischsprachige Männer seltener als italienischsprachige). Auf dem Lande sind die Männer übergewichtiger und adipöser als in der Stadt; für die Frauen ergibt sich kein Unterschied. Ausländer und Ausländerinnen sind signifikant häufiger übergewichtig oder adipös als Schweizer und Schweizerinnen, wenn in der Analyse der Daten für die anderen soziodemographischen Variablen der Tabelle 1 kontrolliert wird.



Insgesamt weisen 3.7% der Befragten einen BMI von weniger als 18.5 kg/m² auf. Bei den Frauen sind es 6.2%, bei Männern 1.2%. Die höchsten Werte erreichen die 15-34-jährigen Frauen mit 10.7%.



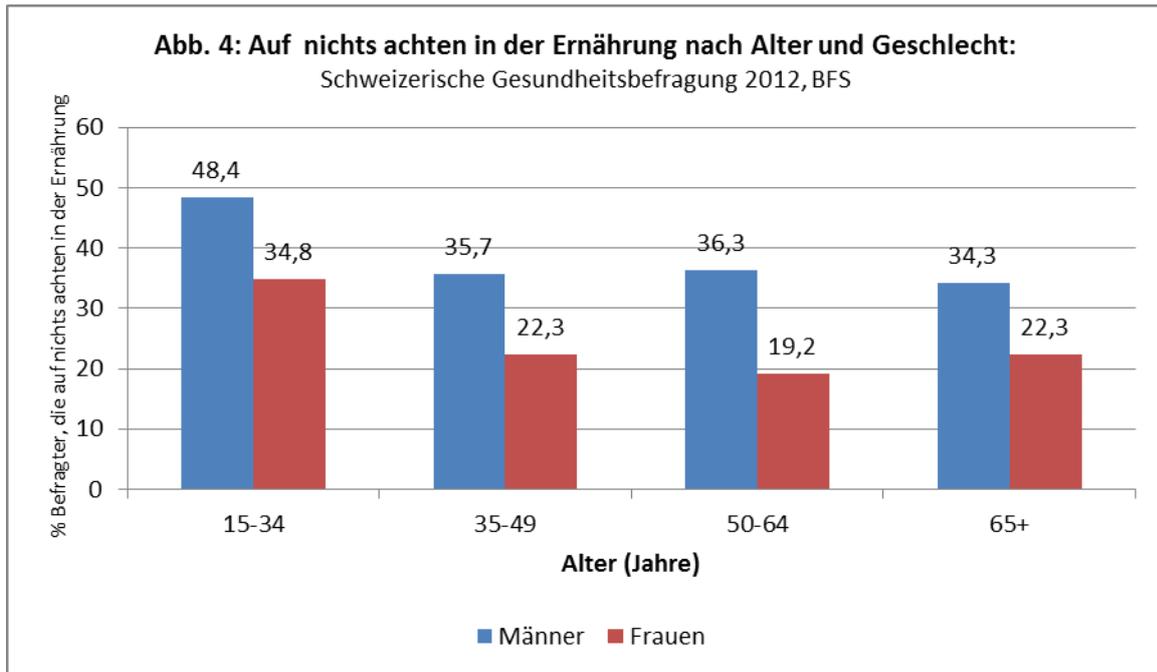
Grobe Längsvergleiche der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen ergeben für 18-Jährige und Ältere eine Zunahme des zu **hohen Körpergewichts** in den 20 Jahren von 1992 bis 2012 (Tabelle 2); zwischen 2002 und 2007 waren sowohl für Übergewicht als auch für Adipositas bei beiden Geschlechtern keine signifikanten Zunahmen mehr zu verzeichnen. Zwischen 2007 und 2012 sind nun aber wieder signifikante Zunahmen für beide Geschlechter bezüglich Adipositas zu beobachten. Wie Tabelle 3 zeigt, verändern sich die Resultate, wenn altersstandardisierte Vergleiche durchgeführt werden. Dann ist – im Vergleich zu den nicht-altersstandardisierten Resultaten der Tabelle 2 - eine signifikante Zunahme des Übergewichts und der Adipositas nur zwischen 1992 und 1997 und nur für die Gesamtgruppe bzw. für Frauen zu zeigen. Zudem ist eine signifikante Zunahme zwischen 2007 und 2012 in der Gesamtgruppe bzw. bei den Männern für Adipositas zu beobachten. Werden die Analysen zusätzlich auf Schweizer und Schweizerinnen beschränkt, dann zeigt sich das gleiche Bild (Tabelle 4).



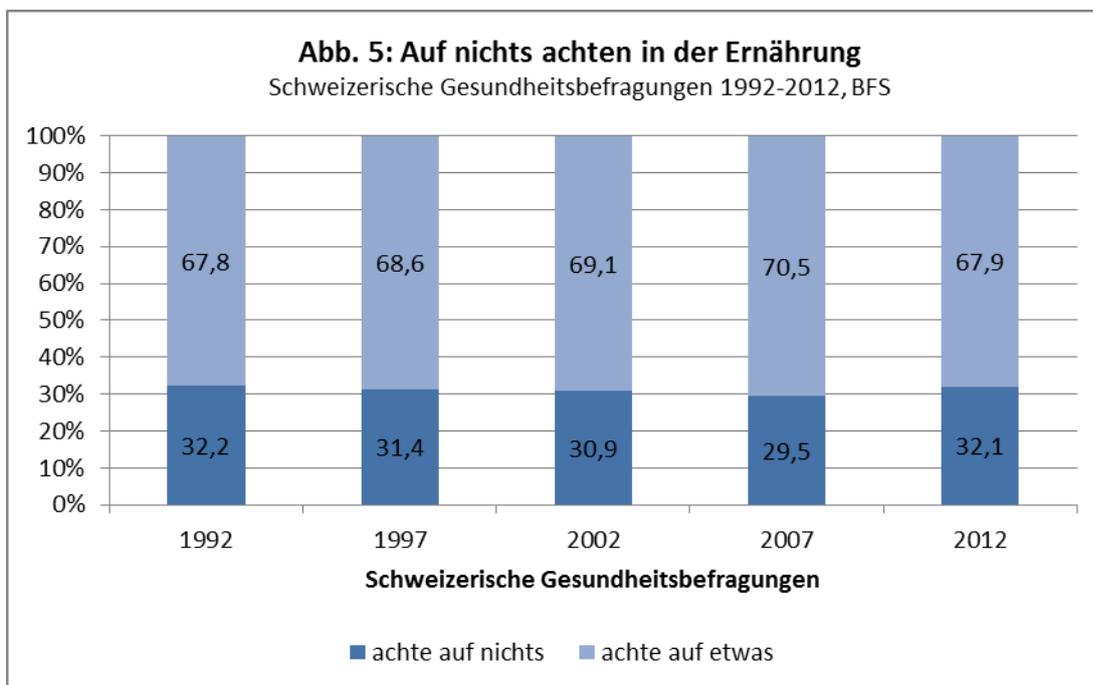
Was das **Untergewicht** anbelangt, so ergibt der Vergleich der Daten von 1992 mit denjenigen von 2012 eine signifikante Abnahme (4.4% vs. 3.3%) in der Gesamtbevölkerung und bei den Frauen (7.7% vs. 5.8%). Auch die altersstandardisierten Ergebnisse ergeben eine signifikante Abnahme in der Gesamtbevölkerung und bei den Frauen. Werden die Auswertungen zusätzlich auf Schweizer und Schweizerinnen beschränkt, dann ist die Abnahme nicht mehr signifikant.

Ernährungsbewusstsein

32.1% der Befragten geben an, in der Ernährung auf nichts zu achten, Männer (39.4%) deutlich häufiger als Frauen (25.1%). Ältere Männer und Frauen sind ernährungsbewusster als jüngere. Besser



Personen beider Geschlechts mit hohem Bildungsniveau achten signifikant häufiger auf ihre Ernährung als solche mit niedrigerem Bildungsniveau. Männer in der höchsten Einkommensklasse achten eher auf die Ernährung als solche der tiefsten Einkommensklasse. In der französischsprachigen Schweiz wird deutlich seltener auf die Ernährung geachtet als in den anderen Landesteilen. Die ländliche Bevölkerung achtet seltener auf die Ernährung als die städtische. Ausländische Männer sind ernährungsbewusster als Schweizer (Tabelle 5).



Grobe Längsvergleiche der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen ergeben keine Verbesserung des Ernährungsbewusstseins der Männer und Frauen in den 20 Jahren von 1992 bis 2012; zwar sind bei den Männern 2002 und 2007 signifikant tiefere Prozentsätze als 1992 zu verzeichnen, aber 2012 liegen die Werte wieder signifikant höher als 2007, und sind somit praktisch wieder gleich wie 1992. Bei den Frauen sind zwischen 1992 und 2007 keine signifikanten Unterschiede zu verzeichnen, zwischen 2007 und 2012 ist aber ein leichter, signifikanter Anstieg zu beobachten (Tabelle 6).

Konsum einzelner Lebensmittel (Tabelle 5)

Konsum von Gemüse/Salat oder Gemüsesäften (ohne Kartoffeln) und Früchten bzw. Fruchtsäften

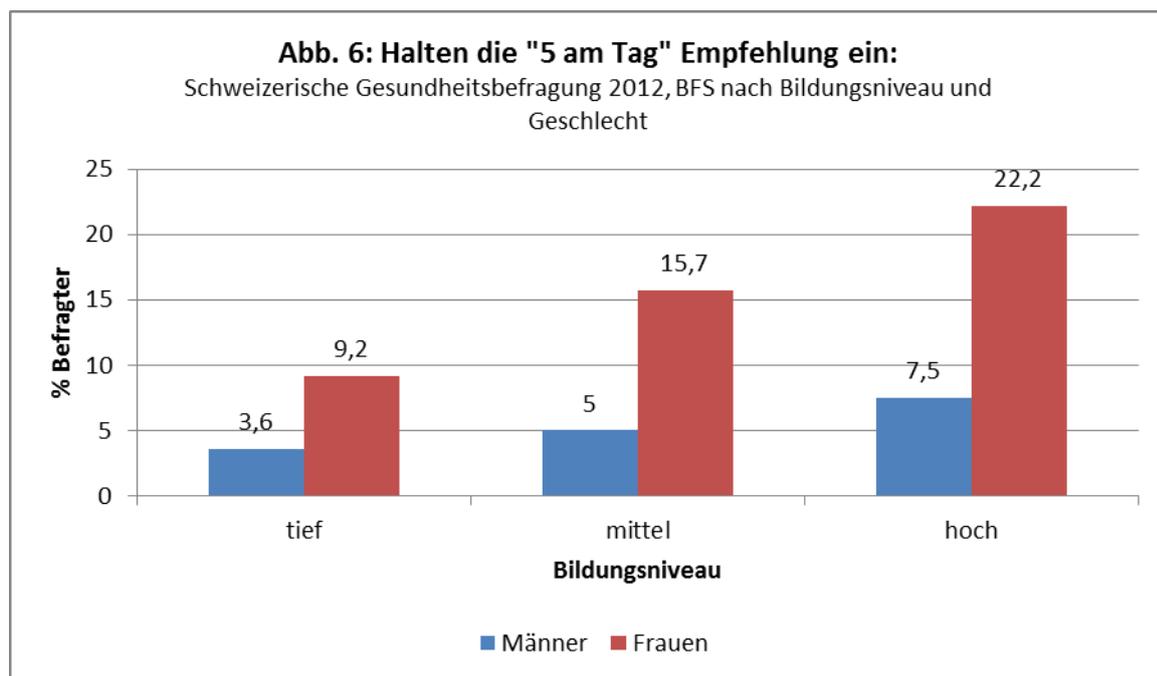
68.5% der Befragten konsumieren täglich Gemüse/Salat und/oder Gemüsesäfte (ohne Kartoffeln), 4.4% an sechs Tagen pro Woche, 7.2% an fünf Tagen pro Woche und die restlichen Befragten (19.9%) nie bis vier Tage pro Woche. Die entsprechenden Prozentsätze für Männer liegen bei 60.2%, 5.5%, 9.0% und 25.3%, bei den Frauen 76.5%, 3.5%, 5.6% und 14.4% (Daten nicht gezeigt).

61.5% der Befragten geben an, täglich Früchte bzw. Fruchtsäfte zu konsumieren; 2.3% tun dies an sechs Tagen der Woche, 5.4% an fünf Tagen der Woche und die restlichen 30.8% zwischen nie und vier Tagen pro Woche. Die entsprechenden Prozentsätze für Männer liegen bei 52.7%, 3.5%, 6.4% und 37.4%, und für Frauen bei 70.1%, 2.1%, 4.6% und 23.2%.

17.9% der Befragten essen mindestens drei Portionen aus der Gruppe Gemüse/Salat (ohne Kartoffeln) bzw. Gemüsesäfte und 35.2% konsumieren mindestens 2 Portionen Früchte/Fruchtsäfte pro Tag. Zu tiefer Konsum, d.h. weniger als 3 Portionen Gemüse pro Tag ist häufiger bei Männern als bei Frauen (88.9% vs. 75.5%), bei älteren Männern und Frauen als bei jungen, in tieferen Bildungsschichten als in der höchsten, in der deutsch- und französischsprachigen Schweiz als in der italienischsprachigen, und bei Ausländern beiden Geschlechts als bei Schweizern zu beobachten.

Zu tiefer Fruchtekonsument, d.h. weniger als 2 Portionen pro Tag ist wie beim Gemüse häufiger bei Männern als bei Frauen zu beobachten (73.0% vs. 57.0%). Hingegen verhalten sich ältere Männer und Frauen bezüglich Fruchtekonsument erwünschter als junge, Personen mit hohem Bildungsniveau ernähren sich etwas erwünschter als jene mit tieferem Bildungsniveau, und die Frauen der französischsprachigen Schweiz verhalten sich erwünschter als die Frauen anderer Regionen. Ausländische Männer und Frauen konsumieren häufiger Früchte als Schweizer.

Die empfohlenen „5 am Tag“, d.h. mindestens 3 Portionen Gemüse und 2 Portionen Früchte pro Tag bzw. an sieben Tagen der Woche erreichen 10.9% der Befragten, nämlich 5.7% der Männer und 15.9% der Frauen. Die höchsten Prozentsätze sind bei den 50-64-jährige Frauen (19.1%) und bei Frauen mit hohem Bildungsniveau (22.2%) zu verzeichnen. (Tabelle 5). Besser gebildete Männer und Frauen erfüllen die Empfehlungen eher als weniger gut gebildete. Regional stehen die Deutschschweizer schlechter da als die Westschweizer, und Schweizer halten sich häufiger an die Ernährungsempfehlung „5am Tag“ als Ausländer gesamthaft.



Konsum von Milch und Milchprodukten (z.B. Käse, Joghurt, Quark)

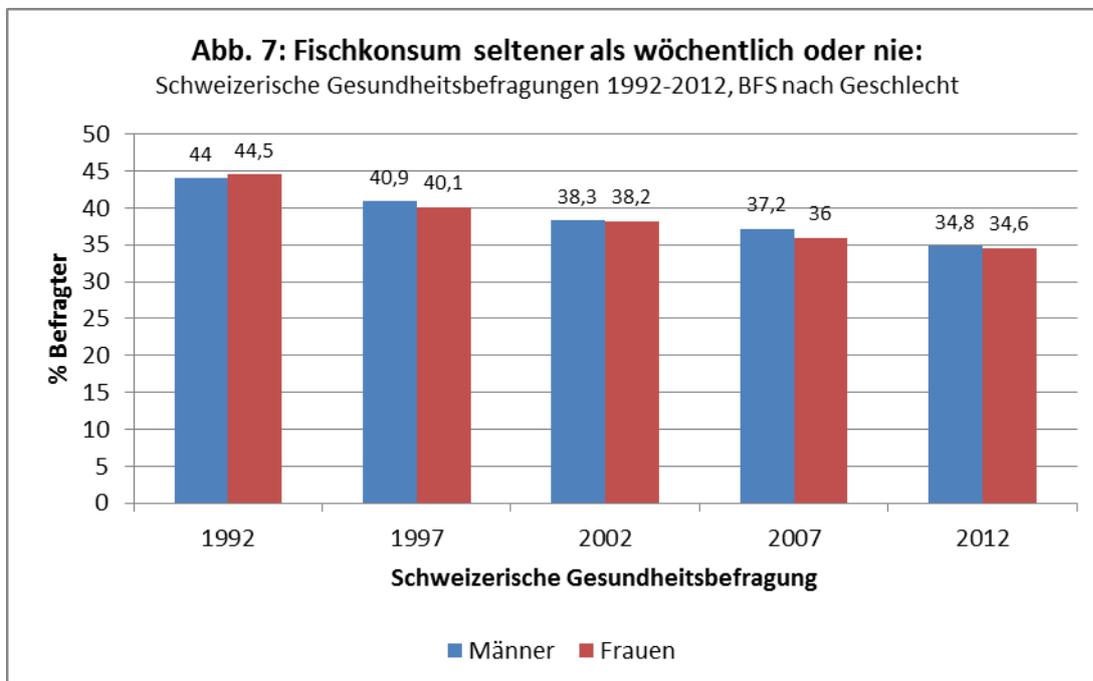
62.6% der Schweizer Bevölkerung konsumieren täglich Milch (ohne die Milch in Kaffee oder Tee) oder andere Milchprodukte (z.B. Käse, Joghurt, Quark), 2.2% konsumieren nie, 1.4% seltener als wöchentlich aus dieser Lebensmittelgruppe. Die übrigen 33.8% liegen bei einem Milch- und Milchproduktkonsum von ein bis sechs Tagen pro Woche. Für Männer liegen die entsprechenden Prozentsätze bei 61.6%, 2.5%, 1.1%, 34.8% bei den Frauen bei 63.5%, 2.0%, 1.6% und 32.9% (Daten nicht gezeigt).

Die empfohlenen drei Portionen Milch und/oder Milchprodukte pro Tag konsumieren allerdings 90.7% der Befragten nicht (89.7% der Männer und 92.5% der Frauen) (Tabelle 5). Die jüngsten Männer und die ältesten Frauen halten sich am besten an die Richtlinien bezüglich des Konsums von Milch und Milchprodukten. Männer und Frauen mit dem höchsten Einkommen erfüllen die

Empfehlungen seltener als Personen mit tiefem Einkommen. Der Milchkonsum der städtischen Bevölkerung unterscheidet sich nicht von demjenigen der ländlichen Bevölkerung. Ausländische Männer halten sich etwas häufiger nicht an die Empfehlungen zum Konsum von Milchprodukten als Schweizer.

