

BFS-Aktuell



01 Bevölkerung

Neuchâtel, April 2018

Demos 1/2018

Aktives Altern

Editorial

Die demografische Alterung in der Schweiz wird wie auch in den meisten anderen Ländern in den nächsten Jahrzehnten zu wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Herausforderungen führen. Die älteren Personen sind aber auch eine wertvolle, häufig unterschätzte Ressource und leisten einen wichtigen Beitrag zum sozialen Gefüge.

Die demografische Alterung bezeichnet die Abnahme des Anteils Kinder und Jugendlicher und die gleichzeitige Erhöhung des Anteils älterer Personen in einer Bevölkerung.

Damit die demografische Alterung einen positiven Einfluss auf das Wohlergehen und den sozialen Zusammenhalt der Schweiz hat, müssen Behörden und Zivilgesellschaft politische Strategien und Programme einführen, die das aktive Altern¹, d. h. die Gesundheit, die Teilhabe und die Sicherheit der älteren Mitbürgerinnen und Mitbürger fördern. Eine längere Lebensdauer muss mit einer guten Gesundheit, Teilnahmemöglichkeiten und einem Sicherheitsgefühl einhergehen. Sind alle diese Voraussetzungen erfüllt, wird von «aktivem Altern» gesprochen.

Zur Umsetzung einer Politik, die der Bevölkerung ein aktives Altern ermöglicht, bedarf es unter anderem zuverlässiger statistischer Informationen.

Dank solcher Daten können Bereiche mit Verbesserungspotenzial identifiziert und die Wirkung der eingeführten Massnahmen überprüft werden.

Diese Publikation soll zu einem besseren Verständnis des aktiven Alterns in der Schweiz beitragen. Sie beschreibt als Erstes die demografische Alterung in der Schweiz, deren Ursachen, aktueller Stand und künftige Entwicklung. Im zweiten Artikel wird die Situation älterer Menschen bezüglich Armutsgefährdung beschrieben. Der dritte Artikel befasst sich mit der Gesundheit, einem Hauptbestandteil aktiven Alterns. Als Letztes wird die Frage der statistischen Messung des aktiven Alterns behandelt, wobei der im Auftrag der Europäischen Union erarbeitete Index für aktives Altern vorgestellt wird. Mit diesem Index kann die Situation in verschiedenen europäischen Ländern verglichen und der Optimierungsbedarf in unterschiedlichen Bereichen aufgezeigt werden.

Stéphane Cotter (BFS)

Inhalt:

- 1 Demografische Alterung in der Schweiz
- 2 Armut erschwert aktives Altern
- 3 Die Gesundheit im Laufe der Zeit: Altern bis 80
- 4 Aktives Altern in Europa

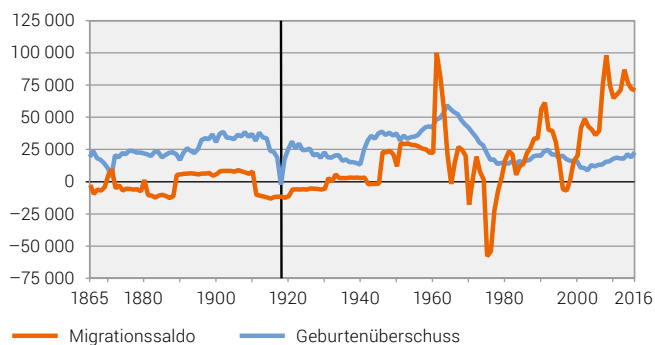
¹ Aktives Altern heisst, dass Menschen die Möglichkeit haben, im zunehmenden Alter ihre Gesundheit zu wahren, am Leben ihrer sozialen Umgebung teilzunehmen, ihre persönliche Sicherheit zu gewährleisten und derart ihre Lebensqualität zu verbessern (WHO 2002).

1 Demografische Alterung in der Schweiz

Von demografischer Alterung sprechen wir, wenn der Anteil der Kinder und Jugendlichen sinkt und jener der älteren Personen in der Bevölkerung steigt. Sie wird durch die Geburtenhäufigkeit und die Mortalität² sowie durch die Ein- und Auswanderung³ stark beeinflusst. Die Schweiz verzeichnet seit dem 19. Jahrhundert jährlich eine natürliche Zunahme der Bevölkerung, dies mit Ausnahme des Jahres 1918. Der Geburtenüberschuss, der erste Faktor der demografischen Alterung, war wegen der Spanischen Grippe stark rückgängig. Während der Babybooms der 1940er und der 1960er Jahre wurden überaus hohe Geburtenüberschüsse registriert. Der Wanderungssaldo, als zweiter Faktor der demografischen Alterung, war relativ tief bis Mitte des letzten Jahrhunderts. Die Schweiz war bis Ende des 19. Jahrhunderts sowie zwischen 1910 und 1930 ein Auswanderungsland. Seit den 1950er Jahren ist der Migrationssaldo jedoch ein starker Treiber der Bevölkerungsentwicklung der Schweiz. Dabei ist zu beachten, dass er jährlich stark schwankt. So lag der Migrationssaldo 1961 bei über 100 000 Personen und 1975 war ein negativer Saldo von 58 000 Personen zu verzeichnen. Seit Anfang des neuen Jahrhunderts bestätigt er sich jedoch als Hauptfaktor der demografischen Entwicklung der Schweiz. So wurden im Jahr 2016 rund 88 000 Geburten und knapp 65 000 Todesfälle registriert sowie ein positiver Migrationssaldo von 72 000 Personen verzeichnet. Die ständige Wohnbevölkerung beträgt aktuell 8,5 Millionen (2017).

Faktoren der demografischen Entwicklung der Schweiz, 1865–2016

G 1



1918: Spanische Grippe
1961: Migrationssaldo
1965: Geburtenüberschuss
1975: Wirtschaftskrise

Quellen: BFS – BEVNAT, STATPOP

© BFS 2018

Die demografische Alterung bedeutet, dass der Generationenvertrag zwischen der mittleren Generation (20- bis 64-Jährige) und der älteren Generation, für die erwerbstätige Bevölkerung je länger je belastender wird. Diese Belastung lässt sich durch den Jugendquotienten⁴ und den Altersquotienten⁵ illustrieren. Der Jugendquotient zeigt, dass die Altersgruppe der unter 20-Jährigen im Vergleich zu den 20- bis 64-Jährigen seit 1865 stark abgenommen hat. Kamen im Jahr 1900 noch fast 80 Jugendliche auf 100 20- bis 64-Jährige, so hat sich dieses Verhältnis 2016 auf nur noch knapp einen Drittel (32,5) reduziert. Der Altersquotient, hat hingegen seit 1900 stark zugenommen. Die Bevölkerungsgruppe der 65-jährigen und älteren Personen im Vergleich zu den 20–64-Jährigen hat stark zugenommen und erreichte 2016 einen Wert von nahezu 30 gegenüber einem Niveau von rund 6 am Anfang des letzten Jahrhunderts.

Diese Alterung der Bevölkerung und die Veränderungen der Altersstruktur gewinnen in den nächsten Jahrzehnten stark an Bedeutung und stellen sowohl die Vorsorgesysteme, die sozialen Institutionen als auch die Wirtschaft vor grosse Herausforderungen. Die Leistungen der mittleren Generation an die Älteren steigen stetig infolge niedriger Geburtenraten und tiefer Sterblichkeit. Künftig wird eine schrumpfende Gruppe von Erwerbstätigen eine wachsende ältere Generation unterstützen. Dabei spielt die steigende Lebenserwartung eine determinierende Rolle, da die ältere Generation länger lebt als ursprünglich in den Vorsorgewerken vorgesehen und durch die mittlere Generation unterstützt wird. In der Schweiz haben 65-jährige Männer eine durchschnittliche Lebenserwartung von rund 20 Jahren und Frauen von nahezu 23 Jahren (2016).

Altersstruktur

Verschiedene Faktoren tragen zur Alterung einer Bevölkerung bei. Dazu gehören eine tiefe Geburtenziffer, eine steigende Lebenserwartung sowie die Migrationsbewegungen. In der Schweiz sind die Geburtenraten seit 1970 zu tief, um den Generationenerhalt zu sichern. Dazu wäre eine zusammengefasste Geburtenziffer (ZGZ) von 2,1 Kindern pro Frau notwendig. Das Medianalter⁶ der Bevölkerung der Schweiz ist seit 1900 von 25,1 auf 42,4 Jahre im Jahr 2016 gestiegen. Dabei verzeichnen die Frauen ein leicht höheres Medianalter (43,4) als Männer (41,3). Gegenwärtig ist ein Fünftel der Bevölkerung 65 Jahre alt oder älter, während es 1900 knapp 6% waren. Waren es damals über 40% Männer und Frauen, die zur Altersgruppe der 0- bis 19-Jährigen gehörten, sind es heute noch rund 20%, also etwa die Hälfte. Gab es 1900 noch über 50% 20- bis 64-Jährige, beträgt ihr Anteil heute etwas über 60%. Die Altersgruppe der 65-Jährigen und älteren Personen hat sich hingegen stark verändert. 1900 waren es 5 (Männer) bzw. 6% (Frauen) und heute sind es 16 (Männer) bzw. 20% der Frauen, die 65-jährig oder älter sind.

⁴ Anzahl der 0–19-Jährigen auf 100 Personen von 20 bis 64 Jahren

⁵ Anzahl der 65-Jährigen und älteren Personen auf 100 Personen von 20–64 Jahren

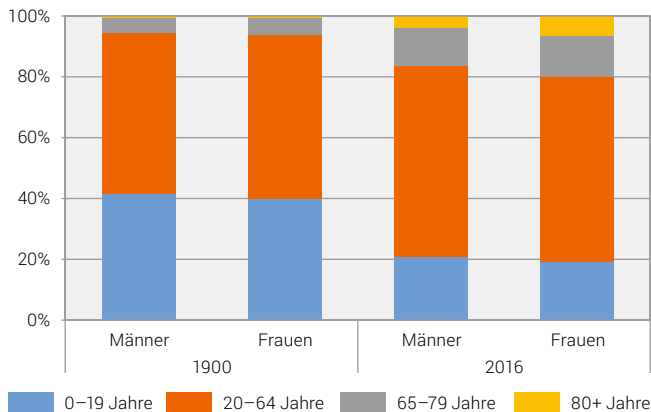
⁶ Alter, das die Bevölkerung in zwei gleich grosse Gruppen teilt: 50% der Bevölkerung sind jünger und 50% älter als dieser Wert.

² Differenz zwischen der Anzahl der Lebendgeburten und der Anzahl der Todesfälle

³ Migrationssaldo: Differenz zwischen Ein- und Auswanderungen

Ständige Wohnbevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen, 1900 und 2016

G2



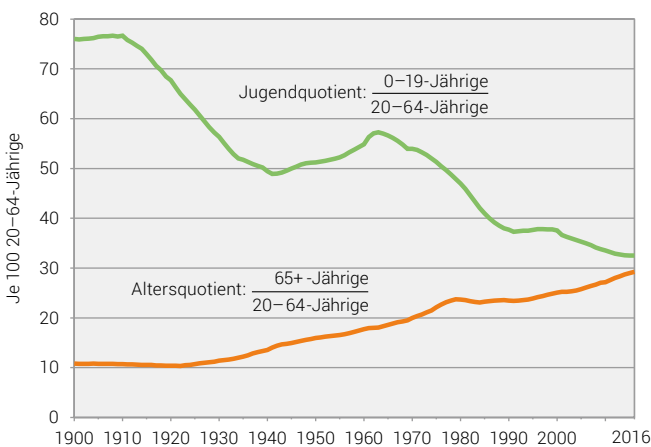
Quelle: BFS – ESPOP, STATPOP

© BFS 2018

Der Jugendquotient hat stark abgenommen. Betrug dieser am Anfang des letzten Jahrhunderts rund 80, so liegt er heute gerade noch bei einem Drittel. Auf 100 20- bis 64-Jährige entfallen knapp 30 Personen im Pensionsalter. Diese Entwicklung – proportionelle Abnahme der jungen Bevölkerung und Zunahme der älteren Bevölkerung – führt zu einer demografischen Alterung der Bevölkerung.

