



Indikatoren-Set für das Monitoring-System Sucht

Ergänzendes Dokument zu Nationalen Strategie Sucht –
2017-2024

Finale Version, April 2016



Im Rahmen der Bundesrätlichen Strategie

Gesundheit | Santé
Sanità | Sanadad

2020

Erarbeitet durch:

BASS

BÜRO FÜR ARBEITS- UND SOZIALPOLITISCHE STUDIEN BASS AG

KONSUMSTRASSE 20 · CH-3007 BERN · TEL +41 (0)31 380 60 80 · FAX +41 (0)31 398 33 63

INFO@BUEROBASS.CH · WWW.BUEROBASS.CH

Autorenschaft: Jolanda Jäggi, Kilian Künzi, Matthias Gehrig

Bern, 5. November 2015

Ergänzt durch das Bundesamt für Gesundheit

April 2016

Abstract

Die Nationale Strategie Sucht wird ab 2017 die auslaufenden Nationalen Programme für die Bereiche Alkohol und Tabak sowie das Massnahmenpaket Drogen ablösen. Für die evidenzbasierte Begleitung der Strategie erarbeitet das BAG ein Monitoring-System Sucht, das mit national repräsentativen Daten – möglichst aus bestehenden Datensammlungen – die Wirkung und Zielerreichung überprüfen und strategische Grundlagen zur Beobachtung des suchtpolitischen Feldes bereitstellen soll. Der vorliegende Bericht dokumentiert die erste Etappe in der Realisierung des Monitoring-Systems mit einer Zusammenstellung von 57 Leit-, Kern- und Zusatzindikatoren zu den vier übergeordneten Zielen der Strategie Sucht. Nebst einer detaillierten Beschreibung der Indikatoren (Definition, Relevanz in Bezug auf die Strategie, Kategorisierung, Messung) enthält der Bericht eine Übersicht zu den vorgesehenen Datenquellen und zeigt auf, in welchen Bereichen Datenlücken bestehen.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	I
Inhaltsverzeichnis	II
1 Einleitung	1
2 Übersicht	7
2.1 Impactziel 1: Suchterkrankungen werden verhindert.....	7
2.2 Impactziel 2: Abhängige Menschen erhalten die notwendige Hilfe und Behandlung	10
2.3 Impactziel 3: Gesundheitliche und soziale Schäden werden vermindert.....	11
2.4 Impactziel 4: Negative Auswirkungen auf die Gesellschaft werden verringert.....	13
3 Beschreibung der Indikatoren	14
Impactziel 1: Suchterkrankungen werden verhindert.....	14
1.1 Alkoholkonsum P15+	14
1.2 Alkoholkonsum P11-15	16
2 Risikoreicher Alkoholkonsum P15+	18
2.1 Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum P15+	19
2.2 Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum P15+	22
2.3 Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum P11-15	24
3.1 Getränkespezifischer Alkoholkonsum P15+	26
3.2 Getränkespezifischer Alkoholkonsum P11-15.....	28
4.1 Tabakkonsum (Rauchen) P15+	30
4.2 Tabakkonsum (Rauchen) P11-15.....	32
5 Produktespezifischer Tabakkonsum P15+	34
6.1 Cannabiskonsum P15-64	37
6.2 Cannabiskonsum P14-15	39
7 Konsum illegaler Substanzen (exkl. Cannabis) P15-64.....	41
8 Injizierender Drogenkonsum.....	44
9 Chronischer Medikamentenkonsum P15+	46
10 Neuroenhancement P15+	48
11 Risikoreiches Geldspiel P15+	50
12 Gesperrte Geldspieler/innen P18+	52
13 Exzessive Internetnutzung P15+	54
14.1 Mehrfaches Risikoverhalten (Sucht) P15+	57
14.2 Mehrfaches Risikoverhalten (Sucht) P14-15	59
15.1 Wissen über gesundheitsrelevante Risiken des Alkoholkonsums.....	61
15.2 Wissen über die Schädlichkeit von Tabakkonsum.....	63

15.3 Wissen über Risiken von Drogenkonsum	65
16.1 Einstellungen gegenüber strukturellen Massnahmen – Alkohol (P15+)	68
16.2 Einstellungen gegenüber strukturellen Massnahmen – Tabak (P15+)	70
16.3 Einstellungen gegenüber Massnahmen im Bereich illegaler Drogen	73
17 Zugang Jugendlicher zu Tabakprodukten und Alkohol	75
Impactziel 2: Abhängige Menschen erhalten die notwendige Hilfe und Behandlung	77
18 Ambulante Beratungs- und Behandlungsangebote	77
19 Angebote in Gefängnissen	79
20 Niederschwellige Angebote	81
21.1 Problembewusstsein bei Raucher/innen P15+	83
21.2 Aufhörbereitschaft (Rauchen) P15+	85
21.3 Aufhörversuche (Rauchen) P15+	87
22 Ambulante Suchtbehandlungen	89
23 Klient/innen mit erstmaliger Behandlungsepisode	91
24 Substitutionsbehandlungen	93
25 Spitaleintritte mit Haupt- oder Nebendiagnose einer substanzbedingten Störung	95
26 Suchtbehandlungen in stationären psychosozialen Institutionen	97
Impactziel 3: Gesundheitliche und soziale Schäden werden vermindert	99
27 Subjektiv wahrgenommener Gesundheitszustand P15+	99
28 Psychische Belastung P15+	101
29 Sucht und NCD	103
30 HIV und Hepatitis	105
31.1 Alkoholbedingte Mortalität	107
31.2 Tabakbedingte Mortalität	109
31.3 Drogentote	111
32 Soziale Situation von Suchtbetroffenen	113
33 Verstösse gegen Betäubungsmittelgesetz wegen Besitz und Konsum	115
34 Führerausweisentzüge in Zusammenhang mit Substanzeinfluss	117
35 Sucht und häusliche Gewalt	119
36 Kinder aus suchtbelasteten Familien	121
Impactziel 4: Negative Auswirkungen auf die Gesellschaft werden verringert	123
37 Volkswirtschaftliche Kosten von Suchtverhalten	123
38 Suchtbedingte stationäre Aufenthaltstage	125
39 Kosten suchtbedingter stationärer Behandlungen	127
40 Verstösse gegen Betäubungsmittelgesetz wegen Produktion und Handel	128
41 Verkehrsunfälle mit Substanzeinfluss	130
4 Beschreibung der Datenquellen	131
4.1 HBSC Health Behaviour in School-aged Children	131

4.2	SGB Schweizerische Gesundheitsbefragung.....	132
4.3	SuMo Suchtmonitoring (Modul CoRoIAR).....	133
4.4	act-info Suchthilfestatistiken.....	133
4.5	NSE Befragung niederschwellige Einrichtungen.....	134
4.6	GFS-Gesundheitsmonitor.....	135
4.7	Omnibus BFS.....	136
4.8	JAMES Jugend, Aktivitäten, Medien.....	136
4.9	MS Medizinische Statistik der Krankenhäuser.....	137
4.10	Statistik diagnosebezogener Fallkosten DRG.....	137
4.11	PSA Patientendaten Spital ambulant.....	138
4.12	SOMED Statistik der sozialmedizinischen Institutionen.....	138
4.13	Infodrog Datenbank Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht.....	139
4.14	Meldestatistiken HIV und Hepatitis.....	140
4.15	SVU Statistik der Strassenverkehrsunfälle.....	140
4.16	PKS Polizeiliche Kriminalstatistik.....	141
4.17	ADMAS Statistik der Administrativmassnahmen / Strassenverkehrsdelinquenz.....	141
4.18	SPV Statistik der polizeilichen Verkehrskontrollen.....	142
4.19	Todesursachenstatistik.....	142
5	Datenlücken.....	144
5.1	Kleinere Anpassungen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung SGB.....	144
5.2	Daten, die bis anhin nur aus dem Suchtmonitoring vorliegen.....	145
5.3	Einzelstudien, für die es neue Mandate braucht.....	146
5.4	Konzeption neuer Fragen.....	147
5.5	Datenanforderungen act-info.....	148
5.6	Testkäufe.....	149
5.7	Periodizität.....	149
6	Kompatibilität mit den Indikatoren der EMCDDA.....	151
7	Abkürzungsverzeichnis.....	154
8	Literaturverzeichnis.....	155

1 Einleitung

Im Rahmen der gesundheitspolitischen Agenda 2020 erarbeitet die Abteilung Nationale Präventionsprogramme des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) eine Nationale Strategie Sucht, die ab 2017 die auslaufenden Nationalen Programme Alkohol (NPA), Tabak (NPT) sowie das Massnahmenpaket Drogen (MaPaDro III) ablösen wird. Auch die neue Strategie soll von einem Monitoring-System begleitet werden, um evidenzbasierte Grundlagen für Massnahmen und Evaluationen zu schaffen. Das Monitoring-System Sucht soll bestehende Daten etablierter Datenquellen abbilden, existierende Monitoring-Systeme berücksichtigen und integrieren, aber auch eventuelle Datenlücken aufzeigen, die allenfalls durch eigene Erhebungen oder Ressortforschung gefüllt werden sollen.

Ziel des Monitoring-Systems Sucht – wie auch des Monitorings zur Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbare Krankheiten (NCD), das zeitlich parallel erarbeitet wird – ist es, basierend auf national repräsentativen Daten einen Vorschlag an Indikatoren zu bilden, die einerseits der Messung der Wirkung der Strategie dienen (Kontrolle der Zielerreichung), andererseits strategische Grundlagen zur Beobachtung des suchtpolitischen Feldes bereitstellen.

Die Erarbeitung des vorliegenden Indikatoren-Sets (Strukturierung und Darstellung sowie Definition der für Sucht und NCD relevanten Indikatoren) erfolgte in Koordination mit dem Indikatoren-Set NCD.

Methodisches Vorgehen

In einer ersten Phase wurden auf der Basis (a) der Indikatoren, mit denen die Sektionen Drogen, Tabak, Alkohol und Grundlagen derzeit arbeiten, (b) der neuen Strategie Sucht, (c) des Wirkungsmodells zur Strategie Sucht sowie (d) in Anlehnung an internationale Monitoringsysteme (EMCDDA, UNODC, WHO) eine umfangreiche Liste möglicher Indikatoren erarbeitet.

Im weiteren Prozessverlauf wurde in Zusammenarbeit mit BAG-internen sowie externen Expert/innen aus Bund, Kantonen und Forschung die Eingrenzung bzw. Auswahl, Zuordnung (Kategorisierung), Definition und Priorisierung der Indikatoren vorgenommen, unter Berücksichtigung der Relevanz und Aussagekraft bezüglich der Strategie Sucht sowie mit Blick auf Datenverfügbarkeit und Realisierbarkeit der Indikatoren.

Als Steuergremium und oberste Entscheidungsinstanz hat das Leitungsteam der Abteilung Nationale Präventionsprogramme des BAG an der Sitzung vom 25. August 2015 die vorliegende Auswahl im Grundsatz gutgeheissen. Für diejenigen Indikatoren, die Eingang in das Indikatoren-Set gefunden haben, wurde anschliessend definiert, aus welcher Datenquelle die Daten, die für die Berechnung der Indikatoren benötigt werden, entnommen werden können bzw. sollen.

Die Erarbeitung des Indikatoren-Sets Sucht erfolgte im Rahmen verschiedener Workshops mit Fachspezialist/innen verschiedener Bundesstellen und externen Expert/innen im Austausch mit den Auftraggebenden bzw. Projektverantwortlichen im BAG (Elise de Aquino, Fabienne Keller, Astrid Wüthrich, Johanna Dayer Schneider) sowie in Koordinationssitzungen mit NCD (Nadine Stoffel-Kurt). Äusserst wichtig waren ausserdem die Interviews sowie die telefonischen und schriftlichen Kontakte mit den BAG-internen Fachspezialist/innen und einzelnen externen Stellen, denen wir an dieser Stelle herzlich danken: Wally Achtermann (Suchtmonitoring), Chantale Bürli (Psychische Gesundheit), Laure Curt (Tabak), Adrian Gschwend (Internet), Gablu Kilcher (Medikamente), Verena Maag (Drogen), Marc Raemy (Alkohol), Christian Schätti Zündel (Übertragbare Krankheiten), Christian Schneider (Fedpol), René Stamm (Drogen, Behandlung generell).

Für die Festlegung der Datenquellen und der Vervollständigung der «Steckbriefvorlage», die in Koordination mit dem Indikatoren-Set NCD als Grundlage für die Beschreibung der Indikatoren entwickelt

wurde, wurde u.a. wie folgt vorgegangen: Recherchen im Bereich Administrativstatistiken des BFS (insbes. Gesundheit), Abklärungen bezüglich suchtspezifischer Erhebungen und Datensammlungen (SuMo, HBSC, act-info etc., Konsultation der methodologischen Richtlinien und Empfehlungen der EMCDDA bezüglich deren 5 «key epidemiological indicators», Betrachtung von Einzelstudien).

Bei gemeinsamen Indikatoren Sucht/NCD wird die Beschreibung der Datenquellen im Rahmen des entsprechenden NCD-Mandats erarbeitet und zu einem späteren Zeitpunkt in den vorliegenden Bericht übernommen.

Rahmenbedingungen für die Auswahl und Definition der Indikatoren

Zentral bei der Ausarbeitung des Indikatoren-Sets Sucht war die Orientierung am spezifischen Wirkungsmodell, das im Rahmen der Strategie Sucht erarbeitet wurde (vgl. **Abbildung 1**). Der Fokus lag dabei auf den beiden Ebenen «Outcome Zielgruppen» sowie «Impact». Die Wirkungsindikatoren zu Outputs bzw. Outcomes bei den umsetzenden Akteuren (auf Bundes- und Kantonebene, in der Gesundheitsversorgung, Suchtfachspezialist/innen etc.) sind nicht Gegenstand der Zusammenstellung.

Das vorliegende Indikatoren-Set Sucht ist entlang der vier übergeordneten Ziele der Strategie Sucht bzw. der im Wirkungsmodell aufgeführten Impactziele gegliedert. Indikatoren, die sich auf strategische Ziele auf Outcome-Ebene beziehen, tragen massgeblich zur Erreichung der übergeordneten Ziele bei; sie wurden daher im Sinne (vereinfachter) Wirkungsketten ebenfalls den vier Impactzielen zugeordnet:

- 1) Suchterkrankungen werden verhindert
- 2) Abhängige Menschen erhalten die notwendige Hilfe und Behandlung
- 3) Gesundheitliche und soziale Schäden werden vermindert
- 4) Negative Auswirkungen auf die Gesellschaft werden verringert

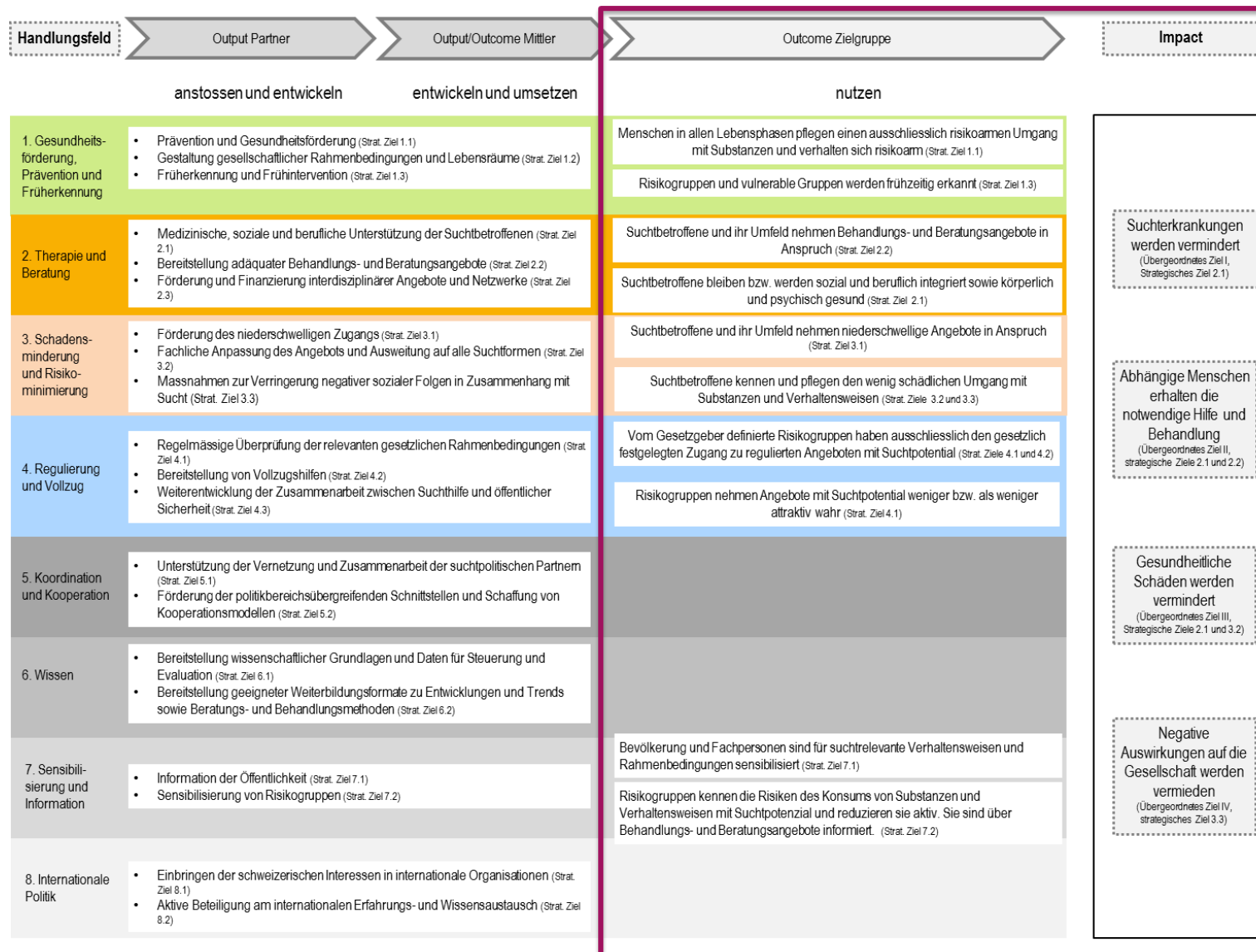
Folgende Rahmenbedingungen hatten ebenfalls Einfluss auf die Inhalte, Auswahl und Definition der Indikatoren zur Strategie Sucht:

■ **Datenquellen:** Für die Indikatoren sollten möglichst bestehende Statistiken und Datensammlungen genutzt werden. Nicht als «bestehende Datensammlung» galt dabei die seit 2011 im Rahmen des Suchtmonitorings durchgeführte Telefonbefragung «Continuous Rolling Survey of Addictive Behaviours and Related Risks» (CoRoIAR resp. SuMo), da diese ab 2017 nicht mehr in derselben Art und Weise zur Verfügung stehen wird. Bei Indikatoren, wo SuMo bislang die einzige Datenquelle war, wird dies in der Beschreibung des Indikators jedoch entsprechend angeführt.

■ **Beschränkung der Anzahl Indikatoren** auf eine überschaubare Menge mit hoher Relevanz und klarem Bezug zur Strategie Sucht.

■ **Koordination auf nationaler Ebene** (insbes. mit dem Indikatoren-Set NCD, wo für die Bereiche Alkohol und Tabak zahlreiche Schnittstellen bestehen, aber auch mit dem Bereich psychische Gesundheit) und auf internationaler Ebene (Reporting, Anschlussfähigkeit an Monitoring der EMCDDA). Die zahlreichen Schnittstellen mit dem Indikatoren-Set NCD ist in der nachfolgenden Übersichtstabellen ausgewiesen sowie in den Datenblättern unter «Vergleichbarkeit» vermerkt. Die wichtigste Schnittstelle zur psychischen Gesundheit bilden Indikator 28 (Psychische Belastung) sowie im stationären Behandlungsbereich die Darstellung des Anteils suchtspezifischer Diagnosen an allen psychiatrischen Diagnosen (Subindikator von 25, Spitaleintritte aufgrund substanzbedingter Störungen).

Abbildung 1: Wirkungsmodell der Strategie Sucht als Basis des Indikatoren-Sets



Quelle: Interface, 1.06.2015

Grenzen

Die erwähnten Rahmenbedingungen haben zur Folge, dass nicht jeder Aspekt der Strategie in einem Indikator Niederschlag findet. Dies gilt beispielsweise für das Thema «Koordination der Versorgung», dessen konkrete Wirkung auf Suchtbetroffene nur schwer messbar ist und im Rahmen der Evaluation konkreter Massnahmen aufgegriffen werden muss. Andere in der Strategie Sucht angesprochene Anliegen wie Angehörigenhilfe, Selbsthilfe oder Themen wie Gewalt im öffentlichen Raum als negative Auswirkung auf die Gesellschaft wurden schliesslich nicht ins Indikatoren-Set aufgenommen, könnten bei Bedarf jedoch im Rahmen von Einzelstudien (Ressortforschung) behandelt werden.

Aufgrund der Zielsetzungen – u.a. Überschaubarkeit, «top-line information» – kann es sich beim erarbeiteten Indikatoren-Set nicht um ein umfassendes *epidemiologisches* Monitoring handeln, das den gesamten Themenkomplex Sucht mit seinen vielfältigen Zusammenhängen und Wechselwirkungen abbildet und das zeitnahe Erkennen allerneuer Entwicklungen und Konsumtrends erlaubt.

Struktur und Aufbau des Indikatoren-Sets

Das Monitoring zur **Strategie Sucht umfasst 41 übergeordnete Indikatoren**. Aufgrund der Differenzierung der epidemiologischen Indikatoren nach Altersgruppen bzw. Datenquellen (SGB für die Wohnbevölkerung ab 15 Jahren – in den Kurztiteln «P15+» –, HBSC für 11-15-Jährige, «P11-15») sowie nach den verschiedenen in der Strategie angesprochenen Substanzen bzw. Suchtformen umfasst das Indikatoren-Set **insgesamt 57 Indikatoren**.

Gemäss der Priorisierung sind die 57 Indikatoren wie folgt eingeteilt:

- **5 Leitindikatoren** für die Geschäftsleitung BAG (z.T. sind einzelne Indikatoren zusammengezogen; mindestens ein Indikator pro Impactziel)
- **29 Kernindikatoren** für zentrale Dimension der Strategie Sucht (inkl. Leitindikatoren)
- **28 Zusatzindikatoren** für spezifische Informationen

Bei einigen Indikatoren werden **Subindikatoren** unterschieden (Bezeichnungen (a), (b), (c) etc.). Die Subindikatoren decken unterschiedliche Dimensionen ab, die im Themenspektrum des jeweiligen Indikators wichtig sind und deren getrennte Betrachtung zweckmässig erscheint.

Zusammenfassend sind folgende Leitindikatoren definiert worden für die Begleitung der Sucht-Strategie:

Ind. Nr.	Kurzbezeichnung	Vollständige Bezeichnung
Impactziel 1 Suchterkrankungen werden verhindert		
2	Risikoreicher Alkoholkonsum P15+	Anteil der Personen ab 15 Jahren mit chronisch und/oder episodisch risikoreichem Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten
4.1	Tabakkonsum (Rauchen) P15+	Anteil der Personen, die aktuell (a) täglich rauchen, (b) gelegentlich rauchen, (c) früher geraucht haben, (d) nie geraucht haben
6.1	Cannabiskonsum P15-64	Anteil der Personen zwischen 15 und 64 Jahren, die (a) aktuell Cannabis konsumieren, (b) in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert haben, (c) in ihrem Leben schon einmal Cannabis konsumiert haben
7	Konsum illegaler Substanzen (exkl. Cannabis) P15-64	Anteil der Personen zwischen 15 und 64 Jahren, die (a) in den letzten 30 Tagen, (b) in den letzten 12 Monaten, (c) in ihrem Leben schon einmal illegale Substanzen (exkl. Cannabis) konsumiert haben

9	Chronischer Medikamentenkonsum P15+	Anteil der Personen ab 15 Jahren, die in den letzten 12 Monaten während mindestens 3 Monaten (fast) täglich Schmerzmittel oder Schlaf-/Beruhigungsmittel konsumiert haben, nach Typ des Präparats und nach Bezugsquelle
11	Risikoreiches Geldspiel P15+	Anteil der Personen ab 15 Jahren, die in den letzten 12 Monaten (a) pathologisch od. problematisch, (b) moderat riskant od. risikoarm, (c) nicht um Geld [Glücksspiel mit Geldeinsatz] gespielt haben
13	Exzessive Internetnutzung P15+	Anteil der Personen ab 15 Jahren mit exzessiver Internetnutzung in der Freizeit, nach Hauptaktivität und Dauer der Nutzung
Impactziel 2 Abhängige Menschen erhalten die notwendige Hilfe und Behandlung		
22	Ambulante Suchtbehandlungen	Anzahl Eintritte in ambulante Suchtbehandlungen, nach Hauptproblem und Institutionstyp (medizinisch-psychiatrisch vs. psychosozial), pro 1'000 Einwohner/innen
25	Spitaleintritte mit Haupt- oder Nebendiagnose einer substanzbedingten Störung	Anzahl Behandlungsfälle (Eintritte) aufgrund einer substanzbedingten Störung in somatischen oder psychiatrischen Kliniken, nach Substanz, pro 1000 Einwohner/innen
26	Suchtbehandlungen in stationären psychosozialen Institutionen	Anzahl Eintritte in stationäre Suchtbehandlungen in psychosozialen Institutionen, nach Hauptproblem, pro Jahr pro 100'000 Einwohner/innen
Impactziel 3 Gesundheitliche Schäden werden vermindert		
31.1	Alkoholbedingte Mortalität	Anzahl der Todesfälle, die auf Alkoholkonsum zurückzuführen sind, in der Schweiz pro Jahr, (a) absolute Anzahl, (b) pro 100'000 Einwohner/innen.
31.2	Tabakbedingte Mortalität	Anzahl der Todesfälle, die auf Tabakkonsum zurückzuführen sind, in der Schweiz pro Jahr, (a) absolute Anzahl, (b) pro 100'000 Einwohner/innen
31.3	Drogentote	Anzahl Todesfälle infolge Vergiftung und/oder Überdosierung pro Jahr
Impactziel 4 Negative Auswirkungen auf die Gesellschaft werden verhindert		
37	Volkswirtschaftliche Kosten von Suchtverhalten	Berechnung/Schätzung der direkten, indirekten und intangiblen Kosten des Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsums in der Schweiz, (a) absolut, (b) pro Einwohner/in, (c) in % des BIP

Die Beschreibung der Indikatoren umfasst die **Definition** des Indikators (je nach Datenquelle inkl. Wortlaut der Fragen in der Datenerhebung, um den Inhalt des Indikators zu veranschaulichen), Angaben zur **Relevanz** des Indikators für die Strategie Sucht sowie die Zuordnung zu den in der Strategie benannten Handlungsfeldern. Unter «**Kategorisierung** des Indikators» wird nebst der Priorisierung (Hierarchie) und der Einordnung ins Wirkungsmodell (Outcome/Impact) auch eine thematische Zuordnung gemäss EMCDDA vorgenommen, nach denen die Indikatoren innerhalb der vier Impactziele weiter differenziert werden können. Grundlegende Charakteristika der verwendeten bzw. möglichen Datenquellen (Stichprobe, Altersgruppen, Sprachregionen, Frequenz etc.) sind in Abschnitt 4 beschrieben. Unter **Messung des Indikators** werden die wichtigsten Informationen zur Berechnung und Differenzierung des Indikators (**Desaggregation**) angeführt. Grundsätzlich soll standardmässig nach Alter, Geschlecht, Sprachregion, wenn möglich zusätzlich nach Bildung, Nationalität, Erwerbsstatus und Einkommen differenziert werden, um die Wirksamkeit von Massnahmen bzw. weiteren Handlungsbedarf für bestimmte Zielgruppen identifizieren zu können. In der Tabelle werden jeweils diejenigen Differenzierungen angeführt, die gemäss der Datenquelle grundsätzlich möglich sind (siehe dazu auch Kap. 4), sowie allfällige besondere Differenzierungen, die sich aus der Definition des Indikators ergeben. Angaben zur Vergleichbarkeit, Limitierung und weiterführender Literatur sind unter «**Bemerkungen** zum Indikator» notiert.

Obwohl die Erarbeitung des Indikatoren-Sets mit Fokus auf bestehende **Datenquellen** erfolgte, welche in Kapitel 4 übersichtsartig beschrieben werden, gibt es bei einigen Indikatoren **Datenlücken** oder

Hürden bei der Realisierung. Eine entsprechende Zusammenstellung findet sich in Kapitel 5. In Kapitel 6 werden die Indikatoren zur Strategie Sucht in das Monitoring-System der **EMCDDA** eingeordnet.

