

GESUNDHEIT DER WALLISER BEVÖLKERUNG 2020



Impressum

© Walliser Gesundheitsobservatorium, Dezember 2020

Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung – unter Angabe der Quelle gestattet.

Gestaltung, Verfassung und Datenbearbeitung: Marjorie François¹, Julien Sansonnens¹, Frédéric Favre¹, Krystel Rossmann¹, Luc Fornerod¹, Arnaud Chiolero^{1,2}, 1. Walliser Gesundheitsobservatorium (WGO), Sitten; 2. Laboratoire de santé des populations (#PopHealthLab), Universität Freiburg.

Dank: Wir danken Dr. Christian Ambord, Kantonsarzt, Cédric Dessimoz, Adjunkt des Kantonsarztes, und Jean-Blaise Seppey, wissenschaftlicher Mitarbeiter, der Dienststelle für Gesundheitswesen des Kantons Wallis in Sitten für ihre Kommentare und Vorschläge zu einer früheren Version dieses Berichts.

Zitierhinweis: François, M., Sansonnens, J., Favre F., Rossmann K., Fornerod, L., Chiolero, A., Walliser Gesundheitsobservatorium (WGO). Gesundheit der Walliser Bevölkerung 2020. Sitten, November 2020

Erhältlich bei:

Walliser Gesundheitsobservatorium: www.ovs.ch

Originalsprache des Berichts: Französisch

Lesen Sie den Bericht online:



Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Inhaltsverzeichnis	3
Vorwort der Departementsvorsteherin	4
Zusammenfassung	5
I. Einführung und Zielsetzungen	8
Gesundheit und ihre Determinanten	8
Ziele des 6. Gesundheitsberichts	8
Determinanten des Gesundheitszustands	8
Präventionsstrategie im Gesundheitswesen	10
II. Demografie und allgemeine Indikatoren des Gesundheitszustands	12
Demografische Entwicklung	12
Lebenserwartung	13
Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand	15
III. Determinanten der Gesundheit	18
Sozioökonomischer Status und sozioökonomische Lebenswelt	19
Physische Lebenswelt	19
Berufliche Lebenswelt	23
Gesundheitsverhalten	26
IV. Häufigste gesundheitliche Probleme	33
Sterblichkeit und Todesursachen	33
Chronische Krankheiten	37
Psychische Gesundheit	46
Todesfälle durch Gewalteinwirkung	48
Infektionskrankheiten	50
V. Gesundheitszustand der verschiedenen Altersklassen	56
Kinder und Jugendliche	56
Seniorinnen und Senioren	59
Personen ab 80 Jahren	61
VI. Wesentliche Herausforderungen im Walliser Gesundheitswesen	63
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	65
Informationsquellen	68
Quellen	69

Vorwort der Departementsvorsteherin

Seit März 2020 wird unser Leben stark vom Coronavirus beeinträchtigt. Seine Virulenz hat uns heftig getroffen und es hat unsere Welt, wie wir sie bislang kannten, komplett verändert. Dank dem gemeinsamen Einsatz von Bevölkerung, Gesundheitsfachpersonen und Gesundheitsinstitutionen konnte die erste Welle dieser Pandemie überstanden werden. Aber noch immer ist höchste Vorsicht geboten – denn das Virus ist keineswegs bezwungen.

Obwohl sich momentan alles um diese Pandemie zu drehen scheint, dürfen wir die anderen Gesundheitsprobleme der Bevölkerung nicht vernachlässigen. Unser Kanton muss die richtigen Entscheidungen treffen – dazu benötigt er verlässliche Indikatoren. Die Daten über den Gesundheitszustand der Walliser Bevölkerung, die vom Walliser Gesundheitsobservatorium (WGO) gesammelt, analysiert und regelmässig veröffentlicht werden, sind wichtige Informationen für das politische Handeln und das Aufzeigen der Herausforderungen, die auf uns warten.

Der neue Bericht des WGO «Gesundheit der Walliser Bevölkerung 2020» zeichnet ein beruhigendes Bild des Gesundheitszustands der Walliserinnen und Walliser. Der Grossteil der Bevölkerung beurteilt den eigenen Gesundheitszustand nämlich als gut. Die Lebenserwartung steigt weiterhin an und die Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen oder Gewalteinwirkung hat abgenommen. Einige Indikatoren lassen jedoch grössere Besorgnis aufkommen: Noch immer wird sehr viel geraucht und sehr viel Alkohol getrunken. Noch immer nehmen die Fälle von Adipositas und Diabetes zu. Die Alterung der Bevölkerung schlägt sich in einer zunehmenden Anzahl Personen nieder, die an chronischen Krankheiten oder an Demenz leiden.

Gestützt auf diese Feststellungen zeigt das WGO fünf Herausforderungen auf, vor denen das Gesundheitswesen steht: 1) Förderung der Gesundheit im Alter, 2) Förderung der Gesundheit in den ersten Lebensjahren und in der Kindheit, 3) Reduzierung sozialer Ungleichheiten und Förderung der Chancengleichheit im Bereich Gesundheit, 4) Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten und 5) Ausbau des Gesundheitsmonitorings.

Um diese Herausforderungen zu meistern, müssen vor allem die Gesundheitsförderung und die Prävention verstärkt werden. Wenn man z.B. schon vom frühesten Alter an, namentlich in der Schule, das richtige Gesundheitsverhalten fördert, hat das nicht nur positive Auswirkungen auf die Gesundheit der Kinder, sondern langfristig auch auf deren Gesundheit im Erwachsenenalter. Das Risiko chronischer Krankheiten und von Gebrechen wird nämlich teils schon im Kindesalter festgelegt. Ausserdem geht es darum, niemanden aussen vor zu lassen und sicherzustellen, dass die Präventionsbotschaften alle Bevölkerungsschichten und -gruppen erreichen. Im Bericht des WGO wird nämlich aufgezeigt, dass der sozioökonomische Status durchaus gesundheitsbeeinflussend ist. So kommen Adipositas und Tabakkonsum bei Personen mit einem tieferen Bildungsniveau häufiger vor. Daher ist es wichtig, unsere Botschaften anzupassen und gezielter auszurichten, um alle sozio-ökonomischen Kreise zu erreichen und jegliche soziale Ungleichbehandlung zu verhindern. Zudem ist der Zugang zu höherer Bildung zu fördern.

Nicht nur die Gesundheitsförderung und die Prävention müssen verstärkt werden – unser Gesundheitssystem, das noch sehr stark auf die stationäre Versorgung ausgerichtet ist, muss an die Entwicklung der Gesundheit unserer Bevölkerung und besser an die chronisch Kranken, die immer zahlreicher und immer älter werden, angepasst werden.

Auch wenn dieses Jahr durch eine grosse Pandemie gekennzeichnet ist, werden wir durch diesen Bericht daran erinnert, wie wichtig es ist, den globalen Überblick über die Gesundheit der Bevölkerung zu bewahren und unsere Präventions- und Gesundheitsförderungspolitik sowie unsere Gesundheitsplanung entsprechend auszurichten.

Esther Waeber-Kalbermatten, Staatsrätin
Vorsteherin des Departements für Gesundheit, Soziales und Kultur

Zusammenfassung

ZIELE

- In diesem Bericht wird der Gesundheitszustand der Walliser Bevölkerung und dessen zeitliche Entwicklung beschrieben. Er ist auf Folgendes ausgerichtet: 1) Identifizierung der **überwiegenden, wiederkehrenden und neu auftretenden** Gesundheitsprobleme, 2) Dokumentierung der **individuellen und lebensweltbezogenen** Faktoren, die den Gesundheitszustand der Bevölkerung bestimmen, 3) Sensibilisierung der Bevölkerung und der Akteure des Walliser Gesundheitswesens für die **wichtigsten gesundheitlichen Herausforderungen** für die Bevölkerung sowie 4) Bereitstellen nützlicher Informationen zur **Anpassung der Präventions- und Gesundheitsförderungs politik**.
- Einige Gesundheitsthemen in diesem Bericht werden ausserdem unter Berücksichtigung der **sozioökonomischen und umweltbezogenen Determinanten** behandelt.

DETERMINANTEN DER GESUNDHEIT

- Gesundheit wird auf Ebene eines Individuums oder einer Bevölkerung durch ein komplexes und dynamisches Zusammenspiel verschiedener Faktoren bestimmt. Diese Faktoren werden **Determinanten der Gesundheit** genannt. Man unterscheidet zwischen **individuellen** Determinanten (Gesundheitsverhalten wie Tabak- oder Alkoholkonsum, Bewegung und Ernährungsgewohnheiten, biologische Merkmale) und **umwelt- oder lebensweltbezogenen** Determinanten (physische, digitale, sozioökonomische und politische Lebenswelt).
- Aus der **Lebensverlaufsperspektive** («life course approach»), in der Gesundheit während des gesamten Lebens aufgebaut und beeinflusst wird, agieren diese Determinanten auf komplexe Weise, zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Leben und vor allem **von Beginn des Lebens an**.

- Der **sozioökonomische Status** ist eine wesentliche Determinante für den Gesundheitszustand. Die wichtigsten Bestandteile des sozioökonomischen Status sind Bildungsniveau, Berufsstatus und Einkommen. Sowohl im Wallis als auch in der Schweiz lassen sich **beim Gesundheitszustand je nach sozioökonomischem Status ausgeprägte Unterschiede** feststellen. Tabakkonsum und Adipositas beispielsweise kommen bei Personen mit Abschluss der obligatorischen Schulzeit häufiger vor als bei Personen mit einer höheren Ausbildung. Erstere haben auch eine tiefere Lebenserwartung.
- Ob jemand erwerbstätig ist oder nicht und die Bedingungen, unter denen die **Arbeit** ausgeübt wird, sind Bestandteil der sozialen Determinanten der Gesundheit. Ein Grossteil der Walliser Erwerbstätigen ist **mechanischen oder physikalisch-chemischen Belastungen** ausgesetzt: 56% geben an, an ihrem Arbeitsplatz mindestens drei mechanischen oder physikalisch-chemischen Belastungen ausgesetzt zu sein (CH: 46%). Erwerbstätige sind auch häufig **psychosozialen Risiken** wie mangelnder Anerkennung oder Stress ausgesetzt. Im Wallis geben 50% der Erwerbstätigen an, mindestens drei Arten von psychosozialen Risiken ausgesetzt zu sein (CH: 49%).

DEMOGRAFIE UND LEBENSERWARTUNG

- Zwischen 1900 und dem Jahr 2000 hat die ständige Walliser Wohnbevölkerung von 114'438 auf 276'170 Personen zugenommen und ist seither weitergewachsen. 2019 zählte die ständige Wohnbevölkerung im Wallis 345'525 Personen.
- Die Walliser Bevölkerung wird immer **älter**. Davon zeugt der zunehmende Anteil an **Seniorinnen und Senioren**, das heisst 65-Jährige und Ältere, der 2019 bei **20%** lag und bis 2025 auf 25% ansteigen dürfte. Diese Alterung zeichnet sich durch ein vermehrtes Auftreten **chronischer Krankheiten** aus.

- Sowohl im Wallis als auch in der Schweiz ist die **Lebenserwartung** bei der Geburt seit den 1950er-Jahren regelmässig um 2-3 Monate pro Jahr angestiegen. 2018 lag die Lebenserwartung **der Frauen im Wallis bei 85.6 Jahren** (CH: 85.4) und jene **der Männer bei 81.1 Jahren** (CH: 81.7).

STERBLICHKEIT

- 2019 sind **2'898 Einwohnerinnen und Einwohner** des Kantons Wallis gestorben (1'457 Frauen und 1'441 Männer). Alle Altersklassen zusammen betrachtet, sind die häufigsten Todesursachen sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** (30% der Todesfälle bei Frauen; 28% bei Männern) und **Krebserkrankungen** (25% der Todesfälle bei Frauen; 28% bei Männern). Danach kommen die Todesfälle aufgrund von **Atemwegserkrankungen** sowie durch **Unfälle und Gewalteinwirkungen**, einschliesslich Suizid.
- Die Todesursachen unterscheiden sich stark mit dem Alter. **Unfälle und Gewalteinwirkungen** stellen die häufigste Todesursache bei jungen Erwachsenen (15- bis 39-Jährige) dar, während sie bei den Seniorinnen und Senioren eine seltene Todesursache sind. Die Inzidenz von **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** und die diesbezügliche Sterblichkeit steigt mit zunehmendem Alter stark an. **Krebserkrankungen** sind die häufigste Todesursache bei den 40- bis 79-Jährigen.

SELBST WAHrgENOMMENER GESUNDHEITszUSTAND

- Die Walliser Bevölkerung beurteilt ihre **Gesundheit selbst mehrheitlich als gut oder sehr gut**. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Personen, die ihre Gesundheit selbst als gut bezeichnen, ab, was mit dem Anstieg der Prävalenz **chronischer Krankheiten** und Aktivitätseinschränkungen im Zusammenhang steht. Die grosse Mehrheit der 11- bis 15-jährigen Walliser Schülerinnen und Schüler beurteilt ihren

Gesundheitszustand als gut oder sehr gut (89% der Mädchen und 92% der Jungen).

GESUNDHEITsverHALTEN

- Der Gesundheitszustand einer Person wird durch ihr **Gesundheitsverhalten** beeinflusst, insbesondere durch ihren Tabak- und Alkoholkonsum sowie durch ihre körperliche Aktivität und ihre Ernährungsgewohnheiten.
- **Rauchen** ist eine der Hauptursachen für Sterblichkeit, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Krebserkrankungen und Invalidität. 24% der Frauen und 30% der Männer im Wallis rauchen (CH: 23% bzw. 31%). Diese Anteile haben sich in den letzten Jahren kaum verändert. Tabakkonsum steht stark mit dem **Bildungsniveau** im Zusammenhang. Fast 15% der Todesfälle in der Schweiz sind auf Rauchen zurückzuführen, was auf das Wallis übertragen **400-450 Todesfällen pro Jahr** entspricht.
- **Alkoholkonsum** ist eine der hauptsächlich vermeidbaren Todesursachen. 2017 gaben im Wallis 8% der Frauen (CH: 8%) und 19% der Männer (CH: 15%) an, täglich Alkohol zu trinken. Diese Anteile haben seit 1992 deutlich abgenommen. In der Schweiz sind rund 5% der Todesfälle auf Alkoholkonsum zurückzuführen. Auf das Wallis übertragen entspräche das **100-150 Todesfällen pro Jahr**.
- **Körperliche Aktivität und die Ernährungsgewohnheiten** haben Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und das Risiko chronischer Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, gewisser Krebserkrankungen oder Adipositas. Sowohl im Wallis als auch in der Schweiz wird der Anteil körperlich aktiver Personen immer grösser. Es wird empfohlen, täglich fünf Portionen Früchte und Gemüse zu essen; 2017 gaben im Wallis 22% der Bevölkerung (CH: 22%) an, diese Empfehlung zu befolgen.
- Der Anteil **adipöser Personen** im Wallis ist von 6% im Jahr 1992 (CH: 5%) auf 12% im Jahr 2017 (CH: 11%) angestiegen. Übergewicht hat einen starken Zusammenhang mit dem **Bildungsniveau**.

HÄUFIGSTE KRANKHEITEN UND PSYCHISCHE GESUNDHEIT

- **Chronische Krankheiten** sind langfristige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die im Allgemeinen einen schleichenden Verlauf nehmen. Dazu gehören vor allem **Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Krebs, Atemwegs- und Demenzerkrankungen**. Da ihre Häufigkeit mit dem Alter stark zunimmt, steigt ihre Prävalenz aufgrund der Alterung der Bevölkerung an. Chronische Krankheiten sind das **häufigste gesundheitliche Problem** der Walliser wie auch der Schweizer Bevölkerung.
- Die **psychische Gesundheit** ist eine wesentliche Komponente der Gesundheit, die aber nur schwer zu messen ist. **Depressionen** und **Angststörungen** kommen in der Bevölkerung häufig vor. 2017 gaben im Wallis fast jeder zwanzigste Mann und jede zehnte Frau an, gemässigte oder schwere depressive Symptome zu haben.
- **Demenzerkrankungen** sind chronische Erkrankungen, mit denen die Betroffenen jahrelang leben und die häufig mit grosser Pflegebedürftigkeit einhergehen. Aufgrund der Alterung der Bevölkerung nehmen Demenzerkrankungen **in der Bevölkerung zu**. 2018 waren im Wallis schätzungsweise 5'000 Personen von Demenz betroffen.
- Bis zu Beginn des letzten Jahrhunderts waren **Infektionskrankheiten** die häufigste Todesursache. Die Fortschritte in den Bereichen öffentliches Gesundheitswesen, Hygiene, Impfungen und Antibiotika haben ermöglicht, die Mortalität (Sterblichkeit) und Morbidität aufgrund von Infektionskrankheiten

enorm zu verringern. Die **Grippe** bleibt ein erhebliches Problem für das Gesundheitswesen. Ausserdem haben die **sexuell übertragbaren Infektionen**, insbesondere mit Chlamydien, sowohl im Wallis als auch in der Schweiz in den letzten Jahren wieder zugenommen.

- **COVID-19** schliesslich ist eine neuartige Krankheit, die vom Coronavirus SARS-CoV-2 verursacht wird und 2020 eine weltweite Pandemie ausgelöst hat. Bei der Veröffentlichung dieses Berichts ist die Pandemie sowohl im Wallis als auch in der Schweiz, und es ist noch zu früh für eine Beurteilung. Dennoch, Sie hat gezeigt, dass die Bevölkerung potenziell vor **neu auftretenden Infektionskrankheiten** gefährdet ist und dass es wichtig ist, für das Gesundheitssystem sich auf solche Situationen vorzubereiten.

WESENTLICHE HERAUSFORDERUNGEN IM GESUNDHEITSWESEN

- Gestützt auf diese Feststellungen lassen sich fünf wesentliche Herausforderungen im Gesundheitswesen festlegen:
 - 1) **Förderung der Gesundheit im Alter**
 - 2) **Förderung der Gesundheit in den ersten Lebensjahren und in der Kindheit**
 - 3) **Reduzierung sozialer Ungleichheiten und Förderung der Chancengleichheit im Bereich Gesundheit**
 - 4) **Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten**
 - 5) **Ausbau des Gesundheitsmonitorings**

I. Einführung und Zielsetzungen

Gesundheit und ihre Determinanten

Bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts wurde **Gesundheit** im Wesentlichen in ihren biomedizinischen Dimensionen betrachtet: Gute Gesundheit zeichnete sich durch **das Freisein von Krankheit** aus. Vor allem unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat sich das Konzept «Gesundheit» mit neuen Dimensionen im biopsychosozialen Hinblick weiterentwickelt, wobei nicht nur die biologischen Merkmale, sondern auch der **psychologische und soziale Kontext**, in dem sich das Individuum entwickelt, berücksichtigt wird. So definierte die WHO 1948 Gesundheit als «der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheiten und Gebrechen».

In einer jüngeren Definition wird Gesundheit als ein Zustand definiert, der einer Gruppe oder Einzelperson ermöglicht, «ihre Bedürfnisse [zu] befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen [wahrzunehmen] und [zu] verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern [zu] können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung **sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten.**» [1]

Diese Auffassung von Gesundheit ermöglicht, die **lebensweltbezogenen, physischen und sozioökonomischen Determinanten** mitzuberücksichtigen. Sie ermöglicht auch die Beziehungen zwischen Gesundheit, Krankheiten und den Aktivitäten des öffentlichen Gesundheitswesens, die namentlich durch die **Präventions- und Gesundheitsförderungs politik** zum Ausdruck kommen, klarer zu artikulieren.

Ziele des 6. Gesundheitsberichts

Im Bericht **Gesundheit der walliser bevölkerung 2020** werden der Gesundheitszustand der Walliser Bevölkerung und dessen zeitliche Entwicklung beschrieben.

Er ist auf Folgendes ausgerichtet: 1) Identifizierung der überwiegenden, wiederkehrenden und neu auftretenden Gesundheitsprobleme, 2) Dokumentierung der individuellen und lebensweltbezogenen Faktoren, die den Gesundheitszustand der Bevölkerung bestimmen, 3) Sensibilisierung der Bevölkerung und der Akteure des Walliser Gesundheitswesens für die wichtigsten gesundheitlichen Herausforderungen für die Bevölkerung sowie 4) Bereitstellen nützlicher Informationen zur Anpassung der Präventions- und Gesundheitsförderungs politik.

In diesem Bericht sollen einige Gesundheitsthemen anhand von **sozioökonomischen und umweltbezogenen Determinanten** der Gesundheit beleuchtet werden.

Wie schon in den früheren Berichten seit 1996 werden in diesem Bericht ein Bild der allgemeinen Walliser Bevölkerung vermittelt und die wichtigsten aktuellen Gesundheitsthemen behandelt. Er ist **zusammenfassend aufgebaut, um für alle zugänglich und leicht verständlich zu sein.** Es handelt sich also nicht um einen abschliessenden Bericht über alle Gesundheitsprobleme und es musste eine Wahl der verschiedenen behandelten Themen getroffen werden. **Die QR-Codes** verweisen ausserdem auf die Website des Walliser Gesundheitsobservatoriums (www.ovs.ch) und ermöglichen, via zahlreiche Gesundheitsindikatoren auf zusätzliche Daten zugreifen zu können, um die Thematik zu vertiefen.

Determinanten des Gesundheitszustands

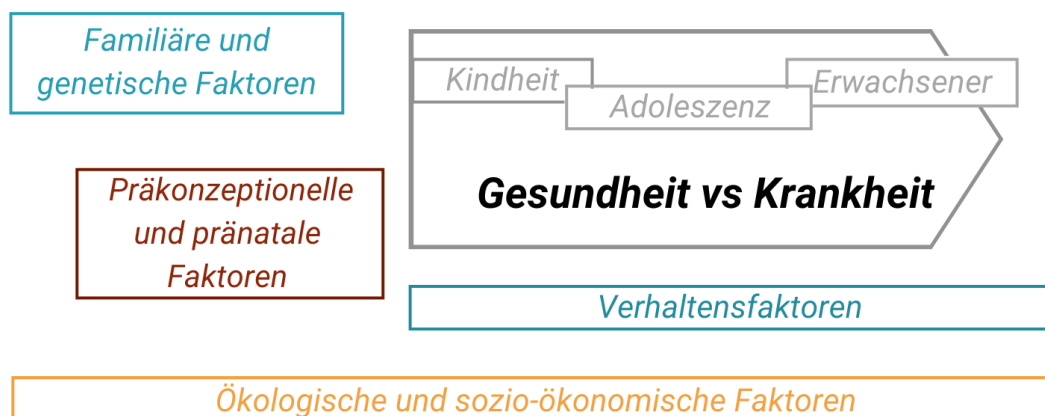
Gesundheit wird auf Ebene eines Individuums oder einer Bevölkerung durch ein komplexes und dynamisches Zusammenspiel verschiedener Faktoren bestimmt. Diese Faktoren werden **Determinanten der Gesundheit** genannt. Sie agieren entweder auf **Ebene des Individuums** (individuelles Gesundheitsverhalten wie Tabak- oder Alkoholkonsum, Bewegung und Ernährungsgewohnheiten, biologische Merkmale) oder auf **Ebene der Lebenswelten**, in denen sich das Individuum entwickelt (**T 1.1**).

T 1.1 Lebenswelten und Beispiele von gesundheitsbeeinflussenden Faktoren

	Physische Lebenswelt	Digitale Lebenswelt	Sozioökonomische Lebenswelt	Politische Lebenswelt
Definition	Natürliche und durch die Umwelt beeinflusste Elemente Klima	Durch die digitale technologische Aktivität im Internet und durch jede andere Form von Aktivität auf digitalem Träger aufgebaute Lebenswelt	Strukturen und Funktionsweisen im Zusammenhang mit: 1. den wirtschaftlichen Tätigkeiten und diesbezüglichen Wertesystemen 2. den gesellschaftlichen Werten der Einzelpersonen oder Gruppen	Strukturen und Funktionsweisen im Zusammenhang mit der Organisation und der Ausübung von Macht (Gesetze, Reglemente, Politikbereich)
Beispiele von gesundheitsbeeinflussenden Faktoren auf gesamtgesellschaftlicher Ebene	Wasser-, Luft-, Bodenqualität Art der Bewirtschaftung von Naturgebieten (Wald, Fauna, Flora) Gebäude, städtische Entwicklung, Verkehrswege	Digitale Kompetenz Zugang zu und Ausstattung mit digitalen Technologien Digitale Lebenswelt und gesellschaftliche Beziehungen Gefahren und problematische Nutzung	Bildung, Einkommen, Reichtum Zugang zu gesunden Lebensmitteln (Preis, Verfügbarkeit) Gefährdete Gruppen (sozioökonomischer Status oder Migrationshintergrund, Nationalität, sexuelle Orientierung)	Tabak- und Alkoholgesetzgebung Bildungskosten Sozialversicherungssysteme (Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität) Investitionen in die Gesundheitsförderung und Prävention

Diese Determinanten wirken auf das gesamte Leben ein. Die Lebensverlaufsperspektive («life course approach») illustriert die Interaktion und den Einfluss dieser verschiedenen Faktoren – biologisch, verhaltensbezogen, umweltbezogen und sozioökonomisch – auf den Gesundheitszustand der Individuen zu verschiedenen Zeitpunkten in ihrem Leben (**Abb. 1.1**).

Abb. 1.1 Gesundheitszustand und Lebensverlauf («life course»)



Adapted from Kuh D, Ben Shlomo Y, et al. Life course epidemiology. JECH 2003;57(10):778-83

Eine Lebensverlaufsperspektive ermöglicht, die Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategien gezielt auf bestimmte Personengruppen nach Alter und Lebensetappe auszurichten.

Präventionsstrategie im Gesundheitswesen

Die Rolle der Gesundheitspolitik und der Präventions- und Gesundheitsförderungspolitik besteht darin, Strukturen und Massnahmen einzuführen, mit denen die Risikofaktoren verringert und die Schutzfaktoren verstärkt werden können, wobei deren Auswirkungen zu verschiedenen Zeitpunkten im Leben (Alter) berücksichtigt werden. Daher darf sich die Präventions- und Gesundheitsförderungspolitik nicht allein auf das Gesundheitsverhalten beschränken, sondern muss alle Determinanten der Gesundheit in einem **multisektoriellen Ansatz** berücksichtigen [2].

In diesem Sinne hängen Prävention und Gesundheitsförderung **nicht allein vom Gesundheitssektor**, sondern auch von der **öffentlichen Politik anderer Sektoren**, die einen direkten oder indirekten Bezug zur Gesundheit haben (Bildung, physische Lebenswelt, Mobilität, Arbeitswelt, Gesellschaft usw.), ab. Auf Bundesebene steht diese multisektorielle Auffassung im Zentrum der gesundheitspolitischen Strategie des Bundesrates 2020-2030 mit der Vision: «Die

Menschen in der Schweiz leben unabhängig von ihrem Gesundheitszustand und ihrem sozioökonomischen Status in einem **gesundheitsförderlichen Umfeld.**» [3] Auch im **Rahmenprogramm Gesundheitsförderung und Prävention** des Kantons Wallis wird eine **multisektorielle Politik** empfohlen [4].

Um die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern, müssen die **Präventionsstrategien im Gesundheitswesen** also auf Interventionen in verschiedenen Bereichen ausgerichtet werden: auf **struktureller oder lebensweltbezogener** sowie auf **individueller Ebene**. Es wird zwischen verschiedenen Arten von Präventionsstrategien unterschieden (**Abb. 1.2**). Die **strukturellen oder lebensweltbezogenen Präventionsmassnahmen** betreffen die verschiedenen Lebenswelten, in denen sich die gesamte Bevölkerung oder eine spezifische Gruppe entwickelt. Diese Massnahmen bestehen darin, den Kontext zu verändern, in dem Gesundheit entsteht und sich verändert [5].

F1.2 Prävention und Gesundheitsförderung



In Bezug auf die **Gesetzgebung** fallen die Gesetze über den Tabak (Bundesgesetz zum Schutz vor Passivrauchen von 2010 mit dem Rauchverbot in öffentlichen Räumen), über Alkohol (spezifische Besteuerung, Altersgrenze für den Alkoholverkauf) oder über Strassensicherheit (Gurtenobligatorium, Kindersitzpflicht, Tempolimits) unter diese Art von Massnahme. Im **sozialen und wirtschaftlichen** Bereich tragen die sozialen Begleitmassnahmen für Personen in Schwierigkeiten und deren finanzielle Unterstützung dazu bei, die gesundheitsbeeinträchtigenden Auswirkungen einer kurz- oder langfristigen wirtschaftlichen Unsicherheit zu beschränken [6]. Auf Ebene der **physischen Lebenswelt oder des physischen Umfelds** umfassen die strukturellen Präventionsmassnahmen beispielsweise die Gesetze, welche die Grenzwerte von Luftschadstoffen regeln, die Reglemente über die Wasserqualität oder die Erhaltung der natürlichen Lebensräume [7, 8].

Die **Gesundheitsförderung** bezeichnet die Prozesse, mit denen Einzelpersonen und der Gemeinschaft die Mittel in die Hand gegeben werden sollen, um die Determinanten der Gesundheit positiv zu beeinflussen und eine gesunde Lebensweise anzunehmen (beispielsweise Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung). Sie bezweckt, die Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit zu verstärken.

Die **Primärprävention** ist darauf ausgerichtet, Krankheiten und Unfälle zu verhindern sowie dem Auftreten einer Krankheit vorzubeugen (z.B. Rauchstopp, Verwendung von Kondomen, Impfungen). Durch die Berücksichtigung bestimmter sozialer Determinanten können die Präventionsaktionen gezielter ausgerichtet werden. Man weiss beispielsweise, dass die Prävalenz des Tabakkonsums mit einem umso tieferen sozioökonomischen Status zunimmt. Daher kann man sich vorstellen, die Präventionskampagnen zum Rauchstopp zum

Beispiel in Betrieben mit mehrheitlich handwerklich tätigen Mitarbeitenden durchzuführen.

Die **Sekundärprävention** hingegen ist darauf ausgerichtet, Krankheiten frühzeitig, am besten vor dem Auftreten von Symptomen, zu diagnostizieren, um sie so früh wie möglich behandeln zu können (z.B. Krebsvorsorgeuntersuchungen). Auch in diesem Rahmen kann es für die Praktiken der Sekundärprävention richtungsweisend sein, die sozialen Determinanten zu berücksichtigen. Ein Hausarzt beispielsweise, der über Informationen zum sozioökonomischen Status seines Patienten verfügt, kann diese berücksichtigen, um die Präventionsmassnahmen entsprechend auszurichten. So kann die Verbreitung von Informationen bei Patienten mit einem bescheidenen sozioökonomischen Status, die leicht verständlich oder in gezielten Fremdsprachen geschrieben sind, zu einer höheren Beteiligung an Vorsorgeuntersuchungen beitragen [9].

Dieser Bericht fügt sich in eine **evidenzbasierte Logik des Gesundheitswesens**. In diesem Sinne stellen die **Evaluation des Gesundheitszustands der Bevölkerung und die Identifizierung der gesundheitlichen Probleme** nötige Schritte zur Einführung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen dar. In einem bestimmten Masse ermöglicht diese Evaluation auch, die Auswirkungen der Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme zu beurteilen und diese entsprechend anzupassen.

Am Ende des vorliegenden Berichts werden die **wesentlichen Herausforderungen im Gesundheitswesen**, denen sich der Kanton Wallis stellen muss, zusammengefasst. Der Bericht enthält **Informationen, mit denen die Achsen zur Entwicklung der Präventions- und Gesundheitsförderungs politik des Kantons festgelegt werden können** [4].

II. Demografie und allgemeine Indikatoren des Gesundheitszustands

Demografische Entwicklung

Zwischen 1900 und dem Jahr 2000 hat die ständige Walliser Wohnbevölkerung von 114'438 auf 276'170 Personen zugenommen und ist seither weitergewachsen. 2019 zählte die ständige Wohnbevölkerung im Wallis 345'525 Personen, was seit dem Jahr 2000 einer Zunahme um 27% entspricht (CH: +18% zwischen 2000 und 2019). 2019 lag die Geburtenziffer bei 9.7 Lebendgeburten pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner (CH: 10.0/1'000). Sie ist seit Beginn des 21. Jahrhunderts weitgehend unverändert.

2019 zählte das Wallis 78'022 ausländische Einwohnerinnen und Einwohner, was 23% der Gesamtbevölkerung entspricht (CH: 25%). 88% dieser ausländischen Bevölkerung stammen aus einem europäischen Land (35% Portugal; 13% Frankreich; 12% Italien; 9% Ex-Jugoslawien; 19% andere europäische Länder). Die übrigen 12% stammen aus Asien, Afrika, Amerika oder Ozeanien.

Die Walliser Bevölkerung wird immer **älter**. Davon zeugt der zunehmende Anteil an Seniorinnen und Senioren (65-Jährige und Ältere), der 2019 bei 20% lag und bis 2025 auf 25% ansteigen dürfte (**T 2.1**), mit einem zunehmenden Anteil 80-Jähriger und Älterer (**Abb. 2.1**).

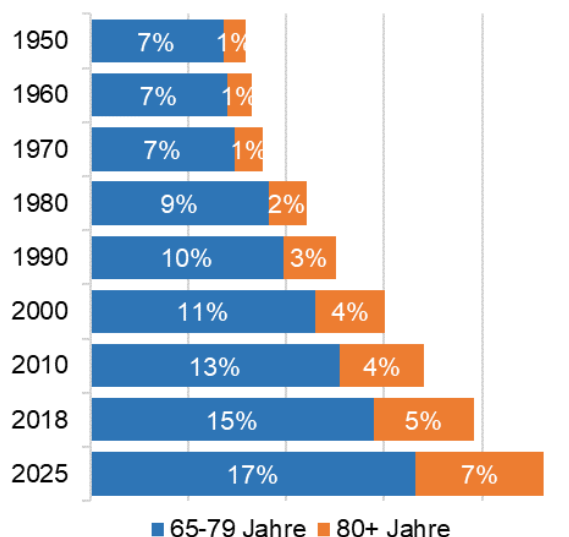
T 2.1 Entwicklung der Bevölkerungsstruktur nach Alter, Wallis, 1990-2025

Alter	1990	2019	2025
0-14 Jahre	19%	15%	14%
45-64 Jahre	21%	28%	28%
65 Jahre und +	13%	20%	23%

Quellen: BFS, KASF



Abb. 2.1 Entwicklung der Bevölkerung im Alter von 65 bis 79 Jahren und von 80 Jahren und darüber, Wallis, 1950-2019 und Hochrechnung 2025 (Quellen: BFS, KASF)



Als weiterer Indikator für diese Alterung hat der Anteil Hundertjähriger und Älterer in den letzten Jahren stark zugenommen, vor allem bei den Frauen (**Abb. 2.2**). Damit bestätigt die Schweiz ihren Platz unter den Ländern mit einem hohen Anteil hochbetagter Menschen (**Abb. 2.3**).

