

# Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden

Analysen zu Gesundheitszustand, -verhalten, -leistungsanspruchnahme und  
Erwerbsreintegration

Schlussbericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit

Bern und Winterthur, Juli 2021

Berner Fachhochschule  
Departement Soziale Arbeit  
Hallerstrasse 8  
CH-3012 Bern

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften  
Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie  
Gertrudstrasse 15  
CH-8401 Winterthur

Schlussbericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit, Direktionsbereich Gesundheitspolitik, Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit.

Begleitgruppe: Sabina Hösli (BAG), Karin Gasser (BAG), Markus Kaufmann (SKOS), Corinne Hutmacher-Perret (SKOS), Phillip Dubach (BSV), Luzius von Gunten (BFS), Robin Rieser (FMH), Cordula Ruf-Sieber (Paraplegiker-Zentrum Nottwil)

Bericht zitieren als:

Dorian Kessler, Marc Höglinger, Sarah Heiniger, Jodok Läser und Oliver Hümbelin (2021). Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden – Analysen zu Gesundheitszustand, -Verhalten, -Leistungsanspruchnahme und Erwerbsreintegration. Schlussbericht zuhanden Bundesamt für Gesundheit. Bern/Winterthur: Berner Fachhochschule und Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften.

Kontakt:

Dorian Kessler  
Berner Fachhochschule  
Departement Soziale Arbeit  
Hallerstrasse 8 CH-3012 Bern  
Tel: +41 31 848 36 97  
E-Mail: [dorian.kessler@bfh.ch](mailto:dorian.kessler@bfh.ch)

Marc Höglinger  
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften  
Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie  
Gertrudstrasse 15  
CH-8401 Winterthur  
Tel. +41 58 934 49 80  
E-Mail: [marc.hoeglinger@zhaw.ch](mailto:marc.hoeglinger@zhaw.ch)

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Zusammenfassung</b>	<b>7</b>
1.1 Gesundheitsprofil	7
1.2 Gesundheitsverlauf	8
1.3 Gesundheitsleistungen	8
1.4 Erwerbsreintegration	8
1.5 Schlussfolgerungen für Politik und Praxis	9
<b>2 Einleitung</b>	<b>10</b>
2.1 Ausgangslage	10
2.2 Fragestellungen	10
2.3 Struktur des Berichtes	11
<b>3 Forschungsstand: Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden</b>	<b>11</b>
3.1 Gesundheitszustand	11
3.2 Gesundheitsversorgung	13
3.3 Erwerbstätigkeit	14
<b>4 Methodik</b>	<b>14</b>
4.1 Datenbasis	14
4.2 Grundgesamtheit und Stichproben	16
4.3 Gewichtung zur Reduktion von Non-response Bias	18
4.4 Operationalisierung	21
4.4.1 Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten .....	21
4.4.2 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen .....	25
4.4.3 Erwerbsreintegration.....	26
4.4.4 Sozialhilfebezug .....	26
4.4.5 Vergleichsgruppen .....	27
4.4.6 Subgruppen .....	29
4.4.7 Erschöpfen der ALV-Taggelder («Aussteuerung») .....	30
4.5 Analysestrategie	30
4.5.1 Gesundheitsprofil.....	30
4.5.2 Gesundheitsverlauf .....	31
4.5.3 Gesundheitsleistungen .....	32
4.5.4 Erwerbsreintegration.....	32
<b>5 Resultate</b>	<b>33</b>
5.1 Gesundheitsprofil	33
5.1.1 Allgemeiner Gesundheitszustand .....	33
5.1.2 Diskussion .....	38

5.1.3	Gesundheitsverhalten .....	39
5.1.4	Diskussion .....	41
5.2	Gesundheitsverlauf .....	42
5.2.1	Eintritt in die Sozialhilfe .....	42
5.2.2	Übergang Aussteuerung vor Sozialhilfe .....	44
5.2.3	Gesundheitsverlauf während Bezugsperioden .....	46
5.2.4	Übergangsanalyse Austritt .....	47
5.2.5	Diskussion .....	50
5.3	Gesundheitsleistungen .....	51
5.3.1	Generalistinnen-/Generalisten- und Spezialistinnen-/Spezialistenbesuche .....	51
5.3.2	Inanspruchnahme Gesundheitsleistungen .....	52
5.3.3	Nichtinanspruchnahme medizinische Untersuchungen und Zahnarzt .....	54
5.3.4	Diskussion .....	56
5.4	Erwerbsreintegration .....	57
5.4.1	Verlaufsanalyse .....	57
5.4.2	Gesundheitszustand nicht-erwerbstätige Sozialhilfebeziehende .....	62
5.4.3	Diskussion .....	65
<b>6</b>	<b>Schlussfolgerungen</b> .....	<b>66</b>
6.1	Interpretation der Ergebnisse .....	66
6.2	Limitationen und weitere Forschung .....	67
6.3	Implikationen für Politik und Praxis .....	68
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>69</b>
<b>8</b>	<b>Anhang</b> .....	<b>72</b>
8.1	Aussteuerung .....	72
8.2	Dauer Bezugsperioden .....	72
8.3	Übersicht zu den Indikatoren .....	74
8.3.1	Allgemeiner Gesundheitszustand .....	74
8.3.2	Wohlbefinden und psychische Gesundheit .....	74
8.3.3	Nichtübertragbare Krankheiten und Multimorbidität .....	75
8.3.4	Gesundheitsverhalten .....	78
8.3.5	Medikamenteneinnahme und Suchtmittelkonsum .....	79
8.3.6	Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen .....	80
8.3.7	Nichtinanspruchnahme medizinischer Leistungen .....	82
8.4	Gesundheitsprofil .....	84

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Überblick über Beobachtungszeitraum und Erhebungsfrequenz der verwendeten Datenquellen .....	15
Abbildung 2: Allgemeiner Gesundheitszustand .....	34
Abbildung 3: Wohlbefinden und psychische Gesundheit .....	35
Abbildung 4: Chronische Krankheiten (NCDs) und Multimorbidität .....	37
Abbildung 5: Starke Gesundheitsbeschwerden in den letzten 4 Wochen .....	38
Abbildung 6: Gesundheitsverhalten .....	40
Abbildung 7: Medikamenteneinnahme und Suchtmittelkonsum .....	41
Abbildung 8: Gesundheitsverlauf Eintritt Sozialhilfe .....	43
Abbildung 9: Gesundheitsverlauf Aussteuerung vor Sozialhilfebezug .....	45
Abbildung 10: Gesundheitsverlauf Eintritt, Langzeitbeziehende .....	47
Abbildung 11: Gesundheitsverlauf Austritt aus Sozialhilfe .....	47
Abbildung 12: Gesundheitsverlauf Austritt Sozialhilfe, Langzeitbeziehende .....	50
Abbildung 13: Generalistinnen-/Generalisten- und Spezialistinnen-/Spezialistenbesuche .....	52
Abbildung 14: Inanspruchnahme Gesundheitsleistungen .....	54
Abbildung 15: Nichtinanspruchnahme medizinische Untersuchung und Zahnarzt .....	56
Abbildung 16: Erwerb nach Beginn Sozialhilfebezug .....	59
Abbildung 17: Erwerb über CHF 3000/Monat nach Beginn Sozialhilfebezug .....	61
Abbildung 18: Allgemeiner Gesundheitszustand erwerbstätige und nicht-erwerbstätige Sozialhilfebeziehende .....	63
Abbildung 19 Wohlbefinden und psychische Gesundheit erwerbstätige und nicht-erwerbstätige Sozialhilfebeziehende .....	64
Abbildung 20 Chronische Krankheiten (NCD) und Multimorbidität erwerbstätige und nicht-erwerbstätige Sozialhilfebeziehende .....	65

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Eigenschaften der verwendeten Datenquellen .....	15
Tabelle 2 : Fallzahlen Sozialhilfe und Bezugsquoten in der Gesamtpopulation (Bevölkerungs-/Sozialhilfestatistik) und gemäss Umfragedaten (SAKE/SESAM, SILC, SGB) .....	17
Tabelle 3: Vergleich Eigenschaften Sozialhilfebeziehende Gesamtpopulationen 2017/2018 versus Befragungsteilnehmer/-innen SAKE, SILC und SGB, vor und nach Gewichtung .....	19
Tabelle 4: Überblick der Indikatoren zum Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten. Alles dichotome Indikatoren (Ja/Nein).....	21
Tabelle 5: Übersicht zu den sechs NCD-Gruppen und deren Berücksichtigung in der SGB (2012, 2017).....	24
Tabelle 6: Überblick der Indikatoren zu Inanspruchnahme bzw. Nicht-Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Alles dichotome Indikatoren (ja/nein), ausser bei Anzahl Generalistinnen-/Generalisten- und Spezialistinnen-/Spezialistenbesuche.....	26
Tabelle 7: Eigenschaften Sozialhilfebeziehende und Vergleichsgruppen .....	28

# 1. Zusammenfassung

Eine Reihe von internationalen Studien hat aufgezeigt, dass Personen, die für ihre Existenzsicherung auf Leistungen von Sozialhilfeprogrammen angewiesen sind, überdurchschnittlich häufig gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen. Dieses Phänomen ist in der Schweizer Sozialhilfepraxis ebenfalls bekannt (Reich et al., 2015). Für eine evidenzbasierte Entwicklung geeigneter Kompetenzen und Angebote in Sozialdiensten besteht bisher jedoch eine beschränkte Faktenlage. Vorhandene Studien bestätigen das Bild einer schlechteren Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden für einzelne städtische Sozialdienste, erlauben jedoch keine verlässlichen Aussagen zur gesamtschweizerischen Situation. Bisher fehlen zudem Vergleiche mit anderen Gruppen in besonderen sozioökonomischen Lagen und Erkenntnisse zur Entwicklung des Gesundheitszustandes von Sozialhilfebeziehenden im Verlauf von Bezugsperioden. Ebenfalls unklar ist die Angemessenheit der Gesundheitsversorgung von Sozialhilfebeziehenden und der Zusammenhang zwischen der gesundheitlichen Situation von Sozialhilfebeziehenden und ihrer Erwerbsreintegration.

Die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Auftrag gegebene Studie «Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden» hat zum Ziel, Wissen zum Gesundheitszustand, zur Gesundheitsversorgung und zur Bedeutung der Gesundheit für die Erwerbsreintegration von Sozialhilfebeziehenden zu erarbeiten. Sie stützt sich dafür auf eine einzigartige Datenbasis: eine Verknüpfung längsschnittlicher Gesamtbevölkerungsdaten aus der Sozialhilfeempfängerstatistik, den Individualkonten der AHV und dem IV-Rentenregister mit Befragungsdaten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung, der Erhebung zu den Einkommen und Lebensbedingungen und der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung. Es stehen dadurch – je nach Indikator – bis zu einer halben Million Beobachtungen über den Zeitraum von 2007 bis 2018 zur Verfügung. Auf dieser Basis werden vier Fragestellungen beantwortet:

- Im Modul «Gesundheitsprofil» fragen wir, wie sich der Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Sozialhilfebeziehenden von demjenigen von IV-Rentenbeziehenden, Personen in prekären finanziellen Verhältnissen ohne Bezug von Sozialhilfe oder einer IV-Rente sowie der Restbevölkerung unterscheidet. Dabei betrachten wir auch, inwiefern sich allenfalls besonders akzentuierte Unterschiede für bestimmte Subgruppen zeigen (u.a. Junge, Frauen, Stadtbevölkerung).
- Im Modul «Gesundheitsverlauf» fragen wir, ob sich der Gesundheitszustand von Sozialhilfebeziehenden bei relevanten Übergängen (Aussteuerung, Ein- und Austritt aus der Sozialhilfe) und im Verlauf von Sozialhilfebezugsperioden verändert.
- Im Modul «Gesundheitsleistungen» fragen wir, wie häufig Sozialhilfebeziehende Gesundheitsleistungen beanspruchen und inwiefern es Hinweise für eine Fehl- oder Unterversorgung gibt.
- Im Modul «Erwerbsreintegration» fragen wir, wie sich der Gesundheitszustand auf die Erwerbstätigkeit von Sozialhilfebeziehenden auswirkt. Wir zeigen, inwiefern gesundheitliche Beeinträchtigungen eine Erwerbsaufnahme erschweren, in welchem Umfang nicht-erwerbstätige Sozialhilfebeziehende an gesundheitlichen Beschwerden leiden und welche Arten von Beschwerden und Erkrankungen bei dieser Gruppe besonders häufig auftreten.

Folgende zentrale Erkenntnisse konnten aus den Analysen gewonnen werden:

## 1.1 Gesundheitsprofil

Sozialhilfebeziehende verfügen über einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand als die Restbevölkerung und auch als Personen in prekären finanziellen Verhältnissen. Sowohl hinsichtlich der subjektiven Gesundheitseinschätzung als auch bei «objektiven» Indikatoren wie chronischen Krankheiten oder Multimorbidität zeigt sich klar ein schlechterer Gesundheitszustand der Sozialhilfebeziehenden. Am ausgeprägtesten sind die Unterschiede bei der Lebenszufriedenheit/Lebensqualität, der psychischen Belastung und bei Depressionssymptomen. Von überdurchschnittlich häufigen Depressionssymptomen sind Sozialhilfebeziehende aller Altersgruppen betroffen, während andere Erkrankungen und Beschwerden insbesondere bei älteren Sozialhilfebeziehenden häufiger als in der Restbevölkerung vorkommen. Symptomatisch zeigt sich der schlechtere Gesundheitszustand vor allem darin, dass Sozialhilfebeziehende viel häufiger unter starken Schmerzen irgendwelcher Art als die Restbevölkerung und als Personen in prekären finanziellen Verhältnissen

leiden. Es zeigt sich auch eine erhöhte Medikamenteneinnahme (Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmittel), welche weitgehend Ausdruck des schlechteren Gesundheitszustandes sein dürfte. Insgesamt weisen Sozialhilfebeziehende bezüglich der betrachteten Indikatoren eine nur geringfügig weniger belastete Situation als IV-Rentenbeziehende auf.

Sozialhilfebeziehende zeigen auch ein deutlich schlechteres beziehungsweise risikoreicheres Gesundheitsverhalten als die Restbevölkerung. Sowohl beim Ernährungs- und Bewegungsverhalten als auch beim täglichen Rauchen zeigen sich relativ deutliche Unterschiede zwischen Sozialhilfebeziehenden und der Restbevölkerung. Auch hier akzentuieren sich die Unterschiede mit zunehmendem Alter. Cannabiskonsum ist bei Sozialhilfebeziehenden etwa doppelt so verbreitet wie bei der Restbevölkerung. Für risikoreichen Alkoholkonsum zeigen sich dagegen keine Unterschiede.

## 1.2 Gesundheitsverlauf

Der schlechtere Gesundheitszustand von Sozialhilfebeziehenden steht in engem Zusammenhang mit dem Ein- und Austritt aus der Sozialhilfe. Der Anteil Personen mit schlechter subjektiver Gesundheit, chronischen Krankheiten und gesundheitlichen Einschränkungen im Alltag ist zwar schon drei Jahre vor Beginn einer Sozialhilfebezugsperiode höher als in der Restbevölkerung, steigt jedoch noch weiter bis zum Eintritt in die Sozialhilfe an. Das Maximum der Gesundheitsverschlechterung wird im Durchschnitt bei Beginn der Bezugsperiode erreicht. Beim Austritt aus der Sozialhilfe können wiederum deutliche Verbesserungen des Gesundheitszustandes festgestellt werden. Die Vermutung, dass rund um die Aussteuerungen vor dem Sozialhilfebezug besondere Verschlechterungen des Gesundheitszustandes vorkommen, hat sich nicht bestätigt. Werden Personen mit mehrjährigen Bezugsperioden betrachtet, zeigen sich zudem weder generelle Verschlechterungen noch Verbesserungen des Gesundheitszustandes über den Verlauf von Bezugsperioden hinweg. Mögliche Erklärungen für die beobachteten Muster sind a) der hemmende Einfluss gesundheitlicher Einschränkungen auf die Fähigkeit, ein existenzsicherndes Einkommen zu erzielen, b) das Zusammenfallen von Ereignissen, welche sowohl zu Gesundheitsverschlechterungen als auch zum Bezug von Sozialhilfe führen (z.B. Scheidungen) oder c) negative gesundheitliche Auswirkungen der finanziellen und administrativen Belastungen, welche mit dem Sozialhilfebezug einhergehen.

## 1.3 Gesundheitsleistungen

Sozialhilfebeziehende beanspruchen Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte mit durchschnittlich vier Konsultationen pro Jahr rund doppelt und Spezialistinnen und Spezialisten mit ebenfalls durchschnittlich vier Konsultationen etwa viermal so häufig wie die Restbevölkerung und wie Personen in prekärer finanzieller Lage. Sie sind zudem etwa doppelt so häufig auf Notfallstationen oder stationär im Spital und beanspruchen fast fünfmal häufiger eine Behandlung aufgrund eines psychischen Problems. Die Prävalenzen der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen liegen damit für Sozialhilfebeziehende auf ähnlichem Niveau wie für IV-Rentenbeziehende. Dagegen beanspruchen Sozialhilfebeziehende weniger oft Zahnarztleistungen als die Restbevölkerung. Der Anteil der Sozialhilfebezüglerinnen ohne Gebärmutterhalsabstrich (PAP-Test) ist im Lauf der letzten drei Jahre doppelt so hoch wie bei der Restbevölkerung. Obwohl Sozialhilfebeziehende gesamthaft im Schnitt mehr Gesundheitsleistungen beziehen, verzichtet ein deutlich grösserer Anteil auf eine notwendige medizinische beziehungsweise zahnärztliche Untersuchung oder Behandlung als IV-Rentenbeziehenden, Personen in prekären finanziellen Verhältnissen oder die Restbevölkerung. Es stellt sich hier die Frage, inwiefern für Sozialhilfebeziehende bei der Inanspruchnahme gesundheitlicher Dienstleistungen finanzielle (bspw. die formalen Voraussetzungen für die Finanzierung von Arzt-/Zahnarztbesuchen) und nicht-finanzielle Hürden bestehen (Gesundheitskompetenz, Scham, kulturelle Faktoren, Sprachbarrieren).

## 1.4 Erwerbsreintegration

Die Verlaufsanalyse zur Erwerbsreintegration gibt Hinweise darauf, dass ein schlechter Gesundheitszustand die Wahrscheinlichkeit einer Erwerbsreintegration empfindlich vermindert. Sowohl



bei Personen mit schlechtem Gesundheitszustand als auch bei sozioökonomisch und soziodemographisch vergleichbaren Personen ohne schlechten Gesundheitszustand sind zu Beginn einer Sozialhilfebezugsperiode nur ein sehr geringer Anteil erwerbstätig. (Rund 20 Prozent haben eine Erwerbstätigkeit mit einem Einkommen von mindestens CHF 2300/Jahr.) Die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen nehmen jedoch mit zeitlicher Distanz zu Beginn der Bezugsperiode deutlich zu. Fünf Jahre nach Bezugsbeginn hat von den Personen ohne schlechten Gesundheitszustand ein deutlich höherer Anteil eine (Wieder-)Aufnahme der Erwerbstätigkeit geschafft (41 Prozent vs. 25 Prozent). Im Vergleich zu erwerbstätigen Sozialhilfebeziehenden weisen nicht-erwerbstätige Sozialhilfebeziehende insbesondere in den Bereichen subjektives Wohlbefinden und Depressionen erhöhte Belastungen auf, wobei nicht beurteilt werden kann, inwiefern diese gesundheitlichen Belastungen Ursache oder Folge der Nichterwerbstätigkeit sind. Andere Erkrankungen wie zum Beispiel chronische Atemwegserkrankungen oder muskuloskelettale Erkrankungen kommen bei erwerbstätigen und nicht-erwerbstätigen Sozialhilfebeziehenden etwa gleich häufig vor.

## 1.5 Schlussfolgerungen für Politik und Praxis

Dass Personen, die Leistungen der Sozialhilfe beziehen, deutliche gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, unterstreicht deren Bedeutung als Zielgruppe gesundheitspolitischer Massnahmen. Die Ergebnisse legen zudem nahe, dass auch die Situation von Personen in prekären finanziellen Verhältnissen, die kurz vor einem Bezug von Sozialhilfe stehen, in den Blick genommen werden sollte. Eine frühzeitige und adäquate Versorgung mit Gesundheitsleistungen kann die festgestellten Verschlechterungen des Gesundheitszustandes und die Abhängigkeit von Sozialhilfe möglicherweise abschwächen.

Aus Sicht der Sozialhilfepraxis unterstreichen die Resultate die Zweckmässigkeit eines weiteren Ausbaus des Gesundheitsmanagements in der Sozialhilfe. Das hier festgestellte Risiko einer Unterversorgung und deren Ursachen sollte noch genauer untersucht werden und allenfalls Anpassungen der Angebote und formalen Prozesse in den Sozialdiensten vorgenommen werden. Die Resultate sind mit der Annahme vereinbar, dass insbesondere eine frühzeitige und erfolgreiche Behandlung psychischer Probleme die Erwerbsreintegrationschancen erhöhen und Sozialhilfeabhängigkeit reduziert. Potenzial für Verhaltensinterventionen besteht auch in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Rauchen. Angebote zur Verbesserung der Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden sollten idealerweise sorgfältig evaluiert und nach wissenschaftlich bestätigter Wirksamkeit flächendeckend eingeführt werden.

## 2 Einleitung

### 2.1 Ausgangslage

Armutsbetroffene sind häufiger von gesundheitlichen Problemen betroffen als Personen, die finanziell gut abgesichert sind. Dieser Zusammenhang besteht, weil einerseits gesundheitliche Probleme eine Erwerbstätigkeit und die Vermögensbildung erschweren und weil andererseits Armut und ihre Begleiterscheinungen negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben (Marmot & Wilkinson, 2005). Folglich weisen Personen, die für ihre Existenzsicherung auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen sind, überdurchschnittlich häufig gesundheitliche Beeinträchtigungen auf (Shahidi et al., 2019).

Gesundheitsprobleme von Sozialhilfebeziehenden stellen Sozialdienste vor besondere Herausforderungen. Frühzeitige Interventionen können bei besonders betroffenen Klientinnen und Klienten Negativspiralen und Langzeitabhängigkeit verhindern. Das Fachpersonal und die bestehenden Angebote der Sozialdienste sind für diese Aufgabe bisher aber nur begrenzt vorbereitet. Für einen evidenzbasierten Aufbau entsprechender Kompetenzen und Angebote (vgl. Direktion für Bildung, Soziales und Sport Stadt Bern, 2020) kann die Praxis bis anhin nur auf eine beschränkte Studienlage zurückgreifen.

Für ausgewählte städtische Sozialdienste in der Schweiz ist bekannt, dass Sozialhilfebeziehende überdurchschnittliche Beeinträchtigungen der Gesundheit aufweisen. Im Vergleich zur Restbevölkerung sind sie signifikant häufiger von Schmerzen und von rheumatischen und psychischen Erkrankungen betroffen (Reich et al., 2015). Bei Langzeitbeziehenden sind gesundheitliche Belastungen besonders ausgeprägt (Salzgeber, 2014). Sozialhilfebeziehende nehmen zudem mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch als die Restbevölkerung (Reich et al., 2015).

Unklar ist, ob sich diese lokalen Befunde auf die gesamte Schweiz übertragen lassen, das heisst, inwiefern zum Beispiel auch in ländlichen Gebieten ähnliche Unterschiede feststellbar sind. Die Gesundheitssituation von Sozialhilfebeziehenden wurde zudem bisher nicht mit der Situation von anderen vulnerablen Gruppen wie Beziehenden von IV-Renten (fortan IV-Rentenbeziehende) oder Personen in prekären finanziellen Verhältnissen ohne Sozialhilfebezug oder IV-Rente in Relation gesetzt. Eine weitere wichtige Forschungslücke betrifft das Interventionspotenzial von Sozialdiensten. Unbekannt ist, ob der schlechte Gesundheitszustand von «neuen» Sozialhilfebeziehenden schon vor dem Bezug von Sozialhilfe besteht (bspw. als Folge von Belastungen im Zusammenhang mit Aussteuerungen) oder ob nach dem Beginn von Bezugsperioden noch deutliche Verschlechterungen des Gesundheitszustandes stattfinden (Wolffers & Reich, 2015). Auch offen ist, ob die hohe Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen dem tatsächlichen Bedarf der Sozialhilfebeziehenden entspricht oder ob eine Über-, Unter- oder Fehlversorgung besteht. Schliesslich ist der Zusammenhang zwischen Gesundheitsproblemen und Erwerbsreintegration wenig untersucht. Aufgrund internationaler Studien kann generell von einem negativen Einfluss von gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Erwerbsreintegration ausgegangen werden (Løyland et al., 2020). Nicht bekannt ist aber, welche Art von Gesundheitsproblemen besondere Hindernisse für die Erwerbsreintegration darstellen.

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG), die Berner Fachhochschule (BFH) und die Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW) beauftragt, basierend auf einer Machbarkeitsanalyse von 2019 (Fluder et al., 2019) die Studie «Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden» durchzuführen.

### 2.2 Fragestellungen

Die Studie gliedert sich in vier Fragestellungen, welche zur Schliessung der erwähnten Forschungslücken beitragen.

Im ersten Modul «Gesundheitsprofil» fragen wir, wie sehr sich der Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Sozialhilfebeziehenden in der Schweiz von relevanten Vergleichsgrup-

pen unterscheidet: der Restbevölkerung, IV-Rentner/-innen sowie Personen in prekären finanziellen Verhältnissen (ohne Bezug von Sozialhilfe oder IV-Rente). Die Analysen zeigen auf, welche Gesundheitsbeeinträchtigungen wie häufig vorkommen und ob bestimmte Subgruppen von Sozialhilfebeziehenden (Frauen vs. Männer, Jüngere vs. Ältere, mit/ohne Kinder/Partner, in städtischen und intermediär/ländlichen Regionen Wohnhafte, Grossregionen, Personen mit schweizerischer/nicht-schweizerischer Nationalität) besondere Gesundheitsbeeinträchtigungen aufweisen.

Im zweiten Modul «Gesundheitsverlauf» untersuchen wir die Frage, ob bei Aussteuerung vor dem Sozialhilfebezug, beim Übergang in die Sozialhilfe, im Laufe des Sozialhilfebezugs und beim Austritt aus der Sozialhilfe Veränderungen im Gesundheitszustand stattfinden.

Im dritten Modul «Gesundheitsleistungen» fragen wir, wie sehr Sozialhilfebeziehende Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen und ob sich im Vergleich zu den Vergleichsgruppen Unterschiede zeigen. Zudem wird untersucht, ob sich Hinweise für Unter-, Über- oder Fehlversorgung ergeben.

Im vierten Modul «Erwerbsreintegration» fragen wir, wie sich der Gesundheitszustand auf die Erwerbstätigkeit von Sozialhilfebeziehenden auswirkt. Wir verdeutlichen, inwiefern gesundheitliche Beeinträchtigungen eine Erwerbsaufnahme erschweren, in welchem Umfang nicht-erwerbstätige Sozialhilfebeziehende an gesundheitlichen Beschwerden leiden und welche Arten von Beschwerden und Erkrankungen bei dieser Gruppe besonders häufig auftreten.

## 2.3 Struktur des Berichtes

Der Bericht fasst zuerst den Forschungsstand zu Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden zusammen, wodurch bestehende Forschungslücken beleuchtet werden. Zweitens beschreiben wir die Methodik der Studie. Dort zeigen wir die Eigenschaften der Datengrundlage, präsentieren die verwendeten Indikatoren und analytische Vorgehensweise in den Modulen. Im Kapitel «Resultate» präsentieren und diskutieren wir die Ergebnisse der Analysen in den vier Modulen. Im Schlussfolgerungsteil fassen wir die wichtigsten Resultate zusammen und zeigen weiteren Forschungsbedarf zur Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden und die Bedeutung der Resultate für Politik und Praxis auf.

# 3 Forschungsstand: Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden

Für ein gesundes Leben ist der Zugang zu finanziellen Ressourcen von grosser Bedeutung. Nur mit ausreichenden Mitteln ist es möglich, den Lebensalltag gut zu bestreiten und für das Wohlergehen notwendige Güter zu beschaffen. In wohlhabenden Gesellschaften bestehen dabei deutliche gesundheitliche Ungleichheiten aufgrund der Einkommensklassen (Bartley, 2017) und anderen Ungleichheitsdimensionen (Mackenbach et al., 2016). Das Risiko chronisch zu erkranken bis hin zur Sterblichkeit unterscheidet sich erheblich je nach Einkommen und Vermögen (Bleich et al., 2012). Eine gute Gesundheit ist einerseits eine wichtige Voraussetzung für eine Teilnahme am Erwerbsleben. Andererseits beeinflusst die Ausstattung mit finanziellen Ressourcen die Möglichkeiten, die Gesundheit zu pflegen und zu erhalten (Marmot & Wilkinson, 2005). Auch in der Schweiz sind wechselseitige Abhängigkeiten zwischen sozioökonomischem Status und der Gesundheit zu beobachten (OBSAN, 2019). Besonders prekär ist die Situation für Menschen mit tiefen oder keinem Einkommen. Diesbezüglich hat die Sozialhilfe eine wichtige Funktion. Als letztes Netz der Existenzsicherung schützt sie vor Armut und deren Folgen. Sie leistet damit einen zentralen Beitrag zum Erhalt der Gesundheit von Menschen mit wenig oder keinem Einkommen (Sun et al., 2021).

Ausgehend von den Fragestellungen dieses Projektes ist der Forschungsstand zum Gesundheitszustand und zur Gesundheitsversorgung von Sozialhilfebeziehenden in der Schweiz von Bedeutung. Ebenso ist es relevant, wie sich die Gesundheit auf die Erwerbsreintegration auswirkt. Falls Rückschlüsse auf die Schweiz möglich sind, wird auch auf die internationale Literatur verwiesen.

## 3.1 Gesundheitszustand

Mehrere neuere Studien geben einen Überblick bezüglich des Wissenstandes zur Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden in wohlhabenden Ländern (Shahidi et al., 2019). Im Rahmen einer Metastudie

identifizierten Shahidi et al. (2019) 17 peer-reviewte Studien, die für Sozialhilfebeziehende einen schlechteren Gesundheitszustand im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung konstatieren. Dabei handelt es sich um ein robustes Resultat, das in allen untersuchten Ländern auftritt<sup>1</sup>. Allerdings können die Gründe für den schlechteren Gesundheitszustand von Sozialhilfebeziehenden nicht abschliessend beurteilt werden. Einerseits ist dies ein Ausdruck davon, dass Menschen wegen ihres schlechten Gesundheitszustands in eine finanzielle Notlage geraten. Einige Studien deuten darauf hin, dass besonders Menschen mit psychischen Beschwerden ein höheres Risiko eines Stellenverlustes und damit auch ein erhöhtes Risiko einer Sozialhilfeabhängigkeit haben (Andreeva et al., 2015; Callander & Schofield, 2015; Kiely & Butterworth, 2014). Andererseits sind Sozialhilfeempfänger wie alle Armutsbetroffenen aufgrund ihrer prekären Lage häufiger ungünstigen Lebensbedingungen ausgesetzt, wie zum Beispiel einer belastenden Wohnsituation, ungesunder Ernährung, Stress und psychischer Belastung. Diese Risikofaktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit zu erkranken (Marmot & Wilkinson, 2005; Ridley et al., 2020). Eine weitere Erklärung der Unterschiede sehen Shahidi et al. (2019) in der Verschärfung der Zugangsbedingungen zu Sozialleistungen, die in vielen westlichen Ländern in den letzten Jahren zu beobachten war (Deeming, 2016; Peck, 2001). Diese fördert prekäre Arbeitsbedingungen mit negativen gesundheitlichen Folgen für die Betroffenen (Butterworth et al., 2013). Einige Studien konnten eine Verschlechterung der Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden als Folge der Kürzung von Unterstützungsgeldern mit experimentellen und quasi-experimentellen Designs feststellen (Basu et al., 2016; Muennig et al., 2013; Narain et al., 2017; Sun et al., 2021; Wilde et al., 2014).

Die vorhandenen Studien erlauben allerdings keine eindeutige Aussage darüber, welche Effekte überwiegen oder ob das eine oder andere Muster zur Erklärung der schlechten Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden besser geeignet ist. Shahidi et al. (2019) sehen grossen Forschungsbedarf und regen Längsschnittdaten sowie Vergleiche von Sozialhilfebeziehenden mit ähnlichen Bevölkerungsgruppen an.

Zwar war die Schweiz nicht Gegenstand der erwähnten Meta-Analyse, es liegen aber ebenfalls Studien vor, welche von einem deutlich schlechteren Gesundheitszustand von Sozialhilfebeziehenden in der Schweiz berichten. Lätsch et al. (2011) befragten erwerbslose Sozialhilfebeziehende der Stadt Bern. Die Befragten fühlten sich markant weniger gesund als der Durchschnitt der schweizerischen Bevölkerung, sie berichteten von deutlich mehr gesundheitlichen Problemen und beanspruchten überdurchschnittlich häufig ärztliche und/oder psychotherapeutische Behandlungen. Junge Erwachsene (Altersgruppe 18-25 Jahre) waren die am wenigsten beeinträchtigte Altersgruppe, allerdings konsumierte diese Gruppe am häufigsten Suchtmittel und war besonders gefährdet für langfristige psychische Beeinträchtigungen. Klientinnen und Klienten mittleren und fortgeschrittenen Alters sind in ähnlichem Ausmass von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen, wobei es Hinweise darauf gab, dass sich letztere durch den Status der Langzeitarbeitslosigkeit weniger belastet fühlen. Salzgeber (2014) analysierte Sozialhilfedossiers von je 50 bis 70 Langzeitfällen ausgewählter Schweizer Städte<sup>2</sup>. Rund zwei Drittel der untersuchten Fälle hatten gesundheitliche Beeinträchtigungen. Physische Einschränkungen aufgrund eines Unfalles oder Krankheit (40 Prozent der Fälle mit dokumentierten Gesundheitsproblemen) und psychische Erkrankungen oder attestierte Depressionen (40 Prozent) waren ähnlich häufig. Eine dritte relevante Gruppe kämpfte mit Suchtproblemen und deren Folgen (20 Prozent). Zu ähnlichen Befunden kamen Wolffers und Reich (2015). Sie verknüpften Daten von 391 Sozialhilfebeziehenden der Stadt Bern mit Leistungsdaten der Helsana und verglichen sie mit Daten der restlichen in Bern lebenden Versicherten bei Helsana. Damit liessen sich Erkenntnisse zur Gesundheitssituation von Sozialhilfebeziehenden im Jahr 2012 generieren. Sozialhilfebeziehende hatten deutlich häufiger chronische Erkrankungen. Besonders auffällig waren Schmerzerkrankungen und rheumatische Beschwerden sowie Magenprobleme. Im Vergleich zur Bevölkerung ohne Sozialhilfebezug wiesen sie eine doppelt so hohe Prävalenz von psychischen Erkrankungen auf.

Die erwähnten Studien beziehen sich alle auf Klientinnen und Klienten von ausgewählten städtischen Sozialdiensten. Unklar bleibt dabei insbesondere die Situation von Sozialhilfebeziehenden in ländlichen Regionen. Ebenso ist offen, wie sich die Gesundheitssituation während und vor des

<sup>1</sup> Schweden, USA, Australien, UK, Norwegen, Deutschland und Kanada sind Gegenstand der Meta-Studie.

<sup>2</sup> Dazu gehörten Zürich, Basel, Lausanne, Bern, Winterthur, Luzern, Biel, Schaffhausen, Uster, Zug und Schlieren.

Sozialhilfebezug verändert und welche Rolle die Sozialhilfe hinsichtlich der Gesundheit ihrer Klientinnen und Klienten einnimmt.

## 3.2 Gesundheitsversorgung

Damit stellt sich die Frage, ob Armutsbetroffene und Sozialhilfebeziehende ausreichend Zugang zur Gesundheitsversorgung haben oder ob eine Unter- oder Fehlversorgung vorliegt. Diesbezüglich gibt es Anzeichen, dass der Zugang zum Gesundheitssystem nicht für alle gleichermassen gesichert ist, trotz des in der Schweiz seit 1994 bestehenden Krankenversicherungsobligatoriums. Grundsätzlich garantiert dieses den Zugang zu einer guten medizinischen Versorgung für alle in der Schweiz lebenden Personen. Remund et al. (2019) hinterfragen den Erfolg dieser Zielsetzung allerdings kritisch, stellen sie doch eine Zunahme der Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen sozioökonomischen Gruppen fest. Die Autoren verweisen darauf, dass die Kostenbeteiligung in der Schweiz im Vergleich zu anderen Ländern hoch ist und Menschen mit tiefem sozioökonomischem Status deswegen eher auf Arztbesuche verzichten. Dies führe dazu, dass bei dieser Gruppe seltener präventive Gesundheitsmassnahmen getroffen werden. Kilchenmann, Reding, Kaiser, Gerfin & Zimmermann (2017) bestätigten, dass die Höhe der Franchise tatsächlich einen Effekt auf die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen habe. Personen mit geringem Einkommen, schlechter Zahlungsfähigkeit und hohen Franchisen verzichteten häufiger aus finanziellen Gründen auf Leistungen. Die Autoren schätzen, dass rund ein Prozent der Bevölkerung in der Schweiz aus finanziellen Motiven auf notwendige ärztliche Leistungen verzichte. Gemäss den Schätzungen des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (OBSAN, 2021) ist der Anteil der Schweizer Bevölkerung, der aus finanziellen Gründen notwendige Gesundheitsleistungen nicht in Anspruch nimmt mit drei bis fünf Prozent sogar höher. Andere Studien bestätigen, dass insbesondere Menschen mit geringem Einkommen häufig aus finanziellen Gründen auf Gesundheitsleistungen verzichten (Wolff et al., 2011) und dies hauptsächlich bei zahnärztlichen Leistungen (GEF, 2015). Wie stark Sozialhilfebeziehende davon betroffen sind, ist aus diesen Studien nicht ersichtlich.

Die wenigen bestehenden Studien deuten darauf hin, dass bei Sozialhilfebezug der Zugang zur Gesundheitsversorgung gesichert ist und nicht per se eine Unterversorgung vorliegt. Aus der Analyse von Krankenversicherungsdaten (Reich et al., 2015) geht hervor, dass Sozialhilfeempfänger deutlich mehr Arztkonsultationen aufweisen als die allgemeine Bevölkerung und dass die Hospitalisierungsrate rund doppelt so hoch ist. Auch gemäss einer durch Gerber et al. (2020) durchgeführten Befragung von Fachpersonen der Sozialdienste scheinen keine allgemeinen Versorgungsschwierigkeiten vorzuliegen. Sozialdienste arbeiten intensiv mit dem Gesundheitssystem zusammen. Grosse Herausforderung sehen die befragten Fachpersonen allerdings in der Arbeit mit Klientinnen und Klienten mit psychischen Erkrankungen, bei Gesundheitsbeschwerden ohne Sozialversicherungsanspruch und bei Suchterkrankungen. Dazu bieten Sozialdienste nur begrenzte Unterstützung. Zur optimalen Begleitung von Fällen mit oben genannten Problematiken müssten die Kapazitäten der Sozialhilfe gestärkt werden (OECD, 2014). Wenn Sozialhilfebeziehende ihre Krankenkassenprämien nicht bezahlen, kann dies für Sozialdienste zur Herausforderung werden. Für die Betroffenen kann daraus ein Leistungsaufschub resultieren. Die Dienste sind in diesem Fall gefordert, die Situation zu bereinigen, damit die Krankenversicherer die Kosten für Gesundheitsleistungen (wieder) übernehmen und Betroffene uneingeschränkt Zugang zum Gesundheitssystem haben.

Es wäre allerdings voreilig, aufgrund der aktuellen Studienlage ein abschliessendes Fazit zur Angemessenheit der Gesundheitsversorgung von Sozialhilfebeziehenden zu ziehen. Reich et al. (2015) und Gerber et al. (2020) erlauben keine repräsentativen Aussagen zur gesamtschweizerischen Situation. Zudem wurde in den Studien keine explizite Gegenüberstellung des Bedarfs an Gesundheitsleistungen und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen vorgenommen. Erwartet werden könnte eine Unterversorgung aufgrund eines verhängten Leistungsaufschubs zur Abstrafung von Zahlungsverzögerungen. Betroffene Personen haben nämlich nur noch Anspruch auf Notfallbehandlungen. Welche gesundheitlichen Folgen ein Leistungsaufschub für Betroffene hat, ist bisher nicht systematisch analysiert worden.

### 3.3 Erwerbstätigkeit

Eine schlechte Gesundheit kann nicht nur in Bezug auf die Chance einer Reintegration in den Arbeitsmarkt, sondern auch in Bezug auf die Qualität einer erneuten Anstellung ein Hindernis darstellen. Eine kürzlich veröffentlichte norwegische Studie hat aufgezeigt, dass die Erwerbsreintegration von Sozialhilfebeziehenden mit Schmerzen und psychischen Erkrankungen gegenüber Sozialhilfebeziehenden ohne solche Einschränkungen deutlich geringer ist (Løyland et al., 2020). Auch in der Schweiz sind schon seit längerem insbesondere psychische Erkrankungen als wichtige Herausforderung der Sozial- und Arbeitsmarktpolitik von Entscheidungsträgern der Politik und Wirtschaft erkannt (OECD, 2014). Bekannt ist, dass Personen mit einer Teilinvalidenrente oder starken gesundheitlichen Einschränkungen deutlich tiefere Löhne als Menschen ohne gesundheitliche Einschränkungen erhalten (Guggisberg et al., 2021). Festgestellt wurde auch, dass nicht-erwerbstätige Sozialhilfebeziehende (Lätsch et al., 2011) und langzeitbeziehende Sozialhilfebeziehende überdurchschnittliche gesundheitliche Belastungen aufweisen (Salzgeber 2014). Haller und Hümbelin (2013) stellen in einer Langzeitstudie mittels einer 4-Jahres-Kohorte von Sozialhilfebeziehenden eines grossen schweizerischen Sozialdienstes fest, dass Langzeitverläufe insbesondere bei Personen mit mittleren gesundheitlichen Einschränkungen gehäuft auftreten. Diese Gruppe ist zu krank für den Arbeitsmarkt, aber zu gesund, um eine IV-Rente zu erhalten.

Bisher bestehen jedoch keine Studien, welche explizite Aussagen zum Einfluss gesundheitlicher Einschränkungen auf die Erwerbsintegration und das Erwerbseinkommen von Sozialhilfebeziehenden in der Schweiz zulassen. Unklar ist, wie sehr Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen geringere Chancen einer Reintegration in den Arbeitsmarkt aufweisen als Personen ohne gesundheitliche Einschränkungen. Bisher wurde zudem noch kein Vergleich des Gesundheitszustandes von erwerbstätigen und nicht-erwerbstätigen Sozialhilfebeziehenden vorgenommen. Unterschiede in der Häufigkeit bestimmter Erkrankungen und Einschränkungen zwischen den beiden Gruppen liessen Rückschlüsse zu, welche Art gesundheitlicher Einschränkungen eine Erwerbsintegration im Wege stehen.

