

Bericht 10/25

Gesundheit – für alle?

Bericht zu gesundheitlichen Ungleichheiten in der Schweiz

Laila Burla



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

Impressum

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Auftraggeber

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Autorin

Laila Burla, Obsan

Projektleitung Obsan

Laila Burla

Projektleitung BAG

Nicole Fasel, Sabina Hösli, Serge Houmard, Salome von Greyerz, Klara Zürcher

Begleitgruppe

- Zeinab Ahmadi: Staatssekretariat für Migration (SEM)
- Nicole Bachmann: Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW)
- Lucy Bayer-Oglesby: Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW)
- Corinna Bisegger: Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK)
- Patrick Bodenmann: Swiss Health Network for Equity (SH4E) und Centre universitaire de médecine générale/Universität Lausanne
- Antoine Bonvin: Bundesamt für Gesundheit (BAG)
- Clément Buclin: Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)
- Arnaud Chiolerio: Laboratoire de santé des populations (#PopHealthLab), Université de Fribourg und Walliser Gesundheitsobservatorium (WGO)
- Delphine Courvoisier: Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)
- Anna Koukal: Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV)
- Sebastian Mader-Eiler: Bundesamt für Gesundheit (BAG)
- Alberto Marcacci: Bundesamt für Gesundheit (BAG)
- Joachim Marti: Centre universitaire de médecine générale et santé publique Lausanne (Unisanté)
- Niels Rebetez: Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (EBG)
- Silvia Steiner: Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)
- Marco Storni: Bundesamt für Statistik (BFS)
- Christian Vogt: Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Dank

Zu Beginn des Berichts sind alle Mitwirkenden aufgeführt – ihnen gilt unser herzlichster Dank. Durch ihr Engagement, ihre Mithilfe und ihre fachliche Expertise wurde die Realisierung dieses Berichts erst möglich.

Reihe und Nummer

Obsan Bericht 10/25

Zitierweise

Burla, L. (2025). *Gesundheit – für alle? Bericht zu gesundheitlichen Ungleichheiten in der Schweiz* (Bericht 10/25). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).

Auskünfte/ Informationen

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium,
Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel, Tel. +41 58 463 60 45
obsan@bfs.admin.ch, www.obsan.ch

Originaltext

Deutsch, diese Publikation ist auch in französischer Sprache erhältlich (BFS-Nummer 874-2510)

Übersetzung

Sprachdienste des Bundesamts für Gesundheit (BAG)

Layout / Grafiken

Obsan

Titelbild

Unsplash/Katelyn Perry

Titelseite

Nordland – Design- & Werbeagentur

Online

www.obsan.ch → Publikationen

Print

www.obsan.ch → Publikationen
Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel,
order@bfs.admin.ch, Tel. +41 58 463 60 60
Druck in der Schweiz

Copyright

Obsan, Neuchâtel 2025
Wiedergabe unter Angabe der Quelle
für nichtkommerzielle Nutzung gestattet

BFS-Nummer

873-2510

ISBN

978-2-940670-68-0

Gesundheit – für alle?

Bericht zu gesundheitlichen Ungleichheiten in der Schweiz

Autorin: Laila Burla

Herausgeber: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Auftraggeber: Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Neuchâtel 2025

Mitwirkende

Autorin

- Laila Burla: Obsan

Projektleitung

- Obsan: Laila Burla, Clémence Merçay
- BAG: Nicole Fasel, Sabina Hösl, Serge Houmard, Salome von Greyerz, Klara Zürcher

Autorinnen und Autoren des Kommentarteils

- Angèle Gayet-Ageron: Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern
- Corinna Bisegger: Schweizerisches Rotes Kreuz
- Fabienne Buholzer-Mercier: Laboratoire de santé des populations (#PopHealthLab), Université de Fribourg
- Arnaud Chiolero: Laboratoire de santé des populations (#PopHealthLab), Université de Fribourg
- Stéphane Cullati: Laboratoire de santé des populations (#PopHealthLab), Université de Fribourg
- Delphine Courvoisier: Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)
- Justine Daverio: Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)
- Melissa Dominice Dao: Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)
- Cornelia Wagner: Laboratoire de santé des populations (#PopHealthLab), Université de Fribourg

Begleitgruppe

- Zeinab Ahmadi: Staatssekretariat für Migration (SEM)
- Nicole Bachmann: Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW)
- Lucy Bayer-Oglesby: Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW)
- Corinna Bisegger: Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK)
- Patrick Bodenmann: Swiss Health Network for Equity (SH4E) und Centre universitaire de médecine générale et santé publique/Université de Lausanne
- Antoine Bonvin: Bundesamt für Gesundheit (BAG)
- Clément Buclin: Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)
- Arnaud Chiolero: Laboratoire de santé des populations (#PopHealthLab), Université de Fribourg und Walliser Gesundheitsobservatorium (WGO)
- Delphine Courvoisier: Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)

- Anna Koukal: Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV)
- Sebastian Mader-Eiler: Bundesamt für Gesundheit (BAG)
- Alberto Marcacci: Bundesamt für Gesundheit (BAG)
- Joachim Marti: Centre universitaire de médecine générale et santé publique Lausanne (Unisanté)
- Niels Rebetz: Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (EBG)
- Silvia Steiner: Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)
- Marco Storni: Bundesamt für Statistik (BFS)
- Christian Vogt: Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Externe Expertinnen und Experten

- Pascale Gazareth: Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (EBGB)
- Paula Krüger: Hochschule Luzern (HSLU)
- Andreas Pfister: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW)
- Marie Taczanowski: Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (EBGB)

Bereitstellung von Daten und Analysen

- Obsan: Florence Stempfel, Jonathan Zufferey
- Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW): Lucy Bayer-Oglesby, Samin Sepahniya
- Bundesamt für Gesundheit (BAG): Sebastian Mader-Eiler
- Bundesamt für Statistik (BFS): Ariane Bassin-Wenger, Martin Camenisch, Seraina Caviezel, Christoph Freymond, Mirco Hecht, Antoine Lieberherr, Charlotte Salamin Hofmann, Hagen Zandt

Inhaltsverzeichnis

Mitwirkende	2	2	Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen	37
Inhaltsverzeichnis	3	2.1	Ernährung	38
Abstract	5	2.2	Körperliche Aktivität	40
Einleitung	6	2.3	Tabakkonsum	42
Hintergrund	6	2.4	Alkoholkonsum	44
Ziel und Zielpublikum	6	3	Ressourcen und Belastungen	47
Konzeptioneller Rahmen	7	3.1	Soziale Unterstützung	48
Der Bericht	8	3.2	Gesundheitskompetenz	50
1	13	3.3	Emotionale Erschöpfung bei der Arbeit	51
Gesundheitszustand	13	3.4	Belastungen bei der Arbeit	52
1.1	14	4	Inanspruchnahme und Gesundheitsversorgung	55
1.2	16	4.1	Eine Hausärztin/einen Hausarzt haben	56
1.3	18	4.2	Qualität der hausärztlichen Versorgung	57
1.4	20	4.3	Krebsvorsorgeuntersuchungen	58
1.5	22	4.4	Verzicht auf Gesundheitsleistungen	60
1.6	23	4.5	Potenziell vermeidbare Hospitalisationen	62
1.7	24	4.6	Ungeplante Rehospitalisationen	64
1.8	26	5	Gesundheitliche Lage spezifischer Bevölkerungsgruppen	67
1.9	28	5.1	Kinder und Jugendliche	68
1.10	30	5.2	Ältere Menschen	68
1.11	32	5.3	Geflüchtete Menschen	69
1.12	34	5.4	Sans-Papiers	69
		5.5	Menschen mit Behinderungen	70
		5.6	Wohnungslose und von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen	70
		5.7	Sozialhilfebeziehende	71
		5.8	Menschen im Freiheitsentzug	71

6	Datenlage: Lücken und Perspektiven	72
<hr/>		
7	Synthese	74
<hr/>		
7.1	Geschlecht	74
7.2	Bildung und Einkommensmerkmale	75
7.3	Migrationshintergrund/Nationalität	76
7.4	Geschlechtsmodalität und sexuelle Orientierung	78
7.5	Datenlücken	78
A	Daten und Methodik	82
<hr/>		
A.1	Verwendete Datenbanken	82
	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)	82
	Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC)	82
	Datensatz MS/CoD/SE	83
	Datensatz NKS/SE	83
	Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)	84
	Health Literacy Survey Schweiz	84
A.2	Erläuterungen zu den dargestellten Merkmalen der sozialen Lage	85
Abkürzungen		89
<hr/>		
Literaturverzeichnis		90
<hr/>		

Abstract

Inhalt und Ziel des Berichts

Der Bericht zu gesundheitlichen Ungleichheiten in der Schweiz ist eine nationale Referenzpublikation zu gesundheitlichen Ungleichheiten in der Schweiz. Er verfolgt drei Hauptziele: die Sensibilisierung verschiedener Zielgruppen, die Unterstützung bei der Entwicklung von Massnahmen und die Identifikation von Datenlücken. Angesprochen werden Entscheidungsträgerinnen und -träger aus Politik, Gesundheitswesen, Bildung, Forschung und Medien. Der Bericht soll das Verständnis für gesundheitliche Chancengleichheit fördern und konkrete Handlungsimpulse geben.

Der Bericht enthält quantitative Ergebnisse zu rund 30 Indikatoren in den Bereichen Gesundheitszustand, gesundheitsrelevantes Verhalten, Ressourcen und Belastungen sowie Inanspruchnahme und Versorgung. Ergänzend wird die gesundheitliche Lage von Bevölkerungsgruppen dargestellt, die mit den bestehenden nationalen Erhebungen kaum erfassbar sind (z. B. Kinder und Jugendliche, Sans-Papiers, Wohnungslose, Menschen mit Behinderungen).

Die ausgewählten Indikatoren sollen ein möglichst umfassendes Bild der gesundheitlichen Ungleichheiten in der Schweiz zeichnen. Auswahlkriterien waren ihre Relevanz, die bewährte Nutzung in der Gesundheitsberichterstattung sowie die Verfügbarkeit aktueller, valider und regelmässig erhobener Daten.

Für den vorliegenden Bericht wurden folgende Datenquellen verwendet: Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB), Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC), Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), Datensatz MS/CoD/SE (verknüpfte Daten der Medizinischen Statistik und der Todesursachenstatistik mit Daten der Strukturerhebung), Datensatz NKS/SE (verknüpfte Daten der Nationalen Krebsstatistik mit Daten der Strukturerhebung) sowie die Studie zu Gesundheitskompetenzen in der Schweiz (Health Literacy Survey).

Was ist gesundheitliche Ungleichheit?

Gesundheitliche Chancengleichheit bedeutet, dass alle Menschen – unabhängig von ihrer sozialen Lage – die gleichen Möglichkeiten haben sollen, ihre Gesundheit zu fördern, zu erhalten oder wiederherzustellen. Im Gegensatz zum Prinzip der Gleichbehandlung («Equality») berücksichtigt Chancengleichheit («Equity») unterschiedliche Ausgangsbedingungen und Bedürfnisse. Gesundheitliche Ungleichheiten entstehen, wenn systematische Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen

Bevölkerungsgruppen bestehen – bedingt durch ungleich verteilte Ressourcen, Lebensbedingungen und gesellschaftliche Teilhabe.

Hauptergebnisse

Gesundheitliche Ungleichheiten sind auch in der Schweiz klar erkennbar und betreffen zahlreiche Bevölkerungsgruppen.

So berichten Frauen häufiger über chronische Beschwerden und psychische Belastungen, während Männer häufiger von körperlichen Erkrankungen, höherem Mortalitätsrisiko und ungünstigerem Gesundheitsverhalten betroffen sind.

Menschen mit tiefer Bildung oder in finanziell schwierigen Verhältnissen haben durchweg schlechtere Gesundheitsindikatoren, eine höhere Krankheitslast sowie einen geringeren Zugang zu medizinischer Versorgung.

Auch Personen mit Migrationshintergrund sind gesundheitlich teilweise benachteiligt, insbesondere in Bezug auf Übergewicht, chronische Erkrankungen und die Nutzung medizinischer Leistungen.

Weiter zeigt sich, dass trans und nicht-binäre Personen sowie homo- und bisexuelle Personen eine deutlich geringere psychische Gesundheit aufweisen. Homo- und bisexuelle Jugendliche berichten zudem über eine deutlich niedrigere Lebenszufriedenheit.

Die vorhandenen Daten zeigen z. T. grosse gesundheitliche Ungleichheiten in der Schweiz auf. Gleichzeitig bestehen erhebliche Datenlücken, insbesondere in Bezug auf marginalisierte Bevölkerungsgruppen. Eine gezielte Verbesserung der Datenlage ist zentral, um gesundheitliche Chancengleichheit wirkungsvoll fördern zu können.

Einleitung

Hintergrund

Die Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit und des chancengleichen Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung für alle Menschen – unabhängig von ihrer sozialen Lage – sind wichtige Ziele der Schweizer Gesundheitspolitik. Um diese Ziele verfolgen zu können, braucht es jedoch Wissen, in welchen Bereichen gesundheitliche Ungleichheiten bestehen und welche sozialen Einflussfaktoren diese begünstigen.

Zahlreiche Studien (Weber, 2020; Guggisberg et al., 2020; Stamm et al., 2021; Bayer-Oglesby et al., 2020; Spycher et al., 2021; de Mestral et al., 2022; Kessler et al., 2021; Courvoisier et al., 2023) zeigen, dass gesundheitliche Ungleichheiten auch in der Schweiz eine Tatsache sind. Dabei handelt es sich allerdings meist um Arbeiten zu spezifischen Themenfeldern oder um Auswertungen einzelner Datenbanken. Zudem sind viele dieser Studien in Form von wissenschaftlichen Artikeln und Berichten publiziert und daher für viele Lesende nur schwer zugänglich. Es fehlt eine umfassende, nationale Referenzpublikation, die verschiedene Indikatoren und Ergebnisse zu gesundheitlichen Ungleichheiten zusammenführt und für ein breites Zielpublikum aufbereitet.

Ziel und Zielpublikum

Der Bericht zu gesundheitlichen Ungleichheiten in der Schweiz liefert eine umfassende und fundierte Daten- und Informationsgrundlage zu gesundheitlichen Ungleichheiten in der Schweiz. Damit sollen primär drei Ziele verfolgt werden:

1. **Sensibilisierung:** Der Bericht soll unterschiedliche Fachpersonen, aber auch eine breite Öffentlichkeit für die Thematik sensibilisieren und damit das Bewusstsein und das Verständnis für gesundheitliche Ungleichheiten fördern.
2. **Bereitstellung einer Grundlage für die Entwicklung von Massnahmen:** Der Bericht soll Impulse für die Umsetzung von Massnahmen zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit geben. Der vorliegende Bericht mit repräsentativen Daten für die Schweiz soll den Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens zukünftig als Referenz und Argumentarium dienen, um ihre Massnahmen zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit evidenzbasiert planen, finanzieren und umsetzen zu können.

3. **Identifizierung von Datenlücken:** Der Bericht soll aufzeigen, wo Wissens- bzw. Datenlücken bestehen. Durch die Benennung der fehlenden Daten werden einerseits die Grenzen der präsentierten Ergebnisse aufgezeigt, andererseits sollen damit auch Impulse gegeben werden, die Datenlagen zu verbessern und die Forschung auf diesem Themengebiet voranzutreiben.

Der Bericht richtet sich an folgende Zielgruppen:

- Politische Entscheidungsträgerinnen und -träger auf nationaler und kantonaler/regionaler Ebene
- Verantwortliche in Gesundheitseinrichtungen (Spitäler, Pflegeheime, Praxen), im Sozialbereich, im Bildungsbereich, in Beratungsstellen sowie in Fachstellen für Gesundheitsförderung und Prävention
- Verantwortliche für die Ausbildung und Weiterbildung im Bereich Gesundheit und Soziales
- Forschungsinstitutionen im Gesundheits- und Sozialbereich
- Leitende Führungskräfte im Gesundheits- und Sozialwesen
- Medienschaaffende

Wir sagen danke!

Zur Entstehung dieses Berichts haben eine Begleitgruppe mit Expertinnen und Experten aus Forschung und Praxis sowie Kolleginnen und Kollegen des BAG, des Obsan und des BFS mit wertvollen Inputs und Hinweisen beigetragen.

Alle am Bericht Beteiligten sind eingangs aufgeführt – ihnen allen gilt unser herzlicher Dank. Ihre Mithilfe, ihr Engagement und ihre fachliche Expertise haben die Realisierung des Berichts erst möglich gemacht.

Konzeptioneller Rahmen

Gesundheitliche Chancengleichheit und gesundheitliche Ungleichheiten sind komplexe Themenfelder. Auch die Zahl der Begriffe und Konzepte, die in diesem Bereich verwendet werden, ist gross. Im Folgenden werden zentrale Begriffe erläutert und ein konzeptionelles Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten vorgestellt.

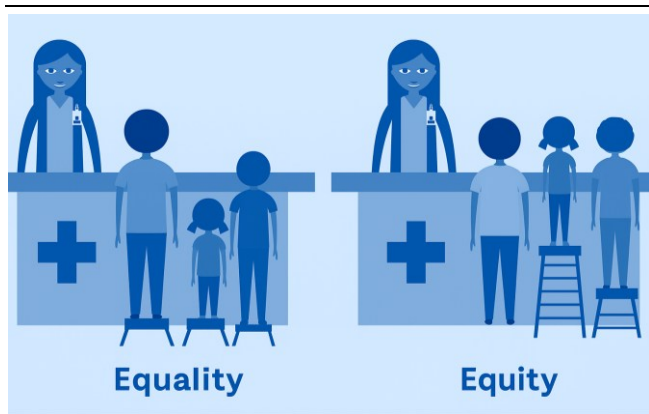
Die Ausführungen stützen sich auf den Grundlagenbericht «Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz», herausgegeben von Gesundheitsförderung Schweiz, dem BAG und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren und -direktoren (Weber, 2020).

Gesundheitliche Chancengleichheit: Was versteht man darunter?

Unter gesundheitlicher Chancengleichheit ist das (gesundheits)politische Ziel zu verstehen, dass möglichst alle Menschen die gleichen Möglichkeiten zur Entwicklung, Erhaltung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit haben (Weber, 2020). Gesundheitliche Chancengleichheit bedeutet nicht automatisch Gleichbehandlung oder gleichen Zugang für alle («Equality»). Zwar ist ein gleicher Zugang zur Versorgung ein grundlegendes Prinzip für ein gerechtes Gesundheitssystem. Gesundheitliche Chancengleichheit anerkennt jedoch, dass unterschiedliche Menschen unterschiedliche Unterstützung benötigen, um ihre Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen («Equity»; vgl. G E.1).

Gesundheitliche Chancengleichheit ist in unserer Gesellschaft noch nicht Realität: Unterschiedliche Lebensbedingungen führen dazu, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen weniger Ressourcen und mehr Belastungen haben, mehr Zugangsbarrieren erleben und damit ein höheres Krankheitsrisiko, eine tiefere Lebensqualität und eine höhere (frühzeitige) Sterblichkeit aufweisen. Existieren beim Gesundheitszustand systematische Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen, so spricht man von gesundheitlicher Ungleichheit.

G E.1 Gesundheitliche Chancengleichheit



Quelle: oatmealhealth, 2025

Wie entsteht gesundheitliche Ungleichheit?

Kurz lässt sich gesundheitliche Ungleichheit wie folgt erklären: Materielle und immaterielle Ressourcen sind zwischen Bevölkerungsgruppen ungleich verteilt. Dies prägt die Lebensbedingungen und die Handlungsmöglichkeiten und damit auch die Gesundheit.

Das in Grafik G E.2 abgebildete konzeptionelle Modell zeigt die Wechselwirkungen zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit auf. Das Modell wurde ursprünglich von der Weltgesundheitsorganisation WHO (Solar & Irwin, 2010) entwickelt und dann für den Schweizer Kontext mehrfach adaptiert (Weber, 2020). Die Elemente des Modells werden im Folgenden näher beschrieben.

Kontext: Der Kontext umfasst kulturelle, ökonomische, rechtliche und politische Aspekte und damit z. B. die Wirtschafts-, Sozial-, Bildungs- und Gesundheitspolitik sowie die vorherrschenden Normen und Werte. Der Kontext beeinflusst die → soziale Lage.

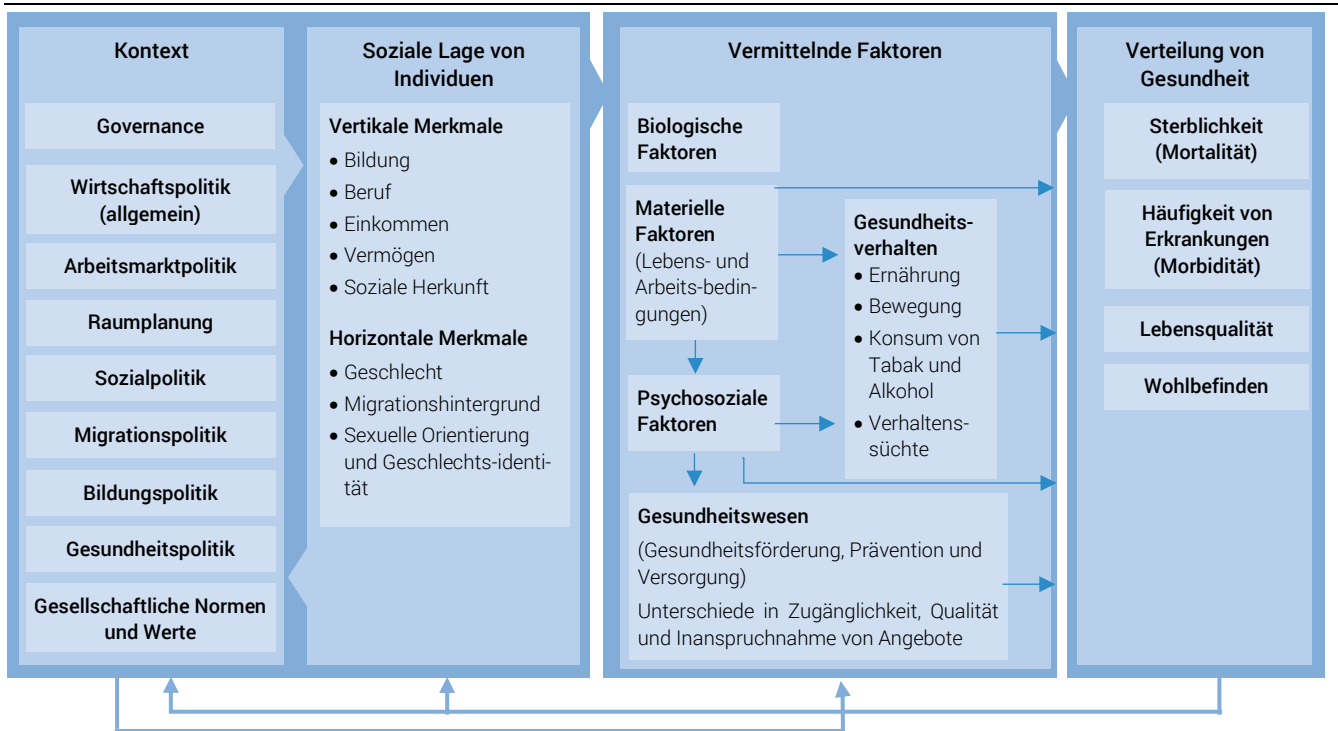
Soziale Lage: Die soziale Lage bezieht sich auf die Position, die eine Person in der Gesellschaft einnimmt. Diese Position ergibt sich aufgrund der zur Verfügung stehenden ökonomischen Ressourcen, politischer Macht und sozialer Anerkennung. Entscheidend für die soziale Lage sind sogenannte «vertikale» Ungleichheitsmerkmale – Merkmale, die es ermöglichen, die Bevölkerung in eine Hierarchie («höher/tiefer») zu unterteilen. Dazu gehören Bildung, Einkommen, Vermögen und berufliche Stellung. Diese vier Merkmale werden auch unter dem Begriff «sozioökonomischer Status (SES)» zusammengefasst.

Neben diesen «vertikalen» Merkmalen sind auch «horizontale» Ungleichheitsmerkmale wichtig, um soziale Ungleichheit zu erklären. Darunter fallen Merkmale, die sich nicht hierarchisch einordnen lassen, die aber bezüglich vorhandener Ressourcen, Macht und Anerkennung von zentraler Bedeutung sind. Als wichtige horizontale Merkmale gelten: Geschlecht, Migrationshintergrund (inkl. sprachlicher Hürden, rechtlichem Aufenthaltsstatus etc.), sexuelle Orientierung, Geschlechtsmodalität, Wohnregion sowie Alter.

Vermittelnde Faktoren: Die → soziale Lage bestimmt die Ressourcen und Belastungen einer Person: Sie beeinflusst die Lebens- und Arbeitssituation (materielle Faktoren) sowie psychosoziale Faktoren (soziale Unterstützung, Diskriminierung, Stress), die sich wiederum auf das Gesundheitsverhalten auswirken. Das Gesundheitssystem gehört ebenfalls zu diesen vermittelnden Faktoren und umfasst den Zugang zu sowie die Qualität und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.

Verteilung von Gesundheit: Aufgrund der unterschiedlichen Ressourcen und Belastungen entstehen sozial bedingte Unterschiede bezüglich Mortalität, Morbidität (Häufigkeit von Erkrankungen), Lebensqualität und Wohlbefinden.

G E.2 Entstehung gesundheitlicher Ungleichheit: konzeptionelles Modell



Quelle: Weber, 2020, in Anlehnung an CSDH (2008) und Mielck (2000)

© Obsan 2025

Der Bericht

Struktur des Berichts

Auf den nächsten 80 Seiten finden Sie einen Überblick über gesundheitliche Ungleichheiten in der Schweiz.

Im *Ergebnisteil* (Kapitel 1–4) werden Kennzahlen zu gesundheitsbezogenen Indikatoren nach verschiedenen Merkmalen der sozialen Lage präsentiert. Dieser Teil gliedert sich in vier Basiskapitel:

1. Gesundheitszustand
2. Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen
3. Ressourcen und Belastungen
4. Inanspruchnahme und Gesundheitsversorgung.

Die Ergebnisse werden jeweils kurz beschrieben, es ist jedoch nicht möglich, sie in einen Kontext oder in Beziehung zueinander zu setzen. Auch Erklärungsansätze oder mögliche Massnahmen können hier nicht diskutiert werden.

Ergänzend zu den Indikatoren beleuchtet Kapitel 5 die gesundheitliche Lage von Bevölkerungsgruppen, die mit den vorhandenen Daten nicht ausreichend erfasst werden können. Die Datenlage selbst wird anschliessend in Kapitel 6 diskutiert.

Eine Synthese (Kapitel 7) fasst die wichtigsten Ergebnisse aller Indikatoren entlang der zentralen Merkmale der sozialen Lage

zusammen. Ergänzt wird diese Zusammenfassung durch Beiträge von Expertinnen und Experten, die einzelne Aspekte vertiefen, zentrale Herausforderungen beleuchten und mögliche Handlungsansätze diskutieren.

Die verwendeten Datenquellen, Erläuterungen zum methodischen Vorgehen sowie Ausführungen zu den dargestellten Merkmalen der sozialen Lage finden sich im Anhang A.

Auswahl der Themen/Indikatoren

Die Auswahl der Themen zielt darauf ab, verschiedene Aspekte der sozialen Lage und der Gesundheitsoutcomes gemäss dem konzeptionellen Modell (vgl. G E.2) abzubilden und damit ein umfassendes Bild der gesundheitlichen Ungleichheiten in der Schweiz zu zeichnen. Kriterien für die Auswahl der Indikatoren waren: bewährte Verwendung in der (inter)nationalen Gesundheitsberichterstattung, Relevanz im Hinblick auf gesundheitliche Ungleichheit sowie Aktualität und Verfügbarkeit valider und periodisch erhobener Daten. Die Indikatoren wurden unter Beizug der Begleitgruppe und weiterer Expertinnen und Experten validiert und festgelegt.

Datengrundlage

Für den vorliegenden Bericht wurden verschiedene Datenquellen verwendet, um ein breites Spektrum an Indikatoren und Analysen zu ermöglichen. Es wurden quantitative Daten berücksichtigt, die für die Schweiz repräsentativ sind und regelmässig erhoben werden. Dies wird es ermöglichen, die hier vorgestellten Kennzahlen in einigen Jahren zu aktualisieren und die Entwicklung zu beobachten.

Analysiert wurden u. a. die beiden Bevölkerungsbefragungen Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) und Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC) des BFS. Ergänzend dazu werden für Kinder und Jugendliche die Daten des Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) gezeigt. Die Indikatoren zu Mortalität, Myokardinfarkt/Hirnschlag und zu vermeidbaren (Re-)Hospitalisationen basieren auf dem Datensatz MS/CoD/SE, in dem Daten der Medizinischen Statistik (MS) und der Todesursachenstatistik (CoD) mit Daten der Strukturerhebung (SE) verknüpft wurden. Die Indikatoren zu Krebserkrankungen beruhen auf Daten der Nationalen Krebsstatistik (NKS) des BFS, die ebenfalls mit Daten der Strukturerhebung verknüpft

wurden. Darüber hinaus wurden Daten des Health Literacy Survey Schweiz ausgewertet. Eine Beschreibung dieser Datenquellen findet sich unter A.1 am Ende dieses Berichts.

Methoden und Analysen

Die Analysevariablen

Die ausgewählten Indikatoren werden nach verschiedenen Merkmalen der sozialen Lage dargestellt. Die Auswahl der präsentierten Merkmale pro Indikator hängt einerseits davon ab, welche Merkmale in der verwendeten Datenbasis enthalten und auswertbar sind. So lässt sich das Einkommen mit SILC besser auswerten als mit der SGB. Die SGB hingegen ermöglicht Auswertungen nach Geschlechtsmodalität und sexueller Orientierung, was bei SILC nicht gegeben ist.

Welche Analysen nach welchen Merkmalen im Bericht dargestellt sind, hängt von verschiedenen Kriterien ab. Die Ergebnisse müssen statistisch verlässlich sein. Generell werden nur Ergebnisse gezeigt, die auf einer ausreichenden Anzahl an Fällen und damit nicht zu grossen Vertrauensintervallen basieren. Bestimmte

T E.1 Analysevariablen der sozialen Lage: Übersicht

	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB 2022)	Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC 2023)	Health Behaviour in School-aged Children (HBSC 2022)	Datensatz MS/CoD/SE*	Datensatz NKS/SE*	Health Literacy Survey Schweiz 2019–2021
Geschlecht	x (Registervariable n=21 902; Variable «Geschlechtsidentität» n=18 920)	x (n=13 970)	x (n=8 667)	x	x	x (n=2 499)
Bildung	x (n=19 650)	x (n=13 688)		x	x	x (n=2 495)
Einkommen/Einkommensarmut		x (n=13 970)				
Finanzielle Situation	x (n=18 755)					
Materielle und soziale Deprivation		x (n=13 970)				x (n=2 502)
Familienwohlstand			x (n=8 222)			
Nationalität	x (n=21 902)				.	
Migrationshintergrund		x (n=13 968)	x (n=8 447)	x		x (n=2 490)
Geschlechtsmodalität	x (n=18 888)					
Sexuelle Orientierung	x (n=17 344)		x (n=2 709)			
Haushaltstyp	x (n=21 873)			x		
Erwerbsstatus	x (n=15 474)				.	
Sprachkenntnisse				x	x	x (n=2 226)
Aufenthaltsstatus				x		
Versicherungsklasse				x		

* Die Fallzahlen unterscheiden sich bei diesen Analysen nicht nach sozialen Merkmalen, sondern nach Indikator. Die Fallzahlen finden sich im Kapitel «Daten und Analysen» in den Erläuterungen zu den Datenbanken MS/CoD/SE und NKS/SE.

Quelle: eigene Darstellung

© Obsan 2025

Kernmerkmale, wie Geschlecht, Bildung oder Einkommensindikatoren und Nationalität werden – sofern vorhanden – für jeden Indikator in einer Übersichtsgrafik ausgewiesen. Auswertungen z. B. nach Geschlechtsmodalität und sexueller Orientierung werden dagegen nur dann beschrieben, wenn sie inhaltlich relevant sind.

An dieser Stelle sei noch kurz auf die Definition von Geschlecht eingegangen. Bei den Indikatoren auf Basis der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) wird das Geschlecht – soweit möglich – anhand der Variablen zur Geschlechtsidentität und nicht anhand der Registervariable definiert. Weitere Informationen dazu finden sich im Kapitel «Daten und Methodik» am Ende des Berichts.

Der Bericht soll die verschiedenen Facetten gesundheitlicher Ungleichheit abbilden. Aus der Vielzahl der durchgeführten Analysen wird jeweils nur eine kleine Auswahl dargestellt, u. a. abhängig von den Ergebnissen. So wurden die Auswertungen nach Bildung bzw. Einkommensindikatoren immer auch noch nach Geschlecht

Kasten E1: Statistische Signifikanz

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

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

Die Spannweite des Vertrauensintervalls wird in der Regel durch folgende Punkte bestimmt:

- Stichprobengrösse: je grösser die Stichprobe, desto kleiner das Vertrauensintervall
- Datenvariabilität: je kleiner die Streuung der Daten, desto kleiner das Vertrauensintervall
- Gewählte Schwelle für das Irrtumsrisiko: je kleiner die Schwelle, desto grösser das Vertrauensintervall

Die Berechnungen der Vertrauensintervalle erlauben Aussagen über die statistische Signifikanz ausgewiesener Ergebnisse. Die statistische Signifikanz wird im vorliegenden Bericht in erster Linie für die Analyse von Unterschieden zwischen zwei oder mehreren Bevölkerungsgruppen verwendet: Mithilfe der Vertrauensintervalle lässt sich beurteilen, ob ein ausgewiesener Unterschied (z. B. zwischen Frauen und Männern) statistisch gesichert ist oder ob auch blosser Zufall hierfür verantwortlich sein könnte.

und Altersgruppen aufgeschlüsselt, die Auswertungen nach Nationalität auch noch nach Bildungsniveau bzw. Einkommensindikatoren. Diese Ergebnisse werden jedoch nicht immer grafisch dargestellt, sondern zum Teil nur im Text erwähnt.

Tabelle T E.1 gibt einen Überblick über die in diesem Bericht dargestellten Merkmale der sozialen Lage pro Datenbank. In Klammern ist jeweils die Stichprobengrösse angegeben, also die Anzahl der Fälle bzw. Befragten, die der jeweiligen Analyse zugrunde liegt. Eine Beschreibung der einzelnen Merkmale und ihrer genauen Definition findet sich unter A.2 am Ende dieses Berichts. In Bezug auf die Auswertungen nach Merkmalen der sozialen Lage sind die beiden folgenden Punkte anzumerken:

1. Die Berücksichtigung nur eines Merkmals hat ihre Grenzen, da häufig eine Kombination verschiedener Merkmale zu einer erhöhten gesundheitlichen Vulnerabilität führt. In diesem Zusammenhang spricht man auch von *Intersektionalität*. Wo möglich, wurden die Analysen daher auch noch nach Geschlecht und Alter durchgeführt, um zu ermitteln, ob die sozialen Unterschiede zwischen Männern und Frauen bzw. zwischen den Altersgruppen unterschiedlich ausgeprägt sind. Bei kleinen Fallzahlen waren diese und auch weitere differenziertere Analysen nur beschränkt möglich.
2. Um die gesundheitliche Chancengleichheit zu untersuchen, werden meist Analysen nach Bildung und/oder Einkommen durchgeführt. Dies ist jedoch mit folgenden Einschränkungen verbunden: Einerseits haben Personen mit höherer Bildung häufig auch ein höheres Einkommen und umgekehrt, es gibt aber Statusinkonsistenzen: So kann eine Person trotz tiefem Bildungsstand ein hohes Einkommen haben und umgekehrt. Andererseits zeigen sich bestimmte Zusammenhänge nur nach Bildung, aber nicht nach Einkommen oder umgekehrt. Insofern kann die Analyse nach nur einem Merkmal ein unvollständiges Bild ergeben. Studien haben aber gezeigt, dass Analysen nach Bildung und/oder Einkommen trotz diesen Grenzen die soziale Lage dennoch gut abbilden und auch aufgrund ihrer einfachen Anwendung geeignet sind – sofern die Grenzen berücksichtigt werden.

Methodische Hinweise

Bei den Auswertungen handelt es sich meist um deskriptive Analysen. Eine Ausnahme bilden die Kennzahlen auf der Basis der Datensätze MS/CoD/SE und NKS/SE, die mittels multivariater logistischer Regressionsmodelle berechnet wurden (vgl. dazu die Ausführungen unter A.1 am Ende des Berichts). An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die gezeigten Ergebnisse Zusammenhänge beschreiben, aber keine Ursache-Wirkungs-Beziehungen – vgl. dazu auch die Ausführungen im Kasten E2.

Die SGB-Analysen nach Bildung, finanzieller Situation etc. sind geschlechts- und altersstandardisiert. Dabei werden die Gesundheitsdaten so bereinigt, dass sie unabhängig von Geschlecht und Altersstruktur vergleichbar sind. Diese Standardisierung ist v. a. für Indikatoren relevant, die grosse Altersunterschiede aufweisen, wie beispielsweise Depressionssymptome. Es ist zu beachten,

dass die so umgerechneten Daten nicht mehr den tatsächlichen Anteilen entsprechen.

Die Analysen mit SILC sind nicht geschlechts- und altersstandardisiert, sie wurden aber jeweils auch immer noch nach Alter durchgeführt, um zu sehen, ob die Unterschiede auch nach Altersgruppen bestehen.

Für alle Ergebnisse aus Befragungen werden die zugehörigen Vertrauensintervalle berechnet und ausgewiesen. Mithilfe des Vertrauensintervalls lässt sich beurteilen, ob ein ausgewiesener Unterschied (z. B. zwischen Frauen und Männern) statistisch gesichert ist oder ob auch blosser Zufall hierfür verantwortlich sein könnte. Ausführungen zur statistischen Signifikanz finden sich im Kasten E1.

Im Folgenden wird die Interpretation der im Bericht verwendeten Grafiktypen anhand eines Beispiels veranschaulicht.

Kasten E2: Zusammenhang = Ursache-Wirkungs-Beziehung?

Die vorliegenden Analysen sind deskriptiver Natur. Sie beschreiben statistische Zusammenhänge zwischen sozioökonomischen Merkmalen (z. B. Bildung, Einkommen) und gesundheitlichen Indikatoren (z. B. Herzinfarkt). Diese Zusammenhänge erlauben keine Rückschlüsse auf kausale Beziehungen. Unterschiede zwischen Gruppen können durch eine Vielzahl weiterer Faktoren beeinflusst sein, die in den dargestellten Analysen nicht berücksichtigt werden.

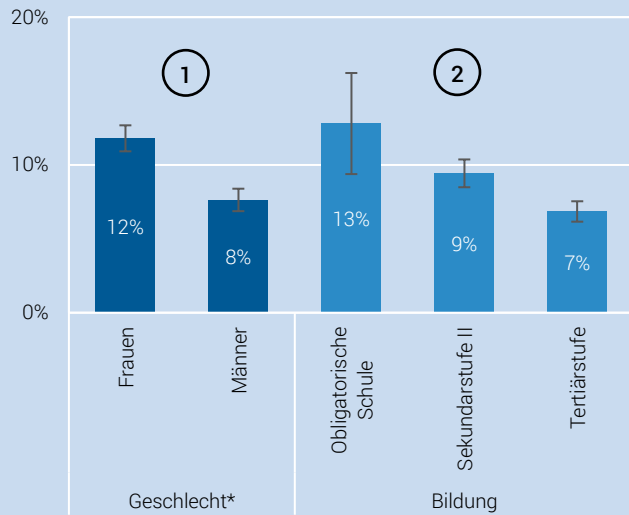
Für die Untersuchung kausaler Zusammenhänge sind spezifische Studien mit geeigneten Studiendesigns und Modellierungen erforderlich – etwa multivariate Analysen, Längsschnittstudien oder experimentelle Ansätze, die potenzielle Einflussfaktoren systematisch kontrollieren.

Lesehilfen für die Grafiken im Bericht

Säulen-/Balkendiagramme

G 1.16 Depressionssymptome: Überblick, 2022

Gesamtschweizerischer Durchschnitt: 10%



Mittlere bis schwere Depressionssymptome
 * definiert auf Basis der Geschlechtsidentität (vgl. Anhang A.2)
 Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

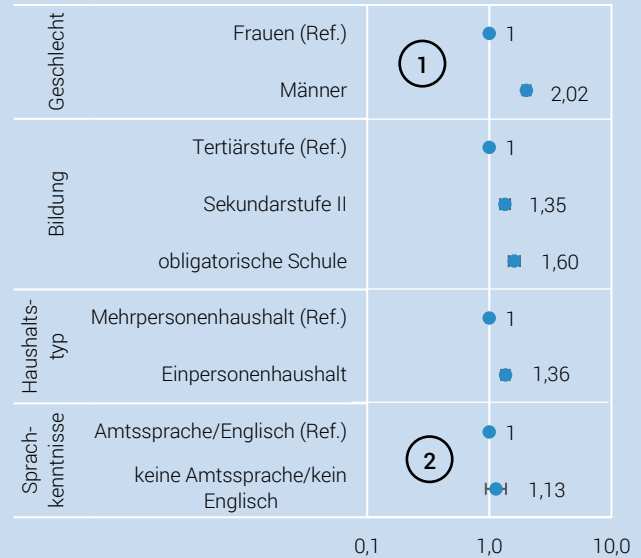
Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

- ① Ergebnisse nach Geschlecht: 12% der Frauen und 8% der Männer sind von Depressionssymptomen betroffen. Anhand der in den Säulen eingefügten Vertrauensintervalle (schwarze senkrechte Linien) kann überprüft werden, ob der Unterschied zwischen Frauen und Männern statistisch signifikant ist: Das Intervall der Männer überschneidet sich nicht mit dem der Frauen: Der Unterschied ist statistisch signifikant. Es kann also davon ausgegangen werden, dass es sich tatsächlich um einen Geschlechterunterschied handelt (Erläuterungen zu Signifikanz vgl. Kasten E1).
- ② Ergebnisse nach Bildung: Der Anteil der Personen mit Depressionssymptomen sinkt mit steigender Bildung: Der Unterschied zwischen den Bildungsgruppen ist aber nur zwischen obligatorische Schule/Tertiärstufe sowie zwischen Sekundarstufe II/Tertiärstufe signifikant (die Intervalle überlappen sich nicht). Zwischen der obligatorischen Schule und der Sekundarstufe II ist der Unterschied nicht signifikant (Intervalle überlappen sich). Aufgrund dieser Ergebnisse lässt sich demnach nicht sagen, dass sich diese beiden Bildungsgruppen hinsichtlich Depressionssymptomen unterscheiden. Die fehlende statistische Signifikanz kann aber auch auf zu kleine Fallzahlen zurückzuführen sein (vgl. Kasten E1).

Grafiken mit Odds Ratios (OR)

G 1.39 Sterberisiko: Überblick, 2020–2022 (25- bis 84-Jährige)



Dargestellt sind adjustierte Odds Ratios und 95%-Vertrauensintervalle. Modell adjustiert für Geschlecht und Alter; Ergebnisse nach Geschlecht: zusätzlich adjustiert nach Bildung

Quelle: BFS – Datensatz MS/CoD/SE (Analyse FHNW)

© Obsan 2025

- Allgemeine Anmerkung: Es wird immer eine Referenzgruppe bestimmt, deren Wert auf 1 gesetzt wird. Die Werte der anderen Gruppen sind im Verhältnis dazu zu betrachten. So bedeutet ein Wert von 2 eine Verdoppelung des Risikos oder der Wahrscheinlichkeit, ein Wert von 0,5 hingegen eine Halbierung.
- ① Ergebnisse nach Geschlecht: Frauen stellen die Referenzgruppe dar (OR = 1). Im Vergleich zu Frauen haben Männer mit einem OR von 2,02 ein rund doppelt so hohes Sterberisiko. Das Vertrauensintervall umfasst nicht den Wert 1 der Frauen, somit ist der Unterschied zwischen Frauen und Männern statistisch signifikant.
 - ② Ergebnisse nach Sprachkenntnissen: Personen, die eine Amtssprache oder Englisch sprechen, bilden die Referenzgruppe (OR = 1). Im Vergleich zu dieser Personengruppe haben Personen mit Sprachbarrieren zwar ein um 13% erhöhtes Mortalitätsrisiko. Das Vertrauensintervall schliesst jedoch den Wert 1 ein, der Unterschied ist also nicht signifikant. Die Ergebnisse lassen somit nicht den Schluss zu, dass sich das Sterberisiko nach Sprachkenntnissen unterscheidet.

1 Gesundheitszustand



Dieses Kapitel beleuchtet gesundheitliche Ungleichheit in Bezug auf den Gesundheitszustand – damit beginnt dieser Indikatorenteil gewissermassen mit dem Outcome des in der Einleitung vorgestellten konzeptionellen Modells (vgl. Grafik G E.2): Lebensqualität, Wohlbefinden, Morbidität und Mortalität sind letztlich das Ergebnis der vermittelnden Faktoren, die wiederum stark von der sozialen Lage einer Person bestimmt werden.

Auf den folgenden Seiten finden Sie Ergebnisse zu verschiedenen Aspekten des Gesundheitszustands – von der subjektiven Einschätzung der eigenen Gesundheit und Lebensqualität über gesundheitliche Beschwerden und spezifische Erkrankungen bis hin zu Mortalitätszahlen – stets im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit. Die Ergebnisse zu sozialen Unterschieden bei der Inzidenz von Myokardinfarkt, Hirnschlag und Krebserkrankungen sowie zur Mortalität auf Individualebene sind in dieser Form für die Schweiz neu. Zum ersten Mal können zudem für die Schweiz repräsentative Ergebnisse zum Gesundheitszustand von trans, nicht-binären sowie homo- und bisexuellen Personen gezeigt werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich Mortalität sowie fast alle anderen Indikatoren des Gesundheitszustands und der Lebensqualität nach sozialen Merkmalen unterscheiden bzw. einen sozialen Gradienten aufweisen. Je geringer die sozialen Ressourcen bzw. je schlechter die soziale Lage, desto ungünstiger fallen auch die Indikatoren des Gesundheitszustands aus. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die soziale Lage die vermittelnden Faktoren der Gesundheit – wie etwa das Gesundheitsverhalten – wesentlich prägt. Hervorzuheben sind etwa die teils sehr grossen gesundheitlichen Unterschiede in Bezug auf Bildung und Merkmale der ökonomischen Verhältnisse (finanzielle Situation, Einkommen), z. B. bei den gesundheitsbedingten Einschränkungen, beim Übergewicht, bei der Mund- und Zahngesundheit oder bei Depressionssymptomen. Auffällig sind auch die Ergebnisse zur Mortalität, die ein deutlich höheres Sterberisiko für Männer und für Personen mit tieferer Bildung belegen. Zudem zeigen einige Indikatoren deutlich schlechtere Werte für trans und nicht-binäre Personen (z. B. Lebensqualität, Depressionssymptome) sowie teilweise auch für homo- und bisexuelle Personen, insbesondere im Jugendalter. Wo zeitliche Vergleiche möglich sind, deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die sozialen Unterschiede in der Gesundheit nicht abgenommen, sondern eher zugenommen haben.

1.1 Selbst wahrgenommene Gesundheit



Key messages

- Höhere Bildung und bessere finanzielle Verhältnisse gehen mit einer besseren selbst wahrgenommenen Gesundheit einher.
- Es gibt Hinweise darauf, dass die Bildungsunterschiede in Bezug auf die selbst wahrgenommene Gesundheit je nach Kanton unterschiedlich stark ausgeprägt sind.
- Trans und nicht-binäre Personen berichten seltener von einer guten bis sehr guten Gesundheit.
- Homo- und bisexuelle Jugendliche schätzen ihre Gesundheit deutlich schlechter ein – bei Erwachsenen findet sich dieser Unterschied nicht.

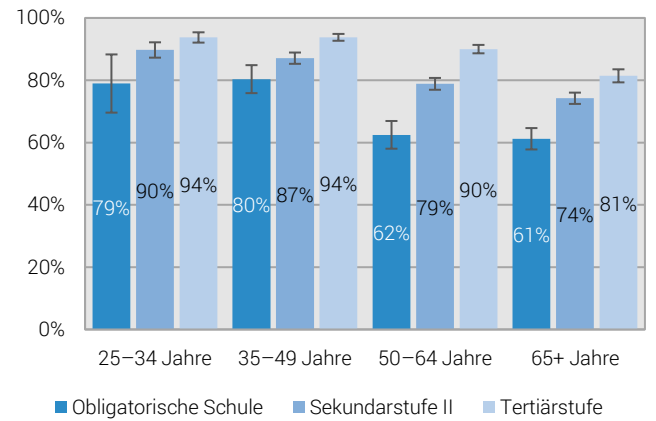
Die selbst wahrgenommene Gesundheit spiegelt das physische und psychische Wohlbefinden einer Person wider. Eine schlechte selbst wahrgenommene Gesundheit geht mit einem erhöhten Krankheits- und Sterberisiko einher – daher eignet sich dieser Indikator zur Darstellung des allgemeinen Gesundheitszustands von Bevölkerungsgruppen.

Die Mehrheit der Schweizer Bevölkerung (85%) schätzt ihre Gesundheit als gut bis sehr gut ein. Zwischen *Frauen und Männern* zeigt sich kein Unterschied (G 1.1).

Ein klarer Zusammenhang zeigt sich mit *Bildung* (G 1.1): Etwas mehr als zwei Drittel (69%) der Personen ohne nachobligatorische

Ausbildung geben eine gute bis sehr gute Gesundheit an, bei Personen mit Tertiärausbildung sind es fast 90%. Personen mit *finanziellen Schwierigkeiten* berichten ebenfalls seltener von einem guten Gesundheitszustand. Zusatzanalysen zeigen, dass die gesundheitlichen Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen bei Männern etwas grösser sind als bei Frauen (nicht dargestellt). Deutlichere Unterschiede ergeben sich nach Alter (G 1.2): Der Unterschied zwischen der tiefsten und der höchsten Bildungsgruppe ist im Alter ausgeprägter. Besonders gross ist er bei den 50- bis 64-Jährigen. Bei der finanziellen Situation ergibt sich ein ähnliches Bild nach Alter (nicht dargestellt).

G 1.2 (Sehr) gute selbst wahrgenommene Gesundheit nach Alter und Bildung, 2022

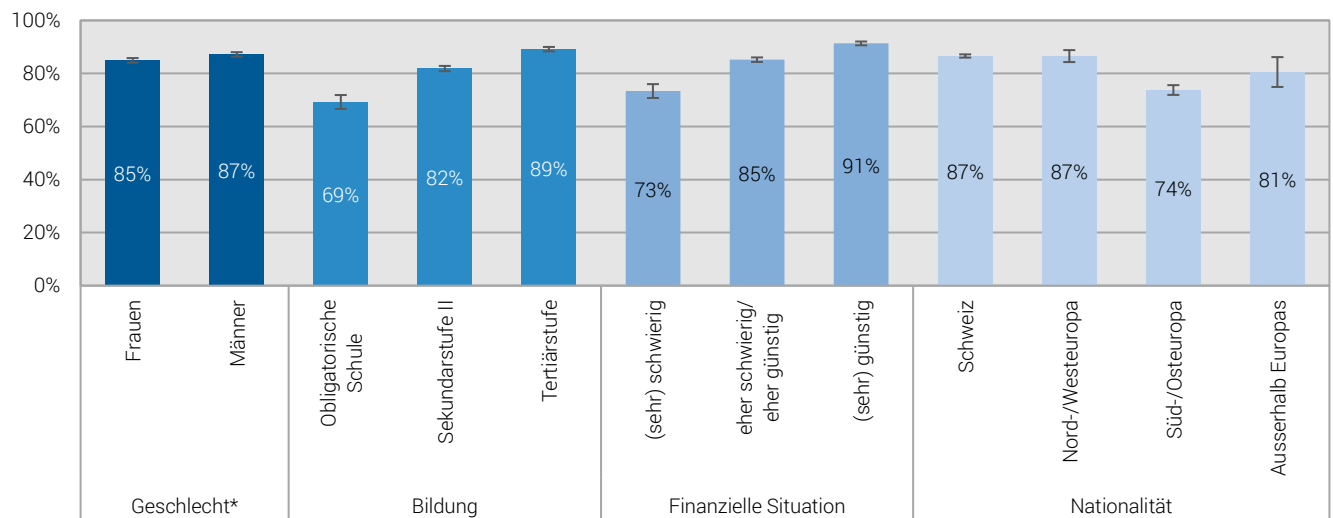


Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

G 1.1 (Sehr) gute selbst wahrgenommene Gesundheit: Überblick, 2022

Gesamtschweizerischer Durchschnitt: 85%



* definiert auf Basis der Geschlechtsidentität (vgl. Anhang A.2)
Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

Analysiert man die selbst wahrgenommene Gesundheit nach *Nationalität*, zeigt sich, dass ausländische Personen aus Süd- und Osteuropa ihre Gesundheit schlechter einschätzen als Schweizerinnen und Schweizer sowie ausländische Personen aus Nord- und Westeuropa (G 1.1). Schlüsselt man die Ergebnisse zusätzlich noch nach Bildung auf, so bleibt dieser Unterschied nach Nationalität bestehen, die Unterschiede sind aber nur teilweise signifikant (nicht dargestellt).

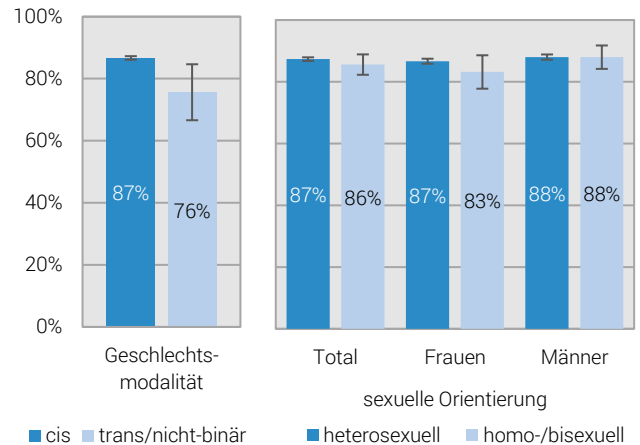
Unterschiede zeigen sich auch hinsichtlich der *Geschlechtsmodalität* (G 1.4): Cis Personen berichten zu 87% von einer guten bis sehr guten Gesundheit, bei trans und nicht-binären Personen sind es 76%. Die Ergebnisse nach *sexueller Orientierung* zeigen keine Unterschiede.