Jugend- und Altersquotient, 1900–2016

G3



Quellen: BFS – ESPOP, STATPOP

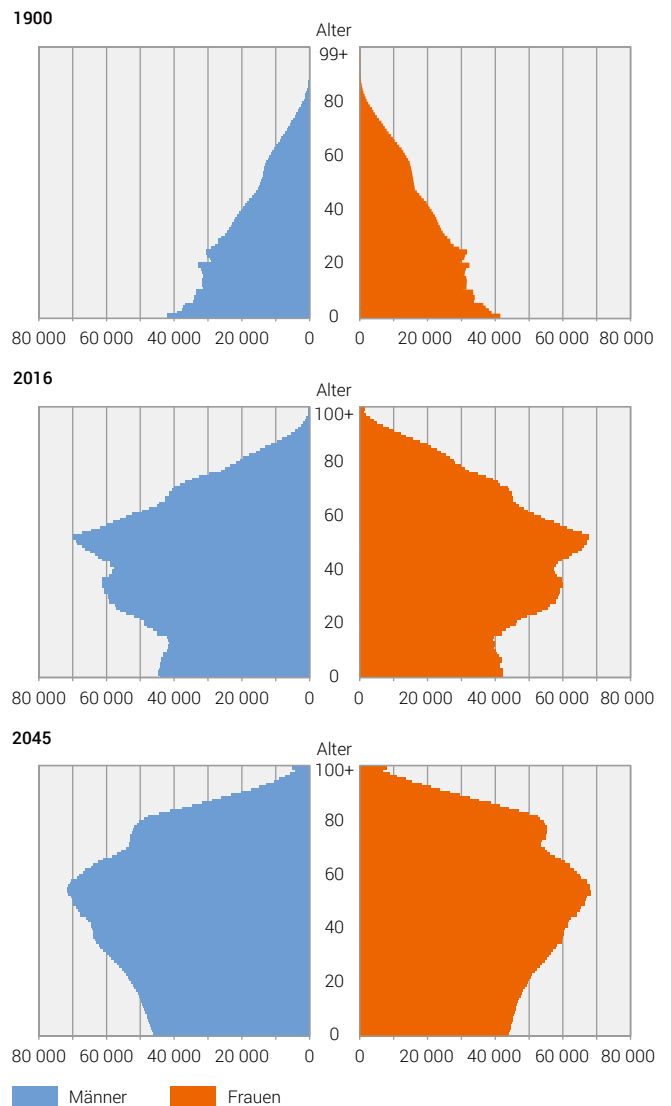
© BFS 2018

Die Bevölkerungspyramiden 1900, 2016, 2045

Die Bevölkerungspyramide repräsentiert grafisch die Altersstruktur einer Bevölkerung, getrennt nach Frauen und Männern. Um 1900 war der Anteil der Jungen noch vergleichsweise hoch und der Anteil der Älteren gering, so dass die Alterspyramide auf einem breiten Sockel stand und in eine schmale Spitze auslief. Seit Beginn des neuen Jahrhunderts hat die Pyramide die in der Demografie «Tanne» genannte Form angenommen. Der Altersaufbau der Bevölkerung ist geprägt von der Babyboom-Generation, was heute zu einem ausladenden Mittelteil führt. Ursache für diese Form ist der Geburtenrückgang, der auch von der Zuwanderung nicht aufgefangen wird, sowie die stetig steigende Lebenserwartung. In den kommenden dreissig Jahren wird sich die «Tanne» zu einer «Urne» wandeln, wie aus den Szenarien des BFS hervorgeht. Die Spitze wird sich weiter verbreitern, wenn die geburtenstarken Jahrgänge der Babyboomgenerationen älter werden.

Alterspyramiden 1900, 2016, 2045

G4



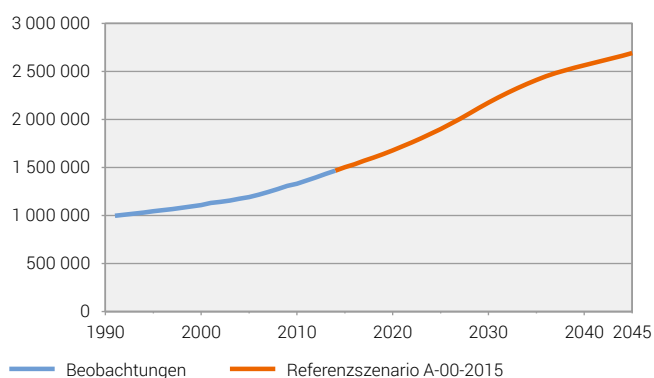
Quelle: BFS – ESPOP, STATPOP, SCENARIO

© BFS 2018

Die Entwicklung der Anzahl der 65-jährigen und älteren Personen zeigt auf, dass diese Gruppe von aktuell 1,5 Millionen Personen in den nächsten 30 Jahren stark zunehmen wird. Die Szenarien des BFS zeigen auf, dass diese Gruppe 2045 über 2,7 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner umfassen wird. In den nächsten Jahren wird sie jährlich um 40 000 bis 60 000 Personen wachsen. Dabei steigt der Anteil der älteren Generationen in der Bevölkerung von 18% (2016) auf knapp 27% in 30 Jahren. Auch die Anzahl der Personen ab 80 Jahren wird sich verdoppeln. Waren es 2016 noch knapp unter einer halben Million, so gehen die Szenarien davon aus, dass in 30 Jahren über eine Million 80-jährige und ältere Personen in der Schweiz leben werden.

Entwicklung der Bevölkerung ab 65 Jahren in der Schweiz, Referenzszenario

G 5



Quellen: BFS – STATPOP, SCENARIO

© BFS 2018

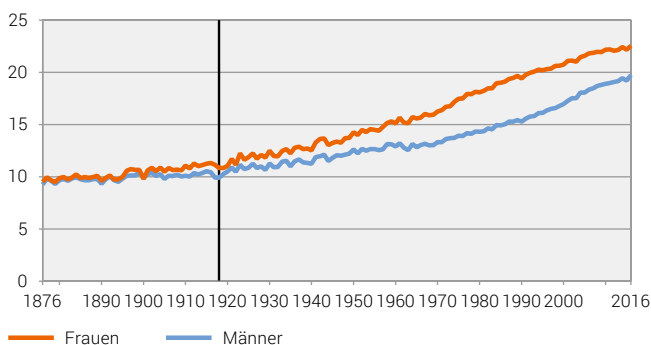
Entwicklung der Sterblichkeit und Alterung von der Spitze

Die Alterung der Bevölkerung zeigt sich darin, dass das Durchschnittsalter und der Anteil der älteren Personen in der Gesellschaft zunehmen. Man spricht von «Alterung von der Spitze», wenn die Lebenserwartung zunimmt. Die Sterblichkeit⁷ ist in der Schweiz tendenziell rückläufig (G7). Während drei Jahrzehnten lag die Anzahl Todesfälle bei etwa 60 000 pro Jahr. In den letzten Jahren nahm sie zu, 2016 wurden knapp 65 000 Todesfälle registriert. Zu beobachten ist der Trend, dass die Anzahl der Todesfälle von Personen unter 80 Jahren abnimmt, während immer mehr Personen im Alter von 80 und mehr Jahren sterben. Diese Entwicklung ist auf die Veränderung der Alterszusammensetzung

⁷ Mit Sterblichkeit (Mortalität) wird die Häufigkeit von Todesfällen oder Gestorbenen in einer Bevölkerung bezeichnet.

Entwicklung der mittleren Lebenserwartung ab 65 Jahren in der Schweiz, 1876–2016

G 6



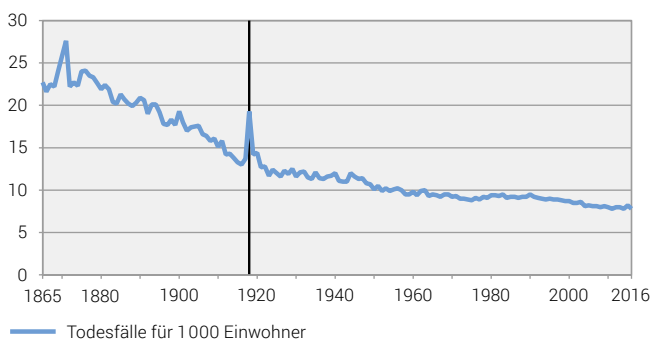
Rückgang der Infektionskrankheiten
Rückgang der Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Quellen: BFS – BEVNAT, ESPOP, STATPOP

© BFS 2018

Entwicklung der Sterblichkeit in der Schweiz, 1865–2016

G 7



Quelle: BFS – BEVNAT, ESPOP, STATPOP

© BFS 2018

der Bevölkerung zurückzuführen. So kann bei den altersstandardisierten Mortalitätsraten⁸ ein deutlicher Rückgang beobachtet werden.

In den letzten 40 Jahren ist die Lebenserwartung von weiblichen Neugeborenen um 8,5 Jahre und von männlichen Neugeborenen um knapp 10 Jahre angestiegen. Die Lebenserwartung mit 65 Jahren und mit 80 Jahren hat sich ebenfalls stark verändert. Zu dieser Verlängerung der Lebenserwartung haben der Rückgang der Infektionskrankheiten und der Herz-Kreislauf-Erkrankungen infolge verbesserter medizinischer Versorgung beigetragen (G6).

⁸ Da die zu vergleichenden Bevölkerungen meist eine unterschiedliche Altersstruktur aufweisen und weil Sterberisiken vom Alter abhängen, muss man den Einfluss des Alters rechnerisch eliminieren. Dazu errechnet man, wie viele Fälle in einer «Standardbevölkerung» zu erwarten wären, und zwar bei den gleichen altersspezifischen Sterberisiken wie in der jeweils untersuchten Bevölkerung. Als Standardbevölkerung wird hier die sogenannte «europäische» oder «Welt»-theoretische Altersstruktur verwendet, die für internationale Vergleiche von Raten gebräuchlich ist.

Im ersten Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts erhöhte sich die Lebenserwartung der Männer bei Geburt um 2,9 Jahre auf 80,1 Jahre, diejenige der Frauen um 1,7 Jahre auf 84,5 Jahre. Der geschlechterspezifische Unterschied verringerte sich zwischen 2000 und 2010 von 5,6 Jahre auf 4,4 Jahre. Im Vergleich zum vorangegangenen Jahrzehnt verlangsamte sich die Zunahme der Lebenserwartung sowohl bei Frauen als auch bei den Männern. Die deutliche Zunahme der Lebenserwartung der Männer im Laufe dieser zehn Jahre lässt sich in erster Linie mit der geringeren Sterblichkeit der Männer im Rentenalter erklären. Die rückläufige Sterbewahrscheinlichkeit bei den Personen ab 65 Jahren war für mehr als die Hälfte des Anstiegs der Lebenserwartung sowohl der Männer als auch der Frauen bei Geburt verantwortlich⁹.