Abb. 2.2 Anzahl Hundertjähriger (99 Jahre und älter), Wallis, 1950-2019 (Quelle: BFS)

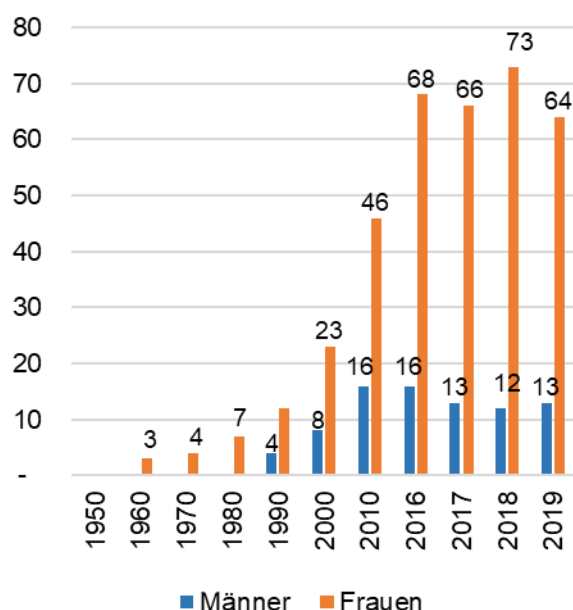
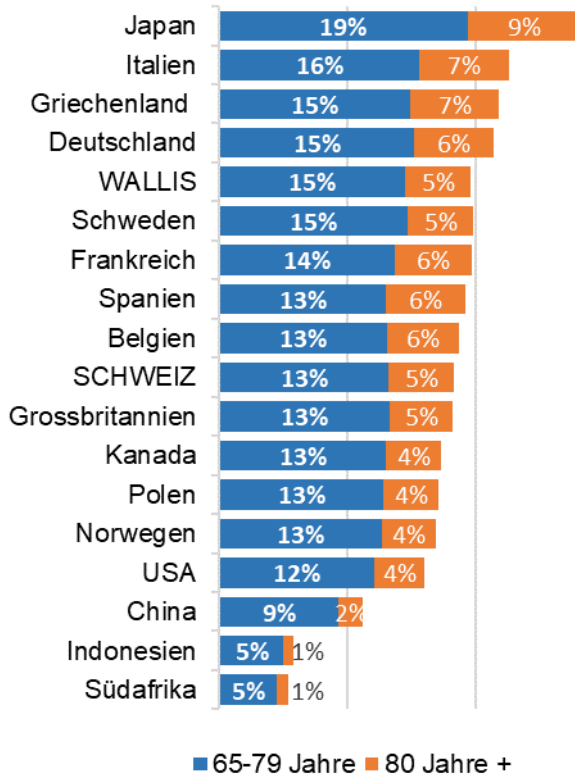


Abb. 2.3 Anteil der Bevölkerung im Alter von 65 bis 79 Jahren und von 80 Jahren und darüber in Prozent der Gesamtbevölkerung, 2018 (Quellen: OECD, BFS)

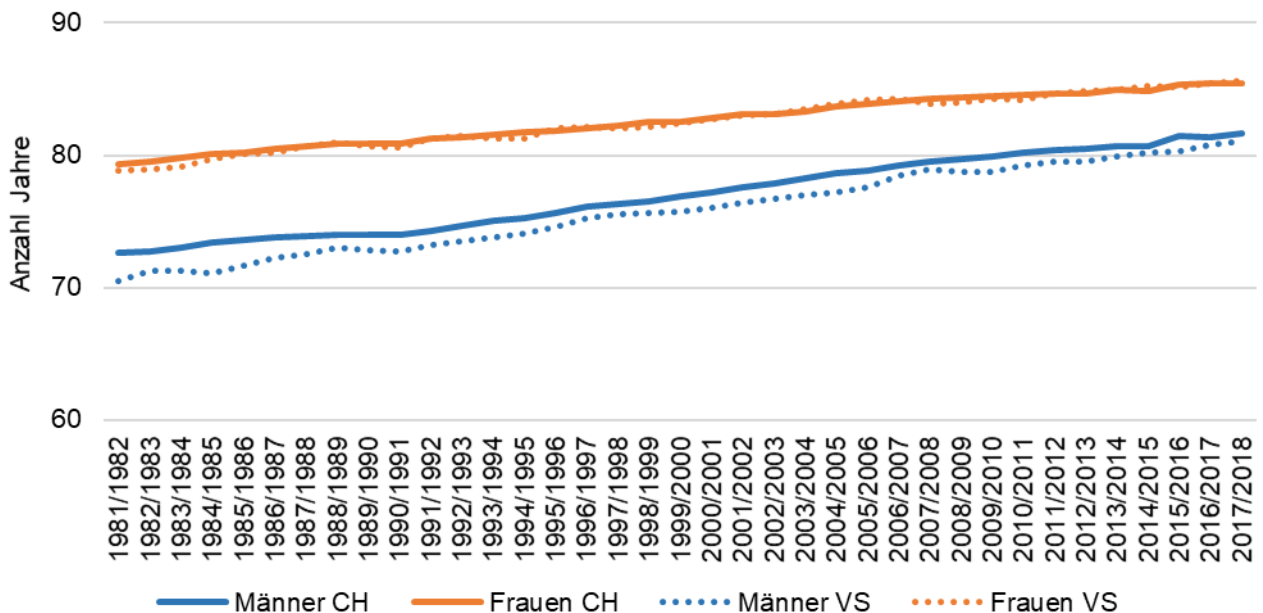


Lebenserwartung

Sowohl im Wallis als auch in der Schweiz ist die Lebenserwartung bei der Geburt seit der Mitte des 19. Jahrhunderts konstant angestiegen. Sie hat in der Schweiz von 40 Jahren 1876 in einem Rhythmus von 4-5 Monaten pro Jahr bis 1950 zugenommen. Seither nimmt sie jährlich durchschnittlich um 2-3 Monate pro Jahr zu.

2017/2018 betrug die Lebenserwartung bei der Geburt im Wallis **bei den Frauen 85.6 Jahre und bei den Männern 81.1 Jahre (Abb. 2.4)** (CH: Frauen 85.4 Jahre, Männer 81.7 Jahre).

Abb. 2.4 Entwicklung der Lebenserwartung bei der Geburt, Wallis-Schweiz, 1981-2018 (Quelle: BFS)



Auch die Lebenserwartung mit 65 Jahren nimmt deutlich zu. 2017/2018 konnten die Männer, die 65 Jahre alt wurden, noch mit weiteren 19.5 Lebensjahren rechnen und die Frauen mit 22.7 Jahren (CH: 19.9 bzw. 22.7 Jahre). Im internationalen Vergleich hält die Schweiz ihren Platz unter den Ländern mit der höchsten Lebenserwartung bei der Geburt (**Abb. 2.5**).

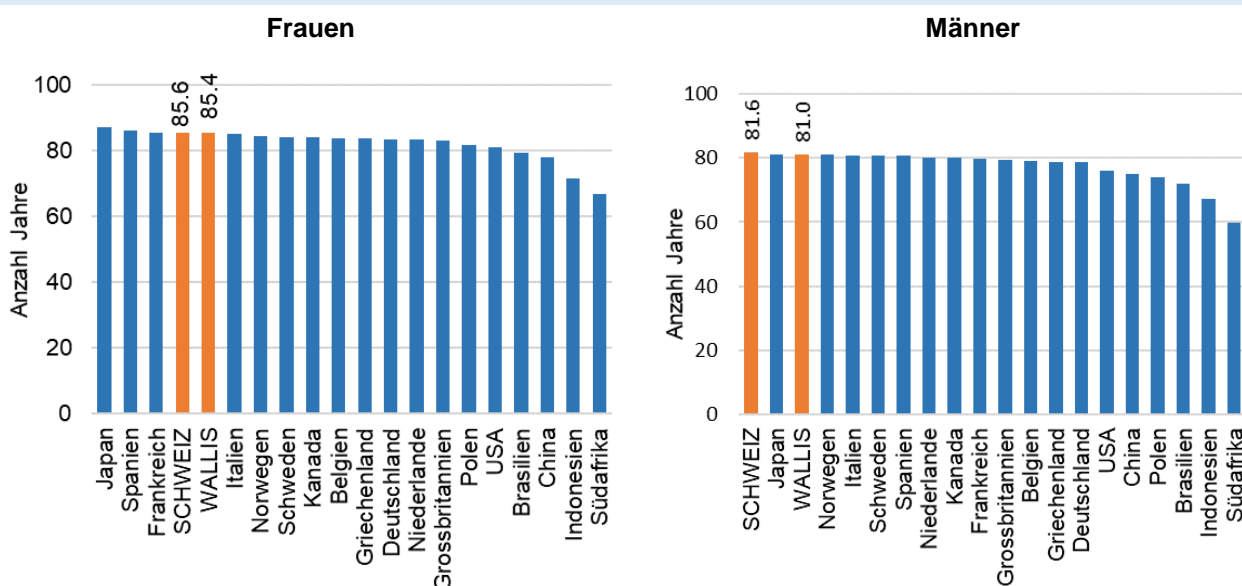
Die **Lebenserwartung wird in den kommenden Jahren wahrscheinlich weiter ansteigen** [10]. Historisch gesehen ist die längere Lebenserwartung bei der Geburt auf die geringere Kindersterblichkeit zurückzuführen, vor allem aufgrund von Verbesserungen in den physischen und sozioökonomischen Lebenswelten (Entwicklung von Gesundheitsinfrastrukturen, Verbesserung der Hygiene, neue Städtebauentwicklung, Zugang zu Bildung, Verbesserung des Lebensstandards) sowie aufgrund der Einführung von primärpräventiven Massnahmen wie Impfungen. Ab den 1960er-Jahren wird die steigende Lebenserwartung vor allem durch die **tiefere Sterblichkeit bei älteren Menschen** vorangetrieben, hauptsächlich durch die rückläufigen Zahlen der Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen und in jüngeren Jahren durch Krebserkrankungen [11].

Eine steigende Lebenserwartung ist wünschenswert, **sofern die gewonnenen Lebensjahre qualitativ gut sind** und mit möglichst wenig Krankheiten, Gebrechen und

Pflegebedürftigkeit einhergehen, die mit zunehmendem Alter auftreten können. Im Idealfall wird eine steigende Lebenserwartung bei guter Gesundheit gewünscht, mit einem späteren Auftreten von Krankheiten und Gebrechen, sowie eine kürzere Lebensdauer mit ebensolchen gesundheitlichen Problemen. Nach diesem Szenario der **Morbiditätsverdichtung** nimmt die Lebensdauer bei guter Gesundheit zu und jene bei schlechter Gesundheit ab [12].

Zwischen den 1980er-/1990er-Jahren und dem Beginn des 21. Jahrhunderts liess sich sowohl in der Schweiz als auch in anderen einkommensstarken Ländern eine solche **Morbiditätsverdichtung** feststellen [12, 13]. In jüngeren Jahren, zwischen 2000 und 2010, liess sich ein paralleler Anstieg der Lebenserwartung bei guter Gesundheit und der Lebenserwartung der Schweizer Allgemeinbevölkerung beobachten [14]. Während es bei den Personen mit einer höheren Bildung allerdings eine Morbiditätsverdichtung zu verzeichnen gibt, hat bei den Personen mit Abschluss der obligatorischen Schulzeit die Anzahl Lebensjahre bei schlechter Gesundheit zugenommen [14]. Tatsächlich lässt sich bei der **Lebenserwartung ein soziales Gefälle** feststellen. Die gefährdeten Bevölkerungskategorien, beispielsweise mit einem niedrigen Bildungsniveau oder mit geringen wirtschaftlichen und sozialen Ressourcen, haben eine geringere Lebenserwartung [14, 15, 16].

Abb. 2.5 Lebenserwartung bei der Geburt, Wallis-Schweiz-andere Länder, 2017 (Quellen: OECD, BFS)



Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand

Gesundheit beschreibt nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen, sondern auch einen Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens. Der selbst wahrgenommene Gesundheitszustand zeigt, wie eine Person ihre allgemeine Gesundheit sieht [17]. Die Mehrheit der Männer (89%) und der Frauen (83%) im Wallis beurteilt ihren **Gesundheitszustand als gut oder sehr gut** (CH: 86% der Männer und 84% der Frauen).

Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil Personen, die ihre Gesundheit selbst als gut beurteilen, ab, was mit dem Anstieg der Prävalenz chronischer Krankheiten und Aktivitätseinschränkungen im Zusammenhang steht. Weniger als 20% der 15- bis 39-Jährigen geben an, dauerhafte Gesundheitsprobleme¹ zu haben, während dieser Anteil bei den 65-Jährigen und Älteren auf 40% ansteigt (**Abb. 2.6**).

Frauen berichten oft von einem weniger guten allgemeinen und psychischen Gesundheitszustand als Männer (**Abb. 2.7**). Diese Unterschiede zwischen Frauen und Männern können sowohl auf biologische (geschlechtsspezifische Unterschiede) als auch auf sozio-kulturelle (genderbezogene Faktoren) Mechanismen zurückzuführen sein (**Kasten 1**).

Abb. 2.6 Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand und dauerhafte Gesundheitsprobleme nach Alter, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)

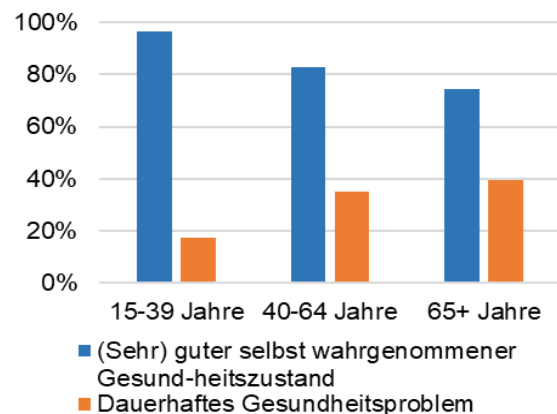
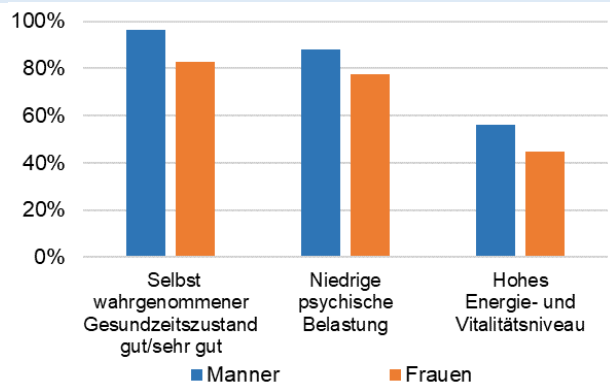


Abb. 2.7 Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand, psychische Belastung sowie Energie- und Vitalitätsniveau, Männer-Frauen, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)



Kasten 1: Gender – eine soziale Determinante der Gesundheit

Das Geschlecht beschreibt die biologischen Unterschiede zwischen Männern und Frauen, während Gender sich auf die sozialen und kulturellen Unterschiede bezieht [18, 19]. Diese Unterschiede umfassen die Rollen, Verhaltensweisen, Tätigkeiten, Aufgaben und Chancen, die eine gegebene Gesellschaft als normal oder angemessen für Männer und Frauen empfindet. Diese Unterschiede bei der Darstellung und Behandlung der Person halten ein ganzes Leben lang an und üben von Anbeginn der Kindheit einen grossen Einfluss auf die Einzelperson aus. Gender ist eine soziale Determinante der Gesundheit. Die Normen, Erwartungen und gesellschaftlichen Rollen, die den Männern und den Frauen zugewiesen werden, bestimmen nämlich zum Teil, inwiefern diese gesundheitlichen Risiken ausgesetzt und dafür anfällig sind. Sie beeinflussen auch das Gesundheitsverhalten, die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems oder die Versorgung von Patientinnen und Patienten. Der Einfluss von Gender auf die Gesundheit wird durch weitere soziale Determinanten der Gesundheit wie sozioökonomischer Status, beruflicher Status oder Bildungsniveau bestimmt.

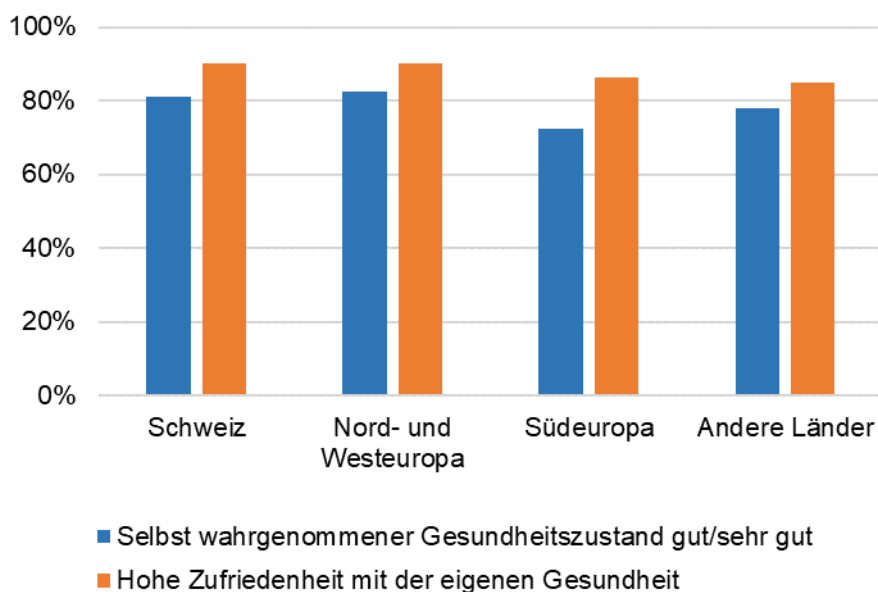
¹ Dauerhaftes Gesundheitsproblem: Krankheit oder gesundheitliches Problem von mindestens sechs Monaten Dauer

Weitere Determinanten der Gesundheit, namentlich soziale und wirtschaftliche, ermöglichen, die Unterschiede zwischen den Gruppen sowie fragilere Gesundheitszustände bei den vulnerablen Personengruppen zu erfassen. Ein Beispiel dafür ist der **Migrationsstatus (Kasten 2)**.

Kasten 2: Gesundheitszustand der ausländischen Bevölkerung

Mehr als jede fünfte Person der ständigen Wohnbevölkerung im Wallis stammt aus dem Ausland: 21% stammen aus Nord- und Westeuropa, 51% aus Südeuropa und 28% aus anderen Ländern². Aufgrund der geografischen Herkunft aber auch der Migrationsumstände kann man nicht von einer homogenen ausländischen Bevölkerung sprechen. Vielmehr geht es um «ausländische Bevölkerungen». Das Wohl der ausländischen Bevölkerungen ist sowohl im Wallis als auch in der Schweiz das Ergebnis individueller (Gesundheitszustand, Bildung, Einkommen, gesellschaftliche Beziehungen, Anzahl Jahre in der Schweiz, Migrationsumstände) und struktureller (soziale Infrastruktur, rechtlicher Rahmen, kulturelle Normen) Einschränkungen und Ressourcen. Ist der Gesundheitszustand dieser Bevölkerungen mit dem der Bevölkerung mit Schweizer Nationalität vergleichbar? Betrachtet man die ausländische Bevölkerung als Ganzes, so sind die Unterschiede zwischen ausländischen und Schweizer Staatsbürgerinnen und Staatsbürgern in der Schweiz gering. Diese scheinbare Homogenität überdeckt allerdings weit ausgeprägtere Unterschiede. Die Bevölkerungen aus Südeuropa beispielsweise beurteilen ihren Gesundheitszustand seltener als gut oder sehr gut [20] (**Abb. 2.8**).

Abb. 2.8 Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand und Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit nach Nationalität, Schweiz, 2017 (Quelle: SILC 2017, BFS)

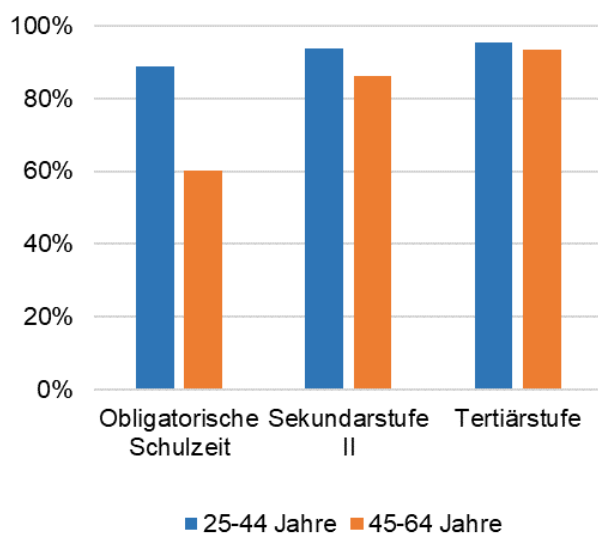


Die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit ist bei südeuropäischen Staatsangehörigen ebenfalls schlechter. Die in der Schweiz wohnhaften nord- und westeuropäischen Staatsangehörigen hingegen bezeichnen ihren eigenen Gesundheitszustand und ihre Zufriedenheit als ähnlich gut wie die Schweizer Staatsangehörigen.

² Nord- und Westeuropa: Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Grossbritannien, Irland, Island, Liechtenstein, Luxemburg, Monaco, Niederlande, Norwegen, Österreich und Schweden
 Südeuropa: Andorra, Griechenland, Italien, Portugal, San Marino, Spanien und Vatikanstadt
 Andere Länder: Osteuropa und aussereuropäische Länder

Eine wichtige sozioökonomische Determinante ist das **Bildungsniveau** [16]. Sein Vorteil besteht darin, relativ leicht messbar und über sozio-politische Entscheide beeinflussbar zu sein. 70% der im Wallis wohnhaften Personen, die nur die obligatorische Schulzeit abgeschlossen haben, bezeichnen ihren selbstwahrgenommenen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut, während dieser Anteil bei den Personen mit einem Universitäts- oder Hochschulabschluss 93% beträgt (**Abb. 2.9**).

Abb. 2.9 Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand «gut» oder «sehr gut» nach Bildungsniveau und Alter, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)



III. Determinanten der Gesundheit

In jedem Lebensalter wird der Gesundheitszustand einer Person durch ein komplexes Zusammenspiel verschiedener Faktoren, sogenannter **Determinanten der Gesundheit** beeinflusst, beispielsweise sozioökonomischer Status, Lebens- und Arbeitsbedingungen, physische Lebenswelt, Lebensweise und kulturelle Gewohnheiten oder Zugang zu gesundheitlicher Versorgung.

Abb. 3.1 Determinanten der Gesundheit – Modell (nach Dahlgren und Whitehead, 1991)



Diese Determinanten der Gesundheit lassen sich in verschiedenen Schichten schematisch darstellen [21] (**Abb. 3.1**):

- **Alter, Geschlecht, Erbanlagen:** biologische Determinanten wie Alter, Geschlecht und Erbanlagen
- **Individuelle Lebensweisen:** Verhaltensweisen, die den Gesundheitszustand direkt beeinflussen wie Ernährung, Tabakkonsum, Alkoholkonsum, körperliche Aktivität oder Beteiligung an Vorsorgeuntersuchungen
- **Soziale und kommunale Netzwerke:** Einfluss von Gesellschaft und Gemeinschaft auf das Gesundheitsverhalten der Einzelperson. Diese sozialen und kommunalen Netzwerke umfassen Familie, Freundeskreis, Gruppen aus den Bereichen Kultur, Sport oder Politik. Die Beteiligung einer Person an diesen verschiedenen Arten von Netzwerken, die Unterstützung, die sie von ihnen erhält und das diesbezügliche soziale Kapital formen die **sozialen Ressourcen** der Person und beeinflussen ihre Gesundheit [22].
- **Lebens- und Arbeitsbedingungen:** Arbeit/Beschäftigung und deren Bedingungen, Wohnumfeld und Wohnverhältnisse, Zugang zu Lebensmitteln, Gesundheitsdiensten und Bildung
- **Allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Lebenswelt:** Faktoren, welche die Gesellschaft als Ganzes beeinflussen wie wirtschaftliche Lage des Landes, natürliche Umwelt (z.B. Luft- oder Wasserverschmutzung), Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt, kulturelle Überzeugungen oder auch Einstellung gegenüber ausländischen Personen oder sexuellen Minderheiten³.

³ LGBTIQ+ (lesbisch, schwul [gay], bisexuell, trans, intersexuell, asexuell und queer)

Sozioökonomischer Status und sozioökonomische Lebenswelt

Der **sozioökonomische Status** ist eine wesentliche Determinante des Gesundheitszustands. Die wichtigsten Bestandteile des sozioökonomischen Status sind Bildungsniveau, Berufsstatus und Einkommen [23]. Vor allem in der Schweiz ist erwiesen, dass Personen mit einem niedrigen Bildungsniveau (z.B. lediglich obligatorische Schulzeit) einen schlechteren Gesundheitszustand oder eine kürzere Lebensdauer bei guter Gesundheit haben als Personen mit einem Abschluss auf Sekundar- oder Tertiärstufe [24, 25].

Sowohl in der Schweiz als auch andernorts lassen sich **je nach sozioökonomischem Status ausgeprägte Unterschiede beim Gesundheitszustand** feststellen [26, 27, 28]. Personen mit einem niedrigen Bildungsniveau oder in Berufen ohne oder mit einem nicht ausreichenden Berufsabschluss beurteilen ihren Gesundheitszustand häufiger als schlecht [26]. Die allgemeine Sterblichkeit und die Sterblichkeit aufgrund von Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Unfällen sind unter dieser Bevölkerung ebenfalls höher [27].

Sozioökonomischer Status und Gesundheitszustand sind durch komplexe Mechanismen miteinander verbunden. So wird der sozioökonomische Status mit einer gewissen **sozioökonomischen Lebenswelt** in Verbindung gebracht, die beispielsweise den Grad der Exposition gegenüber bestimmten Schadstoffen und Toxinen, die Qualität des Wohnumfeldes oder den Grad der sozialen Unterstützung bestimmen wird. Der sozioökonomische Status wird auch mit dem Gesundheitsverhalten in Verbindung gebracht, namentlich in Bezug auf **Tabakkonsum, Alkoholkonsum, körperliche Aktivität und Ernährung**. Personen mit einem höheren sozioökonomischen Status eignen sich eher ein schützendes Gesundheitsverhalten wie regelmässige Bewegung oder eingeschränkten Tabakkonsum an.

Auch der **Zugang zu Gesundheitsversorgung und die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems** unterscheiden sich je nach sozioökonomischem Status. Die Schweiz ist in Bezug auf den Zugang zu medizinischen Leistungen und in Bezug auf die Behandlungsergebnisse zwar besonders leistungsfähig, doch ist das Schweizer

Gesundheitssystem teuer und die Patientinnen und Patienten müssen einen Teil der Kosten direkt selbst übernehmen [29]. In der Westschweiz würde jede fünfte Person **aus Kostengründen auf medizinische Versorgung verzichten**. Dieser Anteil ist bei den einkommensschwächsten Personen höher als bei den besser situierten Personen [30]. Im Allgemeinen verzichten einkommensschwache Personen am ehesten auf zahnärztliche Versorgung, da diese von der obligatorischen Krankenversicherung nicht übernommen wird [31]. 2017 haben im Wallis 9% der Seniorinnen und Senioren in den letzten 12 Monaten aus Kostengründen auf einen Arztbesuch verzichtet (CH: 7%) und 6% (CH: 5%) haben aus Kostengründen auf die Einnahme von Medikamenten verzichtet [32]. Diese Anteile sind im internationalen Vergleich relativ hoch.

Physische Lebenswelt

Die physische Lebenswelt umfasst **natürliche und künstliche Elemente**. Die Luft-, Wasser- und Bodenqualität sowie Wald, Fauna und Flora sind Elemente der natürlichen physischen Lebenswelt. Gebäude, städtische Bauten und Einrichtungen sowie Verkehrswege sind künstliche oder bauliche physische Elemente. Zu den gesundheitsbeeinträchtigenden Risikofaktoren im Zusammenhang mit der physischen Lebenswelt gehören Luft-, Wasser- und Bodenverschmutzung, Strahlung, das Klima (**siehe Kasten 3**) oder auch Lärm. In der Schweiz und insbesondere im Wallis können **Luftverschmutzung** sowie einige Formen der **Bodenverschmutzung** von früheren industriellen Praktiken herrühren, die damals im Rahmen einer weniger strengen Gesetzgebung möglich waren (**siehe Kasten 4**).

Aussenluftverschmutzung ist eine der häufigsten umweltbedingten Ursachen für Krankheit und vorzeitige Todesfälle. Sie verursacht Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen (Asthma und Bronchitis) sowie gewisse Krebserkrankungen. PM10 Staubpartikel (Durchmesser < 10 µm) und PM2.5 Feinstaub (Durchmesser < 2.5 µm) sind am gesundheitsschädlichsten. Sie werden durch Strassenverkehr, Heizungen, Industrie, Gewerbe und Landwirtschaft produziert. In der **Schweiz** sind **2200 bis 2800 Todesfälle pro Jahr** auf Luftverschmutzung zurückzuführen, die meisten davon auf Feinstaub [34, 35]. Im **Wallis** würde das rund **90 bis 110 Todesfällen** entsprechen, also fast **4% der jährlichen Todesfälle**.

Die Auswirkungen von Bodenverschmutzung auf die Bevölkerung sind oftmals **schwer zu messen**. Wer nahe an belasteten Böden wohnt, ist dem Schadstoff nämlich nicht systematisch direkt ausgesetzt (**siehe Kasten 4**). Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, dass die Menschen nicht ständig am selben Ort wohnen und dass es bei einer Erkrankung sehr schwierig ist zu eruieren, inwiefern das auf die aktuelle Wohngegend zurückzuführen ist. Letztlich ist auch der Grad der Exposition zu berücksichtigen: Bestimmte hochdosierte Schadstoffe sind klar gesundheitsschädigend, während ihre Gefährlichkeit bei geringeren Dosen schwer zu beweisen ist.

Kasten 3: Wenn Hitze krank macht

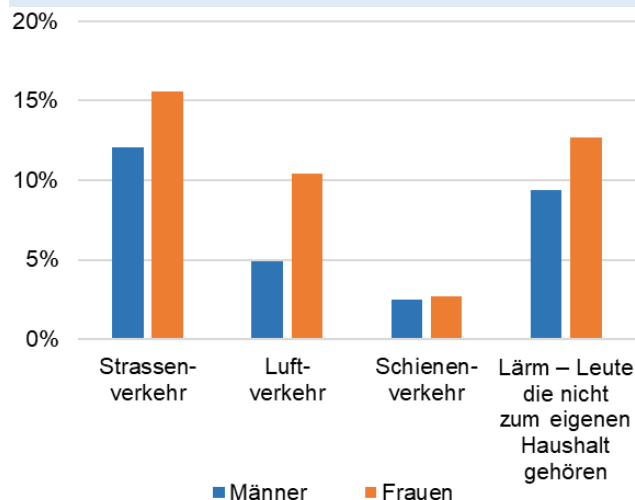
Die Klimaerwärmung macht auch vor der Schweiz nicht Halt. Der Anstieg der Durchschnittstemperaturen war in den vergangenen 50 Jahren besonders stark. Er lässt sich vor allem durch häufigere und längere Hitzewellen beobachten⁴. Die Sommer 2003, 2015 und 2018 waren die heissesten, die jemals in der Schweiz gemessen wurden. Eine Studie, die 1995-2013 in den acht grössten Schweizer Städten durchgeführt wurde, führte zum Schluss, dass die Sterblichkeit an Hitzetagen erhöht war. Im Sommer 2003 gab es in der Schweiz von Juni bis August fast 1000 zusätzliche Todesfälle zu verzeichnen, was einer Zunahme der Sterblichkeit um 6.9% entspricht [33]. Im Sommer 2015, dem heissesten Sommer, der seit Beginn der Messungen (1864) im Wallis verzeichnet wurde, wurden in der Schweiz 800 zusätzliche hitzebedingte Todesfälle gemeldet. Zwischen Juni und August 2015 wurden in der Genferseeregion, zu der auch das Wallis zählt, 133 zusätzliche Todesfälle (Zahl der eingetretenen Todesfälle, die über der erwarteten Anzahl liegt) verzeichnet, was einer erhöhten Sterblichkeit von 5.2% entspricht. Die erhöhte Sterblichkeit im Hitzesommer 2018 fiel tiefer aus als in den vorherigen Hitzewellen: Schweizweit wurden 177 zusätzliche Todesfälle verzeichnet. In der Genferseeregion fiel die Zahl der beobachteten Todesfälle sogar tiefer aus als erwartet, was durch die effizienten kantonalen Hitzewellen-Pläne erklärt werden kann. Es sei angemerkt, dass starke ungeschützte Sonneneinstrahlung abgesehen von der Hitze weitere gesundheitsschädigende Auswirkungen haben kann, namentlich durch die höhere Konzentration der Ozonwerte, die Exposition gegenüber UV-Strahlung oder allergene Pollen.

⁴ Als offizielle Definition von Hitzewelle gilt jene von Meteo Schweiz. Eine Hitzewelle ist eine Periode von mindestens drei aufeinanderfolgenden Tagen, an denen die Temperaturen tagsüber 34 Grad und in der Nacht 20 Grad übersteigen.

Auch **Innenraumluftverschmutzung** kann gesundheitsschädigend sein. **Radon** ist ein Edelgas, das als Zerfallsprodukt von Radium, das im Erdboden vorkommt, gesundheitsgefährdend ist. Es kommt je nach Region in unterschiedlicher Konzentration vor und kann vom Bauuntergrund her in das Hausinnere gelangen und sich dort anreichern [34, 35]. Jedes Jahr sterben in der Schweiz 200 bis 300 Personen an **Lungenkrebs**, der durch Radon verursacht wurde [36]. Dieses Gas ist mit rund 10% der Fälle von Lungenkrebs die zweithäufigste Ursache für diese Krankheit, gleich nach Tabakkonsum. Um die Auswirkungen dieses Edelgases auf die Gesundheit zu reduzieren, wurden auf Bundesebene der Aktionsplan Radon und die Bestimmungen der Strahlenschutzverordnung eingeführt. **In der Westschweiz sind der Jurabogen und das Wallis am stärksten radonbelastet.**

Auch **Lärm** kann Gesundheitsschäden verursachen. Gemäss WHO treten bei einer Lärmbelastung ab 40 Dezibel (dB) in der Nacht und ab 45 dB am Tag Auswirkungen auf die Gesundheit auf. Verkehrslärm wird mit einem erhöhten Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Depressionen bei Erwachsenen und kognitiven Störungen bei Kindern in Verbindung gebracht [37]. Gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017 (SGB 2017) berichten 36% der im Wallis wohnhaften Personen (CH: 44%) von regelmässigen Störungen im Wohnumfeld⁵. **Die am häufigsten genannten Störungen sind Lärmbelästigung (Abb. 3.2)**

Abb. 3.2 Störungen im Wohnumfeld durch Lärm nach Geschlecht, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)



⁵ Die von der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017 überwachten Störungen im Wohnumfeld sind: Lärm durch Strassenverkehr, Lärm von Zügen, Lärm von Flugzeugen, Lärm von Fabriken, Lärm von Leuten oder Kindern, die nicht zum eigenen Haushalt gehören,

Abgase, industrielle Emissionen, Störungen durch die Landwirtschaft, elektromagnetische Felder von Hochspannungsleitungen, Strahlung von Mobilfunkantennen, Licht von Strassenbeleuchtungen, andere Störungen.

Kasten 4: Luftverschmutzung und Quecksilberbelastung im Wallis

Luftverschmutzung

Anfang der 2000er-Jahre waren 60% der Walliser Bevölkerung einer erhöhten Konzentration von Feinstaub (PM10) ausgesetzt, gegenüber 40% im Schweizer Durchschnitt. Diese Art von Verschmutzung war folglich Gegenstand besonderer Aufmerksamkeit im Plan mit 18 Massnahmen zur Bekämpfung der Luftverschmutzung durch übermässige Schadstoffimmissionen, den der Staatsrat 2009 angenommen hatte. Dieser Plan sollte der Verbesserung der Luftqualität dienen – durch Massnahmen in Bezug auf Abfallentsorgung, Industrie und Gewerbe, Motorfahrzeuge und Heizungen. Zehn Jahre nach der Verabschiedung dieses Plans hat sich die Situation verbessert.

Beim Ozon bleiben die Werte seit Beginn der 2000er-Jahre stabil und der Grenzwert von 120 µg/m³ wird im Sommer punktuell überschritten, namentlich in den Messstationen in den Bergen. Das war vor allem während der Hitzewellen im Sommer 2003, im Juli 2015 sowie im April 2018 der Fall. Die Feinstaubbelastung (PM10), die bis zur Mitte der 2000er-Jahre häufig den Grenzwert überschritt, weist seit 2006 eine Tendenz nach unten auf. In den Wintermonaten werden je nach Witterungsbedingungen manchmal Höhepunkte beobachtet, beispielsweise im Dezember 2015 und 2016. Die Benzol- und Stickstoffdioxidwerte (NO₂) gehen seit 2010 eher zurück und überschreiten die Grenzwerte nicht [38].

Quecksilberbelastung

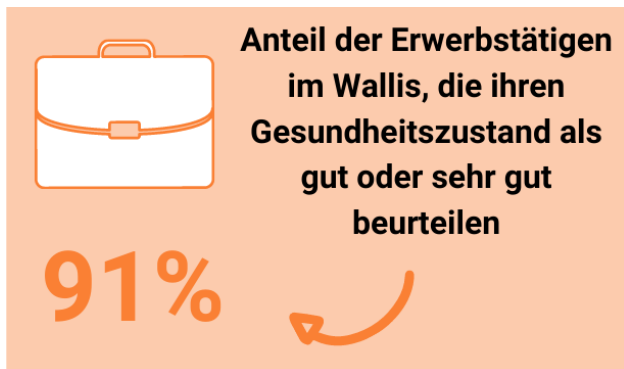
2011 wurde beim Bau der Autobahn A9 im Wallis eine Quecksilberbelastung im Boden festgestellt. 2014 wurde auch im Boden von bewohnten Parzellen zwischen Visp und Niedergesteln Quecksilber nachgewiesen. Diese Verunreinigung ist auf die Einleitung von Industrieabwasser in den Grossgrundkanal ab den 1930er-Jahren bis ungefähr 1975 zurückzuführen. Der Schlamm und die Sedimente dieses Kanals wurden bis zu Beginn der 1990er-Jahre zur Aufschüttung und als Dünger verwendet. Die Universität Zürich wurde damit beauftragt zu bestimmen, ob die Quecksilberschmutzung des Bodens für die menschliche Gesundheit gefährlich sei. Die Nachforschungen in den Jahren 2014 bis 2016 (Analyse der wissenschaftlichen Literatur, Entnahmen aus Lebensmitteln, die in den belasteten Regionen produziert wurden, sowie Analyse des Quecksilbergehalts im Urin und in den Haaren der Anwohnerinnen und Anwohner) haben gezeigt, dass das Quecksilbervorkommen im Boden keinen Einfluss auf den Quecksilbergehalt im Organismus der Bevölkerung hatte. Gegenwärtig werden Böden mit einem Quecksilbergehalt von 2mg/kg dekontaminiert [39].