Der Anteil der Gesamtbevölkerung (schwarze x in der Grafik G 1.5) mit einer guten bis sehr guten Gesundheit ist in den Kantonen ähnlich hoch und liegt zwischen 80% (Tessin) und 88% (Zug). Der Unterschied zwischen der niedrigsten (•) und der höchsten Bildungsgruppe (▲) ist jedoch je *nach Kanton* unterschiedlich. Im Kanton Thurgau beträgt dieser Unterschied 32 Prozentpunkte, im

Kanton Genf 6 Prozentpunkte. Aufgrund der geringen Fallzahlen sind diese Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren, sie deuten jedoch auf mögliche regionale Unterschiede hin.

Die gesundheitlichen Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen haben seit 1992 eher zugenommen, wie ein hier nicht dargestellter *Zeitvergleich* zeigt.

G 1.4 (Sehr) gute selbst wahrgenommene Gesundheit nach Geschlechtsmodalität und sexueller Orientierung, 2022



Frauen/Männer: aus methodischen Gründen auf Basis der Registervariable definiert (vgl. Anhang A.2)

Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB

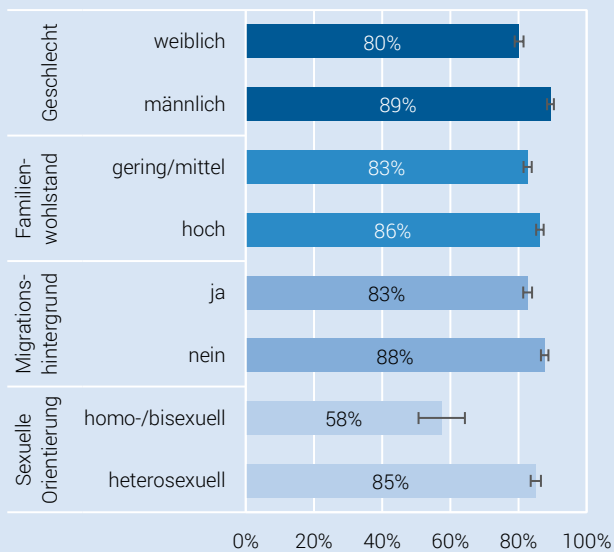
© Obsan 2025

Ergebnisse für Kinder und Jugendliche

Mädchen (80%) berichten seltener als *Jungen* (89%) von einer guten oder sehr guten Gesundheit (G 1.3).

Jugendliche mit *Migrationshintergrund* bzw. Jugendliche mit geringem/mittlerem *Familienwohlstand* schätzen ihre Gesundheit weniger gut ein als Jugendliche ohne Migrationshintergrund bzw. Jugendliche mit hohem Familienwohlstand. Ein deutlicher Unterschied besteht zwischen *heterosexuellen* (85%) und *homo- und bisexuellen* (58%) Jugendlichen.

G 1.3 (Sehr) gute selbst wahrgenommene Gesundheit, 11- bis 15-Jährige, 2022

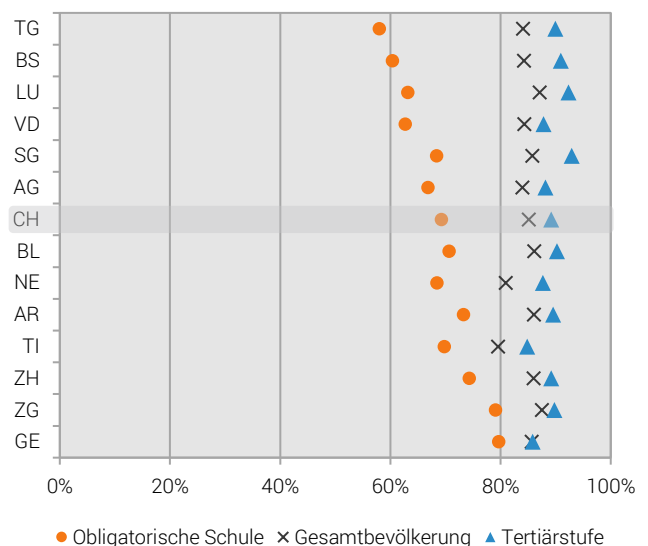


Sexuelle Orientierung: nur 14- bis 15-Jährige

Quelle: BAG/Sucht Schweiz – HBSC

© Obsan 2025

G 1.5 (Sehr) gute selbst wahrgenommene Gesundheit nach Bildung: Kantonsvergleich, 2022



Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

1.2 Lebensqualität



Key messages

- Mädchen zwischen 11 und 15 Jahren berichten von einer deutlich tieferen Lebenszufriedenheit als gleichaltrige Jungen. Bei Erwachsenen zeigt sich dieser Geschlechterunterschied nicht.
- Höhere Bildung und bessere finanzielle Verhältnisse gehen mit höherer Lebensqualität einher.
- Trans und nicht-binäre Personen haben eine tiefere Lebensqualität.
- Die Lebenszufriedenheit ist bei homo- und bisexuellen Jugendlichen halb so hoch wie bei heterosexuellen.

Die Lebensqualität umfasst eine Reihe von physischen, psychischen und sozialen Dimensionen und geht weit über den individuellen Gesundheitszustand hinaus. Dimensionen von Lebensqualität sind: materielle Lebensbedingungen, Erwerbstätigkeit, Gesundheit, Bildung, Bürgerbeteiligung, Umweltfaktoren, Sicherheit, Work-Life-Balance etc.

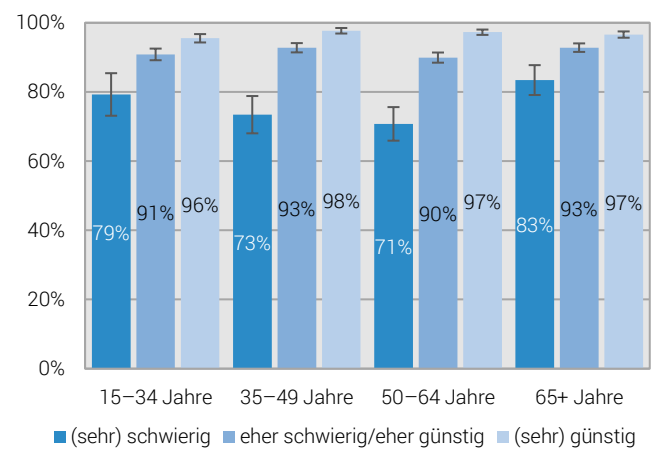
92% der Schweizer Bevölkerung schätzen ihre Lebensqualität als gut bis sehr gut ein – *Frauen* und *Männer* unterscheiden sich diesbezüglich nicht (G 1.6).

Höhere *Bildung* geht mit höherer Lebensqualität einher (G 1.6). Gleiches gilt für die *finanzielle Situation*. Diese Unterschiede in der Lebensqualität nach Bildung und finanzieller Situation sind zwischen den Geschlechtern in etwa gleich ausgeprägt (nicht dargestellt). Sie bestehen auch in allen Altersgruppen, wie die

Grafik G 1.7 beispielhaft für die finanzielle Situation zeigt, wobei die sozialen Unterschiede bei den 65-Jährigen und Älteren am geringsten sind. Gleiches gilt für Bildung und Alter (nicht dargestellt).

Ausländische Personen aus Süd- und Osteuropa schätzen ihre Lebensqualität etwas schlechter ein als *Schweizerinnen und Schweizer* sowie ausländische Personen aus Nord- und Westeuropa (G 1.6). Schlüsselt man die Ergebnisse nach Bildungsniveau auf, so bleibt dieser Unterschied nach Nationalität bestehen, die Unterschiede sind aber nur teilweise signifikant (nicht dargestellt).

G 1.7 (Sehr) gute Lebensqualität nach Alter und finanzieller Situation, 2022

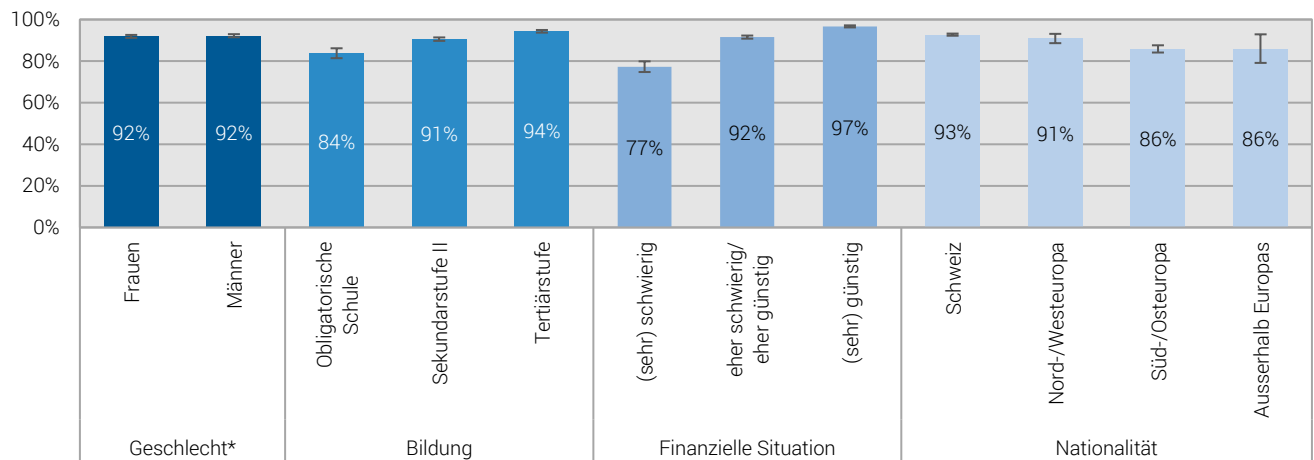


Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

G 1.6 (Sehr) gute Lebensqualität: Überblick, 2022

Gesamtschweizerischer Durchschnitt: 92%



* definiert auf Basis der Geschlechtsidentität (vgl. Anhang A.2)
Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

Personen unterscheiden sich auch in Abhängigkeit vom *Arbeitsstatus* in ihrer Lebensqualität. Erwerbstätige haben eine höhere Lebensqualität als Arbeitslose und Nichterwerbspersonen (G 1.9). Dieser Unterschied nach Erwerbsstatus findet sich bei beiden Geschlechtern, ist aber bei Männern ausgeprägter.

Unterschiede zeigen sich auch in Bezug auf die *Geschlechtsmodalität* (G 1.10): Cis Personen berichten zu 92% von einer guten bis sehr guten Lebensqualität, bei trans und nicht-binären Personen

sind es 82%. Die Ergebnisse nach *sexueller Orientierung* zeigen keine Unterschiede in der Lebensqualität zwischen heterosexuellen und homo- bzw. bisexuellen Personen – bei Jugendlichen dagegen schon (vgl. Kasten mit Ergebnissen zu Kindern und Jugendlichen).

Ergebnisse für Kinder und Jugendliche

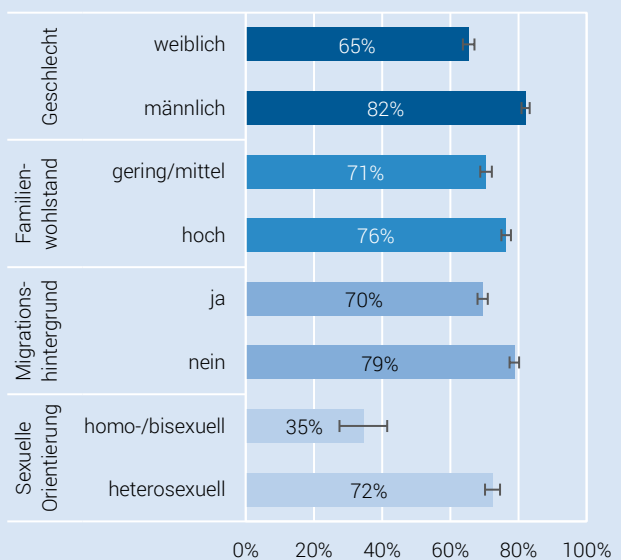
Im HBSC wird nach der allgemeinen Lebenszufriedenheit gefragt, die in einem engen Zusammenhang mit der Lebensqualität steht.

Mädchen (65%) haben deutlich weniger häufig eine gute oder sehr gute allgemeine Lebenszufriedenheit als *Jungen* (82%; G 1.8; Cutoff «(sehr) gut»: mindestens 7 auf einer Skala von 0–10).

Die Lebenszufriedenheit von Jugendlichen mit *Migrationshintergrund* oder Jugendlichen mit geringem/mittlerem *Familienwohlstand* ist ebenfalls geringer als die von Jugendlichen ohne Migrationshintergrund oder mit hohem familiärem Wohlstand.

Anders als bei den Erwachsenen bestehen bei Jugendlichen sehr grosse Unterschiede in der Lebenszufriedenheit je nach *sexueller Orientierung*: Nur etwas mehr als ein Drittel (35%) der homo- und bisexuellen Jugendlichen gibt eine gute bis sehr gute Lebenszufriedenheit an, bei den heterosexuellen Jugendlichen sind es mit 72% mehr als doppelt so viele.

G 1.8 (Sehr) gute Lebenszufriedenheit, 11- bis 15-Jährige, 2022

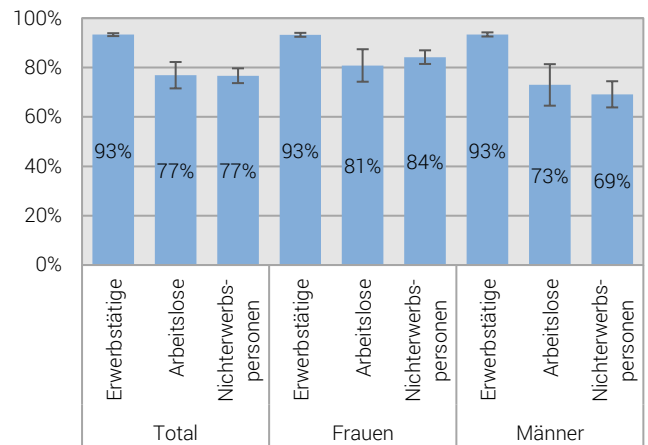


Sexuelle Orientierung: nur 14- bis 15-Jährige

Quelle: BAG/Sucht Schweiz – HBSC

© Obsan 2025

G 1.9 (Sehr) gute Lebensqualität nach Geschlecht und Erwerbsituation, 2022

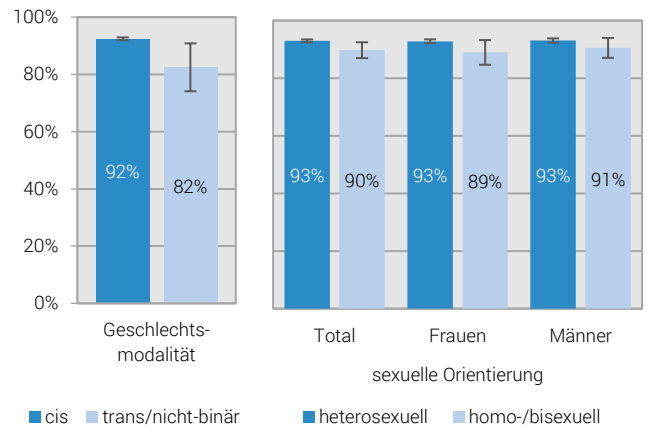


Frauen/Männer: aus methodischen Gründen auf Basis der Registervariable definiert (vgl. Anhang A.2)
Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

G 1.10 (Sehr) gute Lebensqualität nach Geschlechtsmodalität und sexueller Orientierung, 2022



Frauen/Männer: aus methodischen Gründen auf Basis der Registervariable definiert (vgl. Anhang A.2)
Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

1.3 Lang andauernde Gesundheitsprobleme und Einschränkungen



Key messages

- Personen mit tieferer Bildung und mit niedrigerem Einkommen sind mehr als doppelt so häufig von starken gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag betroffen. Auch leiden sie häufiger an lang andauernden Gesundheitsproblemen.
- Es zeigen sich klare Zusammenhänge zwischen materieller und sozialer Deprivation und der Häufigkeit lang andauernder Gesundheitsprobleme sowie Einschränkungen.

Lang andauernde Gesundheitsprobleme und damit verbundene Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten können das Wohlbefinden erheblich beeinträchtigen und sich auf alle Lebensbereiche auswirken. Im Folgenden werden zwei Indikatoren präsentiert: lang andauernde (= seit 6 Monaten bestehende) Gesundheitsprobleme und Einschränkungen aufgrund eines Gesundheitsproblems bei gewöhnlichen Aktivitäten im täglichen Leben seit mindestens 6 Monaten.

Lang andauernde Gesundheitsprobleme

38% der Schweizer Bevölkerung sind von lang andauernden Gesundheitsproblemen betroffen – *Frauen* häufiger als *Männer* (G 1.11).

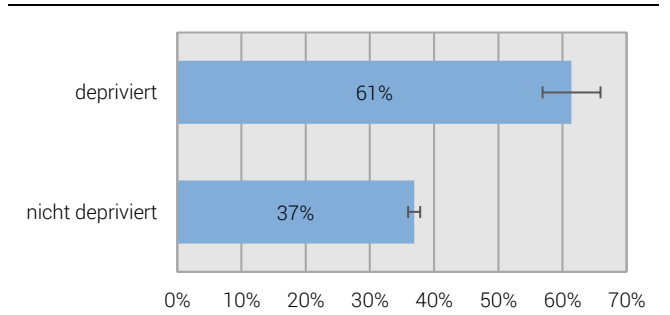
Personen mit tieferer *Bildung* und Personen mit niedrigerem *Einkommen* berichten häufiger von lang andauernden Gesundheitsproblemen (G 1.11). Die zusätzliche Aufschlüsselung nach Geschlecht zeigt aber, dass der Unterschied nach Bildung nur bei

den Frauen besteht (nicht dargestellt). Weitere Analysen zeigen zudem, dass sich die Unterschiede in Bezug auf Bildung und Einkommen erst im Alter von etwa 50 Jahren bemerkbar machen – und zwar bei beiden Geschlechtern.

Grafik G 1.12 zeigt die Ergebnisse nach *materieller und sozialer Deprivation*: Fast zwei Drittel (61%) der Personen, die aus finanziellen Gründen auf wichtige Güter, Dienstleistungen und soziale Aktivitäten verzichten müssen, haben ein lang andauerndes Gesundheitsproblem. Bei nicht deprivierten Personen sind es etwas mehr als ein Drittel (37%).

Personen mit *Migrationshintergrund* sind weniger häufig von lang andauernden Gesundheitsproblemen betroffen als Personen ohne Migrationshintergrund. Dieser Unterschied bleibt grundsätzlich bestehen, wenn die Ergebnisse zusätzlich noch nach Bildung aufgeschlüsselt werden (G 1.11).

G 1.12 Lang andauernde Gesundheitsprobleme nach materieller und sozialer Deprivation, 2023

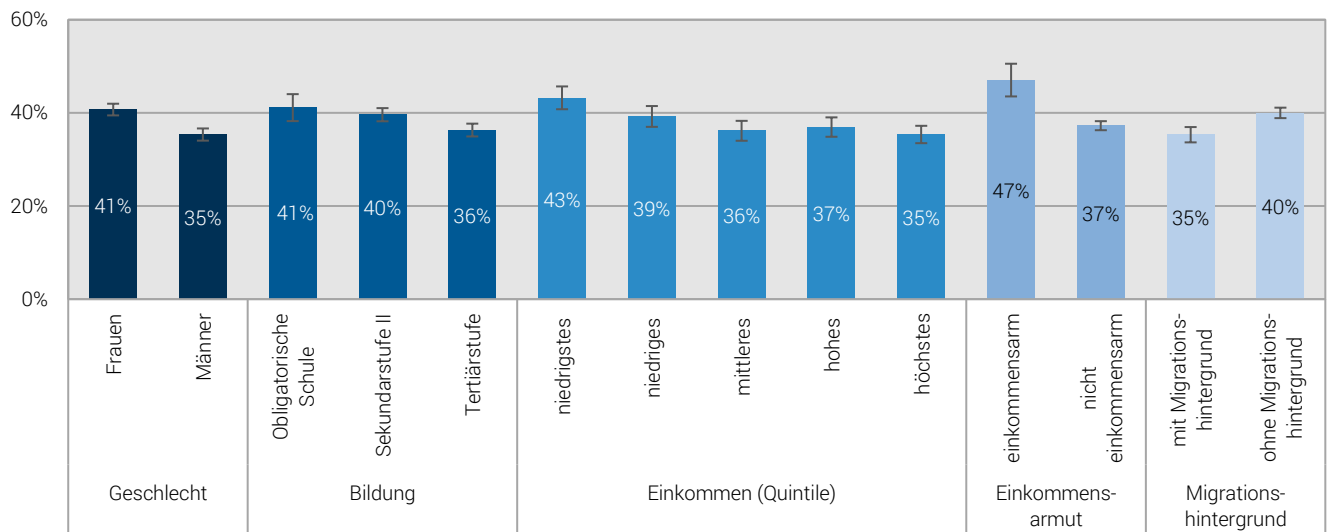


Quelle: BFS – SILC

© Obsan 2025

G 1.11 Lang andauernde Gesundheitsprobleme: Überblick, 2023

Gesamtschweizerischer Durchschnitt: 38%



Quelle: BFS – SILC

© Obsan 2025

☞ *Der Zusammenhang zwischen Lebensumständen und chronischen Gesundheitsproblemen/gesundheitlichen Einschränkungen kann in beide Richtungen wirken: Die Lebensumstände können chronische Beschwerden und Beeinträchtigungen begünstigen. Chronische Gesundheitsprobleme und ihre Einschränkungen können sich aber auch über die Erwerbstätigkeit auf die finanzielle Situation (Einkommen, materielle und soziale Deprivation) auswirken.*

Gesundheitsbedingte Einschränkungen

6% der Schweizer Bevölkerung sind durch ein gesundheitliches Problem bei gewöhnlichen Aktivitäten stark eingeschränkt. Frauen und Männer sind etwa gleich häufig betroffen (G 1.13).

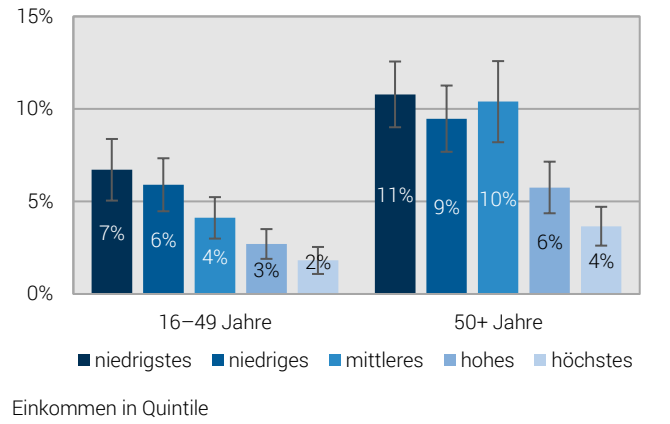
Es zeigt sich ein klarer Zusammenhang nach Bildung (G 1.13): 11% der Personen ohne nachobligatorische Ausbildung berichten von starken Einschränkungen, bei Personen mit einem Tertiärabschluss sind es mit 4% nicht einmal die Hälfte. Dieser Unterschied nach Bildung ist bei Frauen ausgeprägter. Zudem zeigt sich, dass die Bildungsunterschiede bei gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alter ausgeprägter sind (beides nicht dargestellt).

Die Ergebnisse nach Einkommensmerkmalen liegen in einer ähnlichen Grössenordnung: Sowohl bei den Analysen nach Einkommensgruppen als auch nach Einkommensarmut ist der Unterschied etwa doppelt so gross. Dieser Unterschied ist bei Männern und Frauen etwa gleich stark ausgeprägt (nicht dargestellt). Bei älteren Personen sind die Unterschiede nach Einkommen etwas grösser, wie Grafik G 1.14 zeigt.

Grosse Unterschiede zeigen sich auch nach materieller und sozialer Deprivation (G 1.15): Personen, die aus finanziellen Gründen auf wichtige Güter, Dienstleistungen und soziale Aktivitäten verzichten müssen, sind gut viermal so oft aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkt als nicht deprivierte Personen.

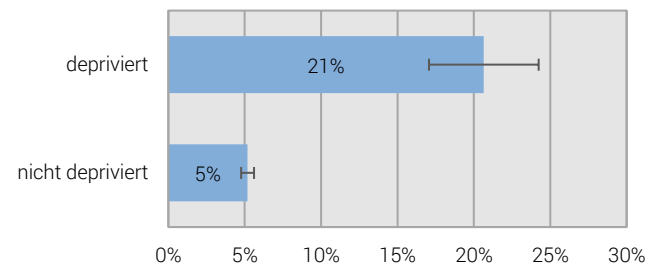
Nach Migrationshintergrund zeigen sich keine Unterschiede (G 1.13) – auch nicht, wenn noch nach Bildung differenziert wird.

G 1.14 Starke gesundheitsbedingte Einschränkungen nach Alter und Einkommen, 2023



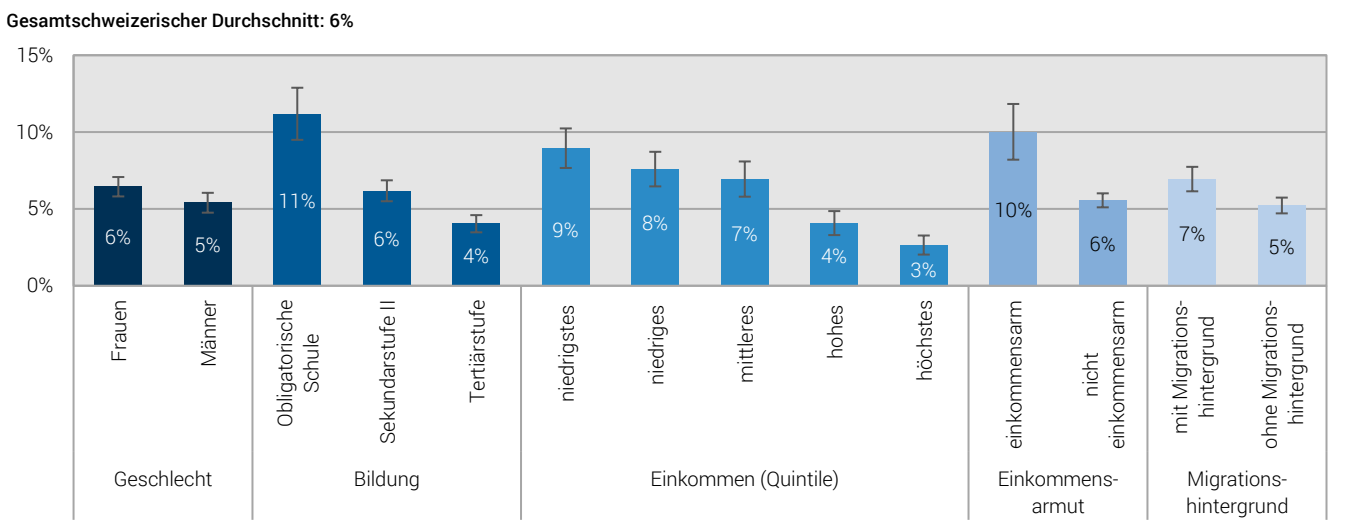
Quelle: BFS – SILC © Obsan 2025

G 1.15 Starke gesundheitsbedingte Einschränkungen nach materieller und sozialer Deprivation, 2023



Quelle: BFS – SILC © Obsan 2025

G 1.13 Starke gesundheitsbedingte Einschränkungen: Überblick, 2023



Quelle: BFS – SILC © Obsan 2025

1.4 Depressionssymptome



Key messages

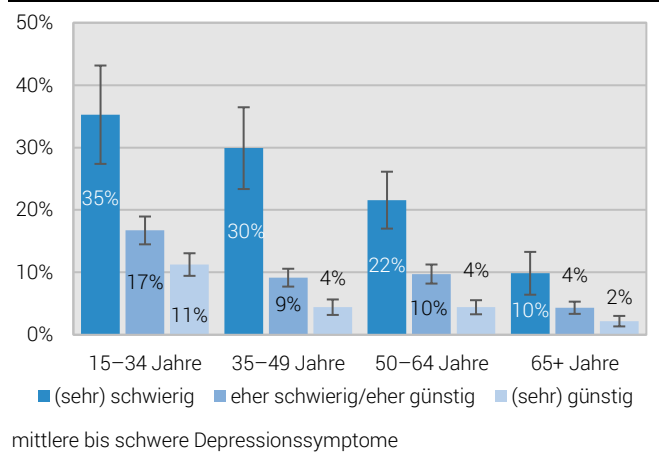
- Frauen berichten häufiger von Depressionssymptomen – bei 11- bis 15-jährigen Mädchen ist der Anteil mit (sehr) schlechtem mentalen Wohlbefinden fast doppelt so hoch wie bei gleichaltrigen Jungen.
- Personen ohne nachobligatorische Bildung sind fast doppelt so häufig von Depressionssymptomen betroffen, Personen in schwierigen finanziellen Verhältnissen rund viermal häufiger.
- Etwa jede dritte trans und nicht-binäre Person weist Depressionssymptome auf, im Vergleich zu etwa jeder zehnte cis Person.
- Homo- oder bisexuelle Personen sind fast doppelt so häufig betroffen wie heterosexuelle Personen.
- Arbeitslose und Nichterwerbspersonen sind rund doppelt so häufig betroffen wie Erwerbstätige.

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Sie beginnen oft schon im früheren Erwachsenenalter und weisen häufig einen wiederkehrenden oder chronischen Verlauf auf. Die folgenden Ergebnisse zu Depressionssymptomen bilden bis zu einem gewissen Masse die Depressivität in einer Bevölkerung ab, sind aber nicht gleichzusetzen mit einer klinisch gestellten Depressionsdiagnose.

10% der Schweizer Bevölkerung berichten von mittleren bis schweren Depressionssymptomen. *Frauen* leiden häufiger darunter als *Männer* (G 1.16).

Personen ohne nachobligatorische *Ausbildung* sind fast doppelt so häufig betroffen (13%) wie Personen mit einem Tertiärabschluss (7%; G 1.16). Personen in schwierigen *finanziellen Verhältnissen* weisen rund viermal häufiger mittlere bis schwere Depressionssymptome auf als Personen ohne finanzielle Sorgen (25% gegenüber 6%).

G 1.17 Depressionssymptome nach Alter und finanzieller Situation, 2022

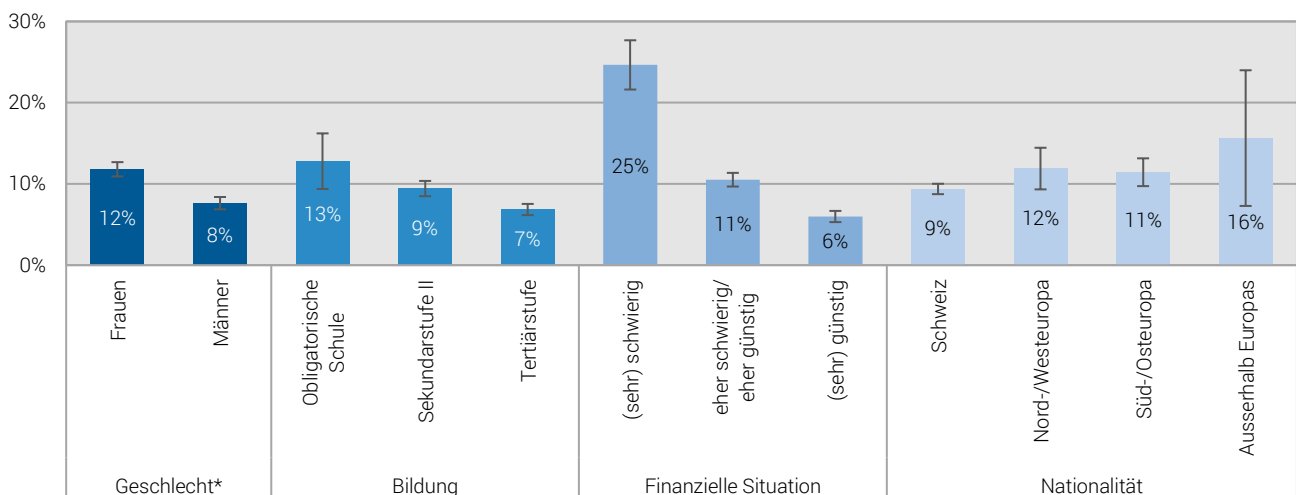


Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

G 1.16 Depressionssymptome: Überblick, 2022

Gesamtschweizerischer Durchschnitt: 10%



Mittlere bis schwere Depressionssymptome

* definiert auf Basis der Geschlechtsidentität (vgl. Anhang A.2)

Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

Die altersdifferenzierte Betrachtung (G 1.17) zeigt, dass die sozialen Unterschiede nach finanzieller Situation bei Depressionssymptomen in allen Altersgruppen bestehen, jedoch mit dem Alter geringer werden. Analysen nach Alter und Bildung zeigen in der Tendenz ähnliche Ergebnisse. Analysen nach Bildung und Geschlecht ergeben, dass die Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen bei Frauen und Männern in etwa gleich ausgeprägt sind (nicht dargestellt).

Analysen nach *Nationalitätengruppen* (G 1.16) zeigen keine relevanten Unterschiede. Zu beachten ist, dass Personen im Asylverfahren nicht im Rahmen der SGB befragt werden und dass de facto nur Personen teilnehmen können, die eine der Landessprachen sprechen (vgl. A.1 am Ende des Berichts).

Die Analysen nach *Geschlechtsmodalität* und *sexueller Orientierung* ergeben grosse Unterschiede (G 1.19): Etwa jede dritte trans und nicht-binäre Person weist mittlere bis schwere Depressionssymptome auf, bei cis Personen ist es nur jede zehnte Person.

Personen, die sich als homo- oder bisexuell bezeichnen, sind fast doppelt so häufig betroffen wie heterosexuelle Personen. Das gilt sowohl für Frauen wie auch für Männer, wenngleich der Unterschied bei Frauen deutlich grösser ist.

Arbeitslose und Nichterwerbspersonen (15- bis 64-Jährige) sind etwa doppelt so häufig (19% bzw. 21%) betroffen wie Erwerbstätige (10%, nicht dargestellt). Die Unterschiede nach *Erwerbsstatus* sind bei Männern grösser als bei Frauen (nicht dargestellt). Dabei ist zu beachten, dass die Gruppe der Nichterwerbstätigen sehr heterogen ist und u. a. Hausfrauen und -männer, Rentnerinnen und Rentner sowie Personen mit einer IV-Rente umfasst. Weiter kann der Arbeitsstatus die Gesundheit beeinflussen, der Gesundheitszustand kann aber auch ein Grund für Arbeitslosigkeit sein.

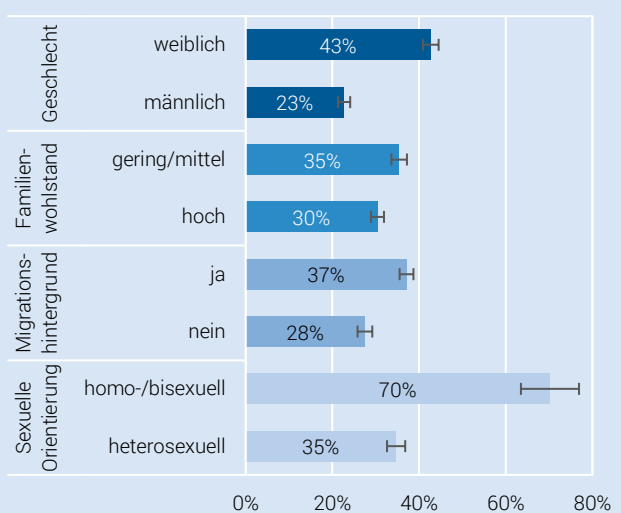
Ergebnisse für Kinder und Jugendliche

Mädchen (43%) berichten fast doppelt so häufig wie *Jungen* (23%) über ein schlechtes oder sehr schlechtes mentales Wohlbefinden (G 1.18).

Auch Jugendliche mit *Migrationshintergrund* und Jugendliche mit geringem bis mittlerem *Familienwohlstand* sind häufiger betroffen als Jugendliche ohne Migrationshintergrund bzw. Jugendliche mit hohem Familienwohlstand.

Deutliche Unterschiede zeigen sich bei der *sexuellen Orientierung*: Homo- und bisexuelle Jugendliche (70%) geben doppelt so häufig ein schlechtes bis sehr schlechtes mentales Wohlbefinden an wie heterosexuelle Jugendliche (35%).

G 1.18 (Sehr) schlechtes mentales Wohlbefinden, 11- bis 15-Jährige, 2022

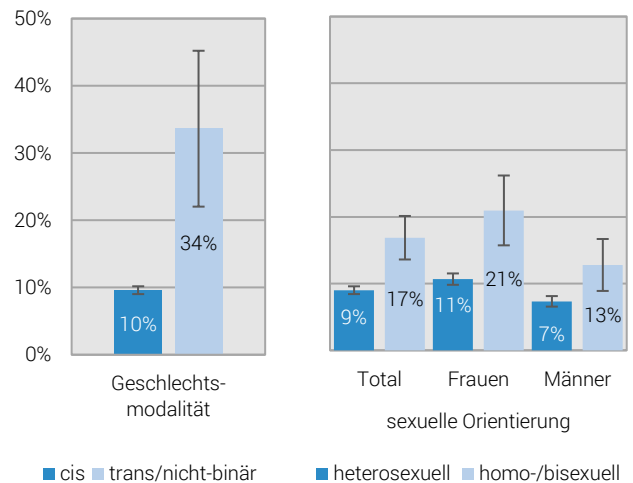


Sexuelle Orientierung: nur 14- bis 15-Jährige

Quelle: BAG/Sucht Schweiz – HBSC

© Obsan 2025

G 1.19 Depressionssymptome nach Geschlechtsmodalität und sexueller Orientierung, 2022



Mittlere bis schwere Depressionssymptome

Frauen/Männer: aus methodischen Gründen auf Basis der Registervariable definiert (vgl. Anhang A.2).

Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

1.5 Mund- und Zahngesundheit



Key messages

- Personen mit niedrigerem Bildungsniveau und Personen in schlechteren finanziellen Verhältnissen sind deutlich häufiger von einer schlechten Mund- und Zahngesundheit betroffen.

Eine gute Mund- und Zahngesundheit ist wichtig für das allgemeine Wohlbefinden und die Lebensqualität. Zudem sind Erkrankungen wie Karies und chronische Zahnfleischentzündung mit Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen assoziiert. Da zahnärztliche Leistungen (einschliesslich Dentalhygiene) nicht von den Krankenkassen übernommen werden, kann eine schlechte Mundgesundheit auch ein Indikator für den Verzicht auf zahnärztliche Behandlung sein (vgl. Indikator 4.4).

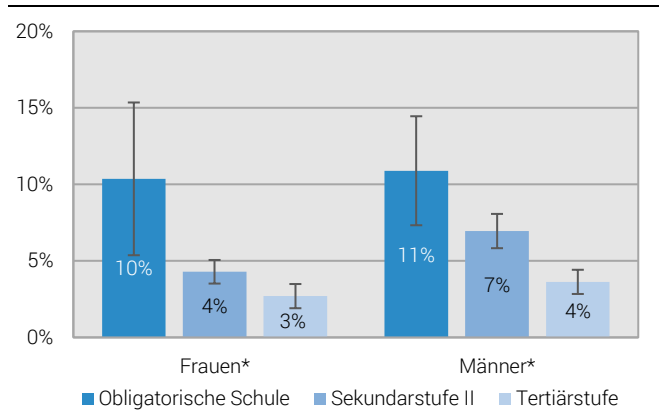
4% der Schweizer Bevölkerung geben eine (sehr) schlechte Mund- und Zahngesundheit (inkl. Zahnfleisch) an – *Männer* mehr als *Frauen*, der Unterschied ist aber sehr klein (G 1.20).

Deutlich grösser sind die Unterschiede nach *Bildung* (G 1.20): Während 11% der Personen ohne nachobligatorische Ausbildung ihren Zahnzustand als (sehr) schlecht bezeichnen, sind es bei den Personen mit Tertiärabschluss nur 3%. In einer ähnlichen Gröszenordnung bewegen sich die Unterschiede nach *finanzieller Situation*. Diese Unterschiede nach Bildung (und finanzieller Situation – nicht dargestellt) sind bei beiden Geschlechtern ähnlich

ausgeprägt (G 1.21). Die Unterschiede nach Bildung bzw. finanzieller Situation bestehen weitgehend in allen Altersgruppen (nicht dargestellt).

In Bezug auf die *Nationalität* (G 1.20) ist zu erkennen, dass ausländische Personen aus Süd- und Osteuropa etwa doppelt so häufig eine (sehr) schlechte Mund- und Zahngesundheit angeben als Schweizerinnen und Schweizer. Die Ergebnisse nach Bildung und Nationalität sind aufgrund der kleinen Fallzahlen nicht interpretierbar.

G 1.21 (Sehr) schlechte Mund- und Zahngesundheit nach Geschlecht und Bildung, 2022



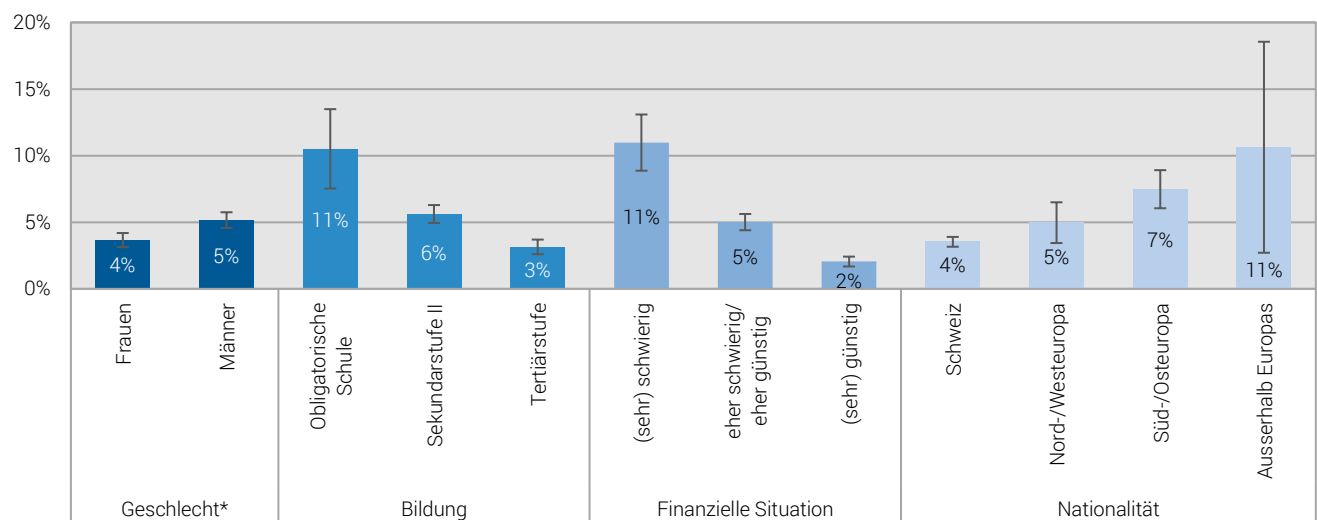
* definiert auf Basis der Geschlechtsidentität, vgl. dazu Anhang A.2
Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

G 1.20 (Sehr) schlechte Mund- und Zahngesundheit: Überblick, 2022

Gesamtschweizerischer Durchschnitt: 4%



* definiert auf Basis der Geschlechtsidentität (vgl. Anhang A.2)
Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

1.6 Diabetes



Key messages

- Männer haben doppelt so häufig Diabetes wie Frauen.
- Personen mit niedrigerem Bildungsniveau und in schlechteren finanziellen Verhältnissen erkranken doppelt so häufig an Diabetes.

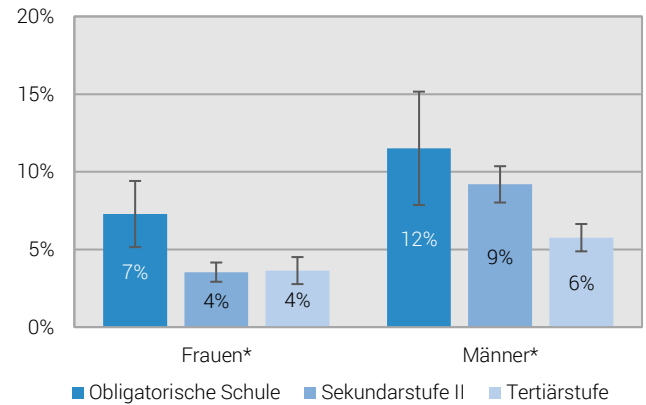
Diabetes ist eine Stoffwechselerkrankung, bei der verschiedene Formen (u.a. Typ 1 und Typ 2) unterschieden werden. Diabetes kann zu verschiedenen Folgeerkrankungen und verkürzter Lebenserwartung führen.

5% der Schweizer Bevölkerung leiden an Diabetes, wobei *Männer* fast doppelt so häufig betroffen sind wie *Frauen* (G 1.22).

Personen ohne nachobligatorische *Ausbildung* bzw. Personen in einer schwierigen *finanziellen Situation* haben mit 10% doppelt so häufig Diabetes wie Personen mit einer tertiären Ausbildung bzw. Personen, deren finanzielle Situation günstiger ist (G 1.22). Schlüsselt man diese Ergebnisse noch nach Geschlecht auf (G 1.23), so ist ersichtlich, dass der Unterschied zwischen den Bildungsgruppen bei Männern ausgeprägter ist als bei Frauen. Bei der finanziellen Situation ist der soziale Unterschied ebenfalls bei Männern grösser (nicht dargestellt). Die Ergebnisse nach Alter und Bildung/finanzieller Situation (nicht dargestellt) sind aufgrund zu kleiner Fallzahlen bei den jüngeren Altersgruppen nicht interpretierbar.

Von Diabetes sind Süd- und Osteuropäerinnen und -europäer sowie ausländische Personen ausserhalb Europas häufiger betroffen (G 1.22). Hier sei nochmals auf die Heterogenität dieser *Nationalitätengruppen* hingewiesen (vgl. Unterkapitel 7.3). Die Aufschlüsselung der Ergebnisse nach Bildung bzw. finanzieller Situation ist aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht möglich.

G 1.23 Diabetes nach Geschlecht und Bildung, 2022



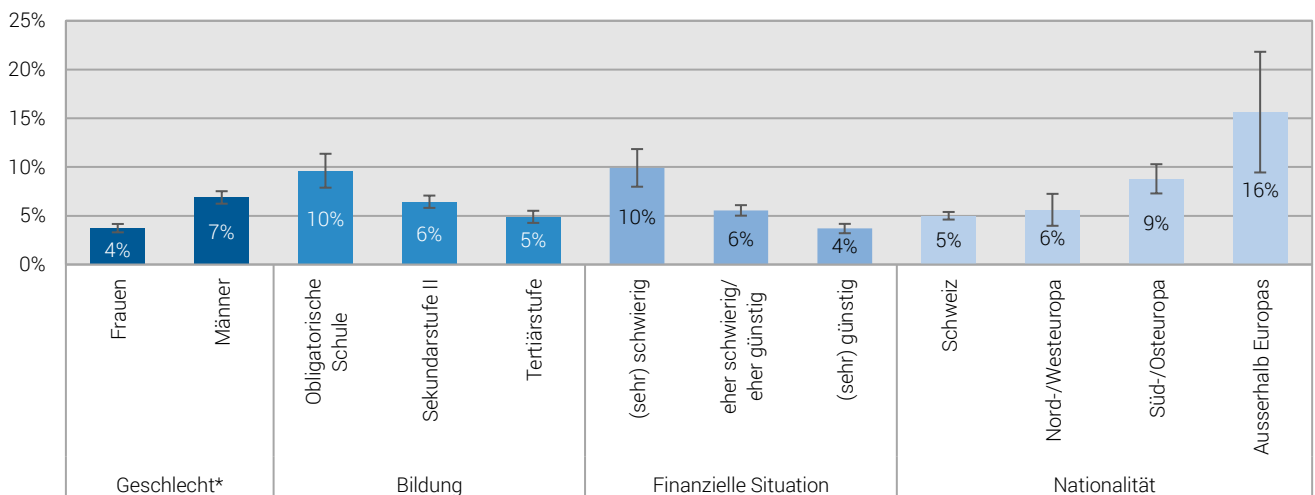
* definiert auf Basis der Geschlechtsidentität, vgl. dazu Anhang A.2 Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

G 1.22 Diabetes: Überblick, 2022

Gesamtschweizerischer Durchschnitt: 5%



* definiert auf Basis der Geschlechtsidentität (vgl. Anhang A.2) Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

1.7 Übergewicht



Key messages

- Männer sind deutlich häufiger übergewichtig als Frauen.
- Personen mit niedrigerem Bildungsniveau und schlechteren finanziellen Verhältnissen sind häufiger übergewichtig – von Adipositas sind sie doppelt so häufig betroffen.
- Übergewicht und Adipositas haben in den letzten 30 Jahren auf allen Bildungsstufen zugenommen – die Zunahme war jedoch bei Personen ohne nachobligatorische Ausbildung besonders stark.

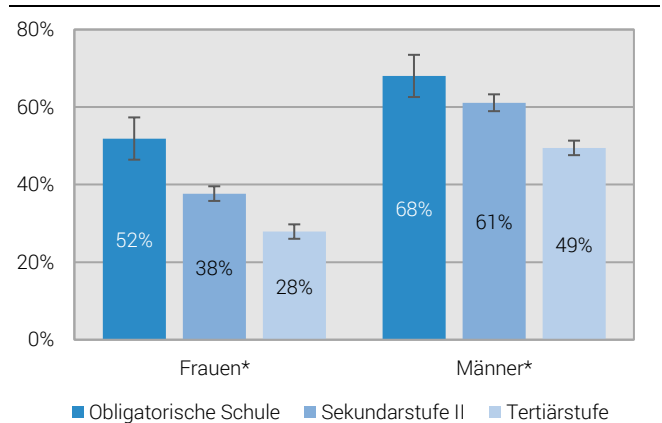
Ein erhöhtes Körpergewicht gilt als Risikofaktor für verschiedene gesundheitliche Probleme wie Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen (Asthma), Erkrankungen des Bewegungsapparates und einige Formen von Krebs (Faeh et al., 2018; OECD, 2018).

43% der Schweizer Bevölkerung sind übergewichtig. Es lässt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den *Geschlechtern* beobachten (G 1.24): Während ein Drittel (33%) der Frauen übergewichtig ist, sind es bei den Männern mehr als die Hälfte (52%). Dieser Geschlechterunterschied besteht in allen Altersklassen, ist aber bei den 35- bis 49-Jährigen am grössten (nicht dargestellt).

Personen ohne nachobligatorische *Ausbildung* sowie Personen in *finanziellen Schwierigkeiten* sind ebenfalls deutlich häufiger von Übergewicht betroffen (G 1.24). Schlüsselst man die Ergebnisse

zusätzlich nach Geschlecht auf (G 1.25), so zeigt sich, dass der Unterschied zwischen Personen mit tiefer und hoher Bildung bei den Frauen etwas grösser ist. Bei der finanziellen Situation gibt es diesen Geschlechterunterschied nicht. Weitere Analysen ergeben, dass die Unterschiede nach Bildung und finanzieller Situation v. a. bei den 35- bis 49-Jährigen gross sind und mit dem Alter abnehmen (nicht dargestellt).

G 1.25 Übergewicht (inkl. Adipositas) nach Geschlecht und Bildung, 2022



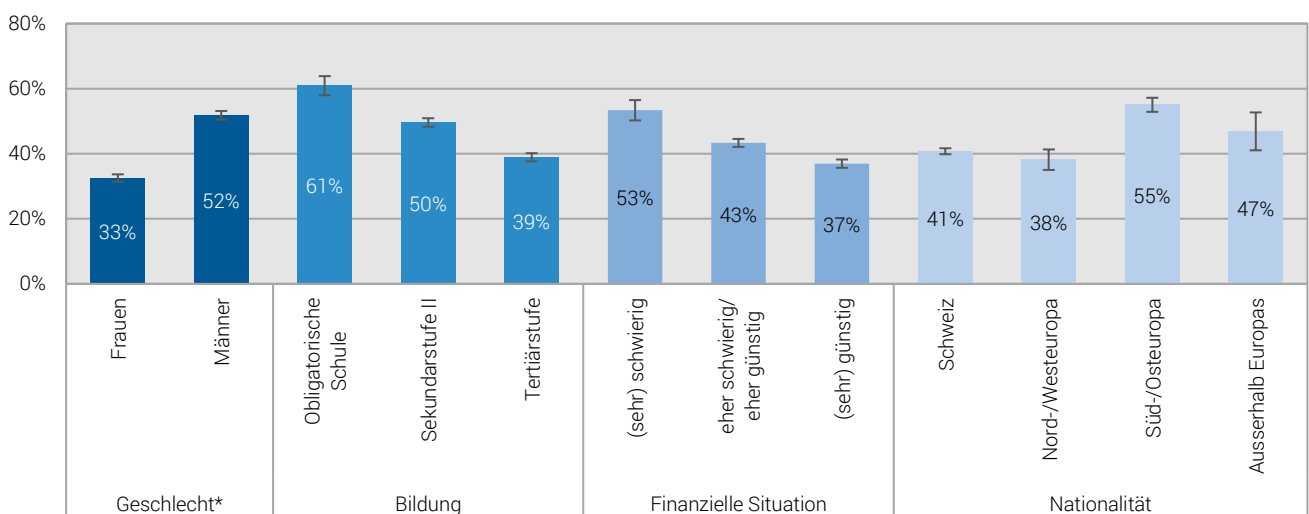
* definiert auf Basis der Geschlechtsidentität, vgl. dazu Anhang A.2 Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

G 1.24 Übergewicht (inkl. Adipositas): Überblick, 2022

Gesamtschweizerischer Durchschnitt: 43%



* definiert auf Basis der Geschlechtsidentität (vgl. Anhang A.2) Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB

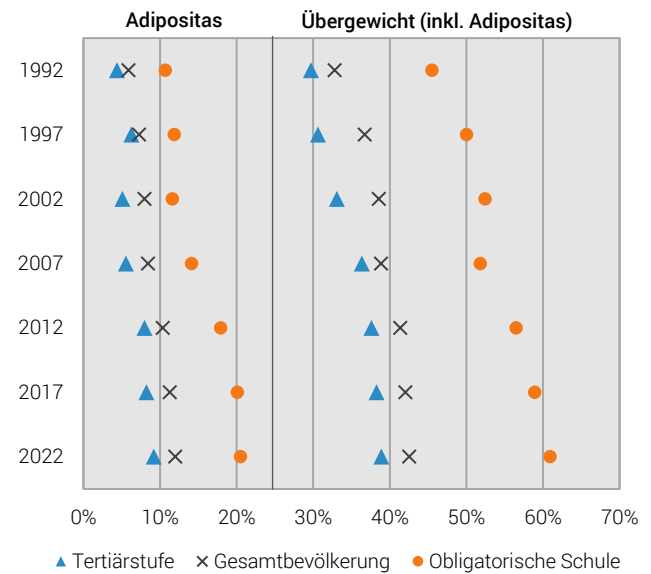
© Obsan 2025

Ausländische Personen aus Süd- und Osteuropa sind häufiger übergewichtig als Schweizerinnen und Schweizer sowie Nord- und Westeuropäerinnen und -europäer (G 1.24). Die Ergebnisse für die Kategorie «Ausserhalb Europas» lässt sich aufgrund der kleinen Fallzahlen und der Heterogenität dieser Gruppe nur schwer interpretieren. Differenziert man die Ergebnisse weiter nach dem Bildungsniveau, so zeigt sich, dass diese Unterschiede nach Nationalitätengruppen bestehen bleiben, allerdings sind die Ergebnisse nur für die Sekundarstufe II statistisch signifikant.

