



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Indikatorenansammlung zum Monitoring-System Ernährung und Bewegung (MOSEB)

Im Rahmen des Nationalen Programms Ernährung und Bewegung (NPEB)

Hanspeter Stamm, Adrian Fischer, Doris Wiegand und Markus Lamprecht
Lamprecht & Stamm Sozialforschung und Beratung AG • Zürich

im Auftrag des

Bundesamtes für Gesundheit

und in Zusammenarbeit mit:

Bundesamt für Sport

Bundesamt für Statistik

Bundesamt für Strassen

Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen

Gesundheitsförderung Schweiz

Observatorium Sport und Bewegung Schweiz

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Suva

Indikatorenbericht • Stand Juni 2017



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

Observatorium
Sport und Bewegung Schweiz



Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

Inhalt

1. Das Monitoring-System MOSEB	2
2. Überblick über die Neuerungen und Ergänzungen	5
3. Indikatorenansammlung	6
Bereich 1: Wissen, Einstellungen, Betroffenheit (Bereich W)	7
Bereich 2: Ernährungsverhalten (Bereich E)	33
Bereich 3: Bewegungsverhalten (Bereich B)	65
Bereich 4: Körpergewicht (Bereich K)	82
Bereich 5: Gesundheitszustand (Bereich G)	99
Bereich 6: Rahmenbedingungen und Angebote (Bereich R)	126
Anhang: Überblick über frühere Aktualisierungen des Indikatorenberichts	138

Impressum

Auftraggeber & Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Autoren: Hanspeter Stamm, Adrian Fischer, Doris Wiegand, Markus Lamprecht
Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG
Forchstrasse 212, 8032 Zürich, info@LSSFB.ch

Fachbegleitung & Unterstützung: Nadine Stoffel-Kurt (Projektleitung), Kathrin Favero (Bundesamt für Gesundheit)
Esther Camenzind-Frey (Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen)
Lisa Guggenbühl (Gesundheitsförderung Schweiz)
Renaud Lieberherr, Ueli Oetliker (Bundesamt für Statistik)
Heidi Meyer (Bundesamt für Strassen)
Tanya Kasper (Suva)
Nicole Ruch (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium)
Thomas Wyss (Bundesamt für Sport)

Vertrieb: Der Bericht kann von den Websites www.moseb.ch und www.bag.admin.ch heruntergeladen werden.

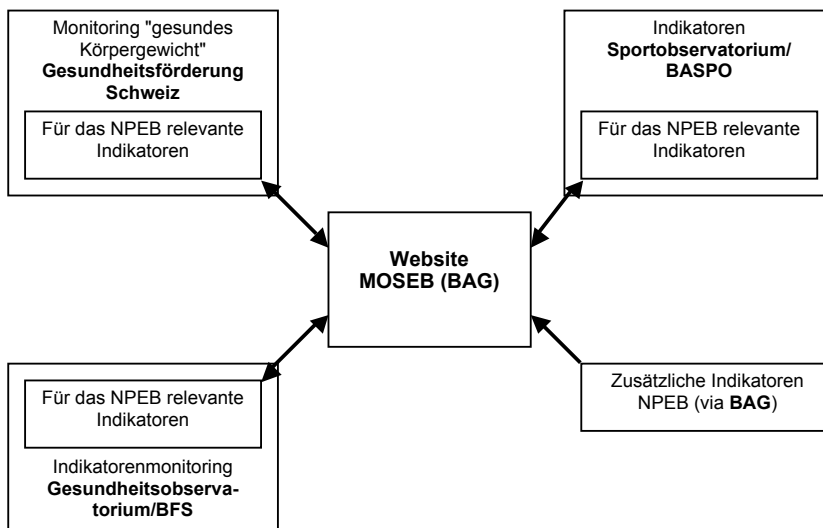
Copyright: Bundesamt für Gesundheit / L&S SFB, Juni 2017

Zitiervorschlag: Stamm, H., A. Fischer, D. Wiegand, M. Lamprecht: Indikatorenansammlung zum Monitoring-System Ernährung und Bewegung (MOSEB). Stand Juni 2017.
Hrsg.: Bundesamt für Gesundheit, Bern 2017.

1. Das Monitoring-System MOSEB

Im Rahmen des Nationalen Programms Ernährung und Bewegung (NPEB) und des "Monitoring-Systems Ernährung und Bewegung" (MOSEB) macht das Bundesamt für Gesundheit der interessierten Öffentlichkeit eine Sammlung von 54 Indikatoren zu den Themenbereichen Ernährung und Bewegung via Internet zugänglich. Ein wichtiges Element der Berichterstattung ist die Verknüpfung mit den bereits bestehenden Indikatorensystemen des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan), von Gesundheitsförderung Schweiz sowie des Observatoriums Sport und Bewegung Schweiz (Sportobs). Das heisst: Indikatoren werden nur soweit neu aufbereitet, als sie nicht bereits in den erwähnten Indikatorensystemen vorhanden sind. Falls Indikatoren bereits vorhanden sind, werden sie via Website des Bundesamts für Gesundheit/NPEB miteinander verlinkt (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Grundgerüst der Indikatorensammlung zum Monitoring-System Ernährung und Bewegung (MOSEB)



Um die Übersichtlichkeit der Berichterstattung zu erhöhen und die Navigation zu vereinfachen, wurden die 58 Indikatoren den in Tabelle 1 aufgeführten, sechs thematischen Bereichen zugeordnet. Aus der Tabelle geht hervor, dass mittlerweile Daten zu allen Indikatoren vorliegen. Aus der fünften Spalte von Tabelle 1 wird zudem klar, dass die Indikatoren nicht nur thematisch, sondern auch nach ihrer Bedeutung für das MOSEB gegliedert wurden. Dabei wurden drei Kategorien von Indikatoren geschaffen:

- *Leitindikatoren* (L) sind von zentraler strategischer Bedeutung für das NPEB und seine Partnerorganisationen.
- *Kernindikatoren* (K) enthalten Informationen zu zentralen Dimensionen des NPEB.
- *Zusatzindikatoren* (Z) sind von sekundärem Interesse, weil sie entweder sehr spezifische oder weitergehende Informationen enthalten oder sich auf ausgewählte Teilpopulationen beziehen.

Für alle Indikatoren gilt, dass zentrale Informationen direkt von der Website des Bundesamts für Gesundheit/MOSEB (www.moseb.ch) abrufbar sind. Zusätzliche Informationen sind über Hyperlinks verfügbar, die entweder auf PDF-Files oder die entsprechenden Websites der Partnerorganisationen (Gesundheitsförderung Schweiz, Obsan, Sportobservatorium) verweisen.

Tabelle 1: Übersicht über den Aufbau des Indikatorensystems und den Stand der Indikatorenentwicklung

Nr.	Titel	Indikator BAG	Indikator extern	Kategorie	Alte Nr.	Seite
1	Wissen Ernährung und Bewegung (Wissen, Einstellungen, Betroffenheit, Informationsverhalten)	6	3		W	
1.1	Ausrichtung der Ernährung an Ernährungsbotschaften		x	K	W.1	7
1.2	Motive für und gegen Bewegung	x		K	W.3	8
1.3	Kenntnis Zusammenhänge E&B	x		K	W.4	10
1.4	Hindernisse für gesunde Ernährung	x		Z	W.5	15
1.5	Kenntnis von Ernährungsempfehlungen	(x)		Z	W.6	19
1.6	Wahrnehmung/Information Ernährungsangebot	(x)		Z	W.7	25
1.7	Kenntnis von Bewegungsempfehlungen	x		Z	W.8	29
1.8	Wahrnehmung des Sports		(x)	Z	W.9	31
1.9	Berichterstattung E&B		x	Z	W.10	32
2	Ernährungsverhalten (inkl. Verzehr)	10	3		E	
2.1	Ernährungsverhalten Erwachsene (Konsum Gemüse und Früchte)		x	L	E.3	33
2.2	Ernährungsverhalten Kinder/Jugendliche		x	L	E.4	34
2.3	Konsumausgaben für ausgewählte Nahrungsmittel		(x)	K	E.1	35
2.4	Verzehr von Lebensmitteln	(x)		K	E.2	36
2.5	Salzkonsum	(x)		Z	E.5	39
2.6	Kochverhalten	(x)		Z	E.6	42
2.7	Stillen	x		Z	E.7	47
2.8	Mikronährstoffe	(x)		Z	-	50
2.9	Einnahme von Frühstück/anderen Mahlzeiten, Erwachsene	(x)		Z	E.9	53
2.10	Einnahme von Frühstück/anderen Mahlzeiten, Kinder und Jugendliche	x		Z	-	55
2.11	Energie- und Nährstoffversorgung	x		Z	-	57
2.12	Süßgetränke Erwachsene	x		Z	-	60
2.13	Süßgetränke Kinder und Jugendliche	(x)		Z		62
2.14	Vegetarismus	x		Z	-	63
3	Bewegungsverhalten	4	5		B	
3.1	Bewegungsverhalten Erwachsene		x	L	B.1	65
3.2	Bewegungsverhalten Kinder/Jugendliche		x	L	B.2	66
3.3	Bewegungsverhalten: objektive Messungen	x		K	B.3	67
3.4	Körperlich aktives Mobilitätsverhalten	x		K	B.4	69
3.5	Sportaktivität		x	Z	-	72
3.6	Sitzen und Ruhen, Erwachsene	x		Z	B.5	73
3.7	Sitzen und Ruhen, Kinder und Jugendliche	x				78
3.8	Leistungsfähigkeit junger Erwachsener		(x)	Z	B.6	80
3.9	Teilnahme an J+S Angeboten		x	Z	B.7	81

Tabelle 1 (Fortsetzung)

Nr.	Titel	Indikator BAG	Indikator extern	Kategorie	alte Nr.	Seite
4	Körpergewicht (BMI, anthropometrische Masse; Zufriedenheit mit dem Körpergewicht)	3	5		K	
4.1	BMI Erwachsene (Befragungsdaten)		x	L	K.1	82
4.2	BMI Kinder/Jugendliche (direkte Messung)		(x)	L	K.3	83
4.3	BMI Erwachsene (direkte Messung)	(x)		K	K.2	84
4.4	Bauchumfang/WHR	x		K	K.4	89
4.5	Zufriedenheit Körpergewicht Erwachsene		x	Z	K.5	95
4.6	Zufriedenheit Körpergewicht Kinder/Jugendliche		x	Z	K.6	93
4.7	Wunsch nach Gewichtsveränderung und Diäterfahrungen	x		Z	K.7	94
4.8	Durchschnittlicher BMI in der Subgruppe Übergewichtiger		x	Z	K.8	98
	Gesundheitszustand (inkl. gesundheitlichen Leiden, die in einem Zusammenhang mit Ernährung und Bewegung stehen)	8	3		G	
5.1	Nicht-übertragbare Krankheiten	x		L	G.1	99
5.2	Kosten von Übergewicht und Adipositas	x		L	G.7	106
5.3	Selbst wahrgenommene Gesundheit		x	K	G.5	108
5.4	Zusammenhang zwischen Gesundheit, Ernährung und Bewegung	x		Z	G.2	109
5.5	Körperliche Selbständigkeit, ältere Bevölkerung		x	Z	G.3	111
5.6	Sportunfälle und -verletzungen		x	Z	G.4	112
5.7	Psychisches Wohlbefinden	x		Z	G.6	113
5.8	Essstörungen	x		Z	E.8	118
5.9	Kosten der körperlichen Inaktivität	x		Z	-	120
5.10	Lebensqualität Erwachsene	(x)		Z		122
5.11	Lebensqualität Kinder und Jugendliche	x		Z		124
	Rahmenbedingungen und Angebote (inkl. Indikatoren zu Präventions- und Unterstützungsmaßnahmen sowie Angeboten in den Bereichen Ernährung und Bewegung)	2	6		R	
6.1	Angebote Ernährung und Bewegung in spezifischen Settings		(x)	L	R.4	126
6.2	Bewegungsräume und -flächen		x	K	R.2	129
6.3	Aktionen der Wirtschaft	x		Z	R.3	130
6.4	Bewegungsangebote Kinder/Jugendliche		x	Z	R.5	132
6.5	Angebote im Erwachsenensport		(x)	Z	R.6	133
6.6	Sportanlagen		x	Z	R.7	134
6.7	Schulsportobligatorium		x	Z	R.8	135
6.8	Werbung bei Kindern und Jugendlichen	x		Z	-	136

x: Indikator liegt vor. (x): Indikator liegt vor, es existieren jedoch noch keine umfassenden Daten oder es besteht beträchtliches Optimierungspotential.

2. Überblick über die Neuerungen und Ergänzungen

Das vorliegende Dokument enthält alle Indikatoren des "Monitoring-Systems Ernährung und Bewegung" (MOSEB). Die folgende Tabelle enthält Hinweise auf die Änderungen und Aktualisierungen, die seit dem letzten Indikatorenbericht vorgenommen wurden (frühere Aktualisierungen siehe Anhang):

Tabelle 2: Übersicht über die Aktualisierungen und Ergänzungen am Indikatorensystem zum MOSEB zwischen Juni 2016 und Mai 2017

Nr.	Indikator	Art der Änderung
1.5	Kenntnis von Ernährungsempfehlungen	Ergänzung mit Angaben aus menuCH
2.1	Ernährungsverhalten erwachsene Bevölkerung	Aktualisierung mit Angaben aus menuCH
2.3	Konsumausgaben für ausgewählte Nahrungsmittel	Aktualisierung mit Daten der HABE 2014
2.4	Verzehr von Lebensmitteln	Ergänzung mit Angaben aus menuCH
2.5	Salzkonsum	Ergänzung mit Angaben aus menuCH
2.6	Kochverhalten	Ergänzung mit Angaben aus menuCH
2.8	Mikronährstoffe	Ergänzung mit Angaben aus menuCH
2.9	Einnahme von Frühstück und anderen Mahlzeiten, Erwachsene	Ergänzung mit Angaben aus menuCH
2.12	Süssgetränke Erwachsene	Neuer Indikator auf der Grundlage von menuCH und der Bevölkerungsbefragung von Gesundheitsförderung Schweiz
2.13	Süssgetränke Kinder und Jugendliche	Neuer Indikator; Transfer von Angaben aus Indikator 2.12
2.14	Vegetarismus	Ergänzung mit Angaben aus menuCH sowie neue Nummer
3.6	Sitzen und Ruhen	Ergänzung mit Angaben aus menuCH
4.3	BMI Erwachsene (direkte Messung)	Ergänzung mit Angaben aus menuCH und Rekrutierungsdaten
4.4	Bauchumfang/WHR	Ergänzung mit Angaben aus menuCH und Rekrutierungsdaten
4.5	Zufriedenheit Körpergewicht Erwachsene	Ergänzung mit Angaben aus menuCH
4.7	Wunsch nach Gewichtsveränderung	Ergänzung mit Angaben aus menuCH
5.6	Sportunfälle und Verletzungen	Aktualisierung via Sportobservatorium
6.3	Aktionen der Wirtschaft	Aktualisierung auf der Grundlage neuer Daten des BAG

Zusätzlich zu den in der Tabelle aufgeführten Änderungen muss darauf hingewiesen werden, dass die Indikatorensammlung "Gesundes Körpergewicht" von Gesundheitsförderung vorderhand nicht aktualisiert wird und aktuell auch nicht auf der Website von Gesundheitsförderung Schweiz verfügbar ist. Ein PDF-Dokument mit dem letzten Stand jener Indikatoren findet sich jedoch auf der Website des MOSEB.

3. Indikatorenansammlung

Die folgenden Seiten enthalten alle Indikatoren des Monitoring-Systems Ernährung und Bewegung (MOSEB). Der Umfang der Berichterstattung zu den einzelnen Indikatoren hängt von der Datenverfügbarkeit, ihrer Herkunft und ihrem Stellenwert für das MOSEB ab.

- Wurden die Indikatoren eigens für das vorliegende Projekt aufbereitet, so werden sie vollständig dargestellt. Das heisst: Auf einer "Übersichtsseite" findet sich ein besonders wichtiger Zusammenhang bzw. ein Zeitvergleich, während zusätzliche Resultate auf maximal drei weiteren Seiten dargestellt werden.
- Stammen die Indikatoren aus den existierenden Indikatorenansammlungen von Obsan, Gesundheitsförderung Schweiz und Sportobservatorium, so wird jeweils ebenfalls ein zentraler Befund auf der Übersichtsseite dargestellt. Die Detailresultate werden dagegen mittels Hyperlinks zu den entsprechenden Indikatorenansammlungen zugänglich gemacht.

In beiden Fällen findet sich auf der ersten Seite jeweils ein Hinweis auf die "Datenbasis", der sich Information zu den für die Darstellungen und Analysen verwendeten Datenquellen entnehmen lassen.

Hinweise zur Darstellungsform:

- In den Grafiken und im Text wurden Prozentangaben der Übersichtlichkeit halber auf ganze Zahlen gerundet. In gewissen Abbildungen kann es vorkommen, dass die Balken oder Säulen eine unterschiedliche Länge haben, obwohl dieselben Werte ausgewiesen werden. Diese Unterschiede sind auf Rundungsdifferenzen zurückzuführen. Beispiel: Die Werte 5.6% und 6.4% werden zwar beide auf die ganze Zahl 6% gerundet, tatsächlich existiert aber ein Unterschied von 0.8%, der in der Grafik ersichtlich sein kann.
- Wissenschaftlich interessierte Leser/innen werden auf den folgenden Seiten möglicherweise Signifikanzangaben vermissen. Der Verzicht auf die Angabe von Signifikanzen ist einerseits darauf zurückzuführen, dass die ohnehin schon gedrängte Darstellung durch entsprechende Hinweise zusätzlich belastet worden wäre. Andererseits war es in verschiedenen Fällen nicht möglich, Signifikanzen zu berechnen – dort nämlich, wo Resultate aus existierenden Darstellungen übernommen wurden und fehlten. Dort, wo die Datenanalysen vom Projektteam selbst vorgenommen wurden (z.B. SGB, Sport Schweiz 2008, Omnibus des BFS), existieren jedoch entsprechende Angaben, die auf Wunsch zur Verfügung gestellt werden können.

Bereich 1: Wissen Ernährung und Bewegung (Wissen, Einstellungen, Betroffenheit, Informationsverhalten)

Indikator 1.1: Ausrichtung der Ernährung an Ernährungsbotschaften

Hinweis: Der Indikator stammte ursprünglich aus der Indikatorensammlung von Gesundheitsförderung Schweiz, die vorderhand nicht weitergeführt wird. Der letzte Stand der Indikatoren ist auf der Website des MOSEB dokumentiert.

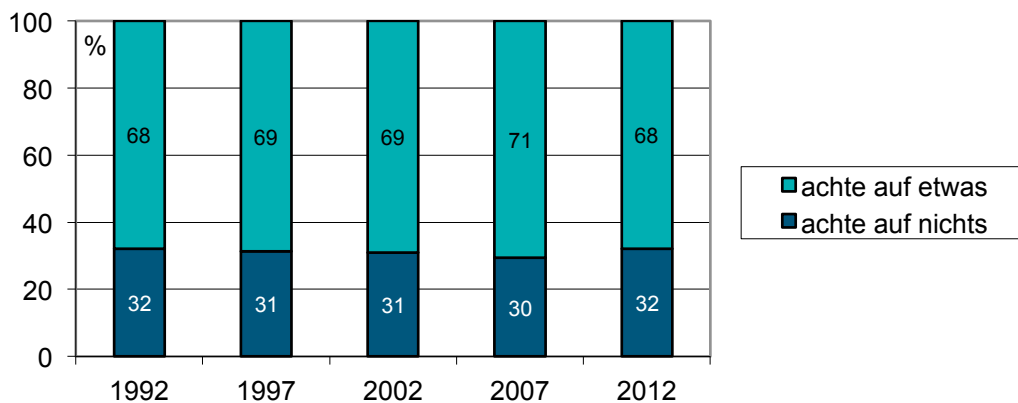
Die Ausrichtung der Ernährung an Ernährungsbotschaften vermittelt wichtige Hinweise auf die Bedeutung des Ernährungsbewusstseins bei Entscheidungen rund ums Essen. Der vorliegende Indikator enthält Angaben aus den Gesundheitsbefragungen (SGB) 1992 bis 2012 des Bundesamtes für Statistik sowie einiger weiterer aktueller Studien. Dargestellt sind in der folgenden Abbildung die Antworten auf die einfache Frage, ob man bei seiner Ernährung "auf etwas achte" oder ob man "auf nichts achte".

Die Abbildung zeigt, dass knapp 70 Prozent der Bevölkerung der Schweiz darauf achten, wie sie sich ernähren, während der Rest beim Essen auf nichts achtet. Der Anteil der "ernährungsbe- wussten" Personen hat sich seit dem Jahr 1992 kaum verändert.

Eine von der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung durchgeführte Analyse mehrerer Studien (Infanger 2012) hat ergeben, dass im Durchschnitt für drei Viertel aller Konsumenten eine gesunde Wahl bei der Ernährung wichtig ist. Diese Metastudie bestätigt auch die in der Indika- torensammlung von Gesundheitsförderung Schweiz dokumentierten Geschlechts- und Alters- effekte in Bezug auf das Ernährungsbewusstsein.

Aus dem Modul MOSEB des jüngsten Omnibus' des Bundesamts für Statistik (2014) geht zudem hervor, dass konkrete Ernährungsempfehlungen in unterschiedlichem Masse eingehalten werden. So geben beispielsweise über 80 Prozent der Befragten an, sie würden "immer" oder "oft" Oliven- oder Rapsöl gegenüber anderen Arten von Öl bevorzugen oder ein bis zwei Liter ungesüsste Getränke pro Tag zu sich nehmen. Lediglich die Hälfte aller Befragten orientiert sich an der Lebensmittelpyramide.

A) Ernährungsbewusstsein der Bevölkerung der Schweiz, 1992 bis 2012



Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992 bis 2012; Antworten auf die Frage: "Achten Sie auf bestimmte Sachen bei Ihrer Ernährung?"; 1992, n=14'711; 1997, n=12'995; 2002, n=19'690; 2007, n=18'742; 2012, n=21'577.

Datenbasis

Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002, 2007 und 2012 des Bundesamtes für Statistik.

Modul MOSEB des Omnibus' 2014 des Bundesamtes für Statistik.

Infanger, E. (2012): Die gesunde Lebensmittelwahl. Was wissen wir über den Konsumenten und die

Konsumentin in der Schweiz? Bern: Schweizerische Gesellschaft für Ernährung.

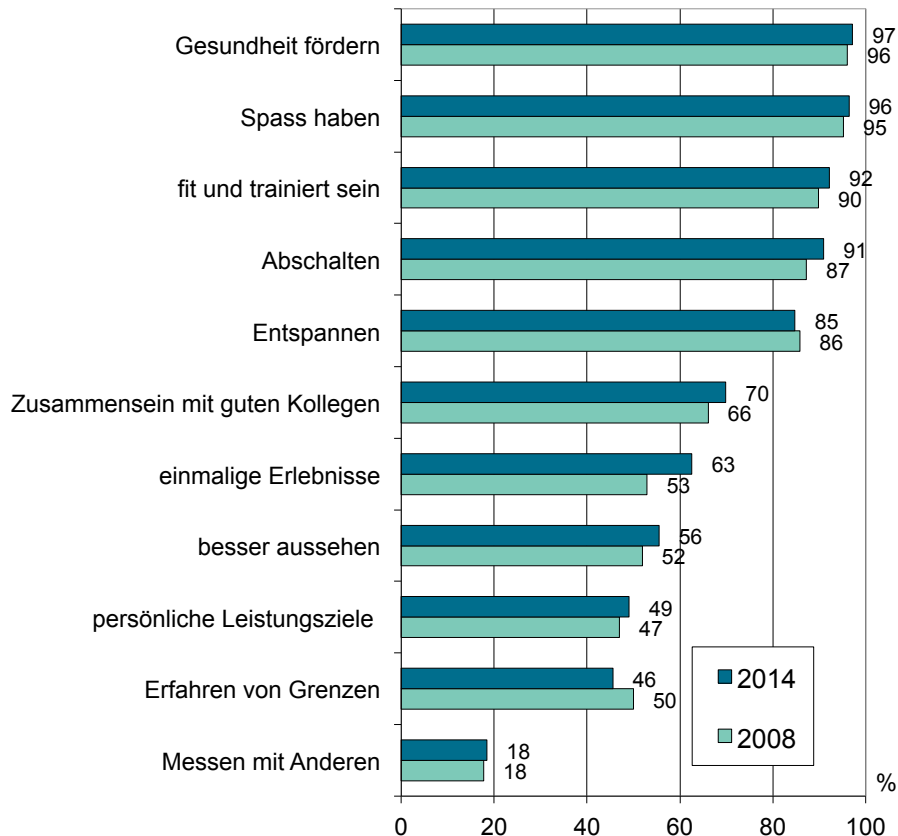
Weitere Informationen finden sich unter Indikator 1.5.

Indikator 1.2: Motive für und gegen körperliche Bewegung

Ist das Wissen über gesundheitsförderndes Verhalten vorhanden, entscheiden verschiedene Motivationsfaktoren und -hindernisse darüber, ob körperliche Aktivitäten durchgeführt werden.

Gemäss der Studie Sport Schweiz 2014 sind in der Schweiz knapp drei Viertel Prozent der Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 74 Jahren sportlich aktiv. Diese Personen wurden danach gefragt, wie wichtig für sie persönlich verschiedene Motive beim Sporttreiben seien. Wie die folgende Abbildung zeigt, sind Gesundheit und Spass für fast alle Sporttreibenden wichtige oder sogar sehr wichtige Motive. Den meisten ist auch wichtig, dass sie dank der sportlichen Betätigung fit und trainiert sind, beim Sport abschalten, den Körper erfahren und sich entspannen können. Ebenfalls von erheblicher Bedeutung ist die Geselligkeit (Zusammensein mit Kollegen). Für über die Hälfte aller Sporttreibenden gehören einmalige Erlebnisse, das Aussehen und persönliche Leistungsziele zu den (sehr) wichtigen Motiven. Auffallend ist überdies, dass sich an dieser Motivstruktur zwischen 2008 und 2014 kaum etwas geändert hat: lediglich die einmaligen Erlebnisse wurden 2014 etwas häufiger, das Erfahren von Grenzen dagegen etwas seltener erwähnt.

A) Wichtigkeit verschiedener Sportmotive (prozentueller Anteil der Sporttreibenden, welche das entsprechende Motiv als "wichtig" oder "sehr wichtig" bezeichnen, 2008 und 2014)



Quellen: Sport Schweiz 2008, n=7762-7819; Sport Schweiz 2014, n=7887-7953

Antworten auf die Frage: " Was ist Ihnen beim Sporttreiben besonders wichtig? Geben Sie jeweils für jede Aussage an, wie wichtig Sie für Sie persönlich ist."

Datenbasis

Sport Schweiz 2008 und 2014, repräsentative Befragungen der 15-74-Jährigen Wohnbevölkerung des Observatoriums Sport und Bewegung Schweiz.

In der Befragung wurden sportlich Aktive nach der Wichtigkeit verschiedener Motive beim Sporttreiben und sportlich Inaktive nach den Gründen, weshalb sie keinen Sport treiben und nach den Voraussetzungen, um (wieder) mit Sporttreiben zu beginnen, gefragt.

Weitere Resultate

Für die Bewegungsförderung sind nicht nur die Motive der Sporttreibenden von Bedeutung, sondern vor allem auch die Begründungen der Inaktiven für ihre fehlende körperliche Aktivität. Gemäss Sport Schweiz 2014 sind 26 Prozent der Bevölkerung der Schweiz erklärte Nichtsportler. Die Mehrheit von Ihnen (71%) hat früher selbst Sport getrieben und dabei meist positive Erfahrungen gemacht.

Wie Tabelle B zeigt, ist "fehlende Zeit" (40%) der am häufigsten genannte Grund für sportliche Inaktivität. Jeweils 18 Prozent der Inaktiven geben fehlende Lust und gesundheitliche Gründe an, während jeweils neun Prozent der Nichtsportler antworten, sie würden sich bereits genug bewegen oder ungünstige und lange Arbeitszeiten und -wege würden das Sporttreiben be- oder verhindern.

Auffallend ist, dass sich die Rangordnung der Gründe, weshalb man keinen Sport treibt, ebenso wie die Häufigkeit der Nennungen zwischen 2008 und 2014 kaum verändert hat.

B) Gründe, weshalb man keinen Sport treibt: Anteil der Personen, die den entsprechenden Grund angeben, 2008 und 2014 (in Prozent aller sportlich Inaktiven, Mehrfachnennungen möglich)

	2008	2014
habe zu wenig Zeit	42	40
habe keine Lust, Sport macht mir keinen Spass	17	18
gesundheitliche Gründe	15	18
habe genug Bewegung, bin genug fit	10	9
ungünstige, lange Arbeitszeiten, langer Arbeitsweg	8	9
habe andere Interessen	8	5
die Zeit geht der Familie verloren	4	3
Sport liegt mir nicht, Sport tut mir nicht gut	4	3
bin zu alt für Sport	4	3
Verletzung beim Sporttreiben war Grund für Ausstieg	2	2
finanzielle Gründe, Sport ist mir zu teuer	2	2
finde kein passendes Angebot	1	1
schlechte Erinnerungen, schlechte Erfahrungen	1	0
andere Gründe	11	7

Antworten auf die Frage: " Es gibt ja die unterschiedlichsten Gründe, warum man keinen Sport treibt. Wie ist das bei Ihnen, warum treiben Sie keinen Sport?"; n(2008)=2431, n(2014)=2687.

Ähnliches gilt auch für die Angaben in Tabelle C, welche die Antworten auf die Frage enthält, was passieren müsse, damit man (wieder) mit Sporttreiben anfangen. Hier sind es wiederum die Zeit, gesundheitliche Gründe sowie der motivierende Einfluss des sozialen Umfeldes, welche besonders häufig genannt werden. Aber auch finanzielle Faktoren und das Angebot werden von immerhin über fünf Prozent der Inaktiven, welche wieder mit dem Sporttreiben beginnen möchten, erwähnt.

Weitere Informationen:

Lamprecht, M., A. Fischer und H. Stamm (2014): Sport Schweiz 2014. Sportaktivität und Sportinteresse der Schweizer Bevölkerung. Magglingen: Bundesamt für Sport.

C) Voraussetzungen, die es bräuchte, um (wieder) mit Sporttreiben zu beginnen: Anteil der Personen, welche die entsprechende Voraussetzung nennen, 2008 und 2014 (in Prozent der sportlich Inaktiven, die wieder mit Sporttreiben beginnen möchten)

	2008	2014
mehr Zeit	48	42
gesundheitliche Faktoren (bessere Gesundheit etc.)	17	15
müsste durch andere Personen motiviert, mitgenommen werden	12	10
finanzielle Faktoren, ich müsste es mir leisten können	8	7
passendes Angebot in der Nähe	6	6
ärztliche Empfehlung/ärztlicher Rat	3	1
sozial aufgehoben sein	2	1
müsste ein klares Ziel vor Augen haben	2	1
Angebot, dass dem Können, den Fähigkeiten entspricht	1	2
anderes	13	14

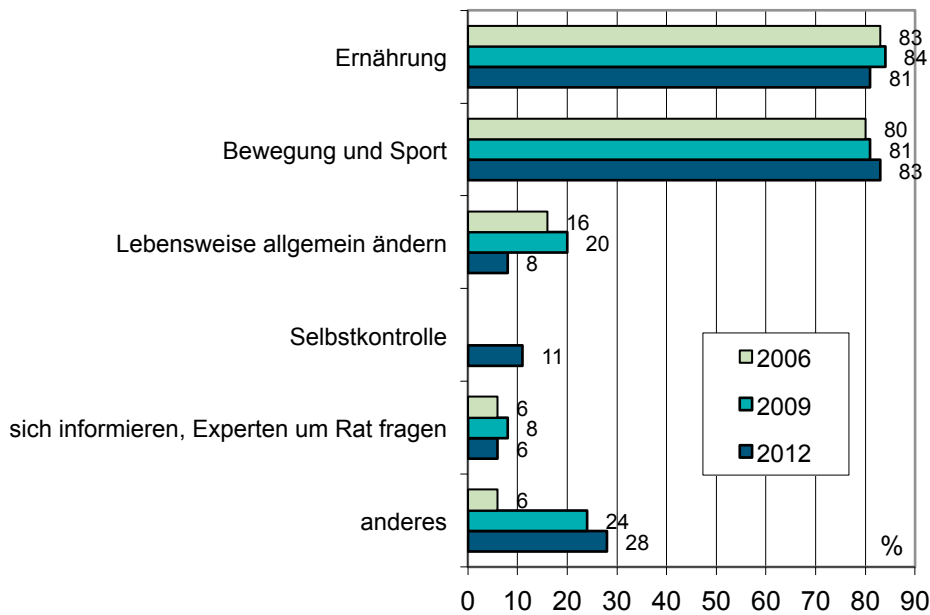
Antworten auf die Frage: "Was müsste passieren, dass Sie mit [einer vorher erwähnten Sportart] anfangen?"; n(2008)=1030; n(2014)=1021)

Indikator 1.3: Kenntnis der Zusammenhänge zwischen Ernährung, Bewegung und gesundem Körpergewicht

Es ist belegt, dass ein gesundes Körpergewicht abhängig ist von einer ausgeglichenen Energiebilanz und somit von der Balance zwischen Energieaufnahme (Ernährung) und Energieverbrauch (Grundumsatz, Alltagsbewegung und Sport). Das Wissen über den Zusammenhang von Körpergewicht, Ernährung und Bewegung ist in den vergangenen Jahren durch verschiedene Informationskampagnen vermittelt und im Bewusstsein der Bevölkerung verankert worden und ist die Grundlage für einen gesunden Lebensstil.

Die folgende Abbildung zeigt, dass die grosse Mehrheit der Bevölkerung auf dem Weg zu einem gesunden Körpergewicht eine kombinierte Ernährungs- und Bewegungsstrategie favorisiert, denn jeweils rund 80 Prozent aller Befragten erwähnen Dimensionen der Ernährung und der Bewegung. Auffallend ist überdies, dass sich die Einschätzungen zwischen der ersten Befragung des Jahres 2006 und der Befragung des Jahres 2012, von zwei Ausnahmen abgesehen, kaum verändert haben. Einerseits wurde 2012 ein neues Item "Selbstkontrolle" hinzugefügt, das von elf Prozent der Befragten auf Kosten des Items "Lebensweise allgemein" gewählt wurde. Andererseits sind die Nennungen zum Themenkomplex "anderes" deutlich von 6 auf 28 Prozent angestiegen.

A) Wahrgenommene Möglichkeiten des Individuums, ein gesundes Körpergewicht zu erreichen, 2006 bis 2012



Quelle: Bevölkerungsbefragungen 2006 (n=1441), 2009 (n=1008) und 2012 (n=1005) von Gesundheitsförderung Schweiz/Universität Lugano (Personen ab 16 Jahren); kategorisierte Antworten auf eine offene Frage nach Massnahmen zur Erreichung eines gesunden Körpergewichts: "Und was kann jeder einzelne tun, um ein gesundes Körpergewicht zu erhalten oder zu erreichen?". Hinweis: In der Bevölkerungsbefragung sind die Untergewichtigen als Personen mit einem BMI < 20kg/m² definiert.

Datenbasis

Bevölkerungsbefragungen 2006 (n=1441), 2009 (n=1008) und 2012 (n=1005) von Gesundheitsförderung Schweiz und der Università della Svizzera italiana; telefonische Befragung. Da nicht in allen Fällen vergleichbare Angaben aus den Jahren 2006 bis 2012 vorlagen, enthalten einige der folgenden Abbildungen keine Zeitvergleiche.

Zusätzlich wurden Angaben aus den folgenden Studien verwendet:

- Coop-Studie Ess-Trends im Fokus, September 2009, (n=514) verwendet. Diese Angaben sind repräsentativ für die Bevölkerung der Deutsch- und Westschweiz, die mindestens einmal pro Woche zu privaten Zwecken im Internet ist.
- Modul MOSEB des Omnibus' 2014 des Bundesamts für Statistik (BFS), telefonische Befragung der 15 bis 74-jährigen Wohnbevölkerung (n=2'993)
- Special Eurobarometer-Studien 246 (2005, n=14'682) und 283 (2007, n=28'660).

Weitere Resultate

Abbildung B zeigt eine Detailanalyse der in Abbildung A enthaltenen Antworten auf die Frage, was der einzelne mit Blick auf ein gesundes Körpergewicht tun könne, für das Jahr 2012. Es fällt auf, dass sich die Einschätzungen kaum nach dem Körpergewicht der Befragten unterscheiden. Von den Adipösen und Übergewichtigen wird allerdings etwas seltener auf körperliche Bewegung verwiesen als von den Normalgewichtigen. Zudem scheinen die Adipösen und Übergewichtigen überdies etwas weniger zuversichtlich zu sein, was die Beeinflussung der Körpergewichts durch die Ernährung anbelangt.

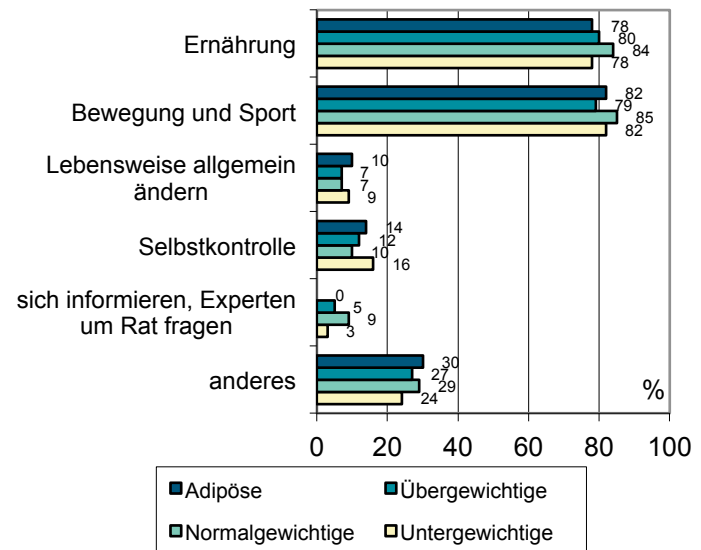
Im Vergleich zur hier nicht dargestellten Bevölkerungsbefragung von 2009 zeigen sich kaum Änderungen der Einschätzungen. Auffallend ist einzig, dass die Nennung "anderes" insbesondere bei den Adipösen (plus 14%) stark zugelegt hat, während die Nennungen zu "sich informieren, Experten um Rat fragen" in den meisten Gruppen zurückgegangen sind.

Die Bevölkerungsbefragung von Gesundheitsförderung Schweiz und der Universität Lugano enthält eine offene Frage nach den Gesundheitsrisiken, die mit Übergewicht verbunden sind. Die in Abbildung C dargestellten Antworten auf diese Frage können als Hinweis auf ein entsprechendes Problembewusstsein gelesen werden.

Die häufigsten in der Fachliteratur erwähnten gesundheitlichen Probleme in Zusammenhang mit dem Übergewicht – nämlich Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes – werden von den Befragten am häufigsten erwähnt. Von Bedeutung sind in der Wahrnehmung der Befragten überdies Gelenkerkrankungen.

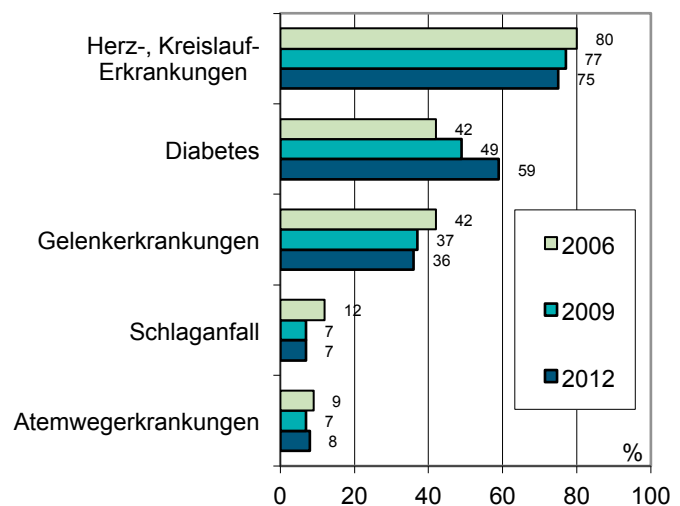
Die Einschätzungen haben sich zwischen 2006 und 2012 kaum verändert. Einzig bei der Diabetes kann von einem über die Zeit deutlich anwachsenden Gefahrenbewusstsein ausgegangen werden, während die Risiken für Gelenkerkrankungen und Schlaganfälle gegenwärtig etwas geringer beurteilt werden als noch sechs Jahre zuvor.

B) Wahrgenommene Möglichkeiten des Individuums, ein gesundes Körpergewicht zu erreichen nach BMI, 2012 (Anteile in Prozent)



Quelle: Bevölkerungsbefragung von Gesundheitsförderung Schweiz und der Università della Svizzera italiana; Hinweis: In der Bevölkerungsbefragung sind die Untergewichtigen in Abweichung von der WHO-Definition (BMI < 18.5 kg/m²) als Personen mit einem BMI < 20kg/m² definiert.

C) Wahrgenommene Gesundheitsrisiken als Folge von Übergewicht, 2006 bis 2012 (Anteile in Prozent)



Quelle: Bevölkerungsbefragung von Gesundheitsförderung Schweiz und Universität della Svizzera italiana; Antworten auf eine offene Frage nach den Gesundheitsrisiken als Folge von Übergewicht: "Was sind die häufigsten Krankheiten, die durch Übergewicht entstehen können?"

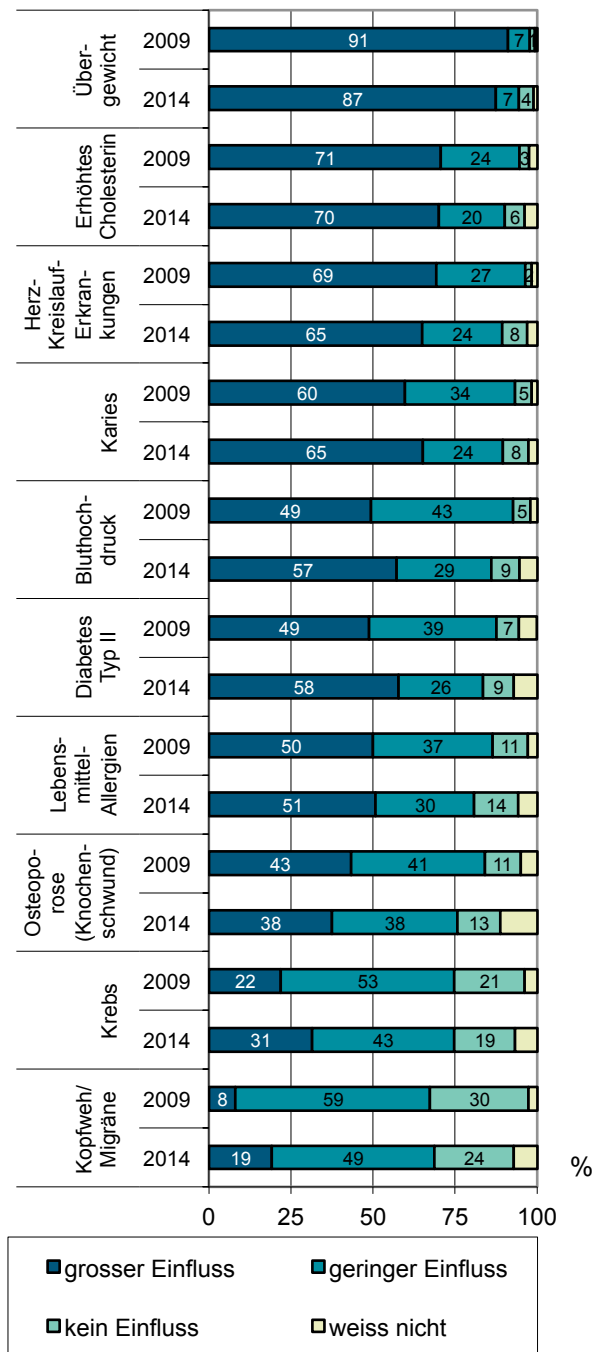
Die Abbildungen D und E enthalten Ergebnisse aus der Coop-Studie: Ess-Trends im Fokus "Essen und Gesundheit" (2009) und dem Modul MOSEB des Omnibus' 2014 des Bundesamts für Statistik, in dem die Fragenformulierungen der Coop-Studie weitgehend übernommen wurden. Ähnlich wie in den Bevölkerungsbefragungen von Gesundheitsförderung Schweiz, wurde auch in diesen beiden Studien nach dem Zusammenhang von Ernährung und Gesundheit gefragt.

Abbildung D zeigt, dass die Wirkung der Ernährung auf das Übergewicht, erhöhtes Cholesterin, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie auf Karies sehr häufig erwähnt wird. Rund 90% der Befragten sind der Meinung, dass die Ernährung bei der Vorbeugung von Übergewicht eine grosse Rolle spiele. Dagegen werden die Zusammenhänge mit Krebs und Kopfschmerzen verhältnismässig selten thematisiert.

Bei einem Vergleich der Zahlen der Jahre 2009 und 2014 fällt zudem auf, dass sich die Einschätzungen kaum verändert haben. Bei Karies, Bluthochdruck, Diabetes Typ II und Krebserkrankungen scheint die Sensibilisierung jedoch leicht zugenommen zu haben, denn aktuell sprechen etwas mehr Personen von einem "grossen Einfluss" des Ernährungsverhaltens sprechen.

Mit den Daten des Omnibus 2014 sind verschiedene Zusammenhangsanalysen möglich, aus denen hervorgeht, dass Frauen und höher gebildete Personen bei fast allen aufgeführten Erkrankungen signifikant häufiger einen "grossen Einfluss" der Ernährung annehmen. Interessanterweise unterstellen deutschsprachige Personen seltener einen grossen Einfluss als französisch- oder italienischsprachige Befragte, und ausländische Befragte gehen bei den meisten Erkrankungen (ausser dem Krebs) von geringeren Zusammenhängen mit der Ernährung aus. Mit Blick auf das Alter der Befragten zeigen sich schliesslich je nach Erkrankung unterschiedliche Resultate: Bei der Osteoporose und dem Krebs erwähnen ältere Befragte häufiger einen grossen Einfluss der Ernährung, während beim Cholesterin, der Karies und den Allergien das Umgekehrte gilt.

D) Geschätzte präventive Wirkungen von Ernährung auf verschiedene Krankheiten, 2009 und 2014



Quelle: Coop-Studie Ess-Trends im Fokus "Essen und Gesundheit" 2009 (n=514) und Omnibus 2014 des BFS (n je nach Erkrankung zwischen 2971 und 2986); Frage: Welchen Einfluss hat Ihrer Meinung nach die Ernährung auf die Vorbeugung von folgenden Krankheiten?

Hinweis: Auf die Angabe der Prozentwerte für die Kategorie "weiss nicht" wurde aus Gründen der Lesbarkeit verzichtet.

Gemäss der Coop-Studie hat etwas mehr als ein Drittel (37%) der Befragten schon einmal die Ernährung wegen einer der in Abbildung D dargestellten Krankheiten umgestellt. Abbildung E zeigt einerseits, welche Änderungen vorgenommen worden sind und andererseits, wer die Änderungen empfohlen hat.

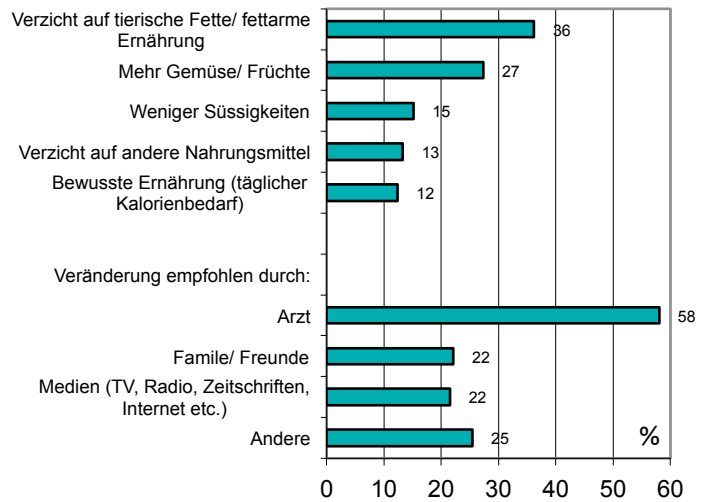
An erster Stelle stehen die Umstellung auf fettarme Ernährung beziehungsweise der Verzicht auf tierische Fette (36%). Auch der vermehrte Verzehr von Früchten und Gemüse wird von mehr als jedem Vierten genannt. Dabei ist es in mehr als der Hälfte aller Fälle der Arzt, der eine Ernährungsumstellung empfohlen hat (58%), gefolgt von der Familie und Freunden sowie den Medien (jeweils 22% der Befragten).

Gemäss dem Modul MOSEB Omnibus 2014 des BFS haben lediglich 30 Prozent ihre Ernährung bereits einmal wegen Krankheiten umgestellt. Auch hier stehen ärztliche Empfehlungen (47%) vor den Freunden (22%) und den Medien (15%) an der Spitze.

Zu Vergleichszwecken lohnt sich in diesem Zusammenhang ein Blick auf europäische Daten, wie sie im Rahmen der Eurobarometer-Studien der Europäischen Kommission periodisch erhoben werden.

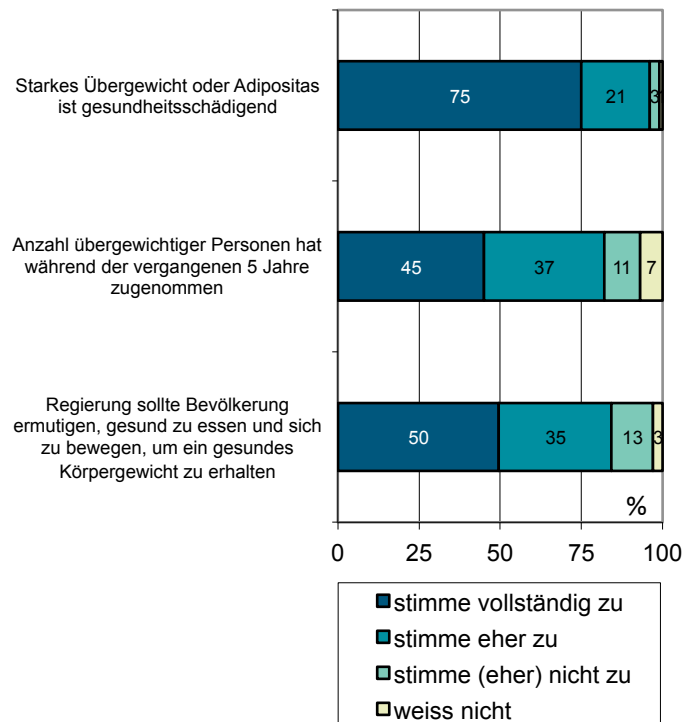
Obwohl die Eurobarometer-Studien keine ähnlich differenzierte Erfassung der Gesundheitsrisiken durch Übergewicht enthalten wie die oben dargestellte Schweizer Untersuchung, geht aus Abbildung F dennoch hervor, dass auf der Ebene der EU eine grosse Mehrheit von 96% der Bevölkerung Übergewicht als gesundheitlich problematisch einschätzt. Zudem sind 82% (eher) der Meinung, der Anteil übergewichtiger Personen in ihrem Land hätte in den vergangenen fünf Jahren zugenommen. Angesichts dieser Problempassung erstaunt es schliesslich nicht, dass 85% der Befragten öffentlichen Interventionen zugunsten einer gesunden Ernährung und ausreichender Bewegung zustimmen.

E) Veränderung des Ernährungsverhaltens, 2009



Quelle: Coop-Studie Ess-Trends im Fokus "Essen und Gesundheit" 2009 (n=240); Die Darstellung bezieht sich auf alle Befragten, die angaben, bereits einmal wegen einer Krankheit die Ernährung umgestellt zu haben (37%). Fragen: Haben Sie bereits einmal die Ernährung wegen einer der oben genannten Krankheiten umgestellt? Wenn ja, welche Änderungen haben Sie an Ihrer Ernährung vorgenommen? Wenn ja, wer hat Ihnen empfohlen, Ihre Ernährung umzustellen?

F) Zustimmung zu verschiedenen Aussagen zum Übergewicht in Europa, 2005 (EU 25)



Quelle: Special Eurobarometer 246 (2005), n=24682.

In Abbildung G finden sich Angaben dazu, wie die 2007 befragten Europäer/innen ihre Lebenserwartung einschätzen, falls es ihnen gelänge, eine Reihe von Risiken zu meiden. Übergewicht, Ernährung und Bewegung finden sich bei den positiven Erwartungen am unteren Ende der Skala, während von der Vermeidung negativer Umweltfaktoren (Verschmutzung, Lärm) und von Stress eher grössere Effekte erwartet werden.

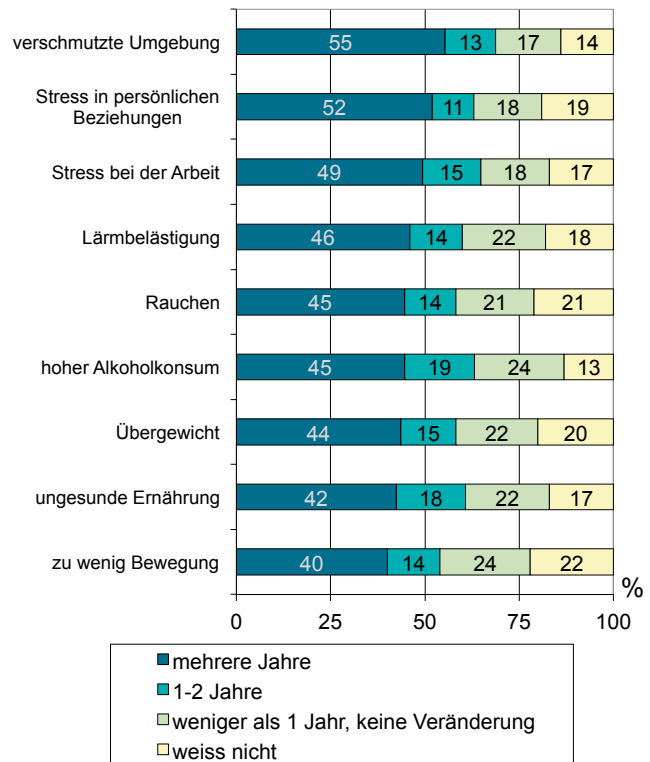
Dieser Befund widerspricht der "Rangliste der Risikofaktoren" der WHO (2009, S. 11), die hohen Blutdruck, Tabakkonsum, hohe Blutzuckerwerte, körperliche Inaktivität und Übergewicht/Adipositas als die fünf wichtigsten Risikofaktoren identifiziert. Selbst wenn die Liste der WHO nur bedingt mit den Angaben in Abbildung G vergleichbar ist, zeigt sich, dass die Faktoren Bewegung und Ernährung im Vergleich zu Umweltfaktoren durch die Bevölkerung eher unterbewertet werden.

Abbildung H zeigt schliesslich europäische Befunde dazu, in welche Richtung man sein Ernährungsverhalten in den vergangenen zwölf Monaten verändert hat. Dabei gilt es zunächst zu berücksichtigen, dass nur 22 Prozent der Befragten die grundsätzliche Frage nach einer Verhaltensänderung positiv beantworteten. Von diesen Personen hat aber eine Mehrheit die gängigen Ernährungsempfehlungen zumindest teilweise berücksichtigt. Bei der kleinen Minderheit, die weniger Früchte und Gemüse, mehr Fleisch und mehr Kalorien zu sich nimmt, könnte es sich teilweise um Personen handeln, die ihr Verhalten auf ärztlichen Rat verändert haben (z.B. Personen mit Untergewicht, Protein- oder Eisenmangel).

Weitere Informationen:

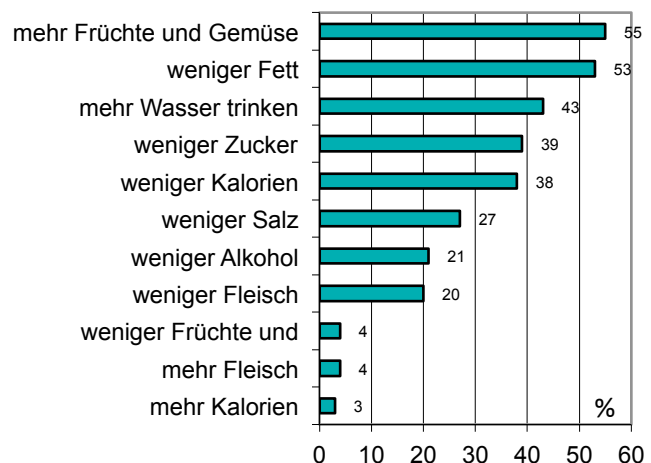
- Dubowicz, A., A-L. Camerini, R. Ludolph, J. Amman und P.J. Schulz (2013): Ernährung, Bewegung und Körpergewicht. Wissen, Einstellungen und Wahrnehmung der Schweizer Bevölkerung. Ergebnisse der Bevölkerungsbefragungen von 2006, 2009 und 2012. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Eurobarometer/European Commission (2007): Health and Food (Special Eurobarometer 246, November-December 2005).
- Eurobarometer/European Commission (2007): Health and long-term care in the European Union (Special Eurobarometer 283, May-June 2007).
- World Health Organisation (WHO)(2009): Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Genf: WHO.

G) Geschätzte Verlängerung der Lebenserwartung beim Wegfallen verschiedener Risikofaktoren, EU 27, 2007



Quelle: Special Eurobarometer 283, n=28'660; Die Angaben beruhen auf der Kombination verschiedener Fragen zur Betroffenheit von verschiedenen Risiken und der geschätzten Verlängerung der Lebenserwartung, wenn diese Risiken wegfallen würden.

H) Veränderung des Ernährungsverhaltens während des vergangenen Jahres (EU 25, Mehrfachnennungen), 2005



Quelle: Special Eurobarometer 246 (2005), n=24'682; 22% der Befragten geben an, ihr Ernährungsverhalten verändert zu haben; die in der Abbildung dargestellten Resultate beziehen sich auf diesen Anteil.

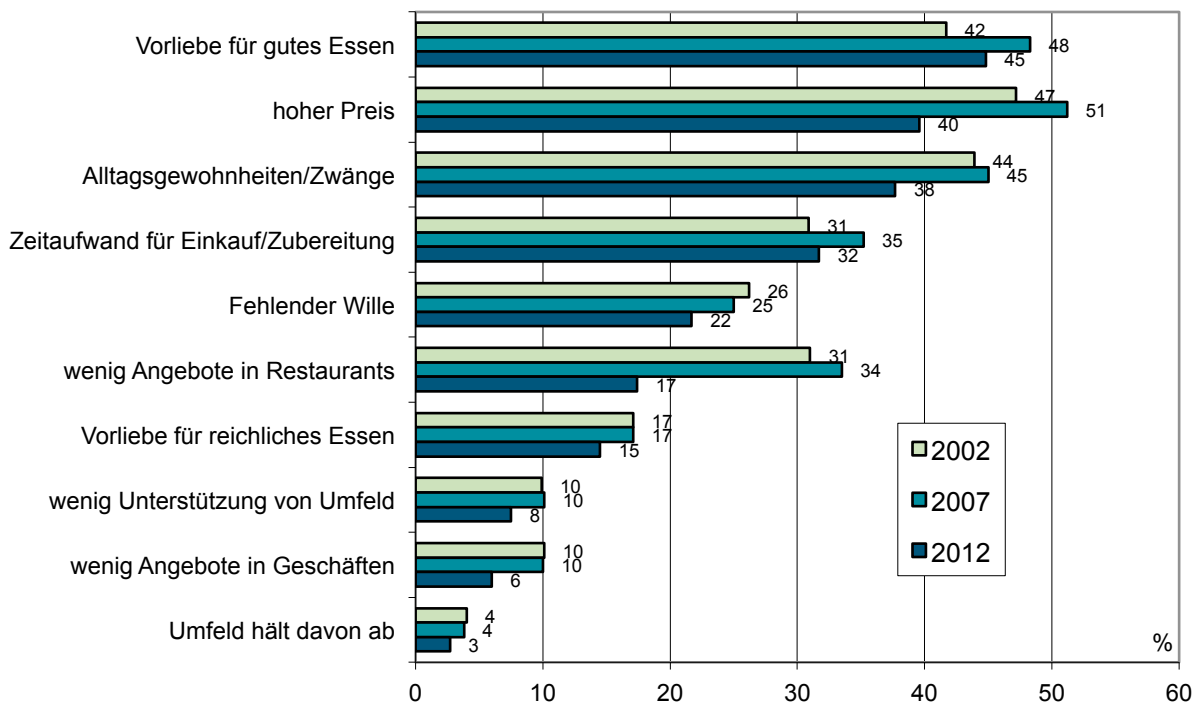
Indikator 1.4: Hindernisse für eine gesunde Ernährung

Auch wenn das Wissen über eine gesunde, ausgewogene Ernährung bei vielen Menschen vorhanden ist, bedeutet dies noch nicht, dass dieses auch tatsächlich umgesetzt wird. Für die Gesundheitsförderung und Präventionsarbeit ist es daher wichtig zu wissen, was die Menschen daran hindert, sich gesund zu ernähren. In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) wird nach diesen Faktoren gefragt.

Wie die folgende Abbildung zeigt, gibt es eine ganze Reihe von Hinderungsfaktoren für eine gesunde Ernährung: Fast die Hälfte der Befragten verweist auf die "Vorliebe für gutes Essen" und rund ein Drittel erwähnt den hohen Preis gesunder Nahrungsmittel, Alltagszwänge und den Zeitaufwand für den Kauf und die Zubereitung entsprechender Nahrungsmittel.

Wie der Vergleich der Jahre 2002 bis 2012 zeigt, haben diese Hinderungsfaktoren seit 2007 leicht an Bedeutung verloren: Die meisten der aufgeführten Hindernisse für eine gesunde Ernährung werden von den Befragten in der jüngsten Gesundheitsbefragung etwas seltener genannt als noch vor fünf Jahren. Im Durchschnitt wurden im Jahr 2012 von den Befragten 2.2 von 10 möglichen Hinderungsfaktoren erwähnt.

A) Hindernisse für eine gesunde Ernährung, 2002 bis 2012



Quelle: SGB 2002, 2007 und 2012 des BFS; 2002, n=14'329; 2007, n=13'186; 2012, n=16'061.

Antworten auf die Frage: "Viele Leute - Sie vielleicht auch - legen Wert auf eine gesunde Ernährung. Sehen Sie Hindernisse für jemanden, der sich gesund ernähren möchte? Bitte alles Zutreffende ankreuzen!" Alle Antwortvorgaben orientieren sich am Alltagssprachgebrauch.

Datenbasis

Die meisten Resultate stammen aus den Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 2002, 2007 und 2012 des Bundesamtes für Statistik. Die Fragen stammen aus dem schriftlichen Fragebogen, der je nach Befragungswelle von 13'000 bis über 18'000 Befragten beantwortet wurde.

Zusätzlich wurden Angaben aus der für die Bevölkerung der Schweiz repräsentativen Pilotstudie zur Nationalen Ernährungserhebung (2009, n=1545, Abbildung G) und der Coop-Studie Ess-Trends im Fokus, "Gesund Essen: Einstellungen, Wissen und Verhalten", von Februar 2009 verwendet (n=531, Abbildung H). Die Angaben sind repräsentativ für die Bevölkerung der Deutsch- und Westschweiz, die mindestens einmal pro Woche zu privaten Zwecken im Internet ist.

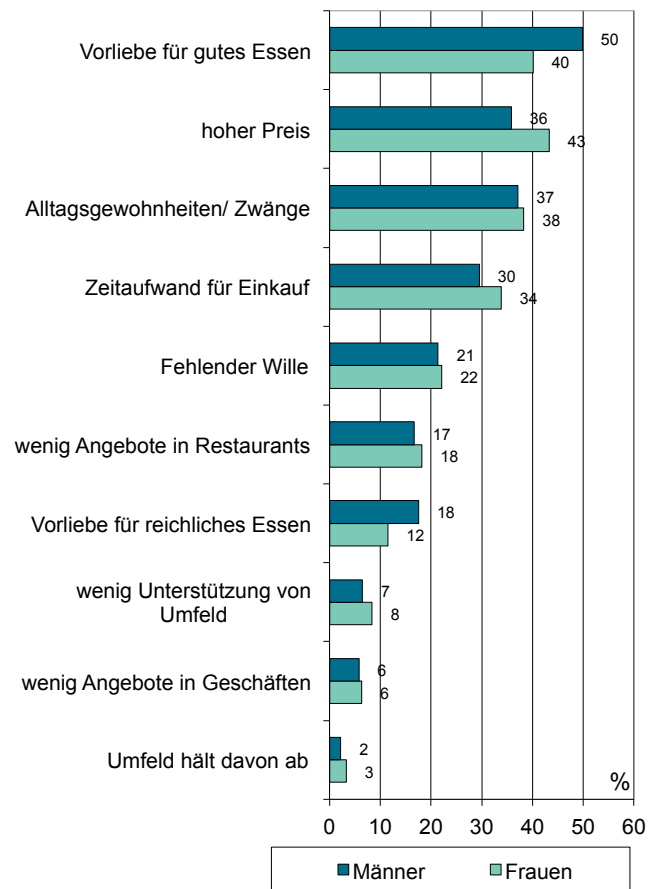
Weitere Resultate

Weitere Hinweise auf Hinderungsfaktoren für eine ausgewogene Ernährung finden sich auch in den Indikatoren 1.5 und 1.6 weiter unten, aus denen hervorgeht, dass eine mangelnde Kenntnis von Ernährungsempfehlungen oder ein ungenügendes Angebot an Nahrungsmitteln kaum eine Rolle spielen.

In Ergänzung der Angaben aus Abbildung A zeigt Abbildung B für das Jahr 2012, dass sich Männer und Frauen bei der Nennung der verschiedenen Hinderungsfaktoren für eine gesunde Ernährung nur geringfügig unterscheiden. Die meisten Hinderungsfaktoren werden von den beiden Geschlechtern in ähnlichem Umfang erwähnt. Grössere Unterschiede finden sich nur bei der "Vorliebe für gutes Essen" und der "Vorliebe für reichliches Essen", welche beide von den Männern häufiger erwähnt werden, und dem "hohen" Preis, der von den Frauen etwas häufiger aufgeführt wird.

Die geringen Unterschiede zwischen Frauen und Männern führen auch dazu, dass sich kaum Unterschiede in der Gesamtzahl der genannten Hinderungsfaktoren zeigen: Sowohl Männer als auch Frauen nennen im Durchschnitt 2.2 Hinderungsfaktoren.

B) Hinderungsfaktoren für eine gesunde Ernährung nach Geschlecht, 2012

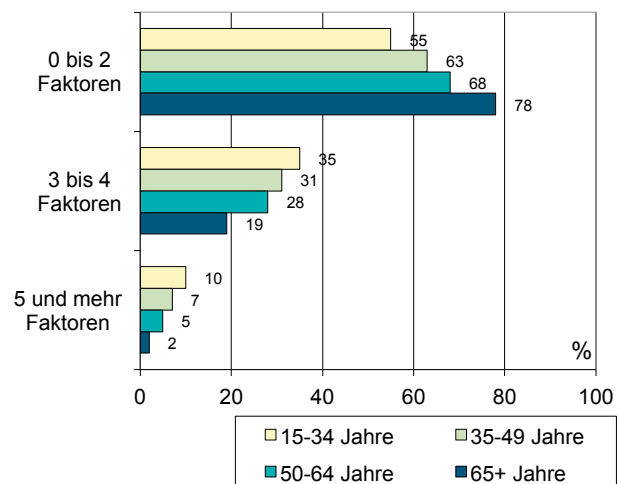


Quelle: SGB 2012 (n=16'061)

Ein etwas anderes Bild zeigt sich, wenn die Anzahl der erwähnten Hinderungsfaktoren in Beziehung zum Alter (Abbildung C), der Schulbildung (Abbildung D) und dem Haushaltsäquivalenzeinkommen (Abbildung E) der Befragten gesetzt wird.

So zeigt Abbildung C beispielsweise, dass die Anzahl der genannten Hinderungsfaktoren mit zunehmendem Alter abnimmt.

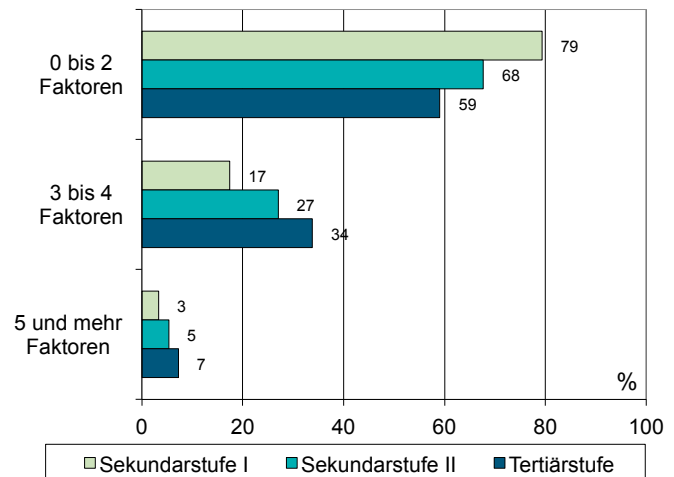
C) Anzahl Hinderungsfaktoren für eine gesunde Ernährung nach Alter, 2012



Quelle: SGB 2012 (n=16'061)

Aus den Abbildungen D und E geht demgegenüber hervor, dass die Anzahl genannter Hinderungsfaktoren in höher gebildeten Gruppen eher grösser ist als in bildungsfernen Gruppen. Personen mit einem Abschluss auf der Tertiärstufe (Hochschulstudium) erwähnen im Durchschnitt 2.4 Hinderungsfaktoren, während es bei den Personen mit einem Lehrabschluss (Sekundarstufe II) 2.1 und bei den Personen, welche nur die obligatorische Schule abgeschlossen haben (Sekundarstufe I), 1.8 Hinderungsfaktoren sind.

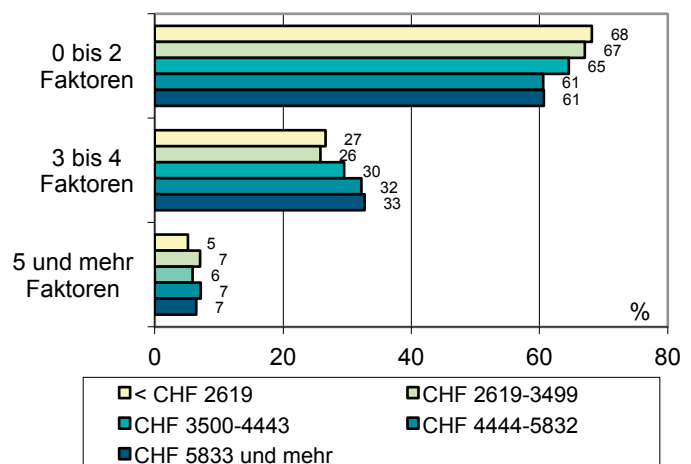
D) Anzahl Hinderungsfaktoren für eine gesunde Ernährung nach Schulbildung (Personen ab 25 Jahren), 2012



Quelle: SGB 2012 (n=16'026)

Relativ geringe Unterschiede lassen sich dagegen bezüglich des Einkommens nachweisen. Alle fünf in Abbildung E dargestellten Einkommensgruppen erwähnen durchschnittlich zwischen 2.1 und 2.3 Hinderungsfaktoren.

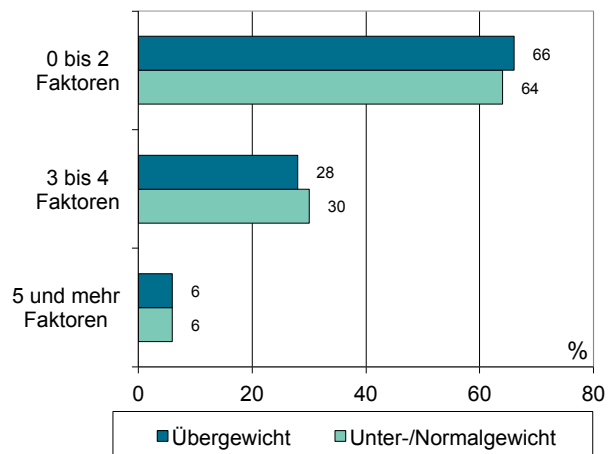
E) Anzahl Hinderungsfaktoren für eine gesunde Ernährung nach Haushaltsäquivalenzeinkommen, 2012



Quelle: SGB 2012 (n=15346)

Ebenfalls nur gering sind die hier nicht dargestellten Zusammenhänge zwischen Migrationshintergrund und den Hinderungsfaktoren: Die Anteile von Schweizer/innen seit Geburt, eingebürgerten Personen und Ausländer/innen, welche unterschiedliche Anzahlen von Hinderungsfaktoren erwähnten, sind praktisch identisch.

F) Anzahl Hinderungsfaktoren für eine gesunde Ernährung nach BMI, 2012



Quelle: SGB 2012 (n=15'966)

Schliesslich zeigen sich auch keine Unterschiede in der Erwähnung von Hinderungsfaktoren, wenn der BMI als Klassifikationsmerkmal verwendet wird: Übergewichtige Personen konstatieren kaum häufiger Hindernisse für eine gesunde Ernährung als normal- oder untergewichtige Personen.

Im Jahr 2009 wurden die Hinderungsfaktoren für eine gesunde Ernährung im Rahmen der Pilotstudie zur Nationalen Ernährungserhebung in ähnlicher Weise erhoben wie in der SGB. Abbildung G zeigt die Resultate aus der Pilotstudie und vergleicht sie mit den Angaben aus der SGB 2012.

Es fällt auf, dass die Befragten der Pilotstudie zur Nationalen Ernährungserhebung alle Hinderungsfaktoren teilweise deutlich häufiger erwähnten als die Befragten der SGB. Grosse Unterschiede zeigen sich insbesondere beim "fehlenden Willen" und der "Vorliebe für reichliches Essen", die in der Pilotstudie mehr als doppelt so häufig genannt wurden, sowie bei der Rolle des Umfelds.

Die Unterschiede dürften einerseits auf ein höheres Sensibilisierungsniveau anlässlich einer spezifischen Ernährungsbefragung hindeuten. Andererseits dürfte aber auch die in Abbildung A weiter oben dokumentierte Tatsache eine Rolle gespielt haben, dass die Hinderungsfaktoren heute allgemein etwas seltener erwähnt werden als noch vor einigen Jahren.

Abbildung H enthält Ergebnisse aus der Coop-Studie Ess-Trends im Fokus. Dass man einfach nicht daran denkt, ist der am häufigsten genannte Grund für die Nicht-Einhaltung der Ernährungsempfehlungen.

Eine hier nicht dargestellte Analyse nach Altersgruppen zeigt, dass es vor allem junge Personen im Alter von unter 30 Jahren sind, die vergessen, sich an die Empfehlungen einer ausgewogenen Ernährung zu halten (61%). Zu wenig Zeit und viel Aufwand sind weitere häufig genannte Hindernisse für eine gesunde Ernährung. Anders als in Abbildung B werden die Kosten von weniger als 30% aller Befragten dieser Studie als Hinderungsgrund für die Umsetzung von Ernährungsempfehlungen angesehen.

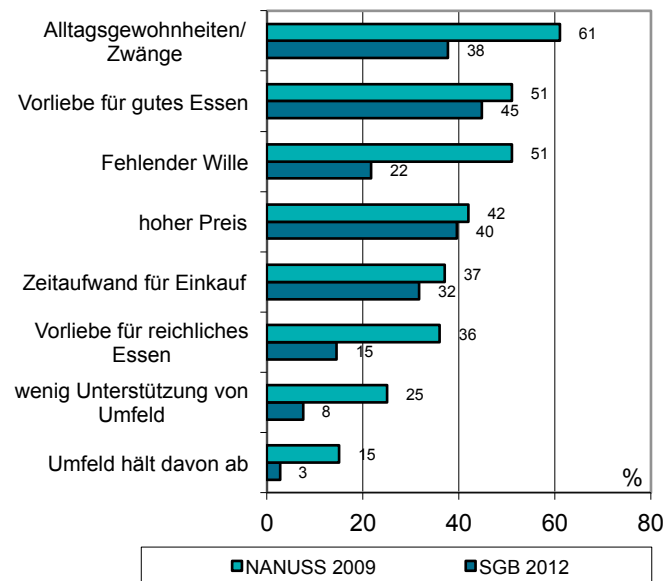
Weitere Informationen:

BFS (2005): Ernährungsgewohnheiten in der Schweiz. Stand und Entwicklungen auf der Grundlage der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 1992, 1997 und 2002. StatSanté 2/2005. Neuchâtel: BFS.

Coop (2009): Ess-Trends im Fokus. Gesund Essen: Einstellungen, Wissen und Verhalten. (Februar 2009). Basel: Coop.

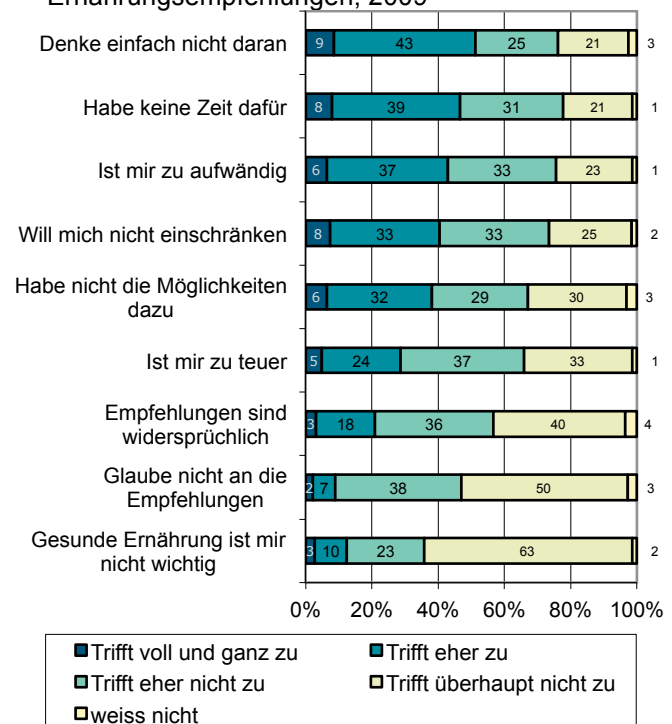
Gfs-Zürich (2010): NANUSS (National Nutrition Survey Switzerland) Pilot: 24 Hour Recall und Ernährungsverhalten. Schlussbericht. Zürich: gfs.

G) Hinderungsfaktoren für eine gesunde Ernährung, Vergleich SGB 2012 und NANUSS-Pilotstudie 2009



Quelle: NANUSS-Pilotstudie 2009 (n=1545) und SGB 2012 gemäss Abbildung A; identische Fragenformulierungen in SGB und NANUSS.

H) Hinderungsfaktoren bei der Umsetzung von Ernährungsempfehlungen, 2009

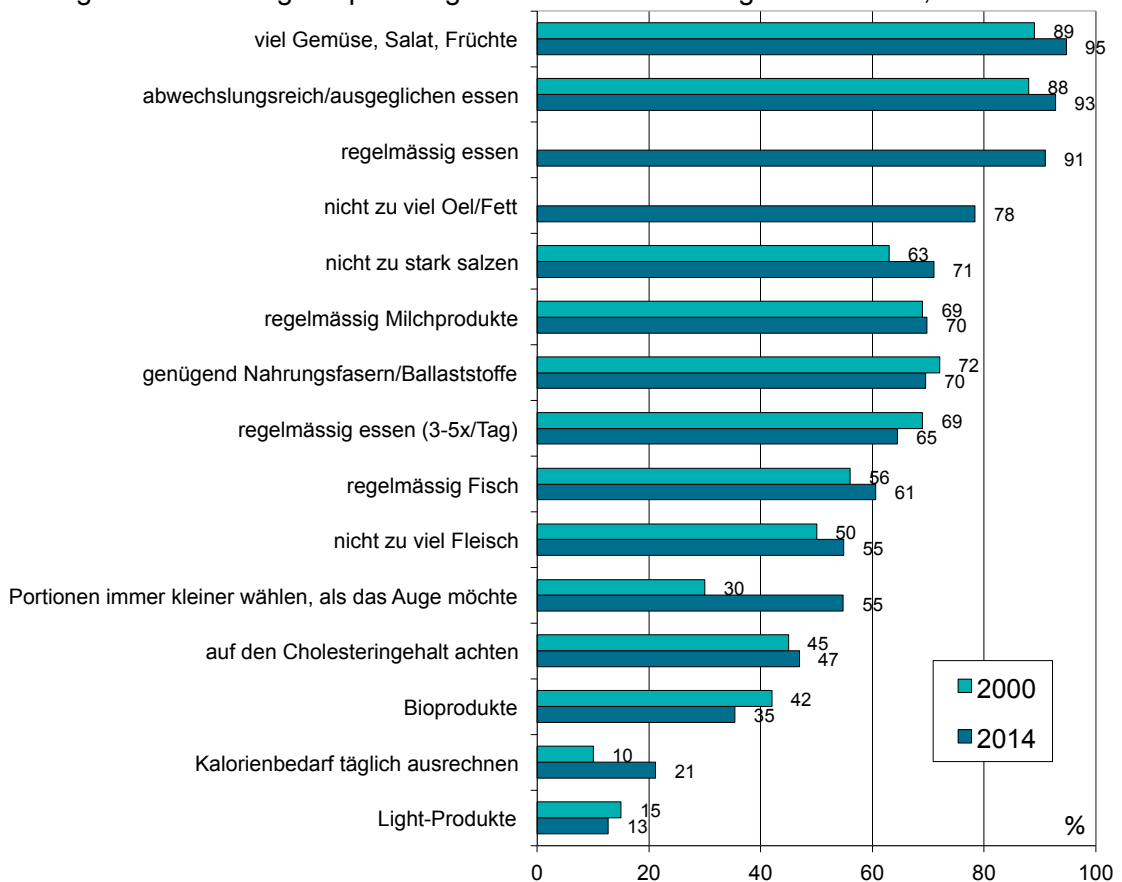


Quelle: Coop-Studie Ess-Trends im Fokus "Gesund Essen: Einstellungen, Wissen und Verhalten" 2009, n=531. Antworten auf die Frage: "Bitte beurteilen Sie die folgenden Aussagen, inwiefern Sie auf Sie persönlich zutreffen. Ich halte mich nicht immer an die Empfehlungen, weil..."