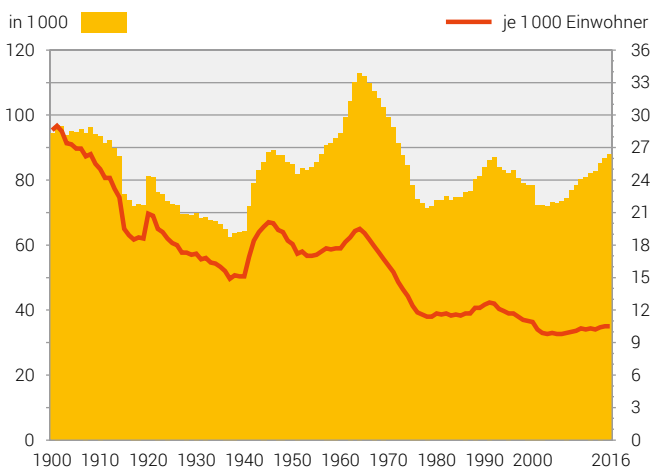
Entwicklung der Geburtenhäufigkeit und Alterung an der Basis

Der Rückgang der jüngeren Personen ergibt sich aus der tieferen Geburtenhäufigkeit, die wiederum die Altersstruktur der Bevölkerung verändert. Als Folge davon verengt sich der Sockel der Alterspyramide. Diese Entwicklung wird «Alterung an der Basis» genannt.

Mit der Zeit des Wirtschaftswunders in den Nachkriegsjahren endete auch der Baby-Boom. Mit Ausnahme der Jahre 1984 bis 1992 ging die Zahl der Lebendgeburten ab 1965 und bis Anfang der 2000er-Jahre zurück. Sie sank von 111 800 im Jahr 1965 auf 71 800 im Jahr 2003. Seither ist sie wieder leicht angestiegen. Im Verhältnis zur wachsenden Bevölkerung ergibt sich allerdings ein etwas anderes Bild: Nach einer Abnahme der rohen Geburtenziffer stabilisierte sich diese bei 10 Geburten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner (vgl. rote Kurve in Grafik G8).

Lebendgeburten, 1900–2016

G8



Quellen: BFS – ESPOP, BEVNAT, STATPOP

© BFS 2018

⁹ BFS, Sterbetafeln für die Schweiz 2008/2013

Parallel zur rückläufigen Anzahl Geburten ist auch eine Abnahme der Geburtenhäufigkeit zu beobachten. Zudem entscheiden sich Frauen heute immer später für ein Kind. Je älter sie bei ihrem ersten Kind sind, desto weniger Kinder bringen sie zur Welt, da ihre Fruchtbarkeit mit steigendem Alter abnimmt. 1965 bekam eine Frau ihr erstes Kind im Durchschnitt mit 25,6 Jahren und hatte 2,6 Kinder, 2016 waren es 30,8 Jahre und 1,5 Kinder.

Mehrere Faktoren können diese Entwicklung erklären: eine längere Ausbildungsdauer, längere Partnerschaften vor dem ersten Kind, die Verbreitung von Verhütungsmethoden, die es einfacher machen, den Zeitpunkt der Schwangerschaft zu bestimmen, die Schwierigkeit, Beruf und Familie zu vereinbaren und die Zunahme von kinderlosen Personen.

Die Rolle der Migration

Die Wanderungsbewegungen beeinflussen sowohl die Altersstruktur der Bevölkerung als auch das demografische Wachstum (G1). In der Schweiz bewirken sie eine Verjüngung der Bevölkerung. Personen, die in die Schweiz einwandern bzw. die Schweiz verlassen, sind mehrheitlich im Erwerbsalter (20–64 Jahre). 2016 waren 78% der einwandernden und 80% der auswandernden Ausländerinnen und Ausländer im erwerbsfähigen Alter. Demgegenüber waren nur 1% der in die Schweiz einreisenden und 5% der ausreisenden Personen ausländischer Nationalität 64 Jahre und älter.

Die Auswirkungen der Migration auf die demografische Alterung kann gemessen werden, indem die Bevölkerungsentwicklung ab einem Stichtag unter Ausschluss der Wanderungsbewegungen simuliert wird. Anhand dieser Simulation lässt sich ermitteln, wie stark die demografische Alterung durch die Migration gebremst wird. Beispielsweise kann die Bevölkerungsentwicklung von 1945 bis Ende 2015 ohne Migration beobachtet werden. Dabei zeigt sich Folgendes:

- Die Bevölkerung wäre weniger stark gewachsen. Statt 8,3 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner würde sie deren 5,0 Millionen umfassen.
- Die erwerbsfähige Bevölkerung wäre weniger gross. Statt 5,2 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner würde sie deren 2,9 Millionen betragen.
- Die Bevölkerung ab 65 Jahren wäre weniger zahlreich. Statt 1,5 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner würde sie sich auf deren 1,2 Millionen belaufen.
- Unter dem Gesichtspunkt des Altersquotienten kämen mehr Personen ab 65 Jahren auf 100 Personen im Erwerbsalter. Ohne Migrationsbewegungen würde der Altersquotient bei 43 statt bei 29 (2015) liegen. Das heisst, ohne Wanderungen wäre die Alterung deutlich ausgeprägter ausgefallen.

Die Migration bremst die demografische Alterung, kann sie aber nicht verhindern. Langfristig könnte die demografische Alterung in der Schweiz durch die ebenfalls alternde ausländische Bevölkerung in der Schweiz zusätzlich verstärkt werden. 2020 dürfte die Zahl älterer Ausländerinnen und Ausländer rund 400 000 erreichen.

Folgerungen

Die Schweiz kennt eine ausgeprägte demografische Entwicklung seit Ende des 19. Jahrhunderts. Die Sterblichkeit und die Geburtenrate sind stark gesunken in den letzten 150 Jahren. Diese Entwicklungen gehören zu den Ursachen der Alterung der Bevölkerung der Schweiz. Seit 30 Jahren der Hauptfaktor der Bevölkerungszunahme, haben die Wanderungen gleichzeitig dazu beigetragen, die Alterung zu bremsen. Jedoch wird die Bevölkerung in den kommenden Jahrzehnten rasch altern. Die ältere Bevölkerung von morgen wird sich von der heutigen unterscheiden, da erstere eine bessere Gesundheit hat und wirtschaftlich besser gestellt ist.

In der öffentlichen Wahrnehmung wird die demografische Alterung heute oft als ein Problem der Zukunft und eine Herausforderung für die jungen Generationen betrachtet. Dabei ist sie bereits seit den 1970er-Jahren evident.

Jacqueline Kucera (BFS), Fabienne Rausa (BFS)

Literatur

Steiner, S., Watkins, A., D'Amato, G. (2013) Démographie, ressources et signification de la migration, Commission fédérale des migrations CFM.

Kohli, R., (2017) Tables de mortalité pour la Suisse 2008/2013. OFS. Neuchâtel .

Schmid Botkine, C. et al. (2007) Bulletin d'information démographique 4/2007. Vieillesse démographique et adaptations sociales. OFS. Neuchâtel.

Wanner, Ph. (2013) Quelle serait la population suisse sans immigration? Dans: Terra Cognita 23/2013. CFM. Bern-Wabern.

Wanner, Ph. (2010) Mortalité différentielle. OFAS. Berne.

Wanner, Ph. (2001) L'apport démographique de la migration en Suisse. SFM. Neuchâtel.

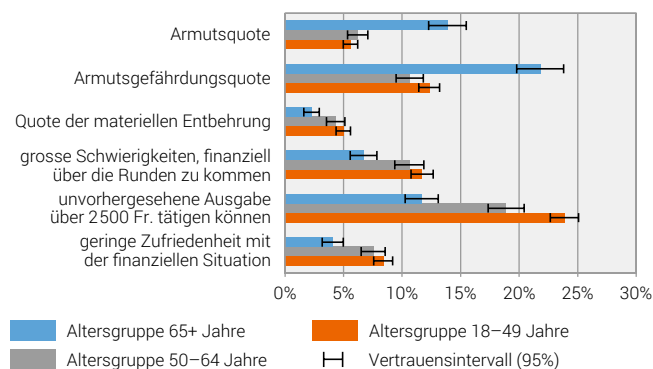
2 Armut erschwert aktives Altern

Finanzielle Einschränkungen wirken sich auf die verschiedensten Lebensbereiche aus. So auch wesentlich auf die Aspekte des aktiven Alterns. Es stellt sich deshalb die Frage, ob aktives Altern in der Schweiz auch für Armutsbetroffene möglich ist. Dazu gilt es zuerst das Ausmass der Altersarmut festzustellen. Ein nicht ganz einfaches Unterfangen, da die gängigen Konzepte zur Messung der Armut auf das Einkommen fokussieren und deshalb für Personen jenseits des Rentenalters, die häufig über Vermögen verfügen, nur unzureichende Ergebnisse liefern. Dennoch kann gezeigt werden, dass sich die Benachteiligungen Armutsbetroffener nach der Pensionierung fortsetzen und die Möglichkeiten zum aktiven Altern einschränken.

Altersarmut in Zahlen

Die Armut wird in der Schweiz normalerweise anhand von drei unterschiedlichen Konzepten gemessen: Neben der absoluten Armutsquote werden die Armutsgefährdungsquote und die Quote der materiellen Entbehrung ausgewiesen (vgl. Box). G9 zeigt, dass die Armuts- und Armutsgefährdungsquoten der über 65-Jährigen ungefähr doppelt so hoch sind wie jene der Bevölkerung im Erwerbsalter. Die Einkommen der älteren Bevölkerung (primär Renten) scheinen also in vielen Fällen nicht zur Existenzsicherung auszureichen.

Armutsindikatoren nach Altersgruppen

G 9


Nur Personen in Privathaushalten (ohne Kollektivhaushalte). Die Armuts- und Armutsgefährdungsquoten basieren auf dem Einkommen ohne Berücksichtigung allfälliger Vermögensbestände.

Quelle: BFS – Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC) 2015, Version 16.09.2017

© BFS 2018

Dass viele dieser Personen trotz ihres geringen Einkommens über andere Mittel zur Existenzsicherung verfügen, lässt der Blick auf die materielle Entbehrung vermuten. Nur rund 2% der Personen ab 65 Jahren leiden unter materiellen Entbehrungen. Auch die Indikatoren zur subjektiven Bewertung der finanziellen Situation stärken die Vermutung, dass die einkommensbasierten Armutsmasse die Altersarmut generell überschätzen (siehe dazu auch BFS 2014). Zudem zeigt sich bei den subjektiven Indikatoren eine andere Entwicklung in Bezug auf die Altersgruppen: Während der

Anteil der Armutsbetroffenen gemäss den einkommensbasierten Armutskonzepten bei den Rentnerinnen und Rentnern deutlich höher ausfällt als bei den jüngeren Personen, ist dies gemäss allen anderen Armutskonzepten gerade umgekehrt. In den letzten Jahren der Erwerbstätigkeit zeigt sich meist bereits eine Tendenz in Richtung der Bevölkerung ab 65 Jahren.

Rentnerhaushalte können öfter auf Vermögen zurückgreifen

Eine mögliche Erklärung für diese Diskrepanz zwischen den verschiedenen Indikatoren könnte eine generell höhere Zufriedenheit und grössere Bescheidenheit der Rentnerhaushalte sein. Viel näher liegt allerdings die Vermutung, dass viele Haushalte das mangelnde Einkommen durch vorhandenes Vermögen kompensieren können. Die Armutsquote und die Armutsgefährdungsquote berücksichtigen nämlich nur das Einkommen. Rentnerhaushalte verfügen im Durchschnitt aber über deutlich mehr Vermögen, das sie zu ihrer Existenzsicherung beziehen können, als andere Haushalte. Der Anteil jener Haushalte, die über sehr wenig oder gar kein Vermögen verfügen, ist bei den Pensionierten deutlich tiefer als bei Haushalten mit Personen im Erwerbsalter (BFS 2014 Wanner/Gabadinho 2008). Entsprechend greifen Personen im Rentenalter deutlich häufiger auf Vermögen zurück, um ihre laufenden Ausgaben zu bestreiten, als Personen im Erwerbsalter (17,6% gegenüber 5,1%). Rentnerhaushalte verfügen einerseits über mehr Vermögen, weil das Dreisäulenprinzip der schweizerischen Altersvorsorge darauf angelegt ist, dass Altersguthaben nicht nur in Form von Renten, sondern auch als Kapitalauszahlung bezogen werden kann. Andererseits verfügen ältere Personen häufiger über Ersparnisse und, infolge der hohen Lebenserwartung fallen auch Erbschaften tendenziell später im Lebensverlauf an als bei vorherigen Generationen (Stutz et al. 2007).