Konsum von Fisch

45.5% der Bevölkerung konsumieren an einem Tag pro Woche Fisch (Männer 46.5%, Frauen 44.6%) und 14.0% an zwei Tagen pro Woche (Männer 13.1%, Frauen 14.9%). 24.1% essen Fisch seltener als wöchentlich (Männer 25.0%, Frauen 23.3%) und 10.5% nie (Männer 9.8%, Frauen 11.3%). Für die restlichen 5.9% ist Fisch an drei bis sieben Tagen pro Woche auf dem Menüplan (Daten nicht gezeigt).



Für die 34.7% der Bevölkerung, die seltener als wöchentlich oder nie Fisch essen (Tabelle 5) gibt es keine Geschlechtsunterschiede. Die 15–34-jährigen Männer und Frauen erreichen die höchsten Prozentsätze für „seltener/nie“. Besser gebildete Männer und Männer in der höchsten Einkommensklasse essen häufiger Fisch als weniger Gebildete bzw. Befragte der tiefsten Einkommensklasse. In der französischen und italienischen Schweiz ist der Konsum häufiger als in der deutschen Schweiz. Auf dem Land wird von beiden Geschlechtern seltener Fisch konsumiert als in der Stadt. Ausländische Männer und Frauen konsumieren häufiger Fisch als Schweizer und Schweizerinnen.

Grobe Längsvergleiche mit den fünf Schweizerischen Gesundheitsbefragungen (Tabelle 6) weisen darauf hin, dass sich der Anteil derjenigen, die seltener als wöchentlich oder nie Fisch essen in den

letzten 20 Jahren um knapp 10% verringert hat (nur zwischen 2002 und 2007 ist diese Abnahme statistisch nicht signifikant).

Konsum von Fleisch und Wurstwaren

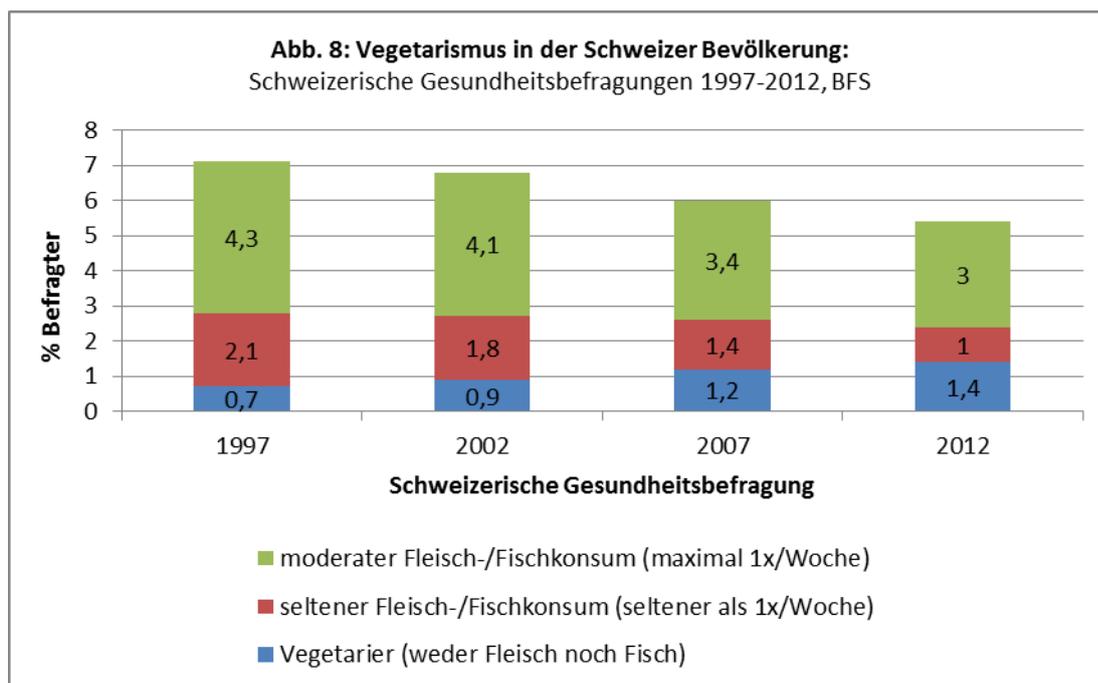
18.2% der Befragten essen täglich Fleisch/Wurstwaren (Männer 24.6%, Frauen 12.1%), 37.8% an vier bis sechs Tagen pro Woche und 40.1 % an ein bis drei Tagen pro Woche. 1.2% essen seltener als einmal wöchentlich Fleisch und 3.0% der Befragten nie (Männer 1.3%; Frauen 3.9%) (Daten nicht gezeigt). 38.2% konsumieren an mehr als 4 Tagen pro Woche Fleisch/Wurstwaren, Männer häufiger als Frauen (48.3% vs. 28.5%) (Tabelle 5). Mit zunehmendem Alter nimmt der zu hohe Fleischkonsum (an mehr als vier Tagen/Woche) ab. Gut ausgebildete Frauen weisen seltener einen zu hohen

Fleisch/Wurstwarenkonsum auf als weniger Gebildete. Für Männer zeigen sich keine Unterschiede. In der italienischen Schweiz wird seltener zu häufig Fleisch gegessen als in den anderen Landesteilen. Auf dem Land wird häufiger zu viel Fleisch gegessen als in der Stadt; dies gilt für beide Geschlechter. Ausländer und Ausländerinnen halten sich bezüglich Fleischkonsums mehr an die Empfehlungen als die Schweizer und Schweizerinnen.

Zwischen den Schweizerischen Gesundheitsbefragungen von 1992 und 2002 ist eine statistisch signifikante Abnahme des zu häufigen Fleisch-/ Wurstwarenkonsums zu verzeichnen; diese setzt sich seit 2002 nicht mehr fort.

Weder Fleisch- noch Fischkonsum

In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 2012 essen 1.4% der Befragten weder Fleisch noch Fisch, 1.0% isst seltener als einmal pro Woche (aber nicht nie) Fleisch oder Fisch, und 3.0% essen einmal pro Woche Fleisch oder Fisch. Im Vergleich zu 1997 hat der Anteil der Personen, die nie Fleisch oder Fisch essen statistisch signifikant von 0.7 % (95% CI 0.6%-0.9%) auf 1.4% (95% CI 1.2-1.6%) zugenommen (Tabelle 7).



Flüssigkeitskonsum

Die grosse Mehrheit der Befragten (65.3%) gibt an, täglich mindestens 1.5 Liter zu trinken, alkoholische Getränke nicht mit eingerechnet (68.4% bei den Männern und 62.3% bei den Frauen). 29.1% der Befragten trinken täglich 1000–1499 ml (26.6% bei den Männer und 31.4% bei den Frauen) (Daten nicht gezeigt).

Insgesamt 5.7% der Befragten trinken weniger als einen Liter pro Tag, d.h. 5.0% der Männer und 6.2% der Frauen. Die Prozentsätze der Befragten, die weniger als 1000 ml pro Tag trinken, sind höher bei älteren als bei jüngeren Männern; bei den Frauen sind keine signifikanten Unterschiede zu verzeichnen. Die Prozentsätze liegen tiefer in der deutschsprachigen Schweiz als in den anderen Landesteilen (Tabelle 5).

In den beiden Gesundheitsbefragungen von 1992 und 1997 wurde nicht nach dem Konsum von Flüssigkeit gefragt (Tabelle 6). In den beiden Gesundheitsbefragungen von 2002 und 2007 betrug der der Prozentsatz von Personen, die weniger als 1 Liter pro Tag tranken, 4.4% und 4.1%. In der SGB von 2012 ist dieser Anteil mit 5.7% nun signifikant höher.

Hindernisse für eine gesunde Ernährung

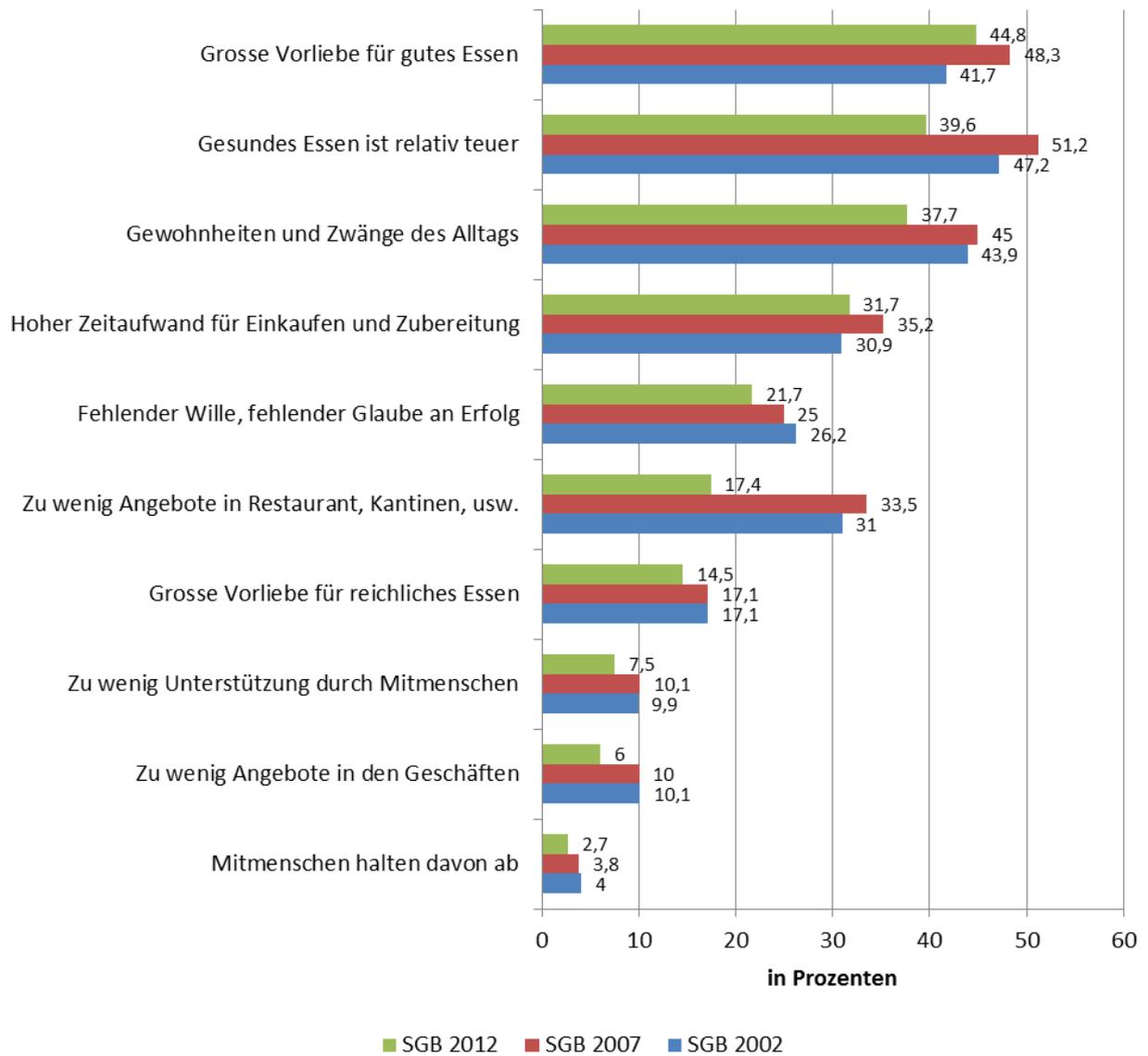
In Tabelle 8 sind Hinderungsgründe für eine gesunde Ernährung aufgeführt. Für 44.8% der 2012 Befragten ist eine grosse Vorliebe für gutes Essen der wichtigste Hinderungsfaktor. Es folgt der hohe

Preis gesunder Nahrungsmittel als zweitwichtigster Hinderungsgrund (39.6%). Sehr häufig werden auch Gewohnheiten und Zwänge des Alltags (37.7%), der Zeitaufwand für den Kauf und die Zubereitung entsprechender Nahrungsmittel (31.7%), fehlender Wille/ fehlender Glaube an Erfolg (21.7%) sowie begrenzte Angebote in Restaurants und Kantinen etc. (17.4%) genannt.

Die Nennungen zu den verschiedenen Hindernissen sind zwischen 2002 und 2007 bei den vier Kategorien „Hoher Zeitaufwand für Einkaufen und Zubereitung, „Zu wenig Angebote in Restaurants, Kantinen etc.“, „Gesundes Essen ist relativ teuer“ und „Grosse Vorliebe für gutes Essen“ statistisch signifikant angestiegen. Die anderen Kategorien wurden gleich häufig genannt. 2012 wurden nun alle Kategorien signifikant seltener genannt als noch 2007. Besonders erwähnenswert sind das Preisargument, das zwar weiterhin zu den wichtigsten Hinderungsfaktoren zählt, aber deutlich seltener als noch 2007 erwähnt wird, sowie die fehlenden Angebote in den Restaurants. Bei Letzterem haben sich die Nennungen fast halbiert (Tabelle 9).

Die vier wichtigsten Hindernisse waren 2007 in abnehmender Bedeutung „Gesundes Essen ist relativ teuer“, „Grosse Vorliebe für gutes Essen“, „Hoher Zeitaufwand für Einkaufen und Zubereitung, und „Gewohnheiten und Zwänge des Alltags“. 2012 waren dies immer noch die vier wichtigsten Hindernisse, aber „Grosse Vorliebe für gutes Essen“ steht jetzt an der Spitze, gefolgt von „Gesundes Essen ist relativ teuer“.

Abb. 9: Hindernisse für eine gesunde Ernährung:
Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2012-1997, BFS



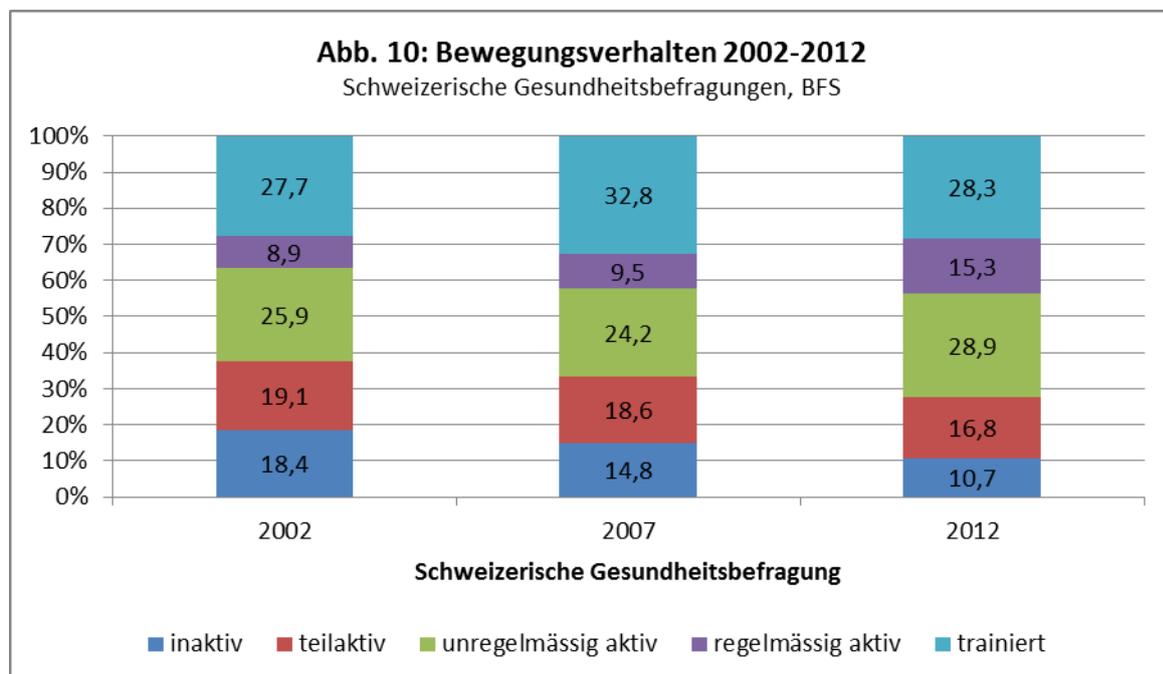
Bewegungsverhalten

Bis 2012 wurde vom „Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz“ (HEPA) ein Bewegungsumfang von mindestens 30 Minuten pro Tag mit mindestens mittlerer Intensität (beschleunigter Atem) an fünf Tagen pro Woche empfohlen. Im Einklang mit den internationalen Entwicklungen wurde diese Empfehlung 2013 neu formuliert, so dass sie neu mindestens 150 Minuten Bewegung pro Woche bei moderater Intensität oder alternativ 75 Minuten Sport und Bewegung bei hoher Intensität (leichtes Schwitzen) enthält (13).

Wie Tabelle 12 und die Abbildung 10 zeigen, hat der Anteil derjenigen, die sich zwischen 2002 und 2012 genügend bewegen von 62.5 Prozent auf 72.5 Prozent zugenommen (Kategorien „trainiert“, „regelmässig aktiv“ und „unregelmässig aktiv“). Gleichzeitig ist der Anteil der Inaktiven von achtzehn auf elf Prozent zurückgegangen.

Obwohl der Anteil der Aktiven in allen Landesteilen angestiegen ist, sind die Differenzen zwischen den Sprachregionen in den letzten zehn Jahren grösser geworden: Während sich in der Deutschschweiz mehr als drei von vier Personen mindestens 150 Minuten pro Woche bewegen, sind es in der Romandie und im Tessin weniger als zwei von drei Personen (Tabelle 10). Deutliche Unterschiede im Bewegungsverhalten zeigen sich auch zwischen den Geschlechtern und im Hinblick auf das Bildungsniveau: Männer und Personen mit einem mittleren oder hohen Bildungsabschluss sind häufiger aktiv als Frauen (75.9% vs. 69.1%) oder Personen, die lediglich die obligatorische Schulbildung abgeschlossen haben (72.9% resp. 74.6% vs. 67.2%).