Zusätzliche Analysen zu Adipositas zeigen (G 1.26): Der Geschlechterunterschied ist deutlich geringer als beim Übergewicht insgesamt. Die Unterschiede nach Bildung und finanzieller Situation sind dagegen ausgeprägter: Personen ohne nachobligatorische Ausbildung sowie Personen in schwierigen finanziellen Verhältnissen sind gut doppelt so häufig von Adipositas betroffen.

Im Zeitvergleich ist eine Zunahme der Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen zu beobachten (G 1.27): Übergewicht und Adipositas haben in den letzten 30 Jahren auf allen Bildungsebenen zugenommen (×). Allerdings ist die Zunahme von Adipositas und Übergewicht bei Personen ohne nachobligatorische Ausbildung (●) – insbesondere ab 2007 – deutlich stärker als bei Personen mit tertiärer Ausbildung (▲).

G 1.27 Übergewicht nach Bildung im Zeitvergleich



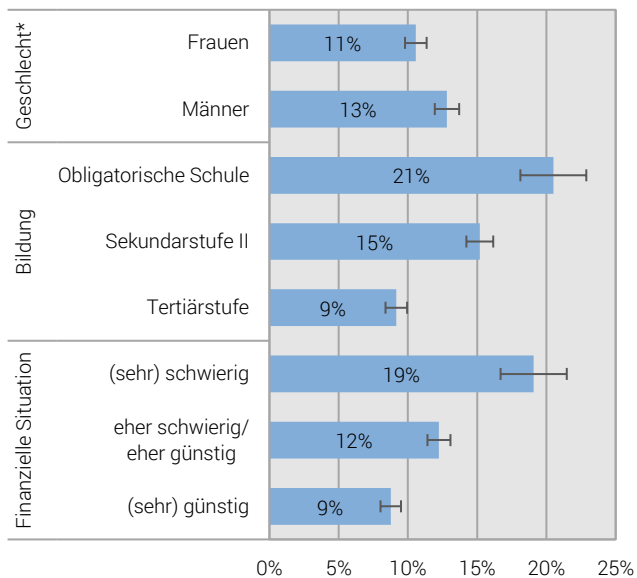
Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

G 1.26 Adipositas: Überblick, 2022

Gesamtschweizerischer Durchschnitt: 12%



* definiert auf Basis der Geschlechtsidentität (vgl. Anhang A.2)
Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB

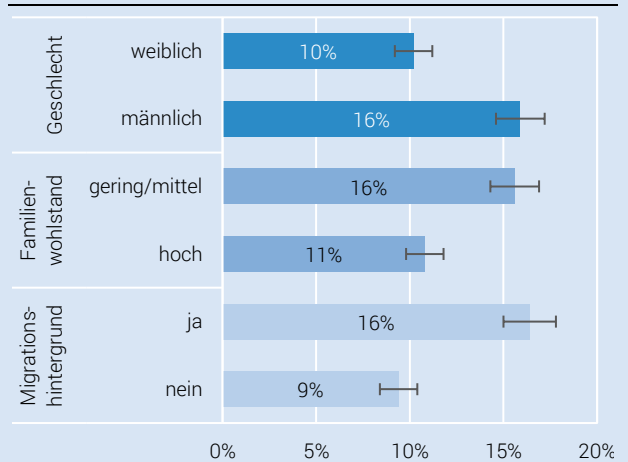
© Obsan 2025

Ergebnisse für Kinder und Jugendliche

Mädchen sind gemessen am Body Mass Index (BMI) seltener übergewichtig als Jungen (G 1.28).

Jugendliche mit hohem Familienwohlstand und Jugendliche ohne Migrationshintergrund sind ebenfalls seltener von Übergewicht betroffen als Jugendliche mit Migrationshintergrund bzw. mit geringem/mittlerem Familienwohlstand.

G 1.28 Übergewicht (inkl. Adipositas), 11- bis 15-Jährige, 2022



Quelle: BAG/Sucht Schweiz – HBSC

© Obsan 2025

1.8 Bluthochdruck und hoher Cholesterinspiegel



Key messages

- Männer haben häufiger Bluthochdruck und einen hohen Cholesterinspiegel als Frauen.
- Bluthochdruck und hohe Cholesterinwerte sind bei Menschen mit niedrigerem Bildungsniveau und schlechteren finanziellen Verhältnissen häufiger.

Bluthochdruck (Hypertonie) und hohe Cholesterinwerte stellen Risikofaktoren für verschiedene Krankheiten – v. a. für Herz-Kreislauf-Erkrankungen – dar.

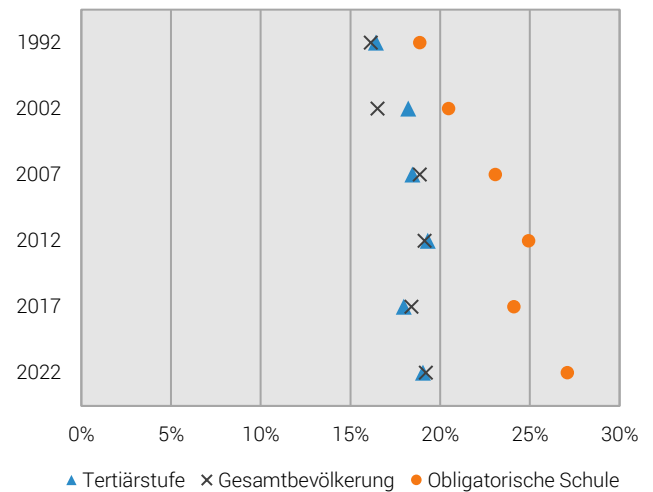
Bluthochdruck

19% der Schweizer Bevölkerung berichten von Bluthochdruck, wobei *Männer* häufiger betroffen sind als *Frauen* (G 1.29).

Personen mit tieferer *Bildung* bzw. in schwierigen *finanziellen Verhältnissen* sind häufiger von Bluthochdruck betroffen (G 1.29). Schlüsselt man diese Ergebnisse noch nach Geschlecht auf (nicht dargestellt), so ist ersichtlich, dass der Unterschied zwischen den Bildungsgruppen bei Frauen grösser ist als bei Männern. Bei der finanziellen Situation verhält es sich genau umgekehrt: Hier ist der Unterschied bei den Männern am ausgeprägtesten.

Die Ergebnisse nach Bildung/finanzieller Situation und Alter (nicht dargestellt) sind aufgrund zu kleiner Fallzahlen bei den jüngeren Altersgruppen nicht interpretierbar.

G 1.30 Bluthochdruck nach Bildung im Zeitvergleich



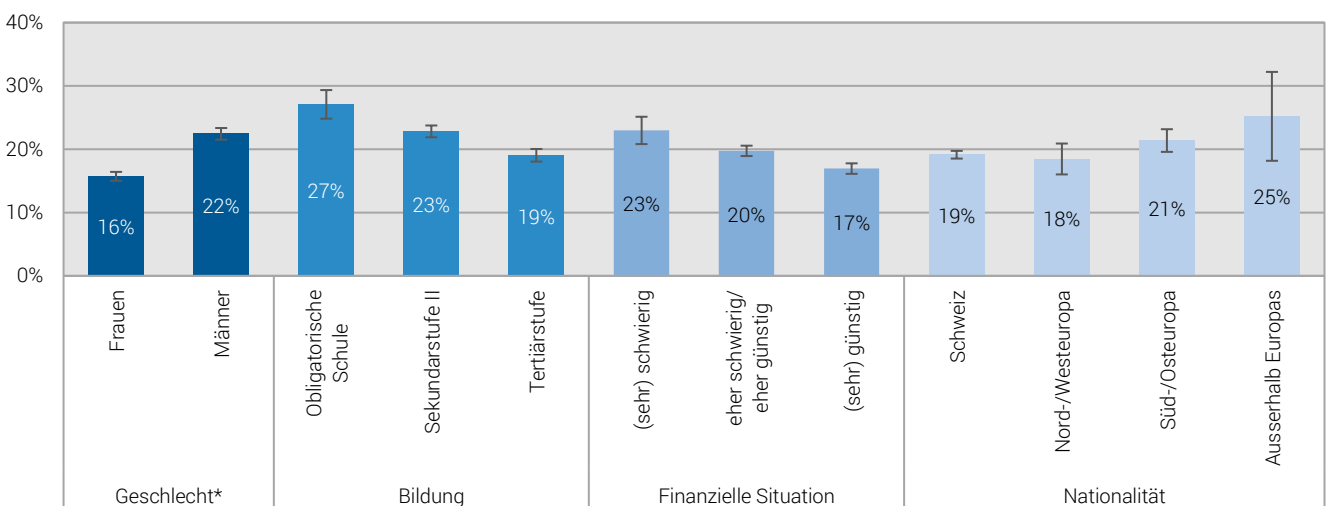
Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

G 1.29 Bluthochdruck: Überblick, 2022

Gesamtschweizerischer Durchschnitt: 19%



* definiert auf Basis der Geschlechtsidentität (vgl. Anhang A.2)
Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

Die Ergebnisse nach *Nationalität* zeigen für Bluthochdruck keine signifikanten Unterschiede (G 1.29).

In Grafik G 1.30 ist die *zeitliche Entwicklung* dargestellt: Generell ist ein Anstieg zu verzeichnen, wenngleich die Werte je nach Erhebungsjahr etwas schwanken (✕). Die Werte für Personen mit Tertiärabschluss (▲) liegen jeweils sehr nahe am Wert der Gesamtbevölkerung. Die Werte für Personen ohne nachobligatorische Ausbildung (●) entfernen sich über die Jahre immer mehr vom Wert der Gesamtbevölkerung – ein Hinweis dafür, dass die gesundheitliche Ungleichheit in Bezug auf Bluthochdruck über die Jahre zugenommen hat.

Hoher Cholesterinspiegel

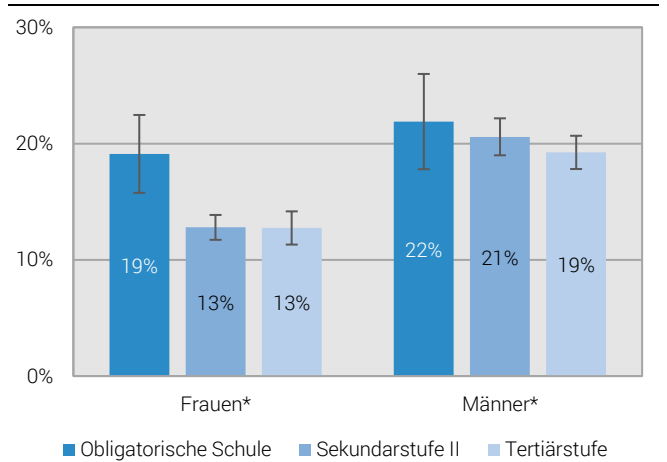
15% der Bevölkerung haben einen hohen Cholesterinspiegel. *Männer* leiden etwas häufiger darunter als *Frauen* (G 1.31).

Personen mit tieferer *Bildung* oder in schwierigen *finanziellen Verhältnissen* sind ebenfalls häufiger von hohem Cholesterinspiegel betroffen, wobei die Unterschiede relativ gering sind (G 1.31). Schlüsselt man diese Ergebnisse noch nach Geschlecht auf (G 1.32), so ist ersichtlich, dass der Unterschied nach Bildungsgruppen lediglich bei Frauen besteht. Bei der finanziellen Situation ist kein Unterschied nach Geschlecht zu erkennen (nicht dargestellt). Die Ergebnisse nach Bildung/finanzieller Situation und Alter (nicht dargestellt) sind aufgrund zu kleiner Fallzahlen bei den jüngeren Altersgruppen nicht interpretierbar.

Süd- und Osteuropäerinnen und -europäer geben häufiger einen erhöhten Cholesterinspiegel an als *Schweizerinnen und Schweizer* oder *Ausländerinnen und Ausländer* aus Nord- und Westeuropa.

(G 1.31). Eine weitere Aufschlüsselung der Ergebnisse nach Bildung bzw. finanzieller Situation ist aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht möglich.

G 1.32 Hoher Cholesterinspiegel nach Geschlecht und Bildung, 2022



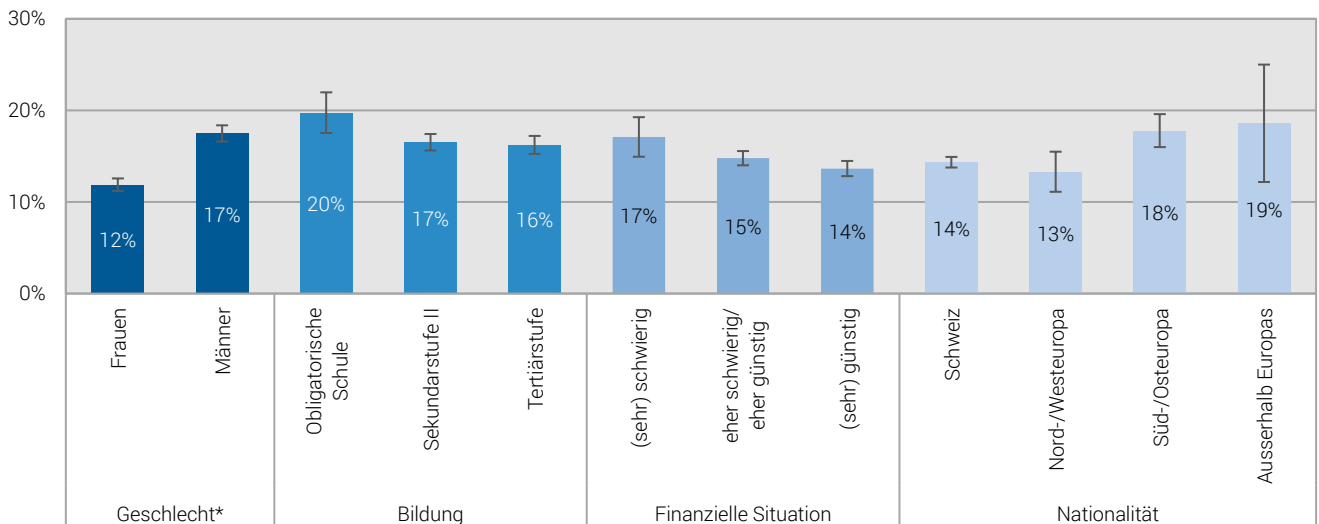
* definiert auf Basis der Geschlechtsidentität, vgl. dazu Anhang A.2
Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

G 1.31 Hoher Cholesterinspiegel: Überblick, 2022

Gesamtschweizerischer Durchschnitt: 15%



* definiert auf Basis der Geschlechtsidentität (vgl. Anhang A.2)
Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

1.9 Myokardinfarkt und Hirnschlag



Key messages

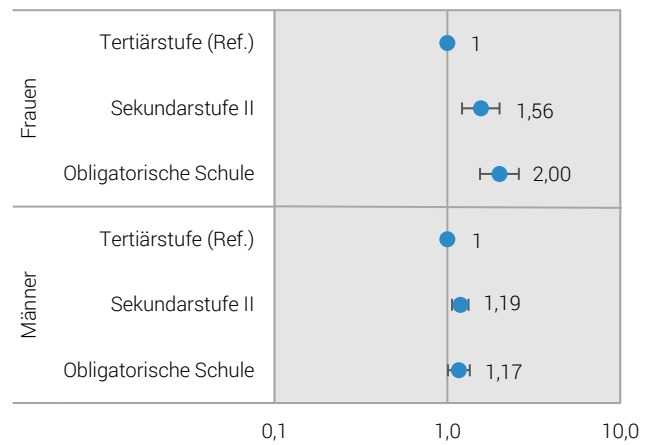
- Das Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko ist bei Männern dreimal höher als bei Frauen, das Schlaganfallrisiko fast zweimal höher.
- Je geringer die Bildung, desto höher ist das Risiko, einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall zu erleiden.
- Bei Frauen ist dieser Zusammenhang nach Bildung bei beiden Erkrankungen ausgeprägter.
- Personen mit Sprachbarrieren haben ein tieferes Risiko für Herzinfarkt und tendenziell auch für Schlaganfall.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die häufigste Todesursache in der Schweiz. Dieser Indikator zeigt das Risiko für akuten Myokardinfarkt und Schlaganfall (Schlaganfall). Er basiert auf der Zahl der Hospitalisierungen und der Todesfälle aufgrund dieser Erkrankungen. Dargestellt sind die für Alter und Geschlecht adjustierten Odds Ratios (OR) und Vertrauensintervalle (vgl. Lesehilfe am Ende der Einleitung dieses Berichts).

Akuter Myokardinfarkt

Das Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden, ist bei *Männern* dreimal so hoch wie bei *Frauen* (G 1.33).

G 1.34 Risiko für akuten Myokardinfarkt nach Geschlecht und Bildung, 2018–2022 (25- bis 84-Jährige)

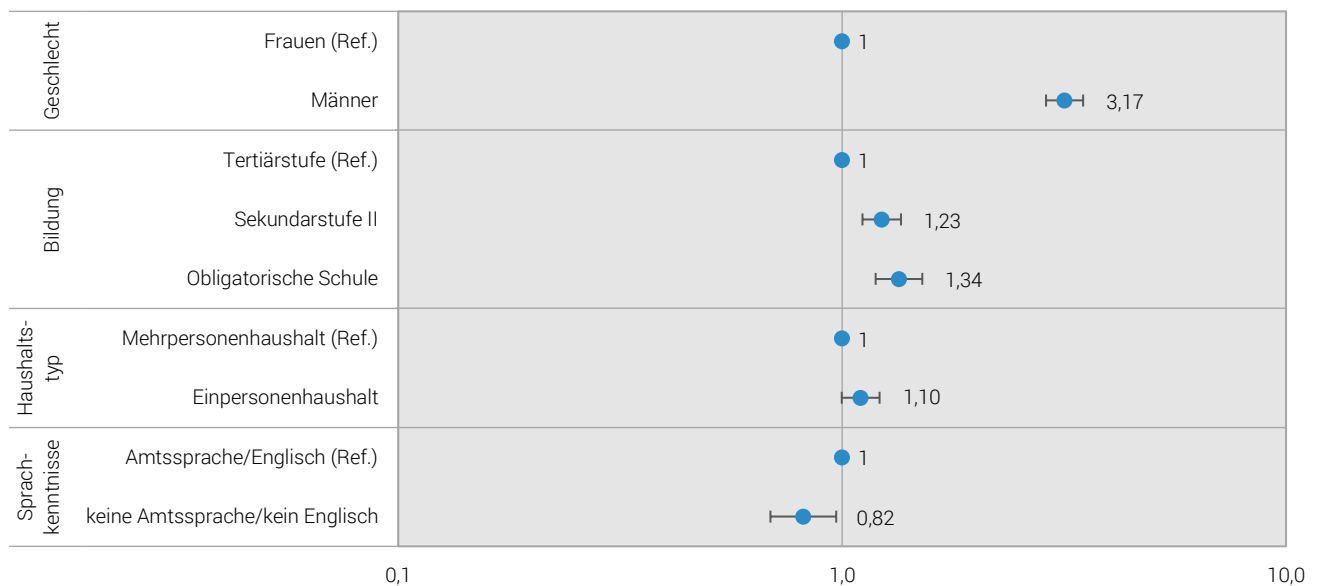


Dargestellt sind adjustierte Odds Ratios und 95%-Vertrauensintervalle. Modell adjustiert für Alter

Quelle: BFS – Datensatz MS/CoD/SE (Analyse FHNW) © Obsan 2025

Klare Unterschiede bestehen auch nach *Bildung* (G 1.33). Im Vergleich zu Personen mit Tertiärausbildung haben Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II ein um 23% erhöhtes Risiko, Personen ohne nachobligatorische Ausbildung ein um 34% erhöhtes Risiko. Es zeigt sich jedoch ein klarer Geschlechterunterschied (G 1.34): Frauen ohne nachobligatorische Ausbildung

G 1.33 Risiko für akuten Myokardinfarkt: Überblick, 2018–2022 (25- bis 84-Jährige)



Dargestellt sind adjustierte Odds Ratios und 95%-Vertrauensintervalle. Modell adjustiert für Geschlecht und Alter; Ergebnisse nach Geschlecht: zusätzlich adjustiert nach Bildung

Quelle: BFS – Datensatz MS/CoD/SE (Analyse FHNW)

© Obsan 2025

haben ein doppelt so hohes Herzinfarktisiko wie Frauen mit Tertiärabschluss; bei Männern ist der Unterschied zwischen den Bildungsgruppen geringer.

Nach *Haushaltstyp* zeigen sich keine Unterschiede (G 1.33).

Hinsichtlich des Herzinfarkttrisikos ist ein geringeres Risiko für Personen mit *Sprachbarrieren* erkennbar (G 1.33). Die Ergebnisse nach *Migrationshintergrund* (nicht dargestellt) zeigen keinen Unterschied.

Hirnschlag

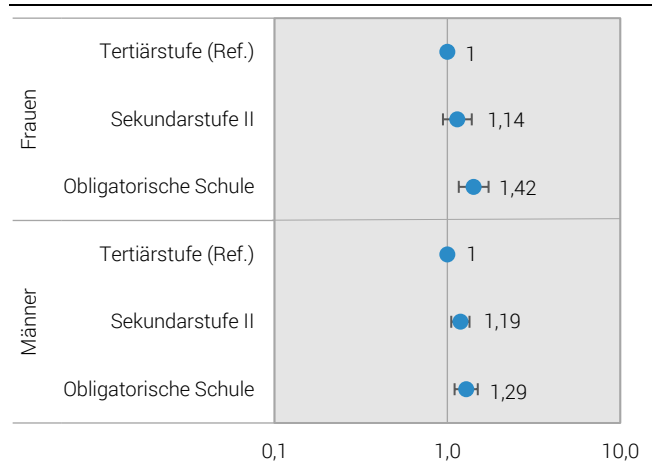
Das Risiko, einen Hirnschlag zu erleiden, ist bei *Männern* um 80% erhöht (G 1.35).

Das Schlaganfallrisiko zeigt einen klaren Zusammenhang mit der *Bildung* (G 1.35): Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II haben im Vergleich zu Personen mit Tertiärabschluss ein um 17% erhöhtes Risiko. Bei Personen ohne nachobligatorische Ausbildung ist dieses Risiko um 35% erhöht. Dieser Effekt nach Bildung ist bei Frauen etwas ausgeprägter als bei Männern (G 1.36).

Nach *Haushaltstyp* zeigen sich keine Unterschiede (G 1.35).

Wie auch beim Herzinfarktisiko ist ein geringeres Risiko für Personen mit *Sprachbarrieren* erkennbar, der Unterschied ist aber knapp nicht signifikant. (G 1.35). Die Ergebnisse nach *Migrationshintergrund* (nicht dargestellt) ergeben ebenfalls keinen Unterschied.

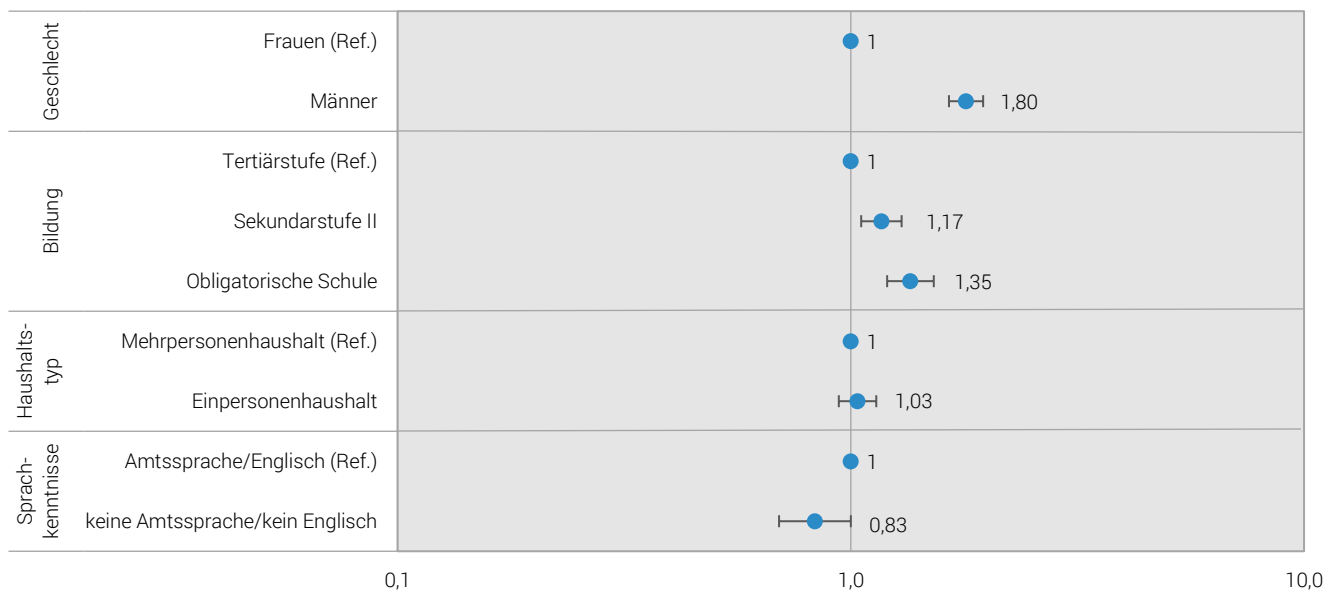
G 1.36 Risiko für Hirnschlag nach Geschlecht und Bildung, 2018–2022 (25- bis 84-Jährige)



Dargestellt sind adjustierte Odds Ratios und 95%-Vertrauensintervalle. Modell adjustiert für Alter

Quelle: BFS – Datensatz MS/CoD/SE (Analyse FHNW) © Obsan 2025

G 1.35 Risiko für Hirnschlag: Überblick, 2018–2022 (25- bis 84-Jährige)



Dargestellt sind adjustierte Odds Ratios und 95%-Vertrauensintervalle. Modell adjustiert für Geschlecht und Alter; Ergebnisse nach Geschlecht: zusätzlich adjustiert nach Bildung

Quelle: BFS – Datensatz MS/CoD/SE (Analyse FHNW)

© Obsan 2025

1.10 Krebserkrankungen



Key messages

- Männer haben ein höheres Risiko, an Krebs zu erkranken.
- Je geringer die Bildung, desto höher das Risiko für Lungenkrebs, Dickdarmkrebs sowie die übrigen Krebsarten. Dieser Unterschied nach Bildung ist bei Lungenkrebs bei Männern deutlich ausgeprägter als bei Frauen.
- Bei Melanom, Brustkrebs und Prostatakrebs ist der Zusammenhang hingegen umgekehrt: Eine höhere Bildung geht bei diesen Krebsarten mit einem höheren Erkrankungsrisiko einher.
- Personen, die weder die Amtssprache noch Englisch sprechen, haben ein tieferes Risiko für Melanom, Brustkrebs und Prostatakrebs.

Krebserkrankungen sind die zweithäufigste Todesursache in der Schweiz. Neben genetischen Faktoren spielen insbesondere Lebensstil und Umweltbedingungen eine entscheidende Rolle bei der Entstehung vieler Krebsarten. Zu den wesentlichen Risikofaktoren zählen Rauchen, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, übermässiger Alkoholkonsum sowie bestimmte berufliche oder umweltbedingte Expositionen.

Dieser Indikator zeigt das Risiko für eine Krebserkrankung nach Krebsart. Ausgewertet wurden nur Neuerkrankungen. Dargestellt sind die für Alter und Geschlecht adjustierten Odds Ratios (OR) und Vertrauensintervalle (vgl. Lesehilfe am Ende der Einleitung dieses Berichts).

Bei Lungenkrebs (Krebs der Lunge, Bronchien oder Luftröhre), Dickdarmkrebs, Melanom sowie den übrigen Krebsarten zeigt sich in Bezug auf die *Geschlechterunterschiede* ein einheitliches Bild (G 1.38): Männer weisen ein höheres Risiko auf, an Krebs zu erkranken, als Frauen. Bei Lungenkrebs ist das Erkrankungsrisiko von Männern im Vergleich zu Frauen um 57% erhöht. Bei den anderen dargestellten Krebsarten ist es um rund 40% erhöht. Diese Unterschiede stehen in engem Zusammenhang mit geschlechtsspezifischen Unterschieden im Lebensstil, insbesondere im Rauchverhalten.

In Bezug auf den *Bildungsstand* zeigt sich hingegen ein differenzierteres Muster (G 1.38). Zwar besteht bei allen dargestellten Krebsarten ein Zusammenhang mit der Bildung, die Richtung dieses Zusammenhangs ist jedoch unterschiedlich:

Bei Lungenkrebs steigt das Risiko mit niedrigerem Bildungsniveau deutlich: Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II haben ein um 73% höheres Risiko als Personen mit Tertiärsabschluss; Personen ohne nachobligatorische Ausbildung haben sogar mehr als doppelt so hohes Risiko. Dieser Unterschied ist bei Männern stärker ausgeprägt als bei Frauen (G 1.37).

Auch bei Dickdarmkrebs und den übrigen Krebsarten nimmt das Risiko mit niedriger Bildung zu, bei den übrigen Krebsarten allerdings nur bei Männern. Für Dickdarmkrebs konnten die Analysen nicht nach Geschlecht und Bildung getrennt ausgewertet werden. Für diese Krebsarten wie auch für Lungenkrebs ist der Zusammenhang mit dem Lebensstil entscheidend.

Bei Melanom, Brustkrebs und Prostatakrebs ist der Zusammenhang hingegen umgekehrt: Höhere Bildung geht mit einem höheren Erkrankungsrisiko einher. Beim Melanom spielt insbesondere das Freizeitverhalten und die Sonnenexposition eine Rolle, bei Brustkrebs v. a. das reproduktive Verhalten und die Nutzung hormoneller Präparate.

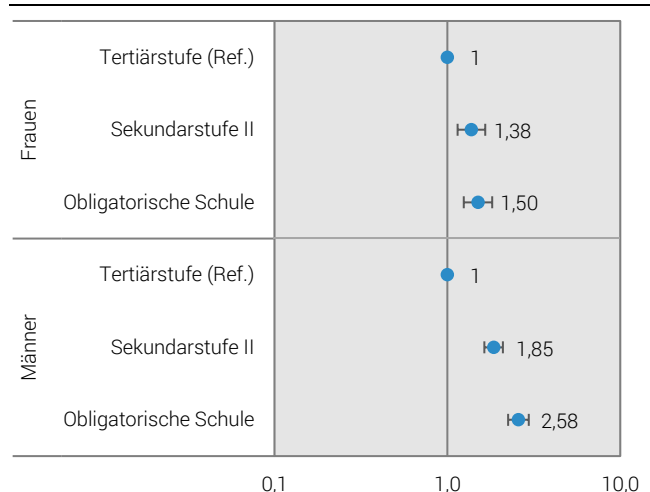
Auch die Ergebnisse nach *Sprachkenntnissen* ergeben ein unterschiedliches Bild (G 1.38):

Bei Lungenkrebs, Dickdarmkrebs sowie den übrigen Krebsarten zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Sprachkenntnisse.

Bei Melanom, Brustkrebs und Prostatakrebs haben Personen, die weder eine Amtssprache noch Englisch sprechen, ein tieferes Erkrankungsrisiko als Personen, die eine Amtssprache oder Englisch sprechen. Bei Melanom ist dieses Risiko deutlich tiefer.

Die Ergebnisse zeigen also: Die Krebsinzidenz variiert je nach sozialen Merkmalen, aber die Auswirkungen können je nach Tumorart in die eine oder andere Richtung gehen und spiegeln die Lebensweise, das Präventionsverhalten und die Risikofaktoren der jeweiligen Gruppe wider.

G 1.37 Risiko für Lungenkrebs nach Geschlecht und Bildung, 2012–2019 (25- bis 90-Jährige)



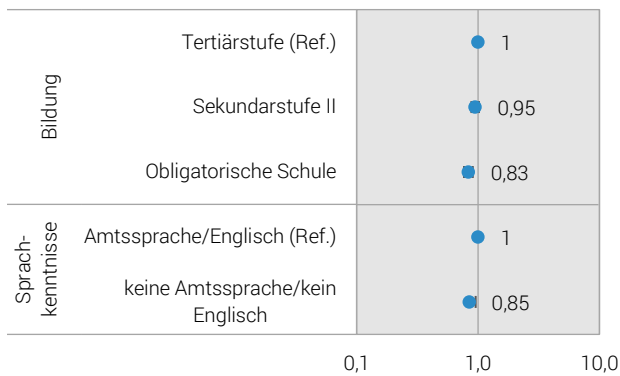
Dargestellt sind adjustierte Odds Ratios und 95%-Vertrauensintervalle. Modell adjustiert für Alter und Erhebungsjahr

Quelle: BFS – Datensatz NKS/SE (Analyse Obsan)

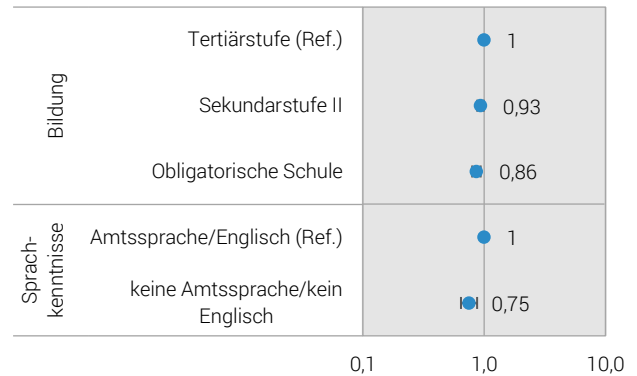
© Obsan 2025

G 1.38 Erkrankungsrisiko für verschiedene Krebsarten: Überblick, 2012–2019 (25- bis 90-Jährige)

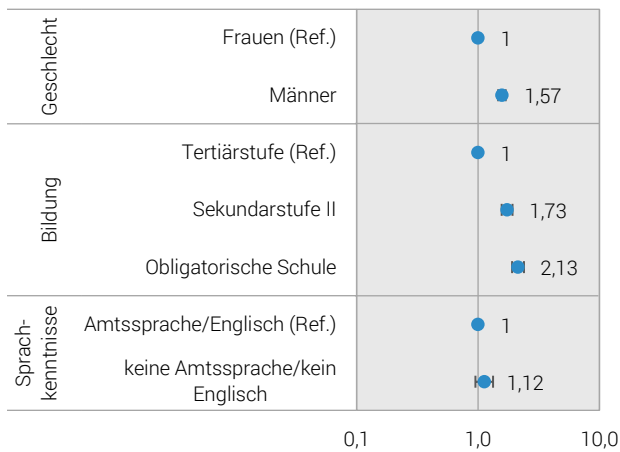
Brustkrebs



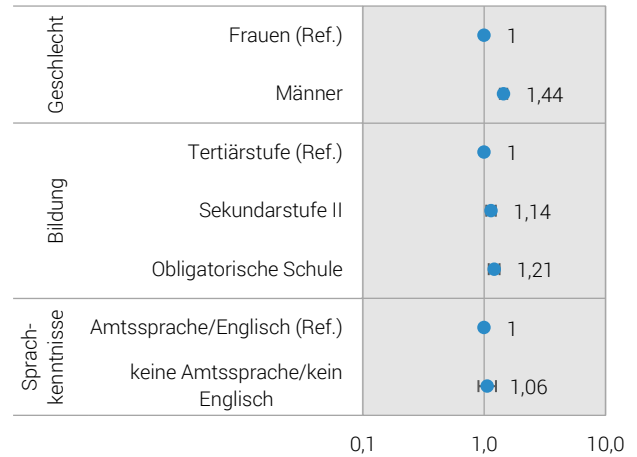
Prostatatakrebs



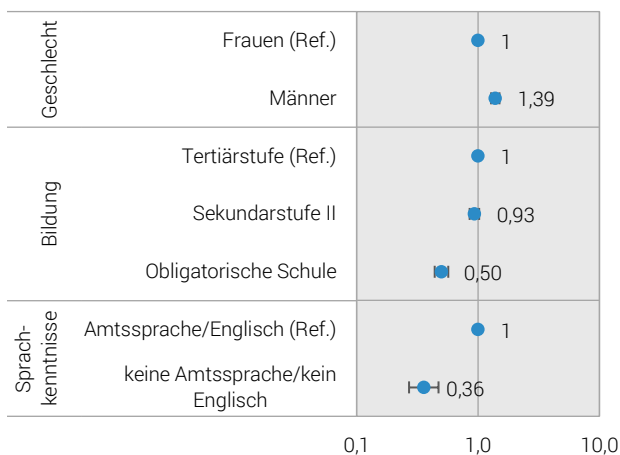
Lungenkrebs



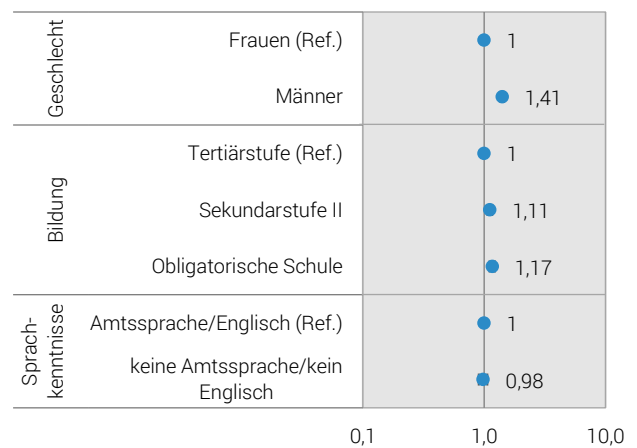
Dickdarmkrebs



Melanom



Andere Krebsarten



Dargestellt sind adjustierte Odds Ratios und 95%-Vertrauensintervalle. Modell adjustiert für Geschlecht, Alter und Erhebungsjahr

Quelle: BFS – Datensatz NKS/SE (Analyse Obsan)

© Obsan 2025

1.11 Mortalität

Key messages

- Männer zwischen 25 und 84 Jahren haben ein doppelt so hohes Sterberisiko wie Frauen.
- Das Sterberisiko nimmt mit höherer Bildung stark ab.
- Dabei zeigt sich ein Geschlechterunterschied: Männer ohne nachobligatorische Ausbildung haben ein um 73% höheres Sterberisiko als Männer mit Tertiärabschluss; bei Frauen ist der Unterschied nur halb so gross.
- Personen, die allein leben, haben ein erhöhtes Sterberisiko. Dieser Effekt nimmt mit dem Alter ab.
- Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation weisen ein tieferes Sterberisiko auf als Personen ohne Migrationshintergrund.

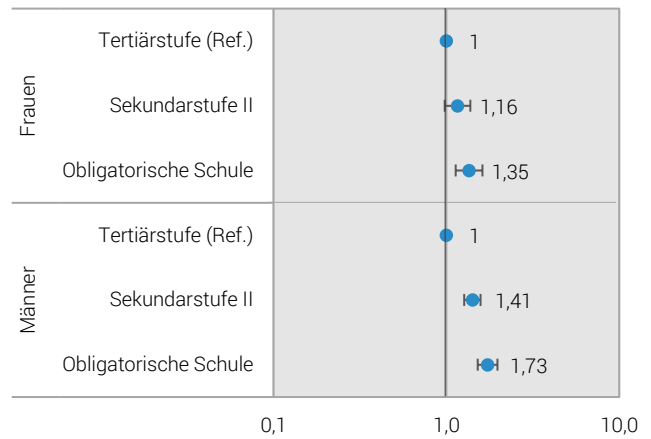
Die Auswirkungen verschiedener Risikofaktoren (Lebensverhältnisse, Verhalten, Gesundheitsversorgung) kumulieren sich im Verlaufe des Lebens und können zu einer früheren Sterblichkeit führen. Dies spiegelt sich im Sterberisiko wider, also dem Risiko, an einer Krankheit, einem Unfall oder allgemein zu sterben. Soziale Unterschiede in der Mortalität sind daher ein Indiz für bestehende gesundheitliche Ungleichheiten in der Bevölkerung.

Im Folgenden werden Ergebnisse zur Gesamtmortalität gezeigt, Ergebnisse für vermeidbare Mortalität finden sich im

Indikator 1.12. Dargestellt sind die für Alter und Geschlecht adjustierten Odds Ratios (OR) und Vertrauensintervalle (vgl. Lesehilfe am Ende der Einleitung dieses Berichts).

Männer haben ein doppelt so hohes Sterberisiko wie Frauen (OR: 2,02; G 1.39).

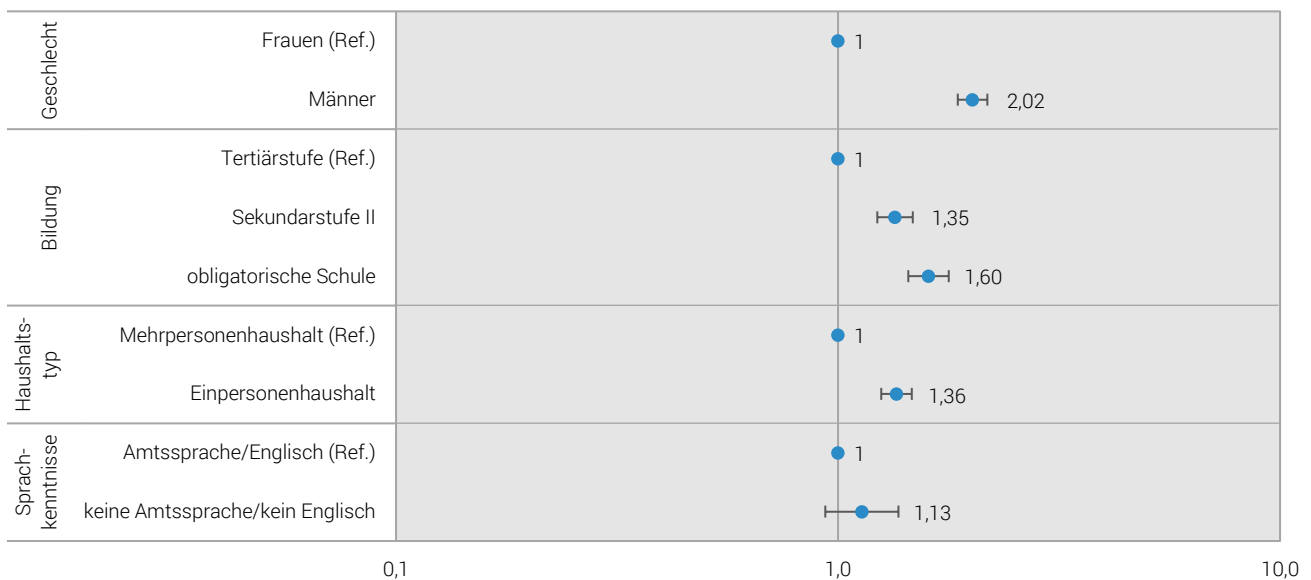
G 1.40 Sterberisiko nach Geschlecht und Bildung, 2020–2022
(25- bis 84-Jährige)



Dargestellt sind adjustierte Odds Ratios und 95%-Vertrauensintervalle. Modell adjustiert für Alter

Quelle: BFS – Datensatz MS/CoD/SE (Analyse FHNW) © Obsan 2025

G 1.39 Sterberisiko: Überblick, 2020–2022 (25- bis 84-Jährige)



Dargestellt sind adjustierte Odds Ratios und 95%-Vertrauensintervalle. Modell adjustiert für Geschlecht und Alter; Ergebnisse nach Geschlecht: zusätzlich adjustiert nach Bildung

Quelle: BFS – Datensatz MS/CoD/SE (Analyse FHNW)

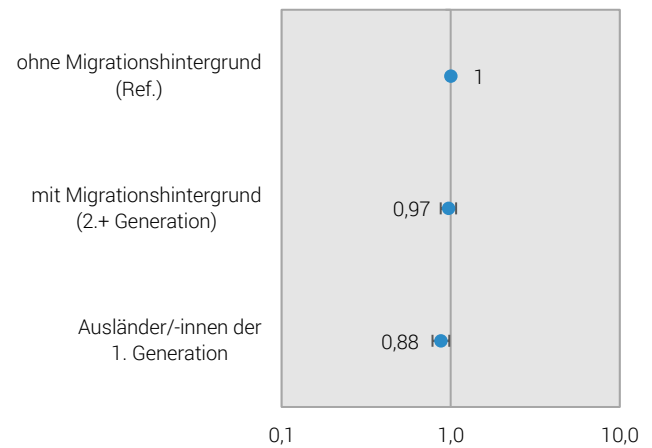
© Obsan 2025

Deutliche Unterschiede zeigen sich auch nach *Bildung* (G 1.39). Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II haben ein um 35% erhöhtes Sterberisiko im Vergleich zu Personen mit Tertiärabschluss. Bei Personen ohne nachobligatorische Ausbildung steigt diese Risikoerhöhung auf 60%. Bei den Männern ist der Effekt deutlich stärker (G 1.40): Männer ohne nachobligatorische Ausbildung haben ein um 73% erhöhtes Sterberisiko im Vergleich zu Männern der höchsten Bildungsstufe (OR: 1,73). Der Unterschied zwischen Sekundarstufe II und Tertiärstufe beträgt 41%. Bei den Frauen ist der Unterschied zwischen tiefster und höchster Bildungsstufe mit 35% deutlich geringer; zwischen Sekundarstufe II und Tertiärstufe gibt es keinen Unterschied.

Grafik G 1.39 zeigt weiter bei *Personen, die allein leben*, ein um 36% erhöhtes Risiko. Dieser Unterschied ist jedoch je nach Alter sehr verschieden, wie Grafik G 1.41 zeigt: Bei jüngeren Personen (25 bis 49 Jahre), die allein leben, ist das Sterberisiko um den Faktor 2,7 erhöht. Der Effekt nimmt mit zunehmendem Alter ab: Bei der ältesten Altersgruppe (75–84 Jahre) ist er nicht mehr signifikant.

Wie der Übersichtsgrafik (G 1.39) zu entnehmen ist, ergeben sich hinsichtlich des Sterberisikos keine Unterschiede nach *Sprachkenntnissen*. Analysen nach *Migrationshintergrund* zeigen dagegen ein signifikant tieferes Risiko für Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation (G 1.42). Dies scheint auf den ersten Blick im Widerspruch zu den anderen Ergebnissen dieses Berichts zu stehen, wurde aber in anderen Studien ebenfalls festgestellt (vgl. «Blickpunkt 3» im Kapitel 7).

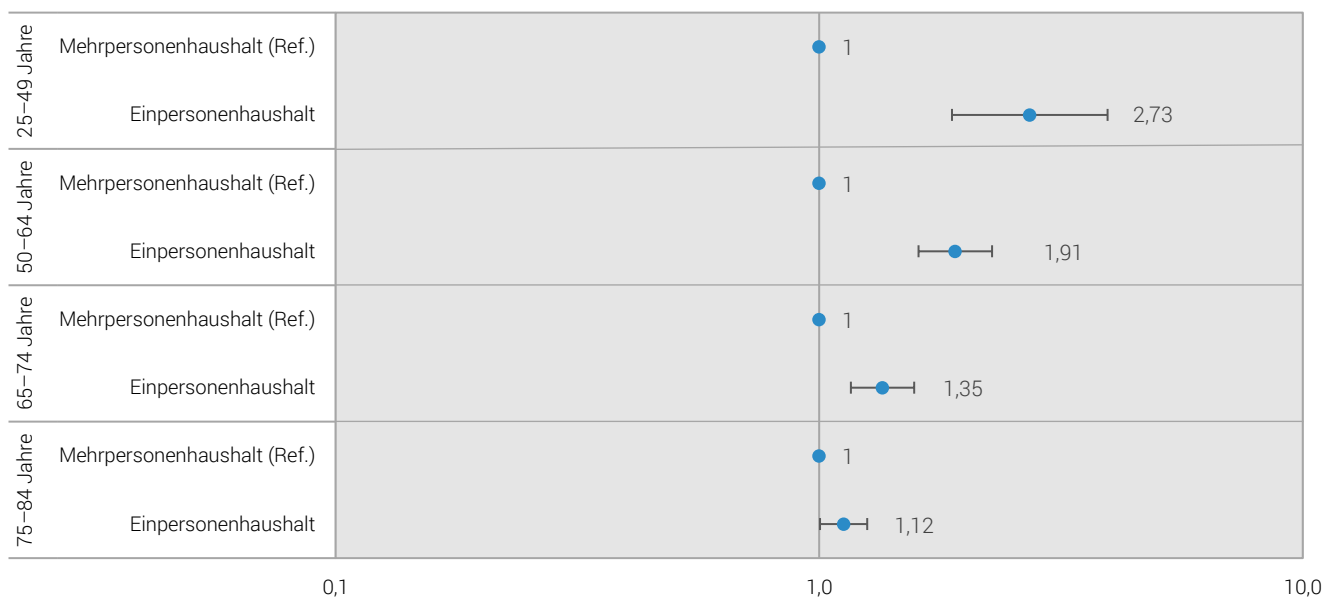
G 1.42 Sterberisiko nach Migrationshintergrund, 2020–2022 (25- bis 84-Jährige)



Dargestellt sind adjustierte Odds Ratios und 95%-Vertrauensintervalle. Modell adjustiert für Geschlecht und Alter

Quelle: BFS – Datensatz MS/CoD/SE (Analyse FHNW) © Obsan 2025

G 1.41 Sterberisiko nach Alter und Haushaltstyp, 2020–2022 (25- bis 84-Jährige)



Dargestellt sind adjustierte Odds Ratios und 95%-Vertrauensintervalle. Modell adjustiert für Geschlecht

Quelle: BFS – Datensatz MS/CoD/SE (Analyse FHNW)

© Obsan 2025

1.12 Vermeidbare Mortalität



Key messages

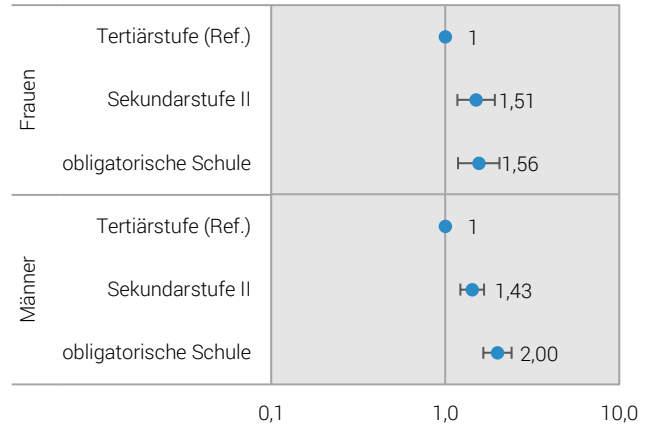
- Männer haben ein doppelt so hohes Risiko für vermeidbare Mortalität wie Frauen.
- Tiefere Bildung geht mit einem deutlich höheren Risiko für vermeidbare Mortalität einher – bei Männern ist dieser Unterschied nach Bildung ausgeprägter als bei Frauen.
- Personen, die allein leben, haben ein erhöhtes Risiko für vermeidbare Mortalität. Dieser Effekt nimmt mit dem Alter ab.
- Personen mit Migrationshintergrund der 1. und 2. Generation haben ein reduziertes Risiko für vermeidbare Sterblichkeit.

Neben der Gesamtmortalität (vgl. Indikator 1.11) ist auch die vermeidbare Mortalität ein weiterer wichtiger Indikator, um bestehende soziale und gesundheitliche Ungleichheiten in der Bevölkerung aufzudecken. Die vermeidbare Mortalität umfasst Todesfälle vor dem 75. Lebensjahr, die durch Prävention verhütet werden könnten bzw. bei einer Erkrankung behandelbar und somit vermeidbar wären (Definition gemäss OECD).

Dargestellt werden die für Alter und Geschlecht adjustierten Odds Ratios (OR) und Vertrauensintervalle (vgl. Lesehilfe am Ende der Einleitung dieses Berichts).

Männer haben ein doppelt so hohes Risiko für vermeidbare Mortalität wie Frauen (G 1.43).