## 4 Methodik

Der in der Studie verfolgte Forschungsansatz stützt sich auf die Ergebnisse der Pilotstudie von Fluder et al. (2019). In der erwähnten Studie wurden verschiedene mögliche Datenquellen hinsichtlich ihres Potenzials untersucht, die Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden im Sinne des Gesundheitsmodelles der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1986) zu erfassen und die oben beschriebenen Fragestellungen zu beantworten. Berücksichtigt wurden mit Administrativ- und Sozialhilfedaten verknüpfte Befragungsdaten, Daten von Krankenversicherern sowie Sozialhilfedossiers. Die Autoren haben verknüpfte Befragungsdaten bezüglich ihrer Verfügbarkeit und inhaltlicher Qualität für vorliegende Zwecke am geeignetsten eingestuft, weshalb dieser Ansatz hier weiterverfolgt wurde. Im Folgenden werden die verwendeten Datengrundlagen, die wichtigsten Datenaufbereitungsschritte, der Umfang und die Repräsentativität der Analysetichproben, die verwendeten Messinstrumente (Operationalisierung) sowie die zur Beantwortung der Teilfragestellungen berechneten Kennzahlen (Analysestrategie) beschrieben.

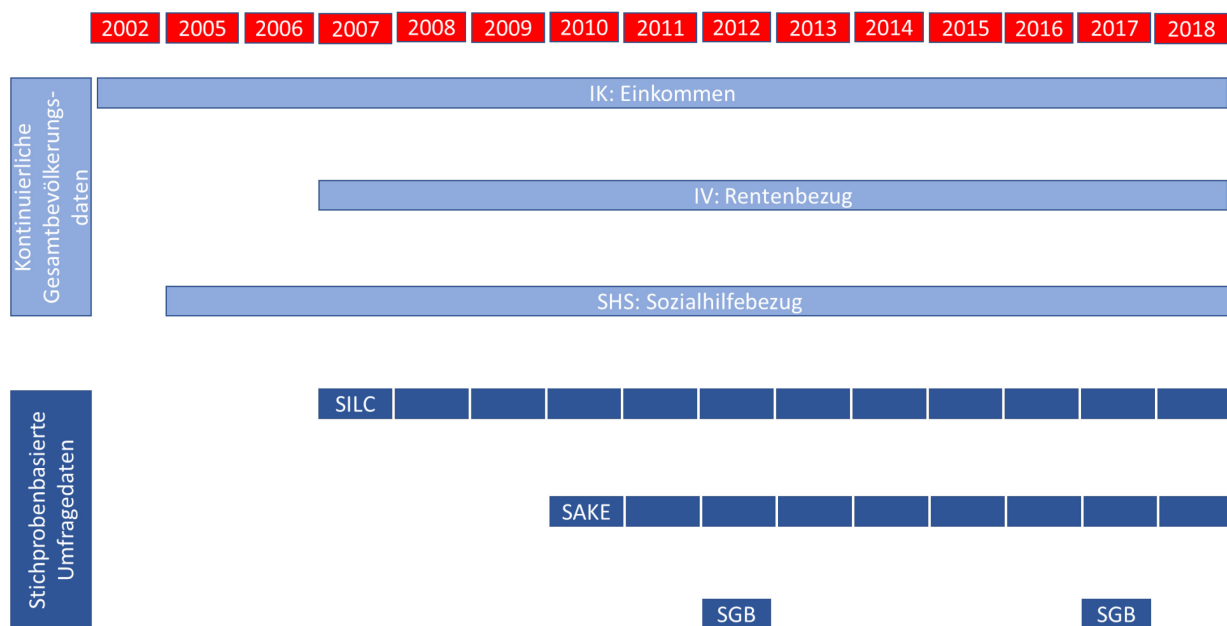
### 4.1 Datenbasis

Die verwendete Datenbasis basiert auf einer Verknüpfung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB), der Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC) und der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung (SAKE) mit Daten der Gesamtbevölkerung (Sozialhilfestatistik (SHS), Individualkonten (IK-Daten) und Rentenregister der AHV (IV-Daten)). Es stehen dadurch bis zu einer halben Million Beobachtungen über den Zeitraum 2007 bis 2018 zur Verfügung (vgl. Tabelle 4). Die Verknüpfung dieser Datenquellen wurde mittels der individuellen AHV-Nummer (Sozialversicherungsnummer) vorgenommen. Um den Datenschutz zu gewährleisten, erhielt das Forschungsteam lediglich eine pseudonymisierte Version der AHV-Nummer. Die Bereitstellung der Daten und die Pseudonymisierung der AHV-Nummer wurde durch das Bundesamt für Statistik vorgenommen. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die verwendeten Datenquellen, Abbildung 1 über den jeweiligen Beobachtungszeitraum.

TABELLE 1: EIGENSCHAFTEN DER VERWENDETEN DATENQUELLEN

Datenquelle	Eigenschaften	Beobachtungsjahre	Verwendungszweck	Benötigt für Module
Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) (BFS, 2017a)	Telefonische und schriftliche Querschnittsbefragung der schweizerischen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren alle 5 Jahre, Stichprobe von N≈22'000/Erhebung	2012, 2017	Differenzierte Messung von Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Leistungsbeanspruchung, Zusatzsampling der Migrationsbevölkerung, gute Repräsentativität der Sozialhilfebeziehenden	«Gesundheitsprofil» und «Gesundheitsleistungen»
Erhebung zu den Einkommen und Lebensbedingungen (SILC) (BFS, 2020a)	Rotierende jährliche Panelbefragung der Haushalte in der Schweiz, Stichprobe von N≈15'000-18'000/Jahr	2007-2018	Hohe Anzahl Beobachtungen, beschränkte Informationen zum Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Leistungsanspruchnahme	Alle Module
Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE) (BFS, 2020b)	Rotierende jährliche Panelbefragung der schweizerischen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren, Stichprobe von N≈60'000/Jahr	2010-2018	Hohe Anzahl Beobachtungen, beschränkte Informationen zum Gesundheitszustand	«Gesundheitsprofil», «Gesundheitsverlauf», «Erwerbsreintegration»
BFS - Sozialhilfeempfängerstatistik (SHS) (BFS, 2019)	Jährliche Vollerhebung aller Personen in Haushalten mit Bezug wirtschaftlicher Sozialhilfe	2005-2018	Bezug von wirtschaftlicher Sozialhilfe, Bezugsdauer, sozioökonomische und soziodemographische Merkmale der Sozialhilfebeziehenden	Alle Module
Individualkonten der AHV (IK-Daten) (ZAS, 2019)	Kontinuierliche Administrativdaten	2002-2018	Erwerbs- und Sozialversicherungseinkommen	«Erwerbsreintegration»
Invaliditätsrentenregister (IV-Daten) (ZAS, 2021)	Kontinuierliche Administrativdaten	2007-2018	Bezug von IV-Renten	«Gesundheitsprofil» und «Gesundheitsleistungen»

ABBILDUNG 1: ÜBERBLICK ÜBER BEOBACHTUNGSZEITRAUM UND ERHEBUNGSFREQUENZ DER VERWENDETEN DATENQUELLEN



## 4.2 Grundgesamtheit und Stichproben

Die Analysen beschränken sich auf Beobachtungen von Personen der ständigen Wohnbevölkerung in Privathaushalten ab 16 Jahren<sup>3</sup> und vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters (Frauen 63, Männer 64). Personen, welche in Alters- und Pflegeheimen oder Institutionen für Behinderte wohnen, werden in der SGB, der SILC und in der SAKE nicht oder nur marginal erfasst und können deshalb nicht berücksichtigt werden.

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Fallzahlen in den Jahren 2007 bis 2018. Sie zeigt die absoluten und relativen Häufigkeiten von Sozialhilfebeziehenden im Beobachtungsjahr, Befragten in SAKE, SILC und SGB und Befragten in SAKE, SILC und SGB mit Sozialhilfebezug im Beobachtungsjahr. Aus dem Vergleich der Anteil Personen mit Sozialhilfebezug in der Bevölkerung und den entsprechenden Anteilen in den Umfragestichproben – letztere sind nur rund halb so gross – geht hervor, dass Sozialhilfebeziehende an allen drei Umfragen eine deutlich reduzierte Teilnahmebereitschaft hatten. Die Bezugsquoten in SAKE und SGB sind in etwa gleich, in SILC liegen sie geringfügig tiefer. Die Anteile vor 2010 liegen insgesamt etwas tiefer, da bis dann nur antragstellende Sozialhilfebeziehende in die SHS einfließen<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> 16 ergibt sich aus der unteren Altersgrenze in der SILC Stichprobe (SGB und SAKE/SESAM enthalten Informationen von Personen ab 15 Jahren).

<sup>4</sup> Wir verwenden Informationen vor 2010 dennoch, um möglichst viele Beobachtungen in die Analysen einfließen lassen zu können. Aufgrund der geringen insgesamt Bedeutung der Beobachtungen vor 2010 können wir davon ausgehen, dass unsere Ergebnisse nicht wesentlich durch die Überrepräsentierung von Antragstellenden vor 2010 beeinflusst sind.



Tabelle 2 : Fallzahlen Sozialhilfe und Bezugsquoten in der Gesamtpopulation (Bevölkerungs-/Sozialhilfestatistik) und gemäss Umfragedaten (SAKE/SE-SAM, SILC, SGB)

	Bevölkerung		SAKE		SILC			SGB			
	N (mit Bezug)	Anteil Sozialhilfebeziehende	N	N (mit Bezug)	Anteil Sozialhilfebeziehende	N	N (mit Bezug)	Anteil Sozialhilfebeziehende	N	N (mit Bezug)	Anteil Sozialhilfebeziehende
2007	135'158	2.68				10'087	102	1.01			
2008	140'885	2.75				10'051	117	1.16			
2009	156'598	3.03				11'196	175	1.56			
2010	163'648	3.14	46'120	877	1.9	11'410	177	1.55			
2011	173'074	3.29	50'171	1'079	2.15	11'109	198	1.78			
2012	177'951	3.35	51'896	1'039	2	10'856	177	1.63	16'446	284	1.73
2013	183'598	3.42	50'167	1'012	2.02	10'464	146	1.4			
2014	187'518	3.46	50'044	1'098	2.19	9'739	152	1.56			
2015	189'856	3.47	50'767	1'023	2.02	10'810	189	1.75			
2016	194'253	3.52	48'377	930	1.92	11'387	194	1.7			
2017	194'808	3.52	48'708	970	1.99	13'273	221	1.67	16'651	332	1.99
2018	181'234	3.26	48'252	731	1.51	8'012	115	1.44			

*Bemerkungen: Bezug wird definiert als mindestens einmonatiger Erhalt von monetärer Sozialhilfe im Beobachtungsjahr (Männer 16-64; Frauen: 16-63). Die Quoten vor 2010 sind reduziert, da nur Antragsteller und keine weiteren Personen in den Unterstützungseinheiten identifiziert werden können. Quellen: SAKE, SILC, SGB, BFS -Sozialhilfeempfängerstatistik.*

## 4.3 Gewichtung zur Reduktion von Non-response Bias

Die tiefe Befragungsteilnahmebereitschaft von Sozialhilfebeziehenden hat möglicherweise Konsequenzen für die Repräsentativität der vorliegenden Analysen. Die Machbarkeitsstudie hat aufgezeigt, dass an Befragungen teilnehmende Sozialhilfebeziehende sich hinsichtlich soziodemographischer und sozioökonomischer Charakteristika systematisch von nicht an Befragungen teilnehmenden Sozialhilfebeziehenden unterscheiden (Fluder et al. 2019). Eine plausible These ist, dass Sozialhilfebeziehende mit besonders schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen weniger häufig an Befragungen teilnehmen. Dies würde dazu führen, dass die gesundheitliche Situation von Sozialhilfebeziehenden mit der vorliegenden Datenbasis zu positiv eingeschätzt würde. Allerdings dürfte dies auch für andere Bevölkerungsgruppen zutreffen und deshalb bei Gruppenvergleichen weniger ein Problem darstellen.

Zur besseren Einschätzung der Repräsentativität der Ergebnisse haben wir anhand der SHS-, IK- und IV-Daten einen Vergleich der Eigenschaften von an Befragungen Teilnehmenden und der Gesamtheit der Sozialhilfebeziehenden vorgenommen. Tabelle 3 zeigt, dass jeweils für mindestens eine Umfrage für alle berücksichtigten sozioökonomischen, soziodemographischen und gesundheitsrelevanten Merkmale signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bestehen. Richtung und Ausmass der Abweichungen variieren jedoch stark zwischen den Befragungen. Konsistent über alle Befragungen hinweg ist die Tendenz einer Unterrepräsentation männlicher Sozialhilfebeziehender und von Sozialhilfebeziehenden mit Aufenthaltsstatus «Vorläufige Aufnahme F, Anerkannte Flüchtlinge B, Anderes». Ebenso zeigt sich eine Überrepräsentation älterer Sozialhilfebeziehender. Für die vorliegende Studie relevant ist der Befund, dass wir keine systematische Unterrepräsentation bezüglich Indikatoren feststellen, welche mit dem Gesundheitszustand (Bezug einer IV-Rente, Bezug von Krankentaggeldern) oder der Erwerbsreintegration korrelieren dürften (Bildung, Beschäftigungsstatus und Einkommen). Erwähnenswert ist zudem die festgestellte, leichte Unterrepräsentation von Sozialhilfebeziehenden mit Schweizer Nationalität in SAKE und SGB. Diese ist auf das Stichprobendesign zurückzuführen, in denen Personen mit nicht-schweizerischer Nationalität überrepräsentiert werden (Ausländerstichproben respektive Zusatzstichproben für die Migrationsbevölkerung) (BFS, 2017a, 2020b). Diese Dateneigenschaften reduzieren das Risiko einer Unterrepräsentation der Migrationsbevölkerung in der Sozialhilfe aufgrund von Sprachproblemen oder anderen migrationsbedingten Teilnahmehindernissen.

Die vom BFS mitgelieferten Umfragegewichte der SGB und der SILC korrigieren Umfrageausfälle nur für grundlegende soziodemographische Merkmale (z.B. Alter, Geschlecht, Wohnort, Nationalität)<sup>5</sup> und nicht speziell für Sozialhilfebeziehende. Um Verzerrungen der Resultate aufgrund der (leichten) Selektivität der Stichproben von Sozialhilfebeziehenden zu reduzieren, berechneten wir spezifische Gewichte für Sozialhilfebeziehende, welche auf die SHS, die IK-Daten und die IV-Daten zurückgreifen. Dafür setzen wir – separat für jedes Befragungsjahr und für jede Umfrage – die Charakteristika der Stichprobe der befragten Sozialhilfebeziehenden den Charakteristika aller Sozialhilfebeziehenden des jeweiligen Kalenderjahres gleich. Dies geschieht durch eine spezielle Gewichtung, welche auf dem *Entropy-Balancing*-Ansatz (Hainmueller, 2012) beruht. Wir berücksichtigten dafür soziodemographische (Alter, Geschlecht, Nationalität, Aufenthaltsstatus), sozioökonomische (Erwerbsbeteiligung, Bildungsniveau, Einkommen) und gesundheitsbezogene Informationen (Bezug von IV-Rente im Beobachtungsjahr, Bezug von Krankentaggeldern). Diesbezügliche Verzerrungen bei den befragten Sozialhilfebeziehenden werden so bestmöglich korrigiert und die Repräsentativität der Ergebnisse für Sozialhilfebeziehende verbessert. Tabelle 3 zeigt beispielhaft für die jüngsten Befragungsjahre aller Umfragen, dass die Verteilungseigenschaften der berücksichtigten Merkmale in der Befragtenstichprobe nach Anwendung der Gewichte exakt den Verteilungen der Gesamtpopulationen entsprechen. Für die Vergleichsgruppen (IV-Rentenbeziehende, Personen in prekären finanziellen Verhältnissen und Restbevölkerung) verwenden wir die mit den Umfragen mitgelieferten Gewichte des BFS.

<sup>5</sup> In der SAKE wird auch das Einkommen verwendet.

Tabelle 3: Vergleich Eigenschaften Sozialhilfebeziehende Gesamtpopulationen 2017/2018 versus Befragungsteilnehmer/-innen SAKE, SILC und SGB, vor und nach Gewichtung

		Sozialhilfebe- ziehende 2018	Teilneh- mende SAKE 2018, unge- wichtet	Teilneh- mende SAKE 2018, gewich- tet	Teilneh- mende SILC 2018, unge- wichtet	Teilneh- mende SILC 2018, gewich- tet	Sozialhilfebe- ziehende 2017	Teilneh- mende SGB 2017, unge- wichtet	Teilneh- mende SGB 2017, gewich- tet
Geschlecht	Frau	48.6	54.5***	48.6	52.2	48.6	48.6	52.3	48.6
	Mann	51.4	45.5***	51.4	47.8	51.4	51.4	47.7	51.4
Alter	15 - 25	20.3	22.6*	20.3	15.1	20.3	21.2	21.7	21.2
	26 - 45	45.2	36.5***	45.2	40.0	45.2	45.6	39.8**	45.6
	46 - 64	34.5	41.0***	34.5	44.9**	34.5	33.2	38.5**	33.2
Nationalität	Schweizer	51.4	40.7***	51.4	68.3***	51.4	51.5	47.3*	51.5
	Ausländer Nachbarstaa- ten	0.0	0.0**	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0*	0.0
	Ausländer sonstige Staa- ten	0.0	0.0***	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Aufenthalts- status	Jahresaufent- halt B	13.5	13.3***	13.5	7.3	13.7	13.8	15.6	13.8
	Niederlassung C	27.2	39.2*	27.2	19.5	27.2	27.2	31.2	27.2
	Vorläufige Aufnahme F, Anerkannte Flüchtlinge B, Anderes	6.9	4.8***	6.9	3.9	6.9	6.3	3.7**	6.3
	Trifft nicht zu (Schweizer)	52.2	42.6***	52.2	69.3**	52.2	52.4	49.3**	52.4
Haushalts- struktur	Alleinlebend	35.5	25.0***	35.5	36.6***	35.5	35.5	29.8*	35.5

	Paar ohne Kind	7.1	7.4**	7.1	8.3	7.1	7.4	10.0*	7.4
	Alleinerziehend	18.5	20.1***	18.7	15.6	18.7	17.9	15.9	18.1
	Paar mit Kind	19.4	29.3***	19.4	19.5	19.4	19.4	27.0	19.4
	Nicht-Alleinlebend	19.4	18.2*	19.4	20.0	19.4	19.7	17.3	19.7
Bildung	Obligatorische Schule oder weniger An-/Berufsschule	39.5	38.6***	39.5	26.3	39.5	39.2	41.5**	39.2
	Maturität, höhere Fachschule, Tertiär	33.1	32.4***	33.1	46.3**	33.1	33.4	32.6**	33.4
	IV	20.3	22.6***	20.3	22.0***	20.3	20.3	20.9*	20.3
	IV	8.1	8.2**	8.1	14.1	8.1	7.3	7.0*	7.3
Krankentaggeld	Taggeld (ja/in Abklärung)	0.6	0.9***	0.6	1.5	0.6	0.6	0.8	0.6
Erwerbssituation	Erwerbstätig (> CHF 2300/Jahr)	37.9	45.4***	37.9	39.0	37.9	38.0	44.1	38.0
	Einkommen (inkl. SV)	1'045.8	1'167.9*	1'045.8	1'164.9	1'045.8	1'076.4	1'219.8	1'076.4

*Bemerkungen: Signifikanztests basieren auf einem Vergleich zwischen Personen, die im Befragungsmonat Sozialhilfe bezogenen haben und der Gesamtheit von Sozialhilfebeziehenden im entsprechenden Jahr (T-Test für Einkommen, Chi-Quadrat-Test für restliche Dimensionen). \*\*\*  $p < .001$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$ . Quellen: SAKE 2018, SILC 2018, SGB 2017, BFS -Sozialhilfeempfängerstatistik.*

## 4.4 Operationalisierung

### 4.4.1 Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten

Bei der Operationalisierung des Gesundheitszustands orientieren wir uns am Gesundheitsbegriff der WHO, der Gesundheit als Zustand des körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und des Freiseins von Beschwerden und Krankheit versteht. An ihm orientiert sich auch das Gesundheitsmodell der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (BFS, 2017a), aus der die meisten Indikatoren stammen. Die Verfügbarkeit in den zur Verfügung stehenden Befragungsdaten war das zentrale Kriterium für die Auswahl der Indikatoren. Im Sinne eines ganzheitlichen Gesundheitsbegriffs berücksichtigen wir in unseren Analysen das subjektive Wohlbefinden und die Lebensqualität/Lebenszufriedenheit, somatische wie psychische Beschwerden (Fokus auf Depression)<sup>6</sup> sowie (gesundheitsbedingte) Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten.

Hinsichtlich der Erkrankungen wird der Fokus auf chronische Erkrankungen beziehungsweise NCDs («Non-Communicable Diseases») und Multimorbidität<sup>7</sup> gelegt (vgl. Tabelle 4 für Details). NCDs, zu Deutsch nichtübertragbare oder synonym auch chronische Krankheiten genannt sind Krankheiten, die nicht ansteckend sind und lange dauern. Oft begleiten sie die Betroffenen ein Leben lang. NCDs lassen sich in Gruppen aufteilen. Das BAG definiert sechs: chronische Atemwegserkrankungen, Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes, muskuloskeletale Erkrankungen und Depression<sup>8</sup> (vgl. Tabelle 5 für Details). Die in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung erfassten NCDs decken einen Grossteil der chronischen Erkrankungen ab. Betroffene, die an zwei oder mehr der chronischen Erkrankungen leiden, werden als multimorbid eingestuft.

Bezüglich des Gesundheitsverhaltens werden die wichtigsten generellen Risikofaktoren für chronische Erkrankungen berücksichtigt, welche in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung erfasst werden: fehlende körperliche Aktivität und Ernährungsverhalten (Konsum von Früchten und Gemüse) sowie Übergewicht beziehungsweise Adipositas. Ebenfalls analysieren wir Suchtmittelkonsum (risikoreicher chronischer Alkoholkonsum, Rauchen, Cannabiskonsum) (vgl. Tabelle 4 für Details). Sowohl die befragungsbasierte Erfassung von Gesundheitsverhalten generell als auch Suchtmittelkonsum im Besonderen unterliegt grossen Einschränkungen hinsichtlich Validität. Zudem ist die kausale Wirkungsrichtung nicht eindeutig: So ist zum Beispiel geringe körperliche Aktivität ein Risikofaktor für chronische Krankheiten, aber auch Folge einer Erkrankung.

**TABELLE 4: ÜBERBLICK DER INDIKATOREN ZUM GESUNDHEITZUSTAND UND GESUNDHEITSV ERHALTEN. ALLES DICHOTOME INDIKATOREN (JA/NEIN).**

Indikatorengruppe	Indikator	Quelle(n)	N
Allgemeiner Gesundheitszustand	Schlechter subjektiver Gesundheitszustand	SGB (2012, 2017); SILC (2007-2018); SAKE (2010-2018)	576'479
	Gesundheitliche Einschränkungen im Alltag	SGB (2012, 2017); SILC (2007-2018); SAKE (2010-2018)	579'111

<sup>6</sup> Die psychischen Beschwerden werden in der SGB mit dem Index zur mentalen Gesundheit (MHI-5) und dem Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) erfasst, aus denen sich Indikatoren zu Depressivität und starker psychischer Belastung ableiten, vgl. Schuler et al. (2016). Zu weiteren psychischen Erkrankungen können auf Basis der verwendeten Befragungsdaten keine Aussagen gemacht werden.

<sup>7</sup> Eine einheitliche Definition von Multimorbidität fehlt. Gemäss Bopp und Holzer (2012, S.4) beschreibt die am häufigsten verwendete Definition Multimorbidität als «das gleichzeitige Vorhandensein von zwei oder mehreren chronischen Krankheiten». Für die hier vorliegende Verwendung wurden die folgenden NCDs berücksichtigt: Asthma, Arthrose/Arthritis, Osteoporose, chronische Bronchitis/COPD/Lungenemphysem, Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs, Diabetes und Depression. Eine Person gilt als multimorbid, wenn sie zwei oder mehr der genannten NCDs aufweist.

<sup>8</sup> Andere psychische Erkrankungen wurden nicht erfasst.

	Chronische Erkrankung	SGB (2012, 2017); SILC (2007-2018); SAKE (2010-2018)	502'624
Wohlbefinden und psychische Gesundheit	Tiefe Lebenszufriedenheit	SILC (2007-2018)	110'679
	Tiefe Lebensqualität	SGB (2012, 2017)	21'304
	Hohe psychische Belastung (MHI-5)	SGB (2012, 2017)	21'147
	(Eher) schwere Depressionssymptome (PHQ-9)	SGB (2012, 2017)	20'571
Chronische Krankheiten (NCD) und Multimorbidität	Atemwegserkrankung (letzte 12 Monate)	SGB (2012, 2017)	21'249
	Krebs (letzte 12 Monate)	SGB (2012, 2017)	21'243
	Herz-Kreislauf-Erkrankungen (letzte 12 Monate)	SGB (2012, 2017)	21'249
	Diabetes (letzte 12 Monate)	SGB (2012, 2017)	21'240
	Muskuloskelettal Erkrankungen (letzte 12 Monate)	SGB (2012, 2017)	21'242
	Depression (letzte 12 Monate)	SGB (2012, 2017)	21'232
	Multimorbidität	SGB (2012, 2017)	21'249
Starke Gesundheitsbe- schwerden	Rückenschmerzen (Stark, letzte 4 Wochen)	SGB (2012, 2017)	21'406
	Schwächegefühl (Stark, letzte 4 Wochen)	SGB (2012, 2017)	21'403
	Bauchschmerzen (Stark, letzte 4 Wochen)	SGB (2012, 2017)	21'403
	Durchfall, Verstopfung (Stark, letzte 4 Wochen)	SGB (2012, 2017)	21'400
	Schlafstörungen (Stark, letzte 4 Wochen)	SGB (2012, 2017)	21'404
	Kopfschmerzen (Stark, letzte 4 Wochen)	SGB (2012, 2017)	21'405
	Herzjagen (Stark, letzte 4 Wochen)	SGB (2012, 2017)	21'387
	Schmerzen im Brustbereich (Stark, letzte 4 Wochen)	SGB (2012, 2017)	21'401
	Schmerzen Nacken/ Schultern (Stark, letzte 4 Wochen)	SGB (2012, 2017)	21'401
Gesundheitsverhalten	Übergewicht/ Adipositas	SGB (2012, 2017); SILC (2007-2018)	131'441
	Gemüse/Früchte (Weniger als 1 Portion)	SGB (2012, 2017)	21'281
	Körperliche Inaktivität (letzte 7 Tage)	SGB (2012, 2017)	21'128
Medikamenteneinnahme und Suchtmittelkonsum	Schlafmittel (mehrmals letzte 7 Tage)	SGB (2012, 2017)	21'133
	Beruhigungsmittel (mehrmals letzte 7 Tage)	SGB (2012, 2017)	21'128
	Schmerzmittel (mehrmals letzte 7 Tage)	SGB (2012, 2017)	21'133

Mittleres/erhöhtes Risiko chronischer Alkoholkonsums	SGB (2012, 2017)	21'314
Tägliches Rauchen	SGB (2012, 2017)	21'409
Cannabiskonsum (letzte 30 Tage)	SGB (2012, 2017)	21'349

*Bemerkungen: Genaue Operationalisierung bzw. Frageformulierung in Anhang 8.3. Angaben gewichtet gemäss Kapitel 4.3*

**TABELLE 5: ÜBERSICHT ZU DEN SECHS NCD-GRUPPEN UND DEREN BERÜCKSICHTIGUNG IN DER SGB (2012, 2017)**

<b>Krankheitsgruppe</b>	<b>typische Krankheiten</b>	<b>berücksichtigt</b>	<b>nicht berücksichtigt</b>	<b>Risikofaktoren</b>
Chronische Atemwegserkrankungen	Asthma, COPD, chronische Bronchitis, Lungenemphysem	alle	-	Rauchen, Übergewicht, Einatmen von Staub/Schadstoffen
Krebserkrankungen	Brust-, Prostata-, Magen-Darm-Krebs, Leukämie, Lymphom	Krebs (allgemein erfragt)	-	Tabakkonsum, übermässiger Alkoholkonsum, Bewegungsmangel, unausgewogene Ernährung, Übergewicht
Herz-Kreislauf-Krankheiten	Schlaganfall, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Embolien, Aneurysmen	Schlaganfall, Herzinfarkt	Aneurysmen, Embolien	Tabakkonsum, Bewegungsmangel, unausgewogene Ernährung, zu viel Alkohol, Bluthochdruck, zu hoher Cholesterinwert, zu hoher Blutzuckerspiegel, Diabetes, Übergewicht, Infektionen, genetische Disposition
Diabetes	Typ I und Typ II	alle	-	Typ I: genetische Disposition, Typ II: Bewegungsmangel, unausgewogene Ernährung, Tabakkonsum, Übergewicht
Muskuloskelettale Erkrankungen	Arthrose, Arthritis, «Rheuma», Osteoporose, Low Back Pain	Arthrose, Arthritis, Osteoporose	«Rheuma», Low Back Pain	Übergewicht, mangelnde Bewegung, ungesunde Ernährung, inadäquates ergonomisches Verhalten, übermässiger Alkoholkonsum, Tabakkonsum, psychosoziale Risikofaktoren/Stress
Psychische Erkrankungen	Depression, Angststörungen, Demenz, Alzheimer, Schizophrenie, Sucht, Ess- und Persönlichkeitsstörungen	Depression	Angststörungen, Demenz, Alzheimer, Schizophrenie, Sucht, Ess- und Persönlichkeitsstörungen	diverse physische Erkrankungen, genetische Veranlagung, fehlende Kontrollüberzeugung, soziale Isolation, Lebensumstände

Quellen: (BAG/GDK, 2016, S. 14–17). Angepasst und ergänzt.



#### 4.4.2 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen betrachten wir die Anzahl (ambulanter) Arztkonsultationen und die Anzahl Konsultationen einer Spezialistin oder eines Spezialisten (vgl. Tabelle 6). Die Frequenz von Konsultationen hinsichtlich Versorgungsqualität oder Zugangschancen zu interpretieren, ist äusserst schwierig.

Zur Analyse von Zugangshindernissen zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung stehen uns in den SILC-Daten die Antworten auf die Frage zur Verfügung, ob jemand auf Gesundheitsleistungen verzichtet hat, obwohl der Bezug aus subjektiver beziehungsweise aus fachlicher Perspektive notwendig oder angezeigt gewesen wäre. Zusätzlich wird gefragt, ob der Leistungsverzicht aus finanziellen oder anderen Gründen<sup>9</sup> geschah.

Weiter nutzen wir folgende Indikatoren, welche Hinweise für eine Unter- oder Fehlversorgung geben: die Inanspruchnahme von Notfallbehandlungen<sup>10</sup> sowie die Inanspruchnahme von zahnärztlichen Behandlungen oder Dentalhygiene innerhalb eines Jahres<sup>11</sup>. Für Frauen können wir zudem die Nichtinanspruchnahme einer Frauenärztin oder eines Frauenarztes innerhalb des letzten Jahres und die Nichtinanspruchnahme eines Gebärmutterhalsabstrichs (PAP-Abstrich) innerhalb der vergangenen drei Jahre (entgegen gängiger Empfehlungen zur Krebsvorsorge) berücksichtigen. Weitere potenzielle Indikatoren wie etwa die Inanspruchnahme von Krebs screenings (Prostata-Karzinom, Brustkrebs) sind nicht sinnvoll, da diese für die betrachtete Altersgruppe nicht (generell) empfohlen werden.

Generell gilt es zu betonen, dass mittels Umfragedaten eine Einschätzung, ob eine Person eine adäquate Gesundheitsversorgung beziehungsweise die notwendigen Leistungen bezieht oder nicht, nur sehr beschränkt möglich ist. Eine Nichtinanspruchnahme stellt einen Risikofaktor für eine Unterversorgung dar, aber geht nicht zwingend mit einer Unterversorgung einher. Umgekehrt kann aber auch eine aus subjektiver Sicht gute Versorgung mit Unter- oder Fehlversorgung einhergehen. Gerade bei Personen mit Gesundheitsbeschwerden und chronischen Erkrankungen erfordert eine angemessene Versorgung ein passgenaues Zusammenspiel verschiedener Versorgungsleistungen: Wichtig ist das Richtige zum richtigen Zeitpunkt und vom richtigen Gesundheitsdienstleister und auch nicht zu viel oder etwas Unpassendes zu bekommen. Dies einzuschätzen ohne genaue Kenntnis einer Diagnose und der im Rahmen einer Konsultation tatsächlich erbrachten oder nicht erbrachten Leistungen ist äusserst schwierig.

<sup>9</sup> Frage in der SILC: «Haben Sie in den vergangenen zwölf Monaten einen Arzt nicht besuchen können oder eine Behandlung nicht gemacht, obwohl Sie sie nötig gehabt hätten?». Zu den möglichen anderen Gründen zählen: Warteliste zu lang; keine Zeit aus beruflichen Gründen oder wegen der Betreuung von Kindern oder anderen Personen; Anreise zu weit/kein Transportmittel verfügbar; Angst vor Zahnärzten/Ärzten/Krankenhäusern, Untersuchung oder Behandlung; Abwarten, ob Besserung von alleine eintritt; keinen guten Zahnarzt, Arzt oder Spezialisten gekannt; andere Gründe

<sup>10</sup> Eine erhöhte Prävalenz von Notfallbehandlungen kann unter anderem Folge einer inadäquaten Grundversorgung und daraus resultierenden akuten Verschlechterungen des Gesundheitszustandes und/oder einem mangelnden Zugang zu geeigneten alternativen Grundversorgern sein.

<sup>11</sup> Da zahnärztliche Leistungen nicht durch die Grundversicherung gedeckt sind, dürften sich hier Finanzierungsprobleme zeigen. Unterlassene oder aufgeschobene zahnärztliche Leistungen können einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität und mittel- und langfristig auch auf den generellen Gesundheitszustand haben.

**TABELLE 6: ÜBERBLICK DER INDIKATOREN ZU INANSPRUCHNAHME BZW. NICHT-INANSPRUCHNAHME VON GESUNDHEITSLAISTUNGEN. ALLES DICHOTOME INDIKATOREN (JA/NEIN), AUSSER BEI ANZAHL GENERALISTIN- /GENERALISTEN- UND SPEZIALISTIN- /SPEZIALISTENBESUCHE.**

Indikatorengruppe	Indikator	Quelle(n)	N
Generalistinnen-/Generalisten- und Spezialistinnen-/Spezialistenbesuche	Anzahl Generalistinnen-/Generalistenbesuche inkl. Hausarzt (letzte 12 Monate)	SGB (2012, 2017)	21'242
	Anzahl Spezialistinnen-/Spezialistenbesuche (letzte 12 Monate)	SGB (2012, 2017)	21'283
Inanspruchnahme Gesundheitsleistungen	Spitalaufenthalt (letzte 12 Monate)	SGB (2012, 2017)	21'409
	Notfallstation (letzte 12 Monate)	SGB (2012, 2017)	21'406
	Behandlung psychischer Probleme (letzte 12 Monate)	SGB (2012, 2017)	21'304
	Zahnarzt (letzte 12 Monate)	SGB (2012, 2017); SILC (2017)	31'194
	Kein Frauenärztinnen-/Frauenarztbesuche	SGB (2012, 2017)	10'598
	Kein Gebärmutterhalsabstrich (letzte 3 Jahre)	SGB (2012, 2017)	8'744
Nichtinanspruchnahme medizinische Untersuchung und Zahnarzt	Nichtinanspruchnahme medizinische Untersuchung	SILC (2007-2018)	113'602
	Nichtinanspruchnahme medizinische Untersuchung finanzielle Gründe	SILC (2007-2018)	113'593
	Nichtinanspruchnahme medizinische Untersuchung andere Gründe	SILC (2007-2018)	113'591
	Nichtinanspruchnahme Zahnuntersuchung	SILC (2007-2018)	113'593
	Nichtinanspruchnahme Zahnuntersuchung finanzielle Gründe	SILC (2007-2018)	113'574
	Nichtinanspruchnahme Zahnuntersuchung andere Gründe	SILC (2007-2018)	113'574

*Bemerkungen: Genaue Operationalisierung bzw. Frageformulierung in Anhang 8.3. Angaben gewichtet gemäss Kapitel 4.3*

#### 4.4.3 Erwerbsreintegration

Für das Modul «Erwerbsreintegration» erstellen wir anhand der IK-Erwerbseinkommensdaten zwei Indikatoren zur *Erwerbsreintegration* von Sozialhilfebeziehenden. Wir messen erstens, ob eine Person in einem gegebenen Monat erwerbstätig war. Wir berechnen Erwerbstätigkeit mit dem Vorhandensein eines AHV-pflichtigen Einkommens aus unselbständiger, selbständiger oder landwirtschaftlicher Erwerbstätigkeit (betrifft alle Einkommen über CHF 2300/Jahr). Zweitens berechnen wir, ob die Person in einem gegebenen Monat über ein relevantes Erwerbseinkommen verfügte. Wir definieren ein Erwerbseinkommen als relevant, wenn es die Schwelle von CHF 3000/Monat übertrifft. Nach Abzug von Sozialversicherungsleistungen und Steuern bleibt von einem Einkommen von CHF 3000/Monat in etwa noch das Existenzminimum für einen Einpersonenhaushalt (rund CHF 2500/Monat).

#### 4.4.4 Sozialhilfebezug

Wir verstehen hier Sozialhilfebezug als Bezug wirtschaftlicher Sozialhilfe. Bezüge von vorgelagerten bedarfsabhängigen Leistungen oder Sozialhilfeaufnahmen ohne Auszahlung wirtschaftlicher

Sozialhilfe werden hier *nicht* berücksichtigt (vgl. BFS, 2019, S. 9). Eine Person hat Anspruch auf wirtschaftliche Sozialhilfe, wenn das Einkommen der Unterstützungseinheit (i.d.R. der Haushalt) nicht ausreicht, um ihr Existenzminimum zu gewährleisten und wenn das Vermögen aller Mitglieder der Unterstützungseinheit die Vermögensfreigrenze unterschreitet (vgl. SKOS-Richtlinien). Bei der Definition der Gruppe «Sozialhilfebeziehende» nehmen wir eine individuelle Betrachtungsweise ein. Bezieht eine Unterstützungseinheit wirtschaftliche Sozialhilfe, klassifizieren wir sowohl die antragstellende Person selbst als auch alle weiteren Personen der Unterstützungseinheit als sozialhilfebeziehend.

Um die zeitliche Dimension von Sozialhilfebezug zu berücksichtigen, betrachten wir Sozialhilfebezugsperioden (im Folgenden: Bezugsperioden). Wir definieren Bezugsperioden als Zeitraum zwischen dem Monat der ersten und dem Monat der letzten Auszahlung wirtschaftlicher Sozialhilfe. Aufeinanderfolgende Bezugsperioden bei derselben Person, welche mit nur fünf oder weniger Monaten voneinander getrennt sind, betrachten wir als durchgängig<sup>12</sup>. Für das Modul «Gesundheitsverlauf» werden die Daten so aufbereitet, dass jeder Monat während der Bezugsperiode als auch die 36 Monate vor dem Beginn und bis zu 36 Monate nach dem Ende der Bezugsperiode beobachtet werden (maximal bis Dezember 2018). Aus den Informationen zu Bezugsperioden leiten wir ab, ob eine befragte Person im Befragungsmonat Sozialhilfe bezogen hat oder ob sie vor oder nach einer Bezugsperiode stand (innerhalb der 36-Monats-Fenster). Zudem erstellen wir einen Indikator, der angibt, wie viele Monate ein Bezugsperiodenbeginn voraus respektive zurückliegt.

Ein Grossteil der beobachteten Bezugsperioden ist von relativ kurzer Dauer: Rund 15 Prozent der Bezugsperioden dauern weniger als drei Monate und über 55 Prozent der Bezugsperioden sind nach zwei Jahren beendet (vgl. Abbildung im Kapitel 8.2). Die meisten befragten Sozialhilfebeziehenden haben zudem nur wenige Bezugsperioden: Für 52 Prozent beobachten wir nur eine Bezugsperiode und für 95 Prozent maximal zwei Bezugsperioden im Beobachtungszeitraum von 2005-2018.

#### 4.4.5 Vergleichsgruppen

Für die Module «Gesundheitsprofil» und «Gesundheitsleistungen» vergleichen wir die Outcomes bei Sozialhilfebeziehenden mit folgenden *Vergleichsgruppen*:

- *Vergleichsgruppe «Restbevölkerung»*: Diese Gruppe umfasst Personen, die zum Befragungszeitpunkt weder Sozialhilfe noch eine IV-Rente beziehen noch in prekären finanziellen Verhältnissen leben.
- *Vergleichsgruppe «Personen in prekären finanziellen Verhältnissen»*: Dabei handelt es sich um Personen, die in prekären finanziellen Verhältnissen leben, aber keine Sozialhilfe oder eine IV-Rente beziehen. Wir definieren die finanziellen Verhältnisse als prekär, wenn eine Person angibt, dass ihr Haushaltsäquivalenzeinkommen zum untersten Quintil gehört, das heisst zu den Personen mit den 20 Prozent tiefsten Haushaltsäquivalenzeinkommen<sup>13</sup>. Berücksichtigt werden hier jegliche Art von Einkommen aus Erwerb, Sozialversicherungen (ausser IV), Vermögen oder privaten Transfers.
- *Vergleichsgruppe «IV-Rentenbeziehende»*: Zu dieser Gruppe gehören Personen, die im Beobachtungsjahr eine IV-Rente, aber keine Sozialhilfe beziehen. Wir berücksichtigen alle Rentenstufen von IV-Renten, unabhängig vom Invaliditätsgrad.

Tabelle 7 stellt die soziodemographischen Merkmale der Sozialhilfebeziehenden den Vergleichsgruppen gegenüber. Dies gibt einen Einblick in die Zusammensetzung der Sozialhilfebeziehenden relativ zu den Vergleichsgruppen und erleichtert die Interpretation der späteren Analysebefunde. Sozialhilfebeziehende sind hinsichtlich der Altersstruktur der Restbevölkerung und den Personen in prekären finanziellen Verhältnissen sehr ähnlich – einzig bei den 50- bis 63/64-Jährigen sind sie mit 26 Prozent etwas weniger stark vertreten. IV-Rentenbeziehende sind dagegen deutlich älter

<sup>12</sup> Entsprechend der gängigen Praxis in der Sozialhilfe wird erst nach sechs oder mehr Monaten Bezugsunterbruch ein neues Dossier eröffnet.