Indikator 1.5: Kenntnis von Ernährungsempfehlungen

Wer sich ausgewogen ernähren will, muss wissen, "worauf es ankommt". Das heisst: Es muss bekannt sein, worin eine ausgewogene Ernährung besteht und wie man sich gesund ernähren kann. Die mit Unterstützung des Bundesamts für Gesundheit im Jahr 2000 durchgeführte Nutri-Trend Studie von Nestlé und das Modul MOSEB des Omnibus' 2014 des Bundesamts für Statistik enthielten eine Reihe von Fragen zur Bekanntheit von Ernährungsempfehlungen. Wie aus der folgenden Abbildung hervorgeht, sind die wichtigsten Ernährungsempfehlungen einer grossen Mehrheit der Bevölkerung nicht nur bekannt, sondern haben auch eine gewisse Bedeutung beim konkreten Ernährungsverhalten. Die meisten Empfehlungen werden 2014 überdies häufiger als "wichtig" bezeichnet als noch 2000.

A) Bedeutung von Ernährungsempfehlungen für die Bevölkerung der Schweiz, 2000 und 2014



Quelle: Nutri-Trend 2000 der Nestlé S.A. (n=1004) und Omnibus 2014 des BFS (n je nach Empfehlung zwischen 2'979 und 2'986). Antworten auf die Frage: "Ich lese Ihnen jetzt ein paar Aussagen über Ernährung vor: bitte sagen Sie mir jedes Mal, ob es Ihrer Meinung nach wichtig, es geht so oder nicht wichtig ist, darauf zu achten." Aufgeführt ist der Anteil der Befragten, welche die jeweiligen Empfehlungen als "wichtig" bezeichnen.

Datenbasis

Die Angaben stammen aus der telefonischen Befragung der Bevölkerung im Alter von 15 - 74 Jahren (n=2'993) des Omnibus' 2014 des Bundesamts für Statistik (Modul MOSEB), telefonischen Interviews (n=1004) der Nutri-Trend-Studie 2000 (Nestlé), den telefonischen Bevölkerungsbefragungen 2006 (n=1441) und 2009 (n=1008) von Gesundheitsförderung Schweiz und Universität Lugano, der Coop-Studie Ess-Trends im Fokus "Gesund Essen: Einstellungen, Wissen und Verhalten" von Februar 2009 (n=531), der für die

Schweizer Bevölkerung repräsentativen Pilotstudie des Jahres 2009 zur Nationalen Ernährungserhebung (n=1545) sowie von menuCH, der nationalen Ernährungserhebung des Bundesamts für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV) in Zusammenarbeit mit dem BAG der Jahre 2014/15 (18-75-Jährige, n=2'085, vgl. Bochud et al. 2017).

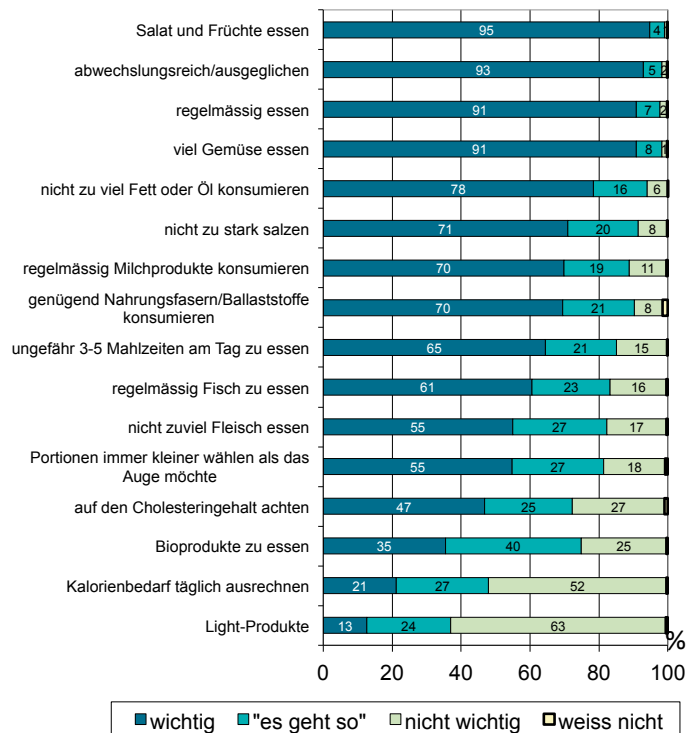
Weitere Resultate

Die Abbildungen B bis D enthalten Detailresultate zu den Ernährungsempfehlungen aus dem Modul MOSEB des Omnibus' 2014 des BFS. In Abbildung B sind zunächst nicht nur die Anteile derjenigen festgehalten, welche die verschiedenen Empfehlungen als "wichtig" bezeichnen, sondern auch derjenigen, welche mit "es geht so" oder "nicht wichtig" antworten. Aus der Darstellung geht hervor, dass nur die vier Empfehlungen am Fuss der Grafik von weniger als 80 Prozent der Befragten zumindest als teilweise wichtig ("wichtig"/"es geht so") bezeichnet werden. Dass die Light Produkte den Schluss der Rangliste bilden, widerspiegelt nicht zuletzt die Tatsache, dass ihr Nutzen für eine ausgewogene Ernährung auch in der Fachdiskussion umstritten ist.

Aus Abbildung C geht dagegen hervor, dass Frauen stärker für die verschiedenen Ernährungsempfehlungen sensibilisiert sind als die Männer. Nur gerade bei der zweifelhaften Empfehlung, Light-Produkte zu konsumieren, weisen die Männer einen etwas höheren Anteil an Personen auf, die diese Empfehlung als wichtig empfinden. Bei verschiedenen weiteren Empfehlungen beträgt der Unterschied dagegen zehn oder mehr Prozent zugunsten der Frauen (Salzen, Nahrungsfasern/Ballaststoffe, 3 bis 5 Mahlzeiten, nicht zuviel Fleisch essen). Bis auf den Unterschied bezüglich des Cholesteringehalts sind im übrigen alle dargestellten Differenzen zwischen Männern und Frauen statistisch signifikant ($p < .05$).

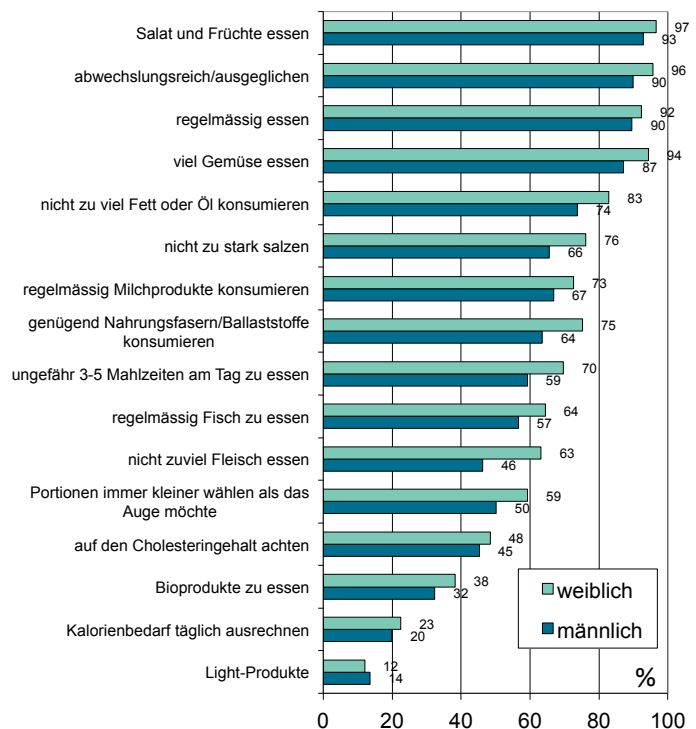
Weniger ausgeprägt als die Geschlechterunterschiede sind die hier nicht dargestellten Unterschiede nach Alter, Staatsangehörigkeit, Bildungsniveau und Sprache. Insgesamt fällt jedoch auf, dass die Empfehlungen mit steigendem Alter an Bedeutung gewinnen. Zudem zeigen sich einige kulturelle Unterschiede in dem Sinne, dass ausländische Personen und Bewohner/innen der West- und Südschweiz häufiger die "Fischempfehlung" favorisieren und den Konsum von Milchprodukten als weniger wichtig bezeichnen.

B) Bedeutung von Ernährungsempfehlungen, 2014



Quelle: Omnibus 2014 des BFS (n je nach Empfehlung zwischen 2'979 und 2'986).

C) Bedeutung von Ernährungsempfehlungen nach Geschlecht, 2014



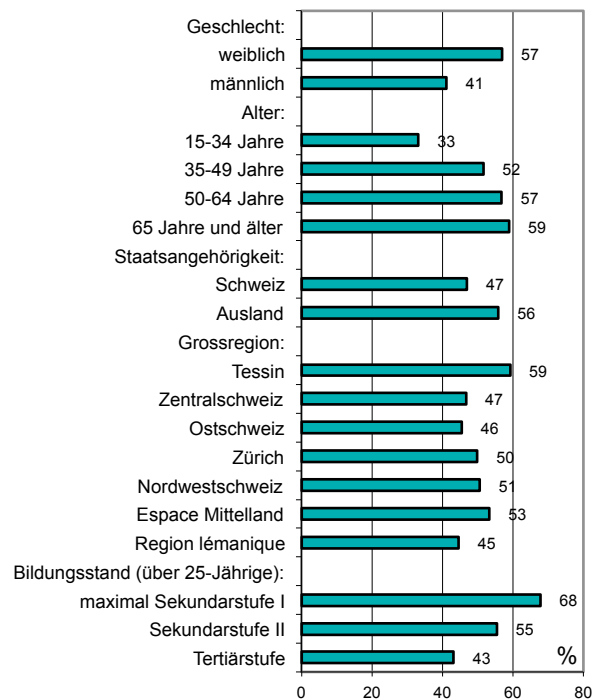
Hinweis: Anteil der Befragten, welche die verschiedenen Empfehlungen als "wichtig" bezeichnen.

Quelle: Omnibus 2014 des BFS (n je nach Empfehlung zwischen 2'979 und 2'986).

Die erwähnten Unterschiede werden auch in Abbildung D deutlich, die eine Zusammenfassung der vorangehenden Grafiken enthält. Hier wird angegeben, welcher Anteil der Befragten mindestens zehn der 16 Empfehlungen als "wichtig" bezeichnet. Die Abbildung zeigt einmal mehr den Geschlechterunterschied sowie einen Alterseffekt, der insbesondere bei den unter 35-Jährigen in dem Sinne ausgeprägt ist, dass sie deutlich weniger Empfehlungen als wichtig bezeichnen als ältere Personen. Im Tessin scheinen die Ernährungsempfehlungen noch etwas wichtiger zu sein als in den übrigen Landesteilen, wobei sich die Ostschweiz und die Genferseeregion durch relativ geringe Anteile an Personen auszeichnen, welche mehr als zehn Empfehlungen als wichtig erachten.

Die Befunde zum Bildungsstand zeigen schliesslich, dass weniger hoch gebildete Personen mehr Empfehlungen als wichtig erachten. Dieser Befund ist insofern erstaunlich, als sich bei anderen Fragen zur Ernährung ein genau umgekehrter Bildungseffekt beobachten lässt (siehe auch Abbildung I).

D) Anteil Befragter, die mehr als 10 der 16 Empfehlungen als "wichtig" bezeichnen, 2014



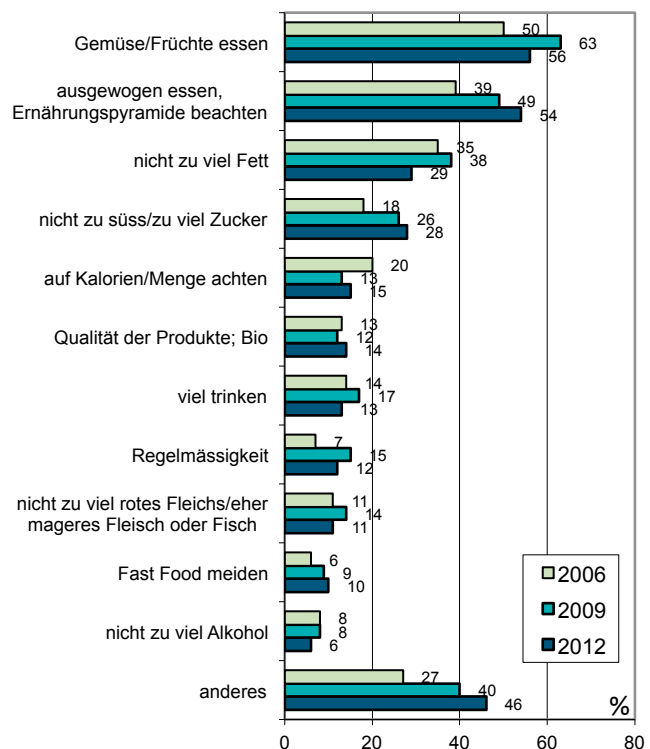
Quelle: Omnibus 2014 des BFS (n je nach Merkmal zwischen 2427 und 2831)

Abbildung E enthält in ähnlicher Weise wie die Abbildungen A und B die "Rangliste" von Ernährungsempfehlungen; diesmal sind jedoch die Resultate aus den Bevölkerungsbefragungen von Gesundheitsförderung Schweiz dargestellt. Die Werte in diesen Befragungen fallen gegenüber dem Omnibus des BFS geringer aus, weil es sich hier um spontane, ungestützte Nennungen handelte.

Doch auch aus dieser Grafik wird klar, dass der Konsum von Früchten und Gemüse sowie eine "ausgewogene" Ernährung besonders häufig erwähnt werden. Auffallend ist überdies, dass zwischen 2006 und 2009 die meisten Empfehlungen eine höhere Anzahl an Nennungen verbuchten, die Werte bis 2012 jedoch zugunsten eines Anstiegs "anderer", nicht näher spezifizierter Nennungen verschiedentlich wieder etwas zurückgingen. Dies ist ein Hinweis darauf, dass Ernährungsempfehlungen heute differenzierter wahrgenommen und genannt werden als noch vor einigen Jahren.

Auch in der jüngsten Bevölkerungsbefragung von Gesundheitsförderung Schweiz erweisen sich die Frauen als etwas ernährungsbewusster als die Männer, während sich ebenfalls keine oder nur vergleichsweise geringe Unterschiede bezüglich des Bildungsstandes und der Sprachregion feststellen lassen.

E) Kenntnis von Ernährungsempfehlungen, 2006, 2009 und 2012

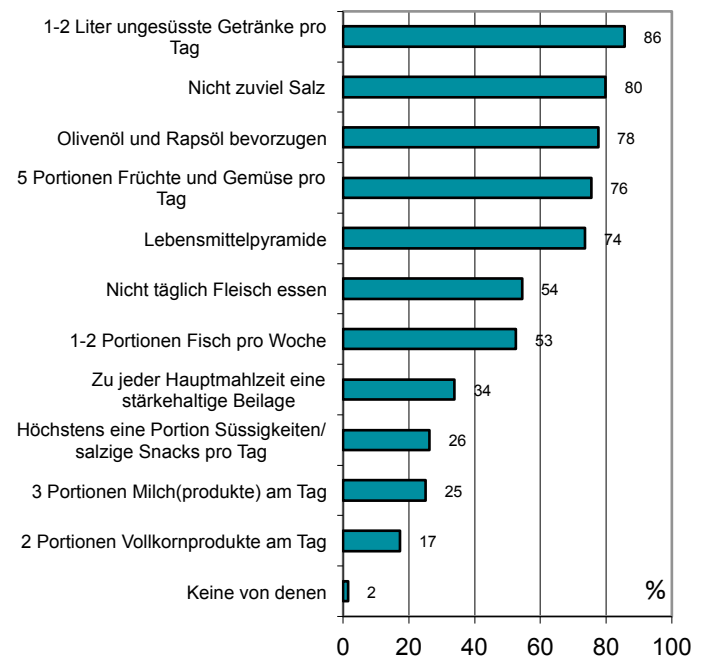


Quelle: Bevölkerungsbefragungen 2006, 2009 und 2012 von Gesundheitsförderung Schweiz und Universität Lugano. Hinweis: Antworten auf die offene Frage: "Was muss man beachten, wenn man sich gesund ernähren will?"

Die Abbildung F zeigt schliesslich Ergebnisse aus der Coop-Studie "Ess-Trends im Fokus": Insgesamt 98% der Befragten haben mindestens von einer der vorgegebenen Ernährungsempfehlung gehört. Die Empfehlung, 1–2 Liter ungesüsste Getränke pro Tag zu sich zu nehmen ist dabei am bekanntesten (86%). Drei Viertel und mehr der Befragten kennen zudem die Empfehlung, nicht zu viel Salz zu verwenden, Olivenöl und Rapsöl zu bevorzugen sowie 5 Portionen Obst und Gemüse pro Tag zu essen. Auch die Lebensmittelpyramide kennen 74% der Befragten.

Während sich die Abbildung auf die Kenntnis von Ernährungsempfehlungen bezieht, enthält Indikator 1.1 weiter oben bzw. der Indikator 4D der Indikatorenansammlung von Gesundheitsförderung Schweiz Angaben dazu, in welchem Masse diese verschiedenen Empfehlungen tatsächlich beachtet werden.

F) Kenntnis von Ernährungsempfehlungen



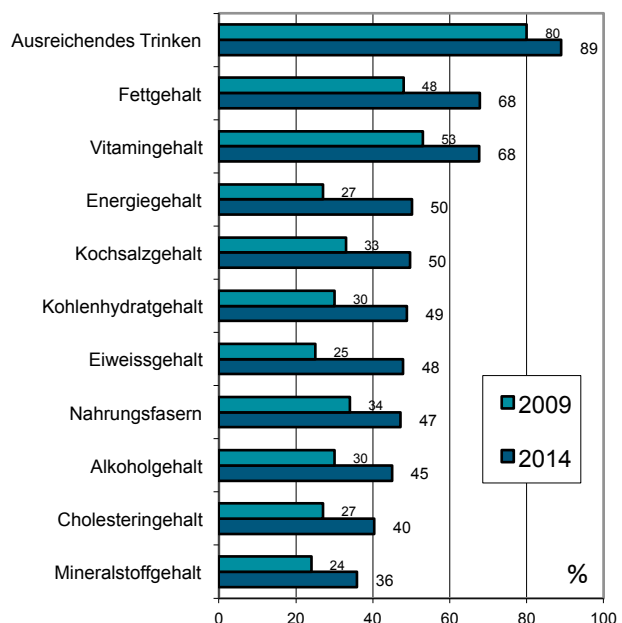
Quelle: Coop-Studie Ess-Trends im Fokus "Gesund Essen: Einstellungen, Wissen und Verhalten", 2009, n=531; Antworten auf die Frage: "Welche der folgenden Ernährungsempfehlungen kennen Sie?"

Sowohl die NANUSS-Pilotstudie des Jahres 2009 als auch der Omnibus 2014 des BFS enthielten eine Reihe weiterer Fragen zu konkreten Nahrungsmitelegenschaften, die von den Befragten beachtet werden und damit ebenfalls Hinweise auf die Kenntnis von Ernährungsempfehlungen liefern.

Es gilt jedoch zu beachten, dass die in den Abbildungen G bis I dargestellten Resultate über die reine Kenntnis von Ernährungsempfehlungen hinausweisen und zusätzliche Hinweise zur Einhaltung dieser Empfehlungen enthalten, welche in Indikator 1.1 thematisiert werden.

Abbildung G lässt sich entnehmen, dass insbesondere ausreichendes Trinken sowie der Vitamin- und der Fettgehalt von Nahrungsmitteln häufig beachtet werden. Auffallend ist zudem, dass alle Nennungen zwischen 2009 und 2014 deutlich zugenommen haben, was teilweise jedoch auch mit einer leicht unterschiedlichen Frageformulierung zusammenhängen dürfte. Die Rangordnung der Nennungen bleibt insgesamt jedoch bestehen.

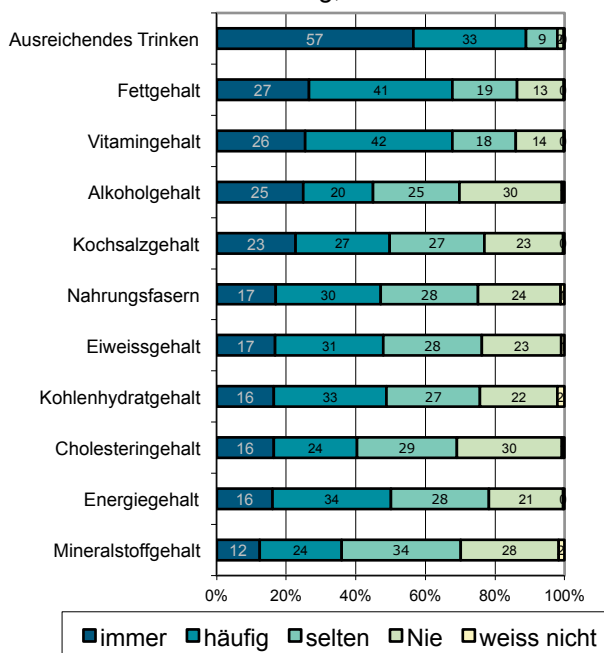
G) Beachtung verschiedener Nahrungsmitelegenschaften bei der Ernährung, 2009 und 2014



Quelle: NANUSS-Pilotstudie 2009 (n=1545); Antworten auf die Frage: "Wie häufig achten Sie bei Ihrer Ernährung auf..." sowie Omnibus 2014 des BFS (n je nach Nahrungsmitelegenschaft zwischen 2957 und 2986); Antworten auf die Frage: "Ich lese Ihnen jetzt einige Aspekte vor, wo man bei der Ernährung beachten kann. Sagen Sie mir jeweils ob Sie bei der Ernährung immer, häufig, selten oder nie auf diese Aspekte achten." Anteil der Personen, welche mit "immer" oder "häufig" antworten.

Die Detailangaben zum Jahr 2014 in Abbildung H bestätigen die grosse Bedeutung des regelmässigen Trinkens, das als einzige der elf Antwortvorgaben von über der Hälfte der Befragten "immer" berücksichtigt wird. Alle anderen Eigenschaften der Nahrungsmittel werden dagegen nur von 12 bis maximal 27 Prozent aller Befragten "immer" beachtet.

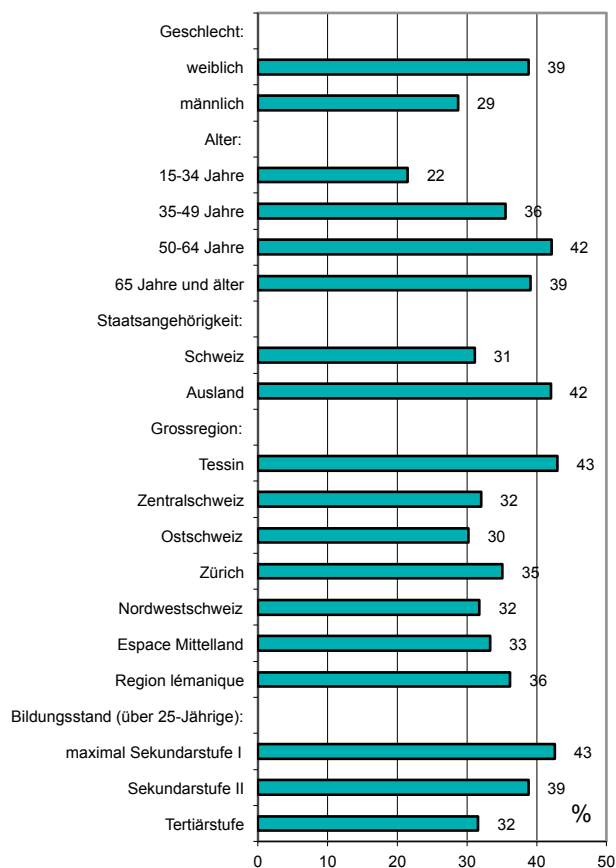
H) Bedeutung verschiedener Nahrungsmiteleigenschaften bei der Ernährung, 2014



Quelle: Omnibus 2014 des BFS (n je nach Nahrungsmiteleigenschaft zwischen 2957 und 2986); Fragenformulierung siehe Abbildung K.

Abbildung I zeigt, welcher Anteil der Befragten acht oder mehr der elf aufgeführten Eigenschaften "immer" oder "häufig" beachtet. Frauen und Personen ab 35 Jahren, ausländische Befragte, Personen ohne nachobligatorischen Schulabschluss sowie Bewohner/innen des Tessins orientieren sich stärker an den Nahrungsmiteleigenschaften als die anderen Befragten.

I) Anteil Befragter, welche 8 oder mehr Nahrungsmiteleigenschaften "immer" oder "häufig" beachten.



Quelle: Omnibus 2014 des BFS (n je nach Merkmal zwischen 2371 und 2784).

Die Abbildungen J und K zeigen Resultate aus der Studie menuCH 2014/15 des BLV und des BAG. Wie in früheren Untersuchungen geben mehr als drei Viertel der Befragten an, die Schweizer Lebensmittelpyramide zu kennen. Frauen, jüngere Personen und Befragte aus der Romandie oder dem Tessin kennen diese Ernährungsempfehlung häufiger als Männer, ältere Personen oder Deutschschweizer.

Auch die Bekanntheit der Empfehlung "5 am Tag" unterscheidet sich nach Geschlecht, Alter, Sprachregion und Bildung (vgl. Abb. K). Die Bekanntheit ist geringer bei Männern, sinkt mit steigendem Alter und nimmt mit steigendem Bildungsstand zu. Die tiefsten Bekanntheitswerte hat die Empfehlung mit gut 40 Prozent im Tessin, obwohl mehr als doppelt so viele Befragte aus jener Region die Lebensmittelpyramide kennen.

Zusammenfassend lässt sich zu den Ernährungsempfehlungen feststellen, dass deren Bekanntheit und Bedeutung in der Schweizer Bevölkerung in den vergangenen Jahren stabil geblieben ist. Während jedoch die Empfehlungen, viel Früchte und Gemüse zu essen oder ausreichend zu trinken, einer Mehrheit der Befragten bekannt sind, lassen sich bei einigen weiteren Empfehlungen – etwa derjenigen, nicht zu viel Fleisch zu essen – noch Lücken feststellen. Überdies zeigen sich sozio-demographische und sozio-ökonomische Unterschiede, die sich in ihrem Ausmass und der Richtung aber je nach Datengrundlage stark unterscheiden.

Weitere Informationen:

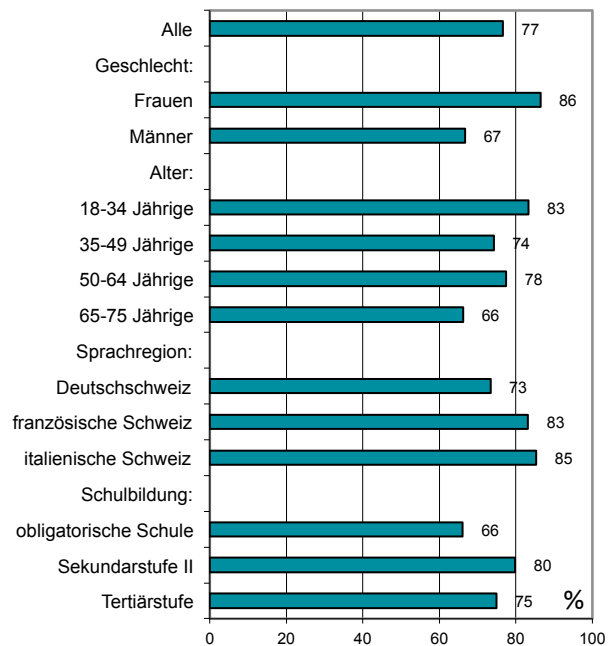
Bochud, M., A. Chatelan und J.M. Blanco (2017): Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Studie im Auftrag von BLV und BAG. Lausanne: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

Coop (2009): Ess-Trends im Fokus. Gesund Essen: Einstellungen, Wissen und Verhalten. (Februar 2009). Basel: Coop.

Dubowicz, A., A-L. Camerini, R. Ludolph, J. Amman und P.J. Schulz (2013): Ernährung, Bewegung und Körpergewicht. Wissen, Einstellungen und Wahrnehmung der Schweizer Bevölkerung. Ergebnisse der Bevölkerungsbefragungen von 2006, 2009 und 2012. (Arbeitspapier 6) Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.

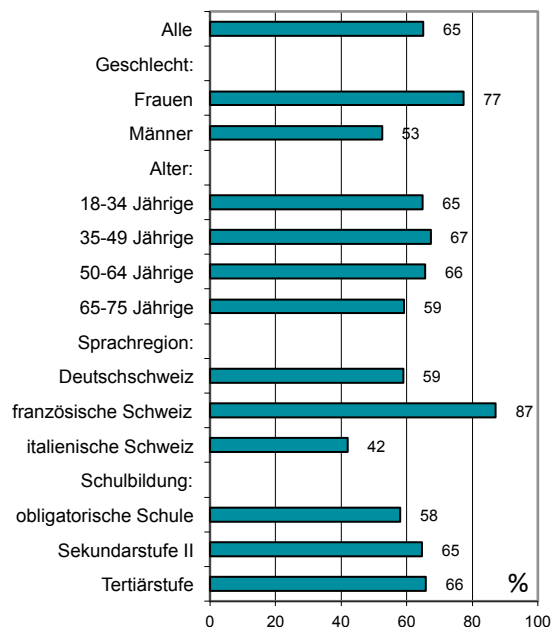
Gfs-Zürich (2010): NANUSS (National Nutrition Survey Switzerland) Pilot: 24 Hour Recall und Ernährungsverhalten. Schlussbericht. Zürich: gfs.

J) Bekanntheit der Schweizer Lebensmittelpyramide in %, nach Geschlecht, Alter, Sprachregion und Bildungsstand, 2014/2015



Quelle: menuCH von BLV und BAG, Bochud et al. (2017).

K) Bekanntheit der Empfehlung "5 am Tag", nach Geschlecht, Alter, Sprachregion und Bildungsstand, in %, 2014/2015



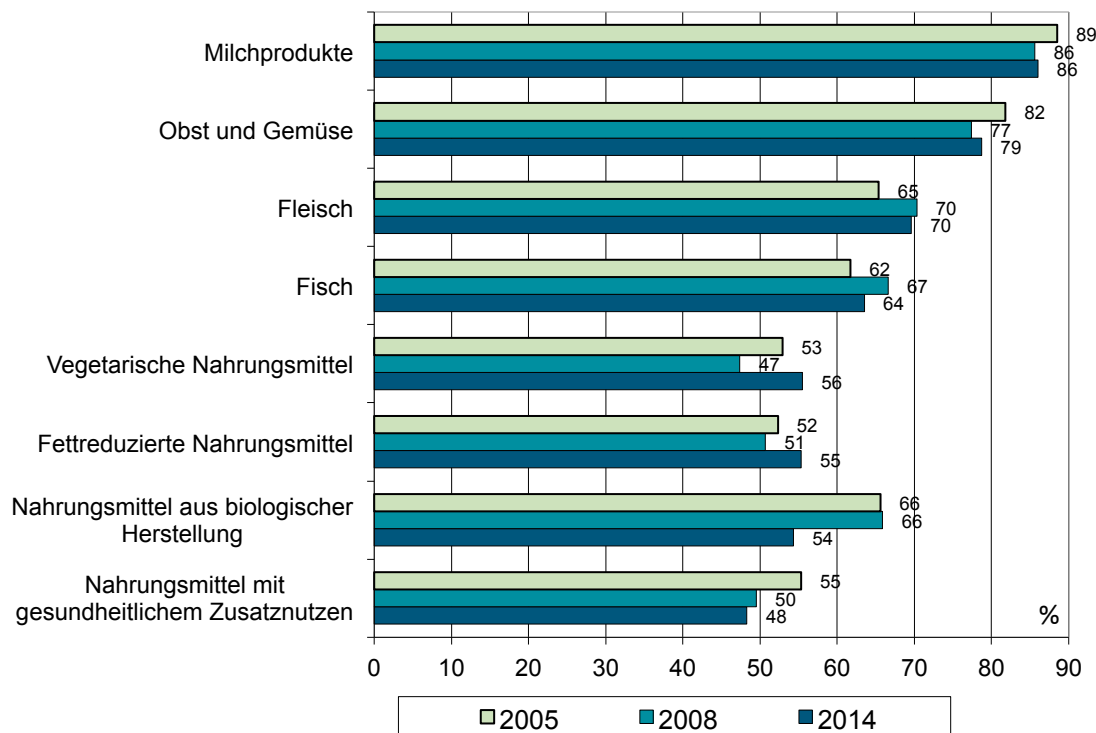
Quelle: menuCH von BLV und BAG, Bochud et al. (2017).

Indikator 1.6: Wahrnehmung der Angebotsseite der Ernährung und von Informationen über Nahrungsmittel

Die Verfügbarkeit gesunder Nahrungsmittel ist eine wichtige Voraussetzung für eine ausgewogene Ernährung. Nur wenn entsprechende Nahrungsmittel nicht nur verfügbar sind, sondern die Konsument/innen auch wissen, wo und wie man diese beschaffen und zubereiten kann, haben Initiativen mit Blick auf eine ausgewogene Ernährung Verwirklichungschancen.

Im Rahmen verschiedener Studien wurden Konsument/innen 2005, 2008 und 2014 zu ihrer Einschätzung des Nahrungsmittelangebots befragt. Wie die folgende Abbildung zeigt, ist die grosse Mehrheit der Befragten mit dem Angebot an Milchprodukten sowie Obst und Gemüse zufrieden. Hier haben sich die Einschätzungen zwischen 2005 und 2014 auch nicht gross verändert. Geringe Veränderungen lassen sich auch bei den meisten anderen Angeboten feststellen. Die Ausnahme bilden biologisch produzierte Nahrungsmittel, mit deren Angebot man heute weniger zufrieden ist als noch 2005. Da sich das effektive Angebot in diesem Zeitraum kaum verschlechtert haben dürfte, ist dieser Befund möglicherweise auf eine grössere Sensibilisierung für bzw. Nachfrage nach solchen Produkten zurückzuführen.

A) Zufriedenheit mit dem Angebot an ausgewählten Lebensmitteln, 2005 bis 2014



Quelle: Food Consumption 2005 und 2008 des Retail-Lab der Universität St. Gallen sowie Omnibus 2014 des BFS; Fallzahlen (je nach Antwortvorgabe): 2005: 575-918; 2008: 680-1032; 2014: 2130-2945. Antworten auf die Frage (2005, 2008): "Bei folgenden Nahrungsmitteln entspricht das derzeitige Lebensmittelangebot im Detailhandel meinen Erwartungen..." bzw. (2014): "Sagen Sie mir bitte ob bei den folgenden Nahrungsmitteln das derzeitige Lebensmittelangebot im Detailhandel Ihren Erwartungen entspricht."

Datenbasis

Modul MOSEB des Omnibus' 2014 des Bundesamts für Statistik; telefonische Befragung (n=2993)

Food Consumption des Retail-Lab des Instituts für Marketing und Handel an der Universität St. Gallen. Persönliche Befragung in Supermärkten und Einkaufszentren, Fallzahl 2008: 1074. Die Resultate zu den Jahren 2005 und 2008 wurden der Broschüre "Food Consumption 2008" entnommen (Quellenverweis siehe unter "weitere Informationen").

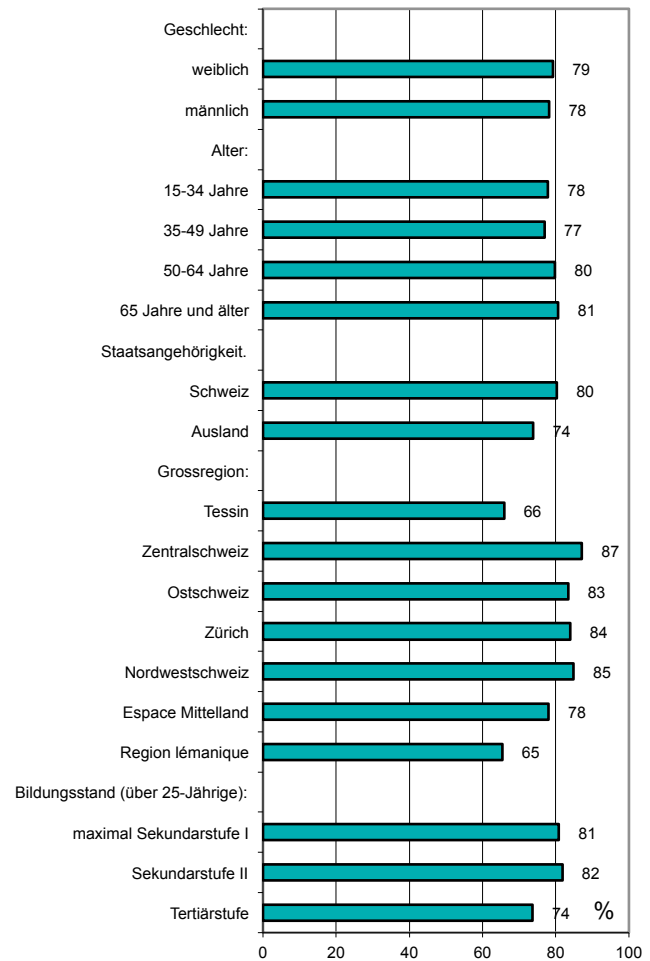
Weitere Resultate entstammen der für die Bevölkerung der Schweiz repräsentativen Pilotstudie des Jahres 2009 zur Nationalen Ernährungserhebung (n=1545, Abbildung C), einer Untersuchung der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung zur Wirksamkeit von Lebensmittelkennzeichnungen (2010, n=1016, Abbildung E) sowie der MACH Consumer-Studie 2-10 (WEMF-AG, n=11336, Abbildung G).

Weitere Resultate

Zusammenhangsanalysen der Angaben zur Beurteilung des Nahrungsmittelangebots – in Abbildung B sind die Befunde zum Angebot an Früchten und Gemüse stellvertretend dargestellt – zeigen für das Jahr 2014 kaum statistisch signifikante Unterschiede zwischen Frauen und Männern und verschiedenen Altersgruppen. Dagegen sind Schweizer/innen mit den meisten Angebotskomponenten deutlich zufriedener als ausländische Befragte. Dies dürfte mit einem primär auf die einheimische Bevölkerung ausgerichteten Angebot zusammenhängen.

Interessanterweise sind überdies Bewohner/innen der Deutschschweiz zufriedener mit dem Angebot als die Westschweizer/innen und Tessiner/innen. Ob dieser Befund mit einer ungenügenden Berücksichtigung der Bedürfnisse oder höheren Ansprüchen dieser beiden Minderheiten zusammenhängt, kann an dieser Stelle nicht beurteilt werden.

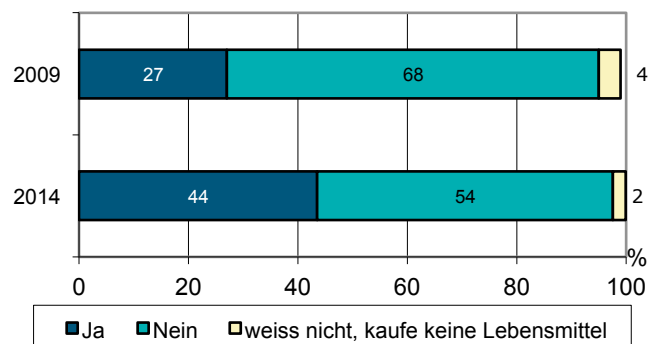
B) Anteil der Bevölkerung, deren Erwartungen bezüglich des Angebots an Früchten und Gemüse erfüllt wird, nach verschiedenen Merkmalen, 2014



Quelle: Omnibus 2014 des BFS, n je nach Merkmal zwischen 2548 und 2945.

Auf einer konkreteren Ebene zeigt Abbildung C den Beachtungsgrad von Nährwertangaben beim Lebensmittelkauf. Während im Jahr 2009 nur etwas über ein Viertel der Befragten diese Angaben beachteten, beträgt dieser Anteil nun immerhin 44 Prozent. Welche Angaben konkret beachtet werden, kann den Abbildungen G und H von Indikator 1.5 entnommen werden.

C) Beachtung der Nährwertangaben beim Lebensmitteleinkauf, 2009 und 2014



Quelle: NANUSS-Pilotstudie 2009 (n = 1545) und Omnibus 2014 des BFS (n=2991); Antworten auf die Frage: "Beachten Sie beim Lebensmitteleinkauf die Nährwertangaben?"

Die Beachtung der Nährwertangaben variiert gemäss Abbildung D leicht mit dem Geschlecht, dem Alter, der Staatsangehörigkeit und der Wohnregion, wobei gilt: Frauen, Personen mittleren Alters, Ausländer/innen und Personen aus der Westschweiz und dem Tessin schauen etwas stärker auf die Nährwertangaben als andere Personen.

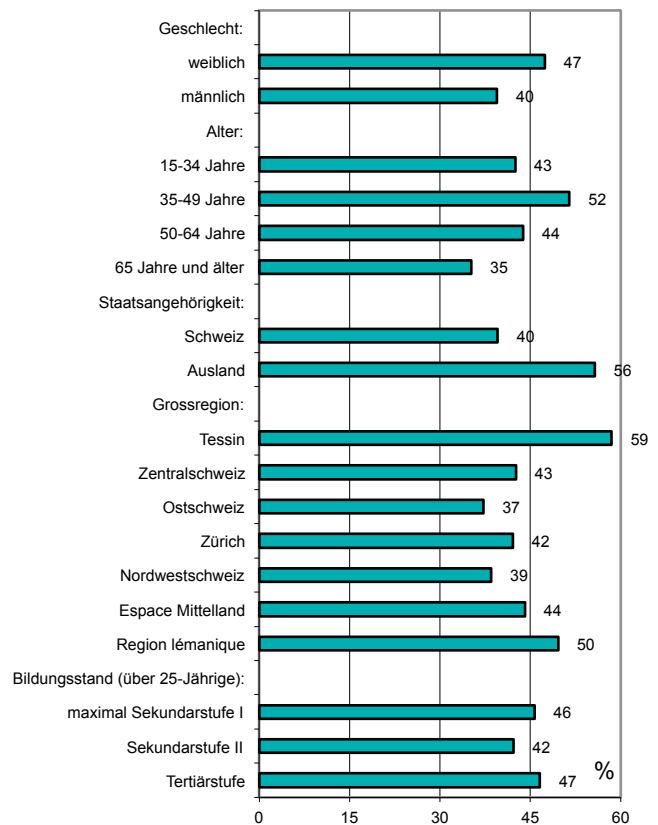
Zu ähnlichen, hier nicht abgebildeten Resultaten kommt eine Studie der ETH Zürich, in der Deutschschweizer/innen (n=1162) schriftlich zur Nutzung der Nährwertkennzeichnung von Lebensmitteln befragt wurden (Hess et al. 2012). Sowohl bei der Auswahl eines Produktes, das noch nie gekauft worden ist, wie auch bei der Wahl zwischen zwei Lebensmitteln achtet jeweils ein Drittel der Befragten häufig auf die Nährwertkennzeichnung und ein Drittel beachtet sie sehr selten oder nie. Frauen konsultieren diese Informationen häufiger als Männer. Weitere Faktoren, die positiv mit der Nutzung der Nährwertkennzeichnung zusammenhängen sind Ernährungsbewusstsein, Ernährungswissen, Gesundheitsbewusstsein und Kompetenz im Umgang mit Zahlen.

Die Pilotstudie zur Nationalen Ernährungserhebung enthält auch eine Frage danach, ob eine einheitliche Kennzeichnung gesunder Lebensmittel in den Augen der Bevölkerung wünschenswert wäre. 51% der Befragten erachten eine solche Kennzeichnung als "(sehr) wichtig" und weitere 22% können sich zumindest "teilweise" damit anfreunden.

Darüber, welche Kennzeichnung besonders wirksam wäre, gibt eine Studie der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung aus dem Jahr 2010 Auskunft. Verglichen wurden der Guideline Daily Amount (GDA), ein Ampelsystem und Labels für gesunde Nahrungsmittel. Von den drei Kennzeichnungen wird nur der GDA (vgl. Abbildung E) in der Schweiz breit verwendet. Dieser "Richtwert für die Tageszufuhr" gibt an, wie viel Energie (Kalorien), Fett, gesättigte Fettsäuren, Zucker und Natrium bzw. Salz eine Portion eines Produktes in Gramm enthält und welchen Prozentanteil diese Mengen am durchschnittlichen Richtwert für die Tageszufuhr eines Erwachsenen ausmachen.

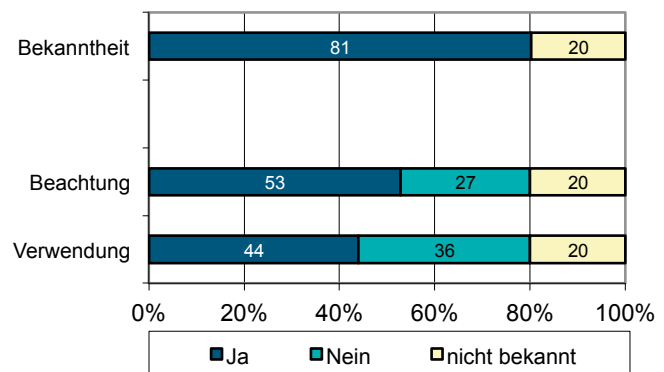
Abbildung E zeigt, dass vier Fünftel der Befragten die GDA kennen, dass aber nur rund die Hälfte davon sie auch tatsächlich beachten oder verwenden. Zusätzliche Resultate zeigen, dass der GDA in der Deutschschweiz, bei Frauen und jüngeren Personen besser bekannt sind als im Tessin, der Westschweiz und bei Männern und älteren Befragten.

D) Beachtung der Nährwertangaben beim Lebensmitteleinkauf nach verschiedenen Merkmalen, 2014



Quelle: Omnibus 2014 des BFS (n je nach Merkmal zwischen 2582 und 2991)

E) Bekanntheit, Beachtungsgrad und Verwendung der Angaben zum Guideline Daily Amount (GDA) auf Lebensmittelverpackungen



Quelle: SGE-Studie 2010, n=1016; Antworten auf die Fragen: "Haben Sie die folgende Angabe [GDA] auf Verpackungen von Lebensmitteln schon gesehen?", Falls diese Frage mit "ja" beantwortet wurde, wurden die folgenden beiden Fragen gestellt: "Haben Sie bei der Wahl eines Lebensmittels schon einmal bewusst auf die folgende Angabe [GDA] geachtet?" und: "Haben Sie bei der Wahl eines Lebensmittels schon einmal bewusst die folgende Angabe [GDA] verwendet?"

Hinweis: Aufgrund von Rundungsdifferenzen addieren sich die Werte in der Abbildung zu 101 Prozent.

Abbildung F zeigt schliesslich etwas allgemeiner, wo sich die befragten Personen über Nahrungsmittel informieren. Aus der Abbildung geht hervor, dass die oben diskutierten Produkteinformationen ungefähr gleich wichtig sind wie der persönliche Austausch mit Bekannten und Verwandten. Fachpersonen und die Werbung spielen dagegen eine vergleichsweise geringe Rolle.

Die MACH-Studie ist mit über 11'000 Befragten die grösste Konsumentenstudie der Schweiz. Gemäss dieser Untersuchung (vgl. Abbildung G) informierten sich im Jahr 2010 gut 50 Prozent direkt im Geschäft über Lebensmittel oder Getränke – sei es auf den Verpackungen oder durch Beratung. Etwas mehr als 40 Prozent der Personen informierten sich in der Zeitung (in Artikeln oder durch Werbung), und fast jeder Dritte bei Familienmitgliedern oder anderen bekannten Personen. Auffallend ist jedoch, dass ein Fünftel der Befragten angibt, sich überhaupt nicht aktiv zu informieren.

Weitere Informationen:

Gfs-Zürich (2010): NANUSS Pilot: 24 Hour Recall und Ernährungsverhalten. Schlussbericht. Zürich: gfs.

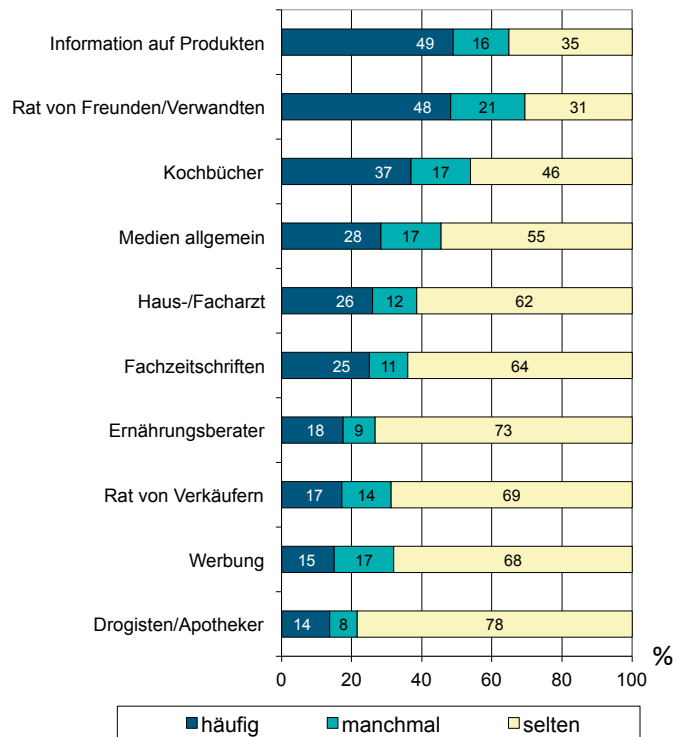
Hess, R., V.H.M. Visschers und M. Siegrist (2012): The role of health-related, motivational and socio-demographic aspects in predicting food label use: A comprehensive study. Public Health Nutr 15: 407-14.

Infanger, E., Ch. Ryser und M. Beer (2010): Wirksamkeit von drei verschiedenen Front-of-Pack-Kennzeichnungen auf Lebensmitteln zur Unterstützung des Konsumenten bei der gesunden Wahl. Bern: SGE.

Rudolph, T. und A. Glas (2008): Food Consumption 2008. Ess- und Verzehrverhalten in der Schweiz. St. Gallen: Retail-Lab des Instituts für Marketing und Handel an der Universität St. Gallen.

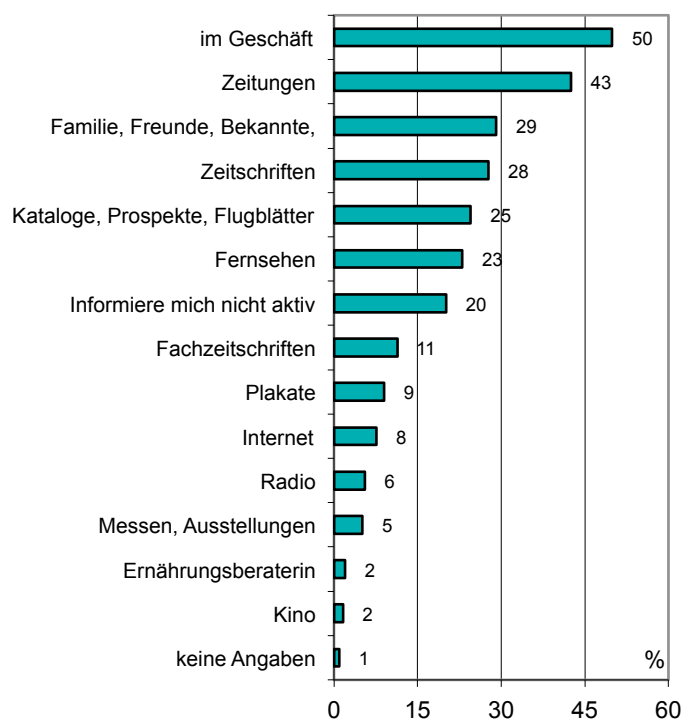
WEMF AG für Werbemedienforschung (2010): MACH Consumer 10-2.

F) Nutzung von Informationsquellen über Nahrungsmittel



Quelle: Food Consumption 2008, n je nach Informationsquelle zwischen 1043 und 1059. Antworten auf die Frage: "Zum Thema 'Ernährung' nutze ich die folgenden Informationsquellen..."

G) Anteil von Konsumenten in der Schweiz (in %), die sich mit folgenden Informationsquellen über Lebensmittel und Getränke informieren, 2010



Quelle: WEMF (2010): MACH Consumer 10-2.

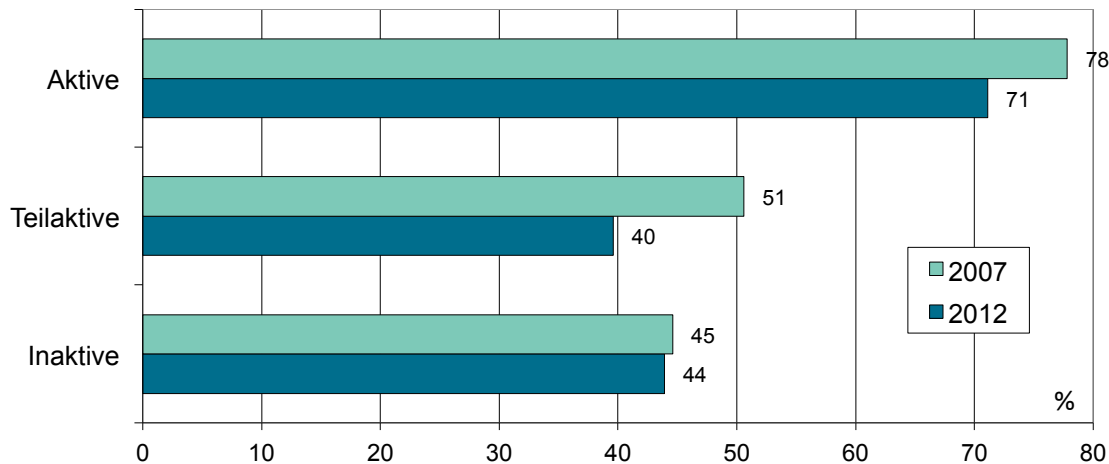
Indikator 1.7: Kenntnis von Bewegungsempfehlungen

Für Erwachsene empfehlen das Bundesamt für Sport, das Bundesamt für Gesundheit, Gesundheitsförderung Schweiz, die Suva und die bfu gemeinsam über das "Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz" mindestens zweieinhalb Stunden Bewegung pro Woche in Form von Alltagsaktivitäten oder Sport mit mindestens "mittlerer" Intensität, d.h. Aktivitäten, bei denen man zumindest etwas ausser Atem, aber nicht unbedingt ins Schwitzen kommt (Basisempfehlung). Alternativ dazu werden 75 Minuten Sport oder Bewegung mit hoher Intensität (Aktivitäten, die leichtes Schwitzen verursachen) oder Kombinationen von Bewegung mit verschiedenen Intensitäten empfohlen. Die Kenntnis der Bewegungsempfehlungen ist zusammen mit der Kenntnis der Ernährungsempfehlungen (Indikator 1.5) wichtig, um einen gesunden Lebensstil pflegen zu können.

In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) des Bundesamts für Statistik wird den Befragten die Frage gestellt, ob sie glauben, sie hätten genügend Bewegung für ihre Gesundheit. Vergleicht man diese Angaben mit dem Bewegungsniveau der Befragten (vgl. Indikator 3.1), so ergeben sich Hinweise auf die Bekanntheit der Bewegungsempfehlungen.

Gemäss der folgenden Abbildung glauben 71 Prozent der "Aktiven", welche die Minimalempfehlung von mindestens 150 Minuten moderater Bewegung pro Woche erfüllen, dass sie sich genügend bewegen. Über ein Viertel ist mit anderen Worten also der Meinung, sie würden sich zu wenig bewegen. Bei den Teilaktiven (Personen, die sich weniger als 150 Minuten pro Woche bewegen) und den Inaktiven (Personen, die sich nicht oder kaum bewegen) ist es dagegen gegen die Hälfte, die trotz ihres geringen Bewegungsniveaus glauben, sie würden sich genügend bewegen. In allen Gruppen ist der Anteil derjenigen, welche ihr körperliches Aktivitätsniveau als ausreichend bezeichnen, zwischen 2007 und 2012 zurück gegangen – und dies, obwohl das Bewegungsniveau gemäss Indikator 3.1 insgesamt angestiegen ist.

A) Einschätzung der eigenen Bewegungsaktivität, 2007 und 2012



Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragungen des BFS 2007 (n=17'200) und 2012 (n=20'509). Antworten auf die Frage: "Denken Sie, dass Sie sich für Ihre Gesundheit genug bewegen?".

Die Codierung des Bewegungsniveaus basiert auf verschiedenen Fragen zu den moderaten und intensiven körperlichen Aktivitäten (vgl. Indikator 3.1). "Aktive" sind Personen, welche sich mindestens 150 Minuten pro Woche bewegen, "Teilaktive" bewegen sich zwar, aber weniger als 150 Minuten pro Woche. Inaktive bewegen sich nicht in einem nennenswerten Umfang.

Datenbasis

Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2007 und 2012 des Bundesamts für Statistik und Sport Schweiz 2008 des Observatoriums Sport und Bewegung Schweiz.

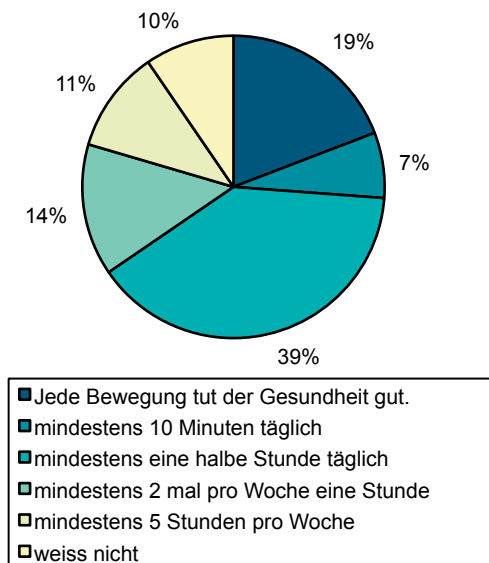
Zusätzliche Angaben zum Thema Wahrnehmung und Verständnis aktueller Themen in den Bereichen Ernährung und Bewegung finden sich überdies im Indikator 1A von Gesundheitsförderung Schweiz.

Weitere Resultate

In der Bevölkerungsbefragung "Sport Schweiz 2008" wurde den Befragten die Frage gestellt, bei welchem zeitlichen Umfang und bei welcher Intensität der Bewegung die persönliche Gesundheit ihrer Meinung nach profitieren würde.

Die Antwortkategorien basierten auf den damals noch geltenden Empfehlungen eines täglichen Bewegungsumfangs von mindestens 30 Minuten. Wie Abbildung B zeigt, ist ein Fünftel (19%) der Bevölkerung der Schweiz der Ansicht, dass jede Bewegung der Gesundheit gut tue. 39 Prozent nennen den damals empfohlenen zeitlichen Umfang von einer halben Stunde täglich, während weitere 14 Prozent ungefähr die aktuelle Empfehlung erwähnen (zwei Stunden pro Woche). Jeder Zehnte kann die Frage nicht beantworten.

B) Einschätzung des nötigen zeitlichen Umfangs der Bewegung, damit die persönliche Gesundheit davon profitiert (Nennungen in Prozent, 2008)

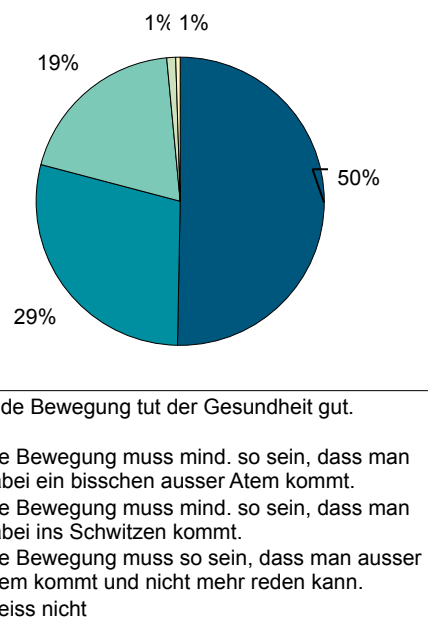


Quelle: Sport Schweiz 2008, n=1008; Antworten auf die Frage: "Was haben Sie das Gefühl: Wie anstrengend muss Bewegung sein, damit Ihre Gesundheit davon profitiert? Ich lese Ihnen ein paar Möglichkeiten vor. Sagen Sie mir bitte, welche Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft."

Neben dem in Abbildung B dargestellten, als ausreichend beurteilten zeitlichen Umfang der körperlichen Aktivität, enthielt Sport Schweiz 2008 auch eine Frage nach der gesundheitsförderlichen Intensität.

Bei dieser Einschätzung, welche in Abbildung C dargestellt ist, ist die Hälfte der Befragten der Ansicht, dass jede Bewegung der Gesundheit gut tue. 29 Prozent sind der Ansicht, dass man bei der Bewegung – wie dies in den Bewegungsempfehlungen festgehalten ist – mindestens ein bisschen ausser Atem kommen sollte. Ein Fünftel (19%) findet, dass man bei der Bewegung ins Schwitzen kommen sollte. Nur ein Prozent der Befragten ist der Ansicht, dass die Bewegung so sein sollte, dass man dabei ausser Atem komme und nicht mehr sprechen könne.

C) Einschätzung der nötigen Bewegungsintensität, damit die persönliche Gesundheit davon profitiert (Nennungen in Prozent, 2008)



Quelle: Sport Schweiz 2008, n=1005. Antworten auf die Frage: "Was haben Sie das Gefühl: Wie anstrengend muss Bewegung sein, damit Ihre Gesundheit davon profitiert? Ich lese Ihnen ein paar Möglichkeiten vor. Sagen Sie mir bitte, welche Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft."

Weitere Informationen:

Lamprecht M., A. Fischer und H. Stamm (2008): Sport Schweiz 2008. Das Sportverhalten der Schweizer Bevölkerung. Magglingen: Bundesamt für Sport.

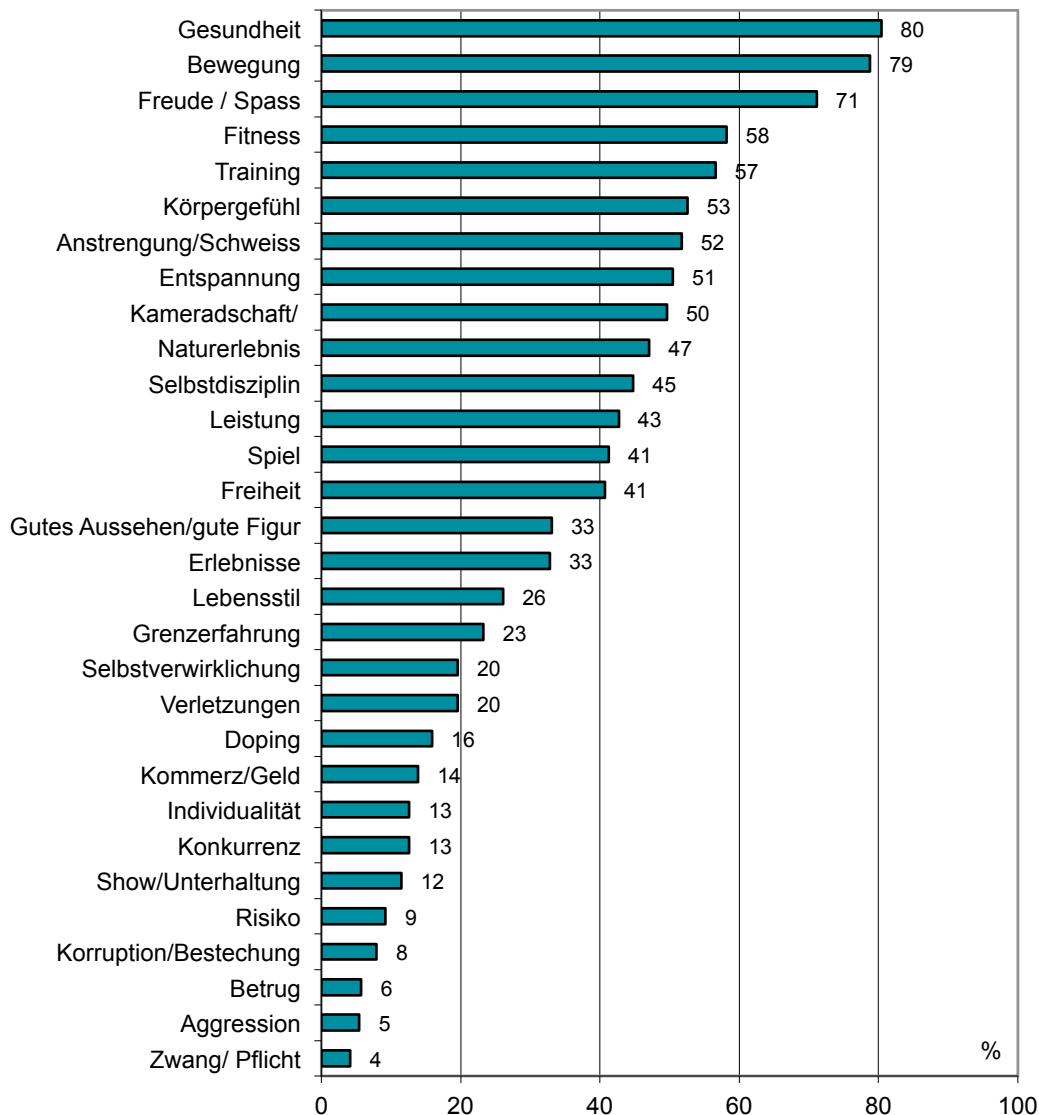
Indikator 1.8: Wahrnehmung des Sports und Einstellungen zum Sport

Hinweis: Indikator 4.9 des Sportobservatoriums. Details finden sich unter www.sportobs.ch

Eine erfolgreiche Bewegungs- und Sportförderung ist nicht zuletzt darauf angewiesen, dass körperliche Aktivitäten durch die Zielgruppen positiv wahrgenommen werden. Dass dies mit Bezug zum Sport der Fall ist, zeigt Abbildung A.

Wird die Bevölkerung nach den Begriffen gefragt, die sie mit dem Sport verbindet, so werden "Gesundheit", "Bewegung", und "Freude/Spass" von einer grossen Mehrheit erwähnt. Negative Aspekte tauchen erst im unteren Teil der Rangliste auf ("Verletzungen", "Doping", "Risiko", "Korruption/Bestechung", "Betrug", "Aggression", "Zwang/Pflicht").

A) Begriffe, welche die Bevölkerung der Schweiz mit Sport in Verbindung bringt (Nennungen in Prozent aller Befragten), 2014



Quelle: Sport Schweiz 2014 (Online-Befragung, n=6880). Antworten auf die Frage: "Sport hat heute die unterschiedlichsten Seiten. Was verstehen Sie selbst unter Sport? Wählen Sie aus der folgenden Liste die wichtigsten Begriffe an, die Sie persönlich mit Sport verbinden."

Datenbasis

Fragen zum Image des Sports aus Sport Schweiz 2014 des Observatoriums Sport und Bewegung Schweiz.

Weitere Angaben finden sich auf der Website des Sportobservatoriums (Indikator 4.9).

Indikator 1.9: Berichterstattung über Ernährung und Bewegung

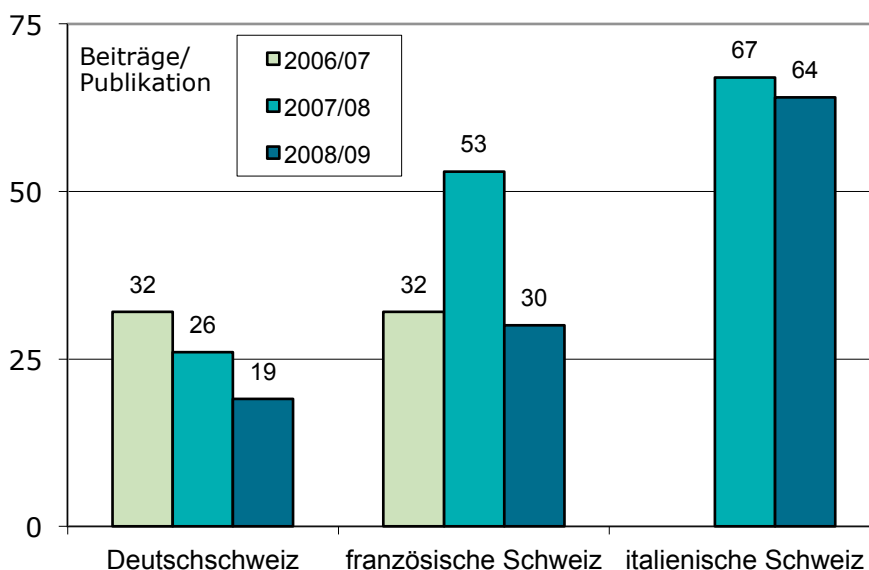
Hinweis: Der Indikator stammte ursprünglich aus der Indikatorensammlung von Gesundheitsförderung Schweiz, die vorderhand nicht weitergeführt wird. Der letzte Stand der Indikatoren ist auf der Website des MOSEB dokumentiert.

Damit die Bevölkerung für die Themen Ernährung und Bewegung sensibilisiert werden kann, ist eine regelmässige Berichterstattung in den Medien notwendig. Ein im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz durchgeführtes Medienmonitoring wie auch eine Befragung geben Aufschluss über die Beachtung von Medieninhalten zu diesen Themen.

Die folgende Abbildung zeigt für den Zeitraum von Herbst 2006 bis Frühling 2009 eine deutlich nachlassende Häufigkeit der Berichterstattung zu den oben erwähnten Themen in der Deutschschweiz (19 Beiträge pro Publikation im Untersuchungszeitraum 2008/09 gegenüber 32 Beiträgen 2006/07). Für die Westschweiz lässt sich ein ausgeprägter Spitzenwert in der Untersuchungsperiode 2007/08 nachweisen. Im Tessin wird vergleichsweise intensiv berichtet, hier erscheinen rund doppelt bis dreimal so viele Beiträge pro Publikation zu den Themen Ernährung, Bewegung und Körpergewicht wie in den anderen Sprachregionen.

An dieser Stelle gilt es jedoch festzuhalten, dass redaktionelle Beiträge in Printmedien nur einen von vielen Kommunikationskanälen darstellen, über die Informationen zum Thema "gesundes Körpergewicht" verbreitet und wahrgenommen werden.

A) Durchschnittliche Anzahl von Beiträgen zu den Themen Ernährung, Bewegung und Körpergewicht in Schweizer Zeitschriften und Zeitungen im Zeitraum Oktober bis März der Jahre 2006 bis 2009 nach Sprachregion



Quelle: Medienmonitoring des ARCHE, vgl. Ehmig et al. (2009: 7). Hinweis: Im Tessin wurde die Untersuchung erst ab dem Jahr 2007/08 durchgeführt.

Datenbasis

Resultate aus dem von Gesundheitsförderung Schweiz getragenen Medienmonitoring des Instituts für Gesundheitskommunikation der Universität Lugano (ARCHE). Im Rahmen des Projekts wurden zwischen Oktober und März der Jahre 2006 bis 2009 Beiträge aus Zeitungen und Zeitschriften (Deutschschweiz: 24; französische Schweiz: 5; Tessin: 4) gesammelt und inhaltsanalytisch ausgewertet.

Weitere Angaben stammen aus der Nullmessung der Bevölkerungsbefragung zu "Ernährung, Körperbewegung und Körpergewicht" von Gesundheitsförderung Schweiz und dem Institute of Communication and Health der Universität Lugano (telefonische Befragung 2006, n=1441).

Bereich 2: Ernährungsverhalten

Indikator 2.1: Ernährungsverhalten erwachsene Wohnbevölkerung (Konsum von Gemüse und Früchten)

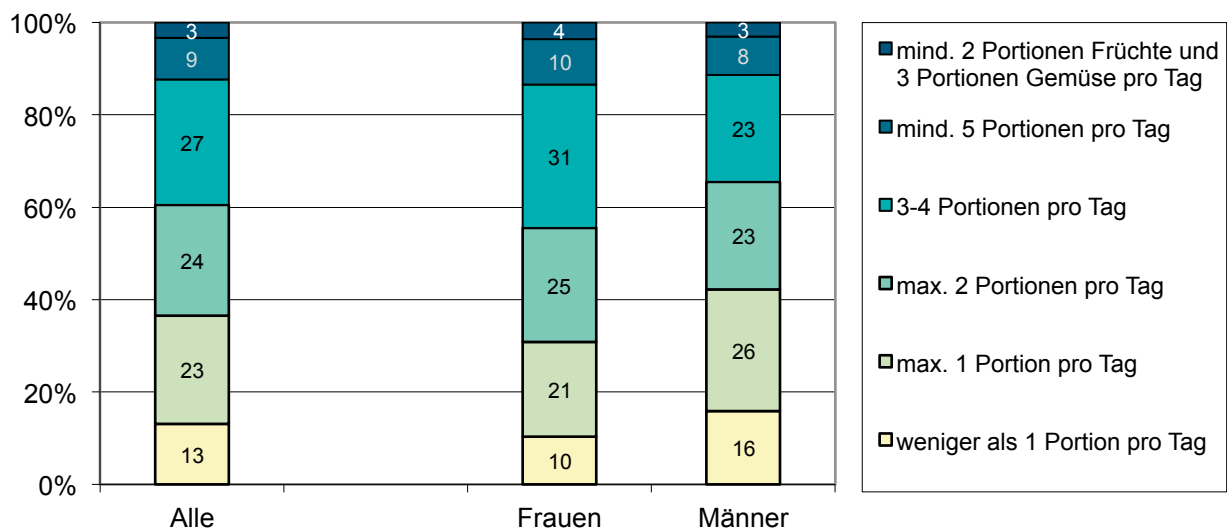
Hinweis: Der Indikator stammte ursprünglich aus der Indikatorenansammlung von Gesundheitsförderung Schweiz, die vorderhand nicht weitergeführt wird. Der letzte Stand der Indikatoren ist auf der Website des MOSEB dokumentiert.

Eine bedarfsgerechte, ausgewogene Ernährung trägt wesentlich zum individuellen Wohlbefinden und zur Förderung der Gesundheit bei. Aktuelle Ernährungsempfehlungen und -kampagnen propagieren unter Titeln wie "5 am Tag" den regelmässigen Konsum von Früchten, Gemüse und Salat. Damit soll nicht zuletzt ein Beitrag zu einem gesunden Körpergewicht geleistet werden.

In der neuesten Studie menuCH, der nationalen Ernährungserhebung des Bundesamts für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV) in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG), ist der Konsum von Früchten und Gemüsen über zwei 24-Stunden-Erinnerungsprotokolle erfasst worden. Wie die Abbildung A zeigt, halten sich nur drei Prozent der Schweizer Bevölkerung an die Empfehlung, täglich mindesten zwei Portionen Früchte und drei Portionen Gemüse zu sich zu nehmen. Jeder zehnte isst pro Tag immerhin mindestens fünf Portionen Früchte oder Gemüse und erfüllt die Empfehlung damit zumindest teilweise.

Im Vergleich mit den Befragungsergebnissen der Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 liegt der Anteil der Bevölkerung, der sich an die Empfehlung hält (11%) oder zumindest teilweise ausreichend Gemüse und Früchte zu sich nimmt (19%), tiefer. Etwas weniger ausgeprägt ist auch der Geschlechterunterschied, obwohl sich immer noch etwas mehr Frauen an die Empfehlung halten als Männer.

A) Früchte- und Gemüsekonsum der Bevölkerung der Schweiz zwischen 18 und 75 Jahren, 2014/2015 (in Prozent)



Quelle: menuCH von BLV und BAG, Bochud et al. (2017), n=2085. Die Angaben sind Mittelwerte von zwei 24-Stunden-Erinnerungsprotokollen. Sie sind in Bezug auf Saisonalität und Wochentage gewichtet und korrigiert. Falls nicht genauer beschrieben wird der Begriff "Portionen" ohne Unterscheidung zwischen Früchte- und Gemüseportionen verwendet.

Datenbasis

menuCH, nationale Ernährungserhebung des BLV und des BAG der Jahre 2014/15 (18-75-Jährige, n=2'085) gemäss:

Bochud, M., A. Chatelan und J.M. Blanco (2017): Anthropometric characteristics and indicators of

eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Studie im Auftrag von BLV und BAG. Lausanne: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

Indikator 2.2: Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen

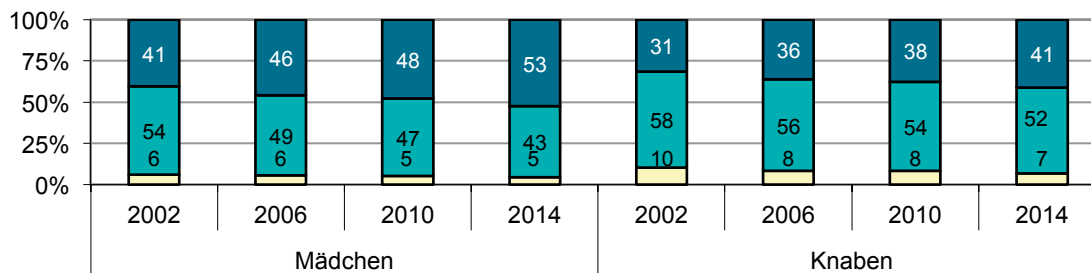
Hinweis: Der Indikator stammte ursprünglich aus der Indikatorensammlung von Gesundheitsförderung Schweiz, die vorderhand nicht weitergeführt wird. Der letzte Stand der Indikatoren ist auf der Website des MOSEB dokumentiert.

Neben dem Ernährungsverhalten der erwachsenen Bevölkerung steht dasjenige von Kindern und Jugendlichen im Zentrum verschiedener Programme und Interventionen. Bei Kindern und Jugendlichen hat eine ausgewogene Ernährung einen besonderen Stellenwert, da sie bei der körperlichen und geistigen Entwicklung sowie der Prägung des Ernährungsverhaltens eine wesentliche Rolle spielt.

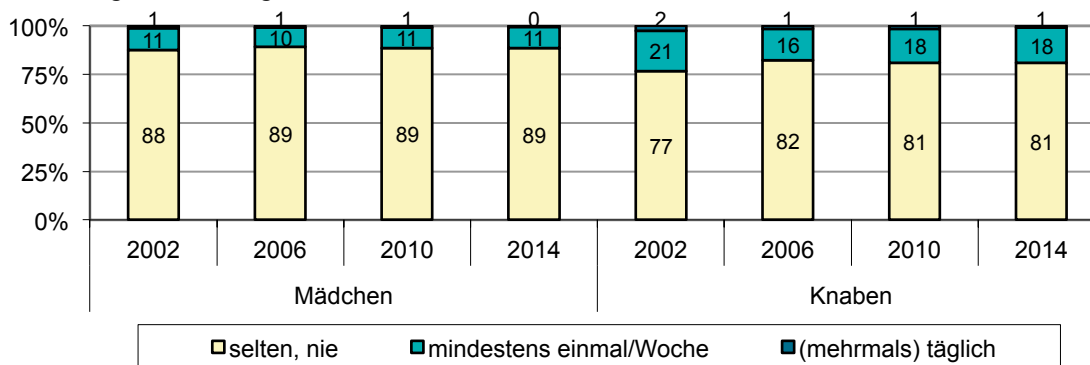
Die Abbildung zeigt anhand von Daten aus den "Health Behaviour in School-Aged Children"-Studien (HBSC) von Sucht Schweiz den Konsum von Früchten und Hamburgern etc. bei den 11- bis 15-Jährigen zwischen 2002 und 2014. Aus der Abbildung geht hervor, dass Mädchen häufiger regelmässig Früchte essen als Knaben. Bei beiden Geschlechtern ist der Anteil derjenigen, die täglich mehrmals Früchte konsumieren, über die Zeit jedoch stetig angestiegen (Mädchen: von 41 auf 53%; Knaben von 31 auf 41%; alle von 36 auf 47%). Hamburger und Hot Dogs werden dagegen weiterhin nur selten täglich gegessen: Mädchen essen praktisch nie täglich Hamburger oder Hot Dogs, bei den Knaben beträgt der Teil der täglichen Konsumenten rund ein Prozent. Auffallend ist überdies, dass sich der Konsum zwischen 2002 und 2014 kaum verändert hat.

A) Häufigkeit des Konsums von Früchten sowie Hamburgern/Hot Dogs durch 11- bis 15-Jährige nach Geschlecht, 2002-2014 (Anteile in Prozent)

a) Früchte:



b) Hamburger, Hot Dogs:



Quelle: HBSC von Sucht Schweiz, 2002 bis 2014, Antworten auf die Frage: "Wie häufig in der Woche isst oder trinkst du normalerweise die folgenden Lebensmittel?"; Fallzahlen (ungewichtet): Früchte: 2002=9332, 2006=9701, 2010=10058, 2014=9829; Hamburger, Hot Dogs: 2002=9252, 2006=9670, 2010=10009, 2014=9768.

Datenbasis

"Health Behavior in School-Aged Children" (HBSC) von Sucht Schweiz, 2002-2014.

Da sich die Alters- und Geschlechterverteilungen zwischen den Untersuchungsjahren leicht unterscheiden, wurde für die Analyse der gesamten Altersgruppe der 11- bis 15-Jährigen die Alters- und Geschlechterverteilung in der Gesamtbevölkerung berücksichtigt.

Indikator 2.3: Konsumausgaben für ausgewählte Nahrungsmittel

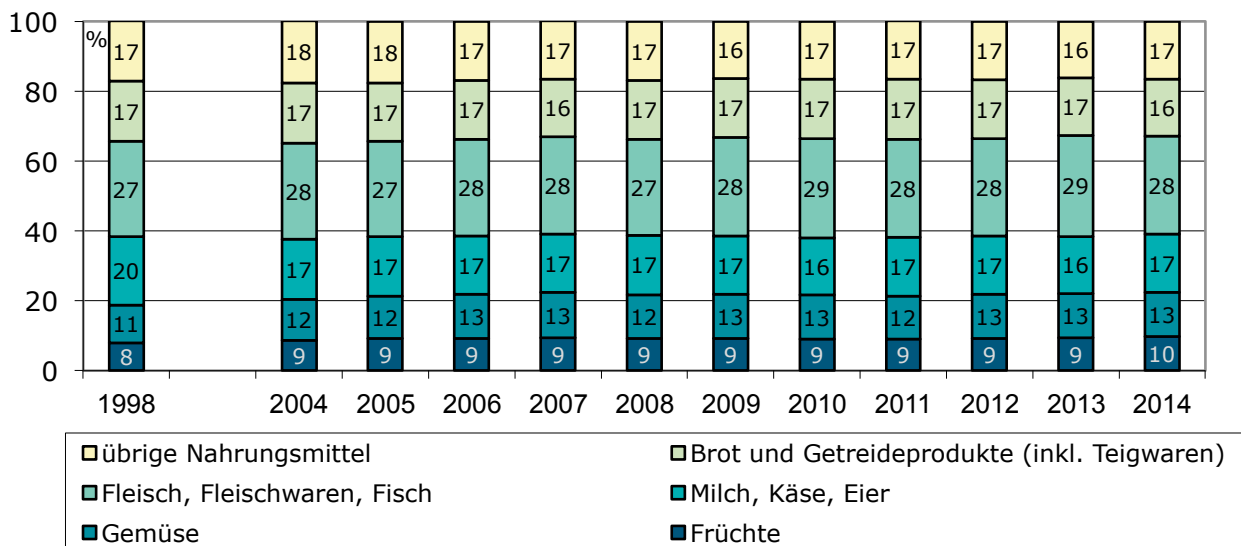
Hinweis: Der Indikator stammte ursprünglich aus der Indikatorensammlung von Gesundheitsförderung Schweiz, die vorderhand nicht weitergeführt wird. Der letzte Stand der Indikatoren ist auf der Website des MOSEB dokumentiert.