Aus diesen Gründen werden im Folgenden alle Personen als arm bezeichnet, die nicht innerhalb eines Monats unvorhergesehene Ausgaben von 2500 Franken tätigen können, ohne die finanzielle Situation des Haushalts zu beeinträchtigen. Diese Frage berücksichtigt Einkommen und Vermögen und ist für die Beurteilung der finanziellen Situation der älteren Bevölkerung somit besser geeignet als die einkommensbasierten Armutsmasse¹⁰.

Armut und aktives Altern

Aktives Altern heisst, dass Menschen die Möglichkeit haben, im zunehmenden Alter ihre Gesundheit zu wahren, am Leben ihrer sozialen Umgebung teilzunehmen, ihre persönliche Sicherheit zu gewährleisten und derart ihre Lebensqualität zu verbessern (WHO 2002). Die in dieser Definition enthaltenen Lebensbereiche sind aber weder voneinander, noch von den finanziellen Möglichkeiten einer Person unabhängig. So kann eine erzwungene Frühpensionierung die finanziellen Möglichkeiten eines Haushalts

massgeblich einschränken, während eine Erwerbstätigkeit über das Pensionsalter hinaus Armut verhindern kann (von Gunten et al. 2015). Gesundheitliche Probleme können sowohl Ursache als auch Wirkung von Armut sein, die Teilnahme an gesellschaftlichen Aktivitäten ist manchmal auch mit finanziellen Ausgaben verbunden und nicht zuletzt wirkt sich Armut negativ auf die allgemeine Lebenszufriedenheit aus (Tillmann et al. 2016, Villiger/Knöpfel 2009).

Konzepte zur Messung von Armut

Die **Armutsquote** basiert auf einer «absoluten» Grenze: Als arm gelten demnach Personen, die nicht über die finanziellen Mittel verfügen, um ein gesellschaftlich integriertes Leben zu führen. Die verwendete Armutsgrenze leitet sich von den Richtlinien der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) ab und berücksichtigt den Grundbedarf für den Lebensunterhalt, die Wohnkosten sowie monatlich 100 Franken pro Person ab 16 Jahren im Haushalt für weitere Auslagen.

Die **Armutsgefährdungsquote** basiert auf einer «relativen» Grenze: Als armutsgefährdet gelten Personen mit einem verfügbaren Äquivalenzeinkommen, das deutlich unter dem üblichen Einkommensniveau in dem betreffenden Land liegt. Armut wird somit als eine Form der Ungleichheit betrachtet und hängt vom landesspezifischen Wohlstandsniveau ab. Die Europäische Union setzt die Armutsgefährdungsgrenze bei 60% des medianen verfügbaren Äquivalenzeinkommens an.

Die **Quote der materiellen Entbehrung** wird beschrieben als finanziell bedingter Mangel in mindestens drei von neun europaweit koordinierten Kategorien: unerwartete Ausgaben in der Höhe von 2500 Franken tätigen können; eine Woche Ferien pro Jahr weg von zu Hause; keine Zahlungsrückstände; jeden zweiten Tag eine fleisch- oder fischhaltige Mahlzeit (oder vegetarische Entsprechung); die Wohnung ausreichend heizen; Zugang zu einer Waschmaschine; Besitz eines Farbfernsehers, eines Telefons und eines Autos.

Ob ein Haushalt in der Lage ist, aus eigener Kraft **unvorhergesehene Ausgaben von 2500 Franken zu tätigen**, ohne die finanzielle Situation des Haushalts zu beeinträchtigen, kann als eigener Armutsindikator dienen. Da in der Fragestellung explizit ein allfälliges Vermögen erwähnt wird («z.B. mit Gespartem»), ist er zur Erfassung der Altersarmut besonders gut geeignet.

Ein weiterer Armutsindikator leitet sich aus der Frage ab, wie gut ein Haushalt mit seinem Einkommen **finanziell über die Runden** kommt. Eine Person gilt als armutsbetroffen, wenn sie in einem Haushalt lebt, der angibt, unter Berücksichtigung aller Einkommen bis zum Monatsende nur schwer oder sehr schwer über die Runden zu kommen.

Schliesslich kann auch die **Zufriedenheit mit der finanziellen Situation des Haushaltes** Hinweise auf eine Armutssituation geben. Diese wird auf einer Skala von 0–10 beurteilt, wobei die Kategorien 0–4 als «geringe Zufriedenheit» eingestuft werden.

¹⁰ Die hier präsentierten Resultate bleiben stabil, wenn als Armutsindikator die Frage verwendet wird, wie gut der Haushalt finanziell über die Runden kommt.

G10 zeigt, dass Armutsbetroffene ab 65 Jahren in sechs wesentlichen Bereichen des aktiven Alterns (vgl. Active Ageing Index) geringere Anteile aufweisen als Personen, die nicht von Armut betroffen sind. Eher geringe Unterschiede zeigen sich bei der Freiwilligenarbeit und der Erwerbstätigkeit. Dass der Anteil erwerbstätiger Personen tief ist, erstaunt wenig, da die Bevölkerung im Rentenalter betrachtet wird. Besonders deutliche Unterschiede zwischen Armutsbetroffenen und nicht Armutsbetroffenen zeigen sich in Bezug auf die Lebenszufriedenheit, die Gesundheit und die sozialen Kontakte mit Familie und Freunden. Ob diese Unterschiede nun aber Ursache oder Wirkung der Armut sind, kann aufgrund der hier durchgeführten Analysen nicht beantwortet werden, ebenso wenig wie das Ausmass, in dem die einzelnen Bereiche untereinander verbunden sind. So bleibt beispielsweise unklar, ob sich nun finanzielle Schwierigkeiten oder gesundheitliche Probleme stärker auf die Lebenszufriedenheit auswirken.

Da die untersuchten Dimensionen nicht nur Aspekte des aktiven Alterns darstellen, sondern generell als Indikatoren für die gesellschaftliche Teilhabe stehen können, lohnt sich auch der Vergleich mit der jüngeren Bevölkerung. Dabei zeigt sich, dass die Unterschiede im Lauf des Lebens zuerst zunehmen und nachher mit dem Alter wieder abnehmen. So sind die Unterschiede zwischen Armutsbetroffenen und nicht Armutsbetroffenen bei den 18- bis 49-Jährigen durchwegs kleiner als bei den 50- bis 64-Jährigen. Bei den über 65-Jährigen sind die Unterschiede dann wieder etwas weniger ausgeprägt. Ausnahmen bilden die Gesundheit und die Erwerbstätigkeit: Bei der Gesundheit bleiben die Unterschiede nach der Pensionierung konstant, und bei der Erwerbstätigkeit sind die Unterschiede im Rentenalter grösser als bei den 50- bis 64-Jährigen. Hier liegt allerdings die Vermutung nahe, dass erwerbstätige Personen nach der Pensionierung nicht zur Armutspopulation gehören, gerade weil sie noch einer Erwerbstätigkeit nachgehen.

Armutsindikator: Als arm gilt hier, wer keine unvorhergesehene Ausgabe von 2500 Franken tätigen kann.

Freiwilligenarbeit: organisierte und nicht organisierte Freiwilligenarbeit in den letzten 12 Monaten.

Fühlt sich sicher: Personen, die sich sehr/ziemlich sicher fühlen, wenn sie nach Einbruch der Dunkelheit alleine zu Fuss in ihrer Wohngegend unterwegs sind.

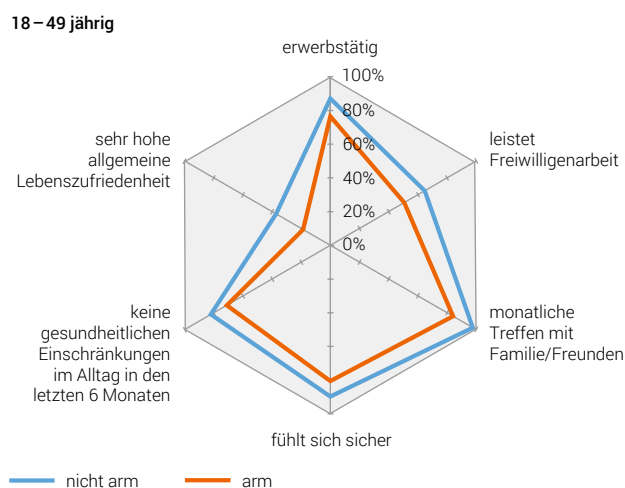
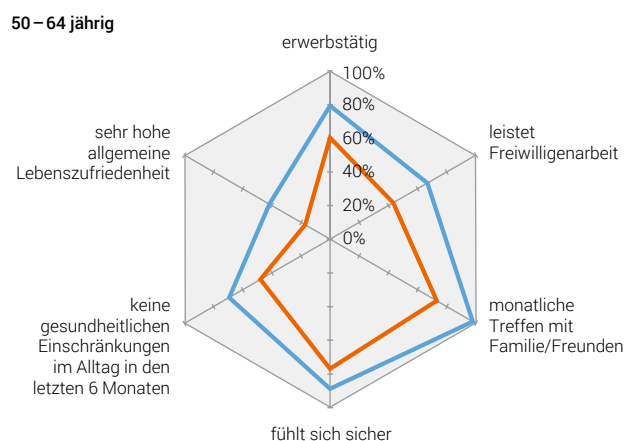
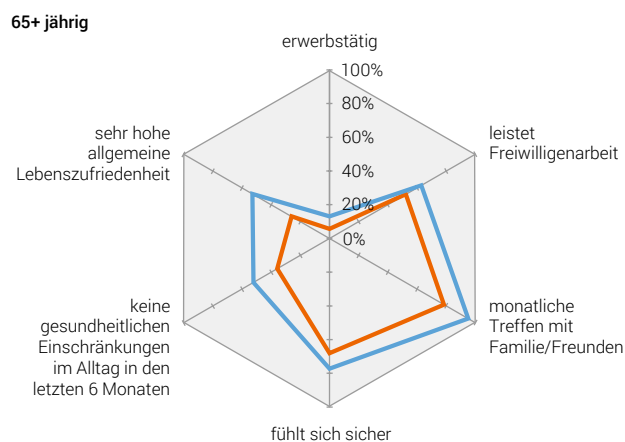
Nicht gesundheitlich eingeschränkt: Keine gesundheitlichen Einschränkungen im Alltag in den letzten 6 Monaten.

Sehr hohe Lebenszufriedenheit: Wert von 9 oder 10 auf einer Skala von 0–10 bei der Frage nach der allgemeinen Lebenszufriedenheit.

Alle Unterschiede zwischen Armutsbetroffenen und nicht Armutsbetroffenen sind signifikant.

Anteil Personen ab 65 Jahren nach Armutsstatus, die einen bestimmten Aspekt des aktiven Alterns erfüllen

G10



— nicht arm — arm

Nur Personen in Privathaushalten (ohne Kollektivhaushalte).

Quelle: BFS – SILC 2015, Version 19.6.2017

© BFS 2018

Folgerung

Aktives Altern ist für Armutsbetroffene schwieriger als für andere Personen im Rentenalter. Diese Ungleichheit entsteht aber nicht erst nach der Pensionierung. Vielmehr scheinen sich Benachteiligungen in Bezug auf die Gesundheit und die soziale Teilhabe von armutsbetroffenen Personen im Erwerbsalter nach der Pensionierung fortzusetzen. Allerdings sind die Ungleichheiten im Rentenalter eher wieder etwas weniger ausgeprägt als bei der Bevölkerung zwischen 50 und 64 Jahren. Um die Chancen auf ein aktives Altern für Armutsbetroffene zu verbessern, müssten entsprechende Massnahmen demzufolge früher im Lebensverlauf ansetzen.