Berufliche Lebenswelt⁶

Ob jemand erwerbstätig ist oder nicht und die Bedingungen, unter denen die Arbeit ausgeübt wird, sind Bestandteil der sozialen Determinanten der Gesundheit. Keine Arbeit zu haben, hat einen negativen Einfluss auf die körperliche und psychische Gesundheit und erhöht das Todesrisiko [40, 41]. Die Arbeitsbedingungen können den Gesundheitszustand positiv oder negativ beeinflussen.

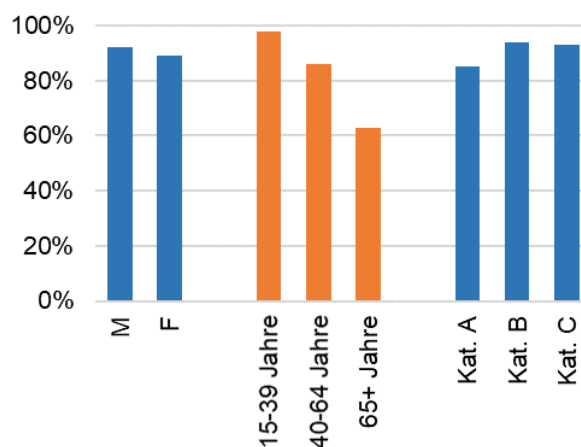
Die Erwerbstätigen können **Belastungen mechanischer Art** (wiederholte Bewegungen, tragen schwerer Lasten, Haltungsschäden) oder **physikalisch-chemischer Art** (Exposition gegenüber chemischen Substanzen, Strahlung, Vibration, Lärm usw.) ausgesetzt sein.

Psychosoziale Risiken (geringer Gestaltungsspielraum, Gewalt oder Diskriminierung, hohe Arbeitsanforderungen, Angst um die Arbeitsstelle usw.) haben ebenfalls einen Einfluss auf die Gesundheit der Erwerbstätigen.

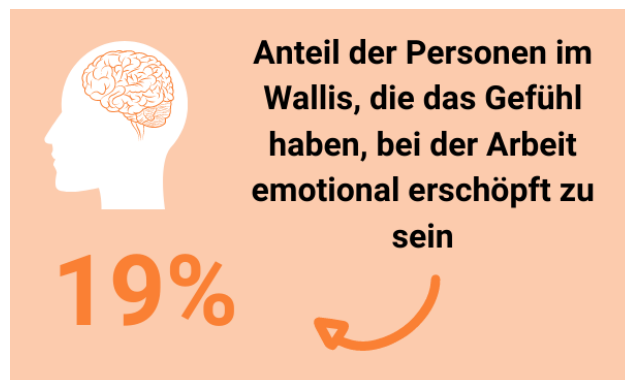


Im Wallis beurteilen 91% der Erwerbstätigen ihren eigenen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut (CH: 90%). Dieser Anteil verringert sich mit zunehmendem Alter und schwankt je nach berücksichtigter Berufskategorie: Bei den Fachkräften in Land- und Forstwirtschaft, den Handwerks- und verwandten Berufen und bei den Hilfsarbeitskräften (Kat. A) beträgt dieser Anteil 85%, bei den Technikern und gleichrangigen nichttechnischen Berufen, den Bürokräften und verwandten Berufen und bei den Dienstleistungsberufen und Verkäufern (Kat. B) 94%, sowie bei den Führungskräften und akademischen Berufen (Kat. C) 93% (**Abb. 3.3**).

Abb. 3.3 Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand der Erwerbstätigen «gut» oder «sehr gut» nach Geschlecht, Alter und Berufskategorie, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)



Im Wallis sind 14% der Erwerbstätigen der Ansicht, dass ihre Arbeit ihre Gesundheit negativ beeinträchtigt (CH: 15%) (**Abb. 3.4**) und 19% geben an, immer häufiger das Gefühl zu haben, bei der Arbeit emotional erschöpft zu sein (CH: 19%), was eine der anerkannten Komponenten von Burn-out ist. Dieses Gefühl der emotionalen Erschöpfung kommt häufiger bei Frauen, 40- bis 64-Jährigen sowie Führungskräften und in akademischen Berufen vor (**Abb. 3.5**).



⁶ Weitere Informationen finden Sie im Bericht «Arbeit und Gesundheit im Wallis», der auf der Website des

Walliser Gesundheitsobservatoriums heruntergeladen werden kann <https://www.ovs.ch/de/publikationen/>

Abb. 3.4 Erwerbstätige, die angeben, ihre Arbeit würde ihre Gesundheit negativ beeinträchtigen, nach Geschlecht, Alter und Berufskategorie, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)

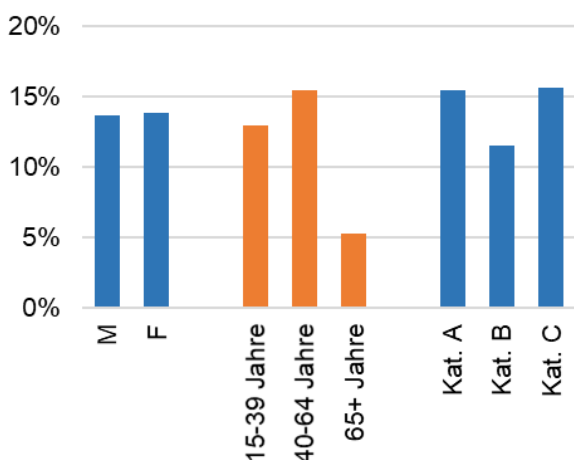
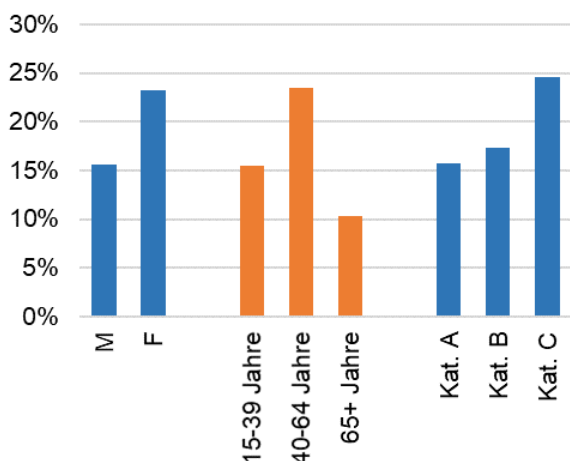


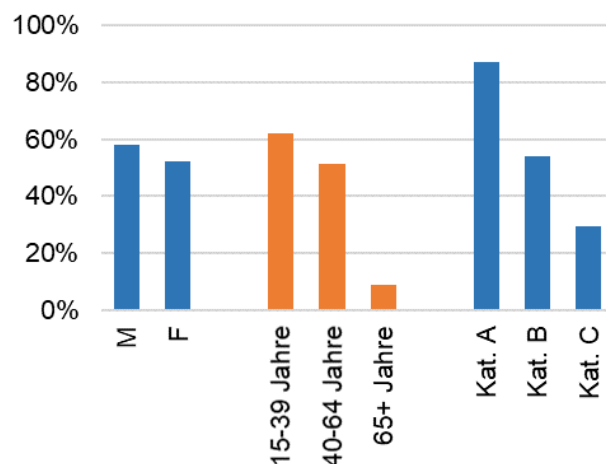
Abb. 3.5 Erwerbstätige, die immer mehr das Gefühl haben, bei der Arbeit emotional erschöpft zu sein, nach Geschlecht, Alter und Berufskategorie (Quelle: SGB 2017, BFS)



Ein Grossteil der Walliser Erwerbstätigen sind **mechanischen oder physikalisch-chemischen Belastungen** ausgesetzt: 56% der Erwerbstätigen geben an, an ihrem Arbeitsplatz mindestens drei mechanischen oder physikalisch-chemischen Belastungen ausgesetzt zu sein (CH: 46%). Diese Exposition betrifft 87% der Erwerbstätigen der Berufskategorie A (Fachkräfte in Land- und Forstwirtschaft und Fischerei, Handwerks- und verwandte Berufe sowie Hilfsarbeitskräfte), 54% der Berufskategorie B (Techniker und gleichrangige nichttechnische Berufe, Bürokräfte und verwandte Berufe sowie Dienstleistungsberufe und Verkäufer) sowie 30%

der Berufskategorie C (Führungskräfte und akademische Berufe) (**Abb. 3.6**).

Abb. 3.6 Erwerbstätige, die bei der Arbeit mindestens drei Arten von mechanischen oder physikalisch-chemischen Belastungen ausgesetzt sind, nach Geschlecht, Alter und Berufskategorie, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)



Die psychosozialen Risiken im Erwerbsleben sind sehr vielfältig: Dazu gehören hohe Arbeitsanforderungen, geringer Gestaltungsspielraum, hohe emotionale Beanspruchung, geringe soziale Unterstützung oder Anerkennung, Wertekonflikte, Diskriminierung und Gewalt, Angst um den Arbeitsplatz sowie hoher Zeitdruck. Im Wallis sind 50% der Erwerbstätigen mindestens drei Arten psychosozialer Risiken ausgesetzt (CH: 49%), ohne merklichen Unterschied zwischen den Berufskategorien (**Abb. 3.7**).

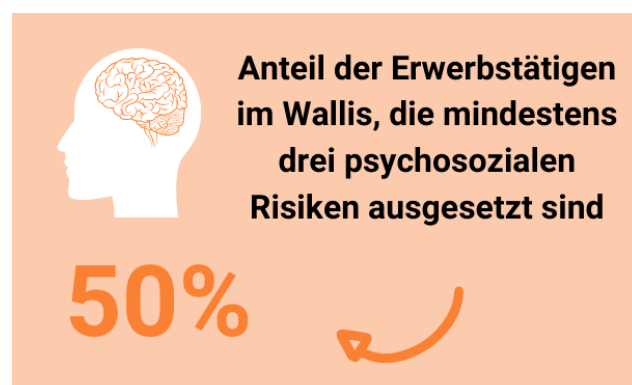
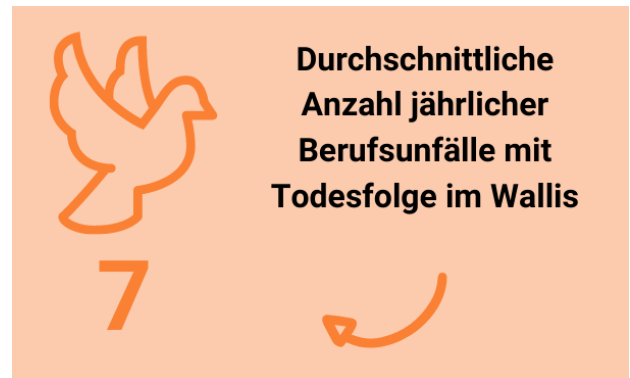
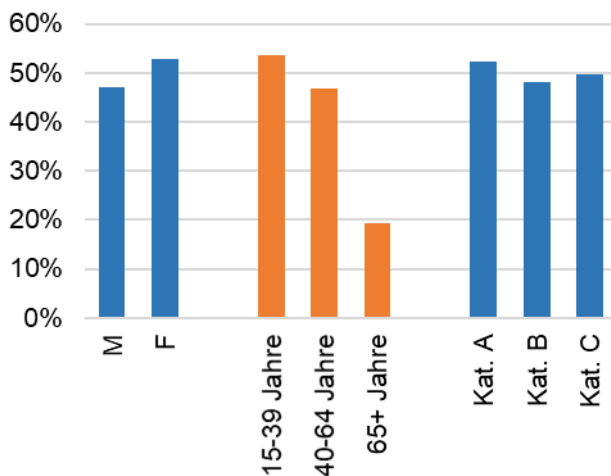


Abb. 3.7 Erwerbstätige, die bei der Arbeit mindestens drei Arten von psychosozialen Risiken ausgesetzt sind, nach Geschlecht, Alter und Berufskategorie, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)



Berufskrankheiten kommen sowohl im Wallis als auch in der Schweiz seltener vor als Berufsunfälle. In der Periode 2012-2016 wurden im Wallis 316 Krankheitsfälle als Berufskrankheiten anerkannt, was durchschnittlich 63 pro Jahr entspricht. In der Periode 2012-2016 betrug die durchschnittliche Berufskrankheitsrate pro 10'000 VZÄ 5.9 (CH: 7.2). Dieser Satz nimmt seit 2007 kontinuierlich ab (VS: 12.3/10'000 VZÄ ; CH: 8.6/10'000 VZÄ).

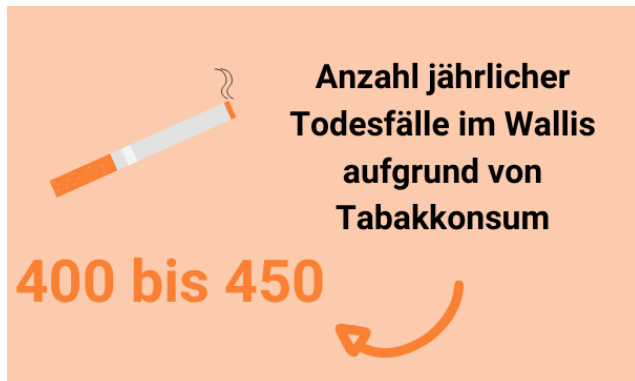
Die Rate der **Berufsunfälle** ist im Wallis regelmässig zurückgegangen: Sie hat von 113 Unfällen pro 1000 Vollzeitäquivalente (VZÄ) im Jahr 2002 auf 89 Unfälle pro 1000 VZÄ im Jahr 2016 abgenommen (CH: von 77/1000 auf 62/1'000 VZÄ zwischen 2002 und 2016). Diese Rate variiert je nach Tätigkeitsbereich: Im primären Sektor beträgt sie 124/1000 VZÄ (CH: 138), im sekundären Sektor 128/1000 VZÄ (CH: 94) und im tertiären Sektor 72/1000 VZÄ (CH: 51). Zwischen 2012 und 2016 haben sich im Wallis pro Jahr durchschnittlich sieben Berufsunfälle mit Todesfolge ereignet. In derselben Periode gab es pro Jahr durchschnittlich 63 anerkannte Berufskrankheiten und 0.8 Berufskrankheiten mit Todesfolge zu verzeichnen.

Kasten 5: Asbest

Asbest hat eine hohe elektrische und thermische Isolierfähigkeit und wurde deshalb vor allem im Baugewerbe oder in der Automobilindustrie verwendet. Das Einatmen von Asbestfasern ist gesundheitsschädigend und birgt ein hohes Risiko für Lungenfibrose oder maligne Pleuramesotheliome. Die Gefahr, die vom Einatmen von Asbestfasern ausgeht, ist schon seit Ende des 19. Jahrhunderts bekannt. Die Verwendung von Asbest wurde in der Schweiz allerdings erst 1990 komplett verboten. Man geht davon aus, dass rund 2000 Todesfälle in der Schweiz auf Asbest zurückzuführen sind und die Suva rechnet mit 3900 weiteren Todesfällen bis 2040 [42]. Im Wallis ist Asbest die Ursache von 4 Todesfällen pro Jahr [42]. Von der Exposition bis zum eventuellen Auftreten einer Krebserkrankung kann es sehr lange, bis zu 40 Jahre, dauern. In der Schweiz ist der grösste Teil der Todesfälle aufgrund einer anerkannten Berufskrankheit auf Asbest zurückzuführen. Gemäss der Schweizer Statistik der Unfallversicherung UVG lassen sich die Kosten im Zusammenhang mit Asbest auf rund 66 Millionen Franken pro Jahr schätzen [43].

Gesundheitsverhalten

Der Gesundheitszustand wird durch den Lebensstil der Einzelperson und deren Verhalten beeinflusst, was vor allem bei chronischen oder nichtübertragbaren Krankheiten, die 80% der Gesundheitskosten und zwei Drittel der Todesfälle verursachen, der Fall ist [44]. Die wichtigsten Gesundheitsverhalten, die den Gesundheitszustand beeinflussen, sind **Tabak- und Alkoholkonsum sowie körperliche Aktivität und das Ernährungsverhalten**.



Abhängigkeiten, vor allem im Zusammenhang mit Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum, stellen ein grosses gesundheitliches Risiko dar und generieren in der Schweiz volkswirtschaftliche Kosten in Höhe von 7.7 Milliarden Franken pro Jahr [45].

Rauchen ist eine der Hauptursachen für Sterblichkeit, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Krebserkrankungen und Invalidität. Gemäss

Weltgesundheitsorganisation (WHO) tötet Tabak jedes Jahr weltweit rund 8 Millionen Menschen – und diese Zahl steigt weiter an [46]. In der Schweiz sind rund 15% der Todesfälle [47, 48] auf Rauchen zurückzuführen, was auf das Wallis übertragen rund **400 bis 450 Todesfällen pro Jahr** entspricht.

Ein **grosser Anteil der Männer (30%) und Frauen (24%) im Wallis rauchen** (CH: 31% bzw. 23%). Die Prävalenz des Tabakkonsums ist bei den 15- bis 39-Jährigen am höchsten und bei den über 65-Jährigen am tiefsten (**Abb. 3.8**). Der Raucheranteil ist zwischen 1997 und 2017 sowohl im Wallis als auch in der Schweiz weitgehend unverändert geblieben. Die Zahl der täglich gerauchten Zigaretten hat jedoch abgenommen: 1997 rauchten im Wallis 71% der Raucher und 63% der Raucherinnen täglich zehn oder mehr Zigaretten, gegenüber 49% und 44% im Jahr 2017.

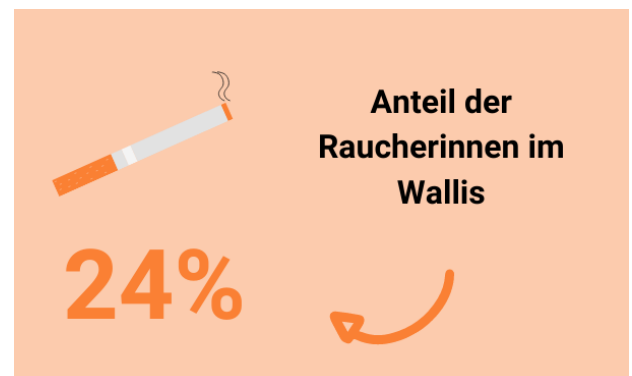
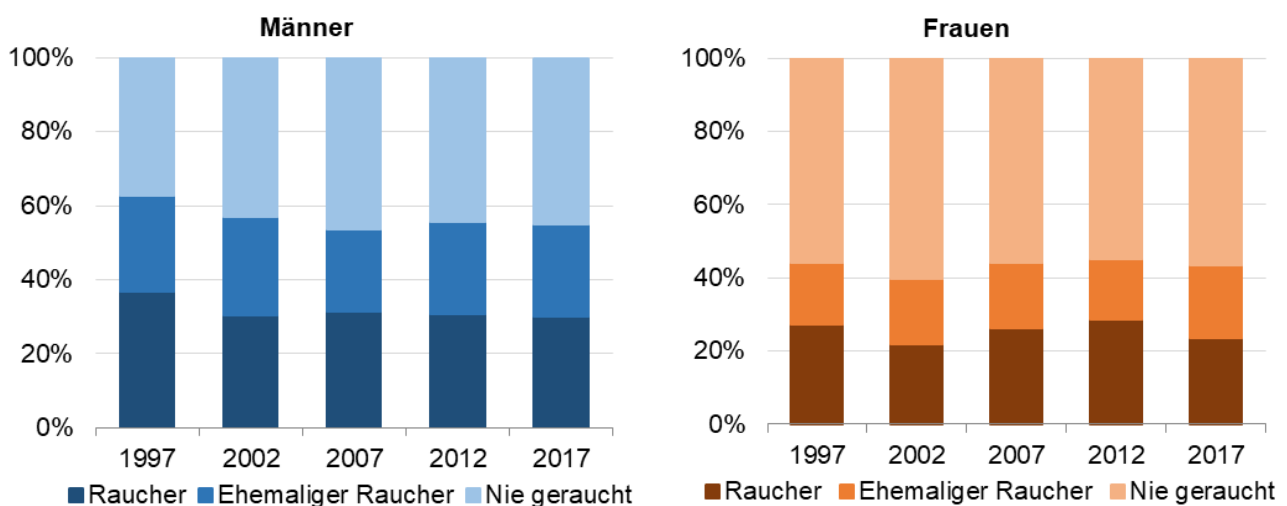
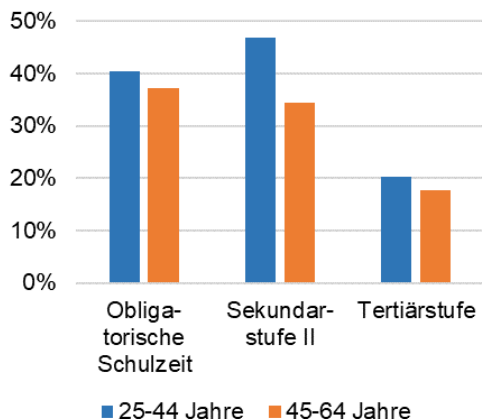


Abb. 3.8 Anteil Raucher, ehemalige Raucher und Nichtraucher nach Geschlecht, Wallis, 1997-2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)



Tabakkonsum wird zum Teil durch den **sozioökonomischen Status** der Personen bestimmt. So lässt sich im Wallis feststellen, dass der Anteil Raucherinnen und Raucher unter den Personen mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe viel tiefer ist als bei der übrigen Bevölkerung (**Abb. 3.9**).

Abb. 3.9 Prävalenz des Tabakkonsums nach Alter und Bildungsniveau, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)



Passivrauchen hat stark abgenommen. 2017 waren 19% der Nichtraucher/innen im Wallis mindestens eine Stunde täglich dem Tabakrauch anderer Personen ausgesetzt (CH: 16%). 2017 waren es noch 6% (CH: 6%).

Es liegen noch keine Daten zur Verwendung von **E-Zigaretten** im Wallis vor. Ihre Auswirkungen auf die Gesundheit sind deutlich geringer als bei herkömmlichen Zigaretten, aber immer noch stark umstritten (fortbestehende Nikotinabhängigkeit, Exposition gegenüber Feinstaub, toxischen Substanzen und Metallen [49]). Im Sinne einer Risikoverminderung ist es nichtsdestotrotz von Vorteil, das Rauchen

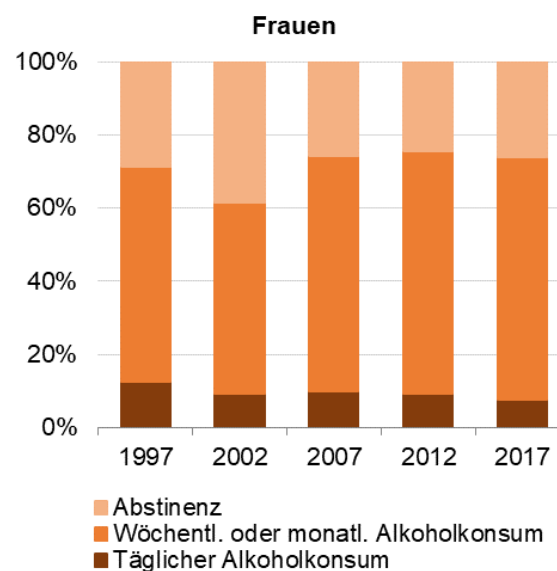
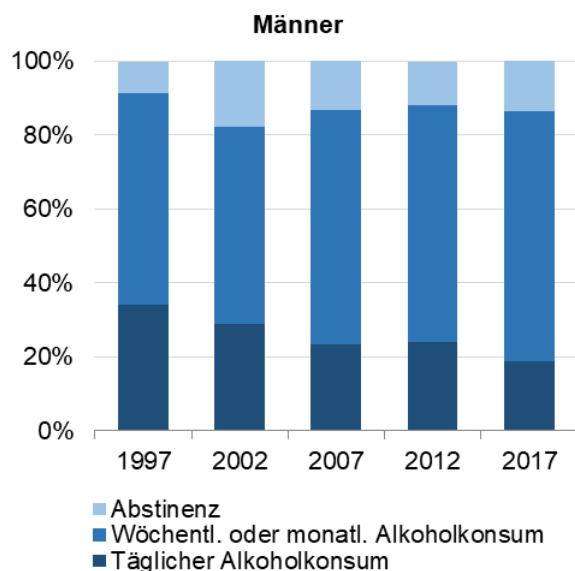
herkömmlicher Zigaretten zugunsten der E-Zigarette aufzugeben.

Alkoholkonsum ist eine der hauptsächlichen vermeidbaren Todesursachen. Weltweit sind 8% der Todesfälle bei Männern und 3% bei Frauen auf Alkoholkonsum zurückzuführen, was global 3 Millionen Todesfällen pro Jahr entspricht [50]. In der Schweiz sind **rund 5% der Todesfälle auf Alkoholkonsum zurückzuführen** [50]. Auf das Wallis übertragen entspräche das **100 bis 150 Todesfällen pro Jahr**. Alkoholkonsum ist die Ursache zahlreicher Krankheiten, insbesondere Leberzirrhose, gewisser Krebserkrankungen, Depression und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Er erhöht ausserdem erheblich das Risiko von Unfällen und gewaltsamem Tod.



In der Schweiz hat der jährliche Alkoholkonsum pro Person in Litern zwischen 1980 und 2018 abgenommen, nämlich von 49 Litern auf 32 Liter Wein, von 70 Litern auf 56 Liter Bier und von 5,5 Litern auf 3,6 Liter Spirituosen [51]. 2017 gaben im Wallis 19% der Männer (CH: 15%) und 8% der Frauen (CH: 8%) an, täglich Alkohol zu trinken. Diese Anteile haben seit 1992 deutlich abgenommen (**Abb. 3.10**).

Abb. 3.10 Alkoholkonsum, Wallis, 1997-2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)



2017 gaben im Wallis 7% der Männer (CH: 5%) und 7% der Frauen (CH: 4%) an, einen chronischen Alkoholkonsum mittleren oder hohen Risikos zu haben⁷ (**Abb. 3.11**). 2017 gaben im Wallis 28% der Männer (CH: 21%) und 13% der Frauen (CH: 11%) an, mindestens einmal monatlich bei einer Gelegenheit zu viel getrunken zu haben (Rauschtrinken)⁸ (**Abb. 3.12**).

Abb. 3.11 Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum nach Alter, Wallis-Schweiz, 2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)

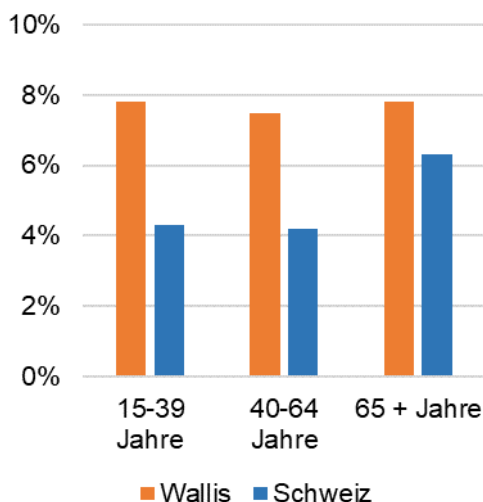
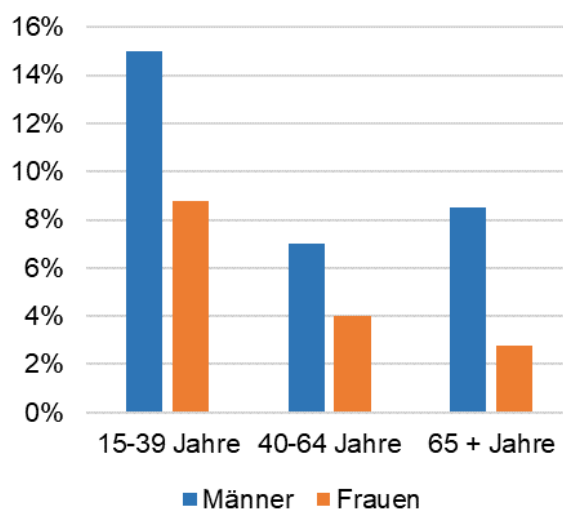


Abb. 3.12 Rauschtrinken mindestens einmal pro Monat nach Alter und Geschlecht, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)



Regelmässige **körperliche Aktivität** schützt vor zahlreichen chronischen Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Osteoporose und gewissen Krebserkrankungen. Sie hat auch Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. Erwachsenen im arbeitsfähigen Alter und gesunden älteren Menschen werden mindestens 150 Minuten körperliche Aktivität pro Woche empfohlen (tägliche Aktivitäten und/oder Sport mittlerer Intensität). Kindern und Jugendlichen wird mindestens eine Stunde täglich empfohlen⁹ [52].

2017 waren Männer im Wallis etwas häufiger körperlich aktiv als Frauen (**Abb. 3.13**). Körperliche Aktivität hat bei beiden Geschlechtern sowohl im Wallis als auch in der Schweiz zugenommen (**Abb. 3.14**). So ist der Anteil aktiver Personen im Wallis zwischen 2002 und 2017 von 60% auf 70% angestiegen (CH: von 62% auf 76%) und der Anteil inaktiver Personen¹⁰ hat von 21% auf 11% abgenommen (CH: von 19% auf 8%) (**Abb. 3.14**).

⁷ Konsum mit mittlerem Risiko für die Gesundheit: mindestens vier Standardgläser eines alkoholischen Getränks pro Tag bei Männern und mindestens zwei Standardgläser pro Tag bei Frauen. Konsum mit hohem Risiko: mindestens sechs Standardgläser pro Tag bei Männern und vier Standardgläser bei Frauen. Definition Standardglas: 3dl Bier, 1 dl Wein oder 0,3 dl starken Alkohol (40% Vol.).

⁸ Rauschtrinken wird bei Männern durch den Konsum von mindestens fünf Standardgläsern und bei Frauen von mindestens vier Standardgläsern bei einer Trinkgelegenheit definiert. Diese Art von Konsum wird

auch als punktuelle Trunkenheit oder «Binge Drinking» bezeichnet.

⁹ Gemäss SGB gelten als Aktive Personen, die mindestens 150 Minuten mässig intensive körperliche Aktivität (ausser Atem geraten) oder mindestens zweimal intensive körperliche Aktivität (beschleunigter Atem und Schwitzen) pro Woche ausüben.

¹⁰ Inaktiv: pro Woche weniger als 30 Minuten mässig intensive körperliche Aktivität und weniger als einmal intensive körperliche Aktivität.

Abb. 3.13 Körperliche Aktivität nach Geschlecht, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)

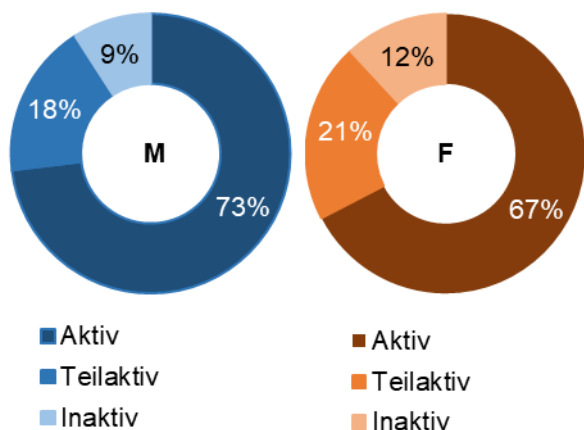
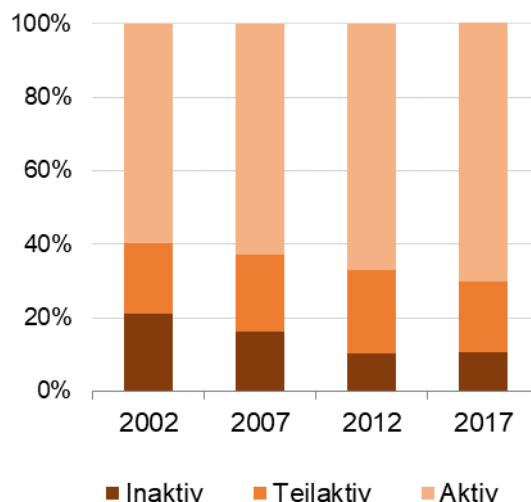
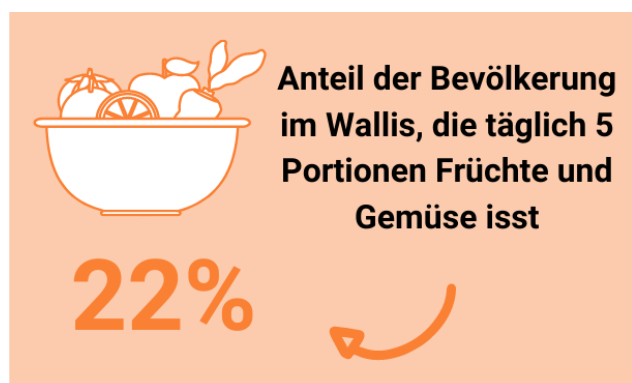
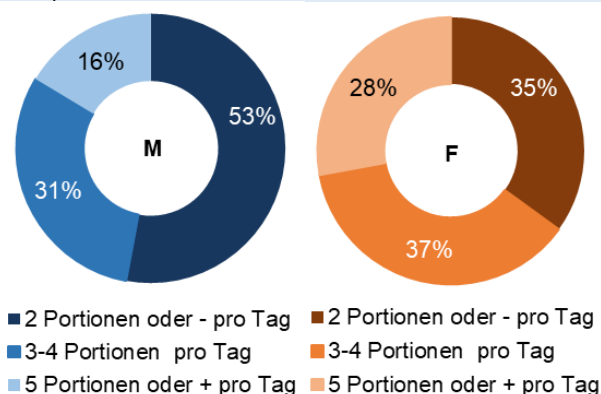


Abb. 3.14 Körperliche Aktivität, Wallis, 2002-2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)



Die Ernährungsgewohnheiten haben Auswirkungen auf das Risiko chronischer Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, gewisser Krebserkrankungen oder Adipositas. Es wird empfohlen, regelmässig Früchte und Gemüse zu essen. Durch den regelmässigen Verzehr von Früchten und Gemüse lässt sich das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und gewissen Krebserkrankungen nämlich reduzieren. Die Schweizerische Gesellschaft für Ernährung (SGE) empfiehlt, fünf Portionen Früchte und Gemüse pro Tag zu essen [53]. 2017 hielten sich im Wallis 22% der Bevölkerung (CH: 22%) an diese Empfehlungen (**Abb. 3.15**).

Abb. 3.15 Früchte- und Gemüsekonsum nach Geschlecht, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)



Cannabis ist die am häufigsten konsumierte illegale psychotrope Substanz in der Schweiz, mit einem Drittel der 15-Jährigen und Älteren, die schon mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert haben [51]. Regelmässiger Cannabiskonsum erhöht das Suchtrisiko und das Risiko von psychotischen und kognitiven Störungen. 2017 gaben im Wallis 7% der 15- bis

64-Jährigen (CH: 8%) an, mindestens einmal im vergangenen Jahr Cannabis konsumiert zu haben (**Abb. 3.17**). Der Anteil der 15- bis 64-Jährigen, die mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert haben, hat im Wallis von 18% im Jahr 2002 (CH: 20%) auf 27% im Jahr 2017 (CH: 31%) zugenommen.