Zudem verdeutlichen die Resultate in der Tabelle 11, dass 2012 die Hälfte der Befragten fünf Stunden und mehr an einem gewöhnlichen Wochentag sitzend verbringt, die andere Hälfte weniger. Es fällt auf, dass Männer im Schnitt eine Stunde länger mit sitzenden Tätigkeiten verbringen als Frauen (5 vs. 4 Stunden), und dass Personen unter 35 Jahren im Durchschnitt eine Stunde länger inaktiv sind pro Tag als die älteren (5 vs. 4 Stunden).



Rauchen

28.2% der Schweizer Bevölkerung sind Raucher, 32.4% der Männer und 24.2% der Frauen. Am meisten Rauchende finden sich unter den Männern und Frauen in der Altersgruppe der 15-34-jährigen (41.6% bzw. 31.5%) (Tabelle 13). Ältere Männer und Frauen und solche mit hohem Bildungsniveau rauchen seltener als jüngere und weniger Gebildete. Schweizer Männer sind seltener Raucher als Ausländer, Deutschschweizerinnen seltener als Frauen anderer Landesteile.

Im Zeitraum von 1992 bis 1997 wurde ein Anstieg der Prävalenz des Tabakkonsums beobachtet (von 30.1% auf 33.2%), anschliessend eine Abnahme zwischen 1997 und 2012 (33.2% auf 28.2%). Bei Männern und Frauen wurden vergleichbare Tendenzen beobachtet. Von 1992 bis 2012 hat sich der Anteil der Raucher bei den Männern von 36.5% auf 32.4% statistisch signifikant vermindert, bei den Frauen blieb der Anteil stabil (24.1%, 24.2%) (Tabelle 14).

Alkohol

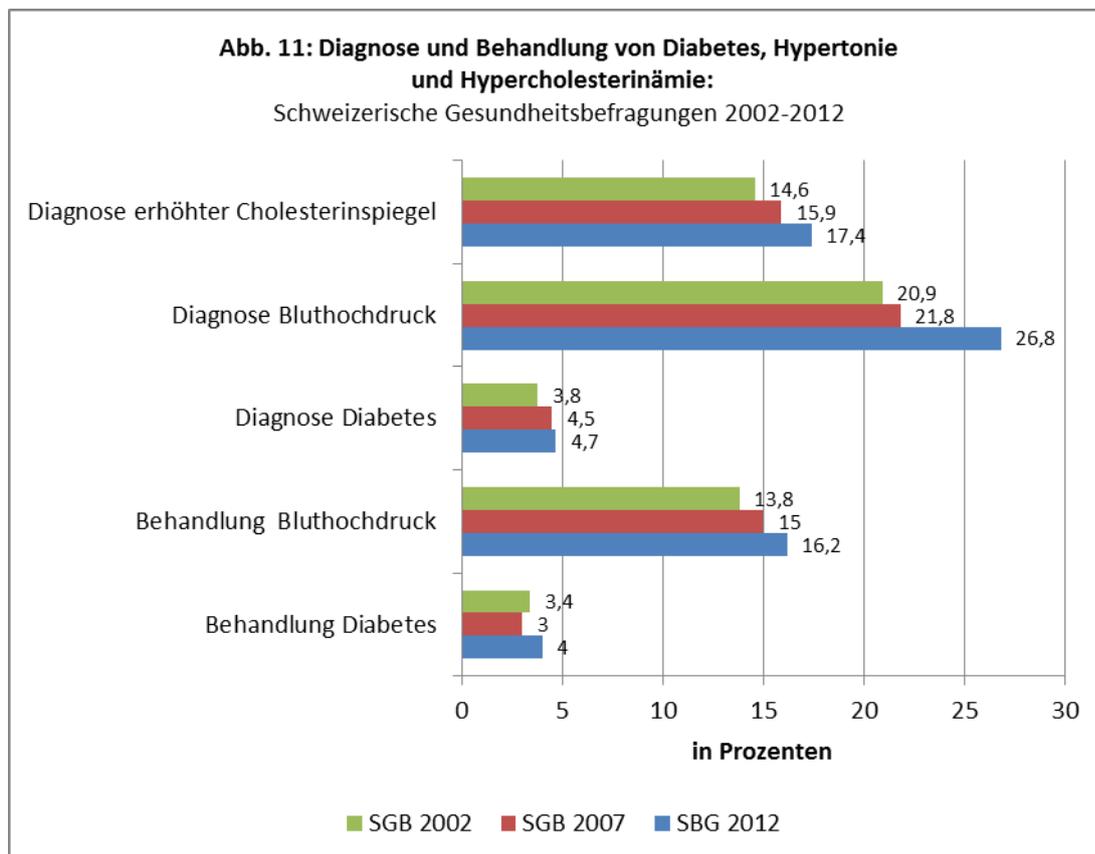
Zwei Formen des Alkoholkonsums stellen ein Gesundheitsrisiko dar. Zum einen kann regelmässig zu viel Alkohol getrunken werden (chronisch riskant), zum anderen kann zu viel auf einmal getrunken werden.

4.8%, d.h. 5.5% der Männer und 4.1% der Frauen trinken chronisch zu viel Alkohol (Frauen \geq 20 g, Männer \geq 40 g reiner Alkohol pro Tag). Bei den Männern sind es eher diejenigen mit mittlerem Bildungsniveau und Französisch Sprechende, bei den Frauen eher diejenigen ab 65 Jahren und diejenigen mit hohem Einkommen, insgesamt eher die Italienisch bzw. Französisch Sprechenden (Tabelle 13). Zwischen 1997 und 2012 hat sich der Anteil der Männer mit risikoreichem chronischem Konsum statistisch signifikant verringert (7.5 vs. 5.5%), bei den Frauen blieb er etwa gleich (Tabelle 14).

11.1% der Befragten trinken mindestens einmal monatlich 6 oder mehr Gläser alkoholische Getränke bei einem Anlass. Dieses Verhalten ist häufiger bei Männern als bei Frauen zu beobachten (17.0%), aber auch bei den Frauen ist dies mit 5.6% keine Seltenheit. Die höchsten Prozentsätze erreichen bei den Männer und Frauen die 15-34-Jährigen (30.4% bzw. 11.4%). Zudem ist diese Art des Trinkens etwas häufiger bei Schweizern und Schweizerinnen als bei Ausländern und etwas häufiger in der französischsprachigen Schweiz anzutreffen. Längsvergleiche lassen sich in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (noch) nicht machen.

Diabetes, Hypertonie, Hypercholesterinämie (Tabelle 15)

Bei 4.7% der Bevölkerung ist bereits einmal im Leben von einem Arzt **Diabetes** diagnostiziert worden. Bei den Männern sind es 5.5%, bei den Frauen 3.9%. Dabei wird nicht zwischen Diabetes mellitus Typ I und Typ II unterschieden. Mit dem Alter nimmt das Risiko einer Diabetesdiagnose deutlich zu (15.34-Jährige 0.7% vs. 65+-Jährige 11.8%). Auch Personen mit tiefem Bildungsniveau und tieferem Einkommen (bei den Frauen) erhalten häufiger eine Diabetes Diagnose. Für soziodemografische Faktoren adjustierte Resultate zeigen, dass bei ausländischen Männern häufiger Diabetes diagnostiziert wird als bei Schweizern. In der schriftlichen Befragung geben zudem 4.0% der Teilnehmenden an, dass sie früher oder aktuell in Behandlung wegen Diabetes waren/sind (4.9% der Männer und 3.2% der Frauen).



Zwischen 1997 und 2012 ist der Anteil der Diabetesdiagnose bei den Männern signifikant gestiegen. Bei den Frauen war die Zunahme nicht signifikant (siehe Tabelle 16). Zwischen 2007 und 2012 ist für beide Geschlechter keine signifikante Veränderung ersichtliche.

Bei 26.8% der Bevölkerung ist schon einmal in ihrem Leben durch einen Arzt **Bluthochdruck** diagnostiziert worden. Bei den Männern ist der Anteil etwas höher als bei den Frauen (28.0% vs. 25.7%) und der Anteil nimmt mit dem Alter deutlich zu (≥ 65 -Jährige 54.6%). Bei den Frauen variiert er nach Bildungsstand (tief: 31.9%, hoch 17.1%). Früher oder aktuell waren/sind 16.2% der Befragten wegen Hypertonie in Behandlung, bei den Männern sind dies 16.6%, bei den Frauen 15.9%. Bei den 65+-Jährigen sind es 44.2%.

In den letzten 15 Jahren ist der Anteil der Personen, bei denen schon einmal Bluthochdruck diagnostiziert wurde, statistisch signifikant um 6.7% gestiegen, bei den Männern um 8.9%, bei den Frauen um 4.6%. (Tabelle 16). Diese Zunahmen sind bei den Männern vor allem deutlich zwischen 2007 und 2012 (Männer 4.8%); bei den Frauen sind sie nur in dieser Zeitperiode zu beobachten.

Bei 17.4% der Bevölkerung ist bereits einmal ein **erhöhter Cholesterinspiegel** durch einen Arzt diagnostiziert worden, wobei der Anteil bei den Männern höher ist als bei den Frauen (19.1% gegenüber 15.7%) und mit dem Alter zunimmt (≥ 65 -Jährige 32.8%, 15-34-Jährige 4.0%). Seit 1997 hat der Anteil der Männer mit diagnostiziertem erhöhtem Cholesterinspiegel um 6.3% zugenommen. Bei den Frauen waren es 4.8% (beide Resultate statistisch signifikant. In der Zeitperiode 2007 bis 2012 war die Zunahme nur bei den Frauen noch statistisch signifikant (Tabellen 16 und 17).

Diskussion

Im September 2011 hat die UNO in Zusammenarbeit mit der WHO die nichtübertragbaren Krankheiten erstmals zum Thema eines Gipfels gemacht. Die verabschiedete Resolution beinhaltet die ausführliche Auflistung der verschiedenen Risikofaktoren, die für die Entstehung von nichtübertragbaren Krankheiten wie Krebs, Herz-Kreislaufkrankheiten, Lungenerkrankungen wie COPD, Diabetes oder Osteoporose verantwortlich sind: der Konsum von Tabak, körperliche Inaktivität, schädlicher Gebrauch von Alkohol und unausgewogene Ernährung. Dies macht deutlich, dass mit einem gesunden Lebensstil diesen Krankheiten wirkungsvoll vorgebeugt werden kann (1).

Die in der vorliegenden Arbeit präsentierten Resultate der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 2012 unterstreichen die Notwendigkeit die präventiven Massnahmen zu intensivieren.

So sind **Übergewicht** (30.8%) und **Adipositas** (10.3%) in der Schweiz weit verbreitet. Es sei darauf hingewiesen, dass der verwendete Body Mass Index nur eine indirekte Schätzung des Körperfetts

liefert und dass er die, für die Gesundheit wichtige, Körperfettverteilung nicht berücksichtigen kann (14). Im nationalen Vergleich ergibt die sogenannte CoLaus-Studie (**Cohorte Lausannoise**) (15), an zufällig ausgewählten 35-75-jährigen Bewohnern der Stadt Lausanne, dass von den 2960 Männern und den 3343 Frauen 62% bzw. 41.8% übergewichtig und 17.1 bzw. 13.8% adipös waren. Auch unter Berücksichtigung der untersuchten Altersgruppe liegen die SGB-Werte noch tiefer. Dies widerspiegelt die Tatsache, dass die auf Eigenangaben beruhenden SGB-Daten, die Problematik des zu hohen Körpergewichts wesentlich unterschätzen, wie unter anderem die direkt gemessenen Daten der CoLaus-Studie zeigen (16). Wie dem OECD-Bericht „Health at a Glance Europe 2012“ (17) zu entnehmen ist, liegt die durchschnittliche Prävalenz der Adipositas in den EU Mitgliedsländern bei 17%. Die Variation reicht von 8% in Rumänien (Eigenangaben) bis 28.5% in Ungarn (direkt erhoben)

Weiter ist in der SGB12 nach einer Stagnation zwischen 2002 und 2007, wieder eine Zunahme der Adipositas zwischen 2007 und 2012 bei Männern und Frauen zu beobachten. Altersstandardisiert ist die signifikante Zunahme zwischen 2007 und 2012 noch in der Gesamtgruppe bzw. bei den Männern nicht aber Frauen zu beobachten. Werden die Analysen zusätzlich auf Schweizer und Schweizerinnen beschränkt, dann zeigt sich das gleiche Bild. Ein Teil der erneuten Zunahme der Adipositas (Frauen) könnte damit mit dem zunehmenden Alter in der Bevölkerung und evt. der Zuwanderung zugeschrieben werden.

Ernährung, Bewegung und andere Lebensstilfaktoren spielen eine wesentliche Rolle in der Entstehung der Adipositas. Diese Faktoren beeinflussen aber auch direkt bzw. über andere Mechanismen die Entstehung nichtübertragbarer Krankheiten. Es ist also unter anderem von Bedeutung, dass 32% der Befragten auf nichts achten in ihrer Ernährung. Seit 1992 hat sich dies nicht verbessert, bei den Frauen seit 2007 eher noch verschlechtert. Dies widerspiegelt sich auch im Verhalten bezüglich einzelner Ernährungsfaktoren.

Gemäss der Schweizer Lebensmittelpyramide wird u.a. empfohlen, täglich mindestens drei Portionen **Gemüse/Salate** und zwei Portionen **Früchte** zu essen. Von den fünf Portionen Früchten und Gemüse, kann eine Portion über einen Frucht- oder Gemüsesaft abgedeckt werden Pyramide (18). Letzteres kann allerdings mit den vorliegenden Fragestellungen nicht berechnet werden. In der Schweiz erreichen 17.9% die Empfehlung für den Gemüse/Salatkonsum (ohne Kartoffeln), die Empfehlung des Fruchtekonsums erreichen 35.2%. Insgesamt decken sich diese Resultate ziemlich gut mit den Ergebnissen des 2009-12 Follow-ups der CoLaus-Studie (19) an 4371 40-82-jährigen Bewohnern der Stadt Lausanne; total hielten sich 39% an die Empfehlungen des Fruchtekonsums, aber nur 7% an die Empfehlungen des Gemüsekonsums. Da die Untersuchten der CoLaus-Studie etwas älter sind als die

der Schweizerischen Gesundheitsbefragung, könnte sich die in der SGB12 beobachtete Tendenz, dass Ältere eher seltener Gemüse aber häufiger Früchte essen als Jüngere, ausgewirkt haben. Mögliche Gründe für den selteneren Konsum von Gemüse im Alter könnten Schwierigkeiten mit dem Einkauf, der Zubereitung und dem Verzehr von Lebensmitteln sein. Körperliche und geistige Behinderung, verändertes Geschmackempfinden, nachlassender Appetit, Probleme mit den Zähnen sind nur einige mögliche Mechanismen (20). Dies wurde allerdings in der SGB12 nicht untersucht. Wieso Ausländer ebenfalls seltener Gemüse, aber häufiger Früchte essen als Schweizer Männer und Frauen könnte ebenfalls auf der Praktikabilität beruhen. Es wäre aber auch möglich, dass ihnen die Empfehlungen nicht bekannt sind, oder dass kulturelle Unterschiede eine Rolle spielen. Auch dies wurde in der SGB12 nicht untersucht. Ein Vergleich zwischen SGB07-Daten und Daten aus einer Erhebung an Migranten in der Schweiz von 2010 (21) ergab einen tieferen Früchte- und Gemüsekonsum von Migranten aus dem Kosovo und der Türkei und keine Unterschiede zum Konsum von Schweizern für Portugiesen, Serben, Deutsche und Italiener. Früchte- und Gemüsekonsum wurde nur als Gesamtgruppe untersucht, so dass nicht gesagt werden kann, ob auch in dieser Studie die Ausländer häufiger Früchte aber seltener Gemüse assen als die Schweizer.

Die „5 am Tag“-Empfehlung wird insgesamt von 10.9% der Bevölkerung erfüllt, d.h. von 5.7% der Männer und 15.9% der Frauen. Auch international wird festgestellt, dass die meisten Erwachsenen weniger als fünf Portionen Früchte und Gemüse konsumieren (22, 23). Zum Beispiel wurde in der von 2008 bis 2011 durchgeführten Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (24) in einer repräsentativen Stichprobe der 18- bis 79-jährigen Wohnbevölkerung festgestellt, dass nur 15% der Frauen und 7% der Männer die „5 am Tag“-Empfehlungen erreichen. Bezüglich des Gemüse- und Früchtekonsums wurde in der SGB07 erstmals versucht die konsumierten Portionen zu schätzen: «Wenn Sie alles zusammenrechnen: Wie viele Portionen Gemüse und Gemüsesäfte (ohne Kartoffeln oder Mais) nehmen Sie durchschnittlich pro Tag zu sich? Eine Portion ist etwa so gross wie Ihre Faust (oder etwa 120 g), beim Saft etwa ein mittleres Glas voll» (mögliche Antwortkategorien waren «nie», «weniger als eine Portion pro Tag», «eine bis zwei Portionen pro Tag», «drei bis vier Portionen pro Tag», «5 oder mehr Portionen pro Tag». Und «Wenn Sie alles zusammenrechnen: Wie viele Portionen Früchte und Fruchtsäfte nehmen Sie durchschnittlich pro Tag zu sich?» (Definition der Portion und mögliche Antwortkategorien wie für Gemüse). Ob die „5 am Tag“-Empfehlung, d.h. drei und mehr Portionen Gemüse(-säfte) und mindestens zwei Portionen Früchte und Fruchtsäfte zu konsumieren, umgesetzt wurde, liess sich anhand dieser Daten nur grob beurteilen. Wurde nur die Anzahl der konsumierten Portionen erfasst, d.h. ohne zu berücksichtigen, ob Gemüse, Früchte, Gemüse-, Fruchtsäfte oder alles konsumiert wird, so assen total 30% der Befragten mindestens fünf Portionen pro Tag (7). Im Vergleich zur SGB07, liegt in der SGB12 der Prozentsatz der Personen, der die „5 am Tag“-Empfehlung einhält, deutlich tiefer. Die unterschiedliche, bzw. genauere

Fragestellung in der SGB12 als in der SGB07 könnte zu den tieferen Prozentsätzen geführt haben. Zudem wird im 6. Schweizerischen Ernährungsbericht (SEB) (2) festgestellt, dass sich der rückläufige Trend beim Verbrauch von Früchten seit dem letzten Ernährungsbericht von 2005 weiter fortgesetzt und noch verstärkt hat. Dies betrifft v.a. einheimisches Obst, d.h. Äpfel, Birnen, Kirschen und Trauben. Ergebnisse der Genfer Studie Bus Santé weisen hingegen auf eine signifikante Zunahme der durchschnittlichen Häufigkeit des Gemüseverzehrs zwischen 1993 und 2007 bei beiden Geschlechtern hin (25). Bezüglich Verbrauchsdaten (Menge an Lebensmitteln die pro Jahr pro Kopf der Bevölkerung eines Landes zum Verbrauch angeboten wird) lässt sich aber zeigen, dass der Gemüseverbrauch 2007/08 zum ersten Mal nicht weiter zugenommen hat, sondern im Vergleich zum 5. SEB durchschnittlich um 6% gesunken ist (2).