Franziska Ehrler (FORS), Martina Guggisberg (BFS)

Literatur

Bundesamt für Statistik (BFS). 2014. Armut im Alter. Neuchâtel.

Stutz, Heidi, Susanne Schmutz und Tobias Bauer. 2007. Erben in der Schweiz: eine Familiensache mit volkswirtschaftlichen Folgen. Zürich/Chur: Verlag Rüegger.

Tillmann, Robin, Maurizia Masia und Monica Budowski. 2016. Armut, Prekarität, Wohlstand und Wohlbefinden in der Schweiz. In: Ehrler, Franziska, Felix Bühlmann, Peter Farago, François Höpflinger, Dominique Joye, Pasqualina Perrig-Chiello und Christian Suter (Hrsg.) Sozialbericht 2016: Wohlbefinden. Zürich: Seismo. S. 66–82.

Villiger, Simone und Carlo Knöpfel. 2009. Armut macht krank. Warum gesellschaftliche Verhältnisse die Gesundheit prägen. Luzern: Caritas-Verlag.

Von Gunten, Luzius, Pascale Zürcher, Caroline Pulver, Robert Fluder, Kilian Koch. 2015. Existenzsicherung im Alter. Risikofaktoren und Ursachen für EL-Bezüge bei AHV-Neurentnern und Neurentnerinnen. Bern: BFH.

Wanner, Philippe und Alexis Gabadinho. 2008. Die wirtschaftliche Situation von Erwerbstätigen und Personen im Ruhestand. Forschungsbericht Nr. 1/08. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. BSV.

World Health Organization (WHO). 2002. Active Ageing: A Policy Framework. Genf: WHO.

3 Die Gesundheit im Laufe der Zeit: Altern bis 80

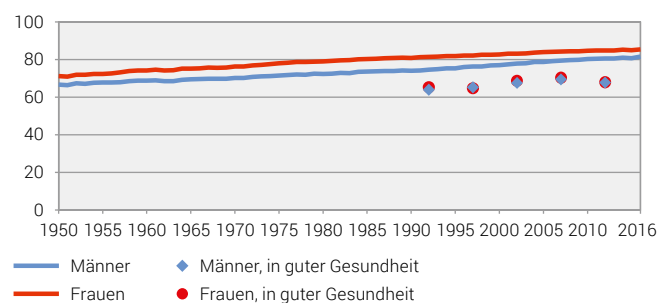
Aktives Altern bedeutet, dass ältere Menschen ihr körperliches, soziales und geistiges Potenzial bis in ein hohes Alter entfalten und sich aktiv am sozialen Leben beteiligen können.

Die Schweiz hat eine der höchsten Lebenserwartungen weltweit: 2016 belief sich die Lebenserwartung bei Geburt auf 81,5 Jahre bei den Männern und auf 85,3 Jahre bei den Frauen. Die Lebenserwartung in guter Gesundheit, die sich aus

der Verknüpfung der Informationen zur Sterblichkeit mit jenen über den selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand ergibt, belief sich 2012 auf 67,7 bzw. 67,9 Jahre (G11). Die geringe Differenz zwischen den Geschlechtern zeigt, dass die Frauen die zusätzlichen Lebensjahre zu einem grossen Teil mit beeinträchtigter Gesundheit verbringen. Eine höhere Lebenserwartung ist somit nicht zwingend mit mehr Jahren in guter Gesundheit verbunden, wie die Abweichung zwischen den beiden Lebenserwartungen deutlich zeigt. Der Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung ist sehr unterschiedlich: Während einige Personen in guter Gesundheit ein hohes Alter erreichen, müssen andere schon viel früher und länger Pflegeleistungen in Anspruch nehmen.

Lebenserwartung und Lebenserwartung in guter Gesundheit, bei Geburt

G11



* Die Daten 2012 zur Lebenserwartung in guter Gesundheit sind nicht direkt mit den entsprechenden Vorjahresdaten vergleichbar, da die Antwortmodalitäten der Frage zum selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand verändert wurden.

Quellen: BFS – BEVNAT, ESPOP, STATPOP und SGB

© BFS 2018

Dieser Beitrag beschreibt verschiedene Aspekte und Probleme im Zusammenhang mit der Gesundheit im Alter.

Im Jahr 2012 hatten 8% der Personen ab 65 Jahren einen längeren Aufenthalt in einem Alters- und Pflegeheim gehabt. Mit zunehmendem Alter nimmt die Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner in Alters- und Pflegeheimen stark zu, insbesondere im hohen Alter (die Hälfte der 90- bis 94-Jährigen und 90% der Personen ab 95 Jahren). Bis zum Alter von 80 Jahren ist das Geschlechterverhältnis ausgewogen, danach sind die Frauen in der Mehrzahl. Nahezu drei Viertel (72%) der Personen in Alters- und Pflegeheimen sind Frauen.

Datenquelle

Die Daten stammen aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) 2012. Diese Befragung wird seit 1992 alle fünf Jahre durchgeführt. Es handelt sich um eine Stichprobenerhebung anhand einer computergestützten telefonischen Befragung (CATI), gefolgt von einem schriftlichen Fragebogen. Befragt wird die Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten.

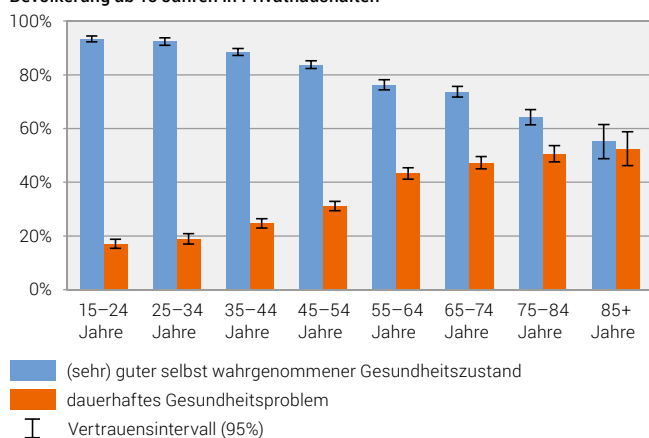
Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand

Fünf von sechs Personen ab 15 Jahren in Privathaushalten bezeichneten 2012 ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut. Lediglich 4% schätzten ihre Gesundheit als schlecht oder sehr schlecht ein. Der Anteil der Personen mit gutem Gesundheitszustand sinkt bis 74 Jahre stetig (74% bei den 65- bis 74-Jährigen) und danach stärker auf 55% bei den Personen ab 85 Jahren (G12). Diese Tendenz ist bei Frauen und Männern vergleichbar.

Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand und dauerhafte Gesundheitsprobleme nach Alter, 2012

G12

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung

© BFS 2018

Funktionelle Einschränkungen und Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten

Jede vierte Person war bei ihren Alltagsaktivitäten seit mindestens sechs Monaten wegen eines Gesundheitsproblems leicht oder stark eingeschränkt. Diese Einschränkungen nehmen mit dem Alter zu. Bis zu 54 Jahren liegt der Anteil betroffener Personen unter 20%, anschliessend steigt er bei den 55- bis 79-Jährigen auf ein Drittel und ab 80 Jahren auf gut die Hälfte (53%). Dabei ist kein nennenswerter Geschlechterunterschied festzustellen.

Funktionelle Einschränkungen (des Seh-, Hör- oder Gehvermögens) nehmen mit steigendem Alter ebenfalls zu (G13). Ab 80 Jahren verdoppelt sich der Anteil der Personen mit eingeschränktem Seh- oder Hörvermögen, während sich der Anteil der Personen mit beeinträchtigtem Gehvermögen mehr als verdreifacht. Dies zeigt, dass die Fähigkeit, sich in der eigenen Umgebung fortzubewegen, mit zunehmendem Alter zurückgeht.

87% der Personen ab 65 tragen eine Brille und 2% haben Probleme, ein Buch oder eine Zeitung zu lesen. 15% tragen ein Hörgerät, wobei 6% davon trotzdem Schwierigkeiten haben, einer Konversation mit zwei oder mehr Teilnehmenden folgen. Hörprobleme können dazu führen, dass Personen vereinsamen und sich aus dem gesellschaftlichen Leben zurückziehen.

Die Messung von funktionellen Einschränkungen und Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten

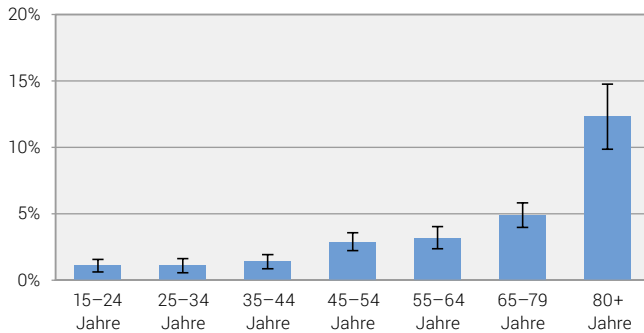
Die funktionellen Einschränkungen werden anhand von drei Fragen zur Fähigkeit, a) (allenfalls mit Brille) ein Buch oder eine Zeitung zu lesen oder fernzusehen (Sehvermögen), b) (allenfalls mit Hörgerät) einem Gespräch zwischen mindestens zwei Personen zu folgen (Hörvermögen), c) alleine (ohne Hilfe), ohne anzuhalten und ohne grössere Beeinträchtigungen zu gehen (Gehvermögen) erhoben. Personen mit einer starken oder vollständigen Einschränkung gaben als Antwort auf eine der drei Fragen «ja, mit starken Schwierigkeiten» oder «nein» (Gehvermögen: «nur einige Schritte» oder «kann überhaupt nicht gehen»). Personen mit einer leichten Einschränkung beantworteten mindestens eine der drei Fragen mit «ja, mit leichten Schwierigkeiten» (Gehvermögen: «mehr als einige Schritte, aber weniger als 200 Meter»). Personen ohne Einschränkungen antworteten auf alle drei Fragen mit «ja, ohne Schwierigkeiten» (Gehvermögen: «200 Meter oder mehr»).

Die Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten werden in Gesundheitsbefragungen häufig anhand von zwei Indikatoren gemessen:

- **instrumentelle Alltagsaktivitäten** («instrumental activities of daily living», IADL): selbstständig Essen zubereiten, telefonieren, einkaufen, Wäsche waschen, leichte Hausarbeit erledigen, gelegentlich schwere Hausarbeit erledigen, sich um Finanzen kümmern und öffentliche Verkehrsmittel benutzen. Bei Personen mit einer starken oder vollständigen Einschränkung war die Antwort auf eine der acht Fragen «ja, mit starken Schwierigkeiten» oder «nein». Personen mit einer leichten Einschränkung beantworteten mindestens eine der acht Fragen mit «ja, mit leichten Schwierigkeiten», haben aber keine starke oder vollständige Einschränkung. Personen ohne Einschränkungen antworteten auf alle acht Fragen mit «ja, ohne Schwierigkeiten».
- **Alltagsaktivitäten** («activities of daily living», ADL); selbstständig essen, ins oder aus dem Bett steigen, von einem Sessel aufstehen, sich an- und ausziehen, zur Toilette gehen, baden oder duschen. Bei Personen mit einer starken oder vollständigen Einschränkung war die Antwort auf eine der fünf Fragen «ja, mit starken Schwierigkeiten» oder «nein». Personen mit einer leichten Einschränkung beantworteten mindestens eine der fünf Fragen mit «ja, mit leichten Schwierigkeiten», haben aber keine starke oder vollständige Einschränkung. Personen ohne Einschränkungen antworteten auf alle fünf Fragen mit «ja, ohne Schwierigkeiten».