Parallel zum Indikatoren-Set Sucht ist ein Indikatoren-Set NCD erarbeitet worden. Die beiden Themenbereiche Sucht und NCD haben bei den Risikofaktoren Alkohol und Tabak Überschneidungen. Dies bedeutet, dass insgesamt 17 Indikatoren in beiden Indikatoren-Sets vorkommen und identisch sind. In folgender Liste sind die identischen Indikatoren mit den beiden Nummern aufgeführt.

Ind. Nr. Sucht	Kurzbezeichnung	Ind. Nr. NCD
Impactziel 1 Suchterkrankungen werden verhindert		
1.2	Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	18.2
2.1	Alkoholkonsum bei 11-15-Jährigen	18.1
2.2	Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	20.1
2.3	Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum bei 11-15-Jährigen	20.2
3.1	Getränkesspezifischer Alkoholkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	21.1
3.2	Getränkesspezifischer Alkoholkonsum bei 11-15-Jährigen	21.2
4.1	Tabakkonsum (Rauchen) bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	22.1
4.2	Tabakkonsum (Rauchen) bei 11-15-Jährigen	22.2
5	Produktespezifischer Tabakkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	24
14.1	Multifaktorielles Risikoverhalten ab 15 Jahren	33
15.1	Wissen über gesundheitsrelevante Risiken des Alkoholkonsums bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	36.1
15.2	Wissen über die Schädlichkeit von Tabakkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	36.2
16.1	Einstellung gegenüber strukturellen Massnahmen – Alkohol ab 15 Jahren	40.1
16.2	Einstellung gegenüber strukturellen Massnahmen – Tabak ab 15 Jahren	40.2
Impactziel 2 Abhängige Menschen erhalten die notwendige Hilfe und Behandlung		
21.2	Aufhörbereitschaft (Rauchen) ab 15 Jahren	25
Impactziel 3 Gesundheitliche Schäden werden vermindert		
31.1	Alkoholbedingte Mortalität	12.1
31.2	Tabakbedingte Mortalität	12.2

2 Übersicht

2.1 Impactziel 1: Suchterkrankungen werden verhindert

Leitindikator(en)

Leitindikator 1: Anteil Personen ab 15 Jahren mit risikoreichem Substanzkonsum/Verhalten, differenziert nach Substanz bzw. Verhaltensweise:

- (a) Risikoreicher Alkoholkonsum (Indikator 2)
- (b) Raucher/innen (aus Indikator 4.1)
- (c) Cannabis (aus Indikator 6.1)
- (d) Konsum illegaler Substanzen (aus Indikator 7)
- (e) Chronischer Medikamentenkonsum (Indikator 9)
- (f) Risikoreiches Geldspiel (aus Indikator 11)
- (g) Exzessive Internetnutzung (Indikator 13)

Zu Impactziel 1 ist ein Leitindikator vorgesehen, der vor allem der Betrachtung des risikoreichen Konsums verschiedener Substanzen/Verhaltensweisen dient («Epidemiologie») und sich aus zugehörigen Indikatoren zusammensetzt:

Übersichtstabelle

Ind. Nr.	Kurzbezeichnung	Priorität	Vollständige Bezeichnung
Impactziel 1 Suchterkrankungen werden verhindert			
1.1	Alkoholkonsum P15+	Zusatzindikator	Anteil der Personen ab 15 Jahren, die in den letzten 12 Monaten (a) täglich, (b) wöchentlich, (c) monatlich od. seltener oder (d) nie Alkohol konsumiert haben
1.2	Alkoholkonsum P11-15	Zusatzindikator	Anteil der 11-15-Jährigen, die (a) täglich, (b) wöchentlich, (c) monatlich (d) weniger als einmal pro Monat oder (e) nie alkoholische Getränke konsumieren
2	Risikoreicher Alkoholkonsum P15+	Leitindikator/ Kernindikator	Anteil der Personen ab 15 Jahren mit chronisch und/oder episodisch risikoreichem Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten
2.1	Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum P15+	Kernindikator	Anteil der Personen ab 15 Jahren, die in den letzten 12 Monaten täglich durchschnittlich 40g oder mehr (Männer) bzw. 20g oder mehr (Frauen) Alkohol konsumiert haben
2.2	Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum P15+	Kernindikator	Anteil der Personen ab 15 Jahren, die in den letzten 12 Monaten mindestens monatlich (a) 4 (Frauen) / 5 (Männer) bzw. (b) 6 oder mehr Standarddrinks zu einer Gelegenheit konsumiert haben
2.3	Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum P11-15	Kernindikator	(a) Anteil der 11-15-Jährigen, die in ihrem Leben schon mindestens zweimal betrunken gewesen sind (b) Anteil der 14-15-Jährigen, die in den letzten

			30 Tagen 1x oder mehr mindestens fünf alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit getrunken haben
3.1	Getränkesspezifischer Alkoholkonsum P15+	Zusatzindikator	Anteil des Reinalkohols verschiedener alkoholischer Getränke am Gesamtkonsum, nach Geschlecht, Alter und Sprachregion
3.2	Getränkesspezifischer Alkoholkonsum P11-15	Zusatzindikator	Anteil der 11-15-Jährigen, die mindestens wöchentlich (a) Bier, (b) Wein, (c) Alcopops, (d) Spirituosen trinken
4.1	Tabakkonsum (Rauchen) P15+	Leitindikator/ Kernindikator	Anteil der Personen, die aktuell (a) täglich rauchen, (b) gelegentlich rauchen, (c) früher geraucht haben, (d) nie geraucht haben
4.2	Tabakkonsum (Rauchen) P11-15	Kernindikator	Anteil der 11-15-Jährigen, die aktuell (a) täglich rauchen, (b) gelegentlich rauchen, (c) nicht rauchen
5	Produktespezifischer Tabakkonsum	Zusatzindikator	(a) Art und Menge der konsumierten Tabakprodukte (b) Anteil des gemischten Konsums von Tabakprodukten (c) Wechsel des Konsums zwischen verschiedenen Tabakprodukten
6.1	Cannabiskonsum P15-64	Leitindikator/ Kernindikator	Anteil der Personen zwischen 15 und 64 Jahren, die (a) aktuell Cannabis konsumieren, (b) in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert haben, (c) in ihrem Leben schon einmal Cannabis konsumiert haben
6.2	Cannabiskonsum P14-15	Kernindikator	Anteil der 14-15-Jährigen, die (a) aktuell Cannabis konsumieren oder (b) in ihrem Leben schon einmal Cannabis konsumiert haben
7	Konsum illegaler Substanzen (exkl. Cannabis) P15-64	Leitindikator/ Kernindikator	Anteil der Personen zwischen 15 und 64 Jahren, die (a) in den letzten 30 Tagen, (b) in den letzten 12 Monaten, (c) in ihrem Leben schon einmal illegale Substanzen (exkl. Cannabis) konsumiert haben
8	Injizierender Drogenkonsum	Kernindikator	Anteil der Personen in Suchtbehandlung, die in den letzten 12 Monaten illegale Substanzen injiziert haben, nach Hauptproblemsubstanz
9	Chronischer Medikamentenkonsum P15+	Leitindikator/ Kernindikator	Anteil der Personen ab 15 Jahren, die in den letzten 12 Monaten während mindestens 3 Monaten (fast) täglich Schmerzmittel oder Schlaf-/Beruhigungsmittel konsumiert haben, nach Typ des Präparats und nach Bezugsquelle
10	Neuroenhancement P15+	Kernindikator	Anteil der Personen ab 15 Jahren, die in den letzten 12 Monaten ohne ärztliches Rezept während mindestens 3 Monaten (fast) täglich Medikamente zur Steigerung der Aufmerksamkeit, der Leistungsfähigkeit oder zum Wachsein konsumiert haben
11	Risikoreiches Geldspiel P15+	Leitindikator/ Kernindikator	Anteil der Personen ab 15 Jahren, die in den letzten 12 Monaten (a) pathologisch od. problematisch, (b) moderat riskant od. risikoarm, (c) nicht um Geld [Glücksspiel mit Geldeinsatz] gespielt haben

12	Gesperrte Geldspieler/innen P18+	Zusatzindikator	Gesamtzahl aktiver Spielsperren und Anzahl neuer Spielsperren pro Jahr in Schweizer Casinos
13	Exzessive Internetnutzung P15+	Leitindikator/ Kernindikator	Anteil der Personen ab 15 Jahren mit exzessiver Internetnutzung in der Freizeit, nach Hauptaktivität und Dauer der Nutzung
14.1	Mehrfaches Risikoverhalten (Sucht) P15+	Kernindikator	Anteil der Personen ab 15 Jahren mit Risikoverhalten in Bezug auf 1, 2, 3 und mehr Substanzen/Verhaltensweisen (Tabak, Alkohol, Cannabis, Geldspiel)
14.2	Mehrfaches Risikoverhalten (Sucht) P14-15	Zusatzindikator	Anteil der 14-15-Jährigen mit Risikoverhalten in Bezug auf 1, 2, 3 und mehr Substanzen (Alkohol, Tabak, Cannabis, andere psychoaktive Substanzen)
15.1	Wissen über gesundheitsrelevante Risiken des Alkoholkonsums	Zusatzindikator	Anteil der Personen ab 15 Jahren, deren Einschätzung zu diversen Risiken des Alkoholkonsums korrekt ist
15.2	Wissen über die Schädlichkeit von Tabakkonsum	Zusatzindikator	Anteil der Personen, deren Einschätzungen zur Schädlichkeit des Tabakkonsums (gesundheitliche Auswirkungen und Sterblichkeit) korrekt ist
15.3	Wissen über Risiken von Drogenkonsum	Zusatzindikator	Inhalte und genaue Definition dieses Indikators sind im Rahmen der weiteren Arbeiten zur Strategie Sucht noch zu definieren
16.1	Einstellungen gegenüber strukturellen Massnahmen – Alkohol (P15+)	Zusatzindikator	Anteil der Personen ab 15 Jahren, die bestimmten Präventionsmassnahmen zustimmen
16.2	Einstellungen gegenüber strukturellen Massnahmen – Tabak (P15+)	Zusatzindikator	Anteil der Personen ab 15 Jahren, die (a) Präventionsmassnahmen im Bereich Tabakwerbung zustimmen, (b) weitergehenden gesetzlichen Regelungen zum Rauchverbot zustimmen (nach Ort/Situation/Räumlichkeit), (c) Preiserhöhungen für Tabakprodukte zustimmen
16.3	Einstellungen gegenüber Massnahmen im Bereich illegaler Drogen	Zusatzindikator	Inhalte und genaue Definition dieses Indikators sind im Rahmen der weiteren Arbeiten zur Strategie Sucht noch zu definieren
17	Zugang Jugendlicher zu Tabakprodukten und Alkohol	Kernindikator	a) Anteil Testkäufe mit negativem Ergebnis b) Anteil der 14-15-Jährigen, die in den letzten 30 Tagen mindestens einmal Tabak oder Alkohol konsumiert haben und das Produkt schon mindestens einmal selber in einem Laden, Kiosk, Bar, Restaurant oder Automaten gekauft haben, nach Substanz

2.2 Impactziel 2: Abhängige Menschen erhalten die notwendige Hilfe und Behandlung

Leitindikator(en)

Leitindikator 2: Anzahl Klientinnen/Klienten in ambulanter Suchtbehandlung (Indikator 22) und Anzahl Klientinnen/Klienten in stationärer Suchtbehandlung (Indikator 25) und Suchtbehandlungen in stationären psychosozialen Institutionen (Indikator 26), differenziert nach Substanzen/Hauptproblem

Leitindikator 3: Anzahl Klientinnen/Klienten in ambulanter Suchtbehandlung (Indikator 22) pro 1'000 Personen mit risikoreichem Substanzkonsum, differenziert nach Substanzen/Hauptproblem (aus Leitindikator 1)

Zu diesem Impactziel sind zwei Leitindikatoren vorgesehen, die aufzeigen, wie viele Personen eine ambulante oder stationäre Suchtbehandlung in Anspruch nehmen (Behandlungs- bzw. Leistungsbezug) und wie viele der Personen, die potenziell einer Beratung oder Behandlung bedürfen (d.h. Personen mit Risikoverhalten), pro Jahr eine ambulante Behandlung in Anspruch nehmen («Reichweite/Abdeckung des Versorgungssystems»):

Übersichtstabelle

Ind. Nr.	Kurzbezeichnung	Priorität	Vollständige Bezeichnung
Impactziel 2 Abhängige Menschen erhalten die notwendige Hilfe			
18	Ambulante Beratungs- und Behandlungsangebote	Zusatzindikator	Anzahl ambulante Beratungs-/Behandlungsplätze pro 100'000 Einwohner/innen
19	Angebote in Gefängnissen	Zusatzindikator	Anteil der Gefängnisse und Anteil der Gefängnisplätze mit Zugang zu (a) Substitutionsbehandlung, (b) Sprizentausch und (c) Kondomabgabe
20	Niederschwellige Angebote	Zusatzindikator	Anzahl der im Rahmen von Nadel- und Sprizentauschprogrammen in niederschweligen Einrichtungen verteilten Spritzen, pro injizierendem Drogenkonsumenten (Schätzung)
21.1	Problembewusstsein bei Raucher/innen P15+	Zusatzindikator	Anteil der Raucher/innen P15+ , die ihren Tabakkonsum als schädlich für ihre Gesundheit einstufen
21.2	Aufhörbereitschaft (Rauchen) P15+	Kernindikator	Anteil der Raucher/innen ab 15 Jahren, die mit dem Rauchen aufhören möchten, nach Zeitpunkt der angestrebten Verhaltensänderung (irgendwann; in den nächsten 6 Monaten; in den nächsten 30 Tagen)

21.3	Aufhörversuche (Rauchen) P15+	Zusatzindikator	Anteil Raucher/innen und Ex-Raucher/innen, die in den letzten 12 Monaten einen Aufhörversuch unternommen haben, und Charakteristika dieser Aufhörversuche, d.h.: (a) Anzahl der unternommenen Aufhörversuche in den letzten 12 Monaten, bzw. vor dem erfolgreichen Konsumausstieg (b) Art der Unterstützung und Entwöhnungshilfen, die verwendet wurden
22	Ambulante Suchtbehandlungen	Leitindikator/ Kernindikator	Anzahl Eintritte in ambulante Suchtbehandlungen, nach Hauptproblem und Institutionstyp (medizinisch-psychiatrisch vs. psychosozial), pro 1'000 Einwohner/innen
23	Klient/innen mit erstmaliger Behandlungsepisode	Zusatzindikator	Anteil der Klient/innen mit erstmaliger Behandlungsepisode in spezialisierten Suchthilfeangeboten, nach Hauptproblem, pro 100'000 Einwohner/innen
24	Substitutionsbehandlungen	Kernindikator	Anzahl Personen in einer methadon- oder heroingestützten Substitutionsbehandlung, pro Kalenderjahr, nach Art des Substitutionspräparats und Abgabestelle
25	Spitaleintritte mit Haupt- oder Nebendiagnose einer substanzbedingten Störung	Leitindikator/ Kernindikator	Anzahl Behandlungsfälle (Eintritte) aufgrund einer substanzbedingten Störung in somatischen oder psychiatrischen Kliniken, nach Substanz, pro 1000 Einwohner/innen
26	Suchtbehandlungen in stationären psychosozialen Institutionen	Leitindikator/ Kernindikator	Anzahl Eintritte in stationäre Suchtbehandlungen in psychosozialen Institutionen, nach Hauptproblem, pro Jahr pro 100'000 Einwohner/innen

2.3 Impactziel 3: Gesundheitliche und soziale Schäden werden vermindert

Leitindikator(en)

Leitindikator 4: Alkohol-, tabak- und drogenbedingte Mortalität/Todesfälle (Indikatoren 31.1, 31.2, 31.3)

Der Leitindikator zu diesem Impactziel stellt die Schadenslast für Betroffene als Mortalität aufgrund von Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum dar.

Übersichtstabelle

Ind. Nr.	Kurzbezeichnung	Priorität	Vollständige Bezeichnung
Impactziel 3 Gesundheitliche und soziale Schäden werden vermindert			
27	Subjektiv wahrgenommener Gesundheitszustand P15+	Zusatzindikator	Anteil der Personen ab 15 Jahren mit gutem oder sehr gutem subjektivem Gesundheitszustand und risikoreichem (Konsum-)Verhalten, im Vergleich zum Anteil von Personen ab 15 Jahren mit gutem oder sehr gutem subjektivem Gesundheitszustand, jedoch ohne risikoreiches (Konsum-)Verhalten.

28	Psychische Belastung P15+	Kernindikator	Anteil Personen mit risikoreichem (Konsum-)Verhalten, die gemäss Selbsteinschätzung von einer mittleren oder starken psychischen Belastung betroffen sind, im Vergleich zu Personen mit risikoarmem (Konsum-) Verhalten.
29	Sucht und NCD	Zusatzindikator	Anteil Personen mit risikoreichem (Konsum-)Verhalten mit NCD-bezogener Krankheitslast, im Vergleich zu Personen mit risikoarmem (Konsum-) Verhalten
30	HIV und Hepatitis	Kernindikator	Prävalenz von HIV, Hepatitis C und Hepatitis B (a) bei Personen, die in ihrem Leben je Drogen injiziert haben, (b) die in den letzten 12 Monaten Drogen injiziert haben
31.1	Alkoholbedingte Mortalität	Leitindikator/ Kernindikator	Anzahl der Todesfälle, die auf Alkoholkonsum zurückzuführen sind, in der Schweiz pro Jahr, (a) absolute Anzahl, (b) pro 100'000 Einwohner/innen.
31.2	Tabakbedingte Mortalität	Leitindikator/ Kernindikator	Anzahl der Todesfälle, die auf Tabakkonsum zurückzuführen sind, in der Schweiz pro Jahr, (a) absolute Anzahl, (b) pro 100'000 Einwohner/innen
31.3	Drogentote	Leitindikator/ Kernindikator	Anzahl Todesfälle infolge Vergiftung und/oder Überdosierung pro Jahr
32	Soziale Situation von Suchtbetroffenen	Zusatzindikator	Erwerbsquote und Anteil der Personen mit stabiler Wohnsituation bei den Personen mit Risikoverhalten (SGB) und bei Personen in Suchtbehandlung (act-info) im Vergleich zu Referenzbevölkerung. (a) Erwerbsquote von Personen mit risikoreichem (Konsum-)Verhalten im Vergleich zu Personen mit risikoarmem (Konsum-)Verhalten (SGB) (b) Erwerbsquote von Personen in Suchtbehandlung, nach Hauptproblem (act-info) (c) Anteil Personen in Suchtbehandlung mit stabiler Wohnsituation, nach Hauptproblem (act-info)
33	Verstösse gegen Betäubungsmittelgesetz wegen Besitz und Konsum	Zusatzindikator	Anzahl Verzeigungen aufgrund Widerhandlungen gegen das Betäubungsmittelgesetz (BetmG) wegen Besitz, Anbau und Konsum, pro 1000 Einwohner/innen, nach Substanz
34	Führerausweisentzüge in Zusammenhang mit Substanzeinfluss	Zusatzindikator	Anteil der Führerausweisentzüge wegen Fahren unter Einfluss von Alkohol, Medikamenten und Drogen, (a) pro 100'000 Einwohner/innen, (b) in % der Führerausweisentzüge, (c) in % der durchgeführten Kontrollen, nach Substanz
35	Sucht und häusliche Gewalt	Zusatzindikator	Anzahl Vorfälle häuslicher Gewalt pro 100'000 Einwohner/innen und Anteil der Vorfälle mit Substanzeinfluss
36	Kinder aus suchtbelasteten Familien	Zusatzindikator	Anzahl und Anteil der Kinder, die in einem Haushalt mit Personen leben, die (a) alkoholabhängig, (b) nikotinsüchtig oder (c) drogenabhängig sind.

2.4 Impactziel 4: Negative Auswirkungen auf die Gesellschaft werden verringert

Leitindikator(en)

Leitindikator 5: Volkswirtschaftliche Kosten von Suchtverhalten, differenziert nach Hauptproblem/Substanz (Indikator 37)

Der Leitindikator zu Impactziel 4 zielt auf die volkswirtschaftlichen Kosten, die aufgrund von Suchtverhalten entstehen, wobei nach Hauptproblem/Substanz unterschieden wird:

Übersichtstabelle

Ind. Nr.	Kurzbezeichnung	Priorität	Vollständige Bezeichnung
Impactziel 4 Negative Auswirkungen auf die Gesellschaft werden verringert			
37	Volkswirtschaftliche Kosten von Suchtverhalten	Leitindikator/ Kernindikator	Berechnung/Schätzung der direkten, indirekten und intangiblen Kosten des Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsums in der Schweiz, (a) absolut, (b) pro Einwohner/in, (c) in % des BIP
38	Suchtbedingte stationäre Aufenthaltstage	Zusatzindikator	Anzahl stationäre Aufenthaltstage mit einer F10-Hauptdiagnose oder F10-Nebendiagnose, pro 1000 Einwohner/innen
39	Kosten suchtbedingter stationärer Behandlungen	Kernindikator	Kosten der Behandlung von Suchterkrankungen und von Folgeerkrankungen in stationären Einrichtungen, (a) absolut, (b) pro 1'000 Einwohner/innen, (c) in % der Gesamtkosten stationärer Behandlungen
40	Verstösse gegen Betäubungsmittelgesetz wegen Produktion und Handel	Zusatzindikator	Anzahl Verzeigungen aufgrund Widerhandlung gegen das Betäubungsmittelgesetz wegen Produktion und Handel, (a) pro 1000 Einwohner/innen, (b) pro 1000 Personen mit Risikoverhalten, nach Substanz
41	Verkehrsunfälle mit Substanzeinfluss	Kernindikator	Anzahl Unfälle, Anzahl Schwerverletzte und Anzahl Verkehrstote aufgrund von Fahren unter Substanzeinfluss (a) pro 1000 Einwohner/innen, (b) pro 1000 Personen mit Risikoverhalten, nach Art der Substanz (Alkohol, Drogen, Medikamente)

3 Beschreibung der Indikatoren

Impactziel 1: Suchterkrankungen werden verhindert

1.1 Alkoholkonsum P15+

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kürzel
1.1	Alkoholkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren
Vollständige Bezeichnung: Häufigkeit des Alkoholkonsums in den letzten 12 Monaten bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Anteil der Personen ab 15 Jahren, die in den letzten 12 Monaten (a) täglich, (b) wöchentlich, (c) monatlich od. seltener oder (d) nie Alkohol konsumiert haben <i>Fragestellung aus SGB12:</i> <ul style="list-style-type: none"> 38.00: Wie häufig trinken Sie normalerweise alkoholische Getränke, also Bier, Wein, Likör/Aperitif oder gebrannte Wasser wie z.B. Schnäpse: Alles in allem trinken Sie von diesen Getränken mehrmals am Tag oder wie häufig etwa? – 3 Mal oder mehr pro Tag, 2 Mal pro Tag (zu Mahlzeiten), 1 Mal pro Tag, mehrmals pro Woche, 1-2 Mal wöchentlich, 1-3 Mal monatlich, seltener als monatlich, nie/abstinert
Relevanz:	Monitoring der Konsumgewohnheiten von Alkohol in der Allgemeinbevölkerung bzw. in Subgruppen (Alter, Geschlecht, Sozioökonomie etc.).
Bezug zur Strategie:	HF 1: Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung; HF 6: Wissen
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Themenzuordnung:	Prävalenzen in der Gesamtbevölkerung (EMCDDA: GPS)
Bezug Wirkungsmodell:	Outcome: Menschen in allen Lebensphasen pflegen einen ausschliesslich risikoarmen Umgang mit Substanzen und verhalten sich risikoarm Impact: Suchterkrankungen werden verhindert
Messung des Indikators	
Messmethode:	Bevölkerungsbefragung
Datenquelle:	SGB (2012: Frage 38.00)
Desaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregion, Bildungsniveau, Erwerbstatus, Einkommen, Nationalität
Frequenz der Erhebung:	alle 5 Jahre
Nächste Aktualisierung:	2017
Bemerkungen zum Indikator	

Vergleichbarkeit:	NCD: Subindikator von 2.1; WHO: entspricht in etwa 1.2.7; (EMCDDA: GPS)
Limitierung:	Bevölkerungsbefragung ergibt beim Alkoholkonsum ein Underreporting der effektiv konsumierten Menge, zudem sind die am stärksten Konsumierenden am schlechtesten erreichbar.
Bemerkung:	Vergleichbarkeit mit P11-15 (Indikator 1.2) ist nicht unmittelbar gegeben, da die SGB 12 Monate-Prävalenz erfasst, die Frage in HBSC sich hingegen auf das aktuelle/generelle Konsumverhalten bezieht, ohne einen bestimmten Zeitraum zu definieren. Zusätzliche Messpunkte zu diesem Indikator aus dem Suchtmonitoring (jährlich 2011-2016)
Weiterführende Literatur:	WHO (2010) BFS, SGB: http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2012/files/de/02a3.xml

1.2 Alkoholkonsum P11-15

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kürzel
1.2	Alkoholkonsum bei 11-15-Jährigen
Vollständige Bezeichnung: Häufigkeit des Alkoholkonsums bei 11-15-Jährigen	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	<p>Anteil der 11-15-Jährigen, die (a) täglich, (b) wöchentlich, (c) monatlich (d) weniger als einmal pro Monat oder (e) nie alkoholische Getränke konsumieren</p> <p><i>Fragestellung aus HBSC:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> HBSC 14, F22: Wie oft trinkst du diese alkoholischen Getränke (wie Bier, Wein oder Schnaps), auch wenn es sich nur um kleine Mengen handelt?
Relevanz:	<p>Kinder und Jugendliche sind beim Alkoholkonsum grösseren Risiken ausgesetzt als Erwachsene. Der Alkoholkonsum wirkt sich bei geringerem Körpergewicht stärker aus. Zudem fehlt Kindern und Jugendlichen die Toleranz gegen den Alkohol, auch können diese die Wirkung des Alkohols aufgrund mangelnder Erfahrung schlecht einschätzen (Anderson et al. 2009). Damit wird das Risiko für Unfälle, gewalttätiges Verhalten und auch akute Alkoholvergiftungen bei Jugendlichen zusätzlich erhöht. Insgesamt ist der Alkoholkonsum weltweit eine der Hauptursachen der Krankheitslast bei jungen Erwachsenen (Lim et al. 2012).</p> <p>Die Folgen des Alkoholkonsums im Jugendalter können langfristig sein. So kann Alkoholkonsum die Gehirnentwicklung beeinträchtigen und zu strukturellen Veränderungen in bestimmten Gehirnarealen führen. Übermässiger Alkoholkonsum kann gar zu irreversiblen Gehirnschäden führen (Bava/Tapert 2010; Bellis et al. 2000; Guerri/Pascual 2010; Newbury-Birch et al. 2009; Spear 2002). Zudem haben Jugendliche mit hohem Alkoholkonsum ein erhöhtes Risiko für Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit sowie andere alkoholbedingte Erkrankungen im Erwachsenenalter (Englund et al. 2008; Irons et al. 2015; Jefferis et al. 2005)</p>
Bezug zur Strategie:	HF 1: Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung (Strategisches Ziel 1.3: Früherkennung und Frühintervention bei Suchtproblematiken stärken)
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Themenzuordnung:	Prävalenzen in der Gesamtbevölkerung (EMCDDA: GPS)
Bezug Wirkungsmodell:	<p>Outcome: Risikogruppen und vulnerable Gruppen werden frühzeitig erkannt</p> <p>Impact: Suchterkrankungen werden verhindert</p>
Messung des Indikators	
Messmethode:	Schriftliche Befragung
Verwendete Datenquelle:	Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)

<ul style="list-style-type: none"> • Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen 	<p>Ca. 10'000</p> <p>11-15 Jahre</p> <p>D, F, I</p>
Weitere Datenquellen:	-
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregionen
Anzahl Messpunkte:	7
Frequenz der Erhebung:	Alle 4 Jahre
Nächste Aktualisierung:	2018
Bemerkungen zum Indikator	
Vergleichbarkeit:	NCD 18.2; (EMCDDA: GPS)
Limitierung:	
Bemerkung:	Vergleichbarkeit mit P15+ (Indikator 1.1) ist nicht unmittelbar gegeben, da die SGB 12-Monats-Prävalenz erfasst, die Frage in HBSC sich hingegen auf das aktuelle/generelle Konsumverhalten bezieht, ohne einen bestimmten Zeitraum zu definieren.
Weiterführende Literatur:	<p>Webseite HBSC: http://www.hbsc.ch/?lang=de</p> <p>Sucht Schweiz zu HBSC: http://www.suchtschweiz.ch/forschung/hbsc/</p>