Abb. 3.16 Cannabiskonsum (mindestens einmal), Prävalenz bei den 15- bis 64-Jährigen, Wallis-Schweiz, 2002-2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)

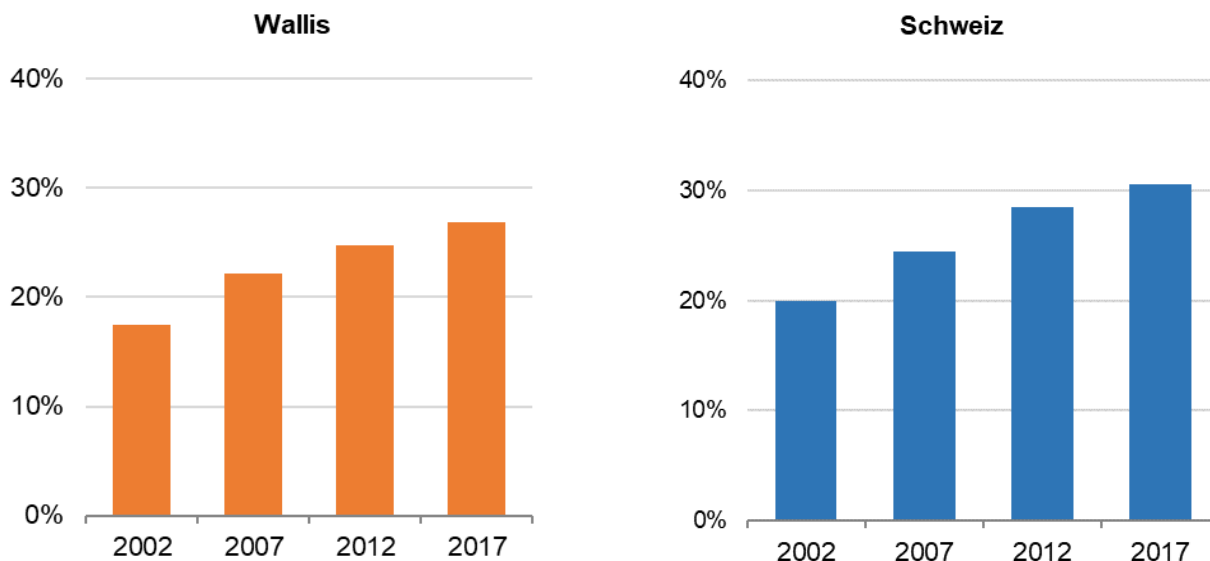
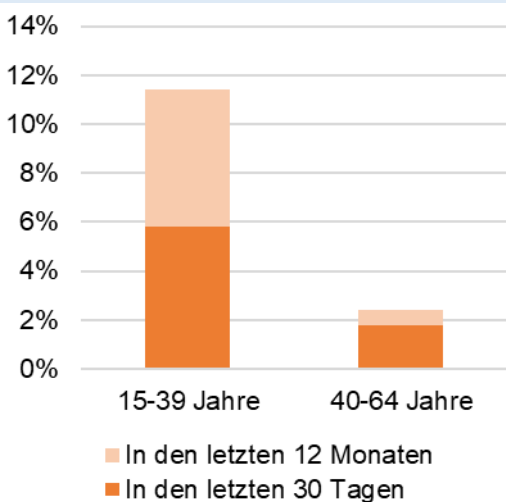


Abb. 3.17 Cannabiskonsum in den vergangenen 12 Monaten nach Alter, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)



2017 betrug die Lebenszeitprävalenz des Konsums **anderer illegaler Drogen als Cannabis** bei den 15- bis 64-Jährigen im Wallis 6% (CH: 8%). Diese Prävalenz sinkt mit dem Alter. Sowohl im Wallis als auch in der Schweiz hat der Anteil der 15- bis 64-Jährigen, die mindestens einmal im Leben diese Art von Drogen konsumiert haben, zwischen 2002 und 2017 zugenommen (**Abb. 3.18**).

Immer mehr Personen, vor allem Seniorinnen und Senioren, nehmen täglich mehrere **Medikamente** ein. **Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel** gehören zu den am häufigsten eingenommenen Medikamenten. Schmerzmittel werden von allen Altersklassen eingenommen, zum Teil ohne Verschreibung (Selbstmedikation). Während die Einnahme von

Schmerzmitteln im Allgemeinen sicher ist, gibt es doch gewisse Risiken bei einer Überdosis oder der Einnahme über einen längeren Zeitraum. Stark wirksame Schmerzmittel wie Opioidanalgetika haben ein hohes Suchtpotenzial. Eine Überdosis kann zum Tode führen. Schlaf- und Beruhigungsmittel erhöhen das Risiko einer Abhängigkeit und von Unfällen.

2017 gaben im Wallis 5% der Männer und 9% der Frauen an, täglich Schmerzmittel einzunehmen (CH: 5% bzw. 7%) (**Abb. 3.19**). Ältere Menschen nehmen häufiger täglich oder mehrmals wöchentlich Schmerzmittel ein. Der Anteil der Bevölkerung, die regelmässig Schmerzmittel einnimmt, hat zwischen 1992 und 2017 zugenommen (**Abb. 3.20**).

Abb. 3.18 Konsum anderer illegaler psychotroper Substanzen als Cannabis, Lebenszeitprävalenz bei den 15- bis 64-Jährigen, Wallis-Schweiz, 2002-2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)

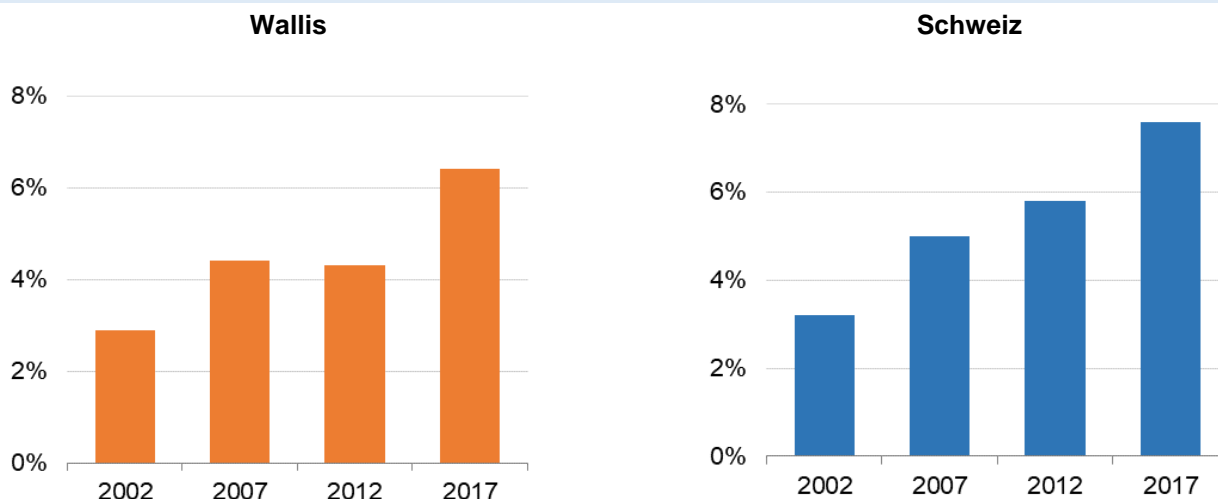


Abb. 3.19 Einnahme von Schmerzmitteln nach Alter, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)

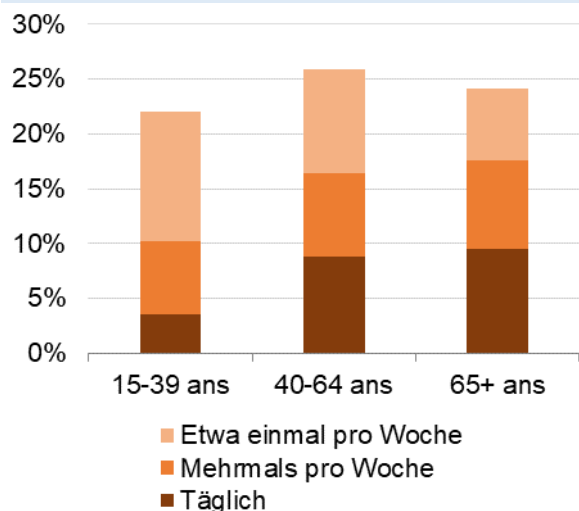
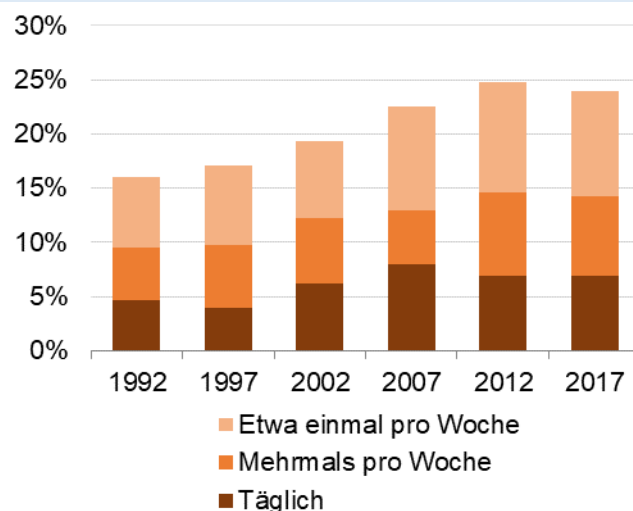


Abb. 3.20 Einnahme von Schmerzmitteln, Wallis, 1992-2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)



Im Wallis nehmen 4% der Männer und 8% der Frauen ab 15 Jahren mindestens einmal pro Woche Schlafmittel ein (CH: 3% bzw. 6%). Diese Medikamente werden vor allem von 65-Jährigen und Älteren eingenommen (**Abb. 3.21**). Der Anteil der Personen, die regelmässig Schlaf- oder Beruhigungsmittel einnehmen, hat im Wallis zwischen 1997 und 2017 leicht abgenommen (**Abb. 3.22**).

Anteil der 65-Jährigen und Älteren im Wallis, die mindestens einmal wöchentlich Schlafmittel einnehmen

15%

Abb. 3.21 Einnahme von Schlaf-/Beruhigungsmitteln nach Alter, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)

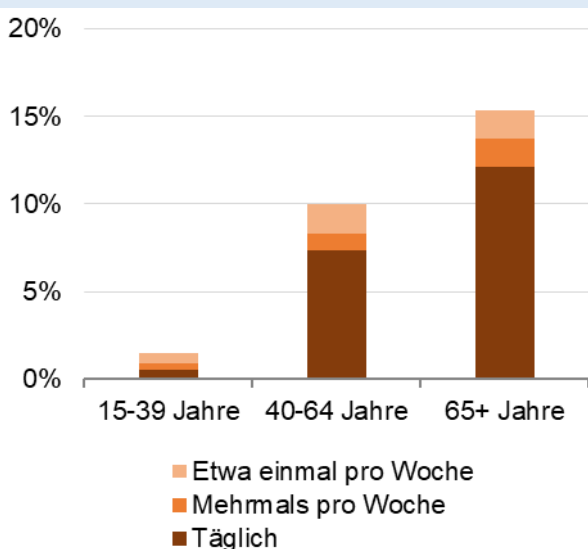
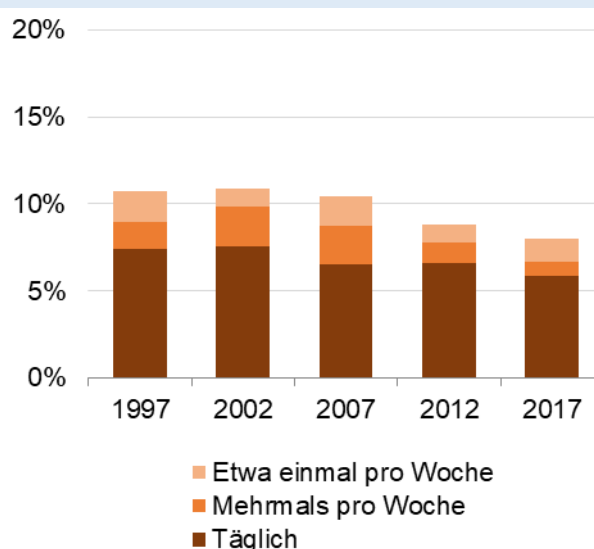


Abb. 3.22 Einnahme von Schlaf-/Beruhigungsmitteln, Wallis, 1992-2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)



Weitere Infos

Bericht "Arbeit und Gesundheit im Wallis" (WGO)

IV. Häufigste gesundheitliche Probleme

Sterblichkeit und Todesursachen

2019 sind im Wallis **2'898 Einwohnerinnen und Einwohner** (1'457 Frauen und 1'441 Männer) gestorben. Die Entwicklung der Sterblichkeit und die Todesursachen sind wichtige Indikatoren für den Gesundheitszustand der Bevölkerung.

Die **Sterberate** ist die Anzahl Todesfälle, übertragen auf die Anzahl Personen einer gegebenen Bevölkerung. Diese Rate hängt stark vom Alter der Personen in der berücksichtigten Bevölkerung ab. Daher ist es wichtig, sie zu berücksichtigen, um Vergleiche über die Zeit oder zwischen verschiedenen Bevölkerungen anzustellen. Die **standardisierte Sterberate** ist die Sterberate einer Bevölkerung, adjustiert an

das Alter. Zwischen 1981 und 2017 sind die standardisierten Sterberaten im Wallis, alle Todesursachen gemeinsam betrachtet, von 2'020/100'000 auf 1'021/100'000 bei den Männern und von 1'232/100'000 auf 700/100'000 bei den Frauen gesunken (**Abb. 4.1**). 2017 waren diese Raten in der Schweiz und im Wallis recht ähnlich.

Die **Säuglingssterbeziffer** bezeichnet den Anteil Kinder unter der Gesamtzahl Lebendgeburten, die vor dem Alter von einem Jahr sterben. Die Gesundheit der Mütter während der Schwangerschaft oder zum Zeitpunkt der Entbindung und die Gesundheit der Kinder in den ersten Lebensmonaten waren lange Zeit ein grosses Problem des öffentlichen Gesundheitswesens. Sowohl in der Schweiz als auch im Wallis hat die Säuglingssterbeziffer seit Beginn des 20. Jahrhunderts enorm abgenommen (**Abb. 4.2**).

Abb. 4.1 Standardisierte Sterberate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner, Wallis-Schweiz, 1986-2017 (Quelle: Obsan/WGO)

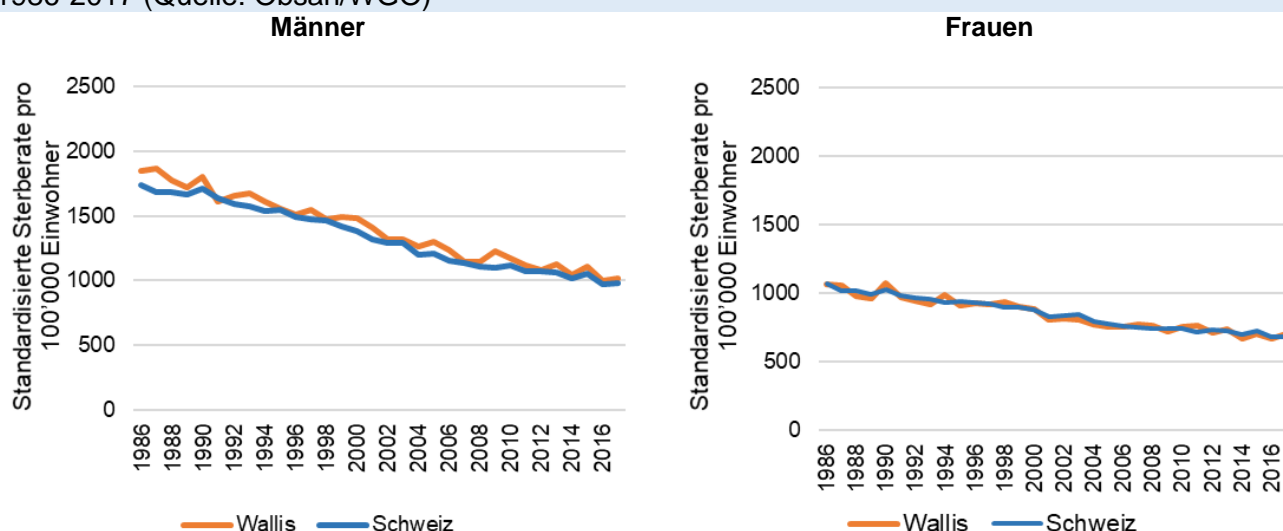


Abb. 4.2 Säuglingssterbeziffer, Wallis-Schweiz, 1899-2018 (Quelle: BFS/WGO)

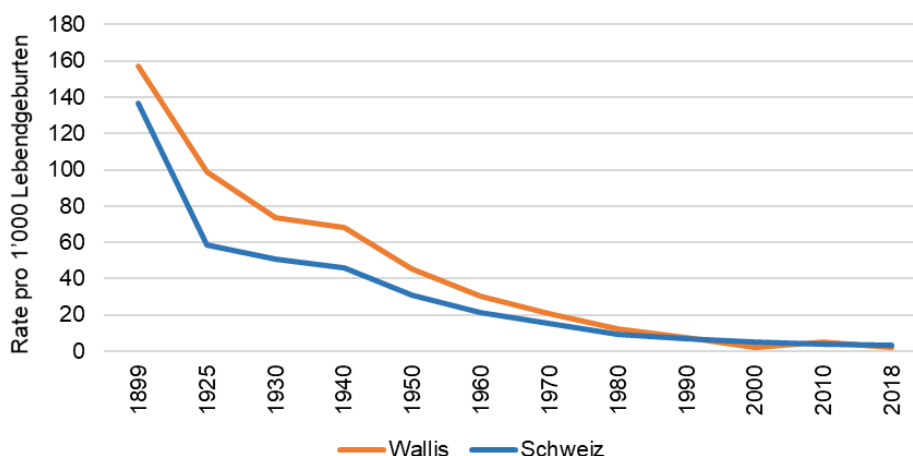


Abb. 4.3 Säuglingssterbeziffer, Wallis-Schweiz, 1970-2018 (Quelle: BFS/WGO)

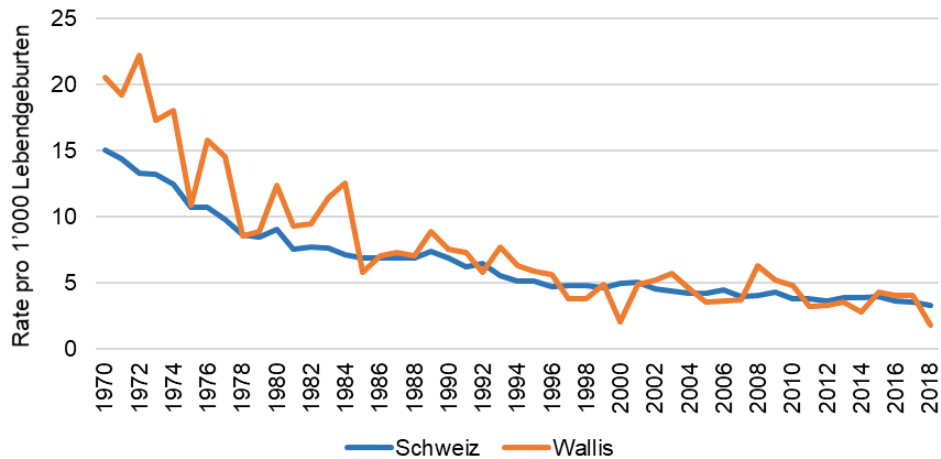


Abb. 4.4 Häufigste Todesursachen, Männer, 2017 (Quellen: WGO/BFS)

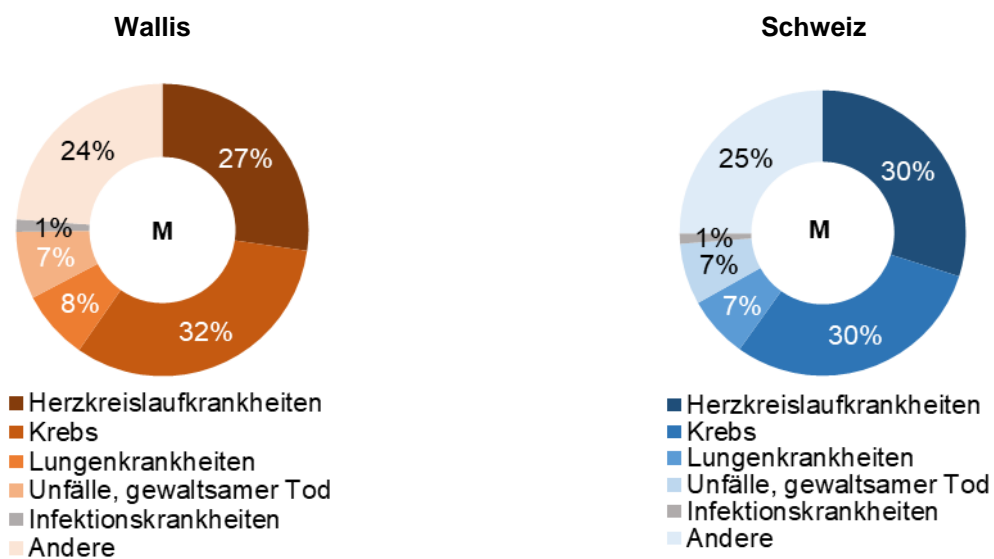
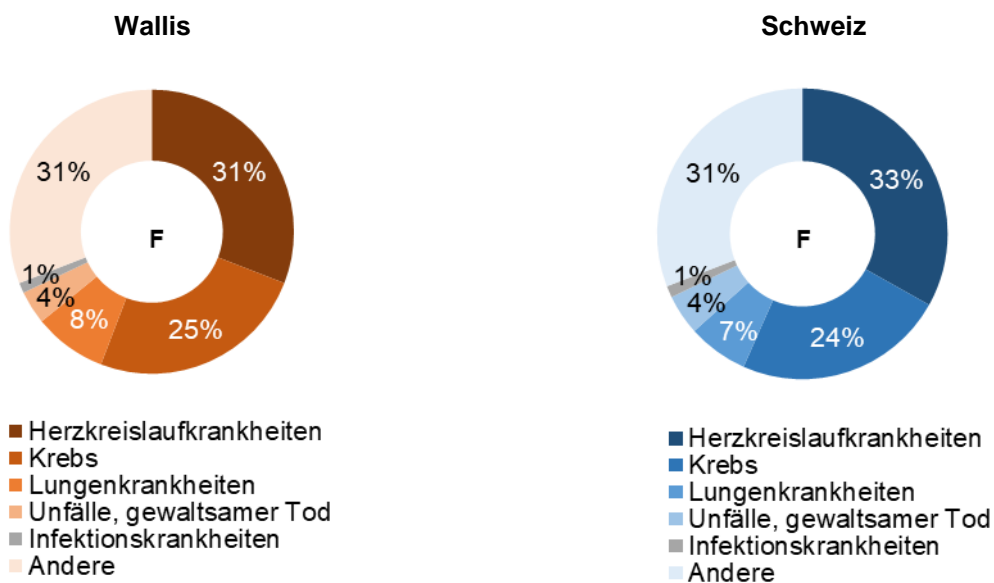


Abb. 4.5 Häufigste Todesursachen, Frauen, 2017 (Quellen: WGO/BFS)



Die Todesursachen unterscheiden sich stark nach berücksichtigter Altersklasse (**Abb. 4.6**). **Unfälle und Gewalteinwirkungen** stellen bei Weitem die häufigste Todesursache bei jungen Erwachsenen (15- bis 39-Jährige) dar, während sie bei den Seniorinnen und Senioren eine eher seltene Todesursache sind. Krebserkrankungen sind die häufigste Todesursache bei den 40- bis 79-Jährigen.

Zwischen 2000 und 2017 hat die standardisierte Sterberate, alle Todesursachen gemeinsam betrachtet, im Wallis bei den Männern von 1'507 auf 1'011 (-33%) und bei den Frauen von 849 auf 701 (-18%) abgenommen (**Abb. 4.7** und **Abb. 4.8**). Die deutlichsten Abnahmen gibt es bei der Sterberate durch **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** (Männer: -49%; Frauen: -40%) sowie durch **Krebserkrankungen** (Männer: -26%; Frauen: -12%) zu verzeichnen.

Abb. 4.6 Todesursachen nach Alter, Wallis, 2017 (Quelle: WGO/BFS)

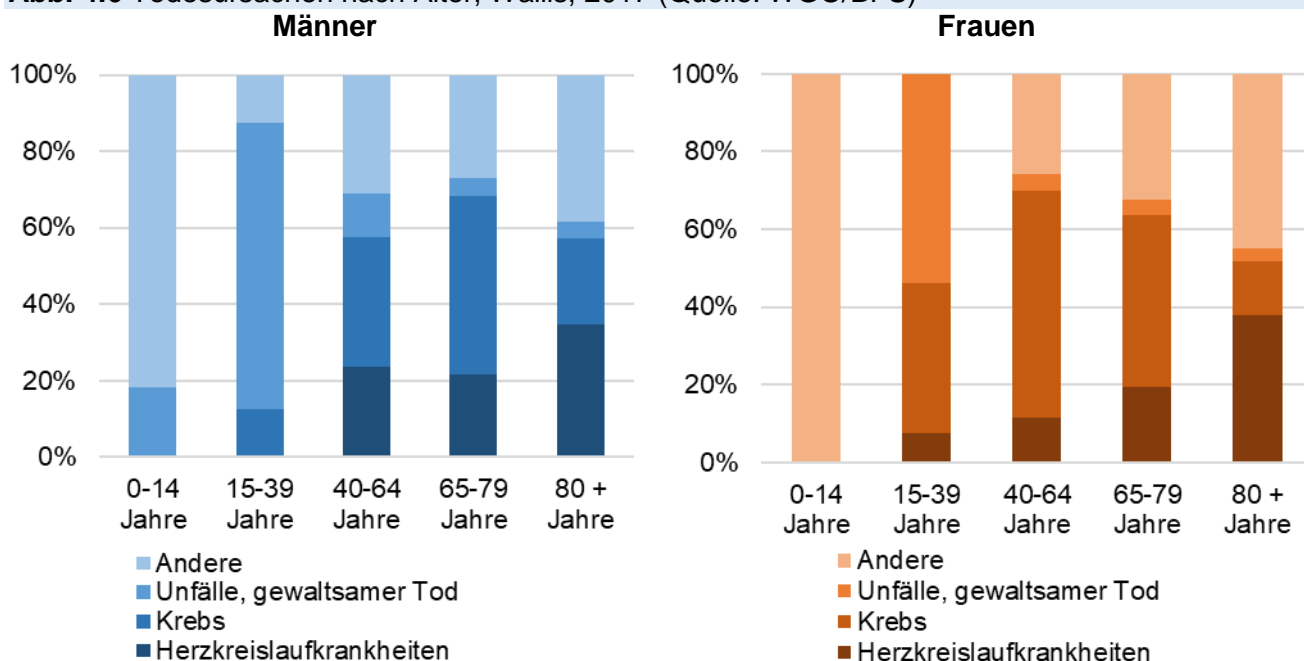


Abb. 4.7 Standardisierte Sterberate nach Todesursache, Männer, Wallis-Schweiz, 2000-2017
(Quelle: BFS/WGO/Eurostat)

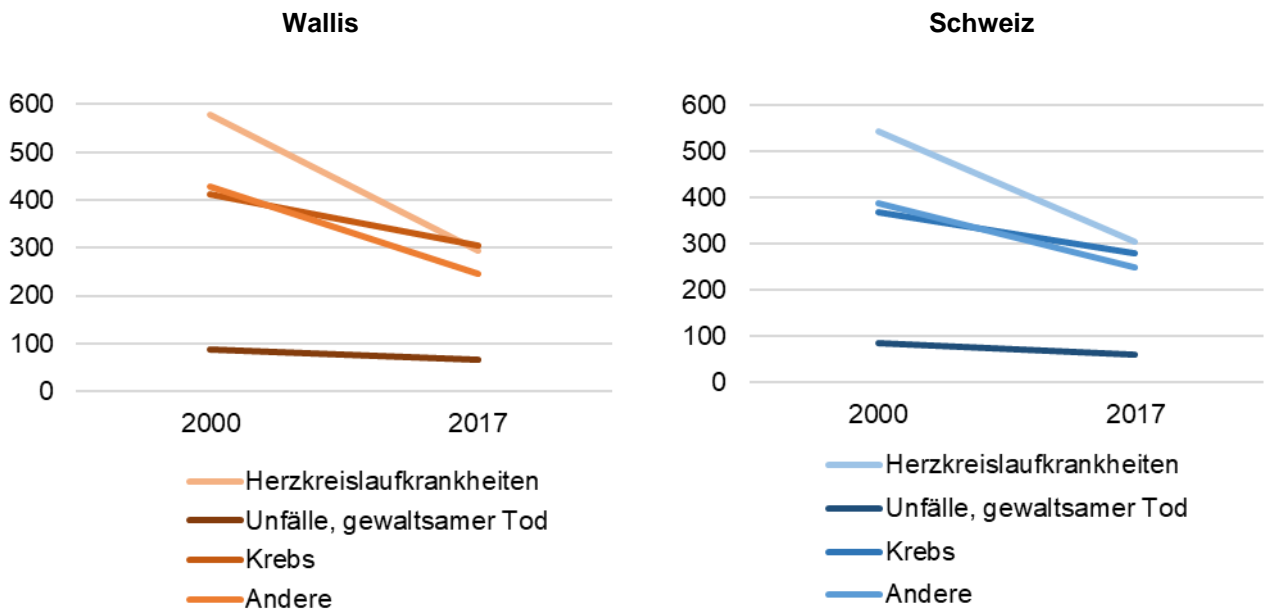
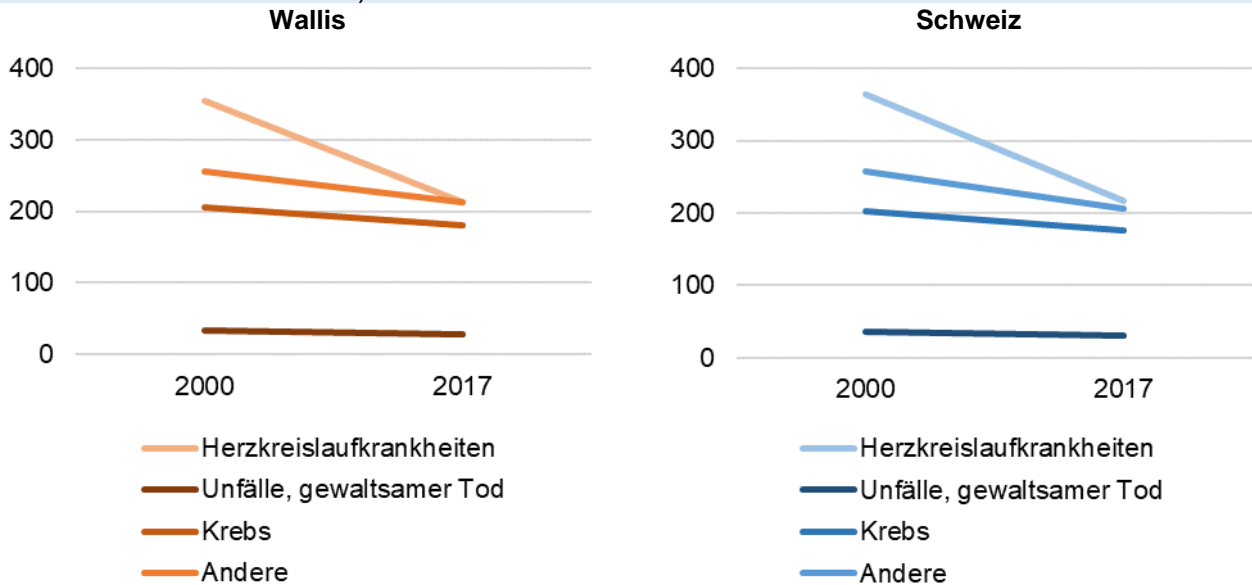


Abb. 4.8 Standardisierte Sterberate nach Todesursache, Frauen, Wallis-Schweiz, 2000-2017
(Quelle: BFS/WGO/Eurostat)



Chronische Krankheiten

Chronische Krankheiten sind **langfristige gesundheitliche Beeinträchtigungen**, die im Allgemeinen einen schleichenden Verlauf nehmen [55]. Dazu gehören vor allem **Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Krebs, Atemwegs- und Demenzerkrankungen**. Sie sind weltweit, schweizweit und im Wallis die

häufigste Todesursache. Da ihre Häufigkeit mit dem Alter stark zunimmt, steigt ihre Prävalenz aufgrund der Alterung der Bevölkerung an. Chronische Krankheiten sind das häufigste gesundheitliche Problem der Walliser und auch der Schweizer Bevölkerung.

Kasten 6: Multimorbidität und Polymedikation

Viele Menschen, die ein fortgeschrittenes Alter erreichen, leiden an einer oder mehreren chronischen Krankheiten. Multimorbidität wird definiert als das gleichzeitige Auftreten von zwei oder mehr chronischen Krankheiten. Sie stellt eine grosse Herausforderung für das Gesundheitssystem dar und kann für die Patientinnen und Patienten zu funktionellen Einschränkungen und zu einem Verlust von Lebensqualität führen. Multimorbidität steht mit einem Anstieg an verschriebenen Medikamenten im Zusammenhang, was wiederum ein nicht vernachlässigbares Risiko von Neben- und Wechselwirkungen birgt. Ab vier Medikamenten spricht man von Polymedikation. Die Organisation des Schweizer Gesundheitssystems ist prioritär noch darauf ausgerichtet, jedes Krankheitsbild einzeln zu behandeln [56]. Dieses System muss für die Behandlung von Multimorbidität erst noch entsprechend angepasst werden.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind sowohl im Wallis als auch in der Schweiz die häufigste Todesursache. **Erhöhter arterieller Blutdruck (arterielle Hypertonie – Bluthochdruck) und ein erhöhter Cholesterinspiegel im Blut (Hypercholesterinämie)** sind zusammen mit **Tabakkonsum, Adipositas und Bewegungsmangel** die wichtigsten

beeinflussbaren Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen [57].

Arterielle Hypertonie (Bluthochdruck) ist der häufigste Risikofaktor für zerebrovaskuläre Insulte (Schlaganfall) und Koronarerkrankungen (Myokardinfarkt) [58]. Sie ist auch eine der Hauptursachen von Herzinsuffizienz, peripheren Gefässerkrankungen (Arteriopathie) und Niereninsuffizienz. Die Prävalenz steigt mit dem Alter stark an: 2017 berichtete im Wallis fast die Hälfte der Männer und Frauen ab 65 Jahren von einem zu hohen Blutdruck (**Abb. 4.10**).

Abb. 4.9 Bluthochdruck-Diagnose nach Geschlecht, Wallis, 2017 (Quelle: SGB/WGO)

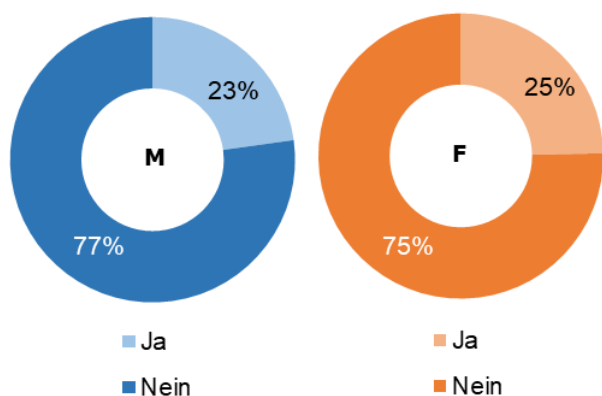
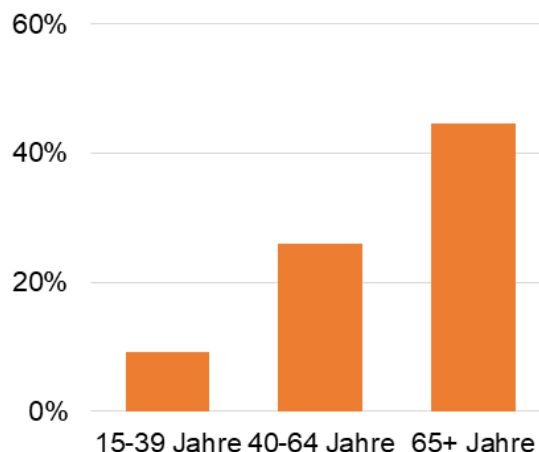


Abb. 4.10 Bluthochdruck-Diagnose nach Alter, Wallis, 2017 (Quelle: SGB/WGO)



Hypercholesterinämie – ein erhöhter Cholesterinspiegel im Blut – ist ebenfalls ein wichtiger und häufiger beeinflussbarer Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen [57]. Eine Messung des Cholesterinspiegels im Blut wird als Vorsorgeuntersuchung empfohlen [59, 60]. Sowohl im Wallis als auch in der Schweiz hat der Anteil Personen mit erhöhtem Cholesterinspiegel in den letzten Jahren zugenommen. Diese Zunahme lässt sich vor allem durch die Alterung der Bevölkerung und die immer häufigere Früherkennung von Hypercholesterinämie erklären. Wie bei Bluthochdruck steigt die Prävalenz mit zunehmendem Alter stark an (**Abb. 4.12**).