Eine gesunde und ausgewogene Ernährung ist nicht nur eine wichtige Determinante des Körpergewichts, sondern sie hat auch einen Einfluss auf verschiedene Krankheitsrisiken. Entsprechend hat eine gesunde Ernährung einen hohen Stellenwert in der Gesundheitsförderung und Prävention. Neben individuellen Aussagen über die Ernährung aus Befragungen können für die Analyse des Ernährungsverhaltens auch Konsumdaten verwendet werden, wie sie in der Haushaltsbudgeterhebung (HABE) des Bundesamtes für Statistik verfügbar sind.

Aus der HABE geht hervor, dass die Gesamtausgaben der Schweizer Haushalte für Nahrungsmittel zwischen 1998 (CHF 565.-/Monat) und 2014 (CHF 583.-/Monat) um rund drei Prozent angestiegen sind. Der Anstieg der Nahrungsmittelausgaben liegt damit unter dem Anstieg der Preise für Nahrungsmittel im selben Zeitraum (knapp 8%). Wie der Abbildung zu entnehmen ist, zeigen sich zwischen den Ausgaben für verschiedene Nahrungsmittel nur geringe Verschiebungen. Der Anteil der Ausgaben für Früchte und Gemüse wuchs leicht von knapp 19 Prozent (CHF 106.-/Monat) im Jahr 1998 auf knapp 23 Prozent im Jahr 2014 (CHF 131.-/Monat), während die Ausgaben für Milchprodukte und Eier leicht zurückgingen.

Die HABE enthält auch Mengenangaben, aus denen hervorgeht, dass 2014 pro Monat und Haushalt 11.8 kg Früchte, 14.2 kg Gemüse, 11.7 kg Brot und Getreideprodukte sowie 7.2 kg Fleisch und Fisch gekauft wurden. Die durchschnittliche Haushaltsgrösse in der HABE 2014 beträgt 2.22 Personen, woraus sich folgender pro Kopf Verbrauch pro Monat errechnet: Früchte: 5.3 kg ; Gemüse: 6.4 kg; Brot/Getreideprodukte: 5.3 kg; Fleisch/Fisch: 3.2 kg. Die so berechneten Angaben liegen leicht unter den Verbrauchsschätzungen aus der Agrarstatistik in Indikator 2.4..

A) Anteil der Ausgaben verschiedener Produktgruppen an den gesamten Haushaltsausgaben für Nahrungsmittel, 1998 bis 2014 (Anteile in Prozent)



Quelle: Übersichtstabellen der Haushaltsbudgeterhebung (HABE) des BFS, verschiedene Jahre ab 1998 bis 2014.

Datenbasis

Haushaltsbudgeterhebungen (HABE) 1998 – 2014 des Bundesamtes für Statistik.

Weitere Informationen finden sich auf der Website des Bundesamtes für Statistik.

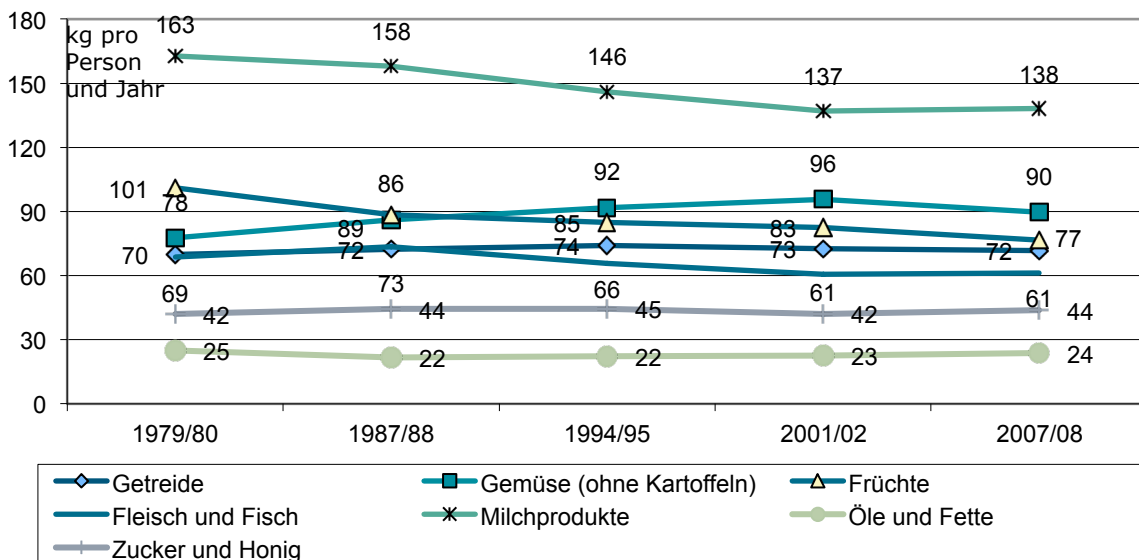
Indikator 2.4: Verzehr von Lebensmitteln

Selbst wenn die Ernährungsempfehlungen bekannt und akzeptiert sind, muss der persönliche Lebensmittelkonsum nicht unbedingt ausgewogen und gesundheitsfördernd sein. Mit Blick auf die Zusammensetzung der Ernährung spielen sowohl die Auswahl, als auch die Menge des Lebensmittelkonsums eine Rolle.

Der Lebensmittelverbrauch und der angenäherte Verzehr können auf der Grundlage von Angaben aus der Agrarstatistik des Schweizerischen Bauernverbandes geschätzt werden. Diese berechneten Angaben erlauben eine Beschreibung der Ernährungssituation, wobei der reale Lebensmittelverzehr jedoch überschätzt wird (vgl. auch Indikator 1.3).

Basis der folgenden Angaben bilden verschiedene Analysen aus dem 6. Schweizer Ernährungsbericht (2012) und der Ernährungserhebung menuCH des Bundesamts für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV) in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) der Jahre 2014/15. Abbildung A zeigt den geschätzten jährlichen Pro-Kopf-Verbrauch verschiedener Lebensmittel für den Zeitraum von 1979/80 bis 2007/08. Bis 2001/02 lässt sich ein kontinuierlicher Rückgang bei Milch und Milchprodukten sowie Fleisch und Fleischprodukten beobachten, der sich 2007/08 jedoch nicht mehr fortsetzte. Der Verbrauch von Früchten ist in dieser Zeitspanne leicht zurückgegangen, und auch der Gemüseverbrauch ist leicht rückläufig. Bei den Getreideprodukten, Ölen und Fetten sowie Zucker und Honig sind nur geringe Schwankungen zu beobachten.

A) Jährlicher Pro-Kopf-Verbrauch verschiedener Lebensmittelgruppen, 1979/80 bis 2007/08 (Angaben in kg pro Person und Jahr)



Quelle: Schmid et al. (2012).

Datenbasis

Angaben auf der Basis von menuCH, der nationalen Ernährungserhebung des BLV und des BAG der Jahre 2014/15 (18-75-Jährige, n=2'085, vgl. Bochud et al. 2017) und Statistiken des Schweizerischen Bauernverbandes aus den Ernährungsberichten des Bundesamtes für Gesundheit:

Schmid, A., C. Brombach, S. Jacob, I. Schmid, R. Sieber und M. Siegrist (2012): "Ernährungssituation in der Schweiz". S. 49-126 in: Keller U., Battaglia Richi E., Beer M., Darioli R., Meyer K., Renggli A., Römer-Lüthi C., Stoffel-Kurt N. (Hg.):

Sechster Schweizerischer Ernährungsbericht. Bern: BAG.

Der Verbrauch berechnet sich nach der Formel: Verbrauch = Produktion +/- Vorratsveränderung – Export + Import. Die Ermittlung des angenäherten Verzehrs pro Person und Tag basiert auf den Verbrauchsmengen unter Berücksichtigung von lebensmittelspezifischen Abfallfaktoren. Diese Abzüge aufgrund von Rüsten, Entfernen von Steinen, Knochen, Schalen, etc. können sich bis auf 58% (bei Haselnüssen) belaufen.

Weitere Resultate

Anlässlich des 6. Schweizerischen Ernährungsberichts wurde für die Jahre 2007/08 auf der Grundlage der Angaben zum Lebensmittelverbrauch und den Nährwerttabellen von Souci, Fachmann und Kraut der angenäherte Verzehr (nach Abzug von Abfällen und Verlusten) von Lebensmitteln berechnet (vgl. Schmid et al. 2012).

Abbildung B zeigt den berechneten täglichen angenäherten Verzehr pro Person von verschiedenen Lebensmittelgruppen, während Abbildung D den Anteil an Energie dieser Lebensmittelgruppen an der Gesamtenergiezufuhr darstellt.

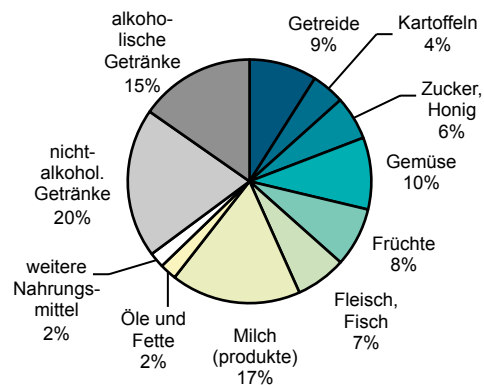
Aus Abbildung B wird klar, dass gemäss den Berechnungen Getränke mehr als ein Drittel aller täglich konsumierten Mengen ausmachen. Bei den übrigen Lebensmitteln schlagen insbesondere Milchprodukte stark zu Buche.

Abbildung C zeigt, dass der pro Kopf Verbrauch von Gemüse und Früchten zwischen 2001/02 und 2007/08 zurückgegangen ist, während der Konsum von Zucker/Honig und Ölen und Fetten zugenommen hat. Der Verbrauch alkoholischer Getränke ist zwischen 2001/02 und 2007/08 zwar leicht von knapp 127 auf 122 Liter pro Kopf und Jahr (über 15-jährige Personen) zurückgegangen.

Alkoholische Getränke leisten aber gemäss Abbildung D nach wie vor einen Beitrag von rund sieben Prozent an die tägliche Energiezufuhr. Getreide- und Milchprodukte sind für mehr als einen Drittel der täglichen Energiezufuhr verantwortlich. Trotz der relativ geringen konsumierten Mengen fällt hier vor allem der vergleichsweise hohe Anteil der energiereichen Lebensmittel Zucker und Honig (17%) sowie Öle und Fette (14%) auf. Dagegen belasten Früchte und Gemüse die tägliche Energiebilanz kaum.

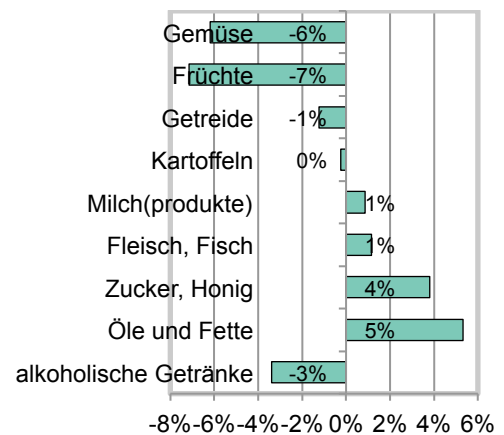
Zusätzliche Hinweise zur täglichen Energiezufuhr, die gemäss 6. Schweizerischem Ernährungsbericht in den Jahren 2007/08 durchschnittlich 2849 kcal pro Person betrug, finden sich in Abbildung A von Indikator 2.10.

B) Täglicher angenäherter Verzehr an Lebensmitteln pro Person, 2007/08 (Anteile in Prozent auf der Grundlage von Angaben in Gramm pro Person und Tag)



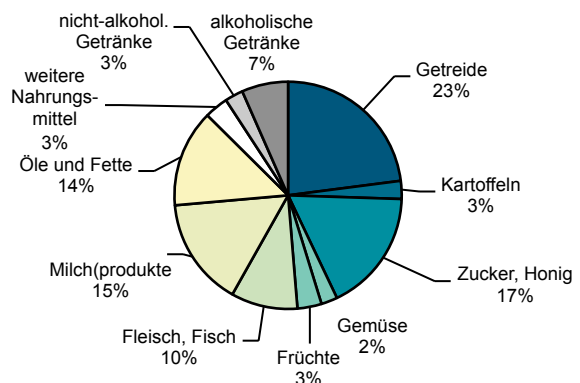
Quelle: Schmid et al. (2012).

C) Prozentuale Veränderung im pro Kopf Verbrauch von ausgewählten Lebensmitteln, 2001/02 bis 2007/08



Quelle: Schmid et al. (2012).

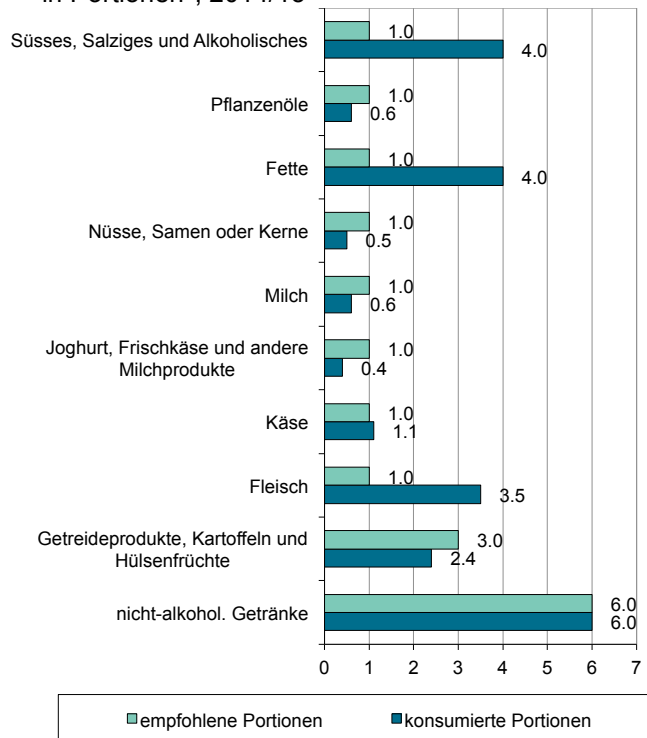
D) Tägliche Energiezufuhr pro Person durch verschiedene Lebensmittel, 2007/08 (angenäherter Verzehr, Anteile in Prozent auf der Grundlage von Angaben in Kcal pro Person und Tag)



Quelle: Schmid et al. (2012).

Gemäss der nationalen Ernährungserhebung menuCH ist die Ernährung der Schweizer Bevölkerung relativ unausgewogen und entspricht nicht der idealen Zusammensetzung, wie sie etwa von der Schweizer Lebensmittelpyramide postuliert wird. Die Abweichungen zwischen den täglich konsumierten und den empfohlenen Portionen der verschiedenen Lebensmittelgruppen sind in der Abbildung E aufgeführt. Der tägliche Verzehr von nicht-alkoholischen Getränken, Käse, Pflanzenölen oder stärkehaltigen Lebensmitteln wie Getreide, Kartoffeln oder Hülsenfrüchten entspricht ungefähr den empfohlenen Mengen. Milchprodukte werden hingegen etwas zu wenig gegessen, während der Konsum von Fleisch, Fetten sowie Süßem, Salzigem und alkoholischen Getränken drei- bis viermal über den empfohlenen Mengen liegt.

E) Vergleich der konsumierten und der empfohlenen täglichen Menge verschiedener Lebensmittel(gruppen), in Portionen*, 2014/15



Weitere Informationen:

Bochud, M., A. Chatelan und J.M. Blanco (2017): Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Studie im Auftrag von BLV und BAG. Lausanne: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

Gremaud, G., I. Schmid und R. Sieber (2005): "Estimation de l'utilisation des denrées alimentaires en Suisse pour les années 2001/2002". S. 7-23 in: Eichholzer M, Camenzind-Frey E, Matzke A, Amado R, Ballmer P et al. (Hg.): Fünfter Schweizerischer Ernährungsbericht. Bern: BAG.

Jacob, S. (2005): "Berechnung des Verbrauchs und des angenäherten Verzehrs an Nahrungsenergie und Nährstoffen". S. 25-35 in: Eichholzer M, Camenzind-Frey E, Matzke A, Amado R, Ballmer P et al. (Hg.): Fünfter Schweizerischer Ernährungsbericht. Bern: BAG.

Quelle: menuCH von BLV und BAG, Bochud et al. (2017).

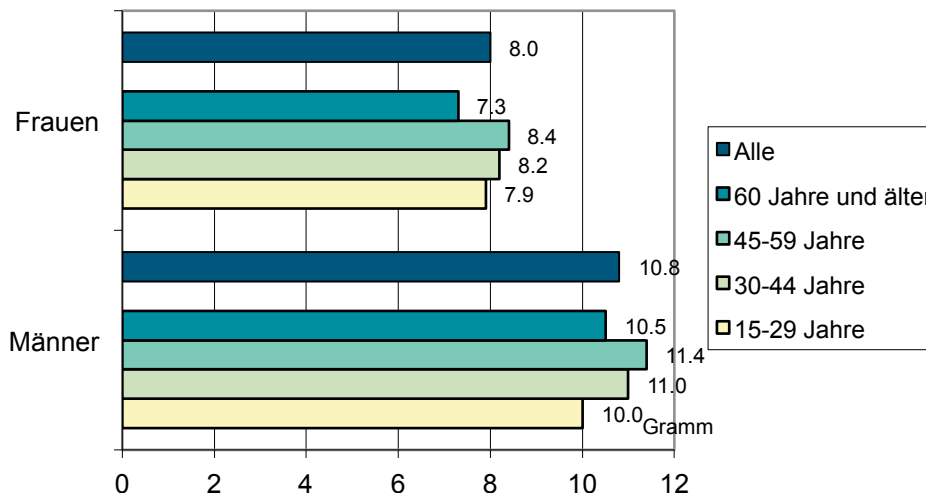
* Hinweis: Der Umfang einer Portion variiert je nach Lebensmittel. Für Süßes oder Salziges beträgt er ca. 20 g, bei Süssegeränten sind es 2.5 dl und eine Portion Alkoholika wie Wein entspricht 1 dl. Eine Portion Pflanzenöl entspricht ca. 20-30 g, eine Portion Fett ca. 10 g und eine Portion Nüsse, Samen oder Kerne ca. 20-30 g. Eine Portion Milch beträgt ca. 2 dl, bei Joghurt, Frischkäse oder anderen Milchprodukten entspricht eine Portion 150-200 g. Eine Portion Käse umfasst 30 g Halbhart- oder Hartkäse oder 60 g Weichkäse. Eine Portion Fleisch (inkl. Geflügel und verarbeitete Fleischprodukte) entspricht 35 g, bei Getreideprodukten wie Brot oder Teig sind es 75-125 g. Eine Portion Knäckebrot, Flocken, Teigwaren, Reis, Mais oder andere Getreidekörnern umfasst 45-75 g Trockengewicht, Kartoffeln 180-300 g und Hülsenfrüchte 60-100 g. Eine Portion nicht-alkoholische Getränke entspricht 2.5 dl.

Indikator 2.5: Salzkonsum

Ein hoher Salzkonsum erhöht das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Im Strategiepapier zur Reduktion des Kochsalzkonsums des Bundesamts für Gesundheit (BAG) "Salz Strategie 2008-2012" werden verschiedene Ziele und Massnahmen beschrieben, wie die Bevölkerung befähigt werden soll, den Salzkonsum zu reduzieren. Zudem soll in Zusammenarbeit mit der Wirtschaft der Salzgehalt in verarbeiteten Lebensmitteln und in der Gastronomie gesenkt werden. Die Effekte dieser Strategie werden unter anderem mittels eines "Salzmonitorings" beobachtet, dessen erste Resultate vorliegen und in den Abbildungen A und B dokumentiert sind.

Da sich der Salzkonsum nur sehr bedingt direkt beobachten lässt, wird zur Messung als Annäherung stattdessen auf die Salzausscheidung im Urin zurückgegriffen. Die 24-Stunden-Urin-Proben einer Stichprobe der Bevölkerung aus den Jahren 2010/11 in Abbildung A zeigen, dass Männer mit durchschnittlich knapp 11 Gramm Salz pro 24 Stunden einen deutlich höheren Salzkonsum aufweisen als Frauen (8 Gramm/24 Std.). Den höchsten Salzkonsum haben nach diesen Daten die 45- bis 59-Jährigen. Die internationale Empfehlung, maximal 5 Gramm Salz pro 24-Stunden zu sich zu nehmen, erfüllen in dieser Studie nur 22 Prozent der Frauen und 6 Prozent der Männer. Die Resultate aus der ersten Studie des BAG zum Salzkonsum der Bevölkerung der Schweiz decken sich zudem gut mit den Resultaten aus dem Genfer Bus Santé (vgl. Abbildungen C bis E).

A) Salzausscheidung im Urin nach Geschlecht und Alter (24 Std.), 2010/11



Quelle: Studie des BAG zum Salzkonsum der Bevölkerung, vgl. Chappuis et al. (2011).

Datenbasis

Die Daten in den Abbildungen A bis C stammen aus der Studie des Bundesamts für Gesundheit zum Salzkonsum der Bevölkerung, die auf der Analyse von 24-Stunden-Urinproben, Blutdruck- und BMI-Messungen sowie einer Befragung von 1148 Personen in den Jahren 2011/11 basiert. Vgl.:

Chappuis, A, M. Bochud, N. Glatz, P. Vuistiner, F. Paccaud und M. Burnier (2011): Swiss survey on salt intake: main results. Lausanne: Centre Hospitalier Universitaire Vaudois.

Die Abbildungen D bis F basieren auf:

Beer-Borst, S., MC. Costanza, A. Pechère-Bertschi und A. Morabia (2009): "Twelve-year trends and correlates of dietary salt intakes for the general adult population of Geneva, Switzerland". European Journal of Clinical Nutrition, 63: 155-164.

Die Untersuchung stützt sich auf die zwischen 1993 und 2004 im Rahmen des Bus Santé erhobenen Daten

der Genfer Bevölkerung im Alter zwischen 35 und 74 Jahren. Im verwendeten "food frequency questionnaire (FFQ)" wird zwar nur die über die Lebensmittel eingenommene Salzmenge erhoben, die Daten wurden aber mittels einer unabhängigen Substudie an 100 Freiwilligen kalibriert. Mit Hilfe dieser Zusatzuntersuchung konnte über eine Urinkontrolle der gesamte Salzkonsum während 24- Stunden erfasst werden.

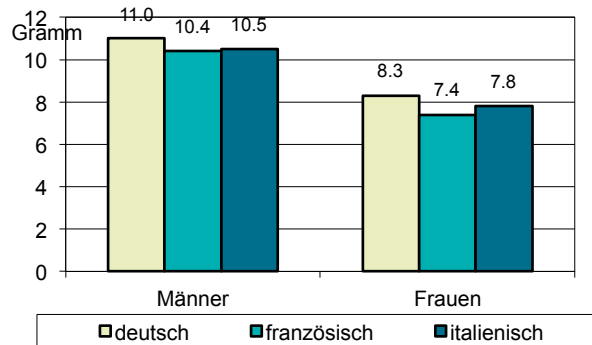
Abbildung G basiert auf menuCH, der nationalen Ernährungserhebung von BLV und BAG der Jahre 2014/15 (18-75-Jährige, n=2'085):

Bochud, M., A. Chatelan und J.M. Blanco (2017): Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Studie im Auftrag von BLV und BAG. Lausanne: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

Weitere Resultate

Wie Abbildung B zeigt, sind die Unterschiede im Salzkonsum zwischen den Sprachregionen gering. Der deutliche Geschlechterunterschied zeigt sich allerdings in allen drei Landesteilen.

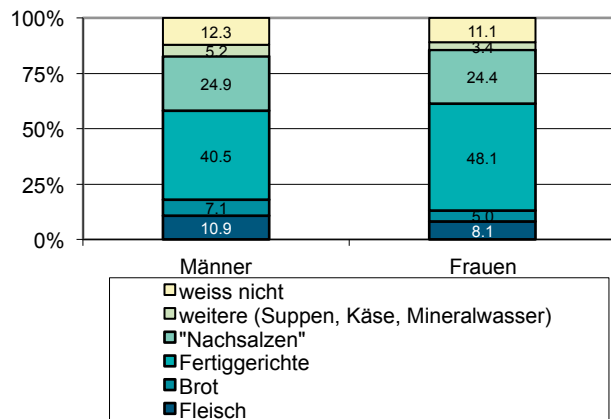
B) Salzausscheidung im Urin nach Geschlecht und Sprachregion (24 Std.), 2010/11



Quelle: Chappuis et al. (2011).

Abbildung C zeigt die Einschätzung der in der Studie untersuchten Personen bezüglich der Herkunft des Salzes, welches sie konsumieren. Gemäss diesen Angaben gehen zwischen zwei Fünftel (Männer) und knapp der Hälfte (Frauen) des Salzkonsums auf das Konto von Fertigmahlzeiten; wichtige "Salzlieferanten" sind in der Wahrnehmung der Befragten zudem das Nachsalzen (vgl. auch Abbildung G) und das Fleisch.

C) Zusammensetzung des Salzkonsums nach Geschlecht, 2010/11

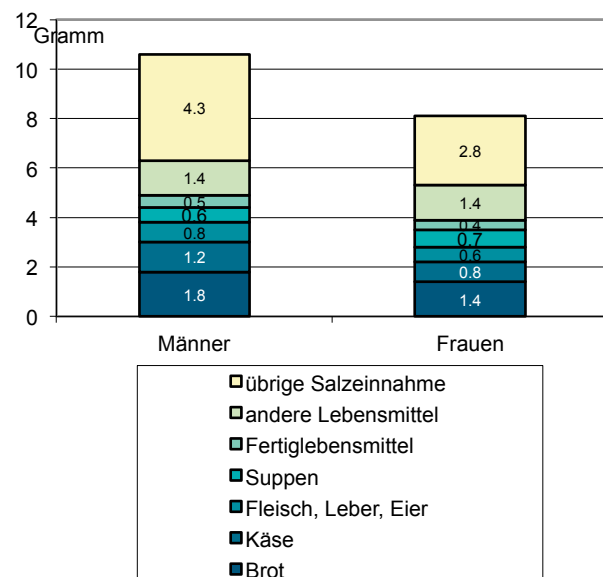


Quelle: Chappuis et al. (2011).

Die Abbildungen D bis F enthalten Angaben aus den Bus Santé-Untersuchungen der Jahre 1993-2004 an der erwachsenen Genfer Bevölkerung, die ebenfalls eine Urinanalyse mit einer Befragung kombinierten.

Aus Abbildung D geht zunächst hervor, dass der Salzkonsum in der früheren Genfer Studie ein vergleichbares Ausmass hatte, wie in der neuen Studie des Bundesamts für Gesundheit zum Salzkonsum der Bevölkerung der Schweiz. In der Genfer Studie wurden die Befragungsergebnisse verwendet, um den gemessenen Salzkonsum zu interpretieren. Damit ist es möglich, annäherungsweise zu bestimmen, woher das eingenommene Salz stammt: Am meisten Salz wird über die Lebensmittelgruppen Brot, Käse, Fleisch und Suppen eingenommen. Der relativ grosse Anteil der "übrigen Salzeinnahme" ist auf Abweichungen zwischen den mittels Fragebogen und mittels Urinuntersuchungen erhobenen Werten zurückzuführen.

D) Höhe und Zusammensetzung des kalibrierten Salzkonsums nach Geschlecht, in Gramm pro Tag, (Bus santé Genf, 1993- 2004)



Quelle: Beer-Borst et al. (2009).

Die Abbildung E zeigt, dass die Genfer Männer, im Durchschnitt über die 12 Jahre betrachtet, signifikant mehr Salz über Lebensmittel aufnehmen als Frauen. Über die Jahre hinweg sind dabei kaum Schwankungen auszumachen: die tägliche Salzzufuhr bleibt weitgehend stabil.

Wird der Salzgehalt pro aufgenommene Energie (in MJ) untersucht, so zeigen die (alters-korrigierten) Daten der Jahre 1993 bis 2004 nur für den BMI einen statistisch signifikanten Zusammenhang: Sowohl bei Männern wie bei Frauen nimmt die durchschnittliche Salzaufnahme mit dem BMI zu. Am höchsten ist sie bei den adipösen Personen (Abbildung F). Dieser Befund deckt sich mit den Resultaten der aktuellen Studie des Bundesamts für Gesundheit zum Salzkonsum der Bevölkerung der Schweiz, welche ebenfalls einen hochsignifikanten Zusammenhang zwischen Salzkonsum und Körpergewicht nachweist. Dagegen zeigen sich in der Analyse von Beer-Borst et al. (2009) keine signifikanten Unterschiede nach Bildung oder Nationalität.

Abbildung G enthält die Antworten auf die Frage aus der nationalen Ernährungserhebung menuCH, ob man beim Essen nachsalze. Diese Frage vermittelt Hinweise auf einen tendenziell übermässigen Salzkonsum. Aus der Abbildung geht hervor, dass 10 Prozent der Befragten zu Hause häufig oder immer nachsalzen, mehr als ein Drittel salzt zumindest manchmal nach. Auswärts liegen die beiden Werte mit 6 resp. 36 Prozent etwas tiefer. Unterschiede sind auch zwischen den Geschlechtern auszumachen: Männer greifen sowohl zuhause wie auch auswärts häufiger zum Salzstreuer als Frauen. Diese Anteile liegen unter den Werten aus der Studie von Chappuis et al. (2011), die zwischen 62 (auswärts) und 65% (zu Hause) der Befragten angibt, die zumindest ab und zu nachsalzen.

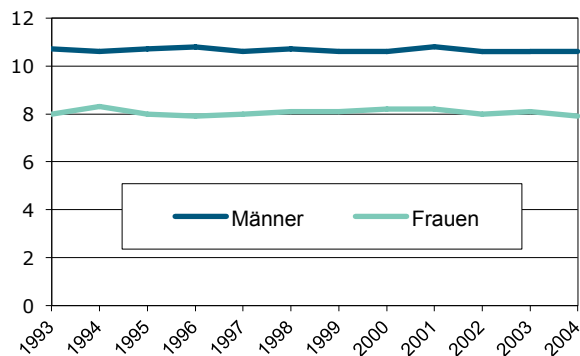
Der Omnibus 2014 des Bundesamts für Statistik zeigt, dass 71 Prozent der Bevölkerung die Empfehlung, nicht zu viel zu salzen, als wichtig erachten; 63 Prozent geben an, sich "oft" oder "immer" an diese Empfehlung zu halten (vgl. auch Ind. 1.1 und 1.5).

Weitere Informationen:

Zur Studie von Chappuis et al. (2011), Beer-Borst et al. (2009) und zu menCH vgl. Quellenangaben weiter oben.

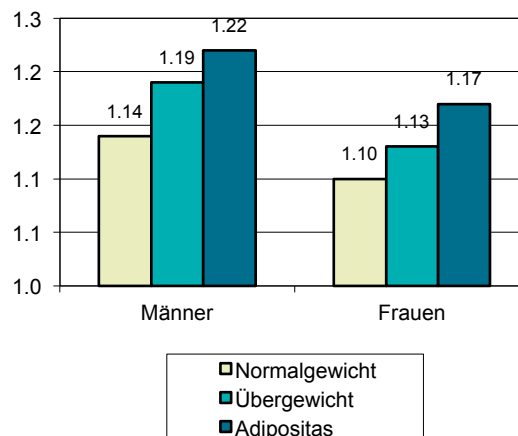
Bundesamt für Gesundheit (2009): Salz Strategie 2008-2012. Strategiepapier zur Reduktion des Kochsalzkonsums. (August 2009) Bern: BAG.

E) Durchschnittliche Salzaufnahme, in Gramm pro Tag, nach Geschlecht (n: Männer=6688, Frauen=6647), Bus santé 1993- 2004



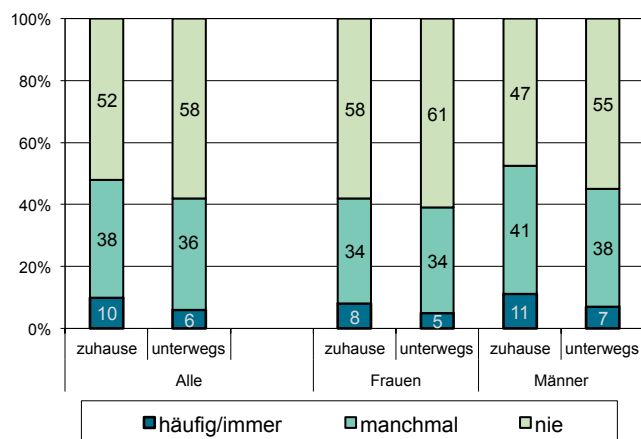
Quelle: Beer-Borst et al. (2009)

F) Salzgehalt pro MJ (gMJ^{-1}) der Energieaufnahme, nach BMI (n: Männer=6370, Frauen=6063), Bus santé 1993- 2004



Quelle: Beer-Borst et al. (2009).

G) Nachsalzen beim Essen zu Hause und unterwegs, nach Geschlecht, 2014/15



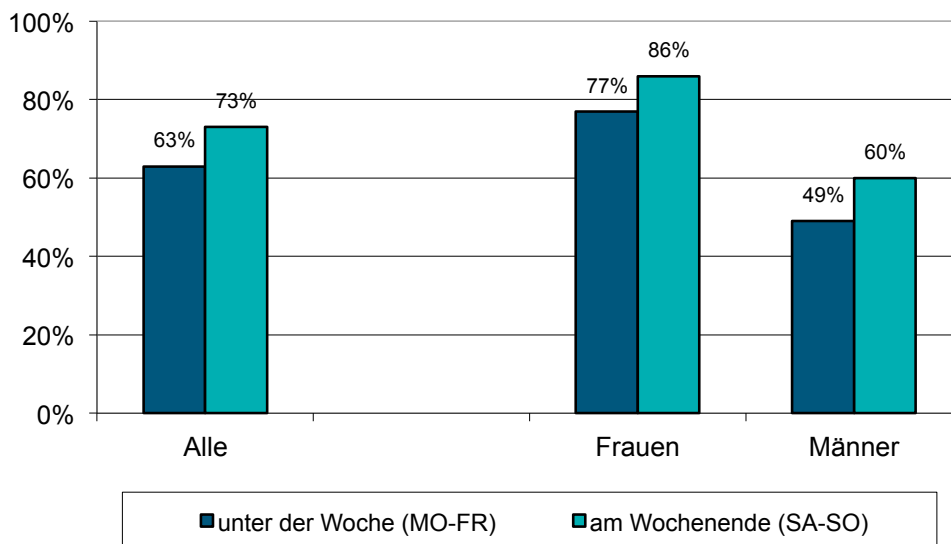
Quelle: menuCH von BLV und BAG, Bochud et al. (2017).

Indikator 2.6: Kochverhalten

Die Fähigkeiten, Kochen zu können und Mahlzeiten zuzubereiten, sind wichtige Voraussetzungen für eine vielseitige und gesunde Ernährungsweise für sich und die Angehörigen oder Mitbewohner. Das Kochverhalten ist auch ein wichtiger Aspekt unserer Esskultur und steht damit nicht nur in einem Zusammenhang mit der Ernährung, sondern kann auch ein Ansatzpunkt für eine Veränderung des Ernährungsverhalten sein. In der nationalen Ernährungserhebung des Bundesamts für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV) in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) der Jahre 2014/15 menuCH, der Pilotstudie zur Nationalen Ernährungserhebung, der Coop-Studie "Ess-Trends im Fokus" und dem Modul MOSEB des Omnibus' 2014 des Bundesamts für Statistik sind verschiedene Angaben zum Kochverhalten der Bevölkerung der Schweiz verfügbar.

Wie Abbildung A zeigt, wird in der Schweiz vor allem am Wochenende häufig gekocht: Fast drei Viertel der Befragten kochen dann selber. Zwei von drei Befragten kochen ihr Mittag- oder Abendessen auch unter der Woche selber, wobei diese Werte bei den Frauen jeweils deutlich höher liegen als bei den Männern. Diese Ergebnisse unterscheiden sich kaum von früheren Resultaten der Pilotstudie zur Nationalen Ernährungserhebung 2009 und des Omnibus 2014 des Bundesamts für Statistik (BFS), wo fast drei Viertel angeben haben, sie würden "häufig" oder "(fast) immer" selbst kochen.

A) Kochhäufigkeit unter der Woche und am Wochenende, 2014/15 (Anteile in Prozent)



Quelle: menuCH von BLV und BAG, Bochud et al. (2017), n=2085. Die Abbildung enthalten die prozentualen Anteile der Tage, an denen selber warme Mahlzeiten (Mittag- oder Abendessen) gekocht werden.

Datenbasis

Die Daten stammen einerseits aus menuCH, der nationalen Ernährungserhebung des BLV und des BAG der Jahre 2014/15 (18-75-Jährige, n=2'085) gemäss:

Bochud, M., A. Chatelan und J.M. Blanco (2017): Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Studie im Auftrag von BLV und BAG. Lausanne: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

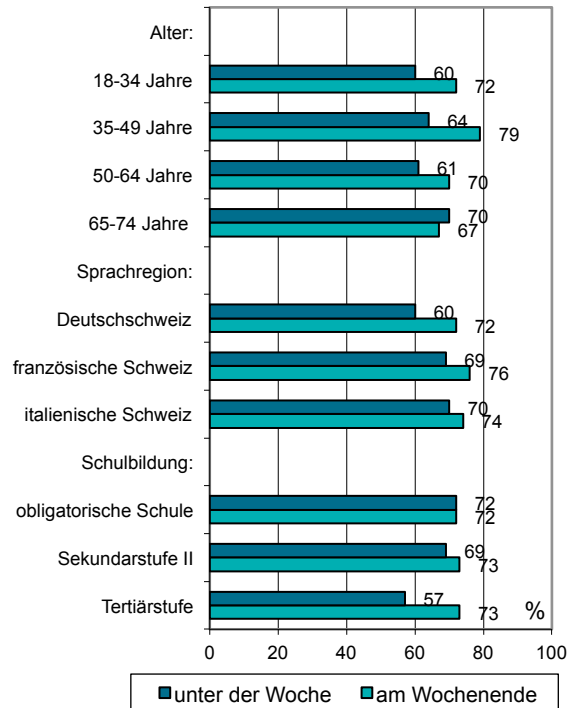
Weitere Angaben stammen aus der für die Bevölkerung der Schweiz repräsentativen Pilotstudie zur Nationalen Ernährungserhebung NANUSS (n=1545), der telefonischen Befragung des Omnibus 2014 (Modul MOSEB) des Bundesamts für Statistik (n=2993) und den "Ess-Trends im Fokus"-Studien von Coop (2010a, 2010b), die online durchgeführt wurden.

Abbildung K enthält überdies Angaben zum Kochverhalten aus dem ETH-Ernährungspanel des Jahres 2010.

Weitere Resultate

In Ergänzung zu Abbildung A zeigt Abbildung B einige ausgewählte Unterschiede im Kochverhalten. Aus der Abbildung geht hervor, dass Deutschschweizer/innen und Personen mit einem Hochschulabschluss wochentags vergleichsweise selten kochen. Am Wochenende kochen hingegen auch diese Befragten häufiger selber, so dass die Alters-, Sprach- und Bildungsunterschiede praktisch verschwinden.

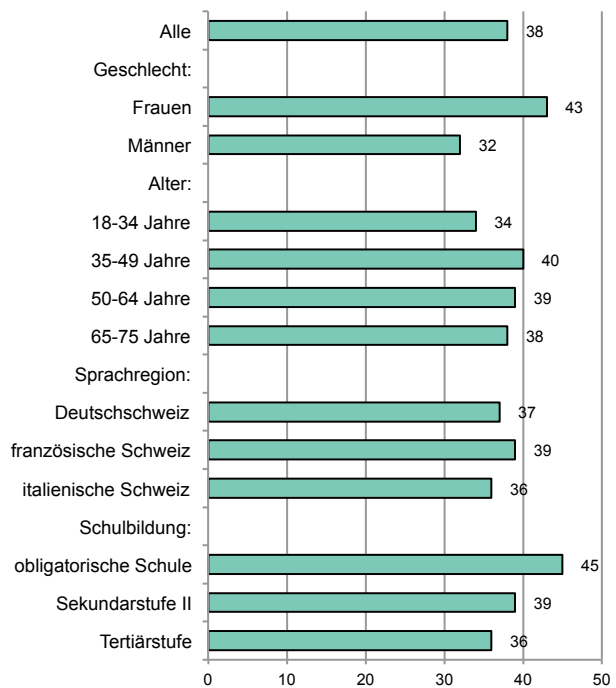
B) Kochhäufigkeit unter der Woche und am Wochenende, nach Alter, Sprachregion und Bildungsstand, in %, 2014/15



Quelle: menuCH von BLV und BAG, Bochud et al. (2017); dargestellt ist der prozentuale Anteil der Tage, an denen selber gekocht wurde.

Wie Abbildung C zeigt, dauert die Zubereitung der Mahlzeiten im Durchschnitt 38 Minuten. Der Abbildung ist zudem zu entnehmen, dass Männer, Personen zwischen 18 und 34 Jahren und solche mit einem höheren Schulabschluss nicht nur seltener selber kochen, sondern für die Zubereitung auch weniger Zeit auswenden als Frauen oder Befragte mit einer tieferen Schulbildung.

C) Durchschnittliche Zubereitungsdauer für warme Mahlzeiten, nach Geschlecht, Alter, Sprachregion und Bildungsstand (in Minuten), 2014/2015



Quelle: menuCH von BLV und BAG, Bochud et al. (2017).

Sowohl die Coop-Studie des Jahres 2010 als auch der Omnibus 2014 des BFS enthalten eine Frage danach, was einem beim Kochen wichtig sei. Die Antworten auf diese Frage sind in Abbildung D vergleichend und in Abbildung E detailliert für das Jahr 2014 dargestellt.

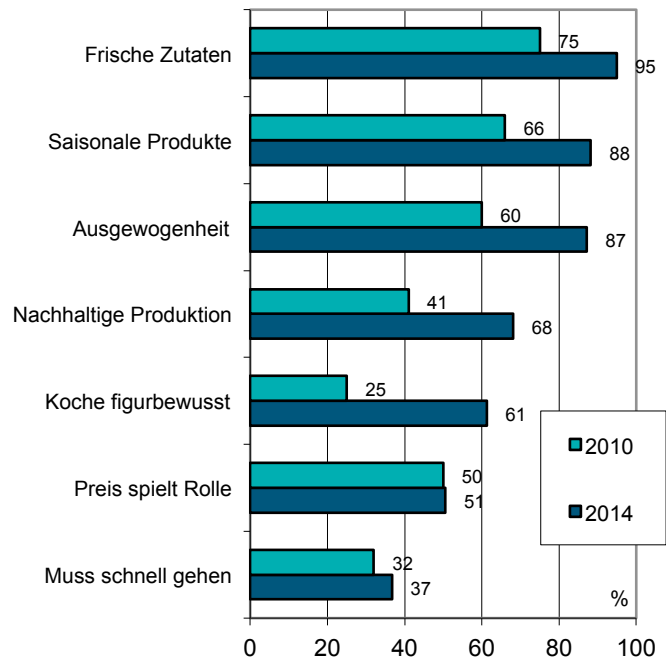
Bei einem Blick auf Abbildung D fällt zunächst auf, dass 2014 alle Aussagen ausser dem Verweis auf den Preis häufiger als zutreffend beurteilt wurden als noch 2010. Da die Fragenformulierung in beiden Untersuchungen identisch war, dürften die Resultate zumindest teilweise auf eine höhere Sensibilisierung für eine gesunde und ausgewogene Ernährung zurückzuführen sein, denn die Nennungen zu frischen, saisonalen und nachhaltigen Produkten sowie zur Ausgewogenheit haben besonders stark zugelegt.

Bei der Frage, worauf sie beim Kochen achten, wählen bei den frischen und saisonalen Produkten sowie bei einer ausgewogenen Mahlzeit jeweils deutlich über 80 Prozent der Befragten die Antwort "trifft (eher) zu". Mehr als die Hälfte stimmt überdies den Aussagen zu, dass sie auf eine nachhaltige Produktion schauen und figurbewusst kochen. Dagegen spielen preisliche Überlegungen und die Kochzeit eine untergeordnete Rolle. Dieser letztere Aspekt wird 2014 gemäss Abbildung E nur von der Hälfte der Befragten als zutreffend bezeichnet.

Eine hier nicht dargestellte Detailanalyse zeigt überdies, dass Frauen bei allen in Abbildung E dargestellten Fragen höhere Werte als Männer erzielen, d.h. sie beachten die verschiedenen Aspekte stärker. Bei den meisten Aspekten zeigen sich überdies Alterseffekte in dem Sinne, dass ältere Befragte die verschiedenen Aspekte stärker gewichten. Die Ausnahme betrifft, die Aussage "das Kochen muss schnell gehen", die von den jüngeren Befragten häufiger als zutreffend bezeichnet wird.

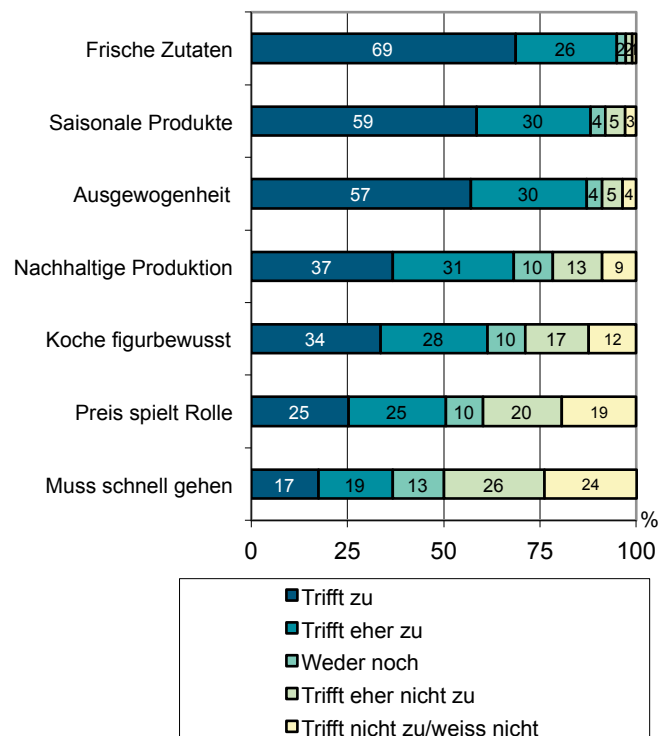
Mit Blick auf die Nationalität zeigen sich keine klaren Befunde, während die Schulbildung in der Regel negativ wirkt, d.h. die verschiedenen Aussagen mit höherer Bildung seltener als zutreffend eingeschätzt werden. Die Ausnahme bilden hier die nachhaltigen Produkte und die kurze Kochdauer, die von den höher gebildeten Personen häufiger erwähnt werden. Schliesslich zeigt sich mit Blick auf die Sprachregionen, dass die verschiedenen Aspekte in der Deutschschweiz eher etwas häufiger als zutreffend bezeichnet werden als in der West- und Südschweiz.

D) Bedeutung verschiedener Aspekte beim Kochen, 2010 und 2014



Quelle: Coop 2010a (n=520) und Omnibus 2014 des BFS (n zwischen 2952 und 2963); Antworten auf die Frage: "Bitte beurteilen Sie, wie stark die folgenden Aussagen bezüglich des Kochens auf Sie zutreffen." Dargestellt ist der Anteil derjenigen, die mit "trifft (eher) zu" antworten.

E) Bedeutung verschiedener Aspekte beim Kochen, 2014



Quelle: Omnibus 2014 des BFS (n je nach Aspekt zwischen 2952 und 2963).

FrISChe Produkte sind auch gemäss einer anderen Frage aus der Coop-Studie des Jahres 2010 sehr populär (Abbildung F). 90 Prozent der Befragten verwenden diese beim Kochen immer oder oft, während Fertigprodukte auf knapp 30 Prozent kommen. Fast ein Viertel der Befragten bereitet das Essen immer oder oft im Voraus zu (24%), 13% wärmen Fertiggerichte auf.

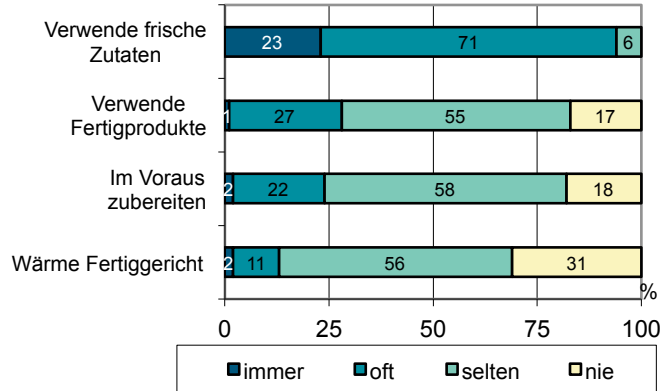
Eine hier nicht abgebildete Zusatzanalyse nach Geschlecht zeigt, dass Frauen häufiger frISChe Zutaten zum Kochen verwenden als Männer, diese sich hingegen häufiger Fertiggerichte aufwärmen.

Neben der Art der verwendeten Produkte spielt auch die Zubereitungsart eine Rolle. Die Pilotstudie zur Nationalen Ernährungserhebung enthält hier eine zusätzliche Frage (Abbildung G), aus der hervorgeht, dass am häufigsten gedünstet und im Wasser gekocht wird. Es zeigen sich allerdings einige bemerkenswerte Unterschiede zwischen den verschiedenen Sprachregionen: Während in der Deutschschweiz am häufigsten gebraten oder geschmort wird, zeigt die Westschweiz eine etwas höhere Präferenz für das Grillieren, während im Tessin vergleichsweise häufig gebacken und frittiert wird.

Die Abbildungen H bis J beziehen sich auf die im Haushalt lebenden Kinder. So zeigt Abbildung H zunächst einen Vergleich der Antworten auf die Frage, wie häufig man für seine Kinder koche, aus der Coop-Studie des Jahres 2010 und dem Omnibus 2014 des BFS.

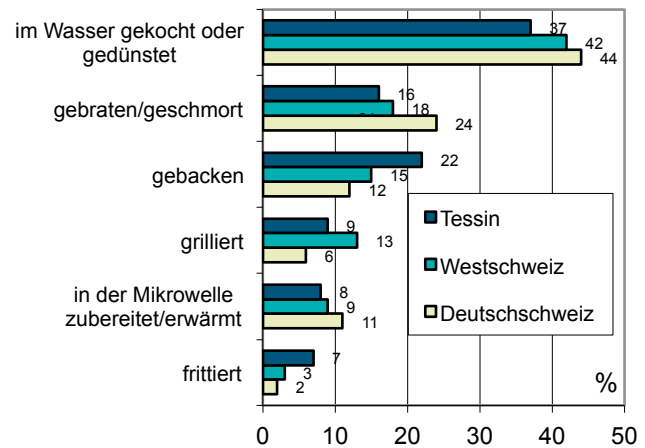
Aus der Gegenüberstellung wird klar, dass in beiden Jahren 90 oder mehr Prozent der Haushalte angaben, mindestens einmal pro Tag eine warme Mahlzeit für die Kinder zu kochen. Dieser Anteil hat seit 2010 allerdings etwas abgenommen. Der Befund könnte die Folge einer etwas anderen Stichprobensammensetzung – die Studie des Jahres 2014 enthält beispielsweise auch das Tessin, das sich durch einen besonders hohen Anteil an Personen, die nicht täglich für ihre Kinder kochen, auszeichnet - und eines möglicherweise leicht geänderten Ernährungverhaltens (häufigeres auswärts Essen) sein.

F) Wichtigkeit verschiedener Produkte, 2010 (n=520)



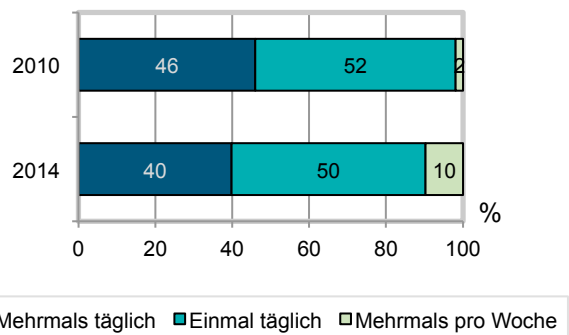
Quelle: Coop 2010a; Antworten auf die Frage: Bitte beurteilen Sie, wie stark die folgenden Aussagen bezüglich des Kochens auf Sie zutreffen.

G) Beliebtheit verschiedener Zubereitungsarten, 2009 (n=1276)



Quelle: NANUSS Pilot; Antworten auf die Frage: "Wenn Sie an die vergangene Woche denken, wie oft haben Sie Ihr Essen..."

H) Häufigkeit des Kochens für Kinder, 2010 und 2014



Quelle: Coop 2010b (n=508) und Omnibus 2014 des BFS (n=1068) ; Antworten auf die Frage: "Wie oft wird in Ihrem Haushalt unter der Woche für das Kind eine warme Mahlzeit gekocht?"

Darüber, auf welche Eigenschaften geschaut wird, wenn Nahrungsmittel für Kinder gekauft werden, geben die Abbildungen I und J Auskunft. Der Vergleich der Coop-Studie von 2010 mit dem Omnibus 2014 des BFS zeigt, dass die Rangordnung der Eigenschaften in den beiden Studien zwar ähnlich ist, dass sich aber einige bedeutsame Veränderungen ergeben haben. Die wichtigsten Aspekte sind in beiden Jahren der Geschmack und der Zuckergehalt der Nahrungsmittel, auf den folgenden Rängen haben aber Fettanteil, Zusatzstoffe, biologische Produkte und Salzmenge auf Kosten von Preisüberlegungen an Bedeutung gewonnen. Allergieauslösende Stoffe sind 2014 ebenfalls deutlich wichtiger als 2010, sie werden allerdings weiterhin von über einem Drittel der Befragten überhaupt nicht beachtet (vgl. auch Abbildung J mit den Detailresultaten des Jahres 2014).

Zwischen verschiedenen sozialen Gruppen zeigen sich nur relativ geringe Unterschiede in der Beachtung der verschiedenen Produkteigenschaften. Es fällt aber auf, dass Frauen und ausländische Befragte eher etwas stärker auf die aufgeführten Aspekte achten, wenn sie für ihre Kinder einkaufen.

Das Ernährungspanel der ETH Zürich (vgl. Hartmann et al. 2012) untersucht neben dem Ess- auch das Kochverhalten der Wohnbevölkerung in der Deutsch- und der französischen Schweiz.

Aus Tabelle K ist ersichtlich, dass Frauen im Durchschnitt nicht nur mehrheitlich für das Kochen zuständig sind, sondern auch ihre Kochkünste besser einschätzen und mehr Spass am Kochen haben als Männer. Darüber hinaus zeigen die hier nicht aufgeführten Detailresultate, dass umso mehr Gemüse und umso weniger Convenience Food gegessen wird, je besser man kochen kann.

Weitere Informationen:

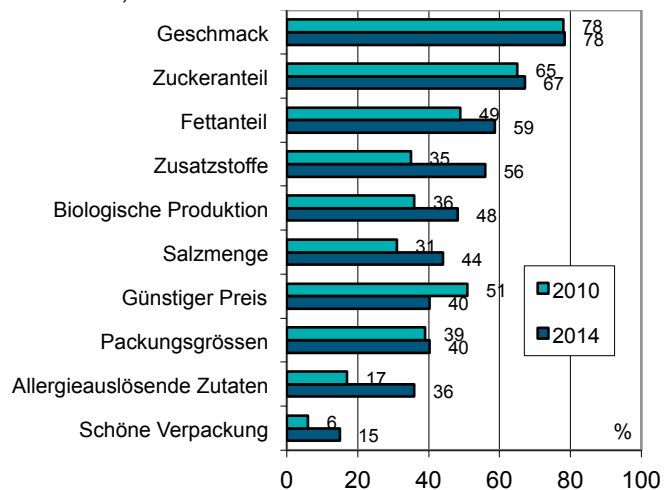
Coop (2010a): Ess-Trends im Fokus. So kocht die Schweiz. (Februar 2010). Basel: Coop.

Coop (2010b): Ernährungsalltag mit Kindern. (September 2010). Basel: Coop.

Gfs-Zürich (2010): NANUSS (National Nutrition Survey Switzerland) Pilot: 24 Hour Recall und Ernährungsverhalten. Schlussbericht. Zürich: gfs.

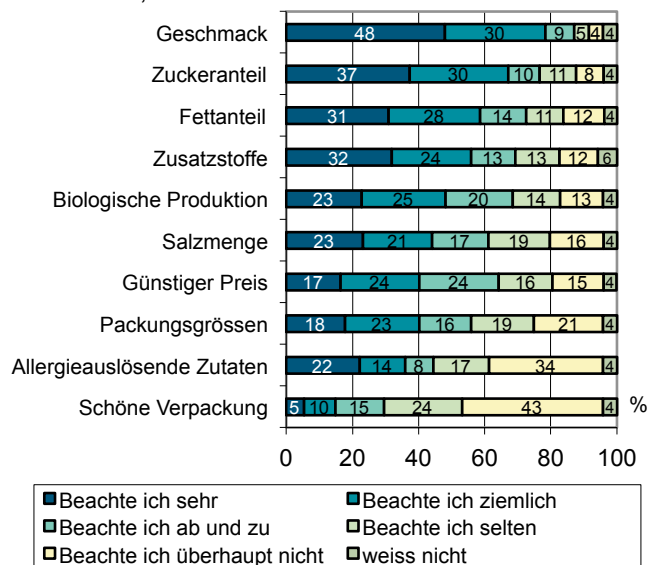
Hartmann, C., S. Dohle und M. Siegrist (2012): Importance of Cooking Skills for Balanced Food Choices. Results from the Swiss Food Panel. Swiss Food Panel - Zwischenbericht. Zürich: ETH IED.

I) Beachtete Aspekte beim Kauf von Nahrungsmitteln für Kinder, 2010 und 2014



Quelle: Coop 2010b (n=508) und Omnibus 2014 des BFS (n je nach Aspekt zwischen 981 und 986); Antworten auf die Frage: "Wie stark achten Sie auf folgende Punkte, wenn Sie Produkte für das Kind kaufen?". Dargestellt ist der Anteil der Befragten, welche "sehr" oder "ziemlich" auf die aufgeführten Eigenschaften achten.

J) Beachtete Aspekte beim Kauf von Nahrungsmitteln für Kinder, 2014



Quelle: Omnibus 2014 des BFS (n je nach Aspekt zw. 981 und 986);

K) Ausgewählte Resultate des ETH-Panels nach Geschlecht, Mittelwerte oder Prozente, 2010 (n=4436)

	Männer	Frauen
Einschätzung der Kochfähigkeiten	4.2	5.4
Freude am Kochen	3.8	4.4
Gesundheitsbewusstsein	4.4	4.8
Unter der Woche hauptsächlich für das Kochen zuständig	29%	71%
Am Wochenende hauptsächlich für das Kochen zuständig	36%	64%

Quelle: Hartmann et al. (2012): ETH-Panel 2010.

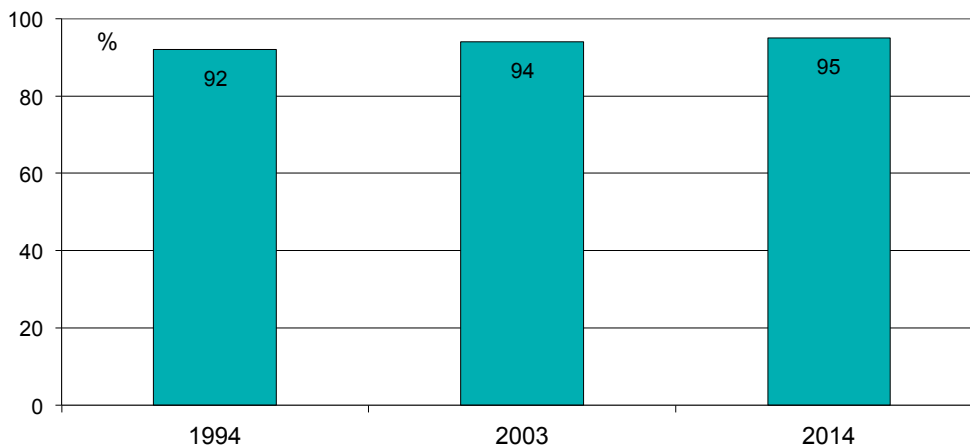
Hinweis: Bei den Angaben zu Kochfähigkeit, Freude am Kochen und Gesundheitsbewusstsein handelt es sich um Mittelwerte verschiedener Aussagen, die auf einer Skala von 1="trifft gar nicht zu" bis 6="trifft genau zu" bewertet werden konnten.

Indikator 2.7: Stillen

Das Stillen hat verschiedene positive Langzeiteffekte auf die Gesundheit der Kinder. Unter anderem sind gestillte Kinder besser vor Infektionen geschützt als ungestillte. Die Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie und die Schweizerische Gesellschaft für Ernährung empfehlen ausschliessliches Stillen während der ersten (vier bis) sechs Lebensmonate. Beikost kann ab dem fünften schrittweise und sollte ab dem siebten Monat eingeführt werden (SGE 2012, SGE/SGP 2011). Damit weichen die Schweizerischen Empfehlungen geringfügig von denen der WHO ab, die seit 2001 ausschliessliches Stillen während der ersten 6 Monate empfiehlt und Beikost ab dem 7. Lebensmonat.

Auf der Basis von Befragungen junger Mütter konnten in den Jahren 1994, 2003 und 2014 differenzierte Daten zum Stillen in der Schweiz gesammelt werden (vgl. Gross et al. 2015). Aus der folgenden Abbildung wird deutlich, dass nur eine sehr kleine Minderheit aller Kinder in den vergangenen Jahrzehnten überhaupt nicht gestillt wurde. Zudem zeigt die Abbildung, dass sich die Stillprävalenz in den vergangenen Jahrzehnten von 92 auf 95 Prozent erhöht hat. Ausschliesslich gestillt wurden die Kinder im Jahr 2014 im Durchschnitt während 12 Wochen, die gesamte Stilldauer (inkl. zusätzliche Flüssigkeiten und Beikost) betrug 31 Wochen (Medianwerte).

A) Anteil gestillter Kinder 1993, 2003 und 2014



Quelle: SWIFS Studie, Gross et al. (2015). Fallzahlen: 1994: 2098; 2003: 2919; 2013: 1535.

Datenbasis

- Gross, K., A. Späth, J. Dratva, E. Zemp Stutz (2015): SWIFS – Swiss Infant Feeding Study. Eine nationale Studie zur Säuglingsernährung und Gesundheit im ersten Lebensjahr. Basel/Bern: Swiss TPH/BAG.

Seit 1994 wurden insgesamt drei nationale Studien (1994, 2003, 2014) zum Stillen und zur Säuglingsernährung durchgeführt. Die Studien basierten auf der schriftlichen Befragung junger Mütter, die zur Ernährung ihres (aktuellen) Kindes befragt wurden. Es wurden Zufallsstichproben von Personen verwendet, welche bei Mütter- und Väterberatungsstellen gemeldet waren (Fallzahlen: 1994: 2098; 2003: 2919; 2014: 1535).

- Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) 2012 des Bundesamtes für Statistik (BFS, eigene Auswertungen).

Die Fragen stammen aus dem schriftlichen Fragebogen, der von über 18'000 Befragten beantwortet wurde. Die Fallzahlen sind deshalb verhältnismässig gering, weil die Frage nur von Personen beantwortet wurde, deren jüngstes Kind zum Zeitpunkt der Befragung unter 15 Jahre alt war.

Die Empfehlungen für das Stillen und die Beikost-einführung finden sich in:

Schweizerische Gesellschaft für Ernährung (SGE)(2012): Ernährung des Säuglings im ersten Lebensjahr. Bern: SGE.

Schweizerische Gesellschaft für Ernährung (SGE)/Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (SGP)(2011): Einführung der Lebensmittel beim Säugling. Bern: SGE/SGP..

Weitere Resultate

Abbildung B zeigt einen Vergleich verschiedener Arten des Stillens nach Alter des Säuglings für die Jahre 2003 und 2014.

"Ausschliessliches Stillen" bezieht sich dabei auf Kinder, welche nur Muttermilch erhalten, während "volles Stillen" neben der Muttermilch allenfalls zusätzlich Tee oder Wasser umfasst und das ausschliessliche Stillen beinhaltet.

Aus der Abbildung geht hervor, dass fast drei Viertel der Kinder im 1. und 2. Lebensmonat gestillt werden. Zwischen 2003 und 2014 hat vor allem das ausschliessliche Stillen an Bedeutung gewonnen hat, während das "volle Stillen" nur leicht zugelegt hat. Ab dem 7. Lebensmonat nehmen beide Stillformen entsprechend den Empfehlungen stark ab und werden ab dem 10. Lebensmonat bedeutungslos. Weitere Daten zeigen allerdings, dass auch zu jenem Zeitpunkt noch über ein Viertel aller Kinder mindestens einmal pro Tag gestillt wird.

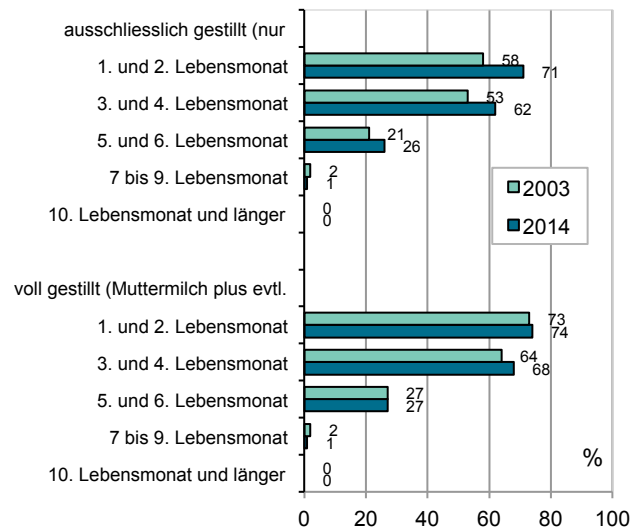
Für das Jahr 2014 zeigt Abbildung C den Zusammenhang zwischen der Stilldauer und verschiedenen Merkmalen der befragten Mütter. Aus der Übersicht wird deutlich, dass in der französischen Schweiz im Durchschnitt etwas weniger lang gestillt wird als in den beiden anderen Sprachregionen und dass die Erwerbstätigkeit und das Leben ohne Vater einen deutlichen negativen Effekt auf die Stilldauer haben. Dagegen korreliert ein höherer Bildungsstatus der Eltern positiv mit der Stilldauer.

Bezüglich der Staatsangehörigkeit der Mütter sind die Unterschiede nicht eindeutig: Frauen aus den Balkanstaaten stillen tendenziell weniger lang, Schweizerinnen nehmen eine Mittelstellung ein und Frauen aus anderen europäischen Ländern stillen tendenziell am längsten.

Interessanterweise korreliert das Ernährungs-bewusstsein negativ mit der Stilldauer. Das heisst: Mütter, welche auf ihre Ernährung achten, stillen weniger lang als Mütter, die nicht auf ihre Ernährung achten. Gleichzeitig zeigt der untere Teil der Abbildung, dass übergewichtige und adipöse Frauen ihre Kinder weniger lang stillen als normal- oder untergewichtige Frauen.

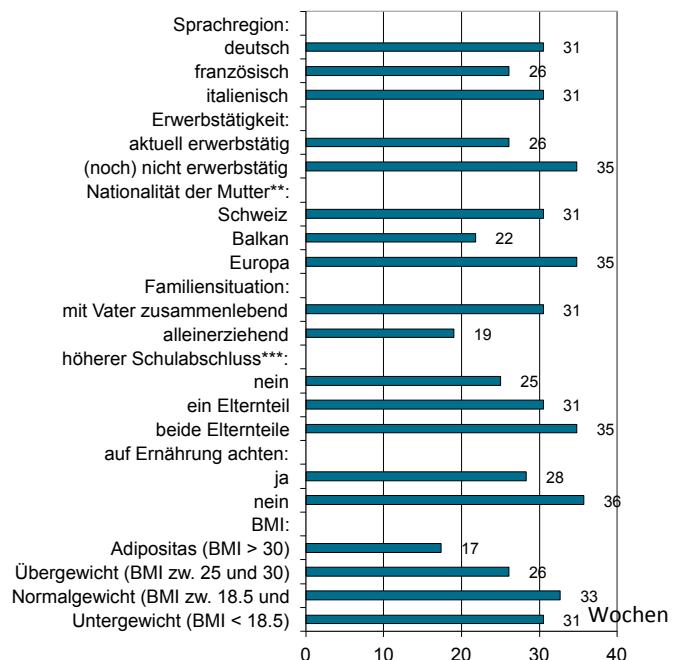
Eine Reihe weiterer, hier nicht dargestellter Merkmale wie etwa das Einkommen oder das Bewegungsverhalten korrelieren dagegen nicht mit der Stilldauer.

B) Stillverhalten und Stilldauer, Anteil der Säuglinge, die in den entsprechenden Lebensmonaten gestillt wurden, 2003 und 2014 (in Prozent)



Quelle: SWIFS-Studie, Gross et al. (2015). Die Daten stammen aus einem 24-Stunden-Ernährungsprotokoll und geben an, welcher Anteil der Kinder in den jeweiligen Lebensmonaten in den vergangenen 24 Stunden "ausschliesslich" oder "voll" gestillt wurde.

C) Zusammenhang zwischen mittlerer Stilldauer (in Wochen)* und verschiedenen Merkmalen der Befragten, 2014



Quelle: SWIFS-Studie, Gross et al. (2015). Fallzahlen: je nach Merkmal zwischen 1102 und 1421. Dargestellt ist die "Totalstilldauer", d.h. der Zeitraum, in welchem das Kind Muttermilch und eventuell Tee, Säuglingsmilch oder Beikost erhält. * Medianwerte, d.h. Zeitpunkt, zu dem die Hälfte der Kinder gestillt wurden; ** Bei Müttern von ausserhalb Europas waren die Fallzahlen zu gering für aussagekräftige Angaben; die Resultate wurden daher nicht dargestellt; *** höherer Schulabschluss bezieht sich auf Universität, Fachhochschule oder höhere Berufsausbildung.

Ähnliche Befunde wie in der SWIFS-Studie zeigen sich auch in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) 2012 des Bundesamts für Statistik (BFS). Hier wurden die Eltern gefragt, ob und wie lange ihre Kinder gestillt wurden. Wie Abbildung D zeigt, sind fast 90 Prozent der jüngsten Kinder gestillt worden. Mehr als die Hälfte der Kinder sind zwischen einem und sechs Monaten, ein knappes Drittel ist länger als ein halbes Jahr gestillt worden. Zudem hat sich der Anteil der stillenden Mütter zwischen 2002 und 2012 gemäss weiteren Analysen kaum verändert.

Die Daten der SGB zeigen überdies, dass ein deutlicher Zusammenhang besteht zwischen dem Stillen des jüngsten und dem Stillen des zweitjüngsten Kindes. Mütter, die ihr zweitjüngstes Kind gestillt haben, taten dies mit grosser Wahrscheinlichkeit auch beim jüngsten Kind.

Die in Abbildung C aufgeführten sozialen Unterschiede lassen sich in der SGB 2012 weniger klar nachweisen als in der SWIFS-Studie, was mit dem unterschiedlichen Forschungsdesign zusammenhängen dürfte.

Die SWIFS-Studie enthält auch Angaben zur sogenannten Beikosteneinführung, also der Verabreichung weiterer Nahrungsmittel an die Kinder. Wie Abbildung E zeigt, wurde die Beikost im Jahr 2014 etwas früher abgegeben als noch 2003: Damals erfolgte die Beikosteneinführung im Durchschnitt nach 5.5 Lebensmonaten, 2014 bereits nach fünf Monaten. Allerdings war der hier nicht dargestellte Anteil an Kindern, die bereits vor dem fünften Lebensmonat Beikost erhielten 2003 deutlich höher als 2014 (4% vs. 1%).

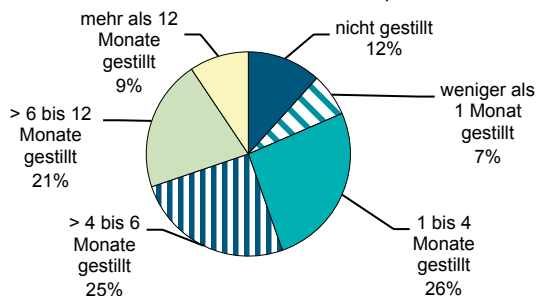
Aus der Abbildung geht überdies hervor, dass in der Regel mit Gemüse und Getreide begonnen wird, während andere Nahrungsmittel in der Regel erst ab dem 7. Lebensmonat dazukommen.

Abbildung F zeigt schliesslich, wann verschiedene Flüssigkeiten im Durchschnitt erstmals verabreicht werden. Auffallend ist in der Abbildung, dass Tee 2014 deutlich später abgegeben wurde als noch 2003, während das Umgekehrte für die Säuglingsmilch gilt.

Weitere Informationen:

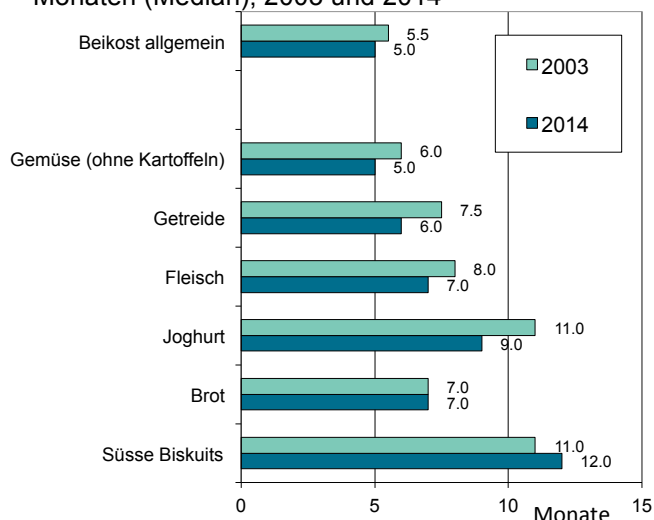
Sutter-Leuzinger, A. (2005): "Stillförderung: Globale Strategien und Umsetzung in der Schweiz". S. 125-132 in: Eichholzer M, Camenzind-Frey E, Matzke A, Amado R, Ballmer P et al. (eds.): 5. Schweizerischer Ernährungsbericht. Bern: BAG.

D) Stillen des jüngsten Kindes, 2012 (in Prozent aller Eltern mit Kindern unter 15 Jahren)



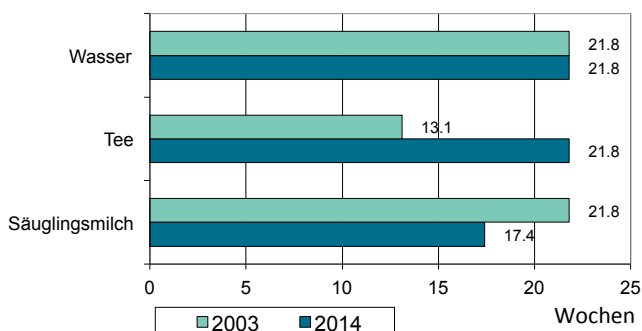
Quelle: SGB 2012 (n=4056). Antworten auf die Fragen: "Ist Ihr jüngstes Kinder gestillt worden?" und "Wie lange ist dieses Kind gestillt worden?".

E) Durchschnittliches Alter bei der Beikosteneinführung in Monaten (Median), 2003 und 2014



Quelle: SWIFS-Studie, Gross et al. (2015). Fallzahlen: 2003: 2919; SWIFS 2014: 1508. Es wurden nur diejenigen Lebensmittel dargestellt, für die aus beiden Jahren Angaben vorliegen.

F) Flüssigkeitseinführung in Wochen (Median), 2003 und 2014



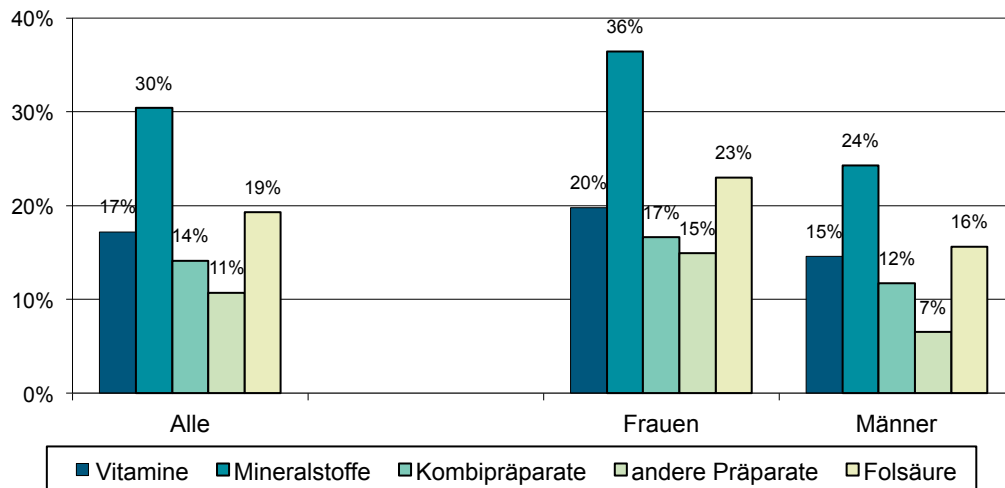
Quelle: SWIFS-Studie, Gross et al. (2015). Fallzahlen: 2003: 2919; SWIFS 2014: 1508.

Indikator 2.8: Mikronährstoffe

Mikronährstoffe – dazu gehören etwa Vitamine und Mineralstoffe – sind von erheblicher Bedeutung für den menschlichen Stoffwechsel. Die ausreichende Versorgung mit Mikronährstoffen ist daher ein wesentlicher Bestandteil einer ausgewogenen Ernährung. Gemäss dem Omnibus 2014 des Bundesamts für Statistik, achten immerhin 68 Prozent der Schweizer Wohnbevölkerung "immer" oder "häufig" auf den Vitamingehalt ihrer Nahrungsmittel, während es beim Mineralstoffgehalt 36 Prozent sind (vgl. Indikator 1.5). Wie die Versorgung mit den einzelnen Mikronährstoffen in der Bevölkerung der Schweiz im Detail aussieht und ob stellenweise von Unterversorgung gesprochen werden muss, ist aufgrund der aktuellen Datenlage schwierig einzuschätzen. Der 6. Schweizerische Ernährungsbericht sowie menuCH, die nationale Ernährungserhebung des Bundesamts für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV) in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) enthalten jedoch einige Daten dazu.

Abbildung A zeigt die Antworten auf die Frage aus menuCH, ob und welche Nahrungsergänzungspräparate (Supplemente) eingenommen würden. Fast die Hälfte der Bevölkerung gab in menuCH an, Supplemente zu sich zu nehmen (47%), wobei Frauen die verschiedenen Nahrungsergänzungspräparate deutlich häufiger konsumieren als Männer. Präparate mit Mineralstoffen (30%), Folsäure (19%) und Vitamine (17%) sind dabei von besonderer Bedeutung. Auf ganz ähnliche Resultate kommt die Lausanner CoLaus-Studie von 2003, wo von 20 Prozent der Studienteilnehmenden Vitamin- oder Mineralstoffsupplemente eingenommen worden sind.

A) Einnahme von Nahrungsergänzungspräparaten, 2014/2015



Quelle: menuCH von BLV und BAG, Bochud et al. (2017), n=2085.

Datenbasis

Andersson M., I. Aeberli I, N. Wust et al. (2010): The Swiss iodized salt program provides adequate iodine for school children and pregnant women, but weaning infants not receiving iodine-containing complementary foods as well as their mothers are iodine deficient. *J Clin Endocrinol Metab* 95:5217-24.

Bundesamt für Gesundheit (2006): Selenstatus der Schweizer Bevölkerung. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Gfs-Zürich (2010): NANUSS (National Nutrition Survey Switzerland) Pilot: 24 Hour Recall und Ernährungsverhalten. Schlussbericht. Zürich: gfs.

Die Untersuchung basiert auf der Befragung einer Stichprobe von 1545 Personen.

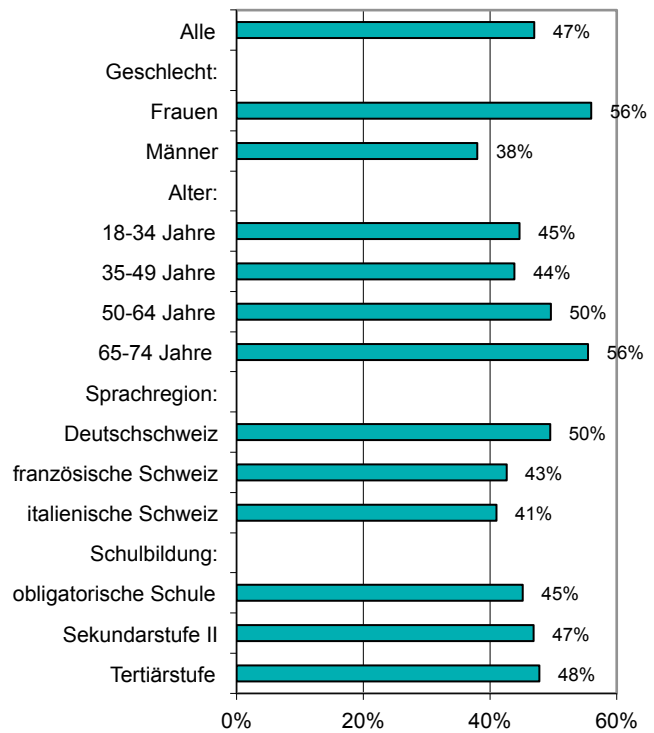
Gross, K., A. Späth, J. Dratva, E. Zemp Stutz (2015): SWIFS – Swiss Infant Feeding Study. Eine nationale Studie zur Säuglingsernährung und Gesundheit im ersten Lebensjahr. Basel/Bern: Swiss TPH und BAG.

menuCH, nationale Ernährungserhebung des BLV der Jahre 2014/15 (18-75-Jährige, n=2'085): Bochud, M., A. Chatelan und J.M. Blanco (2017): Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Studie im Auftrag von BLV und BAG. Lausanne: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

Weitere Resultate

Abbildung B verdeutlicht, dass es innerhalb der Schweizer Wohnbevölkerungen grosse Unterschiede in Bezug auf den Konsum von Nahrungsergänzungspräparaten gibt. Vor allem unter den Frauen (56%), den 50-74 Jährigen (50-56%) und in der Deutschschweiz (50%) ist die Einnahme von Supplementen stark verbreitet.