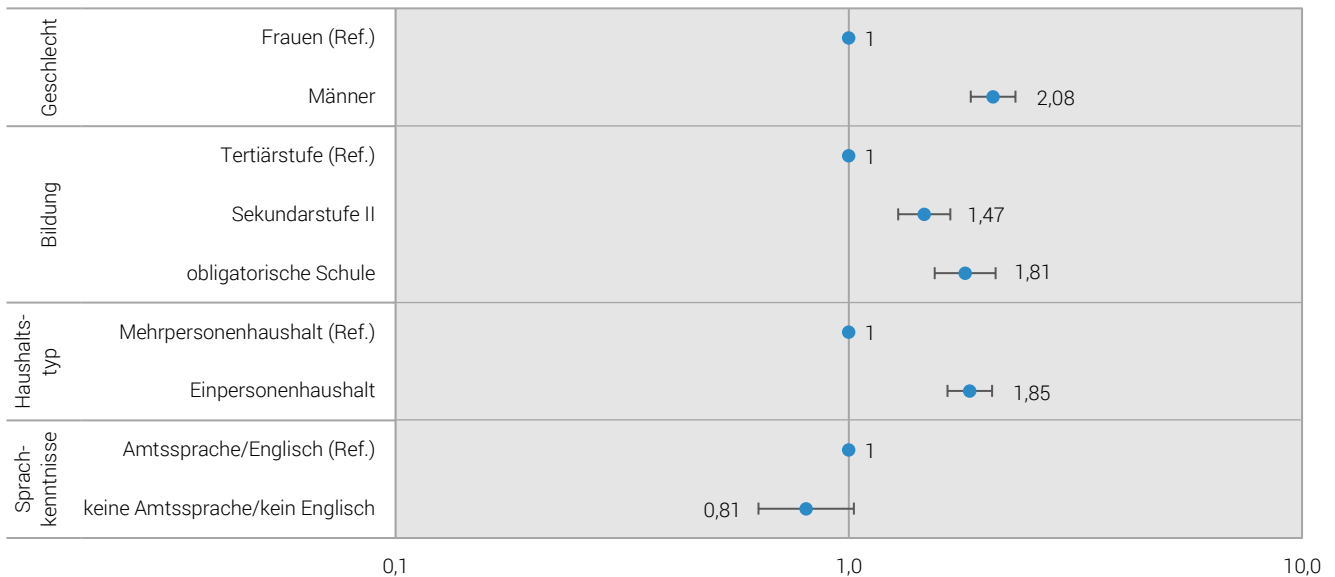
G 1.44 Risiko für vermeidbare Mortalität nach Geschlecht und Bildung, 2018–2022 (25- bis 74-Jährige)



Dargestellt sind adjustierte Odds Ratios und 95%-Vertrauensintervalle. Modell adjustiert für Alter

Quelle: BFS – Datensatz MS/CoD/SE (Analyse FHNW) © Obsan 2025

G 1.43 Risiko für vermeidbare Mortalität: Überblick, 2018–2022 (25- bis 74-Jährige)



Dargestellt sind adjustierte Odds Ratios und 95%-Vertrauensintervalle. Modell adjustiert für Geschlecht und Alter; Ergebnisse nach Geschlecht: zusätzlich adjustiert nach Bildung

Quelle: BFS – Datensatz MS/CoD/SE (Analyse FHNW)

© Obsan 2025

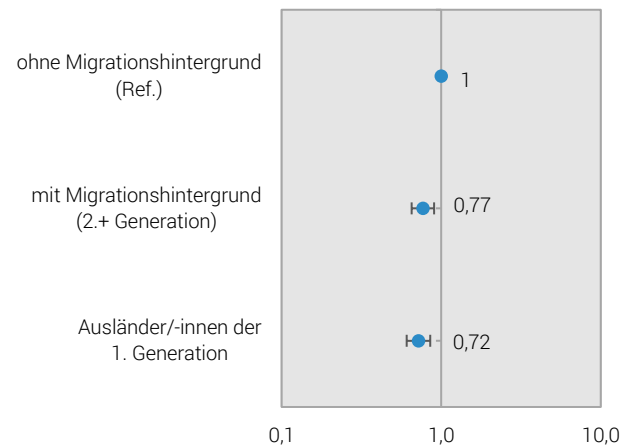
Sehr deutlich sind auch die Unterschiede nach *Bildung* (G 1.43): Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II haben bereits ein um 47% höheres Risiko für vermeidbare Mortalität; Personen ohne obligatorische Bildung haben sogar ein um 81% höheres Risiko.

Schlüsselt man die Ergebnisse noch zusätzlich nach Geschlecht auf, so zeigt sich, dass die Unterschiede nach Bildung bei Männern ausgeprägter sind (G 1.44): Männer ohne nachobligatorische Ausbildung haben ein doppelt so hohes Risiko für vermeidbare Mortalität wie Männer mit Tertiärabschluss. Bei den Frauen ist der Unterschied zwischen tiefster und höchster Bildungsgruppe mit einem OR von 1,56 deutlich geringer.

Wie die Übersichtsgrafik G 1.43 veranschaulicht, ist das Risiko für *Alleinlebende* ebenfalls deutlich erhöht (OR: 1,85). Dieses Risiko unterscheidet sich jedoch deutlich je nach Alter, wie Grafik G 1.45 zeigt: In der Altersgruppe der 25- bis 49-Jährigen haben Alleinlebende ein fast dreimal so hohes vermeidbares Sterberisiko wie Personen, die mit anderen Personen in einem Haushalt leben. Dieser Unterschied nach Haushaltstyp verringert sich mit zunehmendem Alter.

Hinsichtlich des Risikos für vermeidbare Sterblichkeit zeigt sich ein tendenziell geringeres Risiko für Personen mit *Sprachbarrieren* (G 1.43). Der Unterschied ist jedoch nicht signifikant, im Gegensatz zu den Unterschieden nach *Migrationshintergrund* (G 1.46): Personen mit Migrationshintergrund – sowohl der 1. als auch der 2. Generation – haben ein reduziertes Risiko für vermeidbare Sterblichkeit.

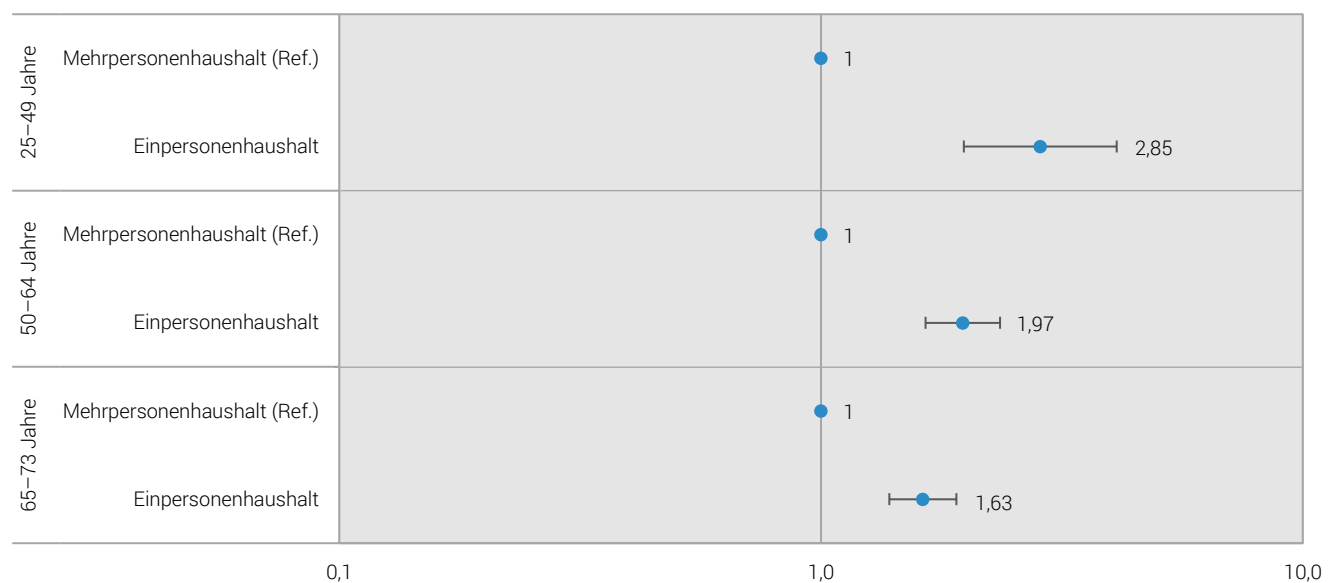
G 1.46 Risiko für vermeidbare Mortalität nach Migrationshintergrund, 2018–2022 (25- bis 74-Jährige)



Dargestellt sind adjustierte Odds Ratios und 95%-Vertrauensintervalle. Modell adjustiert für Geschlecht und Alter

Quelle: BFS – Datensatz MS/CoD/SE (Analyse FHNW) © Obsan 2025

G 1.45 Risiko für vermeidbare Mortalität nach Alter und Haushaltstyp, 2018–2022 (25- bis 74-Jährige)



Dargestellt sind adjustierte Odds Ratios und 95%-Vertrauensintervalle. Modell adjustiert für Geschlecht

Quelle: BFS – Datensatz MS/CoD/SE (Analyse FHNW)

© Obsan 2025

2 Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen



Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen wie Ernährungsgewohnheiten, körperliche Aktivität oder der Konsum psychoaktiver Substanzen sind zentrale Einflussfaktoren für die Gesundheit (vgl. konzeptionelles Modell in der Einleitung). Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen werden von der sozialen Lage und den damit verbundenen Ressourcen und Belastungen beeinflusst.

Ein gesunder Lebensstil wirkt als Schutzfaktor gegen nicht übertragbare Krankheiten wie Krebs, Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen und senkt somit das Risiko eines vorzeitigen Todes.

Dargestellt werden auf den folgenden Seiten Ergebnisse zu Ernährung, körperlicher Aktivität sowie Tabak- und Alkoholkonsum unter dem Aspekt der sozialen Merkmale.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen je nach sozialen Merkmalen unter-

scheiden, wobei die Zusammenhänge unterschiedlich ausgeprägt sind. So achten Frauen beispielsweise zwar mehr auf die Ernährung, dafür sind insbesondere jüngere Frauen im geringeren Masse körperlich aktiv.

Weiter zeigen die Ergebnisse: Tiefere Bildung und schlechtere finanzielle Situation gehen mit einer schlechteren Ernährung, einer geringeren körperlichen Aktivität und einem höheren Tabakkonsum einher. Beim Alkoholkonsum gehen die Ergebnisse eher in die andere Richtung, zumindest bei Frauen: Frauen mit Tertiärsabschluss weisen häufiger einen chronisch risikoreichen Alkoholkonsum auf als Frauen ohne nachobligatorische Ausbildung.

2.1 Ernährung



Key messages

- Frauen achten häufiger auf die Ernährung und halten deutlich öfter die Ernährungsempfehlung «5 am Tag» ein als Männer.
- Je höher das Bildungsniveau und je besser die finanzielle Situation, desto mehr wird auf die Ernährung geachtet und die Empfehlung «5 am Tag» eingehalten.

Die Ernährung beeinflusst die Gesundheit und das Wohlbefinden massgeblich. Eine ausgewogene Ernährung spielt eine zentrale Rolle bei der Vorbeugung von Krankheiten sowie – im Falle einer Erkrankung – auf den Krankheitsverlauf. Im Folgenden werden zwei Indikatoren zum Ernährungsverhalten präsentiert: Der Anteil der Bevölkerung, der auf die Ernährung achtet, und der Prozentsatz, der die Empfehlung «5 am Tag» (täglich mindestens fünf Portionen Früchte und Gemüse konsumieren) einhält.

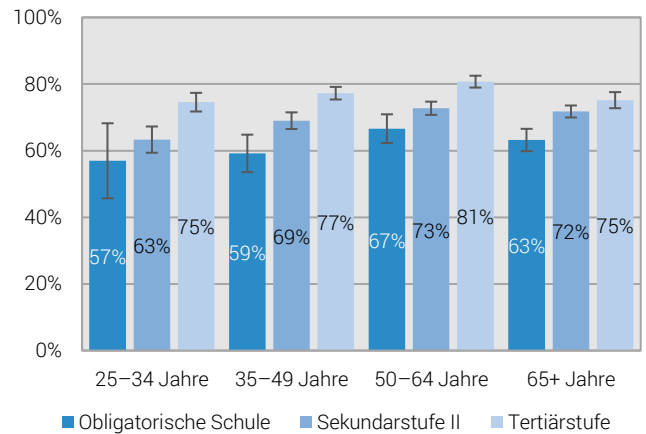
Auf Ernährung achten

70% der Schweizer Bevölkerung achten auf die Ernährung. Bei den *Frauen* sind es drei Viertel, bei den *Männern* etwa zwei Drittel (G 2.1). Das Ernährungsbewusstsein von Männern und Frauen unterscheidet sich über alle Altersgruppen hinweg, der

Geschlechterunterschied nimmt aber mit zunehmendem Alter zu (nicht dargestellt).

Je höher das *Bildungsniveau* und je besser die *finanzielle Situation* eingeschätzt wird, desto mehr achten die Menschen auf ihre Ernährung (G 2.1). Die Unterschiede nach Bildung sind bei den Frauen etwas ausgeprägter; bei der finanziellen Situation zeigen sich keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern (nicht dargestellt). Die Unterschiede nach Bildung bestehen ebenfalls in allen Altersgruppen, werden aber im höheren Alter etwas geringer, wie Grafik G 2.2 zeigt. Die Unterschiede nach finanzieller Situation nehmen dagegen mit dem Alter eher zu (nicht dargestellt).

G 2.2 Auf die Ernährung achten nach Alter und Bildung, 2022

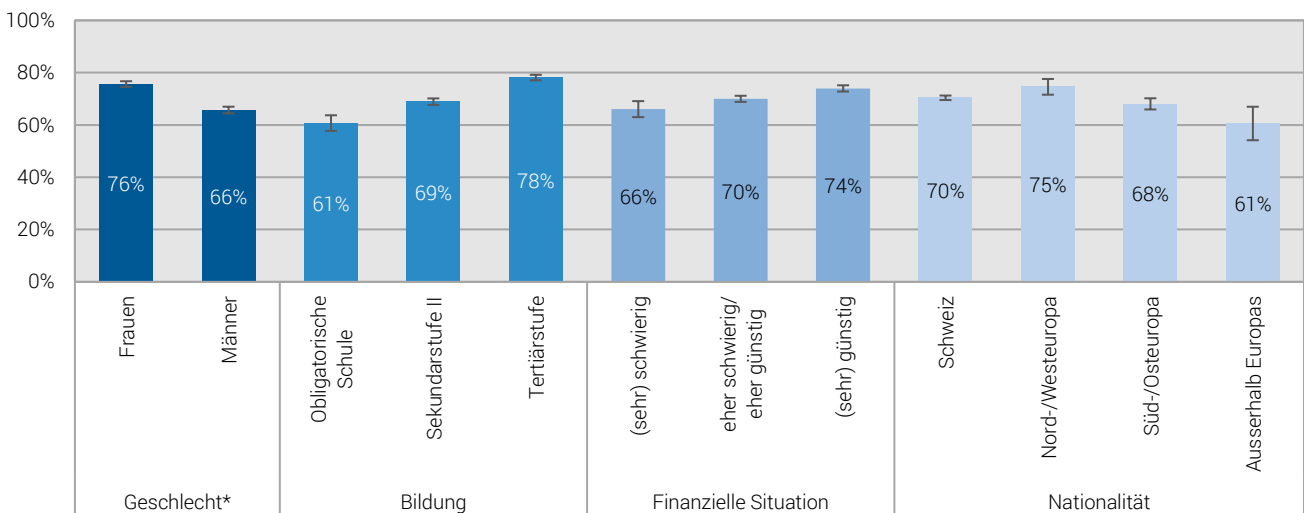


Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

G 2.1 Auf die Ernährung achten: Überblick, 2022

Gesamtschweizerischer Durchschnitt: 70%



* definiert auf Basis der Geschlechtsidentität (vgl. Anhang A.2)
Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

Die Ergebnisse nach *Nationalitätengruppen* zeigen (G 2.1), dass ausländische Personen aus Nord- und Westeuropa häufiger auf die Ernährung achten als Schweizerinnen und Schweizer sowie die beiden anderen Ausländergruppen. Eine Aufschlüsselung der Ergebnisse nach Bildung ist aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht möglich.

Schweizerinnen und Schweizer sowie *ausländische Personen* aus Nord- und Westeuropa halten die Empfehlung «5 am Tag» häufiger ein als Ausländerinnen und Ausländer aus Süd- und Osteuropa (G 2.3). Eine Aufschlüsselung der Ergebnisse nach Bildung und Nationalität zeigt in der Tendenz ähnliche Ergebnisse.

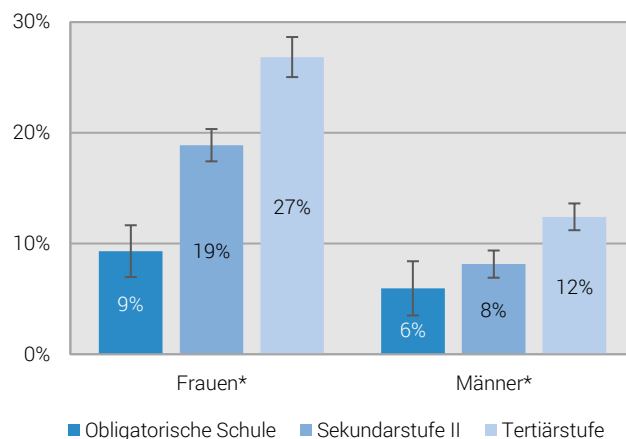
Ernährungsempfehlung «5 am Tag»

16% der Schweizer Bevölkerung halten die Empfehlung «5 am Tag» (täglich mindestens fünf Portionen Früchte und Gemüse) ein.

Die Ergebnisse nach sozialen Merkmalen decken sich weitgehend mit den Ergebnissen zum Ernährungsbewusstsein (G 2.3): *Frauen* essen deutlich häufiger mindestens fünf Portionen Früchte und Gemüse pro Tag als *Männer*. Der Geschlechterunterschied besteht in allen Altersgruppen (nicht dargestellt).

Auch hier zeigen sich deutliche Unterschiede nach *Bildung* und *finanzieller Situation* (G 2.3): So halten sich Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe mehr als doppelt so häufig an die Empfehlung als Personen ohne nachobligatorische Ausbildung. Dieser Unterschied nach Bildung ist bei beiden Geschlechtern erkennbar, der Unterschied zwischen den Bildungsgruppen ist aber bei den Frauen deutlich ausgeprägter (G 2.4). Der Unterschied nach Bildung besteht auch über alle Altersgruppen hinweg (nicht dargestellt).

G 2.4 Einhaltung der Empfehlung «5 am Tag» nach Geschlecht und Bildung, 2022



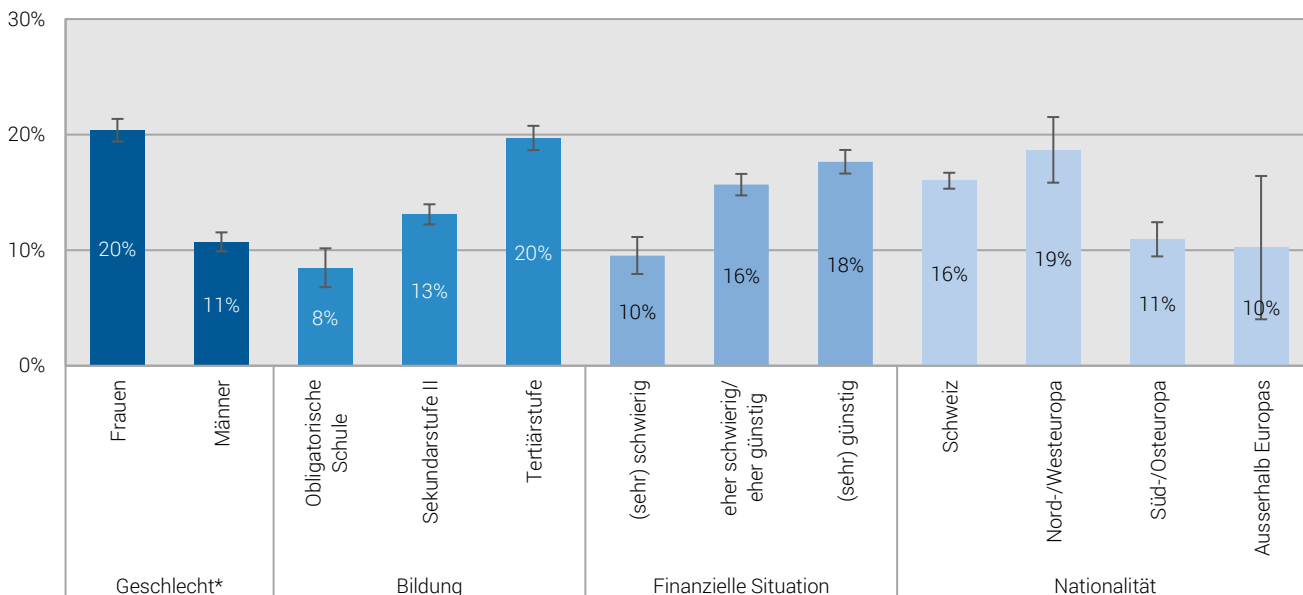
* definiert auf Basis der Geschlechtsidentität, vgl. dazu Anhang A.2 Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

G 2.3 Einhaltung der Empfehlung «5 am Tag»: Überblick, 2022

Gesamtschweizerischer Durchschnitt: 16%




* definiert auf Basis der Geschlechtsidentität (vgl. Anhang A.2) Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

2.2 Körperliche Aktivität

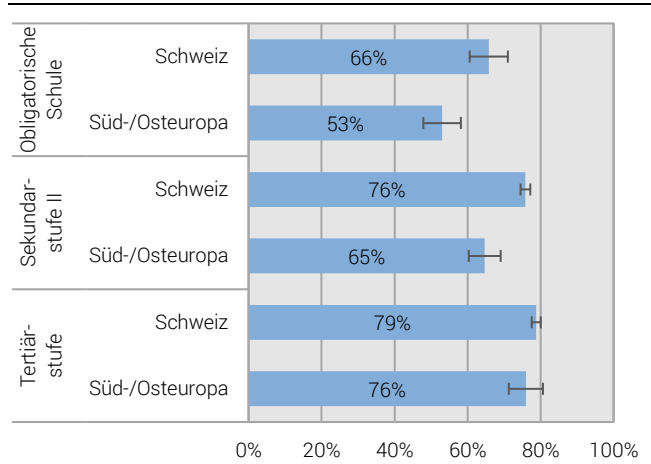


Key messages

- Mädchen zwischen 11- und 15 Jahren sind wesentlich weniger körperlich aktiv als gleichaltrige Jungen. Im Erwachsenenalter verringert sich der Geschlechterunterschied deutlich.
- Tiefere Bildung und schlechtere finanzielle Situation gehen mit einer geringeren körperlichen Aktivität einher – das gilt für Erwachsene wie auch für Kinder und Jugendliche.
- Ausländische Personen aus Süd- und Osteuropa sind weniger körperlich aktiv als Schweizerinnen und Schweizer. Bei einer Aufgliederung nach Bildung bleibt dieser Unterschied für die obligatorische Schule und die Sekundarstufe II bestehen. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund sind ebenfalls weniger körperlich aktiv.
- Trans und nicht-binäre Personen sind weniger häufig aktiv als cis Personen.
- Homo- und bisexuelle Jugendliche bewegen sich nur halb so häufig mindestens eine Stunde pro Woche wie heterosexuelle Jugendliche.

Sich genügend zu bewegen, trägt zu einem guten körperlichen und geistigen Wohlbefinden bei und reduziert das Risiko für gesundheitliche Probleme wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes Typ 2, Osteoporose, einige Krebserkrankungen und Depressionen. Körperliche Aktivität hilft auch, Übergewicht vorzubeugen.

G 2.6 Ausreichende körperliche Aktivität nach Bildung und Nationalität, 2022



Ergebnisse für die Kategorien «Nord- und Westeuropa» und «Ausserhalb Europas» können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht ausgewiesen werden.

Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

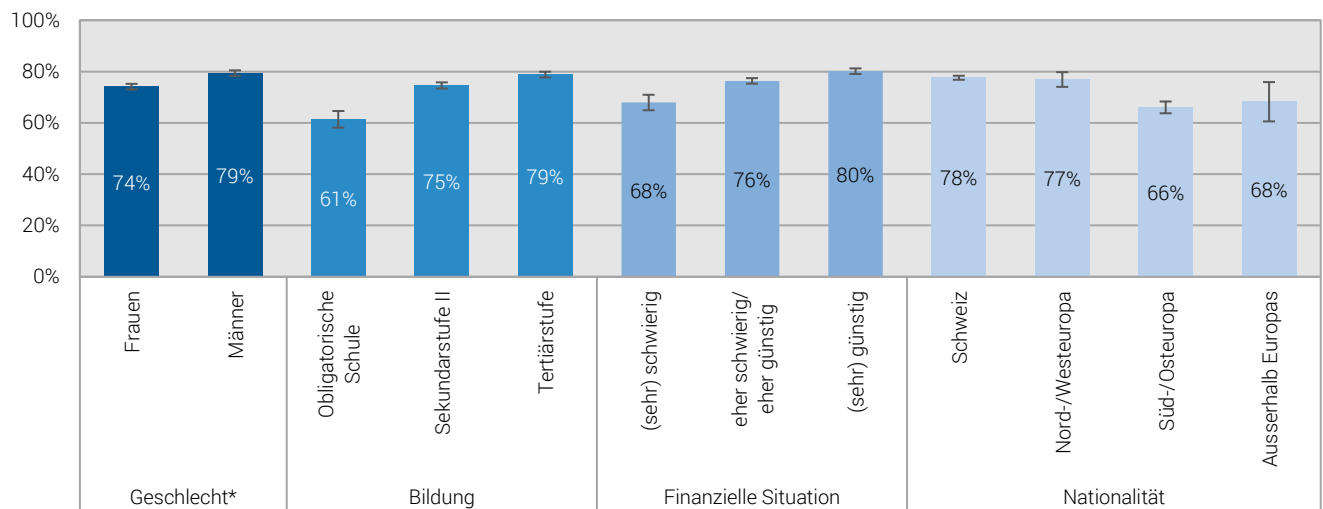
Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

Drei Viertel (76%) der Schweizer Bevölkerung ist in ausreichendem Mass körperlich aktiv (für Definition vgl. BASPO, 2022). *Männer* sind etwas häufiger körperlich aktiv als *Frauen* (G 2.5). Dieser geschlechtsspezifische Unterschied besteht jedoch nur bei jüngeren Personen (15–34 Jahre) und bei Personen ab 65 Jahren (nicht dargestellt).

G 2.5 Ausreichende körperliche Aktivität: Überblick, 2022

Gesamtschweizerischer Durchschnitt: 76%



* definiert auf Basis der Geschlechtsidentität (vgl. Anhang A.2)
Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

Es zeigt sich ein klarer Zusammenhang mit der *Bildung* (G 2.5): Personen mit Tertiärabschluss bewegen sich mit fast 80% deutlich häufiger ausreichend als Personen ohne nachobligatorische Ausbildung (61%). Ein ähnliches Bild zeigen die Ergebnisse nach *finanzieller Situation*. Diese Unterschiede nach Bildungsniveau und finanzieller Situation bestehen sowohl bei Frauen und Männern als auch in allen Altersgruppen (nicht dargestellt).

Ausländische Personen aus Süd- und Osteuropa sind seltener körperlich aktiv als *Schweizerinnen und Schweizer* (G 2.5). Unterscheidet man die Ergebnisse weiter nach dem Bildungsniveau, so zeigt sich, dass diese Unterschiede nach Nationalitätengruppen für die obligatorische Schule und die Sekundarstufe II bestehen bleiben (G 2.6). Die Ergebnisse für die Kategorien «Nord- und Westeuropa» und «Ausserhalb Europas» können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht ausgewiesen werden.

Es zeigt sich auch ein Zusammenhang zwischen der körperlichen Aktivität und der *Geschlechtsmodalität* (G 2.8): Cis Personen bewegen sich häufiger ausreichend als trans und nicht-binäre Personen. *Heterosexuelle* und *homo-/bisexuelle Erwachsene* unterscheiden sich in ihrem Bewegungsverhalten nicht. Bei Kindern und

Jugendlichen zeigt sich jedoch ein anderes Bild (vgl. Kasten mit Ergebnissen für Kinder und Jugendliche).

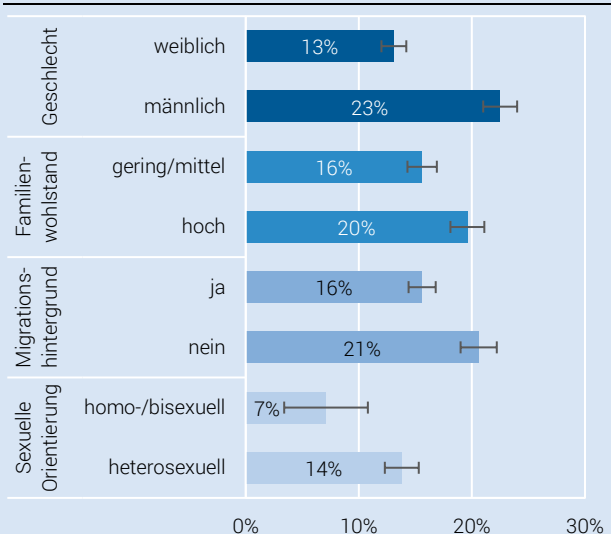
Der *Zeitvergleich* zeigt, dass die körperliche Aktivität in den letzten 20 Jahren zwar auf allen Bildungsstufen zugenommen hat, die Unterschiede zwischen Personen ohne nachobligatorische Ausbildung (●) und Personen mit Tertiärabschluss (▲) aber nicht geringer geworden sind, sondern leicht grösser (G 2.9).

Ergebnisse für Kinder und Jugendliche

Mädchen bewegen sich deutlich seltener mindestens 60 Minuten pro Tag als *Jungen* (G 2.7). Auch Jugendliche mit geringem *familiärem Wohlstand* und Jugendliche mit *Migrationshintergrund* sind weniger körperlich aktiv.

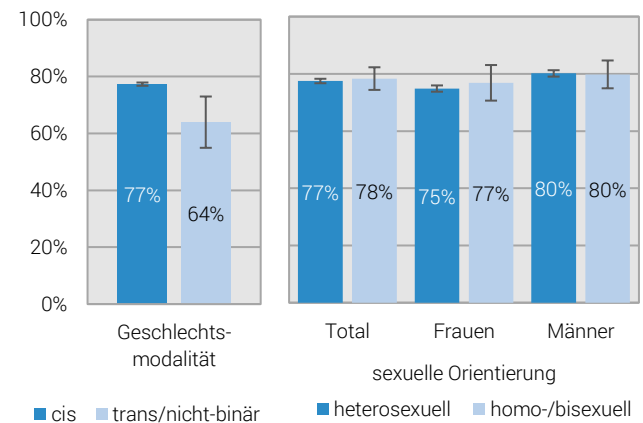
Gross ist der Unterschied in Bezug auf die *sexuelle Orientierung*: Heterosexuelle Jugendliche geben doppelt so häufig an (14%), sich mindestens eine Stunde pro Tag zu bewegen als homo- und bisexuelle Jugendliche (7%).

G 2.7 Körperliche Aktivität (60+ min pro Tag), 11- bis 15-Jährige, 2022



Sexuelle Orientierung: nur 14- bis 15-Jährige
 Quelle: BAG/Sucht Schweiz – HBSC © Obsan 2025

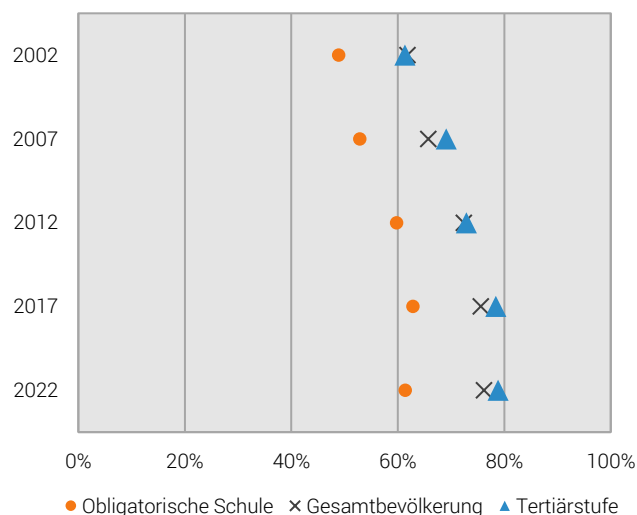
G 2.8 Ausreichende körperliche Aktivität nach Geschlechtsmodalität und sexueller Orientierung, 2022



Frauen/Männer: aus methodischen Gründen auf Basis der Registervariable definiert (vgl. Anhang A.2)
 Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB © Obsan 2025

G 2.9 Ausreichende körperliche Aktivität nach Bildung im Zeitvergleich



Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB © Obsan 2025

2.3 Tabakkonsum



Key messages

- Personen mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe rauchen weniger häufig als Personen mit einer tieferen Bildung – dieser Unterschied verschwindet aber mit dem Alter.
- Der Unterschied zwischen der tiefsten und der höchsten Bildungsgruppe hat sich in den letzten 20 Jahren vergrößert.
- Der Unterschied nach Bildung ist bei Männern ausgeprägter.
- Homo- und bisexuelle Frauen rauchen häufiger als heterosexuelle Frauen. Bei den Männern zeigt sich kein Unterschied nach sexueller Orientierung.
- Alleinerziehende und Personen, die allein leben, rauchen häufiger.

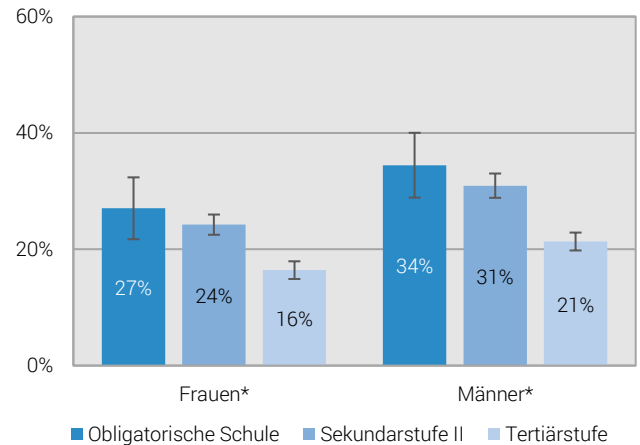
Der Tabakkonsum ist eine der wichtigsten Ursachen für zahlreiche Krankheiten, Invalidität und einen frühzeitigen Tod. Mehr als jeder siebte Todesfall in der Schweiz ist auf tabakbedingte Krankheiten zurückzuführen – das sind 14% aller Todesfälle.

Ein Viertel (24%) der Schweizer Bevölkerung raucht – *Männer* etwas häufiger als *Frauen* (G 2.10).

Die Ergebnisse nach *Bildung* zeigen, dass Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II oder tiefer häufiger rauchen als Personen mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe. Dieser Unterschied

zwischen den Bildungsgruppen existiert bei beiden Geschlechtern, ist aber bei Männern ausgeprägter (G 2.11).

G 2.11 Tabakkonsum nach Geschlecht und Bildung, 2022



* definiert auf Basis der Geschlechtsidentität, vgl. dazu Anhang A.2
Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

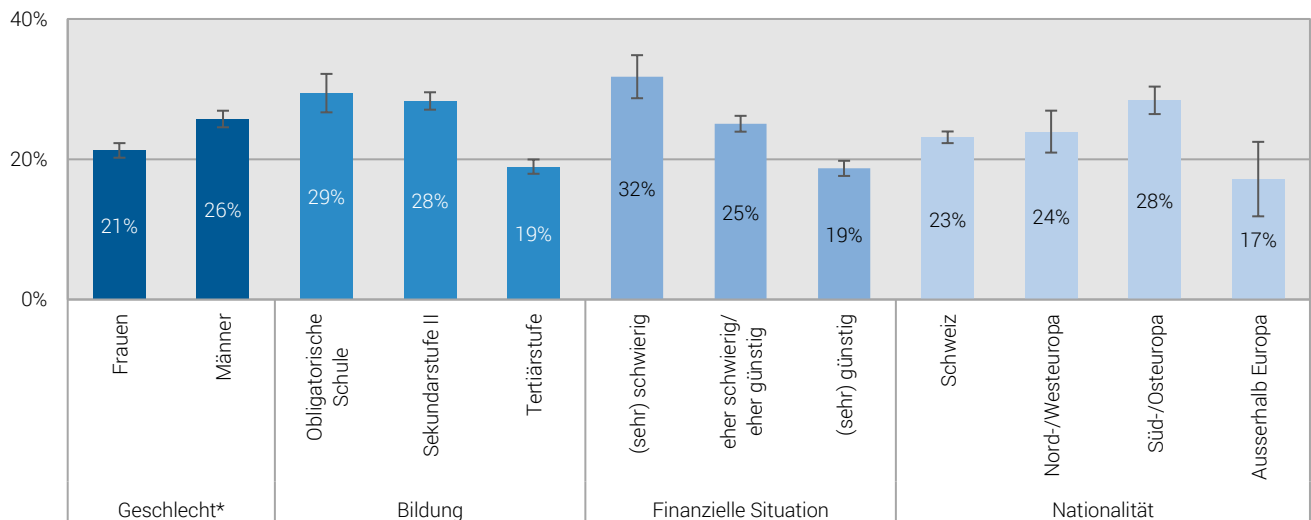
Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

Die Unterschiede nach Bildung bleiben nicht über die gesamte Altersspanne gleich (G 2.12): Bei den 25- bis 34-Jährigen ist der Anteil der Rauchenden in der niedrigsten Bildungsgruppe (45%) mehr als doppelt so hoch wie in der höchsten Bildungsgruppe (22%). Mit zunehmendem Alter nehmen die Unterschiede

G 2.10 Tabakkonsum: Überblick, 2022

Gesamtschweizerischer Durchschnitt: 24%



* definiert auf Basis der Geschlechtsidentität (vgl. Anhang A.2)
Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB

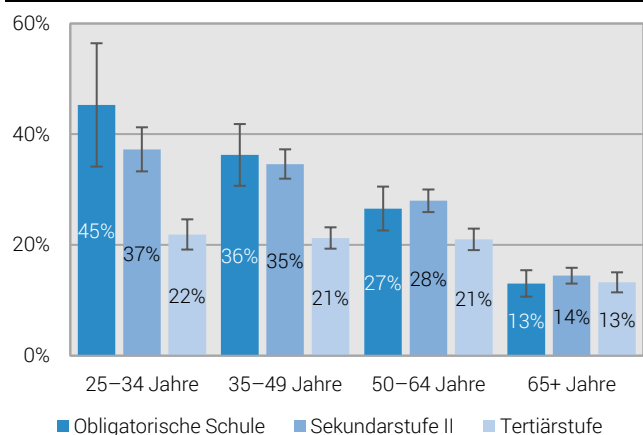
© Obsan 2025

ab: In der Altersgruppe ab 65 Jahren gibt es keine Unterschiede nach Bildung mehr. Die Ergebnisse nach Alter und finanzieller Situation zeigen ein ähnliches Bild (nicht dargestellt).

Ausländische Personen aus Süd- und Osteuropa rauchen etwas häufiger als Schweizerinnen und Schweizer (G 2.10). Differenzierte Ergebnisse nach Bildungsniveau lassen sich nicht darstellen.

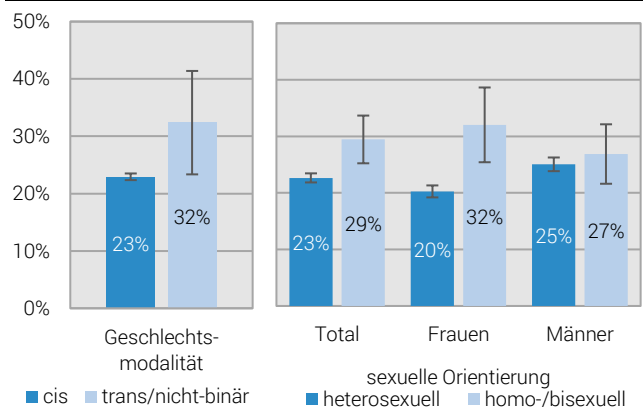
Der Anteil der Rauchenden ist bei trans und nicht-binären Personen deutlich höher als bei cis Personen, der Unterschied ist jedoch nicht signifikant (G 2.13). Homo- und bisexuelle Personen rauchen häufiger, wobei dies vor allem darauf zurückzuführen ist, dass homo- und bisexuelle Frauen häufiger rauchen.

G 2.12 Tabakkonsum nach Alter und Bildung, 2022



Quelle: BFS – SGB © Obsan 2025

G 2.13 Tabakkonsum nach Geschlechtsmodalität und sexueller Orientierung, 2022

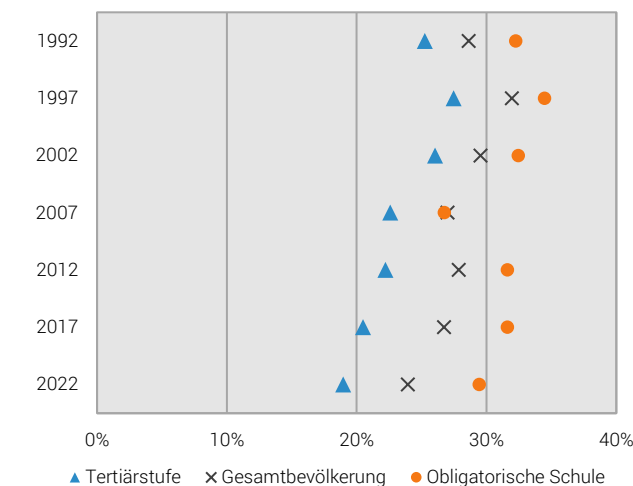


Frauen/Männer: aus methodischen Gründen auf Basis der Registervariable definiert (vgl. Anhang A.2)
Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB © Obsan 2025

Der Zeitvergleich zeigt, dass der Tabakkonsum der Schweizer Bevölkerung (x) in den letzten 20 Jahren abgenommen hat (G 2.14). Allerdings war der Rückgang in der höchsten Bildungsgruppe (▲) stärker als in der niedrigsten (●), sodass sich die Unterschiede beim Rauchen nach Bildung vergrößert haben.

G 2.14 Tabakkonsum nach Bildung im Zeitvergleich



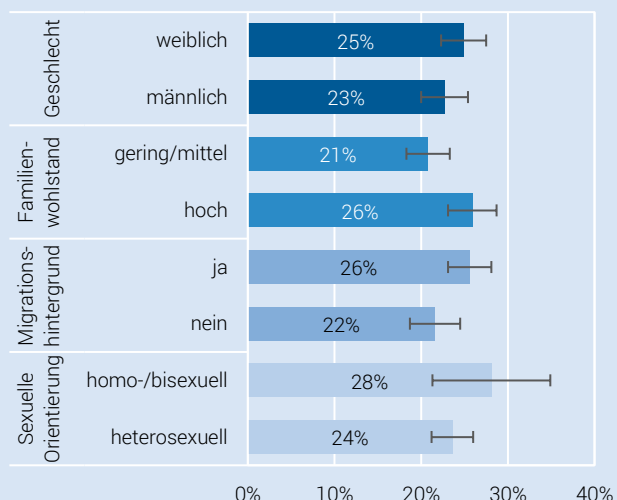
Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB © Obsan 2025

Ergebnisse für Kinder und Jugendliche

Der Konsum herkömmlicher Zigaretten und E-Zigaretten von Jugendlichen im Alter von 14 bis 15 Jahren unterscheidet sich nicht signifikant nach Geschlecht, Migrationshintergrund, familiärem Wohlstand oder sexueller Orientierung (G 2.15).

G 2.15 Zigarettenkonsum, 14- bis 15-Jährige, 2022



Mindestens eine Zigarette/E-Zigarette in den letzten 30 Tagen

Quelle: BAG/Sucht Schweiz – HBSC © Obsan 2025

2.4 Alkoholkonsum



Key messages

- Frauen mit Tertiärabschluss haben rund doppelt so häufig einen chronisch risikoreichen Alkoholkonsum wie Frauen ohne nachobligatorische Ausbildung. Bei den Männern zeigt sich dieser Unterschied nicht.
- Ausländische Personen aus Süd- und Osteuropa weisen seltener einen chronisch risikoreichen Alkoholkonsum auf als Schweizerinnen und Schweizer.

Alkohol kann Abhängigkeiten erzeugen und gilt als einer der wesentlichen Risikofaktoren für Krankheiten, Beeinträchtigungen und Todesfälle weltweit. Neben den gesundheitlichen und sozio-ökonomischen Folgen für die Konsumierenden sind auch die Folgen für das soziale Umfeld und Drittpersonen sowie für die Gesellschaft insgesamt zu nennen (RKI, 2024).

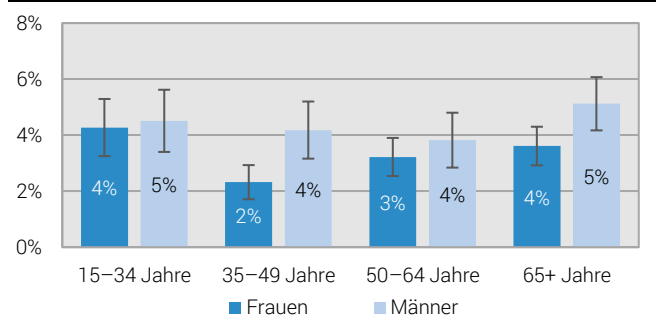
4% der Schweizer Bevölkerung weisen einen chronisch risikoreichen Alkoholkonsum auf (d. h. ihr durchschnittlicher täglicher Alkoholkonsum stellt ein mittleres oder hohes Gesundheitsrisiko dar, vgl. Obsan, 2024) – *Männer* etwas häufiger als *Frauen* (G 2.16). Dieser Geschlechterunterschied besteht aber nur bei den 35- bis 49-Jährigen (G 2.17).

Es zeigt sich kein signifikanter Unterschied nach *Bildung*, die Ergebnisse weisen jedoch darauf hin, dass der Alkoholkonsum bei Personen ohne nachobligatorische Ausbildung eher tiefer ist (G 2.16). Analysen nach Geschlecht und Bildung bestätigen dies

teilweise (G 2.19): Frauen mit Tertiärabschluss haben rund doppelt so häufig (3,7%) einen chronisch risikoreichen Alkoholkonsum wie Frauen ohne nachobligatorische Ausbildung (1,8%). Bei den Männern zeigt sich dieser Unterschied nicht.

Die Ergebnisse nach *finanzieller Situation* gehen in eine ähnliche Richtung (G 2.16): Personen in einer eher guten finanziellen Situation trinken eher mehr Alkohol, die Unterschiede sind aber nicht signifikant. Diese Tendenz zeigt sich auch, wenn man die Ergebnisse zusätzlich nach Geschlecht sowie nach Alter aufschlüsselt (nicht dargestellt).

G 2.17 Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum nach Alter und Geschlecht, 2022



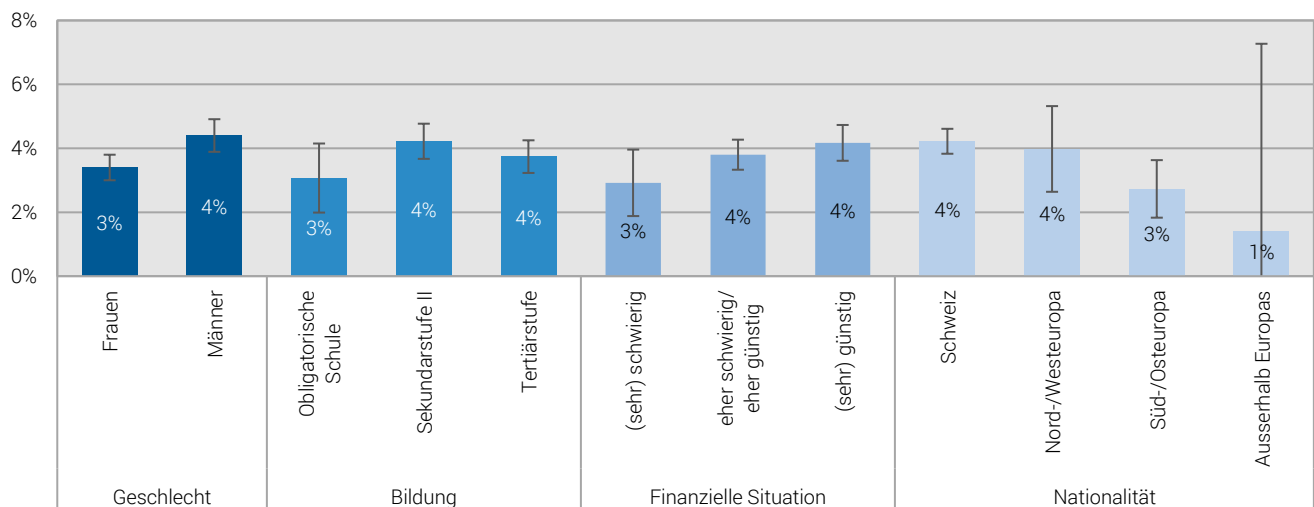
Frauen/Männer: aus methodischen Gründen auf Basis der Registervariable definiert (vgl. Anhang A.2)

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

G 2.16 Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum: Überblick, 2022

Gesamtschweizerischer Durchschnitt: 4%



* definiert auf Basis der Geschlechtsidentität (vgl. Anhang A.2)
Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

Ausländische Personen aus Süd- und Osteuropa weisen seltener einen chronisch risikoreichen Alkoholkonsum auf als Schweizerinnen und Schweizer (G 2.16) – der Unterschied ist aber minim. Schlüsselt man die Ergebnisse weiter nach dem Bildungsniveau auf, so bleiben diese Unterschiede nach Nationalitätengruppen tendenziell bestehen (nicht dargestellt).

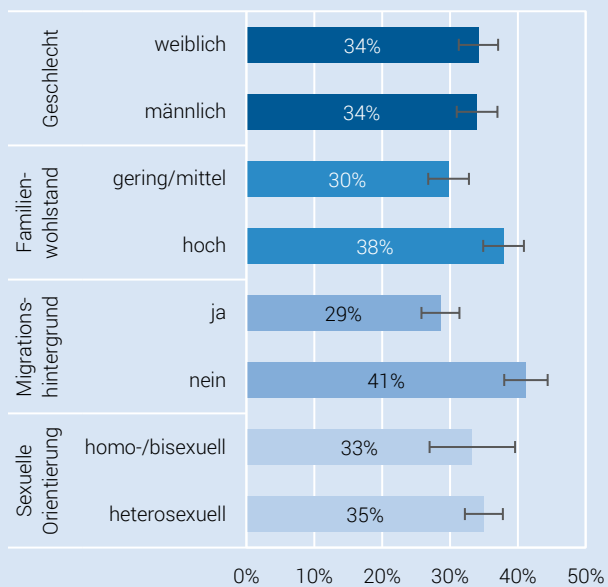
Es zeigt sich kein Zusammenhang zwischen chronisch risikoreichem Alkoholkonsum und Geschlechtsmodalität bzw. sexueller Orientierung (G 2.20).

Ergebnisse für Kinder und Jugendliche

Der Alkoholkonsum (mindestens 1x Alkohol konsumiert in den letzten 30 Tagen) von Jugendlichen im Alter von 14 bis 15 Jahren unterscheidet sich nicht nach Geschlecht oder sexueller Orientierung (G 2.18).

Die Ergebnisse nach Familienwohlstand und nach Migrationshintergrund gehen in die gleiche Richtung wie die für die Allgemeinbevölkerung: Jugendliche mit hohem Familienwohlstand und Jugendliche ohne Migrationshintergrund konsumieren häufiger Alkohol als Jugendliche mit geringem oder mittlerem Familienwohlstand bzw. als Jugendliche mit Migrationshintergrund.

G 2.18 Alkoholkonsum, 14- bis 15-Jährige, 2022

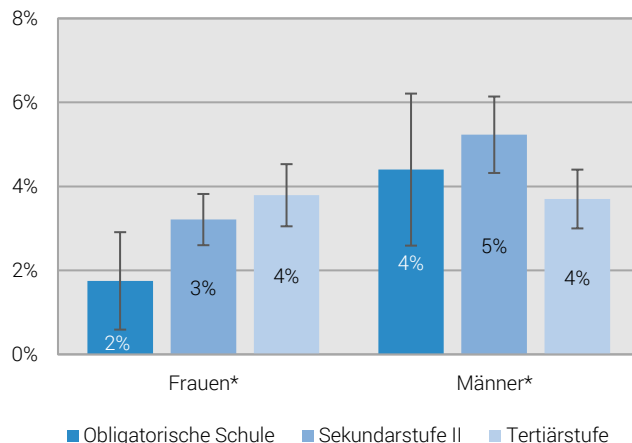


Mindestens 1x Alkohol konsumiert in den letzten 30 Tagen

Quelle: BAG/Sucht Schweiz – HBSC

© Obsan 2025

G 2.19 Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum nach Geschlecht und Bildung, 2022

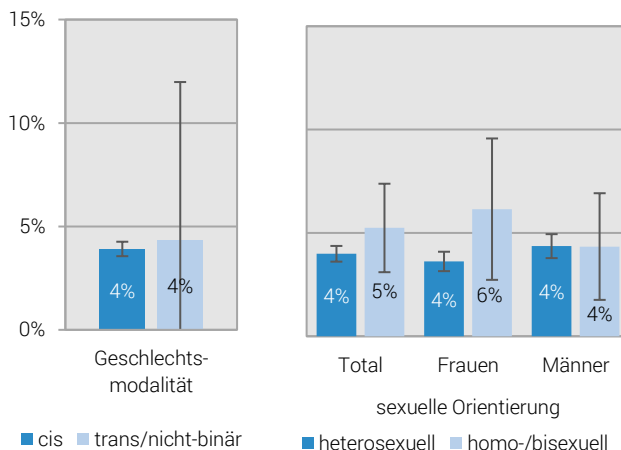


* definiert auf Basis der Geschlechtsidentität, vgl. dazu Anhang A.2 Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

G 2.20 Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum nach Geschlechtsmodalität und sexueller Orientierung, 2022



Frauen/Männer: aus methodischen Gründen auf Basis der Registervariable definiert (vgl. Anhang A.2)

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

3 Ressourcen und Belastungen



Ressourcen und Belastungen haben einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit (vgl. konzeptionelles Modell in der Einleitung). Sie können sich über das Gesundheitsverhalten oder die Inanspruchnahme oder Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen direkt oder indirekt auf die Gesundheit auswirken. Belastungen erhöhen das Risiko für Gesundheitsprobleme. Ressourcen (auch als Schutzfaktoren bezeichnet) dagegen verringern die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung eines Gesundheitsproblems, indem sie die Wirkung der Belastungen abmildern oder aufheben.

Belastungen und Ressourcen können sich in Abhängigkeit von Alter und Lebensverlauf ändern und sind eng mit der sozialen Lage einer Person verknüpft. Mögliche Belastungen sind Belastungen am Arbeitsplatz (z. B. körperliche Belastungen, hoher Arbeits- und Zeitdruck, lange Arbeitszeiten, Schichtarbeit, Mobbing) oder im Wohnumfeld (z. B. Belastungen durch Lärm und Schmutz, beengte Wohnverhältnisse), Diskriminierung und Stress. Als Ressourcen sind u. a. soziale Unterstützung, Resilienz oder Gesundheitskompetenz zu nennen.

Im Folgenden werden ausgewählte Ressourcen und Belastungen näher betrachtet. Aufgrund der verfügbaren Daten handelt es sich dabei um eine begrenzte Auswahl.