Abb. 4.11 Hypercholesterinämie, nach Geschlecht, Wallis, 2017 (Quelle: SGB/WGO)

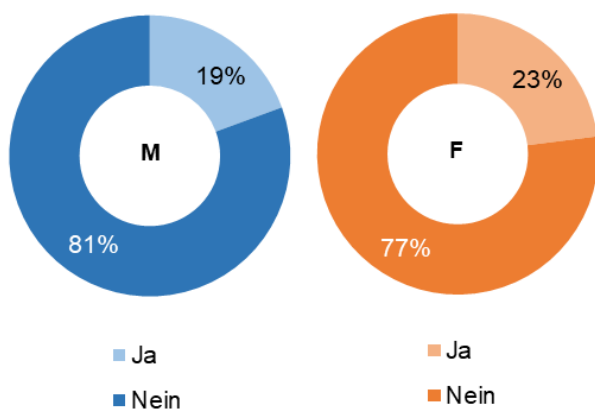
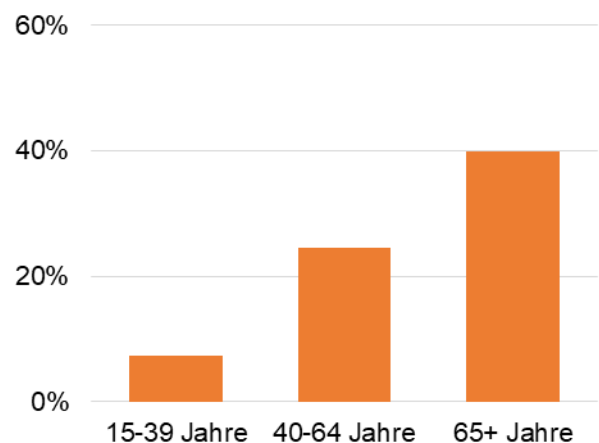


Abb. 4.12 Hypercholesterinämie nach Alter, Wallis, 2017 (Quelle: SGB/WGO)



Übergewicht

Übergewicht und Adipositas können verschiedene Gesundheitsprobleme verursachen. Vor allem Adipositas ist eine Ursache von Diabetes, Bluthochdruck, Arthrose oder Atemproblemen. Wegen des schwachen Selbstwertgefühls oder einer Stigmatisierung der Betroffenen wird Adipositas auch mit psychosozialen Problemen in Verbindung gebracht. Ausserdem stellt Adipositas ein Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bestimmte Krebserkrankungen dar [61, 62]. Die Prävalenz von Übergewicht ist bei Männern höher als bei Frauen und steigt mit zunehmendem Alter stark an (**Abb. 4.14**). Der Anteil **adipöser Personen** (Body-Mass-Index grösser gleich 30 kg/m²) hat im Wallis von 6% im Jahr 1992 (CH: 5%) auf 12% im Jahr 2017 (CH: 11%) zugenommen (**Abb. 4.15**).



Abb. 4.13 Gewichtskategorien nach Geschlecht, Wallis, 2017 (Quelle: SGB/WGO)

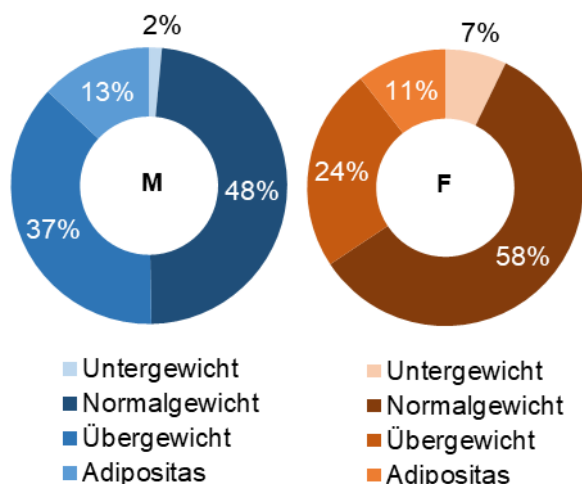


Abb. 4.14 Gewichtskategorien nach Alter, Wallis, 2017 (Quelle: SGB/WGO)

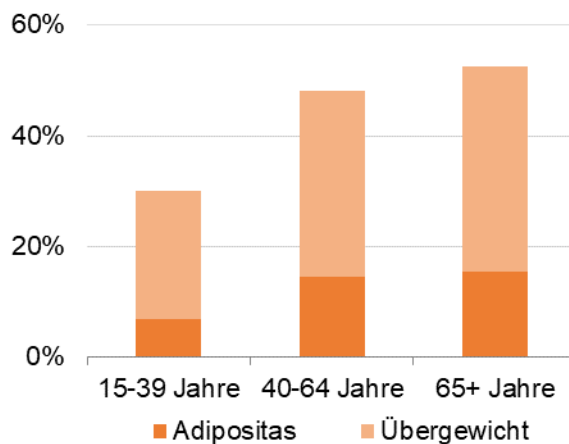
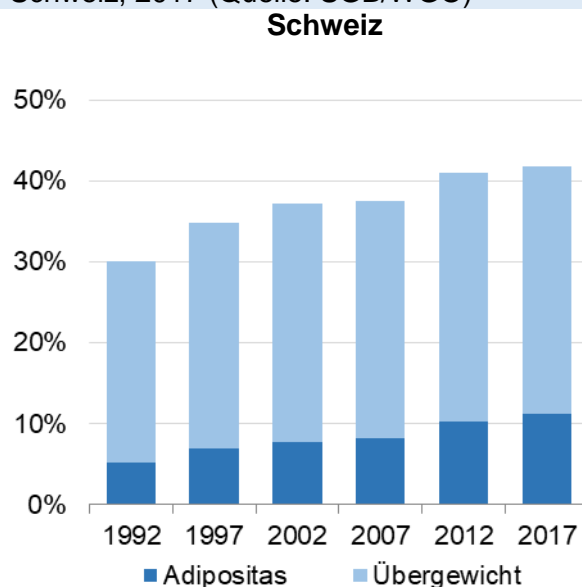
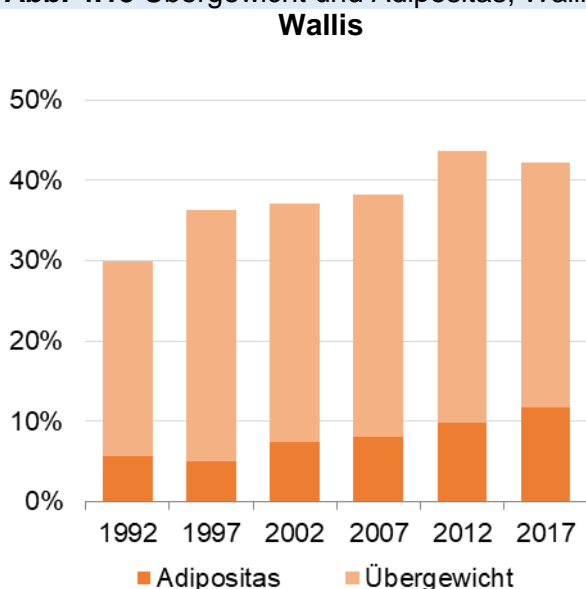
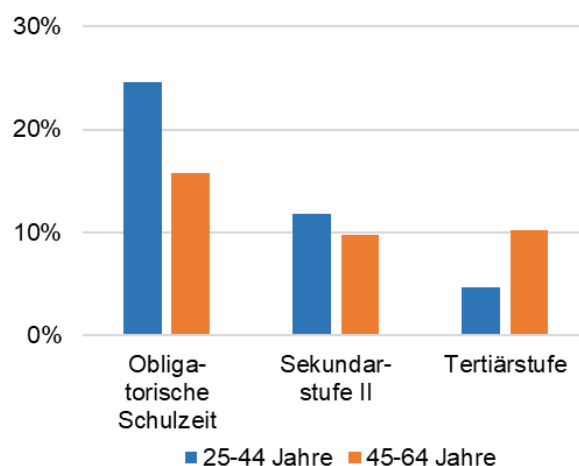


Abb. 4.15 Übergewicht und Adipositas, Wallis und Schweiz, 2017 (Quelle: SGB/WGO)



Übergewicht hat einen starken Zusammenhang mit dem **Bildungsniveau**, was auch unter der Walliser Bevölkerung klar ersichtlich wird (**Abb. 4.16**). Der Anteil adipöser Personen ist unter der Bevölkerung mit Abschluss der obligatorischen Schulzeit höher als bei den Personen mit einer darüberhinausgehenden Bildung.

Abb. 4.16 Prävalenz von Adipositas nach Bildungsniveau, Wallis, 2017 (Quelle: SGB/WGO)



Kasten 7: Diabetes

Diabetes ist eine **chronische Krankheit** mit steigender Prävalenz. Diabetes steht stark mit dem Alter, Übergewicht und Bewegungsmangel im Zusammenhang. Bei Personen mit einem erhöhten Diabetesrisiko wird eine Vorsorgeuntersuchung empfohlen. Dazu gehören Personen mit Adipositas, einer familiären Vorgeschichte oder arteriellem Bluthochdruck. Gesunde Ernährung, regelmässige Bewegung sowie Gewichtskontrolle sind Faktoren, die vor Diabetes schützen. 2017 hatten im Wallis 5% der Bevölkerung einen ärztlich diagnostizierten Diabetes, gegenüber 2% im Jahr 1997 (**Abb. 4.17**). Die Prävalenz von Diabetes steigt mit dem Alter stark an. So gaben im Wallis 8% der Befragten ab 65 Jahren an, Diabetes zu haben (**Abb. 4.18**).

Abb. 4.17 Anteil der Bevölkerung mit einem ärztlich diagnostizierten Diabetes, Wallis-Schweiz, 2017 (Quelle: WGO/SGB)

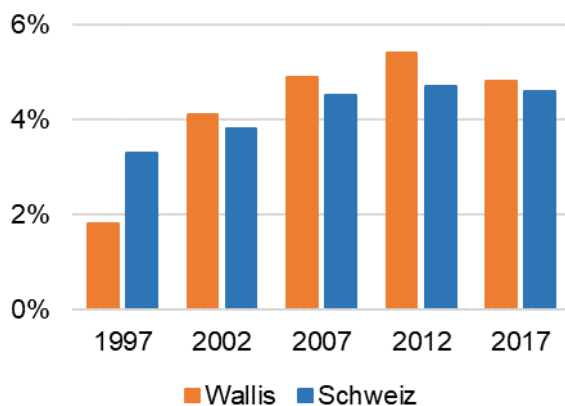
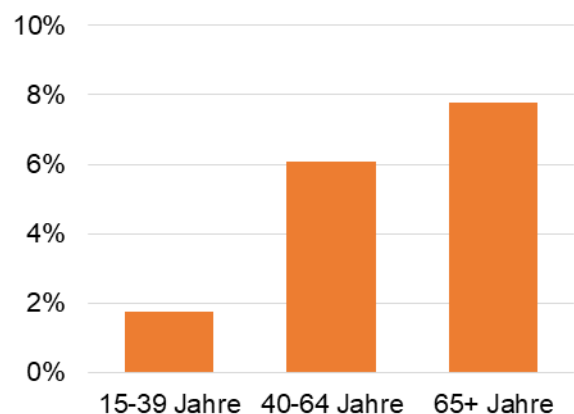
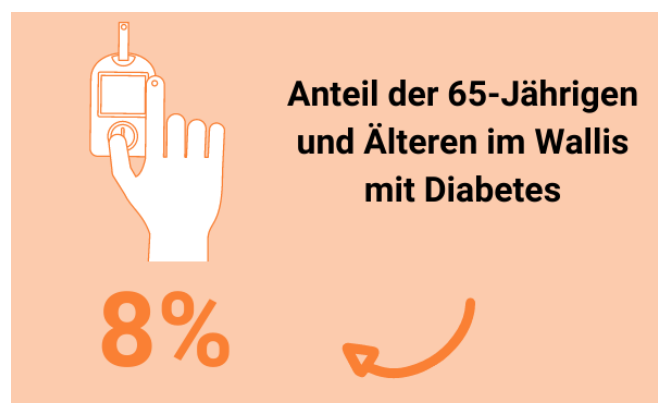


Abb. 4.18 Diabetes-Diagnose nach Alter, Wallis, 2017 (Quelle: WGO/SGB)



2019 haben die Walliser Diabetes-Gesellschaften mit der Unterstützung des Staates Wallis und Gesundheitsförderung Schweiz im Kanton das Programm **Aktion Diabetes** lanciert [63]. Mit diesem Projekt sollen die Autonomie und die Lebensqualität der Diabetesbetroffenen verbessert werden. Es festigt die interprofessionelle Zusammenarbeit während der gesamten Versorgung der Risikopatientinnen und -patienten sowie der Diabetesbetroffenen. Ausserdem ist das Programm darauf ausgerichtet, eine frühzeitige Behandlung und eine qualitativ hochstehende Betreuung, die auf die Entwicklung der individuellen Gesundheitskompetenz ausgerichtet ist, zu fördern. Im Rahmen dieses Programms hat das Walliser Gesundheitsobservatorium die **Kohortenstudie «Diabetes-Qualität Wallis»** initiiert, um Informationen über die Lebensqualität der Diabetesbetroffenen und die Qualität der Diabetesversorgung zu sammeln [64].



Krebserkrankungen

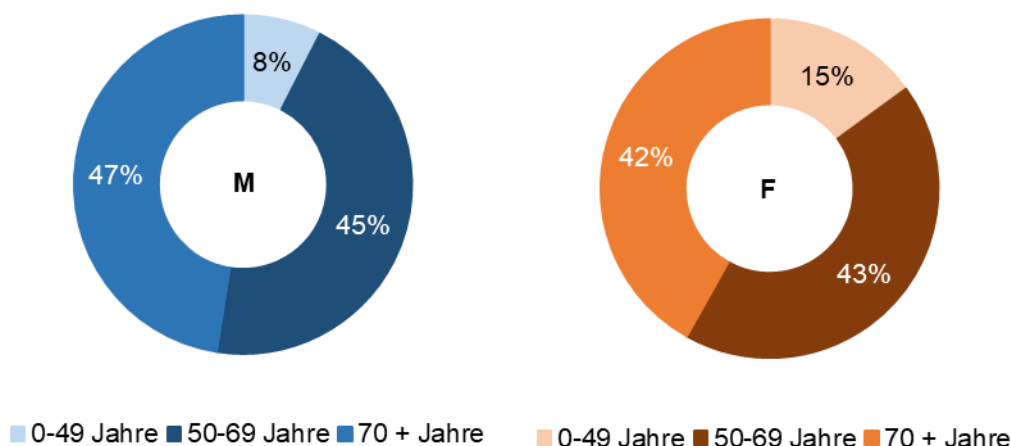
Krebserkrankungen sind die zweithäufigste Todesursache im Wallis. Sowohl im Wallis als auch in der Schweiz hat die krebsbedingte Sterblichkeit seit 20 Jahren bei beiden Geschlechtern abgenommen. Dieser Rückgang lässt sich durch die verbesserte Versorgung der Krebsbetroffenen und in geringerem Masse durch die Früherkennung bestimmter Krebserkrankungen (Brust, Dickdarm) erklären.

2017 wurden im Wallis **1'916 Krebsneuerkrankungen diagnostiziert** (1'076 bei den Männern, 840 bei den Frauen). Die meisten Krebserkrankungen treten nach dem erreichten 50. Lebensjahr auf (92% der Fälle bei

den Männern und 85% der Fälle bei den Frauen) (**Abb. 4.19**).



Abb. 4.19 Aufteilung der Krebsneuerkrankungen nach Alter (M/F) (Quelle: WKR/WGO)



Für die Periode 2013-2017 sind sowohl im Wallis als auch in der Schweiz die **drei häufigsten Arten von Krebs** bei den Männern **Prostata-, Lungen- und Dick-/Enddarmkrebs**. Bei den Frauen sind es in derselben Periode **Brust-, Dick-/Enddarm- und Lungenkrebs**.

Der jährliche Mittelwert der Neuerkrankungen (**Abb. 4.20**) und die mittlere Anzahl Todesfälle haben zwischen 1993 und 2017 bei beiden Geschlechtern zugenommen. Diese Zunahme ist vor allem auf das **Wachstum und die Alterung der Bevölkerung** zurückzuführen. Die steigende Anzahl bestimmter Krebsneuerkrankungen lässt sich auch durch die Ausweitung verschiedener Vorsorgeuntersuchungen und die Zunahme bestimmter risikoreicher Verhaltensweisen, wie Tabakkonsum bei den bei Frauen, erklären.

2017 sind im Wallis 754 Personen (431 Männer; 323 Frauen) **an den Folgen von Krebs gestorben**. Die standardisierte Sterberate (europäische Bevölkerung) nach Krebserkrankung hat sowohl im Wallis als auch in der Schweiz zwischen 1993 und 2017 deutlich abgenommen (**Abb. 4.21**). Die relative Abnahme der Sterberate zwischen 1993 und 2017 beträgt im Wallis bei den Männern -32% (CH: -31%) und bei den Frauen -20% (CH: -20%).



Abb. 4.20 Durchschnittliche Anzahl Krebsneuerkrankungen pro Jahr (M/F) (Quelle: WKR/WGO)

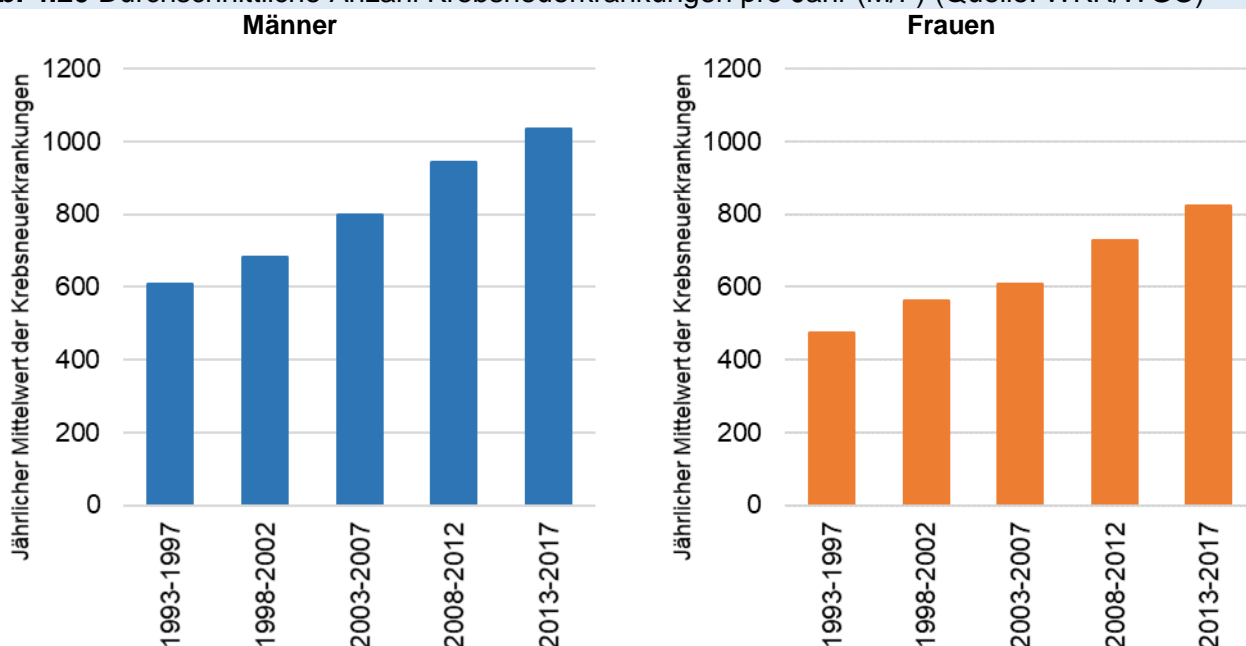
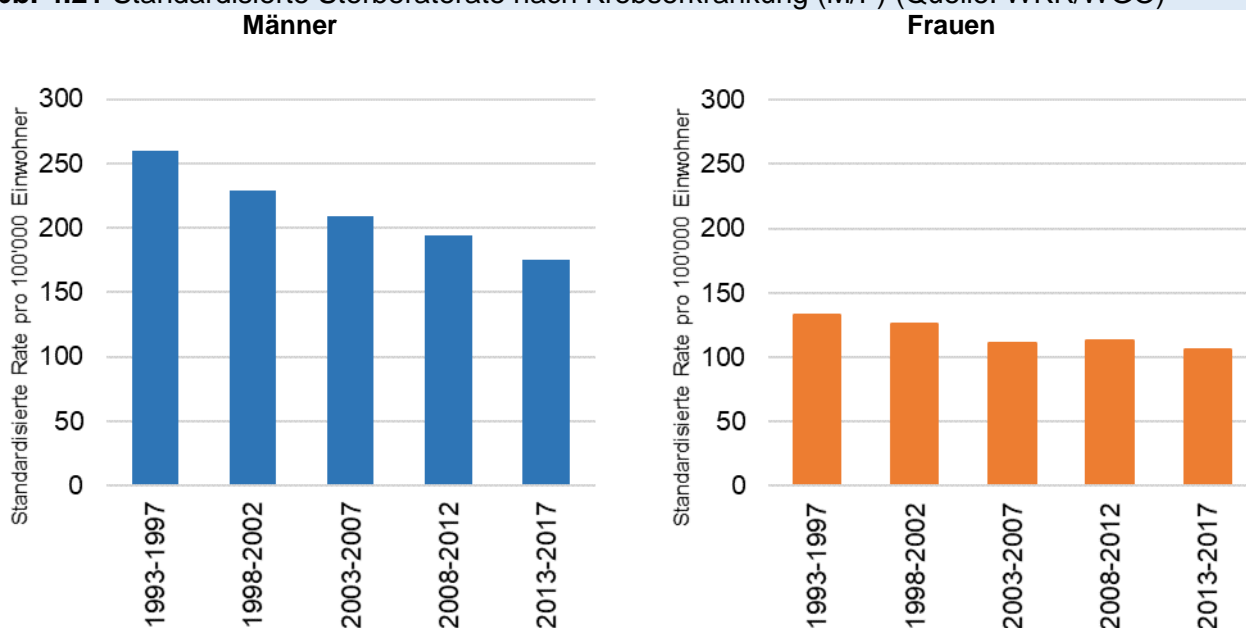


Abb. 4.21 Standardisierte Sterberate nach Krebserkrankung (M/F) (Quelle: WKR/WGO)



Kasten 8: Krebs-Vorsorgeuntersuchungen

Vorsorgeuntersuchungen dienen dazu, Krebs frühzeitig, das heisst vor dem Auftreten der ersten Symptome, zu erkennen, um ihn effizienter behandeln zu können, als es in seiner symptomatischen Phase der Fall wäre. Bestimmte Vorsorgeuntersuchungen werden der Bevölkerung empfohlen, da ihre Effizienz anerkannt ist. Das ist bei Brust-, Dickdarm- und Gebärmutterhalskrebs der Fall. Seit 1999 gibt es im Wallis ein **Brustkrebs**-Screening-Programm. Das unter der Schirmherrschaft von Gesundheitsförderung Wallis durchgeführte Programm richtet sich an alle Frauen zwischen 50 und 74 Jahren, die im Kanton Wallis wohnen. **Dickdarmkrebs** ist die dritthäufigste Krebserkrankung in der Schweiz. Im Wallis wurde 2020 ein Darmkrebs-Früherkennungsprogramm gestartet, das ebenfalls unter der Schirmherrschaft von Gesundheitsförderung Wallis durchgeführt wird. Sowohl im Wallis als auch in der Schweiz werden häufig **Prostatakrebs**-Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt, deren Nützlichkeit aber umstritten bleibt.

2017 haben im Wallis 94% der Frauen zwischen 50 und 70 Jahren schon mindestens einmal eine **Mammographie** machen lassen, 48% davon in den vergangenen 12 Monaten (**Abb. 4.22**). In der Schweiz ist der Anteil Frauen, die eine Mammographie machen liessen, geringer.

Dickdarmkrebs gehört in der Schweiz sowohl bei Frauen als auch bei Männern zu den drei häufigsten Krebserkrankungen. Zwischen 2011 und 2015 sind im Wallis 171 Neuerkrankungen pro Jahr diagnostiziert worden und 71 Personen sind jedes Jahr an dieser Krebserkrankung

gestorben. Der jährliche Mittelwert der Neuerkrankungen hat zwischen 1993 und 2017 bei beiden Geschlechtern zugenommen. Diese Zunahme ist vor allem auf das Wachstum und die Alterung der Bevölkerung zurückzuführen. Im Wallis haben 55% der Männer (CH: 59%) und 52% der Frauen (CH: 58%) zwischen 50 und 75 Jahren schon mindestens einmal im Leben durch Nachweis von okkultem Blut im Stuhl (Hämocult-Test) oder Koloskopie eine **Darmkrebs-Vorsorgeuntersuchung** machen lassen (**Abb. 4.23**).

Abb. 4.22 Letzte Mammographie bei Frauen zwischen 50 und 70 Jahren, Wallis-Schweiz, 2002-2017 (Quelle: SGB/WGO)

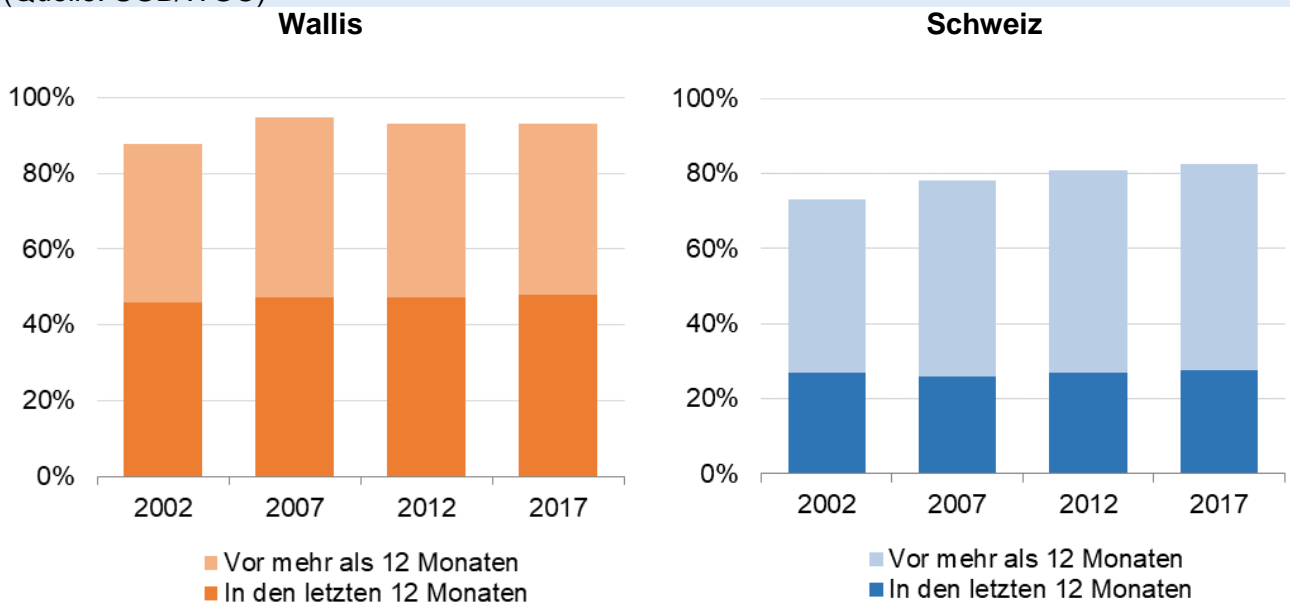
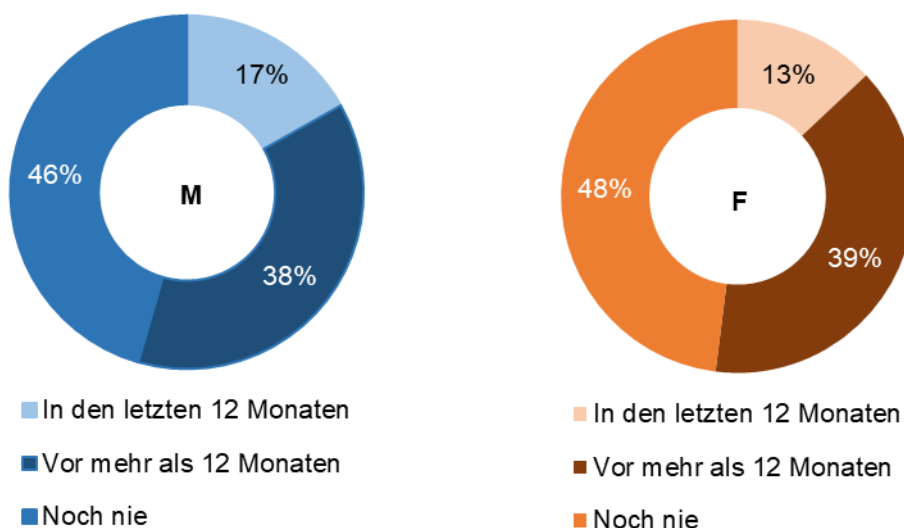


Abb. 4.23 Früherkennung von Dickdarmkrebs durch Hämocult-Test und/oder Endoskopie, 50- bis 75-Jährige, nach Geschlecht, Wallis, 2017 (Quelle: SGB/WGO)

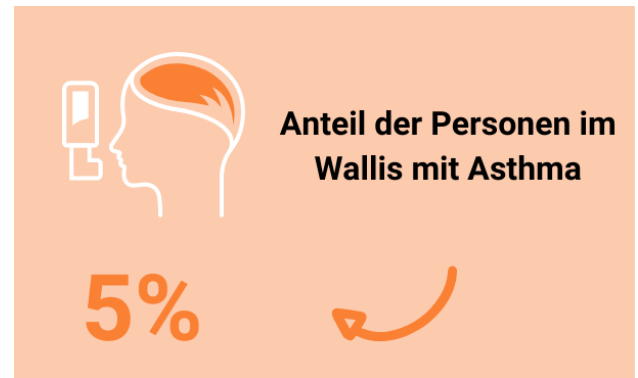
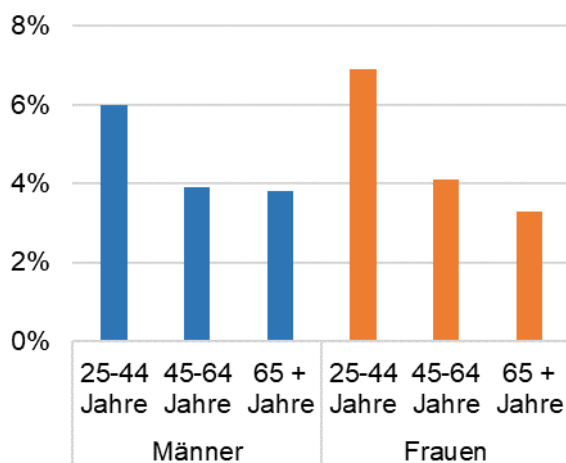


Atemwegserkrankungen

2017 sind im Wallis 8% der Männer und 8% der Frauen an den Folgen einer Atemwegserkrankung gestorben. **Tabakkonsum** ist ein wesentlicher Risikofaktor für **chronische Atemwegserkrankungen** (Bronchitis, Emphysem) sowie für **Lungenkrebs. Lungenentzündungen** machen einen grossen Teil der Atemwegserkrankungen aus.

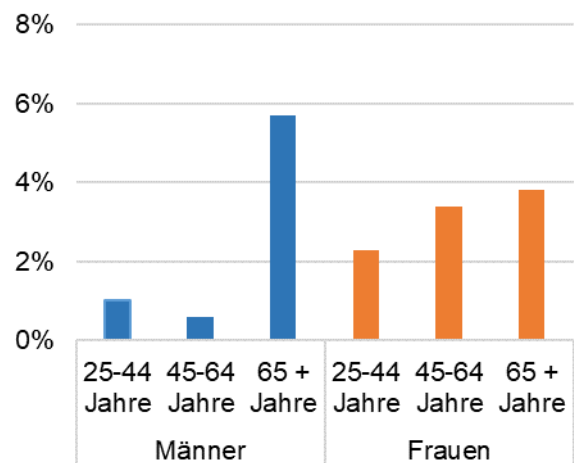
Asthma ist eine chronische Atemwegserkrankung, deren Schwere und Häufigkeit von Person zu Person unterschiedlich ist. Es zeichnet sich durch wiederholte Anfälle aus, bei denen sich Atembeschwerden und eine pfeifende Atmung feststellen lassen. Zu den Risikofaktoren für die Entwicklung von Asthma gehören das Einatmen von anfallauslösenden Substanzen wie Allergene, Tabakrauch und reizende chemische Produkte. Im Wallis geben 5% der Bevölkerung an, an Asthma zu leiden (CH: 5%) (**Abb. 4.24**).

Abb. 4.24 Anteil der Personen mit Asthma (12 letzte Monate) nach Geschlecht und Alter, Wallis, 2017 (Quelle: SGB/WGO)



Bei **chronischer Bronchitis** handelt es sich um eine dauerhafte Entzündung der Atemwege. Als **Emphysem** bezeichnet man eine Krankheit, bei der die Lungenbläschen (Alveolen) und Alveolargänge zerstört werden [65]. Chronische Bronchitis und Emphyseme stehen stark mit Tabakkonsum im Zusammenhang. Im Wallis geben 3% der Bevölkerung an, chronische Bronchitis oder ein Emphysem zu haben (CH: 2%) (**Abb. 4.25**).

Abb. 4.25 Anteil der Personen mit chronischer Bronchitis oder einem Emphysem (12 letzte Monate) nach Geschlecht und Alter, Wallis, 2017 (Quelle: SGB/WGO)



Kasten 9: Gesundheitszustand von Menschen mit Behinderungen

Menschen mit Behinderungen haben spezifische Gesundheitsbedürfnisse, die eher Gefahr laufen vernachlässigt zu werden als beim Rest der Bevölkerung. Gemäss WHO sind Gesundheitsförderung und Präventionsaktivitäten nur selten auf Menschen mit Behinderungen ausgerichtet. Bei Frauen mit Behinderungen beispielsweise werden weniger Brustkrebs- und Gebärmutterhalskrebs-Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt als bei allen anderen Frauen. Bei diabeteskranken Menschen mit einer intellektuellen Behinderung werden seltener Gewichtskontrollen durchgeführt als bei den anderen Diabetesbetroffenen. Jugendliche und Erwachsene mit Behinderungen werden von Sexualkunde-Programmen eher ausgeschlossen. Im Jahr 2017 lebten in der Schweiz schätzungsweise 1.7 Millionen Menschen mit Behinderungen im Sinne des Behindertengleichstellungsgesetzes, 457'000 davon mit starker Beeinträchtigung [66]. Übertragen auf die Walliser Bevölkerung würde das **rund 18'000 Menschen mit starker Beeinträchtigung** entsprechen. Einige Menschen mit Behinderungen erhalten eine IV-Rente. 2017 waren das im Wallis 9'892 Personen.

Psychische Gesundheit

Die WHO erachtet die **mentale oder psychische Gesundheit** als **grundlegend für einen guten Allgemeinzustand**. Sie definiert sie als einen Zustand des Wohlbefindens, in dem sich eine Person entfalten, mit normalen Spannungen des Lebens umgehen, einer Arbeit nachgehen und einen Beitrag zum Gemeinschaftsleben leisten kann [67]. Die psychische Gesundheit wird gleichzeitig von umweltbezogenen Faktoren (wirtschaftliche Situation, Lebensumfeld usw.) und von individuellen Faktoren (Bildung, Erbanlagen usw.) beeinflusst. Ausserdem trägt eine gute psychische Gesundheit zum allgemeinen Wohlbefinden der Menschen bei und ermöglicht ihre Beteiligung am gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Leben [68, 69]. **Psychische Störungen** (Depression, Demenz, Angststörung usw.) haben einen erheblichen Einfluss auf die Lebensqualität der Bevölkerung.

Psychische Belastung und das Vorliegen **depressiver Symptome** sind zwei Indikatoren, mit denen der psychische Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung beurteilt werden kann.

Der Grad der **psychischen Niedergeschlagenheit** wird anhand der Frequenz verschiedener Gemütszustände in den vergangenen vier Wochen beurteilt: Nervosität, Niedergeschlagenheit oder Verstimmtheit, Ruhe, Ausgeglichenheit und Gelassenheit, Mutlosigkeit und Depression, Glück. Im Wallis weisen einer von zehn Männern und zwei von zehn Frauen mittlere oder hohe Anzeichen psychischer Niedergeschlagenheit auf.

Depressionen und **Angststörungen** kommen in der Bevölkerung häufig vor. Depression äussert sich durch ständige Niedergeschlagenheit, Verlust des Interesses an jeglicher Tätigkeit und schwindende Energie. Depression hat erhebliche Auswirkungen auf alle Aspekte des gesellschaftlichen, familiären, zwischenmenschlichen und beruflichen Lebens [70]. Angststörungen äussern sich in einem Gefühl der psychischen Unruhe und der Unsicherheit und müssen nicht unbedingt mit einem bestimmten Gegenstand zusammenhängen. Sie gehen oft mit einer depressiven Störung einher [70]. 2017 gaben im Wallis fast jeder zwanzigste Mann und jede zehnte Frau an, gemässigte oder schwere depressive Symptome zu haben (**Abb. 4.27**).