2 Risikoreicher Alkoholkonsum P15+

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kürzel	Kurzbezeichnung
2		Risikoreicher Alkoholkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren
Vollständige Bezeichnung: Prävalenz des chronisch oder episodisch risikoreichen Alkoholkonsums in den letzten 12 Monaten bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren		
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	Anteil der Personen ab 15 Jahren mit chronisch und/oder episodisch risikoreichem Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten (Zusammenzug der Subindikatoren 2.1. und 2.2)	
Relevanz:	Unmittelbare und langfristige negative Folgen des Alkoholkonsums sind hauptsächlich diesen Formen risikoreichen Konsumverhaltens zuzuschreiben.	
Bezug zur Strategie:	HF 1: Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung (Strategisches Ziel 1.1: Menschen in allen Lebensphasen darin unterstützen, einen risikoarmen Umgang mit Substanzen oder Verhaltensweisen zu pflegen); HF 7: Sensibilisierung und Information (Strategisches Ziel 7.2: Risikogruppen sensibilisieren)	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Leitindikator / Kernindikator	
Themenzuordnung:	Umfang und Auswirkungen von Risikoverhalten (EMCDDA: HRDU)	
Bezug Wirkungsmodell:	Outcome: Menschen in allen Lebensphasen pflegen einen ausschliesslich risikoarmen Umgang mit Substanzen und verhalten sich risikoarm Impact: Suchterkrankungen werden verhindert	
Messung des Indikators		
Subindikatoren	2.1 und 2.2, Definition (b)	2.2, Definition (a)
Messmethode:	Bevölkerungsbefragung	Bevölkerungsbefragung
Datenquelle:	SGB (2012: Fragen 38.20-38.60)	Suchtmonitoring 2011-2016
Desaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregion, Bildungsniveau, Erwerbstatus, Einkommen, Nationalität	
Frequenz der Erhebung:	alle 5 Jahre	2011-2016 jährlich
Nächste Aktualisierung:	2017	unbestimmt.
Bemerkungen zum Indikator		
Vergleichbarkeit:	NCD 18.1 und 20.1	
Limitierung:		
Bemerkung:		
Weiterführende Literatur:		

2.1 Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum P15+

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kürzel	Kurzbezeichnung
2.1		Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren
Vollständige Bezeichnung:		Prävalenz des Alkoholkonsums von 40g/Tag (Männer) respektive 20g/Tag (Frauen) im Durchschnitt in den letzten 12 Monaten bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	<p>Anteil der Personen ab 15 Jahren, die in den letzten 12 Monaten täglich durchschnittlich 40g oder mehr (Männer) bzw. 20g oder mehr (Frauen) Alkohol konsumiert haben.</p> <p>Aggregierter Indikator aus Fragen nach Häufigkeit des Konsums und Konsummenge bei jeweiligem Konsum. Daraus wird die durchschnittlich konsumierte Menge Reinalkohol pro Tag errechnet (1 Standardgetränk = 10-12 Gramm Reinalkohol)</p> <p><i>Fragestellungen aus SGB12, 38.20 bis 38.55 für die Getränketypen Bier, Wein, Spirituosen (d.h. Schnaps, Whisky, Cognac, Likör usw.) und Alcopops. Fragen zu Konsumstatus und Häufigkeit sind jeweils identisch:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 38.20: Haben Sie in den letzten 7 Tagen [Getränkety] getrunken? • 38.21: Wie häufig? • 38.22: Und wie viel pro Mal? <p><i>[Personen ohne Konsum in den letzten 7 Tagen]:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 38.23: Haben Sie in den letzten 12 Monaten [Getränkety] getrunken? • 38.24: Wie häufig? • 38.25: Und wie viel pro Mal? 	
Relevanz:	<p>Die Weltgesundheitsorganisation WHO unterscheidet vier Risikogruppen des Alkoholkonsums:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abstinenz • Gering risikoreicher Konsum – weniger als 40g/Tag reiner Alkohol für Männer und weniger als 20g/Tag für Frauen. • Konsum mit mittlerem Risiko – zwischen 40 und 60g / Tag Reinalkohol für Männer und zwischen 20-40g / Tag für Frauen • Hoch risikoreicher Konsum – mehr als 60g/Tag Reinalkohol Männer, mehr als 40g/Tag Reinalkohol für Frauen <p>Ab Konsum mit mittlerem Risiko ist das allgemeine Mortalitätsrisiko (aufgrund erhöhtem Unfall- und Krankheitsrisiko) gegenüber Alkoholabstinenz signifikant erhöht. Das Risiko steigt stetig an.</p>	
Bezug zur Strategie:	<p>HF 1: Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung (Strategisches Ziel 1.1: Menschen in allen Lebensphasen darin unterstützen, einen risikoarmen Umgang mit Substanzen oder Verhaltensweisen zu pflegen);</p> <p>HF 7: Sensibilisierung und Information (Strategisches Ziel 7.2: Risikogruppen sensibilisieren)</p>	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Kernindikator	

Themenzuordnung:	Umfang und Auswirkungen von Risikoverhalten (EMCDDA: HRDU)	
Bezug Wirkungsmodell:	Outcome: Menschen in allen Lebensphasen pflegen einen ausschliesslich risikoarmen Umgang mit Substanzen und verhalten sich risikoarm Impact: Suchterkrankungen werden verhindert	
Messung des Indikators		
Subindikatoren	Risikoklassen: a) <u>mittleres Risiko</u> (40-60g/Tag für Männer, 20-40g/Tag für Frauen) b) <u>hoch risikoreich</u> (mehr als 60g/d für Männer, mehr als 40g/Tag für Frauen)	
Messmethode:	A) SGB Telefonische Befragung	B) SUMO Telefonische Befragung
Datenquelle:	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)	Suchtmonitoring (SUMO)
<ul style="list-style-type: none"> • Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen 	Ca. 20'000 Ab 15 Jahren D, F, I	
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Sprachregionen, Nationalität	Alter, Geschlecht, Sprachregion, Bildung, Erwerbstatus
Anzahl Messpunkte:	4 (1992 schriftliche Befr., nicht vergleichbar)	5 (2011-2016)
Frequenz der Erhebung:	Alle 5 Jahre	Jährlich bis 2016, danach unbestimmt.
Nächste Aktualisierung:	2017	2016
Bemerkungen zum Indikator		
Vergleichbarkeit:	NCD 18.1. Basierend auf WHO-Empfehlungen international vergleichbar.	
Limitierung:	Bevölkerungsbefragung ergibt beim Alkoholkonsum ein Underreporting der effektiv konsumierten Menge, zudem sind die am stärksten Konsumierenden am schlechtesten erreichbar.	
Bemerkung:		

Weiterführende Literatur:

WHO: International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/66529>

Suchtmonitoring Schweiz: <http://www.suchtmonitoring.ch/de/2/1-5.html?al-kohol-pravalenz-risikokonsum-chronisch>

BFS, SGB: <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2012/files/de/02a3.xml>

2.2 Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum P15+

Bezeichnung des Indikators					
Nr.	Kürzel				
2.2	Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren				
Vollständige Bezeichnung: Prävalenz des episodisch risikoreichen Alkoholkonsums in den letzten 12 Monaten bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren					
Definition und Relevanz des Indikators					
Definition:	<p>Anteil der Personen ab 15 Jahren, die in den letzten 12 Monaten mindestens monatlich</p> <p>(a) 4 (Frauen) / 5 (Männer) bzw.</p> <p>(b) 6 oder mehr Standarddrinks zu einer Gelegenheit konsumiert haben</p> <p>(a) <i>Fragestellung aus Suchtmonitoring (Core):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> CA09: Wie oft ist es im letzten Jahr vorgekommen, dass Sie während einer Gelegenheit 4 (für Frauen) / 5 (für Männer) alkoholische Standardgetränke und mehr getrunken haben? – 2x oder mehr pro Tag, 1x pro Tag, 5-6x wöchentlich, 3-4x wöchentlich, 1-2x wöchentlich, 1-3x pro Monat, seltener als monatlich, einmal pro Jahr, nicht in den letzten 12 Monaten <p>(b) <i>Fragestellung aus SGB12:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 38.60: Wie häufig in den letzten 12 Monaten haben Sie 6 oder mehr Gläser alkoholische Getränke bei einem Anlass oder Gelegenheit getrunken? – wöchentlich und mehr, monatlich, weniger als monatlich, nie in den letzten 12 Monaten, noch nie im Leben 				
Relevanz:	Nebst dem chronisch risikoreichen Alkoholkonsum ist der Konsum grösserer Mengen Alkohol bei einem Anlass oder einer Gelegenheit die zweite aus gesundheitlicher Sicht problematische Konsumart. Akute Folgen wie Unfälle, Verletzungen, Gewalt, Sachbeschädigungen und erhöhte Suizidgefahr sind die wichtigsten mit episodisch risikoreichem Konsum assoziierten Probleme. Dazu ist auch das Risiko für koronare Herzkrankheiten verglichen mit moderat konsumierenden ohne Rauschtrinken erhöht.				
Bezug zur Strategie:	<p>HF 1: Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung (Strategisches Ziel 1.1: Menschen in allen Lebensphasen darin unterstützen, einen risikoarmen Umgang mit Substanzen oder Verhaltensweisen zu pflegen);</p> <p>HF 7: Sensibilisierung und Information (Strategisches Ziel 7.2: Risikogruppen sensibilisieren)</p>				
Kategorisierung des Indikators					
Hierarchie:	Kernindikator				
Themenzuordnung:	Umfang und Auswirkungen von Risikoverhalten (EMCDDA: HRDU)				
Bezug Wirkungsmodell:	<p>Outcome: Menschen in allen Lebensphasen pflegen einen ausschliesslich risikoarmen Umgang mit Substanzen und verhalten sich risikoarm</p> <p>Impact: Suchterkrankungen werden verhindert</p>				
Messung des Indikators					
Subindikatoren	<table border="0"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">A) Episodischer Risikokonsum</td> <td>B) Episodischer Risikokonsum</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px; text-align: center;">4+/5+</td> <td style="text-align: center;">6+</td> </tr> </table>	A) Episodischer Risikokonsum	B) Episodischer Risikokonsum	4+/5+	6+
A) Episodischer Risikokonsum	B) Episodischer Risikokonsum				
4+/5+	6+				

Messmethode:	Telefonische Befragung	Telefonische Befragung
Verwendete Datenquelle:	Suchtmonitoring (SUMO)	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)
<ul style="list-style-type: none"> • Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen 	<p>11'000</p> <p>Ab 15 Jahren</p> <p>D, F, I</p>	<p>Ca. 20'000</p> <p>Ab 15 Jahren</p> <p>D, F, I</p>
Weitere Datenquellen:	-	-
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregion, Bildung, Erwerbstatus	Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Sprachregionen, Nationalität
Anzahl Messpunkte:	5 (2011-2016)	1 (2012, vorher nicht aufgenommen)
Frequenz der Erhebung:	Jährlich bis 2016, danach unbestimmt.	Alle 5 Jahre, wünschenswert alle 2 Jahre
Nächste Aktualisierung:	2016	2017
Bemerkungen zum Indikator		
Vergleichbarkeit:	<p>NCD 20.1</p> <p>In der internationalen Alkoholforschung ist 4+/5+ verbreitet und wird auch in vielen Ländern so erhoben. Noch verbreiteter ist jedoch 6+, da diese eine Frage des AUDIT ist, der in vielen Ländern verbreitet ist.</p>	
Limitierung:		
Bemerkung:	Für das Schweiz-interne Reporting ist 4+/5+ relevant. Optimalerweise sollten jedoch beide Schwellwerte erhoben werden.	
Weiterführende Literatur:	<p>Suchtmonitoring</p> <p>http://www.suchtmonitoring.ch/de/2/1-6.html?alkohol-pravalenz-risikokonsum-episodisch</p> <p>BFS, SGB:</p> <p>http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2012/files/de/02a3.xml</p>	

2.3 Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum P11-15

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kürzel
2.3	Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum bei 11-15-Jährigen
Vollständige Bezeichnung: Prävalenz des episodisch risikoreichen Alkoholkonsums bei 11-15-Jährigen	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	<p>(a) Anteil der 11-15-Jährigen, die in ihrem Leben schon mindestens zweimal betrunken gewesen sind</p> <p>(b) Anteil der 14-15-Jährigen, die in den letzten 30 Tagen 1x oder mehr mindestens fünf alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit getrunken haben</p> <p><i>(a) Fragestellung aus HBSC</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • HBSC 14, F27: Wie oft in deinem Leben hast du so viel getrunken, dass du richtig betrunken warst? – Nie, einmal, 2-3 Mal, 4-10 Mal, öfter als 10 Mal <p><i>(b) Fragestellung aus HBSC (Langversion)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • HBSC 14, F26: In den letzten 30 Tagen, wie oft hast du 5 alkoholische Getränke oder mehr zu einer Gelegenheit (d.h. in kurzer Zeit nacheinander) getrunken?
Relevanz:	<p>Kinder und Jugendliche sind beim Alkoholkonsum grösseren Risiken ausgesetzt als Erwachsene. Der Alkoholkonsum wirkt sich bei geringerem Körpergewicht stärker aus. Zudem fehlt Kindern und Jugendlichen die Toleranz gegen den Alkohol, auch können diese die Wirkung des Alkohols aufgrund mangelnder Erfahrung schlecht einschätzen (Anderson et al. 2009). Damit wird das Risiko für Unfälle, gewalttätiges Verhalten und auch akute Alkoholvergiftungen bei Jugendlichen zusätzlich erhöht. Insgesamt ist der Alkoholkonsum weltweit eine der Hauptursachen der Krankheitslast bei jungen Erwachsenen (Lim et al. 2012).</p> <p>Die Folgen des Alkoholkonsums im Jugendalter können langfristig sein. So kann Alkoholkonsum die Gehirnentwicklung beeinträchtigen und zu strukturellen Veränderungen in bestimmten Gehirnarealen führen. Übermässiger Alkoholkonsum kann gar zu irreversiblen Gehirnschäden führen (Bava/Tapert 2010; Bellis et al., 2000; Guerri, & Pascual, 2010; Newbury-Birch et al., 2009; Spear, 2002). Zudem haben Jugendliche mit hohem Alkoholkonsum ein erhöhtes Risiko für Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit sowie andere alkoholbedingte Erkrankungen im Erwachsenenalter (Englund, Egeland, Oliva, & Collins, 2008; Irons, Iacono, & McGue, 2015; Jefferis, Power, & Manor, 2005).</p>
Bezug zur Strategie:	HF 1: Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung (Strategisches Ziel 1.3: Früherkennung und Frühintervention bei Suchtproblematiken stärken)
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Kernindikator
Themenzuordnung:	Umfang und Auswirkungen von Risikoverhalten (EMCDDA: HRDU)
Bezug Wirkungsmodell:	Outcome: Risikogruppen und vulnerable Gruppen werden frühzeitig erkannt Impact: Suchterkrankungen werden verhindert

Messung des Indikators	
Subindikatoren	<p>A) 11-15-Jährige, die in ihrem Leben schon mindestens zweimal betrunken waren</p> <p>B) 14-15-Jährige, die in den letzten 30 Tagen 1x oder mehr mindestens fünf alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit getrunken haben</p>
Messmethode:	Schriftliche Befragung
Verwendete Datenquelle:	Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)
<ul style="list-style-type: none"> • Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen 	<p>Ca. 10'000</p> <p>11-15 Jahre</p> <p>D, F, I</p>
Weitere Datenquellen:	-
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregionen
Anzahl Messpunkte:	7
Frequenz der Erhebung:	Alle 4 Jahre
Nächste Aktualisierung:	2018
Bemerkungen zum Indikator	
Vergleichbarkeit:	NCD 20.2; (a) entspricht OECD-Indikator «Alcohol consumption among children» (Health at a glance 2013, Nr. 21)
Limitierung:	(a) bezieht sich auf selbst wahrgenommene Betrunkenheit, ungeachtet der getrunkenen Menge an Alkohol.
Bemerkung:	Die Frage zum Konsum von 5 und mehr alkoholischen Getränken bei einer Gelegenheit (F26) wird nur in der HBSC-Langversion (14-15-Jährige) gestellt
Weiterführende Literatur:	<p>OECD Health at a glance 2013: 10.1787/health_glance-2013-en</p> <p>Webseite HBSC http://www.hbsc.ch/?lang=de</p> <p>Sucht Schweiz zu HBSC: http://www.suchtschweiz.ch/forschung/hbsc/</p>

3.1 Getränkesspezifischer Alkoholkonsum P15+

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kürzel
3.1	Getränkesspezifischer Alkoholkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren
Vollständige Bezeichnung: Getränkesspezifischer Alkoholkonsum als Konsumhäufigkeit und -menge von Bier, Wein, Spirituosen, Alcopops bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	<p>Anteil des Reinalkohols verschiedener alkoholischer Getränke am Gesamtkonsum, nach Geschlecht, Alter und Sprachregion</p> <p>Aggregierter Indikator aus Fragen nach Häufigkeit des Konsums und Konsummenge bei jeweiligem Konsum. Daraus wird die durchschnittlich konsumierte Menge Reinalkohol pro Tag errechnet (1 Standardgetränk = 10-12 Gramm Reinalkohol)</p> <p><i>Fragestellungen aus SGB12, 38.20 bis 38.55 für die Getränketypen Bier, Wein, Spirituosen (d.h. Schnaps, Whisky, Cognac, Likör usw.) und Alcopops. Fragen zu Konsumstatus und Häufigkeit sind jeweils identisch:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 38.20: Haben Sie in den letzten 7 Tagen Bier getrunken? • 38.21: Wie häufig? • 38.22: Und wie viel pro Mal? <p><i>[Personen ohne Konsum in den letzten 7 Tagen]:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 38.23: Haben Sie in den letzten 12 Monaten Bier getrunken? • 38.24: Wie häufig? • 38.25: Und wie viel pro Mal?
Relevanz:	Neue Produkte der Alkoholindustrie können bei entsprechenden Zielgruppen zu Konsumhaussen führen (z.B. Alcopops). Produktpalette ist in ständiger Entwicklung. Für effiziente Prävention sowie Monitoring der Wirkung von Präventionsmassnahmen sind daher Daten zur konsumierten Getränkeart wichtig.
Bezug zur Strategie:	HF 1: Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung; HF 6: Wissen
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Themenzuordnung:	Prävalenzen in der Gesamtbevölkerung (EMCDDA: GPS)
Bezug Wirkungsmodell:	Outcome: Risikogruppen und vulnerable Gruppen werden frühzeitig erkannt Impact: Suchterkrankungen werden verhindert
Messung des Indikators	
Subindikatoren	Getränkesspezifischer Alkoholkonsum nach Getränkeart
Messmethode:	Telefonische Befragung

Verwendete Datenquelle:	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)
<ul style="list-style-type: none"> • Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen 	<p>Ca. 20'000</p> <p>Ab 15 Jahren</p> <p>D, F, I</p>
Weitere Datenquellen:	<p>EAV (Verkaufszahlen pro Kopf der Bevölkerung in Litern effektiv sowie in Litern reinen Alkohols: Bier, Wein, Obstwein, Spirituosen), jedoch keine Differenzierung nach Alter, Geschlecht etc. möglich</p> <p>SUMO-Zusatzmodul mit weiteren Differenzierungen (z.B. Konsum am Wochenende); zwei Messpunkte: 2011 und 2015</p>
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Sprachregionen, Nationalität
Anzahl Messpunkte:	4 (1992 schriftliche Befr., nicht vergleichbar)
Frequenz der Erhebung:	Alle 5 Jahre
Nächste Aktualisierung:	2017
Bemerkungen zum Indikator	
Vergleichbarkeit	NCD 21.1
Limitierung:	<p>Konsumhaussen neuer Produkte können sich innert relativ kurzer Zeit entwickeln – eine Befragung wie die SGB ist angesichts der Periodizität und der Hürden für Anpassungen in den Fragestellungen nur bedingt geeignet, solche Trends abzubilden. Spezifische zielgerichtete Studien müssten im Rahmen der Ressortforschung erarbeitet werden.</p>
Bemerkung:	<p>Weitere Datenquellen: EAV (Verkaufszahlen pro Kopf der Bevölkerung in Litern effektiv sowie in Litern reinen Alkohols: Bier, Wein, Obstwein, Spirituosen), jedoch keine Differenzierung nach Alter, Geschlecht etc. möglich; SuMo-Zusatzmodul mit weiteren Differenzierungen (z.B. Konsum am Wochenende) mit zwei Messpunkten: (2011 und 2015).</p>
Weiterführende Literatur:	<p>SGB: Notari et al. (2014), 129 ff.</p> <p>Suchtmonitoring: Prävalenzbericht 2011: http://www.suchtmonitoring.ch/de/2/1-4.html?alkohol-pravalenz-konsum-getrankeart</p> <p>EAV: http://www.eav.admin.ch/dokumentation/00439/00564/index.html?lang=de</p>

3.2 Getränkesspezifischer Alkoholkonsum P11-15

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kürzel
3.2	Getränkesspezifischer Alkoholkonsum bei 11-15-Jährigen
Vollständige Bezeichnung: Getränkesspezifischer Alkoholkonsum als Konsumhäufigkeit von Bier, Wein, Spirituosen, Alcopops bei 11-15-Jährigen	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Anteil der 11-15-Jährigen, die mindestens wöchentlich (a) Bier, (b) Wein, (c) Alcopops, (d) Spirituosen trinken. 4 Subindikatoren, basierend auf HBSC: <ul style="list-style-type: none"> HBSC 14, F22 Wie oft trinkst du diese alkoholischen Getränke (wie Bier, Wein oder Schnaps), auch wenn es sich nur um kleine Mengen handelt? – täglich, wöchentlich, monatlich, seltener, nie Getränkearten: Bier, Wein, Alcopops (Smirnoff Ice, Bacardi Breezer usw.), Spirituosen, Likör (Schnaps, Rum, Wodka, Whisky, Gin usw.), andere alkoholische Getränke
Relevanz:	Neue Produkte der Alkoholindustrie können bei entsprechenden Zielgruppen zu Konsumhaussen führen (z.B. Alcopops). Produktpalette ist in ständiger Entwicklung. Für effiziente Prävention sowie Monitoring der Wirkung von Präventionsmassnahmen sind daher Daten zur konsumierten Getränkeart wichtig.
Bezug zur Strategie:	HF 1: Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung; HF 6: Wissen
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Themenzuordnung:	Prävalenzen in der Gesamtbevölkerung (EMCDDA: GPS)
Bezug Wirkungsmodell:	Outcome: Risikogruppen und vulnerable Gruppen werden frühzeitig erkannt Impact: Suchterkrankungen werden verhindert
Messung des Indikators	
Subindikatoren	A) Anteil der 11-15-Jährigen, die mindestens wöchentlich Bier trinken B) Anteil der 11-15-Jährigen, die mindestens wöchentlich Wein trinken C) Anteil 11-15-Jährigen, die mindestens wöchentlich Spirituosen/Likör trinken D) Anteil 11-15-Jährigen, die mindestens wöchentlich Alcopops trinken
Messmethode:	Schriftliche Befragung
Verwendete Datenquelle:	Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)
<ul style="list-style-type: none"> Stichprobengrösse Altersgruppen Sprachregionen 	Ca. 10'000 11-15 Jahre D, F, I
Weitere Datenquellen:	-
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregionen

Anzahl Messpunkte:	7
Frequenz der Erhebung:	Alle 4 Jahre
Nächste Aktualisierung:	2018
Bemerkungen zum Indikator	
Vergleichbarkeit	NCD 21.2
Limitierung:	Vergleichbarkeit/längerfristige Trends zu verfolgen, ist nicht immer möglich, da die zur Beantwortung der Frage zur Auswahl stehenden Getränke über die Studienjahre immer wieder geändert wurden
Bemerkung:	Indikator kann nicht analog zu P15+ (Indikator 3.1) gebildet werden, da in HBSC lediglich die Konsumhäufigkeit abgefragt wird, nicht aber die Konsummenge.
Weiterführende Literatur:	Marmet et al. 2015, 66ff; Sucht Schweiz zu HBSC: http://www.suchtschweiz.ch/forschung/hbsc/

4.1 Tabakkonsum (Rauchen) P15+

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kürzel
4.1	Tabakkonsum (Rauchen) bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren
Vollständige Bezeichnung: Prävalenz des Rauchens in der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren.	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	<p>Anteil der Personen, die aktuell (a) täglich rauchen, (b) gelegentlich rauchen, (c) früher geraucht haben, (d) nie geraucht haben.</p> <p><i>Fragestellungen aus SGB12:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 39.00: Rauchen Sie, wenn auch nur selten? • 39.01: Rauchen Sie täglich? • 39.20 [Nur Nichtraucher/innen]: Haben Sie je regelmässig während mehr als 6 Monaten geraucht?
Relevanz:	<p>Tabakkonsum macht sehr schnell abhängig und es ist schwierig aufzuhören.</p> <p>Mit über 1,7 Million Raucherinnen und Rauchern gehört der Tabakkonsum in der Schweiz zu einem der grössten Probleme der öffentlichen Gesundheit. Tabak als wichtigster Risikofaktor für chronisch nicht übertragbare Krankheiten trägt wesentlich zur globalen Krankheitslast (Burden of Disease) bei. In der Schweiz sterben jedes Jahr mehr als 9'000 Menschen vorzeitig an den Folgen des Rauchens. Das sind rund 25 Todesfälle pro Tag.</p> <p>Die Mehrheit der Raucherinnen und Raucher hat mit unter 18 Jahren mit dem Rauchen angefangen. Rauchende, die vor dem Alter von 15 Jahren mit dem täglichen Konsum beginnen, weisen in der Folge einen höheren Grad der Nikotinabhängigkeit auf als Rauchende, die in einem höheren Alter mit dem täglichen Konsum anfangen.</p> <p>Prävalenzraten können genutzt werden, um Konsumtendenzen zu beobachten und die Auswirkung von Massnahmen zur Tabakkontrolle über die Zeit zu evaluieren.</p>
Bezug zur Strategie:	<p>HF 1: Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung;</p> <p>HF 6: Wissen</p>
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Leitindikator / Kernindikator
Themenzuordnung:	Prävalenzen in der Gesamtbevölkerung (EMCDDA: GPS)
Bezug Wirkungsmodell:	<p>Outcome: Menschen in allen Lebensphasen pflegen einen ausschliesslich risikoarmen Umgang mit Substanzen und verhalten sich risikoarm</p> <p>Impact: Suchterkrankungen werden verhindert</p>
Messung des Indikators	
Messmethode:	Telefonische Befragung
	Telefonische Befragung

Verwendete Datenquelle:	Suchtmonitoring (SUMO)	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)
<ul style="list-style-type: none"> • Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen 	11'000 Ab 15 Jahren D, F, I	Ca. 20'000 Ab 15 Jahren D, F, I
Weitere Datenquellen:	-	-
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregion, Bildung, Erwerbstatus	Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Sprachregionen, Nationalität
Anzahl Messpunkte:	5 (2011-2016)	5 (1992-2012)
Frequenz der Erhebung:	Jährlich bis 2016, danach unbestimmt	Alle 5 Jahre, wünschenswert alle 2 Jahre
Nächste Aktualisierung:	2016	2017
Bemerkungen zum Indikator		
Vergleichbarkeit:	NCD 22.1 International: WHO (GMF; Tobacco control country profiles), Eurobaromètre; NHANES 2013 (USA)	
Limitierung:		
Bemerkung:	Nur gerauchte Tabakprodukte.	
Weiterführende Literatur:	Suchtmonitoring: http://www.suchtmonitoring.ch/de/1.html SGB: www.sgb12.bfs.admin.ch/	