Die Ergebnisse zeigen gesundheitliche Ungleichheiten in Bezug auf Ressourcen und Belastungen auf: So berichten Frauen häufiger über körperliche Belastungen und emotionale Erschöpfung bei der Arbeit. Zudem gehen eine höhere Bildung und eine bessere finanzielle Situation mit einer besseren sozialen Unterstützung einher.

3.1 Soziale Unterstützung

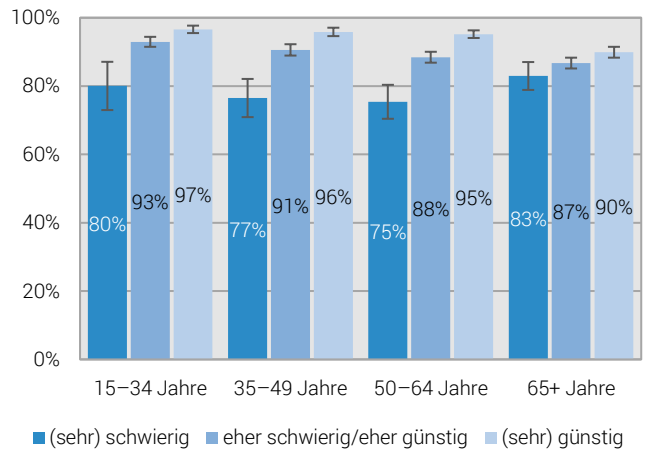


Key messages

- Personen in einer besseren finanziellen Situation und Personen mit Bildung auf Tertiärstufe schätzen ihre soziale Unterstützung besser ein als Personen in einer schwierigen finanziellen Situation bzw. Personen ohne nachobligatorische Bildung.
- Schweizerinnen und Schweizer haben eine bessere soziale Unterstützung als Süd- und Osteuropäerinnen und -europäer.
- Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund sowie homo- und bisexuelle Jugendliche berichten weniger häufig von einer guten bis sehr guten sozialen Unterstützung.
- Trans und nicht-binäre Personen berichten deutlich seltener von einer guten sozialen Unterstützung.
- Arbeitslose und Nichterwerbspersonen verfügen ebenfalls über weniger soziale Unterstützung.

Soziale Kontakte sind zentral für das Wohlbefinden und die psychische wie auch die körperliche Gesundheit. Soziale Ressourcen wie beispielsweise die soziale Unterstützung haben eine erhebliche Wirkung auf Mortalität wie auch auf Krankheitsrisiken, Genesungschancen und Genesungsdauer (Bachmann, 2014).

G 3.2 Soziale Unterstützung nach Alter und finanzieller Situation, 2022



Mittlere bis starke soziale Unterstützung

Quelle: BFS – SGB

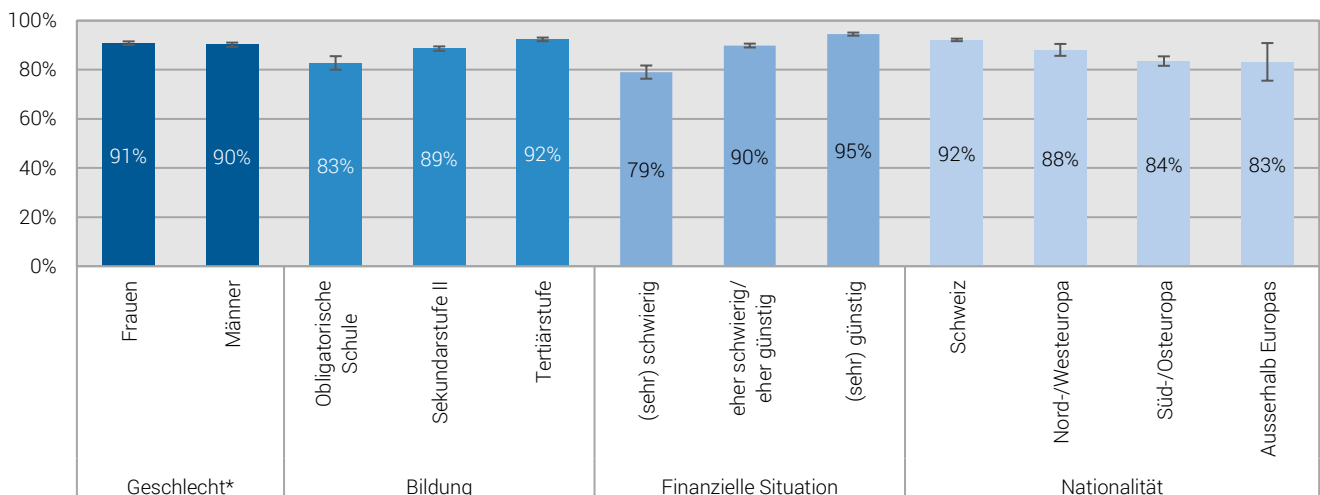
© Obsan 2025

Die grosse Mehrheit der Schweizer Bevölkerung schätzt ihre soziale Unterstützung als mittel bis stark ein (G 3.1). Dabei zeigen sich keine Unterschiede zwischen *Frauen* und *Männern*. Das gilt für alle Altersgruppen (nicht dargestellt).

Personen ohne nachobligatorische *Bildung* geben seltener eine mittlere bis starke soziale Unterstützung an als Personen mit Tertiärabschluss (G 3.1).

G 3.1 Soziale Unterstützung: Überblick, 2022

Gesamtschweizerischer Durchschnitt: 90%



Mittlere bis starke soziale Unterstützung

* definiert auf Basis der Geschlechtsidentität (vgl. Anhang A.2)

Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

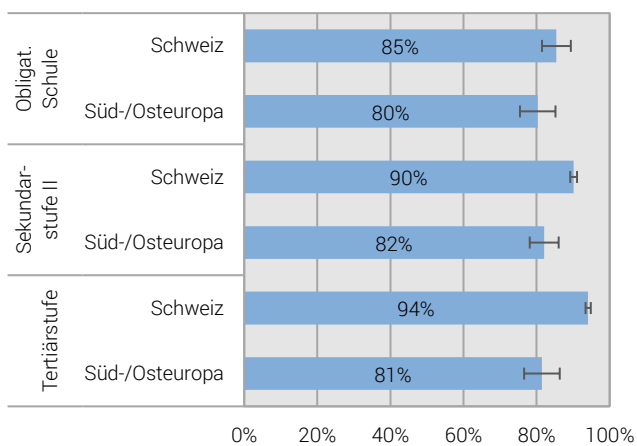
Noch grösser sind die Unterschiede nach *finanzieller Situation*: 95% der Personen ohne finanzielle Sorgen berichten von einer guten sozialen Unterstützung – bei Personen in einer (sehr) schlechten finanziellen Lage sind es 79%. Die Ergebnisse nach Alter und finanzieller Situation (G 3.2) zeigen, dass die Unterschiede in allen Altersklassen gross sind, lediglich in der Altersgruppe ab 65 Jahren nehmen sie ab. Die sozialen Unterschiede nach Bildung und finanzieller Situation sind bei Frauen und Männern etwa gleich ausgeprägt (nicht dargestellt).

Schweizerinnen und Schweizer geben häufiger eine mittlere bis starke soziale Unterstützung an als *Ausländerinnen und Ausländer*. Dies gilt für alle Nationalitätengruppen. Der Unterschied bleibt für Ausländerinnen und Ausländer aus Süd- und Osteuropa auch bestehen, wenn zusätzlich nach Bildung (G 3.3) aufgeschlüsselt wird – zumindest in der Tendenz. Die Ergebnisse nach finanzieller Situation und Nationalität zeigen ein ähnliches Bild. Die Ergebnisse für die Kategorien «Nord- und Westeuropa» und «Ausserhalb Europas» können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht ausgewiesen werden (nicht dargestellt).

Trans und nicht-binäre Personen berichten deutlich weniger häufig von einer guten sozialen Unterstützung als cis Personen (G 3.4). Hinsichtlich der *sexuellen Orientierung* zeigt sich kein Zusammenhang – bei Jugendlichen (vgl. Kasten mit Ergebnissen für Kinder und Jugendliche) zeigt sich hingegen ein anderes Bild.

Personen unterscheiden sich auch in Abhängigkeit vom *Erwerbsstatus* (nicht dargestellt): Eine geringe soziale Unterstützung ist bei Erwerbstätigen deutlich seltener als bei Arbeitslosen und Nichterwerbspersonen.

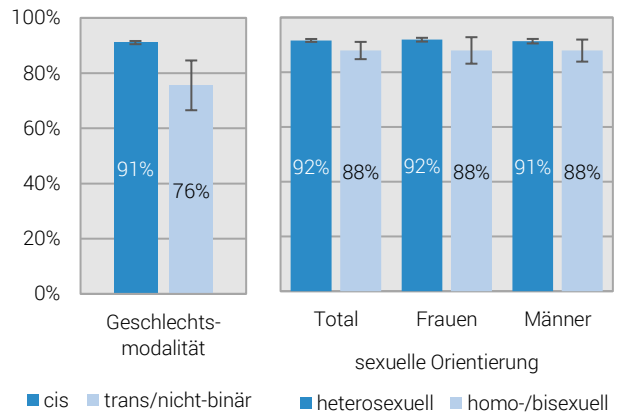
G 3.3 Soziale Unterstützung nach Bildung und Nationalität, 2022



Mittlere bis starke soziale Unterstützung
 Ergebnisse für die Kategorien «Nord- und Westeuropa» und «Ausserhalb Europas» können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht ausgewiesen werden.
 Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB © Obsan 2025

G 3.4 Soziale Unterstützung nach Geschlechtsmodalität und sexueller Orientierung, 2022



Mittlere bis starke soziale Unterstützung
 Frauen/Männer: aus methodischen Gründen auf Basis der Registervariable definiert (vgl. Anhang A.2)
 Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

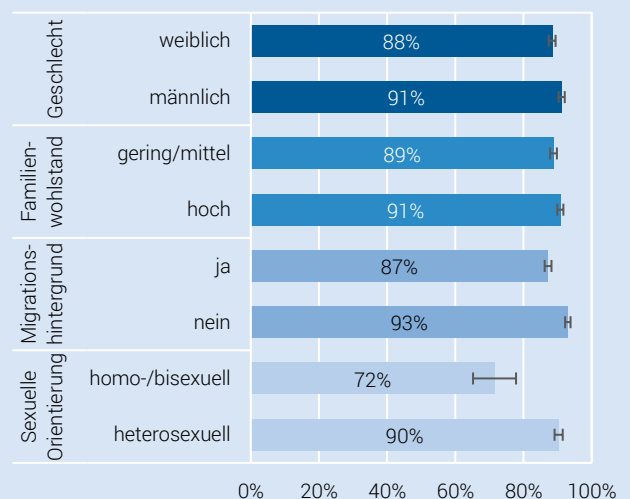
Quelle: BFS – SGB © Obsan 2025

Ergebnisse für Kinder und Jugendliche

Jugendliche mit *Migrationshintergrund* (87%) berichten weniger häufig von einer guten bis sehr guten sozialen Unterstützung durch Familie und Freunde als Jugendliche ohne Migrationshintergrund (93%; G 3.5).

Grosse Unterschiede bestehen hinsichtlich der *sexuellen Orientierung*, wobei heterosexuelle Jugendliche von besserer sozialer Unterstützung berichten als nicht heterosexuelle.

G 3.5 Soziale Unterstützung, 11- bis 15-Jährige, 2022



Gute bis sehr gute soziale Unterstützung
 Sexuelle Orientierung: nur 14- bis 15-Jährige

Quelle: BAG/Sucht Schweiz – HBSC © Obsan 2025

3.2 Gesundheitskompetenz

Key messages

- Finanzielle Deprivation geht mit einer tieferen Gesundheitskompetenz einher.
- Personen mit schlechten Kenntnissen der Landessprache weisen eine tiefere Gesundheitskompetenz auf.

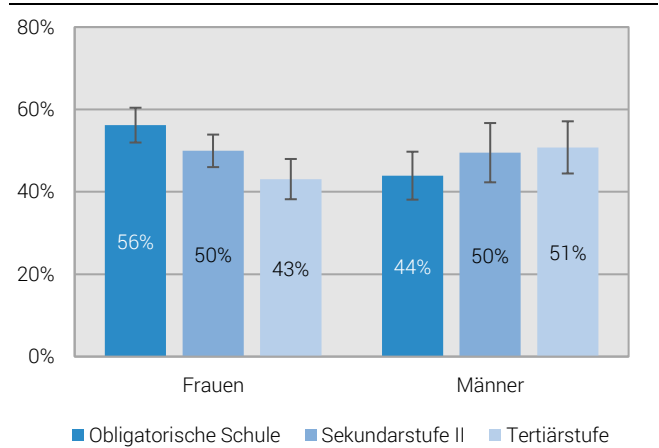
Gesundheitskompetenz umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten einer Person, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden, um im Alltag Entscheidungen treffen zu können, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Im Folgenden sind Ergebnisse zur generellen Gesundheitskompetenz abgebildet (vgl. De Gani, 2021).

Rund die Hälfte (49%) der Schweizer Bevölkerung verfügt über eine tiefe generelle Gesundheitskompetenz. Wie die Übersichtsgrafik (G 3.6) zeigt, gibt es diesbezüglich keine Unterschiede zwischen *Frauen* und *Männern*.

Nach *Bildung* und nach *Einkommen* ergeben sich keine Unterschiede (G 3.6). Die Analysen nach Geschlecht und Bildung (G 3.7) zeigen, dass bei Frauen der Anteil mit tiefer genereller Gesundheitskompetenz mit höherer Bildung abnimmt. Bei den Männern zeigt sich dagegen kein Unterschied zwischen den Bildungsgruppen.

Nach *finanzieller Deprivation* und auch nach Kenntnissen der *Landessprache* zeigen sich deutliche Unterschiede in der Gesundheitskompetenz (G 3.6).

G 3.7 Tiefe generelle Gesundheitskompetenz nach Geschlecht und Bildung, 2019–2021



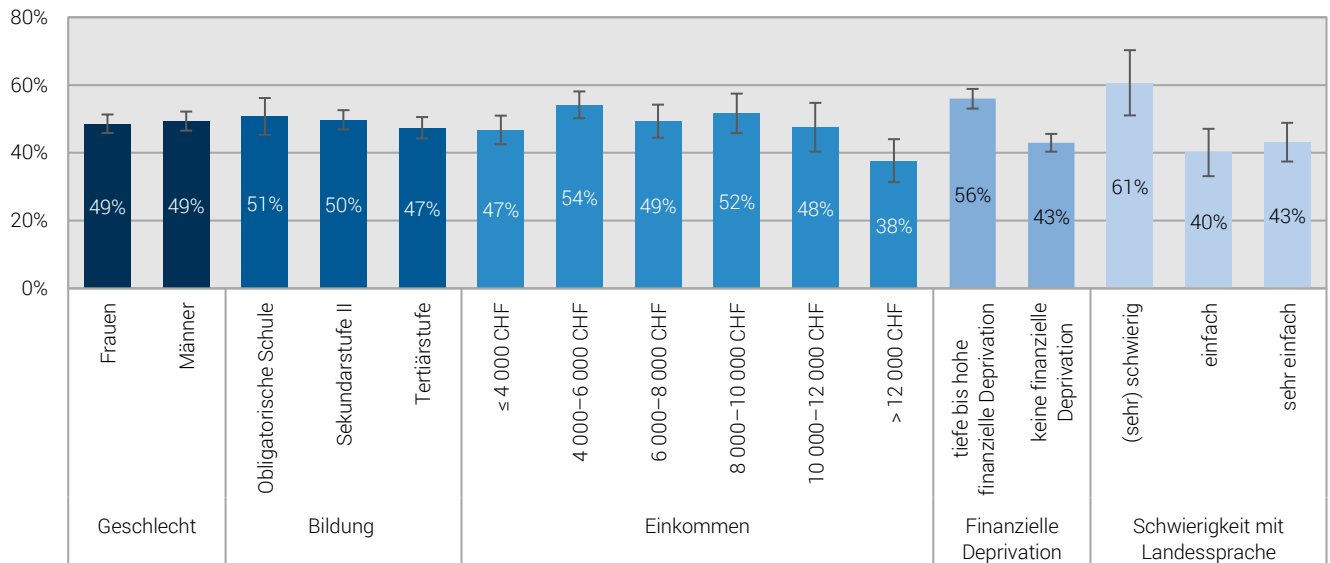
Mangelhafte oder problematische Gesundheitskompetenz

Quelle: Health Literacy Survey Schweiz

© Obsan 2025

G 3.6 Tiefe generelle Gesundheitskompetenz: Überblick, 2019–2021

Gesamtschweizerischer Durchschnitt: 49%



Tiefe Gesundheitskompetenz: mangelhaft/problematisch

Quelle: Health Literacy Survey Schweiz

© Obsan 2025

3.3 Emotionale Erschöpfung bei der Arbeit

Key messages

- Frauen geben etwas häufiger eine emotionale Erschöpfung bei der Arbeit an als Männer.
- Personen mit finanziellen Schwierigkeiten sind etwa doppelt so häufig (31%) von emotionaler Erschöpfung bei der Arbeit betroffen wie Personen ohne finanzielle Probleme (14%).

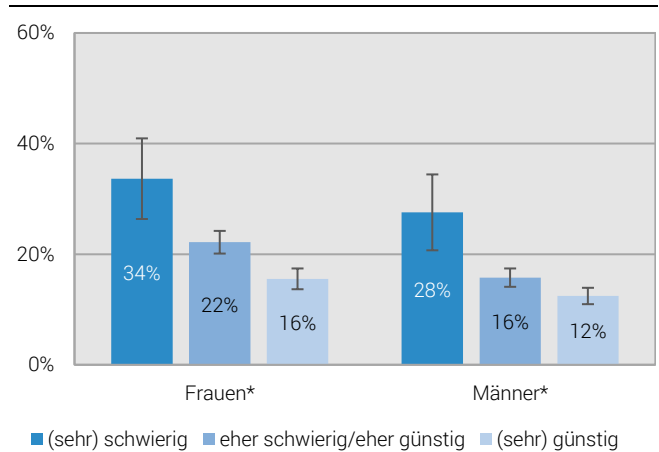
Im Folgenden werden Ergebnisse zu emotionaler Erschöpfung bei der Arbeit («sich emotional verbraucht fühlen») dargestellt. Eine solche emotionale Erschöpfung kann darauf hinweisen, dass ein Burnout vorliegt bzw. ein Risiko dafür besteht.

18% der erwerbstätigen Schweizer Bevölkerung geben eine emotionale Erschöpfung bei der Arbeit an – *Frauen* etwas mehr als *Männer* (G 3.8).

Die Analysen nach *Bildung* (G 3.8) zeigen keine signifikanten Unterschiede – auch nicht, wenn noch zusätzlich nach Geschlecht aufgeschlüsselt wird (nicht dargestellt). Hingegen zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang mit der *finanziellen Situation*: Personen mit finanziellen Schwierigkeiten sind etwa doppelt so häufig (31%) betroffen wie Personen ohne finanzielle Probleme (14%). Dieser Zusammenhang ist bei Frauen und Männern etwa gleich ausgeprägt (G 3.9).

Ergebnisse nach *Nationalität* können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht ausgewiesen werden.

G 3.9 Emotionale Erschöpfung bei der Arbeit nach Geschlecht und finanzieller Situation, 2022 (Erwerbstätige)



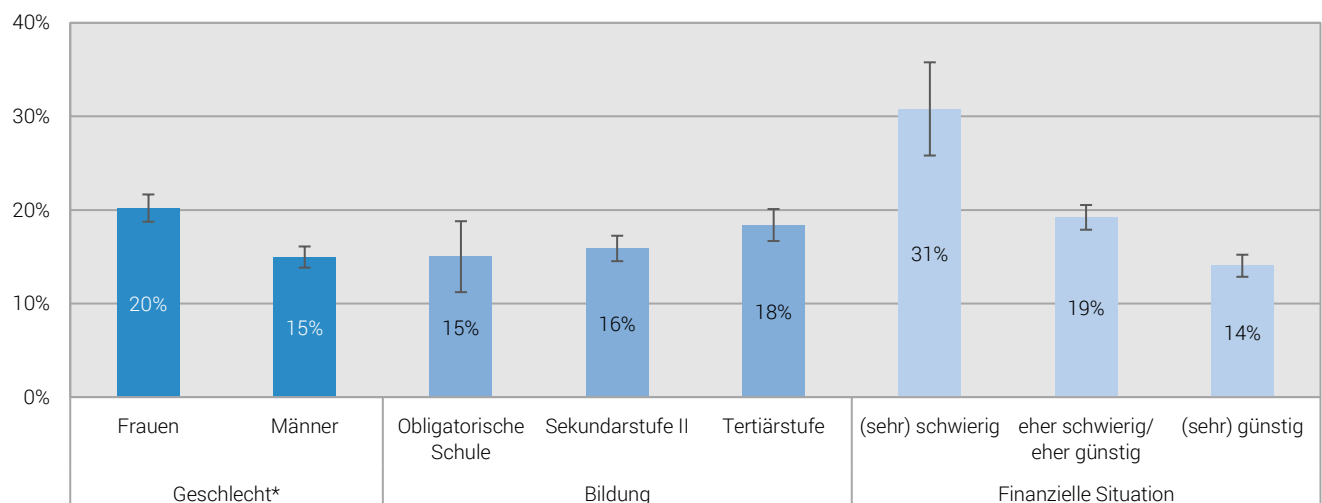
* definiert auf Basis der Geschlechtsidentität, vgl. dazu Anhang A.2 Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

G 3.8 Emotionale Erschöpfung bei der Arbeit: Überblick, 2022 (Erwerbstätige)

Gesamtschweizerischer Durchschnitt: 18%



* definiert auf Basis der Geschlechtsidentität (vgl. Anhang A.2)


Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Ergebnisse nach *Nationalität* können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht ausgewiesen werden.

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

3.4 Belastungen bei der Arbeit



Key messages

- Frauen berichten öfter von körperlichen Belastungen bei der Arbeit. Bei psychosozialen Belastungen gibt es keinen Geschlechterunterschied.
- Eine tiefere Bildung und eine schlechtere finanzielle Situation gehen mit häufigeren körperlichen Belastungen am Arbeitsplatz einher.
- Psychosoziale Belastungen sind bei Personen mit höherer Bildung bzw. in einer guten finanziellen Lage tendenziell häufiger.

Arbeit ist ein zentraler Lebensbereich und damit ein wichtiger Einflussfaktor auf die Gesundheit. Arbeit kann eine Ressource, aber auch ein Risikofaktor sein. Im Folgenden wird auf körperliche und psychosoziale Belastungen eingegangen.

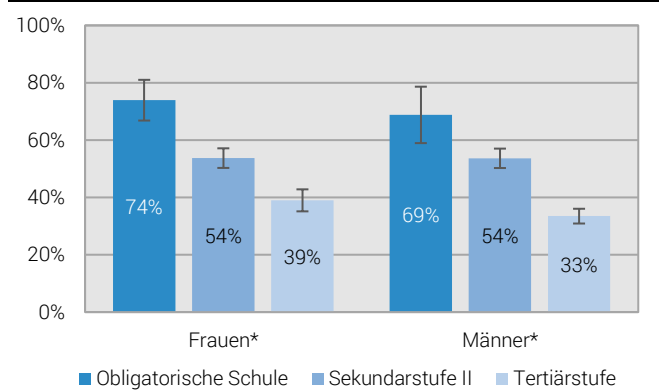
Körperliche Belastungen bei der Arbeit

Knapp die Hälfte (49%) der Erwerbstätigen in der Schweiz ist bei der Arbeit körperlichen Belastungen ausgesetzt, beispielsweise durch Tragen, schmerzhafte oder ermüdende Körperhaltungen, Stehen oder repetitive Bewegungen. *Frauen* sind davon etwas häufiger betroffen als *Männer* (G 3.10).

Es zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang mit dem *Bildungsni-veau* (G 3.10): Etwas mehr als ein Drittel (36%) der Personen mit

Tertiärabschluss ist bei der Arbeit körperlichen Belastungen ausgesetzt. Bei den Personen ohne nachobligatorische Ausbildung sind es dagegen fast drei Viertel der Befragten, also rund doppelt so viele. Die Unterschiede nach Bildung sind bei beiden Geschlechtern ähnlich ausgeprägt (G 3.11). Für die *finanzielle Situation* ergibt sich ein ähnliches Bild – auch in Bezug auf nach Geschlecht aufgeschlüsselte Analysen (nicht dargestellt). Analysen nach Alter und Bildung bzw. finanzieller Situation sind aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht interpretierbar.

G 3.11 Körperliche Belastungen bei der Arbeit nach Geschlecht und Bildung, 2022 (Erwerbstätige)



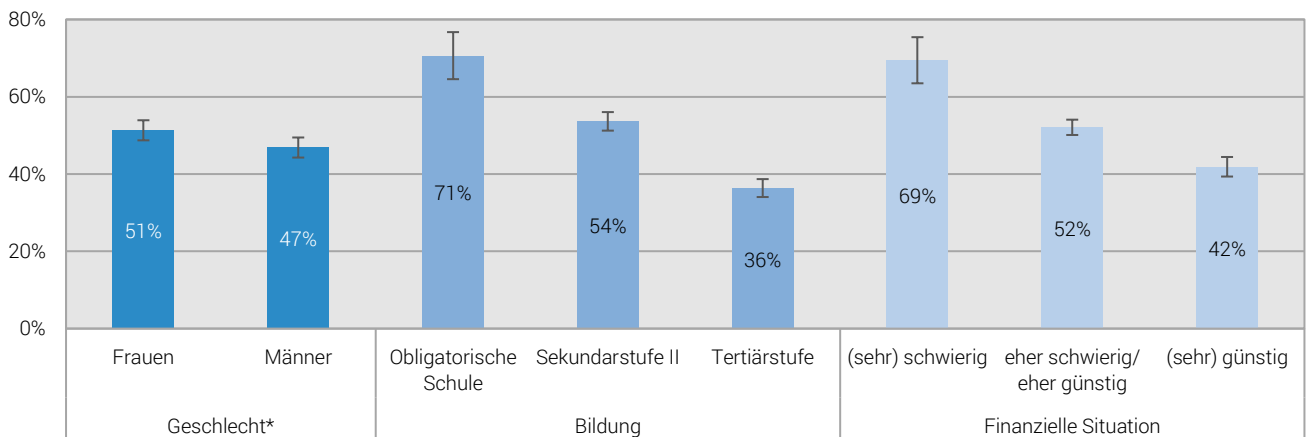
Mindestens eine körperliche Belastung (Tragen, Körperhaltung, Stehen, repetitive Bewegungen) während mindestens ¼ der Arbeitszeit
 * definiert auf Basis der Geschlechtsidentität (vgl. Anhang A.2)
 Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

G 3.10 Körperliche Belastungen bei der Arbeit: Überblick, 2022 (Erwerbstätige)

Gesamtschweizerischer Durchschnitt: 49%



Mindestens eine körperliche Belastung (Tragen, Körperhaltung, Stehen, repetitive Bewegungen) während mindestens ¼ der Arbeitszeit
 * definiert auf Basis der Geschlechtsidentität (vgl. Anhang A.2)

Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Ergebnisse nach Nationalität können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht ausgewiesen werden.

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

Ergebnisse nach *Nationalität* können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht ausgewiesen werden.

Psychosoziale Belastungen bei der Arbeit

Die hier dargestellten Ergebnisse fassen verschiedene psychosoziale Belastungen bei der Arbeit zusammen, wie z. B. hohe Arbeitsanforderungen, hoher Zeitdruck, geringer Gestaltungsspielraum, emotionale Beanspruchung.

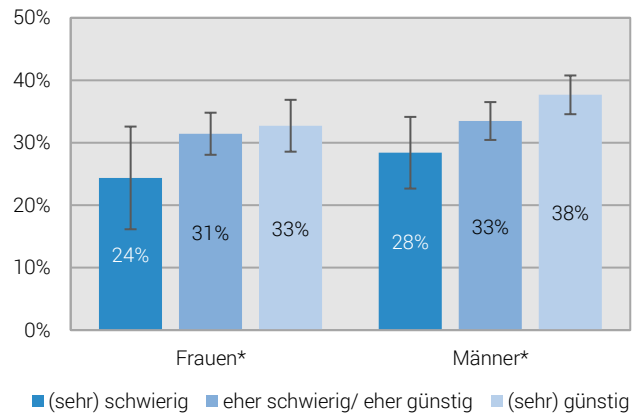
Ein Drittel der Erwerbstätigen ist bei der Arbeit psychosozialen Belastungen ausgesetzt. Dabei zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen *Frauen* und *Männern* (G 3.12). Dies gilt für alle Altersgruppen (nicht dargestellt).

Auch nach *Bildung* zeigt sich kein klarer Zusammenhang: Personen mit höherer Ausbildung sind eher häufiger betroffen, die Unterschiede sind aber statistisch nicht signifikant. Es zeigen sich auch keine Unterschiede nach Bildung, wenn die Ergebnisse nach Geschlecht sowie nach Alter aufgeschlüsselt werden (nicht dargestellt).

Die Ergebnisse in Grafik G 3.12 zeigen aber auch, dass Personen in guter *finanzieller Lage* häufiger psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz ausgesetzt sind als Personen in schwieriger finanzieller Lage. Dies gilt für beide Geschlechter, der Unterschied ist aber nur bei Männern (knapp) signifikant (G 3.13).

Ergebnisse nach *Nationalität* können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht ausgewiesen werden.

G 3.13 Psychosoziale Belastungen bei der Arbeit nach Geschlecht und finanzieller Situation, 2022 (Erwerbstätige)



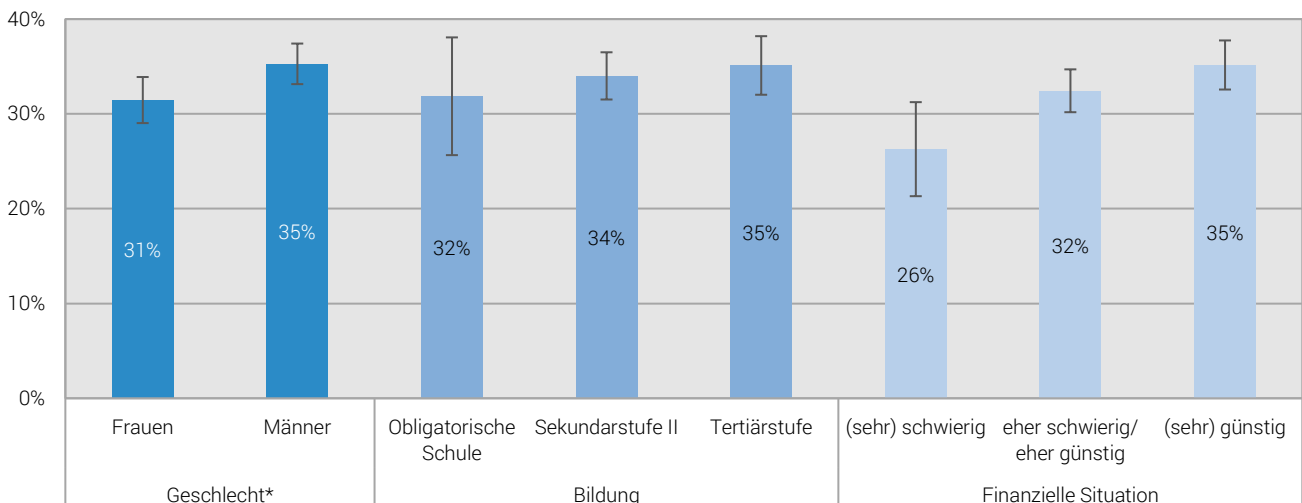
Psychosoziale Belastungen: z. B. hohe Arbeitsanforderungen, hoher Zeitdruck, geringer Gestaltungsspielraum, emotionale Beanspruchung
 * definiert auf Basis der Geschlechtsidentität (vgl. Anhang A.2)
 Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

G 3.12 Psychosoziale Belastungen bei der Arbeit: Überblick, 2022 (Erwerbstätige)

Gesamtschweizerischer Durchschnitt: 33%



Psychosoziale Belastungen: z. B. hohe Arbeitsanforderungen, hoher Zeitdruck, geringer Gestaltungsspielraum, emotionale Beanspruchung
 * definiert auf Basis der Geschlechtsidentität (vgl. Anhang A.2)

Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Ergebnisse nach *Nationalität* können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht ausgewiesen werden.

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

4 Inanspruchnahme und Gesundheitsversorgung



Die Gesundheitsversorgung wirkt sich – ebenso wie das Gesundheitsverhalten oder Ressourcen und Belastungen – wesentlich auf die Gesundheit aus (vgl. konzeptionelles Modell in der Einleitung). Sie spielt eine zentrale Rolle bei der Entstehung gesundheitlicher Ungleichheit, da der Zugang zu medizinischen Dienstleistungen, deren Qualität und die Verfügbarkeit von Präventionsmassnahmen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit haben.

Der Zugang kann durch verschiedene Barrieren erschwert werden: Geografisch (z. B. keine Angebote in strukturschwachen Regionen), sprachlich (z. B. fehlende Dolmetschdienste), strukturell (z. B. begrenzte Terminverfügbarkeit ausserhalb regulärer Arbeitszeiten) oder finanziell (z. B. hohe Kosten für Behandlungen). Aber auch die Einstellung und das Verhalten der Patientinnen und Patienten (z. B. Misstrauen gegenüber dem Gesundheitssystem, Vorstellungen über Gesundheit und Behandlungen) beeinflussen die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen.

Der Zugang zur und die Qualität der Gesundheitsversorgung sind generell nicht einfach zu messen. Noch schwieriger wird es, wenn

die Daten nach sozialen Merkmalen analysiert werden sollen. Auf den folgenden Seiten sind die Ergebnisse zu verschiedenen Indikatoren der Inanspruchnahme und der Gesundheitsversorgung dargestellt – von der Qualität der hausärztlichen Versorgung über die Inanspruchnahme von Krebsvorsorgeuntersuchungen bis hin zu Zahlen zum Verzicht auf medizinische Leistungen. Das Kapitel umfasst erstmals auch Ergebnisse für die Schweiz zu sozialen Unterschieden bei Hospitalisationen.

Die Ergebnisse fallen zum Teil sehr deutlich aus: Bei den Krebsvorsorgeuntersuchungen zeigen sich grosse kantonale Unterschiede in der Mammografie und in der Darmkrebsvorsorge je nach Existenz entsprechender Screening-Programme. Ein Verzicht auf notwendige medizinische oder zahnärztliche Untersuchungen oder Behandlungen ist bei tieferer Bildung sowie geringem Einkommen deutlich häufiger. Und: Potenziell vermeidbare Hospitalisationen und ungeplante Rehospitalisationen unterscheiden sich stark nach Geschlecht, Bildung, Sprachkenntnissen und Aufenthaltsstatus.

4.1 Eine Hausärztin/einen Hausarzt haben



Key messages

- Personen mit höherer Bildung und Personen in einer günstigen finanziellen Situation geben seltener an, eine Hausarztpraxis zu haben als Personen mit tieferer Bildung bzw. in einer schwierigeren finanziellen Situation.

Hausärztinnen und Hausärzte spielen eine zentrale Rolle in der Gesundheitsversorgung. Als «Gatekeeper» gewährleisten sie einen schnellen und unkomplizierten Erstkontakt bei akuten Gesundheitsproblemen. Bei chronisch kranken Menschen stellen sie eine kontinuierliche und koordinierte Betreuung sicher. Der folgende Indikator zeigt, wie viele Personen eine Hausärztin bzw. einen Hausarzt haben.

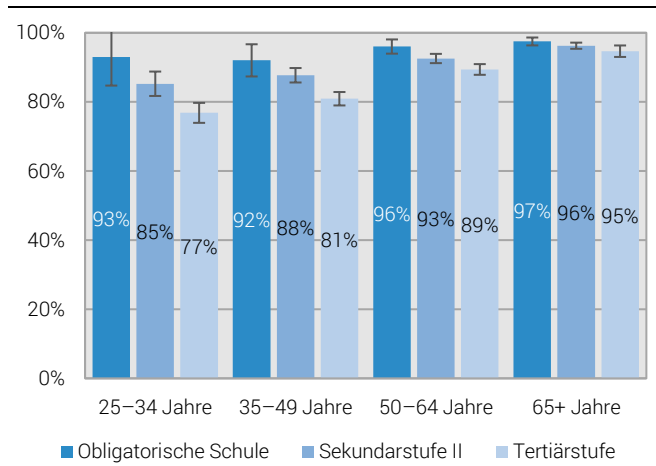
Die grosse Mehrheit der Schweizer Bevölkerung gibt an, eine Hausärztin oder einen Hausarzt zu haben. Dabei zeigt sich kein Unterschied zwischen *Frauen* und *Männern* (G 4.1).

Personen mit höherer *Bildung* und in einer günstigen *finanziellen Situation* geben seltener an, eine Hausarztpraxis zu haben, als Personen mit tieferer Bildung bzw. in einer schwierigeren finanziellen Situation (G 4.1). Schlüsselt man die Ergebnisse noch zusätzlich nach Geschlecht auf, so ist ersichtlich, dass die Unterschiede nach Bildung und finanzieller Situation bei beiden Geschlechtern etwa gleich ausgeprägt sind (nicht dargestellt).

Die Analysen nach Alter und Bildung zeigen, dass der Bildungsunterschied v. a. in den jüngeren Altersgruppen ausgeprägt ist und mit zunehmendem Alter zurückgeht (G 4.2).

Ausländische Personen aus Nord- und Westeuropa haben seltener eine Hausärztin/einen Hausarzt als *Schweizerinnen und Schweizer* (G 4.1). Ansonsten zeigt sich kein Unterschied nach Nationalität.

G 4.2 Eine Hausärztin/einen Hausarzt haben nach Alter und Bildung, 2022

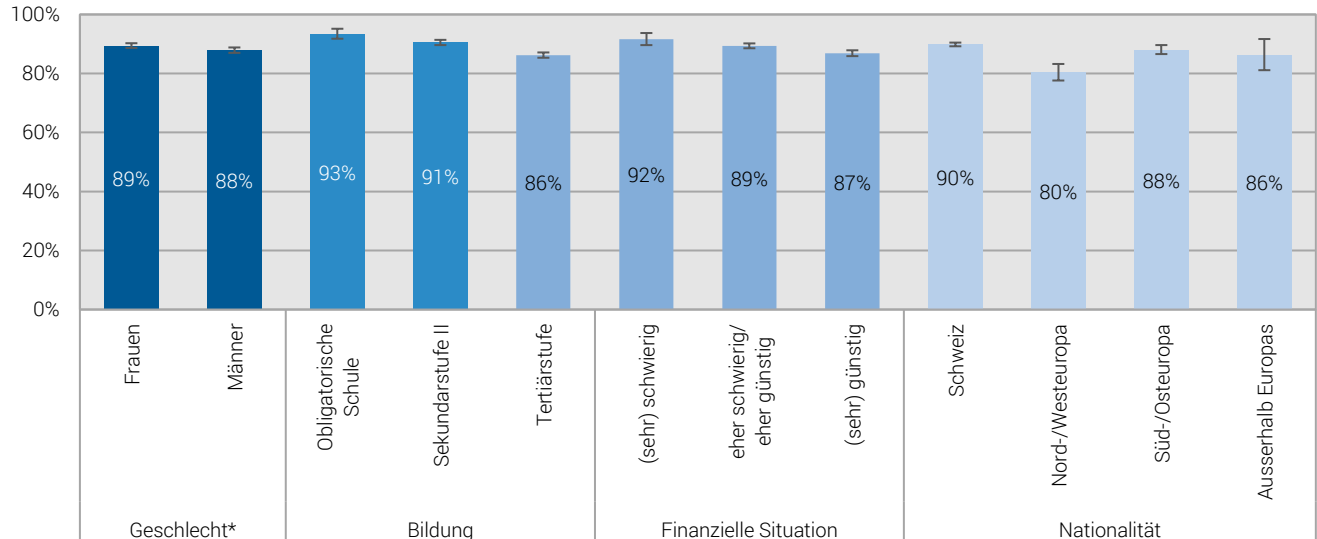


Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

G 4.1 Eine Hausärztin/einen Hausarzt haben: Überblick, 2022

Gesamtsschweizerischer Durchschnitt: 89%



* definiert auf Basis der Geschlechtsidentität (vgl. Anhang A.2)
Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

4.2 Qualität der hausärztlichen Versorgung



Key messages

- Personen in einer schwierigen finanziellen Situation bewerten die erhaltene hausärztliche Versorgung etwas schlechter als Personen in besserer finanzieller Lage.
- Ausländische Personen aus Süd- und Osteuropa beurteilen die Qualität des Hausarztbesuchs etwas weniger gut als Schweizerinnen und Schweizer.

Bei Gesundheitsproblemen sind hausärztliche Praxen häufig die erste Anlaufstelle. Sie führen einen grossen Teil der Behandlungen und Vorsorgeuntersuchungen durch und übernehmen somit eine wichtige Funktion im Gesundheitssystem. Für eine optimale Versorgung ist eine gute Qualität der hausärztlichen Versorgung wichtig. Hier dargestellt ist die allgemeine Qualität, wie sie von den Befragten wahrgenommen wurde.

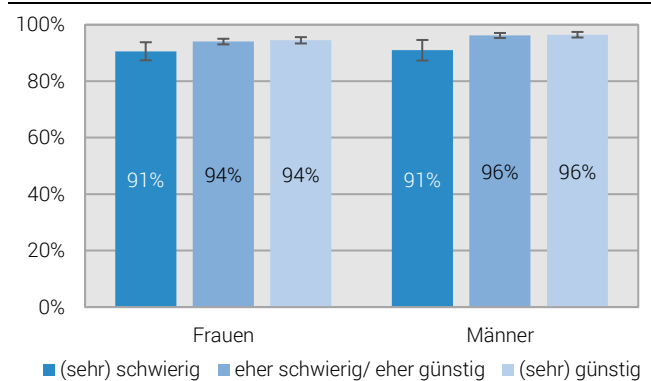
95% der Schweizer Bevölkerung beurteilen die erhaltene hausärztliche Versorgung als gut bis ausgezeichnet. Es zeigen sich keine Unterschiede nach *Geschlecht* und *Bildung* (G 4.3). Auch wenn die Ergebnisse nach Geschlecht oder Altersgruppen aufgeschlüsselt werden, lassen sich keine Unterschiede nach Bildung erkennen (nicht dargestellt).

Personen in einer schwierigen *finanziellen Lage* bewerten die erhaltene hausärztliche Versorgung etwas seltener als gut bis ausgezeichnet als Personen in einer besseren finanziellen Situation (G 4.3). Dieser Unterschied besteht sowohl bei Frauen als auch bei Männern, wenngleich er nur bei Letzteren signifikant

ist (G 4.4). Die Ergebnisse nach Alter und finanzieller Situation zeigen, dass die Qualität von Personen in einer schwierigeren finanziellen Situation in allen Altersgruppen generell schlechter bewertet wird (nicht dargestellt).

Ausländische Personen aus Süd- und Osteuropa schätzen die Qualität des Hausarztbesuchs ebenfalls etwas seltener als gut ein als *Schweizerinnen und Schweizer* (G 4.3). Eine zusätzliche Aufschlüsselung der Ergebnisse nach Bildung/finanzieller Lage ist aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht möglich (nicht dargestellt).

G 4.4 Gute allgemeine Qualität der hausärztlichen Versorgung nach Geschlecht und finanzieller Situation, 2022



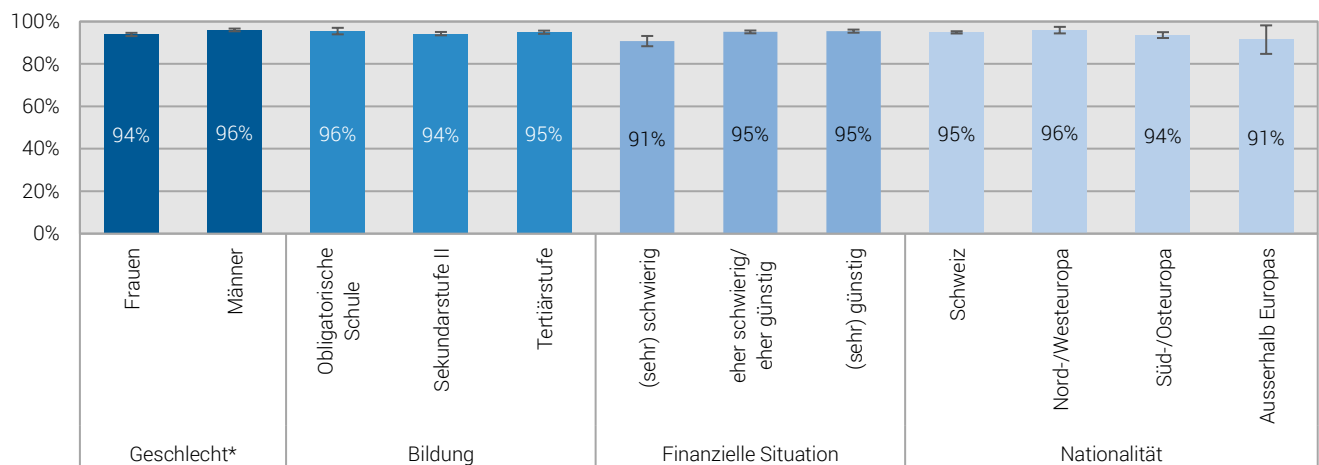
Hohe allgemeine Qualität: gut bis ausgezeichnet
 Frauen/Männer: aus methodischen Gründen auf Basis der Registervariable definiert (vgl. Anhang A.2)
 Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

G 4.3 Gute allgemeine Qualität der hausärztlichen Versorgung: Überblick, 2022

Gesamtschweizerischer Durchschnitt: 95%




Gute allgemeine Qualität: gut bis ausgezeichnet
 * definiert auf Basis der Geschlechtsidentität (vgl. Anhang A.2)
 Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

4.3 Krebsvorsorgeuntersuchungen



Key messages

- Bei der Darmvorsorge zeigt sich, dass Personen mit höherer Bildung diese etwas häufiger in Anspruch nehmen – bei der Mammografie und Prostatauntersuchungen zeigt sich kein Zusammenhang mit der Bildung.
- Grosse regionale Unterschiede: In Kantonen mit Screening-Programmen für Mammografie und Darmkrebsvorsorge nehmen deutlich mehr Personen die Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch.

Gemäss Empfehlungen sollten Personen zwischen 50 und 75 Jahren eine routinemässige Darmkrebsvorsorge machen: Entweder alle 2 Jahre mit einem Test auf Blut im Stuhl (Hämoccult-Test) oder alle 10 Jahre mit einer Darmspiegelung (Koloskopie). Frauen zwischen 50 und 74 Jahren sollten alle zwei Jahre eine Mammografie durchführen lassen. Bei Männern zwischen 50 und 70 Jahren sollte zudem gemäss einigen Empfehlungen alle 1 bis 2 Jahre eine Früherkennungsuntersuchung auf Prostatakrebs (Bestimmung des PSA-Wertes) erfolgen. Die Meinungen darüber gehen jedoch auseinander.

Unterschiede bei Krebsvorsorgeuntersuchungen können darauf hinweisen, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen diese Screenings nicht in Anspruch nehmen oder dass Versorgungslücken bestehen. Die folgenden Ergebnisse berücksichtigen jeweils nur Personen, deren Alter den Empfehlungen entspricht und die die entsprechende Untersuchung im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung gemacht haben und nicht aufgrund von Symptomen oder familiärer Vorbelastung.

Männer im Alter von 50 bis 75 Jahren machen häufiger eine Darmspiegelung als *Frauen* (G 4.5).

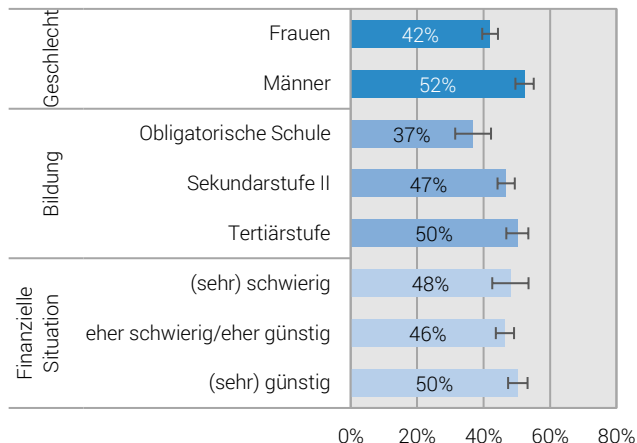
Bei der Mammografie zeigen sich keine Unterschiede nach *Bildung* (G 4.5), bei der Prostata- und Darmkrebsvorsorge dagegen schon: Personen mit tertiärer Bildung nehmen beide Vorsorgeuntersuchungen häufiger wahr als Personen ohne nachobligatorische Bildung. Die Aufschlüsselung nach Geschlecht bei der Darmkrebsvorsorge zeigt jedoch, dass die Unterschiede nach Bildungsniveau nur bei Männern signifikant sind (G 4.6). Die Ergebnisse nach *finanzieller Situation* zeigen keine signifikanten Unterschiede (G 4.5).

Ergebnisse nach *Nationalität* können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht ausgewiesen werden.

G 4.5 Krebsvorsorgeuntersuchungen: Überblick, 2022 (50- bis 75-Jährige)

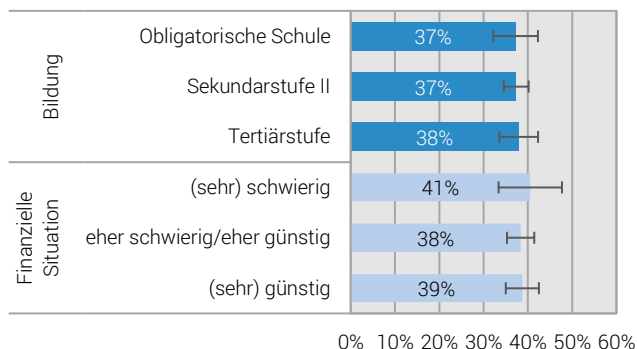
Darmkrebsvorsorge (Hämoccult-Test in den letzten 2 Jahren oder Darmspiegelung in den letzten 10 Jahren)

Gesamtschweizerischer Durchschnitt: 47%



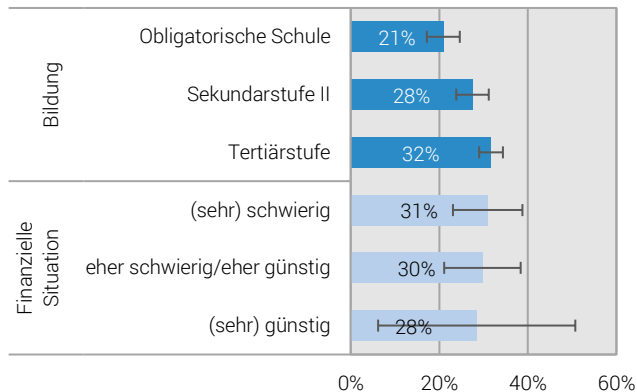
Mammografie (Untersuchung in den letzten 2 Jahren)

Gesamtschweizerischer Durchschnitt: 38%



Prostatauntersuchung (Untersuchung in den letzten 2 Jahren)

Gesamtschweizerischer Durchschnitt: 29%



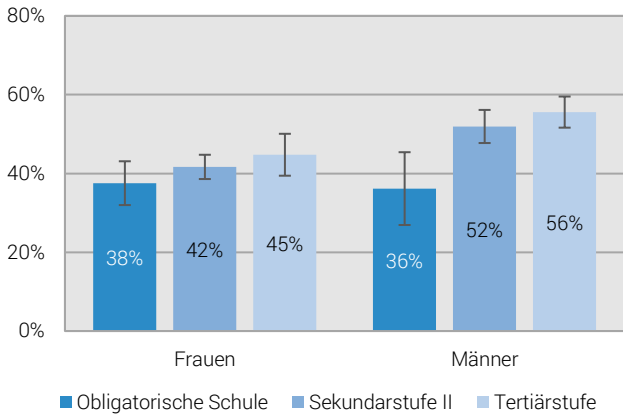
Frauen/Männer: aus methodischen Gründen auf Basis der Registervariable definiert (vgl. Anhang A.2)

Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

G 4.6 Darmkrebsvorsorge nach Geschlecht und Bildung, 2022
(50- bis 75-Jährige)



Hämocult-Test in den letzten 2 Jahren oder Darmspiegelung in den letzten 10 Jahren

Frauen/Männer: aus methodischen Gründen auf Basis der Registervariable definiert (vgl. Anhang A.2)

Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

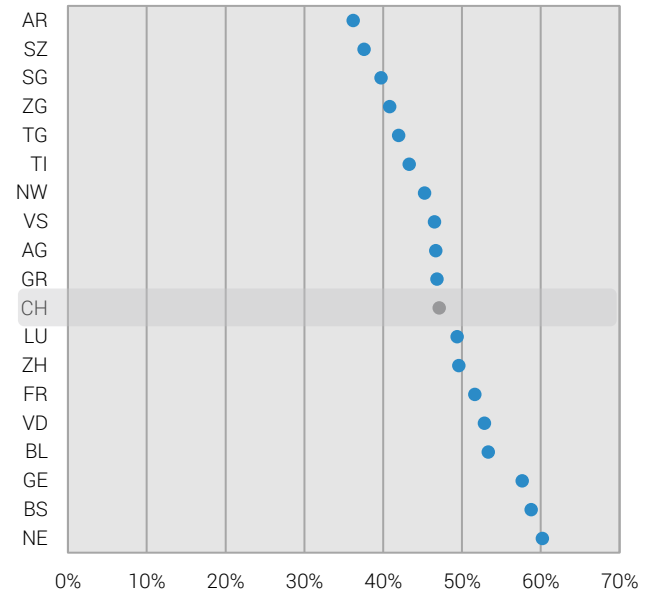
Der *Kantonsvergleich* zeigt interessante Unterschiede (G 4.7): Der Anteil der 50- bis 75-Jährigen, die innerhalb der empfohlenen Frist eine Darmkrebs-Früherkennung zur Vorsorge in Anspruch genommen haben, schwankt zwischen 36% (Appenzell Ausserrhoden) und 60% (Neuenburg). Diese Unterschiede lassen sich u. a. mit der Existenz von Screening-Programmen erklären.¹ So haben Kantone wie Neuenburg, Basel-Stadt und Genf Darmkrebs-Früherkennungsprogramme – im Gegensatz zu Kantonen wie Appenzell Ausserrhoden, Schwyz, Zug, Thurgau oder Nidwalden.