Weiter ist gemäss Schweizer Lebensmittelpyramide empfohlen mindestens dreimal täglich **Milch oder Milchprodukte** zu verzehren. Die Empfehlungen werden allerdings von 90.7% der Befragten nicht umgesetzt (89.7% der Männer und 91.5% der Frauen). Wiederum decken sich unsere Ergebnisse mit den Resultaten der oben beschriebenen CoLaus-Studie (19); auch in dieser Studie erreichen nur 8.4% der Studienteilnehmer die erwähnten Empfehlungen.

Auch in der SGB von 2007 konsumierten 90% der Befragten die empfohlenen drei Portionen Milch und/oder Milchprodukte pro Tag nicht (89% der Männer und 91% der Frauen). 2007 und 2012 wurde allerdings nicht die genau gleiche Beschreibung der Portionen(-grösse) verwendet. Der Konsum hat sich damit nicht verbessert.

Mit den Empfehlungen zum Konsum von Milch und Milchprodukten und dem Hinweis, dass auch Getreideprodukte, Kartoffeln und Hülsenfrüchte wesentlich zur Eiweissversorgung beitragen, ist laut Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung (18) der Bedarf an Eiweiss noch nicht in jedem Fall gedeckt. Daher wird pro Tag eine zusätzliche Portion eines eiweissreichen Lebensmittels empfohlen wie Fleisch, Geflügel, Meeresfrüchte, Eier, Tofu, Quorn, Seitan- oder alternativ eine vierte Portion eines Milchproduktes wie Käse, Quark oder Hüttenkäse.

Da jeder Eiweisslieferant andere wertvolle Nährstoffe mit sich bringt, sollte langfristig zwischen den einzelnen Eiweissquellen abgewechselt werden. Es sollte damit nicht häufiger als viermal pro Woche **Fleisch** (inklusive Wurst, aber ohne Fisch (laut Hayer, SGE persönliche Mitteilung) gegessen werden. Fleisch sollte gegenüber Wurstwaren bevorzugt werden. Wie die Resultate der SGB12 zeigen, essen 38.2% der Befragten an mehr als 4 Tagen pro Woche Fleisch/Wurstwaren, Männer häufiger als Frauen (48.3 vs. 28.5%). In der bereits erwähnten CoLaus-Studie (19) essen 38% häufiger als fünfmal pro Woche Fleisch, wobei sich die Fragestellung der beiden Erhebungen nicht genau deckt.

Verbrauchsdaten aus dem 6. SEB zeigen (2), dass der Fleischkonsums zwischen 2001/02 und 2007/08 nicht mehr abnahm sondern stagnierte. Auch in der vorliegenden Erhebung setzt sich seit 2002 die Abnahme des Fleisch-/Wurstwarenkonsums nicht mehr fort.

Bezüglich **Fischkonsum** wird empfohlen 1-2 mal pro Woche Fisch zu essen und zu beachten, dass der Fisch aus einer nachhaltigen Fischerei stammt. In der SGB12 geben allerdings 34.7% der Befragten an, seltener als wöchentlich bzw. nie Fisch zu essen. Dieser Anteil hat sich in den letzten 20 Jahren aber etwas verringert. In der CoLaus-Studie essen 33% seltener (19) als wöchentlich Fisch. Dieser Prozentsatz liegt deutlich höher als die 19.4%, die sich in der SGB12 für die französischsprachige Schweiz ergeben. Verbrauchsdaten aus dem 6. SEB zeigen zudem, dass der Fischkonsum weiterhin zunimmt (2).

Was die Getränkezufuhr anbetrifft, so werden aufgrund der Lebensmittelpyramide täglich 1-2 Liter empfohlen, bevorzugt in Form von ungesüssten Getränken. Koffeinhaltige Getränke wie Kaffee, schwarzer und grüner Tee können zur Flüssigkeitszufuhr beitragen. Alkohol, Milch, Frucht- und Gemüsesäfte, Süssgetränke etc. werden nicht zum Durstlöschen empfohlen. Die Frage nach dem Flüssigkeitskonsum der SGB12 lässt keine solche Differenzierung zu, ausser dass sie den Konsum von Alkohol ausschliesst. So geben 65.3% der Befragten an, täglich mindestens 1.5 **Liter zu trinken**, alkoholische Getränke nicht mit eingerechnet. 29.1% der Befragten trinken täglich 1000–1499 ml. Insgesamt 5.7% der Befragten trinken weniger als einen Liter pro Tag. In den beiden Gesundheitsbefragungen von 2002 und 2007 betrug der Prozentsatz von Personen, die weniger als 1 Liter pro Tag tranken, 4.4% und 4.1%. In der SGB von 2012 ist dieser Anteil mit 5.7% nun signifikant höher. 65+-jährige Männer erreichen die höchsten Werte (11.3%). Auch in einer nationalen Erhebung aus den USA waren ältere Männer und Frauen gefährdeter für einen unzureichenden Getränkekonsument (26). Allerdings sind Personen, deren Flüssigkeitszufuhr unter oder über den Empfehlungen liegt nicht zwingend von einer Dehydratation betroffen bzw. davor geschützt. Die SGB-Daten berücksichtigen u.a. die Zufuhr von Flüssigkeit, die über die Nahrung zugeführt wird, nicht. Ältere Personen sind gefährdeter für Dehydratation, da unter anderem das Durstempfinden altersbedingt abnimmt, Multimorbidität bzw. entsprechende Medikation wie Diuretika Dehydratation fördern können, oder weil aus Angst vor nächtlichen Toilettengängen oder Inkontinenz nicht genügend getrunken wird (27, 28).

Die vier am häufigsten genannten **Hindernisse für eine gesunde Ernährung** sind „eine grosse Vorliebe für gutes Essen“, „der hohe Preis gesunder Nahrungsmittel“, „Gewohnheiten und Zwänge des Alltags“ und „der Zeitaufwand für den Kauf und die Zubereitung entsprechender

Nahrungsmittel“. Hierbei handelt es sich um vorgegebene Antwortkategorien, wobei dieser Antwortkatalog unvollständig sein kann. In einer amerikanischen Studie (29) waren die Befragten der Meinung, dass die Ernährungsinformation der Medien verwirrend sei. Als Hindernisse wurden „fehlende Kochkenntnisse“, „Preis“, „fehlende Kenntnisse der Empfehlungen“, „Schwierigkeit, Gewohnheiten zu verändern“ und „Geschmack“ genannt. Es zeigte sich auch, dass je nach Lebensmittelgruppe die Hindernisse unterschiedlich sein können. Als Hindernisse für Fruchtekonsum wurden z.B. „leichtes Verderben der Früchte“, „zu hoher Preis“, „nicht überall erhältlich“, „saure Früchte werden nicht gerne gegessen“, genannt. Als Hindernisse für Gemüsekonsum wurden z.B. „nicht gewohnt Gemüse zu essen“, „schlechter Geschmack“, „wissen nicht, dass Gemüse gesund ist“, „nichts Neues ausprobieren“, „Preis“, „sättigt nicht“, genannt. Bei Milch und Milchprodukten waren die angegebenen Gründe: „Milchprodukte machen dick“, „die empfohlenen Mengen sind zu hoch“, „fettarme Produkte schmecken nicht gut“. In der SGB von 2012 werden alle Hindernisse seltener genannt als 2007; besonders das Preisargument und das ungenügende Angebot in Restaurants, Kantinen etc. haben an Bedeutung verloren. Letzteres kann auf eine Verbesserung des Angebots hinweisen. Verhältnispräventionsmassnahmen könnten für die Verbesserung der Angebote in Restaurants und in den Geschäften mitverantwortlich sein. Es ist aber auch möglich, dass die Befragten dem Thema gegenüber gleichgültiger geworden sind. Darauf deutet auch die Beobachtung hin, dass die Befragten nicht häufiger auf ihre Ernährung achten als früher und dass sich dies bei den Frauen sogar noch etwas verschlechtert hat.

Bewegung

Das Bewegungsverhalten der Schweizer Wohnbevölkerung hat sich in den vergangenen zehn Jahren positiv entwickelt: Erfüllten im Jahr 2002 62.5 Prozent der Bevölkerung die aktuellen Bewegungsempfehlungen, ist dieser Anteil bis 2012 auf 72.5 Prozent angestiegen. Dabei gilt es allerdings festzuhalten, dass eine Mehrheit der Bevölkerung nach wie vor sehr viel Zeit bei **sitzenden Tätigkeiten** verbringt: Der Medianwert für das Sitzen beträgt in der SGB 2012 fünf Stunden pro Tag. Selbst wenn die Angaben aus einer aktuellen Eurobarometerstudie nicht direkt vergleichbar sind, entspricht das ungefähr der durchschnittlichen Dauer des Sitzens in den 28 Mitgliedsländern der EU, während sich die Schweizer Wohnbevölkerung eher etwas mehr bewegt als die europäische (30). Langandauerndes Sitzen und Ruhen wirkt sich negativ auf unsere Gesundheit aus und sollte daher regelmässig durch körperliche Aktivitäten unterbrochen werden (31-34).

Tabak

Das Rauchen ist in den Industrienationen das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko insbesondere für Herz-Kreislaufkrankheiten, Krebs- und Atemwegserkrankungen (17). Im Zeitraum von 1992 bis 1997 wurde in der SGB ein Anstieg der Prävalenz des Tabakkonsums beobachtet (von 30% auf 33%), anschliessend eine Abnahme zwischen 1997 und 2012 (33.2% auf 28.2%). Bei Männern und Frauen wurden vergleichbare Tendenzen beobachtet. Von 1992 bis 2012 hat sich der Anteil der Raucher bei den Männern von 36.7% auf 32.4% statistisch signifikant vermindert, bei den Frauen blieb der Anteil stabil (24.1% und 24.2%). Vergleichsweise waren in der bereits erwähnten CoLaus-Studie von den 35-75-Jährigen 29.4% der Männer und 23.6% der Frauen Raucher bzw. Raucherinnen (15). In der bereits erwähnten Studie zur Gesundheit der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland (35) rauchen 27% der 18-79-jährigen Frauen täglich oder gelegentlich, von den Männern sind es 33%. Im europäischen Vergleich variieren die Häufigkeiten für tägliches Rauchen beträchtlich zwischen den 27 EU Mitgliedstaaten, d.h. für Männer von 13% (Schweden) bis 46% (Lettland) und für Frauen von 9% (Rumänien) bis 27% (Irland) (Durchschnitt EU Männer 29%, Frauen 18%). Es ist zu beachten, dass die Daten der SGBs auch nicht-tägliche Raucher miteinschliessen.

Alkohol

Während chronisch zu hoher Alkoholkonsum oft erst nach langjährigem Konsum zu den entsprechenden Folgekrankheiten (Lebererkrankungen, Bauchspeicheldrüsenentzündungen etc.) führt, ist das Risiko für Verletzungen durch Unfälle, Schlägereien etc. bei Risikokonsum und insbesondere wenn viel auf einmal getrunken wird, zu jeder Zeit erhöht (36). In der SGB12 trinken 4.8% der Befragten (Männer 5.5%, Frauen 4.1%) chronisch zu viel Alkohol (Frauen ≥ 20 g, Männer ≥ 40 g reiner Alkohol pro Tag); dieser Anteil hat sich bei den Männern seit 1997 signifikant von 8% auf 6% verringert, bei den Frauen blieb er etwa gleich. In der CoLaus-Studie an 35 bis 75-jährigen wiesen 12.2% der Männer und 4.7% der Frauen einen hohen Alkoholkonsum (≥ 21 bzw. ≥ 14 Masseinheiten pro Woche) auf (15). Die Zahlen sind somit vergleichbar dem Konsum in der französischsprachigen Schweiz in der SGB12 mit etwas grosszügigeren Grenzwerten (Männer 7.9%, Frauen 6.0%). In der bereits erwähnten deutschen Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland ist der Risikokonsum (durchschnittliche, tägliche Trinkmenge von mehr als 10-12 g (20-24 g) Reinalkohol für Frauen (Männer)) bei jüngeren Menschen im Alter von 19 bis 29 Jahren am häufigsten (Männer 54,9%; Frauen 36%). Im Alter ab 65 Jahren nimmt die Häufigkeit ab. Bei Männern ist der Risikokonsum mit 41,6% häufiger als bei Frauen (25,6%) (36).

Gemäss SGB12 trinken 11.1% der Befragten mindestens einmal monatlich 6 oder mehr Gläser alkoholische Getränke an einem Anlass. Diese Art des Trinkens ist mehrheitlich ein Männerproblem (17.0%), aber auch bei den Frauen ist dies mit 5.6% keine Seltenheit. Die höchsten Prozentsätze erreichen die jungen Männer und Frauen zwischen 15 und 34 Jahren (30.4% bzw. 11.4%). Mit 21% liegt der Prozentsatz der Rauschtrinker und Rauschtrinkerinnen von Suchtmonitoring Schweiz deutlich höher (persönliche Mitteilung). Dies beruht wahrscheinlich auf der unterschiedlichen Definition (Männer: > 5 Standardgläser pro Gelegenheit, Frauen: > 4). Eine Querschnittsstudie an 9130 18-64-jährigen Spaniern ergab eine 10%ige Prävalenz des Rauschtrinkens bei den Männern und 4.2% bei den Frauen (Rauschtrinken definiert als ≥ 80 g Alkohol für Männer (≥ 60 g für Frauen) bei einer Gelegenheit während des vergangenen Monats). Bei den 18-24-Jährigen waren es 19.5% der Männer und 10.3% der Frauen. Diese Werte scheinen etwas tiefer zu liegen als solche aus Erhebungen in Nord- und Osteuropa oder Nordamerika (37).

Diabetes, Hypertonie, Hypercholesterinämie

Bei 4.7% der SGB-Teilnehmenden ist bereits einmal im Leben von einem Arzt **Diabetes** diagnostiziert worden. Bei den Männern sind es 5.5%, bei den Frauen 3.9%. Dabei wird nicht zwischen Diabetes Typ I und Typ II unterschieden. Zudem handelt es sich um Eigenangaben. Seit 1997 ist der Anteil der Diabetes Diagnose bei Männern signifikant gestiegen. Vergleichsweise lag die direkt gemessene Prävalenz von Typ 2 Diabetes in der Basisuntersuchung der CoLaus-Studie (38) an 6181 35-75-jährige Männern und Frauen bei 6.3% (Männer 9.1%, Frauen 3.8%); auch in der CoLaus-Studie war eine Alterszunahme des Diabetes zu verzeichnen, hingegen keine Unterschiede nach Bildungsniveau.

Bei 26.8% der SGB-Teilnehmer ist schon einmal in ihrem Leben durch einen Arzt **Bluthochdruck** diagnostiziert worden. Bei den Männern ist der Anteil etwas höher als bei den Frauen (28.0% vs. 25.7%) und der Anteil nimmt mit dem Alter deutlich zu (≥ 65 -Jährige 54.5%). Bei den Frauen variiert er nach Bildungsstand (tief: 31.9%, hoch 17.1%). In den letzten 15 Jahren ist der Anteil der Personen, bei denen schon einmal Bluthochdruck diagnostiziert wurde, um 6.7% gestiegen, bei den Männern deutlicher als bei den Frauen. Wiederum ergab die Basis-Untersuchung der CoLaus-Studie (39) eine Prävalenz der Hypertonie von 36%, Männer 43%, Frauen 31%. Die Prävalenz nahm von 18% bei den 35-44-Jährigen auf 75% bei den 65-75-Jährigen Männern zu; bei den Frauen waren es 10% und 59%. Die Studienpopulation der CoLaus-Studie war etwas älter als die der SGB und die Schätzung der Verbreitung der Hypertonie beruht auf Eigenangaben, nicht auf Messungen wie in der CoLaus-Studie.

Bei 17.4% der SGB-Teilnehmenden ist bereits einmal ein **erhöhter Cholesterinspiegel** durch einen Arzt diagnostiziert worden, wobei der Anteil bei den Männern höher ist als bei den Frauen (19.1% gegenüber 15.7%). Dieser Anteil nimmt mit dem Alter zu (≥ 65 -Jährige 32.8%, 15-34-Jährige 4.0%). In der Basisuntersuchung der CoLaus-Studie (16) wiesen 36.2% der 35-75-jährigen Männer und 24.6% der Frauen basierend auf Blutwerten eine Dyslipidämie (Fettstoffwechselstörung) auf. Die deutlich tieferen Werte in der SGB12 beruhen am ehesten auf den Eigenangaben der Teilnehmer und auf dem etwas niedrigeren Durchschnittsalter (Männer 47.7 Jahre, Frauen 48.6 Jahre vs. 52.6 und 53.5).

Methodische Stärken und Schwächen

Die Ergebnisse zur Gesamtschweiz lassen sich aufgrund der verwendeten Gewichtungsfaktoren in Bezug auf Alter, Geschlecht und Nationalität (Schweizer, Ausländer) von der Stichprobe auf die Gesamtbevölkerung der Schweiz verallgemeinern. Bei der Verallgemeinerung der Resultate anderer Untergruppen könnten die Resultate durch die Stichprobenerhebung oder durch die fehlenden Angaben der Nichtbeantworter beeinträchtigt sein. Bei über 75-jährigen oder bei gesundheitlich beeinträchtigten Personen wurde ein persönliches *Face-to-Face* Interview gemacht, d.h. nicht per Telefon, wie für die restliche Stichprobe, was eine Stärke des Studiendesign darstellt. Zudem wurde für Personen, die nicht interviewfähig waren, ein so genanntes „Proxy-Interview“ durchgeführt, d.h. ein anderes Haushaltsmitglied wurde zu den Ernährungsgewohnheiten usw. dieser Person befragt, was zu Unterschieden in der Qualität der erhobenen Daten geführt haben könnte. Eine Limitation stellt die Telefonbefragung dar, da nicht alle Einträge der Einwohnerregister mit einer gültigen Telefonnummer verknüpft werden konnten. So betrug die Nicht-Teilnahme etwa 35% für Personen mit Adressen mit Telefonnummer sowie 75-80% auf die Adressen ohne Telefonnummer, was eine Verzerrung der Stichprobe darstellt. Zudem wurden nur nicht-institutionalisierte Personen berücksichtigt. Neue Erkenntnisse zu Lebensstilfaktoren und Änderungen der Klassifikationen und Nomenklaturen, z.B. empfohlener täglicher Gemüse- und Fruchtekonsum haben in den letzten 20 Jahren dazu geführt, dass sowohl Fragestellungen als auch Antwortkategorien geändert wurden, was aussagekräftige Längsvergleiche erschwert bzw. teilweise verunmöglicht. Zudem ist zu beachten, dass befragte Personen eine ihrer Meinung nach sozial erwünschte Antwort, die aber nicht ihrer tatsächlichen Einstellung oder ihrem tatsächlichen Verhalten entspricht, geben können.