Abb. 4.26 Zustand psychischer Niedergeschlagenheit nach Geschlecht, Wallis, 2017 (Quelle: SGB/WGO)

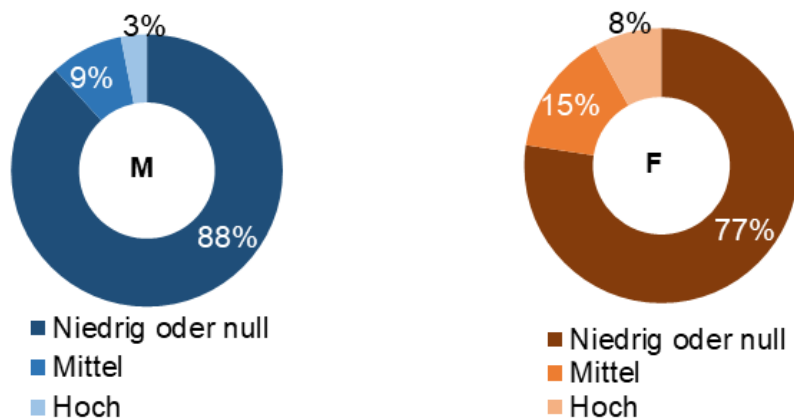
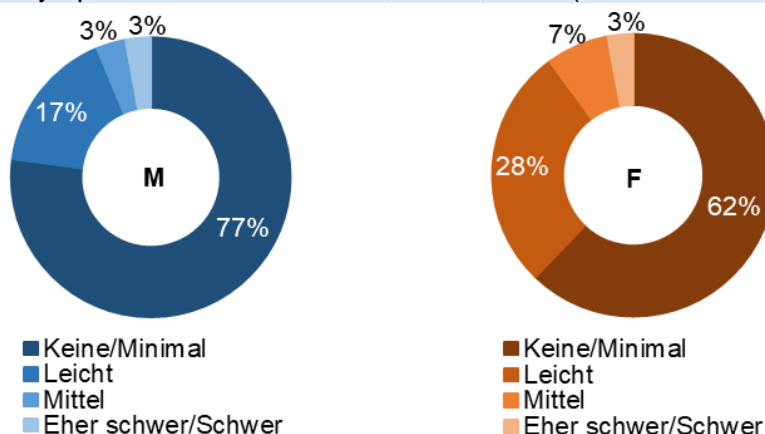


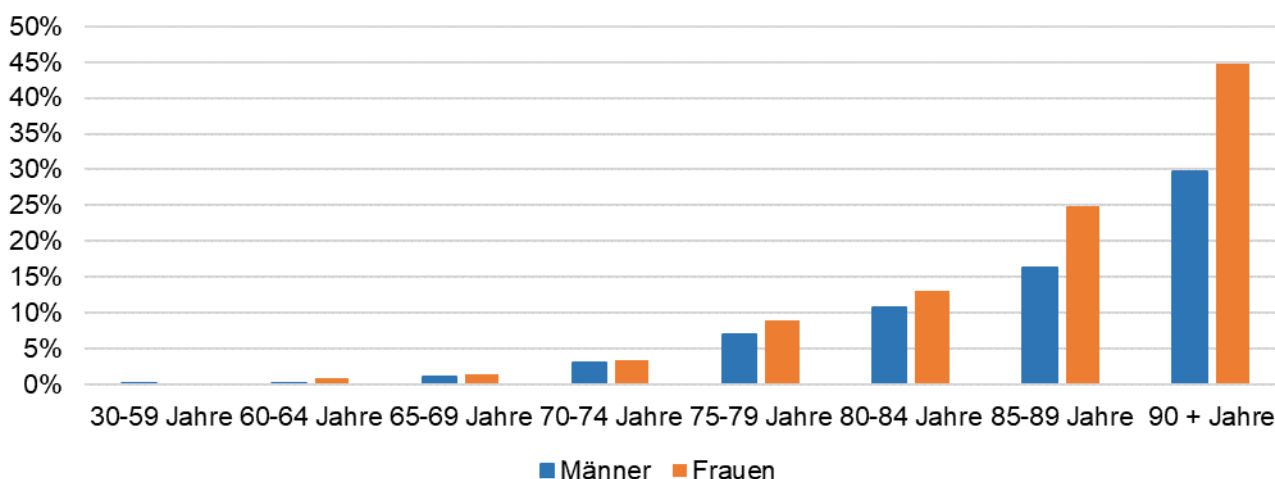
Abb. 4.27 Depressive Symptome nach Geschlecht, Wallis, 2017 (Quelle: SGB/WGO)



Demenzerkrankungen sind chronische Erkrankungen, mit denen die Betroffenen jahrelang leben und die häufig mit grosser Pflegebedürftigkeit einhergehen. Aufgrund der Alterung der Bevölkerung nehmen Demenzerkrankungen in der Bevölkerung zu. Aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung sind Frauen häufiger betroffen als Männer [71]. 2018 waren im Wallis rund 5'000 Personen von Demenz betroffen [71, 72] (**Abb. 4.28**). Es gibt verschiedene Risikofaktoren für Demenz, namentlich ein niedriges Bildungsniveau, Bluthochdruck, Tabakkonsum, Adipositas sowie Gehirntraumata.



Abb. 4.28 Anteil der Personen mit Demenz nach Alter und Geschlecht, Wallis, 2018 (Quelle: Alzheimer Schweiz)



Kasten 10: Psychische Gesundheit der LGBTIQ+-Community

LGBTIQ+ steht für Personen die sich als lesbisch, schwul, bisexuell, trans, intersexuell, queer oder als Angehörige anderer sexueller oder geschlechtlicher Minderheiten identifizieren. Obschon LGBTIQ+ Personen in der westlichen Gesellschaft inzwischen besser integriert sind, sind sie noch immer Diskriminierung und Vorurteilen ausgesetzt. Aus einer zunehmenden Anzahl Studien geht hervor, dass diese Formen der normativen Zurück- oder Abweisung junge LGBTIQ+ Personen davon abhalten, ihre Identität offen und strukturiert auszuleben, was sowohl ihre psychische Gesundheit (Depression, Suizid) als auch ihre körperliche Gesundheit stark beeinträchtigt.

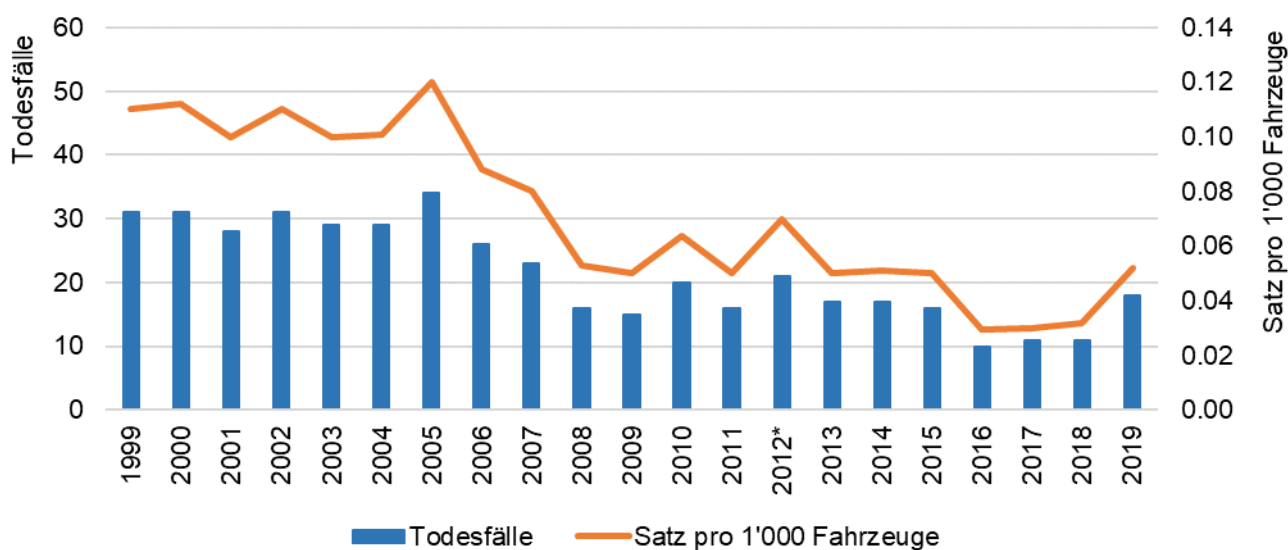
Todesfälle durch Gewalteinwirkung

Zu den Todesfällen durch Gewalteinwirkung gehören insbesondere **tödliche Strassenverkehrsunfälle oder Unfälle durch andere Umstände, Suizid, tödliche Stürze oder Vergiftungen**. Strassenverkehrsunfälle und Suizid sind die häufigsten Ursachen für Todesfälle durch Gewalteinwirkung im Wallis. **Strassenverkehrsunfälle** bleiben eine

bedeutende Ursache für Morbidität und Sterblichkeit, obschon die Zahl der Verletzten und der tödlichen Unfälle in den letzten Jahren abgenommen hat (**Abb. 4.29**).

Gemäss Statistik der Kantonspolizei Wallis waren die Hauptursachen für Strassenverkehrsunfälle mit Opfern (Verletzte oder Tote) im Jahr 2019 Alkoholeinfluss (19%), Missachtung des Vortritts (17%) und nicht angepasste Geschwindigkeit (13%).

Abb. 4.29 Entwicklung der Anzahl tödlicher Strassenverkehrsunfälle und Rate pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner, Wallis, 1999-2019 (Quelle: Kantonspolizei VS/WGO)



* Die 28 Todesfälle nach dem Busunglück im Tunnel von Siders wurden in der Anzahl Todesfälle und in der Rate pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner von 2012 nicht berücksichtigt. Dieser Unfall wurde in dieser Grafik nicht berücksichtigt, da es sich um ein ausserordentliches Ereignis gehandelt hatte.

Kasten 11: Beihilfe zum Suizid im Wallis

Beihilfe zum Suizid besteht darin, einem Menschen eine tödliche Substanz zu geben, die er eigenständig und ohne äusseres Zutun einnimmt, um sein Leben selbstbestimmt zu beenden. In der Schweiz üben die Sterbehilfeorganisationen ihre Tätigkeit im Rahmen von Artikel 115 des Strafgesetzbuches aus, der besagt, dass Beihilfe zum Suizid nicht strafbar sei, ausser sie erfolge aus selbstsüchtigen Beweggründen. Beihilfe zum Suizid betrifft vor allem Menschen mit schweren und tödlichen Krankheiten. 2019 haben im Wallis 35 Personen Beihilfe zum Suizid in Anspruch genommen, was 38% der gesamten Suizide entspricht. 2016 hat das Spital Wallis eine Richtlinie erlassen, welche die Möglichkeit zur Inanspruchnahme von Beihilfe zum Suizid innerhalb des Spitals «bei mangelnder Transportfähigkeit [der Patientin oder des Patienten] in [ihr oder] sein gewöhnliches Lebensumfeld oder Fehlen eines solchen» zulässt. Gegenwärtig ist Beihilfe zum Suizid in der Hälfte der Walliser Alters- und Pflegeheime möglich. Im Rahmen der Gesetzgebungsarbeiten zur Revision des Gesundheitsgesetzes vom März 2020 wurde über die Frage der Einführung des Rechts auf Beihilfe zum Suizid in den Alters- und Pflegeheimen des Kantons debattiert. Letzten Endes wurde dieses Recht aber nicht im revidierten Gesetz verankert.

Es ist wichtig zwischen **nicht assistiertem Suizid (Suizid)** und **assistiertem Suizid (Beihilfe zum Suizid, Sterbehilfe)** zu unterscheiden. Zwischen 1999 und 2019 gab es im Wallis pro Jahr durchschnittlich 61 Todesfälle durch nicht assistierten und assistierten Suizid zu verzeichnen.

Sowohl im Wallis als auch in der Schweiz ist die **Rate der nicht assistierten Suizide** bei den Männern höher als bei den Frauen. Sie hat deutlich abgenommen: bei den Männern von 31/100'000 im Jahr 2002 (CH: 29/100'000) auf 23/100'000 im Jahr 2017 (CH: 19/100'000) und bei den Frauen von 9/100'000 im Jahr 2002 (CH: 11/100'000) auf 5/100'000 im Jahr 2017 (CH: 6/100'000) [73].

Diese Zunahme der assistierten Suizide lässt sich auch auf gesamtschweizerischer Ebene beobachten.

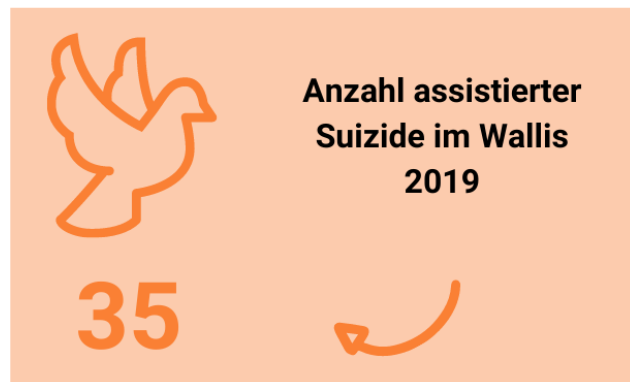
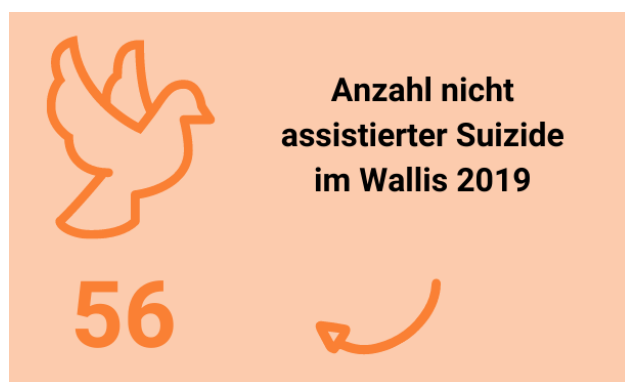
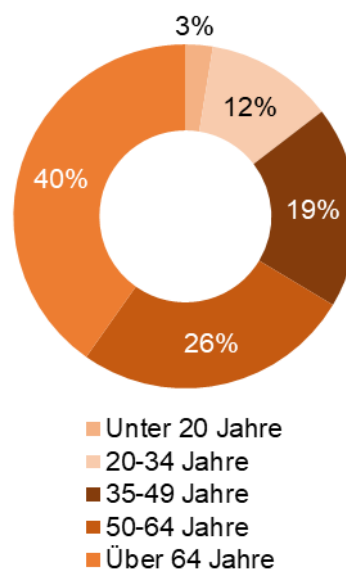
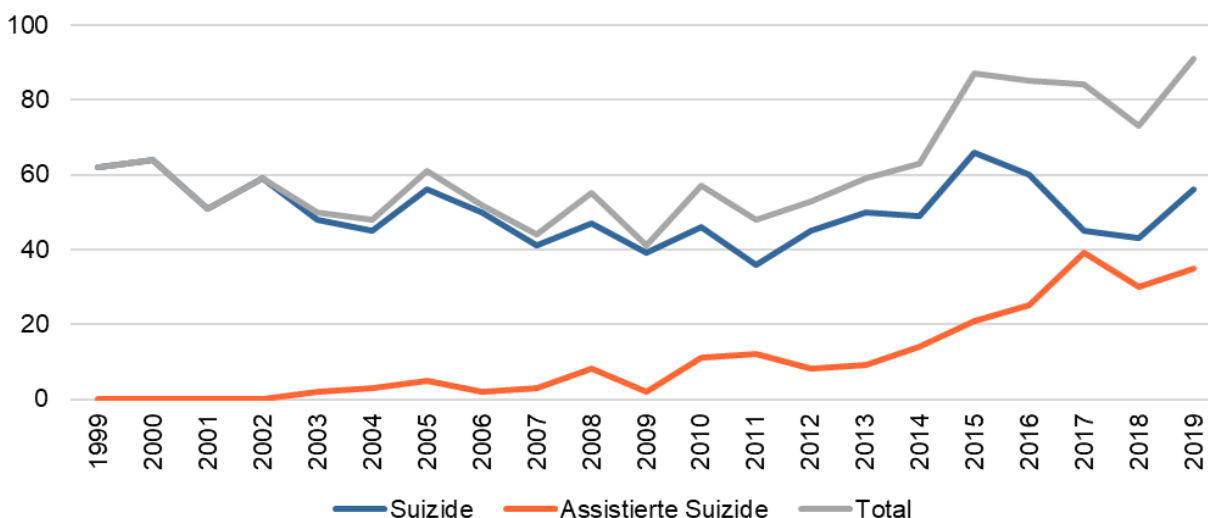


Abb. 4.30 Durchschnittliche Anzahl Suizide pro Jahr nach Alter, Wallis, 2009-2019 (Quelle: Kantonspolizei VS/WGO)



Gemäss Daten der Kantonspolizei haben sich 2019 im Wallis 91 Suizide ereignet (58 Männer und 33 Frauen): 56 dieser Suizide waren nicht assistiert (62%) und 35 assistiert (38%). Seit ungefähr 2010 lässt sich eine Zunahme der Gesamtzahl Suizide feststellen, was auf die **zunehmende Anzahl assistierter Suizide** zurückzuführen ist (**Abb. 4.31**).


Abb. 4.31 Anzahl Suizide, Wallis, 1999-2019 (Quelle: Kantonspolizei VS/WGO)



Infektionskrankheiten

Bis zu Beginn des letzten Jahrhunderts waren Infektionskrankheiten sowohl im Wallis als auch in der Schweiz die häufigste Todesursache. Die Fortschritte in den Bereichen Hygiene, Impfstoffe und Antibiotika haben ermöglicht, die Sterblichkeit durch Infektionskrankheiten massiv zu reduzieren. Verglichen mit chronischen Krankheiten machen Infektionskrankheiten nur noch einen geringen Anteil an der Gesamtsterblichkeit aus. **Die COVID-19-Pandemie** hat diese Sichtweise allerdings teilweise wieder geändert (**siehe Kasten 13**). COVID-19 aussen vor gelassen, bleiben Infektionskrankheiten eine relativ häufige Ursache für Krankheit und Hospitalisationen im Wallis.

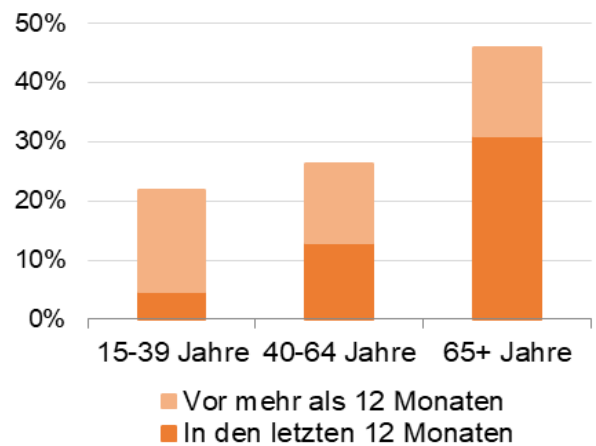
Schweizweit führt die **Grippe (Influenza)** jedes Jahr zu 112'000 bis 275'000 Arztbesuchen sowie zu einer erhöhten Sterblichkeit bei Risikogruppen. Jeden Winter erkranken 5% bis 20% der Bevölkerung an der saisonalen Grippe [74]. Das BAG empfiehlt allen Personen mit einem erhöhten Komplikationsrisiko bei einer Grippeerkrankung eine Impfung, vor allem Personen ab 65 Jahren, schwangeren Frauen, Frühgeborenen ab dem Alter von 6 Monaten für die ersten zwei Winter nach der Geburt sowie Personen mit chronischen Krankheiten [75]. Im Wallis lassen sich 29% der Bevölkerung mindestens einmal in ihrem Leben gegen Grippe impfen (CH: 29%).



Anteil der Personen pro Jahr, die im Wallis an Grippe erkranken

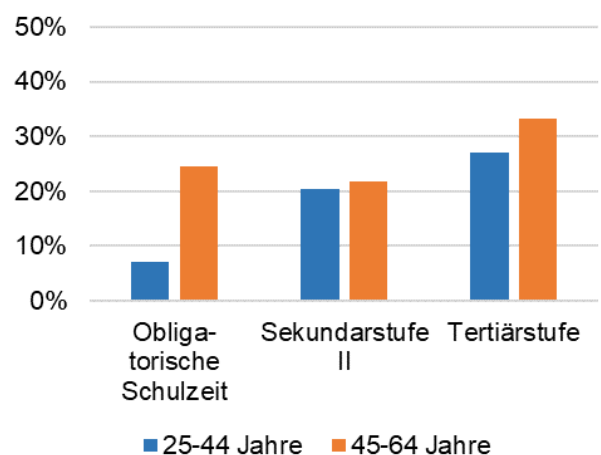
5% bis 20%

Abb. 4.32 Grippeimpfung nach Alter, 2017 (Quelle: SGB/WGO)



Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe geben häufiger an, sich mindestens einmal in ihrem Leben gegen Grippe impfen zu lassen als Personen mit einem Abschluss der obligatorischen Schulzeit oder auf Sekundarstufe II (**Abb. 4.33**).

Abb. 4.33 Grippeimpfung nach Alter und Bildungsniveau, 2017 (Quelle: SGB/WGO)



Kasten 12: Impfung in der Apotheke

Im Wallis wird die Grippeimpfung von einer Ärztin oder einem Arzt oder auf ärztliche Verordnung von einer Pflegefachperson durchgeführt. Wenn sich zahlreiche Personen in derselben Zeitspanne impfen lassen möchten, kann dies problematisch werden. Die Apotheken können da eine gute Anlaufstelle für gesunde Erwachsene sein, die nur selten eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen [76]. Seit 2016 ist es möglich, sich in bestimmten Apotheken im Wallis gegen die saisonale Grippe impfen zu lassen.

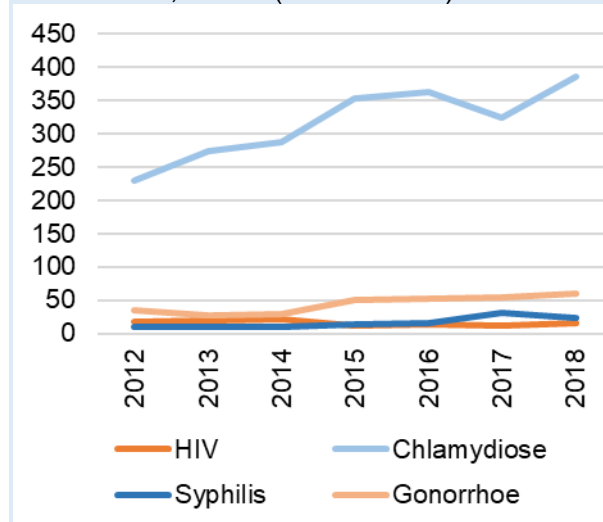
Das **Humane Immundefizienz-Virus (HIV)** wird durch ungeschützten Geschlechtsverkehr oder bei Drogenkonsum (Teilen von Nadeln oder Spritzen) übertragen. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) empfiehlt eine HIV-Früherkennung für Risikogruppen (MSM, Personen mit intravenösem Drogenkonsum, Sexarbeitende, Personen mit risikoreichem Sexualverhalten, Staatsangehörige aus Ländern mit einer hohen Endemie).

Die Zahl der beim BAG gemeldeten HIV-Diagnosen nimmt seit 2002 ab. 2019 wurden im Wallis 13 neue HIV-Diagnosen gemeldet (CH: 430). Die Mehrheit der HIV-Meldungen betraf Männer (78% der Fälle von 2019 in der Schweiz). Den jüngsten Schätzungen zufolge leben in der Schweiz rund 16'600 HIV-positive Menschen [77]. Die Inzidenz der HIV-Infektionen im Wallis ist seit rund zehn Jahren unverändert, doch es treten wieder vermehrt andere sexuell übertragbare Krankheiten auf, vor allem bei Jugendlichen.



Sexuell übertragbare Infektionen (STI) sind Krankheiten, die im Wesentlichen durch Geschlechtsverkehr übertragen werden. Sowohl im Wallis als auch in der Schweiz hat die Häufigkeit von STI in den letzten Jahren zugenommen, insbesondere Chlamydiose [78] (**Abb. 4.34**). Einige Bevölkerungsgruppen sind besonders stark betroffen: Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), Sexarbeitende sowie deren Kundinnen und Kunden.

Abb. 4.34 Anzahl Neuinfektionen pro Jahr mit den häufigsten sexuell übertragbaren Krankheiten, Wallis (Quelle: BAG)



Kasten 13: Aufkommende Krankheit: COVID-19

COVID-19 ist eine neu aufkommende Krankheit, die durch das SARS-CoV-2-Coronavirus verursacht wird und die Ursache einer globalen Pandemie seit 2020 ist. Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieses Berichts ist die Pandemie noch im Gange. Am 28. Februar 2020 wurde im Wallis ein erster Fall von Covid-19 deklariert. Am 11. März wurde die Krankheit von der WHO zur Pandemie erklärt.

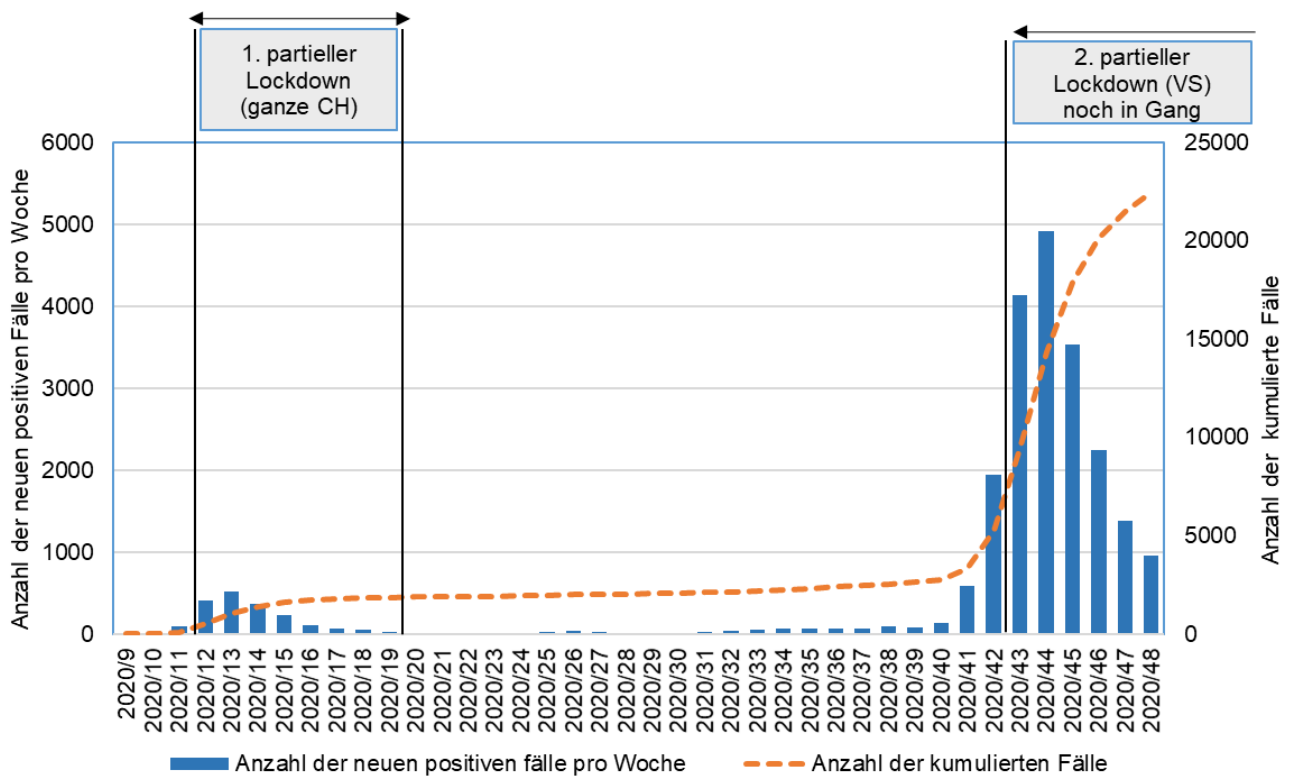
Die Pandemie Covid-19 ist ein historisches, die Gesundheit betreffendes Ereignis mit grossen sozialen und wirtschaftlichen Folgen, für das Wallis und die ganze Schweiz. In der Schweiz sind mehrere Wirtschaftszweige stark betroffen (Hotel- und Gastgewerbe, Export, Verkehr usw.), wobei das Wallis, dessen Wirtschaft stark vom Tourismussektor abhängig ist, besonders stark betroffen ist.

Die COVID-19-Pandemie hat auch zu erheblichen Veränderungen des Sozialverhaltens und der Lebensgewohnheiten geführt. In Unternehmen und Verwaltungen hat die Pandemie die Entwicklung der Telearbeit beschleunigt. Küssen und Händeschütteln sind aus dem öffentlichen Raum und aus beruflichen oder freundschaftlichen Beziehungen praktisch verschwunden, "soziale Distanzierung" ist zur Norm geworden. Auch die zwischenmenschlichen Beziehungen innerhalb der Familien wurden durch Covid-19 verändert, insbesondere durch die Furcht, die Risikogruppe der Senioren zu kontaminieren.

Die Entwicklung der positiv getesteten COVID-19-Fälle im Wallis, die Hospitalisierungen sowie die Todesfälle aufgrund von Covid-19 werden im Folgenden dargestellt (Situation Ende November 2020). Bis heute lassen sich 2 verschiedene Phasen ausmachen, die "erste Welle" und die "zweite Welle".

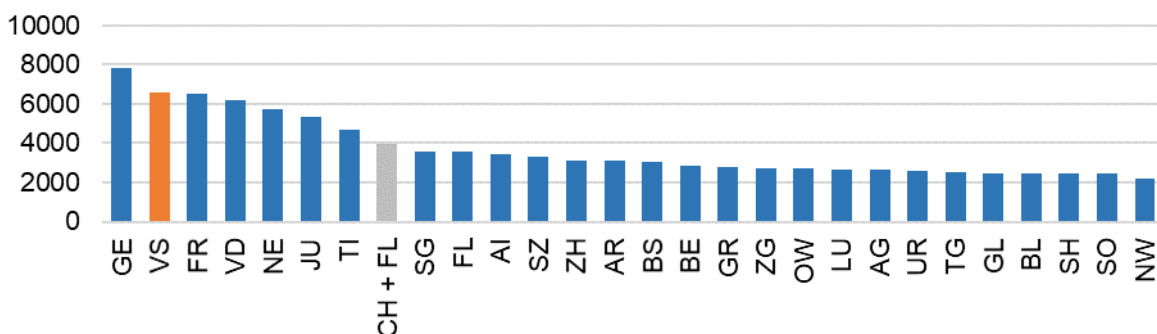
In Bezug auf die COVID-19 positiv getesteten Fälle, begann die erste Welle im März 2020, wobei die Zahl der pro Tag gemeldeten neuen Fälle stark anstieg und Ende März einen Höhepunkt erreichte, um dann in den folgenden Wochen allmählich abzunehmen. Die zweite Welle begann Ende September, erreichte Ende Oktober ihren Höhepunkt und fiel dann zunehmend wieder ab. Sie ist zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Artikels noch nicht abgeschlossen. Es werden nur Fälle gezählt, in denen der Test positiv war, wobei zu berücksichtigen ist, dass die Tests während der ersten Welle nur in geringem Umfang verfügbar waren und ihre Anwendung restriktiver war als während der zweiten Welle.

F4.35 COVID-19 : Anzahl neuer Fälle, die pro Woche im Wallis gemeldet werden (Quelle : WGO/DGW Stand am 29.11.2020)



Gemessen an der Zahl der seit Beginn der Epidemie positiv getesteten Fälle pro 100'000 Einwohner sind die Westschweiz und das Tessin zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieses Berichts stärker betroffen als die Deutschschweiz. Dieser Prozentsatz ist im französischsprachigen Wallis ebenfalls höher als im Oberwallis.

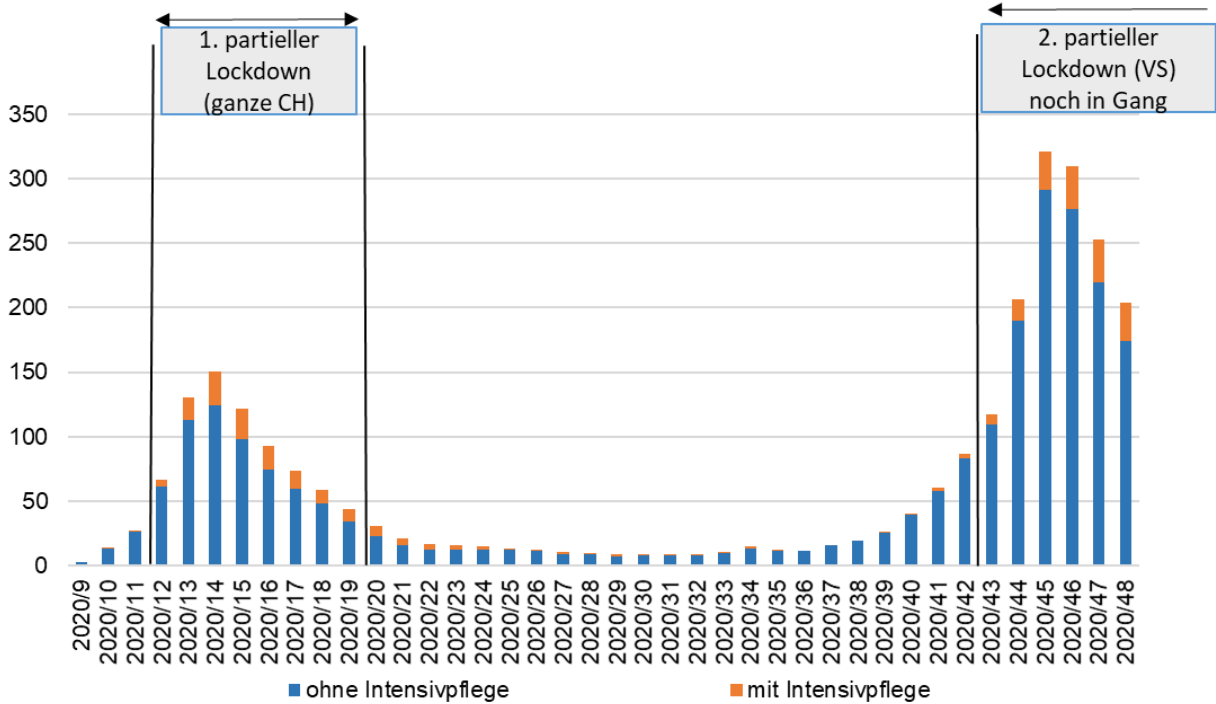
F 4.36 COVID-19 : Inzidenz der gemeldeten Fälle pro 100'000 Einwohner pro Kanton in der Schweiz und Liechtenstein seit Beginn der Epidemie (Quelle : BAG, Stand am 02.12.2020)



Die Zahl der laufenden Hospitalisierungen ist ein Indikator für die Belastung der die Krankenhäuser ausgesetzt sind. Diese Zahl stieg parallel zur Zahl der gemeldeten neuen Fälle, wobei ein erster Höhepunkt am 30. März mit 155 stationär behandelten Patienten erreicht wurde, davon 25 auf der Intensivstation.