<sup>13</sup> Diese relativ grobe Definition von finanzieller Prekarität ergibt sich durch die mangelnde Verfügbarkeit alternativer Masse in der SAKE. Eine Robustheitsanalyse unter Verwendung des untersten Dezils des Haushaltsäquivalenzeinkommens in der SGB/SILC führt zu leichten Erhöhungen der Prävalenzen für 27 der 35 Items. Dennoch bleiben die Werte mehrheitlich unter denjenigen der Sozialhilfebeziehenden (vgl. Robustheitsanalyse im Zusatzdokument).

als die anderen betrachteten Gruppen. Ihr Anteil der 50- bis 63/64-Jährigen ist mit 52 Prozent annähernd doppelt so gross wie bei den anderen Vergleichsgruppen (zwischen 26 Prozent und 39 Prozent). Grössere Unterschiede zwischen Sozialhilfebeziehenden und den anderen Gruppen ergeben sich beim Haushaltstyp: Sozialhilfebeziehende leben mit 35 Prozent – wie auch IV-Rentenbeziehende mit 32 Prozent – mehr als doppelt so häufig in Einpersonenhaushalten wie die anderen Gruppen (zwischen 13 Prozent und 14 Prozent). Sozialhilfebeziehende leben mit 55 Prozent ähnlich häufig in Haushalten mit Kindern (Restbevölkerung 56 Prozent), und mit einer über vierfach höheren Wahrscheinlichkeit in Einelternhaushalten (24 Prozent vs. 6 Prozent der Restbevölkerung, 11 Prozent der Personen prekären Verhältnissen, 11 Prozent der IV-Rentenbeziehenden).

Um diese Unterschiede in den Resultaten zu berücksichtigen, führen wir alle Analysen zusätzlich zu den im Haupttext berichteten unadjustierten Resultaten auch «adjustiert» um Alter und Geschlecht durch (vgl. Zusatzdokument). Gerade beim Gesundheitszustand ist dies wichtig, da zum Beispiel eine andere Altersstruktur einer Gruppe mit einem anderen Gesundheitszustand einhergeht. Sofern sich substanzielle Abweichungen der Resultate ergeben, berichten wir dies. Dies ist allerdings nur bei wenigen Indikatoren und hauptsächlich bei in der Gruppe der IV-Rentenbeziehenden der Fall (z.B. schlechte subjektive Gesundheit, chronische Krankheit, Behandlung psychischer Probleme).

TABELLE 7: EIGENSCHAFTEN SOZIALHILFEBEZIEHENDE UND VERGLEICHSGRUPPEN

	Restbevölkerung		Sozialhilfe		Prekär		IV	
<b>Alter (Frauen 63/Männer 64)</b>								
16- bis 25-Jährigen	89'094.0	17.7%	1'686.3	19.6%	10'027.6	18.0%	4'098.2	15.6%
26- bis 39-Jährigen	146'080.9	29.0%	2'502.4	29.1%	16'527.6	29.6%	3'440.8	13.1%
40- bis 49-Jährigen	120'080.0	23.8%	2'172.9	25.2%	14'362.6	25.7%	5'175.0	19.6%
50- bis 63/64-Jährigen	148'271.3	29.4%	2'251.5	26.1%	14'904.5	26.7%	13'624.5	51.7%
<i>Total (N= 594'300)</i>	503'526.2	100.0%	8'613.2	100.0%	55'822.2	100.0%	26'338.4	100.0%
<b>Geschlecht</b>								
Männlich	257'921.1	51.2%	4'276.5	49.7%	25'511.1	45.7%	13'779.6	52.3%
Weiblich	245'605.1	48.8%	4'336.7	50.3%	30'311.1	54.3%	12'558.9	47.7%
<i>Total (N= 594'300)</i>	503'526.2	100.0%	8'613.2	100.0%	55'822.2	100.0%	26'338.4	100.0%
<b>Haushaltstyp</b>								
Einpersonenhaushalt	64'372.9	14.2%	2'777.1	35.3%	6'490.1	13.2%	7'641.0	32.4%
Paare ohne Kinder	134'511.8	29.7%	773.4	9.8%	8'314.7	17.0%	5'941.0	25.2%
Einelternhaushalte mit Kind(ern)	27'466.8	6.1%	1'882.1	23.9%	5'527.6	11.3%	2'622.8	11.1%
Paare mit Kind(ern)	226'737.2	50.0%	2'429.9	30.9%	28'659.3	58.5%	7'345.5	31.2%
<i>Total (N= 533'493)</i>	453'088.6	100.0%	7'862.4	100.0%	48'991.7	100.0%	23'550.3	100.0%
<b>Städtisch/Nicht-städtisch</b>								
Nicht-städtisch	355'561.6	70.6%	4'411.1	51.2%	37'538.6	67.2%	16'926.7	64.3%
Städtisch	147'964.6	29.4%	4'202.1	48.8%	18'283.6	32.8%	9'411.7	35.7%
<i>Total (N= 594'300)</i>	503'526.2	100.0%	8'613.2	100.0%	55'822.2	100.0%	26'338.4	100.0%
<b>Nationalität</b>								
Schweiz	388'803.6	77.2%	4'338.1	50.4%	36'957.5	66.2%	20'759.8	78.8%
Anderes	114'721.5	22.8%	4'275.0	49.6%	18'864.7	33.8%	5'578.7	21.2%
<i>Total (N= 594'299)</i>	503'525.2	100.0%	8'613.2	100.0%	55'822.2	100.0%	26'338.5	100.0%
<b>Grossregion</b>								
Genferseeregion	90'045.4	17.9%	2'423.0	28.1%	11'490.1	20.6%	5'519.9	21.0%
Espace Mittelland	111'868.8	22.2%	2'309.2	26.8%	13'886.6	24.9%	5'511.0	20.9%
Nordwestschweiz	70'038.9	13.9%	983.4	11.4%	6'302.0	11.3%	4'028.8	15.3%
Zürich	93'413.4	18.6%	1'257.1	14.6%	7'004.5	12.5%	3'898.2	14.8%
Ostschweiz	70'152.0	13.9%	557.0	6.5%	8'140.5	14.6%	3'778.8	14.3%
Zentralschweiz	50'047.4	9.9%	567.5	6.6%	4'946.9	8.9%	1'923.7	7.3%
Tessin	17'960.4	3.6%	515.9	6.0%	4'051.7	7.3%	1'678.0	6.4%
<i>Total (N= 594'300)</i>	503'526.2	100.0%	8'613.2	100.0%	55'822.2	100.0%	26'338.4	100.0%
<b>Verzug KK-Zahlung</b>								
Kein KK-Zahlungsverzug	42'964.3	95.9%	514.4	77.3%	4'805.2	83.9%	1'546.9	92.4%

KK-Zahlungsverzug	1'814.3	4.1%	151.3	22.7%	918.8	16.1%	126.7	7.6%
Total (N= 52'842)	44'778.6	100.0%	665.7	100.0%	5'724.0	100.0%	1'673.7	100.0%

*Bemerkungen: Die Berechnungen basieren auf den Daten der SGB, SILC und SAKE für alle vorhandenen Erhebungsjahre, ein und dieselbe Person kann über die Zeit mehrmals befragt worden sein. Es ist für eine höhere Präzision und Sicherheit der Interpretationen sinnvoll, dass in diesen Fällen alle Beobachtungen einer Person für die Analysen genutzt werden. Bei der Berechnung der Standardfehler berücksichtigen wir solche «Mehrfachbeobachtungen». Die Stichprobe umfasst Personen zwischen 16 und 63/64 Jahren mit einer Versicherungsnummer, die einer der vier Vergleichsgruppen zugeordnet werden können. Gewichtung gemäss Kapitel 4.3.*

#### 4.4.6 Subgruppen

Bisherige Studien deuten darauf hin, dass jüngere Sozialhilfebeziehende besonders von psychischen Krankheiten betroffen sind (vgl. 3.1). Wir unterscheiden die Resultate deshalb nach den Altersklassen «16- bis 25-jährige», «26- bis 39-jährige»<sup>14</sup>, «40- bis 49-jährige» und «50- bis 63/64-jährige» Sozialhilfebeziehende. Aufgrund des ordentlichen (gesetzlichen) Rentenalters wurde das berücksichtigte Höchstalter bei den Frauen auf 63 Jahre und bei den Männern auf 64 Jahre gesetzt (vgl. 4.2).

Es gibt bisher leichte Hinweise, dass die Gesundheitsunterschiede zwischen Sozialhilfebeziehenden und der Restbevölkerung für Männer und Frauen unterschiedlich ausfallen (Wolffers & Reich, 2015). Eine mögliche Erklärung dafür sind Geschlechterunterschiede in den Gründen für Sozialhilfebezug. Frauen beziehen Sozialhilfe häufiger als Männer, weil sie in Tieflohnssektoren und aufgrund von Care-Arbeit zu einem geringen Pensum tätig sind oder weil sie alleinerziehend sind. Deshalb ist zu erwarten, dass gesundheitliche Gründe bei Männern eine höhere Bedeutung für den Bezug von Sozialhilfe haben. Um Geschlechterunterschiede festzustellen, unterscheiden wir unsere Resultate deshalb zwischen *Männern und Frauen*.

Studien weisen darauf hin, dass Gesundheitsbelastungen für alleinerziehende Personen besonders ausgeprägt sind, wenn diese über kein Erwerbseinkommen verfügen. Für Personen mit Kindern im Haushalt mit einem Partner lassen sich hingegen keine besonderen Gesundheitsbelastungen erwarten (Struffolino et al., 2016). Wir erwarten, dass bei Eltern nicht-gesundheitsbezogene Gründe wie die betreuungsbedingten direkten und indirekten Kosten von Kindern für den Sozialhilfebezug ausschlaggebend sind. Gesundheitliche Belastungen bei Eltern sind allerdings besonders problematisch, da sich ihre Gesundheitsbelastungen negativ auf die Entwicklung der Kinder auswirken können. Aus diesem Grund unterscheiden wir die Resultate nach Vorhandensein von Kindern und einem/-er Lebens-/Ehepartner/-in im Haushalt (i.e. nach *Haushaltsstruktur*).

Wir erwarten, dass Sozialhilfebeziehende mit nicht-schweizerischer Nationalität geringere Gesundheitseinschränkungen aufweisen als Sozialhilfebeziehende mit schweizerischer Nationalität. Wir stützen diese Annahme auf die Tatsache, dass ein Migrationshintergrund mit deutlich geringeren Erwerbschancen einhergeht (BFS, 2017b). Nicht-Schweizerinnen und -Schweizer haben deshalb auch ohne gesundheitliche Einschränkungen bereits ein erhöhtes Risiko für einen Sozialhilfebezug. Zu erwarten sind jedoch Unterschiede bei der Nichtinanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, da neben den finanziellen auch sprachliche oder kulturelle Barrieren eine Rolle spielen könnten (Guggisberg et al., 2020). Um diese Unterschiede aufzudecken unterscheiden wir die Ergebnisse für Sozialhilfebeziehende mit schweizerischer und nicht-schweizerischer Nationalität<sup>15</sup>.

Bisherige Analysen beruhen vorwiegend auf Daten aus städtischen Sozialdiensten (Reich et al., 2015; Salzgeber, 2014). Höhere Nichtbezugsquoten in weniger urbanen Regionen (Hümbelin, 2019), sowie variierende Qualität des Gesundheitsmanagements in Sozialdiensten könnten zu unterschiedlichen Ergebnissen je nach Wohngebiet der befragten Personen führen. Um das Ausmass solcher

<sup>14</sup> Junge Erwachsene (18-25-Jährige) sind oft von besonderen Regeln (z.B. tieferer Grundbedarf) betroffen. Wenn es die Fallzahlen erlauben, werden die Resultate für 18-25-Jährige separat ausgewiesen.

<sup>15</sup> Die aktuelle Nationalität ist kein ideales Mass für die besprochenen Zusammenhänge, da auch viele Personen ohne eigene Migrationserfahrung eine nicht-schweizerische Nationalität haben. Leider verfügen wir über keine alternative Masse, wie etwa das Geburtsland, die in allen drei benutzten Befragungsquellen (SILC, SGB; SAKE) gleich erhoben wurden.

Unterschiede zu identifizieren, unterscheiden wir die Resultate nach *Wohngebiet*. Wir verwenden dafür eine zweiteilige Klassifizierung in städtische und nicht-städtische Gebiete<sup>16</sup>. Es ist davon auszugehen, dass gesundheitliche Ungleichheiten unterschiedlich zwischen Regionen ausfallen. Sozialhilfe ist zudem auf Gemeindeebene organisiert und durch kantonale Sozialhilfegesetze reglementiert. Die resultierende regionale Varianz in der Zusammensetzung von Sozialhilfebeziehenden bezüglich ihres Gesundheitszustandes sowie der Nutzung von Leistungen der Sozialhilfe durch Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen führt möglicherweise zu regional unterschiedlichen Resultaten. Um regionale Unterschiede zu beleuchten, unterschieden wir die Resultate nach *Grossregionen* des Wohnortes der befragten Person (je nach Stichprobengrösse).

Wir vermuten, dass Zahlungsverzüge bei Krankenversicherern einen Einfluss auf die Inanspruchnahme notwendiger Gesundheitsleistungen haben. Bei nicht-bezahlten Krankenversicherungsprämien können Versicherer einen Leistungsstopp verordnen (vgl. Kapitel 3.2). Die Sozialhilfe hat die Möglichkeit von den Versicherungen nicht-beglichene Gesundheitskosten zu übernehmen (SKOS, 2017). Um dennoch bestehende Unterschiede in der Nichtinanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei Personen mit Zahlungsverzügen und ohne Zahlungsverzügen bei den Krankenversicherern feststellen zu können, betrachten wir die Resultate, wenn möglich, unterteilt nach Vorhandensein eines *Krankenkassenzahlungsverzuges*.

#### 4.4.7 Erschöpfen der ALV-Taggelder («Aussteuerung»)

Um zu eruieren, ob einer Bezugsperiode das Erschöpfen der maximalen Anzahl Taggelder aus der Arbeitslosenversicherung (eine «Aussteuerung») vorausging, verwenden wir die in der SHS erhobene Information zu Aussteuerungen und zum Datum von Aussteuerungen<sup>17</sup>. Wir verwenden für jede Bezugsperiode die erste Aussteuerung. Damit identifizieren wir Sozialhilfebeziehende, die über eine Aussteuerung in die Sozialhilfe gelangt sind. Wir beschränken uns auf Aussteuerungen, die in den 36 Monaten vor der Bezugsperiode stattgefunden haben. Abbildung A 1 (vgl. Kapitel 8.1) zeigt den Anteil von Sozialhilfebeziehenden mit einer Aussteuerung in einem bestimmten Monat vor und nach Beginn einer Bezugsperiode anhand der Summe der Personen in diesem Monat<sup>18</sup>. Es wird ersichtlich, dass der Grossteil der identifizierten Aussteuerungen direkt vor der Bezugsperiode stattgefunden hatte. (Rund 3.5 Prozent hatten eine Aussteuerung im Monat vor Beginn der Bezugsperiode.)

## 4.5 Analysestrategie

### 4.5.1 Gesundheitsprofil

Hier werden die Unterschiede der betrachteten Gesundheitsindikatoren zwischen Sozialhilfebeziehenden und den Vergleichsgruppen gesamthaft ausgewiesen. Im Vordergrund stehen dabei die subjektive Gesundheitseinschätzung, das Vorhandensein einer chronischen Erkrankung sowie gesundheitliche Einschränkungen im Alltag. Diese Indikatoren sind sowohl in der SAKE, der SILC als

<sup>16</sup> Die Resultate weichen beim Gesundheitsverhalten und bei den Gesundheitsleistungen nur vereinzelt ab, wenn anstatt der zweiteiligen Klassifizierung eine dreiteilige Klassifizierung oder eine vierteilige Klassifizierung verwendet wird. Abweichungen finden sich z.B. bei Übergewicht/Adipositas (Hier liegt die Prävalenz in ländlichen Gebieten mit 74% deutlich höher als in den städtischen (48%) und intermediären (58%) Gebieten), dem Schlaf- und Beruhigungsmittelkonsum (Ländliche Gebiete weisen jeweils die tiefste Prävalenz auf mit 6% resp. 8%), dem Gebärmutterhalsabstrich (Ländliche Gebiete mit 24% keinem Gebärmutterhalsabstrich weisen die tiefste Prävalenz auf) sowie der Nichtinanspruchnahme von medizinischen Untersuchungen (Städtische (7%) und intermediäre (6%) Gebiete sind auf ähnlichem Niveau, während die ländlichen Gebieten mit 18% deutlich abweichen).

<sup>17</sup> Die Information wurde für alle antragstellenden Sozialhilfebeziehenden erhoben, die bei der Variable Erwerbssituation nicht «Selbständig (Code 1)», «Angestellt in der eigenen Firma (Code 2)», «Regelmässig angestellt (Code 3)», «Zeitlich befristeter Vertrag (Code 4)», «Arbeit auf Abruf (Code 5)», «Gelegenheitsarbeit (Code 6)», «Mitarbeitendes Familienmitglied (Code 7)», «In der Lehre (Code 8)», «Anderes (erwerbstätig) (Code 20)», «In Ausbildung (ohne Lehrlinge)(Code 13)», «Haushalt, familiäre Gründe (Code 14)», «Rentner/in (Code 15)», «Vorübergehend arbeitsunfähig (Code 16)», «Dauerinvalidität (Code 17)», «Keine Chance auf dem Arbeitsmarkt (Code 18)», «Anderes (nichterwerbstätig) (Code 22)» angeben hatten. Ab 2016 beruhen die Informationen zu Aussteuerung auf den Registerdaten aus der AVAM-Statistik.

<sup>18</sup> Berücksichtigt wurden alle Personen mit Bezugsperioden zwischen 2005 und 2018.

auch der SGB vorhanden. Wir haben sämtliche Analysen auch für verschiedene Subgruppen durchgeführt (nach Altersgruppen, Geschlecht, Haushaltstyp bzw. mit/ohne Kinder, städtische und nicht-städtische Gebiete). Nur wenn sich systematisch andere Muster bei gewissen Subgruppen zeigen, berichten wir darüber. Die Resultate der Subgruppenanalysen sind in einem Zusatzdokument festgehalten.

Für die Schätzung der Outcomes und die Gruppenvergleiche benutzen wir Regressionsmodelle (Logit für binäre Gesundheitsoutcomes, OLS für metrische Gesundheitsoutcomes<sup>19</sup>). Mit diesem Vorgehen können wir um Drittvariablen kontrollieren. Wir berechnen sowohl rohe als auch adjustierte Werte<sup>20</sup>, um die Vergleichbarkeit der Gruppen hinsichtlich einflussreicher Confounder<sup>21</sup> (Alter oder Geschlecht) zu erhöhen.

#### 4.5.2 Gesundheitsverlauf

Die Analysen zum Gesundheitsverlauf zeigen auf, ob bei relevanten Übergängen (Aussteuerung vor Bezugsperiode, Beginn Bezugsperiode und Ende Bezugsperiode) Veränderungen im Gesundheitszustand festzustellen sind und wie sich der Gesundheitszustand während einer Bezugsperiode entwickelt. Den Gesundheitszustand messen wir hierfür anhand des Vorhandenseins eines schlechten subjektiven Gesundheitszustands, gesundheitlicher Einschränkungen im Alltag und einer chronischen Erkrankung. Da diese Indikatoren in allen Erhebungen vorhanden sind, können wir eine genügend hohe statistische Genauigkeit der Ergebnisse sicherstellen. Zeitliche Veränderungen des Gesundheitszustandes, die aufgrund von Altersunterschieden der beobachteten Personen oder aufgrund von unterschiedlichen Kalenderzeitpunkten der Beobachtungen entstehen, werden herausgerechnet, das heisst alle Schätzungen sind alters- und periodenadjustiert.

Die Analysen umfassen vier Teile.

1. Im ersten Teil analysieren wir den Verlauf des Gesundheitszustandes beim Eintritt in die Sozialhilfe. Dafür betrachten wir den Gesundheitszustand von Personen, die maximal 36 Monate vor dem Beginn einer Bezugsperiode bis maximal 36 Monate nach dem Beginn einer Bezugsperiode zu ihrem Gesundheitszustand befragt wurden. Wir berücksichtigen alle in diesem Zeitfenster befragten Personen, unabhängig von der Dauer ihrer Bezugsperioden. Die Berechnungen des Verlaufs des Gesundheitszustandes beruhen auf einem Vergleich des Gesundheitszustandes je nach zeitlicher Distanz zwischen dem Befragungszeitpunkt und dem Beginn der Bezugsperiode. Mit diesen Gruppenvergleichen zeigen wir auf, inwiefern beim Eintritt in die Sozialhilfe besondere Veränderungen des Gesundheitszustandes feststellbar sind.
2. Im zweiten Teil fokussieren wir uns auf den Übergang bei Aussteuerungen vor Beginn von Bezugsperioden. Wir erwarten, dass sich die finanziellen Belastungen im Zusammenhang mit Aussteuerungen negativ auf den Gesundheitszustand auswirken (Sun et al., 2021). Wir schränken uns hier auf diejenigen Personen ein, für welche in den 36 Monaten vor Beginn der Sozialhilfebezugsperiode eine Aussteuerung beobachtet wurde. Berücksichtigt werden alle Personen, die zwischen 35 Monate vor dieser Aussteuerung bis 35 Monate nach der Aussteuerung befragt wurden, wobei Beobachtungen berücksichtigt werden, die maximal 36 Monate vor Beginn der Bezugsperiode gemacht wurden. Mit der unter Teil 1 verwendeten Methode zeigen wir dann auf, wie sich der Gesundheitszustand je nach relativer zeitlicher Distanz des Beobachtungszeitpunktes zu dieser Aussteuerung unterscheidet. Die Ergebnisse verdeutlichen, inwiefern rund um Aussteuerungen vor Bezugsperioden besondere Verschlechterungen des Gesundheitszustandes feststellbar sind.
3. Im dritten Teil wiederholen wir die Analyse der Entwicklung des Gesundheitszustandes rund um den Eintritt in die Sozialhilfe (vgl. Teil 1), schränken uns nun aber auf Personen

<sup>19</sup> Wir verwenden personen-geklumpte Standardfehler. Diese korrigieren die Unterschätzung der Standardfehler aufgrund der Tatsache, dass für bestimmte Personen (Befragte in SAKE und SILC) mehrere Beobachtungen in die Berechnungen miteinfließen können.

<sup>20</sup> Schätzung unter Konstanthaltung des Niveaus relevanter Kontrollvariablen.

<sup>21</sup> Confounder sind Drittvariablen, welche in den zu vergleichenden Gruppen eine andere Verteilung aufweisen und deshalb den Vergleich der interessierenden Gesundheitsindikatoren «verfälschen» können. Z.B. dürfte die Altersverteilung der Sozialhilfebeziehenden nicht derjenigen der Restbevölkerung entsprechen. Da das Alter eine wichtige Determinante des Gesundheitszustands ist, sollte deshalb für eine bessere Vergleichbarkeit der Gruppen um das Alter adjustiert werden. Dazu werden die Altersunterschiede zwischen den beiden Gruppen statistisch «herausgerechnet» bzw. «kontrolliert».

ein, deren Bezugsperiode mindestens 36 Monate andauerte. Damit können wir die Entwicklung des Gesundheitszustandes vor und während der ersten 3 Jahre einer Bezugsperiode darstellen.

4. Wiederum unter der Verwendung der Methode aus Teil 1 betrachten wir im vierten Teil Unterschiede im Gesundheitszustand je nach zeitlicher Distanz zwischen Befragung und Abschluss einer Bezugsperiode. Hier betrachten wir nur Personen, für die eine Ablösung von der Sozialhilfe beobachtet wurde und die im Zeitfenster zwischen 36 Monaten vor und 36 Monaten nach dem Abschluss der Bezugsperiode befragt wurden. Um besondere Gesundheitsverläufe rund um den Austritt aus der Sozialhilfe bei Langzeitbeziehenden aufzuzeigen, präsentieren wir zusätzlich Resultate bei einer eingeschränkten Stichprobe von Personen, deren Bezugsperioden mindestens 36 Monate andauerten. Die Ergebnisse von Teil 4 zeigen auf, ob kurz vor oder nach dem Austritt aus der Sozialhilfe Veränderungen des Gesundheitszustandes feststellbar sind und ob bei Langzeitbeziehenden besondere Muster auftreten.

### 4.5.3 Gesundheitsleistungen

Die Analysen zum Bezug von Gesundheitsleistungen im *Modul «Gesundheitsleistungen»* werden analog dem Design im Modul «Gesundheitsprofil» durchgeführt. Wir vergleichen wiederum Sozialhilfebeziehende mit den verschiedenen Vergleichsgruppen. Zudem führen wir Analysen für verschiedene Subgruppen (vgl. Kapitel 4.4.6) durch. Im Fokus stehen Unterschiede in der Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Versorgungsleistungen sowie die oben erwähnten Indikatoren zu Nichtinanspruchnahme notwendiger medizinischer Behandlungen beziehungsweise zu Unterversorgung. Mit den SILC-Daten können wir zudem der Zusammenhang zwischen Zahlungsverzug bei Krankenversicherern und unterlassenen «notwendigen» medizinischen Behandlungen aufzeigen und somit ein mögliches Zugangshindernis zu einer adäquaten Versorgung aufgezeigt werden.

### 4.5.4 Erwerbsreintegration

Die Analysen zum Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Erwerbstätigkeit von Sozialhilfebeziehenden wickeln wir in zwei Teilschritten ab.

Im ersten Teilschritt untersuchen wir den Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand zu Beginn der Bezugsperiode und dem Erwerbsverlauf ab Beginn der Bezugsperiode. Dafür schränken wir uns auf eine Stichprobe von Beobachtungen ein, für die im Jahr vor Beginn der Bezugsperiode der Gesundheitszustand beobachtet wurde. Wiederum messen wir den Gesundheitszustand anhand des subjektiven Gesundheitszustands, des Vorhandenseins chronischer Krankheiten und gesundheitsbedingter Einschränkungen im Alltag. Wir berechnen den Verlauf der Erwerbsreintegrationsindikatoren im Sechsmonatsrhythmus vom Beginn bis fünf Jahre nach Beginn der Bezugsperiode und vergleichen Personen mit unterschiedlichen Ausgangsniveaus im Gesundheitszustand. Um den Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Erwerbsreintegration möglichst auf die Wirkung des Gesundheitszustands zurückführen zu können, berücksichtigen wir, dass Personen mit unterschiedlichem Gesundheitszustand sich bezüglich einer Reihe von Merkmalen unterscheiden, die ebenfalls einen Einfluss auf ihre Erwerbsreintegration nach Beginn der Bezugsperiode haben könnten. Neben soziodemographischen Indikatoren (Alter, Geschlecht, Nationalität, Wohnort, Haushaltsstruktur) werden deshalb auch sozioökonomische Indikatoren (Bildung) und die Erwerbsreintegration in der Zeit vor Beginn der Bezugsperiode (Berufserfahrung) mittels Gewichtung konstant gehalten (Hainmueller, 2012). Um die Bedeutung dieser Confounder zu eruieren, berechnen wir sowohl adjustierte als auch nicht-adjustierte Kennzahlen.

Im zweiten Teilschritt beleuchten wir den Gesundheitszustand von nicht-erwerbstätigen Sozialhilfebeziehenden genauer. Dafür erstellen wir entsprechend dem Vorgehen im Modul «Gesundheitsprofil» ein Profil der verschiedenen Gesundheitszustandsindikatoren bei nicht-erwerbstätigen Sozialhilfebeziehenden und vergleichen dieses mit demjenigen von erwerbstätigen Sozialhilfebeziehenden. Als erwerbstätig definieren wir hier, wer im Beobachtungsmontat ein in den IK-Daten registriertes Erwerbseinkommen hatte (über CHF 2300/Jahr, vgl. 4.4.3). Wir berücksichtigen dafür alle bisher verwendeten Indikatoren zum Gesundheitszustand (Allgemeiner Gesundheitszustand,



subjektives Wohlbefinden/psychische Gesundheit und NCDs). Wir untersuchen Subgruppenunterschiede und berichten über diese, insofern für Subgruppen systematisch abweichende Ergebnisse festgestellt werden können (vgl. 4.4.6 und 4.5.1).

## 5 Resultate

### 5.1 Gesundheitsprofil

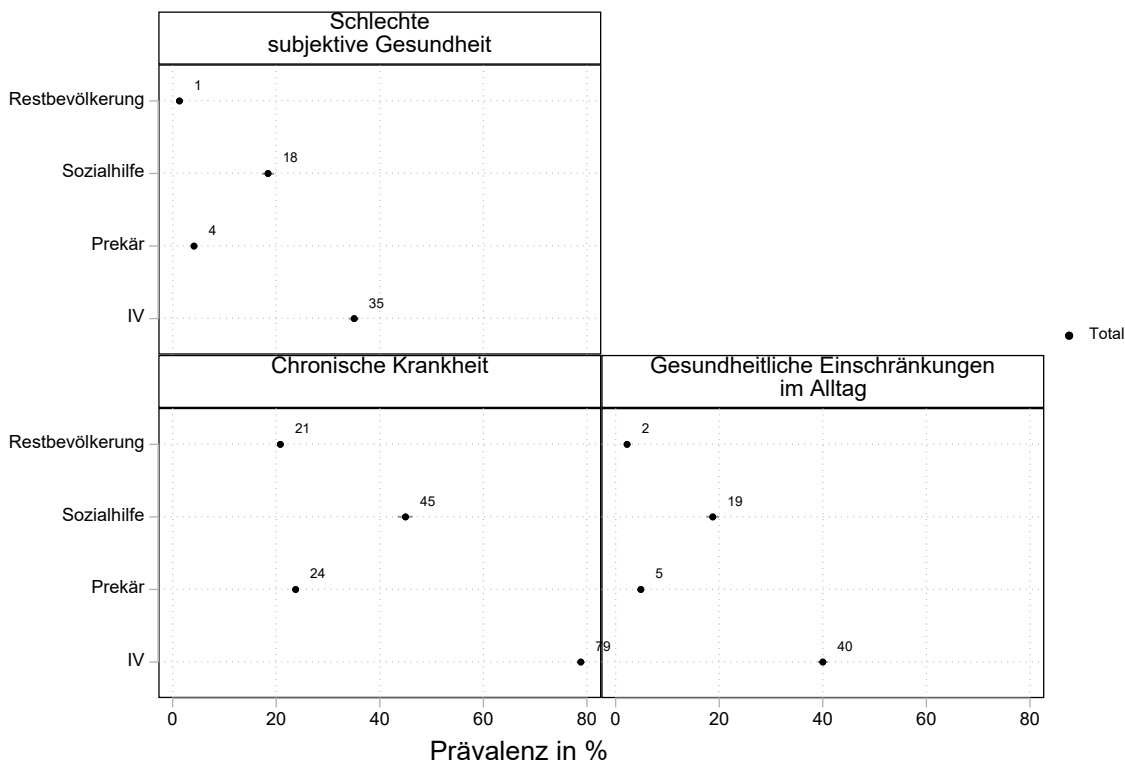
#### 5.1.1 Allgemeiner Gesundheitszustand

Sozialhilfebeziehende verfügen über einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand als die Restbevölkerung und auch als Personen in prekären finanziellen Verhältnissen. Einzig IV-Rentenbeziehende weisen – wenig erstaunlich – einen noch schlechteren Gesundheitszustand auf (Abbildung 2).

18 Prozent der Sozialhilfebeziehenden geben eine schlechte oder sehr schlechte subjektive Gesundheit an, während es bei der Restbevölkerung nur ein Prozent sind. Chronische Krankheiten sind mit 45 Prozent doppelt so häufig wie in der Restbevölkerung (21 Prozent), der Anteil mit Einschränkungen im Alltag ist mit 18 Prozent um ein Vielfaches höher (Rest: 2 Prozent).

Die Unterschiede im Gesundheitszustand sind allerdings nicht auf Altersunterschiede oder das Geschlechterverhältnis zurückzuführen. Die gefundenen Differenzen sind auch nach Adjustierung um Alter und Geschlecht feststellbar. Einzig bei den IV-Rentenbeziehenden verringern sich die Prävalenzen bei allen drei Items zwischen 3 und 5 Prozentpunkte nach Adjustierung, da IV-Rentenbeziehende durchschnittlich älter sind als die anderen Vergleichsgruppen. Betrachtet man Subgruppen der Bevölkerung so zeigt sich: Die Gesundheitsunterschiede zwischen der Restbevölkerung und Sozialhilfebeziehenden sind bei den 16- bis 25-Jährigen weniger stark ausgeprägt, aber dennoch vorhanden (Z.B. chronische Erkrankung: 15 Prozent Restbevölkerung vs. 25 Prozent der Sozialhilfebeziehenden dieser Altersgruppe). Mit zunehmendem Alter vergrössert sich diese Differenz (wiederum für chronische Erkrankung: 29 Prozent Restbevölkerung vs. 63 Prozent Sozialhilfebeziehende bei den 50- bis 63/64-Jährigen). Sozialhilfebeziehende mit Kindern (in Eineltern- wie auch in Paarhaushalten) sind etwas weniger stark von einem schlechten Gesundheitszustand betroffen als solche ohne Kinder. Die Prävalenz chronischer Krankheiten beträgt zum Beispiel bei Sozialhilfebeziehenden mit Kindern 38 Prozent/37 Prozent statt 52 Prozent/55 Prozent ohne Kinder (jeweils Nicht-Paarhaushalt/Parhaushalt). Dies dürfte Ausdruck davon sein, dass das Sozialhilferisiko mit Kindern unabhängig vom Gesundheitszustand erhöht ist. Dennoch ist auch bei dieser Subgruppe die Prävalenz einer chronischen Krankheit etwa doppelt so hoch wie bei der Restbevölkerung. Sozialhilfebeziehende mit Schweizer Nationalität haben im Vergleich zu solchen ohne Schweizer Staatsbürgerschaft eine deutlich höhere Prävalenz einer chronischen Krankheit (50 Prozent vs. 39 Prozent) und eine leicht höhere Prävalenz bei gesundheitlichen Einschränkungen im Alltag (20 Prozent vs. 16 Prozent). Bei IV-Rentenbeziehenden zeigt sich das gegenteilige Bild: Die Prävalenz einer schlechten subjektiven Gesundheit ist bei Personen mit Schweizer Nationalität mit 27 Prozent deutlich tiefer als bei Personen ohne Schweizer Staatsbürgerschaft mit 40 Prozent. Sozialhilfebeziehende in nicht-städtischen Gebieten weisen einen leicht schlechteren Gesundheitszustand auf als solche in der Stadt (z.B. chronische Krankheit 48 Prozent vs. 43 Prozent). Der Gesundheitsunterschied zur Restbevölkerung (Restbevölkerung: 21 Prozent vs. 20 Prozent) fällt damit in nicht-städtischen Gebieten ausgeprägter aus. Für die betrachteten Grossregionen lassen sich diesbezüglich keine deutlichen Unterschiede erkennen. Einzig für das Tessin zeigt sich für gesundheitliche Einschränkungen im Alltag eine deutlich tiefere Prävalenz unter Sozialhilfebeziehenden (12 Prozent vs. 19 Prozent für die gesamte Schweiz) und in der Folge auch ein geringerer Unterschied zur Restbevölkerung.

ABBILDUNG 2: ALLGEMEINER GESUNDHEITZUSTAND



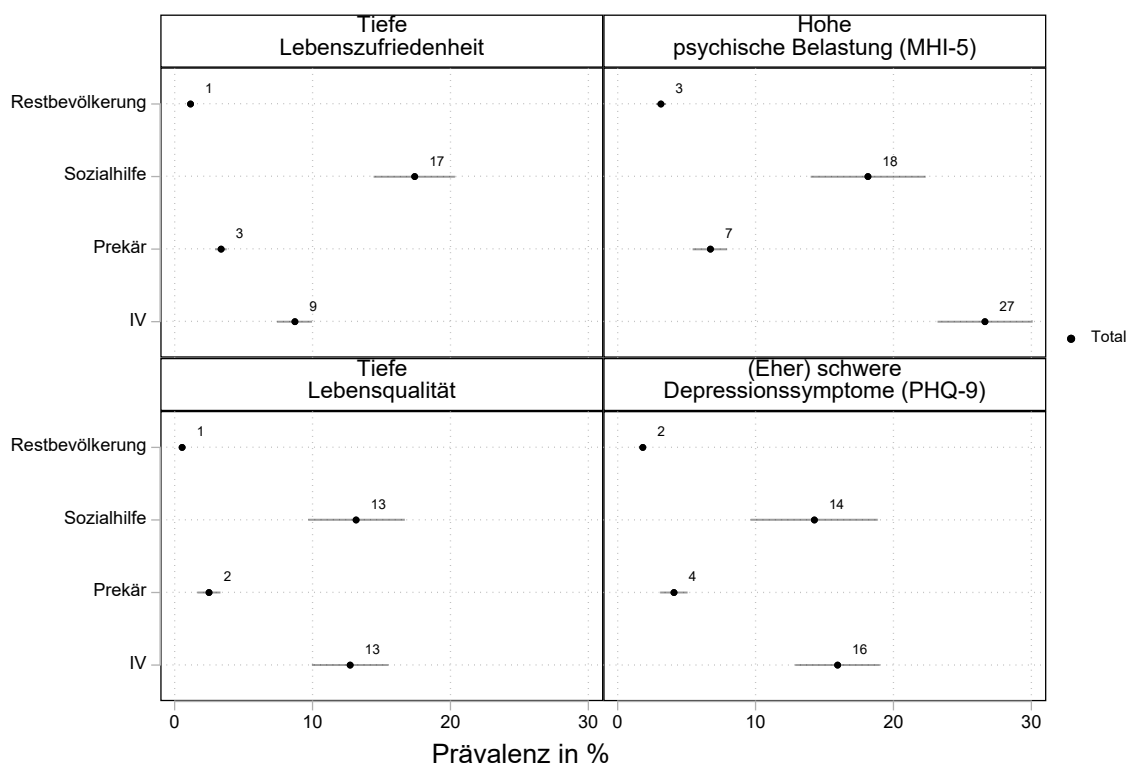
Bemerkungen: Unadjustierte Schätzung mit 95%-Konfidenzintervall. Vgl. Tabelle 4, S. 21 für Datenquellen, Fallzahlen und Operationalisierung der Indikatoren. Quellen: SAKE, SILC, SGB, BFS-SHS, IV-Daten.

Beim Wohlbefinden und der psychischen Gesundheit zeigen sich für Sozialhilfebeziehende noch ausgeprägtere Differenzen zur Restbevölkerung und zu den Personen in prekären finanziellen Verhältnissen. Das Niveau der Sozialhilfebeziehenden unterscheidet sich nur noch wenig von demjenigen der IV-Rentenbeziehenden und ist bei der Lebenszufriedenheit gar deutlich schlechter (Abbildung 3).

Sozialhilfebeziehende verfügen viel häufiger über eine tiefe Lebenszufriedenheit (17 Prozent vs. 1 Prozent Restbevölkerung) oder eine tiefe subjektive Lebensqualität (13 Prozent vs. 1 Prozent). Der Anteil mit hoher psychischer Belastung ist mit 18 Prozent sechsmal so hoch wie bei der Restbevölkerung mit 3 Prozent. Nur die IV-Rentenbeziehenden mit 27 Prozent sind in dieser Hinsicht noch stärker belastet. Der Anteil mit eher schweren Depressionssymptomen liegt mit 14 Prozent ebenfalls siebenmal höher als bei der Restbevölkerung mit 2 Prozent.

Wiederum ändern sich die Resultate auch bei Adjustierung um Alter und Geschlecht nur geringfügig. Bei der Betrachtung der Subgruppen zeigt sich, dass es bei den 16- bis 25-Jährigen für Lebensqualität und hohe psychische Belastung keine Unterschiede zwischen Sozialhilfebeziehenden und der Restbevölkerung gibt. Die Prävalenz eher schwerer Depressionssymptome dagegen sind für alle Altersgruppen bei den Sozialhilfebeziehenden um ein Mehrfaches höher als für die Restbevölkerung. Bei Einelternhaushalten mit Kindern verschwinden die Unterschiede zwischen Sozialhilfebeziehenden und Restbevölkerung bezüglich hoher psychischer Belastung und schwerer Depressionssymptome.

ABBILDUNG 3: WOHLBEFINDEN UND PSYCHISCHE GESUNDHEIT



Bemerkungen: Unadjustierte Schätzung mit 95%-Konfidenzintervall. Vgl. Tabelle 4, S. 21, für Datenquellen, Fallzahlen und Operationalisierung der Indikatoren. Quellen: SILC, SGB, BFS-SHS, IV-Daten.

Bei den Sozialhilfebeziehenden liegt der Anteil mit Multimorbidität deutlich höher als bei der Restbevölkerung und bei Personen in prekären finanziellen Verhältnissen. Nur in der Gruppe der IV-Rentenbeziehenden findet sich erwartungsgemäss ein noch höherer Anteil von Personen mit Multimorbidität (Abbildung 4).

Sozialhilfebeziehende weisen häufiger Depressionen (26 Prozent vs. 5 Prozent Restbevölkerung), chronische Atemwegserkrankungen<sup>22</sup> (14 Prozent vs. 5 Prozent Restbevölkerung), muskuloskelettale Erkrankungen<sup>23</sup> (14 Prozent vs. 8 Prozent Restbevölkerung) und Diabetes (7 Prozent vs. 2 Prozent Restbevölkerung) auf. Kein Unterschied zur Restbevölkerung zeigt sich dagegen bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen<sup>24</sup> (2 Prozent vs. 1 Prozent Restbevölkerung) und Krebserkrankungen (beide 1 Prozent). IV-Rentenbeziehende weichen in allen sechs dargestellten chronischen Krankheiten klar von der Restbevölkerung ab und haben eine deutlich höhere Prävalenz als die Sozialhilfebeziehenden bei Krebserkrankungen (6 Prozent), muskuloskelettalen Erkrankungen (30 Prozent) und Depressionen (35 Prozent).