B) Anteil der Befragte, die mindestens ein Nahrungsergänzungspräparat einnehmen, nach Geschlecht, Alter, Sprachregion und Bildungsstand, 2014/2015

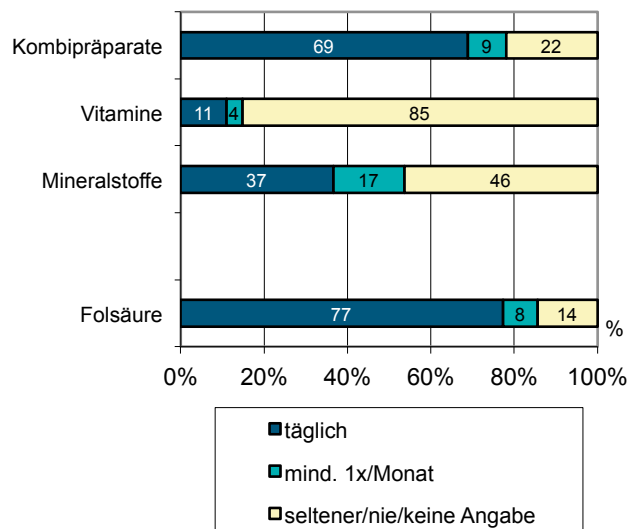


Quelle: menuCH von BLV und BAG, Bochud et al. (2017).

Mit Blick auf die Versorgung mit Supplementen und Vitaminen zeigen Resultate aus der SWIFS Studie (Gross et al. 2015m, vgl. Abbildung C) überdies, dass diese bei schwangeren Frauen sehr verbreitet sind: Kombipräparate wurden im Jahr 2013 von über zwei Drittel der befragten Mütter täglich eingenommen, während ausgewählte Vitamin- und Mineralstoffpräparate weniger populär waren. Über drei Viertel der werdenden Mütter haben überdies täglich Folsäure eingenommen.

Gemäss einer aktuellen Studie des Bundesamts für Gesundheit (BAG 2011a) scheint beim Vitamin D die durchschnittliche Versorgung bei gesunden erwachsenen Personen über dem empfohlenen Mindestwert von > 50 nmol/L zu liegen.: der Jahresmittelwert beträgt dabei 59.6 nmol/L. Vitamin D Defizite (<50 nmol/L) sind allerdings vor allem in den Wintermonaten verbreitet: Gemäss einer Studie von Guessous et al. (2012) weisen über 60 Prozent der erwachsenen Bevölkerung während der Wintermonate (Januar bis März) Vitamin D Defizite auf.

C) Einnahme von Supplementen und Folsäure während der Schwangerschaft, 2013



Quelle: SWIFS-Studie, Gross et al. (2015); Die SWIFS-Studie basiert auf einem Sample von 1535 Müttern.

Da die Schweizer Böden im Vergleich zum Ausland eher selenarm sind, muss der Selenstatus hierzulande regelmässig überprüft werden (vgl. Abbildung D). Zwischen 1993 und 2006 ist der Selenstatus leicht angestiegen und es ist daher kein Selenmangel bei der gesunden Bevölkerung in der Schweiz zu erwarten. Männer scheinen mehr selenhaltige Lebensmittel zu essen als Frauen, wobei Selen vor allem in tierischen Nahrungsmitteln und Teigwaren aus nordamerikanischem Hartweizen enthalten ist.

Die Jodversorgung ist vermutlich nicht in der ganzen Bevölkerung ausreichend (vgl. Abbildung E). Eine repräsentative Studie mit Kindern und Schwangeren hat zwar für die Jahre 2004 und 2009 Werte ermittelt (durchschnittlicher Jodgehalt im Urin, vgl. Anderson et al. 2010 und Abbildung E), die auf eine ausreichende Jodzufuhr schliessen lassen. Dagegen muss der Jodstatus von Stillenden, Neugeborenen und hauptsächlich gestillten Säuglingen (Mediane: 67 µg/L, 91 µg/L bzw. 82 µg/L) als tief bewertet werden. Erste Ergebnisse einer aktuellen nationalen Studie deuten zudem darauf hin, dass zumindest ein Teil der Schweizer Bevölkerung eine zu geringe tägliche Jodzufuhr aufweist (BAG 2011b).

Weitere Informationen:

Bundesamt für Gesundheit (2011a). Vitamin-D-Gehalte im Serum von gesunden Erwachsenen. Bisher unveröffentlichte Daten.

Bundesamt für Gesundheit (2011b). Jodversorgung der Schweizer Bevölkerung. Ergebnisse einer nationalen Multizenterstudie. Bisher unveröffentlichte Daten.

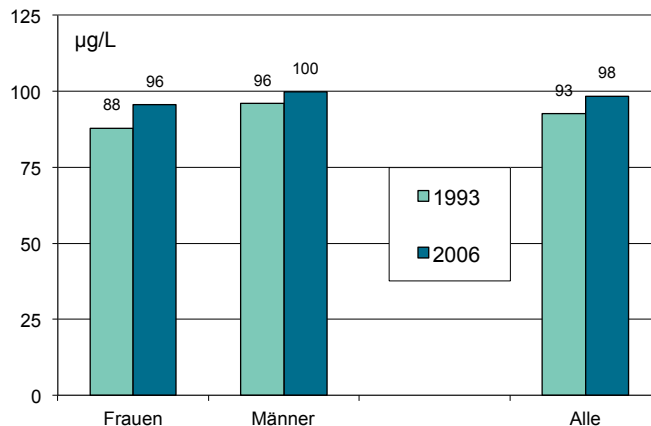
Bundesamt für Gesundheit (2013): Empfehlungen zur Jodversorgung in der Schweiz. Bern: BAG.

Gessous, I. et al. (2012): Vitamin D levels and associated factors: a population-based study in Switzerland. Swiss Med. Weekly, online version, published 26/11/2012.

Marques-Vidal P., A. Pecoud, D. Hayoz et al. (2009): Prevalence and characteristics of vitamin or dietary supplement users in Lausanne, Switzerland: the CoLaus study. Eur J Clin Nutr 63:273-81.

Zimmermann M.B., I. Aeberli, T. Torresani und H. Burgi (2005): Increasing the iodine concentration in the Swiss iodized salt program markedly improved iodine status in pregnant women and children: a 5-y prospective national study. Am J Clin Nutr 82:388-92.

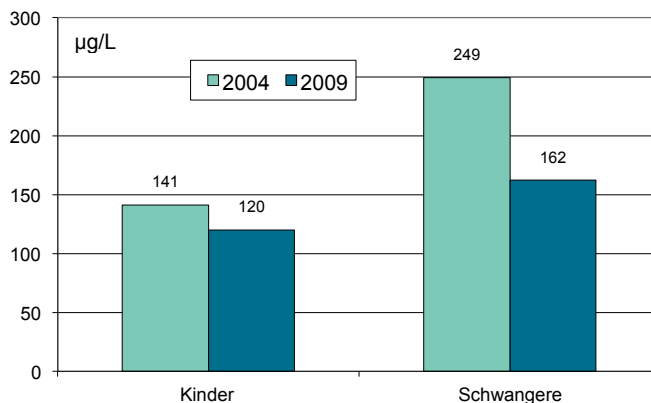
D) Selenstatus nach Geschlecht, 1993 und 2006



Selenstudie 2006 des BAG (2006); Fallzahlen: 1993: n=630; 2006: n=1847.

Der Richtwert für gesunde Erwachsene beträgt 30 bis 70 µg/Tag (vgl. www.sge-ssn.ch)

E) Jodversorgung von Kindern und Schwangeren, 2004 und 2009 (durchschnittlicher Jodgehalt im Urin, µg/L)



Quelle: Anderson et al. (2010).

Fallzahlen: n: Kinder 2004 n=601, Kinder 2009 n=916, Schwangere 2004 n=511, Schwangere 2009 n=648).

Das BAG (2013) weist gestützt auf die WHO die folgenden Referenzwerte für die tägliche Jodzufuhr aus:

- Säuglinge und Kinder bis zum 5. Geburtstag: 90 µg
- Kinder zwischen dem 5. und 12. Geburtstag: 120 µg
- ältere Kinder und Erwachsene: 150 µg
- Schwangere und Stillende: 250 µg

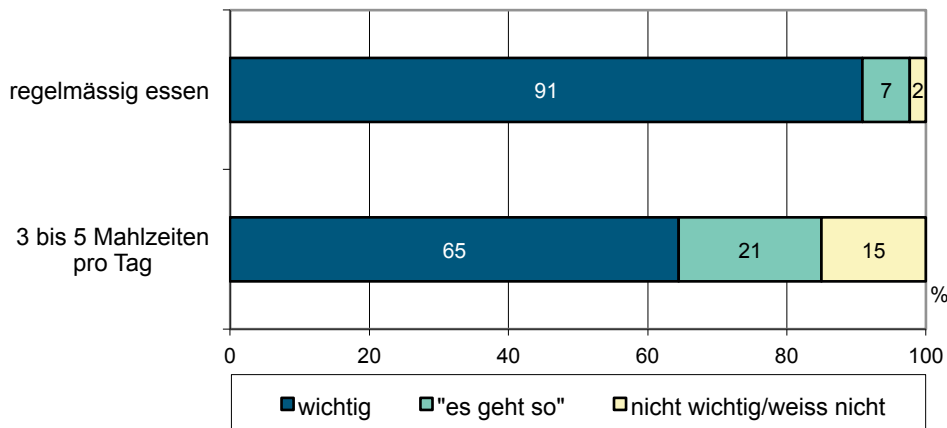
Indikator 2.9: Einnahme von Frühstück und anderen Mahlzeiten, Erwachsene

Verschiedene Ernährungsempfehlungen raten zur regelmässigen und bewussten Einnahme von Mahlzeiten und ordnen dem Frühstück einen besonderen Stellenwert in einer ausgewogenen Ernährung zu.

Auf einer allgemeineren Ebene geben Daten aus dem Modul MOSEB des Omnibus' 2014 des Bundesamts für Statistik (BFS) Auskunft darüber, wie wichtig der Schweizer Wohnbevölkerung die regelmässige Ernährung überhaupt ist. Aus Abbildung A geht hervor, dass über 90 Prozent der Befragten regelmässiges Essen als wichtig bezeichnen – rund zwei Drittel der Befragten sind dabei der Meinung, drei bis fünf Mahlzeiten sollten täglich konsumiert werden. Die Unterschiede zwischen Frauen und Männern, verschiedenen Altersgruppen, Schweizer/innen und Ausländer/innen, den Sprachregionen sowie zwischen verschiedenen Bildungsgruppen sind bei beiden Fragen gering und in der Regel statistisch nicht signifikant.

Aus zwei Studien der Jahre 2009 und 2014/15 geht jedoch hervor, dass über zwei Drittel der Schweizer Wohnbevölkerung regelmässig ein Frühstück zu sich nehmen (vgl. Abbildungen B und C), das Mittag- und das Abendessen jedoch noch wichtiger sind.

A) Bedeutung regelmässigen Essens, 2014



Quelle: Omnibus 2014 des BFS, n=2984

Antworten auf die Frage, wie wichtig einem regelmässiges Essen und 3 bis 5 Mahlzeiten pro Tag seien.

Datenbasis

Modul MOSEB des Omnibus' 2014 des Bundesamts für Statistik, repräsentative telefonische Befragung von 2993 Personen.

menuCH, die nationale Ernährungserhebung des Bundesamts für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit der Jahre 2014/15 (18-75-Jährige, n=2'085), vgl.:

Bochud, M., A. Chatelan und J.M. Blanco (2017): Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Studie im Auftrag von BLV und BAG. Lausanne: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

Zudem wurden Ergebnisse aus der Coop-Studie Ess-Trends im Fokus "Schnelles und gesundes Essen" von Juni 2009 verwendet (n=507). Die Angaben sind repräsentativ für die Bevölkerung der Deutsch- und Westschweiz, die mindestens einmal pro Woche zu privaten Zwecken im Internet ist.

Weitere Resultate

Im Rahmen der menuCH Studie von 2014/15 wurde unter anderem gefragt, wie regelmässig die einzelnen Mahlzeiten eingenommen werden. Aus Abbildung B geht hervor, dass die Befragten mehrheitlich ein Muster mit drei Mahlzeiten pflegen. Zwar wird nur an durchschnittlich 5.8 Tagen gefrühstückt, ein Mittag- und ein Abendessen werden jedoch praktisch täglich eingenommen (6.4 resp. 6.8 Tage pro Woche). Geschlechterunterschiede sind nur im Hinblick auf das Frühstück auszumachen, das Frauen regelmässiger zu sich nehmen als Männer. menuCH hat zudem ergeben, dass mehr als 80 Prozent der Bevölkerung mindestens eine Zwischenmahlzeit pro Tag zu sich nehmen.

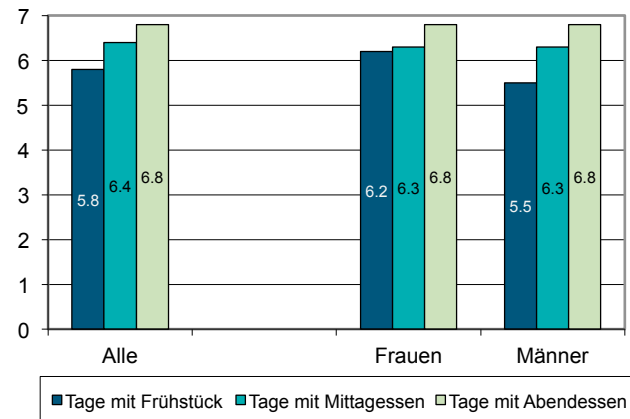
Wenn überhaupt, wird am häufigsten auf das Frühstück verzichtet (5% gaben an nie zu frühstücken), gefolgt vom Mittagessen (2%) und dem Abendessen (0.6%).

Abbildung C enthält Ergebnisse aus der Coop-Studie: Ess-Trends im Fokus "Schnelles und gesundes Essen". Die Resultate zeigen einmal mehr, dass für die Befragten Mittag- und Abendessen wichtiger sind als das Frühstück. Das Abendessen (96%) und das Frühstück (69%) werden vornehmlich zu Hause eingenommen, während mehr als die Hälfte der Befragten das Mittagessen ausser Haus einnimmt. Mehr als ein Viertel der Bevölkerung verzichtet auf das Frühstück, wobei der Anteil der unter 30 Jährigen hier noch grösser ist (31%). Ein Vergleich mit der (hier nicht abgebildeten) Frage nach "gesundem" oder "ungesundem" Essen zeigt, dass Personen, die angeben, oft oder immer "ungesund" zu essen, deutlich häufiger das Frühstück auslassen und auswärts zu Mittag essen als andere Personen.

Weitere Informationen:

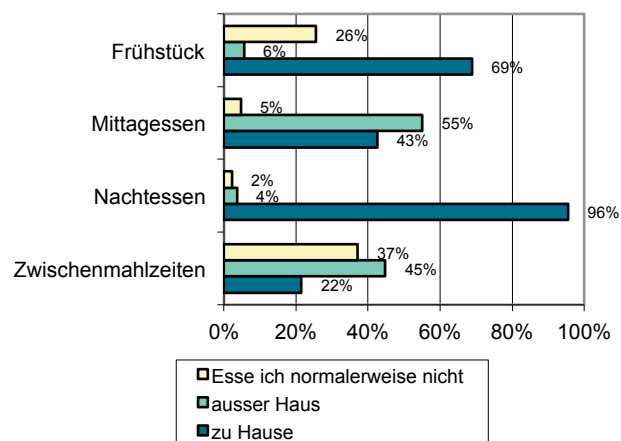
Coop (2009): Ess-Trends im Fokus. Schnelles und gesundes Essen. (Juni 2009). Basel: Coop.

B) Einnahme verschiedener Mahlzeiten (durchschnittliche Anzahl Tage) nach Geschlecht, 2014/15



Quelle: menuCH von BLV und BAG, Bochud et al. (2017).

C) Einnahme verschiedener Mahlzeiten, 2009



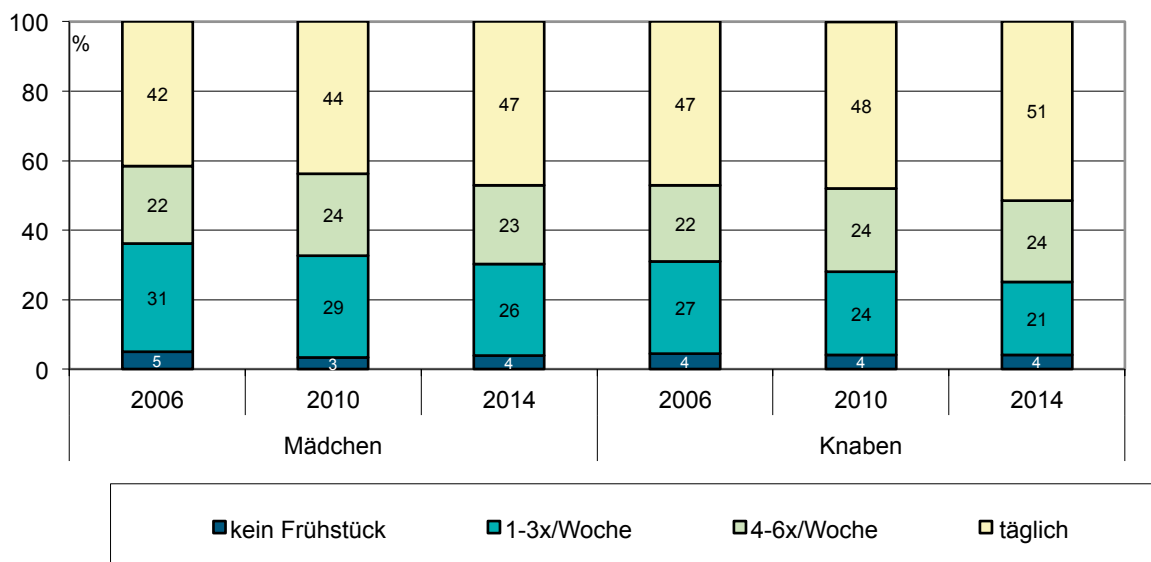
Quelle: Coop-Studie Ess-Trends im Fokus "Schnelles und gesundes Essen" 2009, n=507.

Indikator 2.10: Einnahme von Frühstück und anderen Mahlzeiten, Kinder und Jugendliche

Regelmässiges Essen und insbesondere ein "richtiges" Frühstück sind für Kinder und Jugendliche von grosser Bedeutung. Ein ausgewogenes Frühstück wirkt sich positiv auf Gesundheit, das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit in Schule und Beruf aus und scheint in einem Zusammenhang mit der Vermeidung von Übergewicht zu stehen.

Aus der folgenden Abbildung geht hervor, dass mehr Knaben (51%) als Mädchen (47%) täglich ein Frühstück einnehmen. Insgesamt haben 49 Prozent der Befragten angegeben, täglich zu frühstücken (2006: 44%). Zudem ist der Anteil der 11- bis 15-Jährigen, die mindestens viermal pro Woche frühstücken, zwischen 2006 und 2014 bei den Mädchen von 66 auf 70 Prozent, bei den Knaben von 69 auf 75 Prozent gestiegen (alle: von 67 auf 72%).

A) Häufigkeit der Einnahme eines Frühstücks nach Geschlecht, 11- bis 15-Jährige, 2006-2014 (Tage pro Woche)



Quelle: HBSC von Sucht Schweiz, Fallzahlen: 2006=9450, 2010=9873, 2014=9708.

Datenbasis

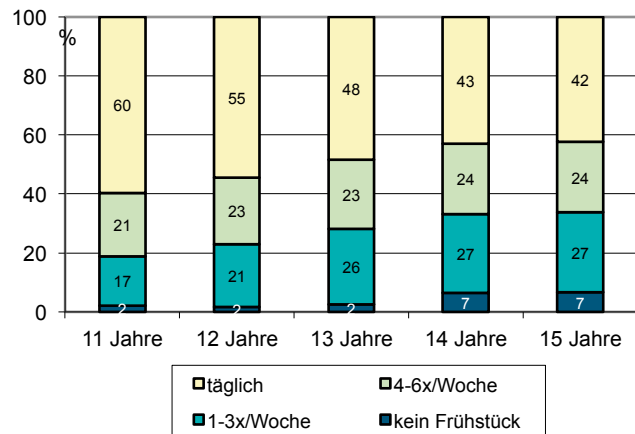
Health Behavior in School-Aged Children (HBSC) 2006, 2010 und 2014 von Sucht Schweiz. Die Resultate beziehen sich auf 11- bis 15-jährige Kinder und Jugendliche.

Weitere Resultate

Ein wichtiger Zusammenhang zeigt sich in Abbildung B bezüglich des Alters: Während noch drei Fünftel aller 11-Jährigen (60%) täglich ein Frühstück zu sich nehmen, fällt dieser Anteil mit steigendem Alter kontinuierlich auf zwei Fünftel (42%) bei den 15-Jährigen. Demgegenüber steigt der Anteil derjenigen, die maximal dreimal pro Woche frühstücken von 19% auf 34%.

In den hier nicht dargestellten früheren Untersuchungen lässt sich ein vergleichbarer Trend feststellen. Entsprechend den Angaben in Abbildung A fällt die Abnahme des regelmässigen Frühstückens mit zunehmendem Alter aber etwas geringer aus als in den früheren Jahren.

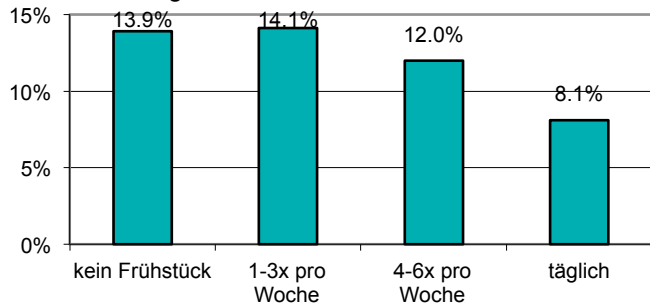
B) Häufigkeit der Einnahme eines Frühstücks nach Alter, 11- bis 15-Jährige, 2014 (Tage pro Woche)



Quelle: HBSC von Sucht Schweiz, n=9708.

Wie Abbildung C zeigt, ist ein regelmässiges Frühstück eindeutig mit einem "gesunden" Körpergewicht assoziiert. Selbst wenn die auf Befragungsdaten basierenden Angaben zum Übergewicht in der HBSC-Studie vorsichtig interpretiert werden müssen (vgl. Indikator 4.2 für gemessene Daten), legen sie doch den Schluss nahe, dass Kinder, die an höchstens drei Tagen pro Woche ein richtiges Frühstück zu sich nehmen, fast doppelt so häufig von Übergewicht betroffen sind, als Kinder, die täglich frühstücken. Dieser Zusammenhang fällt allerdings in der aktuellen Befragung von 2014 weniger deutlich aus als noch im Jahr 2010.

C) Anteil übergewichtiger und adipöser 11- bis 15-Jähriger nach Häufigkeit der Einnahme eines Frühstücks, 2014



Quelle: HBSC von Sucht Schweiz, n=8590.

Weitere Informationen:

Angaben auf der Website von Sucht Schweiz:
www.suchtschweiz.ch

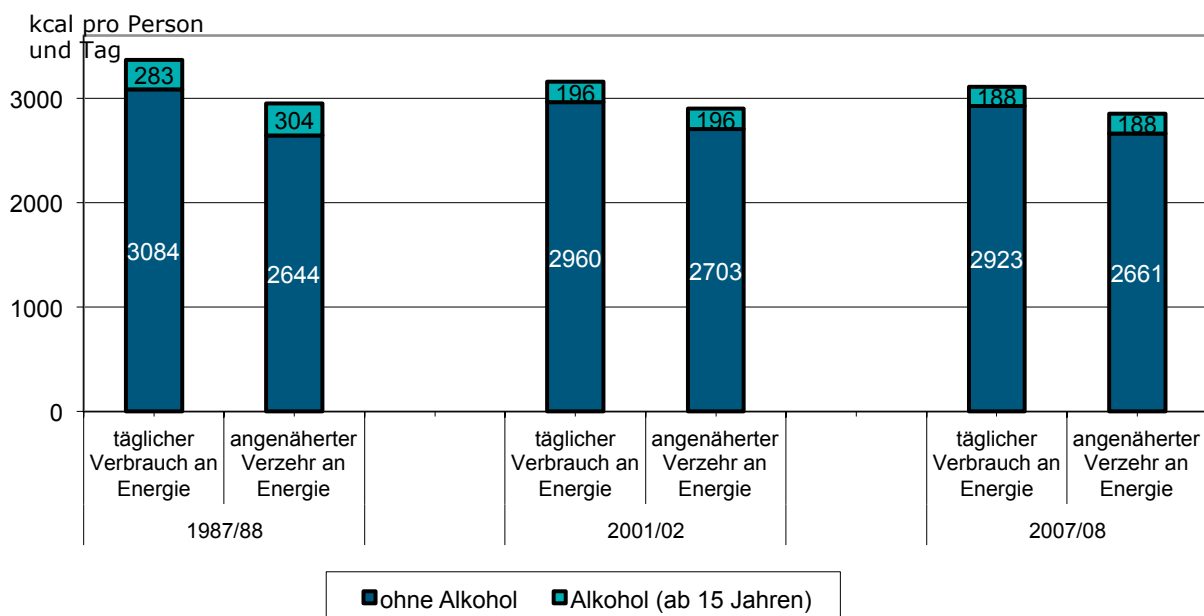
Indikator 2.11: Energie- und Nährstoffversorgung

Die Energieaufnahme ist ein relevanter Einflussfaktor auf das Körpergewicht. Erhöhte Aufnahme von Nahrungsenergie kann bei gleichzeitig reduziertem Bewegungsumfang zu einer Zunahme des Körpergewichts und somit zu Übergewicht führen. Eine ausreichende Nährstoffversorgung ist wichtig für die Erhaltung und Förderung der Gesundheit.

Die Schweizerischen Ernährungsberichte enthalten Schätzungen zur Energie- und Nährstoffversorgung der Bevölkerung auf der Grundlage der in Indikator 2.4 dargestellten Lebensmittelverbrauchsdaten aus der Agrarstatistik. Mittels Berechnungen des Verbrauchs, des angenäherten Verzehr und der Verwendung von Nährwertdatenbanken kann die durchschnittliche Versorgung der Schweizer Bevölkerung an Energie, mit Kohlenhydraten, Proteinen, Fetten und Fettsäuren, Nahrungsfasern und Mikronährstoffen abgeschätzt werden. Auf dieser Grundlage lassen sich Aussagen über Veränderungen in der Versorgung über die Zeit machen, es können jedoch keine Rückschlüsse auf den Versorgungsgrad einzelner Bevölkerungsgruppen gemacht werden.

Wie Abbildung A zeigt, hat sich die dem Durchschnittsverbraucher zurechenbare Energiemenge aus den verbrauchten Lebensmitteln und dem angenähertem Verzehr zwischen den Untersuchungsjahren 1987/88 und 2007/08 kaum verändert. Der leichte Rückgang über die Zeit scheint vor allem mit einer geringeren Energiemenge, die über alkoholische Getränke eingenommen wurde zusammenzuhängen. Auch ohne alkoholische Getränke liegt die tägliche Energiemenge aus Verbrauch und angenähertem Verzehr rund 25 bis 40 Prozent über der empfohlenen Zufuhr der deutschsprachigen Gesellschaften für Ernährung (DACH-Referenzwerte) von rund 2100 kcal (sitzende Tätigkeiten ohne oder mit wenig anstrengenden Freizeitaktivitäten) bis 2245 kcal (sitzende Tätigkeiten mit zeitweilig höherem Energiebedarf).

A) Täglicher Pro-Kopf-Verbrauch und angenäherter Verzehr an Energie, 1987/88, 2001/02 und 2007/08 (Angaben in kcal)



Quelle: Schmid et al. (2012).

Datenbasis

Angaben auf der Basis der Agrarstatistik des Schweizerischen Bauernverbandes aus:

Schmid, A., C. Brombach, S. Jacob, I. Schmid, R. Sieber und M. Siegrist (2012): "Ernährungssituation in der Schweiz". S. 49-126 in: Keller U.,

Battaglia Richi E., Beer M., Darioli R., Meyer K., Renggli A., Römer-Lüthi C., Stoffel-Kurt N. (2012): Sechster Schweizerischer Ernährungsbericht. Bern: BAG.

Weitere Resultate

Die Abbildungen B bis D zeigen den täglichen Verbrauch und angenäherten Verzehr an Kohlenhydraten, Proteinen und Fett bzw. Fettsäuren, während Abbildung E den Anteil dieser drei Nährstoffgruppen am angenäherten Verzehr an Energie enthält.

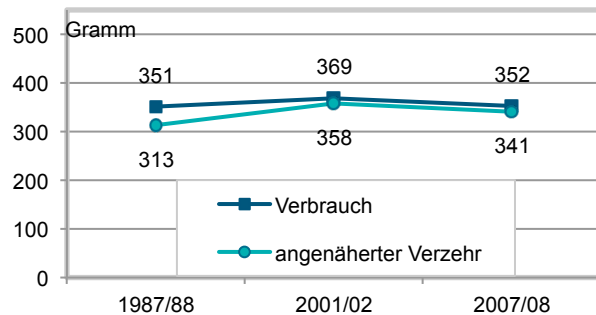
Abbildung B zeigt den täglichen Verbrauch und angenäherten Verzehr von Kohlenhydraten, die insbesondere aus dem Verzehr von Getreide und Zucker/Honig stammen. Während sich der Verbrauch seit den späten 1980er Jahren kaum verändert hat, hat sich der angenäherte Verzehr zwischen den späten 1980er Jahren und den frühen 2000er Jahren leicht erhöht, um sich anschliessend wieder leicht zu verringern.

Gemäss Abbildung C, liegt der durchschnittliche Proteinverbrauch gegenwärtig bei knapp 100 Gramm pro Person und Tag. Diese Werte haben sich seit den späten 1980er Jahren leicht vermindert. Protein stammt insbesondere aus dem Konsum von Fleisch, Fleischprodukten, Milch, Milchprodukten und Getreide.

Auch der tägliche Verbrauch und angenäherte Verzehr an Fett und Fettsäuren, die neben dem Öl und eigentlichen Fetten insbesondere aus der Milch und Milchprodukten stammen, hat sich gemäss Abbildung D zwischen 1987/88 und 2007/08 kaum verändert.

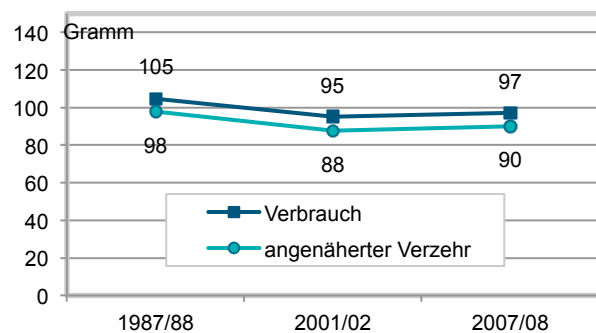
Der Abbildung ist zudem zu entnehmen, welchen Anteil die verschiedenen Fettsäuren am Gesamtfett haben: Die Verbrauchsmengen und der angenäherte Verzehr von gesättigten, einfach ungesättigten und mehrfach ungesättigten Fettsäuren haben sich trotz neueren Empfehlungen bezüglich Verbesserung der Fettqualität in den letzten Jahren nicht wesentlich verändert. Aus gesundheitlicher Sicht positiv ist immerhin der leichte Anstieg bei den mehrfach ungesättigten Fettsäuren.

B) Täglicher Verbrauch und angenäherter Verzehr an Kohlenhydraten*, Angaben in Gramm pro Person und Tag, 1987/88, 2001/02, 2007/08



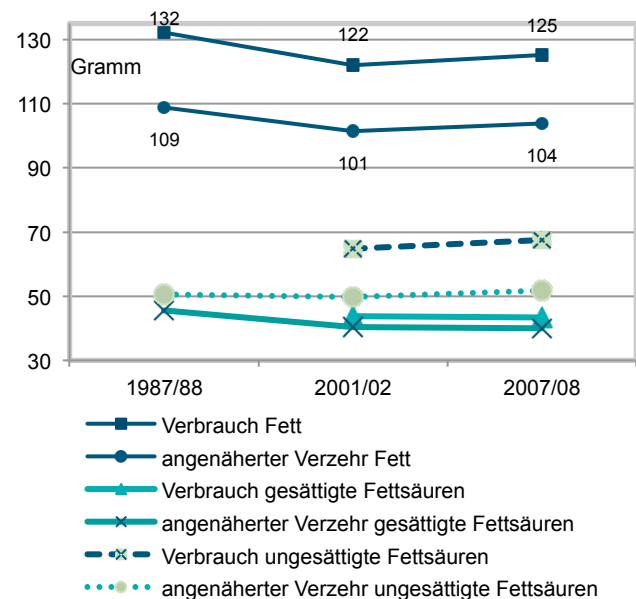
*ohne Berücksichtigung von Alkohol. Quelle: Schmid et al. (2012).

C) Täglicher Verbrauch und angenäherter Verzehr an Proteinen*, Angaben in Gramm pro Person und Tag, 1987/88, 2001/02, 2007/08



*ohne Berücksichtigung von Alkohol. Quelle: Schmid et al. (2012).

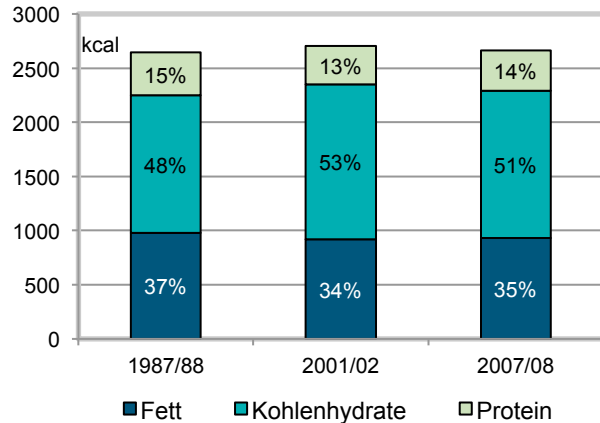
D) Täglicher Verbrauch und angenäherter Verzehr an Fett und Fettsäuren*, Angaben in Gramm pro Person und Tag, 1987/88, 2001/02, 2007/08



Hinweis: Unter "ungesättigte Fettsäuren" sind die einfach ungesättigten Fettsäuren und die mehrfach ungesättigten Fettsäuren zusammen gefasst. Quelle: Schmid et al. (2012).

Interessant ist der Blick auf die Zusammensetzung des angenäherten Verzehrs an Energie nach den in den Abbildungen B bis D dargestellten Nährstoffgruppen (vgl. Abbildung E)*: Kohlenhydrate machen rund die Hälfte des angenäherten Energieverzehrs aus, Fette und Fettsäuren etwas über ein Drittel und der Rest geht auf das Konto der Proteine. Diese Anteile haben sich in den vergangenen zwanzig Jahren kaum verändert: Die Bedeutung der Kohlenhydrate hat leicht zu-, diejenige der Proteine leicht abgenommen. Der angenäherte Verzehr von Kohlenhydraten pro Person und Tag befindet sich jedoch innerhalb der empfohlenen Bandbreite von 45% und 55% der Gesamtenergie der Eidgenössischen Ernährungskommission.

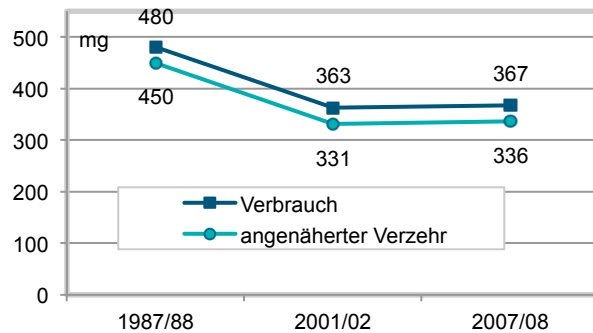
E) Angenäherter Verzehr an Energie (in kcal) und prozentualer Anteil der energieliefernden Nährstoffe pro Person*, 1987, 2001/02 und 2007/08



*ohne Berücksichtigung von Alkohol
Quelle: Schmid et al. (2012).

Die Abbildungen F und G zeigen in gewissem Sinne positive Entwicklungen: Der tägliche Verbrauch und angenäherte Verzehr von Cholesterin ist zwischen den späten 1980er Jahren und den frühen 2000er Jahren deutlich gesunken und hat sich in der Zwischenzeit auf diesem tieferen Niveau stabilisiert (vgl. Abbildung F).

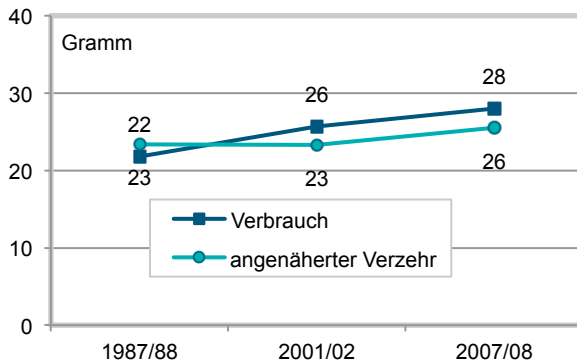
F) Täglicher Verbrauch und angenäherter Verzehr an Cholesterin, Angaben in Milligramm pro Person und Tag, 1987/88, 2001/02, 2007/08



Quelle: Schmid et al. (2012).

Der tägliche Verbrauch und angenäherte Verzehr von Nahrungsfasern ist in den vergangenen Jahren leicht angestiegen. Die empfohlene Menge gemäss DACH-Referenzwerten von mindestens 30 g pro Tag ist dabei jedoch noch nicht erreicht worden (vgl. Abbildung G).

G) Täglicher Verbrauch und angenäherter Verzehr an Nahrungsfasern, Angaben in Gramm pro Person und Tag, 1987/88, 2001/02, 2007/08



Quelle: Schmid et al. (2012).

Zudem ist der hier nicht dargestellte Verbrauch alkoholischer Getränke zwischen 2001/02 und 2007/08 leicht von knapp 127 auf 122 Liter pro Kopf und Jahr (über 15-jährige Personen) zurückgegangen. Alkoholische Getränke leisten aber gemäss Abbildung D von Indikator 2.4 nach wie vor einen Beitrag von rund sieben Prozent an die gesamte tägliche Energiezufuhr.

Die Aufteilung der täglichen Energiezufuhr auf einzelne Lebensmittelgruppen ist in Teilabbildung D von Indikator 2.4 dokumentiert.

Weitere Informationen:

Vgl. Hinweise zur Datenbasis weiter oben

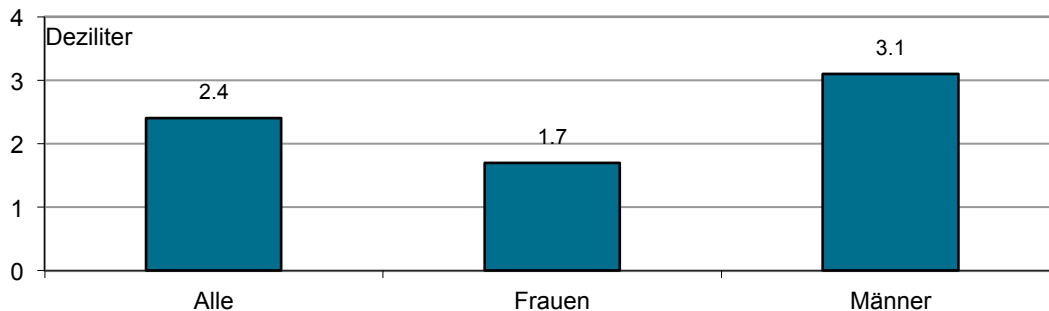
Indikator 2.12: Süssgetränke Erwachsene

Zuckerhaltige Getränke (Süssgetränke) werden in der Diskussion um Ernährung und Übergewicht seit einigen Jahren prominent thematisiert. Gemäss Schopper (2010, S. 19) sind Süssgetränke "kalorienreich und weniger sättigend, als es die gleiche Kalorienmenge in fester Form wäre. [...] In vielen Studien wurde gezeigt, dass die Kalorien der Süssgetränke zusätzlich zu Kalorien von fester Nahrung aufgenommen werden und zudem häufig zu einer erhöhten Nahrungsaufnahme führen."

Über die Häufigkeit des Konsums von Süssgetränken ist in der Schweiz noch wenig bekannt. Der 6. Schweizerische Ernährungsbericht weist auf der Grundlage von Detailhandelszahlen der Jahre 2008/09 einen jährlichen Verbrauch ausser Hause von über 70 Litern an Süssgetränken pro Kopf der Bevölkerung aus. Bei der Hälfte dieser Menge handelt es sich um Limonaden, beim Rest um Frucht- und Gemüsesäfte, Energy Drinks und Sportlergetränke (Schmid et al. 2012, S. 68f.). Eine aktuelle Überblicksstudie von Gesundheitsförderung Schweiz (Matzke 2013, S. 71) schätzt den jährlichen Absatz von Limonaden, Eistee, Energy Drinks, Fruchtsäften und Sirup (ohne Fruchtnektare, Fruchtsaft- und Sportlergetränke) im Jahr 2010 auf 126 Liter pro Person.

menuCH, die nationale Ernährungserhebung des Bundesamts für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV) in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) weist für das Jahr 2014/15 einen täglichen Konsum von 2.4 Dezilitern an Süssgetränken in der 18- bis 75-Jährigen Bevölkerung aus. Gemäss Abbildung A trinken Männer dabei fast doppelt so viele Süssgetränke wie Frauen. Gemessen an allen nicht-alkoholischen Getränken, machen die Süssgetränke bei den Erwachsenen jedoch nur rund 12 Prozent der täglichen Flüssigkeitszufuhr von durchschnittlich rund zwei Litern aus.

A) Täglicher Konsum von Süssgetränken* in Dezilitern, 2014/15



Quelle: menuCH von BLV und BAG gemäss Detailangaben auf der Website: www.blv.admin.ch.

* inkl. Schorle, Energy-Drinks, Eistee, Sirup, zuckerfreie Light-Getränke und alkoholfreie Ersatzgetränke (z.B. Bier, Saure Moscht/Cider etc.).

Datenbasis

menuCH 2014/15 des BLV und des BAG gemäss Website des BLV (www.blv.admin.ch) sowie:

Bochud, M., A. Chatelan und J.M. Blanco (2017): Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Studie im Auftrag von BLV und BAG. Lausanne: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

Bevölkerungsbefragung 2012 von Gesundheitsförderung Schweiz und Università della Svizzera italiana gemäss:

Dubowicz, A., A-L. Camerini, R. Ludolph, J. Amman und P.J. Schulz (2013): Ernährung, Bewegung und Körpergewicht. Wissen, Einstellungen und Wahrnehmung der Schweizer Bevölkerung. Ergebnisse der Bevölkerungsbefragungen von 2006, 2009 und 2012. (Arbeitspapier 6) Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.

Weitere Resultate

Wie Abbildung B zeigt, nimmt der Konsum von Süssgetränken mit steigendem Alter deutlich ab. Zudem zeigen sich sprachregionale Unterschiede in dem Sinne, dass in der Deutschschweiz mehr Süssgetränke konsumiert werden als in der West- und insbesondere der italienischen Schweiz.

Eine interessante Frage, die sich in Zusammenhang mit den Süssgetränken stellt, bezieht sich darauf, ob sich die Bevölkerung der Problematik überhaupt bewusst ist.

Wie Abbildung C zeigt, werden die wenigsten Süssgetränke als unbedenklich eingestuft, wobei sich allerdings gewisse Unterschiede zeigen. Insbesondere bei der Milch (41%) und den Fruchtsäften (36%) ist jeweils über ein Drittel der Befragten der Ansicht, diese könnten ohne Bedenken in grösseren Mengen konsumiert werden. Dagegen vertritt nur eine kleine Minderheit diese Ansicht bei den anderen, in der Abbildung gelb markierten, kalorienreichen Getränken.

Die Detailanalyse der Daten zeigt zudem, dass Männer und weniger gebildete Personen eher etwas "sorgloser" sind, wenn es um Süssgetränke geht. Dieser Befund steht in Einklang mit weiteren Resultaten zum Ernährungsbewusstsein und -verhalten (vgl. Indikatoren 1.1 und 2.1).

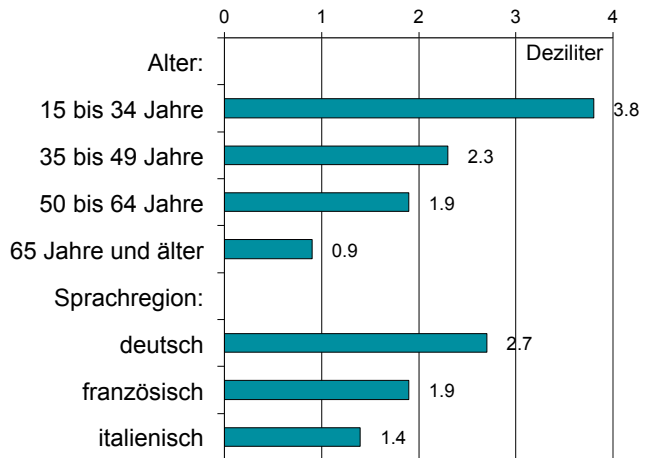
Weitere Informationen:

Matzke, A. (2013): "Entwicklung des Konsums von Süssgetränken, Trinkwasser und Mineralwasser in den letzten 20 Jahren bei Kindern und Jugendlichen in der Schweiz und in ausgewählten Ländern Europas." S. 58-119 in: Schneider, J. (Hg.): Süssgetränke und Körpergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Stand der Forschung und Empfehlungen. Bern, Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.

Schmid, A., C. Brombach, S. Jacob, I. Schmid, R. Sieber und M. Siegrist (2012): "Ernährungssituation in der Schweiz". S. 49-126 in: Keller U., Battaglia Richi E., Beer M., Darioli R., Meyer K., Renggli A., Römer-Lüthi C., Stoffel-Kurt N. (Hg.): Sechster Schweizerischer Ernährungsbericht. Bern: BAG.

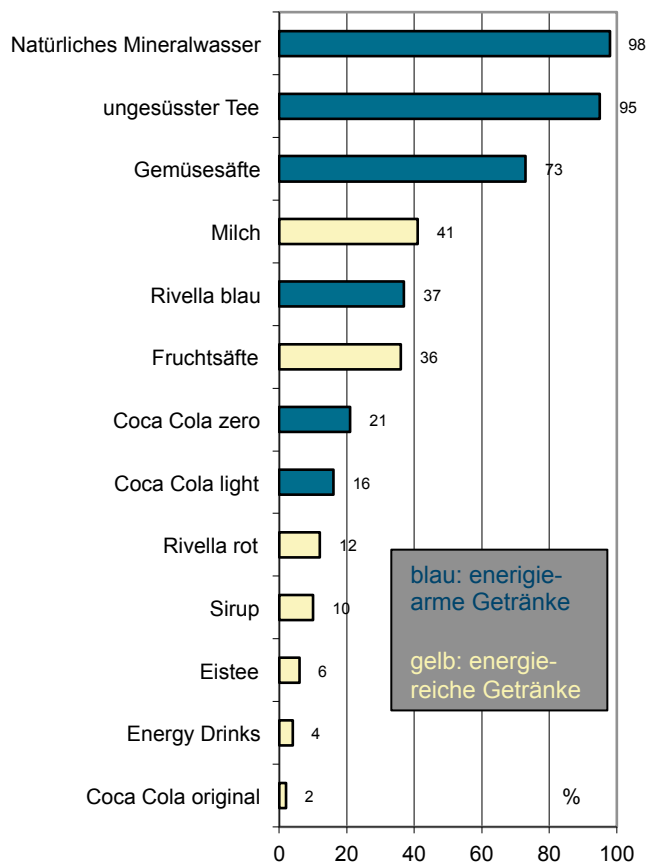
Schopper, D. (2010): "Gesundes Körpergewicht" bei Kindern und Jugendlichen. Was haben wir seit 2005 dazugelernt? Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.

B) Zusammenhang zwischen täglichem Süssgetränkekonsum und Alter bzw. Sprachregion, 2014/15 (in Deziliter)



Quelle: menuCH 2014/15 von BLV und BAG, n=2'085.

C) Einschätzung der Unbedenklichkeit des Konsums verschiedener Getränke bezüglich des Körpergewichts durch die Bevölkerung, 2012



Quelle: Bevölkerungsbefragung 2012 von Gesundheitsförderung Schweiz und Università della Svizzera italiana (n=1005). Antworten auf die Frage: „Welche der folgenden Getränke kann man bedenkenlos in grösseren Mengen konsumieren, wenn man nicht zunehmen möchte?“

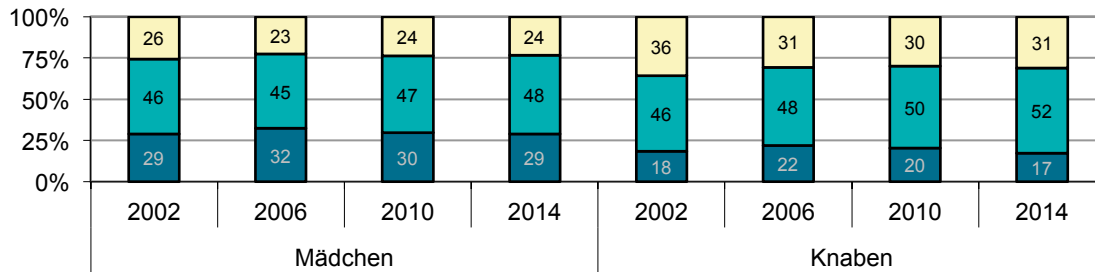
Indikator 2.13: Süssgetränke Kinder und Jugendliche

In den vergangenen Jahren ist der Konsum von Süssgetränken insbesondere mit Blick auf Kinder und Jugendliche thematisiert worden (vgl. etwa Schopper 2010). Tatsächlich dürfte ein grosser Teil der im Indikator ausgewiesenen Gesamtmenge an Süssgetränken von jüngeren Personen getrunken werden.

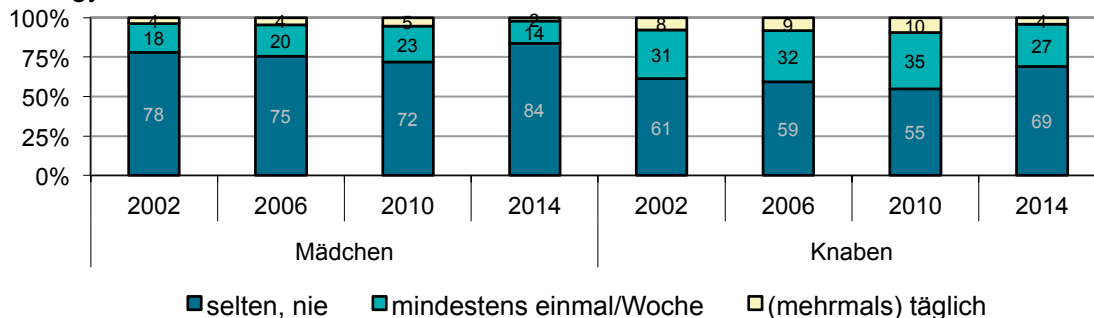
Die HBSC-Studie enthält Angaben zur Regelmässigkeit des Konsums von gesüssten Limonaden und Energy Drinks durch Kinder und Jugendliche. Abbildung A zeigt, dass Knaben häufiger Süssgetränke zu sich nehmen als Mädchen, und dass der Konsum von Limonaden zwischen 2002 und 2014 verhältnismässig stabil war. Auch der Konsum von Energy Drinks liegt bei den Knaben etwas höher als bei den Mädchen. Auffallend ist aber, wie der Konsum der Energy Drinks zwischen 2010 und 2014 zurück gegangen ist, nachdem ihre Beliebtheit bis 2010 stetig zugenommen hatte.

A) Häufigkeit des Konsums von zuckerhaltigen Limonaden und Energy Drinks durch 11- bis 15-Jährige nach Geschlecht, 2002-2014 (Anteile in Prozent)

a) zuckerhaltige Limonaden



b) Energy Drinks



Quelle: HBSC von Sucht Schweiz, 2002 bis 2014; Antworten auf die Frage: "Wie häufig in der Woche isst oder trinkst du normalerweise die folgenden Lebensmittel?"; Fallzahlen (ungewichtet): zuckerhaltige Limonaden: 2002=9257, 2006=9618, 2010=9993, 2014=9775; Energy Drinks: 2002=9307, 2006=9667, 2010=9993, 2014=9740.

Datenbasis

"Health Behavior in School-Aged Children" (HBSC) von Sucht Schweiz, 2002-2014.

Da sich die Alters- und Geschlechterverteilungen zwischen den Untersuchungsjahren leicht unterscheiden, wurde für die Analyse der gesamten Altersgruppe der 11- bis 15-Jährigen die Alters- und Geschlechterverteilung in der Gesamtbevölkerung berücksichtigt.

Weitere Angaben finden sich in:

Schopper, D. (2010): "Gesundes Körpergewicht" bei Kindern und Jugendlichen. Was haben wir seit 2005 dazugelernt? Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.

Indikator 2.14: Vegetarismus

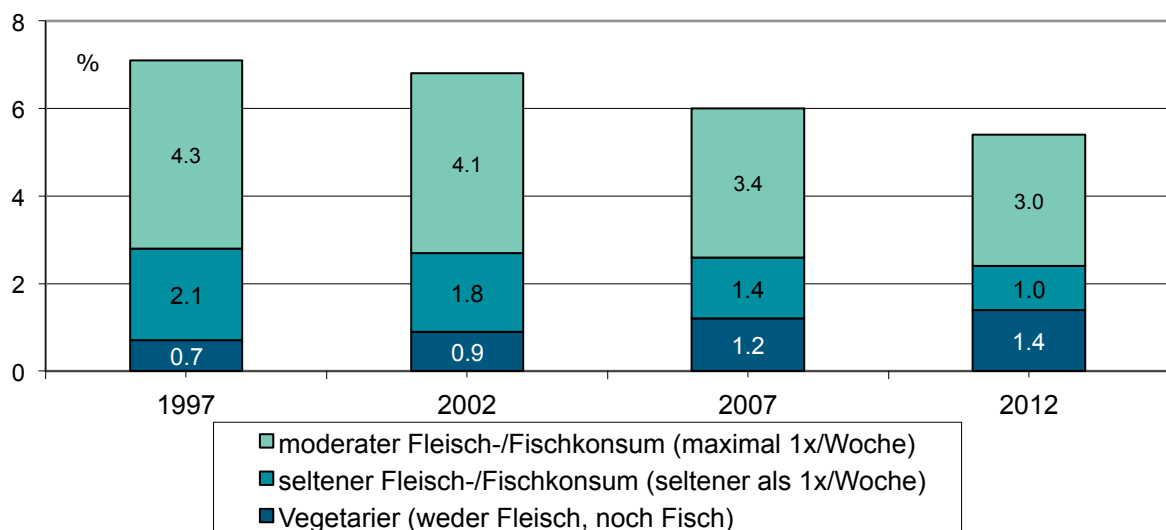
Zentrales Element der vegetarischen Ernährung ist der Verzicht auf den Konsum von Fleisch und Fisch. Teilweise wird auch auf weitere tierische Produkte verzichtet, so dass zwischen veganer (vollständiger Verzicht auf tierische Produkte), ovo- (Eier werden gegessen), lacto- (Milchprodukte sind zulässig) und ovo-lacto-vegetarischer Ernährung (kein Fleisch, aber Eier und Milchprodukte) unterschieden werden kann. Eine vegetarische Ernährung wird häufig als besonders gesund und nachhaltig bezeichnet. Der 6. Schweizerische Ernährungsbericht (vgl. Lüthy et al. 2012, S. 26) identifiziert einzig die "ovo-lacto-vegetarische Ernährung für gesunde Erwachsene als ausgewogene Ernährungsweise", während er bei den anderen Arten des Vegetarismus auf Risiken der mangelnden Zufuhr verschiedener Nährstoffe hinweist. Umgekehrt gilt aber auch, dass ein häufiger Konsum von Fleisch und Fisch gesundheitliche Risiken birgt (vgl. Lüthy et al. 2012).

Über die Verbreitung des Vegetarismus in der Schweiz ist nur wenig bekannt. Gemäss den Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 1997 bis 2012 des Bundesamtes für Statistik ernährt sich nur eine kleine Minderheit von etwas über einem Prozent der Bevölkerung vegetarisch (vgl. Abbildung A). Dazu kommt rund ein Prozent Personen, die seltener als einmal pro Woche Fleisch oder Fisch essen, und weitere drei Prozent essen maximal einmal pro Woche Fleisch oder Fisch. Die geringen Fallzahlen verunmöglichen eine feinere Unterteilung der Vegetarierinnen und Vegetarier nach dem oben aufgeführten Klassifikationsschema.

Während sich der Anteil der Vegetarier zwischen 1997 und 2012 verdoppelt hat, ist der Anteil derjenigen, welche nur wenig Fleisch oder Fisch essen (Kategorien "moderat" und "selten" in Abbildung A), im selben Zeitraum deutlich von über sechs auf vier Prozent zurückgegangen.

In menuCH, der nationalen Ernährungserhebung des Bundesamtes für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV) in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) wird der Anteil von Personen, welche sich vegetarisch ernähren, mit 4.9 Prozent deutlich höher veranschlagt. In diesem Anteil dürften jedoch auch Personen enthalten sein, die ab und zu Fleisch oder Fisch essen.

A) Vegetarismus und moderater Fleisch-/Fischkonsum in der Schweizer Wohnbevölkerung, 1997 bis 2012



Quelle: Eigene Auswertung der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen des Bundesamtes für Statistik, 1997 (n=12'982), 2002 (n=19'668), 2007 (n=18'705) und 2012 (n=21'575).

Datenbasis

Schweizerische Gesundheitsbefragungen (SGB)
1997 bis 2012 des Bundesamtes für Statistik.

menuCH 201/15 des BLV und des BAG (vgl.
Bochud et al. 2017).

Weitere Resultate

Aufgrund der geringen Fallzahlen verbieten sich Detailanalysen zu sozio-ökonomischen und demographischen Unterschieden in der Verbreitung des Vegetarismus.

Werden jedoch die drei, in Abbildung A dargestellten Gruppen zu einer Gruppe von Personen mit einer "vegetarischen oder fleisch-/fischarmen Ernährung" zusammengefasst, so sind einige Aussagen möglich, wie sie in Abbildung B dargestellt sind.

So ist der Anteil der Frauen in der Gruppe mit vegetarischer oder fleisch-/fischarmer Ernährung über doppelt so hoch wie derjenige der Männer. Zudem ernähren sich jüngere und höher gebildete Personen etwas häufiger vegetarisch oder fleisch-/fischarm, während das Umgekehrte für die Bewohnerinnen und Bewohner der französischen Schweiz gilt.

Zum Vergleich zeigt Abbildung C ausgewählte sozio-demographische und sozio-ökonomische Differenzierungen aus der Studie im Auftrag von BLV und BAG. -Studie der Jahre 2014/15, in der 4.9% der 2085 Befragten angaben, sich vegetarisch zu ernähren. Die Unterschiede sind sehr ähnlich wie in der SGB 2012, fallen in der Regel jedoch etwas geringer aus.

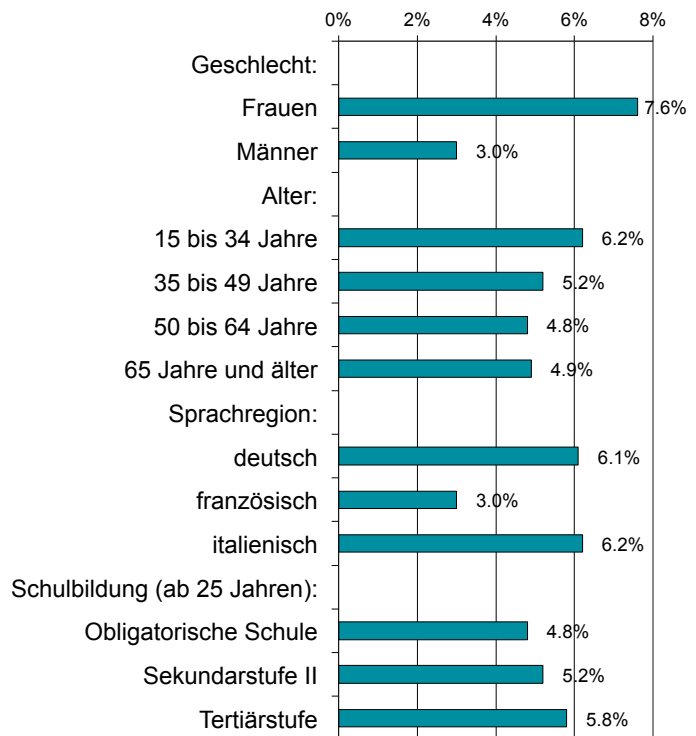
Weitere Informationen:

Bochud, M., A. Chatelan und J.M. Blanco (2017): Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Lausanne: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

Gfs-Zürich (2010): NANUSS (National Nutrition Survey Switzerland) Pilot: 24 Hour Recall und Ernährungsverhalten. Schlussbericht. Zürich: gfs.

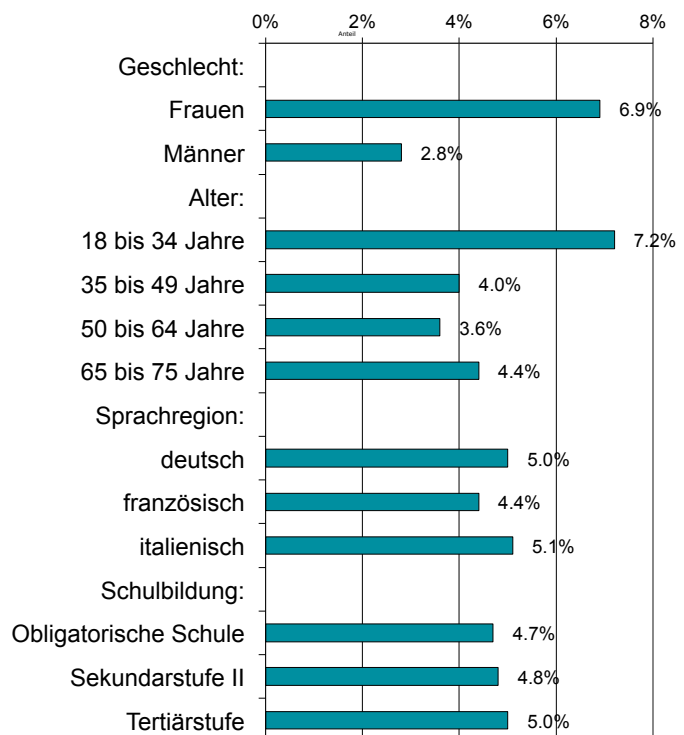
Lüthy, J., A. Heyer und M. Jaquet (2012): "Ernährungsempfehlungen". S. 13-48 in: Keller U., Battaglia Richi E., Beer M., Darioli R., Meyer K., Renggli A., Römer-Lüthi C., Stoffel-Kurt N. (2012): Sechster Schweizerischer Ernährungsbericht. Bern: BAG.

B) Zusammenhang zwischen vegetarischer bzw. fleisch-/fischarmer Ernährung und verschiedenen demographischen und sozio-ökonomischen Merkmalen (SGB 2012)



Quelle: SGB des BFS 2012; Fallzahlen: n= 21'575 ausser Schulbildung (ab 25 Jahren) n= 18'488.

C) Zusammenhang zwischen vegetarischer Ernährung und verschiedenen demographischen und sozio-ökonomischen Merkmalen (menuCH 2014/15)



Quelle: menuCH von BLV und BAG, Bochud et al. (2017)

Bereich 3: Bewegungsverhalten

Indikator 3.1: Bewegungsverhalten der erwachsenen Wohnbevölkerung

Hinweis: Indikator 1.1 des Sportobservatoriums; Details unter www.sportobs.ch

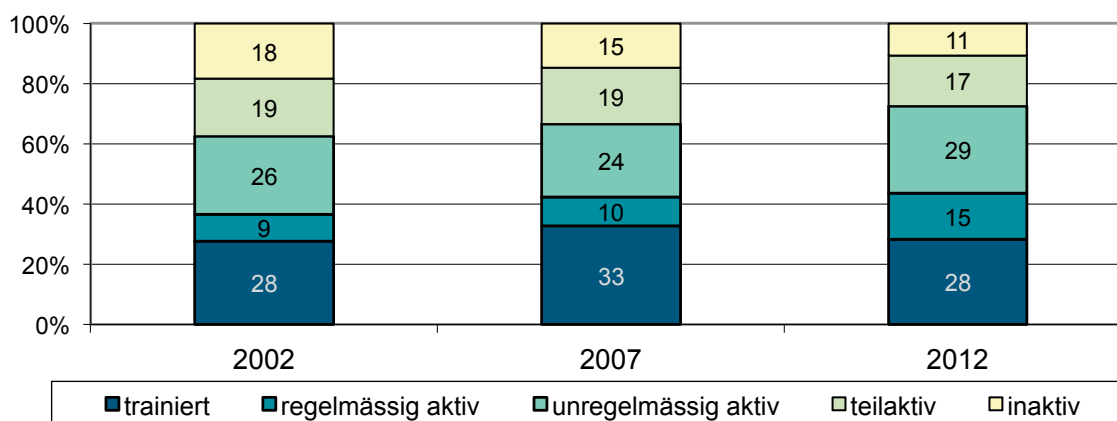
Die positiven Gesundheitswirkungen körperlicher Aktivität konnten in zahlreichen Untersuchungen belegt werden. Entsprechend gehört die Förderung der körperlichen Aktivität zu den wichtigen Zielsetzungen der schweizerischen Sport- und Gesundheitspolitik. Seit 2013 empfehlen das Bundesamt für Sport, das Bundesamt für Gesundheit, Gesundheitsförderung Schweiz, die bfu und die Suva gemeinsam über das "Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz" (Hepa) zweieinhalb Stunden Bewegung pro Woche in Form von Alltagsaktivitäten oder Sport bei moderater Intensität (leichte Erhöhung der Atem- und Pulsfrequenz). Alternativ dazu können 75 Minuten Sport oder Bewegung mit hoher Intensität (Aktivitäten, die mindestens ein beschleunigtes Atmen und leichtes Schwitzen verursachen) oder Kombinationen verschiedener Intensitäten ausgeführt werden.

Mittels der Angaben in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) des Bundesamtes für Statistik (BFS) lässt sich bestimmen, welcher Anteil der Bevölkerung die Bewegungsempfehlungen erfüllt. Die Darstellung in Abbildung A unterscheidet zwischen fünf Gruppen von Personen:

- *trainiert*: mindestens 3 Tage pro Woche mit Schweißepisoden durch körperliche Bewegung.
- *regelmässig aktiv*: mindestens 5 Tage mit jeweils mindestens 30 Min. Aktivitäten mit mittlerer Intensität (ausser Atem kommen).
- *unregelmässig aktiv*: mindestens 150 Minuten mittlere Intensität pro Woche oder 2 Tage mit Schweißepisoden. Diese und die vorangehenden Gruppen erfüllen die Empfehlungen.
- *teilaktiv*: mindestens 30 Minuten mittlere Intensität pro Woche oder 1 Tag mit Schweißepisoden.
- *inaktiv*: keine nennenswerte Bewegungsaktivität.

Aus der Abbildung geht hervor, dass der Anteil der ausreichend Aktiven (untere drei Gruppen) in den zehn Jahren seit 2002 um zehn Prozent zugenommen hat, während der Anteil der Inaktiven um knapp acht Prozent zurück gegangen ist. Damit erfüllen gegenwärtig knapp drei Viertel der Bevölkerung die Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung.

A) Bewegungsverhalten der Schweizer Wohnbevölkerung, 2002 bis 2012



Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2002, 2007 und 2012 des BFS
Fallzahlen: 2002: n=18'420; 2007: n=17'387; 2012: n'20'625.

Datenbasis

Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992 bis 2012 des Bundesamtes für Statistik.

Grundlage der Darstellungen ist ein Indikator, der auf der Grundlage von Angaben zu körperlichen Aktivitäten mit mittlerer Intensität (Erhöhung der Atemfrequenz) und zu Aktivitäten mit höherer Intensität (Schwitzen) erstellt wurde und zwischen

verschiedenen Bewegungsniveaus unterscheidet (vgl. Abbildung A).

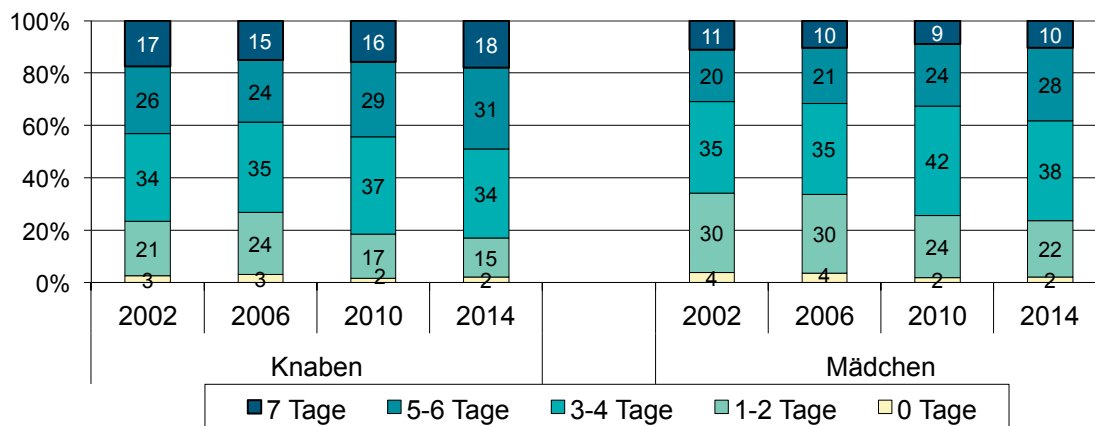
Indikator 3.2: Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen

Hinweis: Indikator 1.2 aus dem Sportobservatorium vgl.: www.sportobs.ch

Genügend Bewegung ist für die körperliche, psychische und soziale Entwicklung von Kindern essenziell. Kindern und Jugendlichen wird täglich mindestens eine Stunde Bewegung oder Sport als gesundheitswirksame Bewegung empfohlen. Ein minimaler wöchentlicher Bewegungsumfang wird im Prinzip bereits durch das 3-Stunden-Obligatorium für den Turn- und Sportunterricht gesetzlich sicher gestellt (vgl. Indikator 6.7). Abgesehen davon, dass sich die Kinder nur während eines Teils der Lektionen tatsächlich bewegen (Instruktionen, Wartezeiten etc.), stellen die wöchentlichen Turnstunden lediglich ein Minimum dar, das nicht ausreicht, um die Bewegungsempfehlung zu erfüllen und daher durch ausserschulische Bewegungsaktivitäten ergänzt werden muss.

Die folgende Abbildung zeigt auf der Grundlage der HBSC-Studie, an wie vielen Tagen pro Woche die 11- bis 15-Jährigen gemäss eigener Einschätzung mindestens 60 Minuten körperlich aktiv sind. Der Abbildung lässt sich entnehmen, dass nur 18 Prozent der Knaben und 10 Prozent der Mädchen angeben, sich an sieben Tagen pro Woche mindestens eine Stunde zu bewegen. 49 Prozent der Knaben und 38 Prozent der Mädchen sind an fünf oder mehr Tagen mindestens eine Stunde körperlich aktiv. Insgesamt bewegen sich 44 Prozent aller Kinder und Jugendlichen an mindestens fünf Tagen pro Woche, was einem leichten Anstieg zwischen 2002 (37%) und 2014 entspricht. Im gleichen Zeitraum ist der Anteil der Befragten ohne körperliche Aktivitäten relativ stabil geblieben und beträgt aktuell zwei Prozent (2002: 3%). Die Angaben müssen jedoch vorsichtig interpretiert werden, da andere Studien bei den Kindern einen deutlich höheren Bewegungsumfang ausweisen. So deutet die aktuelle "Sport Schweiz 2014"-Studie beispielsweise darauf hin, dass sich rund drei Viertel (78%) aller 10 bis 14-jährigen Kinder an einem Schultag mehr als eine Stunde bewegen, und auch an Wochenenden sind es noch 57 Prozent, welche diesen Bewegungsumfang erreichen.

A) Anzahl Tage mit mind. 60 Minuten körperlicher Aktivität, 11-15 Jährige, 2002-2014, nach Geschlecht, in %



Quelle: HBSC von Sucht Schweiz, 2002-2014; Antworten auf die Frage: "An wie vielen der vergangenen 7 Tage warst du mindestens für 60 Minuten körperlich aktiv?"; Fallzahlen (ungewichtet): 2002=9284; 2006=9570; 2010=10028; 2014=9726.

Datenbasis

Studie "Health Behavior in School-Aged Children" (HBSC) von Sucht Schweiz, 1998-2014.

Da sich die Alters- und Geschlechterverteilungen zwischen den Untersuchungsjahren leicht unterscheiden, wurde für die Analyse der gesamten Altersgruppe der 11- bis 15-Jährigen die Alters- und Geschlechterverteilung in der Gesamtbevölkerung berücksichtigt.

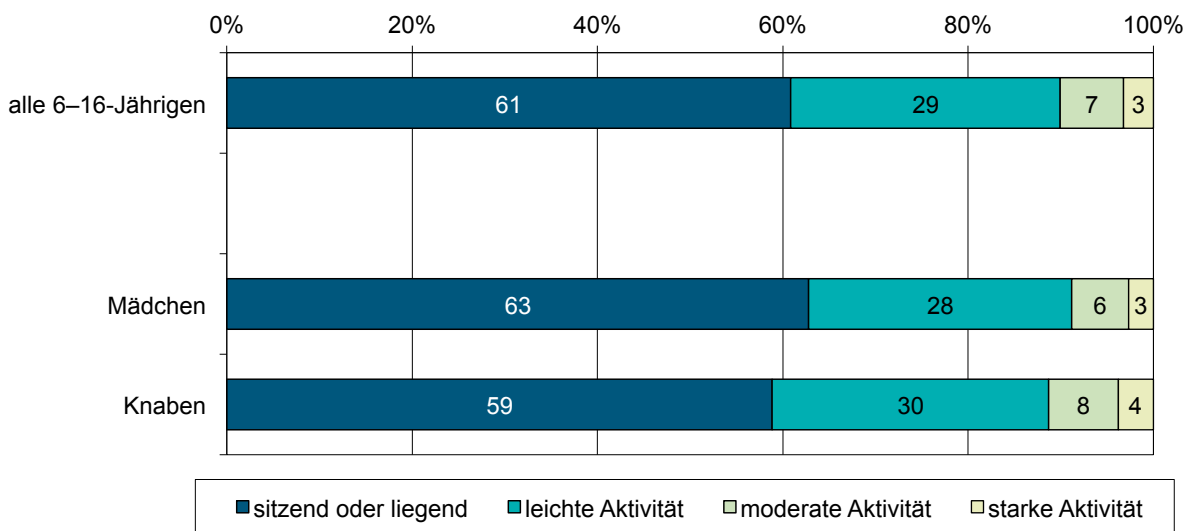
Weitere Informationen finden sich im "Jugendbericht" zur Studie Sport Schweiz 2014 (www.sportobs.ch)

Indikator 3.3: Bewegungsverhalten: objektive Messungen

Die meisten Daten zur körperlichen Aktivität der Bevölkerung der Schweiz werden mittels Befragung erhoben. Objektive Messungen mittels Beschleunigungsmessgeräten (Akzelerometer) werden dagegen nur selten durchgeführt, da sie sehr aufwendig sind – insbesondere dann, wenn sie verlässliche Daten liefern sollen.

In der Studie SOPHYA des Swiss Tropical and Public Health Institute (Swiss TPH) der Universität Basel wurde das Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 6 und 16 Jahren mit Hilfe von Akzelerometern gemessen. Wie aus Abbildung A hervorgeht, verbringen die Kinder und Jugendlichen tagsüber gut 60 Prozent der Zeit sitzend oder liegend (vgl. auch Indikator 3.7), d.h. ohne grösse messbare Bewegung. Knapp 30 Prozent der Zeit verbringen sie bei Aktivitäten mit einer leichten Bewegungsintensität wie z.B. gemütlichem Gehen. 10 Prozent der Tageszeit verbringen die Kinder und Jugendlichen mit moderaten Bewegungsaktivitäten (z.B. sehr zügiges Gehen) oder mit Aktivitäten, die eine hohe Intensität aufweisen (z.B. Sport).

A) Zeitanteil, welcher tagsüber in unterschiedlicher Bewegungsintensität verbracht wird (in %) nach Geschlecht, 6–16-Jährige



Quelle: Bringolf-Isler et al. (2016), SOPHYA-Studie, n=1320.

Hinweis: Erfassung der Bewegung während der Messzeit tagsüber, die Schlafenszeit ist nicht enthalten.

Datenbasis

Die dargestellten Ergebnisse stammen aus der SOPHYA-Studie (**S**wiss children's **O**bjectively measures **PH**ysical **A**ctivity), die 2014/15 durch das Schweizerische Tropen- und Public Health-Institut durchgeführt wurde. Vgl. Bringolf-Isler B., Probst-Hensch N., Kayser B. und Suggs S.(2016): Schlussbericht zur SOPHYA-Studie. Basel: Swiss TPH (vgl. auch: www.swisstph.ch/de/sophya.html).

Die Rekrutierung der Kinder für die SOPHYA-Studie erfolgte in zwei Altersgruppen: Die älteren Kinder (beim Interview 10-14 Jahre) wurden über die Studie «Sport Schweiz 2014» rekrutiert (vgl. Indikator 3.5). Am Ende der Befragung der Kinder zu ihrem Sport- und Bewegungsverhalten (telefonische Interviews, CATI) konnten die Eltern der befragten Kinder

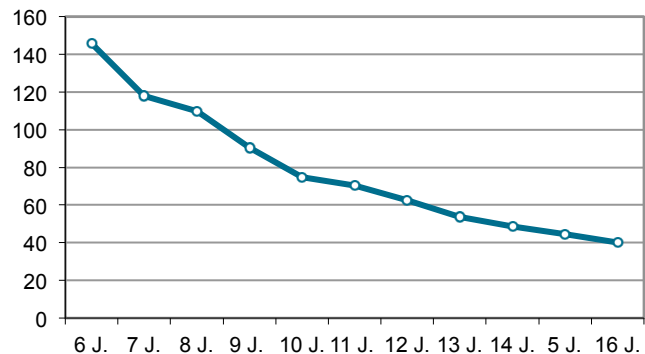
angeben, ob sie Interesse an einer zusätzlichen Messung mit einem Beschleunigungsmesser hätten. Bei jüngeren Kindern (6-11 Jahre) wurde ein analoges, aber kürzeres Interview zum Sportverhalten der Kinder (Befragung der Eltern) durchgeführt.

Interessierten Familien wurden u.a. ein Kurzfragebogen und ein Beschleunigungsmesser für das Kind gesendet. Der Beschleunigungsmesser sollte tagsüber an 7 aufeinanderfolgenden Tagen getragen werden. Als gültige Messung wurde definiert, dass der Beschleunigungsmesser an mindestens 3 Wochentagen 10 Stunden und an einem Wochentag 8 Stunden gemessen haben musste. Dieses Kriterium erfüllten 1320 Kinder.

Weitere Resultate

Im Schnitt sind die untersuchten Kinder und Jugendlichen pro Tag während 79 Minuten mit einer moderaten oder starken Bewegungsintensität körperlich aktiv. Zwischen dem 6. und dem 16. Lebensjahr nimmt der Umfang der Bewegungszeit mit einer höheren Intensität kontinuierlich ab (Abbildung B). Während sich die 6-Jährige durchschnittlich pro Tag noch während fast zweieinhalb Stunden bei einer moderaten oder starken Intensität bewegen, finden bei 16-Jährigen solche Bewegungen pro Tag nur noch während 40 Minuten statt.

B) Durchschnittlich moderat bis stark aktiv verbrachte Minuten pro Tag nach Alter



Quelle: Bringolf-Isler et al. (2016), SOPHYA, n=1320.