Zusammenfassende Beurteilung

Für die 21 Variablen zum Lebensstil, zum Körpergewicht und zu anderen Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten, die in der vorliegenden Arbeit untersucht wurden, (Tabelle 18)

zeigen **Männer** bei 15 risikoreichere Befunde als Frauen, für 2 zeigen sich keine Unterschiede und für 4 haben die Frauen ein höheres Risiko. Damit sind Männer bezüglich Ernährung, Alkoholkonsum, Rauchen, zu hohem Körpergewicht, Diabetes, Hypertonie und Hypercholesterinämie deutlich gefährdeter für nichtübertragbare Krankheiten.

Junge (15-34-jährige) weisen im Vergleich zu 65+-jährigen für 7 Variablen ein risikoreicheres Verhalten auf. Es sind dies vier Ernährungsfaktoren, Rauchen, „monatlich mindestens einmal 6 Gläser Alkohol oder mehr an einem Anlass zu trinken“ und Untergewicht. 65+-jährige hingegen essen seltener Gemüse, sind körperlich weniger aktiv und sitzen länger pro Tag, , trinken zu wenig, sind übergewichtig und adipös und leiden an den Folgekrankheiten Hypertonie, Diabetes (Diagnose und Behandlung) und Hypercholesterinämie (Diagnose), d.h. sie sind für 11 Variablen exponierter als die Jungen.

Personen mit tieferem **Bildungsniveau** weisen für 14 Variablen risikoreichere Befunde auf als besser Gebildete. Für 7 Variablen (Milch, Fisch, Fleisch, Flüssigkeit, chronisch risikoreicher Alkoholkonsum, Hypercholesterinämie, Untergewicht) zeigen sich keine Unterschiede.

Ausländer sind bezüglich 8 Parametern gefährdeter als Schweizer (Gemüse, Milch, „5 am Tag“, Flüssigkeit, Übergewicht und Adipositas, Rauchen, Diabetes), Schweizer sind bezüglich der 7 Parameter „auf nichts achten in der Ernährung“, „monatlich mind. einmal 6 Gläser Alkohol oder mehr an einem Anlass trinken“, Früchte-, Fisch- und Fleischkonsum, ungenügender körperliche Aktivität und überdurchschnittlicher Sitzdauer gefährdeter als Ausländer. Für die restlichen Variablen sind keine Unterschiede zu zeigen.

Das Risiko der **städtischen Bevölkerung** unterscheidet sich für 11 Variablen von der ländlichen Bevölkerung: die Städter achten eher auf die Ernährung, verhalten sich bezüglich Fisch- und Fleischkonsum erwünschter, erfüllen eher die Bewegungsempfehlungen, pflegen seltener das, und sind seltener übergewichtig oder adipös. Hingegen sind die Städter eher untergewichtig, weisen eher eine überdurchschnittliche Sitzdauer auf und sind eher von einem Diabetes oder einer Hypercholesterinämie betroffen als die Leute, die auf dem Lande leben.

Die **Deutschschweiz** weist bezüglich 16 Parametern Unterschiede zur **Westschweiz** auf: besser bezüglich „auf die Ernährung achten“, Milchkonsum, Konsum von Flüssigkeit ohne Alkohol, Erfüllen der Bewegungsempfehlungen, Rauchen, chronisch risikoreichem Alkoholkonsum und „mindestens einmal monatlich 6 oder mehr Gläser Alkohol an einem Anlass trinken“, Diabetes (Diagnose) und

Hypercholesterinämie (Diagnose), schlechter für Gemüse und Früchte, Fisch, „5 am Tag“, überdurchschnittlicher Sitzdauer, Hypertonie (Diagnose, Behandlung). Weiter unterscheidet sich die Deutschschweiz von der italienischsprachigen Schweiz bezüglich 12 Parametern: besser bezüglich Flüssigkeit, Bewegungsempfehlungen erfüllt, Rauchen, chronischer Alkoholkonsum, Hypercholesterinämie (Diagnose), Untergewicht; hingegen unerwünschter bezüglich Konsum von Früchten, Fisch, Fleisch, „mindestens einmal monatlich 6 oder mehr Gläser Alkohol an einem Anlass trinken“, Adipositas, Hypertonie (Diagnose).

Abschliessend kann gesagt werden, dass die Ernährungsfragen der SGB zu wenig detailliert sind, um alle Risikogruppen zu erfassen, da u.a. die Nährstoffversorgung der Schweizer Bevölkerung nicht abgeschätzt werden kann. Eine solche umfassende, gesamtschweizerische Ernährungserhebung wird zurzeit vom Bundesamt für Gesundheit durchgeführt. Zudem sucht das eben angelaufene Nationale Forschungsprogramm "Gesunde Ernährung und nachhaltige Lebensmittelproduktion" (NFP 69) nach neuen Wegen, wie die Schweizer Bevölkerung zu einem gesünderen Essverhalten ermuntert werden kann. Vorschläge, wie die Rahmenbedingungen für eine ausgewogene Ernährung, ausreichende Bewegung sowie geringerem Alkohol- und Tabakkonsum verbessert werden könnten, liegen vor [z.B. (4, 5, 40).

Bibliographie

1. http://www.who.int/nmh/events/moscow_ncds_2011/round_tables_summary.pdf?ua=1.
2. Keller U, Battaglia Richi E, Beer M, editors. Sechster Schweizerischer Ernährungsbericht. Bern: Bundesamt für Gesundheit; 2012.
3. Nationales Programm Ernährung und Bewegung NPEB http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/13227/index.html?lang=de.
4. <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/00596/index.html?lang=de>.
5. <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/00613/index.html?lang=de>.
6. Eichholzer M, Bisig B. Daily consumption of (red) meat or meat products in Switzerland: results of the 1992/93 Swiss Health Survey. Eur J Clin Nutr. 2000;54(2):136-42.
7. Eichholzer M, Bovey F, Jordan P, Probst-Hensch N, Stoffel-Kurt N. [Data on overweight and nutrition in the 2007 Swiss Health Survey]. Praxis (Bern 1994). 2010;99(1):17-25.
8. Eichholzer M, Bernasconi F, Jordan P, Gutzwiller F. [Nutrition in Switzerland 2002--results of the Swiss Health Survey]. Praxis (Bern 1994). 2005;94(44):1713-21.
9. WHO, editor. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: World Health Organization; 2003.
10. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ. 2000;320(7244):1240-3.
11. Schweizerische Gesellschaft für Ernährung SGE B, Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen BLV. Schweizer Lebensmittelpyramide. . <http://www.sge-ssn.ch/de/ich-und-du/essen-und-trinken/ausgewogen/lebensmittelpyramide/>.
12. WHO, editor. Age standardization of rates : a new WHO standard,2001.

13. Bundesamt für Sport BASPO, Bundesamt für Gesundheit BAG, Gesundheitsförderung Schweiz, bfu – Beratungsstelle für Unfallverhütung, Suva, Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz. Gesundheitswirksame Bewegung. Magglingen: BASPO 2013.
14. Malatesta D. Gültigkeit und Relevanz des Body-Mass-Index (BMI) als Massgrösse für Übergewicht und Gesundheitszustand auf individueller und epidemiologischer Ebene. Institut des Sciences du Sport de l'Université de Lausanne, Faculté de biologie et de médecine – Département de physiologie. (Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 8). Bern: Gesundheitsförderung Schweiz. 2013.
15. Stringhini S, Spencer B, Marques-Vidal P, Waeber G, Vollenweider P, Paccaud F, et al. Age and gender differences in the social patterning of cardiovascular risk factors in Switzerland: the CoLaus study. PLoS One. 2012;7(11):e49443.
16. Davin C, Vollenweider P, Waeber G, Paccaud F, Marques-Vidal P. Cardiovascular risk factors attributable to obesity and overweight in Switzerland. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2012;22(11):952-8.
17. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>.
18. Schweizerische Gesellschaft für Ernährung SGE B, Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen BLV. Schweizer Lebensmittelpyramide. <http://www.sge-ssn.ch/de/ich-und-du/essen-und-trinken/ausgewogen/lebensmittelpyramide/>.
19. de Abreu D, Guessous I, Vaucher J, Preisig M, Waeber G, Vollenweider P, et al. Low compliance with dietary recommendations for food intake among adults. Clin Nutr. 2013;32(5):783-8.
20. Nicklett EJ, Kadell AR. Fruit and vegetable intake among older adults: a scoping review. Maturitas. 2013;75(4):305-12.
21. Volken T, Ruesch P, Guggisberg J. Fruit and vegetable consumption among migrants in Switzerland. Public Health Nutr. 2013;16(1):156-63.
22. Blanck HM, Gillespie C, Kimmons JE, Seymour JD, Serdula MK. Trends in fruit and vegetable consumption among U.S. men and women, 1994-2005. Prev Chronic Dis. 2008;5(2):A35.
23. Ungar N, Sieverding M, Stadnitski T. Increasing fruit and vegetable intake. "Five a day" versus "just one more". Appetite. 2013;65:200-4.
24. Mensink GB, Truthmann J, Rabenberg M, Heidemann C, Haftenberger M, Schienkiewitz A, et al. [Fruit and vegetable intake in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1)]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2013;56(5-6):779-85.
25. Suivi des facteurs de risque cardiovasculaire dans la population genevoise de 1993 à 2007 http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05192/05943/index.html?lang=de 2009.
26. Drewnowski A, Rehm CD, Constant F. Water and beverage consumption among adults in the United States: cross-sectional study using data from NHANES 2005-2010. BMC Public Health. 2013;13:1068.
27. Suter P. Checkliste Ernährung. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 2005.
28. Schnieders M, Kolb G. [Dehydration in the elderly]. Medizinische Klinik. 2004;99(8):453-60; quiz 61.
29. Nicklas TA, Jahns L, Bogle ML, Chester DN, Giovanni M, Klurfeld DM, et al. Barriers and facilitators for consumer adherence to the dietary guidelines for Americans: the HEALTH study. J Acad Nutr Diet. 2013;113(10):1317-31.
30. European Commission, Directorate-General for Education and Culture (2014) Special Eurobarometer 412: Sport and physical activity. European Commission, ohne Ort.
31. Hamilton MT, Hamilton DG, Zderic TW. Role of low energy expenditure and sitting in obesity, metabolic syndrome, type 2 diabetes, and cardiovascular disease. Diabetes. 2007;56(11):2655-67.
32. Owen N, Bauman A, Brown W. Too much sitting: a novel and important predictor of chronic disease risk? Br J Sports Med. 2009;43(2):81-3.
33. Edwardson CL, Gorely T, Davies MJ, Gray LJ, Khunti K, Wilmot EG, et al. Association of sedentary behaviour with metabolic syndrome: a meta-analysis. PLoS One. 2012;7(4):e34916.

34. Thorp AA, Owen N, Neuhaus M, Dunstan DW. Sedentary behaviors and subsequent health outcomes in adults a systematic review of longitudinal studies, 1996-2011. *Am J Prev Med.* 2011;41(2):207-15.
35. Lampert T, von der Lippe E, Muters S. [Prevalence of smoking in the adult population of Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1)]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2013;56(5-6):802-8.
36. Hapke U, E VdL, Gaertner B. [Alcohol consumption, at-risk and heavy episodic drinking with consideration of injuries and alcohol-specific medical advice: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1)]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2013;56(5-6):809-13.
37. Soler-Vila H, Galan I, Valencia-Martin JL, Leon-Munoz LM, Guallar-Castillon P, Rodriguez-Artalejo F. Binge Drinking in Spain, 2008-2010. *Alcohol Clin Exp Res.* 2013.
38. Kaiser A, Vollenweider P, Waeber G, Marques-Vidal P. Prevalence, awareness and treatment of type 2 diabetes mellitus in Switzerland: the CoLaus study. *Diabet Med.* 2012;29(2):190-7.
39. Danon-Hersch N, Marques-Vidal P, Bovet P, Chioloro A, Paccaud F, Pecoud A, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of high blood pressure in a Swiss city general population: the CoLaus study. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2009;16(1):66-72.
40. http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/13227/index.html?lang=de.

Tabellen

Tab. 1: BMI-Kategorien (15+-Jährige): Resultate (in %¹) nach soziodemographischen Parametern

Tel. Befragung n ² = 21597 n	%	Alter				Bildungsniveau ⁵			Einkommensklasse ⁶				Region			Gebiet		Nationalität		
		15-34	35-49	50-64	≥65	Tief	Mittel	Hoch	1	2	3	4	D	F	I	städtisch	ländlich	CH	Ausländer	
<i>Body Mass Index³</i>																				
Untergewicht BMI < 18.5 kg/m ²	Total	3.7	6.6	2.7	2.1	2.8	5.5	3.2	3.4	3.9	3.6	2.8	2.8	3.3	4.3	6.3	3.9	3.0	3.8	3.5
	Männer	1.2	2.7	(0.5) ⁴	(0.4) ⁴	(0.8) ⁴	4.0	0.7	(0.4) ⁴	(1.8) ⁴	(0.6) ⁴	(0.4) ⁴	(0.6) ⁴	1.1	1.5	(1.0) ⁴	1.2	(1.0) ⁴	1.1	(1.4) ⁴
	Frauen	6.2	10.7	4.9	3.8	4.5	6.6	5.2	8.1	5.7	6.3	5.5	5.8	5.6	6.9	10.8	6.5	5.1	6.2	5.9
Normales Körpergewicht BMI 18.5-24.9 kg/m ²	Total	55.2	68.4	56.5	47.0	44.1	51.1	54.7	58.6	51.9	54.9	54.1	57.1	54.8	56.5	53.6	56.4	51.9	55.8	53.1
	Männer	48.3	64.3	46.1	37.4	39.5	50.1	46.4	50.1	44.2	46.9	47.6	49.8	47.8	50.8	43.2	49.3	45.4	49.1	45.9
	Frauen	61.9	72.6	66.9	56.7	47.8	51.9	61.5	72.0	58.7	62.3	61.2	67.2	61.9	61.7	62.7	63.1	58.4	62.0	61.3
Übergewicht BMI 25-29.9 kg/m ²	Total	30.8	20.0	31.4	36.5	38.9	29.4	31.5	30.6	32.6	31.1	31.9	32.2	31.3	29.5	30.5	29.9	33.5	30.6	31.7
	Männer	39.3	27.5	42.4	46.2	44.9	33.5	40.6	40.4	41.3	40.5	39.8	40.3	39.8	36.8	44.6	38.4	41.8	39.1	40.0
	Frauen	22.6	12.2	20.2	26.7	34.2	26.3	24.2	15	24.9	22.5	23.2	20.8	22.8	22.9	18.21	21.7	25.2	22.7	22.1
Adipositas BMI ≥ 30 kg/m ²	Total	10.3	5.1	9.5	14.4	14.1	14.0	10.5	7.5	11.6	10.4	11.2	7.9	10.5	9.7	9.7	9.8	11.5	9.8	11.8
	Männer	11.2	5.5	11.0	16.0	14.8	12.4	12.3	9.1	12.7	12.0	12.2	9.2	11.3	11.0	11.2	11.0	11.8	10.7	12.7
	Frauen	9.4	4.5	8.0	12.8	13.6	15.1	9.1	4.9	10.7	8.9	10.1	6.2	9.7	8.5	8.3	8.7	11.3	9.0	10.7

¹gewichtet

²ungewichtet (Frauen n=11314; Männer n=10283)

³Body Mass Index (BMI) = Körpergewicht (kg)/ Körpergrösse (m²); für 215 Personen fehlen Angaben zum BMI

⁴Prozente in Klammern: n liegt zwischen 10 und 29

⁵tief= obligatorische Schule; mittel= Sekundarstufe II; hoch=Tertiärstufe; für total 109 Personen fehlen Angaben zum Bildungsniveau

⁶1= weniger als 2521 Franken; 2= 2521 bis 3599 Franken; 3= 3600 bis 5199 Franken; 4= 5200 Franken und mehr; für total 3300 Personen fehlen Angaben zur Einkommensklasse

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012, BFS.