Bei Adjustierung um Alter und Geschlecht ändern sich die Resultate zu chronischen Krankheiten und Multimorbidität nur unwesentlich. Betrachtet man die Subgruppen, so zeigt sich, dass sich mit zunehmendem Alter die Differenz bei Multimorbidität zwischen Sozialhilfebeziehenden und Restbevölkerung vergrössert. Die Sozialhilfebeziehenden in den Altersgruppen der 16- bis 25-Jährigen (4 Prozent vs. 1 Prozent Restbevölkerung) und der 26- bis 39-Jährigen (7 Prozent vs. 2 Prozent Restbevölkerung) unterscheiden sich im Vergleich zur Restbevölkerung nicht merklich hinsichtlich Multimorbidität. Sozialhilfebeziehende bei den 40- bis 49-Jährigen (17 Prozent vs. 2 Pro-

<sup>22</sup>Als chronischen Atemwegserkrankungen gelten hierbei: Asthma; chronische Bronchitis, COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung), Emphysem (Lungenblähung)

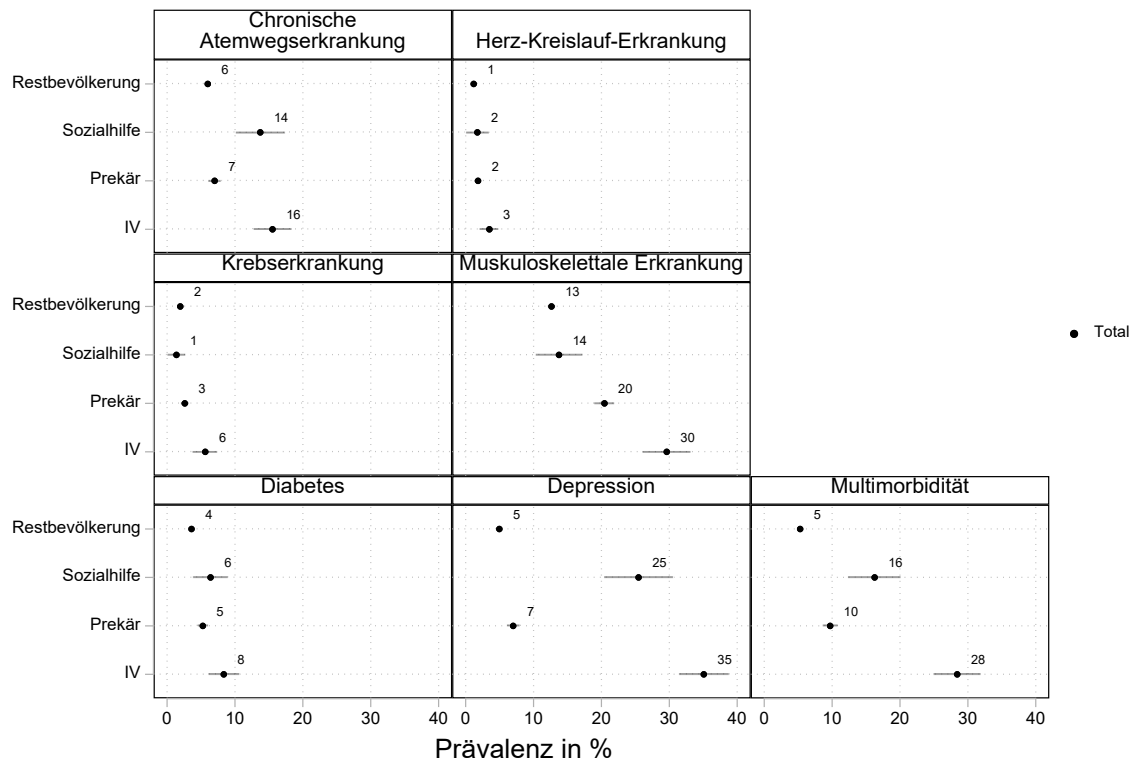
<sup>23</sup> Zu den muskuloskelettalen Erkrankungen zählen: Arthrose, Arthritis; Osteoporose

<sup>24</sup> Den Herz-Kreislauf-Erkrankungen zugerechnet werden: Herzinfarkt; Schlaganfall (Gehirnblutung, zerebrales Blutgerinnsel)

zent Restbevölkerung) und bei den 50- bis 63/64-Jährigen (29 Prozent vs. 6 Prozent Restbevölkerung) sind hingegen deutlich stärker von Multimorbidität betroffen als die Restbevölkerung. Bei den sozialhilfebeziehenden Frauen liegt der Anteil mit Multimorbidität mit 22 Prozent (vs. 4 Prozent Restbevölkerung) höher als bei den sozialhilfebeziehenden Männern mit 11 Prozent (vs. 2 Prozent Restbevölkerung).

Bezüglich einzelner chronischen Erkrankungen unterscheidet sich die jüngste Altersgruppe der 16- bis 25-jährigen Sozialhilfebeziehenden kaum von der Restbevölkerung. Für die Altersgruppen ab 26 Jahren zeigt sich eine deutliche Differenz zur Restbevölkerung bei Depressionen. Bei muskuloskelettalen Erkrankungen und Diabetes, Erkrankungen, die typischerweise erst im höheren Alter auftreten, zeigen sich erst bei den 40- bis 49-jährigen Sozialhilfebeziehenden Unterschiede zur gleichaltrigen Restbevölkerung. Unterschiede für chronischen Atemwegserkrankungen zeigen sich nur für die 50- bis 63/64-Jährigen.

ABBILDUNG 4: CHRONISCHE KRANKHEITEN (NCDs) UND MULTIMORBIDITÄT

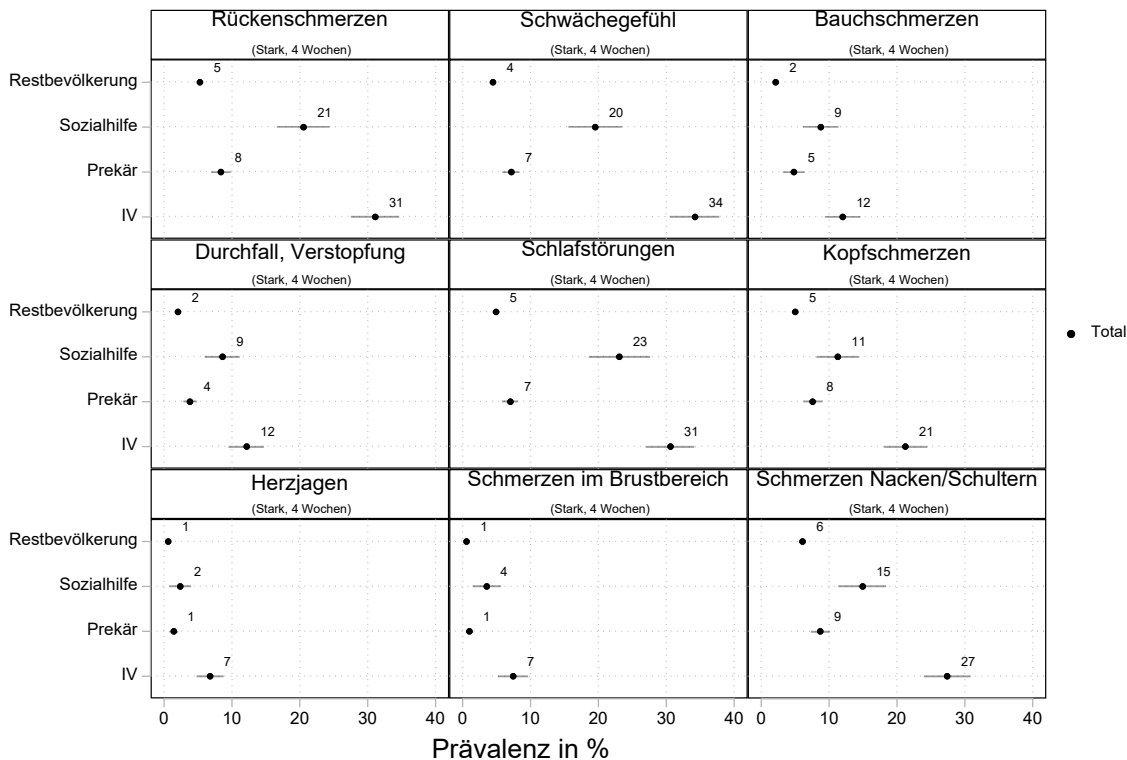


Bemerkungen: Unadjustierte Schätzung mit 95%-Konfidenzintervall. Vgl. Tabelle 4, S. 21, für Datenquellen, Fallzahlen und Operationalisierung der Indikatoren. Quellen: SGB, BFS-SHS, IV-Daten.

Zusätzlich zu den chronischen Erkrankungen können diverse Gesundheitsbeschwerden analysiert werden (Abbildung 5). Diese sind möglicherweise auch nur kurzfristig. Es zeigt sich, dass Sozialhilfebeziehende viel häufiger unter starken Schmerzen irgendwelcher Art als die Restbevölkerung und als Personen in prekären finanziellen Verhältnissen leiden. Die Prävalenzen sind um ein Mehrfaches höher bei den Sozialhilfebeziehenden. Dies zeigt sich für alle Schmerzindikatoren. Einzig IV-Rentenbeziehende leiden noch häufiger an starken Schmerzen.

Die grössten Unterschiede zwischen den Sozialhilfebeziehenden und der Restbevölkerung zeigen sich bei den Schlafstörungen (23 Prozent vs. 5 Prozent), den Rückenschmerzen (21 Prozent vs. 5 Prozent) und dem Auftreten von «Schwächegefühl» (20 Prozent vs. 4 Prozent). Personen in finanziell prekären Verhältnissen weisen deutlich tiefere Prävalenzen als Sozialhilfebeziehende auf. Sie weichen aber dennoch bei sieben der neuen Schmerzindikatoren systematisch von der Restbevölkerung ab. Auch sie leiden stärker beziehungsweise häufiger an Gesundheitsbeschwerden.

ABBILDUNG 5: STARKE GESUNDHEITSBESCHWERDEN IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN



Bemerkungen: Unadjustierte Schätzung mit 95%-Konfidenzintervall. Vgl. Tabelle 4, S. 21, für Datenquellen, Fallzahlen und Operationalisierung der Indikatoren. Quellen: SGB, BFS-SHS, IV-Daten.

### 5.1.2 Diskussion

Sozialhilfebeziehende verfügen über einen bedeutend schlechteren Gesundheitszustand als die Restbevölkerung und auch als Personen in prekären finanziellen Verhältnissen. Diese Unterschiede bestehen selbst dann, wenn die (leicht) unterschiedliche Altersstruktur und Geschlechterverhältnisse durch die statistische Kontrolle berücksichtigt werden. Sowohl bei der subjektiven Gesundheit als auch bei objektiven Indikatoren wie den chronischen Krankheiten oder der Multimorbidität zeigt sich der schlechtere Gesundheitszustand der Sozialhilfebeziehenden klar. Am ausgeprägtesten sind die Unterschiede bei der Lebenszufriedenheit und der Lebensqualität, der psychischen Belastung und bei Depressionssymptomen. Bezüglich dieser Indikatoren schneiden Sozialhilfebeziehende ähnlich schlecht (Indikatoren tiefe Lebensqualität, (eher) schwere Depressionssymptome) und teilweise noch schlechter als IV-Beziehende (tiefe Lebenszufriedenheit) ab. Einzig die hohe psychische Belastung und diagnostizierte Depression weist bei IV-Beziehenden eine höhere Prävalenz als bei Sozialhilfebeziehenden auf.

Sozialhilfebeziehende leiden vor allem häufiger als die Restbevölkerung an chronischen Atemwegserkrankungen, muskuloskelettalen Erkrankungen, Diabetes und Depressionen. Bei Krebs und Herz-Kreislaufkrankungen zeigen sich dagegen keine Unterschiede. Der Grund dafür dürfte sein, dass letztere Erkrankungen oft nur kurzfristig virulent sind – sie führen seltener zu längerfristigen Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit. Symptomatisch zeigt sich der schlechtere Gesundheitszustand vor allem darin, dass Sozialhilfebeziehende viel häufiger unter starken Schmerzen irgendwelcher Art als die Restbevölkerung und als Personen in prekären finanziellen Verhältnissen leiden. Auch Schlafstörungen und Schwächegefühl/Energielosigkeit weisen mehrfach höhere Prävalenzen auf.

Subgruppenanalysen zeigen, dass sich die Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen Sozialhilfebeziehenden und der Restbevölkerung bei den jüngeren Sozialhilfebeziehenden bis 39 Jahre für viele Krankheiten und Beschwerden weniger stark oder gar nicht zeigen, und dass sich die Unterschiede mit zunehmendem Alter akzentuieren. Dies ist auf die altersspezifische Prävalenz

vieler Erkrankungen und Beschwerden zurückzuführen: Viele Erkrankungen und Beschwerden treten erst ab einem gewissen Alter auf. Eine Ausnahme bilden hier Depressionen, von denen Sozialhilfebeziehende in allen Altersgruppen betroffen sind.

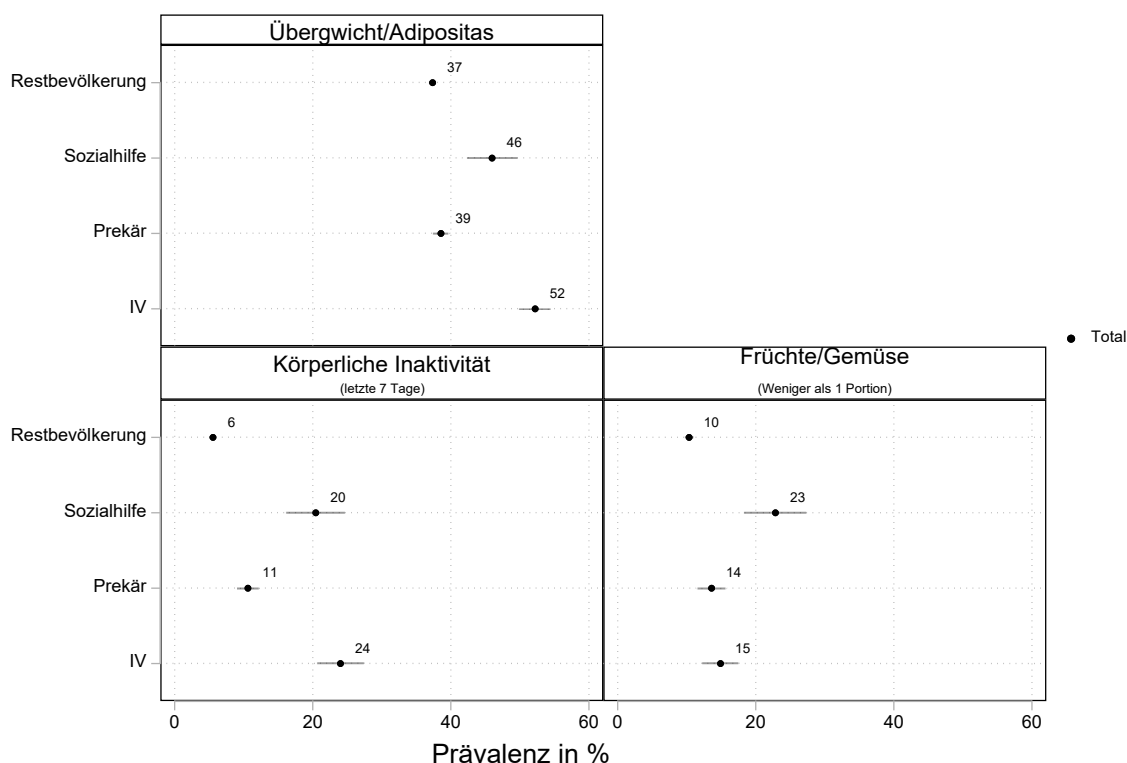
Sozialhilfebeziehende in Haushalten mit Kindern weisen geringere Unterschiede im Gesundheitsstatus zur Restbevölkerung auf. Dies dürfte darauf zurückzuführen sein, dass diese Gruppe unabhängig vom Gesundheitszustand ein generell stark erhöhtes Risiko für Sozialhilfe aufweist.

### 5.1.3 Gesundheitsverhalten

Sozialhilfebeziehende zeigen ein deutlich schlechteres beziehungsweise risikoreicheres Bewegungs- und Ernährungsverhalten als die Restbevölkerung und Personen in prekären finanziellen Verhältnissen (Abbildung 6). Sozialhilfebeziehende sind deutlich häufiger körperlich inaktiv (20 Prozent vs. 6 Prozent Restbevölkerung), und nehmen häufiger weniger als 1 Portion Gemüse und Früchte pro Tag in mindestens 5 Tagen pro Woche zu sich als die Restbevölkerung (23 Prozent vs. 10 Prozent Restbevölkerung). Die körperliche Inaktivität der Sozialhilfebeziehenden ist mit 20 Prozent ähnlich hoch wie diejenige der IV-Rentenbeziehenden mit 24 Prozent. Sie dürfte zum Teil auch auf den schlechten Gesundheitszustand dieser Gruppen zurückzuführen sein. Die Sozialhilfebeziehenden sind etwas häufiger übergewichtig oder adipös als die Restbevölkerung (44 Prozent vs. 38 Prozent) oder Personen in prekären finanziellen Verhältnissen (40 Prozent), und etwas weniger häufig als IV-Rentenbeziehende (53 Prozent).

Diese Unterschiede lassen sich weder auf eine allfällige spezielle Altersstruktur der Sozialhilfebeziehenden noch ein anderes Geschlechterverhältnis zurückzuführen, denn nach Adjustierung um diese Merkmale ändern sich die Differenzen nur marginal. Betrachtet man Subgruppen, zeigt sich, dass der Anteil Übergewichtiger beziehungsweise Adipöser nur bei den 40-Jährigen und Älteren bei Sozialhilfebeziehenden systematisch (statistisch signifikant) höher ist als in der Restbevölkerung. Männliche Sozialhilfebeziehende konsumieren deutlich häufiger weniger als 1 Portion Gemüse und Früchte (an mind. 5 Tagen pro Woche), als Männer der Restbevölkerung (34 Prozent vs. 14 Prozent Restbevölkerung). Bei den Frauen hingegen, ist dieser Unterschied allerdings nur gering (10 Prozent vs. 6 Prozent Restbevölkerung). Sozialhilfebeziehende ohne Schweizer Staatsbürgerschaft weisen eine deutlich höhere Prävalenz für körperliche Inaktivität auf als solche mit Schweizer Staatsbürgerschaft (28 Prozent versus 15 Prozent). Das gleiche Muster mit einer höheren Prävalenz für körperliche Inaktivität bei Personen ohne Schweizer Staatsbürgerschaft zeigt sich auch bei der Restbevölkerung (9 Prozent vs. 4 Prozent), Personen in finanziell prekären Verhältnissen (16 Prozent vs. 8 Prozent) und IV-Rentenbeziehenden (33 Prozent vs. 20 Prozent).

ABBILDUNG 6: GESUNDHEITSVERHALTEN



*Bemerkungen: Unadjustierte Schätzung mit 95%-Konfidenzintervall. Vgl. Tabelle 4, S. 24, für Datenquellen, Fallzahlen und Operationalisierung der Indikatoren. Quellen: SGB, BFS-SHS, IV-Daten.*

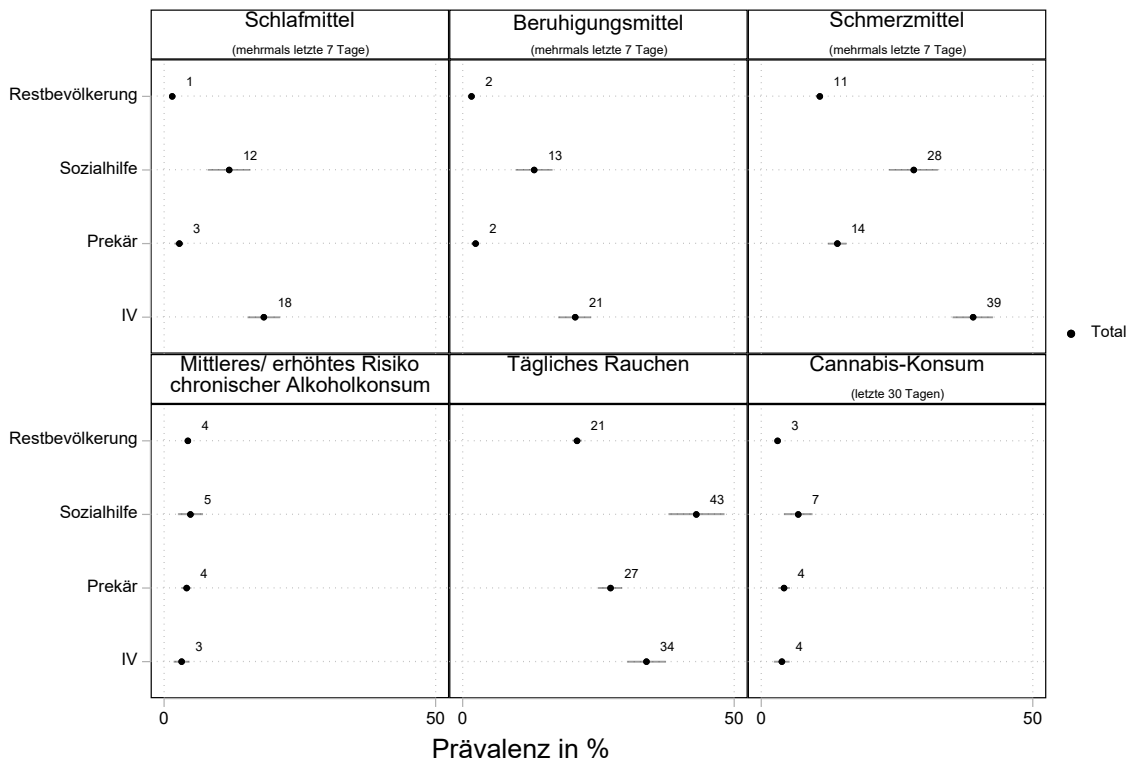
Sozialhilfebeziehende konsumieren deutlich mehr Medikamente als die Restbevölkerung und auch als die Gruppe in prekären finanziellen Verhältnissen (Abbildung 7). Der Anteil des Medikamentenkonsums bei den Sozialhilfebeziehenden liegt nur leicht unter dem Niveau der IV-Rentenbeziehenden. Der erhöhte Medikamentenkonsum dürfte weitgehend Ausdruck des schlechteren Gesundheitszustands der Sozialhilfebeziehenden sein und insbesondere der erhöhten Prävalenz von Schmerzen und Schlafstörungen (vgl. oben). Dennoch dürfte damit auch ein erhöhtes Risiko für einen problematischen Medikamentenkonsum einhergehen.

12 Prozent der Sozialhilfebeziehenden nehmen in den 7 Tagen vor dem Befragungszeitpunkt mehrmals Schlafmittel und 13 Prozent mehrmals Beruhigungsmittel ein. Dies ist um ein Vielfaches mehr als die Restbevölkerung mit einem Prozent beziehungsweise zwei Prozent. Die mehrmalige Schmerzmitteleinnahme ist mit 28 Prozent bei den Sozialhilfebeziehenden ebenfalls deutlich höher als bei der Restbevölkerung mit 11 Prozent.

Adjustiert nach Alter und Geschlecht ändern sich die Werte nur geringfügig. Betrachtet man die Subgruppen zeigt sich: Erst mit zunehmendem Alter steigt die Medikamenteneinnahme bei den Sozialhilfebeziehenden an (z.B. Einnahme von Schmerzmittel bei den 50- bis 63/64-Jährigen: 38 Prozent) und unterscheidet sich immer deutlicher von der Restbevölkerung (50- bis 63/64-Jährige Restbevölkerung: 12 Prozent). Die Prävalenz der Schmerzmitteleinnahme unterscheidet sich bei Sozialhilfebeziehenden nur geringfügig nach Geschlecht (Männer 30 Prozent; Frauen 27 Prozent). Bei den übrigen Gruppen nehmen die Frauen hingegen generell deutlich mehr Schmerzmittel ein: IV-Rentenbeziehende (Männer 34 Prozent; Frauen 44 Prozent), Personen in einer finanziellen prekären Situation (Männer 11 Prozent; Frauen 18 Prozent) und Restbevölkerung (Männer 8 Prozent; Frauen 14 Prozent). Sozialhilfebeziehende mit Schweizer Staatsbürgerschaft haben eine zehnfach höhere Prävalenz in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert zu haben als solche ohne Schweizer Staatsbürgerschaft (10 Prozent vs. 1 Prozent). Die Resultate bezüglich Medikamenteneinnahme unterscheiden sich nicht systematisch nach Haushaltstyp und Wohnort. Betrachtet man die Grossregionen zeigt sich, dass sich die Sozialhilfebeziehenden beim Schlaf- und Beruhigungsmittelkonsum in den Regionen Tessin, Zentralschweiz und Zürich nicht von der Restbevölkerung unterscheiden. Die Unterschiede zwischen Sozialhilfebeziehenden und Restbevölkerung beim Schmerzmittelkonsum verschwinden für das Tessin.



ABBILDUNG 7: MEDIKAMENTENEINNAHME UND SUCHTMITTELKONSUM



Bemerkungen: Unadjustierte Schätzung mit 95%-Konfidenzintervall. Vgl. Tabelle 4, S. 24, für Datenquellen, Fallzahlen und Operationalisierung der Indikatoren. Quellen: SGB, BFS-SHS, IV-Daten.

Sozialhilfebeziehende zeigen ebenfalls ein deutlich ausgeprägteres Rauchverhalten, aber kein stärkeres Risiko für chronischen Alkoholkonsum im Vergleich zu den drei übrigen Gruppen. Ein mittleres oder erhöhtes Risiko zum chronischen Alkoholkonsum weisen fünf Prozent der Sozialhilfebeziehenden auf, damit unterscheiden sie sich kaum von der Restbevölkerung mit vier Prozent. Bei den Sozialhilfebeziehenden ist tägliches Rauchen mit 43 Prozent doppelt so häufig wie bei der Restbevölkerung mit 21 Prozent. Cannabiskonsum in den 30 Tagen vor dem Befragungszeitpunkt ist bei den Sozialhilfebeziehenden doppelt so verbreitet wie in der Restbevölkerung (7 Prozent vs. 3 Prozent in der Restbevölkerung).

### 5.1.4 Diskussion

Sozialhilfebeziehende zeigen ein deutlich schlechteres beziehungsweise risikoreicheres Gesundheitsverhalten. Sowohl beim Ernährungs- und Bewegungsverhalten als auch beim täglichen Rauchen zeigen sich die Unterschiede der Sozialhilfebeziehenden in Relation zur Restbevölkerung deutlich. Beim Rauchen und beim Nicht-täglichen-Früchte-/Gemüsekonsum übersteigen sie die bereits relativ hohen Prävalenzen der IV-Rentenbeziehenden. Cannabiskonsum ist bei Sozialhilfebeziehenden etwa doppelt so verbreitet wie bei der Restbevölkerung. Für riskanten Alkoholkonsum zeigen sich dagegen keine Unterschiede. Eine Folge des schlechteren Gesundheitszustandes, der vermehrten Schmerzen und der Schlafstörungen dürfte die erhöhte Medikamenteneinnahme (Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmitteln) sein.

Bei Einpersonenhaushalten mit Kind(ern) weicht das Gesundheitsverhalten der Sozialhilfebeziehenden weniger stark von der Restbevölkerung ab. Sind Kinder im Haushalt, gleicht sich etwa das Ernährungsverhalten bezüglich des Gemüse- und Früchtekonsum der Restbevölkerung an. Das Ernährungsverhalten sozialhilfebeziehender Männer weicht dagegen sehr deutlich von der Restbevölkerung ab. Gemessen am regelmässigen Konsum von Früchten und Gemüse ernähren sie sich deutlich schlechter.

## 5.2 Gesundheitsverlauf

Nachdem gezeigt wurde, wie der Gesundheitszustand von Sozialhilfebeziehenden in Relation zu Vergleichsgruppen einzustufen ist, wird der Fokus in der Folge auf den zeitlichen Verlauf des Gesundheitszustands gelegt. Wir analysieren Übergänge, die im Zusammenhang mit einem Sozialhilfebezug oft durchlaufen werden - den Übergang in die Aussteuerung, den Eintritt in den Sozialhilfebezug und den Austritt aus demselben. Zudem wird dargestellt, wie sich der Gesundheitszustand von Langzeitbeziehenden entwickelt. Wir messen den Gesundheitszustand mit den Indikatoren zum allgemeinen Gesundheitszustand (vgl. Tabelle 4). Veränderungen im Gesundheitszustand messen wir anhand eines Vergleichs von Personen, bei denen die Befragung mit unterschiedlicher zeitlicher Distanz zum jeweils untersuchten Übergang durchgeführt wurde (vgl. 4.5.2).

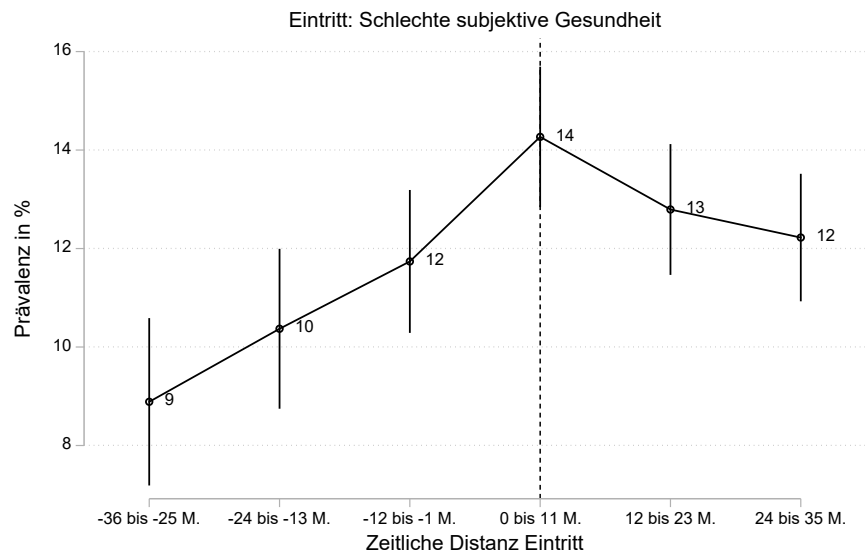
### 5.2.1 Eintritt in die Sozialhilfe

Wird die Phase rund um den Eintritt in einen Sozialhilfebezug in den Blick genommen, so zeigt sich ein über alle drei Gesundheitsindikatoren hinweg vergleichbares Verlaufsmuster. Schon rund drei Jahre vor dem Ereignis kann ein schlechterer Gesundheitszustand als in der Restbevölkerung festgestellt werden (vgl. Abbildung 2). Je näher das Ereignis des Eintritts jedoch heranrückt, desto höher liegt der Anteil an Personen, welche für den jeweilig untersuchten Indikator einen negativen Wert aufweisen. Dieses Muster deutet darauf hin, dass sich der Gesundheitszustand in der Phase vor dem Eintritt stetig verschlechtert. Diese negativen Entwicklungen erreichen ihren Kulminationspunkt beim Beginn der Bezugsperiode.<sup>25</sup> In der Phase nach dem Eintritt kehrt sich diese Tendenz um. Über alle drei Gesundheitsindikatoren hinweg betrachtet, setzt eine leichte Verbesserung des Gesundheitszustands ein. Dabei muss beachtet werden, dass ein Grossteil der Befragten zu diesem Zeitpunkt von der Sozialhilfe wieder abgelöst ist (vgl. 4.5.2 und Kapitel 8.2).

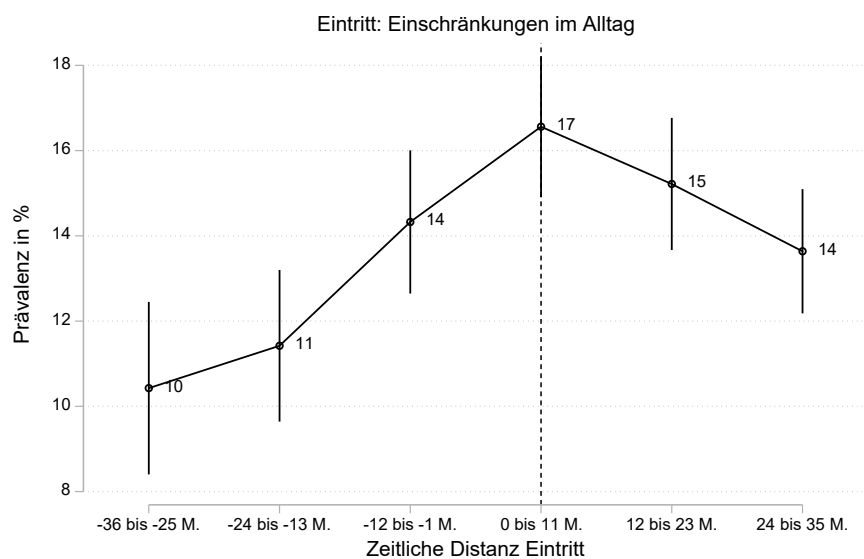
Unterschiede zwischen den drei analysierten Gesundheitsindikatoren zeigen sich in erster Linie in der Höhe der Prävalenzen und der Dynamik der Zunahme von Gesundheitsproblemen in der Phase vor dem Eintritt. Während die Prävalenzen bei der schlechten subjektiven Gesundheit und den Einschränkungen im Alltag drei Jahre vor dem Eintritt um 10 Prozent liegen und bis zum Eintritt auf rund 15 Prozent steigen, liegt die Ausgangsprävalenz bei den chronischen Krankheiten bei über 30 Prozent und wächst in der Folge auf 40 Prozent an. In der Phase nach dem Eintritt ist in Bezug auf die Einschränkungen im Alltag die markanteste Verbesserung zu verzeichnen. Die beiden anderen Gesundheitsindikatoren weisen eine weniger deutliche Verbesserungstendenz auf.

<sup>25</sup> Da auf den vorliegenden Grafiken 12-Monatsabstände ausgewiesen werden, repräsentiert der Punktschätzer auf der gestrichelten vertikalen Linie den Mittelwert der ersten 12 Monate nach Eintritt und nicht den Moment des Eintritts. Werden die Analysen mit kleineren Zeiteinheiten durchgeführt (2-Monatsabstände), zeigt sich, dass die höchste Prävalenz tatsächlich unmittelbar nach dem Eintritt erreicht wird.

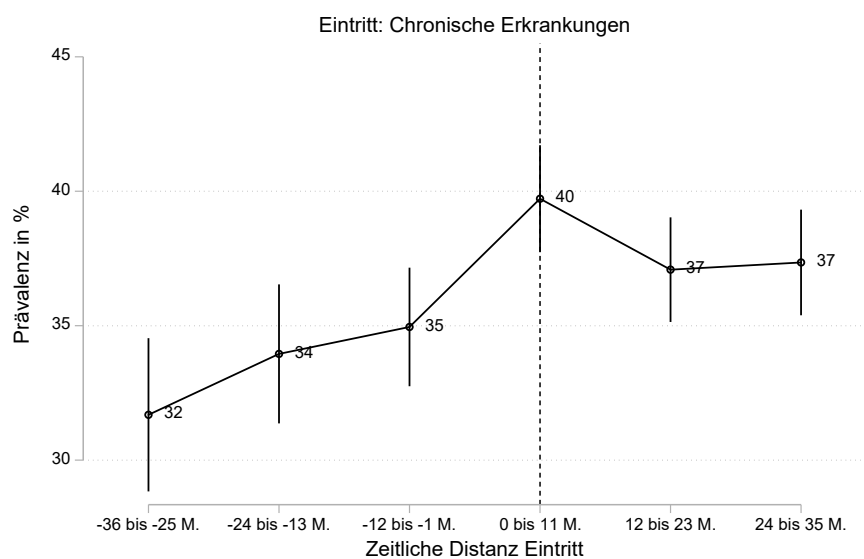
ABBILDUNG 8: GESUNDHEITSVERLAUF EINTRITT SOZIALHILFE



N: 12'808. Datenbasis: SGB, SAKE, SILC, BFS-SHS.



N: 11'227. Datenbasis: SGB, SAKE, SILC, BFS-SHS.



N: 12'971. Datenbasis: SGB, SAKE, SILC, BFS-SHS.

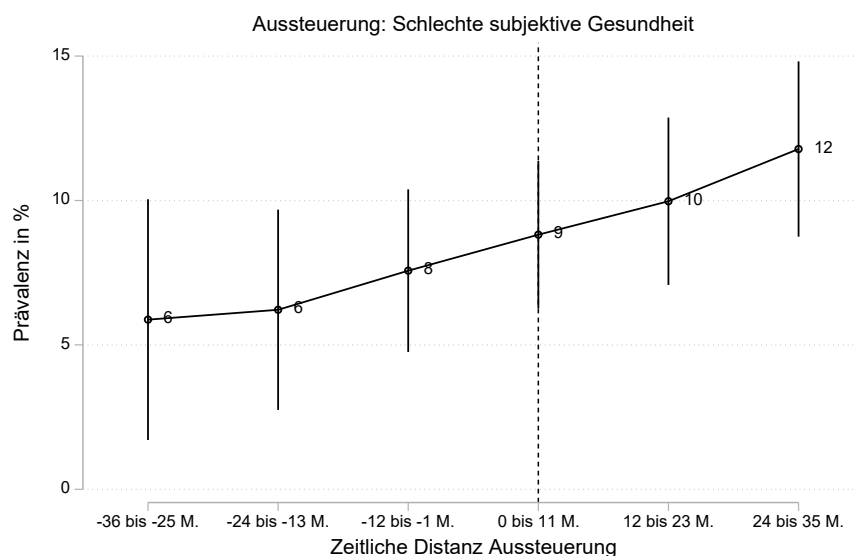
## 5.2.2 Übergang Aussteuerung vor Sozialhilfe

Lässt sich die negative Entwicklung des Gesundheitsstatus vor dem Übergang in eine Bezugsperiode mit dem häufigen Ereignis einer Erschöpfung der Taggelder der Arbeitslosenversicherung (Aussteuerungen) erklären? Um dies zu beantworten haben wir die Gesundheitsverläufe rund um Aussteuerungen bei Personen untersucht, bei denen in den 36 Monaten vor Beginn der Sozialhilfebezugsperiode eine Aussteuerung beobachtet wurde. Dies war bei rund 16 Prozent aller Beobachtungen der Fall<sup>26</sup>.

<sup>26</sup> Dieser relativ geringe Anteil mit Aussteuerung in den drei Jahren vor Bezugsperiodenbeginn ist teilweise auf die selektive Erhebung von Aussteuerungen in der SHS bei Personen mit bestimmtem Erwerbsstatus zurückzuführen (vgl. Fussnote 17). Zusatzanalysen von SESAM Daten, welche auf den AVAM-Registern beruhen, zeigen jedoch, dass auch mit einer

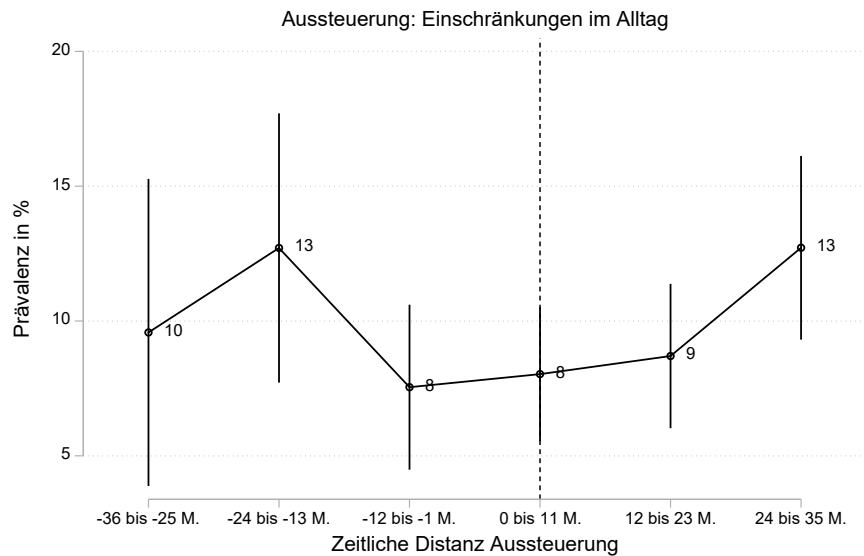
Wir können nicht feststellen, dass nahe dem Ereignis der Aussteuerung besondere Veränderungen des Gesundheitszustandes stattfinden. Der Anteil der Personen mit schlechter subjektiver Gesundheit steigt kontinuierlich im Verlauf des Ereignisses ohne besondere Zu- oder Abnahmen rund um das Ereignis an. Die Entwicklung der Einschränkungen im Alltag deuten hingegen darauf hin, dass der Beginn von Perioden des Leistungsbezuges aus der ALV, der in der Regel rund zwei Jahre vor der Aussteuerung liegt, eine kritische Phase ist. Interessanterweise lassen sich hier Verbesserungen feststellen. Vom zweiten Jahr vor der Aussteuerung zum Jahr vor der Aussteuerung reduziert sich der Anteil von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen. Das Muster ist ähnlich, aber weniger eindeutig für den Anteil der Personen mit chronischen Erkrankungen. Insgesamt sind die Resultate zum Gesundheitsverlauf rund um das Ereignis der Aussteuerung allerdings unter dem Vorbehalt einer hohen statistischen Unsicherheit bei dieser stark eingeschränkten Stichprobe von Sozialhilfebeziehenden zu lesen. Die geringe Stichprobengrösse kann auch erklären, weshalb für diese Gruppe das Muster der negativen Gesundheitsverläufe vor dem Sozialhilfebezug (vgl. Abbildung 8) nicht sichtbar ist.

**ABBILDUNG 9: GESUNDHEITSVERLAUF AUSSTEUERUNG VOR SOZIALHILFEBEZUG**

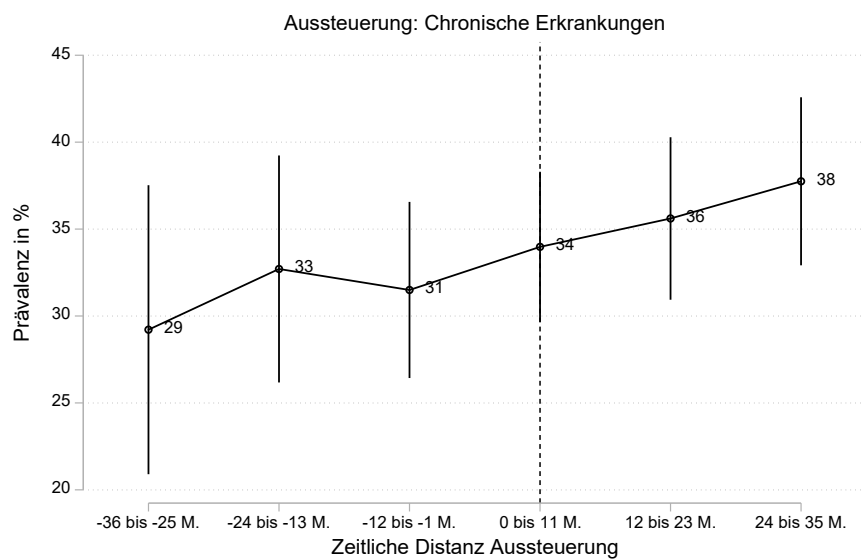


N: 2'280. Datenbasis: SGB, SAKE, SILC, BFS-SHS.

Berücksichtigung aller Sozialhilfebeziehenden unabhängig vom Erwerbsstatus bei nur 22 Prozent eine Aussteuerung in den drei Jahren vor Bezugsbeginn beobachtet werden kann.



N: 1'976. Datenbasis: SGB, SAKE, SILC, BFS-SHS.



N: 2'293. Datenbasis: SGB, SAKE, SILC, BFS-SHS.