Funktionelle Einschränkungen nach Alter, 2012 G13

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten



┆ Vertrauensintervall (95%)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung

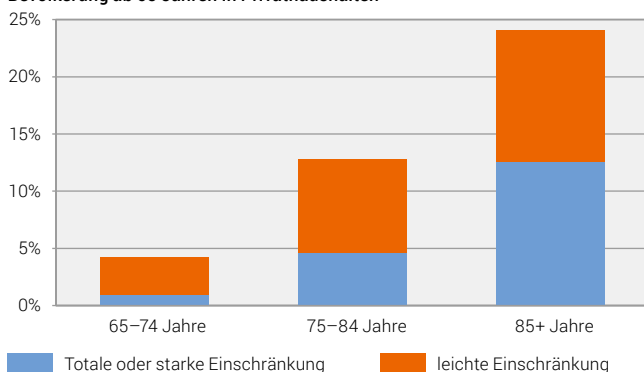
© BFS 2018

Eine ältere Person ist in ihrer Autonomie beeinträchtigt, wenn sie nicht mehr fähig ist, gewisse Tätigkeiten, wie Essen zubereiten, telefonieren, einkaufen, waschen, die Hausarbeit erledigen, sich um die Finanzen kümmern oder den öffentlichen Verkehr benutzen (IADL), selbständig auszuführen. 20% der Personen ab 65 Jahren¹¹ haben Schwierigkeiten oder sind nicht fähig, mindestens eine dieser Aktivitäten auszuführen, insbesondere schwere Hausarbeiten. Bei den Personen ab 85 Jahren sind es mehr als doppelt so viele wie bei den 75- bis 84-Jährigen (53% bzw. 23%), die ihrerseits zweimal so zahlreich sind wie die 65- bis 74-Jährigen (11%).

Der Autonomieverlust ist noch gravierender, wenn jemand Schwierigkeiten hat, ohne fremde Hilfe zu essen, sich anzukleiden, zur Toilette zu gehen, sich zu waschen, aufzustehen, sich hinzusetzen oder hinzulegen. 3% der Personen ab 65 Jahren sind in mindestens einer dieser Alltagsaktivitäten (ADL) eingeschränkt. Dabei gibt es keinen eindeutigen Geschlechtsunterschied.

Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten (ADL) nach Alter, 2012 G14

Bevölkerung ab 65 Jahren in Privathaushalten



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung

© BFS 2018

¹¹ Die Fragen enthielten einen Altersfilter und wurden in erster Linie 65-jährigen Personen gestellt.

Der Anteil von Einschränkungen betroffener Personen steigt mit zunehmendem Alter beträchtlich an und verzehnfacht sich zwischen der Gruppe der 65- bis 74-Jährigen und den Personen ab 85 Jahren (1% bzw. 13%; G14). Die Schwierigkeiten bei der Ausübung von Alltagsaktivitäten gelten als gute Indikatoren für den Autonomieverlust und den entsprechenden Pflegebedarf (Höpflinger und Hugentobler, 2006). Letzterer entsteht bereits bei leichten funktionellen Einschränkungen (leichte Schwierigkeiten beim Gehen, Hören oder Sehen) und nimmt mit stärkerem Einschränkungsgrad zu. Bei Einschränkungen bei den Alltagsaktivitäten (ADL) ist der Pflegebedarf höher als bei Einschränkungen bei instrumentellen Aktivitäten (IADL). Solche Einschränkungen werden mit zunehmendem Alter häufiger und gehen mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf einher: Mehr als die Hälfte der Personen ab 65 Jahren mit Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten (ADL) nimmt Hilfe durch Angehörige oder einen Spitex-Dienst in Anspruch. Wenn diese Unterstützung den Autonomieverlust bei Alltagsaktivitäten nicht mehr ausreichend ausgleichen kann, wird in vielen Fällen der Übertritt in ein Alters- und Pflegeheim zum Thema.

Die Zahlen der SGB zeigen jedoch, dass ein solcher Autonomieverlust lediglich eine Minderheit der Betagten in der Schweiz betrifft. 75% der Personen ab 85 Jahren sehen sich in keiner Weise bei Alltagsaktivitäten eingeschränkt.

Stürze

Stürze können die Mobilität einer Person insbesondere im höheren Alter unvermittelt einschränken, den Autonomieverlust beschleunigen und den Pflegebedarf erhöhen. Ein Viertel der Personen ab 65 Jahren sind innerhalb eines Jahres mindestens einmal gestürzt, davon vier von zehn mehrmals. Frauen sind etwas häufiger gestürzt als Männer (28% gegenüber 21%) und Personen ab 80 Jahren stürzen häufiger als Personen zwischen 65 und 79 Jahren (30% gegenüber 23%). Stürze können negative Auswirkungen auf die Mobilität der älteren Menschen haben, aber umgekehrt sind Personen ab 65 Jahren mit beeinträchtigtem Gehvermögen auch anfälliger für Stürze als Personen, die sich ohne Schwierigkeiten fortbewegen können (42% bzw. 24%). Dasselbe gilt für Personen mit einer Beeinträchtigung der Sinnesorgane (Seh-, Hörvermögen) oder mit einem dauerhaften Gesundheitsproblem. Stürze können zu Verletzungen wie Hüftfrakturen führen, die wiederum eine der häufigsten Ursachen für Pflegebedarf, und Hospitalisierungen sind.

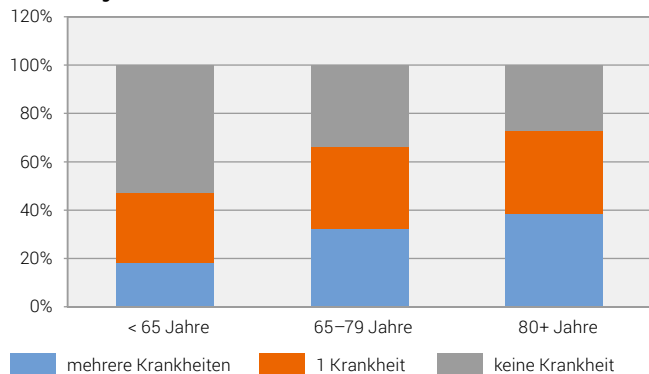
Chronische Krankheiten

Rund ein Drittel (32%) der Schweizer Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren leidet nach eigenen Angaben an einem dauerhaften Gesundheitsproblem. Bei den Personen ab 65 Jahren ist es mindestens die Hälfte (G12). Die Prävalenz chronischer Krankheiten nimmt mit dem Alter zu. Der Anteil der Personen, die angaben, an mindestens einer von 14 ausgeführten Krankheiten zu leiden, liegt bei Personen ab 55 Jahren bei über 50%, bei den 65-bis 79-Jährigen sind es zwei Drittel und bei den Personen ab 80 Jahren nahezu drei Viertel (73%). Zu den häufigsten Krankheiten gehören Bluthochdruck mit 38%, Arthrose mit 25%, Diabetes mit 11% und

Osteoporose mit 9% der Personen ab 65 Jahren. Die verheerendsten Auswirkungen auf die Gesundheit hat die Multimorbidität, d.h. das gleichzeitige Auftreten mehrerer chronischer Krankheiten, denn dadurch treten Schwierigkeiten auf, die über die Probleme der einzelnen Krankheiten hinausgehen¹². Der Anteil der Personen mit Multimorbidität¹³ verdoppelt sich ab 65 Jahren (G15) und steigt von 18% bei den 15- bis 64-Jährigen auf 34%.

Anzahl chronischer Krankheiten nach Alter, 2012 G15

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung

© BFS 2018

Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten

Herz-Kreislauf-Krankheiten¹⁴ sind eine der häufigsten Todesursachen in der Schweiz. Der Anteil der aufgrund einer solchen Krankheit hospitalisierten Personen steigt mit dem Alter an. Personen im hohen Alter (ab 85 Jahren) leiden häufig an einer generellen Schwächung des Herz-Kreislauf-Systems, die nicht zwingend mit einer Herz-Kreislauf-Erkrankung im Zusammenhang steht. Bluthochdruck, ein zu hoher Cholesterinspiegel (Hypercholesterinämie) und Diabetes¹⁵ gehören zu den wichtigsten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten. Dabei hängt insbesondere Bluthochdruck eng mit dem Alter zusammen: Während bei den Personen unter 65 Jahren ein Zehntel betroffen ist, sind es bei den Personen ab 65 Jahren zwei Fünftel und bei den Personen ab 75 Jahren gar über die Hälfte (G16). Hypercholesterinämie ist eine Stoffwechselstörung, die wie Bluthochdruck vom Alter abhängt. Der Anteil der Betroffenen wächst von 7% bei den Personen unter 65 Jahren auf 31% bei jenen ab 65 Jahren. Sowohl Bluthochdruck als auch Hypercholesterinämie treten zwischen 35 und 74 Jahren häufiger bei Männern als bei Frauen auf.

¹² z.B. wenn die Behandlungen zweier Begleitkrankheiten sich gegenseitig beeinträchtigen

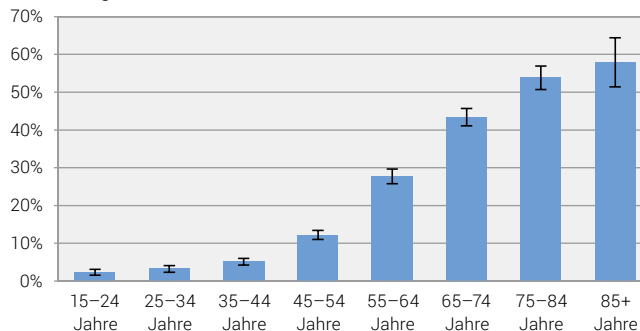
¹³ definiert als das gleichzeitige Bestehen von 2 und mehr chronischen Krankheiten

¹⁴ sämtliche Krankheiten des Herzens und des Blutkreislaufs

¹⁵ Diese drei Faktoren stellen erst ein Gesundheitsrisiko dar, wenn die entsprechenden Werte zu hoch sind oder sie mit Medikamenten behandelt werden. Beispielsweise beim Bluthochdruck werden sowohl Personen, die angeben, dass ihr Bluthochdruck derzeit zu hoch sei, als auch Personen, die Medikamente dagegen nehmen, erfasst.

Personen mit Bluthochdruck nach Alter, 2012 G16

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten



I Vertrauensintervall (95%)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung

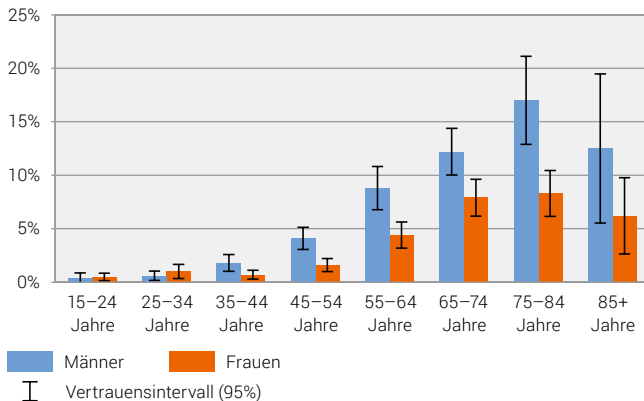
© BFS 2018

Diabetes ist ein wichtiger Risikofaktor für die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, da die Erkrankung eine Arteriosklerose der Blutgefässe begünstigt. Es gibt zwei Haupttypen von Diabetes: Der (relativ seltene) Diabetes des Typs I ist auf eine ungenügende Insulinproduktion durch die Bauchspeicheldrüse zurückzuführen. Er kann bereits in der Kindheit einsetzen und eine akute Form annehmen. Diabetes des Typs II entsteht infolge einer Insulinresistenz. Sie tritt mit 90% bis 95% aller Diabetesfälle viel häufiger auf als Diabetes des Typs I und setzt typischerweise im fortgeschrittenen Erwachsenenalter ein. Heute sind aber zunehmend auch jüngere, vorwiegend übergewichtige Personen davon betroffen. 2012 gaben 5% der Männer und 3% der Frauen ab 15 Jahren an, an Diabetes zu leiden (ohne Unterscheidung des Typs). Der Anteil der Betroffenen steigt bei den Männern ab 45 Jahren und bei den Frauen ab 55 Jahren rasch an (G17). Daher sind ab einem Alter von 45 Jahren auch deutlich mehr Männer betroffen als Frauen. Der Anteil der Personen mit Diabetes ist bei den Personen ab 65 Jahren fünfmal höher (11%) als bei den 15- bis 64-Jährigen (2%). Diabetes des Typs II kann über lange Zeit hinweg symptomlos verlaufen. Die Prävention spielt daher eine wichtige Rolle. Der Anteil der Personen, die während der letzten zwölf Monate ihren Blutzuckerspiegel hatten kontrollieren lassen, lag 2012 zwischen 45% bei den 35- bis 44-Jährigen und 80% bei den Personen ab 75 Jahren. Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen waren unerheblich.