Tab. 2: Prozentanteil¹ und 95%-Konfidenzintervall (95% CI) der 18+-jährigen Übergewichtigen, Adipösen, Untergewichtigen und Normalgewichtigen im Längsvergleich; Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) von 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

SGB		1992	1997	2002	2007	2012					
Tel. Befragung, n ²		14521	12474	18908	17879	20537					
Männer		6575	5537	8563	8017	9804					
Frauen		7946	6937	10345	9862	10733					
<i>Body mass index³</i>		<i>Häufigkeit in %</i>	<i>95% CI</i>								
Untergewicht BMI < 18.5 kg/m ²	Total	4.4	4.1-4.8	3.9	3.5-4.3	3.7	3.3-4.0	3.3	2.9-3.6	3.3	3.0-3.6
	Männer	0.9	0.7-1.2	1.1	0.8-1.4	1.3	0.9-1.6	0.8	0.2-1.0	0.8	0.5-1.1
	Frauen	7.7	7.1-8.4	6.5	5.8-7.2	5.9	5.3-6.5	5.6	5.0-6.2	5.8	5.2-6.3
Normales Körpergewicht BMI 18.5-24.9 kg/m ²	Total	64.2	63.3-65.1	59.9	59.0-60.9	57.6	56.7-58.5	57.8	56.9-58.7	54.5	53.6-55.3
	Männer	58.5	57.1-59.9	55.1	53.6-56.6	51.2	49.8-52.5	50.7	49.3-52.1	47.3	46.1-48.6
	Frauen	69.6	68.4-70.8	64.5	63.2-65.8	63.6	62.4-64.7	64.6	63.4-65.8	61.4	60.2-62.6
Übergewicht BMI 25-29.9 kg/m ²	Total	25.8	24.9-26.6	29.1	28.2-30.0	30.7	29.9-31.6	30.4	29.5-31.3	31.6	30.8-32.4
	Männer	34.2	32.9-35.5	36.8	35.4-38.3	39.2	37.9-40.6	39.5	38.2-40.1	40.3	39.0-41.5
	Frauen	17.8	16.8-18.8	21.8	20.7-22.9	22.7	21.7-23.7	21.7	20.7-22.7	23.2	22.2-24.3
Adipositas BMI ≥ 30 kg/m ²	Total	5.6	5.1-6.0	7.1	6.6-7.6	8.0	7.6-8.4	8.5	8.0-9.1	10.6	10.0-11.1
	Männer	6.3	5.6-7.0	7.0	6.2-7.7	8.3	7.6-9.0	9.0	8.2-9.8	11.6	10.8-12.4
	Frauen	4.9	4.3-5.5	7.2	6.5-7.9	7.8	7.1-8.5	8.1	7.4-8.8	9.6	8.9-10.3

¹ gewichtet

² ungewichtet

³ Body Mass Index (BMI) = Körpergewicht (kg)/ Körpergrösse (m²)

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002, 2007 und 2012, BFS.

Tab. 3: Prozentanteil¹ und 95%-Konfidenzintervall (95% CI) der 18+-jährigen Übergewichtigen, Adipösen, Untergewichtigen und Normalgewichtigen im Längsvergleich (altersstandardisiert²); Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) von 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

SGB		1992	1997	2002	2007	2012					
Tel. Befragung, n ³		14521	12474	18908	17879	20537					
Männer		6575	5537	8563	8017	9804					
Frauen		7946	6937	10345	9862	10733					
<i>Body mass index⁴</i>		<i>Häufigkeit in %</i>	<i>95% CI</i>								
Untergewicht BMI < 18.5 kg/m ²	Total	4.7	4.3-5.2	4.4	3.9-4.9	13.5	12.7-14.3	3.6	3.2-4.0	3.8	3.4-4.2
	Männer	1.1	0.7-1.5	1.5	0.9-2.1	5.0	4.2-5.8	1.0	0.6-1.4	1.0	0.7-1.4
	Frauen	8.3	7.4-9.1	7.3	6.4-8.2	22.0	20.8-23.3	6.1	5.4-6.9	6.6	6.0-7.3
Normales Körpergewicht BMI 18.5-24.9 kg/m ²	Total	64.7	63.8-65.7	61.3	60.2-62.3	50.3	49.3-51.4	60.2	59.2-61.1	56.9	56-57.8
	Männer	59.0	57.6-60.4	56.6	55.1-58.1	50.1	48.6-51.5	53.5	52.1-54.9	49.8	48.6-51.1
	Frauen	70.0	68.7-71.3	65.7	64.3-67.1	50.3	48.8-51.7	66.7	65.4-67.9	64.0	62.8-65.2
Übergewicht BMI 25-29.9 kg/m ²	Total	25.1	24.3-26.0	27.7	26.8-28.6	28.7	27.8-29.6	28.3	27.5-29.2	29.7	28.9-30.5
	Männer	33.6	32.3-35	35.3	33.8-36.7	37.1	35.8-38.5	37.2	35.8-38.6	38.5	37.2-39.7
	Frauen	17.1	16.1-18.1	20.4	19.3-21.5	20.5	19.5-21.6	19.7	18.7-20.7	20.8	19.9-21.8
Adipositas BMI ≥ 30 kg/m ²	Total	5.4	5.0-5.9	6.6	6.1-7.1	7.5	7.0-7.9	7.9	7.4-8.4	9.6	9.1-10.2
	Männer	6.2	5.5-6.9	6.6	5.9-7.4	7.8	7.1-8.5	8.3	7.6-9.0	10.7	10.0-11.5
	Frauen	4.6	4.1-5.2	6.6	5.9-7.2	7.2	6.5-7.8	7.4	6.8-8.1	8.5	7.9-9.2

¹ gewichtet

² WHO Standard -Europa

³ ungewichtet

⁴ Body Mass Index (BMI) = Körpergewicht (kg)/ Körpergrösse (m²)

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002, 2007 und 2012, BFS.

Tab. 4: Prozentanteil¹ und 95%-Konfidenzintervall (95% CI) der 18+-jährigen Schweizer Übergewichtigen, Adipösen, Untergewichtigen und Normalgewichtigen im Längsvergleich (altersstandardisiert²); Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) von 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

SGB		1992	1997	2002	2007	2012					
Tel. Befragung, n ³		14521	12474	18908	17879	20537					
Männer		6575	5537	8563	8017	9804					
Frauen		7946	6937	10345	9862	10733					
<i>Body mass index</i> ⁴		<i>Häufigkeit in %</i>	<i>95% CI</i>								
Untergewicht BMI < 18.5 kg/m ²	Total	4.8	4.3-5.4	4.5	4.0-5.1	4.7	4.1-5.3	3.8	3.3-4.2	3.9	3.5-4.4
	Männer	0.9	0.6-1.3	1.5	1.0-2.2	2.0	1.5-2.7	1.0	0.7-1.6	0.9	0.6-1.3
	Frauen	8.6	7.6-9.5	7.5	6.6-8.6	7.3	6.4-8.3	6.3	5.6-7.2	6.9	6.1-7.7
Normales Körpergewicht BMI 18.5-24.9 kg/m ²	Total	65.5	64.5-66.5	62.6	61.5-63.7	61.0	60-62	61.5	60.5-62.5	58.3	57.3-59.2
	Männer	59.6	58.1-61.1	57.9	56.3-59.6	55.1	53.7-56.5	54.8	53.3-56.3	51.1	49.7-52.6
	Frauen	70.5	69.1-71.9	66.9	65.4-68.4	66.5	65.1-67.8	67.8	66.4-69.1	65.1	63.8-66.4
Übergewicht BMI 25-29.9 kg/m ²	Total	24.5	23.6-25.4	26.4	25.5-27.4	27.2	26.4-28.1	27.3	26.4-28.2	29.0	28.1-29.8
	Männer	33.3	31.9-34.8	34.1	32.6-35.6	35.5	34.2-36.8	36.2	34.8-37.6	38.1	36.8-39.5
	Frauen	16.6	15.5-17.7	19.2	18.1-20.4	19.5	18.5-20.5	19.1	18.1-20.1	20.1	19.1-21.1
Adipositas BMI ≥ 30 kg/m ²	Total	5.2	4.7-5.6	6.4	5.9-6.9	7.1	6.6-7.5	7.4	6.9-7.9	8.9	8.4-9.4
	Männer	6.1	5.4-6.8	6.5	5.7-7.3	7.4	6.7-8.1	8.0	7.2-8.8	9.8	9.1-10.6
	Frauen	4.3	3.8-4.8	6.3	5.7-7.0	6.7	6.1-7.4	6.8	6.2-7.5	8.0	7.3-8.7

¹ gewichtet

² WHO Standard -Europa

³ ungewichtet

⁴ Body Mass Index (BMI) = Körpergewicht (kg)/ Körpergrösse (m²)

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002, 2007 und 2012, BFS.

Tab. 5: Essverhalten, welches nicht den Empfehlungen entspricht: Resultate (in %) nach soziodemographischen Parametern

Tel. Befragung, n ² =21597	%	Alter				Bildungsniveau ³			Einkommensklasse ⁴				Region			Gebiet		Nationalität		
		15-34	35-49	50-64	≥65	Tief	Mittel	Hoch	1	2	3	4	D	F	I	städtisch	ländlich	CH	Ausländer	
n		5610	5903	5279	4805	3868	11568	6052	4147	4349	4838	4933	14293	5708	1596	15416	6181	17936	3661	
Auf nichts achten in der Ernährung (n=21577)	Total	32.1	41.7	29.0	27.8	27.5	43.5	31.8	25.3	36.0	32.2	29.9	26.8	27.5	46.6	26.5	31.1	34.7	31.1	35.3
	Männer	39.4	48.4	35.7	36.3	34.3	52.4	41.8	30.2	44.9	39.6	38.0	32.2	36.3	50.3	31.5	37.6	44.2	39.6	38.6
	Frauen	25.1	34.8	22.3	19.2	22.3	36.9	23.7	17.5	28.0	25.5	21.1	19.3	18.8	43.2	22.0	25.0	25.4	23.4	31.5
Gemüse/Salat und/oder Gemüsesaft weniger als 3 Portionen/Tag (n=21024)	Total	82.1	81.1	81.1	81.0	86.0	88.5	82.6	77.3	84.0	81.9	80.9	80.6	82.9	79.3	83.6	81.9	82.7	81.0	86.1
	Männer	88.9	87.1	88.4	90.1	91.3	91.5	90.6	85.5	91.3	89.5	87.7	87.7	89.7	86.2	90.6	88.5	90.2	88.8	89.5
	Frauen	75.5	74.8	73.7	71.9	81.9	86.2	76.1	64.3	77.5	75.0	73.5	70.7	76.2	73.2	77.7	75.6	75.4	73.9	82.1
Früchte und/oder Fruchtsäfte weniger als 2 Portionen/Tag (n=21066)	Total	64.8	70.0	67.1	62.6	57.0	65.3	64.7	64.7	64.0	65.1	64.6	66.5	66.8	59.2	63.8	64.2	66.4	65.3	63.2
	Männer	73.0	77.0	74.6	71.8	65.5	72.8	74.0	71.7	73.0	72.8	72.0	73.8	75.0	66.9	70.4	71.8	76.1	74.4	68.6
	Frauen	57.0	62.7	59.5	53.3	50.6	59.7	57.2	53.6	56.1	58.2	56.6	56.4	58.5	52.3	58.0	57.0	56.8	57.0	43.0
Milch und/oder Milchprodukte weniger als 3 Portionen/Tag (n=21096)	Total	90.7	89.5	91.8	91.1	90.2	90.6	90.3	91.3	90.0	89.6	91.0	91.7	90.3	91.7	90.6	91.3	89.0	90.1	92.8
	Männer	89.7	86.6	91.6	90.7	90.7	89.4	88.8	91.2	89.5	88.6	89.7	91.2	89.4	90.6	90.7	90.6	87.4	88.8	92.7
	Frauen	91.5	92.5	92.0	91.6	89.8	91.4	91.6	91.4	90.5	90.6	92.4	92.4	91.2	92.7	90.5	91.9	90.4	91.2	92.9
Fisch (selten/nie) (n=21567)	Total	34.7	40.4	32.2	31.3	33.7	34.7	36.1	32.2	35.4	34.3	34.4	33.7	40.3	20.2	23.4	32.3	41.1	37.6	24.9
	Männer	34.8	40.7	33.1	31.0	32.7	33.7	37.3	32.1	36.5	34.6	33.9	33.3	40.4	19.4	23.8	32.2	41.8	38.3	24.5
	Frauen	34.6	40.0	31.4	31.5	34.5	35.4	35.1	32.2	34.5	34.1	34.9	34.3	40.2	20.8	23.0	32.5	40.3	37.0	25.4
Fleisch- oder Wurstwaren an mehr als 4 Tagen pro Woche (n=21567)	Total	38.2	44.1	37.8	37.4	31.5	38.0	38.2	38.4	37.3	38.0	39.3	38.5	39.5	37.9	18.9	35.1	46.7	40.2	31.5
	Männer	48.3	57.0	46.3	48.1	37.8	48.0	49.4	47.1	45.6	49.0	50.1	47.8	51.0	44.2	25.4	44.5	58.6	51.8	37.9
	Frauen	28.5	30.8	29.1	26.7	26.6	30.7	29.1	24.7	30.0	27.9	27.6	25.6	28.1	32.2	13.3	26.1	34.9	29.6	24.3
Flüssigkeit weniger als 1 l/Tag (n=20811)	Total	5.7	3.6	4.1	6.0	10.2	8.0	5.2	5.1	5.7	4.8	5.1	5.4	4.1	9.3	10.7	6.0	4.8	5.4	6.6
	Männer	5.0	1.6	3.4	6.5	11.3	5.2	4.8	5.3	4.5	4.0	5.0	5.9	3.7	8.4	9.8	5.4	4.1	5.0	5.3
	Frauen	6.2	5.7	4.8	5.4	9.3	10.0	5.6	4.7	6.7	5.6	5.2	4.8	4.5	10.0	11.4	6.5	5.5	5.8	8.2
Mind. 3 Portionen Gemüse und mind. 2 Portionen Früchte an 7 Tagen pro Woche (n=20883)	Total	10.9	10.4	11.4	12.3	9.5	6.9	10.9	13.2	9.9	11.1	11.6	11.2	10.3	12.7	10.5	11.0	10.6	11.4	9.0
	Männer	5.7	5.9	6.5	5.5	4.6	3.6	5.0	7.5	4.8	5.2	7.0	6.1	5.0	8.0	5.9	6.1	4.7	5.5	6.3
	Frauen	15.9	15.1	16.4	19.1	13.2	9.2	15.7	22.2	14.5	16.5	16.6	18.5	15.6	17.0	14.5	15.7	16.5	16.8	12.1

¹ gewichtet

² ungewichtet (Frauen n=11'314; Männer n=10'283)

³ tief= obligatorische Schule; mittel= Sekundarstufe II; hoch=Tertiärstufe; für total 109 Personen fehlen Angaben zum Bildungsniveau

⁴ 1= weniger als 2521 Franken; 2= 2521 bis 3599 Franken; 3= 3600 bis 5199 Franken; 4= 5200 Franken und mehr; für total 3300 Personen fehlen Angaben zur Einkommensklasse

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012, BFS.

Tab. 6: Prozentanteil¹ und 95%-Konfidenzintervall (95% CI) von unerwünschtem Verhalten bezüglich Essgewohnheiten im Längsvergleich; Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) von 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

SGB		1992		1997		2002		2007		2012	
Tel. Befragung n ²		15288		13004		19706		18760		21597	
Männer		6855		5760		8909		8424		10283	
Frauen		8433		7244		10797		10336		11314	
		<i>Häufigkeit in %</i>	<i>95% CI</i>								
Fleisch- oder Wurstwaren an > 4 Tagen pro Woche	Total	43.3	42.4-44.2	38.4	37.4-39.3	35.9	35.1-36.8	37.1	36.2-38.0	38.2	37.4-39.0
	Männer	51.7	50.3-53.1	47.9	46.4-49.4	45.8	44.5-47.1	47.7	46.4-49.1	48.3	47.1-49.6
	Frauen	35.7	34.5-37.0	29.6	28.3-30.8	26.7	25.6-27.8	26.9	25.8-28.0	28.5	27.4-29.5
Fisch (selten/nie)	Total	44.2	43.3-45.2	40.5	39.5-41.5	38.3	37.4-39.2	36.6	35.7-37.5	34.7	33.9-35.5
	Männer	44.0	42.6-45.4	40.9	39.5-42.3	38.3	37.0-39.6	37.2	35.9-38.5	34.8	33.6-36.0
	Frauen	44.5	43.2-45.7	40.1	38.8-41.4	38.2	37.0-39.4	36.0	34.8-37.2	34.6	33.4-35.7
Auf nichts achten in der Ernährung	Total	32.2	31.3-33.1	31.4	30.5-32.3	30.9	30.1-31.8	29.5	28.6-30.3	32.1	31.3-32.9
	Männer	41.7	40.3-43.1	40.4	38.9-41.8	38.4	37.1-39.7	36.6	35.2-37.9	39.4	38.2-40.6
	Frauen	23.6	22.5-24.7	23.1	22.0-24.2	24.0	22.9-25.0	22.7	21.6-23.8	25.1	24.1-26.1
Flüssigkeit weniger als 1 l/Tag	Total	k.a. ³		k.a.		4.4	4.0-4.7	4.1	3.7-4.4	5.7	5.3-6.0
	Männer	k.a.		k.a.		3.8	3.3-4.2	3.2	2.7-3.6	5.0	4.5-5.6
	Frauen	k.a.		k.a.		4.9	4.4-5.5	4.9	4.4-5.5	6.2	5.7-6.8

¹ gewichtet

² ungewichtet

³ n liegt unter 10

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002, 2007 und 2012, BFS.

Tab. 7: Prozentanteil¹ und 95%-Konfidenzintervall (95% CI) von Vegetarismus im Längsvergleich; schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) von 1997, 2002, 2007, 2012

SGB	1997		2002		2007		2012	
Tel. Befragung, n ²	12978		19648		18689		21555	
	<i>Häufigkeit in %</i>	<i>95%CI</i>						
Vegetarier (weder Fleisch noch Fisch)	0.7	0.6-0.9	0.9	0.8-1.1	1.2	1.0-1.4	1.4	1.2-1.6
Seltener Fleisch-/Fischkonsum (seltener als 1x/Woche)	2.1	1.8-2.4	1.8	1.5-2.0	1.4	1.2-1.6	1.0	0.8-1.1
Moderater Fleisch-/Fischkonsum (max. 1mal/Woche)	4.3	3.9-4.6	4.1	3.7-4.4	3.4	3.1-3.7	3.0	2.7-3.3

¹ gewichtet

² ungewichtetes n für alle Personen mit Angaben zu Fleisch- und Fischkonsum

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1997, 2002, 2007 und 2012, BFS.