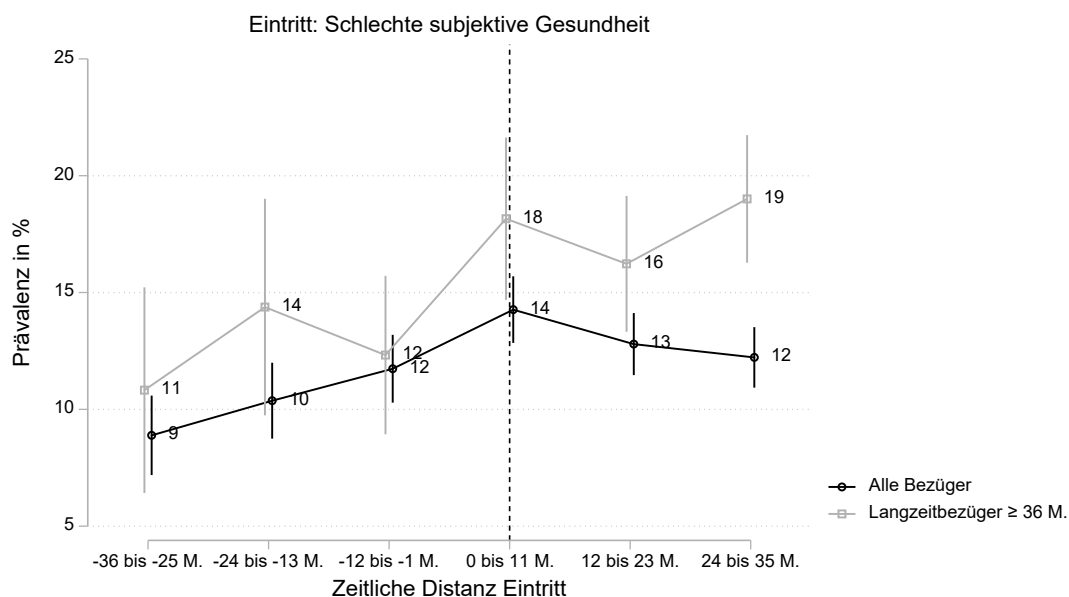
### 5.2.3 Gesundheitsverlauf während Bezugsperioden

Im Folgenden haben wir den Gesundheitsverlauf der Subgruppe der Langzeitbeziehenden mit einer Bezugsdauer von mindestens 36 Monaten ausgewertet und in Vergleich mit der gesamten Untersuchungspopulation gesetzt. Hierbei zeigen sich bei den Langzeitbeziehenden erwartungsgemäss höhere Prävalenzwerte. Angesichts der grossen Vertrauensintervalle kann die Verlaufsdynamik nur in groben Zügen interpretiert werden. Es lässt sich jedoch feststellen, dass eine kontinuierliche Verschlechterung des Gesundheitszustands in den drei Jahren bis zum Eintritt, welche bei der gesamten Untersuchungspopulation zutreffend ist, bei den Langzeitbeziehenden nicht vorliegt. Auch die leichte Verbesserung des Gesundheitszustands im Anschluss an den Eintritt trifft auf die

Langzeitbeziehenden nicht zu. Vielmehr zeigt sich das Bild einer mehrheitlich konstanten Prävalenz auf hohem Niveau, die im Moment des Eintritts markant ansteigt und sich anschliessend wieder stabilisiert.

Um ein differenzierteres Bild von der Gesundheitsentwicklung während des Bezugs zu erhalten, wurden zusätzlich Auswertungen zu Sozialhilfebeziehenden mit einer Bezugsdauer von mindestens 24 Monaten sowie mit den weiteren Hauptgesundheitsindikatoren durchgeführt (vgl. Zusatzdokument). Bei den genannten Auswertungsschritten zeigen sich keine nennenswerten Abweichungen. So kann resümierend festgehalten werden, dass während einer Bezugsphase von zwei respektive drei Jahren der Gesundheitszustand der Sozialhilfebeziehenden stabil bleibt.

ABBILDUNG 10: GESUNDHEITSVERLAUF EINTRITT, LANGZEITBEZIEHENDE

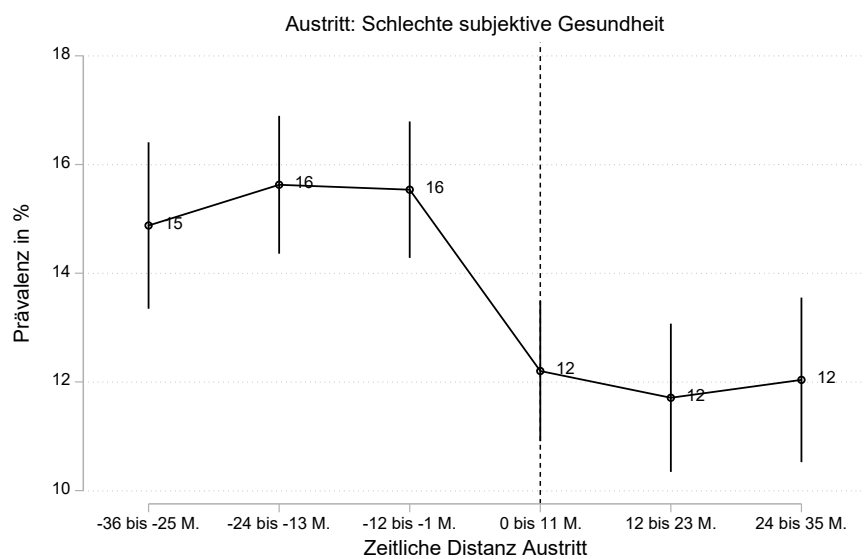


*N (Langzeitbeziehende): 3'126. Datenbasis: SGB, SAKE, SILC, BFS-SHS.*

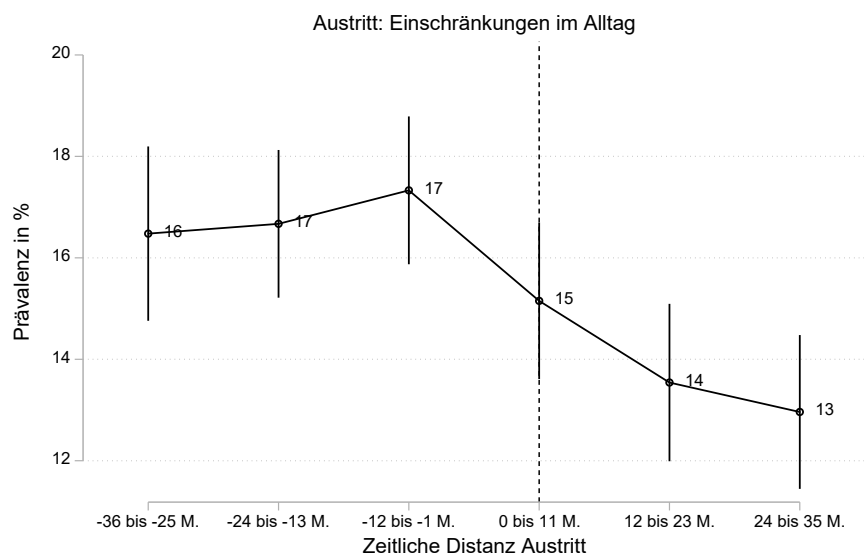
### 5.2.4 Übergangsanalyse Austritt

Nachdem gezeigt werden konnte, dass der Eintritt als Kulminationspunkt einer negativen Entwicklung des Gesundheitsstatus gesehen werden kann, zeigt die nachfolgende Analyse auf, dass der Austritt aus der Sozialhilfe mit einer markanten Verbesserung des Gesundheitszustands zusammenfällt. Bei den Indikatoren zur schlechten subjektiven Gesundheit und den Einschränkungen im Alltag bewegt sich der Gesundheitszustand während des Sozialhilfebezuges auf konstantem Niveau und verbessert sich rapide in der Phase des Austritts. Die Prävalenzen nehmen dabei um ein Fünftel respektive ein Zehntel ab. Die Resultate in Bezug auf die chronischen Krankheiten deuten darauf hin, dass eine Verbesserungstendenz bereits circa ein Jahr vor dem Austritt einsetzt. Nach dem Austritt pendelt sich die Verlaufskurve auf tieferem Niveau ein, bei den Einschränkungen im Alltag setzt sich die Abnahme der Prävalenz in dieser Phase weiter fort.

ABBILDUNG 11: GESUNDHEITSVERLAUF AUSTRITT AUS SOZIALHILFE

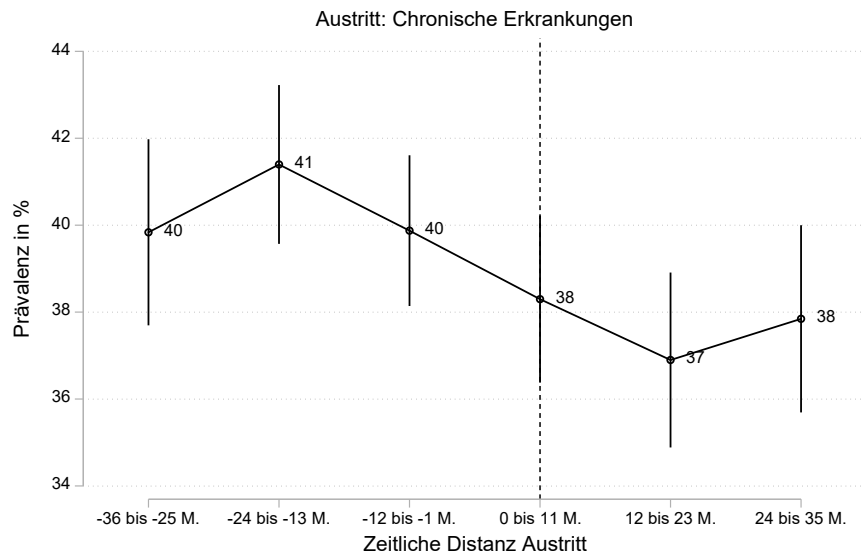


N: 16'333. Datenbasis: SGB, SAKE, SILC, BFS-SHS.



N: 14'704. Datenbasis: SGB, SAKE, SILC, BFS-SHS.

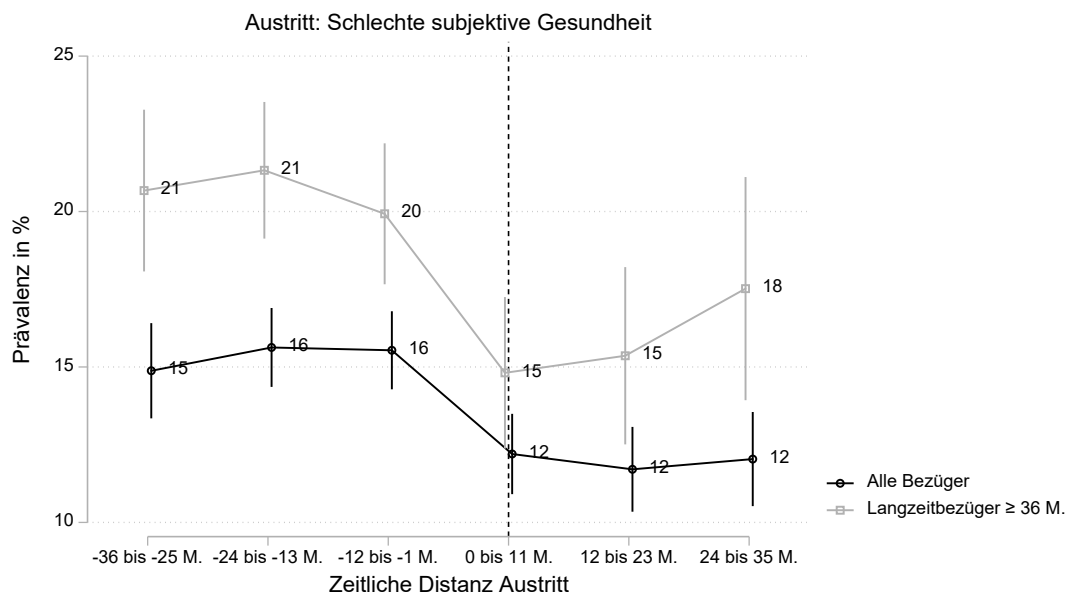




*N: 16'508. Datenbasis: SGB, SAKE, SILC, BFS-SHS.*

Für den Indikator zur schlechten subjektiven Gesundheit wurde wiederum die Subgruppe der Langzeitbeziehenden jener aller Sozialhilfebeziehenden gegenübergestellt. Aus dieser Gegenüberstellung geht hervor, dass die Abnahme der Prävalenz in der Phase des Austritts bei den Langzeitbeziehenden deutlich ausgeprägter ist. Es ist dabei ein Rückgang um fast ein Drittel zu verzeichnen, während die Prävalenz der Gruppe aller Beziehenden um ein Fünftel abnimmt. Allerdings deuten die Resultate darauf hin, dass sich der Gesundheitszustand der Langzeitbeziehenden nach dem Austritt eher wieder verschlechtert. Aufgrund der grossen Vertrauensintervalle ist diese Verschlechterung aber als vage Tendenz zu verstehen. Bei der Gruppe aller Beziehenden bleibt der verbesserte Gesundheitszustand konstant.

ABBILDUNG 12: GESUNDHEITSVERLAUF AUSTRITT SOZIALHILFE, LANGZEITBEZIEHENDE



N: 5'989. Datenbasis: SGB, SAKE, SILC, BFS-SHS.

### 5.2.5 Diskussion

Die Analyse des Gesundheitsverlaufs konnte deutlich aufzeigen, dass der Ein- und Austritt aus der Sozialhilfe als einschneidende Ereignisse in Bezug auf den Gesundheitszustand zu verstehen sind. Der Gesundheitszustand von Sozialhilfebeziehenden liegt zwar schon drei Jahre vor einem Bezug deutlich tiefer als in der Restbevölkerung (vgl. Abbildung 2), verschlechtert sich im Durchschnitt in den folgenden Jahren aber noch kontinuierlich weiter. Die Resultate bestätigen nicht, dass das Ereignis einer Aussteuerung vor dem Sozialhilfebezug einen diesbezüglich kritischen Moment darstellt. Personen mit einer Aussteuerung vor dem Sozialhilfebezug sind also nicht prägend für das Gesamtmuster der Verschlechterungen des Gesundheitszustandes vor dem Sozialhilfebezug. Aufgrund der geringen Anzahl Beobachtungen derartiger Ereignisse müssen die Resultate jedoch unter dem Vorbehalt hoher statistischer Unsicherheit interpretiert werden. Es finden sich aber deutliche Hinweise dafür, dass beim Eintritt in die Sozialhilfe besondere Verschlechterungen im Gesundheitszustand stattfinden und dass der Gesundheitszustand von Sozialhilfebeziehenden zu Beginn einer Bezugsperiode besonders schlecht ist. Die Betrachtung der Entwicklung des Gesundheitszustandes bei Langzeitbeziehenden zeigt, dass während des Sozialhilfebezugs zwar keine deutlichen Verschlechterungen mehr stattfinden. Der Sozialhilfebezug geht aber auch nicht mit einer deutlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes einher (vgl. Abbildung 10). Eindeutig sind die Resultate zum Zusammenhang zwischen dem Austritt aus der Sozialhilfe und dem Gesundheitszustand von Betroffenen. Insbesondere bei Personen, die nach langen Bezugsperioden (mehr als 36 Monate) eine Ablösung schaffen, finden zwischen dem Jahr vor und dem Jahr nach Austritt deutliche Verbesserungen statt.

Die Mechanismen dieser Verlaufsdynamiken können auf Basis der vorhandenen Daten nicht abschliessend eingeordnet werden. Es gibt drei denkbare Erklärungen: Erstens könnte es sein, dass ein schlechter beziehungsweise sich verschlechternder Gesundheitszustand ursächlich für eine Sozialhilfeabhängigkeit verantwortlich ist. Zunehmende Gesundheitsprobleme erschweren möglicherweise die Existenzsicherung über eine Erwerbstätigkeit, was nach dem Verzehr von allfälligen Vermögensreserven zu einer Abhängigkeit von Sozialhilfeleistungen führt. Zweitens könnten die Entwicklungen mit kritischen Lebensereignissen, wie Scheidungen oder Todesfälle, in Zusammenhang stehen. Da diese sowohl mit finanziellen als auch mit gesundheitlichen Verschlechterungen einhergehen, könnten sie zum beobachteten Muster beitragen. Drittens könnten fehlende Erwerbseinkommen, finanzielle Problemlagen und die Tatsache der Sozialhilfeabhängigkeit an sich Ursache der zunehmenden Gesundheitsprobleme sein. Die Stresswirkung finanzieller Schwierigkeiten

und die Belastung durch das Offenlegen privater Umstände beim Eintritt in die Sozialhilfe führen möglicherweise zu Verschlechterungen des Gesundheitszustandes der Betroffenen.

## 5.3 Gesundheitsleistungen

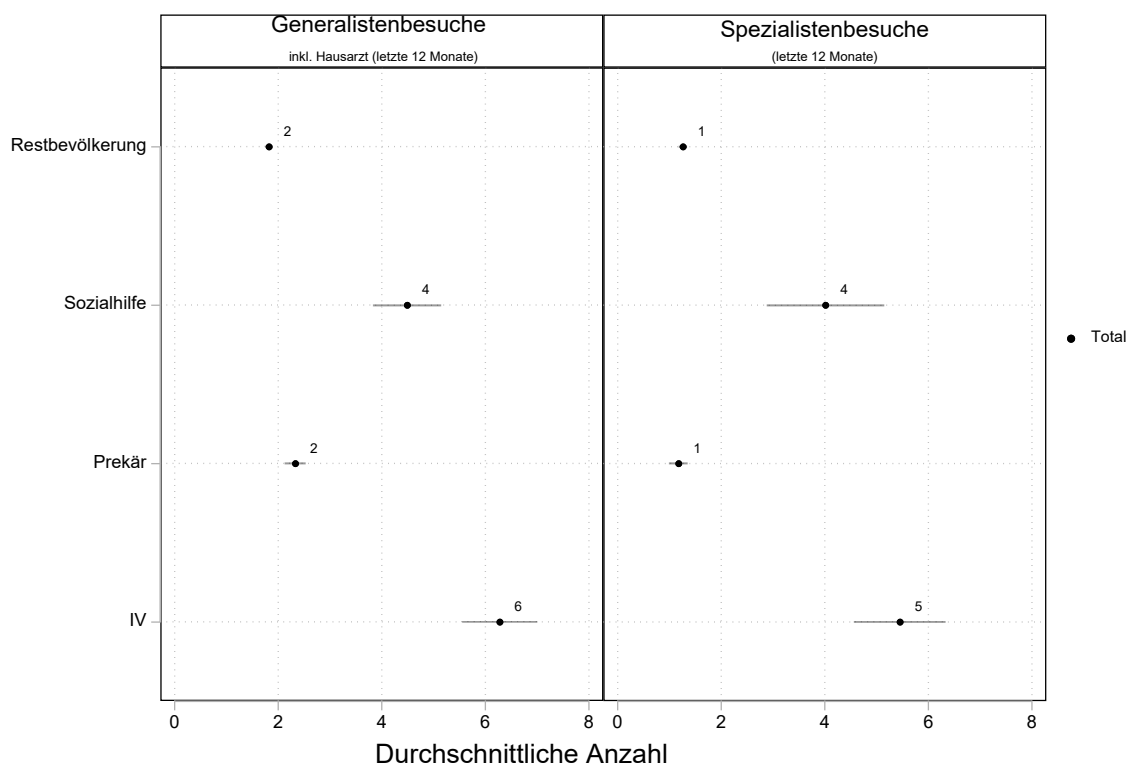
Nach dem Gesundheitszustand und dem Gesundheitsverlauf von Sozialhilfebeziehenden betrachten wir nun die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Diese ist abhängig vom Bedarf, von subjektiven Präferenzen und Einstellungen und von sozialen, psychologischen und allenfalls monetären Restriktionen oder gar Zugangsschranken. Eine Interpretation der Menge und Frequenz der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist oft schwierig. Insbesondere Schlüsse auf eine allfällige inadäquate Versorgung sind ohne Kenntnis der genauen Diagnosen und detaillierter Informationen zur Art der bezogenen und nicht bezogenen Leistungen kaum möglich.

### 5.3.1 Generalistinnen-/Generalisten- und Spezialistinnen-/Spezialistenbesuche

Sozialhilfebeziehende beanspruchen Generalistinnen/Generalisten (inkl. Hausärztinnen/Hausärzte) mit durchschnittlich vier Konsultationen pro Jahr rund doppelt und Spezialisten mit ebenfalls vier Konsultationen etwa viermal so häufig wie die Restbevölkerung und wie Personen in einer prekären finanziellen Lage. Einzig IV-Rentenbeziehende besuchen Generalistinnen/Generalisten (sechsmal) beziehungsweise Spezialistinnen/Spezialisten (fünfmal) noch leicht häufiger (Abbildung 13).

Diese unterschiedliche Inanspruchnahme von Generalistinnen-/Generalisten respektive Spezialistinnen/Spezialisten ist nicht auf das leicht höhere Durchschnittsalter der Sozialhilfebeziehenden zurückzuführen. Denn die Differenzen sind auch bei Adjustierung um Alter und Geschlecht nahezu identisch. Die Analyse nach Subgruppen zeigt, dass in der Altersgruppe der 16- bis 25-Jährigen bei den Konsultationen kein Unterschied zur Restbevölkerung besteht. Bei Einelternhaushalten mit Kindern verschwinden die Unterschiede zwischen Sozialhilfebeziehenden und der Restbevölkerung bezüglich Spezialistinnen-/Spezialistenbesuchen (3 vs. 2 Besuche). Hinsichtlich regionaler Unterschiede zeigt sich, dass sich in der Nordwestschweiz (3 vs. 2 Besuche) und im Tessin (3 vs. 2 Besuche) die Sozialhilfebeziehenden hinsichtlich Generalistinnen-/Generalistenbesuchen nicht systematisch (d.h. statistisch signifikant) von der Restbevölkerung unterscheiden.

ABBILDUNG 13: GENERALISTINNEN-/GENERALISTEN- UND SPEZIALISTINNEN-/SPEZIALISTENBESUCHE



Bemerkungen: Vgl. Tabelle 6, S. 21, für Datenquellen, Fallzahlen und Operationalisierung der Indikatoren. Quellen: SGB, BFS-SHS, IV-Daten.

### 5.3.2 Inanspruchnahme Gesundheitsleistungen

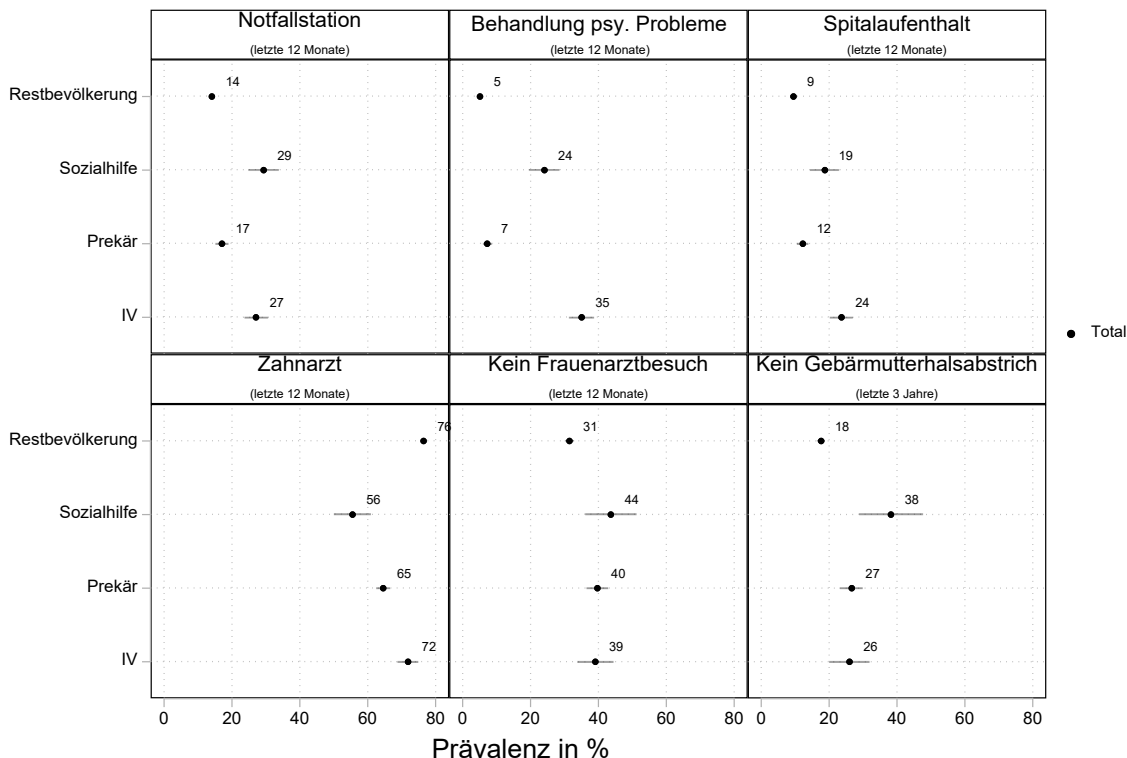
Sozialhilfebeziehende sind häufiger auf Notfallstationen, häufiger im Spital und beanspruchen deutlich häufiger eine Behandlung aufgrund eines psychischen Problems als die Restbevölkerung und als Personen in einer prekären finanziellen Situation. Die Prävalenzen der Sozialhilfebeziehenden liegen auf ähnlichem Niveau wie diejenigen der IV-Rentenbeziehenden. Sozialhilfebeziehende beanspruchen hingegen weniger oft zahnärztliche Leistungen als die Restbevölkerung (68 Prozent vs. 76 Prozent). Einzig der Anteil Zahnarztbesuche für Personen in einer finanziell prekären Situation liegt noch leicht tiefer als derjenige der Sozialhilfebeziehenden (Abbildung 14).

Sozialhilfebeziehende sind mit 29 Prozent doppelt so häufig auf der Notfallstation und mit 19 Prozent doppelt so häufig im Spital wie die Restbevölkerung mit 14 Prozent respektive 9 Prozent. Der Anteil, der wegen eines psychischen Problems in den letzten 12 Monaten eine Behandlung beanspruchte, ist bei den Sozialhilfebeziehenden mit 24 Prozent beinahe fünfmal höher als derjenige der Restbevölkerung mit 5 Prozent. Einzig die IV-Rentenbeziehenden haben diesbezüglich mit 35 Prozent eine noch höhere Prävalenz. Zudem ist unter den Sozialhilfebeziehenden die Prävalenz der Frauen, die vor der Befragung keinen Frauenarzt besuchten mit 44 Prozent deutlich höher als in der Restbevölkerung mit 31 Prozent. Auch lag der Anteil der Sozialhilfebeziehenden, die innerhalb der letzten drei Jahren keinen Gebärmutterhalsabstrich (PAP-Test) beanspruchten, mit 38 Prozent rund doppelt so hoch wie bei der Restbevölkerung mit 18 Prozent.

Nach Adjustierung um Alter und Geschlecht ändern sich die Werte nur minimal, die Differenzen zwischen Sozialhilfebeziehenden und der Restbevölkerung steigen vereinzelt um wenige Prozentpunkte an (insbesondere bei den IV-Rentenbeziehenden). Bei der Betrachtung der Subgruppen zeigt sich: Die 16- bis 25-Jährigen unterschieden sich beim Anteil der Zahnärztinnen-/Zahnarztbesuche nicht von der Restbevölkerung (71 Prozent vs. 72 Prozent Restbevölkerung), kein Unterschied zeigt sich in dieser Altersgruppe zudem bei der Nichtinanspruchnahme eines Gebärmutterhalsabstrichs (26 Prozent vs. 30 Prozent Restbevölkerung). Bei den 26- bis 39-Jährigen liegen keine eindeutigen Unterschiede in den Anteilen zwischen Sozialhilfebeziehenden und der Restbevölkerung bei Eintritten in Notfallstationen (25 Prozent vs. 15 Prozent Restbevölkerung), bei den Spitalaufenthalten (12 Prozent vs. 11 Prozent Restbevölkerung) und beim Zahnarzt (65 Prozent vs. 71

Prozent Restbevölkerung) vor. Diese Unterschiede zeigen sich bei Frauen wie Männern. Bei den Einelternhaushalten verschwindet der systematische Unterschied zur Restbevölkerung bei der Behandlung psychischer Probleme (14 Prozent vs. 8 Prozent Restbevölkerung) und bei der Inanspruchnahme des Zahnarztes (74 Prozent vs. 77 Prozent bei der Restbevölkerung). Letzteres gilt auch für die Paarhaushalte mit Kindern (74 Prozent vs. 75 Prozent bei der Restbevölkerung). Regionale Unterschiede zeigen, dass sich der Anteil Besuche auf der Notfallstation bei Sozialhilfebeziehende in der Genferseeregion (23 Prozent vs. 17 Prozent bei der Restbevölkerung) und im Tessin (9 Prozent vs. 14 Prozent bei der Restbevölkerung) nur noch geringfügig von der Restbevölkerung unterscheiden. Bei den Spitalaufenthalten verringern sich die Unterschiede zwischen den Sozialhilfebeziehenden und der Restbevölkerung in der Nordwestschweiz (16 Prozent vs. 11 Prozent bei der Restbevölkerung) und in der Region Zürich (15 Prozent vs. 10 Prozent bei der Restbevölkerung).

ABBILDUNG 14: INANSPRUCHNAHME GESUNDHEITSLAISTUNGEN



Bemerkungen: Vgl. Tabelle 6, S. 21, für Datenquellen, Fallzahlen und Operationalisierung der Indikatoren. Quellen: SGB, BFS-SHS, IV-Daten.

### 5.3.3 Nichtinanspruchnahme medizinische Untersuchungen und Zahnarzt

Sozialhilfebeziehende verzichten deutlich häufiger auf eine notwendige Untersuchung oder Behandlung als die Restbevölkerung, die Personen in einer prekären finanziellen Lage und IV-Rentenbeziehende (Abbildung 15). Acht Prozent der Sozialhilfebeziehenden geben an, in den 12 Monaten vor der Befragung auf eine notwendige medizinische Untersuchung oder Behandlung verzichtet zu haben, während es bei der Restbevölkerung nur zwei Prozent sind. Aus finanziellen Gründen oder weil die Leistung nicht durch die Versicherung gedeckt wird, verzichten vier Prozent der Sozialhilfebeziehenden auf eine medizinische Behandlung oder Untersuchung, deutlich mehr als in der Restbevölkerung (unter 0.5 Prozent). Bei der zahnärztlichen Kontrolle oder Behandlung, die in der Regel nicht durch den Krankenversicherer abgedeckt ist, zeigt sich ein noch deutlicheres Bild: 23 Prozent der Sozialhilfebeziehenden nehmen in den 12 Monaten vor der Befragung keine zahnärztliche Untersuchung oder Behandlung in Anspruch, obwohl diese ihrer Meinung nach nötig gewesen wäre, in der Restbevölkerung sind es vier Prozent. Für Sozialhilfebeziehende ist eine Nicht-Inanspruchnahme einer notwendigen zahnärztlichen Untersuchung oder Kontrolle aus finanziellen Gründen mit 19 Prozent über neunmal häufiger als bei der Restbevölkerung mit zwei Prozent. Hingegen unterscheiden sich die Gruppen kaum hinsichtlich der Nichtinanspruchnahme aufgrund anderer Gründe<sup>27</sup>.

Nach Adjustierung um Alter und Geschlecht bleiben die Werte praktisch identisch. Die Subgruppenvergleiche zeigen, dass sich die Nichtinanspruchnahme von medizinischen Untersuchungen bei den 16- bis 25-Jährigen nicht systematisch von der Restbevölkerung unterscheiden (6 Prozent vs. 2 Prozent bei der Restbevölkerung). Sowohl bei der Nichtinanspruchnahme der medizinischen

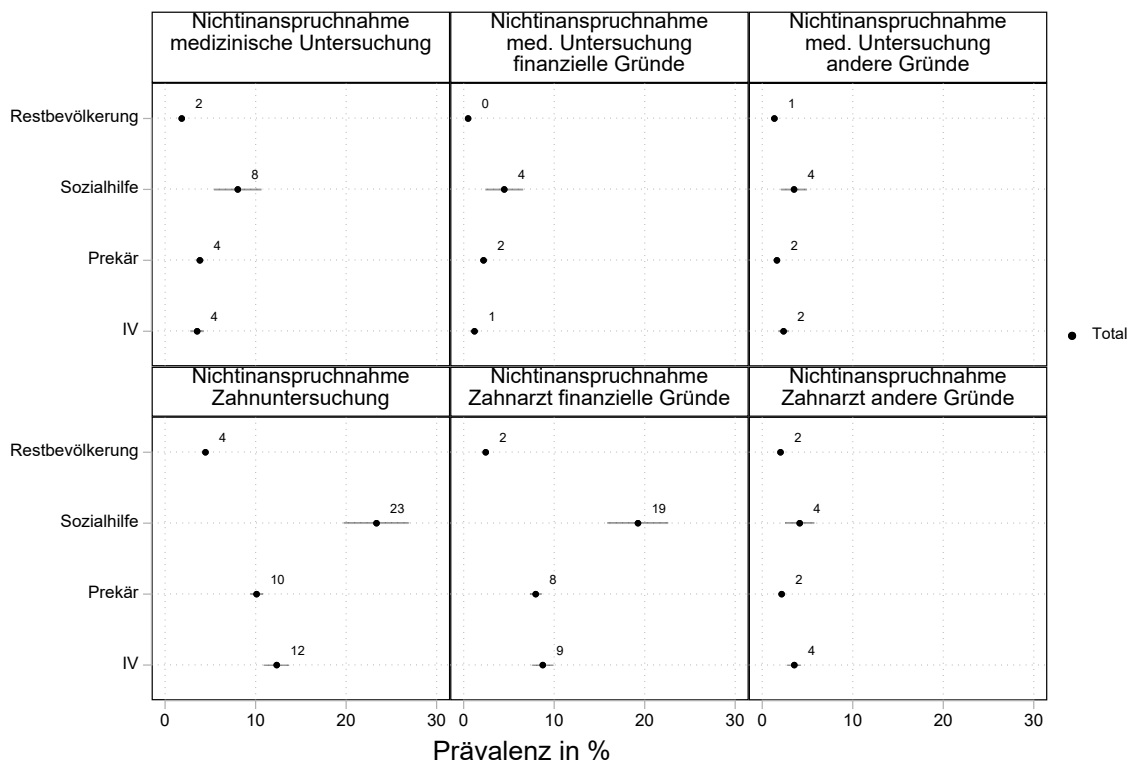
<sup>27</sup> Zu den möglichen anderen Gründen zählen: Warteliste zu lang; keine Zeit aus beruflichen Gründen oder wegen der Betreuung von Kindern oder anderen Personen; Anreise zu weit/kein Transportmittel verfügbar; Angst vor Zahnärzten/Ärzten/Krankenhäusern, Untersuchung oder Behandlung; Abwarten, ob Besserung von alleine eintritt; keinen guten Zahnarzt, Arzt oder Spezialisten gekannt; andere Gründe

Untersuchungen als auch bei den zahnärztlichen Kontrollen/Behandlungen weichen die 26- bis 39-Jährigen am deutlichsten von der Restbevölkerung ab (10 Prozent resp. 33 Prozent vs. 2 Prozent resp. 5 Prozent bei der Restbevölkerung). Sozialhilfebeziehende ohne Schweizer Staatsbürgerschaft zeigen eine etwas höhere Prävalenz bei der Nichtinanspruchnahme von medizinischen Untersuchungen aus anderen Gründen als Sozialhilfebeziehende mit Schweizer Staatsbürgerschaft (5 Prozent vs. 2 Prozent). Die Nichtinanspruchnahme von Zahnbehandlungen/Zahnkontrollen ist bei Sozialhilfebeziehenden in nicht-städtischen Gebieten mit 25 Prozent (4 Prozent bei der Restbevölkerung) leicht, aber nicht systematisch, höher als bei Sozialhilfebeziehenden in der Stadt mit 20 Prozent (5 Prozent bei der Restbevölkerung). Bei Sozialhilfebeziehenden in nicht-städtischen Gebieten sind finanzielle Gründe für die Nichtinanspruchnahme gewichtiger als bei den Sozialhilfebeziehenden in der Stadt.

Im Folgenden werden nur Personen betrachtet, welche gemäss Selbstangabe mit der Krankenversicherungsprämie im Zahlungsverzug sind. Es handelt sich dabei um eine Subgruppe der Bevölkerung, die mehrheitlich mit Liquiditätsproblemen kämpft, oft auch verschuldet sein dürfte, und teilweise von einer Aussetzung der Kostenübernahme von Krankheitskosten (ausser Notfallbehandlungen) betroffen sein dürfte. Es zeigt sich, dass sich Sozialhilfebeziehende mit Zahlungsverzug nicht systematisch von der Restbevölkerung mit Zahlungsverzug unterscheidet - sowohl bei der Nichtinanspruchnahme medizinischer Untersuchungen (4 Prozent vs. 4 Prozent bei der Restbevölkerung) als auch bei zahnärztlichen Behandlungen/Kontrollen (24 Prozent vs. 15 Prozent bei der Restbevölkerung<sup>28</sup>). Es zeigt sich also eine Angleichung bei Personen in Zahlungsverzug: Alle Vergleichsgruppen, nicht nur die Sozialhilfebeziehenden, weisen eine stark erhöhte Nichtinanspruchnahme auf, sobald sie einen Verzug der Krankenversicherungsprämienzahlung aufweisen. Personen in Zahlungsverzug, die in einer prekären finanziellen Lage sind (Nichtinanspruchnahme von medizinischer Untersuchung: 7 Prozent; Zahnärztliche Behandlung/Kontrolle: 19 Prozent) und IV-Rentenbeziehende im Zahlungsverzug (Nichtinanspruchnahme von medizinischer Untersuchung: 6 Prozent; Zahnärztliche Behandlung/Kontrolle: 21 Prozent) unterscheiden sich ebenfalls nur unwesentlich von der Restbevölkerung (4 Prozent respektive 15 Prozent). Das bedeutet, dass es nicht nur unter Sozialhilfebeziehenden, sondern auch in der Gruppe der Restbevölkerung und der anderen Vergleichsgruppen zahlreiche Personen gibt, welche aufgrund von finanziellen Problemen eine stark erhöhte Nichtinanspruchnahme aufweisen – mit potentiell negativen Langzeitfolgen.

<sup>28</sup> Aufgrund der kleinen Fallzahlen dieser Subgruppe sind die Konfidenzintervalle der Schätzung recht gross. Nur sehr grosse Unterschiede in den Prävalenzen können als systematisch bzw. nicht-zufällig identifiziert werden.

ABBILDUNG 15: NICHTINANSPRUCHNAHME MEDIZINISCHE UNTERSUCHUNG UND ZAHNARZT



Bemerkungen: Vgl. Tabelle 6, S. 21, für Datenquellen, Fallzahlen und Operationalisierung der Indikatoren. Quellen: SILC, BFS-SHS, IV-Daten.

### 5.3.4 Diskussion

Sozialhilfebeziehende beanspruchen Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte mit durchschnittlich vier Konsultationen pro Jahr rund doppelt und Spezialisten mit ebenfalls durchschnittlich vier Konsultationen etwa viermal so häufig wie die Restbevölkerung und wie Personen in einer prekären finanziellen Lage. Sie sind zudem etwa doppelt so häufig auf Notfallstationen oder stationär im Spital und beanspruchen fast fünfmal häufiger eine Behandlung aufgrund eines psychischen Problems. Die Prävalenzen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen liegen damit für Sozialhilfebeziehenden auf ähnlichem Niveau wie bei IV-Rentenbeziehenden. Die erhöhte Prävalenz von Notfallbehandlungen und stationären Aufenthalten dürfte grösstenteils durch den generell schlechteren Gesundheitszustand der Sozialhilfebeziehenden verursacht sein. Teilweise könnte sie aber auch Folge eines mangelnden Zugangs zu geeigneten Grundversorgern und einer inadäquaten Grundversorgung sein. Mit unseren Daten ist dies nicht zu beantworten. Auf jeden Fall ist es sinnvoll, dass die Sozialhilfestellen explizit prüfen, ob für die zahlreichen Sozialhilfebeziehenden mit gesundheitlichen Beschwerden und chronischen Erkrankungen eine adäquate und kontinuierliche Gesundheitsversorgung gewährleistet ist.

Obwohl Sozialhilfebeziehende gesamthaft im Schnitt mehr Gesundheitsleistungen beziehen als die Restbevölkerung, gibt es starke Hinweise für ein erhöhtes Risiko von Unterversorgung, insbesondere aus finanziellen Gründen: Dies zeigt sich etwa darin, dass Sozialhilfebeziehende deutlich weniger Zahnarztleistungen als die Restbevölkerung beanspruchen. Besorgniserregend ist zudem, dass der Anteil der Sozialhilfebezügerinnen ohne Gebärmutterhalsabstrich (PAP-Test) im Lauf der letzten drei Jahre mit 38 Prozent doppelt so hoch ist, wie bei der Restbevölkerung. Auch der Anteil ohne Frauenarztbesuch in den letzten 12 Monaten ist unter den Sozialhilfebezügerinnen höher – der Unterschied ist allerdings weniger ausgeprägt als beim Gebärmutterhalsabstrich. Möglicherweise verzichten Sozialhilfebezügerinnen tatsächlich aus Kostengründen häufiger auf diese «nicht dringliche» Konsultation. Eine vergleichbare tiefere Inanspruchnahme zeigt sich auch bei Migrantinnen im Vergleich zu Nicht-Migrantinnen (Guggisberg et al., 2017). Die Autoren führen die tiefere Inanspruchnahme teilweise darauf zurück, dass Migrantinnen häufiger nicht wissen, diese Vorsor-



geuntersuchung gemacht zu haben. Diese These wird dadurch gestützt, dass sich nur beim be-richteten Gebärmutterhalsabstrich, aber nicht bei der Frequenz von gynäkologischen Konsultatio-nen Unterschiede ergeben. Dies könnte die beschriebenen Differenzen teilweise erklären. Aller-dings finden wir ebenfalls bei den gynäkologischen Konsultationen eine tiefere Prävalenz bei So-zialhilfebezüglerinnen – wenn auch weniger stark ausgeprägt als beim Gebärmutterhalsabstrich.