Noch grösser sind die Unterschiede bei der Mammografie: In den Kantonen Appenzell Ausserrhoden (14%) und Schwyz (17%) haben weniger als ein Fünftel der Frauen zwischen 50 und 75 Jahren in den zwei Jahren vor der Befragung eine Mammografie im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung durchführen lassen. In den Kantonen Genf (62%), Freiburg (60%), Neuenburg (59%), Waadt (57%) und Basel-Stadt (54%) sind es deutlich mehr als die Hälfte. Auch hier besteht ein klarer Zusammenhang mit Mammografie-Screening-Programmen: Alle Kantone mit Werten über dem Schweizer Durchschnitt verfügen über ein Brustkrebs-Früherkennungsprogramm.²

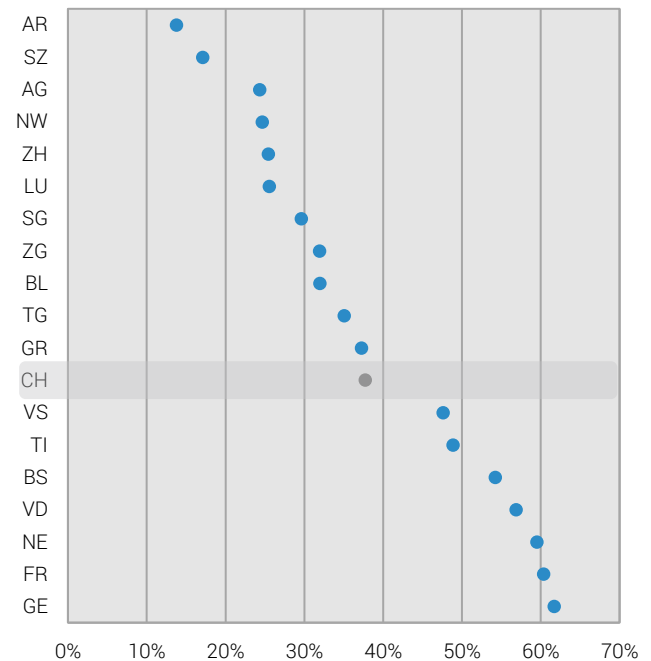
¹ www.swisscancerscreening.ch

G 4.7 Krebsvorsorgeuntersuchungen: Kantonsvergleich, 2022
(50- bis 75-Jährige)

Darmkrebsvorsorge (Hämocult-Test in den letzten 2 Jahren oder Darmspiegelung in den letzten 10 Jahren)



Mammografie (Untersuchung in den letzten 2 Jahren)



Geschlechts- und altersstandardisierte Analysen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

4.4 Verzicht auf Gesundheitsleistungen



Key messages

- Personen ohne nachobligatorische Ausbildung sowie mit tiefem Einkommen verzichten häufiger auf notwendige medizinische oder zahnärztliche Untersuchungen oder Behandlungen – sehr gross sind die Unterschiede nach materieller und sozialer Deprivation.
- In Bezug auf den Verzicht auf Gesundheitsleistungen sind die Unterschiede nach Bildung und teilweise auch nach Einkommen und Einkommensarmut bei Männern deutlich ausgeprägter.
- Personen mit Migrationshintergrund berichten rund doppelt so häufig von einem Verzicht auf medizinische oder zahnärztliche Leistungen, unabhängig davon, welcher Bildungsgruppe sie angehören oder ob sie von Einkommensarmut betroffen sind oder nicht.

Der Verzicht auf medizinische Leistungen (z. B. Arztbesuch, empfohlene medizinische Tests, Behandlungen oder Nachuntersuchungen sowie verschriebene Medikamente) ist ein wichtiger Indikator im Hinblick auf gesundheitliche Chancengleichheit. Ein solcher Verzicht kann unterschiedliche Gründe haben: finanzielle Gründe, keine Praxis gefunden, Sprachbarrieren etc. Im Folgenden wird der Verzicht auf notwendige Leistungen aus Kostengründen präsentiert. Es wird zwischen medizinischen Behandlungen/Untersuchungen und zahnärztlichen Leistungen unterschieden.

Verzicht auf notwendige medizinische Behandlung oder Untersuchung

1,2% der Bevölkerung haben im letzten Jahr der Befragung aus Kostengründen auf eine notwendige medizinische Behandlung oder Untersuchung verzichtet. Zwischen den *Geschlechtern* zeigt sich kein relevanter Unterschied (G 4.8). Zu beachten ist allgemein, dass die Fallzahlen relativ klein sind, weshalb die Ergebnisse z. T. grosse Vertrauensintervalle zeigen und nur begrenzt interpretierbar sind.

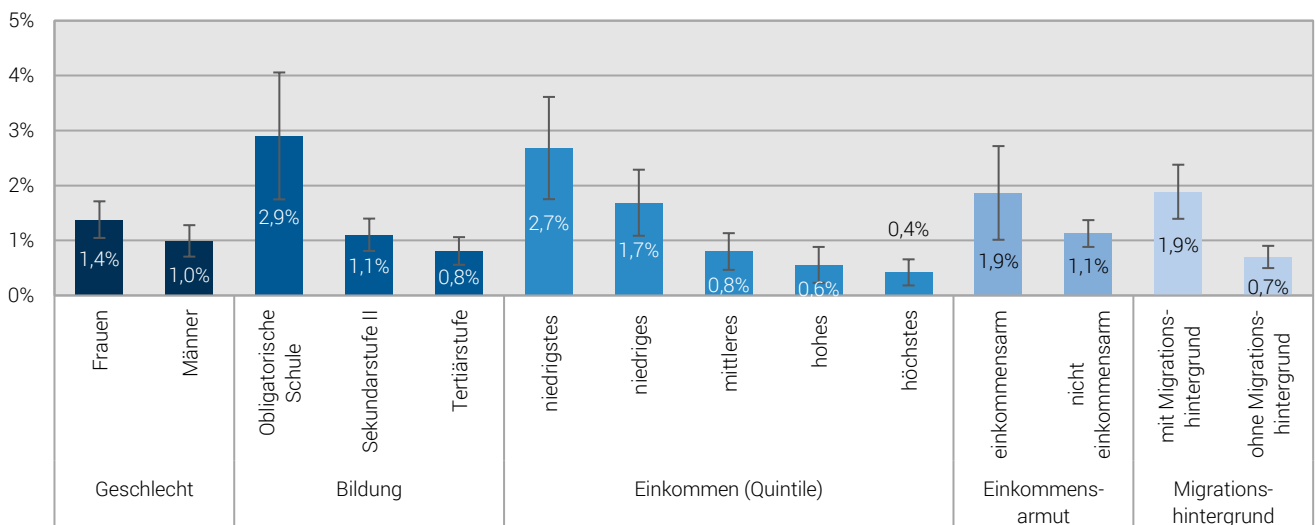
Bei Personen ohne nachobligatorische *Ausbildung* und Personen mit niedrigem *Einkommen* ist ein solcher Verzicht häufiger als bei Personen mit einer höheren Bildung bzw. einem höherem Einkommen (G 4.8). Bei den Analysen nach *Einkommensarmut* ist der Unterschied statistisch nicht signifikant, vgl. dazu aber die Ausführungen oben zu den kleinen Fallzahlen. Vertiefte Analysen zeigen, dass Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen nur bei Männern bestehen. Nach Einkommen sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern etwa gleich ausgeprägt (nicht dargestellt). Die Unterschiede nach Bildung und Einkommen nehmen im höheren Alter ab (nicht dargestellt).

Sehr deutlich fallen die Unterschiede nach *materieller und sozialer Deprivation* aus (G 4.9): Dieser Index beschreibt den Anteil Personen, die aus finanziellen Gründen auf wichtige Güter, Dienstleistungen und soziale Aktivitäten verzichten müssen.

Personen mit *Migrationshintergrund* berichten mehr als doppelt so häufig von einem solchen Verzicht als Personen ohne Migrationshintergrund (G 4.8). Der Unterschied nach Migrationshintergrund bleibt bestehen, wenn noch zusätzlich nach Bildung aufgeschlüsselt wird (nicht dargestellt).

G 4.8 Verzicht auf notwendige medizinische Leistungen aus Kostengründen: Überblick, 2023

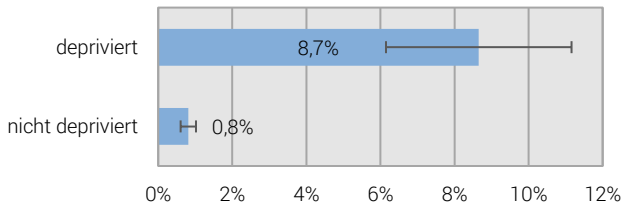
Gesamtschweizerischer Durchschnitt: 1,2%



Quelle: BFS – SILC

© Obsan 2025

G 4.9 Verzicht auf notwendige medizinische Leistungen aus Kostengründen nach materieller und sozialer Deprivation, 2023



Quelle: BFS – SILC

© Obsan 2025

Verzicht auf notwendige zahnärztliche Kontrolle oder Behandlung

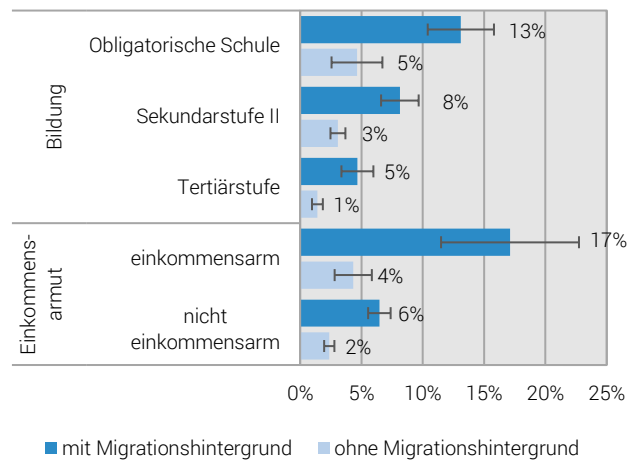
Höhere Werte und ebenfalls deutliche Unterschiede zeigen sich beim Verzicht auf zahnärztliche Leistungen (G 4.10): Etwa 5% der Frauen und Männer haben im Jahr vor der Befragung aus Kostengründen keine zahnärztliche Kontrolle oder Behandlung in Anspruch genommen.

Personen ohne nachobligatorische Ausbildung (10%) verzichteten rund dreimal häufiger auf notwendige zahnärztliche Leistungen als Personen mit Tertiärabschluss (3%; G 4.10). Die Analysen zeigen auch deutlich: Je tiefer das Einkommen, desto höher der Anteil der Personen, die auf notwendige zahnärztliche Leistungen verzichten. Bei Einkommensarmut ist der Anteil mehr als doppelt so hoch. Die Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Einkommensarmut sind bei Männern ausgeprägter als bei Frauen (nicht dargestellt).

Sehr gross sind die Unterschiede beim Verzicht auf zahnärztliche Leistungen nach materieller und sozialer Deprivation (32% versus 3%, nicht dargestellt).

Klare Unterschiede zeigen sich auch nach Migrationshintergrund (G 4.10): Während 3% der Personen ohne Migrationshintergrund von einem solchen Verzicht berichten, sind es bei Personen mit Migrationshintergrund 7%. Diese Unterschiede bleiben auch bestehen, wenn die Ergebnisse noch nach Bildung, Einkommensgruppen (nicht dargestellt) oder Einkommensarmut aufgeschlüsselt werden (G 4.11): Personen mit Migrationshintergrund berichten häufiger von einem Verzicht auf zahnärztliche Leistungen, unabhängig davon, welcher Bildungsgruppe sie angehören oder ob sie von Einkommensarmut betroffen sind oder nicht.

G 4.11 Verzicht auf notwendige zahnärztliche Leistungen aus Kostengründen nach Bildung/Einkommensarmut und Migrationshintergrund, 2023

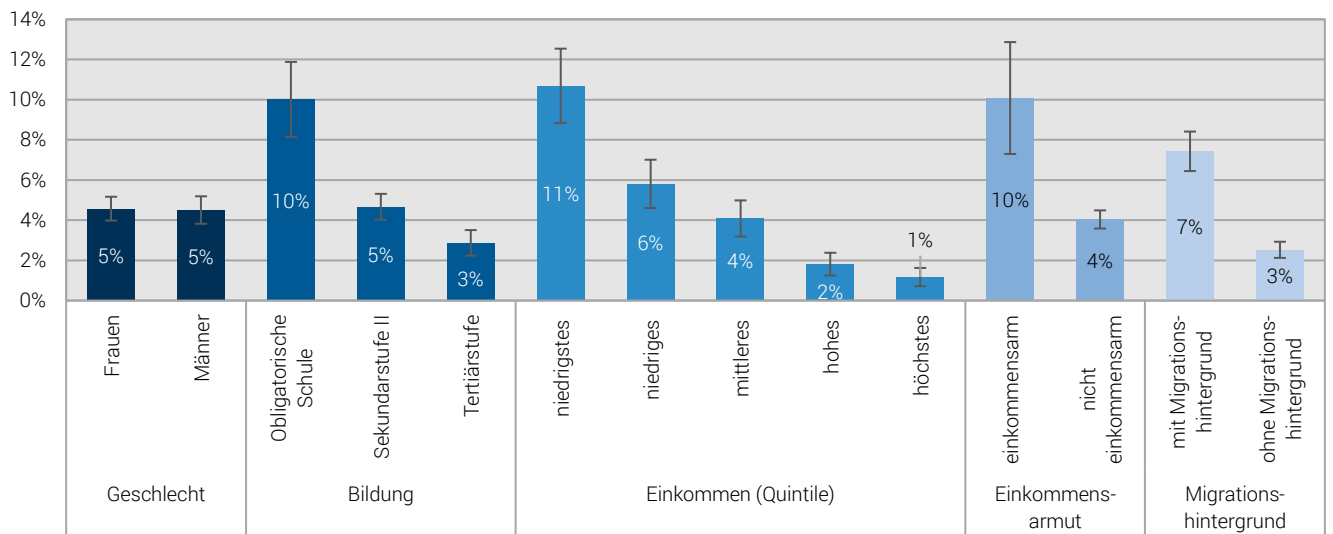


Quelle: BFS – SILC

© Obsan 2025

G 4.10 Verzicht auf notwendige zahnärztliche Leistungen aus Kostengründen: Überblick, 2023

Gesamtschweizerischer Durchschnitt: 5%



Quelle: BFS – SILC

© Obsan 2025

4.5 Potenziell vermeidbare Hospitalisationen



Key messages

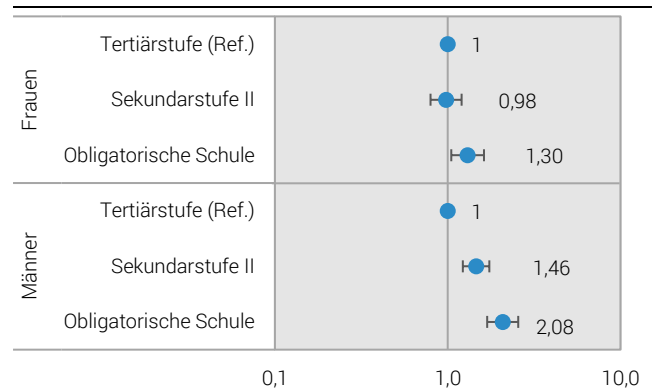
- Männer haben ein erhöhtes Risiko für potenziell vermeidbare Hospitalisationen.
- Tiefere Bildung geht mit einem deutlich höheren Risiko für potenziell vermeidbare Hospitalisationen einher, wobei dieser Unterschied bei Männern und bei 50- bis 64-Jährigen am ausgeprägtesten ist.
- Alleinlebende Personen haben ein erhöhtes Risiko für potenziell vermeidbare Hospitalisationen.
- Sprachliche Barrieren und Migrationsstatus (1. Generation) sind mit einem erhöhten Risiko für potenziell vermeidbare Hospitalisationen assoziiert.
- Asylsuchende und vorläufig aufgenommene Flüchtlinge haben ein massiv erhöhtes Risiko.

Potenziell vermeidbare Hospitalisationen sind ein breit akzeptierter Indikator für Qualität und Zugänglichkeit der gesundheitlichen Grundversorgung. Er basiert auf Erkrankungen, bei denen mit einer angemessenen, zeit- und wohnortsnahen ambulanten Versorgung und adäquaten Ressourcen zur Krankheitsbewältigung kein stationärer Aufenthalt notwendig wäre. Damit kann dieser Indikator Hinweise auf bestehende soziale Ungleichheiten im Zugang zur ambulanten Versorgung geben. Dargestellt sind die für Alter und Geschlecht adjustierten Odds Ratios (OR) und Vertrauensintervalle (vgl. Lesehilfe am Ende der Einleitung dieses Berichts).

Männer haben im Vergleich zu Frauen ein um 32% erhöhtes Risiko für eine potenziell vermeidbare Hospitalisation (G 4.12).

Das Risiko für vermeidbare Hospitalisationen unterscheidet sich stark nach Bildungsniveau (G 4.12). Im Vergleich zu Personen mit einem Tertiärabschluss weisen Personen mit einem Abschluss der Sekundarstufe II bereits ein um 26% erhöhtes Risiko auf. Das erhöhte Risiko steigt bei Personen ohne nachobligatorische Ausbildung auf 71% an. Wie Grafik G 4.13 zeigt, ist dieser Unterschied nach Bildung und nach Geschlecht unterschiedlich ausgeprägt:

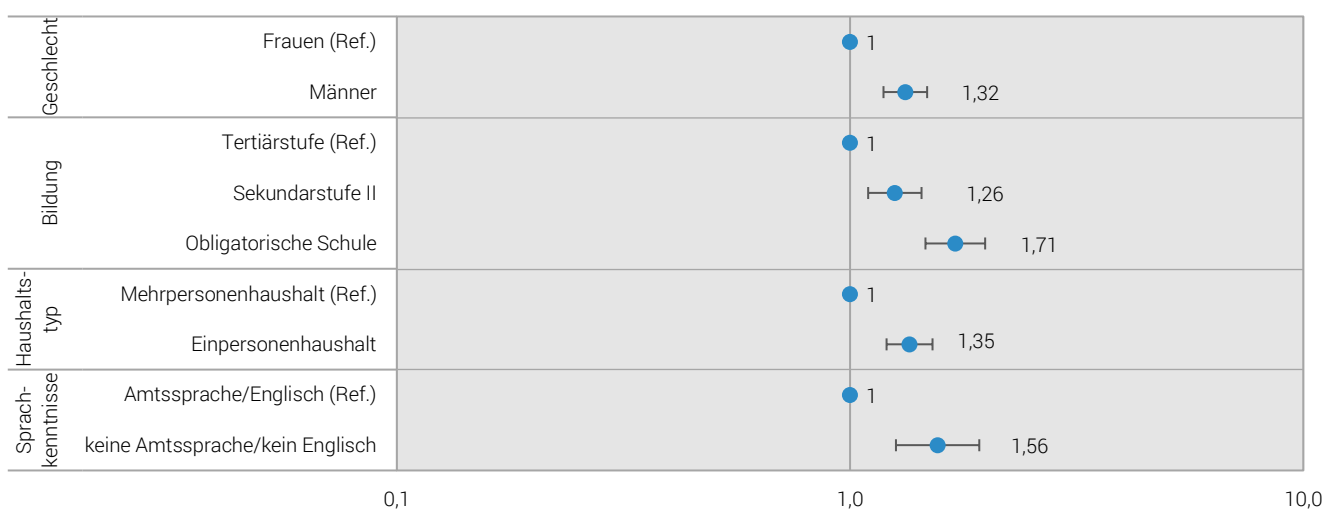
G 4.13 Risiko für potenziell vermeidbare Hospitalisationen nach Geschlecht und Bildung, 2022 (25- bis 84-Jährige)



Dargestellt sind adjustierte Odds Ratios und 95%-Vertrauensintervalle. Modell adjustiert für Alter

Quelle: BFS – Datensatz MS/CoD/SE (Analyse FHNW) © Obsan 2025

G 4.12 Risiko für potenziell vermeidbare Hospitalisationen: Überblick, 2022 (25- bis 84-Jährige)



Dargestellt sind adjustierte Odds Ratios und 95%-Vertrauensintervalle.

Modell adjustiert für Geschlecht und Alter; Ergebnisse nach Geschlecht: zusätzlich adjustiert nach Bildung

Quelle: BFS – Datensatz MS/CoD/SE (Analyse FHNW)

© Obsan 2025

Männer der tiefsten Bildungsgruppe haben ein mehr als doppelt so hohes Risiko für vermeidbare Hospitalisationen wie Männer mit Tertiärabschluss. Bei Frauen ist der Unterschied nach Bildungsniveau deutlich geringer.

Die Bildungsunterschiede variieren auch nach Alter (G 4.14). Bei den 25- bis 49-Jährigen zeigt sich hinsichtlich des Risikos für vermeidbare Hospitalisationen kein signifikanter Unterschied nach Bildungsniveau. Bei den 50- bis 64-Jährigen sieht das Bild anders aus: Personen ohne nachobligatorische Ausbildung haben ein fast dreimal so hohes Risiko wie Personen mit Tertiärabschluss. Mit zunehmendem Alter geht dieser Unterschied zurück, bleibt aber bis zum Alter von 75 Jahren erheblich: Die 65- bis 74-Jährigen ohne nachobligatorische Ausbildung haben ein um 81% erhöhtes Risiko.

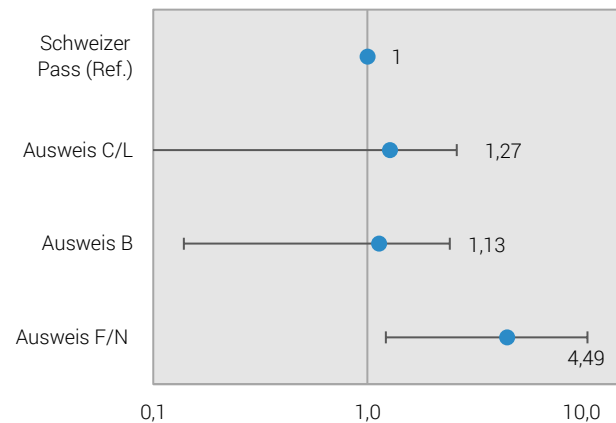
Wie der Übersichtsgrafik (G 4.12) weiter zu entnehmen ist, haben Personen, die *allein leben*, ein um 35% erhöhtes Risiko für potenziell vermeidbare Spitalaufenthalte.

Unterschiede hinsichtlich des Risikos für vermeidbare Hospitalisationen zeigen sich auch nach *Sprachkenntnissen* (G 4.12): Personen, die weder eine Amtssprache noch Englisch sprechen, haben ein um 56% erhöhtes Risiko. Analysen nach *Migrationshintergrund* (nicht dargestellt) zeigen ein ebenfalls erhöhtes Risiko (OR: 1,41) für Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation. Für Personen der 2. Generation lassen sich keine Unterschiede erkennen.

Die Analysen, die für diesen Indikator auch nach *Aufenthaltsstatus* durchgeführt werden konnten, fallen sehr deutlich aus (G 4.15): Personen mit einem Ausweis N (Asylsuchende) oder F (vorläufig

aufgenommene Flüchtlinge) haben ein 4,5-fach erhöhtes Risiko für eine potenziell vermeidbare Hospitalisation im Vergleich zu Personen mit einem Schweizer Pass. Für die anderen Ausweiskategorien (C, L und B) ergeben sich keine signifikanten Unterschiede.

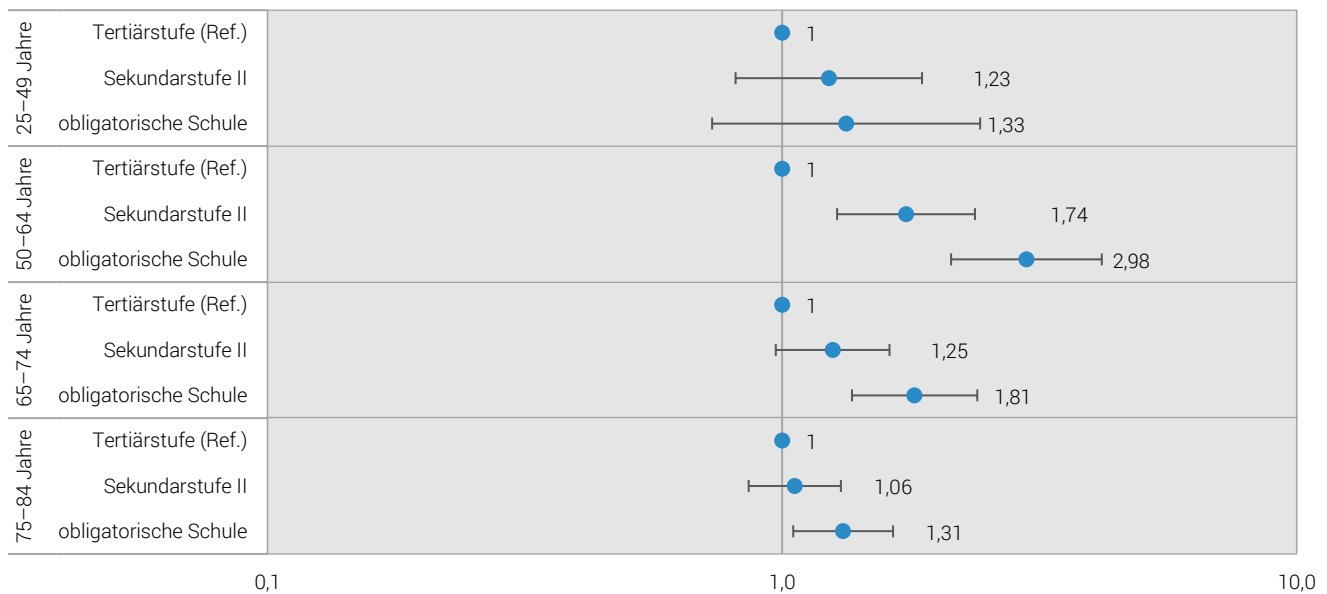
G 4.15 Risiko für potenziell vermeidbare Hospitalisationen nach Aufenthaltsstatus, 2017–2022 (25- bis 84-Jährige)



Ausweise: C = Niederlassungsbewilligung; L = Kurzaufenthaltsbewilligung; B = Aufenthaltsbewilligung; F = vorläufig aufgenommene Flüchtlinge; N = Asylsuchende
 Dargestellt sind adjustierte Odds Ratios und 95%-Vertrauensintervalle.
 Modell adjustiert für Geschlecht und Alter

Quelle: BFS – Datensatz MS/CoD/SE (Analyse FHNW) © Obsan 2025

G 4.14 Risiko für potenziell vermeidbare Hospitalisationen nach Alter und Bildung, 2022 (25- bis 84-Jährige)



Dargestellt sind adjustierte Odds Ratios und 95%-Vertrauensintervalle.
 Modell adjustiert für Geschlecht

Quelle: BFS – Datensatz MS/CoD/SE (Analyse FHNW)

© Obsan 2025

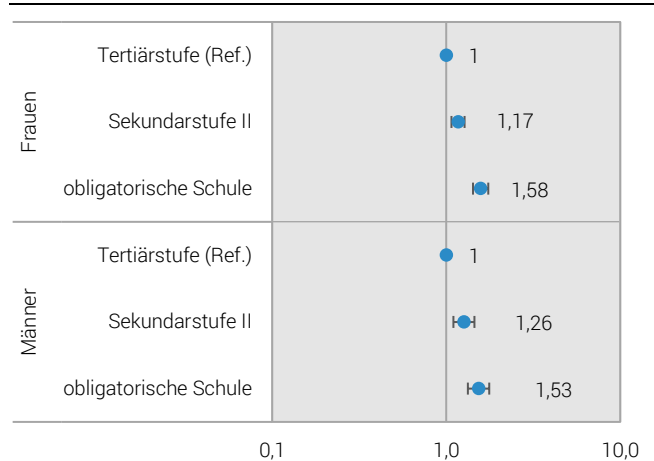
4.6 Ungeplante Rehospitalisationen

Key messages

- Bei Männern sind ungeplante Rehospitalisationen häufiger.
- Das Risiko einer ungeplanten Rehospitalisation steigt mit tieferer Bildung.
- Personen, die allein leben, haben ein erhöhtes Risiko für eine ungeplante Rehospitalisation.
- Es zeigt sich ein erhöhtes Risiko für Personen mit Sprachbarrieren und für Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation.
- Asylsuchende und vorläufig aufgenommene Flüchtlinge haben ein massiv erhöhtes Risiko.
- Halb(-privat) versicherte Personen haben ein geringes Risiko für eine ungeplante Rehospitalisation.

Es werden alle ungeplanten, notfallmässigen Wiedereintritte analysiert, die innert 30 Tagen nach einem Spitalaufenthalt wegen bestimmten chronischen Erkrankungen erfolgen. Diese notfallmässigen Wiedereintritte könnten mit einer adäquaten Nachsorge und Therapie sowie ausreichender Patientenbildung weitgehend verhindert werden. Die Analysen beschränken sich nicht auf Rehospitalisationen wegen derselben Erkrankung, da bei chronischen Erkrankungen die Hälfte der Wiedereintritte wegen einer anderen Diagnose erfolgt.

G 4.17 Risiko für ungeplante Rehospitalisationen nach Geschlecht und Bildung, 2017–2021 (25-Jährige und Ältere)



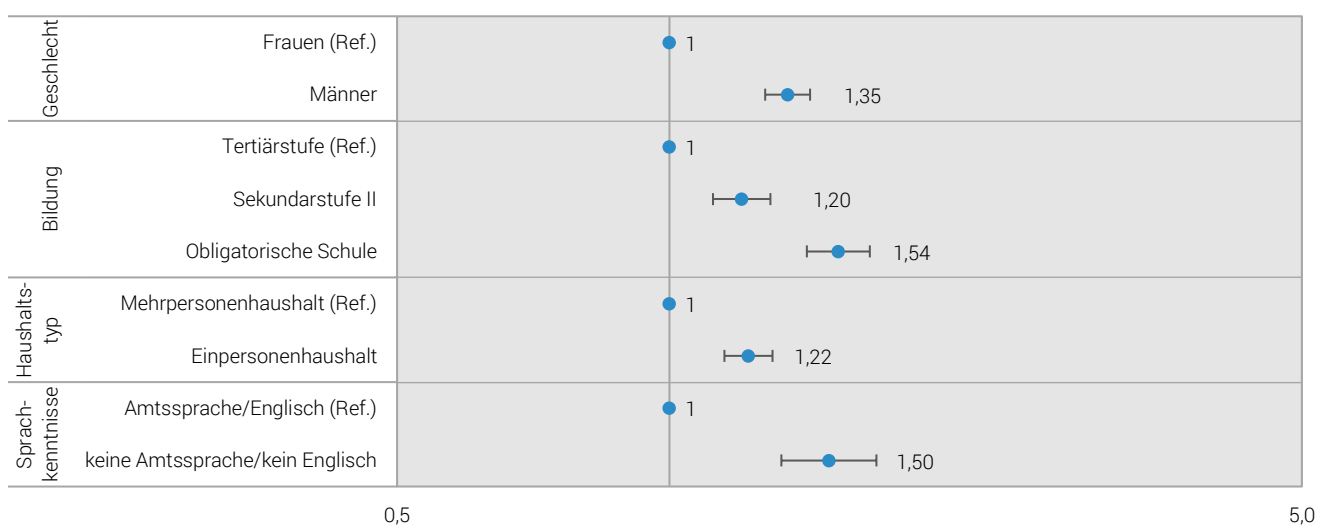
Dargestellt sind adjustierte Odds Ratios und 95%-Vertrauensintervalle. Modell adjustiert für Alter

Quelle: BFS – Datensatz MS/CoD/SE (Analyse FHNW) © Obsan 2025

Dargestellt sind die für Alter und Geschlecht adjustierten Odds Ratios (OR) und Vertrauensintervalle (vgl. Lesehilfe am Ende der Einleitung dieses Berichts).

Das Risiko für eine ungeplante Rehospitalisation ist bei *Männern* im Vergleich zu *Frauen* um 35% erhöht (G 4.16).

G 4.16 Risiko für ungeplante Rehospitalisationen: Überblick, 2017–2021 (25-Jährige und Ältere)



Dargestellt sind adjustierte Odds Ratios und 95%-Vertrauensintervalle.

Modell adjustiert für Geschlecht und Alter; Ergebnisse nach Geschlecht: zusätzlich adjustiert nach Bildung

Quelle: BFS – Datensatz MS/CoD/SE (Analyse FHNW)

© Obsan 2025

Je niedriger das *Bildungsniveau*, desto höher ist das Risiko einer ungeplanten Rehospitalisation (G 4.16). Das entsprechende Risiko ist bei Personen ohne nachobligatorische Ausbildung um 53% höher als bei Personen mit tertiärer Ausbildung. Bei Personen mit Abschluss auf Sekundarstufe II ist es noch um 20% erhöht. Diese Unterschiede der Risiken nach Bildung sind bei Frauen und Männern etwa gleich stark ausgeprägt (G 4.17).

Die Übersichtsgrafik (G 4.16) zeigt weiter, dass Personen, die *allein leben*, ein um 22% erhöhtes Risiko für ungeplante Rehospitalisationen haben.

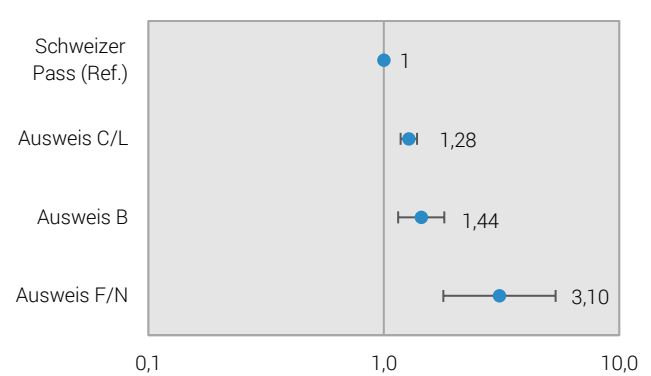
Unterschiede beim Rehospitalisierungsrisiko zeigen sich auch in Abhängigkeit von den *Sprachkenntnissen* (G 4.16): Personen, die weder eine Amtssprache noch Englisch sprechen, haben ein um 50% erhöhtes Risiko. Die Ergebnisse für den *Migrationshintergrund* (nicht dargestellt) zeigen ein ebenfalls erhöhtes Risiko für Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation (OR: 1,33). Bei der 2. Generation lässt sich kein Unterschied erkennen.

Grafik G 4.18 zeigt die Ergebnisse nach *Versicherungsklasse und Alter*. Personen, die halbprivat oder privat versichert sind, haben ein geringeres Risiko für eine ungeplante Rehospitalisation als allgemein Versicherte. Dieser Unterschied zeigt sich in allen Altersgruppen, er ist aber für die unter 50-Jährigen und die über 85-Jährigen nicht signifikant.

Die Analysen nach *Aufenthaltsstatus*, die für diesen Indikator durchgeführt werden konnten, zeigen grosse Unterschiede (G 4.19): Ausländerinnen und Ausländer mit einer Niederlassungsbewilligung (Ausweis C) oder einer Kurzaufenthaltsbewilligung (L) haben ein um 28% erhöhtes Risiko einer ungeplanten

Rehospitalisation im Vergleich zu Schweizerinnen und Schweizern. Bei Ausländerinnen und Ausländern mit einer Aufenthaltsbewilligung (Ausweis B) steigt dieses Risiko auf 44%. Personen mit einem Ausweis N (Asylsuchende) oder F (vorläufig aufgenommene Flüchtlinge) haben ein mehr als dreimal so hohes Risiko für einen ungeplanten Wiedereintritt im Vergleich zu Personen mit einem Schweizer Pass.

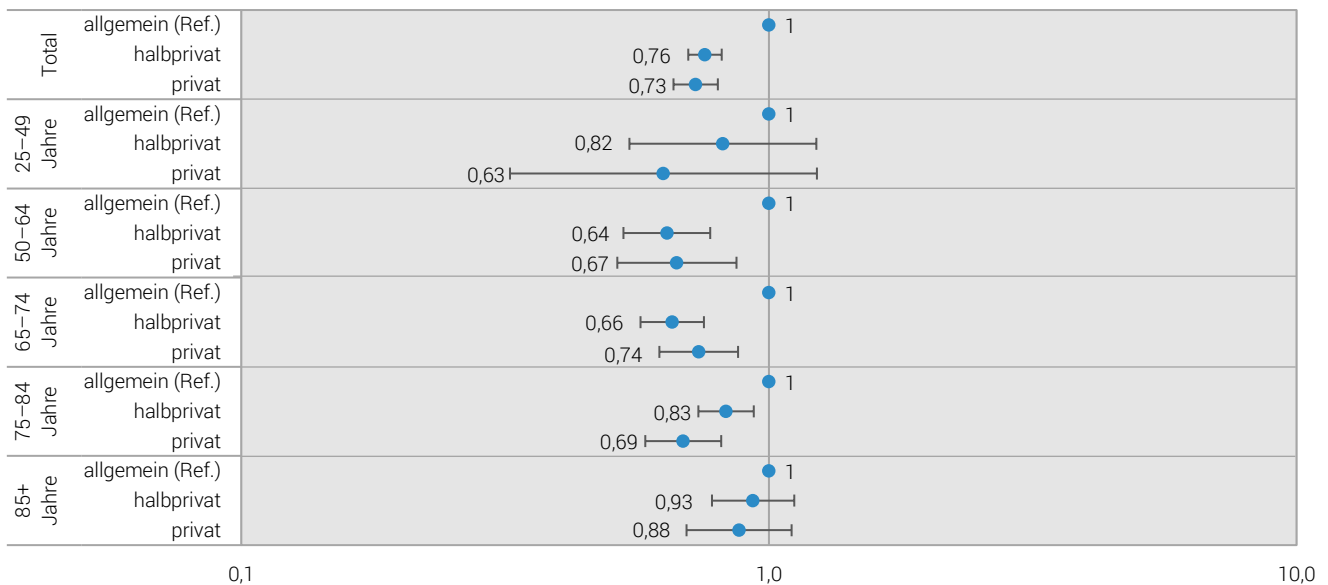
G 4.19 Risiko für ungeplante Rehospitalisationen nach Aufenthaltsstatus, 2017–2021 (25-Jährige und Ältere)



Ausweise: C = Niederlassungsbewilligung; L = Kurzaufenthaltsbewilligung; B = Aufenthaltsbewilligung; F = vorläufig aufgenommene Flüchtlinge; N = Asylsuchende
Dargestellt sind adjustierte Odds Ratios und 95%-Vertrauensintervalle. Modell adjustiert für Geschlecht und Alter

Quelle: BFS – Datensatz MS/CoD/SE (Analyse FHNW) © Obsan 2025

G 4.18 Risiko für ungeplante Rehospitalisationen nach Versicherungsklasse, 2017–2021 (25-Jährige und Ältere)



Dargestellt sind adjustierte Odds Ratios und 95%-Vertrauensintervalle. Modell adjustiert für Geschlecht

Quelle: BFS – Datensatz MS/CoD/SE (Analyse FHNW)

© Obsan 2025

5 Gesundheitliche Lage spezifischer Bevölkerungsgruppen



Die im vorherigen Kapitel präsentierten Indikatoren ergeben ein breites und vertieftes Bild der gesundheitlichen Ungleichheit in der Schweiz. Dennoch gibt es sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen, die mit den vorhandenen quantitativen Daten nicht oder nur unzureichend abgebildet werden können. Dies hängt u. a. mit den folgenden Punkten zusammen:

- Bei einem Teil der verwendeten Datenquellen handelt es sich um Bevölkerungsbefragungen. Dabei werden bestimmte Bevölkerungsgruppen nicht erreicht oder sind unterrepräsentiert, obwohl sie im Hinblick auf gesundheitliche Ungleichheiten von zentraler Bedeutung sind, z. B. Personen im Asylprozess, Personen in Institutionen (Pflegeheime, Gefängnisse), Personen in einem schlechten Gesundheitszustand, Personen mit kognitiven Einschränkungen, Personen in prekären Lebenssituationen (Personen ohne festen Wohnsitz oder ohne gültige Aufenthaltsbewilligung) sowie Personen mit ungenügenden Kenntnissen einer der drei Landessprachen.
- Einige Personengruppen werden zwar in den Erhebungen (z. B. Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Todesursachenstatistik) erfasst, sind jedoch nicht als solche

identifizierbar, da Merkmale wie Geburtsgeschlecht/Geschlechtsidentität oder Aufenthaltsstatus nicht erfasst werden.

- Selbst wenn relevante soziale Merkmale erfasst werden, sind die Fallzahlen oft zu klein, um aussagekräftige Analysen zu ermöglichen.

Im Folgenden werden ausgewählte Bevölkerungsgruppen betrachtet, die in den im Bericht präsentierten Ergebnissen nicht oder nur unzureichend repräsentiert sind. Diese Auswahl erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Viele der ausgewählten Bevölkerungsgruppen weisen jedoch aufgrund der Kumulation mehrerer Benachteiligungsmerkmale eine besonders hohe soziale Benachteiligung auf.

Zu beachten ist, dass es Bevölkerungsgruppen gibt, bei denen eine Kumulation von Benachteiligungsmerkmalen vorliegt. Dies kann zu einer zusätzlichen Vulnerabilität führen, z. B. bei Flüchtlingen mit Behinderungen oder bei älteren Menschen im Freiheitsentzug.

5.1 Kinder und Jugendliche

Im Indikatorenteil wurden anhand der HBSC-Daten bereits einige Ergebnisse zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen präsentiert. Dennoch bleibt die Datenlage im Hinblick auf gesundheitliche Ungleichheiten für diese Bevölkerungsgruppe insgesamt verbesserungswürdig. Aufgrund der Bedeutung und Grösse dieser Bevölkerungsgruppe wird daher hier nochmals gesondert auf sie eingegangen.

Die gesundheitliche Entwicklung wird massgeblich in der Kindheit und im Jugendalter geprägt. Entsprechend können sich gesundheitliche Ungleichheiten in frühen Lebensphasen auf das gesamte Leben auswirken und sich im Lebensverlauf noch verstärken (vgl. «Blickpunkt 6» im Kapitel 7).

Über die Zahl der Kinder, die auf die eine oder andere Weise von sozialer Benachteiligung betroffen sind, liegen nur wenige Daten vor. Zahlen des BFS zeigen, dass im Jahr 2014 jedes zwanzigste Kind von Einkommensarmut betroffen (73 000 Kinder) und jedes sechste Kind armutsgefährdet war (234 000 Kinder) (BFS, 2016). Weiter zu nennen sind Kinder von Eltern im Asylverfahren, die aufgrund ihrer Wohnsituation, eingeschränkter finanzieller Mittel und ungewisser Zukunftsperspektiven in einer besonders belastenden Lage leben (siehe hierzu auch Unterkapitel 5.3 über Geflüchtete). Eine besonders vulnerable Gruppe sind unbegleitete Minderjährige im Asylverfahren (UMA) sowie Kinder von Sans-Papiers (siehe Unterkapitel 5.4). Gemäss dem SEM wurden im Jahr 2023 3271 Asylgesuche von UMA eingereicht, was 11% aller Asylgesuche dieses Jahres entspricht.

Die Datenlage zur Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen weist Verbesserungspotenzial auf – insbesondere, wenn es um spezifische Informationen nach sozialen Merkmalen geht. Im Indikatorenteil dieses Berichts werden jedoch zumindest einige Ergebnisse zur sozialen Lage von Kindern und Jugendlichen dargestellt. Studien belegen, dass soziale Ungleichheiten bereits in der Kindheit und Jugend deutliche gesundheitliche Auswirkungen zeigen. So sind Kinder aus sozioökonomisch benachteiligten Familien beispielsweise häufiger übergewichtig (vgl. Kapitel 1.7; GFCH, 2022; Lampert & Kuntz, 2019). Daten aus Deutschland zeigen, dass Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien insgesamt einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen und z. B. häufiger von psychischen Belastungen sowie Verhaltensauffälligkeiten betroffen sind (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2024).

5.2 Ältere Menschen

Ältere Menschen sind sowohl in Bevölkerungsbefragungen wie der SGB und SILC als auch in der Krankenhausstatistik erfasst. Bei Bevölkerungsbefragungen ist jedoch zu beachten, dass die Gesundheit älterer Menschen tendenziell positiver dargestellt wird, da ausschliesslich Personen in Privathaushalten befragt werden. Dadurch bleiben ältere Menschen in Alters- und Pflegeheimen unberücksichtigt. Zudem sind Personen, die zu Hause leben, aber aufgrund ihres Gesundheitszustands nicht an Befragungen teilnehmen können (etwa aufgrund einer Demenzerkrankung), in den Daten unterrepräsentiert.

Die Datenlage ist somit insbesondere für hochaltrige Menschen und Personen in Pflegeheimen unzureichend. Aufgrund der Bedeutung und Grösse dieser Bevölkerungsgruppe wird hier nochmals gesondert auf sie eingegangen.

In der Schweiz sind rund 1,7 Millionen Menschen 65 Jahre oder älter (BFS, 2024a). Eine halbe Million davon hat das 80. Lebensjahr erreicht oder überschritten. Rund 100 000 Personen in der Schweiz leben in einem Pflegeheim.

Die Studie «Gesundheit der älteren Bevölkerung in der Schweiz» (Höglinger et al., 2019) zeigt, dass soziale Ungleichheiten die Chancen auf ein gesundes Altern stark beeinflussen. Trotz des allgemein hohen Lebensstandards in der Schweiz gibt es deutliche Unterschiede in Gesundheit, Lebensqualität und Alltagsautonomie älterer Menschen, die auf Faktoren wie Bildung, Einkommen, Migrationserfahrung und Haushaltsgrösse zurückzuführen sind. Die Studie zeigt, dass soziale Isolation die Bewältigung von Belastungssituationen und Krankheit erschwert. Alleinlebenden gelingt es oft nicht, die im Haushalt fehlenden sozialen Ressourcen für eine hohe Lebensqualität durch externe Ressourcen zu ersetzen: Personen, die im Alter allein leben, sind von deutlich schlechterer subjektiver Gesundheit, geringerer Lebensqualität, weniger Alltagsautonomie, mehr Depressionen und mehr Schmerzen betroffen.

Eine besonders vulnerable Gruppe stellen ältere Migrantinnen und Migranten dar, die z. B. aufgrund von Sprachbarrieren, geringem Einkommen oder unsicherem Aufenthaltsstatus sozial benachteiligt sind. Sie sind einerseits häufiger von gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen und haben andererseits besondere Bedürfnisse in Bezug auf die Versorgung im Alter (BAG, 2024).

5.3 Geflüchtete Menschen

Ende 2024 befanden sich in der Schweiz rund 132 500 Personen im Asylprozess, inklusive vorläufig aufgenommener Personen und Personen mit einem Schutzstatus (SEM, 2024). Rund 65 500 Personen leben als anerkannte Flüchtlinge mit einem B-Ausweis in der Schweiz. Hinzu kommen eingebürgerte Flüchtlinge.

Geflüchtete Menschen sind aufgrund ihrer Lebenserfahrungen und ihrer Lebenssituation besonderen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt (vgl. dazu auch «Blickpunkt 3» im Kapitel 7). Sie sind häufig durch Erlebnisse vor oder während der Flucht belastet und teilweise traumatisiert. Zudem sind sie mit allgemeinen migrationspezifischen Stressfaktoren wie fehlenden Kenntnissen der Landessprache, Verlust der gewohnten Lebenswelt, des sozialen Netzes und des sozialen Status konfrontiert. Dazu kommen postmigratorische Stressfaktoren während des teilweise lange andauernden Asylprozesses: Unterbringung in Asylzentren, fehlende Tagesstruktur, fehlende (rechtliche) Möglichkeit für das Ausüben einer Erwerbstätigkeit, knappe finanzielle Mittel, unklare Zukunftsaussichten etc. Besonders zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang die sogenannten vorläufig aufgenommenen Personen: Aufgrund ihres rechtlichen Status leben sie meist jahrelang in einem permanenten Provisorium der Ungewissheit und Perspektivlosigkeit.

In der Schweiz gibt es nur wenige Daten zur gesundheitlichen Lage von Geflüchteten. Gemäss Schätzungen von Expertinnen und Experten leiden 50–60% der Asylsuchenden in der Schweiz unter Traumafolgestörungen – der Anteil dürfte bei jugendlichen Asylsuchenden noch höher sein (Müller et al., 2018). Eine Studie zeigt, dass Flüchtlinge aus der Ukraine mit Schutzstatus S mehr Somatisierungstendenzen und posttraumatische Belastungssymptome aufweisen als die Allgemeinbevölkerung (Baier et al., 2022). Gemäss einer deutschen Studie (Biddle et al., 2021) haben rund 83% der Flüchtlinge in Sammelunterkünften einen moderaten bis sehr schlechten allgemeinen Gesundheitszustand. Bei 44% lag eine depressive Symptomatik und bei 43% eine Angststörung vor.

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist für Flüchtlinge zwar rechtlich gewährleistet, aber mit vielen Hürden verbunden. Besondere Bedürfnisse haben unbegleitete minderjährige Asylsuchende (UMA), Frauen, traumatisierte Personen sowie Flüchtlinge mit Behinderungen. Für traumatisierte Flüchtlinge gibt es nicht genügend Therapieangebote (Müller et al., 2018). Eine Studie zur sexuellen und reproduktiven Gesundheitsversorgung von Frauen und ihren Säuglingen in Asylunterkünften zeigt weiter, dass der Zugang zu Hebammen, Geburtsvorbereitungskursen sowie Verhütungsmitteln eingeschränkt ist (Cignacco et al., 2017). Ein allgemeines Problem sind Sprachschwierigkeiten: Eine Kostenübernahme für interkulturell Dolmetschende fehlt weitgehend, wobei die Kantone Waadt und Genf Ausnahmen bilden (Müller et al., 2018; Cignacco et al., 2017). Ergebnisse einer deutschen Studie zeigen, dass knapp ein Drittel der geflüchteten Menschen von einem ungedeckten Bedarf (Verzicht auf Leistungen) an primär- wie auch fachärztlicher Versorgung berichten (Biddle et al., 2021).

5.4 Sans-Papiers

Als Sans-Papiers werden Personen bezeichnet, die sich ohne Aufenthaltsberechtigung länger als einen Monat und für eine nicht absehbare Zeit in der Schweiz aufhalten (Morlok et al., 2015). Eine Studie aus dem Jahr 2020 geht von 13 600–24 900 Sans-Papiers allein im Kanton Zürich aus (Rissi & Stalder, 2020). Im Kanton Genf wird von 10 000–15 000 Betroffenen ausgegangen. Die Zahl der Sans-Papiers in der Schweiz insgesamt wird auf 90 000–100 000 geschätzt (BAG, 2023).

Sans-Papiers sind aufgrund ihrer Lebenssituation (prekäre Arbeitsverhältnisse, Leben in der Illegalität, finanzielle Situation) besonderen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt (vgl. dazu auch «Blickpunkt 3» im Kapitel 7). In der Schweiz gibt es nur einzelne Studien zur gesundheitlichen Lage von Sans-Papiers. Die Genfer Langzeitstudie Parchemins beispielsweise untersucht seit 2017, wie sich eine Aufenthaltsbewilligung auf die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Lebensbedingungen von Sans-Papiers auswirkt. Die Ergebnisse zeigen, dass Sans-Papiers einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand, häufigere chronische Gesundheitsprobleme und eine schlechtere psychische Gesundheit aufweisen als die Allgemeinbevölkerung (Fakhoury et al., 2021; Jackson et al., 2022). Diese Ergebnisse werden durch eine Zürcher Studie bestätigt (Rissi & Stalder, 2020). Die Studie weist auch darauf hin, dass die oft fehlenden Kranken- und Unfallversicherungen sowie die teilweise prekären und illegalen Arbeitsbedingungen zur Folge haben, dass Sans-Papiers auch mit gesundheitlichen Beschwerden arbeiten – dies kann wiederum zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands führen.

Aus juristischer Sicht haben «die Sans-Papiers wie alle in der Schweiz wohnhaften Personen die Pflicht, eine Krankenversicherung abzuschliessen [...]. Die Krankenversicherer sind verpflichtet, Sans-Papiers aufzunehmen, und dürfen keine Informationen über sie weitergeben. Dieselbe Geheimhaltungspflicht gilt auch für das Gesundheitspersonal» (BAG, 2023). Rechtlich gesehen haben Sans-Papiers also Zugang zur Gesundheitsversorgung (BAG, 2023; Plattform santé sans-papiers, 2025), in der Realität ist dieser jedoch durch verschiedene Faktoren stark erschwert. Die Mehrheit der Sans-Papiers ist nicht krankenversichert, wofür die damit verbundenen hohen Kosten (Prämien, Franchise, Selbstbehalt, Spitalkostenbeitrag) ein Hauptgrund sind (BAG, 2016). Eine weitere grosse Hürde, das Gesundheitswesen aufzusuchen, stellt auch die nicht ganz unbegründete Angst vor der Weitergabe der Daten an die Migrationsbehörden dar.

Eine medizinische Grundversorgung ist jedoch, zumindest in einigen Regionen, gewährleistet: In verschiedenen Städten und Regionen gibt es inzwischen gut besuchte Gesundheitsambulatorien oder Ärztenetzwerke, in denen sich Sans-Papiers kostenlos oder gegen ein geringes Entgelt untersuchen und behandeln lassen können (Berner Beratungsstelle für Sans-Papiers, 2022; BAG, 2016).

5.5 Menschen mit Behinderungen

In der Schweiz leben 300 000 bis 400 000 Menschen mit einer dauerhaften Beeinträchtigung. Bei einer weiter gefassten Definition von Behinderung sind bis zu 1,7 Millionen Menschen betroffen.

Menschen mit Behinderungen sind in besonderem Masse von Gesundheitsproblemen betroffen, die aufgrund von Komorbidität und deren Wechselwirkungen häufig komplex sind. Je nach Behinderungstyp sowie individuellen Merkmalen wie Geschlecht, Alter, sozialer Lage und weiteren biologischen oder sozialen Gesundheitsdeterminanten unterscheiden sich die Gesundheitsprobleme jedoch erheblich.