Personen mit Diabetes nach Alter, 2012

G17

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung

© BFS 2018

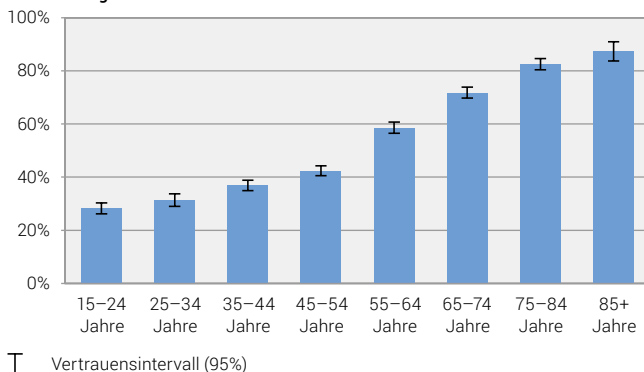
Medikamentenkonsument

Mit zunehmendem Alter steigt der Medikamentenkonsument (G18) deutlich an: Bis zu einem Alter von 64 Jahren nehmen vier von zehn Personen Medikamente, ab 65 Jahren sind es drei Viertel und ab 80 Jahren nahezu neun von zehn (88%). Fast die Hälfte der Personen ab 65 Jahren nimmt Medikamente gegen Bluthochdruck (47%), ein Viertel Schmerzmittel (27%) oder cholesterinsenkende Medikamente (26%). Der Konsum von Medikamenten unterscheidet sich je nach Geschlecht. Männer konsumieren häufiger Medikamente gegen einen zu hohen Cholesterinspiegel, für das Herz und gegen Diabetes, während Frauen häufiger Schmerzmittel, Schlafmittel und Medikamente gegen Osteoporose einnehmen. Der Medikamentenkonsument steigt mit dem sich altersbedingt verschlechternden Gesundheitszustand (z.B. Probleme der funktionalen Gesundheit oder chronische Krankheiten) an. 92% der Personen ab 65 Jahren, die an mindestens zwei chronischen Krankheiten leiden, konsumieren Medikamente, gegenüber 56% der Personen ohne chronische Krankheiten.

Medikamentenkonsument nach Alter, 2012

G18

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung

© BFS 2018

Arztbesuche und Hospitalisierungen

71% der Schweizer und 86% der Schweizerinnen suchten innerhalb von zwölf Monaten mindestens einmal eine Arztpraxis auf. Dieser Geschlechterunterschied lässt sich hauptsächlich auf gynäkologische Untersuchungen zurückführen, da Frauen bis 64 Jahre häufiger eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen als Männer. Ab 65 Jahren verschwindet diese Differenz. Die Häufigkeit der Arztbesuche nimmt mit dem Alter zu und steigt von 75% bei den Personen bis 64 Jahre auf 87% bei den Personen ab 65 Jahren und bis auf 91% der Personen ab 75 Jahren. Das Alter hat zudem einen Einfluss auf die Spitalaufenthalte. Personen ab 75 Jahren waren innerhalb eines Jahres doppelt so oft im Spital wie die Personen bis 54 Jahre (20% bzw. 9%; 55-74 Jahre: 13%).

Mit dem Alter nehmen die Arztbesuche und Hospitalisierungen analog zu verschiedenen Gesundheitsproblemen wie funktionellen Einschränkungen, Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten oder chronischen Krankheiten zu.

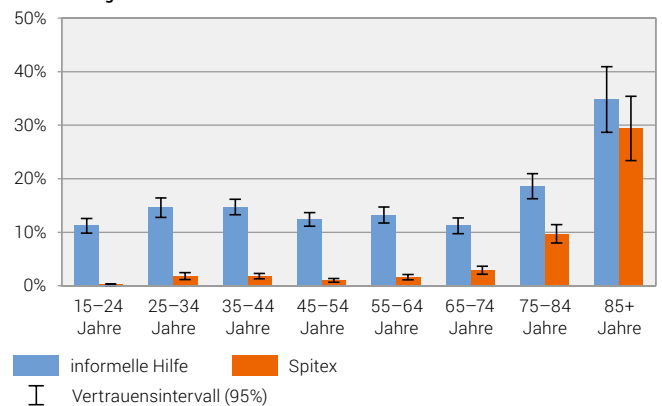
Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen und informeller Hilfe

Wie den bisher beleuchteten Gesundheitsaspekten zu entnehmen ist, benötigt ein Teil der Bevölkerung Pflege oder ist bei der Verrichtung alltäglicher Tätigkeiten auf Hilfe angewiesen. Diese Hilfeleistungen tragen zur Gesundheit und zum Wohlergehen der betroffenen Menschen bei und können in einigen Fällen einen Übertritt in eine Institution verzögern oder vermeiden. Die benötigte Hilfe wird entweder von professionellen Spitex-Diensten oder durch Angehörige, Freunde und Bekannte geleistet (G19). Der Anteil der Personen, die Spitex-Dienste in Anspruch nehmen, steigt mit zunehmendem Alter. Bis 74 Jahre liegt er unter 3%, danach verdreifacht er sich bei den 75- bis 84-Jährigen auf 10% und erreicht bei den Personen ab 85 Jahren 29%. Die informelle Hilfe ist in der Bevölkerung verbreiteter und ihre Inanspruchnahme steigt ab 85 Jahren deutlich an (35%).

Inanspruchnahme von informeller Hilfe und der Spitex nach Alter, 2012

G19

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung

© BFS 2018

Professionelle Hilfe und Pflege zuhause durch Spitex-Dienste sind kein Ersatz für informelle Hilfe. 63% der Personen, die Spitex-Leistungen in Anspruch nehmen, erhalten zusätzlich noch informelle Hilfe. Frauen beziehen häufiger informelle Hilfe oder Spitex-Leistungen als Männer. Die erhaltene Hilfe und Pflege steigt erwartungsgemäss mit der Verschlechterung des Gesundheitszustands im Alter. Von den Personen ab 65 Jahren, die keine Hilfe erhalten, würde ein erheblicher Teil gerne von Verwandten oder Bekannten unterstützt werden, beispielsweise beim Einkaufen, bei der Körperpflege, der Essenszubereitung oder bei administrativen Aufgaben (23%).

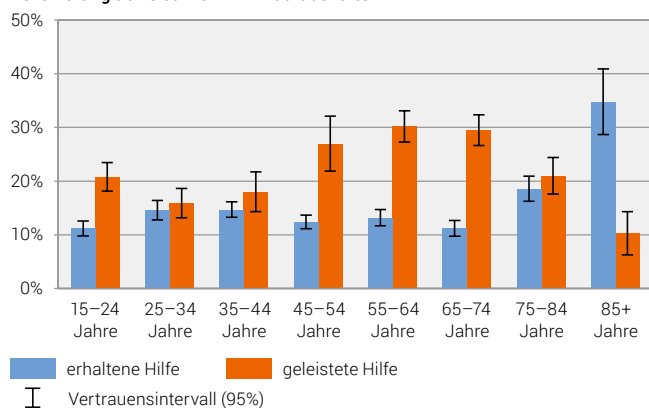
Informelle Hilfe von älteren Menschen

Obwohl die Menschen mit zunehmendem Alter immer mehr Hilfe in Anspruch nehmen, bieten sie interessanterweise auch anderen Personen unentgeltliche Hilfeleistungen, z.B. indem sie Kranke, Menschen mit Behinderungen oder ältere Menschen besuchen, ihnen im Haushalt helfen, Mahlzeiten bringen oder Transportdienste leisten. Insgesamt leistet jede vierte Person (23%) ab 15 Jahren Unterstützung für Dritte. Der Anteil der Hilfe leistenden Personen ist höher im Vergleich zum Anteil der Personen, welche Hilfe erhalten (G20). Die erhaltene informelle Hilfe übersteigt die geleistete Unterstützung erst bei den Personen ab 85 Jahren. Dadurch bestätigt sich, dass Betagte Hilfe nicht ohne Gegenleistung in Anspruch nehmen. Im Gegenteil, diese Reziprozität zwischen erhaltener und geleisteter Hilfe könnte gar als Indikator für gute Gesundheit betrachtet werden.

Informelle Hilfe nach Alter, 2012

G20

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten



Auswirkungen auf die psychische Gesundheit

Ältere Menschen, die in ihrer funktionalen Gesundheit erheblich eingeschränkt sind, schätzen ihren allgemeinen Gesundheitszustand zehnmal häufiger als schlecht oder sehr schlecht ein als Personen ohne Einschränkung (30% gegenüber 3%). Die eigene Wahrnehmung der Gesundheit kann Sorgen oder Ängste

auslösen und ist deshalb ein wichtiger Faktor für das mentale Wohlbefinden (Dubé, 2006). So leiden Personen mit funktionellen Einschränkungen häufiger an hoher psychischer Belastung (10% gegenüber 3% bei den Personen ohne Einschränkung) und mittleren bis starken Depressionssymptomen (6% gegenüber 2%). Ausserdem weisen sie häufig einen Mangel an Energie und Vitalität auf (49% gegenüber 15%) und ein Gefühl, wenig Kontrolle über ihr eigenes Leben zu haben (24% gegenüber 16%). Sie beurteilen ihre Lebensqualität auch weniger häufig als gut oder sehr gut (73% gegenüber 94%) und erfahren seltener starke soziale Unterstützung (15% gegenüber 29%). Noch höher ist die psychische Belastung bei Personen mit Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten.

Die Kombination von Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten, einer geschwächten psychischen Gesundheit und dem Alleinleben führen in vielen Fällen früher oder später zu einem Übertritt in ein Alters- und Pflegeheim. Eine Person, die nicht mehr richtig für sich selber sorgen kann und nicht von ihrer Ehepartnerin oder ihrem Ehepartner unterstützt wird, muss in einer entsprechenden Einrichtung betreut werden.

Schlussbemerkungen

Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass sich die Gesundheit mit dem Alter verändert und dass alt sein heutzutage nicht zwingend bedeutet, krank und auf Pflegeleistungen angewiesen zu sein. Obwohl sich mit dem natürlichen Alterungsprozess die Funktionsfähigkeit des Körpers verringert, bleibt der Gesundheitszustand bei einem grossen Teil der Bevölkerung gemäss den Ergebnissen der SGB bis in ein hohes Alter, d.h. bis 80 Jahre, relativ gut. Das Alter macht sich insbesondere bei den Personen ab 80 Jahren bemerkbar und geht oft mit einer (starken) Verschlechterung des Gesundheitszustands einher, die sich in Form von Einschränkungen beim Seh-, Hör- und Gehvermögen, Stürzen, chronischen Krankheiten oder Problemen mit Bluthochdruck äussert. Sie verschärft sich gegen 85 Jahre mit einem zunehmenden Autonomieverlust, beispielsweise bei Alltagsaktivitäten wie essen, sich ankleiden oder zur Toilette gehen.