Dass finanzielle Überlegungen teilweise ein Grund sind, um auf Gesundheitsleistungen zu verzich-ten, zeigt sich bei der expliziten Frage danach: Ein substantieller Teil der Sozialhilfebeziehenden gibt an, auf eine notwendige medizinische (5 Prozent vs. 1 Prozent der Restbevölkerung) bezie-hungsweise zahnärztliche (21 Prozent vs. 3 Prozent Restbevölkerung) Untersuchung oder Behand-lung verzichtet zu haben. Personen in einer prekären finanziellen Lage sind diesbezüglich mit 4 Prozent bei medizinischen und 11 Prozent bei zahnärztlichen Behandlungen zwar ebenfalls leicht häufiger als die Restbevölkerung betroffen, aber nicht in dem Ausmass wie Sozialhilfebeziehende. Vermutlich dürfte das aber auf deren besseren Gesundheitszustand und weniger auf eine bessere finanzielle Lage zurückzuführen sein. Interessant ist auch, dass 9 Prozent der IV-Rentenbeziehen-den aus finanziellen Gründen auf zahnärztliche Leistungen verzichten, bei den medizinischen Lei-stungen ist die Prävalenz mit 1 Prozent allerdings tief und nicht von der Restbevölkerung verschie-den.

Generell gilt es bei der Interpretation der Nichtinanspruchnahme zu beachten, dass diese einen Bedarf an Gesundheitsleistungen voraussetzt – und dieser Bedarf ist in den Vergleichsgruppen sehr unterschiedlich, wie unsere Analysen im Abschnitt zum Gesundheitsprofil gezeigt haben. Aufschlussreich ist deshalb insbesondere der Vergleich von Sozialhilfebeziehenden mit IV-Renten-beziehenden. Letztere weisen einen noch schlechteren Gesundheitszustand auf als die Sozialhil-febeziehenden. Nichtsdestotrotz ist die Nichtinanspruchnahme aufgrund finanzieller Gründe bei IV-Rentenbeziehenden um rund die Hälfte geringer.

## 5.4 Erwerbsreintegration

In der Folge wird der Fokus auf den Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Erwerbs-reintegration gelegt. Im ersten Teil dieses Kapitels wird der Frage nachgegangen, inwiefern sich Unterschiede in der Erwerbsreintegration zeigen, wenn zwischen Personen mit und ohne gesund-heitliche Probleme unterschieden wird. Dazu wird eine Verlaufsperspektive eingenommen. In Halb-jahresabständen werden die fünf Jahre nach Beginn einer Bezugsperiode untersucht, unabhängig davon, wie lange die Bezugsperioden tatsächlich angedauert haben. Im zweiten Teil des Kapitels vergleichen wir erwerbstätige Sozialhilfebeziehende mit solchen ohne Erwerbstätigkeit hinsichtlich ihres Gesundheitsprofils (vgl. 4.5.4).

### 5.4.1 Verlaufsanalyse

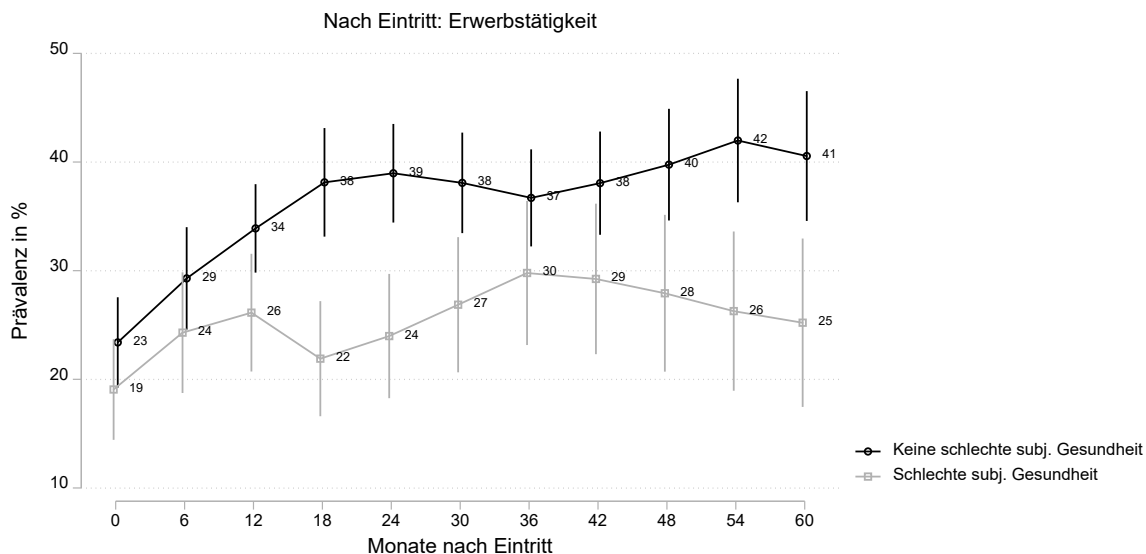
Für die Verlaufsanalyse haben wir zum einen untersucht, ob eine Erwerbstätigkeit vorliegt (min-destens CHF 2300/Jahr). Zum anderen wurde das Kriterium der Erwerbstätigkeit so definiert, dass das daraus hervorgehende Bruttoeinkommen mindestens CHF 3000/Monat betragen muss. Dies wird in der Folge als Erwerbstätigkeit mit relevantem Einkommen bezeichnet (vgl. 4.4.3).

Es zeigt sich, dass Personen mit schlechtem Gesundheitszustand (gemessen im Jahr vor Beginn der Bezugsperiode des Sozialhilfebezugs) ein anderes Verlaufsmuster aufweisen als Personen ohne schlechten Gesundheitszustand. Zu Beginn der Bezugsperioden unterscheiden sich die bei-den Gruppen nur geringfügig. Unterschiede in der Erwerbsreintegration im Jahr vor dem Beginn der Bezugsperiode, Geschlechter-, Alters-, Bildungs-, Herkunftsland- und Haushaltsstrukturunter-schiede sind hierbei herausgerechnet<sup>29</sup>. Bei allen untersuchten Gesundheitsindikatoren ist der An-teil der Erwerbstätigen bei der Gruppe ohne schlechten Gesundheitszustand zu Beginn maximal ein Fünftel grösser. In den sechs Monaten nach Eintritt steigt der Anteil der Erwerbstätigen bei beiden Gruppen an. Während bei der Gruppe mit schlechtem Gesundheitszustand die Zunahme

<sup>29</sup> Im Vergleich liegen die Erwerbsquoten ohne Adjustierung, insbesondere bei der Gruppe ohne schlechten Gesundheitszustand, deutlich höher. Dies weist darauf hin, dass sich die berücksichtigten Kontrollvariablen zwischen Personen mit und Personen ohne schlechten Gesundheitszustand deutlich unterscheiden und dass diese Kontrollvariablen relevant sind für die Erwerbsintegration nach Beginn einer Sozialhilfebezugsperiode.

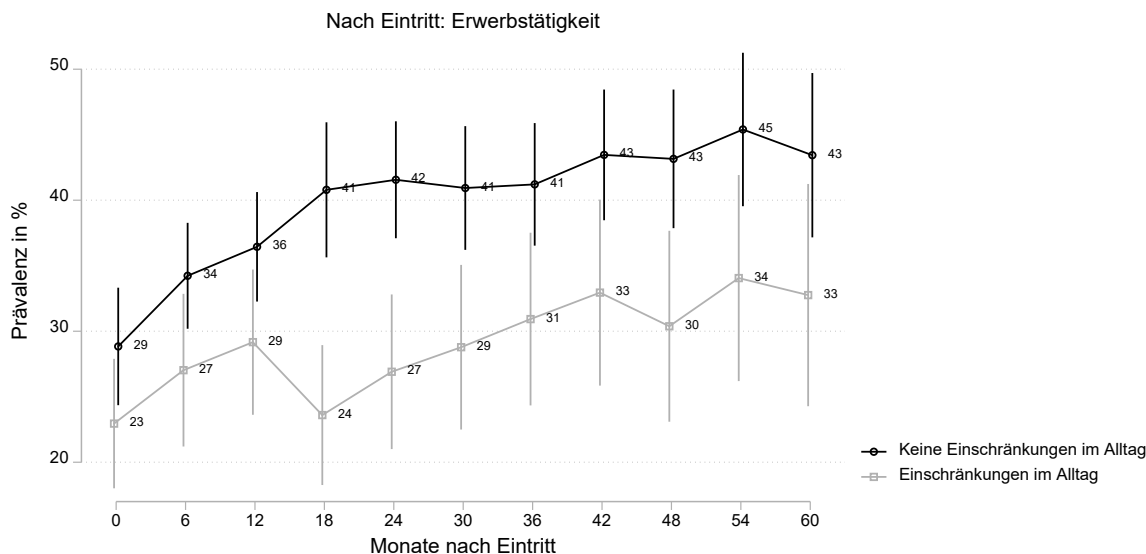
der Erwerbstätigkeit danach bereits wieder abflacht und abgesehen von kleinen Schwankungen mehrheitlich konstant bleibt, lässt sich für die Gruppe ohne schlechten Gesundheitszustand zeigen, dass sich die Zunahme der Erwerbstätigkeit weiter fortsetzt und erst nach 18 bis 24 Monaten ein Plateau erreicht. Dementsprechend nimmt die anfänglich geringe Diskrepanz zwischen den zwei Gruppen bis circa zwei Jahre nach Eintritt stetig zu. Was den Indikator zur schlechten subjektiven Gesundheit sowie zu den Einschränkungen im Alltag betrifft, so liegt der Anteil der Erwerbstätigen bei der Gruppe ohne schlechten Gesundheitszustand zwei Jahre nach Eintritt um ungefähr die Hälfte höher. Das Vorhandensein chronischer Krankheiten steht demgegenüber etwas weniger stark im Zusammenhang mit der Wahrscheinlichkeit einer Erwerbstätigkeit.

ABBILDUNG 16: ERWERB NACH BEGINN SOZIALHILFEBEZUG



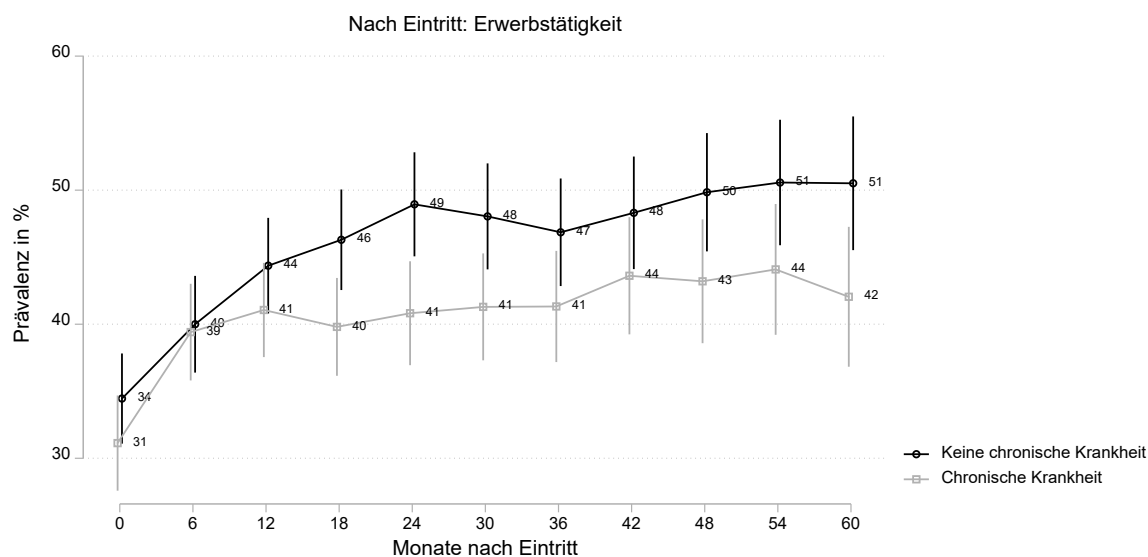
Keine schlechte subj. Gesundheit: N: 16'353. Datenbasis: SGB, SAKE, SILC, BFS-SHS, IK-Daten.

Schlechte subj. Gesundheit: N: 2'280. Datenbasis: SGB, SAKE, SILC, BFS-SHS, IK-Daten.



Keine Einschränkungen im Alltag: N: 12'895. Datenbasis: SGB, SAKE, SILC, BFS-SHS, IK-Daten.

Einschränkungen im Alltag: N: 2'322. Datenbasis: SGB, SAKE, SILC, BFS-SHS, IK-Daten.

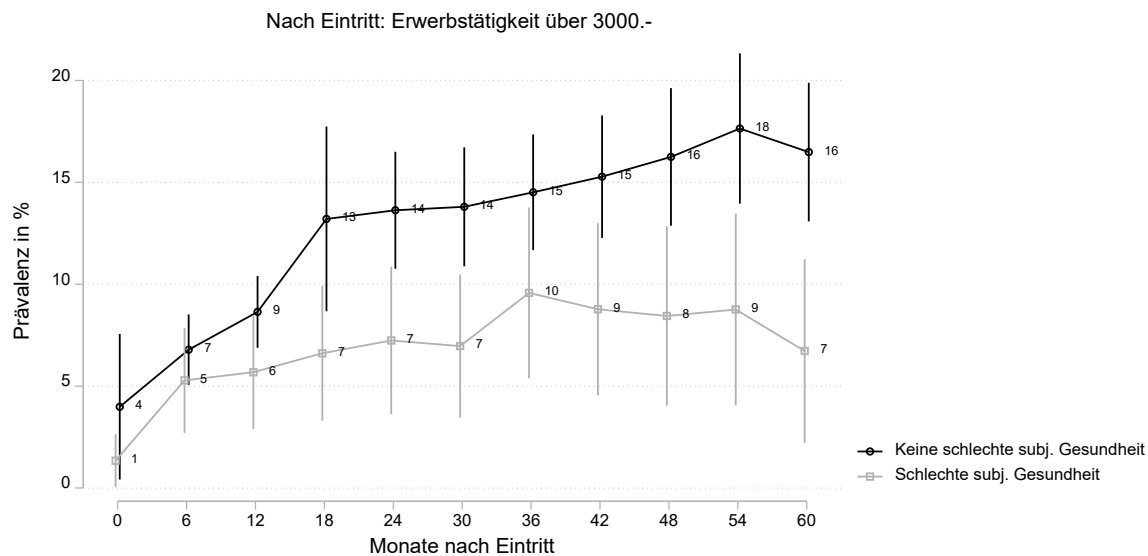


*Keine chronische Krankheit: N: 12'064. Datenbasis: SGB, SAKE, SILC, BFS-SHS, IK-Daten.*

*Chronische Krankheit: N: 6'781. Datenbasis: SGB, SAKE, SILC, BFS-SHS, IK-Daten.*

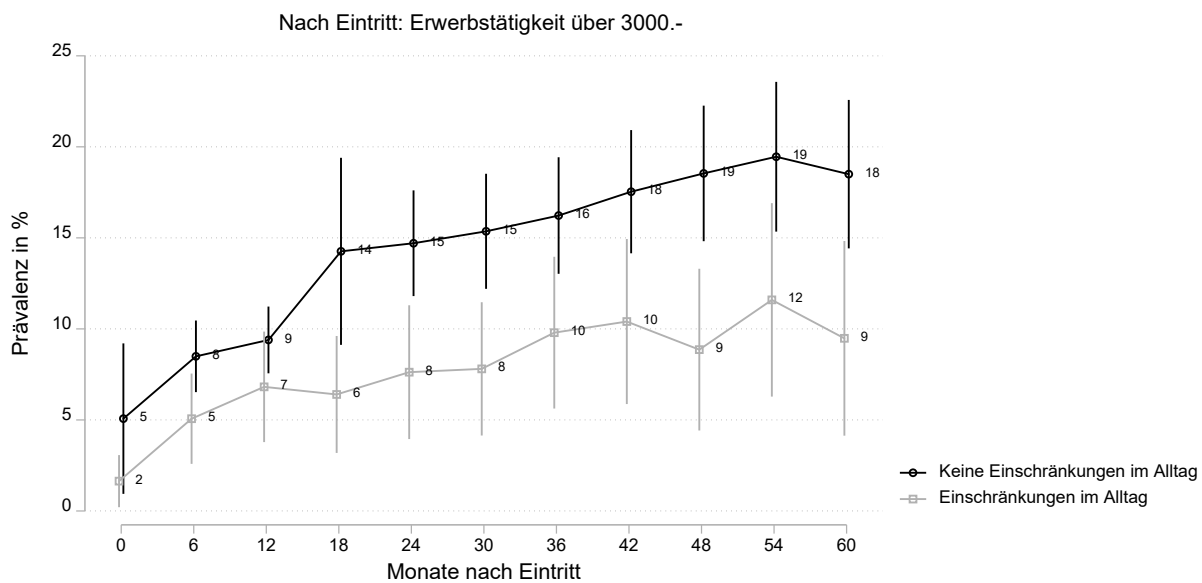
Die Anteile der Personen mit einer relevanten Erwerbstätigkeit (über CHF 3000/Monat) liegen im Vergleich zu den Resultaten zur Erwerbstätigkeit insgesamt (unabhängig von der Einkommenshöhe) erwartungsgemäss deutlich tiefer. Lag der Anteil der Erwerbstätigen beim Eintritt zuvor im Bereich zwischen 19 und 34 Prozent (vgl. Abbildung 16), so liegen die Anteile mit einer relevanten Erwerbstätigkeit auch bei der Gruppe ohne schlechten Gesundheitszustand jeweils deutlich unter 10 Prozent. In den ersten sechs Monaten nach Eintritt erfolgt wiederum bei beiden Gruppen eine markante Zunahme der Erwerbstätigkeit. Der Anstieg nimmt dann wieder leicht ab (wie bei den Resultaten zur Erwerbstätigkeit insgesamt), bei der Gruppe mit schlechtem Gesundheitszustand etwas rascher als bei der gesundheitlich besser gestellten Gruppe. Im weiteren zeitlichen Verlauf stabilisieren sich jedoch die Anteilswerte nicht auf dem erreichten Niveau, sondern es stellt sich ein geringer, aber kontinuierlicher Zuwachs der Erwerbstätigkeit ein. Dies gilt für beide Gesundheitszustandsgruppen. Insbesondere beim Indikator zu den chronischen Krankheiten weisen beide Gruppen nahezu parallele Verlaufskurven mit kontinuierlichem Zuwachs auf. Beim Indikator zur schlechten subjektiven Gesundheit zeigt sich dieses Muster hingegen etwas weniger ausgeprägt.

ABBILDUNG 17: ERWERB ÜBER CHF 3000/MONAT NACH BEGINN SOZIALHILFEBEZUG



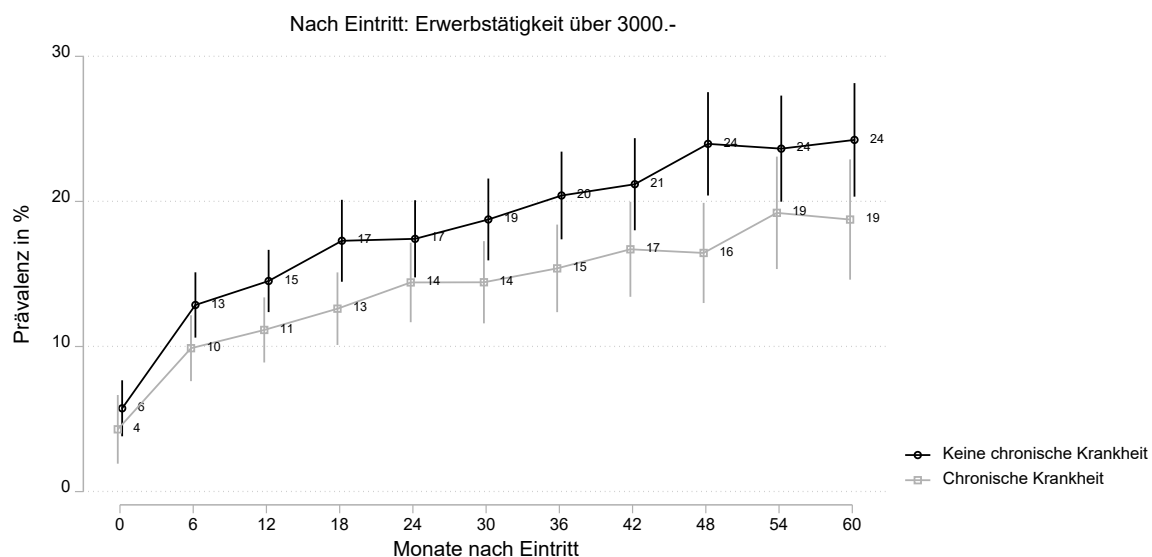
Keine schlechte subj. Gesundheit: N: 16'353. Datenbasis: SGB, SAKE, SILC, BFS-SHS, IK-Daten.

Schlechte subj. Gesundheit: N: 2'280. Datenbasis: SGB, SAKE, SILC, BFS-SHS, IK-Daten.



Keine Einschränkungen im Alltag: N: 12'895. Datenbasis: SGB, SAKE, SILC, BFS-SHS, IK-Daten.

Einschränkungen im Alltag: N: 2'322. Datenbasis: SGB, SAKE, SILC, BFS-SHS, IK-Daten.



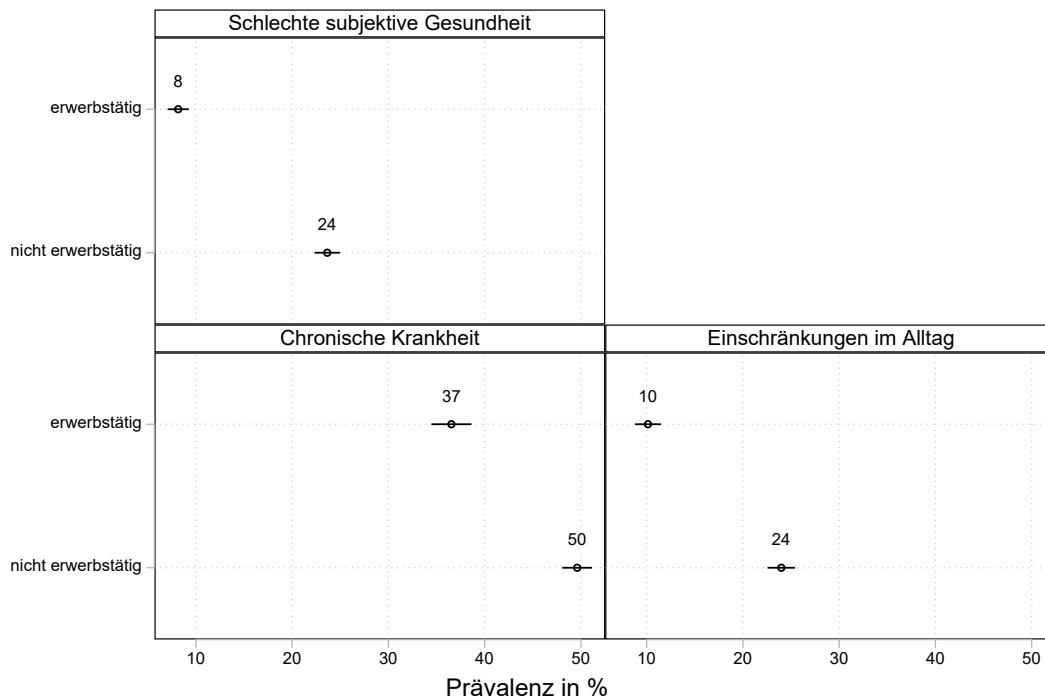
Keine chronische Krankheit: N: 12'064. Datenbasis: SGB, SAKE, SILC, BFS-SHS, IK-Daten.

Chronische Krankheit: N: 6'781. Datenbasis: SGB, SAKE, SILC, BFS-SHS, IK-Daten.

### 5.4.2 Gesundheitszustand nicht-erwerbstätige Sozialhilfebeziehende

Nachdem gezeigt werden konnte, dass sich das Vorhandensein eines schlechten Gesundheitszustandes hemmend auf die Erwerbsreintegration im zeitlichen Verlauf auswirkt, sollen nun die erwerbstätigen mit den nicht-erwerbstätigen Sozialhilfebeziehenden in Bezug auf ihren Gesundheitszustand verglichen werden. Hinsichtlich der drei Hauptindikatoren zum Gesundheitszustand zeigen sich bei den Nicht-Erwerbstätigen jeweils markant höhere Prävalenzen im Vergleich zu den Erwerbstätigen. Während lediglich acht Prozent der Erwerbstätigen eine schlechte subjektive Gesundheit aufweisen, liegt die entsprechende Prävalenz bei den Nicht-Erwerbstätigen bei 24 Prozent. Die Prävalenz chronischer Krankheiten liegt über alle untersuchten Gesundheitsindikatoren gesehen am höchsten. So weisen die Erwerbstätigen in 37 Prozent der Fälle aus, an einer chronischen Krankheit zu leiden. Bei den Nicht-Erwerbstätigen liegt die Prävalenz bei 50 Prozent. Von Einschränkungen im Alltag sind zehn Prozent der Erwerbstätigen betroffen, bei der Gruppe der Nicht-Erwerbstätigen liegt der Anteil bei 24 Prozent. Wir konnten feststellen, dass diese Unterschiede der allgemeinen Gesundheit zwischen erwerbstätigen und nicht-erwerbstätigen Sozialhilfebeziehenden insbesondere für ältere Sozialhilfebeziehende und für Sozialhilfebeziehende in Haushalten ohne Kinder zutreffen.

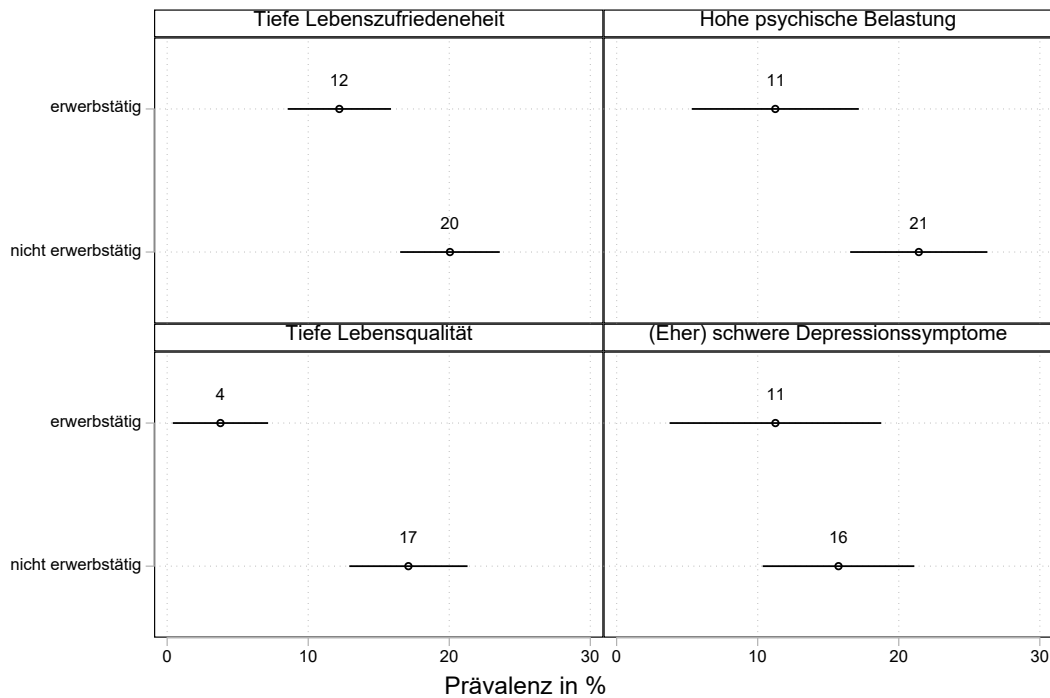
**ABBILDUNG 18: ALLGEMEINER GESUNDHEITZUSTAND ERWERBSTÄTIGE UND NICHT-ERWERBSTÄTIGE SOZIALHILFEBEZIEHENDE**



*Schlechte subj. Gesundheit: N: 8'659. Datenbasis: SGB, SAKE, SILC, BFS-SHS, IK-Daten. Einschränkungen im Alltag: N: 7'801. Datenbasis: SGB, SAKE, SILC, BFS-SHS, IK-Daten. Chronische Krankheit: N: 8'750. Datenbasis: SGB, SAKE, SILC, BFS-SHS, IK-Daten.*

Hinsichtlich der Indikatoren zum Wohlbefinden und der psychischen Gesundheit sind die Resultate aufgrund der geringen Fallzahlen etwas weniger eindeutig (vgl. Tabelle 4). Ein markanter Unterschied zwischen den Gruppen lässt sich vor allem bezüglich der wahrgenommenen Lebensqualität feststellen. Die Nicht-Erwerbstätigen schätzen ihre Lebensqualität vier Mal häufiger als tief ein. Bei der Lebenszufriedenheit ist die Diskrepanz dagegen geringer. Eine hohe psychische Belastung zeigt sich bei den Nicht-Erwerbstätigen doppelt so häufig wie bei den Erwerbstätigen. Allerdings ist dieser Unterschied bezüglich des Vorhandenseins schwerer oder eher schwerer Depressionssymptome weniger ausgeprägt. Die Breite der Konfidenzintervalle zeigt jedoch, dass die Aussagen aufgrund geringer Fallzahlen mit relativ hoher statistischer Unsicherheit behaftet sind.

**ABBILDUNG 19 WOHLBEFINDEN UND PSYCHISCHE GESUNDHEIT ERWERBSTÄTIGE UND NICHT-ERWERBSTÄTIGE SOZIALHILFEBEZIEHENDE**

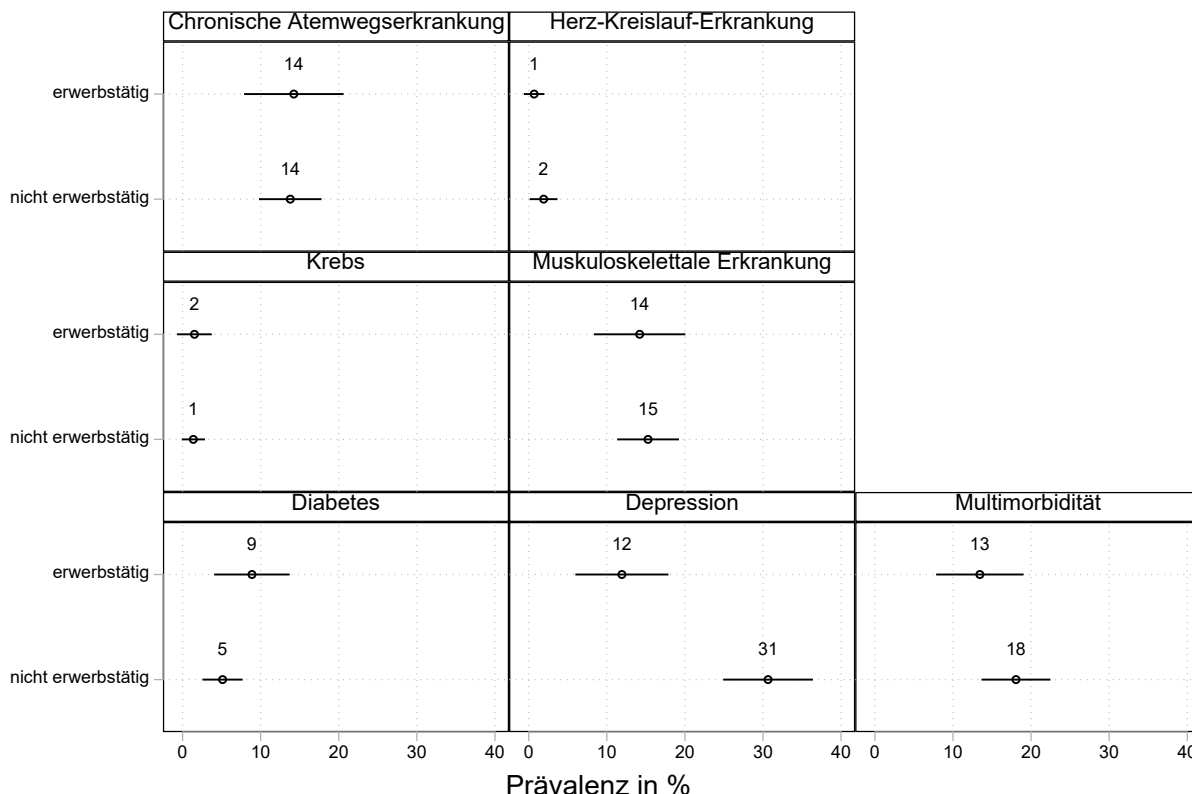


*Tiefe Lebenszufriedenheit: N: 1'179. Datenbasis: SILC, BFS-SHS, IK-Daten. Hohe psychische Belastung: N: 421. Datenbasis: SGB, BFS-SHS, IK-Daten. Tiefe Lebensqualität: N: 438. Datenbasis: SGB. (Eher) schwere Depressionssymptome: N: 295. Datenbasis: SGB, BFS-SHS, IK-Daten.*

Betrachtet man die Häufigkeiten bestimmter Erkrankungen in den letzten 12 Monaten vor der Befragung, so zeigt sich, dass sich Unterschiede im Gesundheitszustand von erwerbstätigen und nicht-erwerbstätigen Sozialhilfebeziehenden im Wesentlichen auf psychische Krankheiten beschränken. Chronische Atemwegserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, muskuloskelettale Erkrankungen und Diabetes sind bei erwerbstätigen und nicht-erwerbstätigen Sozialhilfebeziehenden in etwa gleich prävalent. Lediglich bei Depressionen finden sich deutliche Unterschiede. Während 31 Prozent aller Nicht-Erwerbstätigen von Depressionen berichten, sind es bei den Erwerbstätigen Sozialhilfebeziehenden nur rund 12 Prozent.



ABBILDUNG 20 CHRONISCHE KRANKHEITEN (NCD) UND MULTIMORBIDITÄT ERWERBSTÄTIGE UND NICHT-ERWERBSTÄTIGE SOZIALHILFEBEZIEHENDE



Chronische Atemwegserkrankung: N: 419. Herz-Kreislauf-Erkrankung: N: 419. Krebs: N: 419. Muskuloskeletale Erkrankung: N: 418. Diabetes: N: 418. Depression: N: 417. Multimorbidität: N: 419. Datenbasis alle NCD Masse: SGB, BFS-SHS, IK-Daten.

### 5.4.3 Diskussion

Die Verlaufsanalyse zur Erwerbsreintegration gibt deutliche Hinweise darauf, dass sich das Vorhandensein eines schlechten Gesundheitszustandes negativ auf die Wahrscheinlichkeit einer Erwerbsreintegration auswirkt. Sowohl bei den Personen mit schlechtem Gesundheitszustand als auch bei vergleichbaren Personen ohne schlechten Gesundheitszustand ist zu Beginn einer Sozialhilfebezugsperiode nur ein sehr geringer Anteil erwerbstätig (rund 20-30 Prozent haben eine Erwerbstätigkeit, rund 5 Prozent eine Erwerbstätigkeit mit Einkommen über CHF 3000/Monat). Die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen nehmen aber mit zeitlicher Distanz zum Beginn der Bezugsperiode deutlich zu. Die Resultate zeigen, dass auch ein gewisser Anteil der Personen mit schlechtem Gesundheitszustand in den ersten Monaten nach Bezugsbeginn eine Wiederaufnahme von Erwerbstätigkeit schafft. Betrachtet man jedoch die Situation fünf Jahre nach Bezugsbeginn, so zeigt sich, dass bei Personen ohne schlechten Gesundheitszustand ein deutlich höherer Anteil eine (Wieder-) Aufnahme der Erwerbstätigkeit geschafft hat.

Die Betrachtung des Gesundheitszustandes von nicht-erwerbstätigen Sozialhilfebeziehenden zeigt, dass diese besonders starke gesundheitliche Belastungen aufweisen. Im Vergleich mit erwerbstätigen Sozialhilfebeziehenden berichten sie, deutlich häufiger eine schlechte Gesundheit zu haben, von chronischen Krankheiten betroffen und aufgrund ihres Gesundheitszustandes in ihren täglichen Aktivitäten eingeschränkt zu sein. Die detaillierte Betrachtung weiterer Gesundheitsdimensionen zeigt, dass insbesondere im Bereich des subjektiven Wohlbefindens und der Häufigkeit von psychischen Belastungen, wie Depressionen, deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen vorliegen. Andere Erkrankungen (z.B. chronische Atemwegserkrankungen, muskuloskeletale Erkrankungen) sind etwa gleich häufig bei erwerbstätigen und nicht-erwerbstätigen Sozialhilfebeziehenden.

## 6 Schlussfolgerungen

### 6.1 Interpretation der Ergebnisse

Die vorliegende Studie zeigt, dass Sozialhilfebeziehende in der Schweiz deutliche gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen. Ihr Gesundheitszustand ist erheblich schlechter als derjenige von Personen ohne Bezug von Sozialhilfe oder Invalidenrente. Dies gilt sowohl für den Vergleich mit Personen mit mittleren und hohen Haushaltseinkommen (hier als «Restbevölkerung» bezeichnet), als auch für den Vergleich mit Personen mit tiefen verfügbaren Haushaltseinkommen (unterstes Quintil, «Personen in prekären finanziellen Verhältnissen»). Höhere gesundheitliche Belastungen zeigen sich in fast allen berücksichtigten Gesundheitsdimensionen. Wir finden besonders ausgeprägte Unterschiede für Indikatoren des subjektiven Wohlbefindens und der psychischen Gesundheit. Lebenszufriedenheit und Lebensqualität sind bei Sozialhilfebeziehenden ähnlich schlecht wie bei IV-Rentenbeziehenden. Benachteiligungen zeigen sich auch für Indikatoren, welche wenig Spielraum für subjektive Interpretationen lassen: Chronische Erkrankungen wie chronische Atemwegserkrankungen, muskuloskelettale Erkrankungen und Diabetes zeigen sich unter Sozialhilfebeziehenden etwa doppelt so häufig wie in der Restbevölkerung. Symptomatisch zeigt sich der schlechtere Gesundheitszustand darin, dass Sozialhilfebeziehende viel häufiger unter starken Schmerzen irgendwelcher Art leiden. Sozialhilfebeziehende beziehen aus einer Vielzahl nicht-gesundheitlicher Gründe Sozialhilfe – unter anderem aufgrund von Arbeitsmarkthindernissen im Zusammenhang mit geringer Bildung oder fehlenden Sprachkenntnissen, Care-Arbeit oder Ausbildung. Dabei ist bemerkenswert, dass gesundheitliche Belastungen bei Sozialhilfebeziehenden derart prävalent sind.

Die Längsschnittdaten zeigen, dass die gesundheitlichen Benachteiligungen in engem Zusammenhang mit dem Ein- und Austritt aus der Sozialhilfe stehen. Obwohl der Gesundheitszustand von Sozialhilfebeziehenden schon drei Jahre vor einer Bezugsperiode deutlich schlechter ist als in der Restbevölkerung, akzentuieren sich Gesundheitsprobleme nochmals deutlich in den darauffolgenden Jahren vor Beginn einer Sozialhilfebezugsperiode. Der Tiefpunkt der Gesundheitsverschlechterung wird – im Durchschnitt – bei Beginn des Sozialhilfebezuges erreicht. Erst der Austritt aus der Sozialhilfe geht mit einer klaren Verbesserung des Gesundheitszustandes einher.

Wir erwarteten, dass bereits Aussteuerungen vor dem Bezug von Sozialhilfe aufgrund der damit einhergehenden finanziellen Belastungen besondere Verschlechterungen im Gesundheitszustand mit sich bringen. Diese These hat sich allerdings nicht bestätigt. Bei Langzeitbeziehenden, d.h. Personen mit mindestens dreijährigen Bezugsperioden, zeigt sich bei der Betrachtung der Gesundheitsverläufe, dass sich die negative Ausgangslage zwar generell nicht weiter verschlechtert. Allerdings geht Sozialhilfebezug auch nicht mit einer deutlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes einher.

Die festgestellten Verlaufsmuster lassen sich durch folgende Mechanismen erklären: Erstens könnten sie Ausdruck des negativen Einflusses von Gesundheitsproblemen auf die Erwerbsfähigkeit sein, was die Existenzsicherung der Betroffenen erschwert und zu einem Sozialhilfebezug führt. Zweitens könnten sie widerspiegeln, dass Personen beim Eintritt in die Sozialhilfe von Veränderungen der persönlichen Verhältnisse betroffen sind (z.B. Trennungen), welche sowohl zu Sozialhilfebezug als auch zu stärkeren Gesundheitsproblemen führen. Drittens könnte es sein, dass schwierige finanzielle Umstände, die Abhängigkeit von Sozialhilfe, sowie die damit verbundenen Einschränkungen und Zwänge die Gesundheit negativ beeinflussen. Welche dieser Mechanismen wie bedeutend sind, können wir mit der vorliegenden Datengrundlage nicht abschliessend beurteilen.

Bezüglich der Ursachen der gesundheitlichen Probleme von Sozialhilfebeziehenden konnte die Studie einerseits aufzeigen, dass Sozialhilfebeziehende ein besonders risikoreiches Gesundheitsverhalten aufweisen. Sozialhilfebeziehende sind öfters übergewichtig, nehmen häufiger wenig Früchte oder Gemüse zu sich, sind seltener physisch aktiv, nehmen öfters Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmittel ein und konsumieren häufiger Tabak und Cannabis als die Restbevölkerung und Personen in prekären finanziellen Verhältnissen. Bezüglich Tabak- und Früchte-/Gemüsekonsum weisen Sozialhilfebeziehende ein noch risikoreicheres Gesundheitsverhalten als IV-Rentenbeziehende auf. Keine Hinweise auf ein risikoreicheres Gesundheitsverhalten zeigen sich dagegen hinsichtlich risikoreichem chronischem Alkoholkonsums.

Andererseits ergeben sich aus unseren Analysen – entgegen den Schlussfolgerungen früherer Studien (Gerber et al., 2020; Wolffers & Reich, 2015) – Hinweise für ein erhöhtes Risiko für medizinische Unterversorgung von Sozialhilfebeziehenden. Zwar lässt sich bezüglich mehrerer Leistungsdimensionen – Generalistinnen-/Generalisten- und Spezialistinnen/Spezialistenbesuche, Behandlung psychischer Probleme – eine gegenüber der Restbevölkerung und Personen in prekären finanziellen Verhältnissen im Durchschnitt erhöhte Inanspruchnahme feststellen. Dies dürfte jedoch Ausdruck des deutlich schlechteren Gesundheitszustands der Sozialhilfebeziehenden sein – und kaum von Überversorgung. Bei dem Indikator, welcher Unterversorgung in unseren Daten am verlässlichsten abbildet, das Unterlassen einer Krebsfrüherkennung in Form eines Gebärmutterhalsabstriches (PAP-Test), weisen Sozialhilfebezieherinnen mit 38 Prozent eine mehr als doppelt so hohe Prävalenz wie die Restbevölkerung auf. Zudem ist unter den Sozialhilfebezügerinnen auch die Prävalenz der Frauen, die in den 12 Monaten vor der Befragung keinen Frauenarzt besuchten, mit 44 Prozent deutlich höher als in der Restbevölkerung mit 31 Prozent. Ein Risiko für Unterversorgung zeigt sich auch in der direkten Einschätzung der Betroffenen selbst: Sozialhilfebeziehende geben um ein vielfaches häufiger als die Restbevölkerung an, trotz vorhandenem Bedarf auf medizinische Leistungen (8 Prozent) oder Zahnuntersuchungen (23 Prozent) verzichtet zu haben. Die selbstberichtete Nichtinanspruchnahme trotz Bedarf ist bei Sozialhilfebeziehenden auch deutlich höher als bei IV-Rentenbeziehenden, welche einen ähnlich erhöhten (bzw. noch höheren) Bedarf an Gesundheitsleistungen aufweisen. Gesundheitsausgaben scheinen für IV-Rentenbeziehende einfacher zu finanzieren sein beziehungsweise sind vermutlich besser abgedeckt. Bei medizinischen Untersuchungen sind in etwa der Hälfte der Fälle monetäre, in der anderen Hälfte nicht-monetäre Motive die Ursache für den Leistungsverzicht. Bei Zahnuntersuchungen sind finanzielle Gründe bei rund vier Fünfteln die Ursache. Das Vorhandensein von Zahlungsrückständen bei Krankenkassen erhöht bei Sozialhilfebeziehenden die Nichtinanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nicht nochmals. Allerdings sind Personen mit Zahlungsrückständen bei Prämien in der Restbevölkerung und in prekären finanziellen Verhältnissen ähnlich stark wie Sozialhilfebeziehende von Nicht-Inanspruchnahme aus finanziellen Gründen betroffen.