Menschen mit Behinderungen stossen im Gesundheitssystem auf vielfältige Barrieren. Ein zentrales Problem sind Kommunikationsschwierigkeiten, die durch sensorische, kognitive oder psychische Einschränkungen entstehen und den Austausch mit dem Gesundheitspersonal erschweren. Entsprechend haben Menschen mit Behinderungen Schwierigkeiten, relevante Gesundheitsinformationen zu erhalten und sich z. B. mit Pflegenden oder Ärztinnen und Ärzten auszutauschen. Gleichzeitig fehlt es dem Gesundheitspersonal oft an Kenntnissen darüber, wie sie auf die spezifischen Bedürfnisse eingehen sollen. Fehlendes Wissen über angemessene Kommunikationsformen sowie Vorurteile und Berührungängste erschweren die Situation zusätzlich. Eine Studie zum Zugang von Menschen mit Hörbehinderung zur Gesundheitsversorgung (Bachmann et al., 2025) zeigt auf, wie diese Barrieren den Zugang zu medizinischer Betreuung für gehörlose und schwerhörige Personen einschränken.

Es bestehen auch strukturelle Hürden innerhalb der Gesundheitsversorgung: So gibt es zu wenige spezialisierte Dienstleistungen, um bestimmte Behinderungsformen angemessen zu berücksichtigen, und Gebäude sowie Materialien sind häufig nicht barrierefrei zugänglich.

Viele Menschen mit Behinderungen verfügen zudem über ein geringes Einkommen, was den Zugang zu medizinischer Versorgung zusätzlich erschwert. Rund die Hälfte der IV-Rentenbeziehenden ist auf Ergänzungsleistungen angewiesen. Hinzu kommen erhebliche finanzielle Belastungen durch die Behinderung selbst, z. B. Therapiekosten, die nicht durch die obligatorische Krankenversicherung (OKP) gedeckt sind, Pflege- und Betreuungskosten sowie nicht vollständig gedeckte Hilfsmittel und Transportkosten. Zusatzversicherungen sind oft schwer zugänglich. Zahlen des Bundesamts für Statistik zeigen, dass 5% der Menschen, die durch eine Behinderung stark eingeschränkt sind, auf eine notwendige medizinische Behandlung verzichten, gegenüber 1% der Menschen ohne Behinderung (vgl. BFS, 2025e).

5.6 Wohnungslose und von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen

In der Schweiz sind schätzungsweise 2200 Personen von Wohnungslosigkeit betroffen und weitere 8000 Menschen von Wohnungsverlust bedroht (Dittmann et al., 2022).

Zwischen Gesundheitszustand und Wohnungslosigkeit besteht eine Wechselwirkung (Blaser et al., 2021; Dittmann et al., 2022): Einerseits können psychische oder körperliche Erkrankungen die Ursache für Wohnungslosigkeit sein. Andererseits begünstigen die Lebensbedingungen auf der Strasse psychische oder körperliche Erkrankungen.

Es gibt nur einzelne Schweizer Studien, die die gesundheitliche Situation wohnungsloser und von Wohnungslosigkeit bedrohter Menschen untersucht. Eine Studie in acht Schweizer Städten hat ergeben, dass 16% der befragten Wohnungslosen ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht bezeichnen (Dittmann et al., 2022). Ein Drittel leidet an chronischen körperlichen und/oder psychischen Erkrankungen. Diese Ergebnisse werden u. a. auch durch deutsche Studien bestätigt. So stellt die NAPSHI-Studie ebenfalls hohe Prävalenzen psychischer und körperlicher Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen fest (Betram et al., 2022).

Zwei Schweizer Studien fokussieren auf die psychische Gesundheit: Eine Basler Studie mit einer Befragung von Fachleuten bestätigt, dass ein grosser Teil der wohnungslosen und von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen an psychischen Störungen leidet. (Blaser et al., 2021). Der Anteil der wohnungslosen Menschen mit psychischen Erkrankungen hat laut den Expertinnen und Experten zugenommen, wobei der Anstieg durch die Coronapandemie verstärkt wurde. Eine Studie zu Personen in Zürcher Wohneinrichtungen stellt weiter fest, dass 96% der Befragten die Kriterien einer psychiatrischen Diagnose erfüllten (Gesundheitsdienste Stadt Zürich, 2022).

Die Gesundheitsversorgung wohnungsloser und von Wohnungslosigkeit bedrohter Menschen weist augenscheinlich Lücken auf. Viele Betroffene nehmen medizinische Angebote nur unzureichend in Anspruch. Da ein Grossteil der wohnungslosen Menschen keine Leistungen der Sozialhilfe beansprucht, bleibt der Zugang zu Gesundheitsangeboten oft eingeschränkt. In der oben genannten Studie in acht Schweizer Städten (Dittmann et al., 2022) geben jedoch lediglich 20% der befragten Wohnungslosen an, dass sie medizinisch ungenügend versorgt seien. Die Unterschiede zwischen den Städten sind dabei gross: In Lugano und Zürich liegt der Anteil der Unterversorgung bei 9%, in Basel dagegen bei 39%.

5.7 Sozialhilfebeziehende

Rund 250 000 Personen in der Schweiz haben 2023 mindestens einmal wirtschaftliche Sozialhilfe erhalten (BFS, 2025d). Die Sozialhilfequote betrug 2,8%. Bevölkerungsgruppen wie Kinder, Ausländerinnen und Ausländer sowie geschiedene Personen haben ein höheres Risiko, von der Sozialhilfe abhängig zu werden. Personen ohne Berufsbildung sind in der Sozialhilfe ebenfalls übervertreten. Die Sozialhilfequote ist zudem in städtischen Gebieten höher und steigt mit zunehmender Gemeindegrösse an.

Sozialhilfebeziehende sind häufig von gesundheitlichen Problemen betroffen: Zum einen, weil gesundheitliche Probleme die Erwerbstätigkeit erschweren, zum anderen, weil sich Armut negativ auf die Gesundheit auswirkt.

Eine grosse Schweizer Studie der Berner Fachhochschule (BFH) und der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) hat den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von Sozialhilfebeziehenden untersucht (Kessler et al., 2021).

Sozialhilfebeziehende verfügen über einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand als die Restbevölkerung: Sie weisen eine schlechtere selbst wahrgenommene Gesundheit auf und sind häufiger von chronischen Krankheiten und Multimorbidität betroffen. Sozialhilfebeziehende haben auch häufiger ein problematisches bzw. risikoreiches Gesundheitsverhalten als die Restbevölkerung. Der schlechtere Gesundheitszustand wurde auch schon in einer Studie der Stadt Bern aus dem Jahr 2015 aufgezeigt (Direktion für Bildung, Soziales und Sport Stadt Bern, 2020).

Die Studie der BFH und der ZHAW (Kessler et al., 2021) zeigt, dass Personen, die Sozialhilfe beziehen, schon vor Beginn der Unterstützung häufiger gesundheitliche Probleme haben als der Rest der Bevölkerung. Zu Beginn der Bezugsperiode ist ihre Gesundheit im Durchschnitt am schlechtesten. Beim Austritt aus der Sozialhilfe verbessert sich ihr Gesundheitszustand meist deutlich. Bei Personen mit mehrjährigen Bezugsperioden zeigen sich weder generelle Verschlechterungen noch Verbesserungen des Gesundheitszustandes über den Verlauf von Bezugsperioden hinweg.

Sozialhilfebeziehende nutzen zwar häufiger Gesundheitsleistungen, sind jedoch gleichzeitig unterversorgt: So berichten sie öfter als die übrige Bevölkerung, dass sie auf notwendige medizinische Untersuchungen verzichten (Kessler et al., 2021).

5.8 Menschen im Freiheitsentzug

In der Schweiz befinden sich ca. 6800 Personen im Freiheitsentzug (BFS, 2025b). Davon sind 30% in Untersuchungs- und Sicherheitshaft.

Der Gesundheitszustand von Menschen im Freiheitsentzug ist in der Regel bereits vor der Inhaftierung schlechter als jener der Allgemeinbevölkerung. Dies liegt häufig daran, dass viele Betroffene unter schwierigen Lebensbedingungen gelebt haben bzw. aufgewachsen sind. Zudem können sich die Haftbedingungen negativ auf die Gesundheit auswirken und zur Entstehung oder Verschlimmerung von Krankheiten führen – insbesondere im Bereich der psychischen Gesundheit.

Die wenigen Studien, die es in diesem Themenbereich gibt, zeigen, dass Infektionskrankheiten wie HIV/Aids, Hepatitis oder Tuberkulose in Gefängnissen deutlich häufiger vorkommen als ausserhalb (BAG, 2012; Duenkel et al., 2005). Inhaftierte Personen sind zudem einem höheren Risiko von Gewalt, Sucht, Suizid und Fehlernährung ausgesetzt als die Allgemeinbevölkerung (SKJV, 2024).

Rechtlich gesehen haben inhaftierte Menschen Anrecht auf denselben Zugang zur medizinischen Grundversorgung wie die übrige Bevölkerung. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung von Inhaftierten kann aber wohl in der Praxis nicht immer gewährleistet werden – gerade im Bereich der psychischen Gesundheit ist die Versorgung vermutlich unzureichend (Graindorge, 2021). Ein zentrales Problem stellen dabei sprachliche und soziokulturelle Barrieren dar, da über 70% der Inhaftierten Ausländerinnen und Ausländer sind (BAG, 2012). Zudem ist zu beachten, dass der Anteil älterer und hochbetagter Menschen in Gefängnissen deutlich zunimmt. Damit steigen auch die Herausforderungen bei der Versorgung bis zum Tod im Freiheitsentzug (BFS, 2024b).

6 Datenlage: Lücken und Perspektiven



Dieser Bericht umfasst rund 30 Indikatoren auf der Basis von sechs Datenbanken. Er bündelt einerseits bestehende Forschungsergebnisse, präsentiert andererseits aber auch neue Daten, z. B. zu sozialen Unterschieden bei der Inzidenz von Myokardinfarkt und Hirnschlag, bei der Mortalität sowie bei Hospitalisierungen.

Die bestehenden Daten zeigen: Gesundheitliche Ungleichheit in der Schweiz ist ein relevantes Problem. Es bestehen aber noch viele blinde Flecken bezüglich Ausmass, Wechselwirkungen und Ursachen. Ein besseres Verständnis gesundheitlicher Ungleichheiten in der Schweiz setzt eine verbesserte Datenlage voraus. Derzeit ist die Datengrundlage zu lückenhaft, um ein umfassendes und differenziertes Bild zu erhalten.

Für viele Krankheiten und gesundheitsrelevante Einflussfaktoren fehlen geeignete Datenquellen. Selbst wenn Daten vorliegen, stellt die Analyse nach Merkmalen der sozialen Lage oft eine Herausforderung dar. Vertiefende, intersektionale und regionale Analysen sind mit den vorhandenen Daten nur eingeschränkt möglich. Besonders im Bereich Gesundheitsversorgung und deren Inanspruchnahme – einem zentralen Aspekt im Hinblick auf gesundheitliche Chancengleichheit – liegen nur sehr begrenzte Daten nach sozialen Merkmalen vor. Dadurch lassen sich etwa Barrieren

im Zugang zum Gesundheitssystem nicht ausreichend erfassen. Zudem kann, wie bereits in Kapitel 5 aufgezeigt, die gesundheitliche Lage von bestimmten Bevölkerungsgruppen wie Kinder und Jugendliche, Personen im Asylprozess und Sans-Papiers mit den vorhandenen Daten nur ungenügend abgebildet werden.

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) ist für zahlreiche Erkrankungen und Verhaltensweisen – darunter Diabetes, Rückenschmerzen, psychische Belastungen und Krankheiten, körperliche Aktivität und Substanzkonsum – die einzige nationale Datenquelle, die eine differenzierte Auswertung nach sozialen Merkmalen für die Schweizer Gesamtbevölkerung ermöglicht. Allerdings dürfte die SGB bereits bei der nächsten Erhebung im Jahr 2027 in stark gekürzter Form durchgeführt werden. Damit könnten der Schweiz wertvolle Gesundheitsdaten verloren gehen – insbesondere solche, die sonst in keiner Datenquelle erhoben werden.

Ein umfassendes Monitoring gesundheitlicher Ungleichheit mit Kernindikatoren zum Gesundheitszustand und zu Einflussfaktoren ist als Basis für Massnahmen zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit von zentraler Bedeutung. Wie können aber die Lücken geschlossen und die Datenlage verbessert werden?

Bestehende Daten sollen besser genutzt und weitere Daten, wo sinnvoll, gezielt erhoben werden. Die für diesen Bericht erstellten Datensätze MS/CoD/SE und NKS/CoD/SE verdeutlichen das Potenzial bestehender Daten: Wenn vorhandene Daten vermehrt miteinander verknüpft werden, eröffnen sich neue Möglichkeiten. Beispielsweise könnten zukünftig durch eine Verknüpfung von Gesundheitsdaten mit den Individuellen Konten der Zentralen Ausgleichsstelle (ZAS) oder mit Steuerdaten deutlich mehr Fälle mit präziseren Informationen zur sozialen Lage angereichert werden, als dies allein durch die Stichproben der Strukturhebung möglich ist (Burla, 2023).

Auch Krankenversicherungsdaten bieten ein grosses Potenzial für Analysen. Derzeit wird vom BAG eine Datenbank mit Versicherungsdaten aufgebaut. Könnten diese Daten mit Daten zu sozialen Merkmalen (Bildung, finanzielle Situation etc.) verknüpft werden, ergeben sich zahlreiche neue Möglichkeiten für Analysen im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit.

Eine Datenquelle mit viel Potenzial stellen beispielsweise auch die Daten der schulärztlichen Dienste dar (Burla, 2023): An den durchgeführten schulärztlichen Vorsorgeuntersuchungen nehmen nahezu alle Kinder teil. Zurzeit gibt es jedoch keine einheitliche und systematische Erfassung und Sammlung dieser Daten.

Die Ausführungen zeigen: Mit den vorhandenen Daten lassen sich wichtige Erkenntnisse zur gesundheitlichen Ungleichheit gewinnen – es bestehen aber Lücken und Verbesserungspotenzial. Neue Datenbanken und Verknüpfungen können neue Möglichkeiten eröffnen. Es braucht aber auch zusätzliche Daten und Erhebungen. Ein Blick über den Tellerrand lohnt sich dabei für wertvolle Impulse: So zeigt das Beispiel Grossbritanniens, dass es sinnvoll sein kann, zunächst bestimmte Bereiche zu priorisieren, in denen die gesundheitliche Chancengleichheit verbessert werden soll, und in diesen Bereichen dann die Messung gesundheitlicher Ungleichheiten aufzubauen (Kelly & Toleikyte, 2024).

Eine systematische Herangehensweise ist entscheidend, um Lücken in der Datenlage zu schliessen, bestehende Daten sinnvoll zu verknüpfen und neue Erhebungen gezielt zu planen. Nur so lassen sich fundierte Erkenntnisse gewinnen und wirksame Massnahmen zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit entwickeln.

7 Synthese

Der Bericht umfasst Ergebnisse zu über 30 Indikatoren, aufgeschlüsselt nach verschiedenen Merkmalen sozialer Lagen. Im Folgenden werden die wichtigsten Erkenntnisse nach Geschlecht, sozioökonomischen Merkmalen (Bildung und Einkommen), Migrationsaspekten sowie nach Geschlechtsmodalität und sexueller Orientierung zusammengefasst. An dieser Stelle sei nochmals darauf hingewiesen, dass die gezeigten Zusammenhänge keine Rückschlüsse auf kausale Beziehungen erlauben – vgl. dazu auch die Ausführungen im Kasten E2 in der Einleitung. Ergänzend finden sich Beiträge von Expertinnen und Experten, die im Sinne von Gastkommentaren diese Ausführungen vertiefen und weitere zentrale Aspekte gesundheitlicher Ungleichheit beleuchten.

7.1 Geschlecht

Zahlreiche Gesundheitsindikatoren zeigen deutliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern.

Frauen sind von bestimmten gesundheitlichen Belastungen häufiger betroffen: So berichten sie öfter über lang anhaltende gesundheitliche Beschwerden, emotionale Erschöpfung am Arbeitsplatz sowie körperliche Belastungen bei der Arbeit. Sie leiden auch häufiger unter Depressionssymptomen – bei 11- bis 15-jährigen Mädchen ist der Anteil mit (sehr) schlechtem mentalen Wohlbefinden doppelt so hoch wie bei gleichaltrigen Jungen. Bei anderen Indikatoren sind hingegen Männer stärker belastet – diese stehen z. T. in engem Zusammenhang mit geschlechtsspezifischen Unterschieden im Lebensstil, insbesondere im Rauchverhalten (vgl. konzeptionelle Modell in der Einleitung sowie Kasten «Blickpunkt 1»). Sie leiden deutlich häufiger an Diabetes, Bluthochdruck und erhöhten Cholesterinwerten, und sie erkranken häufiger an Krebs. Gross sind die Unterschiede auch in Bezug auf das Körpergewicht: Über die Hälfte der Männer sind übergewichtig gegenüber etwa einem Drittel der Frauen. Schon bei Kindern und Jugendlichen sind Jungen häufiger übergewichtig. Männer haben zudem ein dreimal so hohes Herzinfarktrisiko und ein fast doppelt so hohes Schlaganfallrisiko wie Frauen. Die Mortalitätsrate sowie das Risiko für vermeidbare Todesfälle sind bei Männern ebenfalls etwa doppelt so hoch wie bei Frauen.

Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich auch beim gesundheitsrelevanten Verhalten: Männer sind zwar im Durchschnitt körperlich aktiver – besonders bei Jugendlichen zeigen sich hier klare Vorteile zugunsten der Jungen –, gleichzeitig

rauchen und trinken sie häufiger als Frauen und achten weniger auf eine gesunde Ernährung.

In Bezug auf die Gesundheitsversorgung zeigen die Daten, dass Männer ein erhöhtes Risiko für potenziell vermeidbare Hospitalisierungen sowie ungeplante Rehospitalisierungen aufweisen. Gleichzeitig nehmen sie Darmkrebsvorsorgeuntersuchungen in höherem Masse in Anspruch.

Blickpunkt 1 Geschlecht, Gender und gesundheitliche Ungleichheiten

Angèle Gayet-Ageron (Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern) und Melissa Dominice Dao (Abteilung für medizinische Grundversorgung, HUG, Universität Genf)

Mit dem durch Chromosomen und Sexualhormone bestimmten biologischen Geschlecht lassen sich gewisse gesundheitliche Ungleichheiten zwischen Männern und Frauen erklären. Vor der Menopause sind die Wirkung der Östrogene und der anatomisch-physiologischen Veranlagungen bei Frauen mit einem im Vergleich zu Männern geringeren Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Tod verbunden. Überdies zeigen Männer häufiger ein Risikoverhalten, v. a. in Bezug auf ihre Ernährung und den Konsum von Tabak und Alkohol. Sie nehmen auch seltener gesundheitliche Vorsorgemassnahmen in Anspruch. Diese Risikofaktoren kommen zu den nachteiligen Auswirkungen des biologischen Geschlechts hinzu. Nach der Menopause kehrt sich dieser Trend um: Frauen profitieren nicht nur weniger von der schützenden Wirkung der Hormone, sondern sind auch häufiger Opfer genderspezifischer Vorurteile, was dazu führt, dass Herz-Kreislauf-Symptome bei einer Hospitalisierung weniger beachtet werden und die medizinische Versorgung schlechter ist (Huber et al., 2022). Genderspezifische Rollen werden bereits in der Kindheit durch das Eintauchen in ein bestimmtes soziales und kulturelles Umfeld ausgebildet und sind ebenfalls ein Schlüsselfaktor für das Verständnis von Ungleichheiten im Gesundheitswesen. In Bezug auf wirtschaftliche Ressourcen, die Verteilung von beruflichen und häuslichen Aufgaben oder den Zugang zu Führungspositionen ist die gesellschaftliche Stellung der Frau ungünstiger als die des Mannes. So scheinen Frauen stärker von psychischen Erkrankungen betroffen zu sein als Männer. Männer tun sich hingegen schwerer damit, ihr psychisches Leid zu

äussern, und nehmen seltener frühzeitig medizinische Hilfe in Anspruch, was im Vergleich zu Frauen zu einer höheren Suizidrate führt.

Diese Beispiele zeigen den Zusammenhang zwischen Geschlecht, Gender und Gesundheit auf, aber auch andere Faktoren wie Alter oder sozioökonomischer Status beeinflussen den Zugang zu Diagnostik und präventiver und kurativer Versorgung.

Welche Lösungsansätze gibt es?

Die Begriffe «biologisches Geschlecht» und «Gender» (oder «soziales Geschlecht») werden manchmal synonym verwendet, was zu einer gewissen Verschwommenheit bei der Interpretation der beobachteten gesundheitlichen Unterschiede führt. Der Einfluss des biologischen und des sozialen Geschlechts auf die Ausprägung von Symptomen, deren Berücksichtigung durch die Ärzteschaft und anderes Gesundheitspersonal, den Zugang zur Gesundheitsversorgung und die Versorgungsqualität muss vermehrt in die Berufsbildung einbezogen werden, wobei ein evidenzbasierter Ansatz zu verfolgen ist. Die Sensibilisierung der Öffentlichkeit und ein rechtlicher Rahmen, der eine diskriminierungsfreie Gleichbehandlung gewährleistet, sind ebenfalls wichtige Ansätze, um geschlechtsspezifische gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen und dadurch die Gesundheit der gesamten Bevölkerung zu verbessern.

7.2 Bildung und Einkommensmerkmale

Die Ergebnisse dieses Berichts verdeutlichen z. T. erhebliche gesundheitliche Ungleichheiten entlang sozioökonomischer Merkmale. Dabei spielen Lebens- und Arbeitssituation sowie der eng damit verbundene Lebensstil eine zentrale Rolle (vgl. das konzeptionelle Modell in der Einleitung sowie Kasten «Blickpunkt 2»).

Menschen mit tiefer Bildung und finanziellen Schwierigkeiten berichten deutlich seltener von einem guten Gesundheitszustand und einer hohen Lebensqualität. Sie haben deutlich häufiger chronische Gesundheitsprobleme, hohe Cholesterinwerte, gesundheitsbedingte Einschränkungen sowie eine schlechte Zahngesundheit – von Diabetes, Depressionssymptomen oder Adipositas sind sie sogar mehr als doppelt so häufig betroffen. Das Risiko für Herzinfarkt oder Schlaganfall sowie für Lungenkrebs und Dickdarmkrebs ist bei tieferer Bildung ebenfalls deutlich erhöht. Auch das Sterberisiko ist bei tief gebildeten Menschen deutlich höher – insgesamt um etwa 60%, bei vermeidbarer Mortalität sogar um über 80%.

Beim Gesundheitsverhalten ergeben sich ebenfalls grosse Unterschiede: Personen mit höherer Bildung und guter finanzieller Situation ernähren sich gesünder, sind häufiger ausreichend körperlich aktiv und rauchen seltener. Besonders ausgeprägt sind die Unterschiede beim Konsum von Früchten und Gemüse («5 am Tag»), der bei Menschen mit tertiärer Bildung mehr als doppelt so häufig erfüllt wird wie bei Personen mit tiefer Bildung.

Beim Alkoholkonsum hingegen zeigt sich ein anderes Muster: Hier ist der Konsum bei höherer Bildung tendenziell leicht erhöht, vor allem bei Frauen.

Auch arbeitsbedingte Belastungen sind ungleich verteilt: Körperlich belastende Tätigkeiten sind bei Personen ohne nachobligatorische Schulbildung und jenen mit finanziellen Schwierigkeiten wesentlich häufiger. Psychosoziale Belastungen treten dagegen leicht häufiger bei finanziell besser gestellten Männern auf. Von emotionaler Erschöpfung am Arbeitsplatz sind Personen in einer schwierigen finanziellen Situation doppelt so häufig betroffen. Ebenso ist die soziale Unterstützung geringer, insbesondere bei jüngeren Personen mit tiefer Bildung oder finanziellen Problemen.

In Bezug auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und die Gesundheitsversorgung zeigt sich, dass Menschen mit geringer Bildung oder niedrigem Einkommen aus finanziellen Gründen deutlich häufiger auf medizinische Behandlungen verzichten. Besonders ausgeprägt ist dies bei zahnärztlichen Leistungen: Personen ohne nachobligatorische Bildung verzichten dreimal so häufig darauf wie hoch Gebildete. Betrachtet man die Ergebnisse nach materieller und sozialer Deprivation, so sind die Unterschiede noch markanter. Zudem sind Menschen mit tiefer Bildung nicht nur häufiger von vermeidbaren Spitalaufenthalten und ungeplanten Rehospitalisierungen betroffen, sondern nehmen auch Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Darm- und Prostatakrebs seltener in Anspruch.

Soziale Unterschiede bei Gesundheitsindikatoren nach Geschlecht

Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Bezug auf Bildung und Einkommensvariablen ergeben kein einheitliches Bild. Es sei darauf hingewiesen, dass diese differenzierteren Analysen teilweise aufgrund kleiner Fallzahlen auch Grenzen aufweisen (vgl. dazu auch «Blickpunkt 5» im Kapitel 7).

Bei vielen Indikatoren sind v. a. die Unterschiede nach Bildung bei Frauen ausgeprägter, z. T. bestehen diese auch nur bei Frauen: Dies gilt beispielsweise für lang andauernde Gesundheitsprobleme, gesundheitsbedingte Einschränkungen, Übergewicht, Bluthochdruck, hohen Cholesterinspiegel und Hirnschlag. Beim akuten Myokardinfarkt ist der Geschlechterunterschied nach Bildung sehr deutlich: Frauen ohne nachobligatorische Ausbildung haben ein doppelt so hohes Herzinfarktrisiko wie Frauen mit Tertiärsabschluss, bei den Männern ist der Unterschied zwischen den Bildungsgruppen viel geringer. Der Zusammenhang mit Bildung ist auch beim Ernährungsbewusstsein, chronischem risikoreichem Alkoholkonsum sowie bei der Gesundheitskompetenz bei Frauen ausgeprägter.

Bei anderen Indikatoren bestehen die Unterschiede nach Bildung (und z. T. nach Einkommensmerkmalen) nur bei Männern bzw. sind bei diesen ausgeprägter: Selbst wahrgenommene Gesundheit, Diabetes, Risiko für Lungenkrebs und Dickdarmkrebs, Rauchen, Verzicht auf Gesundheitsleistungen, potenziell vermeidbare Hospitalisationen und Darmkrebsvorsorge. Beim Sterberisiko

sowie beim Risiko für vermeidbare Mortalität ist der Unterschied zwischen tiefster und höchster Bildungsgruppe bei Männern sogar doppelt so gross.

Bei der Lebensqualität, Depressionssymptomen, schlechter Zahngesundheit, körperlicher Aktivität, sozialer Unterstützung, emotionaler Unterstützung bei der Arbeit oder ungeplanter Rehospitalisation sind die sozialen Unterschiede bei Frauen und Männern etwa gleich ausgeprägt.

Zusammenfassend lässt sich sagen: Soziale Ungleichheiten in der Schweiz manifestieren sich deutlich in Gesundheit, Krankheit und Gesundheitsverhalten. Bildung und Einkommen beeinflussen nicht nur das Risiko, zu erkranken, sondern auch die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und den Zugang zu Gesundheitsversorgung.

Blickpunkt 2 Sozioökonomische Stellung

Stéphane Cullati und Fabienne Buholzer-Mercier, Population Health Laboratory (#PopHealthLab), Universität Freiburg

In der Schweiz wie auch in anderen Ländern unterscheidet sich die Gesundheit je nach sozioökonomischer Stellung und Migrationshintergrund. Diese Ungleichheiten, die in diesem Bericht durch mehrere Indikatoren (z. B. G 1.5, G 1.9, G 1.11, G 1.14, G 1.26, G 1.28, G 1.34) aufgezeigt werden, widerspiegeln die soziale Schichtung einer Gesellschaft, die auf zwei Hauptaspekten beruht: Ressourcen und Sozialstatus (Bourdieu, 1976; Weber, 2003).

Die Ressourcen umfassen verschiedene Ebenen: wirtschaftlich (Einkommen), sozial (Familie, Freundes- und Kollegenkreis), kognitiv und emotional (Bildungsniveau, Sprachkenntnisse, Persönlichkeitszüge). Sie ermöglichen es den Menschen, sich in die Gesellschaft einzufügen und darin zu funktionieren. Zu den Ressourcen zählen auch finanzielle, beziehungsbezogene und kognitive Reserven, die bei Schicksalsschlägen, Unfällen oder ungewöhnlichen Lebenswendungen eine Rolle spielen (Cullati et al., 2018). Je nach familiärer Herkunft, Bildung, Beschäftigung, familiärer Situation oder Migrationshintergrund verfügt eine Person über mehr oder weniger Ressourcen. Diese beeinflussen das Verhalten, den gesundheitlichen Verlauf und die Fähigkeit, sich an die Herausforderungen des Lebens anzupassen. Ein hoher Bildungsabschluss verleiht beispielsweise hilfreiche Kompetenzen, um sich in Sozial- und Gesundheitssystemen zurechtzufinden, und ist mit einer höheren Lebenserwartung verbunden (Balaj et al., 2024).

Der Sozialstatus beinhaltet zwei eng miteinander verbundene Aspekte. Der erste ist gesellschaftlich: Mit bestimmten Stellungen in sozialen Hierarchien sind gesellschaftliche Vorstellungen verbunden, die Prestige oder im Gegenteil Stigmatisierung und Diskriminierung bedeuten können. Diese gesellschaftlichen Vorstellungen beeinflussen die täglichen sozialen Interaktionen positiv oder negativ. Der psychosoziale Mechanismus dahinter hat einen Einfluss auf die Gesundheit

(Bartley & Kelly-Irving, 2025). Beeinflusst werden dadurch auch die beruflichen Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Der zweite Aspekt ist institutionell oder strukturell: Der Aufenthaltsstatus einer Person in der Gesellschaft bestimmt ihre Rechte und Pflichten. Der institutionelle Aspekt des Sozialstatus gewährt einer Person in der Regel Zugang zum Sozialversicherungs-, Bildungs- und Gesundheitssystem der Gesellschaft, in der sie lebt. Eine Person ohne Aufenthaltsbewilligung kann beispielsweise nicht legal arbeiten. Die Bestimmung des Sozialstatus in seinen beiden Aspekten kann je nach Gesellschaft sehr unterschiedlich sein.

Diese beiden Faktoren der sozialen Schichtung – Ressourcen und Status – beeinflussen sich gegenseitig und sind wie zwei Seiten derselben Medaille. Wer beispielsweise Universitätsprofessor oder Geschäftsführerin wird, verschafft sich gleichzeitig finanzielle Mittel und einen hohen Sozialstatus. Umgekehrt sind Personen in schlecht bezahlten Berufen wie Küchenhilfe oder Reinigungskraft oft auch sozial benachteiligt (Joye et al., 2023). Dieser Zusammenhang zwischen Ressourcen und Status erklärt, warum benachteiligte Personen die Benachteiligungen *akkumulieren*, was sich markant auf ihre Gesundheit auswirkt, und umgekehrt. Dieser Prozess der Akkumulation von Vorzügen oder Benachteiligungen kann auf nachfolgende Generationen übergehen und so zu anhaltenden Ungleichheiten führen.

7.3 Migrationshintergrund/Nationalität

Zu Beginn sei hier darauf hingewiesen, dass die Analysen nach Migrationshintergrund bzw. Nationalität Grenzen aufweisen. Die Zuordnung zu den entsprechenden Kategorien (Nationalitätengruppen mit vs. ohne Migrationshintergrund) ist mit gewissen Einschränkungen verbunden, da es sich um sehr uneinheitliche Gruppen handelt – mit unterschiedlichen Herkunftsländern, Aufenthaltsdauern, rechtlichen Status, Bildungsniveaus, sozialen Lagen und Sprachkompetenzen. Zudem ist davon auszugehen, dass insbesondere Personen mit wenig Sprachkompetenzen in einer Landessprache in Befragungsdaten unterrepräsentiert sind.

Festgestellte Unterschiede bei Gesundheitsindikatoren lassen sich daher häufig nicht eindeutig dem Migrationsstatus selbst zuschreiben, sondern stehen oftmals im Zusammenhang mit strukturellen oder sozioökonomischen Faktoren. Im Bericht wurde dem Rechnung getragen, indem die Auswertungen nach Migrationsstatus bzw. Nationalität zusätzlich auch nach Bildungsniveau und finanzieller Situation aufgeschlüsselt wurden. Diese differenzierte Betrachtung war jedoch nur eingeschränkt möglich, da für viele Untergruppen die Fallzahlen zu klein waren. Entsprechend lässt sich bei ausbleibenden signifikanten Ergebnissen nicht klar sagen, ob tatsächlich keine Unterschiede bestehen oder ob die Fallzahlen einfach zu klein sind, um ein signifikantes Ergebnis zu erzeugen.

Die Ergebnisse zeigen, dass Personen mit Migrationshintergrund oder ausländischer Nationalität in mehreren Gesundheits-

aspekten benachteiligt sind – jedoch nicht durchgehend und nicht in allen Bereichen:

Menschen aus Süd- und Osteuropa bewerten ihre Gesundheit und Lebensqualität im Durchschnitt schlechter und sind häufiger übergewichtig als Schweizerinnen und Schweizer oder Zugewanderte aus Nord- und Westeuropa – auch bei ähnlichem Bildungsniveau. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund sind fast doppelt so häufig übergewichtig. Bei bestimmten Erkrankungen wie Diabetes oder hohem Cholesterinspiegel sind Menschen aus Süd-/Osteuropa und aus Nicht-EU-Staaten ebenfalls häufiger betroffen, eine Aufschlüsselung der Ergebnisse nach Bildung bzw. finanzieller Situation ist aufgrund zu kleiner Fallzahlen jedoch nicht möglich. Für Bluthochdruck oder Depressionen zeigen sich hingegen kaum Unterschiede. Für Herzinfarkt, Schlaganfall und bestimmte Krebskrankungen wurde bei Personen mit Sprachbarrieren ein geringeres Risiko festgestellt, wobei die Signifikanz der Ergebnisse teils knapp verfehlt wird. Überraschend ist, dass Personen mit Migrationshintergrund – insbesondere der ersten Generation – ein niedrigeres Risiko für vermeidbare oder allgemeine Sterblichkeit aufweisen. Dieses Phänomen ist aus anderen Studien bekannt und könnte durch sogenannte «Healthy Migrant»-Effekte erklärbar sein. In Bezug auf gesundheitsrelevantes Verhalten zeigen sich ebenfalls Unterschiede: Personen aus Süd-/Osteuropa bewegen sich seltener, rauchen häufiger, weisen aber seltener einen chronisch risikoreichen Alkoholkonsum auf. Wenig Kenntnisse in Landessprachen gehen zudem mit einer niedrigeren Gesundheitskompetenz einher.

Menschen mit Migrationshintergrund verzichten häufiger auf notwendige medizinische oder zahnärztliche Behandlungen – unabhängig von Bildung oder Einkommenslage. Auch das Risiko für vermeidbare Hospitalisationen und ungeplante Wiedereinweisungen ist bei Personen mit geringen Sprachkenntnissen erhöht. Bei Asylsuchenden und vorläufig aufgenommenen Personen ist es massiv erhöht.

Blickpunkt 3 Situation von Menschen mit Migrationshintergrund

Stéphane Cullati und Fabienne Buholzer-Mercier, Population Health Laboratory (#PopHealthLab), Universität Freiburg

Die Auseinandersetzung mit der Situation von Migrantinnen und Migranten in der Schweiz offenbart spezifische Dynamiken, die mit Faktoren der sozialen Schichtung zusammenhängen (s. Blickpunkt 2). Die Migration kann die physische und psychische Gesundheit der Betroffenen vielschichtig beeinflussen.

Für Migrantinnen und Migranten in der Schweiz stellen Ressourcen und Sozialstatus am Anfang oft ein Hindernis dar. Da ihnen häufig finanzielle, kognitive (wie die Beherrschung der Landessprache) und soziale Mittel fehlen, müssen sie diese neu erwerben: eine Arbeit finden, die Sprache lernen, ein soziales Netzwerk aufbauen oder ihre Familie zusammenführen.

Dieser manchmal schwierige Prozess (z. B. aufgrund von Diskriminierung bei der Arbeits- oder Wohnungssuche) kann zur Verbesserung ihres Sozialstatus beitragen. Gleichzeitig müssen sie einen stabilen Aufenthaltsstatus erwerben. Das ist Voraussetzung für ein dauerhaftes Wohnrecht und den Zugang zu den gleichen Rechten wie die anderen Einwohnerinnen und Einwohner (Castañeda et al., 2015).

Ein Leben ohne legalen Aufenthaltsstatus bringt Migrantinnen und Migranten in eine prekäre Lage, die ihnen bis zur Legalisierung den Neuerwerb finanzieller, kognitiver und sozialer Ressourcen erschwert. Für Menschen, die lange Zeit ohne legalen Status gelebt haben, kann die Legalisierung zwar eine Erleichterung bedeuten, aber auch mit neuen Einschränkungen und Belastungen einhergehen (Refle et al., 2024).

Wichtig ist, dass Migrantinnen und Migranten keine homogene Gruppe bilden, sondern sich in ganz unterschiedlichen Situationen befinden. Es gibt nicht nur eine Typologie, sondern mehrere, wobei beispielsweise zwischen Wirtschaftsmigrantinnen und -migranten, Studierenden, Flüchtlingen, Asylsuchenden, Umwelt-/Klimamigrantinnen und -migranten oder Personen ohne legalen Status unterschieden wird (IOM, 2019). Zudem sind Personen mit Migrationshintergrund danach zu unterscheiden, ob sie in ihrem Herkunftsland (1. Generation) oder in der Schweiz (ab 2. Generation) geboren sind.

Ausserdem wandert nur ein kleiner Teil der Bevölkerung der Herkunftsländer aus. Oft handelt es sich dabei um Personen, die bereits über gewisse finanzielle, kognitive und soziale Ressourcen sowie eine gute physische und psychische Gesundheit verfügen. Auszuwandern ist nämlich mit Risiken und Anstrengungen verbunden, die Menschen mit schlechter Gesundheit oft nicht auf sich nehmen können. Migrantinnen und Migranten, die in die Schweiz kommen, bilden daher eine aus einem Selektionsprozess hervorgegangene Bevölkerungsgruppe, die in der Regel gesünder ist als der Durchschnitt der Schweizer Bevölkerung. Dieses Phänomen wird auch als «Healthy Migrant»-Effekt bezeichnet.

Dieser Vorteil schwindet jedoch mit der Zeit oder über die Generationen hinweg. Die Anpassung an die lokale Lebensweise (v. a. Ernährungsgewohnheiten) und die anhaltende Belastung durch prekäre Lebensbedingungen im Einwanderungsland können zu einer Verschlechterung der Gesundheit führen. Dieses Phänomen wird noch verstärkt, wenn Migrantinnen und Migranten Mühe haben, ihre Ressourcen aufzustocken, oder Diskriminierungen, insbesondere aufgrund ihrer ethnischen Herkunft, ausgesetzt sind.

7.4 Geschlechtsmodalität und sexuelle Orientierung

Es zeigen sich klare Unterschiede in der Gesundheit nach Geschlechtsmodalität und sexueller Orientierung.

Trans und nicht-binäre Personen – also Personen, deren Genderidentität nicht mit ihrem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt – berichten seltener von einer guten bis sehr guten Gesundheit und einer guten Lebensqualität als cis Personen. Depressionssymptome sind bei trans und nicht-binären Personen etwa dreimal so häufig. Sie sind auch seltener ausreichend körperlich aktiv und rauchen häufiger.

Nach sexueller Orientierung bestehen bei Erwachsenen kaum Unterschiede in Gesundheit und Lebensqualität. Bei Jugendlichen hingegen sind die Unterschiede gross: Nur 58% der homo- und bisexuellen Jugendlichen schätzen ihre Gesundheit als gut ein (vs. 85% bei heterosexuellen), und nur 35% berichten über eine gute Lebenszufriedenheit (vs. 72%).

Von Depressionssymptomen sind homo- und bisexuelle Personen dreimal so häufig betroffen wie heterosexuelle Personen. Homo- und bisexuelle Jugendliche berichten doppelt so häufig von einem schlechten mentalen Wohlbefinden wie heterosexuelle Jugendliche.

Beim Bewegungsverhalten zeigt sich bei Erwachsenen kein Unterschied nach sexueller Orientierung, bei Jugendlichen dagegen schon: Im Vergleich zu heterosexuellen Jugendlichen geben homo- und bisexuelle Jugendliche nur halb so häufig an, sich mindestens eine Stunde pro Tag zu bewegen. Weiter zeigt sich, dass homo- und bisexuelle Frauen häufiger rauchen als heterosexuelle Frauen.

Blickpunkt 4 Gesundheitliche Vulnerabilität von LGBT-Personen

Angèle Gayet-Ageron (Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern) und Melissa Dominice Dao (Abteilung für medizinische Grundversorgung, HUG, Universität Genf)

Geschlechtlich und/oder sexuell diverse Personen – auch LGBT für Lesbisch, Gay, Bisexuell und Transgender – gelten als gesundheitlich vulnerabel, da bei ihnen ein höheres Risiko für Gewalt, Diskriminierung und einen eingeschränkten Zugang zu einer guten Gesundheitsversorgung besteht (Institute of Medicine of the National Academies, 2011; Council of Europe's Committee, 2023). Diese gesundheitlichen Ungleichheiten hängen mit kulturellen und sozialen Normen zusammen, die von der Hetero-Cis-Normativität bis zu offen LGBT-feindlichen Diskursen reichen. Gleichzeitig fehlen wissenschaftliche Daten zu den spezifischen Gesundheitsrisiken von LGBT-Personen, und es bestehen institutionelle Hürden, darunter eine unzureichende Schulung des Gesundheitspersonals. Die Überschneidung mit anderen Vulnerabilitätsursachen kommt noch hinzu.

In der Schweiz sind trans und non-binäre Personen, also Personen, deren Genderidentität nicht mit ihrem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt, besonders von gesundheitlichen Ungleichheiten betroffen – das zeigt dieser Bericht aber auch andere Studien (Council of Europe's Committee, 2023). Diese Personen berichten häufiger von depressiven Symptomen, niedriger Lebensqualität und mangelnder sozialer Unterstützung. Auch LGBT-Jugendliche zeigen deutlich schlechtere Werte bei psychischer Gesundheit und Wohlbefinden als heterosexuelle Gleichaltrige. Ungleichheiten bei der psychischen Gesundheit sind somit ein grosses Problem für geschlechtlich und/oder sexuell diverse Personen. Die verfügbaren Daten zu den meisten Gesundheitsproblemen dieser Personen in der Schweiz sind nach wie vor lückenhaft.

Zukunftsaussichten

Der Anteil der Personen, die sich als LGBT identifizieren, steigt ständig und beläuft sich mittlerweile laut einer Umfrage aus dem Jahr 2024 auf 9,3% der Erwachsenen und 23,1% der Generation Z (Gallup, 2024). Es scheint daher unerlässlich, dass künftige Erhebungen systematisch das bei der Geburt zugewiesene Geschlecht, das gelebte Geschlecht und die sexuelle Orientierung erfassen, um den Gesundheitszustand von geschlechtlich und/oder sexuell diversen Personen verlässlich zu dokumentieren. Schliesslich werden Intersex-Personen, also Menschen, deren Geschlechtsmerkmale aus anatomischen, chromosomalen, genetischen oder hormonellen Gründen nicht vollständig und eindeutig männlich oder weiblich sind, von den vorliegenden Daten überhaupt nicht erfasst. Künftige Erhebungen sollten diese unsichtbare Minderheit berücksichtigen.

7.5 Datenlücken

Mit den bestehenden Daten kann gezeigt werden: Gesundheitliche Ungleichheit ist auch in der Schweiz eine Tatsache. Ihr Umfang, ihre Ursachen und Dynamiken sowie die besonders betroffenen Bevölkerungsgruppen bleiben aber immer noch vielfach unklar. Der zentrale Grund dafür ist eine unzureichende Datenlage: Obwohl einige wertvolle Quellen existieren, sind sie oft unvollständig, unzureichend differenziert oder (noch) nicht systematisch verknüpft.

Verknüpfungen bestehender Datenbestände, die differenzierte Erhebung sozialer Merkmale und ergänzende Erhebungen können dazu beitragen, bestehende Lücken zu schliessen. Gleichzeitig wird deutlich, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen – etwa Sans-Papiers, wohnungslose Menschen oder teilweise auch Geflüchtete – mit standardisierten Befragungen kaum erreicht werden. Um ihre gesundheitliche Situation sichtbar zu machen, sind spezifische Studien unerlässlich.

Blickpunkt 5 Intersektionalität

Delphine Courvoisier und Justine Daverio, Universitätsspital Genf (HUG)

Der von Kimberlé Crenshaw im Jahr 1989 eingeführte Begriff Intersektionalität wurde erstmals im Zusammenhang mit dem Schwarzen Feminismus und den Critical Legal Studies verwendet, um die doppelte Unterdrückung zu analysieren, der schwarze Frauen ausgesetzt sind (Hautfarbe und Geschlecht). Dieses Konzept zeigt, wie verschiedene Machtsysteme (Rassismus, Sexismus, Klassismus) zusammenwirken und zu spezifischen Ausgrenzungserfahrungen in sozioökonomisch benachteiligten Gruppen führen (Crenshaw et al., 2021). Überdies untersucht es, wie Unterdrückungssysteme sich gegenseitig hervorbringen und hierarchisierte soziale Stellungen schaffen, die zu gesundheitlichen Benachteiligungen führen können. Diese Stellungen werden nach vorherrschenden Normen bewertet: zum Beispiel weiblich versus männlich oder Alter versus Jugend (Perriard, 2020). Heute ist es immer noch schwierig, die Intersektionalität in die europäische Politik einzubringen (La Barbera et al., 2024), insbesondere in die Gesundheitspolitik, obwohl das Konzept für die Entschlüsselung komplexer Ungleichheiten erwiesenermassen hilfreich ist.

Wie in diesem Bericht aufgezeigt, sind gesundheitliche Chancengleichheit und gesundheitliche Ungleichheiten komplexe Themenfelder. Dahinter steht das gesundheitspolitische Ziel, «dass möglichst alle Menschen die gleichen Möglichkeiten zur Entwicklung, Erhaltung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit haben» (vgl. S. 7). Gesundheitliche Chancengleichheit bedeutet daher, dass bestimmte Personen mehr Gesundheitsleistungen erhalten müssen, um ihren Gesundheitszustand zu verbessern und zu stabilisieren. Die Intersektionalität nuanciert den Begriff gesundheitliche Vulnerabilität, indem sie nicht nur den kumulativen, sondern auch den multiplikativen Effekt hervorhebt.

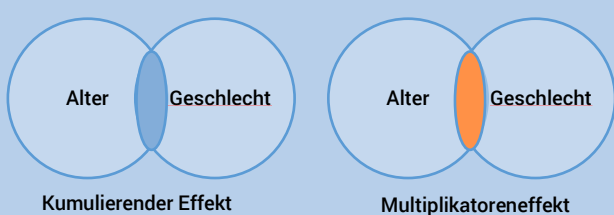
In der Schweiz anerkennt die Gesundheitspolitik Ungleichheiten als grosses Problem und hat sich deren Abbau ausdrücklich zum Ziel gesetzt. Vor diesem Hintergrund stösst der intersektionale Ansatz auf wachsendes Interesse, da er die gerechtigkeitsorientierte gesundheitspolitische Analyse bereichern kann (Hanvinsky et al., 2014). Das Konzept der

Intersektionalität wird in der Gesundheitsforschung als wesentlich anerkannt, wenn es darum geht, die Gesundheitsprobleme der vulnerabelsten Menschen zu berücksichtigen. Manche Massnahmen können nämlich unbeabsichtigt gesundheitliche Benachteiligungen verstärken, indem sie sich auf eine einzige Ursache konzentrieren, was die Ungleichheiten noch verschärfen kann. Der intersektionale Ansatz bietet daher ein besonders interessantes Potenzial für die Bewertung und Gestaltung von gerechtigkeitsorientierten gesundheitspolitischen Massnahmen (Tiner, 2023).

In diesem Bericht wurde die Analyse der sozialen Ungleichheiten hauptsächlich nach Geschlecht und Alter durchgeführt, um zu sehen, ob diese Variablen die beobachteten Unterschiede verstärken oder vermindern. Das Obsan hält ausdrücklich fest, dass die Analyse eines einzigen Merkmals vereinfachend sein kann, denn oft verstärkt eine Kombination aus mehreren Faktoren die gesundheitliche Vulnerabilität. Im Bericht wird auch darauf hingewiesen, dass trotz der Berücksichtigung von Geschlecht und Alter bei kleinen Fallzahlen differenzierte intersektionale Analysen nur beschränkt möglich waren. Das zeigt sowohl die Relevanz als auch die Herausforderungen des intersektionalen Ansatzes bei der Untersuchung von gesundheitlichen Ungleichheiten.

So beleuchtet das Obsan die blinden Flecken eindimensionaler Analysen, zum Beispiel, wenn Asylsuchende und Führungskräfte aus osteuropäischen Ländern aufgrund ihrer geografischen Herkunft in einer Kategorie zusammengefasst werden (vgl. Kapitel 7) und somit nur ein einzelnes Merkmal im Fokus steht. Es zeigt auch, dass die Missachtung eines intersektionalen Ansatzes schwerwiegende oder sogar tödliche Folgen haben kann. Dies ist am Beispiel des akuten Myokardinfarkts zu sehen, bei dem Männer insgesamt stärker gefährdet sind, aber auch Frauen mit niedrigem Bildungsniveau ein erhöhtes Risiko haben (S. 28). Der intersektionale Ansatz wird mittlerweile als zentral für eine wirklich inklusive Gesundheitspolitik und geeignete Massnahmen anerkannt (Hanvinsky et al., 2014). Das Obsan hält fest, dass getrennte Vulnerabilitätsanalysen den kumulativen Effekt bagatellisieren können, zeigt aber auch klar, dass die Einbeziehung dieser Komplexität in statistische Analysen nach wie vor eine echte Herausforderung darstellt.

G 7.1 Theoretisches Schema der potenziellen Effekte zweier Benachteiligungen



Quelle: eigene Darstellung

© Obsan 2025

Blickpunkt 6 Gesundheitliche Ungleichheiten über den Lebensverlauf hinweg

Cornelia Wagner, Stéphane Cullati und Arnaud Chiolero, *Laboratoire de santé des populations (#PopHealthLab), Universität Freiburg*

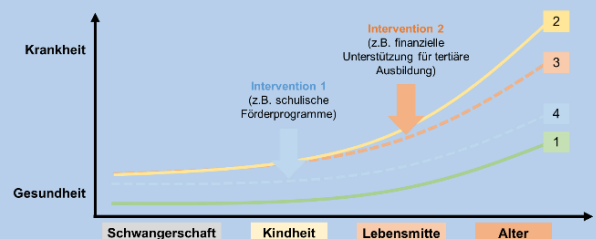
Die Lebensverlaufsperspektive ist nicht nur nützlich, sondern auch notwendig, um zu verstehen, wie und warum in der Schweiz gesundheitliche Ungleichheiten bestehen. Im Laufe des Lebens interagieren biologische, soziologische und psychologische Faktoren dynamisch miteinander und führen zu individuellen Verläufen auf dem Kontinuum von Gesundheit und Krankheit. Diese multidisziplinäre Perspektive anerkennt, dass viele gesundheitliche Folgen, z. B. chronische Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, nicht plötzlich auftreten, sondern sich langsam über viele Jahre und Jahrzehnte entwickeln. Eine Lebensverlaufsperspektive ist nicht nur notwendig, um zu verstehen, wie sich gesundheitliche Ungleichheiten entwickeln, sondern auch, um angemessene und frühzeitige Massnahmen zu ihrer Verringerung zu bestimmen. Die Wirkung präventiver Massnahmen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten kann je nach ihrem Zeitpunkt im Lebensverlauf unterschiedlich sein. Diese Komplexität birgt zwar Herausforderungen, eröffnet aber auch Möglichkeiten für gezielte evidenzbasierte Interventionen, die gesundheitliche Ungleichheiten nicht nur für die heutige Generation, sondern auch für künftige Generationen verringern können.

Zur Veranschaulichung der Lebensverlaufsperspektive erörtern wir als Beispiel Bildungsungleichheiten im Gesundheitsbereich. Die positive Wirkung von Bildung auf verschiedene gesundheitliche Faktoren wie Mortalität (vgl. G 1.38) oder Myokardinfarkte (vgl. G 1.34) ist sowohl in der Schweiz als auch im Ausland gut belegt (Hamad et al., 2018). Im Lebensverlauf ist sie die erste Schlüsseldeterminante für die sozioökonomische Position und stellt die Weichen für Beruf, Einkommen und Vermögen im späteren Leben – ebenfalls wichtige Einflussfaktoren auf die Gesundheit. Bildung ist daher sowohl ein wichtiger Indikator als auch ein potenzieller Ansatzpunkt für Interventionen (vgl. G 7.2).

Studien zufolge beeinflusst Bildung die Gesundheit über Verhaltensmechanismen (z. B. Rauchen, Alkoholkonsum, körperliche Aktivität), sozioökonomische Mechanismen (z. B. höheres Einkommen, sicherere Wohnverhältnisse) und psychosoziale Mechanismen (z. B. chronischer Stress, Gefühl der Autonomie im Leben). Unser Verständnis über das Zusammenwirken dieser Mechanismen kann durch die Lebensverlaufsperspektive und ihre Leitprinzipien vertieft werden. Das Lebensverlaufsprinzip des «vernetzten Lebens» besagt zum Beispiel, dass Menschen ihr Leben nicht allein erleben, sondern sich durch gemeinsame, voneinander abhängige Beziehungen gegenseitig beeinflussen.

Vor diesem Hintergrund können wir sehen, wie sich die elterliche Bildung auf den Bildungserfolg der Kinder auswirken kann. Ein weiterer Grundsatz, «Zeit und Ort», verdeutlicht, dass das Leben eines Menschen stark von der historischen Epoche und dem geografischen Ort, an dem er oder sie lebt, beeinflusst wird. So kann das gleiche Bildungsniveau, z. B. eine abgeschlossene Maturität, je nach Zeit, z. B. vor 100 Jahren im Vergleich zu heute, und Ort unterschiedliche Bedeutungen haben.

G 7.2 Lebensverläufe über das Kontinuum von Gesundheit und Krankheit und wie sie durch Bildungsmassnahmen in verschiedenen Lebensabschnitten verändert werden könnten.



1) optimaler Verlauf; 2) durchschnittlicher Verlauf; 3) Verlauf nach einer Intervention in der Lebensmitte; 4) Verlauf nach einer Intervention im frühen Leben.