4.2 Tabakkonsum (Rauchen) P11-15

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kürzel Kurzbezeichnung
4.2	Tabakkonsum (Rauchen) bei 11-15-Jährigen
Vollständige Bezeichnung: Prävalenz des Rauchens bei 11-15-Jährigen	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	<p>Anteil der 11-15-Jährigen, die aktuell (a) täglich rauchen, (b) gelegentlich rauchen, (c) nicht rauchen.</p> <p><i>Der Indikator basiert auf dem aktuellen Konsumstatus gemäss HBSC:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • HBSC 14, F18:Wie oft rauchst du zurzeit? – 1. Jeden Tag, 2. Mindestens einmal pro Woche, aber nicht jeden Tag, 3. Weniger als einmal in der Woche, 4. Ich rauche nicht. <p>«Gelegentlich» ist eine Zusammenfassung der Antwortmöglichkeiten 2 und 3.</p>
Relevanz:	<p>Tabakkonsum macht sehr schnell abhängig und es ist schwierig aufzuhören.</p> <p>Mit über 1,7 Million Raucherinnen und Rauchern gehört der Tabakkonsum in der Schweiz zu einem der grössten Probleme der öffentlichen Gesundheit. Tabak als wichtigster Risikofaktor für chronisch nicht übertragbare Krankheiten trägt wesentlich zur globalen Krankheitslast (Burden of Disease) bei. In der Schweiz sterben jedes Jahr mehr als 9'000 Menschen vorzeitig an den Folgen des Rauchens. Das sind rund 25 Todesfälle pro Tag.</p> <p>Die Mehrheit der Raucherinnen und Raucher hat mit unter 18 Jahren mit dem Rauchen angefangen. Rauchende, die vor dem Alter von 15 Jahren mit dem täglichen Konsum beginnen, weisen in der Folge einen höheren Grad der Nikotinabhängigkeit auf als Rauchende, die in einem höheren Alter mit dem täglichen Konsum anfangen.</p> <p>Prävalenzraten können genutzt werden, um Konsumtendenzen zu beobachten und die Auswirkung von Massnahmen zur Tabakkontrolle über die Zeit zu evaluieren.</p>
Bezug zur Strategie:	<p>HF 1: Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung (Strategische Ziele 1.2 und 1.3)</p> <p>HF 4: Regulierung und Vollzug</p>
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Kernindikator
Themenzuordnung:	Prävalenzen in der Gesamtbevölkerung (EMCDDA: GPS)
Bezug Wirkungsmodell:	<p>Outcome: Risikogruppen und vulnerable Gruppen werden frühzeitig erkannt</p> <p>Outcome: Risikogruppen nehmen Angebote mit Suchtpotenzial weniger bzw. als weniger attraktiv wahr</p> <p>Impact: Suchterkrankungen werden verhindert</p>

Messung des Indikators	
Messmethode:	Schriftliche Befragung
Verwendete Datenquelle:	Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)
<ul style="list-style-type: none"> • Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen 	<p>Ca. 10'000</p> <p>11-15 Jahre</p> <p>D, F, I</p>
Weitere Datenquellen	-
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregionen
Anzahl Messpunkte:	4
Frequenz der Erhebung:	Alle 4 Jahre
Nächste Aktualisierung:	2018
Bemerkungen zum Indikator	
Vergleichbarkeit:	NCD 22.2
Limitierung:	
Bemerkung:	Nur gerauchte Tabakprodukte
Weiterführende Literatur:	HBSC: www.hbsc.ch

5 Produktespezifischer Tabakkonsum P15+

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kürzel	Kurzbezeichnung
5		Produktespezifischer Tabakkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren
Vollständige Bezeichnung		Konsum (Häufigkeit, Menge) differenziert nach Produktart
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	<p>Konsum (Häufigkeit, Menge) differenziert nach Produktart: drei Subindikatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Art und Menge der konsumierten Tabakerzeugnisse (b) Verhältnis des Mischkonsums von Tabakerzeugnissen (c) Konsumverlagerung von einem Tabakerzeugnis zum anderen <p>A) Angaben basieren auf folgenden Fragestellungen:</p> <p>1. <i>Suchtmonitoring, Core (CT07ff) sowie Split-B (TC06ff. und TE02ff.):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • CT07: Was rauchen Sie? Rauchen Sie ... Zigaretten, Zigarren/Stumpen, Cigarillos, Wasserpfeife (Shisha, Hookah), Pfeife? • CT08: Rauchen Sie auch selbstgedrehte Zigaretten? (ja, nur selbstgedrehte; ja, zum Teil, nein) • CT09/CT10: Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Durchschnitt pro Tag/pro Woche, einschliesslich selbstgedrehter Zigaretten? • TC06a: Wie viele Zigarren und Stumpen rauchen Sie im Durchschnitt pro Tag? • TC07a: Wie viele Cigarillos rauchen Sie im Durchschnitt pro Tag? • TC08a: Wie viele Wasserpfeifen rauchen Sie im Durchschnitt pro Tag? • TC09a: Wie viele Pfeifen rauchen Sie im Durchschnitt pro Tag? • CT13r Konsumieren Sie andere, rauchfreie Tabakprodukte wie Schnupftabak oder Kautabak? Wenn ja, welche? (Schnupftabak (Snuff), Snus oder anderer Lutschtabak, Kautabak (gedreht oder gerollt), Nikotinkaugummi oder Nikotinplaster) • TE02: Haben Sie schon einmal eine elektronische Zigarette (oder E-Zigarette) benutzt oder ausprobiert? • TE03: War dies in den letzten 30 Tagen? • TE04: Wie oft pro Woche benutzen Sie derzeit elektronische Zigaretten? (täglich, mehrmals pro Woche, einmal pro Woche, seltener) <p><i>Neu zu integrierende Fragestellung :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Konsumieren Sie eine andere Art Tabakerzeugnis? Welches? <p>2. <i>Fragestellungen aus SGB12:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 39.10: Was rauchen Sie? – Zigaretten, Zigarren, Cigarillos, Pfeife, Wasserpfeife • 39.11: Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Durchschnitt pro Tag? • 39.12: Wie viele Zigarren rauchen Sie im Durchschnitt pro Tag? • 39.13: Wie viele Cigarillos rauchen Sie im Durchschnitt pro Tag? • 39.14: Wie viele Pfeifen rauchen Sie im Durchschnitt pro Tag? <p>B) Dieser Indikator gibt ausgehend von den Informationen aus A) das Verhältnis des Konsums von Zigaretten und anderen Tabakerzeugnissen an:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie hoch ist der Bevölkerungsanteil, der regelmässig verschiedene Tabakerzeugnisse, namentlich Zigaretten und elektronische Zigaretten oder Snus, parallel konsumiert? 	

	<p>C) Gibt es eine Konsumverlagerung von einem Tabakerzeugnis zum anderen? Kommt es beispielsweise vor, dass nach einem anfänglichen Konsum von elektronischen Zigaretten auf ein anderes Tabakerzeugnis gewechselt wird?</p> <p><i>Neue Frage:</i></p> <p>Mit welchem Erzeugnis begann Ihr Tabakkonsum?</p>
Relevanz:	<p>Zigaretten sind in der Schweiz in allen Bevölkerungsgruppen das am häufigsten konsumierte Tabakerzeugnis. In den letzten Jahren sind einige neue Produkte auf den Schweizer Markt gekommen und mit Sicherheit werden auch in Zukunft neue Produkte dazukommen. Eine dieser Neuerungen ist zum Beispiel die elektronische Zigarette. Neue Produkte, deren genaue Schädlichkeit noch nicht bekannt ist, werden häufig als „weniger riskant“ beschrieben und können das Konsumverhalten der Schweizer Bevölkerung nachhaltig verändern. Um bei Präventionsmassnahmen stets die neusten Tendenzen berücksichtigen zu können, sind aktuelle Informationen über das Konsumverhalten unerlässlich. Zudem kann zum Beispiel der Mischkonsum von Zigaretten und elektronischen Zigaretten die rauchende Person, die ihren Zigarettenkonsum reduziert, in falscher Sicherheit wiegen, da die Schädlichkeit des Tabaks nur zum Teil von der Quantität der gerauchten Erzeugnisse abhängt.</p>
Bezug zur Strategie:	<p>HF 1: Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung; HF 6: Wissen</p>

Kategorisierung des Indikators

Hierarchie:	Zusatzindikator
Themenzuordnung:	Prävalenzen in der Gesamtbevölkerung (EMCDDA: GPS)
Bezug Wirkungsmodell:	Outcome: Menschen in allen Lebensphasen pflegen einen ausschliesslich risikoarmen Umgang mit Substanzen und verhalten sich risikoarm

Messung des Indikators

Messmethode:	Telefonische Befragung	Telefonische Befragung
Verwendete Datenquelle:	Suchtmonitoring (SUMO)	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)
<ul style="list-style-type: none"> • Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen 	<p>11'000</p> <p>Ab 15 Jahren</p> <p>D, F, I</p>	<p>Ca. 20'000</p> <p>Ab 15 Jahren</p> <p>D, F, I</p>
Weitere Datenquellen:	-	-
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregion, Bildung, Erwerbstatus	Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Sprachregionen, Nationalität

Anzahl Messpunkte:	4 (seit 2011) + Tabakmonitoring (2001-2010)	5 (1992-2012)
Frequenz der Erhebung:	Alle 2 Jahre, ab 2016 unbestimmt	Alle 5 Jahre, wünschenswert alle 2 Jahre
Nächste Aktualisierung:	2016	2017
Bemerkungen zum Indikator		
Vergleichbarkeit:	NCD 24; International: Eurobaromètre	
Limitierung:	SGB: bisher nur Tabakprodukte zum Rauchen. Es fehlen E-Zigaretten mit und ohne Nikotin, Kautabak und Snus, Schnupftabak	
Bemerkung:	L'indicateur doit laisser la place aux nouveaux produits du tabac qui vont arriver sur le marché ces prochaines années	
Weiterführende Literatur:		

6.1 Cannabiskonsum P15-64

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kürzel
6.1	Cannabiskonsum bei der Wohnbevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren
Vollständige Bezeichnung: Prävalenz des Cannabiskonsums bei der Wohnbevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	<p>Anteil der Personen zwischen 15 und 64 Jahren, die (a) aktuell Cannabis konsumieren, (b) in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert haben, (c) in ihrem Leben schon einmal Cannabis konsumiert haben.</p> <p><i>(a) entspricht 30-Tages-Prävalenz. Fragestellung aus Suchtmonitoring (Core):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • CD04: [Nur in den letzten 12 Monaten Cannabiskonsumierende] Haben Sie in den letzten 30 Tagen Haschisch/Marihuana genommen? • CD05: Während den letzten 30 Tagen, an wie vielen Tagen haben Sie da Haschisch/Marihuana genommen? – an 20 Tagen oder mehr, an 10 bis 19 Tagen, an 4 bis 9 Tagen, an 1 bis 3 Tagen (alternative Antwortkategorien: täglich oder fast täglich, mehrmals pro Woche, einmal pro Woche, seltener) <p><i>(b) und (c): Fragestellungen aus SGB12:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 40.10: Haben Sie schon einmal Cannabis (Haschisch/Marihuana) genommen? • 40.11 Wie oft haben Sie bisher in Ihrem Leben Cannabis (Haschisch/Marihuana) genommen? • 40.13: [Nur Personen, die 2 Mal oder öfters Cannabis konsumiert haben]: Haben Sie in den letzten 12 Monaten Cannabis (Haschisch/Marihuana) genommen?
Relevanz:	<p>Monitoring der Konsumerfahrungen und Konsumgewohnheiten in der Allgemeinbevölkerung bzw. in bestimmten Subgruppen (Alter, Geschlecht, sozioökonomisch, Sprachregion etc.)</p> <p>Cannabis ist die am häufigsten konsumierte illegale Substanz in der Schweiz. Risiken des Cannabisgebrauchs werden insbesondere mit langfristigem, chronischem Gebrauch oder dem Beginn des (regelmässigen) Gebrauchs in jungen Jahren assoziiert (psychische Probleme, kognitive Beeinträchtigungen, Schäden aufgrund des beigemischten Tabaks). Kurzfristige Risiken betreffen insbesondere das Fahren unter Cannabiseinfluss.</p>
Bezug zur Strategie:	<p>HF 1: Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung; HF 6: Wissen; HF 8: Internationale Politik</p>
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Leitindikator / Kernindikator
Themenuordnung:	Prävalenzen in der Gesamtbevölkerung (EMCDDA: GPS)
Bezug Wirkungsmodell:	<p>Outcome: Menschen in allen Lebensphasen pflegen einen ausschliesslich risikoarmen Umgang mit Substanzen und verhalten sich risikoarm</p> <p>Impact: Suchterkrankungen werden verhindert</p>

Messung des Indikators		
Subindikatoren	(b) 12-Monats-Prävalenz (c) Lebenszeit-Prävalenz	(a) 30-Tages-Prävalenz, inkl. Konsumhäufigkeiten: 1. täglich oder fast täglich (an 20 Tagen oder mehr), 2. häufig (an 10-19 Tagen), 3. gelegentlich (4-9 Tagen), 4. sporadisch (an 1-2 Tagen)
Messmethode:	Bevölkerungsbefragung	Bevölkerungsbefragung
Datenquelle:	SGB (2012: F40.10 bis F40.13)	bisher nur SuMo (Core), CD04-CD05
Desaggregation:	Alter (15-34; 15-64), Geschlecht, Sprachregion, Bildungsniveau, Erwerbstatus, Einkommen, Nationalität	Alter (15-34; 15-64), Geschlecht, Sprachregion, Urbanisierungsgrad, Bildung, Erwerbstatus
Frequenz der Erhebung:	alle 5 Jahre	2011-2016: jährlich
Nächste Aktualisierung:	2017	unbestimmt
Bemerkungen zum Indikator		
Vergleichbarkeit:	EMCDDA: GPS, Subindikator (a) mit Konsumhäufigkeit: HRDU	
Limitierung:	<p>In der SGB fehlen Angaben zur 30-Tages-Prävalenz. Konsumhäufigkeit wurde nur in Bezug auf die letzten 12 Monate erhoben (1 Mal wöchentlich oder mehr, 1 bis 3 Mal im Monat, weniger als 1 Mal im Monat). Die Unterscheidung von risikoarmem und risikoreichem Konsum, die es für die Berechnung verschiedener weiterer Indikatoren braucht (insbesondere 14.1, 27, 28, 29), ist auf dieser Basis jedoch nicht möglich.</p> <p>Schwellenwert des risikoreichen Cannabiskonsums (Leitindikator): Gebrauch an 20 oder mehr Tagen in den letzten 30 Tagen. Dies entspricht EMCDDA-Standard (vgl. Thanki/Vicente 2013).</p>	
Bemerkung:	<p>In Ausnahmefällen sind Bewilligungen zum medizinischen Gebrauch von Cannabis möglich – diese Fälle lassen sich jedoch nicht identifizieren bzw. ausschliessen.</p> <p>Obwohl in der SGB die Fragen zum Cannabiskonsum bis 74J gestellt werden, gilt international (EMCDDA) die Grenze von 64J für Vergleichsbeobachtungen.</p>	
Weiterführende Literatur:	<p>Sucht Schweiz, Wirkungen und Risiken des Cannabiskonsums: http://www.suchtschweiz.ch/infos-und-fakten/cannabis/wirkung-und-risiken/</p> <p>Suchtmonitoring: http://www.suchtmonitoring.ch/de/4.html?cannabis</p>	

6.2 Cannabiskonsum P14-15

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kürzel	Kurzbezeichnung
6.2		Cannabiskonsum bei 14-15-Jährigen
Vollständige Bezeichnung:		Häufigkeit des Cannabiskonsums bei 14-15-Jährigen
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition	Anteil der 14-15-Jährigen, die (a) aktuell Cannabis konsumieren oder (b) in ihrem Leben schon einmal Cannabis konsumiert haben. (a) entspricht 30-Tages-Prävalenz. Fragestellung aus HBSC: <ul style="list-style-type: none"> HBSC 14, F29: Hast du jemals Cannabis (Joint, Shit, Gras, Marihuana, Haschisch) genommen ... (1) in deinem Leben, (2) in den letzten 30 Tagen? 	
Relevanz:	Cannabis ist die am häufigsten konsumierte illegale Substanz in der Schweiz und ist besonders bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen verbreitet. Risiken des Cannabisgebrauchs werden insbesondere mit langfristigem, chronischem Gebrauch oder dem Beginn des (regelmässigen) Gebrauchs in jungen Jahren assoziiert (psychische Probleme, kognitive Beeinträchtigungen, Schäden aufgrund des beigemischten Tabaks).	
Bezug zur Strategie:	HF 1: Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung (Strategisches Ziel 1.3: Früherkennung und Frühintervention bei Suchtproblematiken stärken)	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Kernindikator	
Themenzuordnung:	Prävalenzen in der Gesamtbevölkerung (EMCDDA: GPS)	
Bezug Wirkungsmodell:	Outcome: Risikogruppen und vulnerable Gruppen werden frühzeitig erkannt Impact: Suchterkrankungen werden verhindert	
Messung des Indikators		
Subindikatoren	(a) 30-Tages-Prävalenz (Konsumstatus) (b) Lebenszeitprävalenz (Konsumstatus)	
Messmethode:	Schriftliche Befragung	
Datenquelle:	HBSC (Langversion), F29	
Desaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregion	
Anzahl Messpunkte:	7	
Frequenz der Erhebung:	4 Jahre	
Nächste Aktualisierung:	2018	
Bemerkungen zum Indikator		
Vergleichbarkeit:	HBSC ist eine international durchgeführte Erhebung	

Limitierung:	Fragen zu Cannabis werden nur in an 8. und 9. Schulklassen gestellt
Bemerkung:	
Weiterführende Literatur:	Marmet et al. (2015)

7 Konsum illegaler Substanzen (exkl. Cannabis) P15-64

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kürzel
7	Konsum illegaler Substanzen (exkl. Cannabis) bei der Wohnbevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren
Vollständige Bezeichnung: Häufigkeit des Konsums illegaler Substanzen (exkl. Cannabis) bei der Wohnbevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	<p>Anteil der Personen zwischen 15 und 64 Jahren, die (a) in den letzten 30 Tagen, (b) in den letzten 12 Monaten, (c) in ihrem Leben schon einmal illegale Substanzen (exkl. Cannabis) konsumiert haben</p> <p>Differenzierung nach Substanzen: Heroin, Kokain, Amphetamine, Ecstasy, LSD</p> <p><i>(a) Fragestellung aus Suchtmonitoring (Core): [Nur an Personen mit Konsum in den letzten 12 Monaten]</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • CD14: Haben Sie in den letzten 30 Tagen Kokain genommen? • CD19: Haben Sie in den letzten 30 Tagen Heroin genommen? <p><i>(b) und (c) Fragestellungen aus SGB12: 40.20 bis 40.62 für folgende Drogen: Ecstasy, Kokain, Heroin, andere (z.B. Speed, LSD oder halluzinogene Pilze). Fragen zu Konsumstatus und Häufigkeit sind jeweils identisch:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 40.20: Haben Sie in Ihrem Leben schon einmal andere Drogen (z.B. Ecstasy, Kokain, Heroin usw.) genommen? • 40.30: Haben Sie schon einmal Ecstasy genommen? • 40.31: Haben Sie in den letzten 12 Monaten Ecstasy genommen? • 40.32: Wie häufig haben Sie in den letzten 12 Monaten Ecstasy genommen?
Relevanz:	Die Vielfalt von unterschiedlichen Konsummustern und -trends und betroffenen Gruppen müssen kontinuierlich beobachtet werden, um bei Bedarf frühzeitig mögliche Handlungsoptionen mit den betroffenen Akteuren im Feld besprechen und entwickeln zu können (Strategie Sucht, S. 13).
Bezug zur Strategie:	HF 1: Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung; HF 6: Wissen; HF 8: Internationale Politik
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Leitindikator / Kernindikator
Themenuordnung:	Prävalenzen in der Gesamtbevölkerung (EMCDDA: GPS)
Bezug Wirkungsmodell:	<p>Outcome: Menschen in allen Lebensphasen pflegen einen ausschliesslich risikoarmen Umgang mit Substanzen und verhalten sich risikoarm</p> <p>Impact: Suchterkrankungen werden verhindert</p>
Messung des Indikators	

Subindikatoren	(b) 12-Monats-Prävalenz (Leitindikator) (c) Lebenszeit-Prävalenz	a) 30-Tages-Prävalenz
Messmethode:	Bevölkerungsbefragung	Bevölkerungsbefragung
Datenquelle:	SGB (2012: F40.20 bis 40.62)	bisher nur SuMo (Core), CD14, CD19
Desaggregation:	Alter (15-34; 15-64), Geschlecht, Sprachregion, Bildungsniveau, Erwerbstatus, Einkommen, Nationalität	Alter (15-34; 15-64), Geschlecht, Sprachregion, Urbanisierungsgrad, Bildung, Erwerbstatus
Frequenz der Erhebung:	5 Jahre	2011-2016: jährlich
Nächste Aktualisierung:	2017	unbestimmt
alternative Messmethode:	Prävalenzschätzungen basierend auf diversen Datenquellen (nebst Bevölkerungsbefragungen u.a. auch Behandlungsstatistiken, Erhebungen im Rahmen der Drug-Checkings, Verzeigungen, für Gesamtkonsummengen Abwassermessungen, vgl. Ort et al. 2014). Für mögliche methodische Ansätze sowie deren Umsetzbarkeit in der Schweiz vgl. Lauberau/Spörri (2014).	
Bemerkungen zum Indikator		
Vergleichbarkeit:	EMCDDA, General Population Survey Indicator (GPS)	
Limitierung:	<p>In der SGB fehlen Angaben zur 30-Tages-Prävalenz. (Nur Häufigkeit in den letzten 12 Monaten: 1 Mal wöchentlich oder mehr, 1 bis 3 Mal im Monat, weniger als 1 Mal im Monat). Bei manchen Substanzen dürften allerdings die Fallzahlen so gering sein, dass keine Indikatoren zur Lebenszeit- und 30-Tages-Prävalenz gebildet werden können (vgl. die entsprechenden Zahlen im Suchtmonitoring, Gmel et al. 2014). Ausserdem wird in der SGB der Amphetamin- und LSD-Konsum nicht spezifisch abgefragt, sondern in der Kategorie «andere» zusammengefasst.</p> <p>Bei der SGB ist die Vergleichbarkeit aktueller mit früheren Erhebungen bei den Fragen zum Drogenkonsum z.T. nur bedingt möglich, da unterschiedliche Altersgruppen befragt wurden (1992 und 1997: 15-59, 2002: 15-64, 2007: 15-69, 2012: 15-74), zusätzliche Fragen eingefügt oder die Filter verändert wurden (siehe Einleitung zum SGB-Fragebogen 2012: 2; 50ff.).</p> <p>Das Suchtmonitoring enthält zwar Fragen zur 30-Tages-Prävalenz, jedoch nicht für alle gewünschten Substanzen.</p> <p>Repräsentative Bevölkerungsbefragungen haben grundsätzlich das Problem, dass sie das tatsächliche Ausmass des illegalen Drogenkonsums unterschätzen. Hauptgründe dafür sind die schlechte Erreichbarkeit der Konsumierenden mit derartigen Erhebungen (Tel., schriftl. Fragebogen) sowie die Verlässlichkeit der Angaben (Verhalten im illegalen Bereich). Gemeinhin sind die ermittelten Fallzahlen, abgesehen von Cannabis, sehr niedrig</p>	

<p>Bemerkung:</p> <p>Weiterführende Literatur:</p>	<p>(vgl. Lauberau/Spörri 2014). Ergänzend empfehlen sich daher Prävalenzschätzungen basierend auf verschiedenen Datenquellen (siehe oben, «alternative Messmethode»).</p> <p>Aufgrund der geringen Fallzahlen lässt sich ein Indikator zum Risikokonsum basierend auf Bevölkerungsbefragungen kaum realisieren (EMCDDA-Definition: mindestens wöchentlicher Gebrauch bzw. Gebrauch an mindestens 26 Tagen in den letzten 12 Monaten, vgl. Thanki/Vicente 2013). Anstelle eines Indikators «Risikoreicher Drogenkonsum» wird daher im Leitindikator der Konsum einer illegalen Substanz (exkl. Cannabis) in den letzten 12 Monaten vorgeschlagen, was noch keine Aussage über den Risikostatus erlaubt. Alternativ könnten auch Prävalenzschätzungen als Basis für einen Leitindikator in diesem Bereich genommen werden. Gemäss den von Lauberau/Spörri (2014) konsultierten Expert/innen wird der Nutzen von Prävalenzschätzungen eher im Bereich Forschung als im Bereich Politik (Information, Bedarfsanalyse, Wirkungsmessung) gesehen (ebd., 31).</p>
---	--

8 Injizierender Drogenkonsum

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kürzel	Kurzbezeichnung
8		Injizierender Drogenkonsum bei Personen in Suchtbehandlung
Vollständige Bezeichnung: Personen in Suchtbehandlung mit injizierendem Drogenkonsum in den letzten 12 Monaten		
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	Anteil der Personen in Suchtbehandlung, die in den letzten 12 Monaten illegale Substanzen injiziert haben, nach Hauptproblemsubstanz	
Relevanz:	Personen mit injizierendem Drogenkonsum (injecting drug users, IDU) haben ein erhöhtes Risiko für die Übertragung von Infektionskrankheiten sowie für Überdosierungen, ausserdem sind sie weiteren somatischen Problemen wie Hautinfektionen, Venenentzündung, Tetanus etc. ausgesetzt (vgl. act-info, Im Brennpunkt, 2012). Injizierender Drogenkonsum wird am häufigsten mit dem Konsum von Opioiden in Verbindung gebracht, kommt jedoch teilweise auch bei Amphetaminen und Kokain vor (vgl. EMCDDA 2015, 53); gemäss Bundesratsbericht zu leistungssteigernden Arzneimitteln (2014, 7) kann diese Konsumform auch bei Personen, die methylphenidathaltige Arzneimittel zur Euphorisierung verwenden, vorkommen.	
Bezug zur Strategie:	HF 1: Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung; HF 3: Schadensminderung und Risikominimierung	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Kernindikator	
Themenzuordnung:	Umfang und Auswirkungen von Risikoverhalten (EMCDDA: HRDU)	
Bezug Wirkungsmodell:	Outcome: Menschen in allen Lebensphasen pflegen einen ausschliesslich risikoarmen Umgang mit Substanzen und verhalten sich risikoarm Outcome: Suchtbetroffene kennen und pflegen den wenig schädlichen Umgang mit Substanzen und Verhaltensweisen Impact: Gesundheitliche und soziale Schäden werden vermindert	
Messung des Indikators		
Messmethode:	Klientenmonitoring	Klientenbefragung
Datenquelle:	act-info	Klientenbefragung in niederschweligen Einrichtungen (NSE)
Desaggregation:	Alter, Geschlecht	Alter, Geschlecht
Anzahl Messpunkte:	seit 2004	6 (1993, 1994, 1996, 2000, 2006, 2011)
Frequenz der Erhebung:	jährlich	unregelmässig
Nächste Aktualisierung:	2016	unbestimmt
Bemerkungen zum Indikator		

Vergleichbarkeit:	EMCDDA: Bestandteil des High-Risk Drug Use (HRDU)-Indikators: «High-risk drug use is measured as the use of psychoactive substances by high-risk pattern (e.g. intensively) and/or by high-risk routes of administration in the last 12 months.» Wird auch im Rahmen des Treatment Demand Indicators (TDI) abgebildet (primäre Einnahmeart der Hauptproblemsubstanz).
Limitierung:	Keine Angaben zur Prävalenz des Injektionsverhaltens bei Personen, die sich nicht in Behandlung/Beratung begeben. Bei den Behandlungsdaten ausserdem keine Repräsentativität aufgrund des fehlenden Abdeckungsgrads von act-info; ohne Methadonstatistik (dort voraussichtlich auch im neuen Online-Instrument nur Angaben zur Lebenszeitprävalenz und zur hauptsächlichen Einnahmeart vor Eintritt in Behandlung).
Bemerkung:	Eine alternative Möglichkeit wäre die Wiederholung von Schätzungen zur Gesamtzahl der IDU analog Arnaud et al. (2011).
Weiterführende Literatur:	act-info (2012), Locicero et al. 2012