Welche Bedeutung hat der relativ schlechtere Gesundheitszustand von Sozialhilfebeziehenden? Als letztes verdeutlicht die Studie, dass ein schlechter Gesundheitszustand mit reduzierten Chancen einer Erwerbsreintegration nach Sozialhilfebezug einhergeht. In den ersten sechs Monaten nach Beginn von Sozialhilfebezugsperioden stellen wir unabhängig vom Gesundheitszustand eine deutliche Zunahme des Anteils der Personen fest, die einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Fünf Jahre nach Bezugsbeginn zeigt sich aber für Personen ohne schlechten Gesundheitszustand im Vergleich zu solchen mit schlechtem Gesundheitszustand mit sonst vergleichbaren sozioökonomischen und soziodemographischen Eigenschaften eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit einer (Wieder-)Aufnahme der Erwerbstätigkeit. Ein Vergleich des Gesundheitszustandes von erwerbstätigen und nicht-erwerbstätigen Sozialhilfebeziehenden legt dar, dass Letztere insbesondere stärkere psychische Belastungen aufweisen. Aufgrund der Resultate lässt sich nicht abschliessend beurteilen, inwiefern diese gesundheitlichen Belastungen Ursache oder Folge der Nichterwerbstätigkeit sind. Die vorliegenden Resultate sind jedoch mit der plausiblen Annahme vereinbar, dass eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Sozialhilfebeziehenden – insbesondere ihrer psychischen Gesundheit – die Ablöse- und Reintegrationschancen von Sozialhilfebeziehenden erhöhen und sich sowohl für die Betroffenen selbst, als auch für die Sozialdienste finanziell auszahlen dürfte.

## 6.2 Limitationen und weitere Forschung

Die Studie kann einen Teil der bestehenden Wissenslücken zur Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden in der Schweiz schliessen. Die zentrale Limitation der vorliegenden Studie ist, dass sie primär einen beschreibenden Ansatz verfolgt und nur beschränkt Rückschlüsse auf die Mechanismen hinter den beobachteten Mustern zulässt. Es muss einerseits noch untersucht werden, welche Prozesse hinter den Verschlechterungen im Gesundheitszustand von Sozialhilfebeziehenden vor dem Eintritt in die Sozialhilfe stehen und wie solche Verschlechterungen verhindert werden könnten. Ein möglicher Ansatz dazu ist die Analyse von individuellen Verläufen der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen anhand von Abrechnungsdaten der Versicherer. Dabei müssten insbesondere die Verläufe rund um die Inanspruchnahme von vorgelagerten Leistungen der Arbeitslo-

sen- und Krankentaggeldversicherungen betrachtet werden. Andererseits gilt es sorgfältig zu klären, wie gut es der Sozialhilfe gelingt, den Bedarf an ungedeckten Gesundheitsleistungen bei Klientinnen und Klienten zu erkennen und eine adäquate Versorgung sicherzustellen. Auch die Auswirkungen der Leistungsanspruchnahme auf die Gesundheit und Reintegration von Klientinnen und Klienten gilt es genauer zu analysieren. Künftige Forschung sollte insbesondere Erkenntnisse dazu erarbeiten, wie gut die Versorgung mit spezifischen Gesundheitsleistungen gewährleistet ist – insbesondere Behandlungen psychischer Probleme. Die Untersuchung weiterer objektiver Indikatoren zum Verhältnis zwischen Bedarf (z.B. mittels ärztlicher Einschätzungen) und Leistungsanspruchnahme bei Sozialhilfebeziehenden scheint hier angebracht. Zudem wird detaillierteres Wissen dazu benötigt, welche Gründe zu einer Unterversorgung führen. Unklar bleibt insbesondere, welche Rolle nicht-monetäre Aspekte wie Gesundheitskompetenz, soziokulturelle Faktoren, Scham beziehungsweise Angst vor Stigmatisierung, Sprachbarrieren und die Qualität der Versorgungsstrukturen einnehmen. Vielversprechende Ansätze für ein besseres Verständnis dieser Fragen wären qualitative Analysen der Versorgungsprozesse in Sozialdiensten. Ob Verbesserungen der Angebotsstrukturen tatsächlich positive Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, die Gesundheit und Reintegration von Klientinnen und Klienten haben, sollte mittels randomisiert kontrollierter Wirkungsstudien gemessen werden.

### 6.3 Implikationen für Politik und Praxis

Dass Personen in der Schweiz, die Leistungen der Sozialhilfe beziehen, deutliche gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, unterstreicht deren Bedeutung als Zielgruppe für gesundheitspolitische Massnahmen. Die Ergebnisse legen zudem nahe, dass auch die Situation von Personen in prekären finanziellen Verhältnissen, die kurz vor einem Bezug von Sozialhilfe stehen, in den Blick genommen werden sollte. Eine frühzeitige und adäquate Versorgung mit Gesundheitsleistungen kann die festgestellten Verschlechterungen des Gesundheitszustandes und den Fall in die Abhängigkeit von Sozialhilfe möglicherweise abschwächen.

Aus Sicht der Sozialhilfepraxis unterstreichen die Erkenntnisse Forderungen, welche dem Management der Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden einen hohen Stellenwert einräumen. Die Studie gibt klare Hinweise, dass Sozialhilfebeziehende im Beobachtungszeitraum (2007-2018) ein erhöhtes Risiko für Unterversorgung mit Gesundheitsleistungen haben. In den Daten ist leider nur beschränkt ersichtlich, in welchen Bereichen sich die berichtete Nichtanspruchnahme zeigt, und es ist unklar, welche Folgen damit verbunden sind. Klar ist, dass sichergestellt werden sollte, dass Sozialhilfebeziehende über eine adäquate Gesundheitsversorgung verfügen und ihre gesundheitlichen Beschwerden angemessen therapiert werden. Insbesondere in der Phase erhöhter gesundheitlicher Belastung zu Beginn von Sozialhilfebezugsperioden kann eine mangelnde Gesundheitsversorgung ernste Konsequenzen haben. Vor dem Hintergrund des Befunds, dass vermutlich insbesondere psychische Belastungen ein Hindernisfaktor bei der Erwerbsreintegration darstellen, ist der Zugang zu psychologischen Betreuungs- und Therapieangeboten von besonderer Bedeutung. Um der Nichtanspruchnahme von medizinischen Leistungen (insbesondere auch Vorsorgeuntersuchungen) und zahnärztlichen Leistungen zu begegnen, müssen finanzielle (bspw. die formalen Voraussetzungen für die Finanzierung von Arzt- und Zahnarztbesuchen) und anderwärtige Zugangshürden (z.B. mangelhafte Gesundheitskompetenz, soziokulturelle Hürden, Scham und Sprachbarrieren) abgebaut werden. Unsere Ergebnisse zeigen, dass insbesondere ältere Sozialhilfebeziehende belastet sind und somit eine wichtige Zielgruppe für gesundheitsbezogene Massnahmen in der Sozialhilfe darstellen. Ein hohes Potenzial besteht zudem bezüglich Präventionsmassnahmen, welche auf eine Verbesserung der Ernährung, eine Erhöhung der physischen Aktivität, sowie eine Reduktion des Rauchens abzielen. Idealerweise sollten Angebote evaluiert und nach wissenschaftlich bestätigter Wirksamkeit flächendeckend eingeführt werden.

## 7 Literaturverzeichnis

- Andreeva, E., Magnusson Hanson, L. L., Westerlund, H., Theorell, T., & Brenner, M. H. (2015). Depressive symptoms as a cause and effect of job loss in men and women: Evidence in the context of organisational downsizing from the Swedish Longitudinal Occupational Survey of Health. *BMC Public Health*, 15(1), 1045. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2377-y>
- BAG/GDK. (2016). *Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten 2017–2024 (NCD-Strategie)*. Bundesamt für Gesundheit BAG.
- Bartley, M. (2017). *Health Inequality: An Introduction to Concepts, Theories and Methods*. Polity Press.
- Basu, S., Rehkopf, D. H., Siddiqi, A., Glymour, M. M., & Kawachi, I. (2016). Health Behaviors, Mental Health, and Health Care Utilization Among Single Mothers After Welfare Reforms in the 1990s. *American Journal of Epidemiology*, 183(6), 531–538. <https://doi.org/10.1093/aje/kwv249>
- BFS. (2017a). *Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017 in Kürze*.
- BFS. (2017b). *Statistischer Bericht zur Integration der Bevölkerung mit Migrationshintergrund*. Federal Statistical Office. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/integration.assetdetail.2546310.html>
- BFS. (2019). *Sozialhilfeempfängerstatistik Leitfaden zur Durchführung der Erhebung*. <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/10707861/master>
- BFS. (2020a). *Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC)*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/erhebungen/silc.assetdetail.11647542.html>
- BFS. (2020b). *Schweizerische Arbeitskräfteerhebung*. <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/6926680/master>
- Bleich, S. N., Jarlenski, M. P., Bell, C. N., & LaVeist, T. A. (2012). Health Inequalities: Trends, Progress, and Policy. *Annual review of public health*, 33, 7–40. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031811-124658>
- Bopp, M., & Holzer, B. M. (2012). Prävalenz von Multimorbidität in der Schweiz – Definitionen und Datenquellen. *Praxis*, 101(25), 1609–1613. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a001143>
- Butterworth, P., Leach, L. S., McManus, S., & Stansfeld, S. A. (2013). Common mental disorders, unemployment and psychosocial job quality: Is a poor job better than no job at all? *Psychological Medicine*, 43(8), 1763–1772. <https://doi.org/10.1017/S0033291712002577>
- Callander, E. J., & Schofield, D. J. (2015). Psychological distress and the increased risk of falling into poverty: A longitudinal study of Australian adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(10), 1547–1556. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1074-6>
- Deeming, C. (2016). Rethinking Social Policy and Society. *Social Policy and Society*, 15(2), 159–175. <https://doi.org/10.1017/S1474746415000147>
- Direktion für Bildung, Soziales und Sport Stadt Bern. (2020). *Grundlagenpapier Gesundheit in der Sozialhilfe—Ansätze zum Umgang mit Gesundheitsfragen bei Sozialhilfebeziehenden in der Stadt Bern*.
- Fluder, R., Hümbelin, O., Kessler, D., & Salzgeber, R. (2019). *Daten zur Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden—Machbarkeitsanalyse*. Bundesamts für Gesundheit BAG.
- GEF. (2015). *Sozialbericht 2015—Bekämpfung der Armut im Kanton Bern.pdf*. Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.
- Gerber, M., Suppa, A., & Rüefli, C. (2020). *Analyse der Schnittstelle zwischen Sozialhilfe/Sozialdienst und dem Gesundheitswesen*. Büro Vatter.
- Guggisberg, J., Bodory, H., Höglinger, D., Bischof, S., & Rudin, M. (2017). *Gesundheit der Migrationsbevölkerung – Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017*. 59.

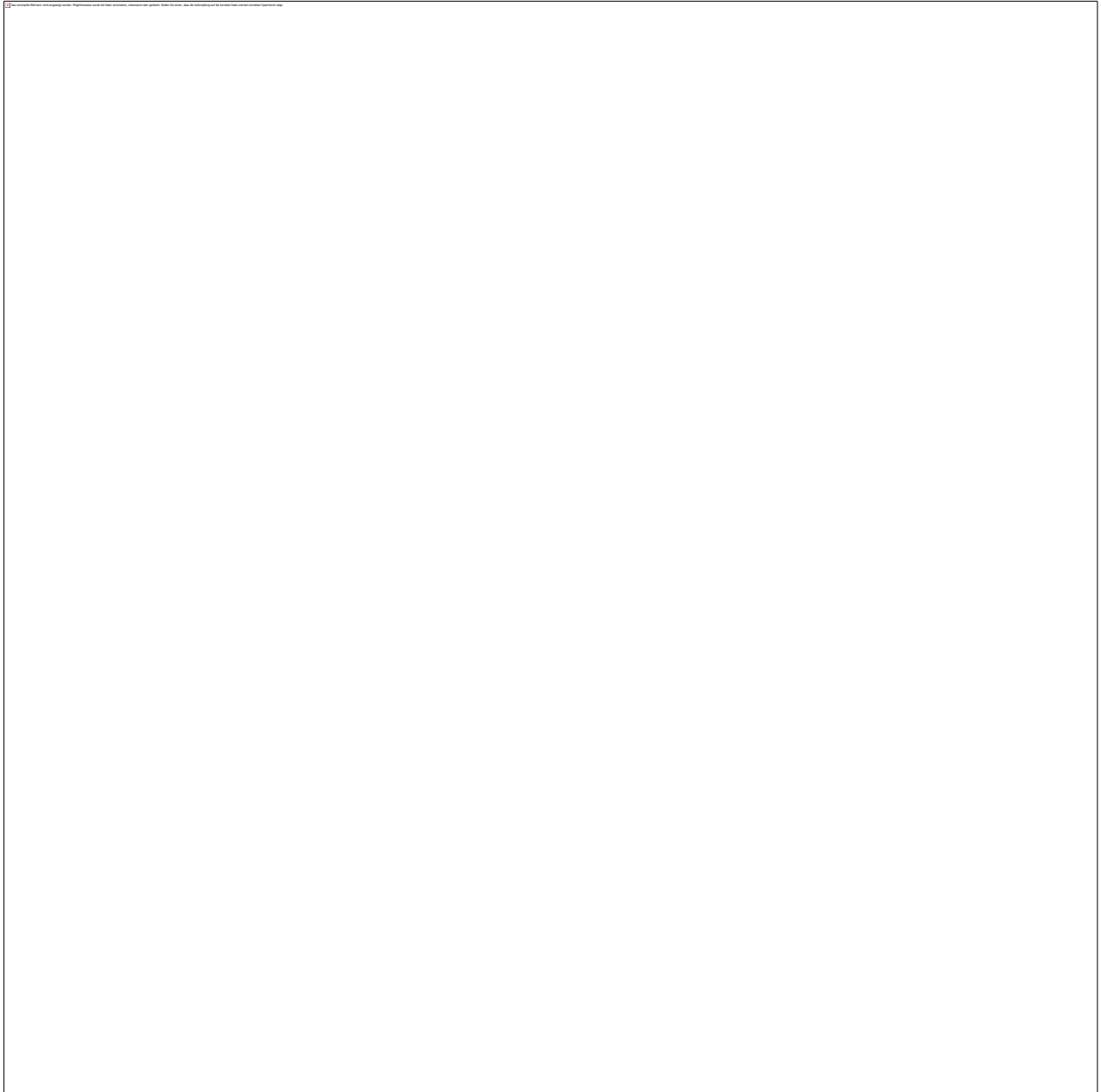
- Guggisberg, J., Bodory, H., Höglinger, D., Bischof, S., & Rudin, M. (2020). *Gesundheit der Migrationsbevölkerung – Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017* (S. 59) [Forschungsmandat im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit].
- Guggisberg, J., Schärer, M., Gerber, C., & Bischof, S. (2021). *Nutzung Tabellenmedianlöhne LSE zur Bestimmung der Vergleichslöhne bei der IV-Rentenbemessung*. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien. [https://www.wesym.ch/cvfs/5549453/web/wesym.ch/media/medien/Gutachten\\_BASS.pdf](https://www.wesym.ch/cvfs/5549453/web/wesym.ch/media/medien/Gutachten_BASS.pdf)
- Hainmueller, J. (2012). Entropy Balancing for Causal Effects: A Multivariate Reweighting Method to Produce Balanced Samples in Observational Studies. *Political Analysis*, 20(1), 25–46.
- Haller, D., & Hümbelin, O. (2013). *Mehrfach belastete Klientinnen und Klienten in der Sozialhilfe—Angebots- und Wirkungsmonitoring 2008 – 2012 der Sozialhilfe Basel-Stadt*. Berner Fachhochschule - Soziale Arbeit.
- Hümbelin, O. (2019). Non-Take-Up of Social Assistance: Regional Differences and the Role of Social Norms. *Swiss Journal of Sociology*, 45(1), 7–33. <https://doi.org/10.2478/sjs-2019-0002>
- Kiely, K. M., & Butterworth, P. (2014). Mental health selection and income support dynamics: Multiple spell discrete-time survival analyses of welfare receipt. *J Epidemiol Community Health*, 68(4), 349–355. <https://doi.org/10.1136/jech-2013-203179>
- Kilchenmann, C., Reding, I., Kaiser, B., Gerfin, M., & Zimmermann, L. (2017). *Leistungsverzicht und Wechselverhalten der OKP-Versicherten im Zusammenhang mit der Wahlfranchise*. Bundesamts für Gesundheit BAG.
- Lätsch, D., Pfiffner, R., & Wild, M. (2011). *Die Gesundheit sozialhilfebeziehender Erwerbsloser in der Stadt Bern. Schlussbericht zuhanden des Auftraggebers* [Schlussbericht]. Berner Fachhochschule - Soziale Arbeit.
- Løyland, B., Hermansen, Å., Dahl, E., & Wahl, A. K. (2020). Differences in income trajectories according to psychological distress and pain: A longitudinal study among Norwegian social assistance recipients. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1403494820939812. <https://doi.org/10.1177/1403494820939812>
- Mackenbach, J. P., Kulhánová, I., Artnik, B., Bopp, M., Borrell, C., Clemens, T., Costa, G., Dibben, C., Kalediene, R., Lundberg, O., Martikainen, P., Menvielle, G., Östergren, O., Prochorskas, R., Rodríguez-Sanz, M., Strand, B. H., Looman, C. W. N., & Gelder, R. de. (2016). Changes in mortality inequalities over two decades: Register based study of European countries. *BMJ*, 353. <https://doi.org/10.1136/bmj.i1732>
- Marmot, M., & Wilkinson, R. (2005). *Social Determinants of Health*. OUP Oxford.
- Muennig, P., Rosen, Z., & Wilde, E. T. (2013). Welfare Programs That Target Workforce Participation May Negatively Affect Mortality. *Health Affairs*, 32(6), 1072–1077. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.0971>
- Narain, K., Bitler, M., Ponce, N., Kominski, G., & Ettner, S. (2017). The impact of welfare reform on the health insurance coverage, utilization and health of low education single mothers. *Social Science & Medicine* (1982), 180. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.03.021>
- OBSAN. (2019). *Gesundheitszustand (Alter: 15+) | OBSAN*. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/MonAM/gesundheitszustand-alter-15>
- OBSAN. (2021). *Unterbleiben von Arzt- und Zahnarztbesuchen aufgrund materieller Entbehrung (Alter: 16+) | OBSAN*. Monitoringsystems Sucht und NCD (MonAM). <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/MonAM/unterbleiben-von-arzt-und-zahnarztbesuchen-aufgrund-materieller-entbehrung-alter-16>
- OECD. (2014). *Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz*. <http://www.oecd-ilibrary.org/content/book/9789264208681-de>
- Peck, J. (2001). *Workfare States*. Guilford Press.

- Reich, O., Wolffers, F., Signorell, A., & Blozik, E. (2015). Health Care Utilization and Expenditures in Persons Receiving Social Assistance in 2012. *Global Journal of Health Science*, 7(4), 1–11. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n4p1>
- Remund, A., Cullati, S., Sieber, S., Burton-Jeangros, C., & Oris, M. (2019). Longer and healthier lives for all? Successes and failures of a universal consumer-driven healthcare system, Switzerland, 1990–2014. *International Journal of Public Health*, 64(8), 1173–1181. <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01290-5>
- Ridley, M., Rao, G., Schilbach, F., & Patel, V. (2020). Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science*, 370(6522). <https://doi.org/10.1126/science.aay0214>
- Salzgeber, R. (2014). *Kennzahlenvergleich zur Sozialhilfe in Schweizer Städten Berichtsjahr 2014, 13 Städte im Vergleich*. 80.
- Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N., & Camenzind, P. (2016). *Psychische Gesundheit in der Schweiz*. 80.
- Shahidi, F. V., Ramraj, C., Sod-Erdene, O., Hildebrand, V., & Siddiqi, A. (2019). The impact of social assistance programs on population health: A systematic review of research in high-income countries. *BMC Public Health*, 19(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6337-1>
- SKOS. (2017). *Schulden und Sozialhilfe* (Grundlagenpapier der SKOS). SKOS. [https://skos.ch/fileadmin/user\\_upload/skos\\_main/public/pdf/grundlagen\\_und\\_positionen/grundlagen\\_und\\_studien/2017\\_Schulden\\_und\\_Sozialhilfe-d.pdf](https://skos.ch/fileadmin/user_upload/skos_main/public/pdf/grundlagen_und_positionen/grundlagen_und_studien/2017_Schulden_und_Sozialhilfe-d.pdf)
- Struffolino, E., Bernardi, L., & Voorpostel, M. (2016). Self-reported health among lone mothers in Switzerland: Do employment and education matter? *Population-E*, 71(2), 187–214.
- Sun, S., Huang, J., Hudson, D. L., & Sherraden, M. (2021). Cash Transfers and Health. *Annual Review of Public Health*, 42(1), null. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102442>
- WHO. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986*. 6.
- Wilde, E. T., Rosen, Z., Couch, K., & Muennig, P. A. (2014). Impact of Welfare Reform on Mortality: An Evaluation of the Connecticut Jobs First Program, A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Public Health*, 104(3), 534–538. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301072>
- Wolff, H., Gaspoza, J.-M., & Guessous, I. (2011). Health care renunciation for economic reasons in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 141(0708). <https://doi.org/10.4414/smw.2011.13165>
- Wolffers, F., & Reich, O. (2015). Welche Ursachen haben hohe Gesundheitskosten in der Sozialhilfe? *CHSS Soziale Sicherheit*, 2, 89–94.
- ZAS. (2019). *Auszug des Individuellen Kontos*. <https://www.zas.admin.ch/zas/de/home/services-en-ligne/particuliers/extrait-du-compte-individuel.html>
- ZAS. (2021). *Rentenregister der AHV/IV*. <https://www.zas.admin.ch/zas/de/home/partenaires-et-institutions-/registres-centraux/registre-central-des-rentes-avs-ai.html>

## 8 Anhang

### 8.1 Aussteuerung

**ABBILDUNG A 1: HÄUFIGKEIT VON AUSSTEUERUNGEN IM BEZUGSVORLAUF (BEZUGSPERIODEN 2005-2018)**



### 8.2 Dauer Bezugsperioden

**ABBILDUNG A 2: ÜBERLEBENSKURVEN (DAUER) VON SOZIALHILFEBEZUGSPERIODEN BEI DER GESAMTHEIT DER BEZUGSPERIODEN IN DEN SHS DATEN (2005-2018)**





## 8.3 Übersicht zu den Indikatoren

### 8.3.1 Allgemeiner Gesundheitszustand

#### **Schlechter subjektiver Gesundheitszustand**

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017; SILC: 2007-2018; SAKE: 2010-2018

**N:** 576'479

**Frageitem:** Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen? Ist er...

**Antwortoptionen:** Sehr gut; Gut; Mittelmässig; Schlecht; Sehr schlecht

**Indikator:** Schlecht; Sehr schlecht vs. (Sehr gut; Gut; Mittelmässig)

#### **Gesundheitliche Einschränkungen im Alltag**

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017; SILC: 2007-2018; SAKE: 2010-2018

**N:** 579'111

**Frageitem:** Seit mindestens 6 Monaten, wie sehr sind Sie eingeschränkt durch ein gesundheitliches Problem bei gewöhnlichen Aktivitäten im täglichen Leben? Würden Sie sagen, Sie sind...

**Antwortoptionen:** Stark eingeschränkt; Eingeschränkt, aber nicht stark; Überhaupt nicht eingeschränkt

**Indikator:** *Stark eingeschränkt; Eingeschränkt, aber nicht stark vs. (Überhaupt nicht eingeschränkt)*

#### **Chronische Erkrankung**

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017; SILC: 2007-2018; SAKE: 2010-2018

**N:**

**Frageitem:** Haben Sie eine Krankheit oder ein gesundheitliches Problem, wo chronisch oder andauernd ist? Damit meine ich Krankheiten oder gesundheitliche Probleme, wo schon seit mindestens 6 Monaten andauern oder schätzungsweise noch während mindestens 6 Monaten andauern werden.

**Antwortoptionen:** Ja; Nein

**Indikator:** *Ja vs. (Nein)*

### 8.3.2 Wohlbefinden und psychische Gesundheit

#### **Tiefe Lebenszufriedenheit**

**Quelle(n):** SILC: 2007-2018

**N:** 110'679

**Frageitem:** Wie zufrieden sind Sie ganz allgemein mit Ihrem jetzigen Leben, wenn 0 "gar nicht zufrieden" und 10 "vollständig zufrieden" bedeutet?

**Antwortoptionen:** Antwortskala 0 bis 10

**Indikator:** *Tiefe Lebenszufriedenheit vs. (mittlere; hohe Lebenszufriedenheit)*. Tiefe Lebenszufriedenheit: 1, 2, 3, 4 auf der LSF-Skala vs. mittlere und hohe Lebenszufriedenheit: 5, 6, 7, 8, 9, 10

**Zusätzliche Informationen:** Cut-off-Point unterhalb der Mittelkategorie festgelegt.

## Tiefe Lebensqualität

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017

**N:** 21'304

**Frageitem:** Jetzt möchte ich gerne wissen, wie Sie Ihre Lebensqualität im Allgemeinen einschätzen.

**Antwortoptionen:** Sehr gut; Gut; Weder gut noch schlecht; Schlecht; Sehr schlecht

**Indikator:** *Schlecht; Sehr schlecht vs. (Sehr gut; Gut; Weder gut noch schlecht)*

## Hohe psychische Belastung (MHI-5)

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017

**N:** 21'147

**Frageitem:** Die psychische Belastung wird mit 5 Items zum psychischen Empfinden erfragt, diese beziehen sich auf Nervosität; Niedergeschlagenheit; Ruhe und Gelassenheit; Entmutigung und Depressivität sowie Glücklichkeit. Der Referenzrahmen liegt bei den letzten 4 Wochen.

**Antwortoptionen:** Immer; Meistens; Manchmal; Selten; Nie

**Indikator:** *Starke psychische Belastung vs. (mittlere, geringe und keine psychische Belastung).*

Der Indikator zur psychischen Belastung basiert auf dem Index zur mentalen Gesundheit MHI-5, der in drei Kategorien eingeteilt werden kann: keine/geringe, mittlere und starke psychische Belastung.

Der hier verwendete Indikator weist den Anteil der Personen mit starker psychischer Belastung gegenüber dem Anteil an Personen mit mittlerer, geringer und keiner psychischen Belastung aus. Bei einer starken psychischen Belastung ist das Vorliegen einer psychischen Störung aus klinischer Sicht sehr wahrscheinlich (BFS 2020, S. 15).

## (Eher) schwere Depressionssymptome (PHQ-9)

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017

**N:** 20'571

**Frageitem:** Mit dem PHQ-9 (Brief Patient Health Questionnaire) werden neun Kriterien zu einer Major Depression gemäss DSM-IV eingeschätzt (BFS, 2020). Die Fragen beziehen sich auf das Interesse an Tätigkeiten, Niedergeschlagenheit, Schlafstörungen, Energie, Appetit, Meinung über sich selbst, Konzentration, Verlangsamung oder Ruhelosigkeit und Gedanken, tot zu sein/sich Leid zuzufügen. Der Referenzrahmen bezieht sich auf die letzten 2 Wochen.

**Antwortoptionen:** Überhaupt nicht; An einzelnen Tagen; An mehr als der Hälfte der Tage; Beinahe jeden Tag

**Indikator:** *(Eher) schwere vs. (Keine, minimale; leichte; mittlere).*

Aus dem PHQ-9 wird ein Indikator berechnet, der in fünf Schweregrade einer Depression eingeteilt werden kann: keine/minimale, leichte, mittelschwere, eher schwere und schwere Symptomatik (BFS, 2020; Kroenke et al., 2001; Löwe & Spitzer, 2001).

Der hier verwendete Indikator weist den Anteil der Personen mit schweren oder eher schweren Depressionssymptomen gegenüber den Personen mit mittleren, leichten oder minimalen bzw. keiner Depressionssymptomen aus.

Eine (eher) schwere Ausprägung weist mit hoher Wahrscheinlichkeit auf eine diagnostizierbare Depression (Major Depression nach DSM-IV) hin (BFS, 2020; Kroenke et al., 2001).

## 8.3.3 Nichtübertragbare Krankheiten und Multimorbidität

### Chronische Atemwegserkrankung (letzte 12 Monate)

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017

**N:** 21'249

**Frageitem:** Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine von den folgenden Krankheiten oder gesundheitlichen Problemen gehabt? Asthma; Chronische Bronchitis, COPD (chronisch obstruktiven Lungenkrankheit), Emphysem (Lungenblähung)

**Antwortoptionen:** Ja; Nein

**Indikator:** *Ja vs. (Nein)*

**Zusatzinformationen:** Fragestellung und Antwortkategorie zwischen SGB 2012 und SGB 2017 nicht identisch.

**Krebs (letzte 12 Monate)**

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017

**N:** 21'243

**Frageitem:** Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine von den folgenden Krankheiten oder gesundheitlichen Problemen gehabt? Krebs

**Antwortoptionen:** Ja; Nein

**Indikator:** *Ja vs. (Nein)*

**Zusatzinformationen:** Fragestellung und Antwortkategorie zwischen SGB 2012 und SGB 2017 nicht identisch

**Herz-Kreislauf-Erkrankung (letzte 12 Monate)**

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017

**N:** 21'249

**Frageitem:** Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine von den folgenden Krankheiten oder gesundheitlichen Problemen gehabt? Herzinfarkt; Schlaganfall (Gehirnblutung, zerebrales Blutgerinnsel)

**Antwortoptionen:** Ja; Nein

**Indikator:** *Ja vs. (Nein)*

**Zusatzinformationen:** Fragestellung und Antwortkategorie zwischen SGB 2012 und SGB 2017 nicht identisch

**Diabetes (letzte 12 Monate)**

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017

**N:** 21'240

**Frageitem:** Hat Ihnen ein Arzt schon einmal gesagt, Sie hätten Diabetes bzw. Sie seien zuckerkrank?

Haben Sie in den letzten 12 Monaten Diabetes gehabt? (SGB 2017)

**Antwortoptionen:** Ja; Nein

**Indikator:** *Ja vs. (Nein)*

**Zusatzinformationen:** Fragestellung und Antwortkategorie zwischen SGB 2012 und SGB 2017 nicht identisch

**Muskuloskeletale Erkrankung (letzte 12 Monate)**

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017

**N:** 21'242

**Frageitem:** Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine von den folgenden Krankheiten oder gesundheitlichen Problemen gehabt? Arthrose, Arthritis; Osteoporose

**Antwortoptionen:** Ja; Nein

**Indikator:** *Ja vs. (Nein)*

**Zusatzinformationen:** Fragestellung und Antwortkategorie zwischen SGB 2012 und SGB 2017 nicht identisch

**Depression (letzte 12 Monate)**

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017

**N:** 21'232

**Frageitem:** Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine von den folgenden Krankheiten oder gesundheitlichen Problemen gehabt? Depression

**Antwortoptionen:** Ja; Nein

**Indikator:** *Ja vs. (Nein)*

**Zusatzinformationen:** Fragestellung und Antwortkategorie zwischen SGB 2012 und SGB 2017 nicht identisch

**Multimorbidität**

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017

**N:** 21'249

**Frageitem:** Diesbezüglich keine direkte Fragestellung in den Umfragen vorhanden. Der Indikator basiert auf den einzelnen Fragestellungen zu den NCDs.

**Antwortoptionen:** Ja; Nein

**Indikator:**  $\geq 2$  NCDs vs. (0, 1 NCD).

Aufsummierung der Nennungen zu den 9 NCDs: Asthma, Arthrose/Arthritis, Osteoporose, Chronische Bronchitis/COPD/Emphysem, Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs, Diabetes und Depression. Multimorbidität > 2 NCDs.

**Zusatzinformationen:** Fragestellung und Antwortkategorie zu den NCDs zwischen SGB 2012 und SGB 2017 nicht identisch.

#### **Rückenschmerzen (Stark, 4 Woche)**

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017

**N:** 21'406

**Frageitem:** Ich lese Ihnen jetzt verschiedene Beschwerden vor. Bitte sagen Sie mir jedes Mal, ob Sie das in den letzten 4 Wochen überhaupt nicht, ein bisschen oder stark gehabt haben: Rücken- oder Kreuzschmerzen.

**Antwortoptionen:** Stark, ein bisschen, überhaupt nicht

**Indikator:** *Stark vs. (ein bisschen, überhaupt nicht)*

#### **Schwächegefühl (Stark, 4 Wochen)**

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017

**N:** 21'403

**Frageitem:** Ich lese Ihnen jetzt verschiedene Beschwerden vor. Bitte sagen Sie mir jedes Mal, ob Sie das in den letzten 4 Wochen überhaupt nicht, ein bisschen oder stark gehabt haben: Allgemeine Schwäche, Müdigkeit, Energielosigkeit.

**Antwortoptionen:** Stark, ein bisschen, überhaupt nicht

**Indikator:** *Stark vs. (ein bisschen, überhaupt nicht)*

#### **Bauchschmerzen (Stark, 4 Wochen)**

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017

**N:** 21'403

**Frageitem:** Ich lese Ihnen jetzt verschiedene Beschwerden vor. Bitte sagen Sie mir jedes Mal, ob Sie das in den letzten 4 Wochen überhaupt nicht, ein bisschen oder stark gehabt haben: Schmerzen oder Druckgefühl im Bauch.

**Antwortoptionen:** Stark, ein bisschen, überhaupt nicht

**Indikator:** *Stark vs. (ein bisschen, überhaupt nicht)*

#### **Durchfall, Verstopfung (Stark, 4 Wochen)**

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017

**N:** 21'400

**Frageitem:** Ich lese Ihnen jetzt verschiedene Beschwerden vor. Bitte sagen Sie mir jedes Mal, ob Sie das in den letzten 4 Wochen überhaupt nicht, ein bisschen oder stark gehabt haben: Durchfall, Verstopfung oder beides.

**Antwortoptionen:** Stark, ein bisschen, überhaupt nicht

**Indikator:** *Stark vs. (ein bisschen, überhaupt nicht)*

#### **Schlafstörungen (Stark, 4 Wochen)**

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017

**N:** 21'404

**Frageitem:** Ich lese Ihnen jetzt verschiedene Beschwerden vor. Bitte sagen Sie mir jedes Mal, ob Sie das in den letzten 4 Wochen überhaupt nicht, ein bisschen oder stark gehabt haben: Einschlaf- oder Durchschlafstörungen.

**Antwortoptionen:** Stark, ein bisschen, überhaupt nicht

**Indikator:** *Stark vs. (ein bisschen, überhaupt nicht)*

#### **Kopfschmerzen (Stark, 4 Wochen)**

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017

**N:** 21'387

**Frageitem:** Ich lese Ihnen jetzt verschiedene Beschwerden vor. Bitte sagen Sie mir jedes Mal, ob Sie das in den letzten 4 Wochen überhaupt nicht, ein bisschen oder stark gehabt haben: Kopfschmerzen, Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen.

**Antwortoptionen:** Stark, ein bisschen, überhaupt nicht

**Indikator:** *Stark vs. (ein bisschen, überhaupt nicht)*

### **Herzjagen (Stark, 4 Wochen)**

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017

**N:** 21'404

**Frageitem:** Ich lese Ihnen jetzt verschiedene Beschwerden vor. Bitte sagen Sie mir jedes Mal, ob Sie das in den letzten 4 Wochen überhaupt nicht, ein bisschen oder stark gehabt haben: Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern.

**Antwortoptionen:** Stark, ein bisschen, überhaupt nicht

**Indikator:** *Stark vs. (ein bisschen, überhaupt nicht)*

### **Schmerzen im Brustbereich (Stark, 4 Wochen)**

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017

**N:** 21'401

**Frageitem:** Ich lese Ihnen jetzt verschiedene Beschwerden vor. Bitte sagen Sie mir jedes Mal, ob Sie das in den letzten 4 Wochen überhaupt nicht, ein bisschen oder stark gehabt haben: Schmerzen oder Druck im Brustbereich.

**Antwortoptionen:** Stark, ein bisschen, überhaupt nicht

**Indikator:** *Stark vs. (ein bisschen, überhaupt nicht)*

### **Schmerzen Nacken/Schultern (Stark, 4 Wochen)**

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017

**N:** 21'401

**Frageitem:** Ich lese Ihnen jetzt verschiedene Beschwerden vor. Bitte sagen Sie mir jedes Mal, ob Sie das in den letzten 4 Wochen überhaupt nicht, ein bisschen oder stark gehabt haben: Schmerzen in den Schultern, im Nacken und/oder in den Armen.

**Antwortoptionen:** Stark, ein bisschen, überhaupt nicht

**Indikator:** *Stark vs. (ein bisschen, überhaupt nicht)*

## 8.3.4 Gesundheitsverhalten

### **Übergewicht/ Adipositas**

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017; SILC: 2007-2018

**N:** 131'441

**Frageitem:** Können Sie mir sagen, wie gross Sie ohne Schuhe sind? Und wie schwer sind Sie ohne Kleider?

**Antwortoptionen:** Angabe in cm / Angabe in kg

**Indikator:** *Adipositas/Übergewicht vs. (Normalgewicht; Untergewicht)* Der hier verwendete Indikator weist den Anteil der adipösen und übergewichtigen Personen in Vergleich zu den Untergewichtigen und Normalgewichtigen aus. (BFS 2020, S. 8). BMI=Körpergewicht in Kilo / (Körpergrösse in Meter)<sup>2</sup> Kategorisierung der Werte (BFS, 2020):

Untergewicht: BMI kleiner als 18.5; Normalgewicht: BMI grösser als 18.5 und kleiner als 25; Übergewicht: BMI grösser als 25 und kleiner als 30; Adipositas: BMI grösser als 30

### **Gemüse/Früchte (Weniger als 1 Portion)**

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017

**N:** 21'281

**Frageitem:** An wie vielen Tagen pro Woche essen Sie gewöhnlich Gemüse oder Salat [Früchte] oder trinken Sie Gemüsesäfte [Fruchtsäfte]?

Gaben die Befragten 5 Tage pro Woche oder mehr an, wurde zudem gefragt:

Und wie viele Portionen Gemüse, Salat oder Gemüsesäfte [Früchte oder Fruchtsäfte] nehmen Sie im Durchschnitt am Tag zu sich? Eine Portion wäre etwa so gross wie Ihre Hand voll, also 1 Apfel, 1 Birne. Beim Saft sind es etwa 2dl.

**Antwortoptionen:** Nie; Weniger als 1 Tag pro Woche; 1 Tag pro Woche; 2 Tage pro Woche; 3 Tage pro Woche;

4 Tage pro Woche; 5 Tage pro Woche; 6 Tage pro Woche; 7 Tage pro Woche

Weniger als 1 Portion; 1 Portion; 2 Portionen; 3 Portionen; 4 Portionen; 5 Portionen und mehr

**Indikator:** *Weniger als eine Portion Gemüse und Früchte pro Tag an mind. fünf Tagen pro Woche vs. (1 oder 2 Portionen; 3 oder 4 Portionen; 5 oder mehr Portionen Gemüse und Früchte pro Tag an mind. fünf Tagen pro Woche).*

Der Indikator basiert auf dem Index FIVEDAY der SGB (BFS 2020, S.33). Empfohlen wird, mind. fünfmal am Tag Gemüse oder Früchte zu sich zu nehmen (BLV, 2021). Aufgrund der Frageführung in der SGB können nur Informationen zum Konsum an mindestens 5 Tagen pro Woche und nicht zum täglichen Konsum zusammengestellt werden.

### **Körperliche Inaktivität (letzte 7 Tage)**

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017

**N:** 21'128

**Frageitem:** Kommen Sie in Ihrer Freizeit mindestens einmal pro Woche durch körperliche Betätigung zum Schwitzen? z.B. durch Rennen, Velofahren, Sport treiben usw. Minuten pro Tag körperliche Aktivität mit Ausser-Atem-Kommen

**Antwortoptionen:** Anzahl Tage pro Woche körperliche Aktivität mit Schwitzen in der Freizeit. Anzahl Tage pro Woche mit körperlicher Aktivität, bei der Sie ausser Atem kommen

**Indikator:** *Inaktiv vs. (teilaktiv; aktiv)*. Der Indikator körperliche Inaktivität zeigt den Anteil Inaktiver gegenüber den Aktiven und Teilaktiven (BFS 2020, S.30). Der Indikator basiert auf den Gruppen:

Inaktiv: Pro Woche: < 30 Minuten mässige körperliche Aktivität oder <1 Mal intensive körperliche Aktivität

Teilaktiv: Pro Woche: 30-149 Minuten mässige körperliche Aktivität oder 1 Mal intensive körperliche Aktivität.

Aktiv: Pro Woche  $\geq$ 150 Minuten mässige körperliche Aktivität oder 2 Mal intensive körperliche Aktivität.

## 8.3.5 Medikamenteneinnahme und Suchtmittelkonsum

### **Schlafmittel (mind. mehrmals letzte 7 Tage)**

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017

**N:** 21'133

**Frageitem:** Haben Sie in den letzten 7 Tagen irgendein Medikament genommen? Wie oft haben Sie in den letzten 7 Tagen Schlafmittel genommen? (z.B. Imovane, Sonata, Valverde)

**Antwortoptionen:** Ja; Nein

Täglich; Mehrmals pro Woche; etwa 1 Mal pro Woche; Nie

**Indikator:** *Täglich; Mehrmals pro Woche vs. (etwa 1 Mal pro Woche; Nie; keine Medikamente eingenommen)*. Der Indikator zeigt den Anteil Personen, die mind. mehrmals in den letzten 7 Tagen Schlafmittel eingenommen haben.