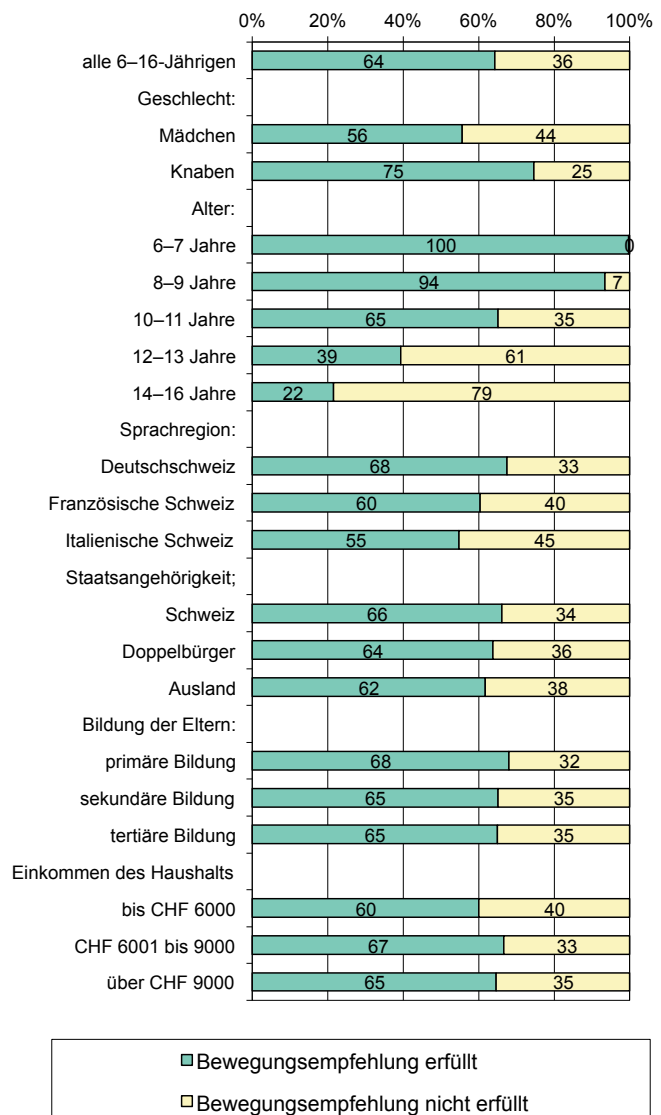
Die Bewegungsempfehlungen des Bundesamts für Sport, des Bundesamts für Gesundheit, Gesundheitsförderung Schweiz, der Suva, der bfu und des Netzwerks Gesundheit und Bewegung Schweiz (hepa.ch) sehen für Kinder und Jugendliche mindestens eine Stunde täglicher Bewegung mit mindestens moderater Intensität vor. Je nach Studie und Erhebungsmethode fallen die Ergebnisse zur Einhaltung dieser Empfehlung sehr unterschiedlich aus.

Gemäss SOPHYA-Studie bewegen sich knapp zwei Drittel der Kinder und Jugendlichen dergestalt, dass sie die Bewegungsempfehlungen erfüllen (Abbildung C). Bei den Knaben erfüllen drei Viertel die Empfehlungen, bei den Mädchen sind es 56 Prozent. Mit zunehmendem Alter geht der Anteil der Kinder und Jugendlichen, welche die Bewegungsempfehlungen erfüllen, drastisch zurück.

Kinder und Jugendliche aus der Deutschschweiz erfüllen die Bewegungsempfehlungen häufiger als diejenigen aus der Romandie und der italienischen Schweiz

Die ebenfalls in der Abbildung aufgeführten Unterschiede nach Staatsangehörigkeit und Bildungsstand sind gering und statistisch nicht signifikant, während die mittlere Einkommensgruppe die Empfehlungen etwas häufiger erfüllt als die unterste Kategorie.

C) Erfüllen der Bewegungsempfehlung (in %)



Quelle: Bringolf-Isler et al. (2016), SOPHYA-Studie, n=1320.

Weitere Informationen:

vgl. Quellenverweis weiter oben sowie Website der SOPHYA-Studie:

www.swisstph.ch/de/sophya.html

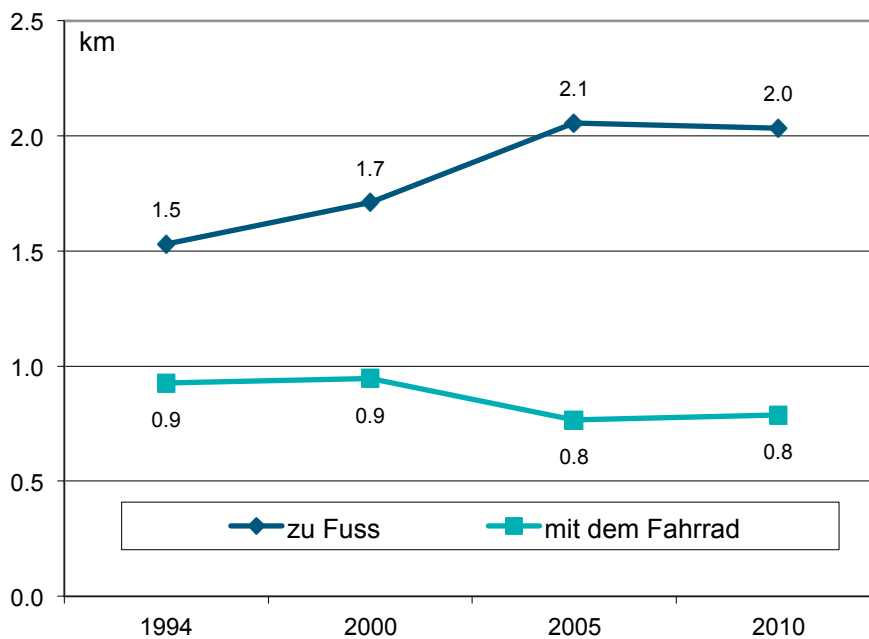
Indikator 3.4: Körperlich aktives Mobilitätsverhalten

Die Bewegung im Alltag wie etwa das Zufussgehen oder Fahrradfahren hat einen grossen Einfluss auf das persönliche Wohlbefinden und die Gesundheit.

Der vorliegende Indikator fasst Resultate aus den Mikrozensen zum Verkehrsverhalten und den Schweizerischen Gesundheitsbefragungen des Bundesamtes für Statistik zusammen, die sich auf die Bewegung im Alltag und auf Wegstrecken beziehen.

Die folgende Abbildung zeigt zunächst die Entwicklung der täglich zu Fuss und mit dem Velo zurückgelegten Wegstrecken pro Person. Aus der Abbildung wird deutlich, dass die mit dem Fahrrad durchschnittlich bewältigten Distanzen für Arbeit, Einkauf, Freizeit etc. in den vergangenen zwei Jahrzehnten relativ stabil bei 800 bzw. 900 Metern pro Tag und Person waren. Der zwischen 2000 und 2005 erkennbare Trend zum Rückgang der Velo-Distanzen hat sich zwischen 2005 und 2010 nicht mehr fortgesetzt. Umgekehrt sieht es bei den Wegstrecken zu Fuss aus, die seit 1994 um ein Drittel zugenommen haben. Seit 2005 bleiben diese allerdings konstant. Insgesamt liegen die Verkehrsmittel des Langsamverkehrs seit 1994 konstant bei knapp 8 Prozent aller täglich zurückgelegten Distanzen.

A) Täglich zurückgelegte Wegstrecken zu Fuss und mit dem Fahrrad pro Person, 1994-2010 (Wohnbevölkerung ab 6 Jahren)



Quelle: Mikrozensen zum Verkehrsverhalten des BFS, 1994-2010 (vgl. BFS/ARE 2012: 89). Basis 2010=62868 Zielpersonen, Inlandetappen.

Datenbasis

Angaben zur Bewegungsaktivität aus den Mikrozensen zum Verkehrsverhalten 1984-2010 und aus den Schweizerischen Gesundheitsbefragungen (SGB) 2002, 2007 und 2012 des Bundesamtes für Statistik.

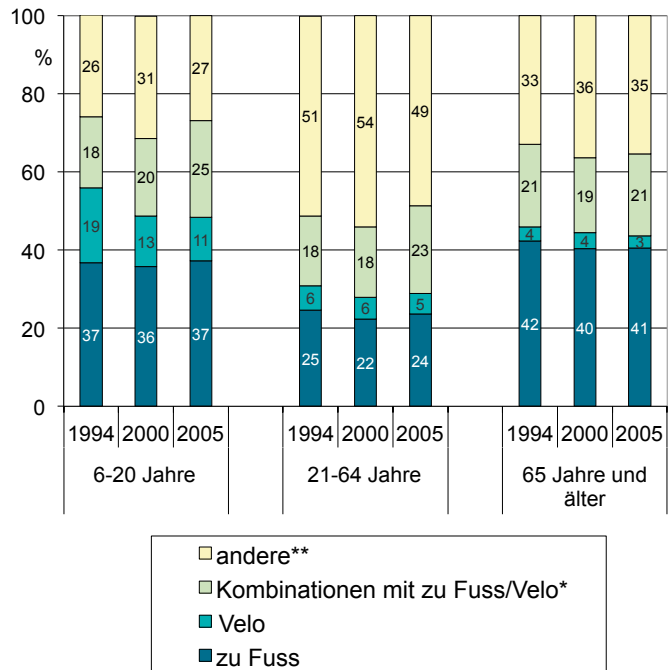
Die Angaben zur SGB basieren auf eigenen Berechnungen, während die Resultate der Mikrozensen den Studien von BFS/ARE (2007/2012) und Sauter (2008) entnommen wurden.

Weitere Resultate

Wie Abbildung B zeigt, hat der durch körperliche Aktivitäten charakterisierte Langsamverkehr, gemessen an der Anzahl zurückgelegter Wege (zu Fuss, mit dem Fahrrad oder in Kombination), zwischen 1994 und 2005 nicht zugenommen (Resultate für das Jahr 2010 liegen nicht vor).

Bemerkenswert sind allerdings der Rückgang des Anteils des Fahrrades bei den 6-20-Jährigen und die vergleichsweise geringe Bedeutung von Wegen zu Fuss oder mit dem Velo bei der Altersgruppe der 21-64-Jährigen.

B) Aufteilung der Wege nach Fortbewegungsarten und Altersgruppe, 1994-2005 (prozentualer Anteil an allen zurückgelegten Wegen)



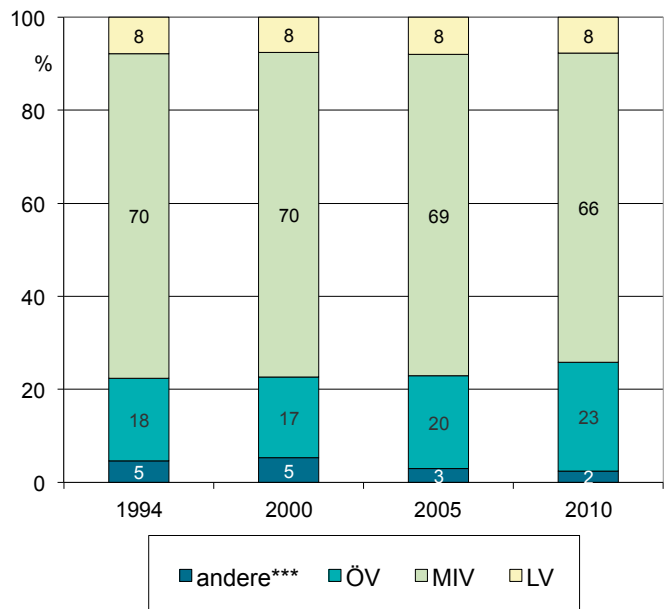
Hinweis: * Verschieden Kombination zwischen "zu Fuss" und/oder "Velo" und ÖV bzw. Auto/Motorrad; ** weitere Verkehrsträger, insbesondere Auto und Motorrad.

Quelle: Mikrozensus zum Verkehrsverhalten 1994-2005, Angaben gemäss Sauter (2008: 114).

In der Abbildung C ist die Verkehrsmittelwahl, in Prozent aller Inlandetappen für die letzten vier Mikrozensus seit 1994 dargestellt.

Während die Anteile des Langsamverkehrs (zu Fuss oder mit dem Velo, LV) in den letzten 16 Jahren relativ stabil geblieben sind, hat der öffentliche Verkehr um fast 6 Prozent zugelegt. Fast jede vierte Inlandetappe ist 2010 mit dem öffentlichen Verkehr (ÖV) zurückgelegt worden. Der grösste Zuwachs im ÖV ist dabei zwischen 2005 und 2010 zu vermerken (+3.5%) und ging fast vollständig zu Lasten des motorisierten Individualverkehrs (MIV).

C) Anteil der Verkehrsmittel an der Tagesdistanz, 1994-2010 (in % aller zurückgelegten Inlandetappen)

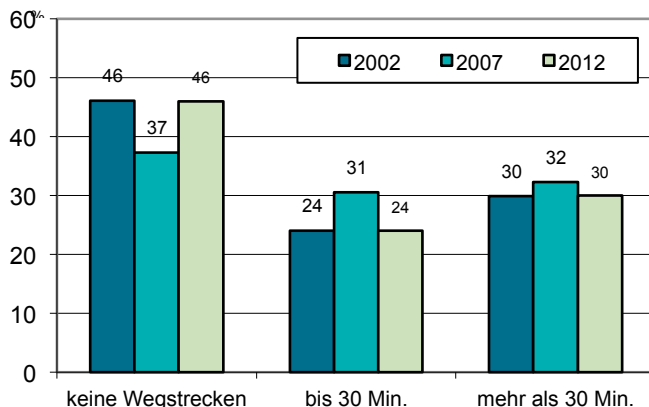


Hinweis: *** Lastwagen, Car, Taxi, Schiff, Bergbahnen, Flugzeug, fahrzeugähnliche Geräte und anderes.

Quelle: Mikrozensus zum Verkehrsverhalten 1994-2010, (BFS 2012: 90).

Gemessen an der Dauer der Wege scheint die körperliche Aktivität auf den täglichen Wegstrecken zwischen 2002 und 2007 gemäss Abbildung D leicht zugenommen zu haben, im Jahr 2012 ist sie aber wieder etwas zurück gegangen und lag auf dem Niveau von 2002. Dabei gab etwas weniger als die Hälfte der Befragten an, überhaupt keine Wegstrecken zu Fuss oder mit dem Velo zurückzulegen. Etwa jeder Vierte ist bis zu 30 Minuten pro Tag zu Fuss oder mit dem Velo unterwegs, ein knappes Drittel mehr als 30 Minuten pro Tag.

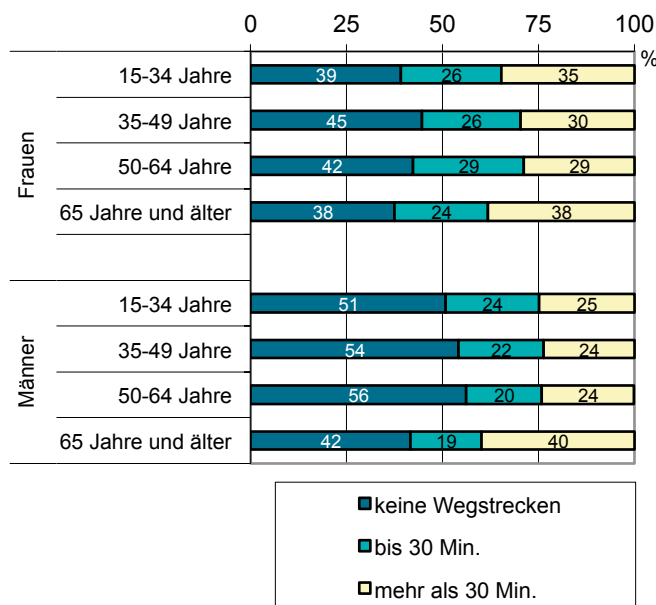
D) Anteil der Bevölkerung, der tägliche Wegstrecken zu Fuss und/oder mit dem Fahrrad zurücklegt, 2002 bis 2012 (Anteile in Prozent)



Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2002 (n=18'373), 2007 (n=17'471) und 2012 (n=20'676).

Aus Abbildung E geht überdies hervor, dass Frauen in allen dargestellten Altersgruppen öfter zu Fuss und/oder mit dem Fahrrad unterwegs sind als Männer. In den mittleren Altersgruppen (35-64-Jährige) gibt über die Hälfte der befragten Männer an, keinerlei Wegstrecken zu Fuss und/oder mit dem Fahrrad zurückzulegen, während dieser Anteil bei den Frauen zwischen 42 und 45 Prozent beträgt. Als besonders aktiv erweisen sich sowohl bei den Frauen als auch den Männern die 65-jährigen und älteren Personen.

E) Dauer der täglichen Wegstrecken zu Fuss und/oder mit dem Fahrrad nach Alter und Geschlecht, 2012 (Anteile in Prozent)



Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragungen des BFS, 2012 (n=20'676).

Weitere Informationen:

BFS/ARE (2007): Mobilität in der Schweiz. Ergebnisse des Mikrozensus 2005 zum Verkehrsverhalten. Neuchâtel: BFS.

BFS/ARE (2012): Mobilität in der Schweiz. Ergebnisse des Mikrozensus Mobilität und Verkehr 2010. Neuchâtel: BFS.

Sauter, D. (2008): Mobilität von Kindern und Jugendlichen. Fakten und Trends aus den Mikrozensus zum Verkehrsverhalten 1994, 2000 und 2005. (Materialien Langsamverkehr Nr. 115) Bern: Bundesamt für Strassen.

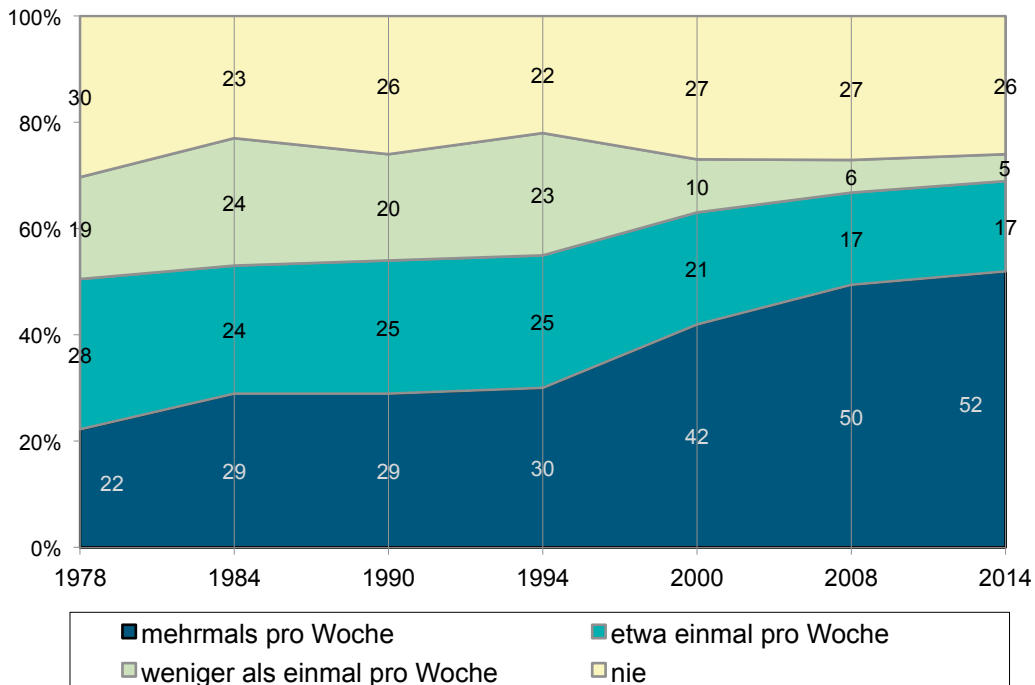
Indikator 3.5: Sportaktivität

Hinweis: Indikator 1.3 des Sportobservatoriums. Details finden sich unter: www.sportobs.ch

Der Sport ist eine wichtige Komponente des Bewegungsverhaltens und von erheblicher Bedeutung für einen "gesunden und bewegten Lebensstil". Wie der folgenden Abbildung zu entnehmen ist, haben regelmässige sportliche Aktivitäten in der Schweiz seit den späten 1970er Jahren ständig an Bedeutung gewonnen: Trieb 1978 erst rund ein Fünftel der Bevölkerung zweimal oder häufiger pro Woche Sport, ist dieser Anteil bis zum Jahr 2012 auf über fünfzig Prozent angestiegen.

Der "Sportboom" der vergangenen Jahrzehnte hat allerdings nur wenig an der Tatsache geändert, dass über ein Viertel der Bevölkerung keinen Sport treibt: Waren es 1978 30 Prozent und reduzierte sich dieser Anteil zwischenzeitlich auf 22 Prozent, so beträgt der Anteil der sportlich Inaktiven gegenwärtig 26 Prozent. Der "Sportboom" hat damit vor allem zur Schrumpfung des Segments der Gelegenheitssportlerinnen und -sportler geführt, die höchstens einmal pro Woche Sport treiben und deren Anteil an der Bevölkerung sich seit 1978 mehr als halbiert hat.

A) Sportaktivität in der Schweiz, 1978 bis 2014



Quelle: Swiss Olympic Studien 1978-1994; Sport Schweiz 2000, 2008 und 2014.
Antworten auf die Frage, wie häufig man pro Woche Sport treibe.

Datenbasis

Swiss Olympic, die Dachorganisation der Schweizer Sportverbände, führte in den Jahren 1978, 1984, 1990 und 1994 repräsentative Befragungen zur Sportaktivität der Bevölkerung der Schweiz durch (n jeweils rund 1000 Personen). Ab 1999 wurden diese Befragungen durch die "Sport Schweiz"-Studien des Observatoriums Sport und Bewegung abgelöst. Die telefonischen Datenerhebungen zu diesen beiden Untersuchungen fanden in den Jahren 1999 (n=2'064), 2007 (n=10'262) und 2013 (n=10'652) statt.

Weitere Informationen zur Sportaktivität in der Schweiz finden sich insbesondere in: Lamprecht, Markus, Hanspeter Stamm und Adrian Fischer (2014): Sport Schweiz 2014. Sportaktivität und Sportinteresse der Schweizer Bevölkerung. Magglingen: BASPO.

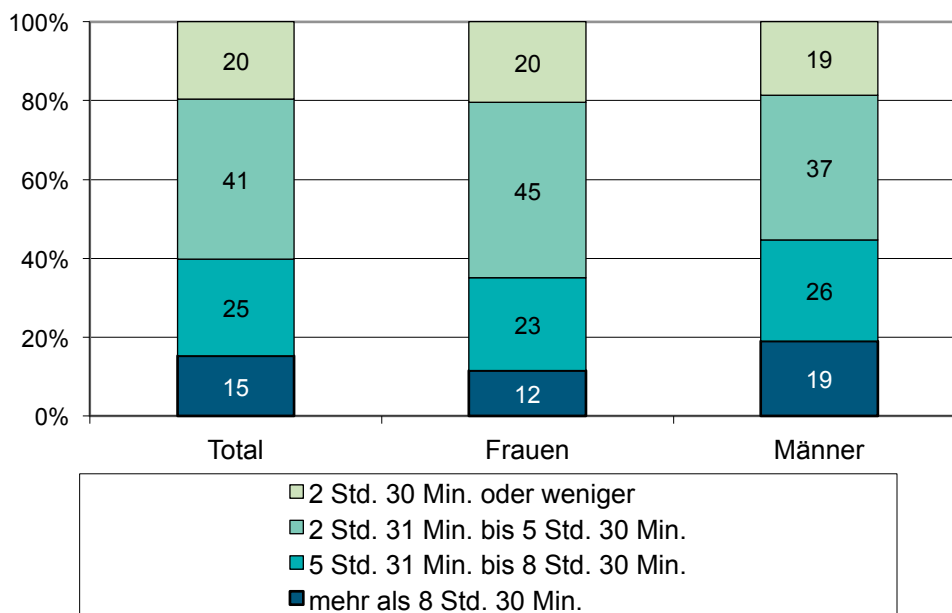
Indikator 3.6: Sitzen und Ruhen, Erwachsene

Sitzende Tätigkeiten sind in der heutigen Zeit weit verbreitet, sei es bei der Arbeit, zu Hause, in der Freizeit oder beim Transport. Langandauerndes Sitzen und Ruhen wirkt sich negativ auf unsere Gesundheit aus und sollte daher regelmässig durch körperliche Aktivitäten unterbrochen werden.

Im Durchschnitt sitzen die Befragten der Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 an einem normalen Wochentag etwas mehr als fünf Stunden (Mittelwert 317 Minuten). Eine etwas geringeren Wert weist jedoch der Median aus, der im Gegensatz zum arithmetischen Mittel nicht sensibel auf Ausreisser reagiert: 2012 gab die Hälfte der befragten Personen an, mehr als fünf Stunden am Tag zu ruhen oder zu sitzen, die andere Hälfte weniger.

Für die Auswertungen in der Abbildung A ist die Dauer des täglichen Sitzens und Ruhens in vier Kategorien unterteilt worden. Jeder Fünfte (20 %) sitzt demnach nach eigenen Angaben 2.5 Stunden am Tag oder weniger, rund doppelt so viele (41 %) sitzen zwischen 2.5 und 5.5 Stunden am Tag. Ein weiteres Viertel (25 %) der Befragten gab an, täglich zwischen 5.5 und 8.5 Stunden zu sitzen, und bei weiteren 15 % waren es sogar mehr als 8.5 Stunden am Tag. Dieser Anteil liegt bei den Männern etwas höher als bei den Frauen (19 % vs. 12 %). Im Durchschnitt sitzen die Männer eine Stunde länger pro Tag als die Frauen (Median: 5 Std. vs. 4 Std.).

A) Dauer der sitzenden Tätigkeiten pro Tag, nach Geschlecht, 2012 (in %)



Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012 (n=17'742).

Datenbasis

Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 des Bundesamts für Statistik, menuCH des Bundesamts für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit (2014/15, vgl. Bochud et al. 2017) sowie Special Eurobarometer 412 "Sport and physical activity", dessen Daten 2013 erhoben wurden.

Zur Darstellung gelangt neben prozentuellen Anteilen an verschiedenen Kategorien in erster Linie der Medianwert, welcher den mittleren Wert der Verteilung wiedergibt. Medianwert und arithmetisches Mittel können voneinander abweichen, weil das letztere stark von "Ausreissern" beeinflusst wird. Im Falle der vorliegenden Daten gibt es eine Anzahl von Personen, die sehr viel Zeit im Sitzen verbringen und den arithmetischen Mittelwert daher gegenüber dem Medianwert erhöhen.

Weitere Resultate

Abbildung B enthält die Resultate aus der menuCH-Studie der Jahre 2014/15. Verglichen mit der SGB 2012 und der Eurobarometerstudie des Jahres 2013 (vgl. Abbildung I weiter unten) gelangt menuCH zu einem deutlich höheren Anteil an Personen, die mehr als 5.5 Stunden pro Tag sitzen (57% gegenüber 40% in der SGB 2012). Dieser erhebliche Unterschied lässt sich nur bedingt durch die Tatsache erklären, dass in menuCH eine etwas andere Altersgruppe (18-75 Jahre) befragt wurde als in der SGB (15 Jahre und älter).

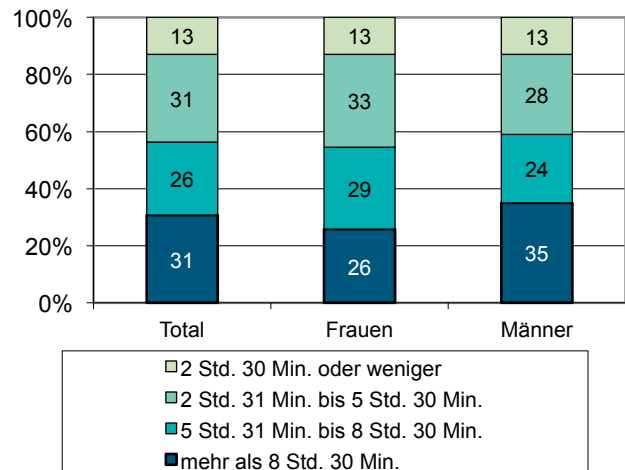
Unabhängig von diesen unterschiedlichen Grundbefunden zeigt menuCH bezüglich Alter, Sprachregion und Bildungsniveau jedoch ähnliche Befunde wie der SGB 2012 (vgl. Abbildungen C bis E).

Aufgrund der umfassenderen und grösseren Stichprobe stammen die Detailangaben in den Abbildungen C bis H aus der SGB 2012.

Wie Abbildung C zeigt, verbringen jüngere Personen mehr Zeit im Sitzen als ältere. Insbesondere bei den 15-34 Jährigen liegt der Anteil derjenigen, die 8.5 Stunden oder mehr am Tag sitzend verbringen, mit 21 Prozent überdurchschnittlich hoch. Ab dem 65. Lebensjahr nimmt die Dauer der sitzenden Tätigkeiten deutlich ab: In dieser Altersgruppe gibt nur jeder sechzehnte Befragte an, mehr als 8.5 Stunden am Tag mit sitzenden Tätigkeiten zu verbringen.

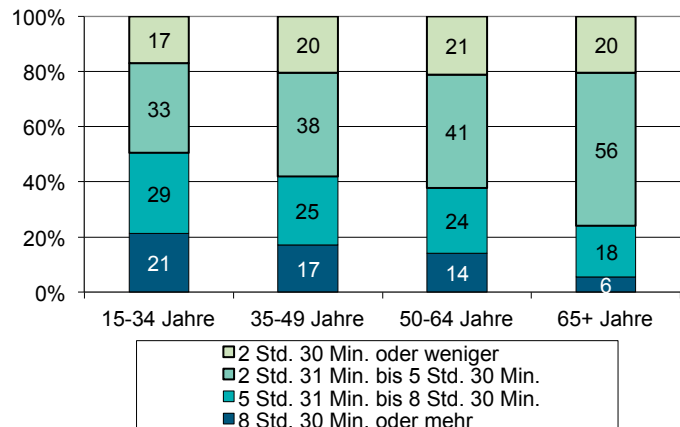
Auch zwischen den verschiedenen Bildungsgruppen variiert das Ausmass der sitzenden Tätigkeiten deutlich. Abbildung D verdeutlicht, dass Personen mit einem hohen Bildungsniveau bis zu mehr als dreimal so häufig mehr als 8.5 Stunden am Tag sitzen (24% vs. 7% resp. 10%) und deutlich seltener nur maximal 2.5 Stunden mit Sitzen und Ruhen verbringen als Personen mit einem tiefen oder mittleren Bildungsabschluss (12% vs. 31% resp. 23%).

B) Dauer der sitzenden Tätigkeiten pro Tag, nach Geschlecht, 2014/15 (in %, 18 bis 75-Jährige)



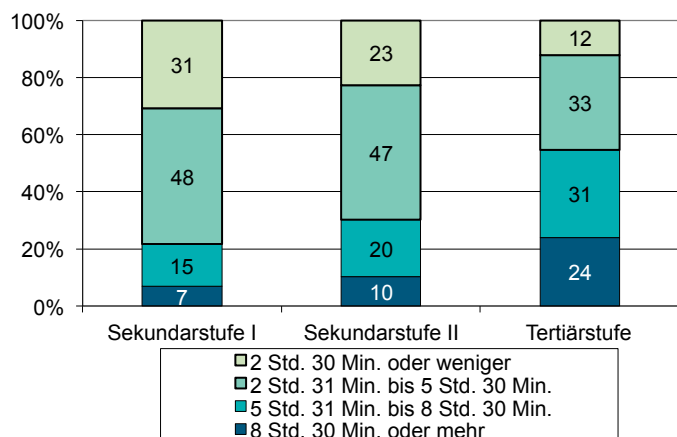
Quelle: menuCH von BLV und BAG, Bochud et al. (2017).

C) Zusammenhang zwischen dem Alter und den sitzenden Tätigkeiten (in %) pro Tag, 2012



Quelle: SGB 2012 (n=17'742)

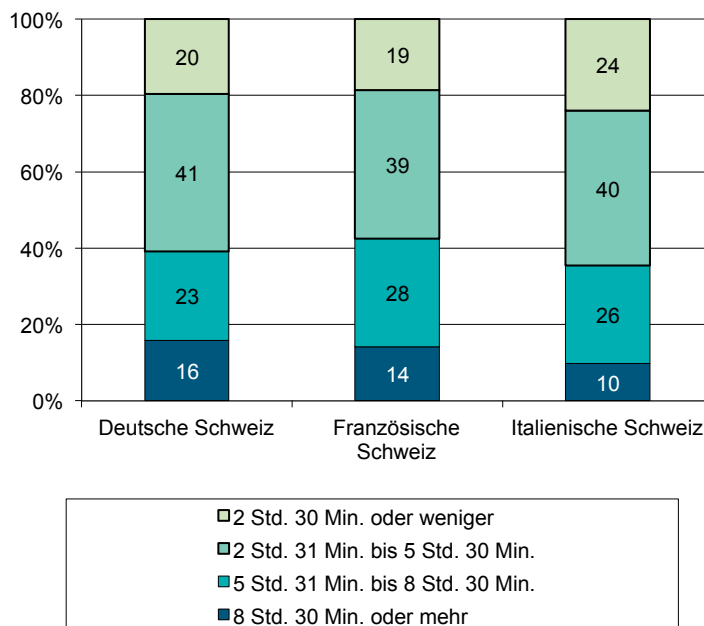
D) Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau und den sitzenden Tätigkeiten (in %) pro Tag, 2012 (Personen ab 25 Jahren)



Quelle: SGB 2012 (n=15'438)

In der Abbildung E wird das Ausmass der sitzenden Tätigkeiten für die drei Sprachregionen ausgewiesen. Es zeigt sich, dass die Befragten in der italienischen Schweiz etwas weniger Zeit mit sitzenden Tätigkeiten verbringen als diejenigen aus der Deutsch- oder der französischen Schweiz.

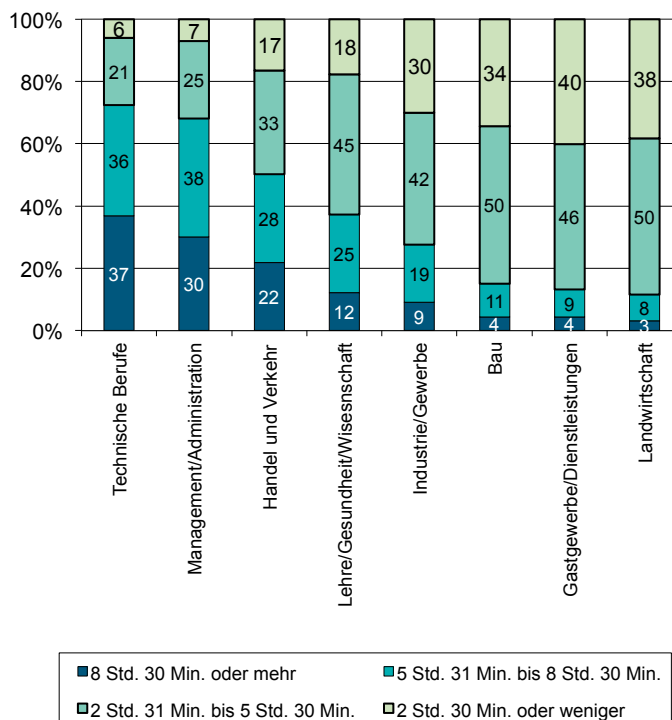
E) Zusammenhang zwischen der Sprachregion und den sitzenden Tätigkeiten (in %) pro Tag, 2012



Quelle: SGB 2012 (n=17'742)

Abbildung F zeigt das Ausmass der sitzenden Tätigkeiten in Abhängigkeit vom Beruf. Es ist naheliegend, dass Personen, die in der Landwirtschaft, auf dem Bau oder im Gastgewerbe/Dienstleistungsberufen arbeiten, am wenigsten Zeit sitzend oder ruhend pro Tag verbringen. Am anderen Ende der Skala finden sich die Personen mit typischen "Büroberufen" im Bereich der Technik sowie in der Administration oder dem Management, von denen gegen drei Viertel mindestens 5,5 Stunden pro Tag im Sitzen verbringen.

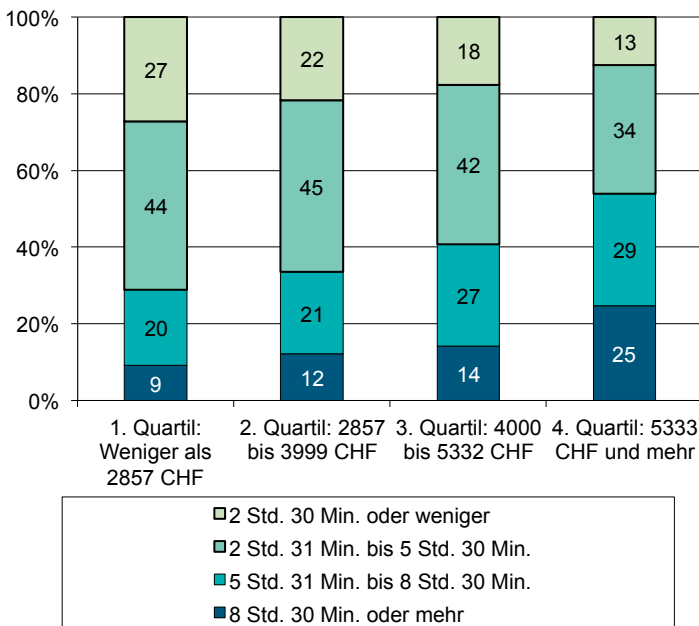
F) Zusammenhang zwischen dem Beruf und den sitzenden Tätigkeiten (in %) pro Tag, 2012



Quelle: SGB 2012 (n=17'742)

Wie Abbildung G zeigt, gibt es auch deutliche Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen. Personen, deren Einkommen im untersten Viertel der Verteilung liegt, verbringen deutlich weniger Zeit im Sitzen als solche, die zur obersten Einkommensgruppe gehören. Es ist anzunehmen, dass diese Unterschiede mit den unterschiedlichen beruflichen Tätigkeiten (vgl. Abbildung E) zusammen hängen.

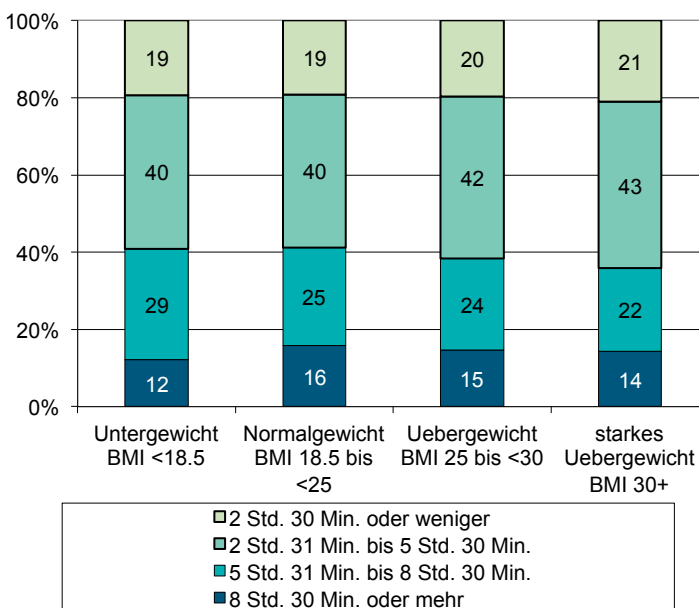
G) Zusammenhang zwischen dem Einkommen und den sitzenden Tätigkeiten (in %) pro Tag, 2012



Quelle: SGB 2012 (n=16'927)

Während im Hinblick auf den sozio-ökonomischen Status sehr deutliche Unterschiede bei der täglichen Sitzdauer auszumachen sind, zeigt sich beim BMI kaum ein Zusammenhang (vgl. Abbildung H). Übergewichtige oder adipöse Personen verbringen demnach nicht mehr Zeit im Sitzen oder Ruhen als Normal- oder Untergewichtige.

H) Zusammenhang zwischen dem BMI und den sitzenden Tätigkeiten (in %) pro Tag, 2012



Quelle: SGB 2012 (n=17'631)

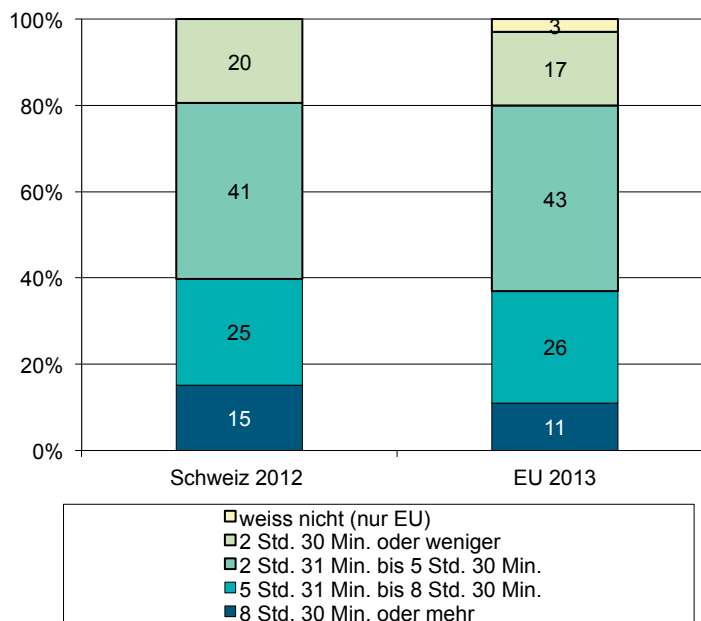
Auch im Hinblick auf das Ernährungsbewusstsein, die körperliche Aktivität oder die Nationalität der Befragten lassen sich kaum Unterschiede bei der täglichen Sitzdauer ausmachen (Ergebnisse hier nicht abgebildet).

Weitere Analysen zeigen, dass eine Vielzahl von gesundheitsrelevanten Merkmalen nur in sehr geringem Masse mit der Sitzdauer zusammenhängen. Eine Ausnahme bildet das Bewegungsverhalten, wobei tendenziell gilt: Je länger eine Person sitzt, desto weniger ist sie körperlich aktiv.

Werden die Sitzdauer und die körperliche Aktivität miteinander kombiniert, so zeigt sich gemäss einer in Vorbereitung befindlichen Studie überdies, dass nur rund ein Sechstel der Bevölkerung einen "sitzenden Lebensstil" mit einer langen Sitzdauer und wenig körperlicher Aktivität pflegt. Ein weiteres Fünftel gehört dem "bewegungsarmen" (wenig Bewegung bei relativ kurzer Sitzdauer), ein Viertel dem "kompensatorischen" (hohes Bewegungsniveau und lange Sitzdauer) und die übrigen rund zwei Fünftel dem "bewegten Lebensstil" (hohes Bewegungsniveau bei relativ kurzer Sitzdauer) an.

Auch wenn die Angaben aus einer aktuellen Eurobarometerstudie nicht vergleichbar sind, liegen die Ergebnisse der 28 EU-Staaten nahe bei denjenigen aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung. Und auch die weiter oben beschriebenen Geschlechts-, Alters-Bildungs- und Berufsunterschiede finden sich auch auf europäischer Ebene wieder.

I) Dauer der sitzenden Tätigkeiten im internationalen Vergleich, (in %) pro Tag



Quelle: SGB 2012 (n=17'742) und Special Eurobarometer 412 (vgl. Quellenangabe in der linken Spalte).

Weitere Informationen:

Bochud, M., A. Chatelan und J.M. Blanco (2017): Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Studie im Auftrag von BLV und BAG. Lausanne: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

European Commission, Directorate-General for Education and Culture (2014) Special Eurobarometer 412: Sport and physical activity. European Commission, ohne Ort.

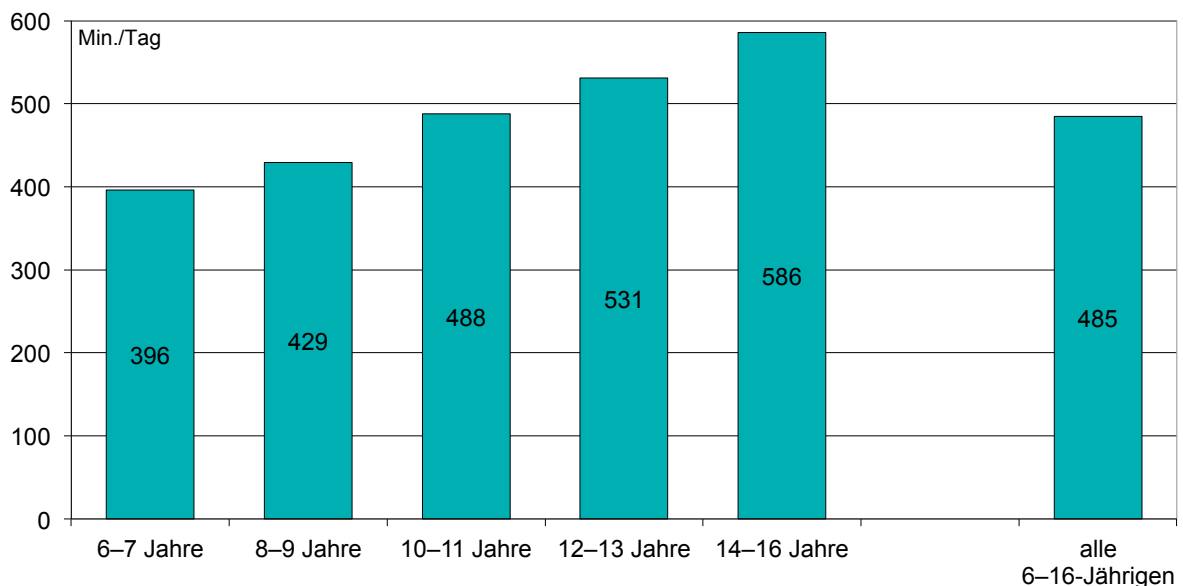
Eine Vertiefungsstudie zum Sitzen in der Schweiz auf der Grundlage des Omnibus 2011 und der SGB 2012 des Bundesamtes für Statistik ist gegenwärtig in Arbeit und wird ab Sommer 2015 auf der Website des BAG verfügbar sein.

Indikator 3.7: Sitzen und Ruhen, Kinder und Jugendliche

Nicht nur für die Erwachsenen, auch für Kinder und Jugendliche kann lang andauerndes Sitzen problematisch sein. In der SOPHYA-Studie des Swiss TPH der Universität Basel wurde die körperliche Aktivität von 6- bis 16-jährigen Kindern und Jugendlichen mittels Akzelerometer erfasst (vgl. Indikator 3.3). Als «sitzender Lebensstil» (sedentary behaviour) wird in der Studie die Zeit in Minuten definiert, während welcher der Bewegungsmesser weniger als 100 counts pro Minute aufzeichnet (z.B. Lesen oder Fernsehen).

Wie die folgende Abbildung zeigt, verbringen die Kinder und Jugendlichen tagsüber im Schnitt rund 8 Stunden (485 Min.) sitzend oder liegend, wobei die Schlafenszeit nicht mitberücksichtigt wird. Dabei fällt auf, dass die Dauer des Sitzens und Ruhens mit steigendem Alter deutlich zunimmt. Verbringen 6- und 7-jährige Kinder rund sechseinhalb Stunden täglich in einer ruhenden Stellung, so steigt dieser Wert mit zunehmendem Alter linear an, um bei den 14- bis 16-jährigen bereits knapp 10 Stunden zu betragen. Wie aus Indikator 3.3 weiter vorne hervorgeht, geht die körperlich aktive Zeit zwischen 6 und 16 Jahren deutlich zurück.

A) Durchschnittliche Anzahl Minuten, welche 6–16 Jährigen tagsüber sitzend oder liegend verbringen, nach Alter



Quelle: Bringolf-Isler et al. (2016), SOPHYA-Studie, n=1320.

Hinweis: Erfassung der Bewegung während der Messzeit tagsüber, die Schlafenszeit ist nicht enthalten.

Datenbasis

Die Ergebnisse stammen aus der SOPHYA-Studie (**S**wiss children's **O**bjectively measures **P**HYSical **A**ctivity), die 2014/15 durch das Schweizerische Tropen- und Public Health-Institut durchgeführt wurde, vgl. Bringolf-Isler B., Probst-Hensch N., Kayser B. und Suggs S.(2016): Schlussbericht zur SOPHYA-Studie. Basel: Swiss TPH

Weitere Hinweise zur SOPHYA-Studie finden sich in der Beschreibung der Datenbasis von Indikator 3.3 sowie unter: www.swisstph.ch/de/sophya.html

Weitere Resultate

Im Gegensatz zu den Altersunterschieden sind die Differenzen zwischen Mädchen und Knaben im Ausmass des Sitzens verhältnismässig gering (Abbildung B): Mädchen sitzen oder liegen im Durchschnitt rund eine halbe Stunde pro Tag länger als Knaben, die gemäss Indikator 3.3 zudem ein etwas höheres durchschnittliches körperliches Aktivitätsniveau aufweisen. Bei den Mädchen steigt die Dauer des Sitzens und Liegens zwischen der jüngeren und der älteren Altersgruppe überdies etwas stärker an (118 Minuten) als bei den Knaben (102 Minuten).

Die Familiensituation weist ebenfalls einen, wenn auch relativ geringen Zusammenhang mit dem Ruhen und Sitzen auf.

Kinder und Jugendliche, die mit Geschwistern bzw. anderen Kindern und Jugendlichen im gleichen Haushalt aufwachsen, sind körperlich etwas aktiver und verbringen pro Tag weniger Minuten sitzend oder liegend (Abbildung C).

Die tägliche Dauer ohne körperliche Bewegung erhöht sich auch leicht mit dem Umfang der Erwerbstätigkeit der Mutter. Ist die Mutter weniger als 20% erwerbstätig, so beträgt die Zeit im Schnitt 479 Minuten, bei einer Erwerbstätigkeit von 80% - 100% liegt die bewegungsfreie Zeit durchschnittlich bei 496 Minuten.

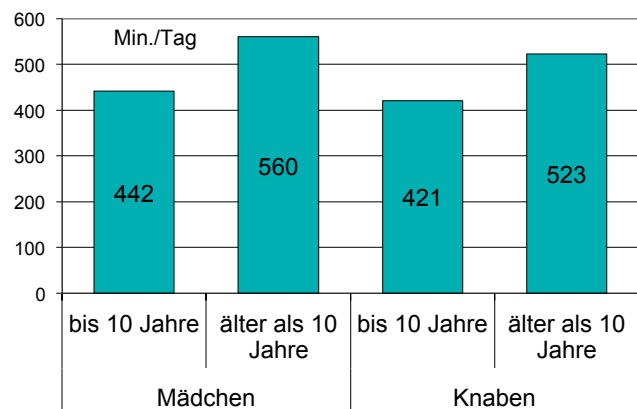
Schliesslich nimmt die sitzend oder liegend verbrachte Zeit der Kinder und Jugendlichen bei einer hohen Arbeitsbelastung *beider* Elternteile dann zu, wenn die Kinder nicht zusätzlich fremd betreut werden. Im Falle einer Fremdbetreuung zeigt sich kein Unterschied nach der Arbeitsbelastung der Eltern.

Weitere Analysen in der SOPHYA-Studie zeigen überdies, dass die Unterschiede im Umfang des Sitzens und Ruhens nach Sprachregion, Schulbildung und Einkommen der Eltern sowie Staatsangehörigkeit statistisch nicht signifikant sind.

Weitere Informationen:

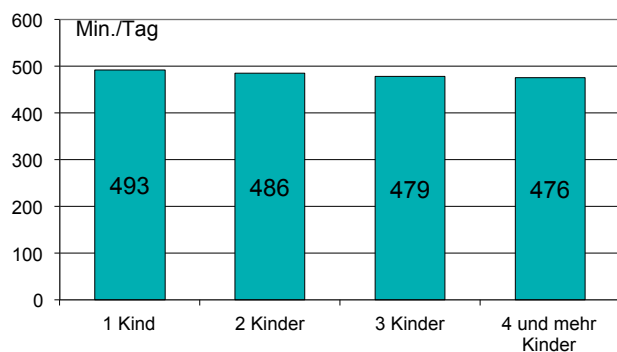
vgl. Quellenhinweis weiter oben und:
www.swisstph.ch/de/sophya.html

B) Durchschnittliche Anzahl sitzend oder liegend verbrachter Minuten nach Geschlecht (6- bis 16-Jährige)



Quelle: Bringolf-Isler et al. (2016), SOPHYA-Studie, n=1320.

C) Durchschnittliche Anzahl sitzend oder liegend verbrachter Minuten nach Anzahl Kinder unter 18 Jahren im gleichen Haushalt



Quelle: Bringolf-Isler et al. (2016), SOPHYA-Studie, n=1320.

Indikator 3.8: Sportliche Leistungsfähigkeit junger Erwachsener

Hinweis: Indikator 1.7 des Sportobservatoriums. Details finden sich unter: www.sportobs.ch

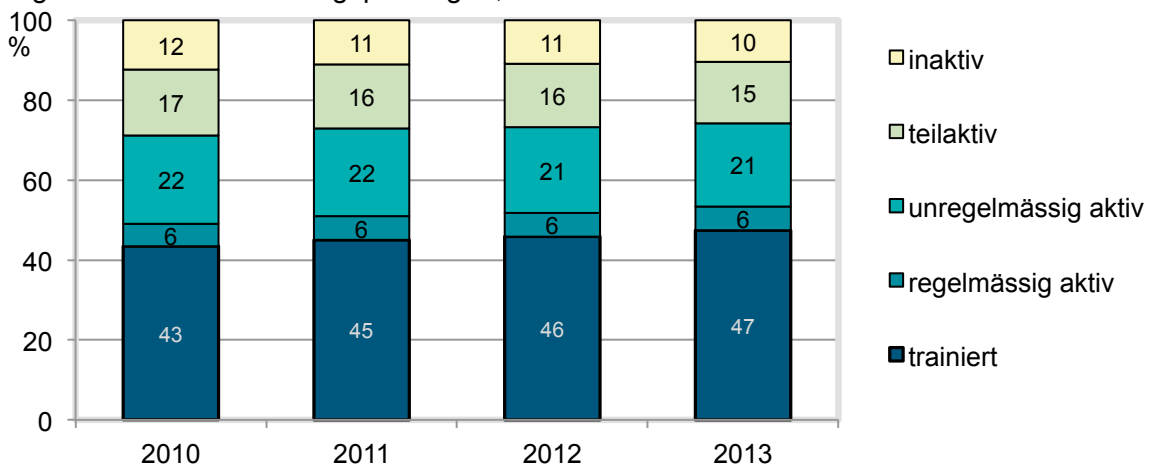
Bewegung und Sport wirken sich positiv auf die Psyche aus und schützen vor weit verbreiteten Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes mellitus Typ 2. Anlässlich der militärischen Aushebungen werden die Stellungspflichtigen medizinisch untersucht und bewältigen einen Fitnessstest. Seit dem Jahr 2006 werden sie überdies zu ihrem Bewegungsverhalten befragt.

Die Befragungsergebnisse der Jahre 2010 bis 2013 sind in der folgenden Abbildung dokumentiert. Die Angaben stammen von den Stellungspflichtigen, die den entsprechenden Fragebogen unabhängig davon ausgefüllt haben, ob sie am eigentlichen Fitnessstest teilgenommen haben. Die Antworten wurden den folgenden, bereits aus Indikator 3.1 bekannten Aktivitätskategorien zugeordnet:

- *trainiert*: Schwitzen durch Bewegung an mindestens 3 Tagen pro Woche.
- *regelmässig aktiv*: mindestens 5 Tage mit jeweils mindestens 30 Min. Aktivitäten mit mittlerer Intensität (ausser Atem kommen).
- *unregelmässig aktiv*: mindestens 150 Minuten mittlere Intensität pro Woche oder 2 Tage mit Schwitzepisoden. Diese und die vorangehenden Gruppen erfüllen die Empfehlungen.
- *teilaktiv*: mindestens 30 Minuten mittlere Intensität pro Woche oder 1 Tag mit Schwitzepisoden.
- *inaktiv*: keine nennenswerte Bewegungsaktivität.

Die Abbildung zeigt für den Zeitraum 2010 bis 2013 einen erfreulichen Trend: Erfüllten 2010 71 Prozent der Stellungspflichtigen die aktuellen Bewegungsempfehlungen, welche ein Minimum von 150 Minuten moderater Bewegung pro Woche postulieren, ist dieser Anteil bis 2013 leicht auf exakt drei Viertel angestiegen. Der Anteil der Inaktiven ist im selben Zeitraum von zwölf auf zehn Prozent gesunken. Vergleicht man die Angaben der Stellungspflichtigen mit denjenigen der Gesamtbevölkerung (vgl. Indikator 3.1), so fällt auf, dass beide Gruppen die Bewegungsempfehlungen in einem ähnlichen Mass erfüllen (Gesamtbevölkerung: 72%). Allerdings weisen die jungen Männer einen höheren Anteil an "Trainierten" (47%) auf als die Gesamtbevölkerung (28%), bei der dagegen die Anteile der regelmässig (15%) und unregelmässig Aktiven (29%) etwas höher sind.

A) Bewegungsverhalten der Stellungspflichtigen, 2010 - 2013



Quelle: Wyss et al. (2011 bis 2014). Fallzahlen: 2010: 34'866; 2011: 33'504; 2012: 33'084; 2013: 31'541.

Datenbasis

Die Resultate des Test Fitness bei der Rekrutierung werden jährlich durch das VBS und das Bundesamt für Sport publiziert. Der Indikator 1.7 des Sportobservatoriums enthält zusätzliche Angaben zum "Test Fitness bei der Rekrutierung" (TFR).

Vgl.: Wyss, Thomas, Stephan Zehr und Urs Mäder (2011): Test Fitness bei der Rekrutierung (TFR). Resultate 2010. Magglingen: EHSM.

Wyss, Thomas, Urs Mäder und René Ahlmann (2014): Test Fitness bei der Rekrutierung (TFR). Resultate 2013. Magglingen: EHSM.

Indikator 3.9: Teilnahme an Jugend + Sport (J+S) Angeboten

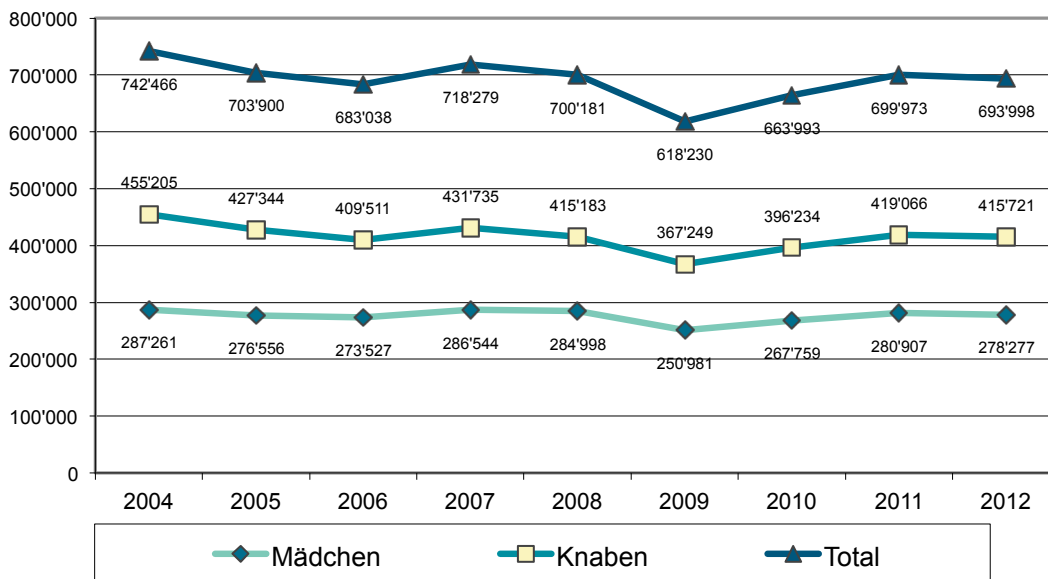
Hinweis: Indikator 1.5 des Sportobservatoriums. Details finden sich unter: www.sportobs.ch

Sportliche Aktivitäten stellen einen wesentlichen Teil der Bewegungsaktivität dar, die für die physische und psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen bedeutsam ist. Jugend+Sport (J+S) ist das zentrale Sportförderungsprogramm des Bundes für Kinder und Jugendliche. J+S wirkt subsidiär und gestaltet seine Angebote gemeinsam mit Kantonen, Verbänden und anderen Institutionen des Sports. Seit 2008 werden unter "J+S-Kids" auch Kurse und Lager für 5- bis 10-jährige Kinder angeboten.

Die folgende Abbildung zeigt, dass die knapp 55'000 J+S-Kurse und Lager des Jahres 2012 über 700'000 Teilnahmen verzeichneten. Nachdem bei den Knaben die Anzahl der Teilnehmer bis ins Jahr 2009 rückläufig war, stieg die Zahl seit 2010 wieder etwas an. Die Anzahl der Mädchen ist über die Jahre etwas stabiler geblieben, allerdings war auch hier im Jahr 2009 ein leichter Rückgang zu verzeichnen. Der Anstieg in jüngerer Zeit dürfte nicht zuletzt eine Folge der Einführung von "J+S-Kids" sein.

Die um Doppelzählungen bereinigte Netto-Zahl der effektiven Teilnehmenden entspricht ca. 60% der Brutto-Teilnahmen. Bei den rund 420'000 Kindern und Jugendlichen zwischen 10 und 20 Jahren, die 2011 und 2012 von J+S profitiert haben, handelt es sich um fast die Hälfte aller in der Schweiz lebenden Personen in diesem Alter.

A) Anzahl Teilnahmen an J+S-Angeboten, 2004-2012



Quelle: J+S Statistik, Bundesamt für Sport.

Datenbasis

J+S Statistik, Bundesamt für Sport.

Weitere Informationen zum Indikator finden sich auf der Website des Sportobservatoriums (Indikator 1.5)

Bereich 4: Körpergewicht

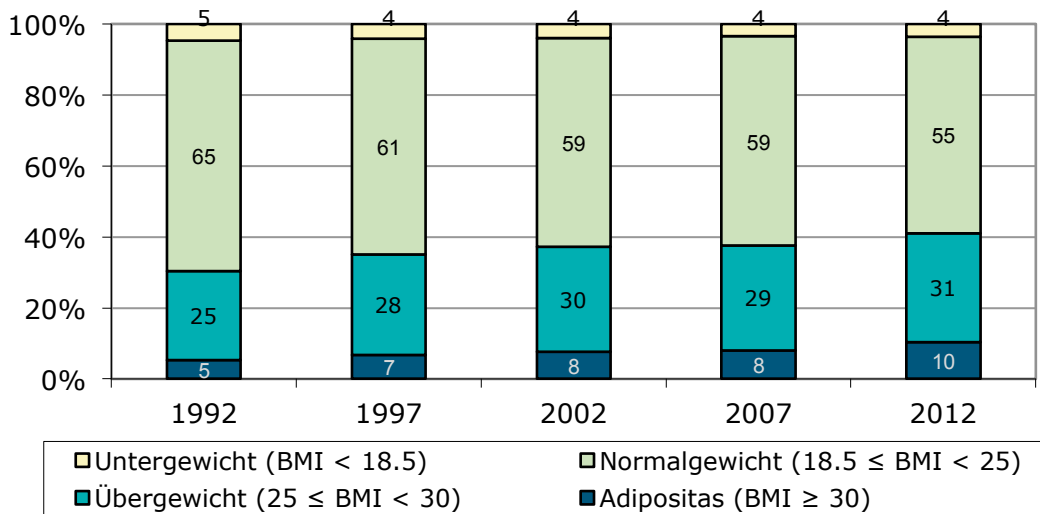
Indikator 4.1: BMI der erwachsenen Wohnbevölkerung (Befragungsdaten)

Hinweis: Indikator aus der Indikatorensammlung des Obsan; Details finden sich unter: <http://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren>

Das Körpergewicht gilt als guter Indikator für das Risiko einer Reihe von akuten und chronischen Erkrankungen und ist damit eine zentrale Zielgrösse von Initiativen in den Bereichen Ernährung und Bewegung. Übergewicht und vor allem Adipositas zählen zu den Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2 und einige Krebsarten. Die Definition von Übergewicht, Adipositas wie auch Untergewicht kann mit Hilfe der Grenzwerte des Body-Mass-Index (BMI) gemäss den WHO-Empfehlungen erfolgen.

Der Grafik lässt sich entnehmen, dass der Anteil der „normalgewichtigen“ Personen an der Gesamtbevölkerung im Zeitraum von zwanzig Jahren (1992-2012) um rund zehn Prozent (von 65 auf 55%) gefallen ist. Während sich der Anteil der untergewichtigen Personen über die Zeit leicht verringert hat, mussten 2012 41 Prozent der Bevölkerung als übergewichtig oder adipös bezeichnet werden (gegenüber 30% im Jahr 1992). Besonders stark – nämlich um rund 90% – zugenommen hatte über die Zeit der Anteil der adipösen Menschen. Nachdem sich die Entwicklung zwischen 2002 und 2007 auf hohem Niveau stabilisiert hatte, ist in jüngerer Zeit wieder eine leichte Zunahme des Anteils der übergewichtigen und adipösen Personen festzustellen (von 38% im Jahr 2007 auf 41% im Jahr 2012).

A) Kategorien des Body Mass Index (BMI) der Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren, 1992-2012



Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragungen des Bundesamtes für Statistik 1992 bis 2012.
Fallzahlen: 1992: 14'899; 1997: 12'821 ; 2002: 19'471; 2007: 18'473; 2012: n=21'382.

Datenbasis

Schweizerische Gesundheitsbefragungen (SGB) 1992 bis 2012 des Bundesamtes für Statistik. Die Daten der SGB umfassen die 15-jährige und ältere Wohnbevölkerung der Schweiz; Angaben zur Situation bei den Kindern und Jugendlichen finden sich in Indikator 4.2.

Für die Einschätzung des Körpergewichts kann der Body Mass Index (BMI) verwendet werden, der sich nach der folgenden Formel berechnet:

$$\text{BMI} = (\text{Körpergewicht in kg}) / (\text{Körpergrösse in m})^2$$

Die WHO hat eine Reihe von Grenzwerten definiert (vgl. Legende zur Grafik), mit denen sich unter-,

normal- und übergewichtige Personen unterscheiden lassen. Für Personen unter 18-Jahren wurden die Grenzwerte von Cole et al. (2000, 2010) verwendet.

Weitere Informationen finden sich in der Indikatorensammlung des Obsan.

Indikator 4.2: BMI von Kindern und Jugendlichen (direkte Messung)

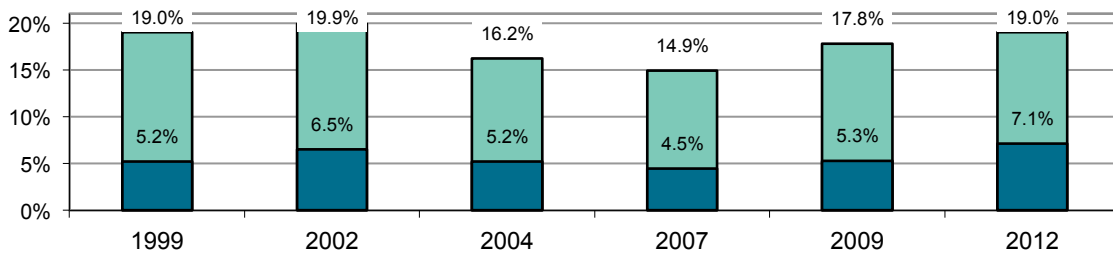
Hinweis: Der Indikator stammte ursprünglich aus der Indikatorensammlung von Gesundheitsförderung Schweiz, die vorderhand nicht weitergeführt wird. Der letzte Stand der Indikatoren ist auf der Website des MOSEB dokumentiert.

Auch für Kinder und Jugendliche stellt Adipositas ein Gesundheitsrisiko dar und kann zu psychischen sowie physischen Leiden führen. Bei der Einstufung für Übergewicht und Adipositas wird der alters- und geschlechtsabhängige Body-Mass-Index (BMI) verwendet.

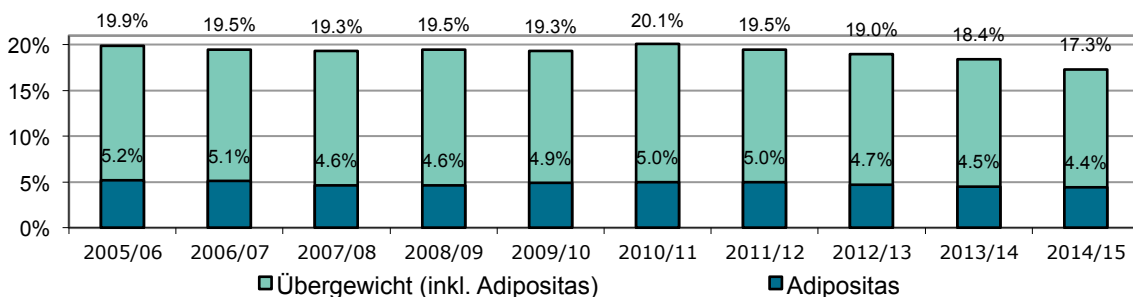
In der Schweiz liegen erst vereinzelte vergleichbare Messdaten zum BMI von Kindern und Jugendlichen vor. Die folgenden Abbildungen zeigen den Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlichen aus einer nationalen Studie der ETH Zürich sowie aus dem Projekt "BMI-Monitoring in Basel, Bern und Zürich" von Gesundheitsförderung Schweiz. Aus der ersten Darstellung geht hervor, dass der Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder auf der nationalen Ebene in den mittleren 2000er Jahren zunächst zurückgegangen ist, um bis 2012 wieder auf das Niveau der späten 1990er Jahre anzusteigen. Die Daten aus den Städten Basel, Bern und Zürich deuten dagegen auf eine stabile Entwicklung auf hohem Niveau während des Zeitraums 2005/06 bis 2010/11 und einen leichten Rückgang in den jüngsten Jahren hin. Beiden Studien lässt sich entnehmen, dass gegenwärtig rund ein Fünftel aller Schulkinder übergewichtig oder adipös sind.

Wird die Verbreitung von Übergewicht nach Schulstufen untersucht, so fällt auf, dass im Kindergarten erst rund 12 Prozent der Kinder übergewichtig oder adipös sind, während dieser Anteil auf der Mittelstufe bereits 21 und auf der Oberstufe 23 Prozent beträgt.

A) Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder im Alter von 6-12 Jahren, Schweiz 1999 bis 2012



B) Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder in den Städten Bern, Basel und Zürich, Schuljahre 2005/06 bis 2014/15 (Anteile in Prozent)



Hinweis: Die Kategorie "Übergewicht (inkl. Adipositas)" enthält sowohl die Übergewichtigen als auch die Adipösen. Den Anteil der Übergewichtigen, welche nicht adipös sind, erhält man, indem man den tieferen Wert vom höheren abzieht.
Quellen: Abbildung A: Murer et al. (2014); Abbildung B: Stamm et al. (2016).

Datenbasis

Abbildung A: Murer, S.B., S. Saarsalu, M.B. Zimmerman und I. Aeberli (2014): Pediatric adiposity stabilized in Switzerland between 1999 and 2012. Eur J Nutr 53: 865-875.

Abbildung B: Stamm, H., A.-S. Bauschatz, M. Ceschi, L. Guggenbühl, M. Lamprecht, M.

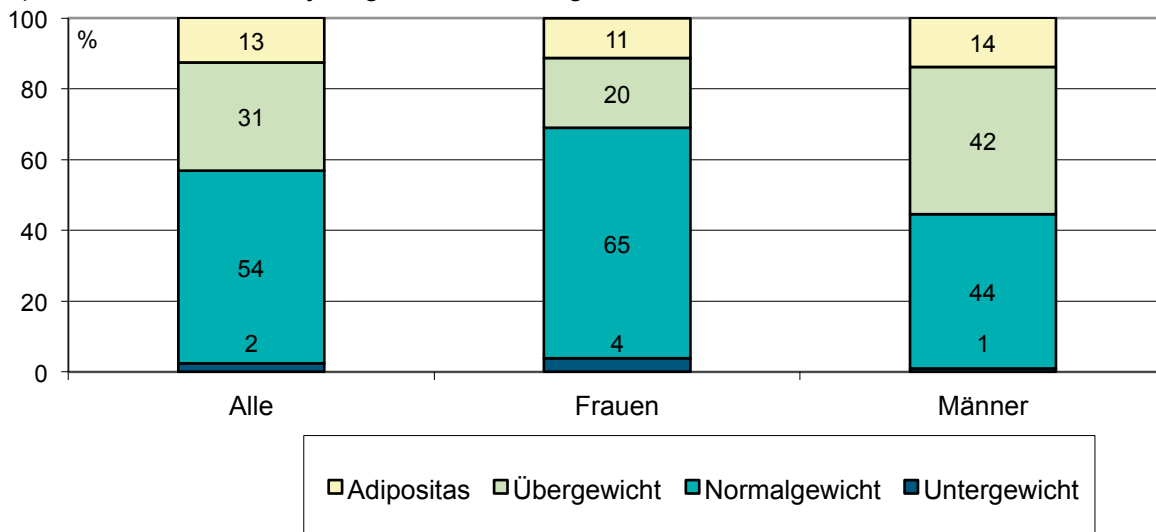
Ledergerber, N. Sperisen, K. Staehelin, S. Stronksi Huwiler, A. Tschumper und D. Wiegand (2016): Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich. Schuljahr 2014/15. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.

Indikator 4.3: BMI der erwachsenen Wohnbevölkerung (direkte Messung)

Der Body Mass Index (BMI) als Mass zur Bestimmung von Übergewicht und Adipositas ist insbesondere wegen seiner einfachen Messbarkeit weit verbreitet bei epidemiologischen Studien auf Bevölkerungsebene. Bei den Erwachsenen werden für seine Berechnung Angaben zum Körpergewicht und zur Körpergrösse benötigt.

Mittlerweile existieren in der Schweiz verschiedene Stichprobenuntersuchungen zum gemessenen BMI. Abbildung A enthält die Resultate aus der neuesten Studie menuCH, der nationalen Ernährungserhebung des Bundesamts für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV) in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG). Aus der Studie geht hervor, dass in den Jahren 2014/15 44 Prozent der 18- bis 75-jährigen Bevölkerung übergewichtig oder adipös waren. Der Anteil übergewichtiger oder adipöser Männer ist dabei fast doppelt so hoch (56%) als derjenige der Frauen (31%).

A) BMI der 18- bis 75-jährigen Bevölkerung, 2014/15



Quelle: menuCH von BLV und BAG, Bochud et al. (2017), n=2085.

Datenbasis

Aktuell stehen vier Datenquellen zur Verfügung (detaillierte Quellenhinweise am Schluss des Indikators):

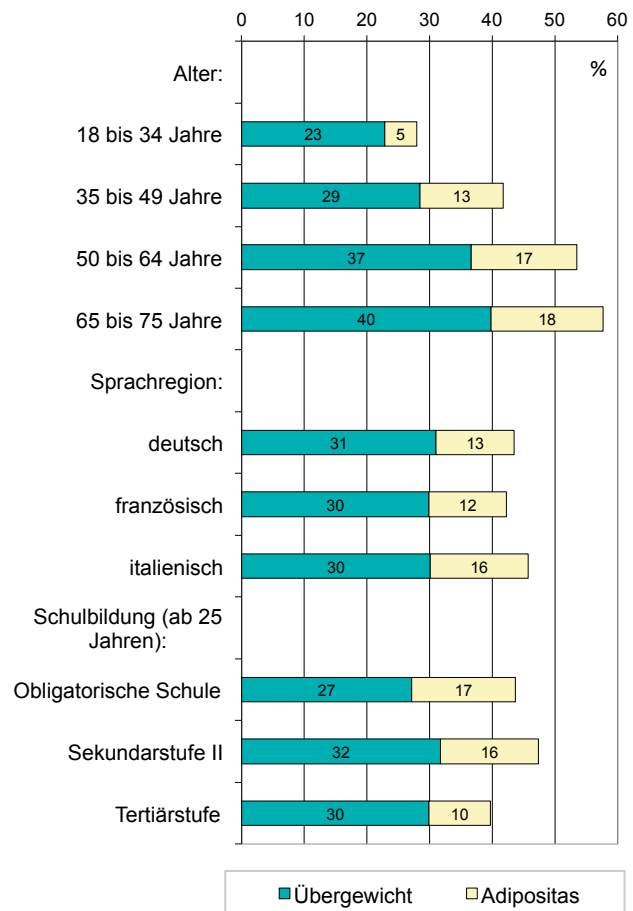
- menuCH, die nationale Ernährungserhebung des BLV und des BAG der Jahre 2014/15 (18-75-Jährige, n=2'085, vgl. Bochud et al. 2017).
- Studie zum Salzkonsum des Bundesamts für Gesundheit zum Salzkonsum der Bevölkerung der Schweiz der Jahre 2010/11 (15-Jährige und Ältere, n=1'445, vgl. Chappuis et al. 2014). wurde in den Jahren 2010/2011 bei einer Stichprobe von 1445 Personen der BMI gemessen (Abbildung D).
- Bus santé 1993 bis 2007. Die von den Hôpitaux Universitaires de Genève seit 1993 jährlich durchgeführte Erfassung des Gesundheitszustandes der Genfer Bevölkerung umfasst neben der Messung des BMI auch die körperliche Aktivität, die Essgewohnheiten sowie die Messung des Blutdrucks und die Blutentnahme zur Bestimmung der Blutfette. Die Stichprobe ist repräsentativ für die Genfer Bevölkerung von 35 bis 74 Jahren, sie lässt sich aber nur unter Einschränkungen für die gesamte Bevölkerung der Schweiz generalisieren.
- Daten aus den militärischen Rekrutierungen: Im Rahmen der Rekrutierungen werden bei den stellungspflichtigen jungen Männer verschiedene Körpermerkmale gemessen und erfasst. Eine Studie von Staub et al. (2010) enthält Resultate zur Entwicklung des BMI seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Die Entwicklung während des Zeitraums 2004-2015 ist in den Studien von Panczak et al. (2013) und Floris et al. (2016) dokumentiert.

Weitere Resultate

Abbildung B zeigt Detailresultate aus menuCH zur Verbreitung von Übergewicht und Adipositas nach Alter, Sprachregion und Bildungsstand. Auffallend ist der deutliche Anstieg des Anteils übergewichtiger und adipöser Personen mit steigendem Alter, der sich auch bei einer Analyse der Befragungsdaten in Indikator 4.1 zeigte.

Dagegen sind keine sprachregionalen Unterschiede nachweisbar. Mit Blick auf den Bildungsstand zeigt sich, dass Personen mit einer höheren Ausbildung seltener von (starkem) Übergewicht betroffen sind als andere Personen.

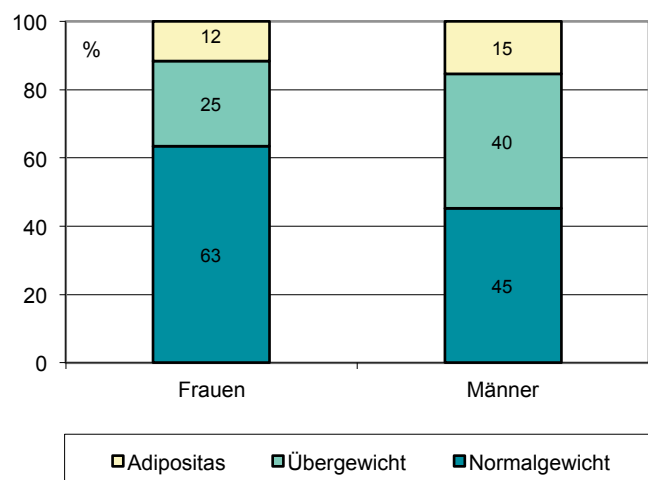
B) Prävalenz von Übergewicht und Adipositas nach Geschlecht, Sprachregion und Bildungsstand, 2014/15



Quelle: menuCH von BLV und BAG, Bochud et al. (2017)

Die zu Vergleichszwecken in Abbildung C festgehaltenen Resultate stammen aus einer Studie des Bundesamts für Gesundheit zum Salzkonsum der Bevölkerung der Schweiz aus den Jahren 2010/11. Die Befunde passen gut zu den Resultaten von menuCH und zeigen ebenfalls einen deutlich höheren Anteil übergewichtiger und adipöser Männer als Frauen.

C) Prävalenz von Normal- und Übergewicht sowie Adipositas in einer Stichprobe der Bevölkerung, nach Geschlecht, 2010/11

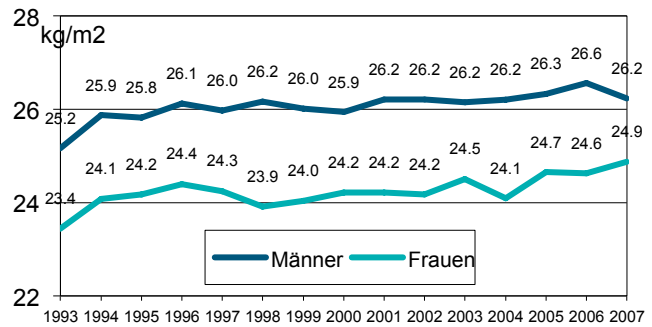


Quelle: Chappuis et al. (2011).

Eine sehr interessante Datenquelle ist der "Bus Santé" der Stadt Genf, wo seit 1993 jährlich ein repräsentativer Querschnitt der 35 bis 74-jährigen Bevölkerung durch geschultes Personal in einer mobilen epidemiologischen Einheit medizinisch untersucht wird.

Anlässlich dieser Untersuchungen werden Körpergrösse und -gewicht erfasst, welche die Grundlage für die Berechnung des Body Mass Index (BMI) darstellen. In Abbildung D ist für die Erhebungsjahre 1993 bis 2007 die Entwicklung des BMI von Genfer Frauen und Männern abgebildet. Für den gesamten Zeitraum ist sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen eine leichte Zunahme des BMI zu verzeichnen. Die Durchschnittswerte der Männer liegen dabei höher als diejenigen der Frauen.

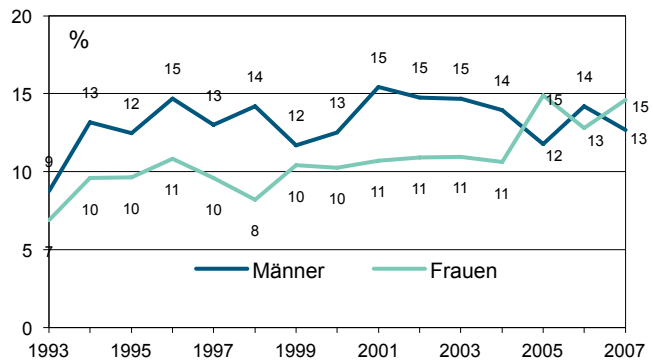
D) Entwicklung des BMI bei Genfer Frauen und Männern zwischen 35 und 74 Jahren, 1993 bis 2007 (arithmetische Mittelwerte)



Quelle: Bus Santé der Stadt Genf, 1993-2007, Fallzahlen: Männer=7069; Frauen=7027.

Abbildung E zeigt die Entwicklung des Anteils der von Adipositas (BMI ≥ 30) betroffenen Genfer Bevölkerung zwischen 1993 und 2007. Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen hat der Anteil der Bevölkerung mit Adipositas im Verlauf der letzten Jahre deutlich zugenommen: Der Anteil bei den Männern liegt im Jahr 2007 bei knapp 13%, derjenigen der Frauen etwas höher bei fast 15%. Der Anteil der adipösen Männer scheint sich aber seit 2001 auf hohem Niveau zu stabilisieren.