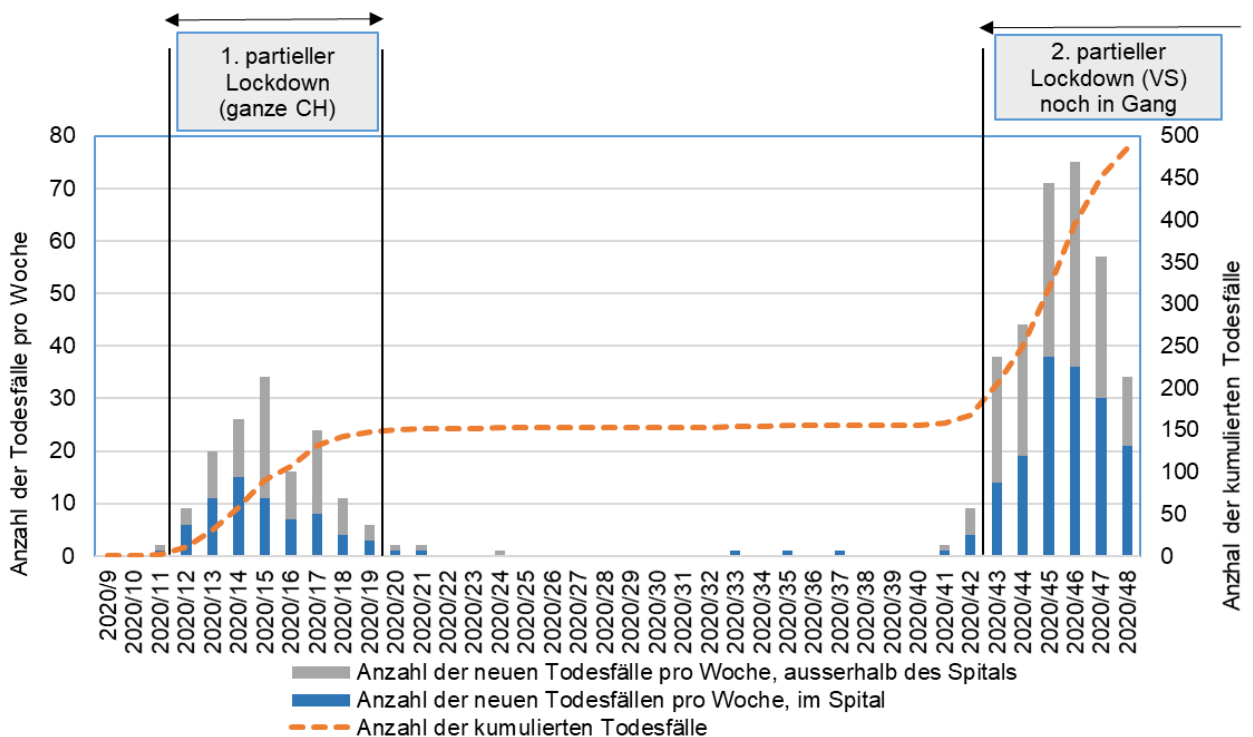
Danach wurde ein Rückgang der laufenden Hospitalisierungen bis Ende Juni beobachtet. Von diesem Moment an stabilisierte sich die Situation mit weniger als 10 Patienten pro Tag, die mit der Diagnose COVID-19 hospitalisiert wurden. Ab Mitte August stieg diese Zahl zunächst allmählich und dann ab Ende September stark an, bis sie Anfang November einen zweiten Höhepunkt erreichte. Diese zweite Welle erreichte ein mehr als doppelt so hohes Niveau wie die erste mit 345 Patienten, welche die am 8. November behandelt wurden, davon 37 auf der Intensivstation. Diese zweite Welle von Hospitalisierungen führte im Spital Wallis zu einer als "kritisch" bezeichneten Situation.

F4.37 COVID-19: Durchschnittliche Anzahl der laufenden Hospitalisierungen pro Woche im Wallis (Quelle: WGO/DGW, Stand am 29.11.2020)



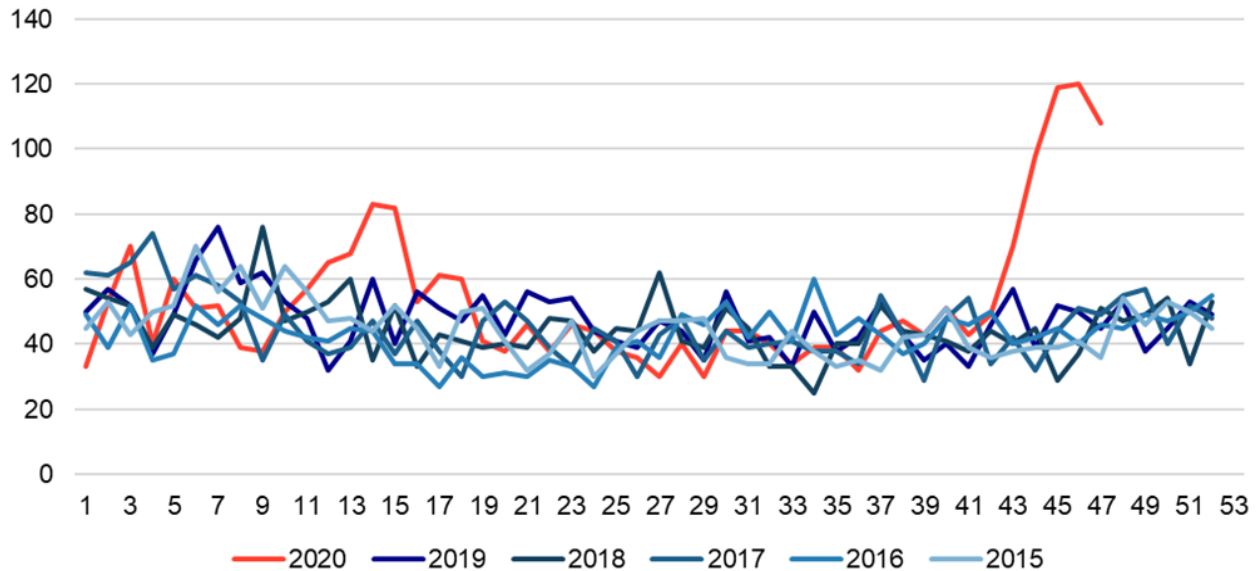
Der erste durch COVID-19 verursachte Todesfall wurde am 13. März 2020 im Wallis registriert. Die Zahl der Todesfälle reflektiert diese gleiche Dynamik in Form einer Welle, welche ihren ersten Höhepunkt in der Woche vom 6. April (34 Todesfälle in dieser Woche) und einen zweiten Höhepunkt in der Woche vom 9. November (75 Todesfälle in dieser Woche, provisorische Zahl) erreicht wurde. 48% der Todesfälle ereigneten sich in Krankenhäusern und 52% außerhalb von Krankenhäusern (Stand 29. November 2020). 70% der Verstorbenen waren 80 Jahre und älter, 23% waren 70-79 Jahre, 5% waren 60-69 Jahre und 2% waren unter 60 Jahre alt. (Quelle: DGW)

F4.38 COVID-19: Zahl der Todesfälle im Wallis pro Woche (Quelle: WGO/DGW, Stand am 29.11.2020)



Die Entwicklung der Zahl der Todesfälle, unabhängig der Todesursache, Woche um Woche, ermöglicht es uns, den Einfluss von COVID-19 auf die Mortalität abzuschätzen, indem wir die im Jahr 2020 aufgetretenen Todesfälle (rote Kurve) mit den in den vorangegangenen 5 Jahren aufgetretenen vergleichen (blau-schwarze Kurven). Bei den über 65-Jährigen wird zwischen Mitte März und Mitte April 2020 im Vergleich zu den Vorjahren eine Übersterblichkeit beobachtet, dann wieder in der Woche vom 26. Oktober (zweite Welle). Diese Übersterblichkeit ist hauptsächlich auf COVID-19 zurückzuführen.

F4.39 Anzahl Todesfälle pro Woche von Personen ab 65 Jahren, alle Todesursachen, Jahre 2015 bis 2020, Wallis (Quelle : WGO/BFS, Stand am 01.12.2020)



Neben den Auswirkungen auf die physische Gesundheit haben diese Pandemie und die Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung auch Auswirkungen auf die psychische Gesundheit, deren Ausmaß noch zu bestimmen ist. Diese Pandemie hat das Risiko des Auftretens von Infektionskrankheiten in der Bevölkerung aufgezeigt und die Anstrengungen verdeutlicht, die unternommen werden müssen, um das Gesundheitssystem in die Lage zu versetzen, mit diesen Krankheiten fertig zu werden.

Weitere Infos
zu Krebs



Weitere Infos
zu Covid-19



V. Gesundheitszustand der verschiedenen Altersklassen

Kinder und Jugendliche

Die grosse Mehrheit der Kinder und Jugendlichen ist gesund und die Sterblichkeit in dieser Altersklasse ist gering. Die Risikofaktoren, denen diese Altersklasse ausgesetzt ist, und die Lebensumstände können das **Wohlbefinden** von Kindern und Jugendlichen jedoch beeinträchtigen und ihren **künftigen Gesundheitszustand** dauerhaft beeinflussen. Diese Risikofaktoren zu identifizieren kann somit ermöglichen, frühzeitig in der Schwangerschaft, Kindheit und Jugend entsprechende Präventionsmassnahmen einzuleiten [84]. Die **ersten 1000 Lebenstage** – vom Zeitpunkt der Empfängnis bis zum Ende des zweiten Lebensjahres – sind eine wichtige Periode, um das künftige Wohlergehen des Kindes sicherzustellen [79]. **Die Jugend** ist mit Sicherheit ebenfalls eine ausschlaggebende Periode, da während dieser Zeit bestimmte Gesundheitsverhalten angenommen werden.

Die Sterblichkeit zwischen dem 0. und 14. Lebensjahr ist sehr gering. 2018 gab es im Wallis 5 Todesfälle von Kindern unter einem Jahr zu verzeichnen¹¹ (CH: 264): 1 Junge (CH: 142) und 4 Mädchen (CH: 122). In demselben Jahr zählte man im Wallis 4 (CH: 144) Todesfälle von Kindern zwischen 1 und 14 Jahren: 3 Jungen (CH: 73) und 1 Mädchen (CH: 71).



In den ersten zwölf Lebensmonaten sind die häufigsten Todesursachen Probleme während der Schwangerschaft oder bei der Geburt sowie Fehlbildungen und Chromosomenanomalien. Plötzlicher Kindstod kommt inzwischen nur noch selten vor. Die Todesursachen **zwischen dem 1. und dem 14. Lebensjahr** sind meist Unfälle oder Traumata, Fehlbildungen und Chromosomenanomalien sowie Krebserkrankungen.

Kinder sind am häufigsten von folgenden Krankheiten betroffen: Infektionen der oberen Atemwege, HNO-Krankheiten (wie allergische Rhinitis), Bronchitis und Asthma sowie Essstörungen, Darmerkrankungen, Traumata und psychische Störungen [84]. Bestimmte chronische Krankheiten (Asthma, Adipositas, psychische Störungen) kommen immer häufiger vor, was auch mit einer häufigeren Erkennung dieser gesundheitlichen Probleme im Zusammenhang steht.

Gemäss HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children) beurteilt die Mehrheit der 11- bis 15-jährigen Walliser Schülerinnen und Schüler ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut (92% der Jungen; 89% der Mädchen). Nichtsdestotrotz nehmen diese Anteile mit dem Alter ab (**Abb. 5.1**). Der Anteil der Jugendlichen, die mit ihrem Leben weniger zufrieden oder gar unzufrieden sind, ist nach Alter bei den Jungen recht homogen, während er bei den Mädchen deutlich zunimmt (**Abb. 5.2**).

¹¹ Säuglingssterblichkeit (d.h. lebend geborenes Kind, das in den ersten zwölf Monaten stirbt)

Abb. 5.1 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schüler, die ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut bezeichnen, nach Geschlecht, Wallis, 2018 (Quelle: HBSC 2018)

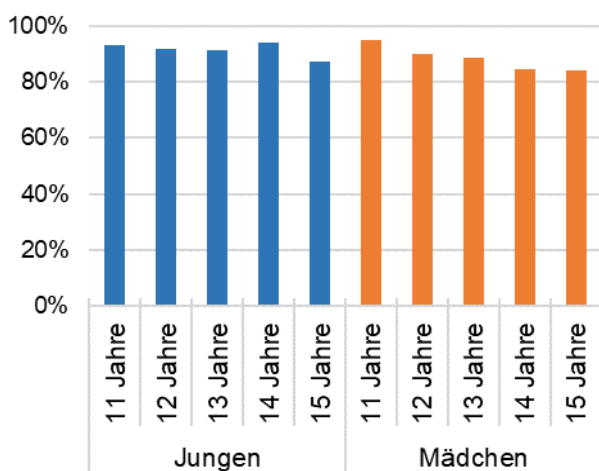
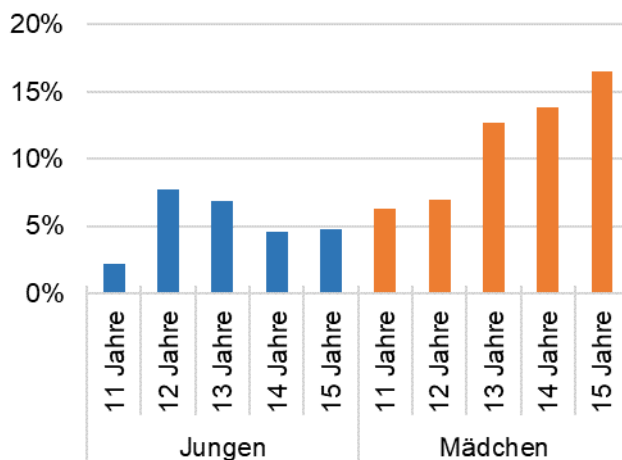


Abb. 5.2 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schüler, die mit ihrem Leben weniger zufrieden oder gar unzufrieden sind, nach Geschlecht, Wallis, 2018 (Quelle: HBSC 2018)



Bestimmte **Gesundheitsverhalten** werden in der Jugend angenommen, beispielsweise Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum, das Sexualverhalten, Ernährungsgewohnheiten, der Grad an körperlicher Aktivität sowie die Art und Weise der Konfliktbewältigung und des Umgangs mit Risiken.

Wenn **Jugendliche anfangen zu rauchen**, geschieht dies meist im Alter von 14 bis 15 Jahren. 8% der Jungen und 6% der Mädchen im Alter von 15 Jahren rauchen täglich (**Abb. 5.3**). Zwischen 2002 und 2018 hat der Anteil der 11- bis 15-Jährigen, die täglich rauchen, stark abgenommen (**Abb. 5.4**).



Abb. 5.3 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schüler, die täglich rauchen, Wallis-Schweiz, 2018 (Quelle: HBSC 2018)

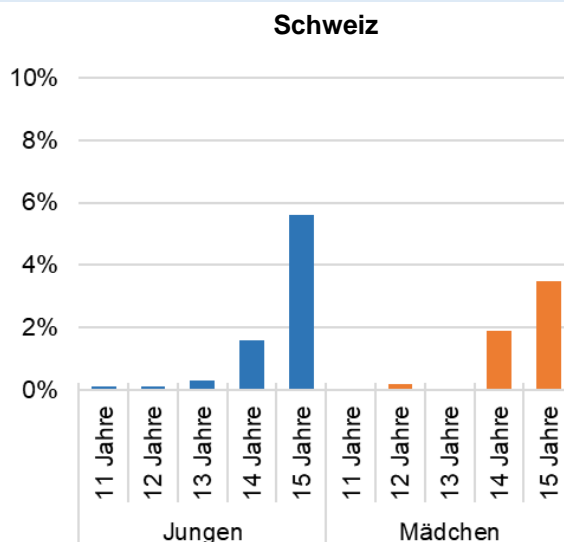
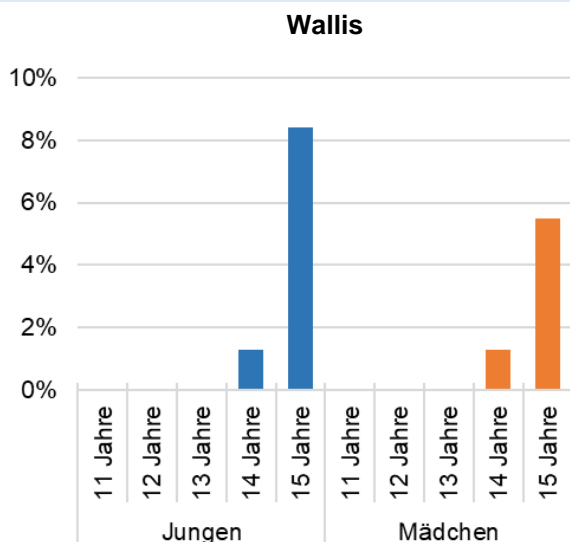
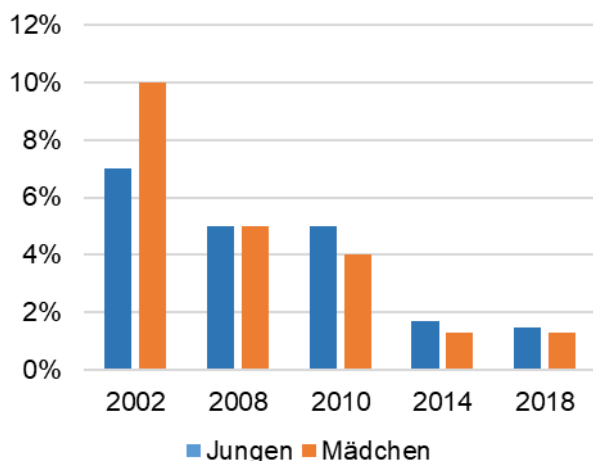


Abb. 5.4 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schüler, die täglich rauchen, Wallis, 2002-2018 (Quelle: HBSC 2018)



Der Anteil der Walliser Schülerinnen und Schüler, die angeben, **schon mindestens einmal im Leben betrunken gewesen zu sein**, nimmt mit dem Alter stark zu (**Abb. 5.5**). Zwischen 2010 und 2018 haben diese Anteile bei den 14- bis 15-Jährigen jedoch deutlich abgenommen.

2018 gaben 26% der 15-jährigen Jungen und 13% der gleichaltrigen Mädchen an, schon einmal Cannabis geraucht zu haben (**Abb. 5.6**). Diese Anteile haben seit 2010 deutlich abgenommen (Jungen: 39%; Mädchen: 30%).

Abb. 5.5 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schüler, die schon mindestens einmal im Leben betrunken waren, Wallis-Schweiz, 2018 (Quelle: HBSC 2018)

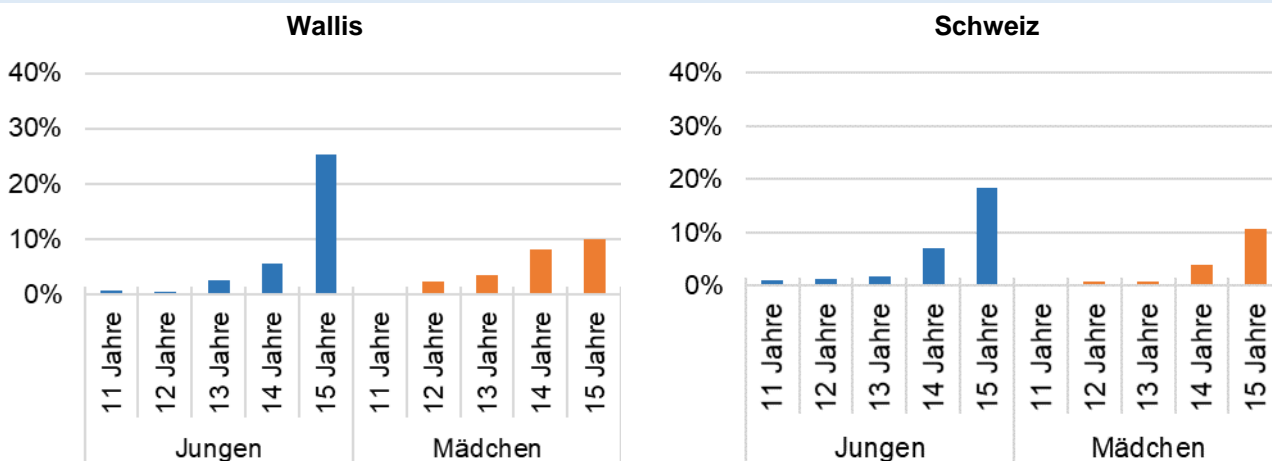


Abb. 5.6 Anteil der 14- und 15-jährigen Schülerinnen und Schüler, die schon mindestens einmal im Leben illegalen Cannabis konsumiert haben, Wallis, 2018 (Quelle: HBSC 2018)

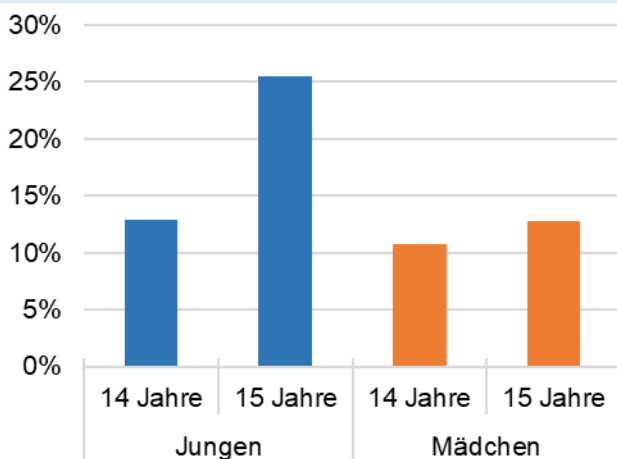
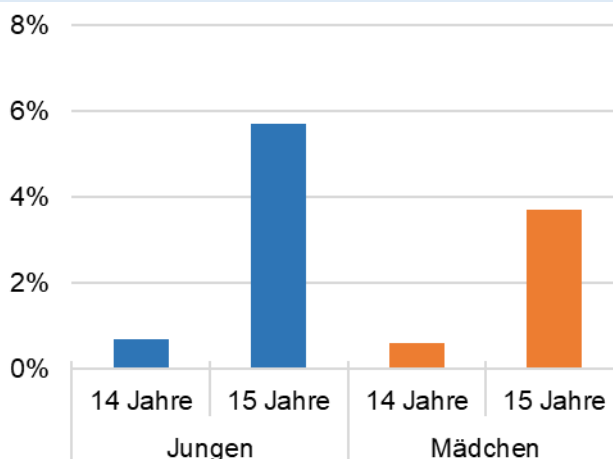


Abb. 5.7 Anteil der 14- und 15-jährigen Schülerinnen und Schüler, die in den letzten 30 Tagen mindestens dreimal illegalen Cannabis konsumiert haben, Wallis, 2018 (Quelle: HBSC 2018)



Übergewicht oder Adipositas kann viele gesundheitliche Folgen haben. Sie sind beispielsweise eine der Ursachen für Bluthochdruck oder Diabetes. Übergewicht in der Jugend erhöht auch die Wahrscheinlichkeit von Adipositas im Erwachsenenalter. Übergewicht bei Jugendlichen hat aber nicht nur Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit, sondern kann auch die psychische Gesundheit beeinträchtigen und die soziale Isolation fördern.

Kinder und Jugendliche verbringen immer mehr Zeit in einer digitalen Welt, wo sie bestimmten Faktoren ausgeliefert sind, die positive oder negative Auswirkungen auf ihre Gesundheit haben können. Die vor Bildschirmmedien verbrachte Zeit ist Gegenstand zahlreicher Diskussionen und Forschungen über die optimale Dauer und den Einfluss auf die Gesundheit, vor allem auf die psychische Gesundheit. Nichtsdestotrotz gibt es keinen Konsens darüber, ob dieser Einfluss nun allgemein positiv oder negativ sei [84].

Abb. 5.8 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schüler mit Übergewicht oder Adipositas nach Geschlecht, Wallis, 2018 (Quelle: HBSC 2018)

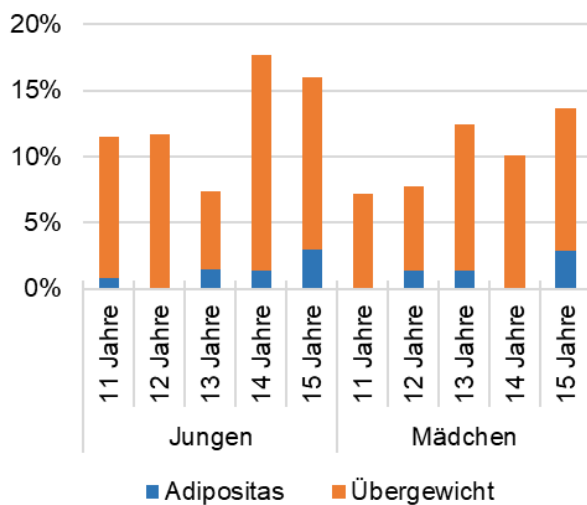
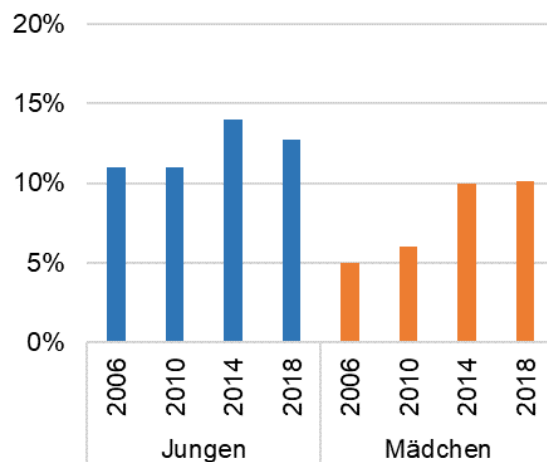


Abb. 5.9 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schüler mit Übergewicht oder Adipositas, Wallis, 2006-2018 (Quelle: HBSC)



Seniorinnen und Senioren

Die Seniorinnen und Senioren (65-Jährige und Ältere) bilden einen immer grösser werdenden Anteil an der Schweizer und Walliser Bevölkerung (vgl. **Tabelle T 2.1**). Diese Entwicklung ist das Ergebnis einer Verbesserung der sozioökonomischen und gesundheitlichen Bedingungen während des gesamten 20. und dem Beginn des 21. Jahrhunderts [80].

Die meisten Seniorinnen und Senioren beurteilen ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut [81]. Allerdings ist dieser Anteil geringer als bei der Bevölkerung der 15- bis 64-Jährigen. Die körperliche Gesundheit der Seniorinnen und Senioren zeichnet sich durch eine höhere Prävalenz von dauerhaften Gesundheitsproblemen (**Abb. 2.6**) und chronischen Krankheiten wie Bluthochdruck, Hypercholesterinämie, Diabetes oder Adipositas (siehe Abbildungen in Kapitel 4) sowie Aktivitätseinschränkungen aus (**Abb. 5.10**). Ausserdem nehmen Seniorinnen und Senioren häufiger Schmerzmittel oder Medikamente wie Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein (**Abb. 3.19** und **Abb. 3.21**).

Abb 5.10 Einschränkungen bei instrumentellen Alltagsaktivitäten nach Alter, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017)

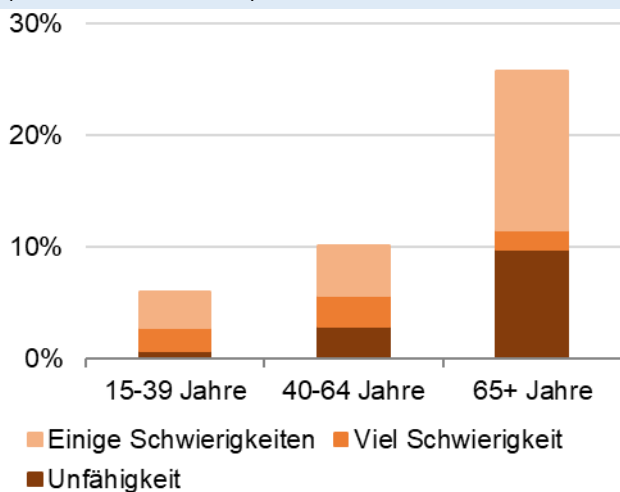
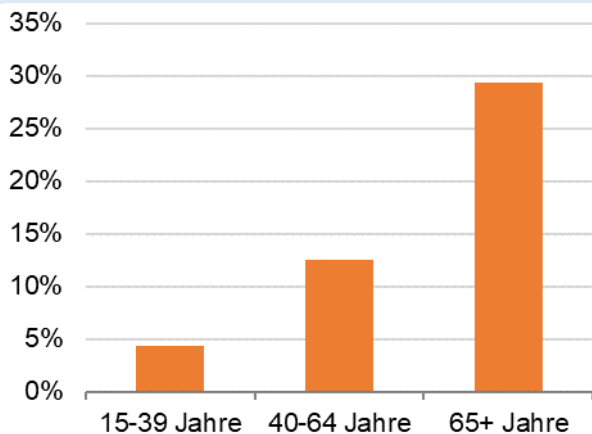
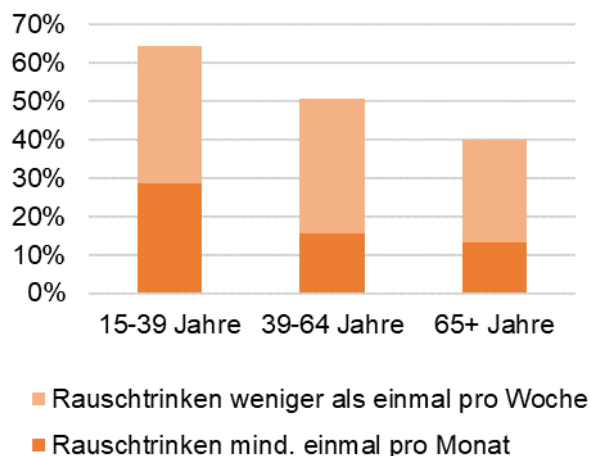


Abb. 5.11 Täglicher Alkoholkonsum nach Alter, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017)



Bestimmte Gesundheitsverhalten, insbesondere der Konsum von Alkohol oder Tabak, verändern sich mit zunehmendem Alter. Im Wallis wohnhafte 65-Jährige und Ältere **rauchen weniger**: 14% geben an zu rauchen (23% der 40- bis 64-Jährigen; 38% der 15- bis 39-Jährigen). Sie geben **häufiger an, täglich Alkohol zu trinken, sind aber seltener betrunken** (Abb. 5.11 und Abb. 5.12).

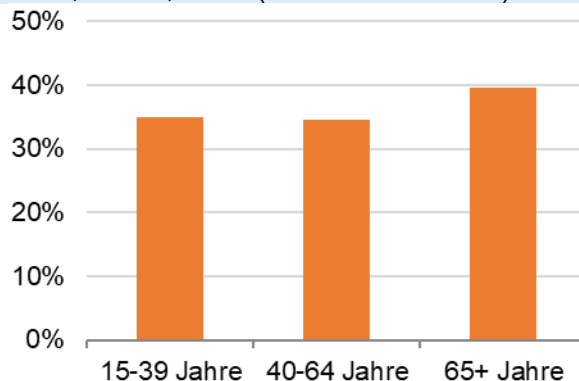
Abb. 5.12 Rauschtrinken nach Alter, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017)



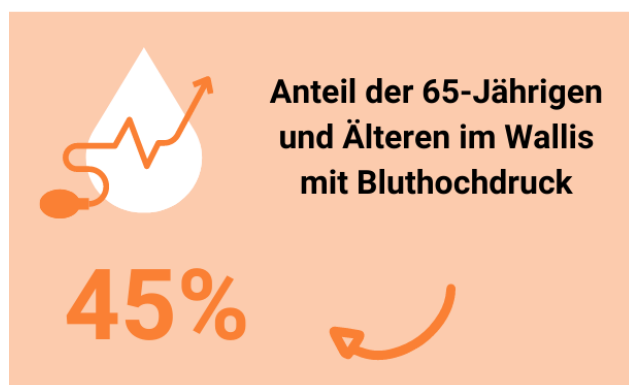
Die psychische Gesundheit der Seniorinnen und Senioren scheint angesichts der Häufigkeit von **Demenzerkrankungen** ebenfalls weniger gut zu sein.

Nichtsdestotrotz zeichnen **diese Daten nicht unbedingt das Bild einer schlechteren Lebensqualität aller Seniorinnen und Senioren**. Ein Bild ihrer Gesundheit, das sich in einer Anhäufung zunehmender Verluste und Schwächen zusammenfassen lässt, wird durch verschiedene Indikatoren nämlich nuanciert [82]. So beurteilt die Mehrheit der Walliser Seniorinnen und Senioren ihre Lebensqualität als gut oder sehr gut und spricht auch häufiger von einer **starken Kontrollüberzeugung** (das Gefühl, das eigene Leben selbst bestimmen zu können) (Abb. 5.13).

Abb. 5.13 Starke Kontrollüberzeugung nach Alter, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017)



Berücksichtigt man den Gesundheitszustand der Seniorinnen und Senioren in der Lebensverlaufsperspektive («life course approach»), so bilden Expositionen gegenüber Risikofaktoren (insbesondere ungünstige sozioökonomische Faktoren) in den kritischen oder heiklen Lebensabschnitten wie Kindheit, Jugend oder erste Jahre des Erwachsenenlebens Ansätze, mit denen sich erklären lässt, weshalb einige Personen oder Gruppen besser altern als andere [7, 8, 9]. So wurde in einem Bericht von 2019 über die Gesundheit der 55-jährigen und älteren Schweizerinnen und Schweizer aufgezeigt, dass es unter dieser Bevölkerungsgruppe ein **Gefälle zwischen Bildungsniveau und Indikatoren des Gesundheitszustands** gibt. So erfreuen sich Seniorinnen und Senioren mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe besserer körperlicher und geistiger Gesundheit als jene mit einer Ausbildung auf Sekundarstufe. Letztere wiederum sind gesünder als die Seniorinnen und Senioren, die lediglich die obligatorische Schulzeit abgeschlossen haben [83].



Personen ab 80 Jahren

Der Übergang zum vierten Alter (ab 80 Jahren) bedeutet heutzutage für viele Menschen in der Schweiz **zunehmende Gesundheitsprobleme und einen höheren Bedarf nach Pflege und Hilfe im Alltag** [80]. Die Inzidenz von **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** nimmt mit dem Alter zu und ist im Wallis die Ursache von 34% der Todesfälle bei den Männern und 37% der Todesfälle bei den Frauen ab 80 Jahren. All dies steht auch mit einer wirtschaftlichen Schwächung der älteren Menschen im Zusammenhang: Während rund 17% der 65- bis

74-Jährigen von Armutsgefährdung betroffen sind, nimmt dieser Anteil bei den über 75-Jährigen auf 30% zu [83].

Ab dem 75. bis 80. Lebensjahr spielen auch eine Verschlechterung des Gesundheitszustands und die damit einhergehenden Einschränkungen eine immer wichtigere Rolle. In der Schweiz können 20% der über 65-Jährigen in Privathaushalten mindestens eine instrumentelle Alltagsaktivität¹² nicht mehr oder nur mit grossen Schwierigkeiten ausüben [83]. Dieser Anteil liegt bei den 80-Jährigen und Älteren bei 38% [80]. 3% der über 65-Jährigen in Privathaushalten sind von vollumfänglichen oder starken Einschränkungen in mindestens einer grundlegenden Alltagsaktivität¹³ betroffen. Im hohen Alter (ab 80 Jahren) sind dies sogar 8% der in Privathaushalten lebenden Menschen [80].

Die **Bevölkerung der 80-Jährigen und Älteren ist allerdings heterogen**, sowohl aus Sicht ihres Gesundheitszustands als auch aus Sicht ihrer Erwartungen an die Gesundheitsversorgung. So ist ein Teil der Hochbetagten **«robust»**, erfreut sich also relativ guter Gesundheit und ist selbstständig. Ein anderer Teil ist **pflegebedürftig**, leidet an **Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität)** und hat komplexe Gesundheitsbedürfnisse. Ein grosser Teil der Personen aus dieser Kategorie lebt in einem Alters- und Pflegeheim.

Dazwischen gibt es die Kategorie der sogenannten **«frail elderly»**, der gebrechlichen Hochbetagten. Diese Menschen scheinen gesundheitlich in guter Verfassung zu sein, haben aber nur wenige biologische und funktionelle Reserven. Sie sind daher besonders **anfällig für jede Art von Stress**. Bei einem akuten Ereignis ist bei ihnen das Risiko hoch, dass sich ihr Gesundheitszustand rasch verschlechtert und sie pflegebedürftig werden. Mit Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen soll vermieden oder verzögert werden, dass sich die funktionellen Fähigkeiten der «frail elderly» verschlechtern, um ein Leben in Pflegebedürftigkeit so weit wie möglich hinauszuzögern.

¹² Selbstständig Essen zubereiten, einkaufen, Hausarbeiten erledigen oder den öffentlichen Verkehr benutzen.

¹³ Selbstständig essen, ins oder aus dem Bett steigen, sich an- und ausziehen, duschen oder zur Toilette gehen.

Kasten 14: Demenz als Todesursache

Demenz gilt als Todesursache. 2017 sind im Wallis 140 Personen (47 Männer und 93 Frauen) an Demenz gestorben. Das entspricht 5% aller Todesfälle. In der Todesursachenstatistik des Bundesamtes für Statistik (BFS) wird dieses Krankheitsbild als «Hauptdiagnose» berücksichtigt, wenn es am Anfang eines Krankheitsverlaufs steht. Dabei ist die Kausalkette ausschlaggebend. Folglich ist es möglich, an Demenz zu sterben, da der fortschreitende Verlust der Funktionen des Gehirns oft auch zum Ausfall des Atemzentrums oder der Steuerung des Schluckvorgangs führt, was einen tödlichen Ausgang nehmen kann [54]. Demenz stellt für die betreuenden Angehörigen nebst anderen Pathologien der Betreuten häufig eine enorme Belastung dar.