**Zusatzinformationen:** Fragestellung zwischen SGB 2012 und SGB 2017 leicht abweichend.

### **Beruhigungsmittel (mind. mehrmals letzte 7 Tage)**

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017

**N:** 21'128

**Frageitem:** Haben Sie in den letzten 7 Tagen irgendein Medikament genommen? Wie oft haben Sie in den letzten 7 Tagen Mittel zur Beruhigung genommen? (z.B. Valium, Ativan, Xanax, Temesta)

**Antwortoptionen:** Ja; Nein / Täglich; Mehrmals pro Woche; etwa 1 Mal pro Woche; Nie

**Indikator:** *Täglich; Mehrmals pro Woche vs. (etwa 1 Mal pro Woche; Nie; keine Medikamente eingenommen)*. Der Indikator zeigt den Anteil Personen, die mind. mehrmals in den letzten 7 Tagen Beruhigungsmittel eingenommen haben.

**Zusatzinformationen:** Fragestellung zwischen SGB 2012 und SGB 2017 leicht abweichend.

### **Schmerzmitteleinnahme (mind. mehrmals letzte 7 Tage)**

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017

**N:** 21'133

**Frageitem:** Haben Sie in den letzten 7 Tagen irgendein Medikament genommen? Wie oft haben Sie in den letzten 7 Tagen Mittel gegen Schmerzen genommen?

**Antwortoptionen:** Ja; Nein / Täglich; Mehrmals pro Woche; etwa 1 Mal pro Woche; Nie

**Indikator:** *Täglich; Mehrmals pro Woche vs. (etwa 1 Mal pro Woche; Nie; keine Medikamente eingenommen)*. Der Indikator zeigt den Anteil Personen, die mind. mehrmals in den letzten 7 Tagen Schmerzmittel eingenommen haben.

**Zusatzinformationen:** Fragestellung zwischen SGB 2012 und SGB 2017 leicht abweichend.

### **Mittleres/erhöhtes Risiko chronischen Alkoholkonsums**

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017

**N:** 21'314

**Frageitem:** Der Indikator stützt sich auf eine Kombination von Fragen zum Konsum von Bier/Wein /Spirituosen/Alkopops in den 12 Monaten vor dem Interview (Häufigkeit und Menge).

**Indikator:** *Mittleres oder erhöhtes Risiko vs. (Geringes Risiko; abstinent).*

Der Index mittleres/ erhöhtes Risiko chronischen Alkoholkonsums zeigt den Anteil Personen, die einen mittleren oder hohen durchschnittlichen täglichen Alkoholkonsum angeben, gegenüber Personen die gelegentlich Alkoholkonsumieren oder abstinent sind.

Der chronisch risikoreichen Alkoholkonsums (Indikator ALCCHRON3, BFS, 2020) basiert auf dem Index AGRAMTAG aus der SGB. Der Index berechnet den durchschnittlichen Alkoholkonsum in Gramm pro Tag. Er stützt sich auf eine Kombination von Fragen zum Konsum von Bier/ Wein/ Spirituosen/ Alkopops in den 12 Monaten vor dem Interview (Häufigkeit und Menge).

Berücksichtigt werden Personen, die einen durchschnittlichen täglichen Alkoholkonsum angeben, der ein mittleres (Frauen: 20 g bis 40 g reiner Alkohol, d.h. 2 bis 4 Standardgläser, Männer: 40 g bis 60 g, d.h. 4 bis 6 Standardgläser\*) oder ein hohes Gesundheitsrisiko (Frauen: > 40 g, d.h. über 4 Standardgläser, Männer > 60 g, d.h. über 6 Standardgläser) darstellt.

\*1 Standardglas = 1 Glas Wein/Bier/Schnaps = 10 bis 12 g reiner Alkohol.

### **Tägliches Rauchen**

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017

**N:** 21'409

**Frageitem:** Rauchen Sie, wenn auch nur selten? Rauchen Sie täglich?

**Antwortoptionen:** Ja; Nein

**Indikator:** *Täglicher Tabakkonsum vs. (seltener & kein Tabakkonsum).* Der Indikator "Täglicher Tabakkonsum" setzt sich zusammen aus allen Personen, die angeben, täglich zu rauchen. Täglicher Tabakkonsum vs. seltener und kein Tabakkonsum. Der Indikator basiert auf dem in der SGB zusammengestellten Indikator "Daysmoke" (BFS, 2020).

### **Cannabis Konsum (letzte 30 Tage)**

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017

**N:** 21'349

**Frageitem:** Haben Sie schon einmal Cannabis (Haschisch/Marihuana) genommen? Haben Sie in den letzten 30 Tagen Cannabis (Haschisch / Marihuana) genommen?

**Antwortoptionen:** Ja; Nein / Täglich; Mehrmals pro Woche; etwa 1 Mal pro Woche; Nie

**Indikator:** *Ja, in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert vs. (Nein).*

Der Indikator zeigt den Anteil der Personen, die in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert haben.

## **8.3.6 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen**

### **Anzahl Generalistinnen/Generalistenbesuche inkl. Hausarzt (letzte 12 Monate)**

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017

**N:** 21'242

**Frageitem:** Sind Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Arzt (inklusive Spezialisten und Gynäkologen) gewesen, den Zahnarzt nicht mitgerechnet? Wie häufig sind Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Allgemeinpraktiker oder bei Ihrem Hausarzt gewesen?

**Antwortoptionen:** Ja; Nein / Anzahl (1 bis 97)

**Indikator:** *Anzahl Generalistenbesuche.*

Der Indikator basiert auf dem Indikator "NBGENERA" der SGB (BFS 2020, S. 74). Er zeigt, die Anzahl Besuche bei einem Generalisten bzw. Allgemeinpraktiker/Hausarzt innerhalb der letzten 12 Monate.

### **Anzahl Spezialistinnen-/Spezialistenbesuche (letzte 12 Monate)**

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017



**N:** 21'283

**Frageitem:** Wie häufig sind Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Spezialisten gewesen? (Männer)

Wie häufig sind Sie in den letzten 12 Monaten bei einem anderen Spezialisten, ausser dem Frauenarzt, gewesen? (Frauen)

**Antwortoptionen:** Anzahl (1 bis 97)

**Indikator:** *Anzahl Spezialistinnen/Spezialistenbesuche.*

Der Indikator basiert auf dem Indikator "NBSPECIA" der SGB (BFS 2020, S. 75). Er zeigt, die Anzahl Besuche bei einem Spezialisten (ohne Frauenarztbesuche) innerhalb der letzten 12 Monate.

### **Spitalaufenthalt (letzte 12 Monate)**

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017

**N:** 21'409

**Frageitem:** Wie viel Mal sind Sie in den letzten 12 Monaten im Spital oder in einer Spezialklinik gewesen, Kuraufenthalte nicht mitgerechnet?

**Antwortoptionen:** Anzahl

**Indikator:** *Ja vs. (Nein).* Wobei "Ja" einer Anzahl von mind. "1" Aufenthalt im Spital oder einer Spezialklinik entspricht und "Nein" mit der Nennung "0" kein Aufenthalt in einem Spital oder einer Spezialklinik gleichgesetzt wurde.

### **Notfallstation (letzte 12 Monate)**

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017

**N:** 21'406

**Frageitem:** SGB 2017: Wie viel Mal sind Sie in den letzten 12 Monaten notfallmässig in einer Notfallstation von einem Spital, in einem Gesundheitszentrum oder in einer Poliklinik gewesen? SGB 2012: Sind Sie in den letzten 12 Monaten in einer Notfallstation von einem Spital, in einem Spital Ambulatorium oder in einer Poliklinik gewesen?

**Antwortoptionen:** SGB 2017: Anzahl / SGB 2012: Ja; Nein

**Indikator:** *Ja vs. (Nein).* Wobei "Ja" einer Anzahl von mind. "1" Aufenthalt auf einer Notfallstation von einem Spital, in einem Gesundheitszentrum oder in einer Poliklinik bzw. einem Aufenthalt auf einer Notfallstation von einem Spital, in einem Spital in einer Poliklinik entspricht und "Nein" mit der Nennung "0" bzw. "Nein" kein Aufenthalt auf einer Notfallstation gleichgesetzt wurden.

### **Behandlung psychischer Probleme (letzte 12 Monate)**

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017

**N:** 21'304

**Frageitem:** Sind Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung gewesen wegen einem psychischen Problem?

**Antwortoptionen:** Ja; Nein

**Indikator:** *Ja vs. (Nein)*

**Zusatzinformationen:** Eingeschlossen sind Behandlungen bei einem Psychologen, Psychotherapeuten; Psychiater, Allgemeinarzt, Internisten; anderer Arzt; komplementärmedizinischer Therapeut (z.B. Naturheilpraktiker, Magnetopath, Ayurveda; andere nicht medizinische Therapeuten (z.B. Tanz-, Mal-, Theatertherapie, Yoga, Schamane); andere Berufe.

### **Zahnarzt (letzte 12 Monate)**

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017; SILC: 2017

**N:** 31'194

**Frageitem:** SGB: Wie viele Male sind Sie in den letzten 12 Monaten wegen Gesundheitsproblemen oder für Kontrolluntersuchungen bei einem der folgenden Spezialisten gewesen? a) Zahnarzt/Zahnärztin \_ \_ mal b) Dentalhygieniker/in \_ \_ mal

SILC: Wie häufig sind Sie in den letzten 12 Monate für Sie selber bei einem Zahnarzt oder Kieferorthopäden gewesen?

INBEGRIFFEN: Behandlung beim Dentalhygieniker, Behandlungen beim Stomatologen (behandelt Mund- und Zahnkrankheiten), Behandlungen im Ausland.

**Antwortoptionen:** SGB: a) Zahnarzt/Zahnärztin \_ \_ mal b) Dentalhygieniker/in \_ \_ mal / SILC: Nie; 1 bis 2 mal; 3 bis 5 mal; 6 bis 9 mal; 10 mal oder mehr

**Indikator:** *Ja vs. (Nein)*. Zur Bildung des Indikators wurden die Angaben in der SGB und die Angaben von SILC zusammengeführt. "Ja" wurde vergeben, wenn in den letzten 12 Monaten mind. ein Besuch beim Zahnarzt/ der Zahnärztin/ der Dentalhygiene bzw. dem Kieferorthopäden angegeben wurde. Der Indikator wurde auf "Nein" gesetzt, wenn die Befragten angeben, 0 Mal bzw. Nie bei den genannten Dienstleistern gewesen zu sein.

**Zusatzinformationen:** Fragestellung und Antwortkategorisierung abweichend zwischen SGB und SILC

#### **Kein Frauenarztbesuch (letzte 12 Monate)**

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017

**N:** 10'598

**Frageitem:** Wie häufig sind Sie in den letzten 12 Monaten beim Frauenarzt gewesen?

**Antwortoptionen:** Anzahl

**Indikator:** *Ja vs. (Nein)*. Wobei "Ja" keinem/ Null Frauenarztbesuchen entspricht und "Nein" mit mind. 1 Frauenarztbesuch in den letzten 12 Monaten gleichgesetzt wurde.

#### **Keine Gebärmutterhalsabstrich (letzte 3 Jahre)**

**Quelle(n):** SGB: 2012, 2017

**N:** 8'744

**Frageitem:** Haben Sie schon einmal einen Gebärmutterhalsabstrich (PAP-Test) machen lassen? Wann ist der Gebärmutterhalsabstrich bei Ihnen das letzte Mal durchgeführt worden? Zusätzliche Fragen, falls sich Person nicht an das genaue Datum erinnern konnte.

**Antwortoptionen:** Ja; Nein / Monat / Jahr

**Indikator:** *Gebärmutterhalsabstrich vor 3 Jahren oder mehr; Nie vs. (in den letzten 12 Monaten; Vor 1 bis weniger als 3 Jahren)*

**Zusatzinformationen:** Fragestellung zwischen SGB 2012 und SGB 2017 nicht identisch. Gemäss BFS (2020) ist die Vergleichbarkeit zwischen den Jahren 2012 und 2017 dennoch gewährleistet.

### 8.3.7 Nichtinanspruchnahme medizinischer Leistungen

#### **Nichtinanspruchnahme medizinische Untersuchung aus finanziellen Gründen**

**Quelle(n):** SILC: 2007-2018

**N:**

**Frageitem:** Haben Sie in den vergangenen zwölf Monaten einen Arzt nicht besuchen können oder eine Behandlung nicht gemacht, obwohl Sie sie nötig gehabt hätten? (SILC 2007-2014). Haben oder hätten Sie selber in den letzten 12 Monaten eine medizinische Untersuchung oder Behandlung wirklich nötig gehabt? (SILC 2015-2019). Was ist der Hauptgrund gewesen, dass Sie keinen Arzt aufgesucht oder in keine Behandlung gegangen sind, obwohl es nötig gewesen wäre? (SILC 2007-2014). Was ist der Hauptgrund gewesen, warum Sie nicht in eine medizinische Untersuchung oder Behandlung haben können gehen, obwohl es nötig gewesen wäre? (SILC 2015-2019)

**Antwortoptionen:** Ja, ist mindestens einmal vorgekommen; Nein, ist nicht vorgekommen. / Aus finanziellen Gründen (zu teuer) oder nicht durch die Versicherung gedeckt; Warteliste zu lang; Hatte keine Zeit aus beruflichen Gründen oder wegen der Betreuung von Kindern oder anderen Personen; Anreise zu weit/kein Transportmittel verfügbar; Angst vor Zahnärzten/Ärzten/Krankenhäusern, Untersuchung oder Behandlung; Wollte abwarten, ob Besserung von alleine eintrat; Kannte keinen guten Zahnarzt, Arzt oder Spezialisten; andere Gründe

**Indikator** *Ja vs. (Nein)*. Der Indikator wurde auf "Ja" gesetzt, wenn die befragte Person angab, dass die medizinische Untersuchung aus finanziellen Gründen (zu teuer) nicht beansprucht wurde oder weil diese nicht durch die Versicherung gedeckt war. "Nein" wurde vergeben, wenn aus einem anderen Grund eine medizinische Untersuchung nicht in Anspruch genommen werden konnte oder eine medizinische Untersuchung nicht notwendig war.

**Zusatzinformationen:** Fragestellung zwischen SILC 2007-2014 und SILC 2015-2019 leicht abgeändert.

### **Nichtinanspruchnahme medizinische Untersuchung aus anderen Gründen**

**Quelle(n):** SILC: 2007-2018

**N:**

**Frageitem:** Siehe oben.

**Antwortoptionen:** Siehe oben.

**Indikator:** *Ja vs. (Nein)*. Der Indikator wurde auf "Ja" gesetzt, wenn die befragte Person angab, dass die medizinische Untersuchung aus anderen Gründen (Warteliste zu lang; Hatte keine Zeit aus beruflichen Gründen oder wegen der Betreuung von Kindern oder anderen Personen etc.) nicht beansprucht wurde. "Nein" wurde vergeben, wenn aus finanziellen Gründen eine medizinische Untersuchung nicht in Anspruch genommen werden konnte oder eine medizinische Untersuchung nicht notwendig war.

**Zusatzinformationen:** Fragestellung zwischen SILC 2007-2014 und SILC 2015-2019 leicht abgeändert.

### **Nichtinanspruchnahme Zahnuntersuchung aus finanziellen Gründen**

**Quelle(n):** SILC: 2007-2018

**N:**

**Frageitem:** Haben Sie in den vergangenen zwölf Monaten eine Zahnkontrolle oder eine Behandlung nicht können machen, obwohl sie nötig gewesen wäre? (SILC 2007-2014) Haben oder hätten Sie selber in den letzten 12 Monaten eine zahnärztliche Kontrolle oder Behandlung wirklich nötig gehabt? (SILC 2015-2019) Was ist der Hauptgrund gewesen, dass Sie beim Zahnarzt eine Kontrolle oder eine Behandlung nicht gemacht haben, obwohl Sie sie nötig gehabt hätten? (SILC 2007-2014) Was ist der Hauptgrund gewesen, warum Sie nicht in eine zahnärztliche Kontrolle oder Behandlung haben können gehen, obwohl es nötig gewesen wäre? (SILC 2015-2019)

**Antwortoptionen:** Ja, ist mindestens einmal vorgekommen; Nein, ist nicht vorgekommen / Aus finanziellen Gründen (zu teuer) oder nicht durch die Versicherung gedeckt; Warteliste zu lang; Hatte keine Zeit aus beruflichen Gründen oder wegen der Betreuung von Kindern oder anderen Personen; Anreise zu weit/kein Transportmittel verfügbar; Angst vor Zahnärzten/Ärzten/Krankenhäusern, Untersuchung oder Behandlung; Wollte abwarten, ob Besserung von alleine eintrat; Kannte keinen guten Zahnarzt, Arzt oder Spezialisten; andere Gründe

**Indikator:** *Ja vs. (Nein)* Der Indikator wurde auf "Ja" gesetzt, wenn die befragte Person angab, dass die Zahnbehandlung oder Zahnkontrolle aus finanziellen Gründen (zu teuer) nicht beansprucht wurde oder weil diese nicht durch die Versicherung gedeckt war. "Nein" wurde vergeben, wenn aus einem anderen Grund eine zahnärztliche Untersuchung nicht in Anspruch genommen werden konnte oder ein Zahnarztbesuch nicht notwendig war.

**Zusatzinformationen:** Fragestellung zwischen SILC 2007-2014 und SILC 2015-2019 leicht abgeändert.

### **Nichtinanspruchnahme Zahnuntersuchung andere Gründe**

**Quelle(n):** SILC: 2007-2018

**N:**

**Frageitem:** Siehe oben

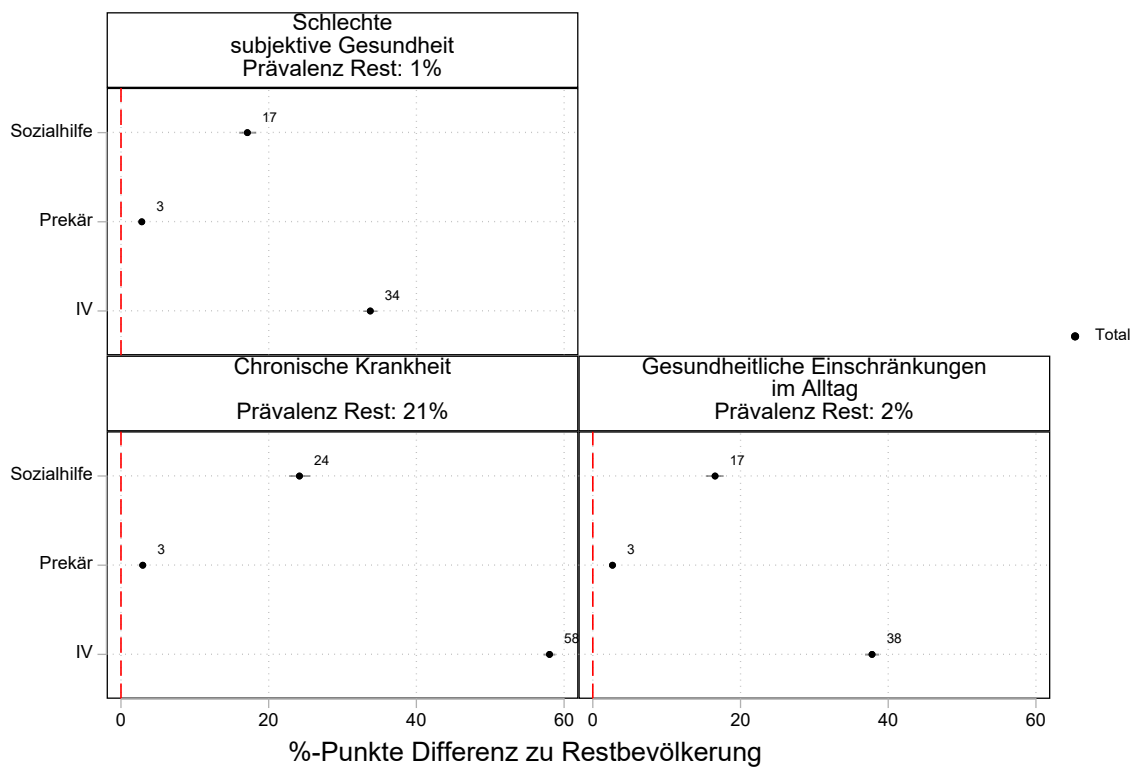
**Antwortoptionen:** Siehe oben

**Indikator:** *Ja vs. (Nein)*. Der Indikator wurde auf "Ja" gesetzt, wenn die befragte Person angab, dass die zahnärztliche Untersuchung aus anderen Gründen (Warteliste zu lang; Hatte keine Zeit aus beruflichen Gründen oder wegen der Betreuung von Kindern oder anderen Personen etc.) nicht beansprucht wurde. "Nein" wurde vergeben, wenn aus finanziellen Gründen eine medizinische Untersuchung nicht in Anspruch genommen werden konnte oder eine medizinische Untersuchung nicht notwendig war.

**Zusatzinformationen:** Fragestellung zwischen SILC 2007-2014 und SILC 2015-2019 leicht abgeändert.

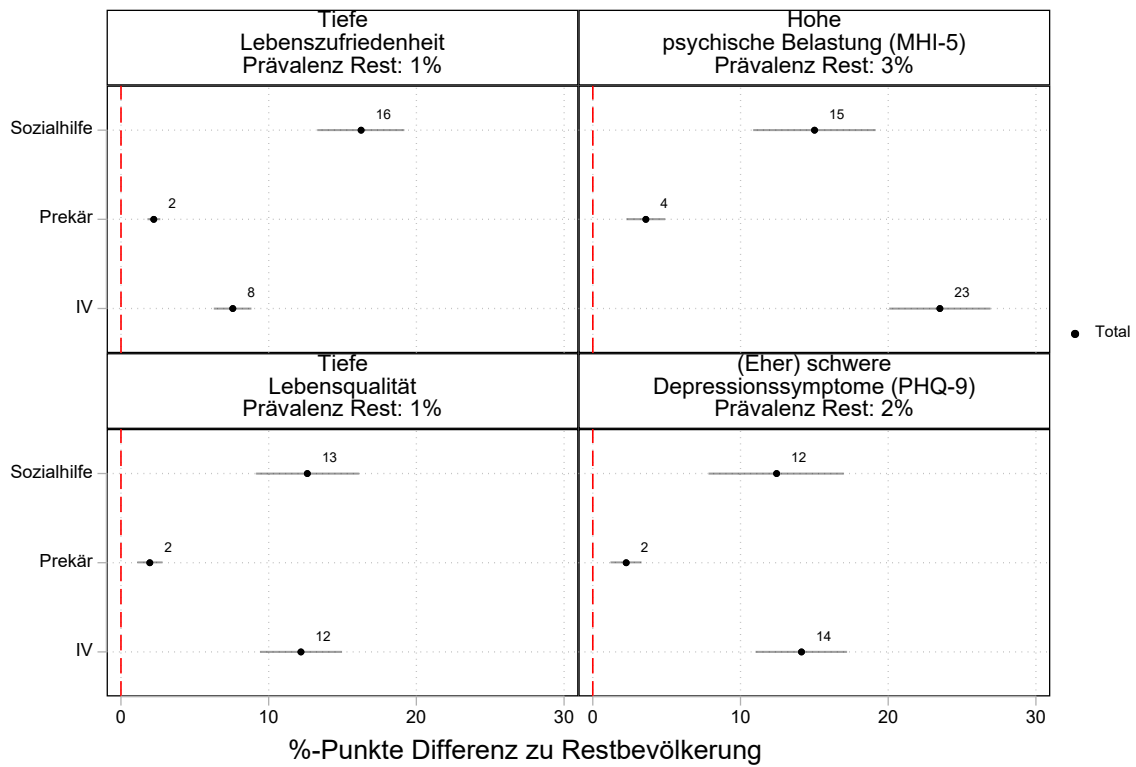
## 8.4 Gesundheitsprofil

ABBILDUNG A 3: ALLGEMEINER GESUNDHEITSZUSTAND – GRUPPENVERGLEICH (UNADJUSTIERT)



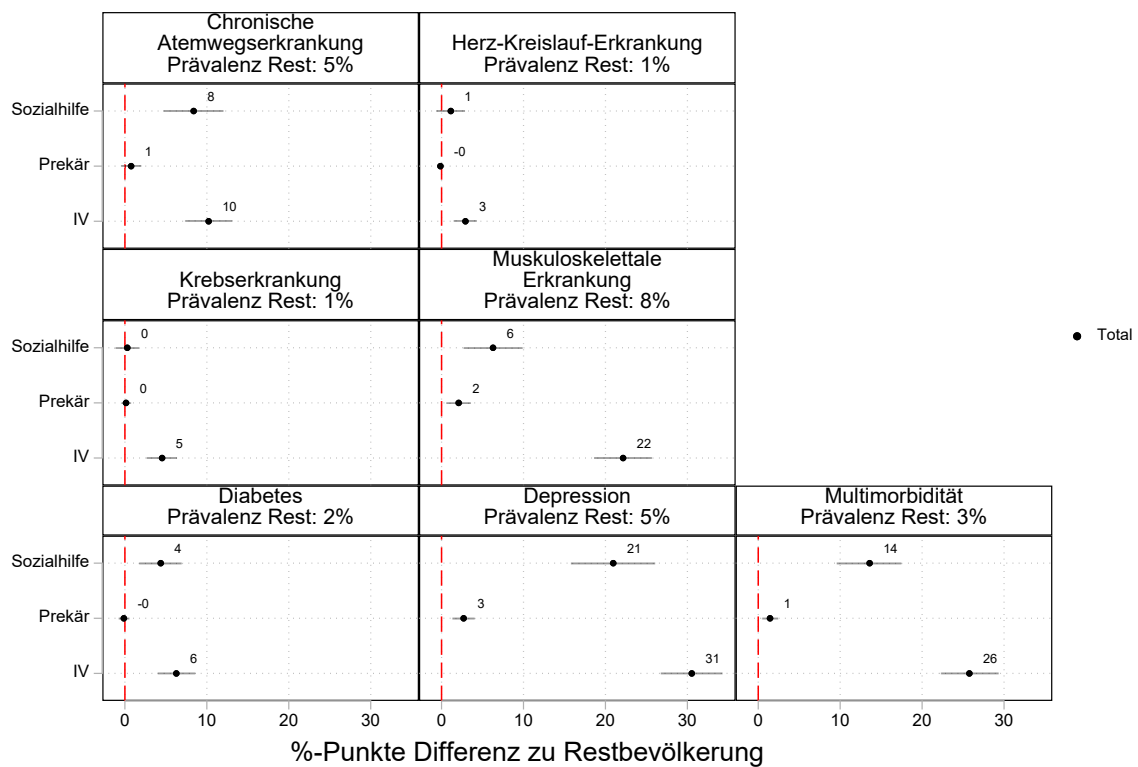
Vgl. Tabelle 4 für Hinweise zu Quellen, Fallzahlen und Operationalisierung.

ABBILDUNG A 4: WOHLBEFINDEN UND PSYCHISCHE GESUNDHEIT - GRUPPENVERGLEICH (UNADJUSTIERT)



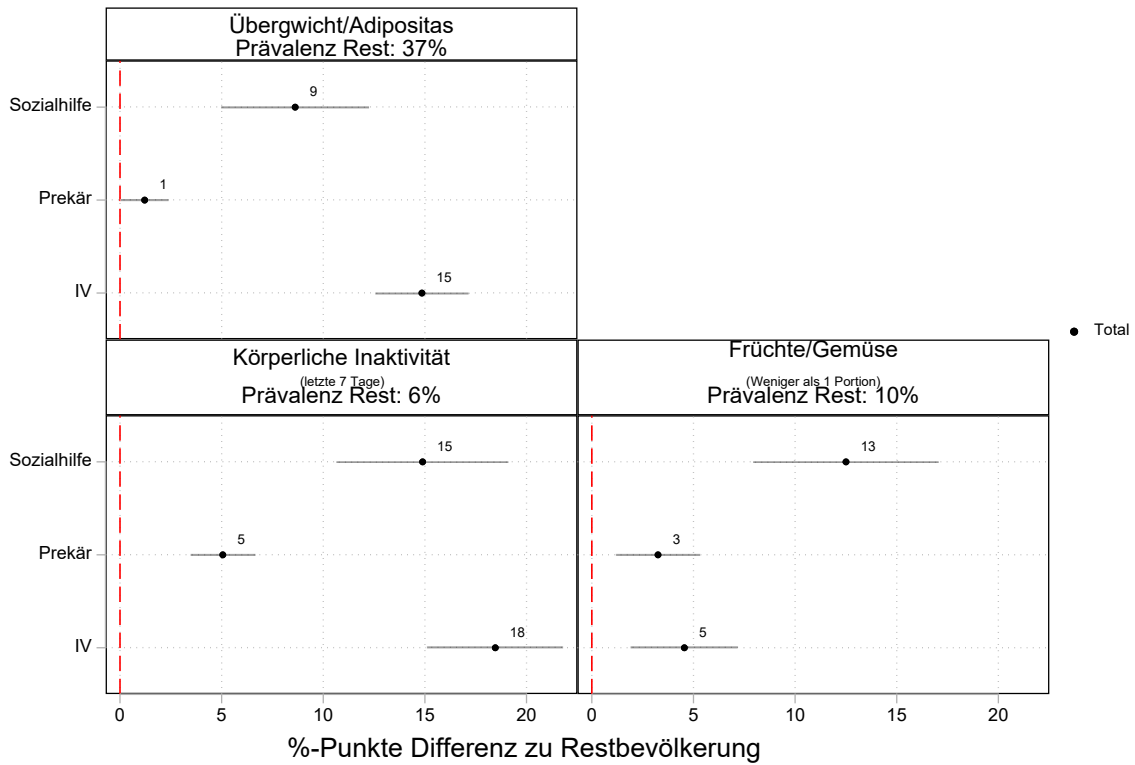
Vgl. Tabelle 4 für Hinweise zu Quellen, Fallzahlen und Operationalisierung.

ABBILDUNG A 5: NICHTÜBERTRAGBARE KRANKHEITEN (NCD) UND MULTIMORBIDITÄT (IN DEN LETZTEN 12 MONATEN) - GRUPPENVERGLEICH (UNADJUSTIERT)



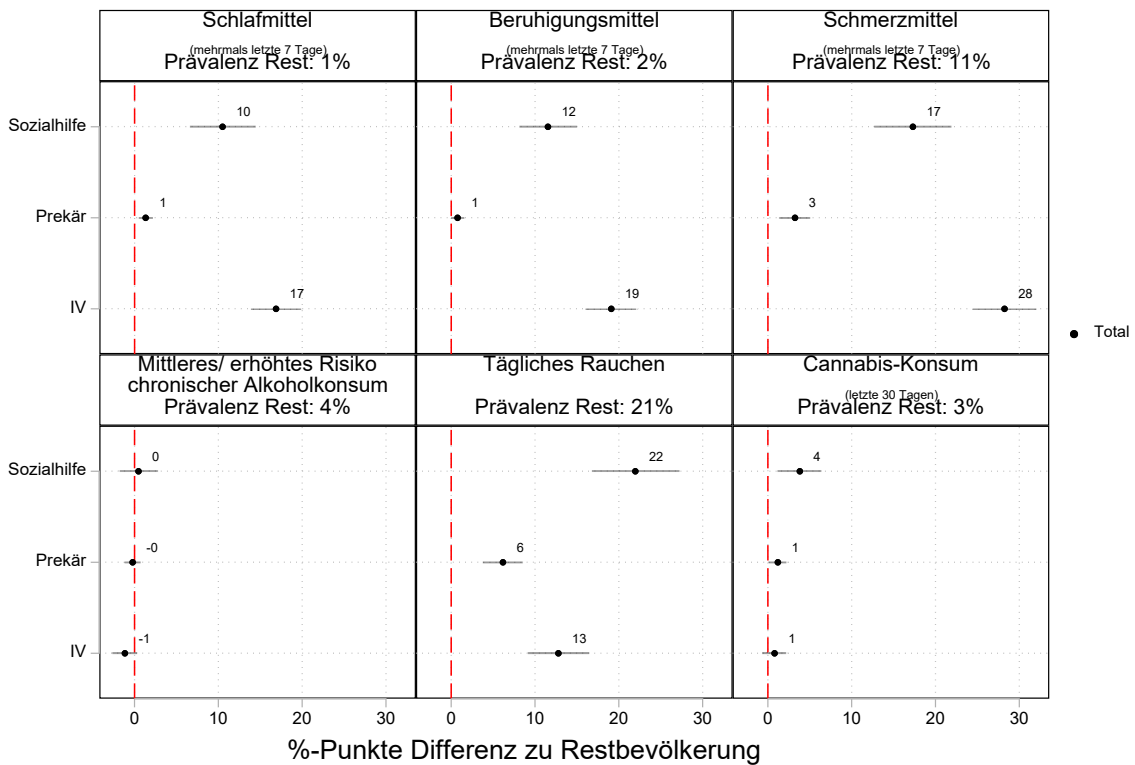
Vgl. Tabelle 4 für Hinweise zu Quellen, Fallzahlen und Operationalisierung.

ABBILDUNG A 6: GESUNDHEITSVERHALTEN - GRUPPENVERGLEICH (UNADJUSTIERT)



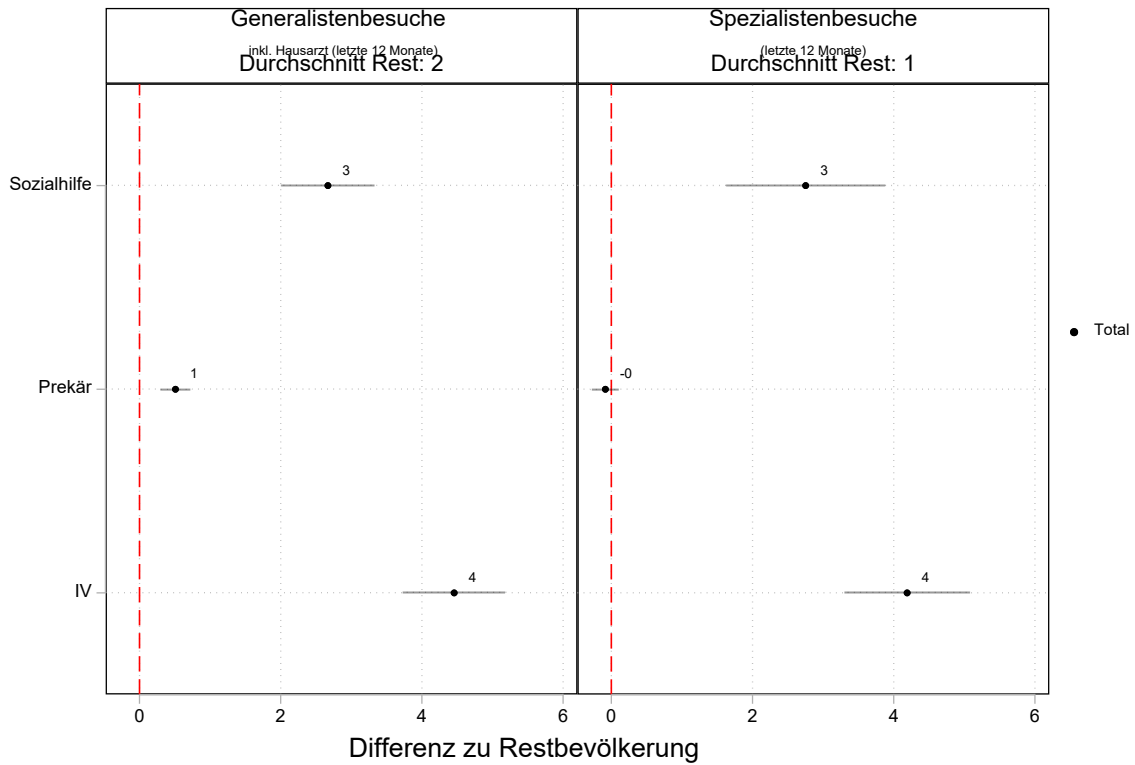
Vgl. Tabelle 4 für Hinweise zu Quellen, Fallzahlen und Operationalisierung.

ABBILDUNG A 7: MEDIKAMENTENEINNAHME UND SUCHTMITTELKONSUM - GRUPPENVERGLEICH (UNADJUSTIERT)



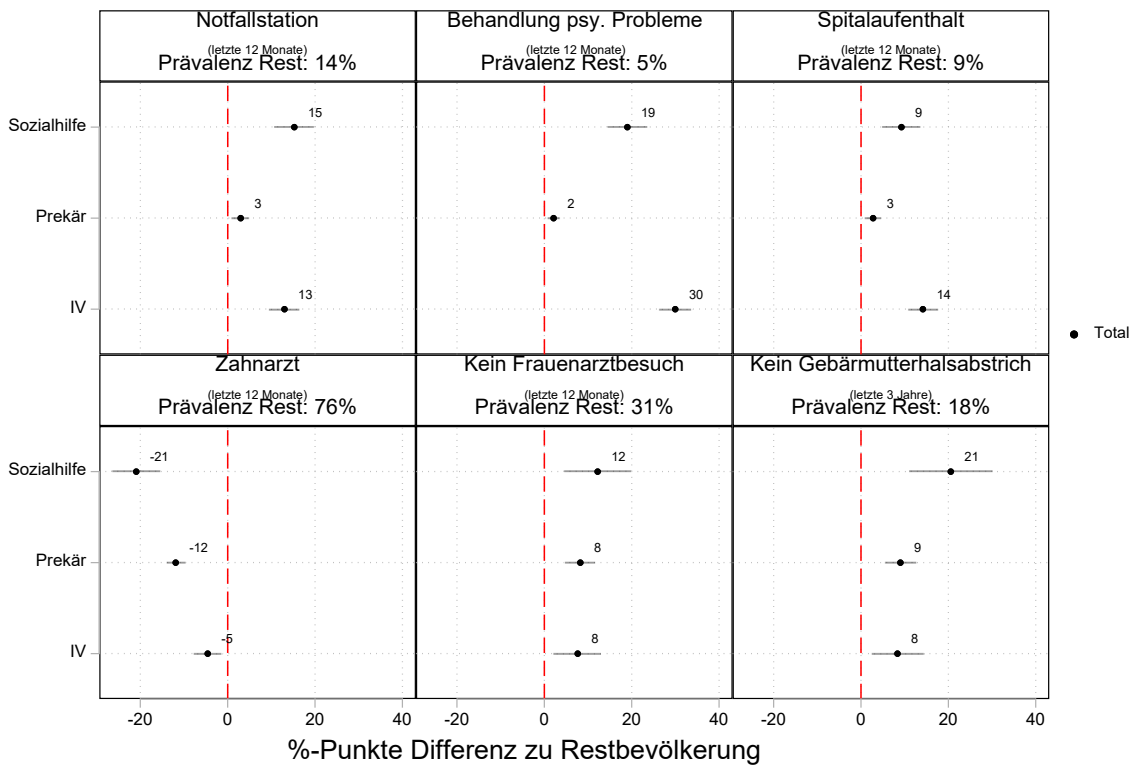
Vgl. Tabelle 4 für Hinweise zu Quellen, Fallzahlen und Operationalisierung.

**ABBILDUNG A 8: DURCHSCHNITTLICHE ANZAHL DER INANSPRUCHNAHME VON GESUNDHEITSDIENSTLEISTUNGEN - GRUPPENVERGLEICH (UNADJUSTIERT)**



Vgl. Tabelle 6 für Hinweise zu Quellen, Fallzahlen und Operationalisierung.

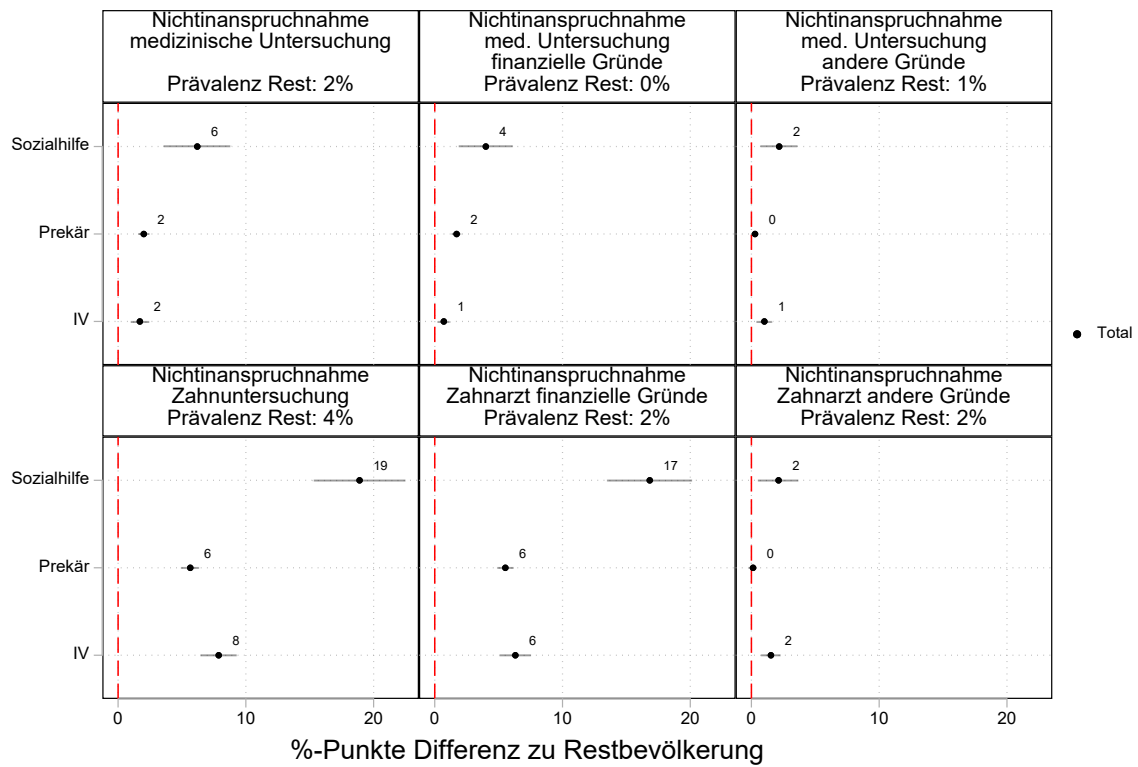
**ABBILDUNG A 9: INANSPRUCHNAHME GESUNDHEITSDIENSTLEISTUNGEN - GRUPPENVERGLEICH (UNADJUSTIERT)**



Vgl. Tabelle 6 für Hinweise zu Quellen, Fallzahlen und Operationalisierung.



ABBILDUNG A 10: NICHTINANSPRUCHNAHME MEDIZINISCHE UNTERSUCHUNG UND ZAHN-  
 ARZTLEISTUNGEN – GRUPPENVERGLEICH (UNADJUSTIERT)



Vgl. Tabelle 6 für Hinweise zu Quellen, Fallzahlen und Operationalisierung.