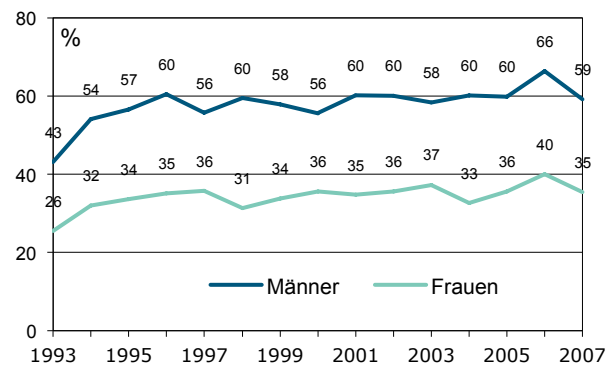
E) Entwicklung von Adipositas (BMI ≥ 30) bei der Genfer Bevölkerung, 1993-2007, in %



Quelle: Bus santé 1993- 2007; n Männer=7069, Frauen=7027.

Abbildung F zeigt die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas zwischen 1993 und 2007. Auch hier ist – insbesondere in den 1990er Jahren – eine Zunahme bei beiden Geschlechtern auszumachen, wobei die Männer deutlich häufiger von Übergewicht betroffen sind als die Frauen.

F) Entwicklung von Übergewicht und Adipositas (BMI ≥ 25) bei der Genfer Bevölkerung, 1993-2007, in %

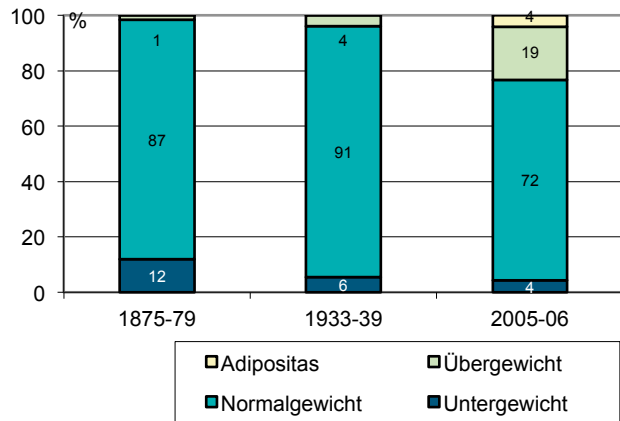


Quelle: Bus santé 1993- 2007; n Männer=7069, Frauen=7027. Dargestellt ist der Gesamtanteil der Übergewichtigen (25 \leq BMI < 30) und der Adipösen (BMI ≥ 30).

Die Abbildungen G bis L enthalten verschiedene Resultate von Studien, welche das Zentrum für Evolutionäre Medizin der Universität Zürich auf der Grundlage von Daten der Schweizer Stellungspflichtigen durchgeführt hat.

In Abbildung G ist zunächst die BMI-Entwicklung der Schweizer Stellungspflichtigen seit dem späten 19. Jahrhundert dargestellt. Aus der Darstellung geht hervor, dass Übergewicht im 19. Jahrhundert noch kaum ein Problem war: Weniger als zwei Prozent der jungen Männer waren übergewichtig oder adipös. Dieser Anteil ist bis ins frühe 21. Jahrhundert auf über zwanzig Prozent angestiegen. Im selben Zeitraum ist der Anteil der Untergewichtigen von knapp 12 Prozent um rund zwei Drittel auf aktuell etwas über vier Prozent gesunken.

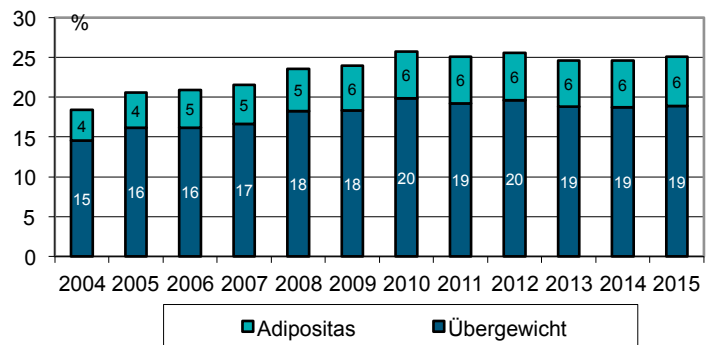
G) Anteil der unter-, normal-, übergewichtigen und adipösen Stellungspflichtigen, 1875 bis zur Gegenwart, in %



Quelle: Staub et al. (2010).

Aktuelle Entwicklungen bezüglich des BMI von Stellungspflichtigen sind in den Studien von Panczak et al. (2013), Staub und Rühli (2014) sowie Floris et al. (2016) dokumentiert, welche die Daten von Stellungspflichtigen für den Zeitraum 2004 bis 2015 analysiert und mit verschiedenen weiteren Merkmalen verknüpft haben.

H) Anteil der übergewichtigen und adipösen 19-jährigen Stellungspflichtigen, 2004-2015, in %



So geht aus Abbildung H hervor, dass der Anteil der übergewichtigen und adipösen 19-jährigen Stellungspflichtigen zwischen 2004 und 2010 von etwas über 18 auf knapp 26 Prozent zugenommen hat. Seit einigen Jahren zeichnet sich nun allerdings eine Stabilisierung auf hohem Niveau ab.

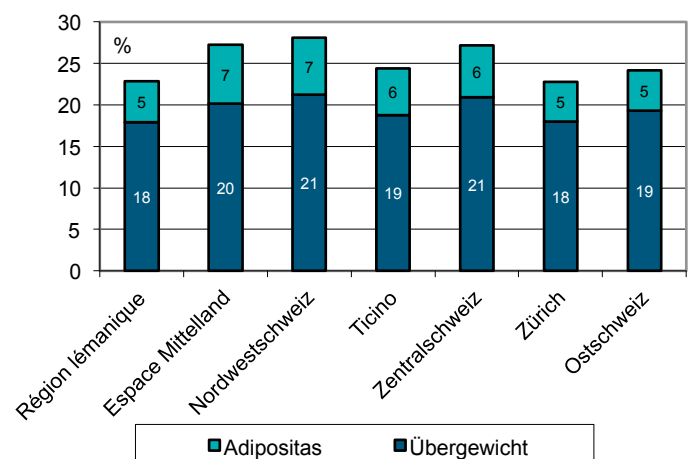
Quelle: Panczak et al. (2013), Staub und Rühli (2014), Floris et al. (2016).

Hinweis: Der Unterschied zu den Angaben in Abbildung G ist auf eine reduzierte Stichprobe in der Studie von Staub et al. (2010) zurückzuführen.

Die Abbildungen I bis L zeigen eine Reihe von Detailanalysen mit den Daten der Jahre 2010-2012.

I) Anteil der übergewichtigen und adipösen 19-jährigen Stellungspflichtigen nach Grossregion, 2010-2012, in %

So geht aus Abbildung I hervor, dass der Anteil der Übergewichtigen und Adipösen im westlichen Mittelland und der Nordwestschweiz am höchsten, in der Genferseeregion und in Zürich dagegen am geringsten ist.



Quelle: Panczak et al. (2013).

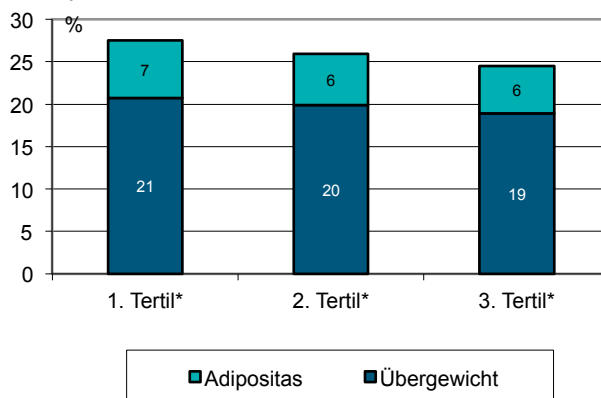
Wird die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in Beziehung zum durchschnittlichen Einkommen in den Herkunftsgemeinden der Stellungspflichtigen gesetzt, so ergibt sich das Bild in Abbildung K, aus dem hervorgeht, dass ein moderater Zusammenhang zwischen Einkommen und Übergewicht besteht.

Aufschlussreich sind auch die Resultate in Abbildung L. Hier wurden die Resultate zum Übergewicht mit Detailhandelsverkaufszahlen von Früchten und Gemüse einerseits und Süssgetränken und Chips andererseits verglichen. Gemäss der Abbildung beträgt der Anteil der Übergewichtigen und Adipösen dort, wo anteilmässig mehr Chips und Süssgetränke verkauft werden (1. Tertil), über 27%, während er dort, wo mehr Gemüse und Früchte verkauft werden (3. Tertil), bei knapp 24% liegt.

Weitere Informationen:

- Bochud, M., A. Chatelan und J.M. Blanco (2017): Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Im Auftrag von BLV und BAG. Lausanne: Inst. Univ. de Médecine Sociale et Préventive.
- Chappuis, A, M. Bochud, N. Glatz, P. Vuistiner, F. Paccaud und M. Burnier (2011): Swiss survey on salt intake: main results. Lausanne: Centre Hospitalier Universitaire Vaudois.
- Floris, J., N. Koepke, N. Bender, F. Rühli und K. Staub (2016): Der Body-Mass-Index der Schweizer Stellungspflichtigen 2015. Zürich: Institut für evolutionäre Medizin der Universität Zürich.
- Gaspoz, J., S. Beer-Borst, M. Costanza und A. Morabia (2009): Suivi des facteurs de risque cardiovasculaire dans la population genevoise de 1993 à 2007. Unité d'épidémiologie populationnelle. Geneve: Hôpitaux Universitaires de Genève.
- Panczak, R., U. Woitek, F. J. Rühli und K. Staub (2013): Regionale und sozio-ökonomische Unterschiede im Body Mass Index von Schweizer Stellungspflichtigen 2004-2012. Studie im Auftrag des BAG. Zürich: Zentrum für Evolutionäre Medizin der Universität Zürich.
- Staub, K., F. Rühli, U. Woitek und C. Pfister (2010): "BMI distribution/ social stratification in Swiss conscripts from 1875 to present." European Journal of Clinical Nutrition 2010: 1-6.
- Staub, K. und F. Rühli (2014): "Weitere Stabilisierung von Übergewicht und Adipositas." Schweiz. Ärztezeitung 2014, 95(48): 1826-1828.

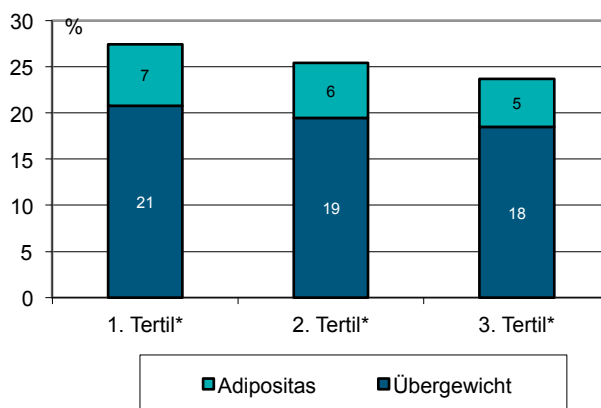
K) Anteil der übergewichtigen und adipösen 19-jährigen Stellungspflichtigen nach steuerbarem Äquivalenzeinkommen, 2010-2012, in %



* Auf der Grundlage von Daten der Eidgenössischen Steuerverwaltung wurde das durchschnittliche steuerbare Einkommen in den Schweizer Gemeinden in Bezug zum Anteil der Übergewichtigen/Adipösen gesetzt. Das 1. Tertil umfasst dasjenige Drittel der Gemeinden mit den geringsten Durchschnittseinkommen, das 3. Tertil dagegen das Drittel der Gemeinden mit den höchsten Durchschnittseinkommen.

Quelle: Panczak et al. (2013).

L) Anteil der übergewichtigen und adipösen 19-jährigen Stellungspflichtigen nach "Healthy Food Ratio"*, 2010-2012, in %



* Auf der Grundlage von Umsatzdaten des Detailhandels wurde das Verhältnis verkaufter Früchte/Gemüse gegenüber Süssgetränken/Chips berechnet. Das 1. Tertil umfasst diejenigen Stellungspflichtigen, welche in Wohnpostleitzahlen mit geringem Anteil (unterstes Drittel) an verkauften Früchten/Gemüsen gegenüber Chips/Süssgetränken wohnen. Analog dazu bezieht sich das 3. Tertil auf Stellungspflichtig, welche in den Gemeinden mit dem höchsten Anteil (oberstes Drittel) an verkauften Früchten/Gemüsen leben.

Quelle: Panczak et al. (2013).

Indikator 4.4: Bauchumfang/WHR

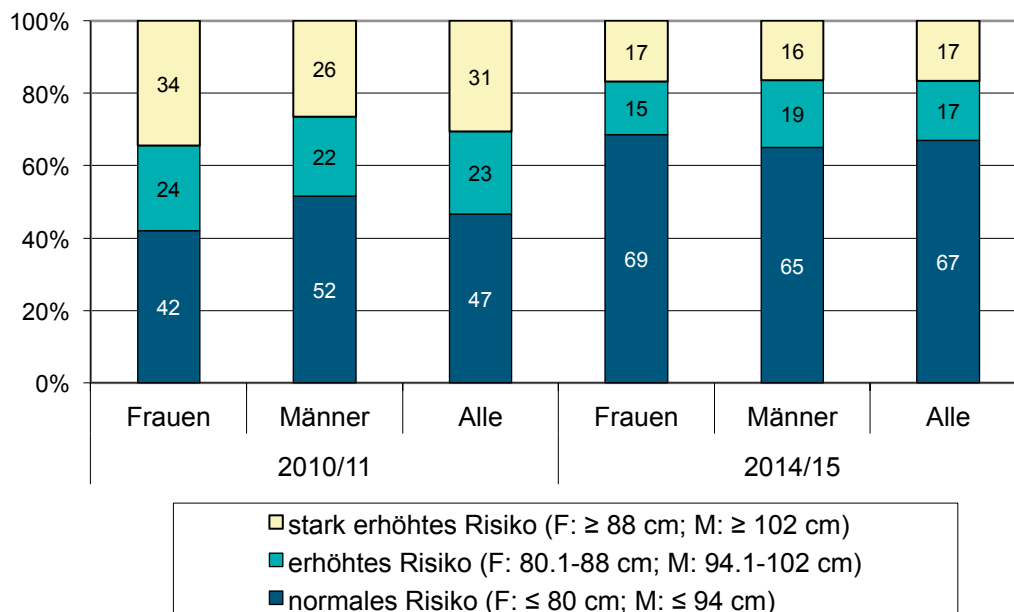
Das Risiko, an einer Reihe von nichtübertragbaren Krankheiten zu erkranken, zeigt einen Zusammenhang mit dem Bauchumfang (waist circumference). Um diese Risiken einzuordnen, schlägt die Weltgesundheitsorganisation (WHO 2011) die folgenden Grenzwerte vor:

Männer > 94 cm; Frauen > 80 cm: erhöhtes Risiko für verschiedene Krankheiten, insbesondere Bluthochdruck und Diabetes

Männer > 102 cm; Frauen > 88 cm: stark erhöhtes Risiko für verschiedene Krankheiten

Im Rahmen der ersten Studie des Bundesamts für Gesundheit (BAG) zum Salzkonsum der Bevölkerung der Schweiz wurde bei einer Stichprobe der Bevölkerung der Schweiz unter anderem auch der Bauchumfang bestimmt. Gemäss den in der Abbildung A dargestellten Resultaten, hat über die Hälfte der untersuchten Personen einen Bauchumfang, der auf ein (stark) erhöhtes Risiko für verschiedene nicht-übertragbare Krankheiten hindeutet. Dabei liegt der Anteil der Frauen mit einem (stark) erhöhten Risiko über demjenigen der Männer. Die Studie menuCH von BLV und BAG aus den Jahren 2014/15 weist eine deutlich geringere Prävalenz eines erhöhten Bauchumfangs (34%) aus, wobei nun die Frauen etwas bessere Werte aufweisen als die Männer. Der deutliche Unterschied lässt sich nicht mit den unterschiedlichen Stichproben erklären und steht auch im Widerspruch zum tendenziellen Anstieg der Anzahl Personen mit einem erhöhten BMI (vgl. Indikatoren 4.1 und 4.3)

A) Bauchumfang nach Geschlecht, 2010/11 und 2014/15 (Anteil verschiedener Risikogruppen in Prozent)



Quellen: 2011: Studie zum Salzkonsum des BAG, vgl. Chappuis et al. (2011); 2014/15: menuCH von BLV und BAG, vgl. Bochud et al. (2017).

Datenbasis

Daten der Erwachsenen:

Studie des Bundesamts für Gesundheit zum Salzkonsum (Stichprobe der 15-jährigen und älteren Bevölkerung der Schweiz, n=1445, vgl. Chappuis et al. 2011).

menuCH des Bundesamts für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen in Zusammenarbeit mit dem BAG (Stichprobe der 18- bis 75-jährigen

Bevölkerung, n= 2085, vgl. Bochud et al. 2017).

Daten der Kinder: Messung des Bauchumfangs in repräsentativen Stichproben von 6- bis 12-Jährigen in den Jahren 2007 und 2012 (vgl. Murer et al. 2014).

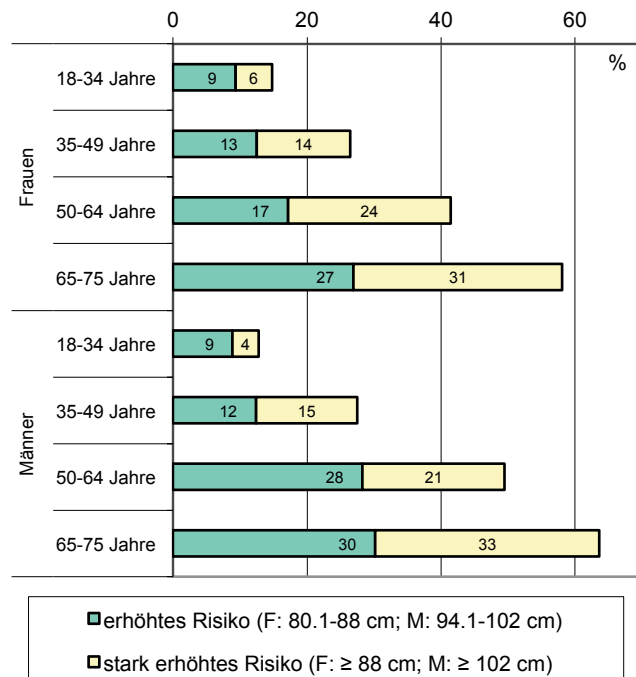
Daten der Stellungspflichtigen: Analyse von Daten aus einer Pilotstudie in den Rekrutierungszentren Mels und Windisch (n=1536, vgl. Koepke et al. 2016).

Weitere Resultate

Ergänzend zu Abbildung A zeigt Abbildung B die Verteilung von Männern und Frauen auf die verschiedenen Risikogruppen nach ihrem Alter. Auffällig ist die Tatsache, dass der Anteil der Personen mit einem stark erhöhten Krankheitsrisiko mit steigendem Alter deutlich ansteigt als derjenige von Personen mit einem lediglich erhöhten Risiko.

Der Studie von Bochud et al. (2017) ist zudem zu entnehmen, dass Frauen mit einer höheren Ausbildung deutlich seltener in die Kategorie eines (stark) erhöhten Risikos fallen als Frauen mit einer tiefen Schulbildung. Bei den Männern finden sich dagegen keine statistisch signifikanten Unterschiede nach Schulbildung.

B) Bauchumfang nach Geschlecht und Alter, 2014/15
(Anteil verschiedener Risikogruppen in Prozent)



Quelle: Bochud et al. (2017).

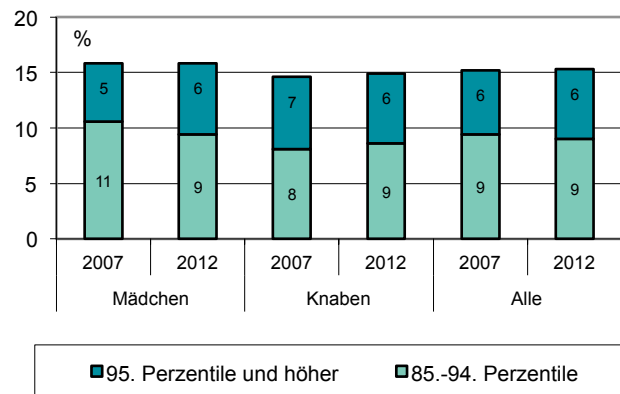
Zu verweisen ist in diesem Zusammenhang auch auf eine Pilotstudie von Koepke et al. (2016), in deren Rahmen sowohl der Hüftumfang als auch die Waist-to-Hip-Ratio von über 1'500 stellungspflichtigen jungen Männern untersucht wurde.

Gemäss jener Untersuchung wiesen knapp 10% der untersuchten Personen einen erhöhten Hüftumfang auf, und knapp 15% hatten eine Waist-to-Hip-Ratio, die als riskant eingeschätzt wird.

Eine neuere Studie von Murer et al. (2014) enthält Angaben zum Bauchumfang von 6- bis 12-jährigen Kindern. 2007 wurden dabei Perzentilsverteilungen* berechnet, welche für die Zuordnung der Resultate von 2012 erneut verwendet wurden.

Da die Perzentilen 2007 bestimmt wurden, erstaunt es nicht, dass 15 Prozent aller untersuchten Kinder in der 85. Perzentile oder höher liegen – schliesslich umfasst diese Gruppe ja exakt die 15 Prozent der Kinder mit dem grössten Bauchumfang. Interessant ist jedoch der Vergleich mit der Zuordnung von 2012, aus dem hervorgeht, dass der Anteil an Kindern mit einem erhöhten Bauchumfang nicht zugenommen hat. Der Befund bestätigt damit die in Indikator 4.2 diskutierten Resultate, dass der Anteil übergewichtiger Kinder und Jugendlicher aktuell nicht mehr weiter ansteigt.

C) Anteil von 6 bis 12-jährigen Kindern mit einem Bauchumfang ab dem 85. Perzentil*, 2007 und 2012



Quelle: Murer et al. (2014)

Weitere Informationen:

Bochud, M., A. Chatelan und J.M. Blanco (2017): Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Studie im Auftrag von BLV und BAG. Lausanne: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

Chappuis, A, M. Bochud, N. Glatz, P. Vuistiner, F. Paccaud und M. Burnier (2011): Swiss survey on salt intake: main results. Lausanne: Centre Hospitalier Universitaire Vaudois.

Koepke, N., J. Floris, N. Bender, F. Rühli und K. Staub (2016): Waist Circumference und Waist-to-Height-Ratio bei Schweizer Stellungspflichtigen 2016. Zürich: Insitut für Evolutionäre Medizin der Universität Zürich.

Murer, S.B., S. Saarsalu, M.B. Zimmerman und I. Aeberli (2014): Pediatric adiposity stabilized in Switzerland between 1999 and 2012. Eur J Nutr 53: 865-875.

WHO (2011): Waist-Circumference and Waist-Hip-Ratio. Report of a WHO Expert Consultation, Geneva, 8-11 December 2008. Geneva: WHO.

* Die Perzentile geben Auskunft über eine Verteilung. Dazu werden die Resultate nach den Messwerten angeordnet und in 100 gleichgrosse Gruppen unterteilt. In der 1. Perzentile liegt das Prozent der Untersuchungspersonen mit den geringsten Werten, während Personen oberhalb der 90. Perzentile zu den 10% mit den höchsten Messwerten gehören. Perzentilsverteilungen sagen nichts darüber aus, ob und welcher Teil der Kinder tatsächlich übergewichtig ist, denn selbst in einer Gesellschaft von normalgewichtigen Personen wären einige etwas schwerer als andere und würden daher in die höchsten Perzentilen fallen.

Indikator 4.5: Zufriedenheit von Erwachsenen mit dem eigenen Körpergewicht

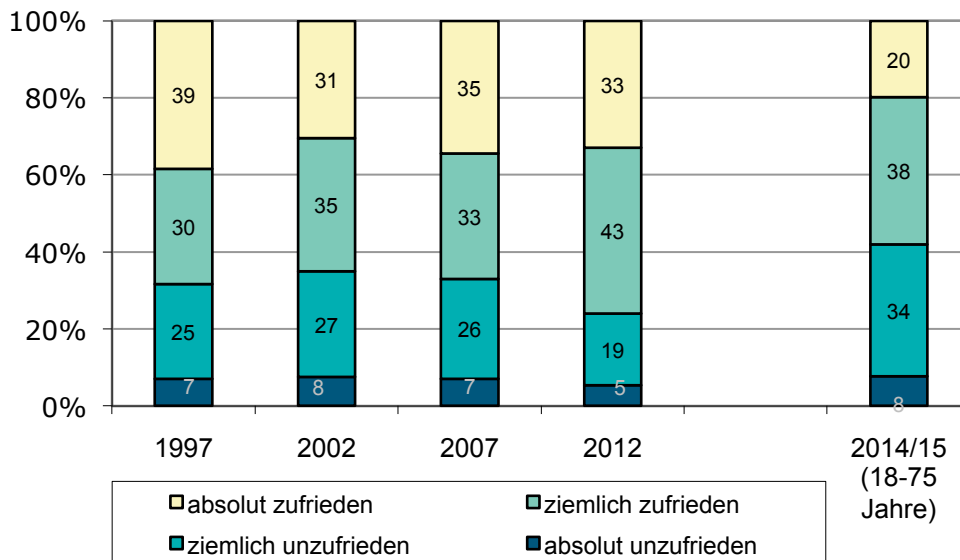
Hinweis: Der Indikator stammte ursprünglich aus der Indikatorensammlung von Gesundheitsförderung Schweiz, die vorderhand nicht weitergeführt wird. Der letzte Stand der Indikatoren ist auf der Website des MOSEB dokumentiert.

Die "Zufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht" stellt ein wichtiges Bindeglied zwischen dem Ernährungs- und Bewegungsverhalten einerseits und dem Körpergewicht andererseits dar. Massnahmen zur Reduktion des Körpergewichts sind meistens umso viel versprechender, je stärker die von Übergewicht betroffenen Personen für das Problem sensibilisiert und selber unzufrieden mit ihrem Gewicht sind.

Die Abbildung A zeigt, dass im Jahr 2012 eine Mehrheit von drei Vierteln der Schweizer Wohnbevölkerung (absolut) zufrieden mit ihrem Körpergewicht war. Wie der Vergleich der Jahre 1997 bis 2012 zeigt, ist dieser Anteil zunächst leicht zurückgegangen, um zwischen 2007 und 2012 wieder deutlich anzusteigen. Gleichzeitig ist der Anteil der Personen, die mit ihrem Gewicht nicht zufrieden sind, zwischen 2007 und 2012 um neun Prozent auf unter ein Viertel gesunken. Die Befunde stehen in Einklang mit den Resultaten aus der Bevölkerungsbefragung von Gesundheitsförderung Schweiz aus dem Jahr 2012, die ebenfalls einen höheren Anteil an Zufriedenen ausweist als die früheren Gesundheitsbefragungen.

Ganz rechts in der Abbildung finden sich zudem die Resultate aus menuCH, der nationalen Ernährungserhebung des Bundesamts für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV) in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG), die sich nur auf die 18- bis 75-jährige Bevölkerung bezieht, die offenbar etwas weniger zufrieden mit ihrem Körpergewicht ist als die 15-Jährigen und älteren, die 2012 in der SGB befragt wurden.

A) Zufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht, 1997 bis 2012 (15-jährige und ältere Personen) bzw. 2014/15 (18- bis 75-Jährige)



Quelle: 1997-2012: Schweizerische Gesundheitsbefragungen (SGB) des BFS; Fallzahlen: 1997: 12755; 2002: 18741; 2007: 17904; 2012: 20841). 2014/15: menuCH von BLV und BAG, Fallzahl: 2'085. Fragentext: "Sind Sie im Moment mit Ihrem Körpergewicht zufrieden?". Die Antwortkategorien waren 2014/15 etwas anders: "vollkommen zufrieden", "ziemlich zufrieden", "nicht ganz zufrieden", "überhaupt nicht zufrieden".

Datenbasis

Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1997 bis 2012 des Bundesamtes für Statistik (BFS).

menuCH des BLV und des BAG gemäss: Bochud, M., A. Chatelan und J.M. Blanco (2017): Anthropometric characteristics and indicators of

eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Studie im Auftrag von BLV und BAG. Lausanne: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

Indikator 4.6: Zufriedenheit von Kindern und Jugendlichen mit dem eigenen Körpergewicht

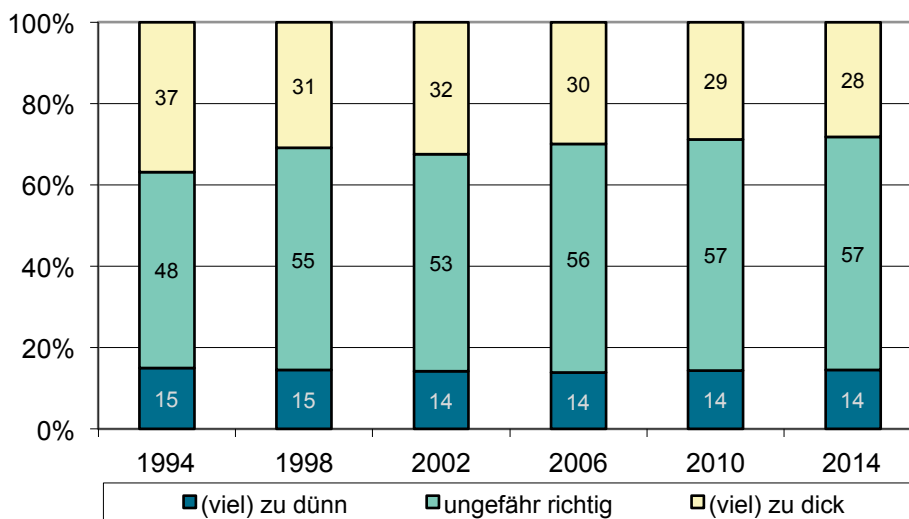
Hinweis: Der Indikator stammte ursprünglich aus der Indikatorenansammlung von Gesundheitsförderung Schweiz, die vorderhand nicht weitergeführt wird. Der letzte Stand der Indikatoren ist auf der Website des MOSEB dokumentiert.

Eine wichtige Voraussetzung, um das Körpergewicht verändern zu wollen und dies auch zu erreichen, sind die korrekte Selbsteinschätzung des eigenen Körpergewichts und die Sensibilisierung für Gewichtsfragen. Unzufriedenheit mit dem Körpergewicht kann daher eine wichtige Motivation zur Verhaltensänderung sein. Der vorliegende Indikator zeigt Einschätzungen des eigenen Gewichts durch Kinder und Jugendliche aus der HBSC-Studie von Sucht Schweiz.

Die folgende Abbildung zeigt, dass der Anteil derjenigen Kinder und Jugendlichen, die ihr Gewicht als "ungefähr richtig" bezeichnen, zwischen 1994 (48%) und 2014 (57%) deutlich angestiegen ist, während der Anteil derjenigen, die sich als (viel) zu dünn bezeichnen, ungefähr stabil geblieben ist (1994: 15%; 2014: 14%). Dagegen ist der Anteil derjenigen, die sich als (viel) zu dick bezeichnen, im selben Zeitraum deutlich von 37% auf 28% gefallen. Im Vergleich mit der letzten Befragung von 2010 gab es allerdings kaum Veränderungen.

Dieser Befund steht auf den ersten Blick in Widerspruch zur Zunahme des Anteils der übergewichtigen Kinder und Jugendlichen (vgl. Indikator 4.2). Wie weiteren, hier nicht dargestellten Resultaten zu entnehmen ist, hängen die Veränderungen in erster Linie damit zusammen, dass heute ein grösserer Teil der normalgewichtigen Kinder und Jugendlichen ihr Gewicht als angemessen einschätzt: Nur noch ein knappes Viertel (22%) dieser Kinder bezeichnet sich als zu dick, während es vor zwölf Jahren noch über ein Viertel (27%) war.

A) Einschätzung des eigenen Körpergewichts durch die 11-15-Jährigen, 1994 bis 2014



Quelle: HBSC von Sucht Schweiz, 1994 bis 2014; Fallzahlen (ungewichtet): 1994=5853; 1998=8641; 2002=9332; 2006=9523; 2010=9906; 2014=9644 Antworten auf die Frage: "Denkst Du, dass du.... viel zu dünn bist/ein bisschen zu dünn bist/ungefähr das richtige Gewicht hast/ein bisschen zu dick bist/viel zu dick bist?" 1994 und 1998 enthielt die Frage zudem die Antwortkategorie "darüber denke ich nicht nach", die für die Darstellung ausgeschlossen wurde.

Datenbasis

Health Behavior of School Aged Children (HBSC) der von Sucht Schweiz, 1994, 1998, 2002, 2006, 2010 und 2014.

Da sich die Alters- und Geschlechterverteilungen zwischen den Untersuchungsjahren leicht unterscheiden, wurde für die Analyse der gesamten Altersgruppe der 11- bis 15-Jährigen die Alters- und Geschlechterverteilung in der Gesamtbevölkerung berücksichtigt.

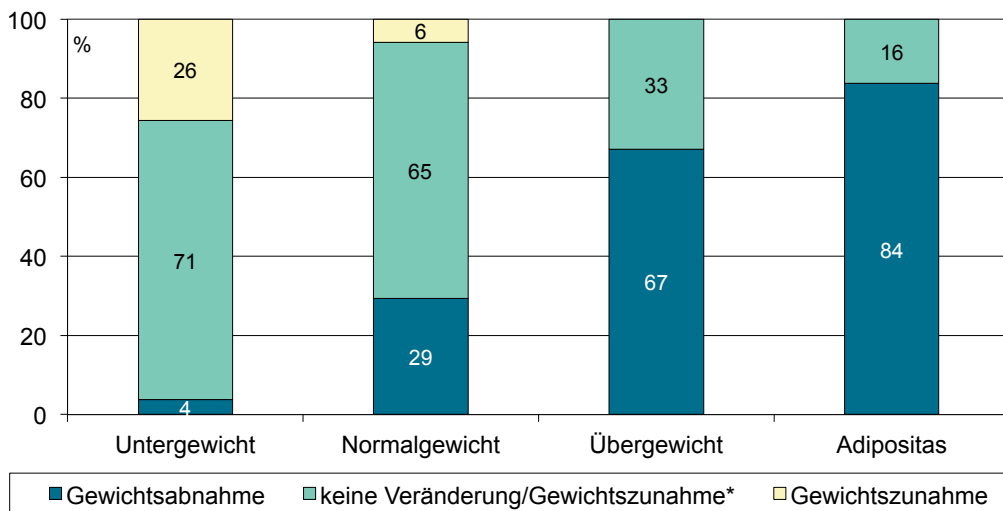
Indikator 4.7: Wunsch nach Gewichtsveränderung und Diäterfahrungen

Eine wirksame Bekämpfung von Übergewicht und Adipositas setzt bei den Betroffenen ein Bewusstsein für Gewichtsprobleme sowie die Bereitschaft voraus, Gewicht zu verlieren. Im vorliegenden Indikator sind ausgewählte Resultate zu diesem Thema zusammengefasst.

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) enthält eine Reihe von Fragen zum Wunsch nach einer Gewichtsveränderung sowie der gewünschten Veränderungsrichtung, die mit Angaben zum BMI der Befragten verknüpft werden können. Überdies lassen sich der SGB auch Angaben zu den bisherigen Diäterfahrungen entnehmen.

Wie die folgende Abbildung zeigt, möchten zwei Drittel der Übergewichtigen und über vier Fünftel der Adipösen abnehmen, während es bei den Normalgewichtigen knapp 30 Prozent sind. Rund jede 25. untergewichtige Person hegt den Wunsch, weiter Gewicht zu verlieren, während rund ein Viertel zunehmen möchte.

A) Zusammenhang zwischen dem Wunsch nach einer Gewichtsveränderung und dem BMI, 2012



Quelle: Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 des Bundesamtes für Statistik, n=20'647.

Antworten auf die Fragen: "Möchten Sie Ihr Gewicht verändern? Und welche von den folgenden Aussagen trifft auf Sie zu? Ich möchte abnehmen, aber das ist nicht meine grösste Sorge. / Ich möchte abnehmen und denke ständig daran. / Ich möchte zunehmen, aber das ist nicht meine grösste Sorge. / Ich möchte zunehmen und denke ständig daran."

* Aufgrund geringer Fallzahlen wurden bei den Übergewichtigen und Adipösen die Antwortkategorien "keine Veränderung" und "Gewichtszunahme" zusammengefasst.

Datenbasis

Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 2007 und 2012 des Bundesamtes für Statistik sowie menuCH 2014/15 des Bundesamts für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit gemäss Bochud et al. (2017, vgl. den Hinweis am Ende des Indikators).

Der Body Mass Index (BMI) ist wie folgt definiert:
 $BMI = (\text{Körpergewicht in kg}) / (\text{Körpergrösse in m})^2$
 Gemäss der Weltgesundheitsorganisation gelten für 18-jährige und ältere Personen folgende Grenzwerte:

falls $BMI < 18.5 \text{ kg/m}^2$: Untergewicht
 falls $18.5 \text{ kg/m}^2 \leq BMI < 25 \text{ kg/m}^2$: Normalgewicht
 falls $25 \text{ kg/m}^2 \leq BMI < 30 \text{ kg/m}^2$: Übergewicht
 falls $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$: Adipositas

Für Personen unter 18 Jahren existieren spezielle Formeln für die Berechnung der Grenzwerte.

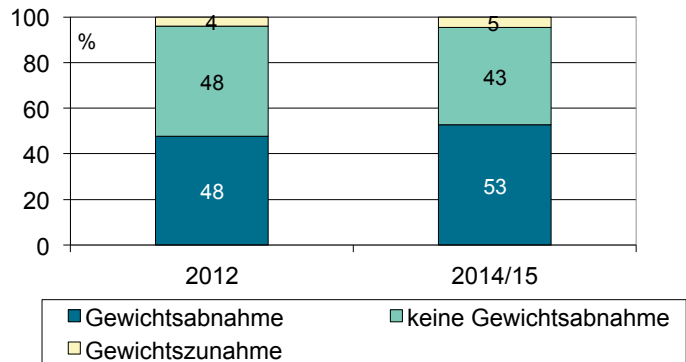
Für die Gegenüberstellung von SGB 2012 und menuCH 2014/15 wurde aus Gründen der Vergleichbarkeit nur die 18- bis 75-Jährige Bevölkerung berücksichtigt. Die Angaben zum Wunsch nach einer Gewichtsveränderung aus der SGB 2007 beziehen sich auf die 15-49-jährige Bevölkerung. Für den in Abbildung C dargestellten Zeitvergleich muss daher auch für 2012 auf diese kleinere Teilstichprobe zurückgegriffen werden.

Die Fragen nach den Diäterfahrungen (Abbildungen E und F) wurden allen Befragten gestellt. Um den Zusammenhang mit dem Wunsch nach einer Gewichtsveränderung darzustellen, konnten jedoch nur die 15-49-Jährigen berücksichtigt werden.

Weitere Resultate

In menuCH, der nationalen Ernährungserhebung von BLV und BAG, existiert ebenfalls eine Frage zum Wunsch nach Gewichtsveränderung, die in Abbildung B vergleichend zur SGB 2012 dargestellt ist. Es zeigt sich, dass in beiden Untersuchungen jeweils rund die Hälfte der Befragten ihr Gewicht reduzieren will, während die grosse Mehrheit des Rests das Gewicht halten möchte. Nur rund jede 20. Person möchte zunehmen.

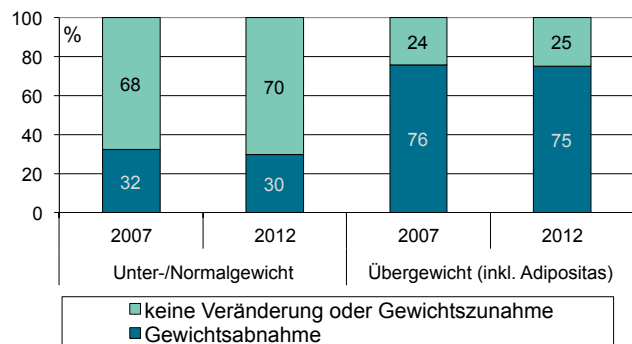
B) Wunsch nach einer Gewichtsveränderung, 2012 und 2014/15 (Bevölkerung im Alter von 18 bis 75 Jahren)



Quelle: 2012: Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 des Bundesamtes für Statistik, n=18'362; 2014/15: menuCH von BLV und BAG (n=2'085).. Fragen SGB 2012 gemäss Abbildung A; menuCH: Antworten auf die Frage: "Was trifft für Sie zu? Ich möchte abnehmen. / Ich möchte mein Körpergewicht beibehalten. / Ich möchte zunehmen."

Ergänzend zu den Abbildungen A und B zeigt Abbildung C, dass sich das Ausmass der Wünsche nach einer Gewichtsveränderung bei den 15- bis 49-Jährigen zwischen 2007 und 2012 kaum verändert hat. In beiden Untersuchungsjahren äusserten rund drei Viertel aller (stark) Übergewichtigen den Wunsch, Gewicht zu verlieren. Bei den Unter- und Normalgewichtigen waren es dagegen rund 30 Prozent.

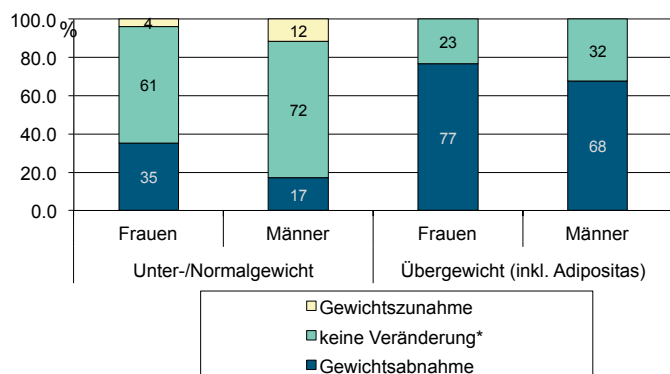
C) Zusammenhang zwischen BMI und dem Wunsch nach einer Gewichtsveränderung, 15-49-Jährige, 2007 und 2012



Quelle: SGB 2007 (n=9175;) und 2012 (n=11042).

Abbildung D enthält für das Jahr 2012 den Zusammenhang zwischen dem Wunsch nach einer Gewichtsveränderung, dem BMI und dem Geschlecht. Aus der Abbildung geht hervor, dass Frauen deutlich häufiger abzunehmen wünschen als Männer – und zwar unabhängig davon, ob sie übergewichtig sind oder nicht. Dieser Befund findet sich in abgeschwächter Form auch in menuCH.

D) Zusammenhang zwischen BMI, dem Wunsch nach einer Gewichtsveränderung und dem Geschlecht, 2012 (n=20647)



* Aufgrund geringer Fallzahlen wurden bei den Übergewichtigen und Adipösen die Antwortkategorien "keine Veränderung" und "Gewichtszunahme" zusammengefasst.

Abbildung E zeigt den Zusammenhang zwischen dem Körpergewicht, dem Wunsch nach einem Gewichtsverlust und dem Bildungsstand. Insbesondere bei den übergewichtigen Personen zeigt sich ein deutlicher Bildungseffekt in dem Sinne, dass höher gebildete Personen häufiger abnehmen möchten als Personen mit einem tieferen Bildungsabschluss. Dieser Befund findet sich in menuCH nicht: Hier äussert die mittlere Bildungsgruppe den stärksten Wunsch nach einem Gewichtsverlust. Die Unterschiede zwischen den drei Gruppen sind jedoch sehr gering.

In der SGB 2012 findet sich zudem ein Zusammenhang bezüglich des Haushaltseinkommens: Personen mit einem höheren Haushaltseinkommen äussern eher den Wunsch, Gewicht zu verlieren.

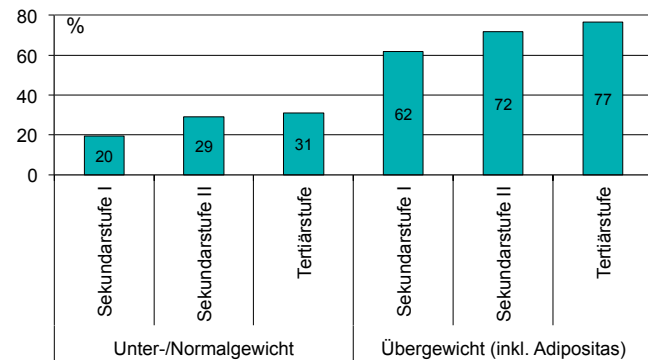
Aus Abbildung F gehen überdies die Unterschiede nach Nationalität und Herkunftsregion hervor, wobei sich die Migrant/innen aus Nord- und Westeuropa als besonders "gewichtsbewusst" erweisen. Am anderen Ende der Skala finden sich die Migrant/innen aus Ost- und Südeuropa, die am seltensten den Wunsch formulieren, abzunehmen.

In vielen Fällen geht der Wunsch, Gewicht zu verlieren, einher mit der ein- oder mehrmaligen Durchführung einer Diät. Gemäss der SGB 2012 haben in den 12 Monaten vor der Befragung 8.9% der Befragten eine Diät durchgeführt. Dieser Wert entspricht exakt dem Wert aus der SGB 2007, liegt aber unter den 12.5%, welche menuCH ausweist.

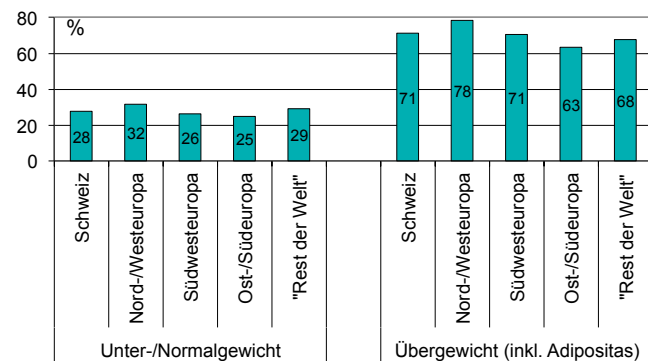
61 Prozent derjenigen, die eine Diät machten, waren Frauen. Wie Abbildung G zeigt, nehmen Frauen häufiger als Männer aus eigenem Antrieb, d.h. ohne medizinische Gründe, ab. Aus der Abbildung geht überdies hervor, dass "medizinische Gründe" für eine Diät mit zunehmenden Lebensalter eine grössere Rolle spielen.

Wird der Zusammenhang zwischen dem oben diskutierten Wunsch nach einer Gewichtsveränderung und den tatsächlichen Diäterfahrungen betrachtet, so zeigt sich, dass 13.1% derjenigen, die Gewicht zu verlieren wünschen, im vergangenen Jahr eine Diät gemacht haben. Bei den anderen Befragten waren es dagegen 5.6%.

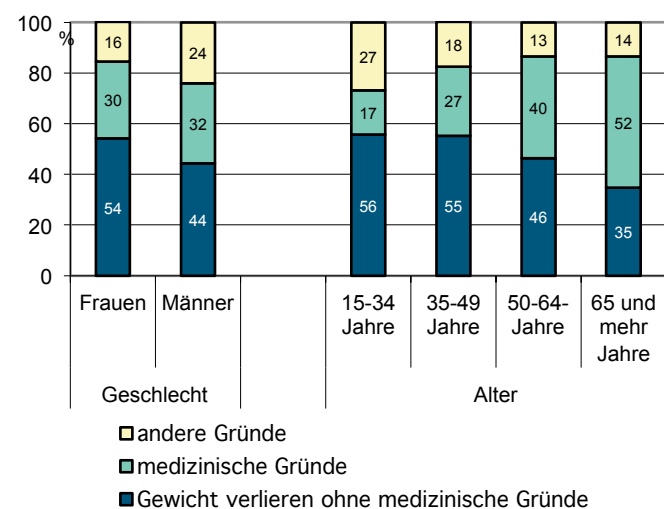
E) Zusammenhang zwischen BMI, dem Wunsch nach einem Gewichtsverlust und dem Bildungsstand, 2012 (25-jährige und ältere Personen, n=17707)



F) Zusammenhang zwischen BMI, dem Wunsch nach einem Gewichtsverlust und dem Migrationshintergrund, 2012 (n=20647)



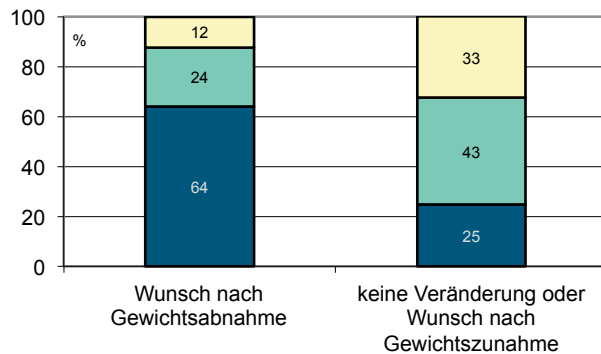
G) Gründe für die Durchführung einer Diät während der vergangenen 12 Monate nach Geschlecht und Alter, 2012 (n=1942)



Antworten auf die Fragen: "Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine spezielle Diät eingehalten? Warum hatten Sie eine spezielle Diät eingehalten?"
 Legende siehe Abbildung G.

Abbildung H zeigt die Motive für eine Diät in Abhängigkeit vom weiter oben diskutierten Wunsch nach einer Gewichtsveränderung: Dabei zeigt sich ein klarer Zusammenhang zwischen dem Wunsch nach Gewichtsverlust und der Durchführung einer Diät mit der Begründung "Gewicht verlieren zu wollen, ohne dass dies medizinische Gründe hatte". Bei den übrigen Befragten sind medizinische Gründe dagegen verbreiteter, wobei es in dieser Gruppe durchaus sein könnte, dass die Diät erfolgreich verlief und daher gegenwärtig kein weiterer Gewichtsverlust gewünscht wird.

H) Zusammenhang zwischen dem Wunsch nach einer Gewichtsveränderung und der Durchführung einer Diät während der vergangenen 12 Monate, 2012 (n=1885)



Diätmotive:

- andere Gründe
- medizinische Gründe
- Gewicht verlieren ohne medizinische Gründe

Weitere Informationen

BFS (2007): Übergewicht bei Erwachsenen in der Schweiz: Aspekte einer multifaktoriellen Problematik. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002. Neuchâtel: BFS.

Bochud, M., A. Chatelan und J.M. Blanco (2017): Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from Studie im Auftrag von BLV und BAG. 2014-15. Lausanne: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

Indikator 4.8: Durchschnittlicher BMI in der Subgruppe Übergewichtiger

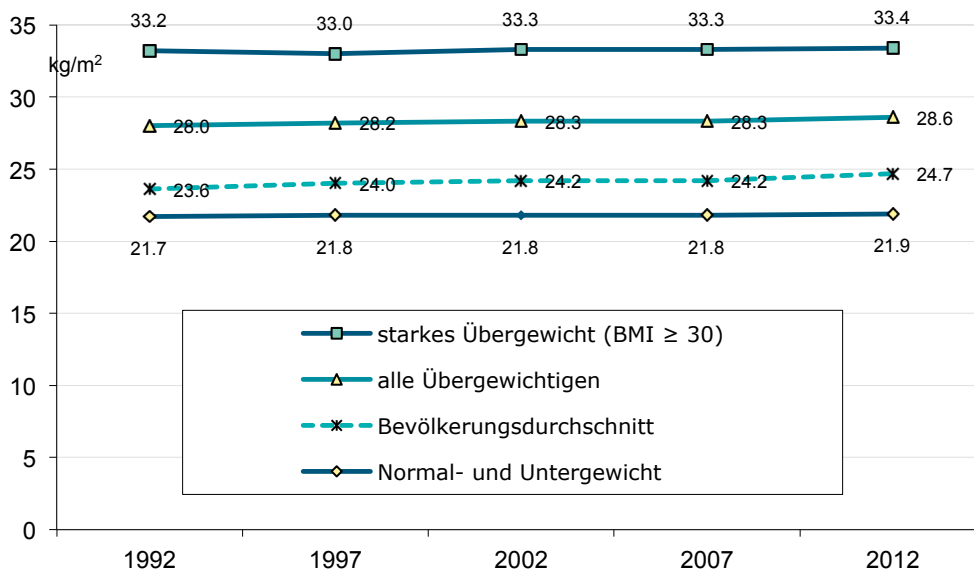
Hinweis: Der Indikator stammte ursprünglich aus der Indikatorensammlung von Gesundheitsförderung Schweiz, die vorderhand nicht weitergeführt wird. Der letzte Stand der Indikatoren ist auf der Website des MOSEB dokumentiert.

Übergewicht ist ein Risikofaktor für Adipositas, und Adipositas wiederum hat erhebliche negative Effekte auf die Gesundheit und die Entwicklung von nichtübertragbaren Beschwerden wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Daher interessiert die Frage, wie sich die Gruppen der Übergewichtigen und Adipösen im Verlauf der Zeit verändern. Vor diesem Hintergrund verdeutlicht die folgende Abbildung, wie sich der durchschnittliche BMI in verschiedenen Teilgruppen der Bevölkerung zwischen 1992 und 2012 verändert hat.

Wie sich der Abbildung entnehmen lässt, werden die übergewichtigen Personen nur bedingt schwerer: Der durchschnittliche BMI in der Gruppe der stark Übergewichtigen hat sich im Zeitraum 1992-2012 kaum verändert. Dass der durchschnittliche BMI in der Gesamtgruppe der Übergewichtigen leicht von 28.0 (1992) auf 28.6 (2012) angestiegen ist, kann in erster Linie auf die Tatsache zurückgeführt werden, dass die Gruppe der adipösen Menschen im selben Zeitraum stark angewachsen ist (vgl. Indikator 4.1). Dieselbe Entwicklung schlägt sich in der Entwicklung des durchschnittlichen BMI der Gesamtbevölkerung (1992: 23.6; 2012: 24.7) nieder, während sich der durchschnittliche BMI bei den Normal- und Untergewichtigen kaum verändert hat.

Die Befunde deuten damit darauf hin, dass die Schweizer Wohnbevölkerung im Aggregat als Folge des Anwachsens der Gruppe der Übergewichtigen zwar schwerer wird, dass die Übergewichtigen selbst im Jahr 2012 aber ein ähnliches durchschnittliches Gewicht aufwiesen wie zwanzig Jahre zuvor.

A) Durchschnittlicher BMI in verschiedenen Subgruppen der Bevölkerung der Schweiz, 1992-2012



Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragungen des Bundesamts für Statistik, 1992 bis 2012; Fallzahlen: 1992:14899; 1997:12821; 2002:19471; 2007:18473; 2012: 21382.

Datenbasis

Schweizerische Gesundheitsbefragungen des Bundesamtes für Statistik, 1992-2007.

Bereich 5: Gesundheitszustand

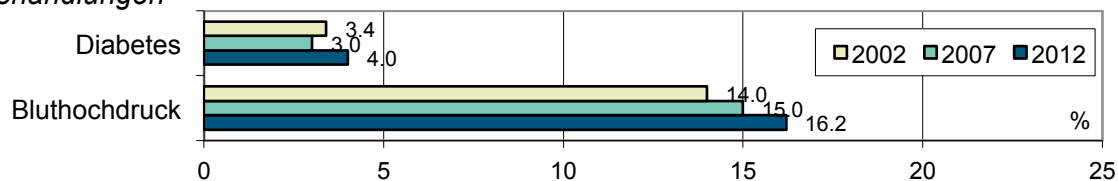
Indikator 5.1: Nicht übertragbare Krankheiten mit einem Bezug zu Ernährung und Bewegung

Nicht übertragbare Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus sowie Krebs- und Atemwegserkrankungen sind die häufigsten Todesursachen. Gemäss der WHO sind sie für insgesamt 86% aller Todesfälle und 77% der Krankheitslast in der europäischen Region der WHO verantwortlich. Diese Gesundheitsprobleme weisen gemeinsame Risikofaktoren und somit auch gemeinsame Präventionsmöglichkeiten auf. Fünf der sieben wichtigsten Risikofaktoren stehen mit Ernährung und Bewegung in Verbindung: Bluthochdruck, hoher Blut-Cholesterolgehalt, Übergewicht/Adipositas, geringer Früchte- und Gemüsekonsum und körperliche Inaktivität. Die beiden weiteren Risikofaktoren sind Tabak- und Alkoholkonsum. Der vorliegende Indikator enthält Hinweise zu verschiedenen nicht übertragbaren Krankheiten und Risikofaktoren (vgl. auch Indikatoren 2.1, 3.1, 4.1 und 4.4).

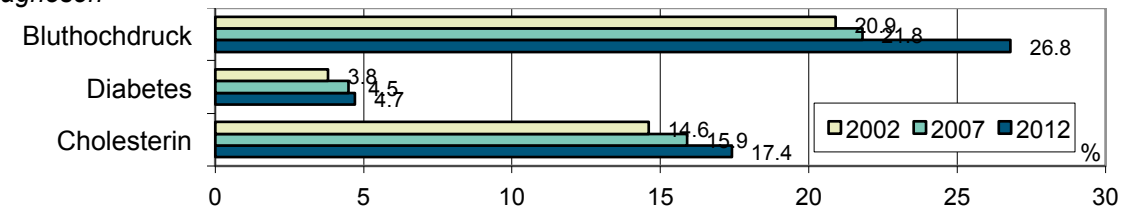
In der Abbildung ist auf der Grundlage der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) angegeben, welcher Anteil der Befragten in den Jahren 2002 bis 2012 wegen Diabetes und hohem Blutdrucks in Behandlung war und welcher Anteil entsprechende Diagnosen von ihren Ärzten erhalten hatte. Beide Zahlen sind zwischen 2002 und 2012 leicht angestiegen. Aktuell werden rund 16 Prozent der Bevölkerung wegen Bluthochdrucks und vier Prozent wegen Diabetes behandelt.

A) Ärztliche Behandlungen und Diagnosen von verschiedenen Erkrankungen mit einem Bezug zu Ernährung und Bewegung, 2002 bis 2012 (Prozentanteile)

Behandlungen*



Diagnosen



* keine Angaben zu den ärztlichen Behandlungen erhöhter Cholesterinwerte.

Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung des BFS 2002, 2007 und 2012, Antworten auf die Fragen: "Sind Sie in ärztlicher Behandlung gewesen wegen einer oder mehrerer der folgenden Krankheiten, oder sind Sie zurzeit in Behandlung?" (schriftlicher Fragebogen, n (2002) = 15'867; n(2007)=12'917-13'568; n (2012) = 17'847-17'909) sowie: "Hat Ihnen ein Arzt oder eine andere Person aus dem medizinischen Bereich einmal gesagt, Ihr Blutdruck/Cholesterin sei zu hoch/sie hätten Diabetes/seien zuckerkrank?" (telefonischer Fragebogen, n (2002)=18'072 - 18'654; n (2007)=18'501-18'665; n (2012)=21'461-21'566).

Datenbasis

Schweizerischen Gesundheitsbefragungen (SGB) 2002, 2007 und 2012 des Bundesamtes für Statistik. Neben den in Abb. A und M dargestellten Angaben zu den Diagnosen und Behandlungen, enthält die SGB Fragen zur Medikamenteneinnahme, die eine grössere Anzahl von Beschwerden umfassen, welche mit Ernährung und Bewegung in Zusammenhang stehen können (vgl. Abb. B bis G).

Das Indikatorensystem des Obsan enthält zudem Angaben zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen und zur Prävalenz von Hirnschlag (Abb. N bis P), während

die Daten zur Inzidenz von Dickdarmkrebs (Abb. Q) vom BFS stammen.

Weitere Daten stammen aus der Studie des BAG zum Salzkonsum der Bevölkerung der Schweiz (Abb. C) und dem "Bus Santé" (Abb. H bis L), in dessen Rahmen seit 1993 repräsentative Stichproben Genfer Bevölkerung im Alter zwischen 35 und 74 Jahren untersucht werden.

Hinweis: Hier wird der WHO-Begriff der "nichtübertragbaren Krankheiten" verwendet, während in der Berichterstattung von BFS und Obsan von "chronischen Krankheiten" die Rede ist.

Weitere Resultate

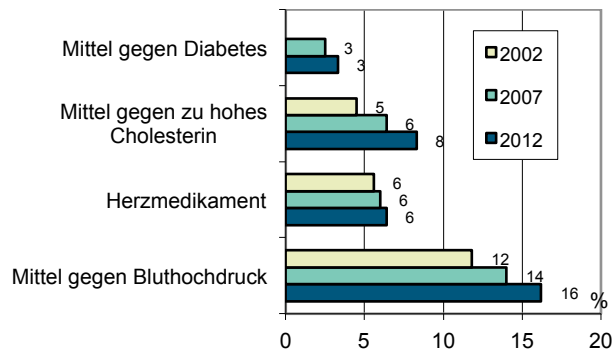
In Abbildung B ist die Einnahme von vier Medikamenten während der letzten 7 Tage aufgeführt: Mittel gegen Diabetes, Herzmedikamente, Mittel gegen zu hohes Cholesterin und gegen Bluthochdruck. Im Jahr 2002 wurde die Einnahme von Mitteln gegen Diabetes nicht abgefragt.

2012 gab ungefähr jede sechste befragte Person an, während der letzten Woche einmal ein Mittel gegen Bluthochdruck genommen zu haben. Jeweils rund sechs Prozent haben ein Mittel gegen zu hohes Cholesterin und/oder ein Herzmedikament verwendet. Mittel gegen Diabetes wurden jeweils von etwa drei Prozent der Befragten eingenommen. Im Vergleich zu 2002 und 2007 hat die Einnahme der erwähnten Medikamente leicht zugenommen, am meisten bei den Cholesterinmedikamenten und den Mitteln gegen Bluthochdruck.

Abbildung C zeigt die bei einer Stichprobe von rund 1500 Personen gemessenen Prävalenzen von Bluthochdruck nach Altersgruppe: Während die jüngsten Untersuchungspersonen kaum unter hohem Blutdruck leiden, nehmen die entsprechenden Prävalenzen insbesondere bei den älteren Männern deutlich zu. Insgesamt sind 26 Prozent der Untersuchungspersonen von Bluthochdruck betroffen, womit die gemessene Prävalenz höher liegt als die in der SGB erfragte. Gleichzeitig liegen die Resultate in der Nähe der Befunde aus dem Genfer Bus Santé (vgl. Abbildung J).

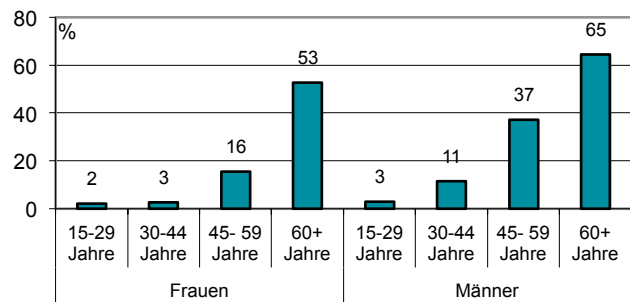
Abbildung D enthält für das Jahr 2012 den Zusammenhang zwischen der Einnahme der oben beschriebenen Medikamente und dem Geschlecht. Während sich bei den Mitteln gegen Bluthochdruck kein Geschlechterunterschied zeigt, werden die übrigen Mittel häufiger von Männern eingenommen.

B) Einnahme verschiedener Medikamente während der vergangenen 7 Tage, 2002 - 2012



Antworten auf die Frage: "Wie oft haben Sie in den letzten 7 Tagen [die entsprechenden Medikamente] genommen?".
Quelle: SGB 2002 (n=19'075-19'676); 2007 (n=18'696-18'720) und 2012 (n=21'558-21'579).

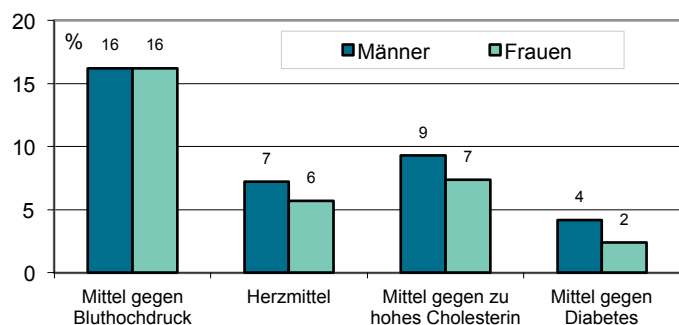
C) Prävalenz von Bluthochdruck* nach Geschlecht und Alter, 2010/11, in %



Studie des BAG zum Salzkonsum der Bevölkerung der Schweiz, vgl. Chappuis et al. (2011).

* Bluthochdruck ist definiert als ein Druck $\geq 140/90$ mm Hg oder Einnahme eines blutdrucksenkenden Medikaments.

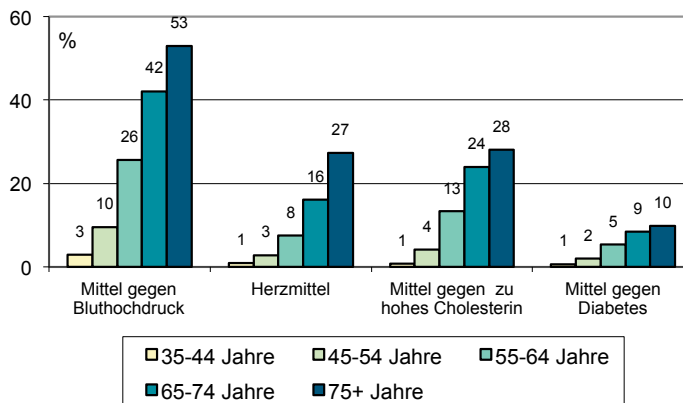
D) Zusammenhang zwischen Medikamenteneinnahme und dem Geschlecht, 2012



Quelle: SGB 2012 (n=21'558-21'579).

Aus Abbildung E geht hervor, dass der Konsum der aufgeführten Medikamente erwartungsgemäss umso häufiger ist, je älter die Befragten sind. (Die 15 bis 34 Jährigen sind wegen der zu geringen Fallzahlen aus der Darstellung ausgeschlossen worden.)

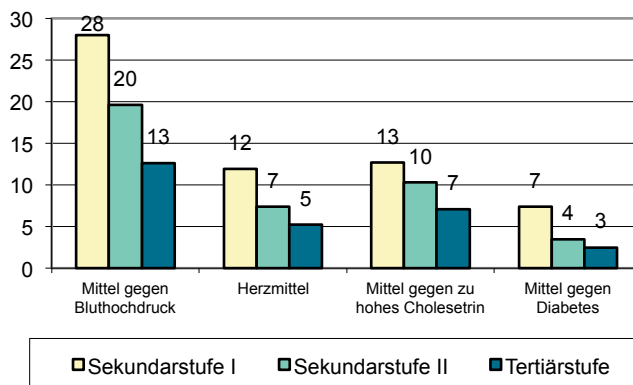
E) Zusammenhang zwischen der Medikamenteneinnahme und dem Alter, 35jährige und ältere Personen, 2012



Hinweis: Die Angaben zu den 35-44 Jährigen, die Mittel gegen Diabetes nehmen, basieren auf weniger als 30 Fällen.
Quelle: SGB 2012 (n je nach Mittel zwischen 15'953 und 15'973).

Die Abbildung F beschreibt den Zusammenhang zwischen der Schulbildung und dem Medikamentenkonsum. Je höher das Bildungsniveau, umso weniger wurden die beschriebenen Mittel in den letzten 7 Tagen eingenommen. Dabei sind die Unterschiede zwischen den Personen mit einem Abschluss der Sekundarstufe II oder der Tertiärstufe in der Regel geringer als diejenigen zwischen den beiden tieferen Bildungsniveaus. Personen mit keinem oder lediglich einem obligatorischen Abschluss (Sekundarstufe I) konsumieren die dargestellten Medikamente in den meisten Fällen mehr als doppelt so häufig wie Personen mit tertiärem Bildungsabschluss.

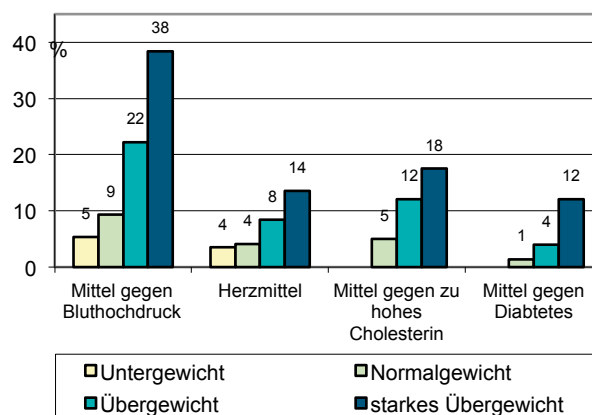
F) Zusammenhang zwischen der Medikamenteneinnahme und dem Bildungsniveau, 2012 (25-jährige und ältere Personen)



Quelle: SGB 2012 (n je nach Mittel zwischen 18'471 und 18'491).

Abbildung G zeigt den Zusammenhang zwischen dem BMI und der Medikamenteneinnahme. Personen mit (starkem) Übergewicht haben in den sieben Tagen vor der Befragung deutlich häufiger zu den oben beschriebenen Mitteln gegriffen als Normal- oder Untergewichtige. Vor allem bei den Diabetesmitteln und den Mitteln gegen zu hohen Blutdruck sind die Unterschiede sehr deutlich.

G) Zusammenhang zwischen Medikamenteneinnahme und BMI, 2012



Diese Befunde sind insofern nicht erstaunlich, als (starkes) Übergewicht zu den wichtigen Risikofaktoren für Bluthochdruck, Herz-Kreislaufkrankheiten und Diabetes gehört.

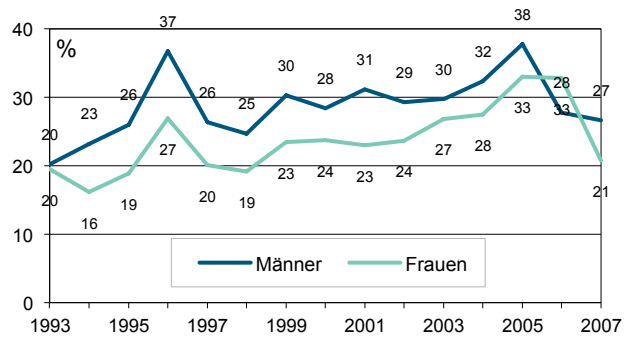
Hinweis: Die Angaben zu den untergewichtigen Personen, die Mittel gegen zu hohes Cholesterin und gegen Diabetes nehmen, basieren auf weniger als 30 Fällen und werden nicht dargestellt.

Quelle: SGB 2012 (n je nach Mittel zwischen 21'348 und 21'355).

Die Daten für die folgenden Abbildungen H bis L stammen aus dem Bericht zu den Bus Santé-Untersuchungen an der Genfer Bevölkerung im Alter zwischen 35 und 74 Jahren während der Jahre 1993 bis 2007.

Abbildung H zeigt zunächst die Prävalenzen für zu hohe Cholesterinwerte gemäss den Messungen der Bus Santé-Studien. Nachdem der Anteil von Männern und Frauen mit erhöhten Cholesterinwerten seit 1993 bis Mitte der 2000er Jahre angestiegen ist, scheint sie ab den Jahren 2005 (Männer) und 2006 (Frauen) wieder leicht zu sinken. Auf Grund der veränderten Stichprobenziehung (geringere Fallzahlen ab 2005) muss dieser Rückgang aber vorsichtig interpretiert werden.

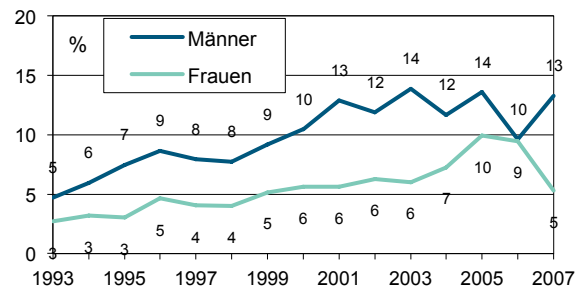
H) Prävalenz von hohen Cholesterinwerten, Genfer Bevölkerung, 1993-2007, in %



Quelle: Bus santé 1993- 2007; n Männer=7'069, Frauen=7'027.

Entsprechend den Prävalenzen hat auch die Behandlungsrate von zu hohem Cholesterin in der Genfer Bevölkerung zwischen 1993 und 2005 stetig zugenommen, wobei sich mehr Männer als Frauen gegen zu hohes Cholesterin behandeln lassen (Abbildung I). In den letzten beiden Untersuchungsjahren allerdings ist der Anteil der Frauen, die sich gegen hohes Cholesterin behandeln lassen, etwas zurückgegangen.

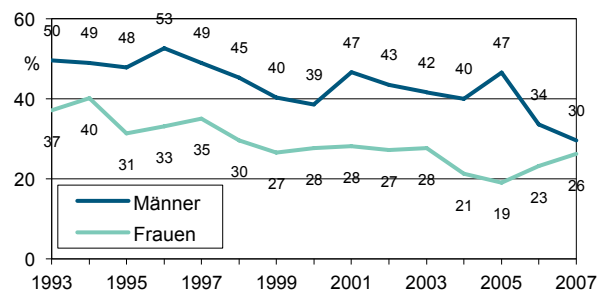
I) Behandlung von hohem Cholesterin, Genfer Bevölkerung, 1993-2007, in %



Quelle: Bus santé 1993- 2007; n Männer=7069, Frauen=7027.

Deutlich abgenommen hat im Verlauf der 15 untersuchten Jahre bei beiden Geschlechtern die Prävalenz von moderatem oder starkem Bluthochdruck. Auch hier liegen die Werte für die Männer über denjenigen der Frauen (Abbildung J), obschon sie sich in den Jahren 2006 und 2007 etwas angeglichen haben (2007: Männer 30%, Frauen 26%).

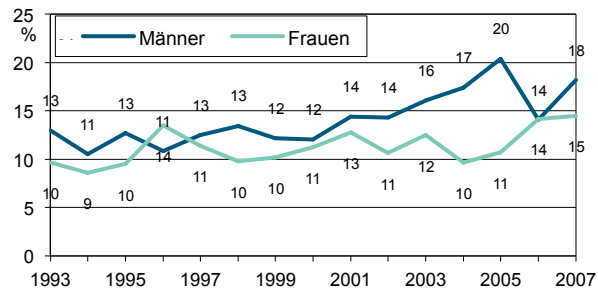
J) Prävalenzen von moderatem oder starkem Bluthochdruck, Genfer Bevölkerung, 1993-2007, in %



Quelle: Bus santé 1993- 2007; n Männer=7069, Frauen=7027.

Wie Abbildung K zeigt, geht die abnehmende Entwicklung von moderatem oder starkem Bluthochdruck mit einer Zunahme der Behandlung von Bluthochdruck einher. Männer leiden nicht nur vermehrt unter Bluthochdruck, sie lassen sich auch häufiger dagegen behandeln als die Frauen.

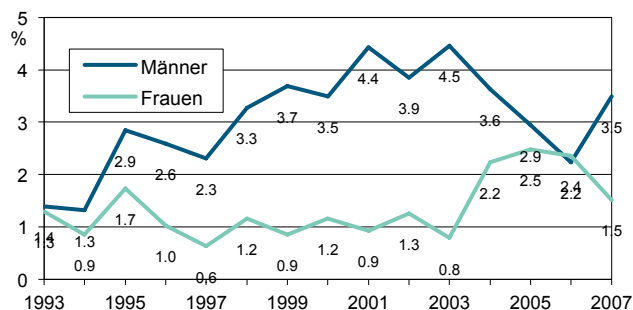
K) Behandlung von Bluthochdruck, Genfer Bevölkerung, 1993-2007, in %



Quelle: Bus santé 1993- 2007; n Männer=7069, Frauen=7027.

Auch die Behandlung von Diabetes hat im Zeitraum von 1993 bis 2003 bei der Genfer Bevölkerung zugenommen, seit 2003 ist aber ein Rückgang zu vermerken (Abbildung L).

L) Behandlung von Diabetes, Genfer Bevölkerung, 1993-2007, in %

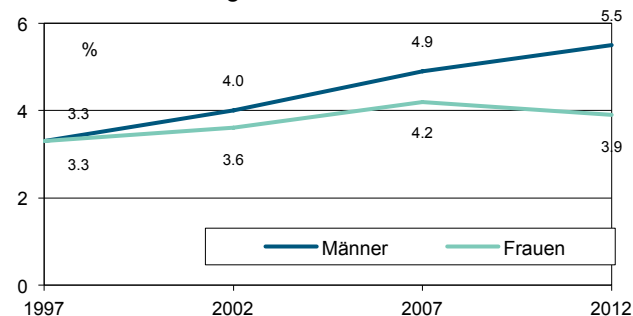


Quelle: Bus santé 1993- 2007; n Männer=7069, Frauen=7027.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Angaben aus Bus Santé und der SGB gut zusammenpassen: Dort wo vergleichbare Werte vorhanden sind, liegen sie in einer ähnlichen Grössenordnung.

Zu den Prävalenzen von Diabetes stehen in Bus Santé keine Daten zur Verfügung. Dagegen lässt sich der SGB die Entwicklung zwischen 1997 und 2012 entnehmen. Wie Abbildung M zeigt, haben die Diabetesdiagnosen zwischen 1997 und 2012 bei den Männern deutlich zugenommen, während sich bei den Frauen seit 2007 eine Stabilisierung abzeichnet.

M) Prävalenz von Diabetes, Schweizerische Wohnbevölkerung, 1997-2012, in %



Quelle: SGB 1997, 2002, 2007, 2012.

Die CoLaus Studie aus den Jahren 2003 und 2004 ergab in der Lausanner Bevölkerung zudem eine gemessene Prävalenz für Diabetes mellitus von insgesamt 6.6%. Auch hier liegen die Werte bei den Männern (9.5%) höher als bei den Frauen (4.0%).

Die Berichterstattung des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums enthält Resultate zur Prävalenz von weiteren Erkrankungen, die in einem Zusammenhang mit dem Ernährungs- und Bewegungsverhalten stehen (vgl. www.obsan.admin.ch)

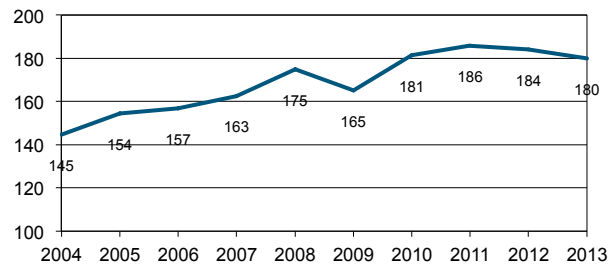
Die Abbildungen N bis P sind dem Indikatorensystem des Obsan entnommen.

Die Fälle eines akuten Myokardinfarkts haben zwischen 2004 und 2013 um rund 24 Prozent zugenommen (Abbildung N). Ein Teil dieses Anstiegs ist dabei auf die verbesserten Diagnosemöglichkeiten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen.

Die Prävalenz der Herzinsuffizienz war zwischen 2004 und 2008 relativ stabil, ist bis 2010 jedoch um 40 Prozent angestiegen. Auch bei dieser Entwicklung dürften die verbesserten Diagnosemöglichkeiten eine Rolle spielen (Abbildung O).

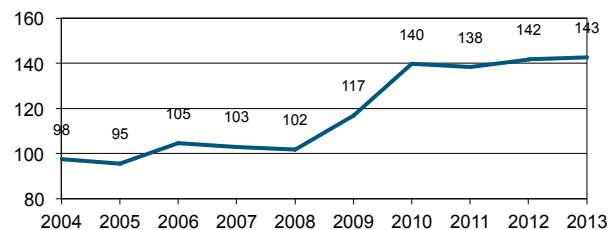
Wie aus der Abbildung P ersichtlich ist, ging die Prävalenz des Hirnschlags in der Schweiz zwischen 2004 und 2009 leicht zurück, um bis 2013 wieder um rund 10 Prozent anzusteigen. Bei der Abbildung gilt es jedoch zu beachten, dass die Veränderungen vergleichsweise gering sind, betrug die altersstandardisierte Prävalenz pro 100'000 Einwohner/innen im Jahr 2004 doch 178 Fälle, im Jahr 2013 dagegen 186 Fälle. Insgesamt muss beim Hirnschlag daher von einer stabilen Entwicklung im Zeitraum 2004 bis 2013 gesprochen werden.

N) Altersstandardisierte Prävalenz des akuten Myokardinfarkts in der Schweiz, 2004-2013, Anzahl Fälle pro 100'000 Einwohner/innen



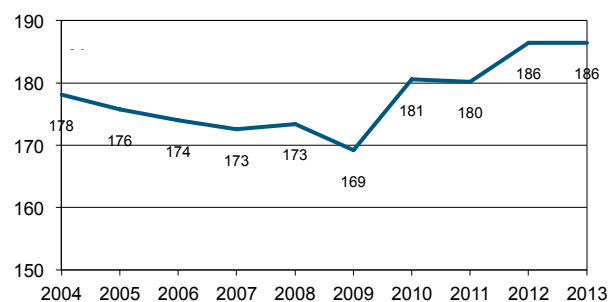
Quelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Statistik der Todesursachen.

O) Altersstandardisierte Prävalenz der Herzinsuffizienz in der Schweiz, 2004-2013, Anzahl Fälle pro 100'000 Einwohner/innen



Quelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Statistik der Todesursachen.

P) Altersstandardisierte Prävalenz des Hirnschlags in der Schweiz, 2004-2013, Anzahl Fälle pro 100'000 Einwohner/innen

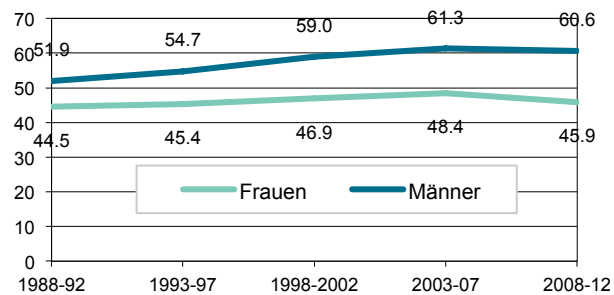


Quelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Statistik der Todesursachen.

Abbildung Q enthält schliesslich Angaben zur Inzidenz von Dickdarmkrebs gemäss den vom BFS aufbereiteten Angaben aus den kantonalen Krebsregistern. Dickdarmkrebs ist im vorliegenden Kontext deshalb bedeutsam, weil das entsprechende Risiko offenbar in Zusammenhang mit gewissen Arten der Ernährung (fleisch- und fettreiche Ernährung), der körperlichen Inaktivität und dem Übergewicht steht.