Tab. 8: Hindernisse für eine gesunde Ernährung: Resultate (in %¹) nach soziodemographischen Parametern

Schriftl. Befragung n ² =18357		%	Alter				Bildungsniveau ³			Einkommensklasse ⁴				Region			Gebiet		Nationalität	
			15-34	35-49	50-64	≥65	Tief	Mittel	Hoch	1	2	3	4	D	F	I	städtisch	ländlich	CH	Ausländer
n			4523	5083	4624	4127	2796	10012	5508	3406	3725	4277	4462	12151	4854	1352	13091	5266	15689	2668
Hoher Zeitaufwand für Einkaufen und Zubereitung	Total	31.7	37.0	32.6	27.8	26.4	24.5	32.2	35.0	31.0	30.9	31.6	34.8	31.1	35.2	20.7	31.8	31.3	32.7	28.5
	Männer	29.5	36.0	30.2	24.1	23.6	24.6	30.2	30.4	29.1	27.4	28.7	32.2	29.0	32.5	20.1	29.7	28.7	29.9	28.3
	Frauen	33.8	38.0	35.0	31.7	28.7	24.5	33.7	42.0	32.6	34.0	34.9	38.4	33.3	37.6	21.3	33.8	33.8	35.2	28.9
Zu wenig Angebote in den Geschäften	Total	6.0	6.8	7.0	5.6	3.8	5.4	5.6	7.2	5.5	6.4	6.2	6.2	5.1	8.2	8.7	6.5	4.8	5.3	8.2
	Männer	6.3	6.8	7.9	5.7	3.8	5.1	6.0	7.3	5.9	7.2	6.3	6.4	5.7	8.0	7.3	7.0	4.5	5.7	8.1
	Frauen	5.8	6.9	6.1	5.6	3.8	5.7	5.3	7.1	5.2	5.6	6.1	6.0	4.5	8.3	10.1	6.0	5.1	5.0	8.4
Zu wenig Angebote in Restaurants, Kantinen, usw.	Total	17.4	17.8	20.5	18.1	11.4	10.0	16.5	23.4	12.6	15.9	18.8	23.8	17.5	17.1	17.6	18.2	15.2	17.8	16.3
	Männer	16.7	14.9	21.0	16.4	12.7	9.0	15.1	21.8	12.7	14.2	16.4	22.6	16.7	16.3	18.2	18.0	12.9	17.1	15.4
	Frauen	18.2	20.8	20.1	19.8	10.4	10.8	17.5	26.0	12.6	17.4	21.4	25.3	18.4	17.9	17.1	18.4	17.5	18.4	17.3
Gesundes Essen ist relativ teuer	Total	39.6	39.3	39.8	38.7	41.1	39.3	40.7	38.0	44.6	41.7	37.7	35.4	37.6	43.5	49.6	40.9	36.3	39.4	40.3
	Männer	35.8	36.6	36.0	34.5	35.9	35.5	37.1	34.2	40.5	37.1	34.8	33.0	34.0	39.3	45.3	37.3	31.7	34.9	38.4
	Frauen	43.3	42.1	43.5	43.0	45.1	42.2	43.6	43.8	48.1	45.8	40.9	38.7	41.2	47.2	53.6	44.2	40.7	43.6	42.5
Zu wenig Unterstützung durch Mitmenschen	Total	7.5	10.7	7.1	6.5	4.1	7.7	7.6	7.0	7.1	7.8	7.4	7.6	8.6	4.6	6.1	7.3	7.9	7.3	8.0
	Männer	6.5	8.3	6.6	6.0	3.7	6.3	6.9	6.1	6.3	6.5	7.5	6.2	7.5	3.6	6.2	6.4	6.7	6.4	6.7
	Frauen	8.4	13.0	7.5	7.0	4.5	8.8	8.2	8.4	7.8	8.9	7.3	9.5	9.6	5.5	6.0	8.2	9.0	8.1	9.4
Mitmenschen halten davon ab	Total	2.7	4.2	2.4	2.3	1.5	3.4	2.5	2.7	(2.9) ⁵	2.3	2.8	2.4	3.3	1.1	3.5	2.8	2.7	2.7	2.9
	Männer	2.2	3.5	2.0	(1.3)	(1.4)	(2.9)	2.1	2.1	2.1	(2.0)	2.2	2.1	2.7	(0.8)	(2.3)	2.3	2.1	2.0	2.9
	Frauen	3.3	4.8	2.9	3.2	(1.5)	3.7	3.0	3.6	3.7	2.6	3.4	2.8	3.9	1.4	(4.5)	3.3	3.3	3.3	(3.0)
Grosse Vorliebe für gutes Essen	Total	44.8	41.9	39.4	46.1	56.2	54.1	45.0	39.0	44.1	44.0	44.7	42.9	42.9	51.3	38.3	44.6	45.5	45.0	44.3
	Männer	49.8	45.6	45.6	52.3	61.2	55.6	51.5	45.0	48.8	48.9	50.0	48.9	47.9	56.4	43.9	49.4	51.0	51.0	46.4
	Frauen	40.1	38.1	33.2	39.6	52.3	53.1	39.7	29.9	39.9	39.6	38.9	34.7	38.0	46.7	33.0	40.0	40.1	39.6	41.8
Grosse Vorliebe für reichliches Essen	Total	14.5	21.9	13.4	11.7	7.5	14.1	13.7	16.0	13.1	14.2	15.7	15.8	15.9	11.9	7.3	14.2	15.1	14.9	13.0
	Männer	17.5	25.4	16.3	14.1	9.8	18.2	16.9	17.9	16.5	17.5	18.7	17.3	19.2	14.4	8.1	16.9	19.0	18.3	15.1
	Frauen	11.5	18.4	10.5	9.3	5.8	11.1	11.1	13.1	10.2	11.4	12.3	13.6	12.6	9.6	6.6	11.7	11.2	11.8	10.6
Gewohnheiten und Zwänge des Alltags	Total	37.7	44.7	45.0	35.5	18.4	25.4	35.2	49.5	33.9	38.2	40.1	44.3	38.1	37.7	32.5	37.5	38.3	37.9	37.1
	Männer	37.1	41.5	43.0	34.4	21.4	24.8	32.8	48.0	32.1	37.3	39.3	42.5	36.8	38.6	34.7	37.2	37.0	37.5	35.9
	Frauen	38.3	48.0	46.1	36.6	16.0	25.8	37.1	51.7	35.5	39.1	41.0	46.8	39.3	36.9	30.5	37.8	39.6	38.2	38.4

Fehlender Wille, fehlender Glaube an Erfolg	Total	21.7	29.6	21.0	19.5	13.1	20.7	21.8	22.3	21.4	21.9	22.4	22.3	25.4	12.7	14.8	20.9	24.0	22.8	18.5
	Männer	21.4	27.1	19.3	21.3	14.6	20.3	20.7	22.7	20.6	21.1	22.0	22.2	24.6	13.4	13.7	20.7	23.3	22.7	17.7
	Frauen	22.1	32.0	22.7	17.7	11.9	20.9	22.7	21.6	22.2	22.7	22.8	22.5	26.2	12.1	15.9	21.2	24.6	22.8	19.4

¹ gewichtet

² ungewichtet (Frauen n=9723; Männer n=8634)

³ tief= obligatorische Schule; mittel= Sekundarstufe II; hoch=Tertiärstufe; für total 109 Personen fehlen Angaben zum Bildungsniveau

⁴ 1= weniger als 2521 Franken; 2= 2521 bis 3599 Franken; 3= 3600 bis 5199 Franken; 4= 5200 Franken und mehr; für total 3300 Personen fehlen Angaben zur Einkommensklasse

⁵ Prozenzte in Klammern: n liegt zwischen 10 und 29

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012, BFS.

Tab. 9: Prozentanteil¹ und 95%-Konfidenzintervall (95% CI) der einzelnen Hindernisse für eine gesunde Ernährung im Längsvergleich; schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) von 2002, 2007, 2012

SGB	2002		2007		2012	
Schriftl. Befragung, n ²	16141		14393		18357	
<i>Hindernisse</i>	<i>Häufigkeit in %</i>	<i>95% CI</i>	<i>Häufigkeit in %</i>	<i>95% CI</i>	<i>Häufigkeit in %</i>	<i>95% CI</i>
Hoher Zeitaufwand für Einkaufen und Zubereitung	30.9	29.9-31.8	35.2	34.0-36.3	31.7	30.7-32.6
Zu wenig Angebote in den Geschäften	10.1	9.5-10.8	10.0	9.3-10.8	6.0	5.6-6.5
Zu wenig Angebote in Restaurants, Kantinen, usw.	31.0	30.1-32.0	33.5	32.4-34.6	17.4	16.7-18.2
Gesundes Essen ist relativ teuer	47.2	46.1-48.2	51.2	50.0-52.3	39.6	38.6-40.6
Zu wenig Unterstützung durch Mitmenschen	9.9	9.3-10.6	10.1	9.3-10.8	7.5	6.9-8.0
Mitmenschen halten davon ab	4.0	3.6-4.4	3.8	3.3-4.3	2.7	2.4-3.1
Grosse Vorliebe für gutes Essen	41.7	40.7-42.8	48.3	47.1-49.4	44.8	43.8-45.8
Grosse Vorliebe für reichliches Essen	17.1	16.3-17.9	17.1	16.2-18.1	14.5	13.7-15.2
Gewohnheiten und Zwänge des Alltags	43.9	42.9-45.0	45.0	43.8-46.2	37.7	36.7-38.7
Fehlender Wille, Fehlernder Glaube an Erfolg	26.2	25.3-27.1	25.0	24.0-26.0	21.7	20.9-22.6

¹ gewichtet

² ungewichtet

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2002, 2007 und 2012, BFS.

Tab. 10: Körperliche Aktivität-Skala (15+-Jährige): Resultate (in %¹) nach soziodemographischen Parametern

Tel. Befragung, n ² = 20'625		%	Alter				Bildungsniveau ⁴			Einkommensklasse ⁵				Region			Gebiet		Nationalität	
			15-34	35-49	50-64	≥65	Tief	Mittel	Hoch	1	2	3	4	D	F	I	städtisch	ländlich	CH	Ausländer
<i>n</i>			5391	5664	5081	4489	3481	11163	5907	3927	4141	4686	4814	13671	5433	1521	14704	5921	1735	3269
<i>Körperliche Aktivität Skala³</i>																				
inaktiv (n=2171) keine Bewegungsaktivität	Total	10.7	6.9	9.2	10.8	18.2	19.0	10.9	5.8	14.3	10.2	9.1	5.9	8.6	15.1	17.9	11.3	9.2	9.4	15.6
	Männer	8.7	5.9	8.1	9.8	12.7	14.4	9.7	5.1	12.9	8.5	7.0	5.5	7.2	11.9	16.9	8.8	8.3	7.5	12.3
	Frauen	12.7	7.9	10.3	11.8	22.4	22.4	11.9	6.8	15.6	11.8	11.4	6.5	10.1	17.9	24.9	13.6	10.2	11.1	19.4
teilaktiv (n=3592) mind. 30 Min. mittlere Intensität pro Woche/ 1 Tag Schwitzepisoden	Total	16.8	14.6	19.5	18.5	14.5	13.9	16.2	19.6	15.9	17.6	17.7	18.0	15.0	21.9	17.9	17.0	16.2	17.0	15.9
	Männer	15.4	11.5	19.2	18.5	12.1	11.8	14.0	13.7	15.7	16.3	17.7	16.0	14.3	18.7	16.4	15.6	14.8	15.4	15.5
	Frauen	18.2	17.7	19.8	18.5	16.4	15.5	17.8	21.3	17.9	19.2	19.2	18.5	15.7	24.8	19.2	18.3	17.6	18.6	16.4
unregelmässig aktiv (n=5946) mind. 150 Min. mittlere Intensität pro Woche/2 Tage Schwitzepisoden	Total	28.9	28.4	29.3	30.9	26.9	25.3	29.3	30.2	28.5	29.5	29.6	30.6	30.0	25.6	28.1	28.5	29.9	29.2	27.7
	Männer	29.5	27.0	30.3	32.6	28.8	24.7	30.3	30.6	30.1	31.1	29.6	30.0	30.5	26.6	29.7	29.5	29.6	29.8	28.8
	Frauen	28.2	29.8	28.2	29.2	25.5	25.7	28.6	29.5	27.0	28.1	29.6	31.5	29.6	24.8	26.7	27.5	30.3	28.7	26.5
regelmässig aktiv (n=3165) mind. 5 Tage mit mind. 30 Min. mittlerer Intensität	Total	15.3	12.6	15.2	14.2	20.2	14.5	16.2	14.1	16.8	16.3	15.1	12.6	15.5	15.2	12.5	14.9	16.3	16.1	12.3
	Männer	13.6	10.1	13.5	13.3	19.9	12.6	14.6	12.7	13.9	14.9	14.3	11.3	14.0	13.3	9.6	12.9	15.5	14.3	11.3
	Frauen	16.9	15.3	16.9	15.2	20.5	15.8	17.4	16.5	19.3	17.5	16.1	14.4	17.0	16.9	15.0	16.8	17.1	17.7	13.4
trainiert (n=5751) mind. 3 Tage pro Woche mit Schwitzepisoden	Total	28.3	37.6	26.9	25.6	20.2	27.4	27.4	30.3	24.5	26.4	28.5	33.0	30.9	22.1	20.4	28.3	28.3	28.2	28.5
	Männer	32.8	45.5	28.9	25.8	26.5	36.5	31.3	33.1	29.5	29.8	32.9	35.7	34.1	29.5	27.5	33.1	31.8	33.0	32.1
	Frauen	24.0	29.3	24.9	25.4	15.3	20.6	24.3	26.0	20.2	23.4	23.7	29.2	27.7	15.6	14.3	23.7	24.8	23.9	24.3

¹ gewichtet

² ungewichtet (Frauen n=10814; Männer n=9811)

³ für 972 Personen fehlen Angaben zur körperlichen Aktivität

⁴ tief= obligatorische Schule; mittel= Sekundarstufe II; hoch=Tertiärstufe; für total 1046 Personen fehlen Angaben zum Bildungsniveau

⁵ 1= weniger als 2521 Franken; 2= 2521 bis 3599 Franken; 3= 3600 bis 5199 Franken; 4= 5200 Franken und mehr; für total 4029 Personen fehlen Angaben zur Einkommensklasse

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012, BFS.

Tab. 11: Sitzende und ruhende Tätigkeiten (15+-Jährige): Median (in Minuten pro Tag)¹ nach soziodemographischen Parametern

Schriftl. Befragung, n ² = 17742	%	Alter				Bildungsniveau ⁴			Einkommensklasse ⁵				Region			Gebiet		Nationalität	
		15-34	35-49	50-64	≥65	Tief	Mittel	Hoch	1	2	3	4	D	F	I	städtisch	ländlich	CH	Ausländer
<i>n</i>		4411	4982	4480	3869	2577	9684	5445	3266	3600	4173	4393	11764	4685	1293	12656	5086	15182	2560
<i>Median Dauer Sitzen und Ruhen³</i>																			
Median	Total	300	360	300	270	240	240	360	240	240	300	360	300	300	240	300	240	300	240
	Männer	300	360	360	300	240	240	360	240	300	300	360	240	300	300	300	240	300	300
	Frauen	240	360	240	240	240	240	300	240	240	300	360	300	300	240	270	240	240	300

¹ gewichtet

² ungewichtet (Frauen n=9329; Männer n=8413)

³ für 3855 Personen fehlen Angaben zur körperlichen Aktivität

⁴ tief= obligatorische Schule; mittel= Sekundarstufe II; hoch=Tertiärstufe; für total 3891 Personen fehlen Angaben zum Bildungsniveau

⁵ 1= weniger als 2521 Franken; 2= 2521 bis 3599 Franken; 3= 3600 bis 5199 Franken; 4= 5200 Franken und mehr; für total 6165 Personen fehlen Angaben zur Einkommensklasse

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012, BFS.

Tab. 12: Prozentanteil¹ und 95%-Konfidenzintervall (95% CI) der 15+-jährigen Inaktiven, Teilaktiven, Aktiven und Trainierten im Längsvergleich; Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) von 2002, 2007, 2012

SGB		2002		2007		2012	
Tel. Befragung, n ²		18240		17387		20625	
Männer		8084		7744		9811	
Frauen		10156		9643		10814	
<i>Körperliche Aktivität Skala³</i>		<i>Häufigkeit in %</i>	<i>95% CI</i>	<i>Häufigkeit in %</i>	<i>95% CI</i>	<i>Häufigkeit in %</i>	<i>95% CI</i>
inaktiv	Total	18.4	17.7-19.1	14.8	14.1-15.5	10.7	10.2-11.3
	Männer	15.2	14.3-16.2	12.9	12.0-13.9	8.7	8.0-9.5
	Frauen	21.3	20.3-22.3	16.6	15.7-17.5	12.7	11.9-13.5
teilaktiv	Total	19.1	18.4-19.8	18.6	17.9-19.4	16.8	16.2-17.4
	Männer	17.3	16.2-18.3	17.7	16.7-18.8	15.4	14.5-16.3
	Frauen	20.7	19.8-21.8	19.5	18.5-20.5	18.2	17.3-19.1
unregelmässig aktiv	Total	25.9	25.1-26.7	24.2	23.4-25.1	28.9	28.1-29.7
	Männer	27.4	26.1-28.6	25.0	23.8-26.2	29.5	28.4-30.7
	Frauen	24.5	23.5-25.7	23.6	22.5-24.7	28.2	27.2-29.3
regelmässig aktiv	Total	8.9	8.4-9.5	9.5	9.0-10.1	15.3	14.7-15.9
	Männer	8.8	8.1-9.6	8.7	8.0-9.5	13.6	12.8-14.5
	Frauen	9.1	8.4-9.8	10.3	9.5-11.1	16.9	16.0-17.8
trainiert	Total	27.7	26.8-28.5	32.8	31.9-33.7	28.3	27.5-29.1
	Männer	31.4	30.1-32.7	35.7	34.3-37.1	32.8	31.6-34.0
	Frauen	24.4	23.3-25.5	30.1	28.9-31.3	24.0	23.0-25.0

¹ gewichtet

² ungewichtet

³ körperliche Aktivität

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2002, 2007 und 2012, BFS.