9 Chronischer Medikamentenkonsument P15+

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kürzel
9	Chronischer Medikamentenkonsument bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren
Vollständige Bezeichnung: Prävalenz des chronischen Konsums von Schmerzmitteln oder Schlaf-/Beruhigungsmitteln bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	<p>Anteil der Personen ab 15 Jahren, die in den letzten 12 Monaten während mindestens 3 Monaten (fast) täglich Schmerzmittel oder Schlaf-/Beruhigungsmittel konsumiert haben, nach Typ des Präparats und nach Bezugsquelle</p> <p>Typ des Präparats: 1. Schmerzmittel, 2. Schlaf- und Beruhigungsmittel</p> <p>Bezugsquelle 1. ohne Rezept (Internet, Freunde/Verwandte, Apotheke), 2. mit Rezept (Apotheke, Arzt)</p> <p><i>Fragestellungen aus Suchtmonitoring (Core). Der Fragelaut ist für Schmerzmittel (CM01-CM05) und Schlaf- oder Beruhigungsmittel (CM06-CM10) identisch:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • CM01: Haben Sie in den letzten 12 Monaten starke Schmerzmittel (also nicht gewöhnliche Kopfwehrmittel wie Aspirin oder Paracetamol) genommen? • CM02: Haben Sie in den letzten 30 Tagen starke Schmerzmittel genommen? • CM03: An wie vielen Tagen haben Sie in den letzten 30 Tagen starke Schmerzmittel genommen? • CM04 [<i>Personen mit täglicher Einnahme in den letzten 30 Tagen</i>]: Wie lange nehmen Sie starke Schmerzmittel in diesem Ausmass? • CM05: Wie haben Sie die Schmerzmittel erhalten, als Sie das letzte Mal welche genommen haben?
Relevanz:	Aufgrund der Entwicklungen der letzten Jahre in den Bereichen Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit möchte der Bundesrat die Situation durch ein Monitoring beobachten lassen, um gegebenenfalls entsprechende Massnahmen in die Wege zu leiten. (Strategie Sucht, S. 8)
Bezug zur Strategie:	HF 1: Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung; HF 6: Wissen; HF 7: Sensibilisierung und Information
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Leitindikator / Kernindikator
Themenzuordnung:	Prävalenzen in der Gesamtbevölkerung (EMCDDA: GPS)
Bezug Wirkungsmodell:	<p>Outcome: Menschen in allen Lebensphasen pflegen einen ausschliesslich risikoarmen Umgang mit Substanzen und verhalten sich risikoarm</p> <p>Outcome: Risikogruppen werden frühzeitig erkannt</p> <p>Impact: Suchterkrankungen werden verhindert</p>
Messung des Indikators	

Messmethode:	Bevölkerungsbefragung
Datenquelle:	bisher nur SuMo (Core), CM 1-10
Desaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregion, Urbanisierungsgrad, Bildung, Erwerbstatus
Frequenz der Erhebung:	2011-2016: jährlich
Nächste Aktualisierung:	unbestimmt
Bemerkungen zum Indikator	
Vergleichbarkeit:	Die Fragen im Suchtmonitoring entsprechen den im Europäischen Modellfragebogen EMQ empfohlenen Guidelines (EMCDDA 2002).
Limitierung:	Da diese Menschen häufiger in medizinischer Behandlung sind, kann nicht generell von einem problematischen Konsum ausgegangen werden (Strategie Sucht, S. 14).
Bemerkung:	Auch in der SGB werden Fragen zum Medikamentenkonsum gestellt (Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel), jedoch nur in Bezug auf die letzten 7 Tage und ob mit oder ohne Verschreibung.
Weiterführende Literatur:	Bericht des Bundesrates «Leistungssteigernde Arzneimittel» (2014), Gmel et al. (2015a)

10 Neuroenhancement P15+

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kürzel
10	Neuroenhancement bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren
Vollständige Bezeichnung: Prävalenz des Neuroenhancement bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	<p>Anteil der Personen ab 15 Jahren, die in den letzten 12 Monaten <i>ohne ärztliches Rezept</i> während mindestens 3 Monaten (fast) täglich Medikamente zur Steigerung der Aufmerksamkeit, der Leistungsfähigkeit oder zum Wachsein konsumiert haben</p> <p><i>Fragestellungen aus Suchtmonitoring (Core):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • CM16: Haben Sie in den letzten 12 Monaten Medikamente wie Ritalin, Modasomil oder Concerta zur Steigerung der Aufmerksamkeit oder zum Wachsein genommen? • CM17: Haben Sie in den letzten 30 Tagen Medikamente zur Steigerung der Aufmerksamkeit oder zum Wachsein genommen? • CM18: An wie vielen Tagen haben Sie in den letzten 30 Tagen Medikamente zur Steigerung der Aufmerksamkeit oder zum Wachsein genommen? • CM19: [<i>Personen mit täglicher Einnahme in den letzten 30 Tagen</i>]: Wie lange nehmen Sie schon Medikamente zur Steigerung der Aufmerksamkeit oder zum Wachsein in diesem Ausmass? • CM20: Wie haben Sie die Medikamente zur Aufmerksamkeits-Steigerung erhalten, als Sie das letzte Mal welche genommen haben?
Relevanz:	Aufgrund der Entwicklungen der letzten Jahre in den Bereichen Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit möchte der Bundesrat die Situation durch ein Monitoring beobachten lassen, um gegebenenfalls entsprechende Massnahmen in die Wege zu leiten. (Strategie Sucht, S. 8)
Bezug zur Strategie:	<p>HF 1: Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung;</p> <p>HF 6: Wissen;</p> <p>HF 7: Sensibilisierung und Information</p>
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Kernindikator
Themenzuordnung:	Prävalenzen in der Gesamtbevölkerung (EMCDDA: GPS)
Bezug Wirkungsmodell:	<p>Outcome: Menschen in allen Lebensphasen pflegen einen ausschliesslich risikoarmen Umgang mit Substanzen und verhalten sich risikoarm</p> <p>Outcome: Risikogruppen werden frühzeitig erkannt</p> <p>Impact: Suchterkrankungen werden verhindert</p>
Messung des Indikators	
Messmethode:	Bevölkerungsbefragung
Datenquelle:	bisher nur SuMo (Core), CM 16-20

Desaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregion, Urbanisierungsgrad, Bildung, Erwerbstatus
Frequenz der Erhebung:	2011-2016: jährlich
Nächste Aktualisierung:	unbestimmt
Bemerkungen zum Indikator	
Vergleichbarkeit:	Im europäischen Modellfragebogen (EMQ) sind zum Thema «Pharmaceuticals» lediglich Fragen zu «sedatives» und «tranquilizers» vorgesehen, nicht aber zu Psychostimulanzien.
Limitierung:	
Bemerkung:	
Weiterführende Literatur:	Bericht des Bundesrates «Leistungssteigernde Arzneimittel» (2014), Gmel et al. (2015a), Gmel et al. (2015b)

11 Risikoreiches Geldspiel P15+

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kürzel
11	Risikoreiches Geldspiel bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren
Vollständige Bezeichnung: Prävalenz des risikoreichen Geldspiels/Glücksspiels bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	<p>Anteil der Personen ab 15 Jahren, die in den letzten 12 Monaten (a) pathologisch od. problematisch (b) moderat riskant od. risikoarm, (c) nicht um Geld [Glücksspiel mit Geldeinsatz] gespielt haben.</p> <p>In der klinischen Praxis wird zwischen risikoarmem, moderat risikobehaftetem, problematischen und pathologischem Spiel unterschieden. Das Modul «Glücksspiel» in der SGB erlaubt eine Einstufung in dieselben Risikogruppen; für den Indikator werden jedoch nur zwei Kategorien gebildet.</p>
Relevanz:	Sucht wird in der neuen Strategie als umfassendes Phänomen betrachtet, das alle bisherigen und neuen Substanzen und Verhaltensweisen mit einschliesst, welche potenziell abhängig machen und alle gesellschaftlichen Bereiche einbezieht, die Einfluss auf die Entstehung von Abhängigkeit haben (S. 3). Der Schutz der Spielenden vor den sozial schädlichen Auswirkungen des Spielbetriebs ist ausserdem ein zentrales Anliegen, das im Spielbankengesetz verankert ist (Strategie Sucht, S. 8)
Bezug zur Strategie:	HF 1: Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung; HF 6: Wissen
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Leitindikator / Kernindikator
Themenzuordnung:	Umfang und Auswirkungen von Risikoverhalten (EMCDDA: HRDU)
Bezug Wirkungsmodell:	<p>Outcome: Menschen in allen Lebensphasen pflegen einen ausschliesslich risikoarmen Umgang mit Substanzen und verhalten sich risikoarm</p> <p>Impact: Suchterkrankungen werden verhindert</p>
Messung des Indikators	
Messmethode:	Bevölkerungsbefragung
Datenquelle:	SGB (2012: Frage 52ff.)
Desaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregion, Bildungsniveau, Erwerbstatus, Einkommen, Nationalität
Anzahl Messpunkte:	2 (2007 und 2012)
Frequenz der Erhebung:	5 Jahre
Nächste Aktualisierung:	2017
Bemerkungen zum Indikator	

<p>Vergleichbarkeit:</p>	<p>Die Fragen in der SGB werden für die nächste Erhebung überarbeitet, die Einteilung in Risikogruppen (s.u.) wird jedoch weiterhin möglich sein.</p>
<p>Limitierung:</p>	<p>Bezüglich Spielbankenspiele gilt es zu beachten, dass diese nur von über 18-jährigen Personen gespielt werden dürfen. Personen unter 18 Jahren sollten deshalb in Bezug auf Spielbankenspiele in Schweizer Spielkasinos kein pathologisches/problematisches Spielverhalten aufweisen.</p>
<p>Bemerkung:</p>	<p>Beschreibung der Risikogruppen und Antworten beim Screeingtest (Eichenberger et al. 2014):</p> <ul style="list-style-type: none"> • risikoarm: nie oder nur sporadisches Spiel mit Einsätzen, die dem Einkommen angemessen sind (alle Fragen verneint) • moderates Risiko: Personen mit einzelner Merkmal problematischer Verhaltens (1 Frage bejaht) • problematisches Geldspiel: regelmässiges Spiel über längere Zeitperioden, gelegentlicher Einsatz von Geldsummen, die die Einkommensverhältnisse übersteigen, Tendenzen der Verheimlichung. Kann, muss aber nicht mit häufigem Spielen verbunden sein. (2 Fragen bejaht) • pathologisches Geldspiel (Abhängigkeit): Spielen über längeren Zeitraum, Leben weitgehend auf Geldspiel ausgerichtet, Einsätze übersteigen Einkommensverhältnisse, Belastung/Zerrüttung sozialer und beruflicher Beziehungen (3 Fragen bejaht)
<p>Weiterführende Literatur</p>	<p>Eichenberger et al. 2014</p>

12 Gesperrte Geldspieler/innen P18+

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kürzel	Kurzbezeichnung
12		Anzahl gesperrte Geldspieler/innen in Schweizer Casinos
Vollständige Bezeichnung:		Gesamtzahl aktiver Spielsperren und Anzahl neuer Spielsperren pro Jahr in Schweizer Casinos
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	<p>(a) Anzahl aktive schweizweite Spielsperren Art 22 SGB im aktuellen Jahr (b) Zunahme der aktiven Spielsperren pro Jahr</p> <p>Die Zahl der aktiven Spielsperren in einem Jahr bildet die kumulierten gültigen Spielsperren ab unter Abzug allfälliger aufgehobenen Spielsperren. Personen unter 18 Jahren haben keinen Zugang zu Casinos.</p> <p>Die Spielbank spricht eine Spielsperre aus, sofern sie weiss oder annehmen muss, dass eine Person: überschuldet ist oder ihren finanziellen Verpflichtungen nicht nachkommt; Spieleinsätze riskiert, die in keinem Verhältnis zu ihrem Einkommen und Vermögen stehen; den geordneten Spielbetrieb beeinträchtigt. Ein Spieler hat auch jederzeit die Möglichkeit, sich selber sperren zu lassen. Ferner können Angehörige von spielsuchtgefährdeten Personen den Spielbanken entweder persönlich oder schriftlich ihre Bedenken mitteilen. Die Spielbanken sind verpflichtet, solchen Hinweisen nachzugehen und die Angaben zu überprüfen (Quelle: ESBK).</p>	
Relevanz:	<p>Sucht wird in der neuen Strategie als umfassendes Phänomen betrachtet, das alle bisherigen und neuen Substanzen und Verhaltensweisen mit einschliesst, welche potenziell abhängig machen und alle gesellschaftlichen Bereiche einbezieht, die Einfluss auf die Entstehung von Abhängigkeit haben (S. 3). Der Schutz der Spielenden vor den sozial schädlichen Auswirkungen des Spielbetriebs ist ausserdem ein zentrales Anliegen, das im Spielbankengesetz verankert ist (Strategie Sucht, S. 8)</p> <p>Die Anzahl aktiver Spielsperren gibt einen Hinweis auf die Problematik des risikoreichen Glücksspielverhaltens in den Schweizer Casinos.</p>	
Bezug zur Strategie:	<p>HF 1: Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung; HF 4: Regulierung und Vollzug</p>	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Zusatzindikator	
Themenzuordnung:	Umfang und Auswirkungen von Risikoverhalten (EMCDDA: HRDU)	
Bezug Wirkungsmodell:	<p>Outcome: Risikogruppen und vulnerable Gruppen werden frühzeitig erkannt / Vom Gesetzgeber definierte Risikogruppen haben ausschliesslich den gesetzlich festgelegten Zugang zu regulierten Angeboten mit Suchtpotenzial</p> <p>Impact: Suchterkrankungen werden verhindert</p>	
Messung des Indikators		

Messmethode:	Daten der Casinos (Register)
Datenquelle:	ESBK
Desaggregation:	Alter, Geschlecht
Anzahl Messpunkte:	jährlich seit 2001
Frequenz der Erhebung:	Daten liegen jährlich vor
Bemerkungen zum Indikator	
Vergleichbarkeit:	
Limitierung:	Die Anzahl aktiver Spielsperren gibt einen Hinweis auf die Problematik des risikoreichen Glücksspielverhaltens in den Schweizer Casinos, jedoch gilt hier zu beachten, dass bereits ein Verdacht auf das Vorliegen der Spielsperrvoraussetzungen genügt, um die Spielsperre auszusprechen. Daher wird auch gesperrt, wer seine finanzielle Situation nicht offenlegen will (was bei Schweizern relativ häufig der Fall ist). Das bedeutet, dass in der Gesamtanzahl Spielsperren auch eine gewisse Anzahl Sperren enthalten sind, bei denen die gesperrte Person kein Spielproblem hatte.
Bemerkung:	Eine Differenzierung nach Art der Sperrung (freiwillig vs. angeordnet) wäre möglich, ist jedoch wenig aussagekräftig
Weiterführende Literatur:	Aktuelle Zahlen und Entwicklung 2001 bis 2014: http://www.esbk.admin.ch/esbk/de/home/spielbanken/spielsucht/spielsperren.html

13 Exzessive Internetnutzung P15+

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kürzel
13	Exzessive Internetnutzung bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren
Vollständige Bezeichnung: Prävalenz der exzessiven Nutzung des Internets in der Freizeit bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	<p>Anteil der Personen ab 15 Jahren mit exzessiver Internetnutzung in der Freizeit, nach Hauptaktivität und Dauer der Nutzung</p> <p>Internetnutzung in der Freizeit: Ausgeschlossen sind schulische oder berufliche Nutzung sowie administrative Tätigkeiten wie z.B. Online Banking. Hingegen gilt die Internetnutzung während der Arbeits- oder Schulzeit, die nicht mit beruflichen oder schulischen Aufgaben zusammenhängt (Surfen, Soziale Medien etc.), als Freizeitgebrauch.</p> <p>Differenzierung nach Hauptaktivität: Online-Spiele (mit und ohne Geldeinsatz), Soziale Medien und Kommunikation (Whatsapp , Chat etc.), Filme und Musik (Youtube etc.), Surfen (Benutzung von Suchmaschinen, Information, News), Kaufen und Verkaufen, Pornografie</p> <p>Definition exzessive Nutzung auf Basis der Compulsive Internet Use Scale CIUS. Diese umfasst 14 Fragen, die jeweils auf einer Skala von 1-5 beantwortet werden können (nie, selten, manchmal, häufig, sehr häufig). Der Schwellenwert zur problematischen Nutzung soll wie bereits im Suchtmonitoring bei einer Punktzahl von 28 angesetzt werden (Marmet et al. 2013b).</p>
Relevanz:	Neben bekannten Suchtformen (Alkohol, Tabak, Drogen) sollen in der neuen Strategie Sucht auch neue Suchtformen wie die exzessive Internetnutzung thematisiert werden. Aufgrund von parlamentarischen Vorstössen hat der Bundesrat dazu einen Bericht erstellen lassen (BAG 2012) und will die Situation durch ein Monitoring beobachten, um gegebenenfalls entsprechende Massnahmen in die Wege zu leiten (Strategie Sucht, S. 8). Wie bei anderen Suchtformen ist auch bei problematischer Internetnutzung eine Korrelation mit psychischen Beschwerden zu beobachten; ebenso erhöhte Risiken für negative Folgen auf gesundheitlicher und sozialer Ebene (vgl. z.B. Thorens et al. 2014).
Bezug zur Strategie:	<p>HF 1: Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung;</p> <p>HF 6: Wissen;</p> <p>HF 7: Sensibilisierung und Information</p>
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Leitindikator / Kernindikator
Themenzuordnung:	Umfang und Auswirkungen von Risikoverhalten (EMCDDA: HRDU)
Bezug Wirkungsmodell:	<p>Outcome: Menschen in allen Lebensphasen pflegen einen ausschliesslich risikoarmen Umgang mit Substanzen und verhalten sich risikoarm</p> <p>Outcome: Risikogruppen werden frühzeitig erkannt</p> <p>Impact: Suchterkrankungen werden verhindert</p>

Messung des Indikators	
Messmethode:	Bevölkerungsbefragung
Datenquelle:	Bisher nur SuMo, Modul CIUS (Stichprobe: n=2'500)
Desaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregion, Urbanisierungsgrad, Bildung, Erwerbstatus
Anzahl Messpunkte:	1 (2013)
Frequenz der Erhebung:	Modul wurde im Rahmen von SuMo nicht regelmässig erhoben
Nächste Aktualisierung:	unbestimmt
Bemerkungen zum Indikator	
Vergleichbarkeit:	Der CIUS wurde bereits in mehreren europäischen Ländern eingesetzt.
Limitierung:	<p>Im CIUS werden die Dauer der Nutzung und die Art der Hauptaktivität nicht erfasst. Beide Items werden von den Expert/innen jedoch als wichtige Informationen erachtet. Entsprechende Fragen müssten bei der Datenerhebung zusätzlich aufgenommen werden (so wie dies beim Suchtmonitoring gemacht wurde).</p> <p>Exzessives Gamen soll in einem ersten Schritt nicht mit einem separaten Indikator/Screening-Instrument (z.B. Game Addiction Scale GAS, das im Cannabismonitoring schon einmal angewandt wurde) abgebildet werden. Vorerst ist diese Problematik nur teilweise abgedeckt (Hauptaktivität Online-Spiele), d.h. es besteht eine Lücke bei Offline-Games.</p>
Bemerkung:	<p>Als mögliche Datenquellen könnten dereinst die Jugendbefragung zur Mediennutzung JAMES oder ein Omnibus des BFS beigezogen werden.</p> <p>Da exzessive Internetnutzung (noch) kein anerkanntes, von der Wissenschaft verbindlich definiertes Konzept darstellt, bestehen auch (noch) keine offiziellen Grenzwerte (Toleranzgrenze). Je nach Messinstrument, gewähltem Grenzwert und Grundpopulation variiert der Anteil an exzessiven Internetnutzer/innen (BAG 2012, 10). Die Expert/innen sind sich jedoch einig, dass eine Definition exzessiver Nutzung über Häufigkeit/Dauer alleine nicht ausreichend ist und (ähnlich wie beim Geldspiel) mit einem Screening-Instrument erfasst werden muss. Da in den nächsten Jahren sowohl Veränderungen bei Nutzungsgewohnheiten als auch neue Forschungserkenntnisse zu erwarten sind, sollten sowohl die dem Indikator zugrundeliegenden Messinstrumente als auch die Schwellen des problematischen Gebrauchs regelmässig überprüft werden.</p> <p>Bei der Aktualisierung des Indikators wäre zu prüfen, ob ggf. technologische Neuerungen und Trends aufgenommen werden sollten (Internet der Dinge, embedded technologies etc.)</p>
Weiterführende Literatur:	«Gefährdungspotenzial von Internet und Online-Games», Expertenbericht des BAG in Erfüllung der Postulate Forster-Vannini (09.3521) vom

09.06.2009 und Schmid-Federer (09.3579) vom 10.06.2009 (BAG 2012) Marmet et al. (2013b)
--

14.1 Mehrfaches Risikoverhalten (Sucht) P15+

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kürzel
14.1	Mehrfaches Risikoverhalten (Sucht) bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren
Vollständige Bezeichnung:	Risikoverhalten in Bezug auf 1, 2, 3 und mehr Substanzen/Verhaltensweisen (Tabak, Alkohol, Cannabis, Geldspiel) bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	<p>Anteil der Personen ab 15 Jahren mit Risikoverhalten in Bezug auf 1, 2, 3 und mehr Substanzen/Verhaltensweisen (Tabak, Alkohol, Cannabis, Geldspiel).</p> <p>Als mehrfaches Risikoverhalten wird der risikoreiche Konsum bzw. das risikoreiche Verhalten in Bezug auf zwei oder mehr psychoaktive Substanzen/Verhaltensweisen innerhalb eines bestimmten Zeitrahmens verstanden. Es handelt sich demnach nicht um einen Indikator zum Mischkonsum (=gleichzeitiger Konsum von mehreren Substanzen).</p> <p>Es werden die Häufigkeiten von einem, zwei, drei und mehr risikoreichen Verhaltensweisen dargestellt.</p> <p>Voraussetzung für die Messung von mehrfachem Risikoverhalten ist eine Single-Source-Quelle, hier SGB, sowie die dichotome Einteilung der Konsummuster in risikoreiches/nicht risikoreiches Verhalten. Definitionen risikoreich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alkohol: chronisch risikoreich und/oder episodisch risikoreich (Indikator 2) • Tabak: aktuell Rauchende (gelegentlich <u>und</u> täglich) (Indikator 4.1) • Cannabis: Gebrauch an 20 Tagen oder mehr in den letzten 30 Tagen (aus Indikator 6.1) • Geldspiel: problematisches oder pathologisches Geldspiel (Indikator 11)
Relevanz:	Risikokonsum und Abhängigkeit von mehreren Substanzen verstärken einander in der Regel gegenseitig. Ähnliches zeigt sich auch bei der Verbindung von exzessivem Verhalten mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen. Mehrfachproblematiken sollten deshalb nicht isoliert, sondern möglichst gemeinsam angegangen werden. (Strategie Sucht, 14)
Bezug zur Strategie:	HF 1: Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Kernindikator
Themenzuordnung:	Umfang und Auswirkungen von Risikoverhalten (EMCDDA: HRDU)
Bezug Wirkungsmodell:	<p>Outcome: Menschen in allen Lebensphasen pflegen einen ausschliesslich risikoarmen Umgang mit Substanzen und verhalten sich risikoarm</p> <p>Impact: Suchterkrankungen werden verhindert</p>
Messung des Indikators	
Messmethode:	Bevölkerungsbefragung

Verwendete Datenquelle:	SGB
Desaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregion, Bildungsniveau, Erwerbstatus, Einkommen, Nationalität
Anzahl Messpunkte:	1 (2012)
Frequenz der Erhebung:	alle 5 Jahre
Nächste Aktualisierung:	2017
Bemerkungen zum Indikator	
Vergleichbarkeit:	NCD 33 (Multifaktorielles Risikoverhalten).
Limitierung:	<p>Voraussetzung für die Messung von mehrfachem Risikoverhalten ist eine einzelne Datenquelle (Single-Source). Da die SGB in Bezug auf die Prävalenz von illegalen Substanzen (exkl. Cannabis) nicht aussagekräftig ist und keine Informationen zu chronischem Medikamentenkonsum, Neuroenhancement und exzessiver Internetnutzung vorhanden sind, können nicht alle für die Strategie Sucht relevanten Substanzen und Verhaltensweisen mit einbezogen werden.</p> <p>Wegen unterschiedlicher Erhebungsbeginne ist nur das Jahr 2012 abbildbar. Andere Datenquellen können nicht einbezogen werden, da es sonst sehr schwierig wäre, daraus einen Index zu bilden.</p> <p>Die Altersgruppen, die im Indikator berücksichtigt werden können, sind z.T. verschieden nach Substanzen. Indikator zu Cannabis beschränkt sich auf 15-64, bei Tabak, Alkohol und Geldspiel werden grundsätzlich alle Personen ab 15 Jahren befragt.</p>
Bemerkung:	Ob statt der dichotomisierten Typeneinteilung Risiko/kein Risiko ein Modell von Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG gewählt werden soll, welches eine Unterteilung in vier Typen vornimmt (Risikoperson, Kompensationstyp, passive Schutzfaktortyp, aktive Schutzfaktortyp), müsste vertieft abgeklärt und nach einem Vergleich der beiden Modelle entschieden werden (siehe Indikatoren-Set NCD sowie Obsan Rapport 48 La santé en Suisse latine, 2011, S. 115).
Weiterführende Literatur:	

14.2 Mehrfaches Risikoverhalten (Sucht) P14-15

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kürzel
14.2	Mehrfaches Risikoverhalten (Sucht) bei 14-15-Jährigen
Vollständige Bezeichnung: Risikoverhalten in Bezug auf 1, 2, 3 und mehr Substanzen/Verhaltensweisen (Tabak, Alkohol, Cannabis, andere psychoaktive Substanzen) bei 14-15-Jährigen	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	<p>Anteil der 14-15-Jährigen mit Risikoverhalten in Bezug auf 1, 2, 3 und mehr Substanzen (Alkohol, Tabak, Cannabis, andere psychoaktive Substanzen).</p> <p>Als mehrfaches Risikoverhalten wird der risikoreiche Konsum/Gebrauch bzw. das risikoreiche Verhalten in Bezug auf zwei oder mehr psychoaktive Substanzen/Verhaltensweisen innerhalb eines gewissen Zeitrahmens verstanden. Es handelt sich demnach nicht um einen Indikator zum Mischkonsum (=gleichzeitiger Konsum von mehreren Substanzen).</p> <p>Es werden die Häufigkeiten von einem, zwei, drei und mehr risikoreichen Verhaltensweisen dargestellt.</p> <p>Voraussetzung für die Messung von mehrfachem Risikoverhalten ist eine Single-Source-Quelle, hier HBSC, sowie die dichotome Einteilung der Konsummuster in risikoreiches/nicht risikoreiches Verhalten. Folgende Einteilung wird vorgeschlagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alkohol: mindestens wöchentlicher Konsum (aus Indikator 1.2) und/oder mindestens einmaliges Rauschtrinken in den letzten 30 Tagen (Indikator 2.3, Definition (b)) • Tabak: aktuell Rauchende (gelegentlich <u>und</u> täglich) (Indikator 4.2) • Cannabis: mindestens einmaliger Konsum in den letzten 30 Tagen (aus Indikator 6.2) • andere psychoaktive Substanzen: Konsumerfahrung (mindestens einmal im Leben) <p><i>Fragestellung aus HBSC zu anderen psychoaktiven Substanzen::</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • HBSC 14, F31: Hast du jemals in deinem Leben Stoffe dieser Art genommen? 1. Ecstasy/MDMA, 2. Amphetamine/Speed, 3. Heroin, Opium, 4. Medikamente, um dich zu berauschen, 5. Baltok, 6. Kokain, Coks, 7. LSD, 8. halluzinogene Pilze, Zauberpilze
Relevanz:	Risikokonsum und Abhängigkeit von mehreren Substanzen verstärken einander in der Regel gegenseitig. Ähnliches zeigt sich auch bei der Verbindung von exzessivem Verhalten mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen. Mehrfachproblematiken sollten deshalb nicht isoliert, sondern möglichst gemeinsam angegangen werden. (Strategie Sucht, 14)
Bezug zur Strategie:	HF 1, Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung (Strategisches Ziel 1.3: Früherkennung und Frühintervention bei Suchtproblematiken stärken)
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Themenzuordnung:	Umfang und Auswirkungen von Risikoverhalten (EMCDDA: HRDU)

Bezug Wirkungsmodell:	<p>Outcome: Risikogruppen und vulnerable Gruppen werden frühzeitig erkannt</p> <p>Impact: Suchterkrankungen werden verhindert</p>
Messung des Indikators	
Messmethode:	Schriftliche Befragung
Datenquelle:	HBSC (Langversion): F18, F22, F26, F29, F31
Desaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregion
Frequenz der Erhebung:	4 Jahre
Nächste Aktualisierung:	2018
Bemerkungen zum Indikator	
Vergleichbarkeit:	Im Drogenbereich wird im Rahmen der Schülerbefragung – anders als bei der Bevölkerungsbefragung – bereits der einmalige Konsum (Cannabis: in den letzten 30 Tagen, andere psychoaktive Substanzen: im Leben) als Risikoverhalten eingestuft.
Limitierung:	Nur 14-15-Jährige, weil Drogenfragen nur an 8./9. Schulklassen gestellt werden und die Konsummenge beim Rauschtrinken (5 oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit) ebenfalls nur in dieser Altersgruppe abgefragt werden.
Bemerkung:	
Weiterführende Literatur:	Marmet et al. (2015), 106–112