Aus der Abbildung geht hervor, dass das Risiko, an Dickdarmkrebs zu erkranken, bei Männern deutlich höher ist als bei Frauen. Überdies sind die Inzidenzraten seit der Periode 1988-92 zunächst leicht angestiegen,

Q) Inzidenzrate von Dickdarmkrebs nach Geschlecht in Fünfjahresschritten, 1988-2012 (Neuerkrankungen pro 100'000 Personen)



Quelle: BFS auf der Grundlage der kantonalen Krebsregister (KKR); Daten gemäss Website des BFS (Download am 27.1.2016)

Mit Blick auf die hier nicht dargestellten Risikofaktoren Tabak- und Alkoholkonsum finden sich im "Suchtmonitoring Schweiz" des BAG und anderer Organisationen verschiedene Angaben (vgl. www.bag.admin.ch --> Themen --> Alkohol, Tabak, Drogen, Suchtmonitoring).

Weitere Informationen:

- Vgl. die oben aufgeführten Links sowie:
BFS (2012): Gesundheitsstatistik 2012.
Neuchâtel: BFS.
- BFS (2013). Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. Übersicht.
Neuchâtel: BFS.
- BFS (verschiedene Jahre): Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Statistik der Todesursachen. Neuchâtel: BFS.
- Chappuis, A, M. Bochud, N. Glatz, P. Vuistiner, F. Paccaud und M. Burnier (2011): Swiss survey on salt intake: main results. Lausanne: Centre Hospitalier Universitaire Vaudois.
- Firmann M., V. Mayor, P. Marques Vidal et al. (2008): The CoLaus study: a population-based study to investigate the epidemiology and genetic determinants of cardiovascular risk factors and metabolic syndrome. BMC Cardiovasc Disord 2008;8:6
- Gaspoz, J., S. Beer-Borst, M. Costanza und A. Morabia (2009): Suivi des facteurs de risque cardiovasculaire dans la population genevoise de 1993 à 2007. Unité d'épidémiologie populationnelle. Geneve: Hôpitaux Universitaires de Genève.

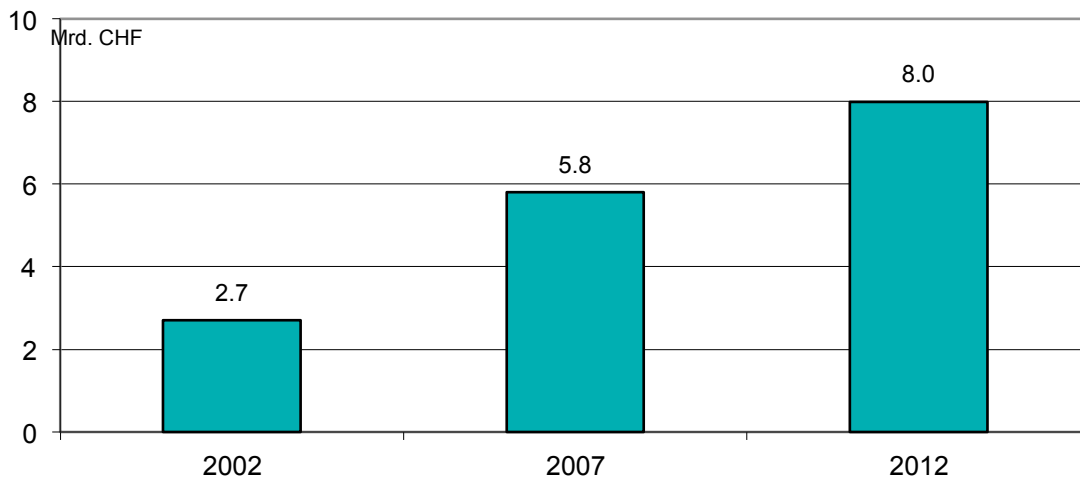
Indikator 5.2: Kosten von Übergewicht und Adipositas

Übergewicht und Adipositas haben neben gesundheitlichen Folgen für die betroffenen Individuen auch eine beachtliche volkswirtschaftliche Bedeutung. Die Berechnung der verursachten Kosten von Übergewicht und Adipositas sowie der Krankheiten, die damit verbunden sind, zeigt auf, dass auch unter finanziellen Aspekten ein Handlungsbedarf besteht.

Mit Übergewicht und Adipositas sind einerseits Kosten verbunden, die aus direkten Interventionen zur Reduktion des Körpergewichts entstehen (z.B. Kosten von Appetitzüglern, chirurgischen Eingriffen und Beratungen). Andererseits entstehen direkte (z.B. Behandlungen) und indirekte Kosten (z.B. Produktivitätsausfall, Invalidität, vorzeitiger Todesfall) aus Erkrankungen (z.B. Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen), welche in Zusammenhang mit Übergewicht und Adipositas stehen.

Eine aktuelle Studie von Schneider und Venetz (2014) beziffert die gesamten direkten und indirekten Kosten von übergewichts- und adipositasbedingten Erkrankungen im Jahr 2012 auf rund 8 Mrd. Franken. Gemäss Abbildung haben sich diese Kosten seit 2002 fast verdreifacht. Es gilt allerdings zu berücksichtigen, dass für die aktuelle Studie mehr Krankheiten mitberücksichtigt wurden, welche in Zusammenhang mit Übergewicht und Adipositas stehen, als noch in den Jahren 2002 und 2007.

A) Kosten von Übergewicht und Adipositas in der Schweiz, 2002 bis 2012 (in Mrd. CHF)



Quelle: Schneider und Venetz (2014).

Datenbasis

Die hier dargestellten Resultate basieren auf den folgenden Schätzungen:

Schmid, A., H. Schneider, A. Golay und U. Keller (2005): "Economic burden of obesity and its comorbidities in Switzerland". Sozial- und Präventivmedizin. 50: 87-94.

Schneider, H., und W. Venetz (2014): Cost of Obesity in Switzerland 2012. Studie im Auftrag des BAG. Bern: BAG.

Schneider, H., W. Venetz und C Gallani Beradro (2009): Overweight and obesity in Switzerland. Part 1: Cost burden of adult obesity in 2007. Bericht im Auftrag des BAG. Basel: HealthEcon.auf der folgenden Seite aufgeführten Kostenschätzungen.

Weitere Resultate

Wie aus Abbildung B hervorgeht, beliefen sich die direkten Kosten aus Behandlungen von Übergewicht und Adipositas im Jahr 2012 auf 77 Mio. Franken. Operative Eingriffe hatten mit 50 Mio. Franken den grössten Anteil an den Kosten. Dieser Anteil ist seit 2007 am stärksten gewachsen.

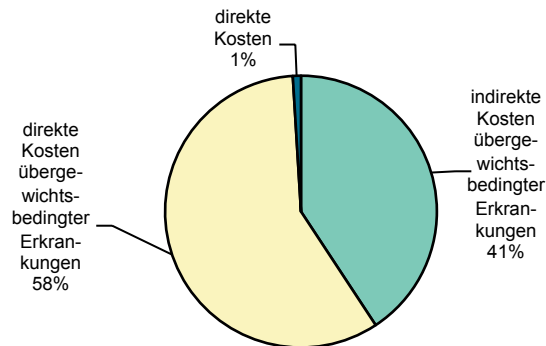
B) Direkte Kosten von Übergewicht und Adipositas, 2007 und 2012 (in Mio. CHF)

	2007	2012
Medikamente	25	24
Operationen	19	50
Konsultationen	3	3
Total	47	77

Quelle: Schneider et al. (2009: 26-29), Schneider und Venetz (2014)

Wie aus Abbildung C hervorgeht, machen die direkten Behandlungs-, Eingriffs- und Konsultationskosten jedoch nur rund ein Prozent aller Kosten von Erkrankungen in Zusammenhang mit Adipositas und Übergewicht aus. Den Löwenanteil der Gesamtkosten machen die direkten Erkrankungskosten (CHF 4.7 Mrd.) aus, während die indirekten Kosten einen Anteil von etwas über 40 Prozent haben (CHF 3.3 Mrd.).

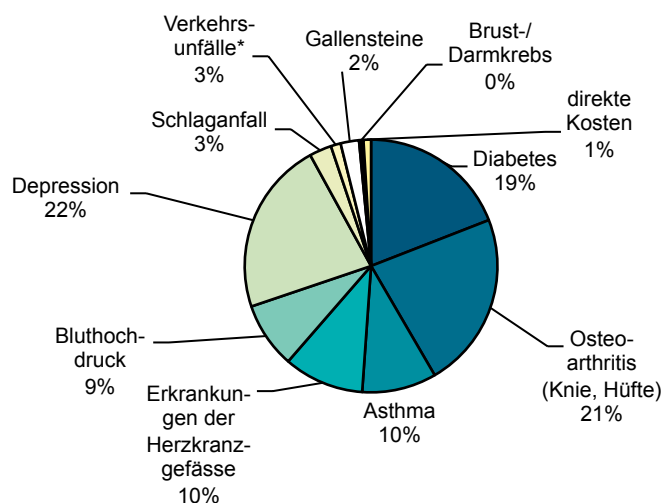
C) Verschiedene Arten von Kosten aus Erkrankungen in Zusammenhang mit Übergewicht und Adipositas, 2012 (Anteile in Prozent)



Quelle: Schneider und Venetz (2014)

Abbildung D zeigt die Aufteilung der Kosten übergewichtsbedingter Erkrankungen auf verschiedene Krankheiten. Aus der Abbildung geht hervor, dass Diabetes, Gelenkprobleme, Asthma, Herzerkrankungen und Bluthochdruck zusammen für fast zwei Drittel der gesamten übergewichtsbedingten Krankheitskosten verantwortlich sind.

D) Anteil verschiedener Krankheiten an den gesamten Kosten im Umfang von CHF 8 Mrd. der übergewichtsbedingten Erkrankungen, 2012



* Bei den Verkehrsunfällen wurde der Kostenanteil auf der Grundlage von Wahrscheinlichkeiten berechnet, aufgrund von Schlafapnoe in ein derartiges Ereignis verwickelt zu werden.
Quelle: Schneider und Venetz (2014)

Weitere Informationen:

Vgl. Quellenangaben weiter oben.

Indikator 5.3: Selbst wahrgenommene Gesundheit

Hinweis: Indikator aus der Indikatorensammlung des Obsan. Details finden sich unter:

<http://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren>

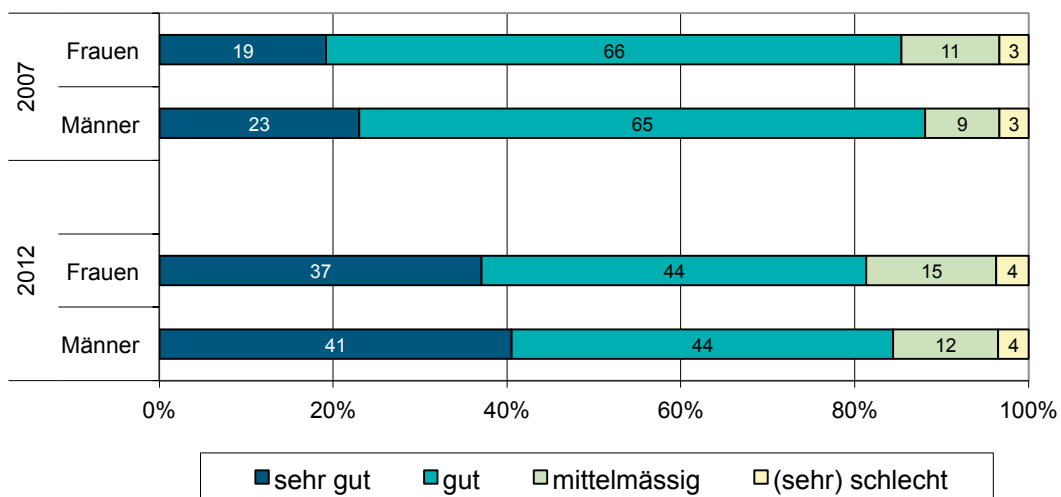
Das Obsan berichtet über die Personen, die ihre Gesundheit als "(sehr) gut" einschätzten. Die folgende Grafik ergänzt jene Angaben um Daten zu denjenigen, welche ihren Gesundheitszustand als "mittelmässig" oder "(sehr) schlecht" bezeichnen.

Das gesundheitliche Wohlbefinden ist ein wichtiger subjektiver Indikator für den Gesundheitszustand. Er eignet sich zudem als Annäherung für den objektiven Gesundheitszustand von Personen.

Insgesamt fühlt sich eine grosse Mehrheit von über 80 Prozent der Bevölkerung der Schweiz gesundheitlich gut oder sogar sehr gut. Die folgende Abbildung zeigt, dass die Befragten 2012 im Vergleich zu 2007 ihren Gesundheitszustand noch positiver einschätzten und ihn häufiger als „sehr gut“ anstatt als „gut“ bezeichneten.

Der Anteil der Männer mit einem "sehr guten" Wohlbefinden ist in beiden Untersuchungsjahren etwas höher als derjenige der Frauen, während letztere sich etwas häufiger "mittelmässig" fühlen. "(Sehr) schlecht" fühlen sich weniger als fünf Prozent der Bevölkerung.

A) Gesundheitliches Wohlbefinden nach Geschlecht, 2007 und 2012



Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2007 (n=18'750); 2012 (n=21'571). Antworten auf die Frage: "Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?".

Datenbasis

Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2007 und 2012 des Bundesamtes für Statistik.

Weitere Informationen finden sich auf der Website des Obsan.

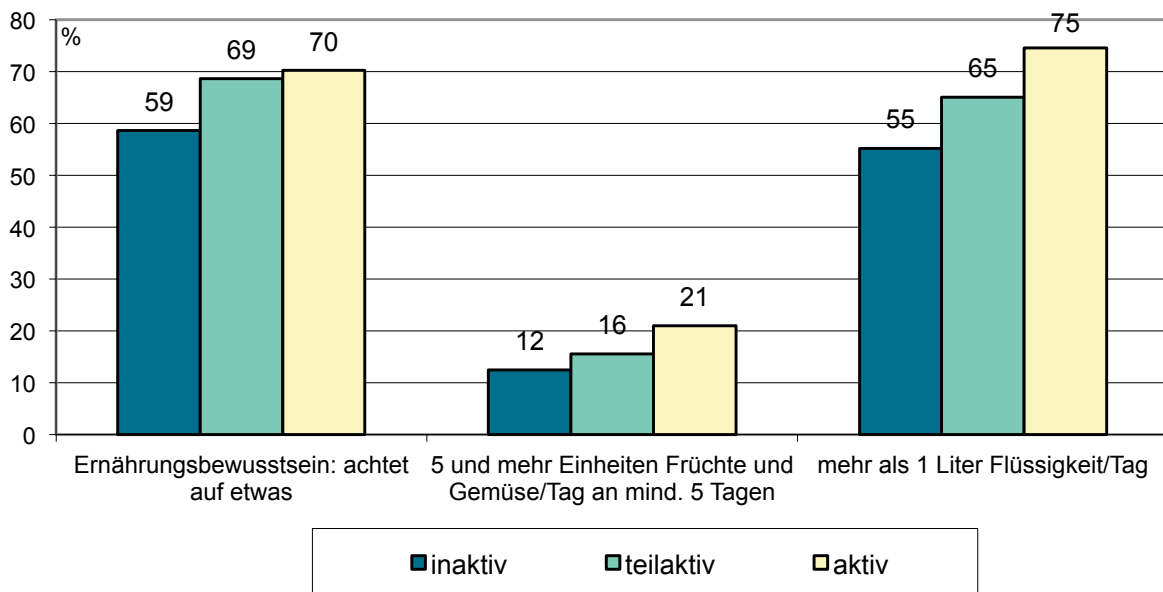
Indikator 5.4: Zusammenhang zwischen Gesundheitsbewusstsein, Ernährung und Bewegungsverhalten

Ernährung und Bewegung sind die zentralen Komponenten des Nationalen Programms Ernährung und Bewegung (NPEB) und wurden in den vorangehenden Indikatoren weitgehend unabhängig voneinander diskutiert. Der vorliegende Indikator zeigt demgegenüber eine Reihe von Zusammenhängen zwischen Ernährungsbewusstsein, Ernährung, Bewegungsverhalten und Übergewicht, wie sie auf der Grundlage der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) des Bundesamtes für Statistik bestimmt werden können.

Abbildung A enthält den Zusammenhang zwischen dem Bewegungsverhalten (vgl. Indikator 3.1) und dem Ernährungsbewusstsein (Indikator 1.1) sowie zwei Indikatoren für die Einhaltung von Ernährungsempfehlungen: dem Anteil an Personen, welche fünf oder mehr Frucht- oder Gemüseinheiten täglich konsumieren (Indikator 2.1), und dem Anteil an Personen, welche pro Tag mindestens einen Liter nicht-alkoholischer Flüssigkeiten zu sich nehmen.

Aus der Abbildung gehen deutliche (und hoch signifikante) Zusammenhänge zwischen dem Bewegungs- und dem Ernährungsverhalten hervor: Personen, die sich regelmässig bewegen, achten häufiger auf ihre Ernährung, nehmen mehr Gemüse und Früchte zu sich und trinken mehr nicht-alkoholische Flüssigkeiten.

- A) Zusammenhang zwischen dem Niveau der körperlichen Aktivität und verschiedenen Aspekten des Ernährungsbewusstseins und -verhaltens (Anteile in Prozent, Wohnbevölkerung ab 15 Jahren)



Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 des Bundesamtes für Statistik, n=20'612 (Ernährungsbewusstsein); 20'537 (Früchte- und Gemüsekonsum); 20'566 (Flüssigkeitszufuhr).

Datenbasis

Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012 des Bundesamtes für Statistik. Die Angaben stammen aus der telefonischen Befragung.

Weitere Resultate

Die Abbildungen B bis D zeigen die Zusammenhänge zwischen der Einhaltung der Empfehlung "5 am Tag" (B), dem wöchentlichen Fleischkonsum (C) und der Bewegungsaktivität (D) mit Übergewicht und Adipositas.

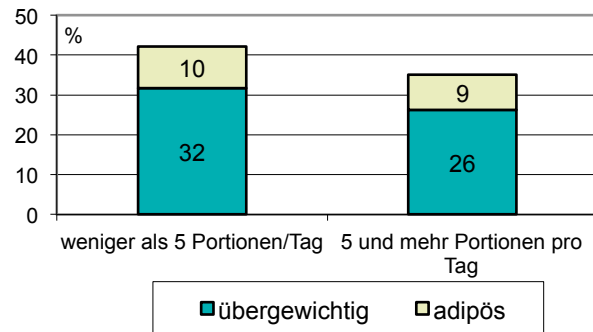
Der Zusammenhang mit dem Ernährungsbewusstsein wurde nicht dargestellt, weil sich in der SGB 2012 kein Zusammenhang zwischen diesem und der Verbreitung von Übergewicht und Adipositas zeigt.

Auch der Zusammenhang zwischen Früchte- und Gemüsekonsum und dem Übergewicht fällt gemäss Abbildung B relativ moderat aus: rund 42 Prozent derjenigen, welche weniger als 5 Portionen Früchte und Gemüse zu sich nehmen, sind übergewichtig oder adipös, während es bei denjenigen, die häufiger Früchte und Gemüse konsumieren, 35 Prozent sind.

Deutlicher ist der Zusammenhang mit dem Konsum von Fleisch und Wurstwaren (Abbildung C): Wer selten Fleisch isst, ist deutlich seltener von Übergewicht und Adipositas betroffen als die regelmässigen Fleischkonsumenten. Dabei gilt es jedoch zu beachten, dass Fleisch nicht per se dick macht, sondern – gemäss weiteren, hier nicht dargestellten Befunden aus der SGB 12 – in einem häufigen Fleischkonsum eher eine Präferenz für "reichliches" Essen zum Ausdruck kommt.

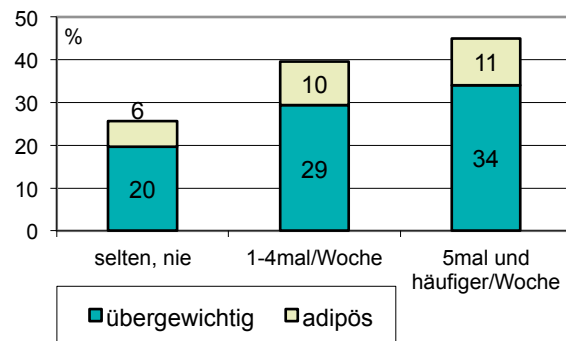
Von Interesse ist schliesslich der in Abbildung D dargestellte Zusammenhang zwischen Übergewicht und körperlicher Aktivität. Dabei gilt: Je seltener man aktiv ist, desto eher neigt man zu Übergewicht oder Adipositas.

B Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des täglichen Früchte- und Gemüsekonsums und der Verbreitung von Übergewicht und Adipositas (SGB 2012, n=20'604)

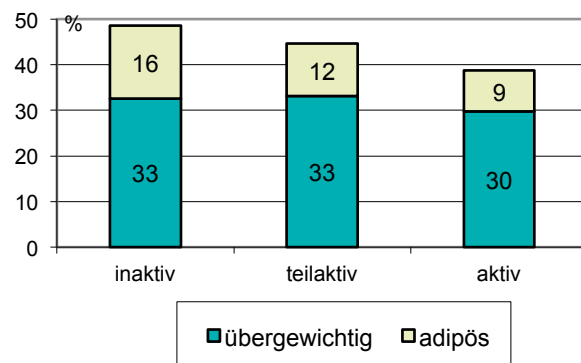


Hinweis: Personen die, das entsprechende Verhalten an mindestens fünf Tagen pro Woche an den Tag legen.

C) Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des Konsums von Fleisch und Wurstwaren pro Woche und der Verbreitung von Übergewicht und Adipositas (SGB 2012, n=21'357)



D) Zusammenhang zwischen dem Niveau der körperlichen Aktivität und der Verbreitung von Übergewicht und Adipositas (SGB 2012, n=20'459)



Indikator 5.5: Körperliche Selbständigkeit älterer Menschen

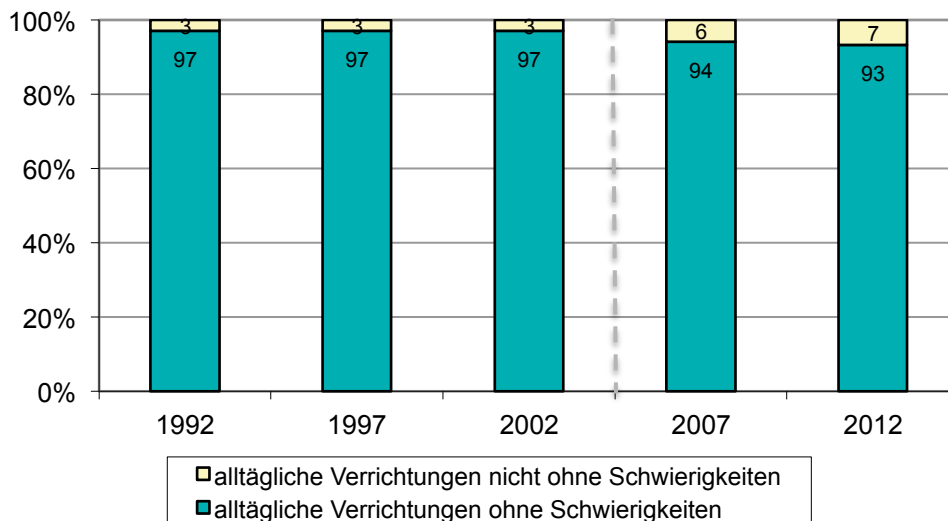
Hinweis: Der Indikator stammte ursprünglich aus der Indikatorensammlung von Gesundheitsförderung Schweiz, die vorderhand nicht weitergeführt wird. Der letzte Stand der Indikatoren ist auf der Website des MOSEB dokumentiert. Weitere Informationen finden sich auch beim Obsan unter: <http://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren>

Ein wichtiges Ziel der Gesundheitsförderung ist die Erhaltung eines autonomen Lebensstils bis ins hohe Alter. Eine wichtige Komponente dieser Autonomie ist die Möglichkeit, körperlich aktiv zu bleiben. Entsprechend ist die Frage nach der "körperlichen Alltagstauglichkeit" der älteren Bevölkerung auch für Massnahmen mit Blick auf die körperliche Bewegung von Bedeutung.

Umfassende Daten zu diesem Thema liegen in der Schweiz zwar noch nicht vor, den Gesundheitsbefragungen (SGB) des Bundesamts für Statistik (BFS) der Jahre 1992 bis 2012 lassen sich jedoch Hinweise auf die Verbreitung schwerwiegender körperlicher Einschränkungen entnehmen.

Die folgende Abbildung zeigt die Antworten auf die Frage: "Können Sie sich alleine d.h. ohne Hilfe und ohne jede Schwierigkeit an- und ausziehen, alleine aus dem Bett steigen und ohne jede Hilfe essen?" Aus der Abbildung geht hervor, dass die grosse Mehrheit der 65-jährigen und älteren Bevölkerung keine gravierenden Probleme bei einer Reihe von alltäglichen Verrichtungen hat. Der Anteil derjenigen Personen, welche über entsprechende Schwierigkeiten klagen, hat sich zwischen 1992 und 2002 nicht verändert und lag jeweils bei rund drei Prozent. Der Anstieg auf sieben Prozent im Jahr 2012 dürfte einerseits auf die leicht geänderte Fragestellung, andererseits auf den steigenden Anteil (hoch)betagter Menschen in der Schweiz zurückzuführen sein.

A) Körperliche Alltagstauglichkeit der 65-Jährigen und älteren Bevölkerung der Schweiz, 1992-2012



Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992 - 2012; Fallzahlen: 1992=2668; 1997=2575; 2002=4362; 2007=4504; 2012=4805..

Datenbasis

Schweizerische Gesundheitsbefragungen des Bundesamtes für Statistik, 1992-2012.

1992-2002: Antworten auf die Frage: "Können Sie sich alleine d.h. ohne Hilfe und ohne jede Schwierigkeit an- und ausziehen, alleine aus dem Bett steigen und ohne jede Hilfe essen?" 2007 und 2012 wurde die Frage der Vorjahre nicht mehr gestellt, weshalb ein Index aus den folgenden Einzelfragen gebildet wurde: "Ich lese Ihnen jetzt verschiedene Alltagsverrichtungen vor. Bitte sagen Sie mir jedes Mal, ob

Sie das ohne Schwierigkeiten, mit leichten Schwierigkeiten, mit starken Schwierigkeiten oder überhaupt nicht machen können. a) selbständig essen; b) selbständig ins oder aus dem Bett steigen oder von einem Sessel aufsetzen; c) selbständig an- und ausziehen."

Weitere Informationen finden sich auf der Website des Obsan (siehe oben).

Indikator 5.6: Sportunfälle und -verletzungen

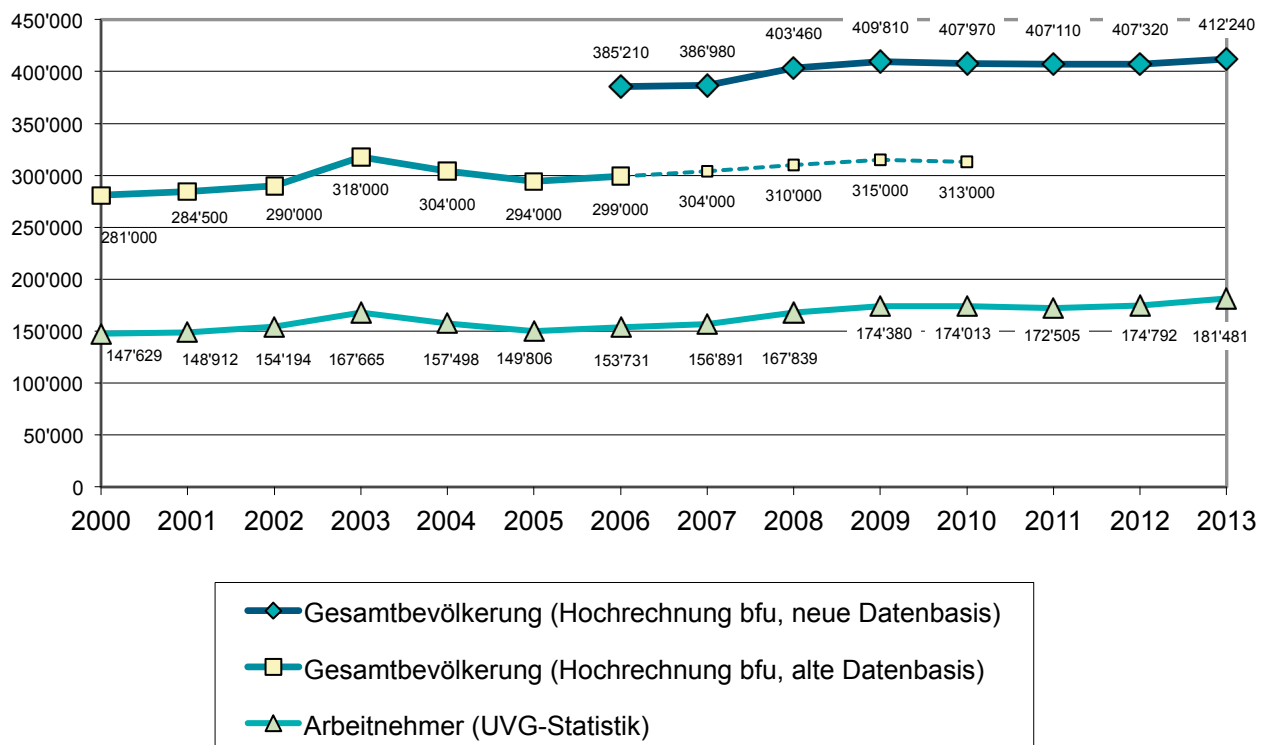
Hinweis: Indikatoren 4.1 und 4.2 des Sportobservatoriums; Details finden sich unter: www.sportobs.ch

Sportliche Aktivitäten können in Form von Unfällen und Verletzungen auch eine Kehrseite haben.

In der Schweiz ereignen sich jährlich gut 400'000 Sportunfälle. Rund 40 Prozent davon betreffen nach UVG versicherte Arbeitnehmer. Nach dem witterungsbedingten Spitzenwert im Jahr 2003 sind die Unfallzahlen in den beiden darauf folgenden Jahren leicht gesunken und anschliessend bis 2009 kontinuierlich angestiegen. Danach bewegte sich die jährliche Anzahl der Sportunfälle in etwa auf dem gleichen Niveau.

Für die Jahre ab 2006 können die Sportunfälle in der Gesamtbevölkerung mit einer im Jahr 2011 aktualisierten Daten- und Schätzbasis berechnet werden. Für die Zeit zwischen 2006 und 2010 enthält die Abbildung zwei Linien für die hochgerechneten Unfallzahlen. Mit der geänderten Berechnung liegen die Unfallzahlen in der Gesamtbevölkerung deutlich höher als zuvor.

A) Entwicklung der Sportunfälle 2000 – 2013



Quelle: Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherung (SSUV); bfu – Beratungsstelle für Unfallverhütung; STATUS 2016.

Datenbasis

bfu – Beratungsstelle für Unfallverhütung; Suva, Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherung UVG (SSUV).

Die Angaben zu den Sportunfällen basieren primär auf der Statistik der Unfallversicherung. In der UVG-Statistik sind alle gemeldeten Unfälle (d.h. alle medizinisch behandelten Verletzten/Fälle) von versicherten Arbeitnehmern (inkl. registrierte Stellensuchende) enthalten.

Auf der Basis der UVG-Statistik und unter Beizug weiterer Datenquellen nimmt die bfu – Beratungsstelle für Unfallverhütung eine Hochrechnung für die Gesamtbevölkerung vor, die namentlich auch Kinder, Nicht-Erwerbstätige, Selbständigerwerbende und Pensionierte enthält. Mit einer Bevölkerungsbefragung im Jahr 2011 konnte die Datenbasis für die Hochrechnung aktualisiert werden.

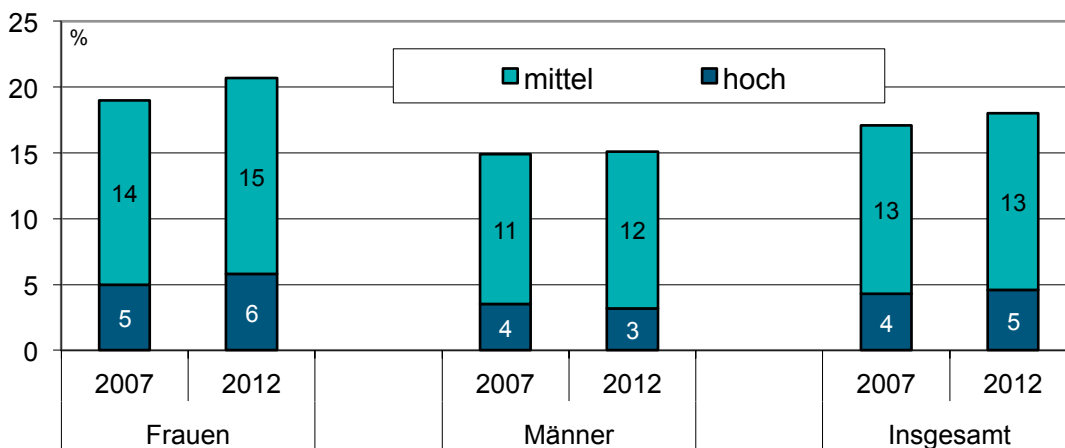
Indikator 5.7: Psychisches Wohlbefinden

Gesundheit betrifft nicht nur die körperliche, sondern auch die psychische Verfassung. Beides beeinflusst sich gegenseitig und hat grosse Auswirkungen auf die Lebensqualität. Zudem zeigen verschiedene Studien einen positiven Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und psychischem Wohlbefinden.

Zum psychischen Wohlbefinden finden sich sowohl in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) als auch im Schweizerischen Haushaltspanel (SHP) Angaben. Im ersten Fall handelt es sich um den Indikator "psychische Belastung" der aus fünf einzelnen Fragen besteht. Im SHP wurde dagegen direkt danach gefragt, inwiefern man sich energievoll und optimistisch fühle. Beide Indikatoren werden in den folgenden Abbildungen beschrieben.

Auf der Grundlage der SGB 2012 kann gemäss Abbildung A zunächst festgestellt werden, dass nur eine kleine Minderheit von fünf Prozent der Bevölkerung von starken psychischen Belastungen betroffen sind. Weitere 13 Prozent sind mittel und der Rest (82%) in geringem Masse belastet. Diese Werte haben sich zwischen 2007 und 2012 nur minimal verändert. Aus der Abbildung wird allerdings auch deutlich, dass Frauen deutlich häufiger psychisch belastet sind als Männer, und dass der Anteil der mittel und stark belasteten Frauen zwischen 2007 und 2012 noch einmal leicht von 19 auf 21 Prozent zugenommen hat.

A) Mittlere und hohe psychische Belastung nach Geschlecht, SGB 2007 und 2012 (Anteile an der Gesamtbevölkerung in Prozent)



Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 (n=17'634) und 2012 (n=20'652) des Bundesamtes für Statistik. Hinweise zur Skalierung finden sich weiter unten.

Datenbasis

Schweizerischen Gesundheitsbefragungen (SGB) 2007 und 2012 und Schweizerisches Haushaltspanels (SHP) 2002, 2007, 2012 und 2013 des FORS.

Aus der SGB wurde der Index der psychischen Belastung, wie er vom Bundesamt für Statistik konstruiert wurde, verwendet. Es handelt sich um den international gebräuchlichen Index der mentalen Gesundheit MHI-5, der auf fünf Fragen basiert ("Haben Sie sich in den letzten 4 Wochen nervös /mutlos/ruhig/ niedergeschlagen/glücklich gefühlt?"), auf die auf einer fünfstufigen Skala (immer/meistens/manchmal/ selten/nie) geantwortet werden konnte.

Der Summenindex wurde auf einen Wertebereich von 0 bis 100 standardisiert. Indexwerte unter 53 bezeichnen eine hohe, solche unter 73 eine mittlere und solche von 73 und mehr eine geringe psychische Belastung.

Optimismus wurde im SHP mit der Frage "Wie häufig sind Sie voll Kraft, Energie und Optimismus?" gemessen. Die elfstufige Antwortvorgabe (0: nie; 10: immer) wurde für die Darstellung folgendermassen codiert: Werte 0-4: geringer Optimismus; 5-6: mittel; 7-8: hoch; 9-10: sehr hoch. Die Darstellungen beziehen sich auf 15-jährige und ältere Personen.

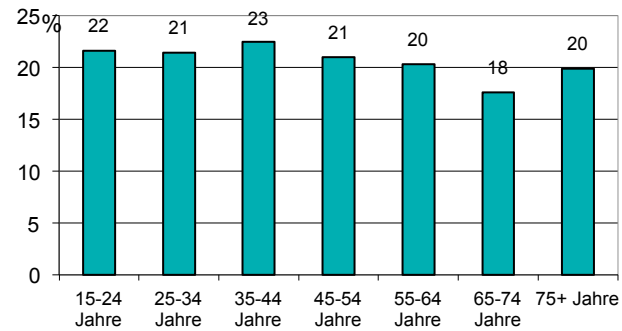
Weitere Resultate

Zusätzliche Analysen der SGB 2012 sind in den Abbildungen B bis I dargestellt.

Aus Abbildung B geht hervor, dass sich die psychische Belastung der Frauen zwischen verschiedenen Lebensabschnitten kaum unterscheidet. Einzig die 65- bis 74-jährigen Frauen scheinen etwas weniger belastet zu sein. Bei den Männern ist die Belastung dagegen im mittleren Lebensabschnitt (25 bis 64 Jahre) klar am höchsten.

B) Zusammenhang zwischen mittlerer und hoher psychischer Belastung, Geschlecht und Alter, SGB 2012 (n=20'652)

Frauen:



Männer:

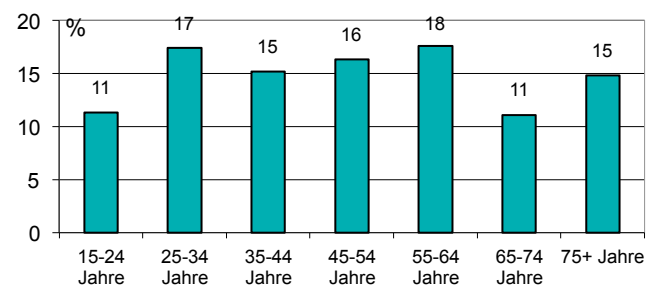
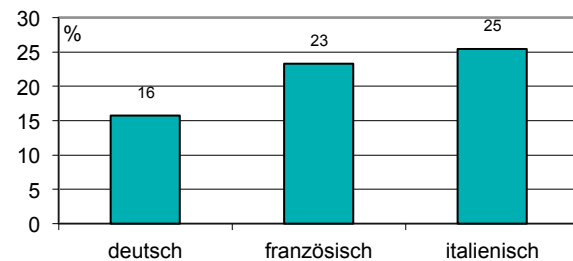


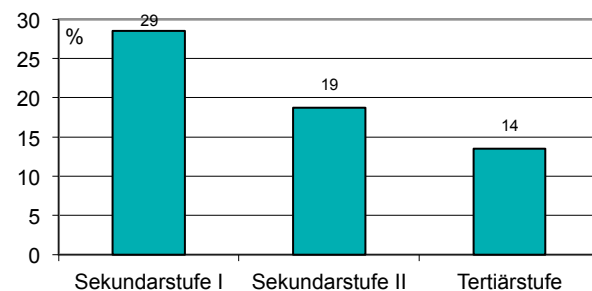
Abbildung C zeigt, dass der Anteil an Personen mit mittleren und hohen psychischen Belastungen in den französisch- und italienischsprachigen Landesteilen höher ist als in der Deutschschweiz.

C) Zusammenhang zwischen mittlerer und hoher psychischer Belastung und Sprachregion, SGB 2012 (n=20'652)



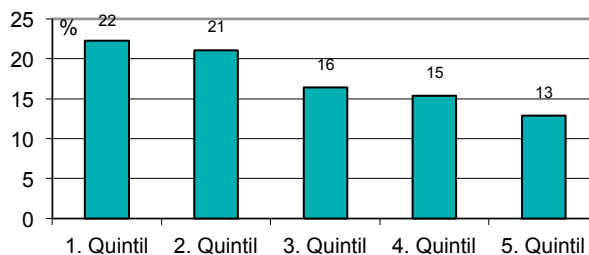
Noch deutlicher fällt der in Abbildung D dargestellte Unterschied zwischen verschiedenen Bildungsniveaus aus: Personen, die keine nachobligatorische Ausbildung abgeschlossen haben, sind doppelt so häufig von mittleren und hohen psychischen Belastungen betroffen wie Personen, welche über einen Hochschulabschluss verfügen.

D) Zusammenhang zwischen mittlerer und hoher psychischer Belastung und Schulbildung, SGB 2012 (Personen ab 25 Jahren, n=17'685)



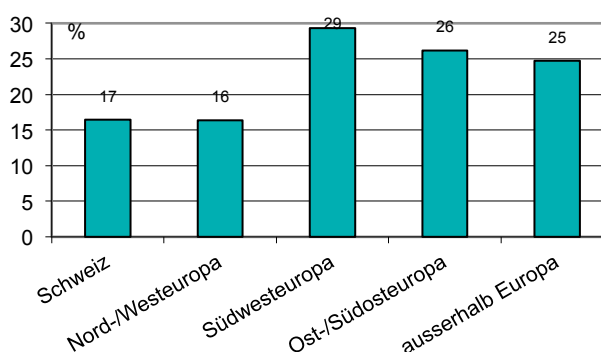
Zudem zeigt sich ein Effekt bezüglich des Einkommens, wobei eine Trennlinie zwischen den beiden tieferen Einkommensniveaus mit relativ hohen Belastungen und den drei höheren Niveaus verläuft.

E) Zusammenhang zwischen mittlerer und hoher psychischer Belastung und Haushaltsäquivalenzeinkommen, SGB 2012 (n=17'595)



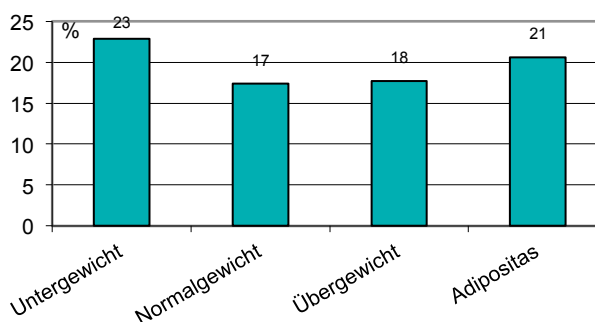
Ebenfalls erheblich sind die Unterschiede gemäss Nationalität und Herkunftsregion der Bevölkerung: Während es kaum Unterschiede zwischen Schweizer/innen und Migrant/innen aus Nord- und Westeuropa gibt, weisen die Migrant/innen aus anderen Regionen deutlich häufiger eine mittlere oder hohe psychische Belastung aus. Besonders ausgeprägt sind die Belastungen bei Personen aus Südwesteuropa.

F) Zusammenhang zwischen mittlerer und hoher psychischer Belastung und Nationalität, SGB 2012 (n=20'652)



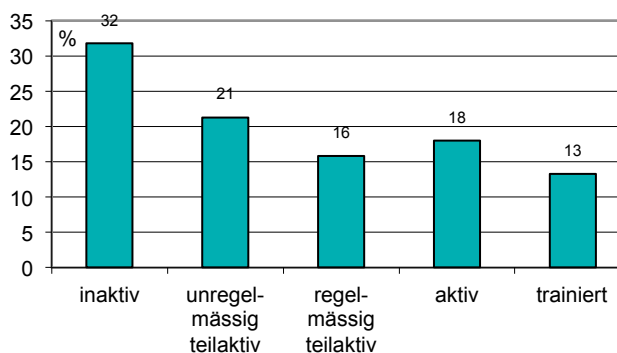
Ein interessantes Muster zeigt sich bezüglich dem BMI (vgl. Abbildung G): untergewichtige und adipöse Personen sind häufiger von mittleren und hohen psychischen Belastungen betroffen als normal- und übergewichtige Personen. Ob die Gewichtsprobleme die Ursache oder das Resultat von psychischen Belastungen sind, lässt sich mit den Daten der SGB allerdings nicht beurteilen.

G) Zusammenhang zwischen mittlerer und hoher psychischer Belastung und BMI, SGB 2012 (n=20'490)



Ähnliches gilt für den in Abbildung H dargestellten Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und körperlicher Aktivität. Aufgrund einer Reihe von anderen Studien, welche eine höhere psychische Ausgeglichenheit und eine geringere Anfälligkeit für Depressionen als wesentliche Wirkung regelmässiger körperlicher Aktivität identifizieren, kann hier jedoch tendenziell von einem kausalen Zusammenhang ausgegangen werden, bei dem ein höheres Aktivitätsniveau zu einer Reduktion der Belastung führt.

H) Zusammenhang zwischen mittlerer und hoher psychischer Belastung und körperlicher Aktivität, SGB 2012 (n=20'411)



Aus Abbildung I wird schliesslich deutlich, wie stark das körperliche und das psychische Wohlbefinden zusammenhängen. Personen, die ihren Gesundheitszustand als schlecht bis sehr schlecht einschätzen, berichten mehr als viermal so oft von einer starken oder mittleren psychischen Belastung als diejenigen, die ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut bezeichnen.

Die Ergebnisse legen nahe, dass die psychische Belastung eine wesentliche Komponente des subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustandes darstellt.

I) Zusammenhang zwischen mittlerer und hoher psychischer Belastung und der selbst wahrgenommenen Gesundheit, SGB 2012 (n=20'634)

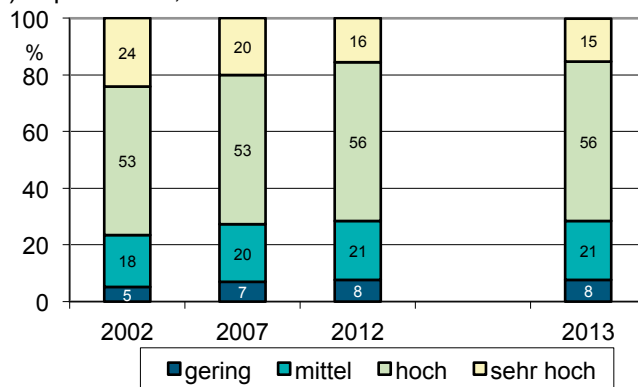


Die Ergebnisse in den Abbildung J, K und L basieren auf der Frage nach dem Optimismus aus dem Schweizer Haushalt-Panel (SHP).

Der Jahresvergleich in Abbildung J zeigt, dass der Anteil (sehr) stark optimistisch eingestellter Personen von 2002 bis 2013 von 77 auf 71 Prozent zurückgegangen ist. Insbesondere der Anteil der sehr optimistischen Personen ist in diesem Zeitraum deutlich gefallen (von 24 auf 15%).

Ein hier nicht dargestelltes, weiteres Resultat weist darauf hin, dass Frauen im Vergleich zu Männern etwas weniger optimistisch sind. Vor allem der Anteil der gering bis mittel optimistischen Befragten war bei den Frauen im Jahr 2013 deutlich höher als bei den Männern (31% gegenüber 26%).

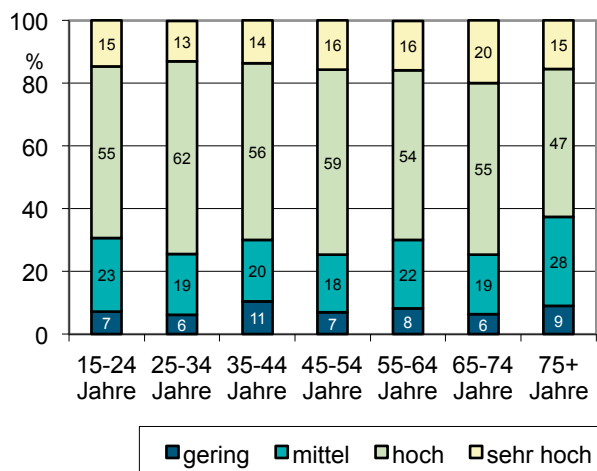
J) Optimismus, 2002 bis 2013



Quelle: SHP, Fallzahlen: 2002: 5607; 2007: 6868; 2012: 7338; 2013: 7112.

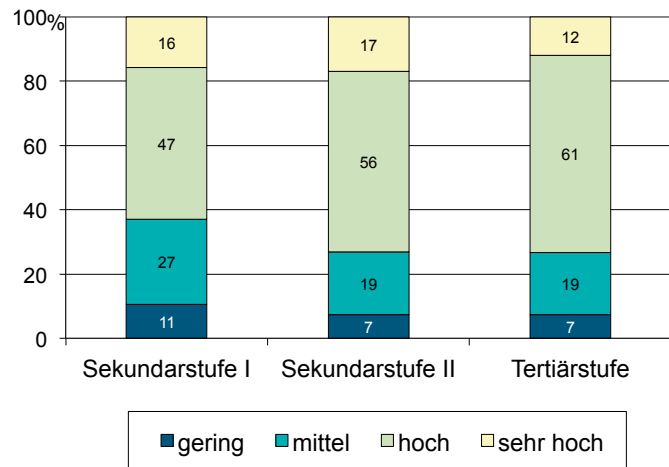
Wie Abbildung K zeigt, besteht ein nicht besonders ausgeprägter Zusammenhang zwischen Optimismus und dem Alter der Befragten. Der Anteil der gering oder mittel optimistischen Befragten variiert bei den jüngeren Altersgruppen zwischen 25 und 31 Prozent, um ab dem 75. Lebensjahr dann auf 37 Prozent zuzunehmen.

K) Zusammenhang zwischen Optimismus und Alter, SHP 2013 (n=7112)



Die Abbildung L beschreibt den Zusammenhang zwischen der Schulbildung und dem Optimismus. Der Zusammenhang ist nicht ganz eindeutig: Je höher das Bildungsniveau ist, desto geringer ist einerseits der Anteil der Personen mit geringem oder mittlerem Optimismusgefühl. Andererseits weisen die tieferen Bildungsschichten aber auch einen höheren Anteil an sehr optimistischen Personen aus als die Befragten mit einem Hochschulabschluss.

L) Zusammenhang zwischen Optimismus und Bildungsniveau, SHP 2013 (Personen ab 25 Jahren, n=6006)



Weitere Informationen:

Vgl. auch die verschiedenen Indikatoren des Monitorings psychische Gesundheit von Gesundheitsförderung Schweiz sowie die Indikatorensammlung des Obsan (www.obsan.admin.ch).

Eurostat (2003): Health in Europe. Results from 1997-2000 surveys. Detailed tables. Eurostat, 2003.

Veit C.T., und J.E. Ware (1983): The structure of psychological distress and well-being in general populations. Journal of Consulting and Clinical Psychology 51: 730-742.

Indikator 5.8: Essstörungen

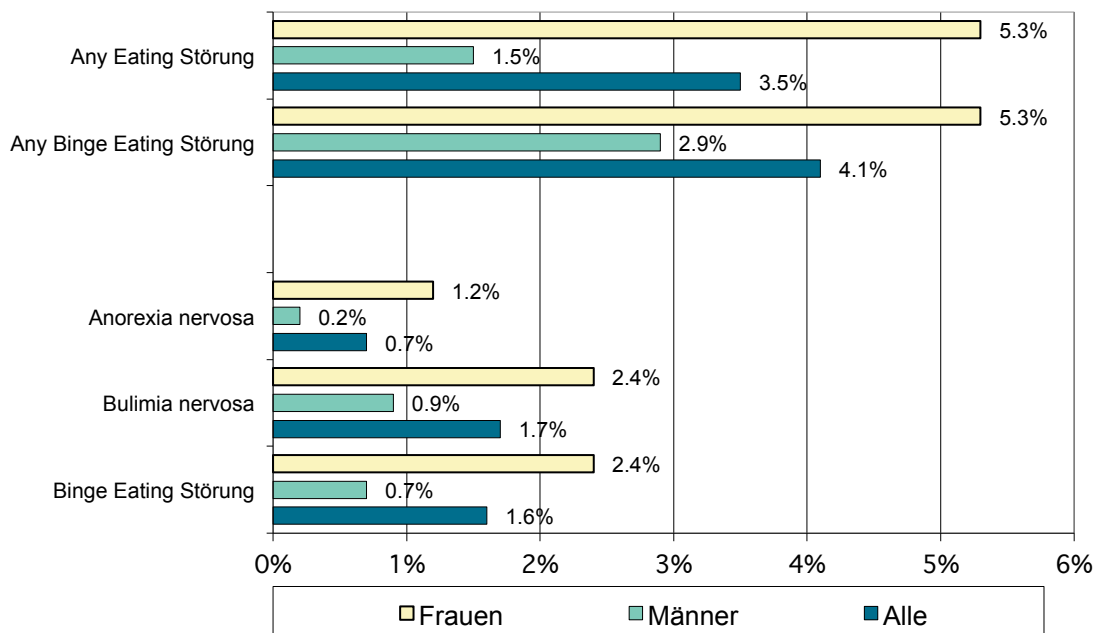
Essstörungen können schwerwiegende körperliche, psychische und soziale Konsequenzen für die Betroffenen haben, die im Extremfall zu Invalidität und Tod führen. Eine solche Erkrankung hat somit eine grosse klinische und gesellschaftliche Bedeutung.

2010 wurde die Prävalenz verschiedener Essstörungen erstmals in der Schweiz mittels einer differenzierten Befragung von rund 10'000 Personen erhoben (Schnyder et al. 2010). Die Datenerhebung erfolgte durch ein Team des Universitätsspitals und der Universität Zürich im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).

Aus den in Abbildung A dargestellten Resultaten geht hervor, dass 3.5 Prozent der Bevölkerung der Schweiz im Alter von 15 bis 60 Jahren mindestens einmal in ihrem Leben von einer Essstörung betroffen waren (Lebenszeitprävalenz). Unterschieden wird in der Studie einerseits zwischen Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge Eating Störungen. Zusätzlich wurden zwei Gesamtkonstrukte erfasst: "Any Binge Eating Störung" bezieht sich auf verschiedene Formen von "Essanfällen", während unter "Any Eating Störung" alle Personen subsumiert werden, die unter einer der drei oben erwähnten Störungen leiden oder in der Vergangenheit gelitten haben.

Wie die Abbildung zeigt, sind Frauen deutlich häufiger von Essstörungen betroffen als Männer. Gemessen an allen Essstörungen (Any Eating Störung) beträgt der Unterschied das 3.5-fache, bei der Anorexia nervosa gar das Sechsfache.

A) Lebenszeitprävalenz verschiedener Essstörungen 2010 nach Geschlecht (15-60-jährige Bevölkerung)



Quelle: Schnyder et al. (2012).

Datenbasis

Für die Abbildungen A bis C konnten die Daten der folgenden Studie verwendet werden:

Schnyder, U., G. Milos, M. Mohler-Kuo und P. Dermota (2012): Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Bern: BAG.

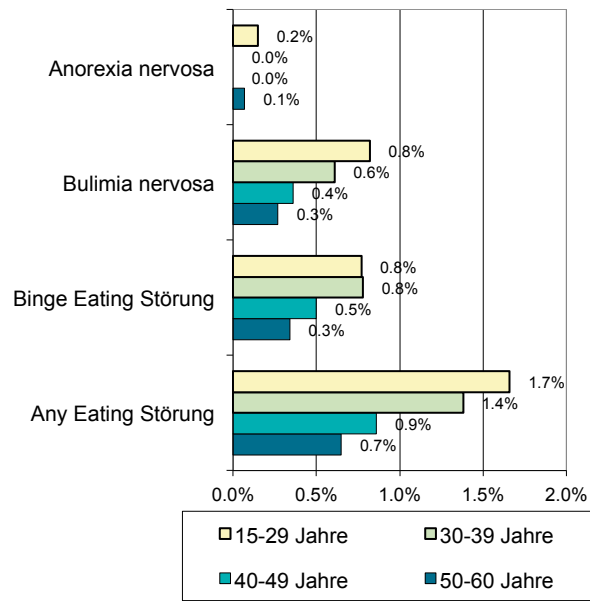
Die Studie basiert auf einer telefonischen Befragung eines repräsentativen Querschnitts von 10'038 Personen im Alter zwischen 15 und 60 Jahren (Befragung im Jahr 2010). Die Erfassung von Essstörungen erfolgte mittels des Composite International Diagnostic Interviews (CIDI) der Weltgesundheitsorganisation.

Weitere Resultate

Wie Abbildung B zeigt, sind vor allem jüngere Menschen von Essstörungen betroffen. Besonders steil verläuft der Altersunterschied bei der Bulimia nervosa und dem Gesamtkonstrukt für die Essstörungen (Any Eating Störung), während die Unterschiede beim Binge Eating geringer ausfallen.

Mit Blick auf die Abbildung gilt es überdies festzuhalten, dass hier im Gegensatz zu den Abbildungen A und C die 12-Monats-Prävalenzen (d.h. die im vergangenen Jahr aufgetretenen Störungen) dargestellt ist, da der Blick auf die Lebenszeitprävalenz zu Verzerrungen führt.

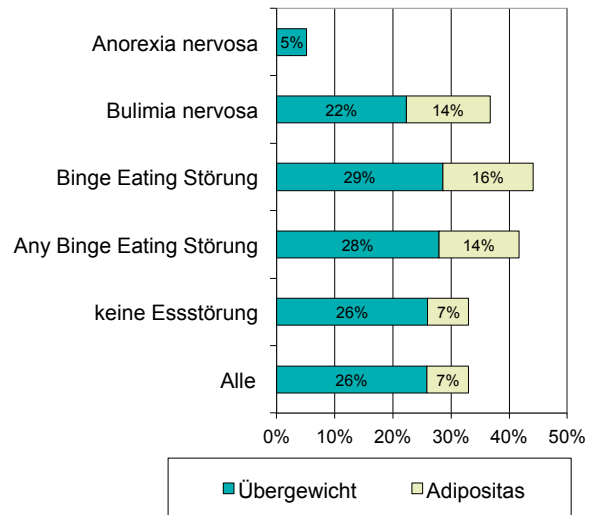
B) Zusammenhang zwischen Essstörungen und Alter, 2010 (12-Monats-Prävalenz)



Quelle: Schnyder et al. (2012).

Wie aus Abbildung C hervorgeht, existiert ein Zusammenhang zwischen Essstörungen und der Betroffenheit von Übergewicht und Adipositas. Während Personen, die unter Anorexia nervosa leiden oder gelitten haben, sehr selten übergewichtig sind, sind insbesondere Binge Eating Störungen mit einem deutlich grösseren Risiko verbunden, übergewichtig oder vor allem adipös zu werden.

C) Zusammenhang zwischen Essstörungen und Übergewicht, 2010 (Lebenszeitprävalenz, 15-60-jährige Bevölkerung)



Quelle: Schnyder et al. (2012).

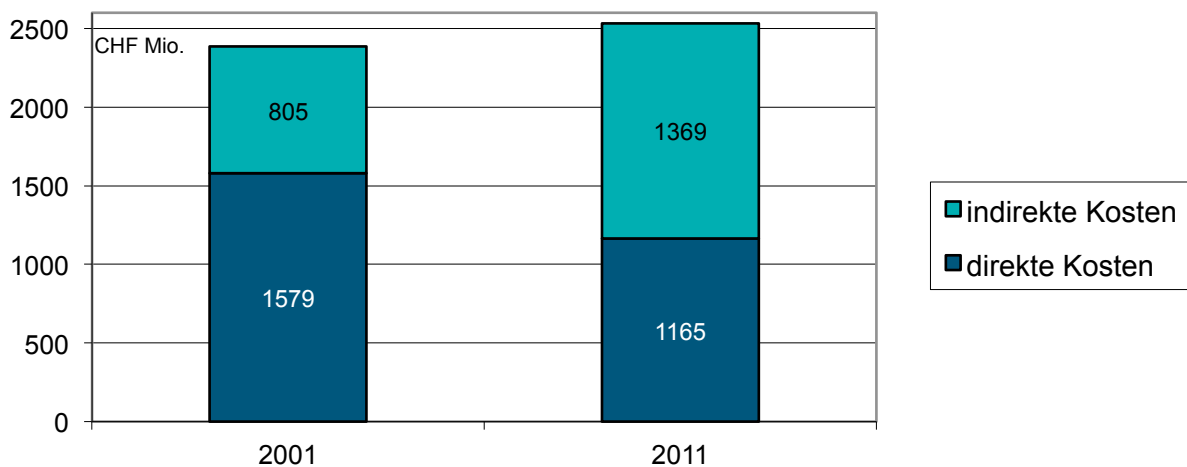
Indikator 5.9: Kosten der körperlichen Inaktivität

Gemäss der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist körperliche Inaktivität einer der wichtigsten Risikofaktoren für verschiedene nicht-übertragbare Erkrankungen (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, verschiedene Arten von Krebs) und vorzeitige Todesfälle (vgl. Indikator 5.1). Eine aktuelle Studie von Mattli et al. (2014) schätzt die Erkrankungs- und Todesfälle aufgrund von körperlicher Inaktivität in der Schweiz und legt verschiedene Kostenschätzungen vor.

Gemäss der Untersuchung verursachte körperliche Inaktivität im Jahr 2011 über 300'000 Erkrankungen, über 1'000 Todesfälle und Gesamtkosten von rund 2.5 Mrd. Franken. Bei knapp der Hälfte dieser Kosten (CHF 1'165 Mio. bzw. 46%) handelte es sich um direkte medizinische Kosten von Behandlungen, während der Rest als indirekte Kosten aufgrund von Krankheitstagen, vorzeitigen Todesfällen etc. anfiel.

Bemerkenswert ist die Tatsache, dass sich die Gesamtkosten seit dem Jahr 2001 trotz erheblicher Kostensteigerungen im Gesundheitswesen nur um rund 6 Prozent erhöht haben, sich das Gewicht der Kosten jedoch stark von den direkten zu den indirekten Kosten verlagert hat. Dies ist einerseits die Folge einer nachweislichen Verminderung des Anteils inaktiver Personen in der Schweiz (vgl. Indikator 3.1) und entsprechend geringerer Erkrankungszahlen und direkter Behandlungskosten. Tatsächlich wurden in der Studie des Jahres 2001 noch 1.4 Mio. Erkrankungen ausgewiesen, während es 2011 nur noch knapp 330'000 waren. Andererseits werden die indirekten Kosten aufgrund verbesserter Schätzungen heute jedoch höher veranschlagt als noch anfangs der 2000er Jahre.

A) Kosten der körperlichen Inaktivität, 2001 und 2011 (in Mio. Franken)



Quelle: Mattli et al. (2014); Daten für 2001 stammen aus einer Reanalyse der Untersuchung von Smala et al. (2001).

Datenbasis

Die Angaben zum vorliegenden Indikator basieren auf der folgenden Studie:

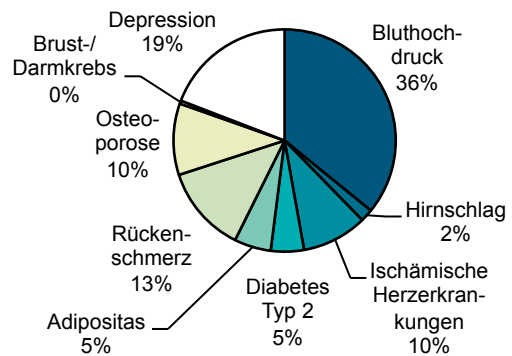
Mattli, R., S. Hess, M. Maurer, K. Eichler, M. Pletscher und S. Wieser (2014): Kosten der körperlichen Inaktivität in der Schweiz. Studie im Auftrag des BAG. Winterthur: Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, ZHAW.

Es gilt zu beachten, dass in der Studie körperliche Inaktivität als Nicht-Erreichen der Mindestempfehlung für gesundheitswirksame Bewegung von 150 Minuten moderaten Aktivitäten pro Woche definiert ist. Gemäss Indikator 3.1 weiter vorne waren gemäss dieser Operationalisierung im Jahr 2012 28 Prozent der Bevölkerung inaktiv ("Inaktive" und "Teilaktive" in Indikator 3.1).

Weitere Resultate

Abbildung B zeigt, wie sich die in der Studie von Mattli et al. (2014) aufgeführten 326'310, durch körperliche Aktivität verursachten Erkrankungen auf verschiedene Krankheitsbilder verteilten. Von besonderer Bedeutung sind Herzerkrankungen und Hypertonie (46%), Depression (19%) und Rückenschmerzen (13%).

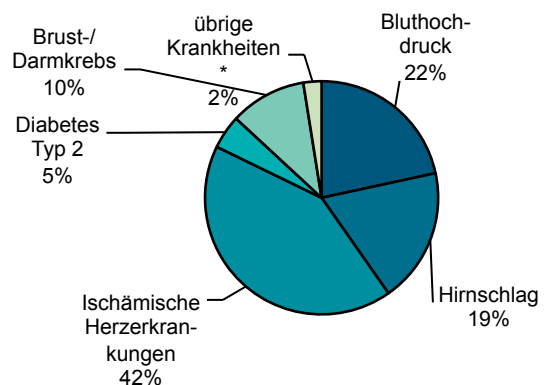
B) Anteil verschiedener Erkrankungen an allen inaktivitätsbedingten Erkrankungen, 2011



Quelle: Mattli et al. (2014)

Die letzteren beiden Erkrankungen haben jedoch nur einen geringen Anteil an den 1'153 vorzeitigen Todesfällen infolge körperlicher Inaktivität: Hier sind es wiederum Bluthochdruck und Herzerkrankungen (64%) sowie Hirnschlag (19%) und Krebserkrankungen (10%), die besonders häufig zu vorzeitigen Todesfällen führen.

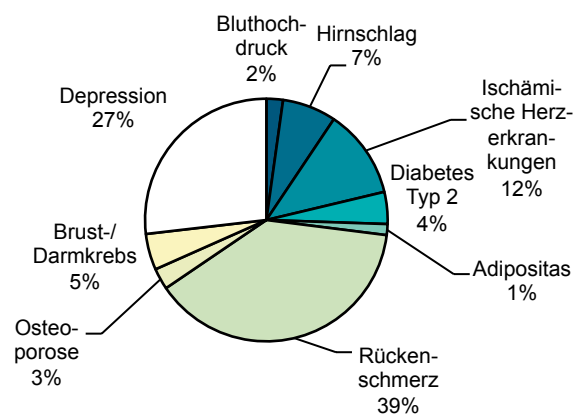
C) Anteil verschiedener durch körperliche Inaktivität verursachter Todesfälle an allen inaktivitätsbedingten Todesfällen, 2011



Quelle: Mattli et al. (2014); * übrige in Abbildung B aufgeführte Erkrankungen.

Wieder etwas anders sieht es aus, wenn die Anteile der verschiedenen Erkrankungen an den direkten und indirekten Kosten der durch körperliche Inaktivität verursachten Erkrankungen untersucht werden (Abbildung D). Rückenschmerzen (39%) und Depressionen (27%) verursachen hier die grössten Gesamtkosten.

D) Anteil verschiedener Erkrankungen an den inaktivitätsbedingten Erkrankungskosten, 2011



Quelle: Mattli et al. (2014)

Weitere Informationen

Für die Originalstudie zum Jahr 2001 vgl.:

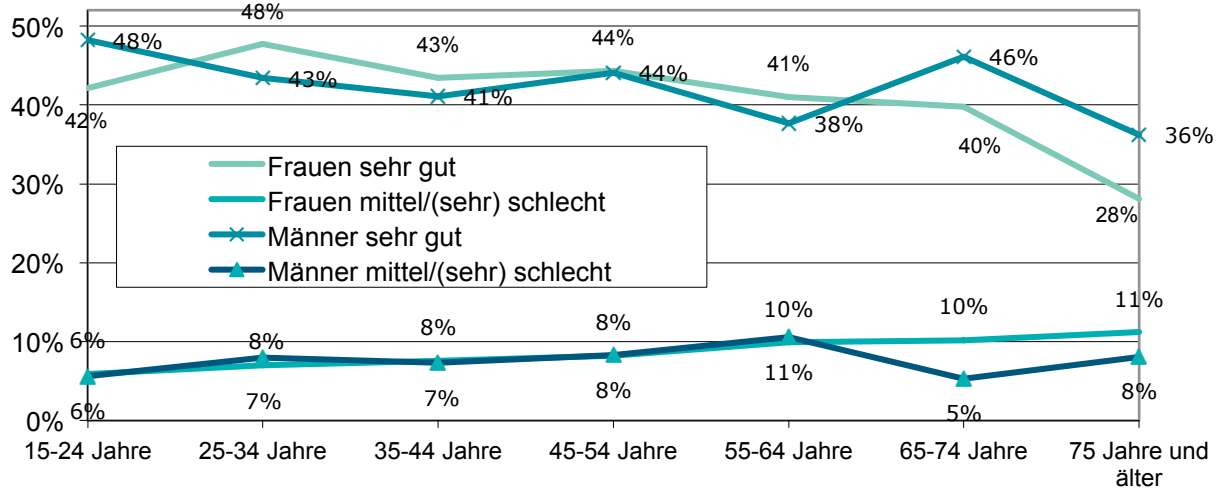
Smala, A., I. Beeler, und T.D. Szucs (2001): Die Kosten der körperlichen Inaktivität in der Schweiz, Magglingen, Luzern und Bern: BASPO, Suva, bfu.

Indikator 5.10: Lebensqualität Erwachsene

Während der Begriff der Lebensqualität in der Gesundheitsforschung häufig einen engen Bezug zu Konzepten wie "Schmerzfreiheit" oder "Eigenständigkeit" aufweist, beinhaltet er in sozialwissenschaftlicher Perspektive häufig unterschiedliche Dimensionen wie etwa materielle Ressourcen (z.B. Einkommen), Wohnsituation, Gesundheitszustand und (Lebens)zufriedenheit. Damit kann Lebensqualität sowohl eine Gesundheitsressource – eine hohe Lebensqualität kann einen positiven Beitrag zum gesundheitlichen Wohlbefinden leisten – als auch die Folge eines guten Gesundheitszustands sein. Im Kontext des MOSEB ist die Lebensqualität eine zusätzliche Dimension zur Beurteilung des allgemeinen gesundheitlichen Wohlbefindens.

Aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) 2012 des Bundesamts für Statistik geht hervor, dass 92 Prozent der Schweizer Wohnbevölkerung ihre Lebensqualität als gut oder sehr gut einschätzen, während sie nur von acht Prozent als bestenfalls "mittel" bezeichnet wird. Wie der folgenden Abbildung, welche nur den Anteil der Personen mit einer "sehr guten" oder bestenfalls "mittleren" Lebensqualität beinhaltet, zu entnehmen ist, sind die Unterschiede zwischen Männern und Frauen sowie zwischen verschiedenen Altersgruppen gering. Erst in der Gruppe der 75-Jährigen und Älteren sinkt der Anteil der Befragten, die ihre Lebensqualität als sehr gut bezeichnen, deutlich, dagegen steigt der Anteil derjenigen, welche ihre Lebensqualität als mittel oder (sehr) schlecht bezeichnen, zwar kontinuierlich, aber relativ moderat an. Auffallend ist die Tatsache, dass sich die Lebensqualität bei den Männern kurz nach dem Pensionsalter deutlich verbessert, während sie bei der ältesten Gruppe der Frauen besonders stark absinkt. Der letztere Befund steht nicht in Zusammenhang mit der höheren Lebenserwartung der Frauen, denn die Personen in der ältesten Gruppe sind im Durchschnitt fast gleich alt (Frauen: 80.8 Jahre, Männer: 80.5 Jahre).

A) Selbstberichtete Lebensqualität der Schweizer Wohnbevölkerung nach Alter, 2012



Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung des BFS 2012, n=20'858.

Datenbasis

Die Angaben zum vorliegenden Indikator basieren auf einer eigenen Auswertung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 des BFS.

Die Frage im telefonischen Interview lautete: "Jetzt möchte ich gerne wissen, wie Sie Ihre Lebensqualität im Allgemeinen einschätzen." Die Antworten wurden mit einer 5-stufigen Skala (sehr schlecht bis sehr gut) erfasst, wobei die tiefsten Kategorien auf-

grund geringer Fallzahlen zusammengefasst wurden.

Wie weiter oben erwähnt, ist der Lebensqualitätsbegriff je nach Perspektive unterschiedlich definiert und gemessen. Die einfache Frage der SGB folgt auf umfangreiche Fragenblöcke zu medizinischen Dienstleistungen und aktiven und passiven Hilfeleistungen und leitet einen Fragenblock zur sozialen Unterstützung und zum sozialen Netzwerk ein. Die Frage dürfte damit eine erhebliche "Gesundheitskomponente" aufweisen.

Weitere Resultate

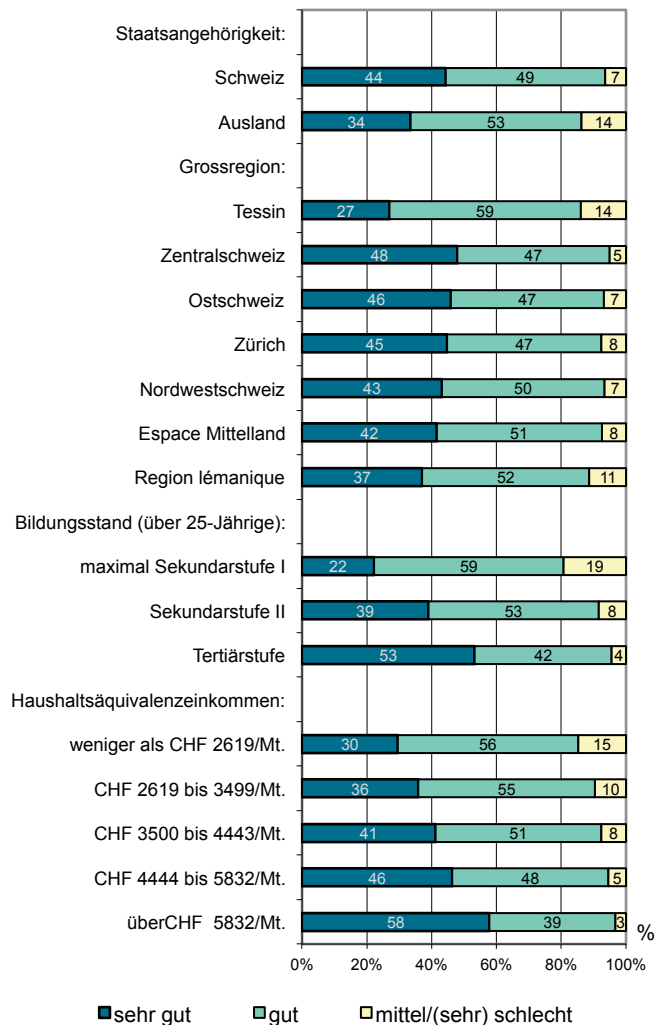
Im Gegensatz zu den Alters- und Geschlechterunterschieden sind verschiedene weitere, in Abbildung B dargestellten Unterschiede deutlich und statistisch signifikant.

So bezeichnen Schweizer Bürger/innen ihre Lebensqualität deutlich häufiger als sehr gut als ausländische Staatsangehörige, die dagegen doppelt so häufig auf eine bestenfalls mittlere Lebensqualität verweisen.

Mit Blick auf die Wohnregion fallen ein leichtes Ost-West-Gefälle sowie besonders geringe Anteile von Personen mit einer sehr guten Lebensqualität im Tessin auf.

Zudem steigt die Lebensqualität gemäss der Abbildung B mit zunehmendem Bildungsstand und Einkommen ebenfalls deutlich an.

B) Selbstberichtete Lebensqualität nach verschiedenen Merkmalen, 2012



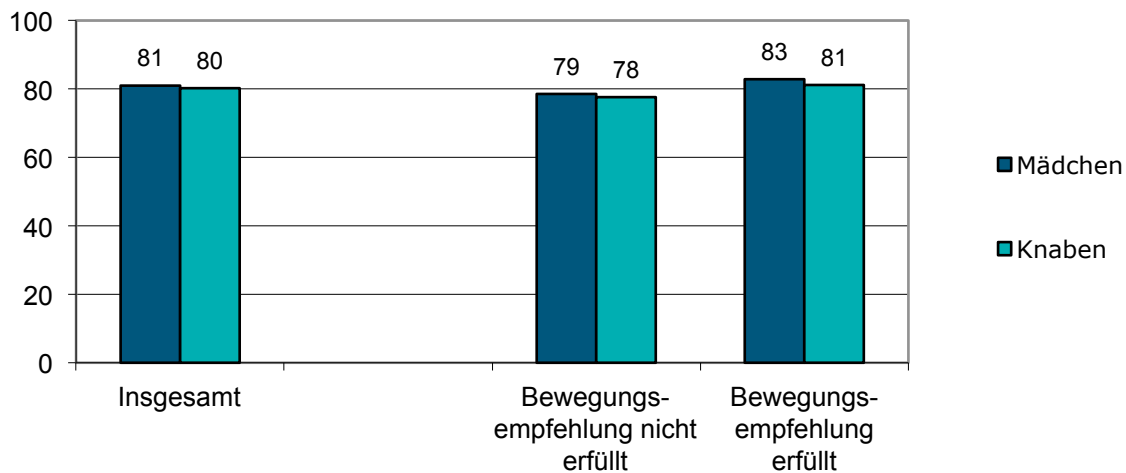
Quelle: SGB 2012, n je nach Merkmal zwischen 17'674 (Bildungsstand) und 20'858.

Indikator 5.11: Lebensqualität Kinder und Jugendliche

Während die Lebensqualität der Erwachsenen in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 lediglich mit einer einfachen Frage erfasst wurde (vgl. Indikator 5.10), wurde sie in der SOPHYA-Studie (Swiss children's Objectively measured PHYSical Activity) des Swiss TPH der Universität Basel differenzierter erhoben, indem eine Reihe von Fragen zu körperlichem und psychischem Wohlbefinden, Selbstwert, Familie, Freunden und Schule gestellt wurden und zu einem Gesamtindex der Lebensqualität zusammengefasst wurden.

Gesamthaft betrachtet kann die Lebensqualität der untersuchten Kinder als gut bezeichnet werden. Auf einem Index mit dem Wertebereich 0 bis 100 erreichen die Kinder im Durchschnitt rund 80 Punkte. Wie aus der folgenden Abbildung hervorgeht, unterscheidet sich die Lebensqualität von Mädchen und Knaben nicht stark, und auch zwischen denjenigen, welche die Bewegungsempfehlungen erfüllen (vgl. Indikator 3.3), und denjenigen, die das nicht tun, sind die Unterschiede zwar statistisch signifikant, insgesamt aber gering.

A) Lebensqualität der 6- bis 16-Jährigen nach Geschlecht und körperlicher Aktivität



Quelle: Bringolf-Isler et al. (2016).

Datenbasis

Die Angaben zum vorliegenden Indikator basieren auf der folgenden Studie:

Bringolf-Isler B., Probst-Hensch N., Kayser B. und Suggs S. (2016): Schlussbericht zur SOPHYA-Studie. Basel: Swiss TPH.

Im Zentrum der SOPHYA-Studie stand die Messung und Analyse des Bewegungsverhaltens von 6- bis 16-jährigen Kindern und Jugendlichen. Zusätzlich wurden die Kinder und ihre Eltern jedoch auch zu verschiedenen weiteren Aspekten befragt. Die Angaben zur Lebensqualität stammen aus der Elternbefragung und beziehen sich auf 6- bis 16-jährigen Kinder, welche an der SOPHYA-Studie teilgenommen hatten.

Weitere Hinweise zur SOPHYA-Studie finden sich bei Indikator 3.3 sowie unter:

www.swisstph.ch/de/sophya.html

Weitere Resultate

In Ergänzung zu Abbildung A weiter oben zeigt Abbildung B einige weitere Unterschiede in der Lebensqualität nach verschiedenen Merkmalen. Ein Blick auf die Abbildung zeigt, dass die Differenzen zwischen verschiedenen Gruppen insgesamt gering sind. Trotzdem sind einige der aufgeführten Unterschiede statistisch signifikant: So ist die Lebensqualität von über 10-jährigen Kindern und Jugendlichen, von Deutschschweizer/innen und Schweizer/innen sowie Kindern von Eltern mit mindestens sekundärer Bildung höher als diejenige anderer Kinder.

In Abbildung C sind überdies die Angaben zur Lebensqualität in verschiedenen Lebensbereichen dargestellt. Dabei fällt auf, dass die Werte für das körperliche und seelische Wohlbefinden höher liegen als diejenigen für spezifischere Domänen.

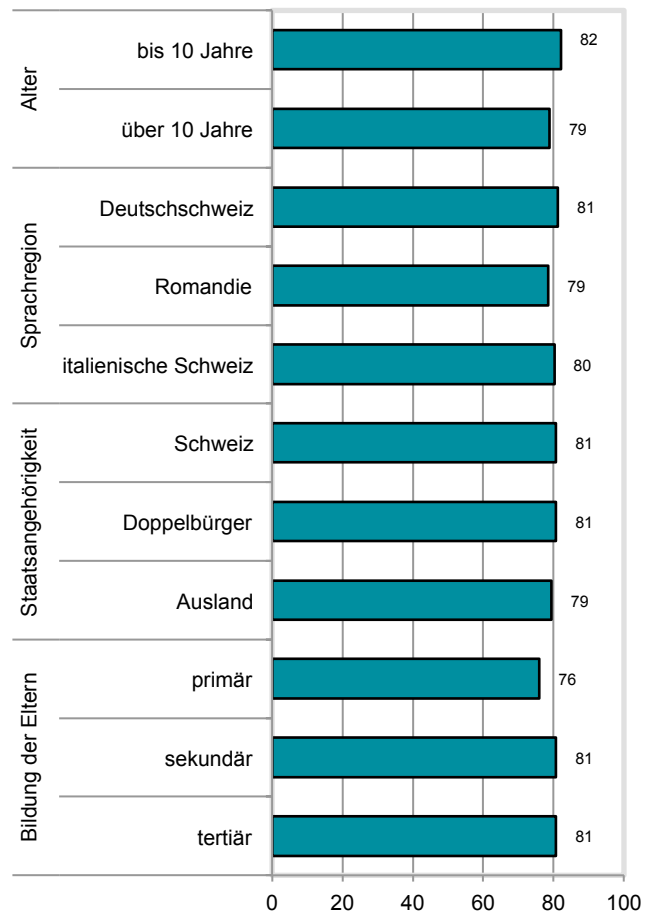
Detailanalysen von Bringolf-Isler et al. (2016) zeigen überdies eine Reihe von Unterschieden zwischen verschiedenen Gruppen von Kindern:

- Jüngere Kinder (bis 10 Jahre) hatten eine höhere Lebensqualität in der Domäne „Schule/Kindergarten“ (84.9 vs. 73.1) und erreichten statistisch signifikant höhere Werte in den Domänen „körperliches Wohlbefinden“ (85.6 vs. 81.6) und „Selbstwert“ (76.8 vs. 73.6).
- Kinder aus der Deutschschweiz hatten eine etwas höhere Lebensqualität in der Domäne „körperliches Wohlbefinden“ (84.3 vs. 82.6 in der Romandie und 82.9 in der italienischen Schweiz) und Kinder aus der Romandie eine tiefere in den Domänen „Familie“ (75.7 in der Romandie vs. 82.8 in der Deutschschweiz und 82.2 in der italienischen Schweiz) und „Schule“ (72.1 in der Romandie vs. 81.7 in der Deutschschweiz und 80.1 in der italienischen Schweiz).
- Kinder, deren Eltern nur die obligatorische Schule abgeschlossen hatten, erreichten tiefere Werte in den Domänen „Selbstwert“ (71.7 vs. 75.2 resp. 75.6) und „Familie“ (75.8 vs. 81.6 resp. 80.4). Die Lebensqualität in der Domäne „Schule“ stieg mit der Bildung der Eltern signifikant an (70.1 bei Eltern mit primärer, 78.4 bei Eltern mit sekundärer und 81.1 bei Eltern mit tertiärer Bildung).
- Keine signifikanten Unterschiede in den verschiedenen Domänen gab es nach Geschlecht und nach Nationalität.