Tab. 13: Tabak- und Alkoholkonsum: Resultate (in %¹) nach soziodemographischen Parametern

Tel. Befragung, n ² =21597	%	Alter				Bildungsniveau ³			Einkommensklasse ⁴				Region			Gebiet		Nationalität		
		15-34	35-49	50-64	≥65	Tief	Mittel	Hoch	1	2	3	4	D	F	I	städtisch	ländlich	CH	Ausländer	
<i>n</i>		5610	5903	5279	4805	3868	11568	6052	4147	4349	4838	4933	14293	5708	1596	15416	6181	17936	3661	
Rauchen „ja“ vs. Ex-Raucher, Nichtraucher (n=21597)	Total	28.2	36.6	31.3	27.6	13.3	29.0	29.7	24.7	29.2	28.7	28.3	28.7	27.4	30.0	30.2	28.5	27.3	26.4	34.3
	Männer	32.4	41.6	36.8	29.2	15.1	35.7	35.5	26.6	33.8	31.6	32.0	31.7	32.3	32.2	34.0	32.5	32.0	30.0	39.5
	Frauen	24.2	31.5	25.7	26.1	12.0	24.0	25.0	21.8	25.2	26.1	24.3	24.6	22.6	28.1	27.0	24.7	22.6	23.1	28.3
Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum ⁵ (n=20848)	Total	4.8	5.1	3.8	4.9	5.7	4.6	4.8	5.1	3.7	4.6	5.1	5.5	4.0	6.9	6.8	4.9	4.6	5.0	4.1
	Männer	5.5	6.2	5.1	5.3	5.5	5.8	5.9	5.0	5.0	5.8	5.5	5.6	4.8	7.9	5.5	5.6	5.5	5.7	5.1
	Frauen	4.1	4.0	2.6	4.5	5.8	3.7	3.9	5.2	2.7	3.6	4.6	5.3	3.2	6.0	7.9	4.3	3.7	4.4	2.9
mind. 6 Gläser alkoholische Getränke bei einem Anlass mind. einmal pro Monat (n=20805)	Total	11.1	21.1	9.1	7.9	3.6	10.7	11.4	10.9	8.6	11.1	11.2	14.1	10.9	12.5	7.2	10.5	13.0	11.8	8.7
	Männer	17.0	30.4	13.8	11.7	6.5	18.0	18.8	14.2	13.4	16.5	16.7	19.5	16.4	19.7	10.9	15.9	19.8	18.5	12.1
	Frauen	5.6	11.4	4.4	4.1	1.3	5.3	5.6	5.6	4.4	6.2	5.1	6.5	5.5	6.1	4.0	5.3	6.2	5.8	4.7

¹gewichtet

² ungewichtet (Frauen n=11314; Männer n=10283)

³ tief= obligatorische Schule; mittel= Sekundarstufe II; hoch=Tertiärstufe; für total 109 Personen fehlen Angaben zum Bildungsniveau

⁵ reiner Alkohol (in Gramm/Tag): für Frauen mind. 20g, für Männer mind. 40g

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012, BFS.

Tab. 14: Prozentanteil¹ und 95%-Konfidenzintervall (95% CI) von Tabak- und Alkoholkonsum im Längsvergleich; Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) von 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

SGB		1992	1997	2002	2007	2012					
Tel. Befragung, n ²		15288	13004	19706	18760	21597					
Männer		6855	5760	8909	8424	10283					
Frauen		8433	7244	10797	10336	11314					
		<i>Häufigkeit in %</i>	<i>95% CI</i>								
Rauchen „ja“ vs. Ex-Raucher, Nichtraucher	Total	30.1	29.2-30.9	33.2	32.3-34.1	30.5	29.7-31.4	27.9	27.0-28.7	28.2	27.4-29.0
	Männer	36.5	35.2-37.8	39.1	37.7-40.5	36.0	34.7-37.2	32.3	31.1-33.6	32.4	31.2-33.6
	Frauen	24.1	23.0-25.1	27.8	26.6-28.9	25.5	24.4-26.5	23.6	22.5-24.7	24.2	23.2-25.2
Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum	Total	k.a. ³		6.0	5.5-6.5	5.7	5.3-6.1	5.1	4.7-5.5	4.8	4.5-5.2
	Männer	k.a.		7.5	6.7-8.2	7.1	6.5-7.7	5.7	5.1-6.3	5.5	5.0-6.1
	Frauen	k.a.		4.6	4.1-5.2	4.4	3.9-4.8	4.6	4.1-5.1	4.1	3.7-4.6

¹ gewichtet

² ungewichtet

³ n liegt unter 10

⁴ reiner Alkohol (in Gramm/Tag): mind. 20g/40g (Frauen/Männer)

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002, 2007 und 2012, BFS.

Tab. 15: Diagnose¹ und Behandlung² von Diabetes, Hypertonie und Hypercholesterinämie: Resultate (in %³) nach soziodemographischen Parametern

Schriftl. Befragung n ⁴ =18357		%	Alter				Bildungsniveau ⁵			Einkommensklasse ⁶				Region			Gebiet		Nationalität	
			15-34	35-49	50-64	≥65	Tief	Mittel	Hoch	1	2	3	4	D	F	I	städtisch	ländlich	CH	Ausländer
Tel. Befragung, n ⁴ =21597																				
Diagnose Diabetes (n=21566)	Total	4.7	0.7	2.4	6.0	11.8	7.2	4.4	3.6	4.7	4.9	4.6	3.5	4.4	5.6	5.1	4.8	4.5	4.8	4.4
	Männer	5.5	(0.5) ⁷	2.7	7.2	15.8	7.8	5.5	4.5	5.3	6.0	5.5	4.1	5.2	6.4	6.3	5.7	5.1	5.7	5.0
	Frauen	3.9	(0.9)	2.1	4.8	8.7	6.8	3.5	2.3	4.1	4.0	3.6	2.5	3.5	4.9	4.1	3.9	3.9	5.0	3.9
In Behandlung wegen Diabetes (früher oder aktuell) (n=17909)	Total	4.0	0.8	1.7	4.9	10.7	5.5	3.9	3.3	3.5	4.4	4.5	3.0	3.9	4.1	4.8	4.1	3.7	4.3	3.2
	Männer	4.9	(0.6)	2.0	6.2	14.5	6.4	4.8	4.3	4.1	5.6	5.5	3.6	4.8	5.1	5.3	5.1	4.2	5.3	3.5
	Frauen	3.2	(1.0)	1.5	3.5	7.6	4.9	3.2	1.7	3.1	3.4	3.3	2.0	3.1	3.2	(4.3)	3.2	3.2	3.2	2.9
Diagnose Hypertonie (n=21502)	Total	26.8	10.0	17.4	33.7	54.5	28.2	27.8	23.9	25.9	24.7	28.2	26.5	27.7	24.5	25.7	27.0	26.4	28.4	21.4
	Männer	28.0	10.7	20.0	38.3	54.3	23.3	29.2	28.2	26.6	27.0	29.1	29.0	28.5	25.6	30.7	28.4	26.9	29.8	22.4
	Frauen	25.7	9.3	14.8	29.1	54.6	31.9	26.8	17.1	25.2	22.6	27.3	23.1	26.8	23.5	21.3	25.6	26.0	27.2	20.1
In Behandlung wegen Hypertonie (früher oder aktuell) (n=17841)	Total	16.2	1.5	7.0	21.4	44.2	17.1	17.6	13.2	14.6	14.7	18.1	15.3	17.0	14.4	14.1	16.3	16.0	18.2	9.5
	Männer	16.6	1.2	8.5	24.6	44.3	13.4	17.7	16.4	14.5	15.8	18.2	17.1	17.1	14.9	17.9	16.9	15.8	18.7	10.3
	Frauen	15.9	1.8	5.5	18.2	44.1	19.8	17.6	8.1	14.7	13.7	18.1	12.9	17.0	13.9	10.5	15.8	16.1	17.8	8.6
Diagnose Hypercholesterinämie (n=21461)	Total	17.4	4.0	12.8	25.6	32.8	14.7	17.6	18.6	13.7	15.9	20.2	19.8	16.3	19.9	21.3	18.4	14.6	17.9	15.4
	Männer	19.1	4.0	16.1	29.9	34.5	13.8	19.4	21.0	14.0	18.8	21.7	22.4	18.4	20.8	21.9	20.2	16.0	20.1	16.1
	Frauen	15.7	4.0	9.6	21.3	31.5	15.4	16.2	14.7	13.4	13.3	18.6	16.2	14.2	19.1	20.7	16.6	13.3	16.0	14.6

¹ aus telefonischem Fragebogen: "Hat Ihnen ein Arzt schon einmal gesagt, Sie hätten Diabetes/ Hypertonie/Hypercholesterinämie?"

² aus schriftlichem Fragebogen: "Sind Sie zur Zeit oder waren Sie früher einmal in ärztlicher Behandlung wegen Diabetes/Hypertonie/Hypercholesterinämie?"

³ gewichtet

⁴ ungewichtet (Frauen n=9723; Männer n=8634 für schriftliche Befragung); (Frauen n=11'314; Männer n=10'283 für telefonische Befragung)

⁵ tief= obligatorische Schule; mittel= Sekundarstufe II; hoch=Tertiärstufe; für total 109 (telefonisch) bzw. 43 (schriftlich) Personen fehlen Angaben zum Bildungsniveau

⁶ 1= weniger als 2521 Franken; 2= 2521 bis 3599 Franken; 3= 3600 bis 5199 Franken; 4= 5200 Franken und mehr; für total 3300 (telefonisch) bzw. 2487 (schriftlich) Personen fehlen Angaben zur Einkommensklasse

⁷ Prozente in Klammern: n liegt zwischen 10 und 29

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012, BFS.

Tab. 16: Prozentanteil¹ und 95%-Konfidenzintervall (95% CI) von Diabetes, Hypertonie und Hypercholesterinämie; Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) von 1997, 2002, 2007, 2012

SGB		1997		2002		2007		2012	
Tel. Befragung n ²		13004		19706		18760		21597	
Männer		5760		8909		8424		10283	
Frauen		7244		10797		10336		11314	
		<i>Häufigkeit in %</i>	<i>95% CI</i>						
Diagnose Diabetes	Total	3.3	3.0-3.7	3.8	3.4-4.1	4.5	4.2-4.9	4.7	4.3-5.0
	Männer	3.3	2.8-3.9	4.0	3.5-4.4	4.9	4.4-5.5	5.5	5.0-6.1
	Frauen	3.3	2.8-3.7	3.6	3.2-4.0	4.2	3.7-4.6	3.9	3.5-4.3
Diagnose Hypertonie	Total	20.1	19.3-20.9	20.9	18.4-21.5	21.8	21.1-22.6	26.8	26.1-27.6
	Männer	19.1	17.9-20.3	20.5	19.4-21.5	23.2	22.1-24.3	28.0	26.9-29.0
	Frauen	21.1	20.0-22.2	21.2	20.3-22.2	20.5	19.5-21.5	25.7	24.7-26.8
Diagnose Hypercholesterinämie	Total	11.8	11.2-12.5	14.6	14.0-15.3	15.9	13.5-16.6	17.4	16.7-18.0
	Männer	12.8	11.8-13.8	16.5	15.5-17.5	18.1	17.1-19.1	19.1	18.2-20.1
	Frauen	10.9	10.1-11.7	13.0	12.2-13.8	13.9	13.1-14.7	15.7	14.9-16.5

¹ gewichtet

² ungewichtet

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1997, 2002, 2007 und 2012, BFS.

Tab. 17: Prozentanteil¹ und 95%-Konfidenzintervall (95% CI) der Behandlung für Diabetes und Hypertonie im Längsvergleich; schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) von 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

SGB		2002		2007		2012	
Total n ² Diabetes		15871		12917		17909	
Total n ² Hypertonie		15867		13568		17841	
		<i>Häufigkeit in %</i>	<i>95% CI</i>	<i>Häufigkeit in %</i>	<i>95% CI</i>	<i>Häufigkeit in %</i>	<i>95% CI</i>
In Behandlung wegen Diabetes (früher oder aktuell)	Total	3.4	3.1-3.7	3.0	2.7-3.3	4.0	3.7-4.4
	Männer	3.9	3.4-4.5	3.5	3.0-4.1	4.9	4.3-5.5
	Frauen	2.9	2.5-3.3	2.5	2.1-3.0	3.2	2.8-3.6
In Behandlung wegen Hypertonie (früher oder aktuell)	Total	13.8	13.2-14.5	15.0	14.2-15.7	16.2	15.6-16.9
	Männer	13.6	12.7-14.6	15.9	14.8-17.1	16.6	15.7-17.6
	Frauen	14.0	13.1-14.9	14.1	13.2-15.0	15.9	14.9-17.0

¹ gewichtet

² ungewichtet

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2002, 2007 und 2012, BFS.

Tab 18: Überblick der signifikanten Zusammenhänge (p-Werte <0.05; ungewichtete multivariable logistische Regression) zwischen Ernährungsvariablen und soziodemographischen Parametern; Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012

Tel. Befragung, n=21597	Geschlecht	Alter 15-34 vs. 65+-jährige			Bildungsniveau tief vs. hoch ²			Bildungsniveau mittel vs. hoch ²			Einkommensklasse 1 (tief) vs. 4 (hoch) ³			Region D vs. F ⁴			Region D vs. I ⁴			Region F vs. I ⁴			Gebiet Stadt vs. Land			Nationalität Schweizer vs. Ausländer		
		M vs. F ¹	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M
	Auf nichts achten in der Ernährung	↑ ⁵	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	n.s. ⁶	↓ ⁷	↓	↓	n.s.	↑	↓	↑	↑	↑	↓	↓	↓	↑	↑	n.s.
Gemüse/Salat und/oder Gemüsesaft weniger als 3 Portionen/Tag	↑	↓	↓	↓	↑	↑	↑	↑	↑	↑	n.s.	n.s.	n.s.	↑	↑	↑	n.s.	n.s.	n.s.	↓	↓	↓	n.s.	n.s.	n.s.	↓	↓	↓
Früchte und/oder Fruchtsäfte weniger als 2 Portionen/Tag	↑	↑	↑	↑	↑	n.s.	↑	↑	↑	↑	n.s.	n.s.	n.s.	↑	↑	↑	↑	↑	n.s.	↓	n.s.	↓	n.s.	n.s.	n.s.	↑	↑	↑
Milch und/oder Milchprodukte weniger als 3 Portionen/Tag	↓	n.s.	↓	↑	n.s.	n.s.	n.s.	↓	↓	n.s.	↓	↓	↓	↓	↓	↓	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	↑	n.s.	n.s.	n.s.	↓	↓	n.s.
Fisch (selten als wöchentlich/nie)	n.s.	↑	↑	↑	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	↑	n.s.	↑	↑	n.s.	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↓	↓	n.s.	↓	↓	↓	↑	↑	↑
Fleisch- oder Wurstwaren an mehr als 4 Tagen pro Woche	↑	↑	↑	↑	n.s.	n.s.	↑	↑	n.s.	↑	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	↑	↓	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↓	↓	↓
Nicht Einhalten von mind. 3 Portionen Gemüse und mind. 2 Portionen Früchte an 7 Tagen pro Woche	↑	n.s.	n.s.	n.s.	↑	↑	↑	↑	↑	↑	n.s.	n.s.	n.s.	↑	↑	↑	n.s.	n.s.	n.s.	↓	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	↓	↓	↓
Flüssigkeit weniger als 1 l/Tag	n.s.	↓	↓	n.s.	n.s.	n.s.	↑	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	↓	↓	↓	↓	↓	↓	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	↓	n.s.	n.s.
Bewegungsempfehlungen erfüllt	↓	↓	↓	↓	↑	n.s.	↑	n.s.	n.s.	n.s.	↑	↑	↑	↓	↓	↓	↓	↓	↓	n.s.	n.s.	n.s.	↓	↓	↓	↑	↑	↑
überdurchschnittliche Sitzdauer (über 5 Std.)	↓	↓	↓	↓	↑	↑	n.s.	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	n.s.	n.s.	n.s.	↓	n.s.	↓	↑	↑	↑	↑	n.s.	↑
Rauchen „ja“ vs. Ex-Raucher, Nichtraucher	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	n.s.	n.s.	n.s.	↓	n.s.	↓	↓	n.s.	↓	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	↓	↓	n.s.
Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum	↑	n.s.	n.s.	↓	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	↑	n.s.	↓	n.s.	↓	↓	↓	↓	n.s.	↓	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
mind. 6 Gläser alkoholische Getränke bei einem Anlass mind. einmal pro Monat	↑	↑	↑	↑	↑	n.s.	n.s.	↑	↑	n.s.	↓	↓	↓	↓	↓	n.s.	↑	↑	n.s.	↑	↑	↑	↓	n.s.	n.s.	↑	↑	↑

Untergewicht ⁸	↓	↑	k.A ⁹	↑	n.s.	k.A	n.s.	n.s.	k.A	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	↓	n.s.	↓	n.s.	n.s.	n.s.	↑	n.s.	↑	n.s.	n.s.	n.s.	
Übergewicht ⁸	↑	↓	↓	↓	↑	n.s.	↑	↑	↑	↑	↑	↑	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	↑	n.s.	↓	↑	↓	↓	n.s.	↓	↓	↓	
Adipositas ⁸	↑	↓	↓	↓	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	n.s.	n.s.	n.s.	↑	n.s.	↑	n.s.	n.s.	n.s.	↓	↓	n.s.	↓	↓	↓	
Diagnose Diabetes	↑	↓	k.A	k.A	↑	↑	↑	n.s.	n.s.	n.s.	↑	n.s.	↑	↓	n.s.	↓	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	↑	n.s.	n.s.	↓	↓	n.s.
In Behandlung wegen Diabetes (früher oder aktuell)	↑	↓	k.A	k.A	↑	↑	↑	n.s.	n.s.	n.s.	↓	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	k.A	n.s.	n.s.	k.A	n.s.	n.s.	k.A	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Diagnose Hypertonie	↑	↓	↓	↓	↑	n.s.	↑	↑	n.s.	↑	n.s.	n.s.	n.s.	↑	↑	↑	↑	n.s.	↑	n.s.	n.s.	↑	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
In Behandlung wegen Hypertonie (früher oder aktuell)	↑	↓	↓	↓	↑	n.s.	↑	↑	n.s.	↑	n.s.	↓	↑	n.s.	↑	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	↑	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	↑
Diagnose Hypercholesterinämie	↑	↓	↓	↓	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	↓	↓	n.s.	↓	↓	↓	↓	↓	↓	n.s.	n.s.	n.s.	↑	↑	n.s.	n.s.	n.s.	↓

¹ M=Männer; F=Frauen

² tief= obligatorische Schule; mittel= Sekundarstufe II; hoch=Tertiärstufe; für total 109 Personen fehlen Angaben zum Bildungsniveau

³ 1= weniger als 2521 Franken; 2= 2521 bis 3599 Franken; 3= 3600 bis 5199 Franken; 4= 5200 Franken und mehr; für total 3300 Personen fehlen Angaben zur Einkommensklasse

⁴ D=Deutsche Schweiz; F=Französische Schweiz; I=Italienische Schweiz

⁵ Erstgenanntes häufiger

⁶ nicht signifikant

⁷ Erstgenanntes seltener

⁸ vs. Normalgewicht

⁹ keine Angabe: n in einer Gruppe <30, deshalb keine Signifikanzen berechnet

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012, BFS.