Quelle: Adaptiert nach Wagner et al., 2024

Blickpunkt 7 Prävention und Gesundheitsförderung – für eine Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit

Corinna Bisegger, Schweizerisches Rotes Kreuz

Die Zahlen sind deutlich: «(...) ein ungelernter Arbeiter [stirbt] im Durchschnitt vier bis fünf Jahre früher (...) als ein Akademiker.» Diese ausgeprägte gesundheitliche Ungleichheit besonders bei Männern zeigte schon der erste Nationale Gesundheitsbericht des Obsan (2008; S. 26) auf. Die aktuellen Zahlen des vorliegenden Berichts stellen die Ungleichheiten erstmals für unterschiedliche Gruppen differenziert dar. Aber auch im aktuellen Bericht fällt auf, wie sehr Menschen mit niedrigerer Bildung und weniger finanziellen Ressourcen gesundheitlich benachteiligt sind. Die gesundheitlichen Unterschiede zwischen Bildungsgruppen haben in den vergangenen 30 Jahren sogar zugenommen (vgl. G 1.27).

Ursachen erkennen: Gesundheitliche Ungleichheit entsteht aufgrund unterschiedlicher Ressourcen, dies zeigt das Modell (vgl. G E.2) gut auf. Zuspitzend formuliert: Wer wenig Geld hat, leistet sich seltener eine ausgewogene Ernährung und zögert einen Arztbesuch oft zu lange hinaus. Wer körperlich belastende Arbeiten im Niedriglohnsektor verrichtet, leidet häufig unter chronischen Beschwerden und hat kaum die Energie für gesundheitsfördernde Aktivitäten. Und wer einen tiefen Bildungsstatus hat und die lokale Sprache wenig versteht, wird kaum etwas über präventive oder gesundheitsförderliche Angebote erfahren. Auch die Praxis zeigt immer wieder: Armut kann krank machen.

Soziale Ungleichheit verringern: Der Kern des Problems liegt in der gesellschaftlichen Ungleichheit, die die gesundheitliche Chancengleichheit stark prägt. Wer in einer Familie mit wenig Ressourcen aufwächst, hat geringere Bildungschancen. Auch gut ausgebildete Geflüchtete können oft nur im Niedriglohnsektor Fuss fassen. Sparmassnahmen der öffentlichen Hand verschlechtern oft die Rahmenbedingungen für Menschen, die auf Sozialleistungen angewiesen sind. Die Politik ist auf allen Ebenen gefordert, Armut zu bekämpfen, Bildungschancen von Kindern und Erwachsenen zu verbessern und die soziale Integration aller zu fördern. Das ist *Primärprävention* im eigentlichen Sinn und eine grundlegende Voraussetzung dafür, dass gesundheitliche Chancengleichheit möglich wird.

Ressourcen stärken: Eine chronische Krankheit, die Pflege eines demenzkranken Angehörigen oder psychische Beeinträchtigungen durch traumatische Erlebnisse – solche Lebenssituationen können stark belasten. Wenn gleichzeitig das Geld knapp ist oder jemand Mühe hat, relevante Informationen zu verstehen, wird Hilfe besonders wichtig. In solchen Fällen sind Angebote gefragt, die einfach zugänglich, kostengünstig und gut verständlich sind. Eine Nachbarin, die beim Ausfüllen eines Formulars hilft, ein Freiwilliger, der zur Physiotherapie begleitet, oder eine Fachperson, die gezielt über

Entlastungsangebote informiert: Soziale Unterstützung kann Hindernisse abbauen, neue Wege eröffnen und letztlich die Gesundheit fördern. Damit solche Hilfe möglich wird, braucht es Zeit, Ressourcen und politische Rahmenbedingungen, die zivilgesellschaftliches Engagement ermöglichen.

Zugang verbessern: Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist in der Schweiz theoretisch gewährleistet, in der Praxis zeigen sich aber für viele Menschen grosse Hürden. Gesundheitsinstitutionen tragen die Verantwortung, dass Patientinnen und Patienten medizinische Sachverhalte verstehen und informierte Entscheidungen treffen können. Dies betrifft auch Vorsorgeuntersuchungen und sekundärpräventive Verhaltensänderungen bei chronischen Erkrankungen. Fachpersonen müssen Zeit haben, Situationen verständlich zu erklären. Professionelle interkulturelle Dolmetschende müssen rasch verfügbar und finanziert sein. Übersetztes und leicht verständliches Informationsmaterial des Gesundheitsportals migesplus.ch (BAG und SRK) kann dabei unterstützen. Gesundheitsfördernde und präventive Angebote und Kampagnen müssen so gestaltet sein, dass sie für alle Menschen zugänglich, verständlich und auch mit beschränkten zeitlichen und finanziellen Mitteln umsetzbar sind. Eine partizipative Entwicklung mit Beteiligung der Zielgruppen hilft dabei.

Niemanden vergessen – Engagement für Verletzte: Menschen in schwierigen Lebenssituationen, die oft auch gesundheitlich stark belastet sind, werden selten befragt und fehlen deshalb meist in den Statistiken. Die gesundheitliche Ungleichheit ist also vermutlich grösser, als dieser Bericht zeigt. Asylsuchende, alte Menschen in Pflegeheimen, Menschen mit Behinderung, Sans-Papiers, Menschen ohne festen Wohnsitz oder Menschen im Strafvollzug: Alle haben ein Recht auf Gesundheitsförderung und Prävention. Angebote für gut situierte und gesundheitsbewusste Menschen tragen nicht zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit bei. Gesundheitsfördernde Massnahmen müssen deshalb gezielt auf die Bedürfnisse benachteiligter Gruppen ausgerichtet sein. Dafür braucht es den entschiedenen Einsatz aller Institutionen, Organisationen und Fachpersonen im Gesundheitsbereich. Nur so lässt sich gesundheitliche Chancengleichheit wirklich verbessern. Dies braucht Zeit, finanzielle Mittel und Fachkompetenz, aber auch Überzeugung, Engagement, politischen Willen und Ausdauer.

Levesque JF., Harris MF., Russell G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. In: International journal for equity in health, S. 12–18.

Bisegger C., Christofori-Khadka, M. (2024): Wieso es vorausschauende Kommunikation und Vertrauen braucht. In: Sozialalmanach. Sozialökologische Wende und Armut in der Schweiz. Luzern: Caritas-Verlag, S. 243–259.

A Daten und Methodik

A.1 Verwendete Datenbanken

Die im Bericht dargestellten Ergebnisse basieren auf einer Vielzahl von Datenquellen. Für jede dieser Datenquellen sind spezifische Aspekte bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten. Darüber hinaus wurde je nach Datenbank ein unterschiedlicher methodischer Ansatz gewählt. Im Folgenden wird jede Datenquelle kurz beschrieben und – soweit erforderlich – durch methodische Aspekte der Auswertung und Ergebnisdarstellung ergänzt.

Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) des Bundesamts für Statistik (BFS) ist eine Befragung zu gesundheitsbezogenen Themen und wird seit 1992 alle fünf Jahre durchgeführt. Die telefonische Befragung wird durch eine schriftliche Befragung ergänzt.

Grundgesamtheit der SGB ist die ständige Wohnbevölkerung der Schweiz ab 15 Jahren in privaten Haushalten (BFS, 2023). In Kollektivhaushalten (z. B. Strafvollzugsanstalten, Spitälern, Alters- und Pflegeheimen) lebende Personen sowie Personen im Asylprozess werden nicht miteinbezogen. Regionale Analysen sind möglich auf Ebene Schweiz, Grossregion und Kanton (falls ein Kanton die Stichprobe erhöht hat). Im Jahr 2022 nahmen insgesamt 21 930 Personen an der Erhebung teil.

Stärken:

- Es sind Aussagen zur Gesamtbevölkerung möglich und nicht nur zu Personen, die das Gesundheitswesen in Anspruch nehmen.
- Verhaltensweisen, Belastungen und Ressourcen können mit dem Gesundheitszustand in Bezug gesetzt werden.
- Die periodische Wiederholung erlaubt die Beobachtung der Entwicklungen.

Schwächen:

- Selbstangaben gehen mit gewissen Ungenauigkeiten bzw. Verzerrungen einher.
- Personen in Institutionen werden nicht befragt.
- Personen in prekären Verhältnissen (z. B. ohne festen Wohnort/ohne gültige Aufenthaltsbewilligung/im Asylprozess) sind nicht oder untervertreten.

- Personen mit unzureichenden Sprachkenntnissen in einer der Amtssprachen sind de facto ausgeschlossen.

Um die Daten auf die gesamte in Privathaushalten lebende Bevölkerung hochzurechnen, wurden Gewichtungen berechnet. Bestimmte Personengruppen (Migrantinnen/Migranten, Personen in prekären Lebenssituationen usw.) sind dennoch untervertreten.

Methodische Hinweise: Die in diesem Bericht präsentierten Ergebnisse der SGB sind geschlechts- und altersstandardisiert. Die Gesundheitsdaten werden dabei so bereinigt, dass sie unabhängig von Geschlecht und Altersstruktur vergleichbar sind. Diese Standardisierung ist insbesondere bei Indikatoren relevant, die nach Alter grosse Unterschiede zeigen, wie beispielsweise Depressionssymptome.

Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC)

Die Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC) des BFS ist eine europaweit koordinierte Erhebung, die seit 2007 jedes Jahr in über 30 Ländern durchgeführt wird. Ziel der Erhebung ist die Untersuchung der Einkommensverteilung, der Armut, der sozialen Ausgrenzung und der Lebensbedingungen anhand von europaweit vergleichbaren Indikatoren (BFS, 2025a).

Grundgesamtheit ist die ständige Wohnbevölkerung in Privathaushalten. Informationen zur sozialen Ausgrenzung und zu den Wohnbedingungen werden auf Haushaltsebene erhoben. Informationen zur Arbeit, Ausbildung und Gesundheit werden bei Personen ab 16 Jahren erfragt. Regionale Analysen sind möglich auf Ebene Schweiz und Grossregionen. Die Stichprobe umfasst pro Jahr rund 8000 Haushalte, was etwa 18 000 befragten Personen entspricht. Die Stichprobenwerte werden gewichtet und kalibriert, um die Zuverlässigkeit von Hochrechnungen auf die Bevölkerung der Schweiz bzw. der beteiligten Kantone zu verbessern.

Stärken:

- Befragung mit einem breiten Themenspektrum und jährlichen (z. T. sich wiederholenden) themenspezifischen Modulen.
- Die periodische Wiederholung erlaubt die Beobachtung der Entwicklungen.
- Möglichkeit von Längsschnittanalysen.

Schwächen:

- Selbstangaben gehen mit gewissen Ungenauigkeiten bzw. Verzerrungen einher.
- Personen in Institutionen (z. B. Alters- und Pflegeheime, Gefängnisse) werden nicht befragt.
- Personen in prekären Verhältnissen (z. B. ohne festen Wohnort/ohne gültige Aufenthaltsbewilligung/im Asylprozess) sind nicht- oder untervertreten.
- Personen mit unzureichenden Sprachkenntnissen in einer der Amtssprachen sind de facto ausgeschlossen.

Datensatz MS/CoD/SE

Der im Rahmen dieses Berichts erstellte Datensatz MS/CoD/SE enthält Informationen aus der Strukturerhebung (SE), der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) und der Statistik der Todesursachen und Totgeburten (CoD) des Bundesamtes für Statistik (BFS). Die SE ist ein Element der Volkszählung und ergänzt die Informationen aus Registern mit zusätzlichen Statistiken zur Bevölkerungsstruktur anhand einer Teilerhebung. Die MS ist eine Vollerhebung aller stationärer Spitalaufenthalte in Schweizer Spitälern. In der CoD werden alle Todesfälle in der Schweiz mit Informationen zur Todesursache (ICD-10-Codes) erfasst.

Der Datensatz umfasst die Jahre 2012 bis 2022. Pro SE-Erhebungsjahr liegt eine repräsentative Stichprobe von etwa 240 000 Personen vor, was etwa 3,2% der in Privathaushalten lebenden Schweizer Bevölkerung im Alter von 15 Jahren und älter entspricht. Pro Erhebungsjahr sind in der MS rund 1 400 000 Spitalaufenthalte (Records) enthalten und in der CoD rund 68 000 Todesfälle. Die Daten der SE, der MS und der CoD wurden mithilfe des anonymisierten Verbindungskodes auf individueller Ebene verknüpft. Die Matching-Rate zwischen der SE und der MS bzw. der CoD beträgt rund 85%.

Stärken:

- Der Datensatz MS/CoD/SE stellt die bisher umfassendste Datengrundlage dar, um soziale Unterschiede in der Inzidenz von Myokardinfarkt und Hirnschlag, bei Hospitalisationen und in der Mortalität auf Individualebene für die gesamte Schweiz zu untersuchen.

Schwächen:

- Die SE ist eine Stichprobenerhebung. Damit können nicht alle Beobachtungen in der MS und in der CoD mit Daten der SE verknüpft werden. Damit genügend Beobachtungen der untersuchten Ereignisse vorliegen, wurden die Daten für die meisten Indikatoren über 3 oder 5 Jahre gepoolt.

Methodische Hinweise: Die Kennzahlen wurden mit multivariaten logistischen Regressionsmodellen berechnet. In den Modellen wird, wenn nicht anders vermerkt, der Einfluss von Alter und Geschlecht auf die Inzidenzen und die Hospitalisierungs- und Mortalitätsrisiken systematisch kontrolliert. Dargestellt werden jeweils die adjustierten Odds Ratios (OR) und die 95%-

Vertrauensintervalle (CI). Die Matching Rate von 85% hat keinen Einfluss auf diese relativen Kennzahlen.

Die Fallzahlen pro Indikator sind unten tabellarisch eingefügt. «N Total» bezieht sich auf die Anzahl der Personen in der jeweiligen Bevölkerungskohorte, «N Events» auf die Anzahl der Personen mit dem entsprechenden Outcome (z. B. Herzinfarkt).

Indikator	N Total	N Events
1.9 Akuter Myokardinfarkt	1 046 969	2 180
1.9 Hirnschlag	1 046 969	2 252
1.11 Mortalität	651 947	2 942
1.12 Vermeidbare Mortalität	934 296	1 339
4.5 Potenziell vermeidbare Hospitalisationen	217 797 (Aufenthaltsstatus: 1 023 290)	1 342 (Aufenthaltsstatus: 12 224)
4.6 Ungeplante Rehospitalisationen	139 807	5 394

Datensatz NKS/SE

Der im Rahmen dieses Berichts erstellte Datensatz NKS/SE enthält Informationen aus der Strukturerhebung (SE) und der Nationalen Krebsstatistik (NKS) des Bundesamtes für Statistik (BFS). Die SE ist ein Element der Volkszählung und ergänzt die Informationen aus Registern mit zusätzlichen Statistiken zur Bevölkerungsstruktur anhand einer Teilerhebung. Die NKS ist eine Vollerhebung zu Krebsneuerkrankungen und ist eine Synthese aus verschiedenen Erhebungen.

Der Datensatz umfasst die Jahre 2012 bis 2019. Pro SE-Erhebungsjahr liegt eine repräsentative Stichprobe von etwa 234 000 Personen vor, was rund 3,2% der in Privathaushalten lebenden Schweizer Bevölkerung im Alter von 15 Jahren und älter entspricht. Für die Analysen in diesem Bericht werden jedoch ausschliesslich Personen im Alter zwischen 25 und 90 Jahren berücksichtigt, wodurch sich die effektive Stichprobengrösse auf jährlich etwa 205 000 Personen reduziert. Im NKS-Datensatz für die zugrundeliegende Analyse sind pro Erhebungsjahr rund 41 000 Krebsneuerkrankungen enthalten. Die Daten der SE und der NKS wurden mithilfe einer anonymisierten Verbindungsvariable auf individueller Ebene verknüpft. Die Matching-Rate zwischen der SE und der NKS beträgt rund 8%.

Stärken:

- Der Datensatz NKS/SE stellt die bisher umfassendste Datengrundlage dar, um soziale Unterschiede in der Inzidenz von Krebserkrankungen auf Individualebene für die gesamte Schweiz zu untersuchen.

Schwächen:

- Die SE ist eine Stichprobenerhebung. Damit können nicht alle Beobachtungen in der NKS mit Daten der SE verknüpft werden. Um dennoch eine ausreichende Fallzahl für die Analyse der Inzidenz von Krebsneuerkrankungen sicherzustellen, werden Erkrankungsfälle aus dem Jahr der SE-Teilnahme sowie

aus den beiden darauffolgenden Jahren in die Auswertung einbezogen.

Methodische Hinweise: Die Kennzahlen wurden mit multivariaten logistischen Regressionsmodellen berechnet. In den Modellen wird, wenn nicht anders vermerkt, der Einfluss von Alter, Geschlecht und Erhebungsjahr auf die Inzidenz systematisch kontrolliert. Dargestellt werden jeweils die adjustierten Odds Ratios (OR) und die 95%-Vertrauensintervalle (CI). Die Matching-Rate hat keinen Einfluss auf diese relativen Kennzahlen.

Die Fallzahlen pro Krebsart sind unten tabellarisch eingefügt. «N Total» bezieht sich auf die Anzahl der Personen in der jeweiligen Bevölkerungskohorte, «N Events» auf die Anzahl der Personen mit dem entsprechenden Outcome (z. B. Erkrankung an Dickdarmkrebs).

Krebsart	N Total	N Events
Dickdarmkrebs	1 644 352	3 212
Bronchien-, Lungen- und Luftröhrenkrebs	1 644 352	3 078
Melanom	1 644 352	2 451
Brustkrebs	860 314	5 245
Prostatakrebs	784 038	5 405
Andere Krebsarten	1 644 352	12 902

Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)

Die Erhebung Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) ist eine internationale, alle 4 Jahre stattfindende Studie zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten von 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schülern. Sie steht unter der Schirmherrschaft der WHO. Zurzeit nehmen mehr als 50 (grösstenteils europäische) Länder an dieser Untersuchung teil. Die Schweiz nimmt, vertreten durch Sucht Schweiz, seit 1986 an der Untersuchung teil (HBSC, 2024).

Hauptziel dieser internationalen Studie ist es, repräsentative Daten zu den Lebensumständen und Lebensstilen sowie zum Gesundheitszustand und -verhalten von Schülerinnen und Schülern im Zeitvergleich zu erheben (HBSC, 2022).

HBSC ist thematisch umfassend. Unter anderem werden regelmässig Daten zu folgenden Themen erhoben (HBSC, 2022): Gesundheit und Wohlbefinden, Ernährung, körperliche Aktivität, Gewichtsstatus und Körperbild, Konsum legaler und illegaler psycho-aktiver Substanzen, aggressives Verhalten, Sexualität, Verletzungen, Mediennutzung und das Verhältnis zu Familie, Peers und Schule.

HBSC liefert repräsentative Daten und ermöglicht sowohl einen langjährigen Zeitvergleich als auch einen internationalen Vergleich.

Die älteren Jugendlichen (8. und 9. Schuljahr) erhalten jeweils eine umfassendere Fragebogenversion, die Jüngeren (5. bis 7. Schuljahr) eine kürzere Fassung (Delgrande Jordan et al., 2023).

Im Jahr 2022 nahmen 636 von 857 zufällig ausgewählten Klassen in der Schweiz teil, was 9345 befragte Schülerinnen und Schüler ergab (Delgrande Jordan et al., 2023).

Stärken:

- HBSC liefert einen substanziellen Beitrag zum Monitoring der Kinder- und Jugendgesundheit in der Schweiz.
- Thematisch umfassend.
- Die periodische Wiederholung erlaubt die Beobachtung der Entwicklungen über einen langen Zeitraum.
- Internationaler Vergleich möglich.

Schwächen:

- Selbstangaben gehen mit gewissen Ungenauigkeiten bzw. Verzerrungen einher.

Health Literacy Survey Schweiz

Der Health Literacy Survey Schweiz wurde 2019–2021 durchgeführt. Es handelt sich dabei um eine für die Schweiz repräsentative Bevölkerungsbefragung zur Gesundheitskompetenz, an der rund 2500 Personen teilgenommen haben. Die Daten wurden mittels CAWI (computergestützte Interviews per Web) und einiger CATI (Computer Assisted Telephone Interviews) erhoben. Die Studie ist Teil des internationalen Health Literacy Survey (HLS19) – ein Projekt des WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL). Am HLS19 haben neben der Schweiz 16 weitere Nationen teilgenommen. Möglicherweise wird die Schweiz an der nächsten Erhebungswelle (HLS 2024–2025) wieder teilnehmen.

Der Fragebogen umfasst Fragen zu subjektiv eingeschätzten Schwierigkeiten beim Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von gesundheitsrelevanten Informationen in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung.

Stärken:

- Detaillierte Erhebung zu einem Thema, das nicht Gegenstand anderer Erhebungen ist.
- Internationaler Vergleich möglich.

Schwächen:

- Relativ kleine Stichprobengrösse.
- Selbstangaben gehen mit gewissen Ungenauigkeiten bzw. Verzerrungen einher.
- Personen in Institutionen werden nicht befragt.
- Personen in prekären Verhältnissen (z. B. ohne festen Wohnort/ohne gültige Aufenthaltsbewilligung/im Asylprozess) sind nicht- oder untervertreten.
- Personen mit unzureichenden Sprachkenntnissen in einer der Amtssprachen sind de facto ausgeschlossen.

A.2 Erläuterungen zu den dargestellten Merkmalen der sozialen Lage

In der Einleitung zu diesem Bericht wird aufgezeigt, wie sich die soziale Lage auf gesundheitliche Ungleichheiten auswirkt (G E2). Die einzelnen Merkmale der sozialen Lage, nach denen die Indikatoren in diesem Bericht ausgewertet werden, sind auf den folgenden Seiten näher erläutert. Am Anfang ist jeweils aufgelistet, mit welchen Datenbanken diese entsprechenden Merkmale für diesen Bericht ausgewertet wurden. Danach folgen Erklärungen zur Variable bzw. zu den Kategorien sowie wichtige Informationen zur Interpretation.

Einkommen/Einkommensarmut

Auswertungen mit: *SILC, Health Literacy Survey Schweiz*

Bei *SILC* entspricht das Einkommen dem verfügbaren Äquivalenzeinkommen. Dieses wird anhand des verfügbaren Haushaltseinkommens (Bruttohaushaltseinkommen abzüglich Sozialversicherungsbeiträge, Steuern, Krankenkassenprämien für die Grundversicherung, Alimente und andere zu leistende Unterhaltsbeiträge) berechnet, indem durch die Anwendung einer Äquivalenzskala die Grösse und Zusammensetzung der Haushalte berücksichtigt wird. Damit wird den Einsparungen Rechnung getragen, die sich aus dem gemeinsamen Wirtschaften eines Haushalts mit mehreren Personen ergeben.

Für die Auswertungen wurden fünf gleich grosse Einkommensgruppen gebildet (Einkommensquintile). Jede dieser Klassen umfasst somit 20% der Befragten. Die Einkommensquintile im Erhebungsjahr 2023 sind wie folgt definiert:

1. Quintil: < 33 748 Franken
2. Quintil: 33 748–45 838 Franken
3. Quintil: 45 839–58 149 Franken
4. Quintil: 58 150–76 987 Franken
5. Quintil: > 76 988 Franken

Einkommensarmut wird auf Basis der Richtlinien der Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) abgeleitet. Die Armutsgrenze betrug 2022 durchschnittlich 2284 Franken im Monat für eine Einzelperson und 4010 Franken für zwei Erwachsene mit zwei Kindern.

Im *Health Literacy Survey* entspricht das Einkommen dem monatlichen Haushaltseinkommen.

Geschlecht

Auswertungen mit: *SGB, SILC, HBSC, Health Literacy Survey Schweiz, Datensatz MS/CoD/SE und NKS/SE*

Bei *SILC, Health Literacy Survey Schweiz* und in den *Datensätzen MS/CoD/SE und NKS/SE* wird das Geschlecht der Befragten aus dem Einwohnerregister übernommen.

Für die *SGB* wird das Geschlecht grundsätzlich anhand der Variablen zur Geschlechtsidentität und nicht anhand der Registervariable definiert. Diese Wahl geht mit einigen methodischen Einschränkungen einher: Die Variable zur Geschlechtsidentität wird im schriftlichen Fragebogen erhoben, den nicht alle Befragten ausgefüllt haben. Dadurch basieren die Ergebnisse auf einer kleineren Fallzahl als jene, die auf der Registervariable beruhen. Zudem beruht die Gewichtung sowie die Standardisierung auf der Registervariable. Die damit verbundenen methodischen Einschränkungen werden jedoch als vertretbar betrachtet. Ein Vergleich der Ergebnisse nach Geschlecht (basierend auf der Geschlechtsidentität) zeigt, dass sich diese kaum oder nur geringfügig von den Resultaten auf Basis der Registervariable unterscheiden. Dies gilt insbesondere, da die Werte im Bericht ohne Dezimalstellen ausgewiesen werden. Zur Veranschaulichung einige Beispiele – die in Klammern angegebenen Werte beziehen sich auf der Registervariable:

	Frauen	Männer
Übergewicht	32,5% (33,1%)	51,8% (52,3%)
Depressionssymptome	11,8% (12,0%)	7,6% (7,8%)
Auf Ernährung achten	75,3% (75,7%)	65,7% (65,3%)

Bei differenzierteren Analysen, etwa nach Geschlecht und Bildung, treten leichte Abweichungen auf, die sich teilweise auch auf die Signifikanz auswirken. In Fällen grösserer Unterschiede wurde daher auf die Registervariable zurückgegriffen.

Die Variable zur Geschlechtsidentität bietet mehr Antwortmöglichkeiten als die binäre Registervariable. Aufgrund der geringen Fallzahlen in den Kategorien «nicht-binär» und «andere» werden in den Auswertungen jedoch nur die Kategorien «Frauen» und «Männer» berücksichtigt.

In der *HBSC-Studie* basiert diese Variable auf der Frage «Bist du ein Junge oder ein Mädchen?». Es ist unklar, ob sich die Jugendlichen beim Beantworten der Frage auf das bei der Geburt zugewiesene Geschlecht oder auf die Geschlechtsidentität beziehen.

Bildung

Auswertungen mit: SGB, SILC, Health Literacy Survey Schweiz, Datensatz MS/CoD/SE und NKS/SE

Die Bildung entspricht der höchsten abgeschlossenen Ausbildung, wobei diese in drei Kategorien zusammengefasst werden:

- *Obligatorische Schule*: Umfasst Personen, die nach der obligatorischen Schule keinen weiteren Abschluss gemacht haben.
- *Sekundarstufe II*: Umfasst Personen, die eine Anlehre, Haushaltsschule, 2-jährige Handelsschule, Berufslehre, Berufsmaturität, gymnasiale Maturität, Diplom-, Fach- oder Handelsmittelschule oder ein Lehrkräfte-Seminar abgeschlossen haben.
- *Tertiärstufe*: Umfasst Personen, die eine höhere Berufsbildung mit eidgenössischem Fachausweis erlangt oder eine höhere Techniker- bzw. Fachschule, Fachhochschule, pädagogische Hochschule (PH) oder die Universität abgeschlossen haben.

Um zu vermeiden, dass jüngere Personen, die noch in Ausbildung sind, der Kategorie «obligatorische Schule» zugeordnet werden, wurden für Analysen nach Bildung jeweils nur Personen ab 25 Jahren eingeschlossen.

Materielle und soziale bzw. finanzielle Deprivation

Auswertungen mit: SILC, Health Literacy Survey Schweiz

Der Indikator basierend auf SILC misst die Einschränkungen im Lebensstandard und bei der sozialen Teilhabe aus finanziellen Gründen. Für die Analysen wird folgende Kategorisierung verwendet:

- *depriviert*: Einschränkungen in mindestens 5 von 13 Bereichen
- *nicht depriviert*: keine Einschränkungen oder in weniger als 5 Bereichen.

Beim *Health Literacy Survey* wird die finanzielle Deprivation durch einen Index repräsentiert. Dieser errechnet sich anhand der Fragen, wie einfach oder schwierig es ist, ...

- ... am Ende des Monats Rechnungen zu bezahlen,
- ... sich bei Bedarf Medikamente leisten zu können,
- ... sich medizinische Untersuchungen und Behandlungen leisten zu können.

Familienwohlstand

Auswertungen mit: HBSC

In der *HBSC-Studie* wird eine Variable zum familiären Wohlstand verwendet, die auf der Family Influence Scale basiert. Dieser Index wurde auf der Basis verschiedener Fragen zum Haushalt erstellt: Anzahl Fahrzeuge im Haushalt, eigenes Zimmer, Computer im Haushalt, Bäder im Haushalt, Geschirrspüler im Haushalt und Auslandsferien. Die vergebenen Punkte wurden wie folgt kategorisiert:

- *gering/mittel*: 0–9 Punkte
- *hoch*: 10–13 Punkte

Nationalität

Auswertungen mit: SGB

Für die SGB wurden die Daten nach Nationalität ausgewertet, weil die Variablen zum Migrationsstatus aus methodischen Gründen nicht verwendet werden können.

Die Nationalität der Befragten wird in der SGB aus dem Einwohnerregister übernommen. Für die Analysen wurden die Länder in folgenden Kategorien zusammengefasst:

- *Schweiz*: Schweiz
- *Nord- und Westeuropa*: Dänemark, Finnland, Island, Norwegen, Schweden, Deutschland, Österreich, Belgien, Frankreich, Irland, Luxemburg, Niederlande, Monaco
- *Süd- und Osteuropa*: Portugal, Spanien, Italien, Vatikanstadt, Malta, San Marino, Estland, Lettland, Litauen, Moldawien, Russland, Ukraine, Belarus, Polen, Ungarn, Slowakei, Tschechien, Griechenland, Türkei, Zypern, Albanien, Bulgarien, Rumänien, Serbien, Kroatien, Slowenien, Bosnien und Herzegowina, Montenegro, Mazedonien, Kosovo
- *ausserhalb Europas*: alle Länder ausserhalb Europas

Anmerkung:

Analysen nach Staatsangehörigkeit, die auf diesen groben Länderkategorien basieren, sind mit grösseren Schwächen behaftet (vgl. Unterkapitel 7.3). Eine weitere Aufschlüsselung (z. B. der Kategorie «Ausserhalb Europas») ist aber aufgrund der kleinen Fallzahlen nicht möglich. Bereits mit diesen groben Kategorien sind tiefer gehende Analysen (z. B. nach Bildung und Nationalität) nur sehr eingeschränkt möglich. Oft lässt sich dabei nicht sagen, ob es keine Unterschiede zwischen diesen (Unter-)Gruppen gibt oder ob die Fallzahlen einfach zu klein sind. Aufgrund der Bedeutung des Themas «Gesundheit der Migrationsbevölkerung» wurden Analysen nach Nationalität dennoch aufgenommen, auch wenn die Ergebnisse nur erste grobe Anhaltspunkte liefern.

Migrationshintergrund

Auswertungen mit: SILC, HBSC, Datensatz MS/CoD/SE

Anmerkung: In der SGB konnte die Variable «Migrationshintergrund» nicht ausgewertet werden. Alternativ wurden die Analysen nach Nationalität durchgeführt, siehe Kasten zu «Nationalität».

In SILC und im Datensatz MS/CoD/SE wird der Migrationshintergrund einer Person bestimmt durch die Kombination der Personenmerkmale Geburtsland, Staatsangehörigkeit (aktuell und bei Geburt) sowie Geburtsland beider Elternteile (siehe Tabelle unten; BFS, 2025c). Die vom BFS definierte «Bevölkerung mit Migrationshintergrund» umfasst Personen ausländischer Nationalität und eingebürgerte Schweizerinnen und Schweizer. Ausgenommen davon sind in der Schweiz geborene Personen, deren Eltern beide in der Schweiz geboren sind (3. Generation), sowie der in der Schweiz geborene Personen, deren Eltern beide im Ausland geboren sind.

Geburtsort	Staatsangehörigkeit	Geburtsort der Eltern		
		2 im Inland	1 im Inland/ 1 im Ausland	2 im Ausland
Im Inland	Gebürtige Schweizer/-innen	0	0	II
	Eingebürgerte	0	II	II
	Ausländer/-innen	0	II	II
Im Ausland	Gebürtige Schweizer/-innen	0	0	I
	Eingebürgerte	I	I	I
	Ausländer/-innen	I	I	I

I Bevölkerung mit Migrationshintergrund der 1. Generation
 II Bevölkerung mit Migrationshintergrund der 2. Generation
 0 Bevölkerung ohne Migrationshintergrund

Im HBSC wird der Migrationshintergrund mit Fragen nach dem eigenen Geburtsland (Schweiz versus Ausland) und dem Geburtsland der Eltern operationalisiert. Ein Migrationshintergrund wird Kindern und Jugendlichen zugeordnet, die nicht in der Schweiz geboren wurden und/oder von denen mindestens ein Elternteil aus dem Ausland zugewandert ist.

Anmerkung: Die Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund, ob mit oder ohne eigene Migrationserfahrung, ist sehr heterogen. Sie unterscheidet sich beispielsweise nach Herkunftsländern, sozio-kulturellem Hintergrund, sozioökonomischem Status, Erwerbsstatus und Sprachkenntnissen (vgl. Unterkapitel 7.3). Eine weitergehende Aufschlüsselung, etwa nach Bildungsniveau, ist aufgrund begrenzter Fallzahlen oft nicht möglich. Trotz dieser Einschränkungen wurden aufgrund der Bedeutung des Themas «Gesundheit der Migrationsbevölkerung» Analysen nach Migrationshintergrund in den vorliegenden Bericht aufgenommen.

Erwerbstatus

Auswertungen mit: SGB

Aufgrund der Angaben zu Erwerbstätigkeit (Arbeit gegen Entlohnung) wurden die Befragten in folgende drei Kategorien zusammengefasst:

- *Erwerbstätige*
- *Arbeitslose*
- *Nichterwerbstätige*

Mitarbeitende im Familienbetrieb werden als Erwerbstätige klassifiziert. Als Arbeitslose gelten Personen, die in den vier vorangegangenen Wochen aktiv eine Arbeit gesucht haben und im Fall eines Arbeitsangebots verfügbar wären. Nichterwerbspersonen umfassen Personen in Ausbildung, Hausfrauen und -männer sowie Rentnerinnen und Rentner.

Haushaltstyp

Auswertungen mit: Datensatz MS/CoD/SE

Die Variable zum Haushaltstyp basiert auf den Angaben der Befragten zu den im Haushalt lebenden Personen. Als im Haushalt lebende Personen gelten alle Personen, die mindestens vier Tage pro Woche im Haushalt leben.

Für die Analysen wurden folgende Kategorien verwendet:

- *Einpersonenhaushalt*
- *Mehrpersonenhaushalt*

Sprachkenntnisse

Auswertungen mit: Datensatz MS/CoD/SE und NKS/SE

Die Variable zu den Sprachkenntnissen basiert auf der Variable der Strukturhebung (SE) zu den drei Hauptsprachen, die die befragten Personen angegeben haben. Für die Analysen wurden die Kategorien wie folgt zusammengefasst:

- *Amtssprache oder Englisch*: Mindestens eine der drei Hauptsprachen ist Deutsch, Französisch, Italienisch/Rätoromanisch oder Englisch.
- *keine Amtssprache/kein Englisch*: keine der drei Hauptsprachen ist Deutsch, Französisch, Italienisch/Rätoromanisch oder Englisch.

Geschlechtsmodalität

Auswertungen mit: SGB

In der SGB werden die befragten Personen gefragt, 1) welches Geschlecht bei der Geburt zugewiesen wurde (Mann/Frau) und 2) als was sie sich heute identifizieren (Mann/Frau/non-binär/anderes/weiss nicht). Auf der Basis dieser beiden Fragen wurde ein Index zur Geschlechtsmodalität gebildet, der cis Personen und trans/binäre Personen unterscheidet:

- *Cis*: Personen, deren bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht dem Geschlecht entspricht, mit dem sie sich identifizieren.
- *Trans/nicht-binär*: Personen, deren Geschlechtsidentität nicht dem Geschlecht entspricht, das ihnen bei der Geburt zugeordnet wurde. Auch nicht-binäre Personen (Menschen, die sich nicht in der zweigeschlechtlichen Systematik Mann-Frau verorten) werden darunter gefasst.

Personen, die mit «anderes» oder «weiss nicht» geantwortet haben, wurde bei den Analysen nicht eingeschlossen.

Sexuelle Orientierung

Auswertungen mit: SGB, HBSC

Bei der SGB wurde die sexuelle Orientierung auf der Basis der Selbstbezeichnung der Befragten festgelegt mit folgender Kategorisierung:

- *heterosexuell*: heterosexuell
- *homo-/bisexuell*: schwul, gay/lesbisch/bisexuell

Personen, die mit «anderes» oder «weiss nicht» geantwortet haben, wurden nicht in die Auswertungen eingeschlossen.

Beim HBSC wurde die sexuelle Orientierung auf der Basis der Selbstbezeichnung der 14- bis 15-jährigen Befragten festgelegt mit folgender Kategorisierung:

- *heterosexuell*: heterosexuell/hauptsächlich heterosexuell
- *nicht heterosexuell*: bisexuell/schwul oder lesbisch/anderes

Personen, die mit «Ich bin mir noch nicht sicher» geantwortet haben, wurden nicht in die Auswertungen eingeschlossen.

Aufenthaltsstatus

Auswertungen mit: Datensatz MS/CoD/SE

Die Variable zum Aufenthaltsstatus basiert auf der Variablen der Strukturerhebung (SE) zur Ausländerkategorie. Für die Analysen wurden die Kategorien wie folgt zusammengefasst:

- *Schweizer Pass*: Schweizerinnen und Schweizer
- *Ausweis C/L*: Ausländerinnen und Ausländer mit Niederlassungsbewilligung (C) oder Kurzaufenthaltsbewilligung (L)
- *Ausweis B*: Ausländerinnen und Ausländer mit Aufenthaltsbewilligung
- *Ausweis F/N*: Asylsuchende (N) und vorläufig aufgenommene Personen (F)

Versicherungsklasse

Auswertungen mit: Datensatz MS/CoD/SE

Die Variable zur Versicherungsklasse basiert auf der entsprechenden Variable der Medizinischen Statistik (MS). Für die Analysen wurden die Kategorien wie folgt zusammengefasst: *allgemein, halbprivat, privat*

Finanzielle Situation

Auswertungen mit: SGB

Die Einkommensvariable der SGB kann aufgrund fehlerhafter Angaben nicht analysiert werden. Als Alternative wird eine Variable verwendet, die auf einer Frage zur finanziellen Situation des Haushalts basiert (Wortlaut der Frage: «Im Hinblick auf das Gesamteinkommen: kommt Ihr Haushalt mit seinen Mitteln aus?»). Die subjektive Einschätzung der Einkommenssituation ist zwar nicht mit der objektiven materiellen Lage vergleichbar. Sie stellt jedoch eine gute Alternative zum Einkommen und eine sinnvolle Ergänzung zu den bildungsbezogenen Analysen dar.

Abkürzungen

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
CoD	Statistik der Todesursachen und Totgeburten
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
FHNW	Fachhochschule Nordwestschweiz
MS	Medizinische Statistik der Krankenhäuser
NKS	Nationale Krebsstatistik
OR	Odds Ratio
SE	Strukturerhebung
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
SEM	Staatssekretariat für Migration
SILC	Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen

Literaturverzeichnis

- Bachmann, N. (2014). Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa (Obsan Dossier 27). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
- BAG (2024). Gesundheitliche Benachteiligung im Alter. Bern: Bundesamt für Gesundheit. [Gesundheitliche Benachteiligung im Alter](#) (Zugriff am 14.11.2025)
- BAG (2023). Gesundheitsversorgung der Sans-Papiers. Bern: Bundesamt für Gesundheit. [Gesundheitsversorgung der Sans-Papiers](#) (Zugriff am 14.11.2025)
- BAG (2016). Zugang zu Gesundheitsversorgung für undokumentierte Migrant/innen in der Schweiz. Faktenblatt «Die rechtlichen Regelungen». Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2012). Gesundheit im Gefängnis. spectra 91. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Balaj, M., Béland, D., de Looper, M., Eikemo, T. A., Huijts, T., McNamara, C. L. et al. (2024). Effects of education on adult mortality: A global systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 9(3), e155–e165. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00311-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00311-3)
- Baier, D., Bühler, J., Hartman A. B. (2022). Ukrainische Flüchtlinge in der Schweiz. Ergebnisse einer Befragung zu Fluchterfahrungen und zur Lebenssituation. Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Bartley, M., & Kelly-Irving, M. (2025). Health Inequality. An Introduction to Concepts, Theories and Methods. Cambridge: Polity.
- BASPO (2022). Bewegungsempfehlungen Schweiz. Grundlagen. Magglingen: Bundesamt für Sport.
- Bayer-Oglesby, L., Bachmann, N. & Zumbrunn, A. (2020). Soziale Lage und Spitalaufenthalte aufgrund chronischer Erkrankungen (Obsan Bericht 11/2020). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Bertram F., Hajek A., Dost K., Graf W., Brennecke A., Kowalski V., van Rùth V., König HH., Wulff B., Ondruschka B., Püschel K., Heinrich F. (2022): Psychische und somatische Gesundheit von wohnungslosen Menschen. Evidenz aus dem National Survey on Psychiatric and Somatic Health of Homeless Individuals (NAPSHI-Studie). *Deutsche Ärzteblatt* 119: 861–868.
- BFS (2025a). Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC). URL: [Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen \(SILC\) | Bundesamt für Statistik \(admin.ch\)](#) (Zugriff am 14.11.2025)
- BFS (2025b). Inhaftierte Erwachsene. URL: [Inhaftierte Erwachsene | Bundesamt für Statistik \(admin.ch\)](#) (Zugriff am 14.11.2025)
- BFS (2025c). Bevölkerung nach Migrationsstatus. URL: [Bevölkerung nach Migrationsstatus | Bundesamt für Statistik \(admin.ch\)](#)<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kriminalitaet-strafrecht/justizvollzug/inhaftierte-erwachsene.html-1443367623> (Zugriff am 10.11.2025)
- BFS (2025d). Wirtschaftliche Sozialhilfe. URL: [Wirtschaftliche Sozialhilfe](#) (Zugriff am 14.11.2025).
- BFS (2025e). Verzicht auf ärztliche Leistungen von Menschen mit und ohne Behinderungen, 2021. URL: [Verzicht auf ärztliche Leistungen von Menschen mit und ohne Behinderungen, 2021 - 2021](#) (Zugriff am 14.11.2025).
- BFS (2024a). Ständige Wohnbevölkerung nach Geschlecht und Altersklasse, definitive Jahresergebnisse, 2015-2023. URL: [Ständige Wohnbevölkerung nach Geschlecht und Altersklasse, definitive Jahresergebnisse, 2015-2023 - 2015-2023](#) (Zugriff am 14.11.2025)
- BFS (2024b). Straf- und Massnahmenvollzug: mittlerer Insassenbestand der über 49-jährigen Personen. URL: [Straf- und Massnahmenvollzug: mittlerer Insassenbestand der über 49-jährigen Personen - 1984-2023](#) (Zugriff am 14.11.2025)
- BFS (2016). Armut und materielle Entbehrung von Kindern. Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC) 2014. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Blaser, A., Iyadurai, G., Schenk, U., Koller, T., Locher, G., Vetsch, N., Weber, A. (2021). Forschungsbericht: Psychische Gesundheit und Obdachlosigkeit. Muttenz: HSA / FHNW.
- Bonvin, J.-M., V. Hugentobler, C. Knöpfel, P. Maeder, et U. Tecklenburg (2020). Dictionnaire de politique sociale suisse. Seismo Verlag.
- Bourdieu, P. (1976). *La Distinction: Critique sociale du jugement*. Paris: Editions de Minuit.
- Castañeda, H., et al. (2015). Immigration as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*, 36(Volume 36, 2015), 375–392.
- Cignacco, E., Berger, A., Sénac, C., Wyssmüller, D., Hurni, A., zu Sayn-Wittgenstein (2017). Sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung von Frauen und ihren Säuglingen in

- Asylunterkünften in der Schweiz – REFUGEE. Bern: Berner Fachhochschule.
- Council of Europe's Committee (ADI-SOGIESC) of Experts on Sexual Orientation, Gender Identity and Expression, and Sex Characteristics for the Council of Europe Steering Committee on Anti-discrimination, Diversity and Inclusion (CDADI) (2023). Right to the Highest Attainable Standard of Health and Access to Healthcare for LGBTI People in Europe.
- Courvoisier D., Bodenmann, P., Jackson, Y., Marti, J., Buclin, C.P., Morisod, K. et al. (2023). Measuring equity of care in Swiss hospitals: a feasibility study PRIORITY Study – Panorama of Indicators on Equity in Healthcare. Study mandated by the Federal Office of Public Health. Bern: FOPH.
- Crenshaw, KW., S. Beaulieu, I. Aubert, et M. Bessone (2021). «Dé-marginaliser l'intersection de la race et du sexe : une critique féministe noire du droit antidiscriminatoire, de la théorie féministe et des politiques de l'antiracisme». *Droit et société* N° 108(2):465-87. doi: 10.3917/drs1.108.0465.
- Cullati, S., Kliegel, M., & Widmer, E. (2018). Development of reserves over the life course and onset of vulnerability in later life. *Nature Human Behaviour*, 2(8), 551–558.
- De Gani, S. M., Jaks, R., Bieri, U., Kocher, J. Ph. (2021). Health Literacy Survey Schweiz 2019–2021. Schlussbericht (V2) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Zürich: Careum Stiftung.
- Delgrande Jordan M., Schmidhauser V. & Balsiger, N. (2023). Santé et bien-être des 11 à 15 ans en Suisse – Situation en 2022, évolution dans le temps et corrélats – Résultats de l'étude Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) (rapport de recherche No 159). Lausanne: Addiction Suisse.
- de Mestral, C., Petrovic, D., Marcus, K., Dubos, R., Guessous, I., Stringhini, S. (2022). Forgoing Healthcare in Switzerland Prevalence, determinants and consequences. Report mandated by the Swiss Federal Office of Public Health 2022. Bern: FOPH.
- Direktion für Bildung, Soziales und Sport Stadt Bern (2020). Grundlagenpapier Gesundheit in der Sozialhilfe. Ansätze zum Umgang mit Gesundheitsfragen bei Sozialhilfebeziehenden in der Stadt Bern. Direktion für Bildung, Soziales und Sport: Bern.
- Dittmann, J., Dietrich, S., Stroezel, H., Drilling, M., Young, C. & Roudit, S. (2022). Ausmass, Profil und Erklärungen der Obdachlosigkeit in 8 der grössten Städte der Schweiz. SNF-Studie. LIVES Working Paper No. 93.
- Duenkel, F., Zolondek, J., Storgaard, A., Giménez-Salinas, E., Romaní, J., Botella, L., Marteache, N. et al. (2005). Internationale Studie zum Frauenstrafvollzug Bestandsaufnahme, Bedarfsanalyse und «best practice».
- Fakhoury, J., Burton-Jeangros, C., Consoli, L. et al. (2021). Mental health of undocumented migrants and migrants undergoing regularization in Switzerland: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 21:175.
- GFCH (2022). Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich. Entwicklung von Übergewicht/Adipositas bei Kindern und Jugendlichen im Schuljahr 2020/21 mit Sonderfokus «Nationaler und internationaler Vergleich» (Faktenblatt 69). Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Graindorge, G. (2021). Expérience de santé des personnes détenues en milieu carcéral. Travail de Bachelor. Genève: Haute école de santé Genève.
- Guggisberg, J., Bodory, H., Höglings, D., Bischof, S. & Rudin, M. (2020). Gesundheit der Migrationsbevölkerung – Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017. Schlussbericht. Forschungsmandat im Auftrag von Bundesamt für Gesundheit Direktionsbereich Gesundheitspolitik Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit. Bern: BASS.
- Hamad, R., Elser, H., Tran, D. C., Rehkopf, D. H., & Goodman, S. N. (2018). How and why studies disagree about the effects of education on health: A systematic review and meta-analysis of studies of compulsory schooling laws. *Social science & medicine*, 212, 168–178.
- Hankivsky, O. et al. (2014). An Intersectionality-Based Policy Analysis Framework: Critical Reflections on a Methodology for Advancing Equity.
- HBSC (2024). Die HBSC-Studie in der Schweiz. URL: [Die HBSC-Studie in der Schweiz - hbsc.ch](https://www.hbsc.ch) (Zugriff am 11.11.2025)
- Höglings, M., Seiler, S., Ehrler, F. & Maurer, J. (2019). Gesundheit der älteren Bevölkerung in der Schweiz. Eine Studie basierend auf Daten des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Lausanne: UNIL, FORS und ZHAW.
- Huber, E., Le Pogam, M. A., & Clair, C. (2022). Sex-related inequalities in the management and prognosis of acute coronary syndrome in Switzerland: Cross-sectional study. *BMJ Medicine*, 1, e000300.
- Institute of Medicine (US) Committee on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Issues and Research Gaps and Opportunities. The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011. PMID: 22013611.
- IOM (2011). The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding. Washington, DC: The National Academies Press.
- Jackson Y., Burton-Jeangros C., Duvoisin, A., Consoli, L. & Fakhoury, J. (2022). Vivre et travailler sans statut légal à Genève: premiers constats de l'étude Parchemins (Sociograph – Sociological Research Studies, 57 a). Genève: Université de Genève.
- Jackson Y., Courvoisier D. S., Duvoisin A., et al. (2019). Impact of legal status change on undocumented migrants' health and well-being (Parchemins): protocol of a 4-year, prospective, mixed-methods study. *BMJ Open* 9.

- Jones, J. M. (2025). LGBTQ+ Identification in U.S. Rises to 9.3%. Gallup News. <https://news.gallup.com/poll/656708/lgbtq-identification-rises.aspx> (Zugriff am 27.06.2025)
- Joye, D., Lemel, Y., & Wolf, C. (2023). Le prestige des professions en Suisse. *Social Change in Switzerland*, 33, doi: 10.22019/SC-22023-00001.
- Kessler, D., Höglinger, M., Heiniger, S., Läser, J. & Hümbelin, O. (2021). Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden – Analysen zu Gesundheitszustand, -Verhalten, -Leistungsanspruchnahme und Erwerbsreintegration. Schlussbericht zuhanden Bundesamt für Gesundheit. Bern/Winterthur: Berner Fachhochschule und Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften.
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2024): Zur gesundheitlichen Lage sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher. Berlin. URL: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/materialien/publikationen-des-kooperationsverbundes (Zugriff am 26.05.2025)
- La Barbera, MC., L. Cassain, et P. Caravantes (2024). «The Discursive Construction of Intersectionality in Public Policy Implementation». *Critical Discourse Studies* 21(5):555-72. doi: 10.1080/17405904.2023.2228937.
- Lampert & Kuntz (2019). Auswirkungen von Armut auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen, Ergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Bundesgesundheitsbl* 62: 1263–1274
- Müller, F., Roose, Z., Landis, F., Gianola, G. (2018): Psychische Gesundheit von traumatisierten Asylsuchenden: Situationsanalyse und Empfehlungen. Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG), Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit. Luzern: Interface Politikstudien Forschung Beratung.
- oatmealhealth (2025). The Cost of Inequality: Why Health Equity Should Be a Top Priority. URL: The Cost of Inequality: Why Health Equity Should Be a Top Priority - Oatmeal Health (Zugriff am 26.07.2025)
- Obsan (2024). Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum. URL: [Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum \(Alter: 15+\) | MonAM | BAG](http://Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum (Alter: 15+) | MonAM | BAG) (Zugriff am 29.09.2025)
- OIM (2019). Glossaire sur la migration. Genève: Organisation internationale pour les migrations, URL: https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf
- Perriard, A. (2020). «Intersectionnalité». in *Dictionnaire de politique sociale suisse*, édité par J.-M. Bonvin, V. Hugentobler, C. Knöpfel, P. Maeder, et U. Tecklenburg. Seismo Verlag.
- Plattform santé sans-papiers (2025): <https://www.sante-sans-papiers.ch/about> (Zugriff am 10.11.2025)
- Refle, J.-E., et al. (2024). *Sortir de la clandestinité*. Lausanne: Epistémé - Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Rissi, C. & M. Stalder (2020). *Sans-Papiers im Kanton Zürich*. Anzahl, Profile und Situation. Im Auftrag des Amts für Wirtschaft und Arbeit des Kantons Zürich und des Migrationsamts des Kantons Zürich. Zürich: Amt für Wirtschaft und Arbeit (AWA) und Migrationsamt des Kantons Zürich.
- RKI (2024). Alkoholkonsum: https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/A/Alkoholkonsum/Alkoholkonsum_inhalt.html?box=2¤t=Alkoholkonsum&lv2=12866486 (Zugriff am 11.11.2025)
- SEM (2024). Asylstatistik – Aktuelle Zahlen: Asylstatistik Oktober 2024 (Zugriff am 11.11.2025)
- SKJV (2024). Gesundheit: Gesundheit | SKJV. (Zugriff am 11.11.2025)
- Spycher, J., Morisod, K., Eggli, Y., Moschetti, K., Le Pogam, M.-A., Peytremann-Bridevaux, I., Bodenmann, P., & Marti, J. (2021). Indicators on Healthcare Equity in Switzerland. *New Evidence and Challenges*. Report commissioned by the Federal Office of Public Health. Bern: FOPH.
- Stamm, H., Bürgi, R., Lamprecht, M. & Walter, S. (2021). Vergleichendes Monitoring der Gewichtsdaten von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz. Analyse von Daten aus den Kantonen Aargau, Basel-Stadt, Genf, Graubünden, Jura, Luzern, Obwalden, St.Gallen und Uri sowie den Städten Bern, Freiburg, Winterthur und Zürich. Arbeitspapier 58. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Tinner, L., D. Holman, S. Ejegi-Memeh, et A. A. Laverty. (2023). Use of Intersectionality Theory in Interventional Health Research in High-Income Countries: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 20(14):6370. doi: 10.3390/ijerph20146370.
- Wagner, C., Carmeli, C., Jackisch, J., Kivimäki, M., van der Linden, B. W., Cullati, S., & Chiolerio, A. (2024). Life course epidemiology and public health. *The Lancet Public Health*, 9(4), e261-e269.
- Weber, D. (2020). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz*, Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen. Grundlagenbericht. Bern: GFCH, BAG, GDK.
- Weber, M. (2003). *Economie et société*. Paris: Pocket.



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI

Obsan

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium
ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen
L'Observatoire suisse de la santé est une institution
commune de la Confédération et des cantons
L'Osservatorio svizzero della salute è un'istituzione
comune della Confederazione e dei Cantoni