15.1 Wissen über gesundheitsrelevante Risiken des Alkoholkonsums

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kürzel
15.1	
<p>Kurzbezeichnung</p> <p>Wissen über gesundheitsrelevante Risiken des Alkoholkonsums bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren</p> <p>Vollständige Bezeichnung: Wissen über gesundheitsrelevante Risiken des Alkoholkonsums und Einschätzungen zum schädlichen Mass bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren</p>	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	<p>Anteil der Personen ab 15 Jahren, deren Einschätzung zu diversen Risiken des Alkoholkonsums (siehe Auflistung unten), korrekt ist.</p> <p><i>Fragen aus Suchtmonitoring 2014, Split A, Modul «Gesundheit und Wissen»:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • G002: Nun lese ich Ihnen einige Aussagen vor und möchte Ihre Meinung dazu wissen. <ul style="list-style-type: none"> a. Etwa 20% der tödlichen Verkehrsunfälle werden durch zu hohen Alkoholkonsum verursacht. b. Ab 2 Gläsern Alkohol steigen die negativen Auswirkungen beim Auto- oder Motorradfahren stark an c. Alkoholkonsum während der Schwangerschaft kann dem ungeborenen Kind schaden <p><i>(korrekt sind bei allen 3 Aussagen die Antworten «trifft sicher zu, trifft eher zu»)</i></p> • G005/6: Was glauben Sie, wie viele Gläser Alkohol könnte (a) ein gesunder Mann, (b) eine gesunde Frau im Zeitraum von 6 Stunden trinken, bevor er/sie ein Risiko für seine/ihre Gesundheit eingeht? Antwortkategorien: immer, 1, 2, 4, 5, 6, 8, 12 Gläser <i>Korrekt: Die Frage zielt auf (a): 4 Gläser, (b) 5 Gläser ab. Jedoch ist auch „2 Gläser oder weniger“ korrekt, da das Risiko für akute Folgen auch schon bei geringer Konsummenge erhöht ist (abhängig vom Verhalten), da die Reaktionszeit und Wahrnehmungsfähigkeit schon bei geringer Konsummenge vermindert ist (vgl. Eckadt et al. 1998)</i> • G007/8: Wissen Sie, ab welcher konsumierten Alkoholmenge in der Schweiz von Bingen trinken oder Rauschtrinken gesprochen wird? Was denken Sie, wie viele Gläser bei einer Gelegenheit sind das? <i>Korrekt: (a) Anteil Personen, die angeben, Bescheid zu wissen, (b) Anteil Personen, die die geltende Definition kennen: ab 40-48 Gramm Reinalkohol (= 4+ Standardgläser) für Frauen, 50-60 Gramm (5+ Standardgläser) für Männer:</i>
Relevanz:	<p>Alkoholkonsum ist Mitursache vieler Krankheiten und erhöht das Unfall- und Gewaltisiko. Sensibilisierung und Wissen über mögliche schädliche Auswirkungen des Konsums ist Teil der Gesundheitskompetenz. Durch Kenntnis des Wissensstands der Bevölkerung kann möglicher Aufklärungsbedarf identifiziert werden.</p>
Bezug zur Strategie:	<p>HF 1: Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung (Strategisches Ziel 1.1)</p> <p>HF 7: Sensibilisierung und Information (Strategisches Ziel 7.1)</p>
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator

Themenzuordnung:	Suchtpolitische Massnahmen (EMCDDA: Health and Social Responses, Policy and Law)
Bezug Wirkungsmodell:	Outcome: Bevölkerung und Fachpersonen sind für suchtrelevante Verhaltensweisen und Rahmenbedingungen sensibilisiert Outcome: Risikogruppen kennen die Risiken des Konsums von Substanzen und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial und reduzieren sie aktiv Impact: Suchterkrankungen werden verhindert
Messung des Indikators	
Subindikatoren	A) Alkoholwissen B) Alkoholauswirkungen C) Gesundheitsrisiko durch Alkohol
Messmethode:	Telefonische Befragung
Verwendete Datenquelle:	Suchtmonitoring SUMO, Spezialmodul
<ul style="list-style-type: none"> • Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen 	2'500 15-75+ Jahre D, F, I
Weitere Datenquellen:	HLS-EU-Q47: Einzelne Frage zu Alkohol, Weiterführung aber offen.
Disaggregation:	Nach Konsumklassen, ev. Bildungsgrad; Erwerbsstatus
Anzahl Messpunkte:	3 (2012, 2014, 2016)
Frequenz der Erhebung:	Keine weitere geplant. Ca. alle 4-5 Jahre wünschenswert.
Nächste Aktualisierung:	-
Bemerkungen zum Indikator	
Vergleichbarkeit	teilweise vergleichbar mit NCD 36.1 (Aufteilung der Fragen aus dem SuMo-Modul, daher nicht mit identischer Definition)
Limitierung:	
Bemerkung:	Im Modul wurden noch Fragen zur Einschätzung des eigenen Konsumverhaltens gestellt, die hier jedoch nicht berücksichtigt sind.
Weiterführende Literatur:	Marmet et al. (2014) http://www.suchtmonitoring.ch/docs/library/marmet_ipmntvb307sj.pdf

15.2 Wissen über die Schädlichkeit von Tabakkonsum

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kürzel
15.2	
Kurzbezeichnung	
Wissen über die Schädlichkeit von Tabakkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	
Vollständige Bezeichnung:	
Wissen über die Schädlichkeit und die gesundheitlichen Auswirkungen von Tabakkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	<p>Anteil der Personen, deren Einschätzungen zur Schädlichkeit des Tabakkonsums (gesundheitliche Auswirkungen und Sterblichkeit) korrekt ist.</p> <p><i>Fragen aus Suchtmonitoring 2014, Split B, Modul «Dangerosité»</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • TDA02: Glauben Sie, dass Ihr Tabakkonsum für Ihre Gesundheit schädlich ist? • TDA03a: 2-3 Zigaretten pro Tag rauchen ist für die Gesundheit nicht schädlich • TDA03c: Der Tabakkonsum ist die wichtigste Ursache für vorzeitige, vermeidbare Todesfälle in der Schweiz <p><i>Neue Fragen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reduziert der regelmässige Konsum von Zigaretten die Lebenserwartung durchschnittlich um 3, 5, 10 oder 15 Jahre? • Wird durch eine Halbierung des Tabakkonsums auch das Gesundheitsrisiko halbiert? • Neue Produkte wie elektronische Zigaretten oder Tabakinhalatoren sind nicht gesundheitsschädigend. •
Relevanz:	<p>Tabak ist ein natürlich schädigendes Suchtmittel. Seine breite gesellschaftliche Akzeptanz ist historisch und kulturell bedingt. Das Wissen der Bevölkerung um die Schädlichkeit von Tabakerzeugnissen ist eine wichtige Voraussetzung für die Akzeptanz von Präventionsmassnahmen. Es ist die treibende Kraft für den Entscheid, nicht bzw. nicht mehr zu rauchen.</p>
Bezug zur Strategie:	<p>HF 1: Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung (Strategisches Ziel 1.1)</p> <p>HF 7: Sensibilisierung und Information (Strategisches Ziel 7.1)</p>
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Themenzuordnung:	Suchtpolitische Massnahmen (EMCDDA: Health and Social Responses, Policy and Law)
Bezug Wirkungsmodell:	<p>Outcome: Bevölkerung und Fachpersonen sind für suchtrelevante Verhaltensweisen und Rahmenbedingungen sensibilisiert</p> <p>Outcome: Risikogruppen kennen die Risiken des Konsums von Substanzen und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial und reduzieren sie aktiv</p> <p>Impact: Suchterkrankungen werden verhindert</p>

Messung des Indikators	
Messmethode:	Telefonische Befragung
Verwendete Datenquelle:	CoRoIAR (Suchtmonitoring)
<ul style="list-style-type: none"> • Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen 	5'000 Ab 15 Jahren D, F, I
Weitere Datenquellen:	HLS-EU-Q47: Einzelne Frage zu Tabak, Weiterführung aber offen.
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Bildung
Anzahl Messpunkte:	1
Frequenz der Erhebung:	Alle 2 Jahre, ab 2016 unbestimmt
Nächste Aktualisierung:	2015
Bemerkungen zum Indikator	
Vergleichbarkeit:	NCD 36.2
Limitierung:	
Bemerkung:	<p>Die erste Frage aus dem Modul (TDA02) ist Basis des Indikators 21.1 Problembewusstsein bei Raucher/innen P15+.</p> <p>Die Einleitungsfrage (TDA02) wurde im Suchtmonitoring an die gesamte Stichprobe (ca. 5000) gestellt, für die nachfolgenden Fragen TDA03/04 erfolgte ein nochmaliges Split 50/50.</p> <p>Voraussetzung für die Darstellung des Indikators ist eine Einteilung der Antwortmöglichkeiten in «korrekt» und «nicht korrekt» (analog 15.1)</p>
Weiterführende Literatur:	

15.3 Wissen über Risiken von Drogenkonsum

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kürzel	Kurzbezeichnung
15.3		Wissen über Risiken von Drogenkonsum
Vollständige Bezeichnung:		Wissen über die Risiken des Drogenkonsums in der Bevölkerung ab 15 Jahren
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	<p><i>Inhalte und genaue Definition dieses Indikators sind im Rahmen der weiteren Arbeiten zur Strategie Sucht noch zu definieren. Mögliche Themen und Schwerpunkte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Risiken verschiedener Substanzen in Bezug auf Abhängigkeitspotenzial • Risiken verschiedener Substanzen in Bezug auf negative Folgen für die physische und psychische Gesundheit • Risiken, welche mit Konsumumständen verbunden sind (Unfallgefahr/Fahren unter Substanzeinfluss, Infektionskrankheiten, Überdosierung etc.) <p>Bei der Auswahl oder Konzeption entsprechender Fragen wäre eine Abstimmung mit konkreten Massnahmen (z.B. inhaltlicher Fokus von Sensibilisierungskampagnen) sinnvoll.</p> <p>Beispiele von Fragen zu diesem Themenbereich aus bestehenden Erhebungen:</p> <p><i>Im Suchtmonitoring 2012 (Split B Welle 3) wurden Fragen an Jugendliche 15-25 zur Gefährlichkeit bestimmter Substanzen gestellt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ich lese Ihnen jetzt ein paar Substanzen wie z.B. Tabak, Heroin oder Haschisch vor. Sagen Sie mir bitte auf einer Skala von 1 bis 6, wobei 1 völlig harmlos und 6 sehr gefährlich bedeutet, für wie gefährlich Sie folgende Substanzen einschätzen • TJ25a: Für wie gefährlich halten Sie Alkohol? • TJ25b: ...Cannabis (Haschisch, Marihuana)? • TJ25c: ...Heroin? • TJ25d: ... Tabak? • TJ25d: ... Ecstasy? • TJ25f: ... Kokain? • TJ25g ... Koffein? <p><i>In der europäischen Schülerbefragung ESPAD gibt es ebenfalls einen Frageblock zur Risikoeinschätzung:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • ESPAD 2015, FC36: Welches Risiko für körperliche Schäden oder Schäden anderer Art gehen deiner Meinung nach Leute ein, wenn sie ... [a) bis e) sind Fragen zu Alkohol- und Tabak] • f) Cannabis ein- oder zweimal probieren, • g) gelegentlich Cannabis rauchen, • h) regelmässig Cannabis rauchen, • i) Ecstasy ein- oder zweimal probieren , • j) Ecstasy regelmässig nehmen, • k) Aufputschmittel/Amphetamine ein- oder zweimal probieren, • l) Aufputschmittel/Amphetamine regelmässig nehmen? <p><i>Vorschläge für Fragestellungen im European model questionnaire (EMQ):</i></p>	

	<ul style="list-style-type: none"> • Opinions about behaviour: Can you tell me if you would not disapprove, disapprove or strongly disapprove when people do any of these things: • Q4: Trying ecstasy once or twice • Q5: Trying heroin once or twice • Q6: Smoking 10 or more cigarettes • Q7: Having one or two drinks several times a week • Q8: Smoking hashish or marijuana occasionally • Perception of risk: Now I would like to know how much you think that people risk harming themselves, physically or in other ways, if they do certain things. [...] Please tell me if you consider it to be no risk, a slight risk, a moderate risk or a great risk, if people do any of these things: • Q9: Smoke one or more packs of cigarettes a day • Q10: Having five or more drinks each weekend • Q11: Smoke hashish or marijuana regularly • Q12: Try ecstasy once or twice • Q13: Try cocaine or crack once or twice <p>In der österreichischen Repräsentativbefragung zum illegalen Drogenkonsum (2004 und 2008) wurde nach der Gefährlichkeitseinschätzung des «Probierkonsums» (1-2-maliger Konsum) und des regelmässigen Konsums von Zigaretten, Alkohol, Cannabis, Kokain, Heroin und Ecstasy sowie zum Fahren unter Substanzeinfluss gefragt (insgesamt 25 Items, vgl. Strizek et al. 2009).</p> <p>Relevanz: Das Wissen über die Risiken des Gebrauchs psychoaktiver Substanzen (Suchtpotenzial, gesundheitliche Auswirkungen, unmittelbare Wirkungen auf Fahrtüchtigkeit, an konsumumstände gebundene Risiken etc.) ist Voraussetzung für einen risikoarmen Umgang mit Drogen. Durch Kenntnis des Wissenstands der Bevölkerung kann möglicher Aufklärungsbedarf identifiziert werden.</p> <p>Bezug zur Strategie: HF 1: Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung (Strategisches Ziel 1.1) HF 7: Sensibilisierung und Information (Strategisches Ziel 7.1)</p>										
<p>Kategorisierung des Indikators</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="188 1357 576 1406">Hierarchie:</td> <td data-bbox="576 1357 1394 1406">Zusatzindikator</td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 1417 576 1496">Themenzuordnung:</td> <td data-bbox="576 1417 1394 1496">Suchtpolitische Massnahmen (EMCDDA: Health and Social Responses, Policy and Law)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 1507 576 1659">Bezug Wirkungsmodell:</td> <td data-bbox="576 1507 1394 1659"> <p>Outcome: Bevölkerung und Fachpersonen sind für suchtrelevante Verhaltensweisen und Rahmenbedingungen sensibilisiert</p> <p>Impact: Suchterkrankungen werden verhindert</p> </td> </tr> </table>		Hierarchie:	Zusatzindikator	Themenzuordnung:	Suchtpolitische Massnahmen (EMCDDA: Health and Social Responses, Policy and Law)	Bezug Wirkungsmodell:	<p>Outcome: Bevölkerung und Fachpersonen sind für suchtrelevante Verhaltensweisen und Rahmenbedingungen sensibilisiert</p> <p>Impact: Suchterkrankungen werden verhindert</p>				
Hierarchie:	Zusatzindikator										
Themenzuordnung:	Suchtpolitische Massnahmen (EMCDDA: Health and Social Responses, Policy and Law)										
Bezug Wirkungsmodell:	<p>Outcome: Bevölkerung und Fachpersonen sind für suchtrelevante Verhaltensweisen und Rahmenbedingungen sensibilisiert</p> <p>Impact: Suchterkrankungen werden verhindert</p>										
<p>Messung des Indikators</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="188 1720 576 1760">Messmethode:</td> <td data-bbox="576 1720 1394 1760">Bevölkerungsbefragung</td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 1771 576 1814">Datenquelle:</td> <td data-bbox="576 1771 1394 1814">-</td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 1825 576 1868">Desaggregation:</td> <td data-bbox="576 1825 1394 1868">Alter, Geschlecht, Sprachregion</td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 1879 576 1921">Anzahl Messpunkte:</td> <td data-bbox="576 1879 1394 1921">wurde in der Schweiz noch nicht erhoben</td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 1933 576 1975">Frequenz der Erhebung:</td> <td data-bbox="576 1933 1394 1975">analog 15.1 und 15.2.</td> </tr> </table>		Messmethode:	Bevölkerungsbefragung	Datenquelle:	-	Desaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregion	Anzahl Messpunkte:	wurde in der Schweiz noch nicht erhoben	Frequenz der Erhebung:	analog 15.1 und 15.2.
Messmethode:	Bevölkerungsbefragung										
Datenquelle:	-										
Desaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregion										
Anzahl Messpunkte:	wurde in der Schweiz noch nicht erhoben										
Frequenz der Erhebung:	analog 15.1 und 15.2.										

Bemerkungen zum Indikator	
Vergleichbarkeit:	Auf internationaler Ebene existieren keine etablierten Standards zu diesem Themenkomplex.
Limitierung:	
Bemerkung:	Die Fachspezialist/innen des BAG plädieren dafür, sich in diesem Bereich möglichst auf bereits bestehende Fragemodule / validierte Fragen zu stützen. Mögliche Ausgangspunkte sind oben unter «Definition» dargestellt; so oder so müsste jedoch eine Anpassung und Ergänzung gemäss den Informationsbedürfnissen des BAG erfolgen. Die Konzeption (und Durchführung) einer solchen Erhebung wäre Gegenstand eines separaten Mandats.
Weiterführende Literatur:	Suchtmonitoring 2012, Split B Welle 3: http://www.suchtmonitoring.ch/library/pdf/1c058f544c167 ESPAD-Fragebogen (Englisch): http://www.espad.org/Uploads/Documents/5.A7_2015%20Student%20Master%20Questionnaire.doc EMCDDA (2002), 52ff. Link zum Download: http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index58052EN.html

16.1 Einstellungen gegenüber strukturellen Massnahmen – Alkohol (P15+)

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kürzel
16.1	Einstellung gegenüber strukturellen Massnahmen – Alkohol (P15+)
Vollständige Bezeichnung: Zustimmung der Bevölkerung ab 15 Jahren zu bestimmten strukturellen Alkoholpräventionsmassnahmen.	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	<p>Anteil der Personen ab 15 Jahren, die folgenden Präventionsmassnahmen zustimmen:</p> <p><i>Fragen aus Suchtmonitoring 2014, Split A, Modul «Normen und Werte»</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • APM01: Wie ist Ihre Meinung zu folgenden Jugendschutzmassnahmen? Sie können mit 1 bis 4 antworten, wobei 1 «stimme voll und ganz zu» bedeutet und 4 «lehne voll und ganz ab». Denken Sie ... <ul style="list-style-type: none"> a. Die Altersbeschränkung für den Kauf von alkoholischen Getränken sollte generell bei 18 Jahren liegen. b. Die Altersbeschränkung für den Kauf von alkoholischen Getränken sollte generell bei 16 Jahren liegen c. Die Preise auf alkoholische Getränke sollten generell erhöht werden. d. Zwischen 9 Uhr abends, also 21 Uhr und 7 Uhr morgens, sollten ausser in Bars und Restaurants keine alkoholischen Getränke mehr gekauft werden dürfen e. Bei Sportveranstaltungen sollte Werbung für Alkohol verboten werden. f. Billigalkohol sollte durch Mindestpreise verteuert werden. • N01: Was denken Sie über alkoholbedingte Vorfälle bei Sportveranstaltungen wie Fussball- oder Eishockeyspiele? Sie können mit 1 bis 4 antworten, wobei 1 «stimme voll und ganz zu» bedeutet und 4 «lehne voll und ganz ab». Denken Sie ... <ul style="list-style-type: none"> a. Bei Sportveranstaltungen sollte Alkohol normal verkauft werden b. Es sollte bei Sportveranstaltungen nur Leichtbier verkauft werden dürfen
Relevanz:	Präventive Massnahmen können beim Verhalten oder bei den Verhältnissen ansetzen. Verhältnisprävention (strukturelle Massnahmen) ist erwiesenermassen ein wirksames Mittel, um übermässigen Alkoholkonsum einzuschränken. Deren Einführung ist jedoch immer ein politischer Entscheid, bei dem die Meinung der Bevölkerung zu berücksichtigen ist.
Bezug zur Strategie:	HF 1: Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung (Strategisches Ziel 1.2) HF 4: Regulierung und Vollzug
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Themenzuordnung:	Suchtpolitische Massnahmen (EMCDDA: Health and Social Responses, Policy and Law)
Bezug Wirkungsmodell:	<p>Outcome: Vom Gesetzgeber definierte Risikogruppen haben ausschliesslich den gesetzlich festgelegten Zugang zu regulierten Angeboten mit Suchtpotenzial</p> <p>Outcome: Risikogruppen nehmen Angebote mit Suchtpotenzial weniger bzw. als weniger attraktiv wahr</p>

	Impact: Suchterkrankungen werden verhindert
Messung des Indikators	
Messmethode:	Telefonische Befragung
Verwendete Datenquelle:	Bisher Suchtmonitoring, Spezialmodul
<ul style="list-style-type: none"> • Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen 	<p>2'500</p> <p>15-75+ Jahre</p> <p>D, F, I</p>
Weitere Datenquellen:	-
Disaggregation:	Nach Konsumklassen
Anzahl Messpunkte:	3 (2012, 2014, 2016)
Frequenz der Erhebung:	Keine Weitere geplant bisher. Wünschenswert ca, alle 5 Jahre
Nächste Aktualisierung:	-
Bemerkungen zum Indikator	
Vergleichbarkeit	NCD 40.1
Limitierung:	
Bemerkung:	Zusätzliche mögliche Datenquelle zu diesem Themenbereich: GFS-Gesundheitsmonitor. Dort wird jeweils nach der Einstellung zur Kassenpflicht oder Selbstzahlung von Leistungen bei Gesundheitsschäden aufgrund Rauchen/Alkoholkonsums/Drogenabhängigkeit gefragt, z.T. in wechselnder Ausführlichkeit (2014 z.B. zusätzlich bzgl. Spitalkosten bei Alkoholexzessen). Vgl. Fragestellung im Tabellenblatt zum Indikator 16.3.
Weiterführende Literatur:	Suchtmonitoring Schweiz: http://www.suchtmonitoring.ch/docs/library/gmel_mlfzur6ih7hz.pdf (S.40)

16.2 Einstellungen gegenüber strukturellen Massnahmen – Tabak (P15+)

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kürzel	Kurzbezeichnung
16.2		Einstellung gegenüber strukturellen Massnahmen – Tabak (P15+)
Vollständige Bezeichnung:		Einstellung der Bevölkerung ab 15 Jahren zu bestimmten strukturellen Tabakpräventionsmassnahmen.
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	<p>Anteil der Personen ab 15 Jahren, die (a) Präventionsmassnahmen im Bereich Tabakwerbung zustimmt, (b) weitergehenden gesetzlichen Regelungen zum Rauchverbot zustimmt (nach Ort/Situation/Räumlichkeit), (c) Preiserhöhungen für Tabakprodukte zustimmt.</p> <p>A) Anteil der Personen ab 15 Jahren, der strukturelle Massnahmen für ein allgemeines Werbeverbot, für eine Verminderung der Nachfrage nach Tabakerzeugnissen, für neutrale Verpackungen oder für ein Sponsoringverbot wünscht.</p> <p><i>Fragen aus Suchtmonitoring 2014, Split B, Modul «Gesetzgebung»:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • TL02: Was halten Sie von einem generellen Werbeverbot, welches die Tabakwerbung überall, also auch an Verkaufsorten wie z.B. am Kiosk, verbieten würde? • TL04r: Tabakwaren werden am Verkaufsort gut sichtbar angeboten. Würden Sie es begrüssen, wenn sie künftig am Verkaufsort nicht mehr zu sehen sein dürften und versteckt aufbewahrt würden, zum Beispiel unterhalb des Ladentischs oder in einem Schrank? • TL05r: In Australien dürfen Tabakwaren nur noch in neutraler Verpackung verkauft werden, das heisst alle Päckchen haben dieselbe Farbe und unterscheiden sich nur noch durch die aufgedruckten Markennamen. Die Idee dahinter ist, die Möglichkeiten für Werbung auf den Verpackungen einzuschränken. Was ist Ihre Meinung zur Einführung solcher Regelungen in der Schweiz? <p><i>Frage aus Suchtmonitoring 2015, Split B</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Und was halten Sie davon, wenn der Tabakindustrie das Sponsoring von kulturellen Anlässen und Sportveranstaltungen generell verboten werden würde? <p>B) Geschlossene öffentliche Räume werden vom Bundesgesetz zum Schutz vor Passivrauchen reglementiert. Gibt es angesichts der Entwicklungen in anderen Ländern Orte, für welche die Schweizer Bevölkerung eine spezifische Reglementierung in Sachen Passivrauchen wünscht?</p> <p><i>Neue zu berücksichtigende Fragen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gibt es Orte, für die Sie sich ein Rauchverbot wünschen? • Terrassen von Restaurants/Cafés • Bushaltestellen • Kinderspielplätze • Autos, in denen Kinder mitfahren • An welchen anderen Orten <p>C) Anteil der Personen ab 15 Jahren, der Preiserhöhungen befürwortet.</p>	

<p>Relevanz:</p>	<p><i>Frage aus Suchtmonitoring 2014, Split B, Modul «Gesetzgebung»:</i></p> <p>TL03a: Der Preis für ein Päckli Zigaretten sollte innerhalb von einem Jahr von rund [Fr. xxx] auf [Fr. xxx] erhöht werden. [Beträge gemäss den aktuellen Preisen]</p> <p>Werbung hat viele Formen, und auch dem Passivrauchen kann man in vielen Formen ausgesetzt sein.</p> <p>Eine wirksame Prävention kann durch verschiedene Aktionen erfolgen, sowohl durch Verhaltensprävention als auch durch strukturelle Prävention. Uneingeschränkte Werbemöglichkeiten, der Verzicht auf den Schutz vor Passivrauchen und der freie Verkauf von Tabakerzeugnissen schaffen Anreize zum Rauchen und führen dazu, dass Tabakerzeugnisse in der Gesellschaft als etwas Normales betrachtet werden. Es braucht daher rechtliche Rahmenbedingungen.</p> <p>Die Einstellung der Bevölkerung zur strukturellen Prävention zeigt deren Sensibilität gegenüber der Tabakabhängigkeit. Sie hilft bei der Festlegung der politischen Leitlinien und bei der Positionierung in den wichtigen auf internationaler Ebene diskutierten Themenbereichen.</p> <p>Bezug zur Strategie:</p> <p>HF 1: Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung (Strategisches Ziel 1.2) HF 4: Regulierung und Vollzug</p>
<p>Kategorisierung des Indikators</p>	
<p>Hierarchie:</p> <p>Themenzuordnung:</p> <p>Bezug Wirkungsmodell:</p>	<p>Zusatzindikator</p> <p>Suchtpolitische Massnahmen (EMCDDA: Health and Social Responses, Policy and Law)</p> <p>Outcome: Vom Gesetzgeber definierte Risikogruppen haben ausschliesslich den gesetzlich festgelegten Zugang zu regulierten Angeboten mit Suchtpotenzial / Risikogruppen nehmen Angebote mit Suchtpotenzial weniger bzw. als weniger attraktiv wahr</p> <p>Impact: Suchterkrankungen werden verhindert</p>
<p>Messung des Indikators</p>	
<p>Subindikatoren</p> <p>Messmethode:</p> <p>Verwendete Datenquelle:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen 	<p>A) Präventionsmassnahmen im Bereich Tabakwerbung</p> <p>B) Regelungen zum Rauchverbot: DATENLÜCKE</p> <p>C) Preiserhöhungen für Tabakprodukte</p> <p>Telefonische Befragung</p> <p>CoRoIAR (Suchtmonitoring)</p> <p>5'000</p> <p>Ab 15 Jahren</p> <p>D,F,I</p>

Weitere Datenquelle:	-
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Bildung
Anzahl Messpunkte:	2 (seit 2011) + Tabakmonitoring (2001-2010)
Frequenz der Erhebung:	Alle 2 Jahre, ab 2016 unbestimmt
Nächste Aktualisierung:	2015
Bemerkungen zum Indikator	
Vergleichbarkeit:	NCD 40.2; International: Eurobaromètre
Limitierung:	
Bemerkung:	<p>Für Subindikator (b) müsste ein entsprechendes Befragungsmodul neu konzipiert werden. Der Indikator hängt zusammen mit der Information über die Konsumhäufigkeit</p> <p>Zusätzliche mögliche Datenquelle zu diesem Themenbereich: GFS-Gesundheitsmonitor. Dort wird jeweils nach der Einstellung zur Kassenpflicht oder Selbstzahlung von Leistungen bei Gesundheitsschäden aufgrund Rauchen/Alkoholkonsums/Drogenabhängigkeit gefragt. Die vorgelegten Items sind jedoch nicht immer dieselben (vgl. Fragestellung im Tabellenblatt zum Indikator 16.3).</p>
Weiterführende Literatur:	

16.3 Einstellungen gegenüber Massnahmen im Bereich illegaler Drogen

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kürzel	Kurzbezeichnung
16.3		Einstellungen gegenüber Massnahmen im Bereich illegaler Drogen
Vollständige Bezeichnung:		Einstellung der Bevölkerung ab 15 Jahren zu bestimmten Massnahmen im Bereich Drogen
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	<p><i>Inhalte und genaue Definition dieses Indikators (Einstellung generell? Zustimmung zu bestimmten Massnahmen?) sind im Rahmen der weiteren Arbeiten zur Strategie Sucht noch zu definieren. Mögliche Themen und Schwerpunkte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wahrnehmung von Sucht und Abhängigkeit als (chronische) Erkrankung, mit den entsprechenden Implikationen fürs Gesundheitsversorgungssystem (Kassenpflicht von Leistungen) • Einstellung gegenüber der Regulierung des Cannabiskonsums • Einstellung gegenüber der Heroin- und Methadonabgabe • Einstellung gegenüber der 4-Säulen-Politik <p><i>Nur zur ersten Frage gibt es für die Schweiz Daten (gfs-Gesundheitsmonitor, siehe Kap. 4.6):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ich nenne Ihnen im Folgenden ein paar Situationen, wo Leistungen der Grundversicherung vergütet werden können. Bitte sagen Sie mir bei jeder, wann Ihrer Ansicht nach der Betroffene die Leistungen bezahlen sollte und wann Sie der Ansicht sind, dass die Kassen dies tun sollten. – Für Strategie Sucht relevante Items: Abhängigkeit von Drogen, Schäden durch Rauchen oder Alkohol, Ärztlich verordnete Heroinabgabe, Spitalkosten bei Alkoholexzessen. (Jedoch werden nicht alle Items werden jedes Jahr vorgelegt) <p>Beispiele von Fragen zu diesem Themenbereich aus bestehenden Erhebungen:</p> <p><i>Fragestellungen im European model questionnaire (EMQ), Modul «Opinions»</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Do you perceive a drug addict more as a criminal or as a patient? – a. more as a criminal, b. more as a patient, c. neither criminal nor patient, d. don't know, e. cannot decide • To what extent do you agree or disagree with the following statements: 2.1 «People should be permitted to take hashish or marihuana», 2.2 «People should be permitted to take heroin»? – a. fully agree, b. largely agree, c. neither agree nor disagree etc. <p>In der österreichischen Repräsentativbefragung zum illegalen Drogenkonsum (2004 und 2008) wurde in einem Modul von insgesamt 16 Items die Beurteilung verschiedener Aussagen zu Folgen und Massnahmen zum Cannabiskonsum vorgelegt, darunter auch wissenschaftlich nicht fundierte Aussagen, da es eher um die generelle Haltung zu Cannabis ging. «Wissen» und «Einstellung» ist demnach hier nicht klar trennbar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4. Es sollte mehr getan werden, um den Konsum von Haschisch zu reduzieren • 8. Der Konsum von Haschisch oder Marihuana sollte erlaubt sein • 11. Die Suchtgefahr ist bei Haschisch höher als bei Alkohol • 14. Die Gefahr an einer Überdosis zu sterben ist bei Haschisch höher als bei Alkohol • 15. Wer schon Haschisch geraucht hat, steigt dann fast immer auf härtere Drogen um • 16. Es kommt immer wieder vor, dass Haschisch-Konsumenten ohne Selbstmordabsichten zu viel nehmen und sterben. 	