Weitere Informationen

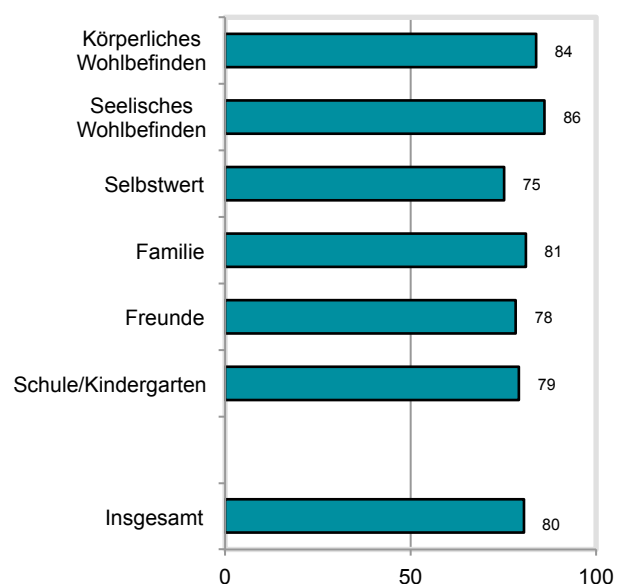
Vgl. Quellenhinweis weiter oben sowie:
www.swisstph.ch/de/sophya.html

B) Lebensqualität nach verschiedenen Merkmalen



Quelle: Zusätzliche Angaben zur Studie von Bringolf-Isler et al. (2016), die uns von den Autorinnen freundlicherweise zur Verfügung gestellt wurden.

C) Lebensqualität nach Domänen



Quelle: Bringolf-Isler et al. (2016), S. 62.

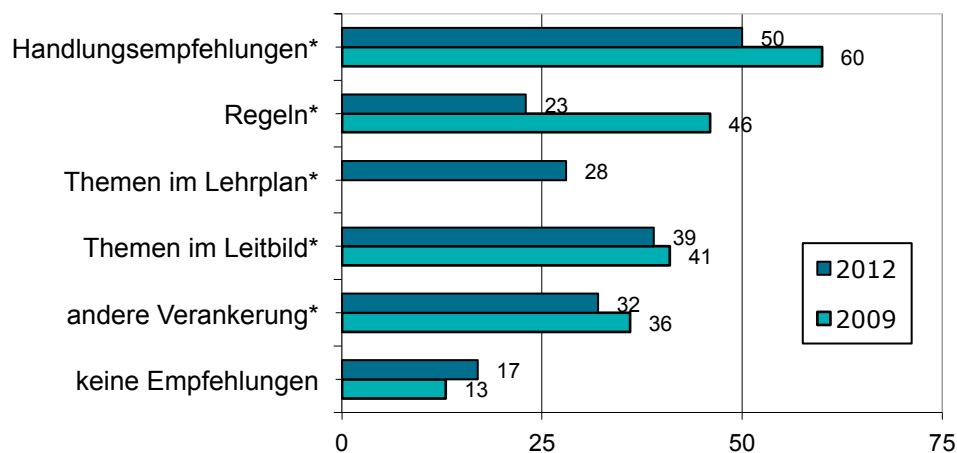
Bereich 6: Rahmenbedingungen und Angebote

Indikator 6.1: Angebote für Ernährung und Bewegung in spezifischen Settings

Die Themen Ernährung und Bewegung betreffen nicht nur individuelles Verhalten und Lebensstile, sondern sind eingebettet in Strukturen, die eine ausgewogene Ernährung und ausreichende Bewegung fördern oder erschweren. "Verhältnisprävention" im Sinne einer Verbesserung dieser Strukturen kann in verschiedenen Settings – etwa in der Schule oder am Arbeitsplatz – ansetzen.

Daten über Angebote und Massnahmen liegen für die Schweizer Volksschulen vor, an denen das Institut für Gesundheitskommunikation (ARCHE) der Università della svizzera italiana 2009 und 2012 Befragungen durchgeführt hat. Aus der folgenden Abbildung geht hervor, dass es in der Hälfte der befragten Schulen "Handlungsempfehlungen" zu den Themen Ernährung, Bewegung und gesundes Körpergewicht gibt, und in knapp der Hälfte der Schulen auch formelle Regeln bzw. Lehrplanvorgaben existieren. Nur eine Minderheit von einem Sechstel aller Schulen beschäftigt sich ausserhalb des Sport- und des Hauswirtschaftsunterrichts nicht mit diesen Themen. Die zwei Untersuchungsjahre sind aufgrund eines etwas anderen Teilnehmerfeldes (2009: 24 Kantone, 2012: 22 Kantone) zwar nicht vollständig vergleichbar, doch scheint die Sensibilisierung für die Themen zwischen 2009 und 2012 etwas nachgelassen zu haben, da der Anteil der Schulen, welche keine Empfehlungen abgegeben haben, zugenommen hat.

A) Verankerung der Themen Ernährung, Bewegung und gesundes Körpergewicht in Schweizer Volksschulen, 2009 und 2012 (Mehrfachantworten möglich)



Quelle: Ehlig et al. (2009: 32) und Dubowicz et al. (2013); Antworten auf die Frage, ob die Themen jenseits des obligatorischen Sport- und des Hauswirtschaftsunterrichts in der Schule verankert seien.

* Legende: Handlungsempfehlungen: "Es gibt Handlungsempfehlungen an die Lehrpersonen im Schulalltag, z.B. die Pausen im Freien zu verbringen oder im Klassenlager gesunde Mahlzeiten zuzubereiten."

Regeln: "Es gibt Regeln zu den Themen Ernährung, Bewegung, gesundes Körpergewicht in unserer Schule, z. B. ein Verbot von Süssgetränkeautomaten."

Themen im Leitbild: "Eines oder mehrere dieser Themen sind im Leitbild, im Mehrjahres- oder Jahresprogramm der Schule verankert."

Andere Verankerung: "Eines oder mehrere dieser Themen sind auf andere Weise in unserer Schule verankert."

Themen im Lehrplan: "Ja, eines oder mehrere dieser Themen sind auf andere Weise in unserer Schule verankert." Dieses Item wurde 2009 nicht abgefragt.

Keine Empfehlungen: "Zu diesen Themen gibt es in unserer Schule keine Regeln oder Empfehlungen."

Datenbasis

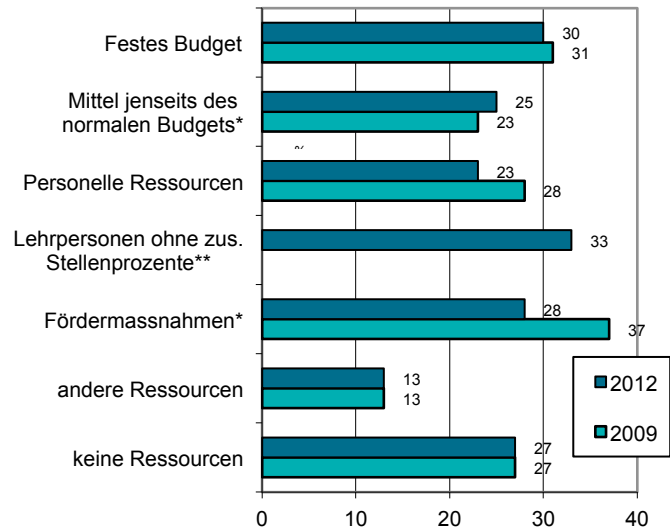
Die Resultate basieren auf Befragungen der Verantwortlichen von Schulen der Volksschulstufe (Kindergarten, Primarschule, Sekundarstufe I) in 24 (2009, n=1383) bzw. 22 (2012, n=916) Kantonen, die durch Gesundheitsförderung Schweiz finanziert wurden.

Aufgrund der etwas anderen Zusammensetzung der antwortenden Schulen zwischen den beiden Untersuchungen, muss der Zeitvergleich vorsichtig interpretiert werden. Für Details siehe Ehlig et al. (2009) und Dubowicz et al. (2012)(siehe nächste Seite).

Weitere Resultate

Abbildung B zeigt, mit welchen finanziellen und personellen Mitteln die untersuchten Schulen die Themenbereiche Ernährung, Bewegung und gesundes Körpergewicht fördern. In jeweils einem knappen Viertel bis einem Drittel aller Schulen werden finanzielle und/oder personelle Mittel zur Verfügung gestellt. Ein gutes Viertel aller Schulen setzt jedoch keine spezifischen Mittel für die Förderung der Thematik ein.

B) Fördermassnahmen in den Bereichen Ernährung, Bewegung und gesundes Körpergewicht in den Volksschulen, 2009 und 2012

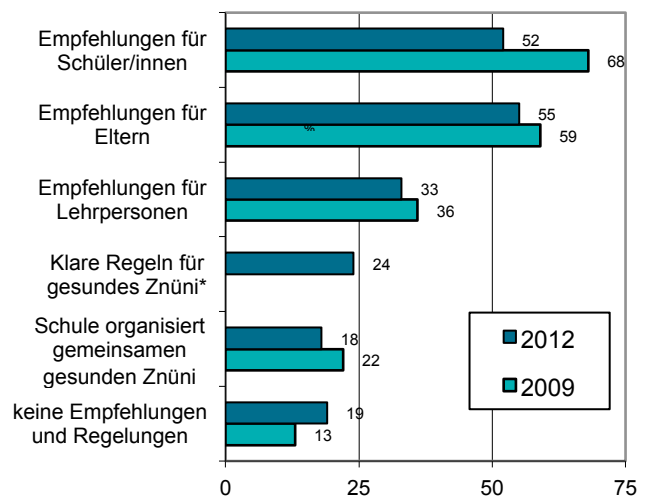


* Zusätzliche Erläuterungen zur Legende: Mittel jenseits des normalen Budgets: "Mittel, die über das normale Budget hinaus zu Verfügung stehen, z.B. von Gesundheitsförderung Schweiz, aus dem Kanton oder aus der Gemeinde"; Fördermassnahmen: "z.B. interne oder externe Weiterbildung der Lehrpersonen, Vorträge für Eltern."

** 2009 nicht abgefragt.

Mit Bezug zu einer gesunden Pausenverpflegung scheint die Sensibilisierung der Schulen insgesamt hoch zu sein, geben doch über die Hälfte Empfehlungen für die Schüler/innen und die Eltern ab (vgl. Abbildung C). Der Rückgang zwischen 2009 und 2012 dürfte wohl insbesondere die Folge der neu eingeführten Antwortkategorie "Klare Regeln" (24%) sein. Allerdings hat der Anteil derjenigen Schulen, die nichts unternehmen, tatsächlich leicht von 13 Prozent im Jahre 2009 auf 19 Prozent im Jahr 2012 zugenommen.

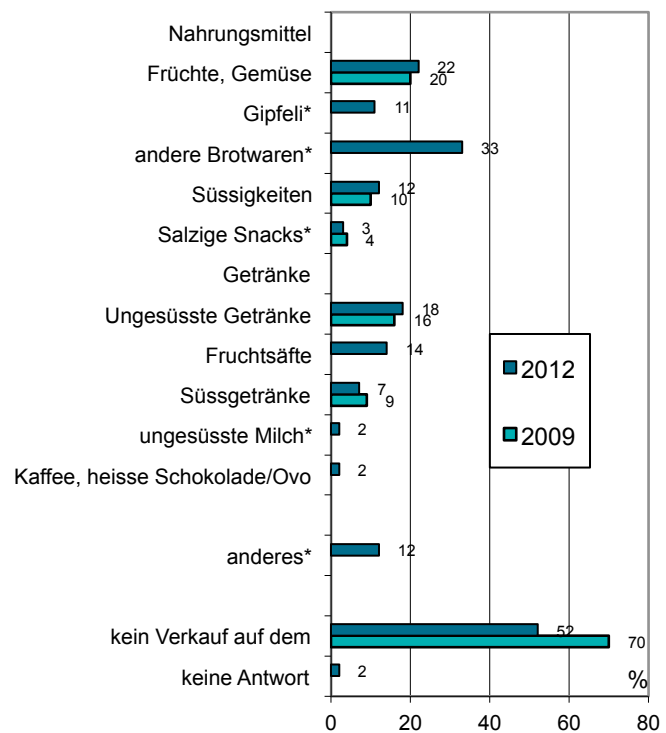
C) Empfehlungen und Regelungen für eine gesunde Zwischenverpflegung an Schweizer Volksschulen, 2009 und 2012



* 2009 nicht abgefragt.

Wie Abbildung D zeigt, verfügt nur eine Minderheit der Schulen über eigene Angebote für die Pausenverpflegung. Dort wo solche Angebote bestehen, genügt das Angebot bislang nur bedingt den Anforderungen an eine gesunde und ausgewogene Pausenverpflegung: Brotwaren (Brötchen, Sandwiches) sind häufiger im Angebot als Früchte und Gemüse, und neben ungesüßten Getränken werden an verschiedenen Orten weiterhin Süssgetränke und zuckerhaltige Milchgetränke angeboten.

D) Produkteangebot zur Pausenverpflegung, 2009 und 2012 (Mehrfachantworten möglich, Angaben in Prozent aller Schulen)

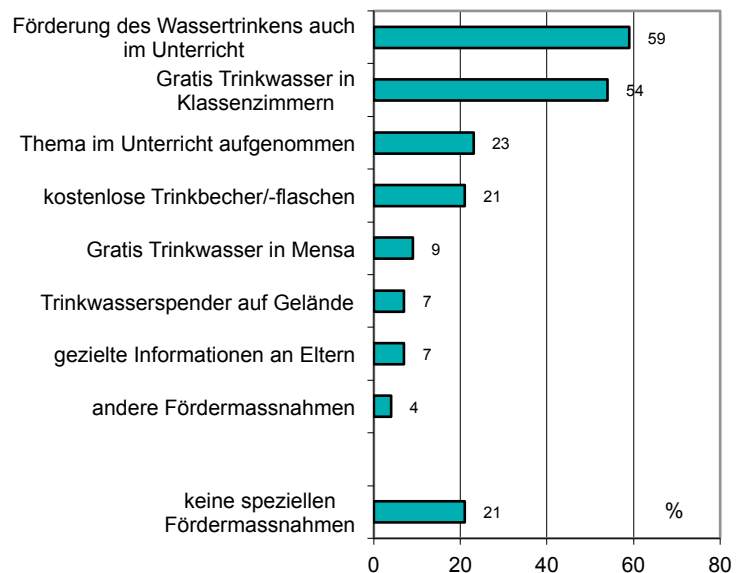


* 2009 nicht abgefragt; ** Antwortkategorie 2009: "nichts davon".

Mit Blick auf die Getränke fällt in Abbildung E jedoch auf, dass deutlich über die Hälfte aller Schulen das Trinken auch während des Unterrichts unterstützen. Verschiedene Massnahmen zur Förderung des Wassertrinkens werden dabei von knapp 80 Prozent der befragten Schulen ergriffen.

E) Förderung des Wassertrinkens, 2012 (Mehrfachantworten möglich, Angaben in Prozent aller Schulen)

Jenseits der Förderung einer gesunden Ernährung, engagieren sich viele Schulen auch in der Bewegungsförderung. Die Indikatoren 6.4 (Bewegungsangebote für Kinder) und 6.7 (Schulsportobligatorium) enthalten weiterführende diesbezügliche Informationen.



Weitere Informationen:

Ehmig, Simone C., Cristina Furrer und Janine Lenares (2009): Bewegung und Ernährung an Schweizer Schulen. Lugano: Institut für Gesundheitskommunikation (ARCHE).

Dubowicz, A., A.-L. Camerini, R. Ludolph, J. Amann, und P.J. Schulz (2013): Bewegung und Ernährung an Schweizer Schulen, Ergebnisse der zweiten Befragung von Schulleitungspersonen in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein. Arbeitspapier 10, Bern/Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.

Indikator 6.2: Bewegungsräume und -flächen

Hinweis: Indikator 5.11 des Sportobservatoriums. Details finden sich unter: www.sportobs.ch

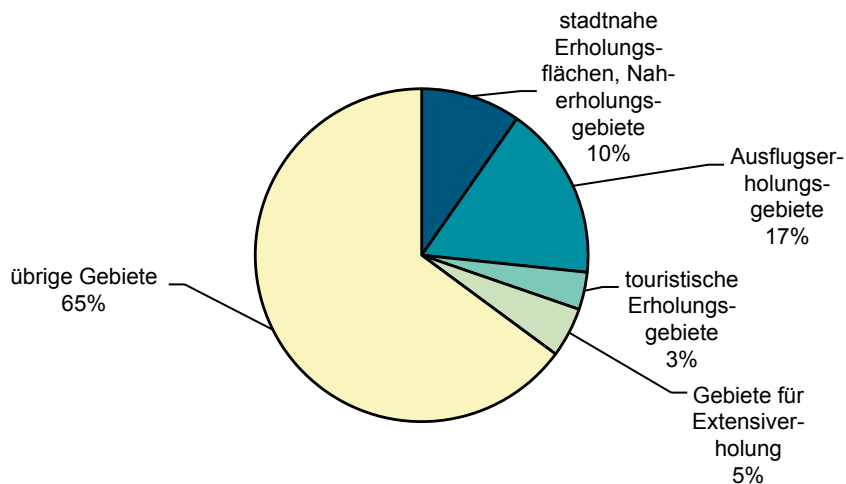
Für die Ausübung von sportlichen und Bewegungsaktivitäten spielt nicht nur die formelle Sportinfrastruktur (vgl. Indikator 6.6) eine Rolle, sondern auch die Möglichkeit, Flächen im Freien zu nutzen. Dazu gehören Wälder, Wiesen, Gewässer oder Berge, in und auf denen sich verschiedene Bewegungsaktivitäten ausführen lassen (z.B. Wandern, Wassersport) sowie die Wander- und Radwege, welche diese Gebiete erschliessen.

Von zunehmender Bedeutung sind in der stark urbanisierten Schweiz überdies "bewegungsfreundliche Siedlungsstrukturen", welche körperliche Aktivitäten auch im nächsten Wohnumfeld möglich machen. Dazu gehören etwa Begegnungszonen, Spielplätze, Parks oder vom motorisierten Verkehr abgetrennte Rad- und Spazierwege.

Abbildung A zeigt den Anteil der "grundsätzlich für sportliche und Bewegungsaktivitäten" nutzbaren Flächen in der Schweiz gemäss einer Analyse des Instituts für Tourismuswirtschaft (ITW) der Hochschule Luzern. Gemäss dieser Zusammenstellung kann über ein Drittel der Fläche der Schweiz als "Bewegungsfläche" identifiziert werden, wobei stadtnahe Erholungsflächen und Ausflugerholungsgebiete über ein Viertel der Gesamtfläche ausmachen.

Über die erwähnten "bewegungsfreundlichen Siedlungsgebiete" existieren noch keine Angaben. In verschiedenen Schweizer Städten existieren jedoch Konzepte zur Förderung solcher Strukturen, so dass in den nächsten Jahren auch Daten verfügbar werden sollten.

A) Anteil der Erholungsflächen an der Gesamtfläche der Schweiz, 2007



Quelle: ITW 2007.

Datenbasis

Abbildung A basiert auf der Studie "Wirtschaftliche Bedeutung der Sportinfrastrukturen in der Schweiz" des ITW Luzern (2007).

Weitere Daten im Detailbericht des Sportobservatoriums wurden den Indikatoren zum Landschaftsbeobachtungssystem Schweiz (LABES), den Jahresberichten der Schweizer Wanderwege und den statistischen Aufstellungen der Stiftung SchweizMobil entnommen.

Indikator 6.3: Aktionen der Wirtschaft

Ob sich das Ziel einer ausgewogenen Ernährung und ausreichender Bewegung erreichen lässt, hängt nicht zuletzt davon ab, ob überhaupt passende Ernährungs- und Bewegungsangebote vorhanden sind. Gemeint sind sehr unterschiedliche Leistungen wie etwa die Bereitstellung einer ausreichenden und leicht zugänglichen Sport- und Bewegungsinfrastruktur oder die Verfügbarkeit kostengünstiger Lebensmittel, welche eine ausgewogene Ernährung und ausgeglichene Energiebilanz unterstützen.

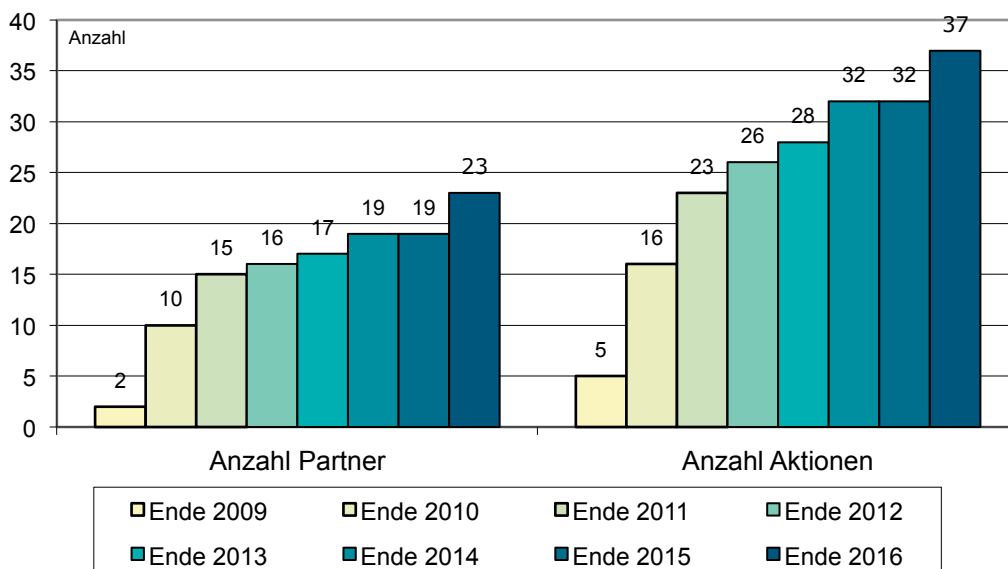
Die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) und vom Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV) getragene Initiative actionsanté will Unternehmen zu Verbesserungen oder Anpassungen ihrer Angebote in den Bereichen Ernährung und Bewegung motivieren. Angesprochen sind Unternehmen, die ein freiwilliges Aktionsversprechen abgeben und konkrete Aktionen definieren. Im Gegenzug erhalten sie fachliche Unterstützung sowie die Möglichkeit, das Logo actionsanté im Rahmen der Kommunikation des Engagements zu verwenden.

Aktionen können in vier Aktionsbereichen durchgeführt werden: 1) Zusammensetzung und Angebot von Lebensmitteln, 2) Marketing und Werbung, 3) Förderung eines bewegungsfreundlichen Umfelds und 4) Gesundheitskompetenz.

Wie die folgende Abbildung zeigt, konnte die Anzahl der Partnerunternehmen seit dem Start von actionsanté von zwei auf 23, diejenige der Aktionen von fünf auf 37 gesteigert werden. 13 Partner engagierten sich in der Aktion Swiss Pledge. Deren Zusammenarbeit mit actionsanté lief Ende 2014 aus und befindet sich momentan in Neuverhandlungen. Swiss Pledge beinhaltet das Versprechen, auf Produktwerbung zu verzichten, die sich an Kinder unter zwölf Jahren richtet.

Die inhaltlichen Schwerpunkte der Aktionen können Abbildung C auf der folgenden Seite entnommen werden.

A) Kumulative Anzahl Partner von actionsanté und Aktionen, 2009 bis Ende 2016



Quelle: Angaben von actionsanté.

Datenbasis

Angaben der Projektleitung von actionsanté.

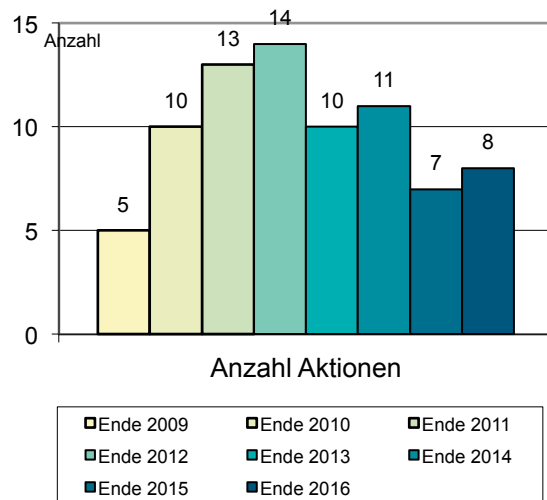
Detaillinformationen zu actionsanté, den Aktionsversprechen und zum Aufnahmeverfahren finden

sich auf der Website von actionsanté unter: www.actionsante.ch.

Weitere Resultate

Die (vorläufige) Beendigung der Kooperation mit Swiss Pledge sowie das Auslaufen einiger weiterer Aktionen hat im Jahr 2015 zu einem Rückgang der laufenden Aktionen geführt. Per Ende 2015 waren sieben Aktionsversprechen und per Ende 2016 waren acht Aktionsversprechen in actionsanté aktiv. In den Jahren 2010 bis 2014 liefen jährlich jeweils mindestens zehn Aktionen.

B) Laufende Aktionen pro Jahr, 2009-2016



Hinweis: "Swiss Pledge" wurde jeweils nur einmal gezählt.

Wie Abbildung C zeigt, stehen Veränderungen in den Bereichen Lebensmittelzusammensetzung (Salz, Fett, Zucker) und -angebot im Zentrum der bisherigen Aktionsversprechen der bei actionsanté beteiligten Unternehmen. Der Reduktion des Salzgehalts ausgewählter Lebensmittel, wie sie auch in der Salzstrategie des Bundesamts für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen BLV thematisiert wird (vgl. Indikator 2.5), wird dabei eine besondere Bedeutung zugemessen.

Bei den Aktionen im Bereich Marketing und Werbung gilt es zu berücksichtigen, dass es sich bei Swiss Pledge um eine Initiative mit 13 Unterzeichnern handelt.

C) Thematische Schwerpunkte der Aktionen der an actionsanté beteiligten Unternehmen (37 Aktionen von 23 beteiligten Unternehmen, Stand Ende 2016)



Weitere Informationen:

Website von actionsanté:
www.actionsante.ch

Indikator 6.4: Bewegungsangebote für Kinder und Jugendliche

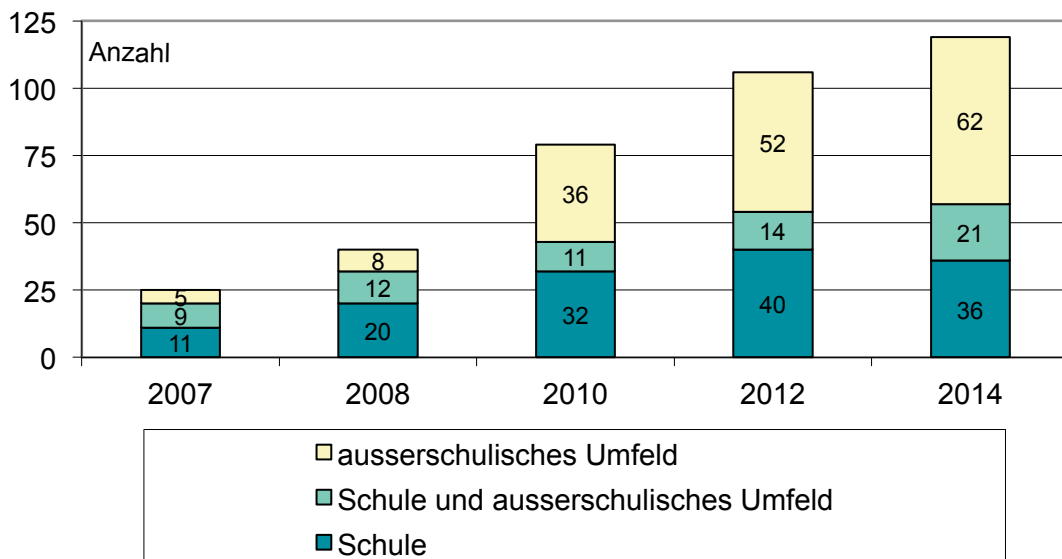
Hinweis: Indikator 1.6 des Sportobservatoriums; Details finden sich unter: www.sportobs.ch

Die Förderung der körperlichen Bewegung ausserhalb des obligatorischen Schulunterrichts gewinnt angesichts der zunehmend bewegungsarmen Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen an Bedeutung. Entsprechend wurden in den vergangenen Jahren verschiedene Bewegungsförderungskampagnen und -programme für Kinder lanciert.

Abbildung A zeigt, dass im Jahr 2014 119 Bewegungsförderungsprojekte in der Datenbank der Eidgenössischen Hochschule für Sport Magglingen (EHSM) erfasst waren. Seit 2007 hatte sich der Bestand an erfassten Projekten damit fast verfünffacht. Rund die Hälfte der Projekte (52%) beschäftigt sich mit dem ausserschulischen Umfeld (z.B. Beratungsangebote für Eltern von Kleinkindern oder Familien mit Migrationshintergrund), während 36 Projekte (30%) die "bewegungsfreundliche" Schule als wichtigen Partner der Bewegungsförderung ins Zentrum ihrer Aktivitäten rücken. Ein Sechstel der Projekte (18%) verbindet das schulische mit dem ausserschulischen Umfeld (z.B. über eine Verknüpfung mit dem Vereinssport).

Es gilt allerdings zu beachten, dass die Darstellung in der Abbildung etwas täuscht, weil sie nicht nur laufende, sondern auch abgeschlossene Projekte enthält. Gleichzeitig besteht keine Verpflichtung zur Erfassung von Projekten in der Datenbank, weshalb die Übersicht Lücken aufweisen dürfte.

A) Fokus von in der Datenbank der EHSM erfassten Bewegungsförderungsprogrammen für Kinder und Jugendliche, 2007 bis 2014



Quelle: Datenbank "Children on the Move" des BASPO.

Datenbasis

Projektübersicht in der Datenbank "Children on the Move" des BASPO.

Weitere Informationen finden sich auf der Website des Sportobservatoriums.

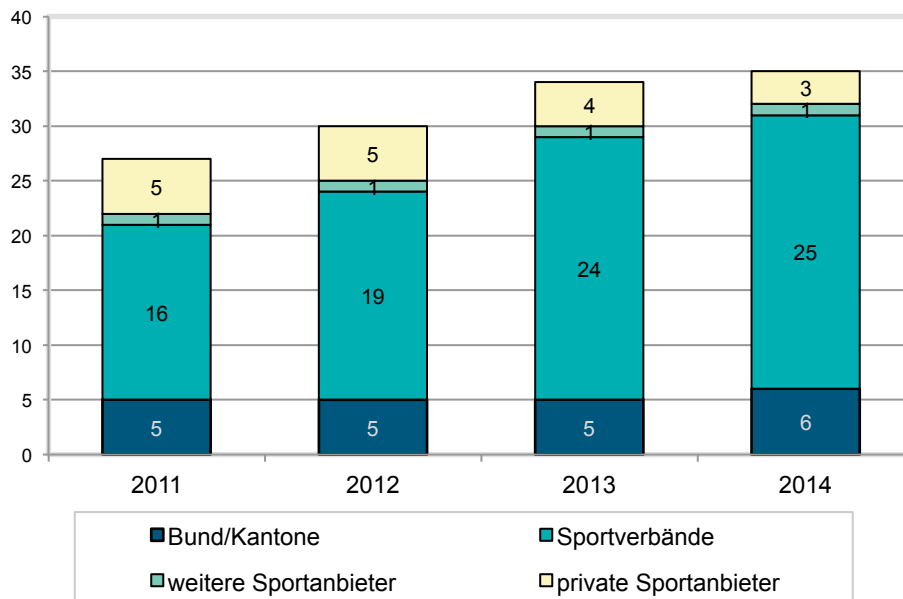
Indikator 6.5: Angebote im Erwachsenensport

Hinweis: Indikator 1.8 des Sportobservatoriums; Details finden sich unter: www.sportobs.ch

Auch im Erwachsenenalter kommt der sportlichen Aktivität eine wichtige Rolle zu für die Gesundheitsförderung und Prävention, und entsprechend müssen optimale Rahmenbedingungen dafür geschaffen werden. Bis vor einigen Jahren war der "Erwachsenensport" ein Stiefkind der Schweizer Sportpolitik. Es gab und gibt mit "J+S" ein breites und gut abgestütztes Angebot für Kinder und Jugendliche, und überdies beschäftigte sich der Bund in Zusammenarbeit mit verschiedenen weiteren Organisationen unter dem Titel "Senioren sport" mit den 45-Jährigen und Älteren. Die Gruppe der jüngeren Erwachsenen wurde jedoch kaum je thematisiert. Vor diesem Hintergrund hat das Bundesamt für Sport im Jahr 2009 unter dem Titel "Erwachsenensport Schweiz" (esa) ein breit orientiertes Sportförderungsprogramm etabliert, das sich in Zusammenarbeit mit verschiedenen Partnerorganisationen an Personen ab 20 Jahren richtet und die Lücke zwischen J+S und dem ehemaligen "Senioren sport" schliesst. Der Bund engagiert sich insbesondere in der Koordination der Aus- und Weiterbildung von Leitenden im Breitensport, während konkrete Angebote von den Partnerorganisationen entwickelt und durchgeführt werden.

Aktuell sind dem Programm insgesamt 35 Organisationen angeschlossen, das ist eine mehr als noch im Vorjahr. Wie Abbildung A zeigt, sind Sportverbände und weitere Anbieter (wie z.B. die Pro Senectute) gegenwärtig von besonderer Bedeutung. Bei sechs Partnerorganisationen handelt es sich jedoch auch um offizielle Stellen und dreimal um einen privaten Sportanbieter.

A) Aufteilung der Partnerorganisationen von Erwachsenensport Schweiz nach Organisationsart, 2011 bis 2014



Quelle: Erwachsenensport Schweiz.

Datenbasis

Angaben von Erwachsenensport Schweiz esa beim Bundesamt für Sport BASPO.

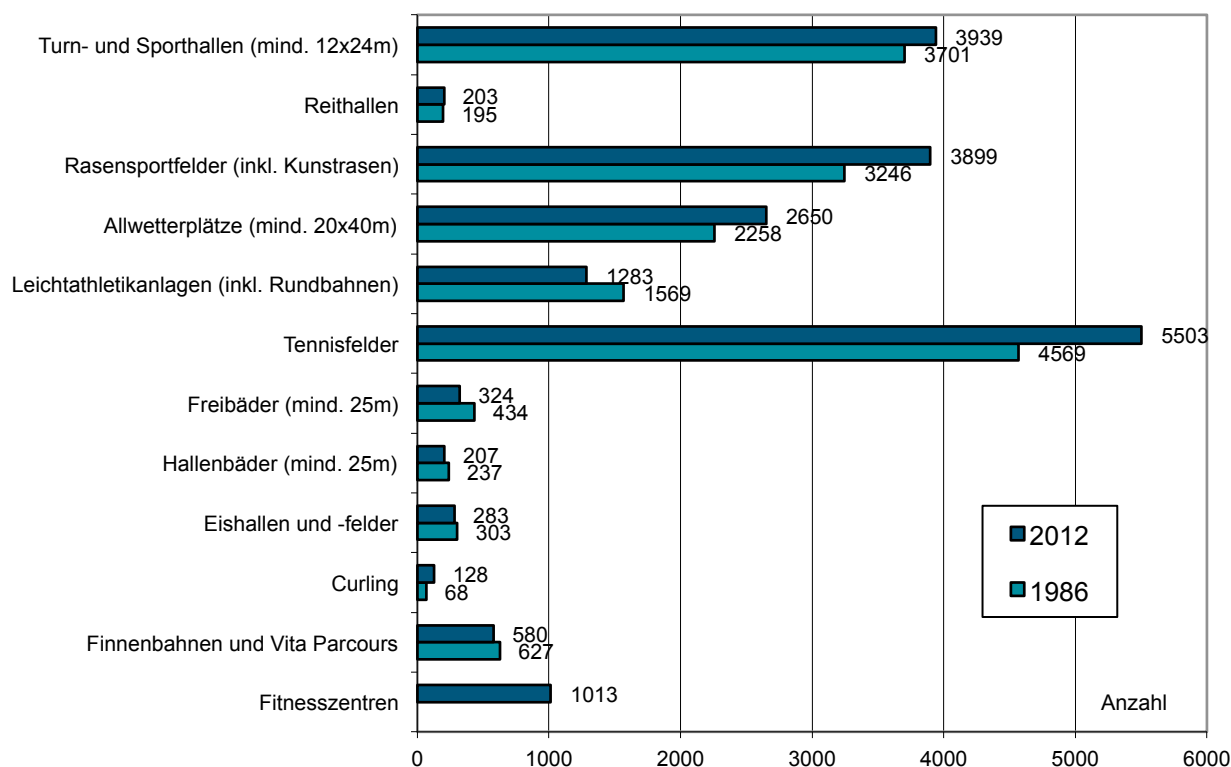
Indikator 6.6: Versorgung mit Sportanlagen

Hinweis: Indikator 5.10 des Sportobservatoriums; Details finden sich unter: www.sportobs.ch

Eine angemessene Sportinfrastruktur ist eine zentrale Voraussetzung der Sport- und Bewegungsförderung. Während Indikator 6.2 Angaben zu den grundsätzlich verfügbaren Bewegungsräumen (inkl. Wander- und Radwege) enthält, beschäftigt sich der vorliegende Indikator mit Sportanlagen im engeren Sinne.

Nachdem das Bundesamt für Statistik (BFS) seine Sportanlagenstatistik nach 1986 eingestellt hatte, hat das Bundesamt für Sport (BASPO) das Anliegen in einigen neuen Studien wieder aufgenommen. Gemäss der neuesten Studie, welche sich auf das Jahr 2012 bezieht, existieren in der Schweiz knapp 32'000 Anlagenteile* wie beispielsweise Sporthallen und Rasensportfelder oder auch Minigolfanlagen und Schiessplätze. Die Abbildung zeigt, dass sich in den letzten 26 Jahren einige bedeutsame Veränderungen ergeben haben: So hat die Zahl der Curlinganlagen, Tennisplätze und Rasensportfelder deutlich zugenommen, während sich die Zahl der grösseren Freibäder und Leichtathletikanlagen reduziert hat. Von Interesse sind zudem die ganz unten in der Abbildung ausgewiesenen Fitnessszentren, die 1986 noch nicht Gegenstand der Zählung waren, weil sie damals noch kaum existierten.

A) Anzahl ausgewählter Sportanlagen in der Schweiz, 1986 und 2012



Quelle: BFS (1989) und Balthasar et al. (2013). Die Angaben zu den Freibädern im Jahr 1986 wurden in Rücksprache mit Experten des BASPO angepasst.

* Die Studie von Balthasar et al. (2013) unterscheidet zwischen Anlagenteilen (z.B. ein einzelner Tennisplatz) und Gesamtanlagen (mehrere Tennisplätze eines Tennisclubs).

Datenbasis

Bundesamt für Statistik (1989): Turn- und Sportanlagen in der Schweiz 1986. Bern: BFS.

Balthasar, Andreas, Oliver Bieri, Brigit Laubereau, Tobias Arnold, Heinz Rütter, Christian Höchli, Andreas Rieser, Jürg Stettler und Roger Wehrli

(2013): Sportanlagenstatistik Schweiz 2012. Luzern, Rüslikon: Interface, HSLU, Rütter+Partner.

Weitere Informationen finden sich auf der Website des Sportobservatoriums (Indikator 5.10.) sowie den zitierten Quellen.

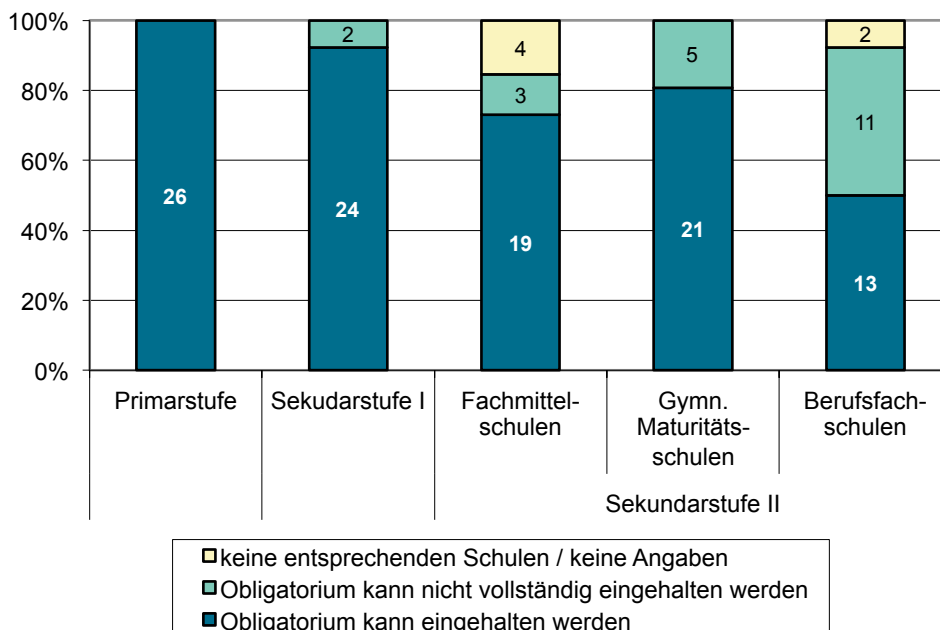
Indikator 6.7: Einhaltung des Schulsportobligatoriums

Hinweis: Indikator 2.1 des Sportobservatoriums; Details finden sich unter: www.sportobs.ch

Der Sportunterricht ist an den Schweizer Volksschulen obligatorisch. Seit 1987 ist das Obligatorium in der Verordnung über die Förderung von Turnen und Sport (Sportförderungsverordnung, SpoFöV) verankert. Im neuen Sportförderungsgesetz von 2012 wurde das Obligatorium bestätigt und der Umfang wie folgt festgelegt. Im obligatorisch zu besuchenden Kindergarten bzw. in den ersten beiden Jahren der achtjährigen Primarstufe sind Bewegung und Sport in den täglichen Unterricht zu integrieren, wobei auf eine nähere Spezifikation verzichtet wird. Auf der Primarstufe und der Sekundarstufe I sind mindestens drei Lektionen Sportunterricht pro Unterrichtswoche zu erteilen, und auf der Sekundarstufe II (Gymnasien, Fachmittelschulen) mindestens 110 Lektionen regelmässig über das Schuljahr verteilt. Bei betrieblich organisierten Grundbildungen (Berufslehren) umfasst der Sportunterricht je nach jährlichem Umfang des allgemeinbildenden und berufskundlichen Unterrichts (< 520 Lektionen bzw. ≥ 520 Lektionen) entweder mindestens 40 oder mindestens 80 Jahreslektionen. Für schulisch organisierte Grundbildungen sind ebenfalls mindestens 80 Jahreslektionen Sportunterricht vorgeschrieben.

Die Angaben in Abbildung A basieren auf den Angaben der Kantone in der Kantonsumfrage 2014/15 der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK). Auf der Primarstufe wird das Obligatorium von allen Kantonen und auf der Sekundarstufe I von einer grossen Mehrheit der Kantone eingehalten. In zwei Kantonen (GE und JU) haben die Schüler der Sekundarstufe I zumindest teilweise pro Woche nur zwei Sportlektionen. In einigen Kantonen wird das Obligatorium auch bei den Fachmittelschulen (GE, NE, VD) und bei den gymnasialen Maturitätsschulen (GE, NE, TI, VD, VS) nicht eingehalten. Elf Kantone geben an, dass das Obligatorium in den Berufsfachschulen nicht vollständig eingehalten werden kann. Häufig geben diese Kantone an, dass dazu nicht genügend Turnhallen zur Verfügung stünden.

A) Einhaltung des Schulsportobligatoriums nach Schulstufe im Schuljahr 2014/15 (Anzahl Kantone)



Quelle: IDEs-Kantonsumfrage 2014/2015 der EDK.

Datenbasis

Die Daten für 2014/15 (Abbildung A) stammen aus der IDEs-Kantonsumfrage 2014/2015 der EDK.

Weitere Informationen finden sich auf der Website des Sportobservatoriums (Indikator 2.1).

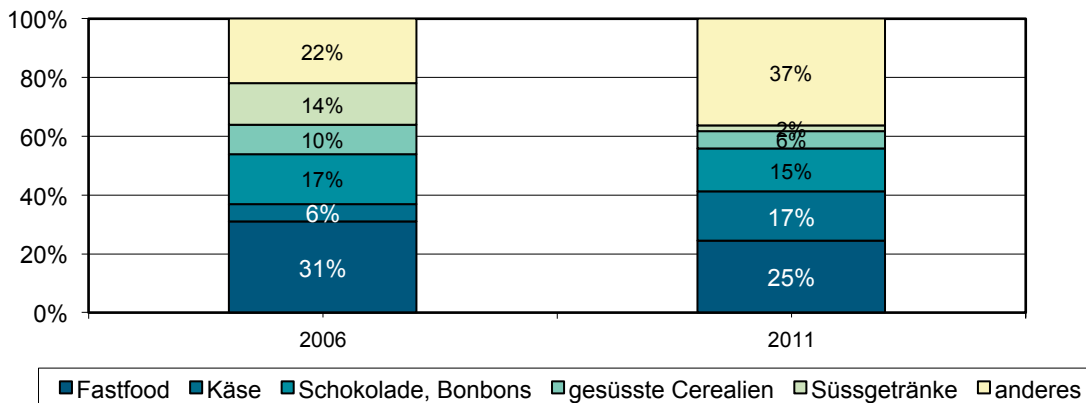
Indikator 6.8: Werbung bei Kindern und Jugendlichen

Das Fernsehverhalten und insbesondere die ausgestrahlte Werbung kann die Lebensmittelwahl von Kindern beeinflussen. Insbesondere die Werbung für süsse und fetthaltige Produkte steht dabei im Verdacht, zum Übergewicht von Kindern und Jugendlichen beizutragen.

2006 wurde in der Schweiz Inhalt und Art der Werbung im Rahmen des Kinderprogramms untersucht (KIWI 1), 2011 folgte eine zweite Untersuchung (KIWI 2). In der Zeit dazwischen haben sich einige Unternehmen unter dem Namen Swiss Pledge freiwillig dazu bereit erklärt, ihre Werbung für Kinder zu begrenzen (vgl. auch Indikator 6.3). Dennoch stammen nur 20 Prozent der ausgestrahlten Lebensmittelwerbungen im Kinderprogramm von Unternehmen, die den Zielen von Swiss Pledge verpflichtet sind. Mehr als drei Viertel dieser Werbespots entsprechen dabei nicht den Ernährungsempfehlungen von internationalen Experten. Insgesamt hat 2011 der Werbeanteil an den untersuchten Sendungen 11% ausgemacht. Ein Kind, das täglich eine Stunde fernsieht, bekommt damit fast 40 Stunden Werbung oder 6750 Werbespots pro Jahr zu sehen. Werbespots für Lebensmittel machen dabei mit 24% vor den Spielzeugwerbungen (12%) und den Werbungen für Dienstleistungen (9%) den grössten Anteil aus. Gegenüber der ersten KIWI Studie von 2006 hat der Anteil der Lebensmittelwerbungen jedoch deutlich um 13 Prozentpunkte abgenommen.

Die Abbildung A vergleicht die beworbenen Produkte der Jahre 2006 und 2011. Der Anteil der Fastfood-Produkte hat deutlich abgenommen, während derjenige von Käseprodukten fast um das Dreifache angestiegen ist. Einer von drei Spots wirbt für wenig gesundheitsfördernde Produkte wie Süssigkeiten, gesalzene Snacks sowie gesüsste oder alkoholische Getränke. Süssgetränke sind 2011 jedoch kaum mehr beworben worden (1.9%), 2006 waren sie noch in jedem siebten Werbespot zu sehen. Dieser Rückgang könnte eine positive Auswirkung von Swiss Pledge (vgl. auch Indikator 6.3) sowie auf die generelle Abnahme der Lebensmittelwerbung zurückzuführen sein.

A) Anteil der beworbenen Lebensmittelgruppen auf den Schweizer Fernsehkanälen während und nach den Kindersendungen, 2006 und 2011



Quelle: KIWI-Studie, n 2006=1762, n 2011=2923. Nur Produkte mit einem Anteil von $\geq 3\%$ zu beiden Zeitpunkten.

Datenbasis

Die Angaben stammen aus der ersten und der zweiten KIWI-Studie zur Fernsehwerbung für Kinder und Jugendliche aus den Jahren 2006 und 2011:

Pfenniger, B. (2013): "Publicités alimentaires à l'attention des enfants sur les chaînes de télévision suisse des trois régions linguistiques Octobre-novembre 2011. Etude KIWI 2". Fédération romande des consommateurs, Stiftung für Konsumentenschutz, Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana, Lausanne, Bern, Breganzona.

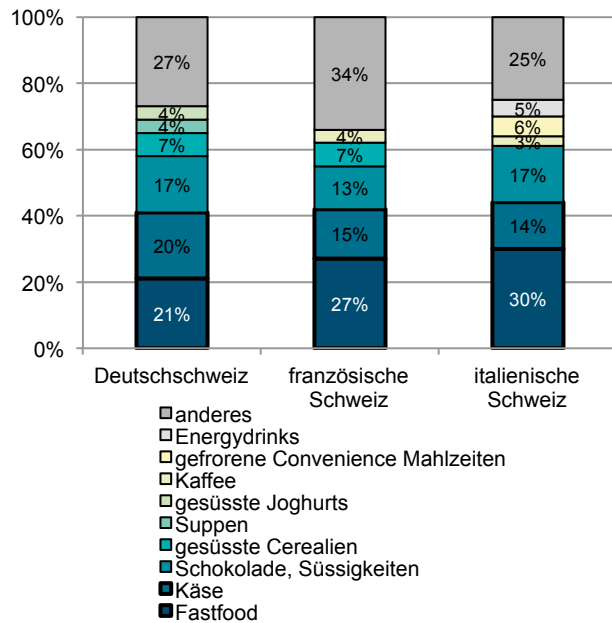
Die Studie wurde mit Unterstützung von Gesundheitsförderung Schweiz, den französischsprachigen CLASS-Kantonen sowie von Simone Keller und Seraphina Zurbriggen vom ICH durchgeführt.

Hinweis: Die Studien KIWI 1 und KIWI 2 sind aufgrund unterschiedlicher Untersuchungszeiträume nicht vollständig miteinander vergleichbar.

Weitere Resultate

Von den sechs in der KIWI-Studie untersuchten Fernsehkanälen waren je zwei aus der Deutsch- (SF1 und SF2), der französischen (RTS1 und RTS2) sowie aus der italienischen Schweiz (RSI1 und RSI2). Obwohl die Abbildung B doch einige Unterschiede zwischen den Sprachregionen zeigt, haben die Werbungen für Fastfood, Käse und Schokoladenprodukte während der untersuchten Zeit überall mehr als die Hälfte ausgemacht. Sowohl Fastfood als auch Cornflakes und andere Cerealien werden hauptsächlich morgens während den Kinderserien beworben. Für Früchte oder Gemüse gibt es praktisch keine Werbespots.

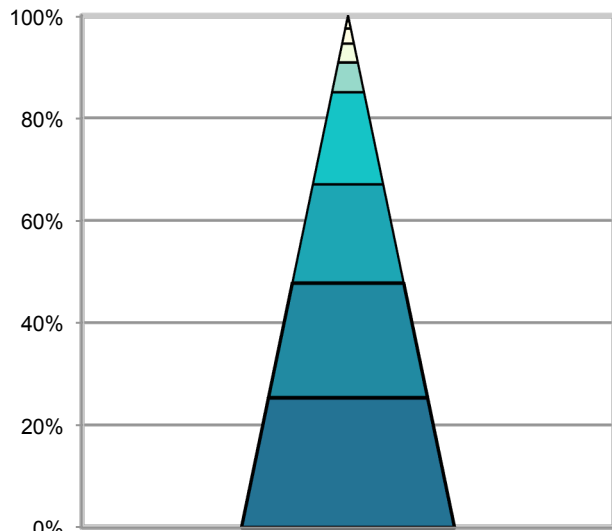
B) Anteil der beworbene Lebensmittelgruppen auf den regionalen Fernsehsender, 2011



Quelle: KIWI 2 2012. Nur Produkte mit einem Anteil $\geq 3\%$.

Würden die Kinder oder ihre Eltern die Ernährung nach der Häufigkeit der ausgestrahlten Lebensmittelwerbung zusammenstellen, so würde ihre Ernährungspyramide wie in der Abbildung C aussehen. Fast ein Viertel der Nahrung bestünde dann aus Fastfood, ein weiteres Fünftel aus Süßigkeiten. Früchte oder Gemüse kämen jedoch kaum auf den Tisch. Die für eine ausgewogene Ernährung stehende Ernährungspyramide würde damit fast auf den Kopf gestellt.

C) Ernährungspyramide gemäss TV Werbung, 2011



Weitere Informationen:

siehe Hinweise zur Datenbasis

Quelle: KIWI 2 2012.

Anhang: Überblick über frühere Aktualisierungen des Indikatorenberichts

Tabelle A.1: Übersicht über die Aktualisierungen und Ergänzungen am Indikatorensystem zum MOSEB zwischen Dezember 2009 und Mai 2010

Nr.	Indikator	Art der Änderung	Kommentar
-	Allgemeine Modifikationen		<ul style="list-style-type: none"> • Auf die Differenzierung in "Leit-" und "Kernindikatoren" wird verzichtet und nur noch zwischen "Kern-" und "Zusatzindikatoren" unterschieden. • In Tabelle 1 wird neu nicht nur zwischen vorhandenen und noch fehlenden Indikatoren unterschieden, sondern auch vermerkt, wie umfassend die existierenden Indikatoren bereits aufbereitet werden konnten.
W.1	Ausrichtung des Ernährungsverhaltens an Ernährungsbotschaften	Akt	Ergänzung um Angaben aus der Coop-Studie "Ess-Trends im Fokus" via Indikatorensammlung von Gesundheitsförderung Schweiz
W.2	Akzeptanz, Wahrnehmung und Verständnis aktueller Themen in den Bereichen Ernährung und Bewegung	Akt	Kleine Ergänzung um Angaben aus der Coop-Studie "Ess-Trends im Fokus" via Indikatorensammlung von Gesundheitsförderung Schweiz
W.4	Kenntnis der Zusammenhänge E, B und Körpergewicht	Akt	Ergänzung um Angaben aus der Coop-Studie "Ess-Trends im Fokus"
W.5	Hindernisse für gesunde Ernährung	Akt	Ergänzung um Angaben aus der Coop-Studie "Ess-Trends im Fokus"
W.6	Kenntnis von Ernährungsempfehlungen	Akt	Ergänzung um Angaben aus der Coop-Studie "Ess-Trends im Fokus"
W.10	Berichterstattung über Ernährung und Bewegung	Akt	Einbau der Resultate zum Medienmonitoring von Gesundheitsförderung Schweiz via Indikatorensammlung von Gesundheitsförderung Schweiz
E.2	Verzehr von Nahrungsmitteln	Neu	Erste Version auf der Grundlage des 5. Schweizerischen Ernährungsberichts
E.5	Salzkonsum	Neu	Erste Version auf der Grundlage von Daten des Bus Santé (Studie von Beer-Borst et al. 2009)
E.6	Kochverhalten		Indikator liegt noch nicht vor; auf Herbst 2010 sind jedoch neu Angaben zum "Kochverhalten" geplant
E.9	Einnahme von Frühstück und anderen Mahlzeiten	Akt	Ergänzung um Angaben aus der Coop-Studie "Ess-Trends im Fokus"
B.1	Bewegungsverhalten	Akt	Einbau eines zusätzlichen Links zur Indikatorensammlung des Obsan
B.4	Körperliche Aktivität in Alltag, Freizeit und auf den täglichen Wegstrecken	Akt	Elimination des Verweises auf das Obsan, da die entsprechenden Informationen dort nicht zugänglich sind.
K.1	BMI Wohnbevölkerung (Befragungsdaten)	Akt	Aktualisierung des Links zum Indikator des Obsan
K.3	BMI von Kindern und Jugendlichen	Akt	Aktualisierung mit Daten des Schuljahres 2008/09
K.7	Gewichtskontrolle/Gewichtsveränderung	Akt	Ergänzung um Angaben zum Diätverhalten und neuer Titel

Tabelle A.1 (Fortsetzung)

Nr.	Indikator	Art der Änderung	Kommentar
G.1	Nicht übertragbare Krankheiten	Akt	Änderung des Aufbaus; Hauptgrafik verweist nun auf die Behandlungen und Diagnosen; Einbau eines zusätzlichen Links zur Indikatorensammlung des Obsan und des BFS
G.3	Körperliche Alltagstauglichkeit der älteren Bevölkerung	Akt	Aktualisierung des Links zur Indikatorensammlung des Obsan
G.4	Sportunfälle und –verletzungen	Akt	Aktualisierung via Sportobservatorium
G.5	Selbst wahrgenommene Gesundheit	Akt	Aktualisierung des Links zur Indikatorensammlung des Obsan
G.7	Kosten von Übergewicht und Adipositas	Neuaufnahme	Neuaufnahme auf der Grundlage der Studien von HealthEcon
R.3	Aktionen von Wirtschaft und Institutionen	Neu	Erste Version mit Angaben zu actionsanté
R.4	Angebote Ernährung und Bewegung in versch. Settings	Neu	Erste Version mit Daten zu den Schulen auf der Grundlage der Studie des ARCHE Lugano
R.8	Einhaltung des Schulsportobligatoriums	Akt	Aktualisierung via Sportobservatorium

Tabelle A.2: Übersicht über die Aktualisierungen und Ergänzungen am Indikatorensystem zum MOSEB zwischen Juni 2010 und Januar 2011

Nr.	Indikator	Art der Änderung	Kommentar
	Allgemeine Anpassungen		Es wurde ein Anhang eingefügt, dem sich die früheren Aktualisierungsschritte entnehmen lassen.
W.2	Akzeptanz/Wahrnehmung Themen E&B	Akt	Aktualisierung mit Daten der Bevölkerungsbefragung 2009 von Gesundheitsförderung Schweiz
W.4	Kenntnis Zusammenhänge E&B	Akt	Aktualisierung mit Daten der Bevölkerungsbefragung 2009 von Gesundheitsförderung Schweiz
W.5	Hindernisse für gesunde Ernährung	Akt	Erweiterung mit Daten der NANUSS-Pilotstudie (Abbildung G)
W.6	Kenntnis von Ernährungsempfehlungen	Akt	Aktualisierung mit Daten der Bevölkerungsbefragung 2009 von Gesundheitsförderung Schweiz und Erweiterung auf der Grundlage der NANUSS-Pilotstudie (Abbildung G)
W.7	Wahrnehmung/Information Ernährungsangebot	Akt	Ergänzung um Angaben zur Beachtung von Nährwertangaben aus der NANUSS-Pilotstudie und zur Präferenz für verschiedene Kennzeichnungssysteme aus einer Studie der SGE
E.5	Salzkonsum	Akt	Ergänzung um Angaben zum "Nachsalzen" aus der NANUSS-Pilotstudie
E.6	Kochverhalten	Neu	Neuer Indikator auf der Grundlage von Angaben in der Coop-Studie "Ess-Trends im Fokus" und der NANUSS-Pilotstudie
K.1	BMI Erwachsene (Befragungsdaten)	Akt	Anpassung der Altersgrenzen: Die Darstellung gilt neu für Personen ab 18 Jahren (statt wie bisher ab 15 Jahren)
K.2	BMI Erwachsene (direkte Messung)	Neu	Neuer Indikator auf der Grundlage von Daten der Genfer Bevölkerung aus dem Bus Santé 1993-2007
K.5	Zufriedenheit Körpergewicht	Akt	Aktualisierung mit Daten der Bevölkerungsbefragung 2009 von Gesundheitsförderung Schweiz
K.7	Wunsch nach Gewichtsveränd. und Diäterfahrungen	Akt	Kleine Ergänzung mit den Angaben zu den Diäterfahrungen aus der NANUSS-Pilotstudie
G.1	Nicht übertragbare Krankheiten mit einem Bezug zu Ernährung und Bewegung	Akt	Ergänzung auf der Grundlage von Daten der Genfer Bevölkerung aus dem Bus Santé 1993-200
R.2	Bewegungsräume und -flächen	Neu	Neuer Indikator aus dem Sportobservatorium
R.3	Aktionen Wirtschaft/Institutionen	Akt	Ergänzung und Aktualisierung auf der Grundlage aktueller Daten von actionsanté

Tabelle A.3: Übersicht über die Aktualisierungen und Ergänzungen am Indikatorensystem zum MOSEB zwischen Januar und Oktober 2011

Nr.	Indikator	Art der Änderung	Kommentar
	Allgemeine Anpassungen		Neue Numerierung und Abfolge der Indikatoren
W.2	Akzeptanz/Wahrnehmung Themen Ernährung und Bewegung	Streichung	Streichung und Integration in die Indikatoren 1.5 und 1.7
B.8	Mitgliedschaft Vereine/Fitnesszentren	Streichung	Streichung und Integration in den neuen Indikator 3.5 "Sportaktivität"
B.5	Bewegungsverhalten Kraft und Beweglichkeit	Streichung	Streichung, da in den nächsten Jahren kaum Befunde dazu zu erwarten sind.
K.9	BMI junger Erwachsener	Streichung	Streichung und Integration in die Indikatoren 4.3 und 4.8
R.1	Präventionsangebote	Streichung	Streichung, da in den nächsten Jahren kaum mit Daten zu rechnen ist
2.2	Ernährungsverhalten Kinder/Jugendliche	Akt	Daten aus HBSC 2010 eingebaut; Aktualisierung via Monitoring Gesundheitsförderung Schweiz
2.3	Konsumausgaben für ausgewählte Nahrungsmittel	Akt	Aktualisierung auf der Grundlage der HABE 2008 via Monitoring Gesundheitsförderung Schweiz
3.2	Bewegungsverhalten Kinder/Jugendliche	Akt	Daten aus HBSC 2010 eingebaut; Aktualisierung via Monitoring Gesundheitsförderung Schweiz
3.5	Sportaktivität	Neu	Neuer Indikator; es liegt eine erste Version vor, die 2012 vom Sportobservatorium erweitert werden wird.
3.6	Körperliche Inaktivität	Neu	Neuer Indikator vorbereitet; Resultate aus Omnibus-Befragung BAG folgen 2012
3.7	Leistungsfähigkeit junger Erwachsener	Neu	Neuer Indikator des Sportobservatoriums in Zusammenarbeit mit dem BUNDESAMT FÜR SPORT
4.2	BMI Kinder/Jugendliche	Akt	Aktualisierung via Monitoring Gesundheitsförderung Schweiz
4.3	BMI der erwachsenen Wohnbevölkerung (direkte Messung)	Akt	Aktualisierung um historische Daten zu den Stellungspflichtigen (via Indikator 2B von Gesundheitsförderung Schweiz)
6.3	Aktionen Wirtschaft/Institutionen	Akt	Aktualisierung
6.5	Angebote im Erwachsenensport	Akt	Aktualisierung via Sportobservatorium

Tabelle A.4: Übersicht über die Aktualisierungen und Ergänzungen am Indikatorensystem zum MOSEB zwischen Oktober 2011 und Juni 2012

Nr.	Indikator	Art der Änderung	Kommentar
1.4	Hindernisse für gesunde Ernährung	Akt	Zusätzlicher Kommentar zum Zusammenhang von Hindernissen und Migrationshintergrund eingefügt
2.2	Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen	Akt	Anpassung der Berichterstattung via Gesundheitsförderung Schweiz
2.5	Salzkonsum	Akt	Ergänzung mit Daten aus der Studie des BAG zum Salzkonsum der Bevölkerung der Schweiz
2.8	Mikronährstoffe	Neu	Neuer Indikator auf der Grundlage der NANUSS-Pilotstudie, der Selen-Studie des BAG und des 5. Ernährungsberichts
2.9	Einnahme von Frühstück/ anderen Mahlzeiten	Akt	Ergänzung mit Daten des HBSC 2010
3.2	Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen	Akt	Anpassung der Berichterstattung via Gesundheitsförderung Schweiz
3.4	Körperlich aktives Mobilitätsverhalten	Akt	Aktualisierung mit Daten aus dem Omnibus 2011 des BFS (GPAQ)
3.5	Sportaktivität	Akt	Aktualisierung via Sportobservatorium
3.6	Sitzen und Ruhen	Neu	Daten aus dem Omnibus 2011 des BFS (GPAQ)
3.8	Teilnahme an J+S-Angeboten	Akt	Aktualisierung via Sportobservatorium
4.1	BMI erwachsene Bevölkerung	Akt	Aktualisierung mit Daten aus dem Omnibus 2011 des BFS (GPAQ)
4.2	BMI Kinder/Jugendliche	Akt	Aktualisierung via Gesundheitsförderung Schweiz auf der Grundlage des BMI-Monitorings Basel, Bern, Zürich, Schuljahr 2010/11
4.3	BMI Erwachsene (direkte Messung)	Akt	Ergänzung mit Daten aus der Studie des BAG zum Salzkonsum der Bevölkerung der Schweiz
4.4	Bauchumfang/WHR	Neu	Daten aus der Studie des BAG zum Salzkonsum der Bevölkerung der Schweiz
4.6	Zufriedenheit Körpergewicht Kinder/Jugendliche	Akt	Neue Daten aus HBSC 2010 integriert, via Gesundheitsförderung Schweiz
5.1	Nicht übertragbare Krankheiten	Akt	Ergänzung um Angaben zum Bluthochdruck aus der Studie des BAG zum Salzkonsum der Bevölkerung der Schweiz
5.6	Niveau und Entwicklung der Sportunfälle	Akt	Aktualisierung via Sportobservatorium
5.8	Essstörungen	neue Nummer	Neue Nummer (vormals Indikator 2.8) und Verschiebung; Ergänzungen auf der Grundlage der Studie des BAG zur Prävalenz von Essstörungen.
6.3	Aktionen der Wirtschaft	Akt	Aktualisierung auf der Grundlage von Daten der Projektleitung

Tabelle A.5: Übersicht über die Aktualisierungen und Ergänzungen am Indikatorensystem zum MOSEB zwischen Juni 2012 und Januar 2013

Nr.	Indikator	Art der Änderung	Kommentar
1.1	Ausrichtung der Ernährung an Ernährungsbotschaften	Akt	Kleine Erweiterung um Angaben aus der Meta-Studie der SGE
1.6	Wahrnehmung der Angebotsseite der Ernährung	Akt	Ergänzung um Angaben aus der MACH-Consumer Studie und ETH-Studie zur Nährwertkennzeichnung
2.1	Ernährungsverhalten Erwachsene	Akt	Erweiterung zum Zusammenhang zwischen Früchte-/Gemüsekonsum und Migrationshintergrund via Gesundheitsförderung Schweiz
2.3	Konsumausgaben für ausgewählte Nahrungsmittel	Akt	Aktualisierung mit Daten der HABE 2010 via Monitoring von Gesundheitsförderung Schweiz
2.4	Verzehr von Lebensmitteln	Akt	Aktualisierung auf der Grundlage des 6. SEB
2.6	Kochverhalten	Akt	Ergänzung auf der Grundlage des ETH-Ernährungspanels
2.7	Stillen	Akt	Kleine Ergänzung zum Migrationshintergrund
2.8	Mikronährstoffe	Akt	Ergänzungen auf der Grundlage des 6. SEB
2.10	Energie- und Nährstoffversorgung	Neu	Neuer Indikator auf der Grundlage der Angaben im 6. SEB
3.1	Bewegungsverhalten der erwachsenen Bevölkerung	Akt	Hauptgrafik nun identisch mit derjenigen des Sportobservatoriums
3.2	Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen	AKT	Ergänzung mit Daten zum täglichen Bewegungsumfang und zum Jahr 1994 via Monitoring von Gesundheitsförderung Schweiz
3.4	Körperlich aktives Mobilitätsverhalten	Akt	Aktualisierung auf der Grundlage des Mikrozensus 2010 zum Verkehrsverhalten
4.1	BMI der erwachsenen Bevölkerung	Akt	Kleine Ergänzung zum Migrationshintergrund
4.5	Zufriedenheit mit dem Körpergewicht (Erwachsene)	Akt	Kleine Ergänzung zum Migrationshintergrund via Monitoring von Gesundheitsförderung Schweiz
4.7	Wunsch nach Gewichtsveränderung und Diäterfahrungen	Akt	Ergänzungen zum Migrationshintergrund auf der Grundlage der SGB 2007
4.8	Durchschnittlicher BMI in der Subgruppe Übergewichtiger	Akt	Kleine Ergänzung zum Migrationshintergrund via Monitoring von Gesundheitsförderung Schweiz
5.1.	Nicht-übertragbare Krankheiten mit einem Bezug zu Ernährung und Bewegung	Akt	Einleitungstext angepasst und zusätzliche Resultate und Links zu Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Tabak- und Alkoholkonsum integriert.
5.7	Psychisches Wohlbefinden	Akt	Kleine Ergänzung zum Migrationshintergrund auf der Grundlage der SGB 2007
6.3	Aktionen der Wirtschaft	Akt	Aktualisierung, Stand Herbst 2012
6.8	Werbung bei Kindern und Jugendlichen	Neu	Neuer Indikator auf der Basis der KIWI-Studien

Tabelle A.6: Übersicht über die Aktualisierungen und Ergänzungen am Indikatorensystem zum MOSEB zwischen Februar 2013 und Januar 2014

Nr.	Indikator	Art der Änderung	Kommentar
1.1	Ausrichtung der Ernährung an Ernährungsbotschaften	Akt	Ergänzung um Angaben aus der Bevölkerungsbefragung 2012 von Gesundheitsförderung Schweiz (GF CH), via Indikatorensammlung GF CH
1.3	Kenntnis der Zusammenhänge zwischen Ernährung und Bewegung	Akt	Ergänzungen um Angaben aus der Bevölkerungsbefragung 2012 von GF CH
2.3	Konsumausgaben für ausgewählte Nahrungsmittel	Akt	Aktualisierung auf der Grundlage der HABE via Indikatorensammlung von GF CH
2.11	Süssgetränke	Neu	neuer Indikator auf der Grundlage von Daten aus der HBSC-Studie und der Bevölkerungsbefragung 2012 von Gesundheitsförderung Schweiz
2.12	Vegetarismus	Neu	neuer Indikator, basiert im wesentlichen auf der SGB 1997-2007
3.1	Bewegungsverhalten Erwachsene	Akt	Aktualisierung auf der Grundlage der SGB 2012 via Sportobservatorium
4.2	BMI Kinder	Akt	Ergänzung mit den Daten des BMI-Monitorings 2011/12 sowie Resultaten der BMI-Studie der ETH Zürich und des vergleichenden BMI-Monitorings aus elf Städten und Kantonen, via Indikatorensammlung GF CH
4.3	BMI Erwachsene, direkte Messung	Akt	Ergänzungen mit Resultaten aus der Studie von Staub et al. (2013)
4.5	Zufriedenheit mit dem Körpergewicht	Akt	Ergänzungen um Angaben aus der Bevölkerungsbefragung 2012 von GF CH via Indikatorensammlung von GF CH
5.1.	Nicht-übertragbare Krankheiten mit einem Bezug zu Ernährung und Bewegung	Akt	Ergänzung zur Inzidenz von Dickdarmkrebserkrankungen, 1986/90 bis 2006/10 auf der Grundlage von Daten des BFS.
5.6	Sportunfälle und Verletzungen	Akt	Aktualisierung via Sportobservatorium
6.1	Angebote E&B in spezifischen Settings	Akt	Aktualisierung auf der Grundlage der Befragung von Schulen 2012 durch Gesundheitsförderung Schweiz
6.2.	Bewegungsräume und -flächen	Akt	Kleine Aktualisierung via Sportobservatorium
6.3	Aktionen der Wirtschaft	Akt	in Zusammenarbeit mit actionsanté
6.4	Bewegungsangebote Kinder/Jugendliche	Akt	Ergänzung auf der Grundlage der Befragung von Schulen 2012 durch Gesundheitsförderung Schweiz, via Sportobservatorium
6.7	Schulsportobligatorium	Akt	Ergänzung auf der Grundlage der Befragung von Schulen 2012 durch GF CH, via Sportobservatorium

Tabelle A.7: Übersicht über die Aktualisierungen und Ergänzungen am Indikatorensystem zum MOSEB zwischen Februar und August 2014

Nr.	Indikator	Art der Änderung
1.1	Ausrichtung der Ernährung an Ernährungsbotschaften	Resultate aus SGB 2012 integriert, via Monitoring GF CH
1.2	Motive für und gegen Beweg.	Resultate aus Sport Schweiz 2014 integriert
1.4	Hindernisse für gesunde Ernährung	Resultate aus SGB 2012 integriert
1.7	Kenntnis von Bewegungsempfehlungen	Angaben aus SGB 2007 und 2012 integriert und Angaben aus Sport Schweiz 2008 bearbeitet.
1.8	Wahrnehmung des Sports	Resultate aus Sport Schweiz 2014 integriert, via Sportobservatorium
2.1	Ernährungsverhalten erwachsene Bevölkerung	Resultate aus SGB 2012 integriert, via Monitoring GF CH
2.7	Stillen	Resultate aus SGB 2012 integriert
2.11	Süssgetränke	Zahlen aus einem neuen Bericht von Gesundheitsförderung Schweiz (2013) wurden aufgenommen.
2.12	Vegetarismus	Resultate aus SGB 2012 integriert und Berichterstattung leicht erweitert
3.1	Bewegungsverhalten erwachsene Wohnbevölkerung	Anpassung der Resultate aus SGB 2002-2012 via Sportobservatorium eingebaut
3.4	Körperlich aktives Mobilitätsverhalten	Resultate aus SGB 2012 integriert
3.5	Sportaktivität	Resultate aus Sport Schweiz 2014 integriert, via Sportobservatorium
3.6	Sitzen und Ruhen	Resultate aus SGB 2012 integriert
3.8	Teilnahme an J+S	Aktualisierung via Sportobservatorium
4.1	BMI Erwachsene (Befragungsdaten)	Resultate aus SGB 2012 integriert, via Monitoring GF CH
4.2	BMI Kinder/Jugendliche (direkte Messung)	Kleine Anpassungen
4.5	Zufriedenheit Körpergewicht Erwachsene	Resultate aus SGB 2012 integriert, via Monitoring GF CH
4.7	Wunsch nach Gewichtsveränderung und Diäterfahrungen	Resultate aus SGB 2012 integriert
4.8	Durchschnittl. BMI in der Subgruppe der Übergewichtigen	Resultate aus SGB 2012 integriert, via Monitoring GF CH
5.1	Nicht-übertragbare Krankheiten	Resultate aus SGB 2012 und dem Indikatorensystem des Obsan integriert
5.2	Kosten von Übergewicht und Adipositas	Aktualisierung auf der Basis der Studie von Scheider und Venetz (2014)
5.3	Selbst wahrgenommene Gesundheit	Resultate aus SGB 2012 integriert
5.4	Zusammenhang Gesundheit, Ernährung und Bewegung	Resultate aus SGB 2012 integriert
5.5	Körperliche Selbständigkeit	Resultate aus SGB 2012 integriert, via Monit. GF CH
5.7	Psychisches Wohlbefinden	Resultate aus SGB 2012 integriert
5.9	Kosten der körperlichen Inaktivität	Neuer Indikator auf der Basis von Mattli et al. (2014)
6.3	Aktionen Wirtschaft	Aktualisierung mittels Daten von actionsanté

Tabelle A.8: Übersicht über die Aktualisierungen und Ergänzungen am Indikatorensystem zum MOSEB zwischen September 2014 und Juni 2015

Nr.	Indikator	Art der Änderung
1.1	Ausrichtung der Ernährung an Ernährungsbotschaften	Kleine Textanpassung in der Einleitung und Aktualisierung auf der Grundlage des Omnibus 2014 des BFS via Indikatorensystem von Gesundheitsförderung Schweiz.
1.3	Kenntnis der Zusammenhänge zwischen Ernährung, Bewegung und gesundem Körpergewicht	Resultate aus dem Omnibus 2014 des BFS integriert
1.4	Hindernisse für eine gesunde Ernährung	Kleine Textanpassung mit Verweisen auf die Indikatoren 1.5 und 1.6 sowie Modifikation der Grafiken D und E.
1.5	Kenntnis von Ernährungsempfehlungen	Resultate aus dem Omnibus 2014 des BFS integriert
1.6	Wahrnehmung der Angebotsseite der Ernährung und von Informationen über Nahrungsmittel	Resultate aus dem Omnibus 2014 des BFS integriert
2.3	Konsumausgaben für ausgewählte Nahrungsmittel	Integration der Resultate aus der HaBe 2012 via Indikatorensystem von Gesundheitsförderung Schweiz
2.5	Salzkonsum	kleine Ergänzung auf der Basis des Omnibus 2014 des BFS
2.6	Kochverhalten	Resultate aus dem Omnibus 2014 des BFS integriert
2.7	Stillen	Aktualisierung auf der Grundlage der SWIFS-Studie;
2.8	Mikronährstoffe	Ergänzungen auf der Grundlage des Omnibus 2014 und der SWIFS-Studie
2.9	Einnahme von Frühstück und anderen Mahlzeiten	Resultate aus dem Omnibus 2014 des BFS integriert
3.2	Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen	kleine Ergänzung des Texts auf der Grundlage von Sport Schweiz 2014
3.6	Sitzen und Ruhen	zusätzliche Resultate aus der SGB 2012
3.7	Leistungsfähigkeit junger Erwachsener	Aktualisierung mit neuen Daten des BASPO via Sportobservatorium
4.2	BMI von Kindern und Jugendlichen (direkte Messung)	Aktualisierung via Indikatorensystem von Gesundheitsförderung Schweiz
4.3	BMI der erwachsenen Wohnbevölkerung (direkte Messung)	Kleine Ergänzung auf der Basis von Resultaten zum Jahr 2013 (Staub und Rühli 2014)
5.7	Psychisches Wohlbefinden	Ergänzung mit Daten aus dem Schweizer Haushalt-Panel (2012, 2013)
6.3	Aktionen der Wirtschaft	Update per Ende 2014
6.4	Bewegungsangebote für Kinder und Jugendliche	Aktualisierung via Sportobservatorium
6.5	Angebote im Erwachsenensport	Aktualisierung via Sportobservatorium

Tabelle A.9: Übersicht über die Aktualisierungen und Ergänzungen am Indikatorensystem zum MOSEB zwischen Juli 2015 und März 2016

Nr.	Indikator	Art der Änderung
2.2	Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen	Aktualisierung auf der Basis von HBSC 2014 (via Gesundheitsförderung Schweiz)
2.9	Einnahme von Frühstück und anderen Mahlzeiten	Aktualisierung auf der Basis von HBSC 2014
2.11	Süssgetränke	Aktualisierung auf der Basis von HBSC 2014
3.2	Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen	Aktualisierung auf der Basis von HBSC 2014 (via Sportobservatorium)
4.6	Zufriedenheit von Kindern und Jugendlichen mit dem Körpergewicht	Aktualisierung auf der Basis von HBSC 2014 (via Gesundheitsförderung Schweiz)

Tabelle A.10: Übersicht über die Aktualisierungen und Ergänzungen am Indikatorensystem zum MOSEB zwischen März und Mai 2016

Nr.	Indikator	Art der Änderung
2.3	Konsumausgaben für ausgewählte Nahrungsmittel	Aktualisierung mit Daten der HABE 2013 (via Gesundheitsförderung Schweiz)
2.9	Einnahme von Frühstück und anderen Mahlzeiten, Erwachsene	Daten zu den Kindern in Indikator 2.10 verschoben
2.10	Einnahme von Frühstück und anderen Mahlzeiten, Kinder und Jugendliche	neuer Indikator, der aus der Verschiebung der entsprechenden Daten aus Indikator 2.9 entstand.
2.11 2.12 2.13	Energie- und Nährstoffversorgung Süssgetränke Vegetarismus	neue Nummern wegen Einschub des neuen Indikators 2.10
3.3	Bewegungsverhalten: objektive Messungen	Aktualisierung auf der Basis der SOPHYA-Studie
3.7	Sitzen und Ruhen, Kinder und Jugendliche	neuer Indikator auf der Basis der SOPHYA-Studie
3.8 3.9	Leistungsfähigkeit junger Erwachsener /Teilnahme an J+S Angeboten	neue Nummern wegen Einschub des neuen Indikators 3.7
4.2	BMI von Kindern und Jugendlichen (direkte Messung)	Aktualisierung mit Daten aus dem BMI-Monitoring 2014/15 (via Gesundheitsförderung Schweiz)
4.4	Bauchumfang/WHR	Ergänzung mit Daten für 6- bis 12-jährige Kinder aus der Studie von Murer et al. (2014)
5.1	Nicht übertragbare Krankheiten mit einem Bezug zu Ernährung und Bewegung	Aktualisierung verschiedener Prävalenzen auf der Grundlage der Darstellungen von Obsan und BFS.
5.6	Sportunfälle und -verletzungen	Aktualisierung via Sportobservatorium
5.10	Lebensqualität Erwachsene	neuer Indikator auf der Grundlage der SGB 2012
5.11	Lebensqualität Kinder und Jugendliche	neuer Indikator auf der Grundlage der SOPHYA-Studie
6.3	Aktionen der Wirtschaft	Aktualisierung auf der Grundlage von Angaben von actionsanté
6.6	Versorgung mit Sportanlagen	Aktualisierung via Sportobservatorium
6.7	Schulsportobligatorium	Aktualisierung via Sportobservatorium

r