Die steigende Lebenserwartung und die allgemeine demografische Alterung stellen die Gesundheits- und Sozialpolitik in den kommenden 20 Jahren vor grosse Herausforderungen. Gemäss den hier präsentierten Aspekten kann ein immer grösserer Teil der Schweizer Bevölkerung bis 80 Jahre in körperlichem, seelischem und sozialem Wohlbefinden aktiv altern. Dieser kurze und allgemeine Überblick zum Gesundheitszustand im Alter darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Gesundheit älterer Menschen stark heterogen ist. Massnahmen zur Förderung des aktiven Alterns sind weiterhin gefragt, damit die Bevölkerung in guter Gesundheit altern, unabhängig bleiben und aktiv am sozialen Leben teilhaben kann. Es gilt, das Potenzial der Betagten voll auszuschöpfen, indem ein aktives Leben gefördert und ihre Abhängigkeit von der Familie und vom Staat verringert wird.

Renaud Lieberherr (BFS, GESB)

Bibliografie

Dubé Denise (2006). *Humaniser la vieillesse*. Québec: Editions Multimondes.

Höpflinger François et Hugentobler Valérie (2006). *Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse. Observations et perspectives*. Chêne-Bourg: Médecine et Hygiène.

4 Aktives Altern in Europa

Weltweit sehen sich viele Länder mit der Herausforderung konfrontiert, ihre alternde Bevölkerung zu tragen. Zu deren Bewältigung bedarf es dringend angemessener politischer Strategien. Um über die politische Reformrhetorik hinauszugehen und bei den Menschen positive Verhaltensweisen zu fördern, ist eine qualitativ hochwertige Datengrundlage unerlässlich. Diese sollte weltweite Good Practices zur Unterstützung des aktiven Alterns aufzeigen. Dazu gehört insbesondere eine bessere soziale und wirtschaftliche Einbindung älterer Menschen sowie das Fördern ihrer Eigenständigkeit und Selbstverantwortung.

Der Index für aktives Altern (Active Ageing Index, AAI) hat eine solche Datengrundlage geschaffen. Er misst, in welchem Umfang das Potenzial älterer Menschen ausgeschöpft wird, und zwar in drei verschiedenen Bereichen des aktiven Alterns: Beschäftigung, soziale Teilhabe und unabhängiges Leben. Der AAI enthält ausserdem einen vierten Bereich, der über die eigentlichen Erfahrungen mit aktivem Altern hinausgeht. Er erfasst die Unterschiede zwischen den Ländern in Bezug auf die Situation ihrer älteren Bevölkerung und die Schaffung eines günstigen Umfelds für aktives Altern (G21).

Das AAI-Projekt steht unter der Federführung der Generaldirektion der Europäischen Kommission für Beschäftigung, Soziales und Integration (GD EMPL) und der Wirtschaftskommission für Europa der Vereinten Nationen (UNECE). Die erste Umsetzungsphase wurde 2012 in Zusammenarbeit mit dem European Centre for Social Welfare Policy and Research in Wien durchgeführt. Die zweite Phase erfolgte von 2015 bis 2016 an der Universität Southampton im Vereinigten Königreich. Die dritte startete im Jahr 2017 ebenfalls dort und dauert noch bis 2018.

Die AAI-Resultate werden nach Geschlecht aufgeschlüsselt, womit das spezifische politische Ziel bekräftigt wird, Geschlechterunterschiede im Hinblick auf positive und gleichberechtigte Erfahrungen des Alterns zu reduzieren. Der AAI liefert Daten für alle 28 EU-Länder sowie einige Nichtmitgliedsländer wie Norwegen, die Schweiz, die USA und Kanada. Damit verfügen politische Entscheidungsträger mit länderübergreifenden Indikatoren zum aktiven Altern über faktenbasierte Grundlagen für konkrete Massnahmen.

Die Hauptziele des AAI können wie folgt zusammengefasst werden:

- Eine qualitativ hochwertige und unabhängige Datengrundlage zum aktiven Altern schaffen und damit weltweite Good Practices aufzeigen, die Einzelpersonen wie auch Ländern dabei helfen, die Lebensqualität und das Wohlbefinden älterer Menschen zu verbessern.
- Regierungen davon überzeugen, dass soziale Investitionen und die Befähigung der älteren Bevölkerung zu einem aktiven und engagierten Leben effizienter sind als der passive, vom Staat oder der Familie abhängige Unterhalt älterer Menschen.
- Eine zuverlässige Messmethode entwickeln, mit der die Beiträge älterer Menschen in verschiedenen Lebensbereichen aufgezeigt und deren ungenutztes Potenzial ermittelt werden kann.

Was zeigen die AAI-Daten?

Gemäss den neusten AAI-Ergebnissen steht Schweden an der Spitze der Rangliste für die EU-28, dicht dahinter folgen Dänemark, die Niederlande, Finnland, das Vereinigte Königreich und Irland. Die Schweiz erreicht genau denselben Wert wie Schweden und liegt damit knapp hinter Norwegen und Island (G22).

Vier südliche EU-Länder (Italien, Portugal, Spanien und Malta) belegen die mittleren Plätze, neben den meisten westeuropäischen Ländern einschliesslich Deutschland. Griechenland und die meisten zentral- und osteuropäischen Länder stehen am Ende der Rangliste.

Es gilt hervorzuheben, dass selbst die aktuell führenden Länder wie Norwegen, Schweden, die Schweiz, Dänemark und die Niederlande die 40-Punkte-Marke nur knapp überschreiten. Auch die bestplatzierten Länder bleiben damit noch unter dem angestrebten Wert.

Die Länder am anderen Ende des Spektrums (Griechenland zuunterst, davor Polen, die Slowakei, Ungarn, Rumänien und Slowenien) verzeichnen AAI-Werte unter 30 Punkten, die darauf hindeuten, dass das Potenzial des aktiven Alterns in diesen Ländern bisher weitgehend ungenutzt bleibt.

Dank der bisherigen AAI-Resultate konnten Strategien identifiziert werden, die sich zur Förderung und Aufrechterhaltung der Aktivität, der Unabhängigkeit und der guten Gesundheit älterer Menschen eignen. Sie werden durch eine entsprechende öffentliche Politik auf nationaler und regionaler Ebene, Initiativen aus der Zivilgesellschaft und von Arbeitgeberverbänden sowie Verhaltensweisen der älteren Bevölkerung unterstützt. Lettland und Malta haben gestützt auf den AAI für 2010 bis 2016 eine Strategie für aktives Altern erarbeitet, in Estland wurden AAI-Daten in den neusten Wohlfahrtsentwicklungsplan aufgenommen und in Polen eine neue langfristige Seniorenpolitik eingeführt, nachdem das Land im ersten Ranking besonders schlechte AAI-Ergebnisse erzielt hatte. Deutschland hat die AAI-Messung überarbeitet, um sie auch für Vergleiche zwischen Regionen anzuwenden. Dies sind nur einige Beispiele, die den Einfluss des AAI belegen.

Angesichts des bisher Erreichten lässt sich zweifelsfrei feststellen, dass die dank dem AAI verfügbare Datengrundlage das Bewusstsein für die Herausforderungen und Chancen einer alternden Bevölkerung erhöht und die Suche nach besseren Möglichkeiten zur vollen Ausschöpfung ihres Potenzials fördert. Dabei geht es nicht nur darum, das persönliche Wohlbefinden der älteren Menschen zu verbessern, sondern auch zur längerfristigen Nachhaltigkeit der staatlichen Sozialsysteme beizutragen. Dieser positive Einfluss zeichnet sich bei der Trendentwicklung der AAI-Ergebnisse ab – diese zeigen zwischen 2008 und 2012 eine Verbesserung, obwohl viele der untersuchten Länder im selben Zeitraum mit Konjunkturerinbrüchen und Sparmassnahmen zu kämpfen hatten.

Die Europäischen Institutionen spielen bei der Verbreitung von Good Practices und der Schaffung von Anreizen für die Forschung und Innovationen eine wichtige Rolle. Die Bemühungen müssen unbedingt weitergeführt und der Fokus auf dem AAI beibehalten werden. Gleichzeitig sind eine weitere Vergrößerung der geografischen Reichweite des AAI und eine Verfeinerung der Methodik geplant. Insgesamt haben die vorgesehenen Arbeiten das Potenzial, die Wirkung des AAI noch weiter zu verstärken und echte Veränderungen herbeizuführen. Diese dürften in den kommenden Jahren noch wertvoller werden, wenn es darum geht, das Ziel «Niemanden zurücklassen» der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung zu erreichen.

Asgar Zaidi, Universität Southampton und London School of Economics, UK.

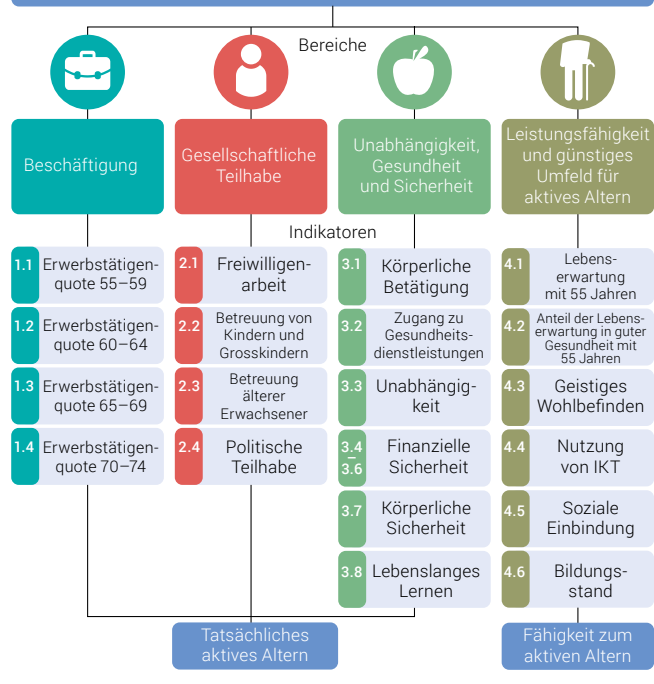
Rangliste der EU-Mitgliedsländer im Vergleich mit Island, Norwegen und der Schweiz, auf der Grundlage des gesamten AAI von 2014 G 22



© BFS 2018

Bereiche und Indikatoren des Index für aktives Altern (AAI) G 21

Anhand des Index für aktives Altern (Active Ageing Index, AAI) kann das Potenzial für aktives und gesundes Altern der älteren Menschen weltweit gemessen werden. Er zeigt, inwiefern diese Personen unabhängig sind, einer bezahlten Tätigkeit nachgehen und am gesellschaftlichen Leben teilnehmen und somit aktiv altern können.



© BFS 2018

Herausgeber: Bundesamt für Statistik (BFS)
Auskunft: Jacqueline Kucera, BFS, Tel. 058 463 62 97
Redaktion: Jacqueline Kucera, BFS
Inhalt: Jacqueline Kucera, BFS, Stéphane Cotter, BFS, Fabienne Rausa, BFS, Franziska Ehrler, FORS, Martina Guggisberg, BFS, Renaud Lieberherr, BFS, Asghar Zaidi, Universität Southampton und London School of Economics, UK
Reihe: Statistik der Schweiz
Themenbereich: 01 Bevölkerung
Originaltext: Französisch
Übersetzung: Sprachdienste BFS
Layout: Sektion DIAM, Prepress/Print
Grafiken: Sektion DIAM, Prepress/Print
Titelseite: Sektion DIAM, Prepress/Print
Druck: in der Schweiz
Copyright: BFS, Neuchâtel 2018
 Wiedergabe unter Angabe der Quelle für nichtkommerzielle Nutzung gestattet
Preis: gratis
Download: www.statistik.ch (gratis)
BFS-Nummer: 238-1801-05