Weitere Infos

Bericht "Beurteilung des Gesundheitssystems durch die Senioren im Wallis" (WGO)



VI. Wesentliche Herausforderungen im Walliser Gesundheitswesen

1. Förderung der Gesundheit im Alter

Die **Alterung der Bevölkerung** bringt mit sich, dass die Gesundheit der Walliser Bevölkerung zum grossen Teil vom Gesundheitszustand der Seniorinnen und Senioren abhängt, deren Zahl immer mehr zunimmt. Im internationalen Vergleich gehört die Lebenserwartung im Wallis und auch in der Schweiz zu den höchsten weltweit. Es lässt sich eine **steigende Lebenserwartung bei guter Gesundheit** feststellen. So gibt es einerseits eine Generation von Seniorinnen und Senioren bei relativ guter körperlicher und psychischer Gesundheit, die nicht auf Pflegeeinrichtungen angewiesen sind. Diese Seniorinnen und Senioren können wirklich von den Präventionsmassnahmen (Vorsorgeuntersuchungen) und von den Massnahmen der Gesundheitsförderung (Ernährung, körperliche Aktivität, Tabakkonsum) profitieren. Nichtsdestotrotz, und vor allem ab dem 80. Lebensjahr, leiden viele Menschen an **chronischen Krankheiten und sind gebrechlich («frail elderly»)**. Diese Menschen sind auf eine **Entwicklung unseres Gesundheitssystems** angewiesen, damit eine optimale, patientenorientierte und auf die Lebensqualität ausgerichtete Versorgung von chronischen Krankheiten gewährleistet werden kann.

2. Förderung der Gesundheit in den ersten Lebensjahren und in der Kindheit

Es wird immer offensichtlicher, dass der Gesundheitszustand von einer Vielzahl komplexer Determinanten abhängt, die **während des gesamten Lebens** auf uns einwirken und uns vor allem in den ersten Lebensjahren und in der Kindheit stark beeinflussen. Durch Massnahmen **ab dem frühen Kindesalter** kann der Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen, langfristig aber auch der Gesundheitszustand der Erwachsenen und der Seniorinnen und Senioren verbessert werden. Das Risiko chronischer Krankheiten und von Gebrechen wird nämlich teils schon in den ersten Lebensjahren bestimmt. Mit diesen Massnahmen soll auch eine **gesundheitsbezogene soziale Ungleichheit** verhindert werden. Daher ist es wichtig, die Präventions- und die Gesundheitsförderungspolitik vor allem auf diese Bevölkerung auszurichten.

3. Reduzierung sozialer Ungleichheiten und Förderung der Chancengleichheit im Bereich Gesundheit

In diesem Bericht wurden erhebliche Unterschiede beim Gesundheitszustand der Menschen nach **sozioökonomischem Status** aufgezeigt. **Tabakkonsum und Adipositas** beispielsweise kommen bei Personen mit Abschluss der obligatorischen Schulzeit häufiger vor als bei Personen mit einer höheren Ausbildung. Erstere haben auch eine tiefere **Lebenserwartung**. Die **Bildung** ist mit Sicherheit die sozioökonomische Determinante der Gesundheit, auf welche die öffentlichen Gemeinwesen die grössten Einflussmöglichkeiten haben. Das ist umso wichtiger, da eine Verbesserung der Bildung Auswirkungen auf die Gesundheit hat – während des gesamten Lebens aber auch von Generation zu Generation. Ausserdem muss es zur Förderung der Chancengleichheit, vor allem bei den Seniorinnen und Senioren, eine Priorität sein, **allen Bevölkerungskategorien den Zugang zu gesundheitlicher Versorgung**, namentlich präventiver Art, zu gewährleisten.

4. Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten

In diesem Bericht wurde gezeigt, dass die Gesundheit der Einzelperson nicht nur von den persönlichen Entscheidungen und vom Zugang zum Gesundheitssystem abhängt. Sie wird auch stark durch die **physischen, digitalen, sozioökonomischen und politischen Lebenswelten** bestimmt, denen jede und jeder Einzelne ausgesetzt ist. Auf Walliser Ebene bedeutet dies, die **Gesundheitsförderung in ihren physischen und psychischen Dimensionen in allen öffentlichen Politikbereichen** und insbesondere im gesamten Sozial-, Bildungs- und Wirtschaftswesen und in der physischen Lebenswelt miteinzubeziehen. Es gilt, einen **multisektorialen Ansatz** der Gesundheitsförderung zu verfolgen. Auf Ebene dieser Lebenswelten zu erreichen, potenziell die **gesamte Bevölkerung**, unabhängig vom sozioökonomischen Status oder vom Zugang zu Gesundheitsversorgung, zu erreichen. Die **betriebliche Gesundheitsförderung**, indem nicht nur mechanischen und physikalisch-chemischen Belastungen, sondern auch **psychosozialen Risiken** vorgebeugt wird, ist eine andere wichtige Stossrichtung, die es zu verfolgen gilt.

5. Ausbau des Gesundheitsmonitorings

Die COVID-19-Pandemie hat erhebliche gesundheitliche Auswirkungen, deren genaues Ausmass noch nicht beurteilt werden kann. Sie hat das Gesundheitssystem stark unter Druck gesetzt und **die Bedeutung des Gesundheitsmonitorings** aufgezeigt. Um die Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung und die Tätigkeiten des Gesundheitssystems in Erfahrung zu bringen, muss das Wallis seine Tätigkeit in den Bereichen Gesundheitsmonitoring und Monitoring der

Gesundheit der Bevölkerung nämlich beibehalten. Dem Risiko neu auftretender Krankheiten wie COVID-19 muss vorgegriffen werden können, wozu ein leistungsfähiges **Gesundheitsinformationssystem** nötig ist. Mit der Alterung der Bevölkerung ist es nötig, die **Überwachung chronischer Krankheiten** zu verstärken. Das bedeutet ein Monitoring der Determinanten der Gesundheit – nicht nur auf individueller Ebene, sondern vielmehr auch auf umweltbezogener Ebene.

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

1. Kapitel

T 1.1 Lebenswelten und Beispiele von gesundheitsbeeinflussenden Faktoren

Abb. 1.1 Gesundheitszustand und Lebensverlauf («life course»)

Abb. 1.2 Prävention und Gesundheitsförderung

2. Kapitel

T 2.1 Entwicklung der Bevölkerungsstruktur nach Alter, Wallis, 1990-2025

Abb. 2.1 Entwicklung der Bevölkerung im Alter von 65 bis 79 Jahren und von 80 Jahren und darüber, Wallis, 1950-2018 und Hochrechnung 2025 (Quellen: BFS, KASF)

Abb. 2.2 Anzahl Hundertjähriger (99 Jahre und älter), Wallis, 1950-2018 (Quelle: BFS)

Abb. 2.3 Anteil der Bevölkerung im Alter von 65 bis 79 Jahren und von 80 Jahren und darüber in Prozent der Gesamtbevölkerung, 2018 (Quellen: OECD, BFS)

Abb. 2.4 Entwicklung der Lebenserwartung bei der Geburt, Wallis-Schweiz, 1981-2018 (Quelle: BFS)

Abb. 2.5 Lebenserwartung bei der Geburt, Wallis-Schweiz-andere Länder, 2017 (Quellen: OECD, BFS)

Abb. 2.6 Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand und dauerhafte Gesundheitsprobleme nach Alter, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)

Abb. 2.7 Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand, psychische Belastung sowie Energie- und Vitalitätsniveau, Männer-Frauen, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)

Abb. 2.8 Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand und Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit nach Migrationsstatus, Schweiz, 2017 (Quelle: SILC 2017, BFS)

Abb. 2.9 Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand «gut» oder «sehr gut» nach Bildungsniveau und Alter, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)

3. Kapitel

Abb. 3.1 Determinanten der Gesundheit – Modell (nach Dahlgren und Whitehead, 1991)

Abb. 3.2 Störungen im Wohnumfeld durch Lärm nach Geschlecht, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)

Abb. 3.3 Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand der Erwerbstätigen «gut» oder «sehr gut» nach Geschlecht, Alter und Berufskategorie, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)

Abb. 3.4 Erwerbstätige, die angeben, ihre Arbeit würde ihre Gesundheit negativ beeinträchtigen, nach Geschlecht, Alter und Berufskategorie, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)

Abb. 3.5 Erwerbstätige, die immer mehr das Gefühl haben, bei der Arbeit emotional erschöpft zu sein, nach Geschlecht, Alter und Berufskategorie (Quelle: SGB 2017, BFS)

Abb. 3.6 Erwerbstätige, die bei der Arbeit mindestens drei Arten von mechanischen oder physikalisch-chemischen Belastungen ausgesetzt sind, nach Geschlecht, Alter und Berufskategorie, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)

Abb. 3.7 Erwerbstätige, die bei der Arbeit mindestens drei Arten von psychosozialen Risiken ausgesetzt sind, nach Geschlecht, Alter und Berufskategorie, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)

Abb. 3.8 Anteil Raucher, ehemalige Raucher und Nichtraucher nach Geschlecht, Wallis, 1997-2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)

Abb. 3.9 Prävalenz des Tabakkonsum nach Alter und Bildungsniveau, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)

Abb. 3.10 Alkoholkonsum, Wallis, 1997-2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)

Abb. 3.11 Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum nach Alter, Wallis-Schweiz, 2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)

Abb. 3.12 Rauschtrinken mindestens einmal pro Monat nach Alter und Geschlecht, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)

Abb. 3.13 Körperliche Aktivität nach Geschlecht, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)

Abb. 3.14 Körperliche Aktivität, Wallis, 2002-2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)

Abb. 3.15 Früchte- und Gemüsekonsum nach Geschlecht, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)

Abb. 3.16 Cannabiskonsum (mindestens einmal), Prävalenz bei den 15- bis 64-Jährigen, Wallis-Schweiz, 2002-2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)

Abb. 3.17 Cannabiskonsum in den vergangenen 12 Monaten nach Alter, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)

Abb. 3.18 Konsum anderer illegaler psychotroper Substanzen als Cannabis, Lebenszeitprävalenz bei den 15- bis 64-Jährigen, Wallis-Schweiz, 2002-2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)

Abb. 3.19 Einnahme von Schmerzmitteln nach Alter, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)

Abb. 3.20 Einnahme von Schmerzmitteln, Wallis, 1992-2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)

Abb. 3.21 Einnahme von Schlaf-/Beruhigungsmitteln nach Alter, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)

Abb. 3.22 Einnahme von Schlaf-/Beruhigungsmitteln, Wallis, 1992-2017 (Quelle: SGB 2017, BFS)

4. Kapitel

Abb. 4.1 Standardisierte Sterberate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner, Wallis-Schweiz, 1986-2017 (Quelle: Obsan/WGO)

Abb. 4.2 Säuglingssterbeziffer, Wallis-Schweiz, 1899-2018 (Quelle: BFS/WGO)

Abb. 4.3 Säuglingssterbeziffer, Wallis-Schweiz, 1970-2018 (Quelle: BFS/WGO)

Abb. 4.4 Häufigste Todesursachen, Männer, 2017 (Quellen: WGO/BFS)

Abb. 4.5 Häufigste Todesursachen, Frauen, 2017 (Quellen: WGO/BFS)

Abb. 4.6 Todesursachen nach Alter, Wallis, 2017 (Quelle: WGO/BFS)

Abb. 4.7 Standardisierte Sterberate nach Todesursache, Männer, Wallis-Schweiz, 2000-2017 (Quelle: BFS/WGO/Eurostat)

Abb. 4.8 Standardisierte Sterberate nach Todesursache, Frauen, Wallis-Schweiz, 2000-2017 (Quelle: BFS/WGO/Eurostat)

Abb. 4.9 Bluthochdruck-Diagnose nach Geschlecht, Wallis, 2017 (Quelle: SGB/WGO)

Abb. 4.10 Bluthochdruck-Diagnose nach Alter, Wallis, 2017 (Quelle: SGB/WGO)

Abb. 4.11 Hypercholesterinämie nach Geschlecht, Wallis, 2017 (Quelle: SGB/WGO)

Abb. 4.12 Hypercholesterinämie nach Alter, Wallis, 2017 (Quelle: SGB/WGO)

Abb. 4.13 Gewichtskategorien nach Geschlecht, Wallis, 2017 (Quelle: SGB/WGO)

Abb. 4.14 Gewichtskategorien nach Alter, Wallis, 2017 (Quelle: SGB/WGO)

Abb. 4.15 Übergewicht und Adipositas, Wallis und Schweiz, 2017 (Quelle: SGB/WGO)

Abb. 4.16 Prävalenz von Adipositas nach Bildungsniveau, Wallis, 2017 (Quelle: SGB/WGO)

Abb. 4.17 Anteil der Bevölkerung mit einem ärztlich diagnostizierten Diabetes, Wallis-Schweiz, 2017 (Quelle: WGO/SGB)

Abb. 4.18 Diabetes-Diagnose nach Alter, Wallis, 2017 (Quelle: WGO/SGB)

Abb. 4.19 Aufteilung der Krebsneuerkrankungen nach Alter (M/F) (Quelle: WKR/WGO)

Abb. 4.20 Durchschnittliche Anzahl Krebsneuerkrankungen pro Jahr (M/F) (Quelle: WKR/WGO)

Abb. 4.21 Standardisierte Sterberate nach Krebserkrankung (M/F) (Quelle: WKR/WGO)

Abb. 4.22 Letzte Mammographie bei Frauen zwischen 50 und 70 Jahren, Wallis-Schweiz, 2002-2017 (Quelle: SGB/WGO)

Abb. 4.23 Früherkennung von Dickdarmkrebs durch Hämooccult-Test und/oder Endoskopie, 50- bis 75-Jährige, nach Geschlecht, Wallis, 2017 (Quelle: SGB/WGO)

Abb. 4.24 Anteil der Personen mit Asthma (12 letzte Monate) nach Geschlecht und Alter, Wallis, 2017 (Quelle: SGB/WGO)

Abb. 4.25 Anteil der Personen mit chronischer Bronchitis oder einem Emphysem (12 letzte Monate) nach Geschlecht und Alter, Wallis, 2017 (Quelle: SGB/WGO)

Abb. 4.26 Zustand psychischer Niedergeschlagenheit nach Geschlecht, Wallis, 2017 (Quelle: SGB/WGO)

Abb. 4.27 Depressive Symptome nach Geschlecht, Wallis, 2017 (Quelle: SGB/WGO)

Abb. 4.28 Anteil der Personen mit Demenz nach Alter und Geschlecht, Wallis, 2018 (Quelle: Alzheimer Schweiz)

Abb. 4.29 Entwicklung der Anzahl Todesfälle durch Strassenverkehrsunfälle und Rate pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner, Wallis, 1999-2019 (Quelle: Kantonspolizei VS/WGO)

Abb. 4.30 Durchschnittliche Anzahl Suizide pro Jahr nach Alter, Wallis, 2009-2019 (Quelle: Kantonspolizei VS/WGO)

Abb. 4.31 Anzahl Suizide, Wallis, 1999-2019 (Quelle: Kantonspolizei VS/WGO)

Abb. 4.32 Grippeimpfung nach Alter, 2017 (Quelle: SGB/WGO)

Abb. 4.33 Grippeimpfung nach Alter und Bildungsniveau, 2017 (Quelle: SGB/WGO)

Abb. 4.34 Anzahl Neuinfektionen pro Jahr mit den häufigsten sexuell übertragbaren Krankheiten, Wallis (Quelle: BAG)

Abb. 4.35 COVID-19: Anzahl neuer Fälle, die pro Woche im Wallis gemeldet werden (Quelle: WGO/DGW)

Abb. 4.36 COVID-19: Inzidenz der gemeldeten Fälle pro 100'000 Einwohner pro Kanton in der Schweiz und Liechtenstein seit Beginn der Epidemie (Quelle: BAG)

Abb. 4.37 COVID-19: Durchschnittliche Anzahl der laufenden Hospitalisierungen pro Woche im Wallis (Quelle: WGO/DGW)

Abb. 4.38 COVID-19: Zahl der neuen Todesfälle im Wallis pro Woche (Quelle: WGO/DGW)

Abb. 4.39 Anzahl Todesfälle pro Woche von Personen ab 65 Jahren, alle Todesursachen, Jahre 2015 bis 2020, Wallis (Quelle: WGO/BFS)

5. Kapitel

Abb. 5.1 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schüler, die ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut bezeichnen, nach Geschlecht, Wallis, 2018 (Quelle: HBSC 2018)

Abb. 5.2 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schüler, die mit ihrem Leben weniger zufrieden oder gar unzufrieden sind, nach Geschlecht, Wallis, 2018 (Quelle: HBSC 2018)

Abb. 5.3 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schüler, die täglich rauchen, Wallis-Schweiz, 2018 (Quelle: HBSC 2018)

Abb. 5.4 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schüler, die täglich rauchen, Wallis, 2002-2018 (Quelle: HBSC 2018)

Abb. 5.5 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schüler, die schon mindestens einmal im Leben betrunken waren, Wallis-Schweiz, 2018 (Quelle: HBSC 2018)

Abb. 5.6 Anteil der 14- und 15-jährigen Schülerinnen und Schüler, die schon mindestens einmal im Leben illegalen Cannabis konsumiert haben, Wallis, 2018 (Quelle: HBSC 2018)

Abb. 5.7 Anteil der 14- und 15-jährigen Schülerinnen und Schüler, die in den letzten 30 Tagen mindestens dreimal illegalen Cannabis konsumiert haben, Wallis, 2018 (Quelle: HBSC 2018)

Abb. 5.8 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schüler mit Übergewicht oder Adipositas, nach Geschlecht, Wallis, 2018 (Quelle: HBSC 2018)

Abb. 5.9 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schüler mit Übergewicht oder Adipositas, Wallis, 2006-2018 (Quelle: HBSC 2018)

Abb. 5.10 Einschränkungen bei instrumentellen Alltagsaktivitäten nach Alter, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017)

Abb. 5.11 Täglicher Alkoholkonsum nach Alter, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017)

Abb. 5.12 Rauschtrinken nach Alter, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017)

Abb. 5.13 Starke Kontrollüberzeugung nach Alter, Wallis, 2017 (Quelle: SGB 2017)

Informationsquellen

Die Informationen in diesem Bericht stammen aus verschiedenen Quellen. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit waren die oben aufgeführten Informationen Gegenstand eines Auswahlverfahrens, um einen zusammenfassenden Überblick über den Gesundheitszustand der Walliserinnen und Walliser geben zu können und die grössten aktuellen Herausforderungen im Gesundheitswesen aufzuzeigen.

Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB): Die SGB ist ein Instrument zum Gesundheitsmonitoring, mit dem die Situation und Entwicklung verschiedener Gesundheitsaspekte und der Lebensqualität der Bevölkerung aufgezeigt sowie die wichtigsten Faktoren identifiziert werden sollen, welche die Gesundheit positiv oder negativ beeinflussen. Dazu gehören auch die persönlichen Lebensumstände und die sozialen und wirtschaftlichen Faktoren sowie das Gesundheitsverhalten. Die SGB wird seit 1992 alle fünf Jahre durchgeführt. Die Befragung erfolgt telefonisch bei einer repräsentativen Stichprobe der Schweizer Wohnbevölkerung ab dem 15. Altersjahr. Die telefonisch erfassten Daten werden durch einen schriftlichen Fragebogen ergänzt. Die jüngste Studie wurde 2017 durchgeführt: 22'134 Personen nahmen daran teil. Bei jeder dieser Befragungen finanziert das Wallis eine Stichprobenerweiterung, um genauere Daten zu erhalten und verlässlichere kantonale Analysen erstellen zu können. 2017 haben im Wallis 1'021 Personen an der SGB teilgenommen, 631 davon waren Erwerbstätige. Die detaillierte Auflistung nach Geschlecht, Alter und Berufskategorie dieser Stichprobe lässt sich nachfolgender Tabelle entnehmen:

Geschlecht	Männer	479 (47%)
	Frauen	479 (47%)
Alter	15-39 Jahre	349 (34%)
	40-64 Jahre	422 (41%)
	65 Jahre und +	250 (25%)
Erwerbsstatus¹⁴	Erwerbstätig	631 (62%)
	Kat. A	164
	Kat. B	288
	Kat. C	175
	Nicht erwerbstätig	390 (38%)

Bundesamt für Statistik (BFS): Es wurden Daten des Bundesamtes für Statistik (BFS) verwendet, namentlich zur Bevölkerungsstruktur der Schweiz, zu den Todesursachen, zur Lebenserwartung und zu den Bildungsniveaus. Es wurden Daten des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) verwendet, namentlich zu den sexuell übertragbaren Krankheiten und zur Grippe. Ausserdem wurden Daten der SUVA und des Bundesamtes für Umwelt (BAFU) verwendet.

In Bezug auf die Häufigkeit von Krebserkrankungen im Wallis wurden Daten des **Walliser Krebsregisters (WKR)** verwendet, in Bezug auf die Bevölkerungsstruktur im Wallis Daten des Kantonalen Amtes für Statistik und Finanzausgleich (KASF) und in Bezug auf Todesfälle mit Gewalteinwirkung Daten der Walliser Kantonspolizei.

Die Daten zu COVID-19 stammen von den Kantonen und wurden vom **Kanton Zürich** im Rahmen seines Programms Opendata zusammengetragen.

Ausserdem wurden Publikationen der **Weltgesundheitsorganisation (WHO)**, der Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan), wissenschaftliche Publikationen im Original sowie verschiedene Berichte über die Gesundheit in der Schweiz und im Wallis (namentlich die HBSC-Studie 2018 über das Gesundheitsverhalten und den Lebensstil der Schülerinnen und Schüler der Klassen des 5. bis 9. Schuljahres) als Informationsquellen genutzt.

¹⁴ Kategorie A: Fachkräfte in Land- und Forstwirtschaft, in den Handwerks- und verwandten Berufen sowie Hilfsarbeitskräfte. Kategorie B: Techniker und gleichrangige nichttechnische Berufe, Bürokräfte und

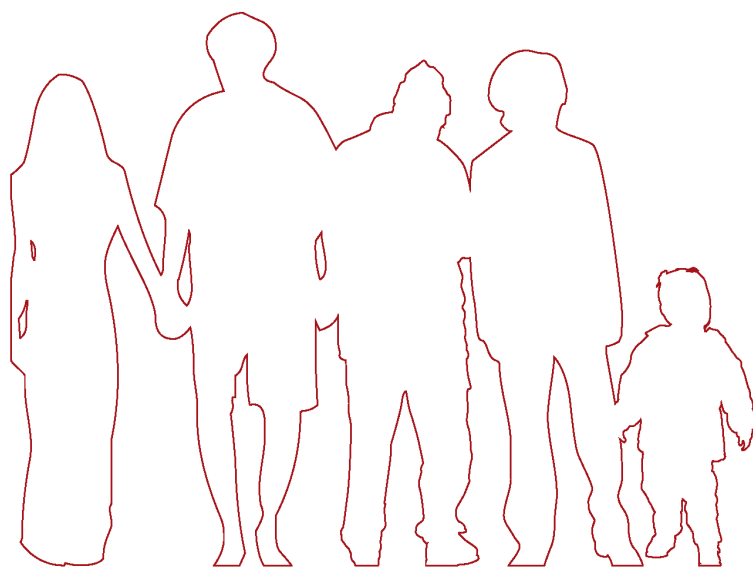
verwandte Berufe sowie Dienstleistungsberufe und Verkäufer. Kategorie C: Führungskräfte und akademische Berufe.

Quellen

1. Weltgesundheitsorganisation (WHO): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung, Ottawa (Kanada); November 1986.
2. Abrassart, A. et al. Approche multisectorielle de la promotion de la santé: un guide pour la Suisse romande et le Tessin. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz; 2016.
3. Bundesamt für Gesundheit (BAG). Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030 Bern: BAG; 2019
4. Kantonale Kommission für Gesundheitsförderung, Staat Wallis, Rahmenprogramm 2019-2022: Gesundheitsförderung und Prävention. 2019; S. 18.
5. Blankenship, K. M. et al. Structural Interventions in Public Health. AIDS. 2000; 14 Suppl 1, S. 11-21.
6. Kaeser, L. et al. Revue d'information sociale. 2017. Aide sociale: enjeux du soutien de longue durée. Aufgerufen am 02.10.2020. <https://www.reiso.org/articles/themes/precarite/1854-aide-sociale-enjeux-du-soutien-de-longue-duree>
7. Kutlar Joss, M. et al. Luft und Gesundheit in der Schweiz und anderswo. Swiss Medical Forum. 2019;19(1314):213-218.
8. Bundesamt für Umwelt. Umwelt und Gesundheit in der Schweiz: Eine facettenreiche Beziehung. Bern: BAFU; 2019.
9. Falcoff, H. Que peuvent faire les médecins généralistes face aux inégalités sociales de santé? ADSP. 2010; vol. 73, S. 41-43
10. Kontis, V. et al. Future life expectancy in 35 industrialised countries: projections with a Bayesian model ensemble. Lancet. 2017; 389(10076): 1323-1335.
11. Vaupel, J. Biodemography of human ageing. Nature. 2010; 464:536-42.
12. Fries, J. Frailty, heart disease, and stroke. The compression of morbidity paradigm. Am J Prev Med. 2005; 29(5 Suppl 1):164-8.
13. Seematter-Bagnoud, L. et al. Die Zukunft der Langlebigkeit in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Statistik; 2009.
14. Remund, A. et al. Longer and healthier lives for all? Successes and failures of a universal consumer-driven healthcare system, Switzerland, 1990–2014, Int J Public Health. 2019; 64(8): 1173-1181.
15. Moser, A. et al. What does your neighbourhood say about you? A study of life expectancy in 1.3 million Swiss neighbourhoods. J Epidemiol Community Health. 2014; 68(12): 1125-32.
16. Galobardes, B. et al. Statut socio-économique: un facteur de risque indépendant. Rev Med Suisse. 2000; volume -4. 20817.
17. Huisman, M. et al. The predictive ability of self-assessed health for mortality in different educational groups, International Journal of Epidemiology. 2007, 36(6): S. 1207-1213.
18. Schwarz, J. et al. Déterminants sociaux de la santé en Suisse. Comment le genre s'est perdu en chemin, Revue Médicale Suisse. 2019; volume 15. 485-489.
19. Weltgesundheitsorganisation (WHO): Factsheets: Gender and Health. Aufgerufen am 03.04.2020. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/gender>
20. Bundesamt für Statistik. Wie geht es den Personen mit Migrationshintergrund in der Schweiz? Analysen zur Lebensqualität der Bevölkerung mit Migrationshintergrund 2017. Bern: BFS; 2019.
21. Dahlgren, G. et al. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Futures Studies; 1991.
22. Bachmann, N. Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz. Obsan Bulletin 1/2014. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2014.
23. Galobardes, B. et al. Statut socio-économique: un facteur de risque indépendant, Rev Med Suisse. 2000; volume -4. 20817
24. Huisman, M. et al. The predictive ability of self-assessed health for mortality in different educational groups, International Journal of Epidemiology. 2007, 36(6): S. 1207-1213.
25. Remund, A. et al. Longer and healthier lives for all? Successes and failures of a universal consumer-driven healthcare system, Switzerland, 1990–2014, Int J Public Health. 2019; 64(8): 1173-81.
26. Hu, Y. et al. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 17 European countries between 1990 and 2010. J Epidemiol Community Health. 2016; 70:644-652.
27. Toch-Marquardt, M. et al. Occupational class inequalities in all-cause and cause-specific mortality among middle-aged men in 14 European populations during the early 2000s. PLoSOne 2014; 9:e108072.
28. Bundesamt für Gesundheit. Chancengleichheit und Gesundheit. Aufgerufen am 21.04.2020 <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-chancengleichheit.html>.

29. Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. Health at a Glance 2017: OECD Indicators, How does Switzerland compare? Paris: OECD; 2017.
30. Wolff, H et al. Health care renunciation for economic reasons in Switzerland. Swiss Med Wkly. 2011; 141:w13165.
31. Bundesamt für Statistik. Legislaturindikator: Entbehrungen von Pflegeleistungen aus finanziellen Gründen. Aufgerufen am 05.10.2020 <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/querschnittsthemen/monitoring-legislaturplanung/alle-indikatoren/leitline-3-sicherheit/verzicht-pflegeleistungen-finanzielle-gruende.html>
32. Walliser Gesundheitsobservatorium. Beurteilung des Gesundheitssystems durch die Senioren im Wallis. Sitten: WGO; 2019.
33. Grize, L. et al. Heat wave 2003 and mortality in Switzerland. Swiss Medical Weekly. 2005; (135): S. 200-205.
34. Bundesamt für Umwelt. Umwelt und Gesundheit in der Schweiz: Eine facettenreiche Beziehung. Bern: Bundesamt für Umwelt und Bundesamt für Gesundheit; 2019.
35. Bundesamt für Umwelt. Luftverschmutzung und Gesundheit. Auswirkungen der Luftverschmutzung auf die Gesundheit. Bern: BAFU; 2014.
36. Menzler, S. et al. Population attributable fraction for lung cancer due to residential radon in Switzerland and Germany. Health Phys. 2008; 95: S. 179-189.
37. Rösli, M. et al. Die SiRENE-Studie. Swiss Medical Forum. 2019;19(0506):77-82.
38. Dienststelle für Umweltschutz. Luftreinhalteplan im Wallis: Umsetzung des kantonalen Massnahmenplans und Luftqualität im Wallis Sitten: DUS; 2018.
39. Abteilung für Arbeits- und Umweltmedizin der Universität Zürich. Ergebnisse des Gutachtens über die potenziellen gesundheitlichen Auswirkungen von Quecksilber für die Oberwalliser Bevölkerung. Sitten: Kanton Wallis; Juni 2016.
40. Walliser Gesundheitsobservatorium. Arbeit und Gesundheit im Wallis. Sitten: WGO; 2020.
41. Roelfs, D. J. et al. Losing Life and Livelihood: A Systematic Review and Meta-Analysis of Unemployment and All-Cause Mortality. Soc Sci Med. 2011 March; 72(6): 840-854.
42. Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA), Medienmitteilung (Keystone-ATS), Bern: Juni 2020.
43. Sammelstelle der Statistik der Unfallversicherung UVG (SSUV), Statistik der Unfallversicherung UVG, Luzern: SUVA; 2018.
44. Bundesamt für Gesundheit. Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten. Bern: BAG; 2016.
45. Polynomics. Volkswirtschaftliche Kosten von Sucht. Olten: Polynomics; 2020.
46. Weltgesundheitsorganisation (WHO): Tobacco: Key facts, July 2019. Aufgerufen am 18.05.2020 <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
47. Maag, J. et al. Direct estimation of death attributable to smoking in Switzerland based on record linkage of routine and observational data. Nicotine Tob Res. 2013, 15(9):1588-1597.
48. Bundesamt für Statistik. Tabakbedingte Todesfälle in der Schweiz, 1995 bis 2012. Neuchâtel: BFS; Oktober 2015.
49. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Public Health Consequences of E-Cigarettes. Washington, DC: The National Academies Press; 2018.
50. World Health Organization, Global status report on alcohol and health, Genf: WHO; 2018.
51. Gmel, G. et al. Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz; 2017.
52. Bundesamt für Sport. Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz hepa.ch. Bewegungsempfehlungen. Magglingen: BASPO; 2013.
53. Schweizerische Gesellschaft für Ernährung. Früchte und Gemüse. Aufgerufen am 02.10.2020 <https://www.sge-ssn.ch/ich-und-du/rund-um-lebensmittel/lebensmittelgruppen/fruechte-und-gemuese/>
54. Vantieghem, K. Mourir de démence/mourir avec une démence. Rev Med Suisse. 2015; volume 11. 310-311.
55. Weltgesundheitsorganisation (WHO): Prévention des maladies chroniques: un investissement vital. Genf: WHO; 2006.
56. Excoffier, S. et al. Multimorbidité en médecine de famille. Rev Med Suisse. 2016; volume 12. 917-921.
57. Zellweger, U. et al. Zahlen und Daten über Herz-Kreislauf-Krankheiten in der Schweiz. Bern: Schweizerische Herzstiftung; November 2016.
58. Forouzanfar, M. H. et al. Global Burden of Hypertension and Systolic Blood Pressure of at Least 110 to 115mm Hg, 1990-2015. JAMA. 2017; 317(2):165-182.
59. Cornuz, J. et al. Prévention primaire et dépistage chez l'adulte: mise à jour 2014. Rev Med Suisse. 2014; 10:177-85.
60. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Recommendations for Primary Care

- Practice. Aufgerufen am 26.09.2020. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/recommendations/>
61. Renehan, A. G. et al. Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Lancet*. 2008; 371(9612):569-78.
62. Lewington, S. et al. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet*. 2009; 373(9669):1083-96.
63. Kantonales Programm Aktion Diabetes Wallis. Aufgerufen am 02.10.2020. <https://www.aktiondiabetes.ch>
64. Walliser Gesundheitsobservatorium. Worum geht es bei der Kohortenstudie «Diabetes-Qualität Wallis»? Aufgerufen am 15.06.2020 <https://www.ovs.ch/de/kopfzeile/wgo/medizinische-register/diabetes-qualitat-wallis/diabetes-qualitat-wallis/>
65. Waadtländer Universitätsspital. BPCO - Bronchopneumopathie chronique obstructive. Aufgerufen am 31.07.2020. <https://www.chuv.ch/fr/chuv-home/patients-et-familles/specialites-medicales/atlas-medical-thematique/thorax/bpco-bronchopneumopathie-chronique-obstructive/>
66. Bundesamt für Statistik. Menschen mit Behinderungen. Aufgerufen am 19.06.2020 <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/gleichstellung-menschen-behinderungen/behinderungen.html>
67. psy-gesundheit.ch. Psychische Gesundheit, was ist das? Aufgerufen am 25.06.2020. <https://www.santepsy.ch/de/seiten/tout-au-long-de-la-vie/psychische-gesundheit-was-ist-das-76>
68. Wittchen, H. U. et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *ECNP/EBC report 2011*;21:655-679.
69. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Health at a Glance 2017: Europe 2018*. Paris: OECD; 2018.
70. psy-gesundheit.ch. Depression (oder depressive Störungen). Aufgerufen am 03.07.2020. <https://www.santepsy.ch/de/seiten/depression-oder-depressive-storungen-100>
71. Alzheimer Wallis. Aktualisierte Zahlen: Demenz in der Schweiz 2019 Kanton Wallis. Sitten: 2020.
72. Bundesamt für Gesundheit. Zahlen & Fakten zu Demenz. Aufgerufen am 03.07.2020. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-demenz.html>
73. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Suizid. Aufgerufen am 03.08.2020. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/suizid>
74. Bundesamt für Gesundheit. Sentinella-Statistik. Aufgerufen am 03.08.2020. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/saisonale-grippe---lagebericht-schweiz.html>
75. Bundesamt für Gesundheit. Saisonale Grippe (Influenza). Aufgerufen am 26.06.2020. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/grippe.html>
76. Sansonnens, J. et al. Evaluation Pilotprojekt Grippeimpfung in Walliser Apotheken. Sitten: WGO; Oktober 2017.
77. Bundesamt für Gesundheit. Human Immunodeficiency Virus (HIV). Aufgerufen am 03.08.2020. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/hiv.html>
78. Bundesamt für Gesundheit. HIV, Syphilis, Gonorrhoe und Chlamydiose in der Schweiz im Jahr 2018: eine epidemiologische Übersicht. *BAG-Bulletin 41/19*. Bern: 7. Oktober 2019.
79. Moore, T. et al. *The First Thousand Days: An Evidence Paper*. Melbourne: Centre for Community Child Health; 2017.
80. Weber, D. et al. Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Grundlagen für kantonale Aktionsprogramme «Gesundheitsförderung im Alter». Gesundheitsförderung Schweiz, Bericht 5, Bern und Lausanne: 2016.
81. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Die Gesundheit der Bevölkerung ab 65 Jahren in der lateinischen Schweiz. Interkantonale Analysen der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017. Neuchâtel: BFS; 2020.
82. Blaser, M. et al. Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht. Gesundheitsförderung Schweiz, Bericht 6, Bern und Lausanne: 2016.
83. Bundesamt für Statistik. Ressourcen und Gesundheitsverhalten der Seniorinnen und Senioren. Neuchâtel: BFS; 2019.
84. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Gesundheit in der Schweiz – Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Nationaler Gesundheitsbericht 2020. Bern: Hogrefe Verlag; 2020.



Avenue Grand-Champsec 64
1950 Sion

www.ovs.ch