Relevanz:	Kenntnisse darüber, welche Haltung die Bevölkerung zu wichtigen Grundsatzfragen im Bereich der Drogenpolitik einnimmt, sind sowohl für die politische Kommunikation als auch für die Weiterentwicklung von Massnahmen eine wichtige Grundlage.
Bezug zur Strategie:	HF 4: Regulierung und Vollzug; HF 6: Wissen; HF 7: Sensibilisierung und Information
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Themenuordnung:	Suchtpolitische Massnahmen (EMCDDA: Health and Social Responses, Policy and Law)
Bezug Wirkungsmodell:	Outcome: Bevölkerung und Risikogruppen sind für suchtrelevante Verhaltensweisen und Rahmenbedingungen sensibilisiert. Impact: Suchterkrankungen werden verhindert
Messung des Indikators	
Messmethode:	Bevölkerungsbefragung
Datenquelle:	bisher keine entsprechende Erhebung, müsste neu konzipiert werden (vorzugsweise in Anlehnung an 16.1 und 16.2)
Desaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregion
Anzahl Messpunkte:	wurde in der Schweiz noch nicht erhoben
Frequenz der Erhebung:	analog 16.1 und 16.2
Bemerkungen zum Indikator	
Vergleichbarkeit:	Auf internationaler Ebene existieren keine etablierten Standards zu diesem Themenkomplex.
Limitierung:	
Bemerkung:	Die Fachspezialist/innen des BAG plädieren dafür, sich in diesem Bereich möglichst auf bereits bestehende Fragemodule zu stützen. Mögliche Ausgangspunkte sind oben unter «Definition» dargestellt; so oder so müsste jedoch eine Anpassung und Ergänzung gemäss den Informationsbedürfnissen des BAG erfolgen. Die Konzeption einer solchen Erhebung wäre Gegenstand eines separaten Mandats.
Weiterführende Literatur:	EMCDDA (2002), 52ff. Repräsentativbefragung zum Substanzgebrauch in Österreich: Strizek et al. (2009), Uhl et al. (2009)

17 Zugang Jugendlicher zu Tabakprodukten und Alkohol

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kürzel	Kurzbezeichnung
17		Zugang Jugendlicher zu Tabakprodukten und Alkohol
Vollständige Bezeichnung: Anteil der Jugendlichen, die trotz Jugendschutzmassnahmen selber Tabakprodukte und Alkohol kaufen können		
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	<p>(a) Anteil Testkäufe mit negativem Ergebnis (d.h. mit gesetzeswidrigem Verkauf)</p> <p>(b) Anteil der 14-15-Jährigen, die in den letzten 30 Tagen mindestens einmal Tabak oder Alkohol konsumiert haben und das Produkt schon mindestens einmal selber in einem Laden, Kiosk, Bar, Restaurant oder Automaten gekauft haben, nach Substanz</p> <p><i>(b) Fragestellungen aus HBSC (Langversion):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • HBSC 14, F20: Wie oft beziehst du Zigaretten, indem du sie selber in einem Laden, Kiosk, Bar, Restaurant oder an einem Automaten kaufst? • HBSC 14, F23: Wie oft beziehst du alkoholische Getränke, indem du sie selber in einem Laden, Kiosk, Bar oder Restaurant kaufst? – nie, seltener als einmal im Monat, ungefähr einmal im Monat, 2-3 Mal pro Monat, einmal pro Woche oder häufiger 	
Relevanz:	Im Bereich des Jugendschutzes ist die Einhaltung der bestehenden Abgabeverbote zentral. Mittels regelmässiger Testkäufe wird der Vollzug des Alkoholverkaufsverbots an unter 16- bzw. unter 18-Jährige kontrolliert. Sie zeigen auf, ob der Detailhandel und die Restaurateure die Jugendschutzbestimmungen einhalten. Das eigens entwickelte «Handbuch Testkäufe» unterstützt Kantone, Gemeinden und weitere Akteure dabei. (Strategie Sucht, S. 25)	
Bezug zur Strategie:	HF 1: Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung (Strategisches Ziel 1.2) HF 4: Regulierung und Vollzug	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Kernindikator	
Themenzuordnung:	Suchtpolitische Massnahmen (EMCDDA: Health and Social Responses, Policy and Law)	
Bezug Wirkungsmodell:	<p>Outcome: Vom Gesetzgeber definierte Risikogruppen haben ausschliesslich den gesetzlich festgelegten Zugang zu regulierten Angeboten mit Suchtpotenzial.</p> <p>Impact: Suchterkrankungen werden verhindert</p>	
Messung des Indikators		
Subindikatoren	(a) Testkäufe mit negativem Ergebnis	(b) Konsum selbst gekauften Tabaks bzw. Alkohols
Messmethode:	Rapporte durchgeführter Testkäufe	Schriftliche Befragung

Datenquelle:	Alkohol: EAV Tabak: bisher nur Daten auf kantonaler Ebene	HBSC (Langversion): Konsumstatus: F17, F21; Kaufverhalten: F20 und F23;
Desaggregation:	-	Alter, Geschlecht, Sprachregion
Frequenz der Erhebung:	Alkohol: jährlich (seit 2004)	4 Jahre
Nächste Aktualisierung:	Alkohol: 2016 Tabak: Einführung gesamtschweizerische voraussichtlich 2018	2018
Bemerkungen zum Indikator		
Vergleichbarkeit:	Leitlinien zur Vereinheitlichung/Vergleichbarkeit der durchgeführten Tests liegen für Alkohol (EAV 2010) und Tabak (Bernasconi et al. 2014) vor.	
Limitierung:	Daten auf nationaler Ebene zu Tabaktestkäufen wird es voraussichtlich erst nach Inkrafttreten des neuen Tabakproduktegesetzes (2018) geben.	
Bemerkung:	<p>Im Bereich Geldspiel/Lotterien sind bei der Comlot Bestrebungen im Gange, ebenfalls «Testkäufe» bzgl. Einhaltung der Altersgrenzen durchzuführen. Zukünftig sollten hier gemäss Comlot gewisse Daten verfügbar sein.</p> <p>Für die Durchführung von Alkohol-Testkäufen soll im Rahmen der Totalrevision des Alkoholgesetzes eine entsprechende rechtliche Grundlage geschaffen werden.</p>	
Weiterführende Literatur:	Aktuelle Ergebnisse der Alkoholtestkäufe: http://www.eav.admin.ch/dokumentation/00439/00565/index.html?lang=de	

Impactziel 2: Abhängige Menschen erhalten die notwendige Hilfe und Behandlung

18 Ambulante Beratungs- und Behandlungsangebote

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kürzel
18	Ambulante Beratungs- und Behandlungsangebote
Vollständige Bezeichnung: Umfang des ambulanten Beratungs- und Behandlungsangebotes im spezialisierten Suchthilfebereich	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Anzahl ambulante Beratungs-/Behandlungsplätze pro 100'000 Einwohner/innen
Relevanz:	Ambulante Beratungen oder Behandlungen machen den grössten Anteil des spezialisierten Suchthilfebereichs aus (vgl. act-info Jahresbericht 2013). Die Bedeutung dieser Angebote wird im Kontext der Strategie Sucht mit dem Fokus auf Früherkennung und gesellschaftliche Integration von Suchtbetroffenen zusätzlich betont.
Bezug zur Strategie:	HF 2: Therapie und Beratung
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Themenzuordnung:	Suchtpolitische Massnahmen (EMCDDA: Health and Social Responses)
Bezug Wirkungsmodell:	Output: Bereitstellung adäquater Behandlungs- und Beratungsangebote Impact: Abhängige Menschen erhalten die notwendige Hilfe und Behandlung
Messung des Indikators	
Messmethode:	Berechnung der Anzahl Plätze: Anzahl vollzeitäquivalente Stellen von beratenden/behandelnden Fachpersonen (exkl. Overhead-Stellen) in spezialisierten Suchtberatungsstellen (act-info SAMBAD) multipliziert mit der durchschnittlichen Anzahl Klient/innen, die mit einer vollzeitäquivalenten Fachstelle beraten werden können.
Datenquelle:	Infodrog-Datenbank (oder act-info SAMBAD)
Desaggregation:	-
Anzahl Messpunkte:	Neuer Indikator, bisher nicht erhoben
Frequenz der Erhebung:	jährlich
Nächste Aktualisierung:	noch unbestimmt
Bemerkungen zum Indikator	

Vergleichbarkeit:	WHO-Indikator 3.2.1 und 7.2.1 (Outpatient treatment slots: «The number of patients that can be seen in the treatment system as an outpatient at any given time»).
Limitierung:	Wenn es Verschiebungen gibt in der Bedeutung der institutionellen ambulanten Suchtberatung und der nicht-institutionellen ambulanten Suchtberatung (psychiatrische und psychologische Praxen), welche im Indikator nicht berücksichtigt werden können, resultiert auf der Zeitachse eine Verzerrung. Verzerrungen können auch resultieren, wenn keine Vollerhebung erfolgt und der Abdeckungsgrad von act-info SAMBAD über die Zeit ändert.
Bemerkung:	Mit dem neuen act-info SAMBAD sollte eine Vollerhebung inkl. Betriebsstrukturdaten angestrebt werden
Weiterführende Literatur:	WHO (2010)

19 Angebote in Gefängnissen

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kürzel
19	Angebote in Gefängnissen
Vollständige Bezeichnung: Zugang zu (a) Substitutionsbehandlung, (b) Sprizentausch und (c) Kondomabgabe für suchtbetroffene Gefängnisinsassen	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Anteil der Gefängnisse und Anteil der Gefängnisplätze mit Zugang zu (a) Substitutionsbehandlung, (b) Sprizentausch und (c) Kondomabgabe
Relevanz:	Gefängnisinsassen haben ein wesentlich grösseres Risiko, sich mit Krankheiten wie HIV/Aids, Hepatitis oder Tuberkulose zu infizieren als Menschen in Freiheit. Der Zugang zu Substitutionsbehandlung und Präventionsangeboten ist daher ein wichtiges gesundheitspolitisches Anliegen.
Bezug zur Strategie:	HF 2: Therapie und Beratung; HF 3: Schadensminderung und Risikominimierung; HF 4: Regulierung und Vollzug
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Themenzuordnung:	Suchtpolitische Massnahmen (EMCDDA: Health and Social Responses)
Bezug Wirkungsmodell:	Output: Förderung des niederschweligen Zugangs, Weiterentwicklung der Zusammenarbeit zwischen Suchthilfe und öffentlicher Sicherheit) Impact: Abhängige Menschen erhalten die notwendige Hilfe und Behandlung
Messung des Indikators	
Messmethode:	Schriftliche Befragung der Anstaltsleitungen
Datenquelle:	Einzelstudie / Datenbank
Desaggregation:	Nach Vollzugstyp
Anzahl Messpunkte:	1
Frequenz der Erhebung:	bei der laufenden Erhebung von Santé Prison Suisse ist vorgesehen, dass die Einrichtungen jährlich Änderungen melden müssen; eine vollständige Wiederholung der Erhebung ist jedoch nicht geplant
Nächste Aktualisierung:	derzeit laufende / im Aufbau befindliche Erhebung von Santé Prison Suisse; Resultate werden voraussichtlich 2016 vorliegen
Bemerkungen zum Indikator	
Vergleichbarkeit:	WHO-Indikator 7.3.2
Limitierung:	

Bemerkung:	<p>In der laufenden Erhebung von Santé Prison Suisse werden alle Einrichtungen des Freiheitsentzugs umfassend zum Thema Gesundheitsversorgung befragt. Die Teilnahme ist freiwillig, aber die Unterstützung für das Vorhaben ist nach Auskunft von SPS sehr gut, sodass mit einer sehr hohen Beteiligung gerechnet werden kann. Die Erhebung läuft parallel zum Aufbau des nationalen Netzwerks von SPS und deshalb über einen längeren Zeitraum. Es werden alle Daten erfasst, die für die Berechnung des Indikators notwendig sind.</p> <p>Vor einigen Jahren wurde bereits eine Einzelstudie mit ähnlichem Fokus durchgeführt: Masia et al. (2007).</p>
Weiterführende Literatur:	<p>WHO (2010); Santé Prison Suisse: www.sante.prison.ch; Projekt BAG «Bekämpfung von Infektionskrankheiten im Gefängnis (BIG) » unter www.bag.admin.ch/hiv-aids > Fachpersonen > Gefährdete Gruppen (Achse 2) > Gefängnisinsassen</p>

20 Niederschwellige Angebote

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kürzel
20	Niederschwellige Angebote
Vollständige Bezeichnung: Anzahl der von niederschweligen Einrichtungen ausgegebenen Spritzen pro injizierendem Drogenkonsumenten	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Anzahl der im Rahmen von Nadel- und Spriztzentauschprogrammen in niederschweligen Einrichtungen verteilten Spritzen, pro injizierendem Drogenkonsumenten (Schätzung)
Relevanz:	Niederschwellige Einrichtungen begleiten substanzabhängige Personen in Phasen akuter Abhängigkeit und fördern die physische und psychische Stabilität der Klient/innen. Eine unzureichende Versorgung mit sauberem Injektionsmaterial (weniger als 100 Spritzen pro injizierenden Drogenkonsumenten) wird von der EMCDDA als Indikator für ein potenziell erhöhtes Infektionsrisiko in dieser Population betrachtet (EMCDDA 2015, 69f.).
Bezug zur Strategie:	HF 3: Schadensminderung und Risikominimierung; HF 4: Regulierung und Vollzug
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Themenzuordnung:	Suchtpolitische Massnahmen (EMCDDA: Health and Social Responses)
Bezug Wirkungsmodell:	Output: Förderung des niederschweligen Zugangs Impact: Gesundheitliche und soziale Schäden werden vermindert
Messung des Indikators	
Messmethode:	Gegenüberstellung der jährlichen Anzahl abgegebener Spritzen (a) mit der geschätzten Anzahl injizierender Drogenkonsumenten (b)
Datenquelle:	(a) Befragung niederschweliger Einrichtungen (NSE) (b) Schätzung basierend auf Indikator 8 (Injizierender Drogenkonsum) oder Wiederholung der Berechnungen gemäss Arnaud et al. (2011)
Desaggregation:	-
Anzahl Messpunkte:	Bisher eine Einzelstudie (Arnaud et al. 2011) zu den Jahren 1996 und 2006
Frequenz der Erhebung:	
Nächste Aktualisierung:	unbestimmt
Bemerkungen zum Indikator	
Vergleichbarkeit:	EMCDDA; der WHO-Indikator 7.1.3 ist etwas anders definiert («Needle and syringe programme sites (including pharmacy sites) providing no-cost needles and syringes) per 1,000 IDUs in the country»)

Limitierung:	Der Indikator beschränkt sich auf ein spezifisches Angebot der niederschwelligen Einrichtungen/Kontakt- und Anlaufstellen, die neben der Abgabe von Injektions- und Inhalationsmaterial auch Kondome abgeben, psychosoziale Betreuung leisten und basismedinische Versorgung sowie Verpflegung anbieten. Eine vollständige Angebotsübersicht bietet Infodrog: http://www.infodrog.ch/index.php/angebote-und-zahlen.html
Bemerkung:	Arnaud et al. (2011) berücksichtigten nebst der Anzahl abgegebener Spritzen auch die geschätzte Anzahl Injektionen pro Tag, um ein differenzierteres Bild zum Abdeckungsgrad der Versorgung mit sauberem Injektionsmaterial zu erhalten.
Weiterführende Literatur:	WHO (2010)

21.1 Problembewusstsein bei Raucher/innen P15+

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kürzel
21.1	
Kurzbezeichnung	
Problembewusstsein bei Raucher/innen P15+	
Vollständige Bezeichnung:	
Selbsteinschätzung zur Schädlichkeit des eigenen Tabakkonsums bei Rauchenden ab 15 Jahren	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Anteil der Raucher/innen ab 15 Jahren , die ihren Tabakkonsum als schädlich für ihre Gesundheit einstufen
	<i>Frage aus Suchtmonitoring 2014, Split B, Modul «Gefährdung»:</i>
	<ul style="list-style-type: none"> TDA02: Glauben Sie, dass Ihr Tabakkonsum für Ihre Gesundheit schädlich ist?
Relevanz:	Das Problembewusstsein ist der erste Schritt in der Wirkungskette zu Verhaltensänderungen (1. Problembewusstsein, 2. Wunsch nach Verhaltensänderung, 3. Versuch der Verhaltensänderung, 4. Veränderung des Verhaltens). Für den Tabakbereich sind Informationen zu dieser Wirkungskette zentral, da zu Raucher/innen keine Behandlungsdaten (analog act-info) verfügbar sind.
Bezug zur Strategie:	HF 2: Therapie und Beratung; HF 7: Sensibilisierung und Information
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Themenzuordnung:	Behandlungsnachfrage (EMCDDA: Treatment Demand Indicator TDI)
Bezug Wirkungsmodell:	Outcome: Risikogruppen kennen die Risiken des Konsums von Substanzen und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial und reduzieren sie aktiv. Sie sind über Behandlungs- und Beratungsangebote informiert. Impact: Abhängige Menschen erhalten die notwendige Hilfe und Beratung
Messung des Indikators	
Messmethode:	Bevölkerungsbefragung
Verwendete Datenquelle:	Bisher nur SuMo (Split B)
Desaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregion, Urbanisierungsgrad, Bildung, Erwerbstatus
Anzahl Messpunkte:	1 (2014)
Frequenz der Erhebung:	unbestimmt
Nächste Aktualisierung:	unbestimmt
Bemerkungen zum Indikator	
Vergleichbarkeit:	
Limitierung:	Der Indikator hängt zusammen mit der Information über die Konsumhäufigkeit

<p>Bemerkung:</p>	<p>Die Frage zur Einschätzung der Raucher/innen in Bezug auf ihr eigenes Verhalten ist auch in Indikator 15.2 (Wissen über die Schädlichkeit von Tabakkonsum) enthalten. Geplant ist, dass in den späteren Monitoringsystemen Sucht und NCD an entsprechender Stelle auf diesen Indikator («Problembewusstsein») verwiesen wird.</p>
<p>Weiterführende Literatur:</p>	

21.2 Aufhörbereitschaft (Rauchen) P15+

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kürzel	Kurzbezeichnung
21.2		Aufhörbereitschaft (Rauchen) P15+
Vollständige Bezeichnung:		Anteil der Raucher/innen ab 15 Jahren, die mit dem Rauchen aufhören möchten
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	<p>Anteil der Raucher/innen ab 15 Jahren, die mit dem Rauchen aufhören möchten, nach Zeitpunkt der angestrebten Verhaltensänderung (irgendwann; in den nächsten 6 Monaten; in den nächsten 30 Tagen)</p> <p><i>Fragestellung aus SGB12:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 39.41: Möchten Sie gerne mit dem Rauchen aufhören? <p><i>Fragestellung aus Suchtmonitoring, Split B:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • TC12: Möchten Sie gerne mit dem Rauchen aufhören? • TD30r: Erwägen Sie ernsthaft, in den nächsten 6 Monaten mit dem Rauchen aufzuhören? • TD31r: Erwägen Sie ernsthaft, in den nächsten 30 Tagen mit dem Rauchen aufzuhören? 	
Relevanz:	<p>Tabak ist ein Suchtmittel; es ist schwierig mit dem Rauchen aufzuhören, wenn man abhängig ist. Ein beträchtlicher Teil der Raucherinnen und Raucher aller Altersklassen würde gerne mit dem Rauchen aufhören. Die Entwicklung des Anteils jener Raucherinnen und Raucher, die aufhören möchten, ist ein guter Indikator für die Stossrichtung der Präventionskampagnen.</p>	
Bezug zur Strategie:	<p>HF 2: Therapie und Beratung; HF 7: Sensibilisierung und Information</p>	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Kernindikator	
Themenzuordnung:	Behandlungsnachfrage (EMCDDA: Treatment Demand Indicator TDI)	
Bezug Wirkungsmodell:	<p>Outcome: Risikogruppen kennen die Risiken des Konsums von Substanzen und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial und reduzieren sie aktiv. Sie sind über Behandlungs- und Beratungsangebote informiert.</p> <p>Impact: Abhängige Menschen erhalten die notwendige Hilfe und Beratung</p>	
Messung des Indikators		
Subindikatoren	(a) Anteil der Raucher/innen mit generellem Aufhörwunsch	(b) Anteil der Raucher/innen, die in den nächsten 6 Monaten aufhören möchten (c) Anteil der Raucher/innen, die in den nächsten 30 Tagen aufhören möchten
Messmethode:	Bevölkerungsbefragung	Bevölkerungsbefragung

Datenquelle	SGB (2012: Frage 39.41)	bisher nur SuMo, Split B
Desaggregation:	Rauchstatus (gelegentlich vs. täglich), Alter, Geschlecht, Sprachregion, Bildungsniveau, Erwerbstatus, Einkommen, Nationalität	Rauchstatus (gelegentlich vs. täglich), Alter, Geschlecht, Sprachregion, Urbanisierungsgrad, Bildung, Erwerbstatus
Anzahl Messpunkte:	seit 1992	2 (2011 und 2013)
Frequenz der Erhebung:	alle 5 Jahre	unbestimmt
Nächste Aktualisierung:	2017	unbestimmt
Bemerkungen zum Indikator		
Vergleichbarkeit:	Subindikator (a) entspricht NCD 25.	
Limitierung:	Der Kreis der Raucherinnen und Raucher ist nicht konstant, da ständig Personen daraus ausscheiden (Beendigung des Konsums, Tod) oder neu hinzukommen (Neukonsumenten).	
Bemerkung:	In SGB wird nur allgemein nach dem Aufhörwunsch gefragt, ohne weitergehende Informationen zum Zeitraum, welchen sich die befragte Person für die Umsetzung vorgenommen hat. Die Differenzierung nach (b) und (c) wurde 2011 und 2013 im Rahmen des Suchtmonitorings (Split-Modul B) erhoben.	
Weiterführende Literatur:	Kuendig et al. (2014)	

21.3 Aufhörversuche (Rauchen) P15+

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kürzel
21.3	Aufhörversuche (Rauchen) P15+
Vollständige Bezeichnung: Anteil Raucher/innen und Ex-Raucher/innen, die in den letzten 12 Monaten einen Aufhörversuch unternommen haben, und Charakteristika dieser Aufhörversuche	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	<p>Anteil Raucher/innen und Ex-Raucher/innen, die in den letzten 12 Monaten einen Aufhörversuch unternommen haben, und Charakteristika dieser Aufhörversuche, d.h.:</p> <p>(a) Anzahl der unternommenen Aufhörversuche in den letzten 12 Monaten, bzw. vor dem erfolgreichen Konsumausstieg</p> <p>(b) Art der Unterstützung und Entwöhnungshilfen, die verwendet wurden:</p> <p>Art der Unterstützung: Wo wurden Informationen zum Rauchstopp gesucht? (1. Fachperson aus dem Gesundheitsbereich, 2. persönliches Umfeld, 3. spezifische Rauchstopp-Informationen aus Kurs/Beratung/Website/Büchern, 4. keine spezifischen Infos gesucht)</p> <p>Entwöhnungshilfen: 1. Nikotinersatzpräparat, 2. Persönliche Raucherberatung, 3. Arzneimittel, 4. rauchlose Zigarette, e-Zigarette, 5. Kurse, Broschüren, 6. Keine besonderen Hilfsmittel</p> <p><i>Fragestellung aus SGB12:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 39.40: Haben Sie in den letzten 12 Monaten ernsthaft versucht, das Rauchen aufzugeben, das heisst mindestens 14 Tage nicht geraucht? <p><i>(a) und (b): Fragestellungen aus Suchtmonitoring, Split B, Modul Désaccoutumance</i></p> <ul style="list-style-type: none"> TD04 [an Ex-Rauchende]: Wie häufig haben Sie ernsthaft versucht, das Rauchen aufzugeben, bevor Sie es geschafft haben? TD11: [an Ex-Rauchende] Welche Hilfsmittel haben Sie zur Entwöhnung verwendet? TD19: [Raucher mit Aufhörversuch in den letzten 12 Monaten] Wie häufig haben Sie in dieser Zeit ernsthaft versucht, das Rauchen aufzugeben? TD23: [Raucher mit Aufhörversuch in den letzten 12 Monaten]: Welche Hilfsmittel zur Entwöhnung haben Sie beim letzten Aufhörversuch verwendet?
Relevanz:	Mit dem Rauchen aufzuhören ist kein leichtes Unterfangen, oft gelingt dies erst nach mehreren Versuchen. Für die Entwicklung und Bereitstellung bedarfsgerechter Angebote sind Informationen über die Umstände erfolgreicher und erfolgloser Rauchstopp-Versuche zentral.
Bezug zur Strategie:	HF 2: Therapie und Beratung; HF 7: Sensibilisierung und Information
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Themenzuordnung:	Behandlungsnachfrage (EMCDDA: Treatment Demand Indicator TDI)

Bezug Wirkungsmodell:	Outcome: Risikogruppen kennen die Risiken des Konsums von Substanzen und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial und reduzieren sie aktiv. Sie sind über Behandlungs- und Beratungsangebote informiert.	
	Impact: Abhängige Menschen erhalten die notwendige Hilfe und Beratung	
Messung des Indikators		
Subindikatoren	Hauptindikator: Anteil Raucher/innen und Ex-Raucher/innen, die in den letzten 12 Monaten einen Aufhörversuch unternommen haben	(a) Anzahl der unternommenen Aufhörversuche in den letzten 12 Monaten, bzw. vor dem erfolgreichen Konsumausstieg (b) Art der Unterstützung und Entwöhnungshilfen, die verwendet wurden
Messmethode:	Bevölkerungsbefragung	Bevölkerungsbefragung
Datenquelle:	SGB (2012: Frage 39.40)	bisher nur SuMo, Split B
Desaggregation:	Rauchstatus (täglich Rauchende, gelegentlich Rauchende, Ex-Rauchende), Alter, Geschlecht, Sprachregion, Bildungsniveau, Erwerbstatus, Einkommen, Nationalität	Rauchstatus (täglich Rauchende, gelegentlich Rauchende, Ex-Rauchende), Alter, Geschlecht, Sprachregion, Urbanisierungsgrad, Bildung, Erwerbstatus
Anzahl Messpunkte:	seit 1992	2 (2011, 2013)
Frequenz der Erhebung:	alle 5 Jahre	unbestimmt
Nächste Aktualisierung:	2017	unbestimmt
Bemerkungen zum Indikator		
Vergleichbarkeit:		
Limitierung:	Lücken in der SGB. Basierend auf Frage 39.40 kann nur ein Teil des Indikators gebildet werden (Anteil Raucher/innen, die in den letzten 12 Monaten einen ernsthaften Rauchversuch unternommen haben). Entsprechende Angaben wurden bisher nur im Suchtmonitoring (Split B) erhoben, vgl. Kuendig et al. (2014).	
Bemerkung:	Das Routing in der SGB folgt nicht der beschriebenen Wirkungskette (Problembewusstsein, Aufhörbereitschaft, Aufhörversuch, Ausstieg). Die Frage nach Aufhörwunsch wurde 2012 nur Raucher/innen gestellt, welche in den letzten 12 Monaten keinen ernsthaften Aufhörversuch unternommen haben. SuMo: Die Resultate der aktuellsten Erhebung zum Subindikator (b) zeigen, dass über drei Viertel weder eine besondere Informationsquelle zur Rauchstopp-Unterstützung noch eine spezifische Entwöhnungshilfe benutzt haben (Kuendig et al. 2014, 43).	
Weiterführende Literatur:	Kuendig et al. (2014)	

22 Ambulante Suchtbehandlungen

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kürzel	Kurzbezeichnung
22		Ambulante Suchtbehandlungen
Vollständige Bezeichnung: Anzahl Eintritte in ambulante Suchtbehandlungen pro Jahr		
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	Anzahl Eintritte in ambulante Suchtbehandlungen, nach Hauptproblem und Institutionstyp (medizinisch-psychiatrisch vs. psychosozial), pro 1'000 Einwohner/innen	
Relevanz:	Die Entwicklungen bei den Behandlungsanfragen sind eine wichtige zusätzliche Informationsquelle für die «Prävalenzen» des Risikokonsums bzw. suchtähnlichen Verhaltensweisen. Die Zahl der Eintritte in Prozent der Personen mit einem Risikoverhalten ist ein Indikator für den Zugang zum Versorgungssystem.	
Bezug zur Strategie:	HF 2: Therapie und Beratung	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Leitindikator / Kernindikator	
Themenzuordnung:	Behandlungsnachfrage (EMCDDA: Treatment Demand Indicator TDI)	
Bezug Wirkungsmodell:	Outcome: Suchtbetroffene nehmen Behandlungs- und Beratungsangebote in Anspruch Impact: Abhängige Menschen erhalten die Notwendige Hilfe und Behandlung	
Messung des Indikators		
Messmethode:	Klientenmonitoring	Administrativstatistik
Datenquelle:	act-info SAMBAD (Institutionstyp: psychosozial)	Patientendaten Spital ambulant PSA (Institutionstyp: medizinisch-psychiatrisch)
Desaggregation:	Alter, Geschlecht	Alter, Geschlecht
Anzahl Messpunkte:	seit 2004	Erstmalige Datenerhebung 2015
Frequenz der Erhebung:	jährlich	jährlich
Nächste Aktualisierung:	2016	2016 (im Aufbau)
Bemerkungen zum Indikator		
Vergleichbarkeit:		
Limitierung:	Privatkliniken sind in act-info schlecht abgebildet; insbesondere Behandlungsanfragen wegen Kokain (in diesen Kliniken von Klient/innen oft out-of-Pocket finanziert) dürften daher unterschätzt werden.	

<p>Bemerkung:</p> <p>Weiterführende Literatur:</p>	<p>Nur Eintritte von Betroffenen, exkl. Beratungen von Drittpersonen/Angehörigen.</p> <p>Bei der neuen Statistik «Patientendaten Spital ambulant» (Teilprojekt 2 von MARS) wird sich erst in Zukunft zeigen, wie gut die Datenqualität bei den Diagnosen ist. Ausserdem können nebst ICD-10 auch andere Codiersysteme verwendet werden; nicht alle dieser Systeme ermöglichen das Identifizieren von Fällen mit Suchtproblematiken, inkl. der gewünschten Differenzierung nach Problemsubstanz.</p> <p>Ein zu prüfender Ansatz besteht im Bezug von Krankenversichererdaten, anhand derer der Einsatz bzw. die Vergütung bestimmter in der Suchbehandlung eingesetzter Medikamente verfolgt werden kann. Bezüglich der Verwendung von Versichererdaten für gesundheitspolitische Analysen entwickelt das BAG derzeit das Projekt BAGSAN.</p>
---	--

23 Klient/innen mit erstmaliger Behandlungsepisode

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kürzel	Kurzbezeichnung
23		Klient/innen mit erstmaliger Behandlungsepisode
Vollständige Bezeichnung:		Klient/innen mit erstmaliger Behandlungsepisode in spezialisierten Suchthilfeangeboten
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	Anteil der Klient/innen mit erstmaliger Behandlungsepisode in spezialisierten Suchthilfeangeboten, nach Hauptproblem, pro 100'000 Einwohner/innen	
Relevanz:	Die <i>erstmaligen</i> Behandlungsanfragen sind Indikatoren für die «Inzidenz» einer bestimmten Problematik.	
Bezug zur Strategie:	HF 2: Therapie und Beratung	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Zusatzindikator	
Themenzuordnung:	Behandlungsnachfrage (EMCDDA: Treatment Demand Indicator TDI)	
Bezug Wirkungsmodell:	Outcome: Suchtbetroffene nehmen Behandlungs- und Beratungsangebote in Anspruch Impact: Abhängige Menschen erhalten die Notwendige Hilfe und Behandlung	
Messung des Indikators		
Messmethode:	Klientenmonitoring	
Datenquelle:	act-info SAMBAD	
Desaggregation:	Alter, Geschlecht	
Anzahl Messpunkte:	seit 2004	
Frequenz der Erhebung:	jährlich	
Nächste Aktualisierung:	2016	
Bemerkungen zum Indikator		
Vergleichbarkeit:		
Limitierung:		
Bemerkung:	Eine Einschränkung auf den ambulanten Bereich ist deshalb angezeigt, weil davon ausgegangen werden kann, dass eine erstmalige Behandlung in der Regel ambulant erfolgt. Bei Suchtbetroffenen, bei denen die erstmalige Behandlung eine stationäre ist, kann davon ausgegangen werden, dass diese nach der stationären Behandlung in eine ambulante Behandlung eintreten,	

Weiterführende Literatur:

sodass auch bei diesen Personen die erstmalige Behandlung festgestellt werden kann.

24 Substitutionsbehandlungen

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kürzel	Kurzbezeichnung
24		Anzahl Personen in Substitutionsbehandlung
Vollständige Bezeichnung: Anzahl Personen in einer methadon- oder heroingestützten Substitutionsbehandlung, pro Kalenderjahr		
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	Anzahl Personen in einer methadon- oder heroingestützten Substitutionsbehandlung, pro Kalenderjahr, nach Art des Substitutionspräparats und Abgabestelle	
	Substitutionspräparat: Methadon, Heroin	
	Abgabestelle: Praxis des behandelnden Arztes, Einrichtung, Apotheke, Gefängnis	
Relevanz:	Substitutionstherapie hat sich als wichtigste Behandlungsmethode für Opioidabhängigkeiten etabliert. Die Behandlungsnachfrage ist einerseits Ausdruck der Problemlast, andererseits können Kenntnisse zu Charakteristika von Personen in Behandlung (Alter, Geschlecht) dazu dienen, bedarfsgerechte Behandlungsangebote weiterzuentwickeln (Stichwort Langzeit- und älter werdende Klient/innen).	
	Der Subindikator zur Inzidenz von Methadonbehandlungen gibt auch Hinweise auf die Prävalenz des (Hoch-) Risikokonsums von Opioiden.	
Bezug zur Strategie:	HF 2: Therapie und Behandlung	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Kernindikator	
Themenzuordnung:	Behandlungsnachfrage (EMCDDA: Treatment Demand Indicator TDI)	
Bezug Wirkungsmodell:	Outcome: Suchtbetroffene nehmen Behandlungs- und Beratungsangebote in Anspruch	
	Impact: Abhängige Menschen erhalten die notwendige Hilfe und Behandlung	
Messung des Indikators		
Subindikatoren	(a) Anteil Personen mit erstmaliger Substitutionsbehandlung («Inzidenz») (b) Durchschnittsalter der Personen in Substitutionsbehandlung	
Messmethode:	Meldestatistik / Klientenmonitoring	Klientenmonitoring
Datenquelle:	Methadonstatistik	act-info HeGeBe
Desaggregation:	Alter, Geschlecht	Alter, Geschlecht
Anzahl Messpunkte:	2004	2005
Frequenz der Erhebung:	jährlich	jährlich

Nächste Aktualisierung:	2016	2016
Bemerkungen zum Indikator		
Vergleichbarkeit:		
Limitierung:	Nicht alle Kantone beteiligen sich an der Methadonstatistik; Daten in der gewünschten Differenzierung dürften nur für die rund 10 Kantone vorliegen, welche auf das neu entwickelte Online-Tool umsteigen.	
Bemerkung:	<p>Die Hausarztmedizin ist ein wichtiger Pfeiler für Substitutionsbehandlungen. Derzeit werden rund 60% der Methadonbehandlungen in der medizinischen Grundversorgung durchgeführt (Strategie Sucht, S. 14); angesichts der demografischen Entwicklungen bei den Grundversorgern und den kantonal unterschiedlich geregelten Anreizen für Hausärzte, diese Behandlungen anzubieten, ist die Sicherstellung des Zugangs zu Substitutionsbehandlungen ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen.</p> <p>Ein zu prüfender Ansatz besteht auch bei Substitutionsbehandlungen im Beizug von Krankenversichererdaten, anhand derer der Einsatz bzw. die Vergütung bestimmter in der Suchtbehandlung eingesetzter Medikamente verfolgt werden kann. Bezüglich der Verwendung von Versichererdaten für gesundheitspolitische Analysen entwickelt das BAG derzeit das Projekt BAGSAN.</p>	
Weiterführende Literatur:		

25 Spitaleintritte mit Haupt- oder Nebendiagnose einer substanzbedingten Störung

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kürzel	Kurzbezeichnung
25		Spitaleintritte mit Haupt- oder Nebendiagnose einer substanzbedingten Störung
Vollständige Bezeichnung:		Anzahl Eintritte in somatische oder psychiatrische Kliniken aufgrund einer substanzbedingten Störung
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	Anzahl Behandlungsfälle (Eintritte) aufgrund einer substanzbedingten Störung in somatischen oder psychiatrischen Kliniken, nach Substanz, pro 1000 Einwohner/innen	
Relevanz:	Kenntnisse über Art und Umfang der Behandlungen in Akutspitälern und psychiatrischen Kliniken bilden die Grundlage für die in der Strategie Sucht angestrebte Vernetzung von medizinisch-psychiatrisch ausgerichteten Leistungserbringern und jene aus dem sozialmedizinischen und psychosozialen Bereich (Strategie Sucht, S. 19)	
Bezug zur Strategie:	HF 2: Therapie und Beratung	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Leitindikator / Kernindikator	
Themenzuordnung:	Behandlungsnachfrage (EMCDDA: Treatment Demand Indicator TDI)	
Bezug Wirkungsmodell:	Impact: Abhängige Menschen erhalten die notwendige Hilfe und Behandlung	
Messung des Indikators		
Subindikatoren	(a) Anteil der F10-Diagnosen (Sucht) an F-Diagnosen (Psychiatrie) (b) durchschnittliche Aufenthaltsdauer für suchtassoziierte Behandlungen	
Messmethode:	Administrativstatistik	
Datenquelle:	Medizinische Statistik der Krankenhäuser	
Desaggregation:	Nach ausgewählten Diagnosecodes (Intoxikationen, schädlicher Gebrauch, Abhängigkeitssyndrom, Entzugssyndrom, psychotische Störung), Geschlecht und Alter	
Anzahl Messpunkte:	seit 1998 jährlich	
Frequenz der Erhebung:	jährlich	
Nächste Aktualisierung:	2016	
Bemerkungen zum Indikator		
Vergleichbarkeit:	Schnittstelle Psychische Gesundheit bei den Subindikatoren (a) und (b), vgl. Schuler/Burla 2012, 52ff.	
Limitierung:		

Bemerkung:	Alkoholintoxikationen sind in diesem Indikator enthalten.
Weiterführende Literatur:	

26 Suchtbehandlungen in stationären psychosozialen Institutionen

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kürzel	Kurzbezeichnung
26		Suchtbehandlungen in stationären psychosozialen Institutionen
Vollständige Bezeichnung: Anzahl Suchtbehandlungen in stationären psychosozialen Institutionen		
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	Anzahl Eintritte in stationäre Suchtbehandlungen in psychosozialen Institutionen, nach Hauptproblem, pro Jahr pro 100'000 Einwohner/innen	
Relevanz:	Kenntnisse über Art und Umfang der Behandlungen in stationären psychosozialen Institutionen bilden die Grundlage für die in der Strategie Sucht angestrebte Vernetzung von medizinisch-psychiatrisch ausgerichteten Leistungserbringern und jene aus dem sozialmedizinischen und psychosozialen Bereich (Strategie Sucht, S. 19)	
Bezug zur Strategie:	HF 2: Therapie und Beratung	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Leitindikator / Kernindikator	
Themenzuordnung:	Behandlungsnachfrage (EMCDDA: Treatment Demand Indicator TDI)	
Bezug Wirkungsmodell:	Impact: Abhängige Menschen erhalten die notwendige Hilfe und Behandlung	
Messung des Indikators		
Messmethode:	Klientenmonitoring	Administrativstatistik
Datenquelle:	act-info FOS/Residalc	SOMED (Fragebogen B)
Desaggregation:	Alter, Geschlecht	Anzahl Klienten mit «Suchtbehinderung»
Anzahl Messpunkte:	seit 2004	seit 1998
Frequenz der Erhebung:	jährlich	jährlich
Nächste Aktualisierung:	2016	2016
Bemerkungen zum Indikator		
Vergleichbarkeit:		
Limitierung:	<p>In der SOMED sind keine Informationen zur Hauptproblemsubstanz enthalten.</p> <p>Verschiebungen (z.B. aufgrund politischer Veränderungen) zwischen der Bedeutung stationärer Behandlung in psychosozialen und medizinisch-psychiatrischen Einrichtungen sind bei der Interpretation zu berücksichtigen.</p>	

Bemerkung:

In der SOMED dürften die spezialisierten stationären sozialtherapeutischen Suchteinrichtungen (act-info Residalc und FOS) unter der Kategorie «Institutionen für Suchtkranke» enthalten sein. Allenfalls kann die SOMED (Institutionen mit Klient/innen mit Suchtbehinderung) ergänzend für bestimmte Informationen, z.B. Anzahl stationäre Aufenthaltstage oder für Kostenberechnungen, beigezogen werden.

Weiterführende Literatur:

Impactziel 3: Gesundheitliche und soziale Schäden werden vermindert**27 Subjektiv wahrgenommener Gesundheitszustand P15+**

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kürzel
27	Subjektiv wahrgenommener Gesundheitszustand P15+
Vollständige Bezeichnung: Subjektiv wahrgenommener Gesundheitszustand von Personen mit Risikoverhalten im Vergleich zu Personen mit risikoarmem Verhalten	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	<p>Anteil der Personen ab 15 Jahren mit gutem oder sehr gutem subjektivem Gesundheitszustand und risikoreichem (Konsum-)Verhalten, im Vergleich zum Anteil von Personen ab 15 Jahren mit gutem oder sehr gutem subjektivem Gesundheitszustand, jedoch ohne risikoreiches (Konsum-) Verhalten.</p> <p><i>Fragestellung aus SGB12:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 10.00: Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen? – Sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht, sehr schlecht <p>Risikoverhalten: Substanzen/Verhaltensweisen und Definitionen analog 14.1</p> <ul style="list-style-type: none"> Alkohol: chronisch risikoreich und/oder episodisch risikoreich (Indikator 2) Tabak: aktuell Rauchende (gelegentlich <u>und</u> täglich) (Indikator 4.1) Cannabis: Gebrauch an 20 Tagen oder mehr in den letzten 30 Tagen (aus Indikator 6.1) Geldspiel: problematisches oder pathologisches Geldspiel (Indikator 11)
Relevanz:	Die Antwort auf die Frage nach dem subjektiven Gesundheitszustand eignet sich für die Prognostizierung verschiedener messbarer Werte wie Morbidität (Krankheitsgeschehen), Sterblichkeit und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (Idler/Benyamini 1997; Jylhä 2009; Manor et al. 2001).
Bezug zur Strategie:	HF 1: Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung; HF 2: Therapie und Beratung
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Themenzuordnung:	Folgeerkrankungen und Komorbidität (EMCDDA: DRID)
Bezug Wirkungsmodell:	Impact: Gesundheitliche und soziale Schäden werden vermindert
Messung des Indikators	
Messmethode:	Bevölkerungsbefragung
Verwendete Datenquelle:	SGB (2012: Frage 10.00)
Desaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregion, Bildungsniveau, Erwerbstatus, Einkommen, Nationalität

Anzahl Messpunkte:	seit 1992
Frequenz der Erhebung:	alle 5 Jahre
Nächste Aktualisierung:	2017
Bemerkungen zum Indikator	
Vergleichbarkeit:	
Limitierung:	Datenlücke in Bezug auf alle Substanzen/Suchtproblematiken, die nicht in der SGB abgebildet werden (risikoreicher Medikamentenkonsum, exzessive Internetnutzung; ausser Cannabis ist bei illegalen Drogen aufgrund der tiefen Fallzahlen die Identifizierung der risikoreich Konsumierenden nicht möglich).
Bemerkung:	
Weiterführende Literatur:	.

28 Psychische Belastung P15+

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kürzel Kurzbezeichnung
28	Psychische Belastung P15+
Vollständige Bezeichnung: Psychische Belastung von Personen mit risikoreichem (Konsum-)Verhalten im Vergleich zu Personen mit risikoarmem (Konsum-)Verhalten	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	<p>Anteil Personen mit risikoreichem (Konsum-)Verhalten, die gemäss Selbsteinschätzung von einer mittleren oder starken psychischen Belastung betroffen sind, im Vergleich zu Personen mit risikoarmem (Konsum-)Verhalten.</p> <p><i>Fragestellung aus SGB12:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 25.00: Wie haben Sie sich in den letzten 4 Wochen gefühlt? Ich lese Ihnen verschiedene Gefühlszustände vor. Bitte sagen Sie mir jedes Mal, ob Sie den Gefühlszustand in den letzten 4 Wochen immer, meistens, manchmal, selten oder nie gehabt haben. – voller Leben gefühlt; sehr nervös gefühlt; so niedergeschlagen und verstimmt gefühlt, dass Sie nichts hat aufmuntern können; ruhig, ausgeglichen und gelassen gefühlt; voller Energie gefühlt; entmutigt und deprimiert gefühlt; erschöpft gefühlt; glücklich gefühlt; müde gefühlt <p>Risikoverhalten: Substanzen/Verhaltensweisen und Definitionen analog 14.1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alkohol: chronisch risikoreich und/oder episodisch risikoreich (Indikator 2) • Tabak: aktuell Rauchende (gelegentlich <u>und</u> täglich) (Indikator 4.1) • Cannabis: Gebrauch an 20 Tagen oder mehr in den letzten 30 Tagen (aus Indikator 6.1) • Geldspiel: problematisches oder pathologisches Geldspiel (Indikator 11)
Relevanz:	Weil Abhängigkeit im medizinischen Sinn eine psychiatrische Diagnose ist, bestehen vielfältige Bezüge zur Prävention psychischer Erkrankungen, aber auch zur Versorgung psychisch kranker Menschen. Viele Suchtpatientinnen und Suchtpatienten werden zumindest zum Teil in psychiatrischen Einrichtungen behandelt, abhängige Menschen oder Personen mit Risikoverhalten haben oftmals gleichzeitig weitere psychische Probleme. Umgekehrt haben viele psychisch Kranke eine Zweitdiagnose «Abhängigkeit» (Strategie Sucht, S. 11, 16).
Bezug zur Strategie:	HF 1: Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung; HF 2: Therapie und Beratung
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Kernindikator
Themenzuordnung:	Folgeerkrankungen und Komorbidität (EMCDDA: DRID)
Bezug Wirkungsmodell:	Outcome: Gesundheitliche und soziale Schäden werden vermindert
Messung des Indikators	
Messmethode:	Bevölkerungsbefragung
Datenquelle:	SGB (2012: Frage 25.00)

Desaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregion, Bildungsniveau, Erwerbstatus, Einkommen, Nationalität
Anzahl Messpunkte:	2 (2007, 2012)
Frequenz der Erhebung:	5 Jahre
Nächste Aktualisierung:	2017
Bemerkungen zum Indikator	
Vergleichbarkeit:	Schnittstelle Psychische Gesundheit (vgl. Schuler/Burla 2012)
Limitierung:	<p>Datenlücke in Bezug auf alle Substanzen/Suchtproblematiken, die nicht in der SGB abgebildet werden (risikoreicher Medikamentenkonsum, exzessive Internetnutzung; ausser Cannabis ist bei illegalen Drogen die Identifizierung der risikoreich Konsumierenden nicht möglich).</p> <p>Im Rahmen des Cannabismonitorings konnte gezeigt werden, dass «problematische» Gamer im Alter von 13-29 signifikant häufiger psychische Beschwerden aufwiesen als nicht-problematische Gamer bzw. Nicht-Gamer (Annaheim et al. 2012).</p>
Bemerkung:	<p>Die psychische Belastung wird über einen Index gemessen, der auf dem Mental Health Inventory (MHI-5) beruht. Bezogen auf die vergangenen vier Wochen wird erfasst, in welchem Masse eine Person nervös, niedergeschlagen oder verstimmt, entmutigt und deprimiert war oder auch ruhig, ausgeglichen oder gelassen oder glücklich war. Aus den ermittelten Werten wird das Ausmass an psychischer Belastung abgeleitet.</p> <p>In der SGB 2012 sind gegenüber 2007 zusätzliche Antwortkategorien eingefügt worden.</p>
Weiterführende Literatur:	<p>Annaheim et al. (2012), Schuler/Burla 2012, 24;90)</p> <p>BFS: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/02/dos/04/04.html</p>

29 Sucht und NCD

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kürzel
29	Sucht und NCD
Vollständige Bezeichnung: NCD-bezogene Krankheitslast von Personen ab 15 Jahren mit risikoreichem (Konsum-)Verhalten, im Vergleich zu Personen mit risikoarmem (Konsum-) Verhalten	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	<p>Anteil Personen mit risikoreichem (Konsum-)Verhalten mit NCD-bezogener Krankheitslast, im Vergleich zu Personen mit risikoarmem (Konsum-) Verhalten</p> <p>NCD-bezogene Krankheitslast in der SGB: Diabetes, Herzinfarkt/Hirnschlag, Krebs/Geschwulst, Asthma und Rückenschmerzen (in den letzten 12 Monaten in ärztlicher Behandlung oder Krankheit gehabt, vgl. Indikatoren-Set NCD, 51.1, «Lebensqualität Erwachsene»)</p> <p>Risikoverhalten: Substanzen/Verhaltensweisen und Definitionen analog 14.1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alkohol: chronisch risikoreich und/oder episodisch risikoreich (Indikator 2) • Tabak: aktuell Rauchende (gelegentlich <u>und</u> täglich) (Indikator 4.1) • Cannabis: Gebrauch an 20 Tagen oder mehr in den letzten 30 Tagen (aus Indikator 6.1) • Geldspiel: problematisches oder pathologisches Geldspiel (Indikator 11)
Relevanz:	Die NCD-Strategie und die Strategie Sucht wirken beide im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention sowie in der Gesundheitsversorgung. [...] Die Schnittstellen zwischen der NCD-Strategie und der Strategie Sucht finden bei der Umsetzung der Strategien besondere Beachtung. Dies gilt insbesondere für gesundheitliche und Kostenfolgen von Tabak- und Alkoholmissbrauch sowie für Fragen der Prävention generell. (Strategie Sucht, S. 11)
Bezug zur Strategie:	HF 1: Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung; HF 5: Koordination und Kooperation
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Themenzuordnung:	Folgeerkrankungen und Komorbidität (EMCDDA: DRID)
Bezug Wirkungsmodell:	Impact: Gesundheitliche und soziale Schäden werden vermindert
Messung des Indikators	
Messmethode:	Bevölkerungsbefragung
Verwendete Datenquelle:	SGB
Desaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregion, Bildungsniveau, Erwerbstatus, Einkommen, Nationalität
Anzahl Messpunkte:	bisher nicht in dieser Form ausgewertet
Frequenz der Erhebung:	alle 5 Jahre

Nächste Aktualisierung:	2017
Bemerkungen zum Indikator	
Vergleichbarkeit:	Desaggregationsvariablen zu NCD-Diagnosen gemäss NCD 51.1
Limitierung:	Datenlücke in Bezug auf alle Substanzen/Suchtproblematiken, die nicht in der SGB abgebildet werden (risikoreicher Medikamentenkonsum, exzessive Internetnutzung; ausser Cannabis ist bei illegalen Drogen die Identifizierung der risikoreich Konsumierenden nicht möglich).
Bemerkung:	
Weiterführende Literatur:	

30 HIV und Hepatitis

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kürzel	Kurzbezeichnung
30		HIV und Hepatitis bei Personen mit injizierendem Drogenkonsum
Vollständige Bezeichnung: Prävalenz von HIV, Hepatitis C und Hepatitis B bei Personen mit injizierendem Drogenkonsum		
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	Prävalenz von HIV, Hepatitis C und Hepatitis B bei Personen, die (a) in ihrem Leben je Drogen injiziert haben, (b) in den letzten 12 Monaten Drogen injiziert haben	
Relevanz:	<p>Insbesondere für injizierende Drogenkonsumenten besteht die Gefahr der Ansteckung mit Infektionskrankheiten durch die gemeinsame Nutzung des für den Konsum erforderlichen Materials.</p> <p>Während die Neuansteckungen von HIV mit den schadensmindernden Massnahmen stark reduziert werden konnten, sind heute in niederschweligen Institutionen schätzungsweise 40% der Nutzenden Hepatitis-C-positiv (Strategie Sucht, S. 16). 60-80% der Neuansteckungen mit HCV ist auf intravenösen Drogenkonsum zurückzuführen. Bei 20–30% der Erkrankten heilt eine akute Hepatitis C vollständig aus. Bei zirka 70–80% entwickelt sich jedoch eine chronische Infektion mit dem Risiko, eine Leberzirrhose oder einen Leberkrebs zu entwickeln (BAG 2010, 40).</p>	
Bezug zur Strategie:	HF 3: Schadensminderung und Risikominimierung	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Kernindikator	
Themenzuordnung:	Folgeerkrankungen und Komorbidität (EMCDDA: DRID)	
Bezug Wirkungsmodell:	Impact: Gesundheitliche und soziale Schäden werden vermindert	
Messung des Indikators		
	Vorgeschlagener Indikator gemäss obiger Definition	Alternativer Indikator: Inzidenz von HIV, HCV und HBV mit IDU als (mutmasslicher) Ansteckungsweg
Messmethode:	Klientenmonitoring	Diagnostischer Befund
Datenquelle:	1. act-info HeGeBe, 2. Klientendaten aus niederschweligen Einrichtungen (NSE)	Meldestatistiken HIV/HCV
Desaggregation:	Alter, Geschlecht	-
Anzahl Messpunkte:	HeGeBe: seit 2005 jährlich NSE: 6 (1993, 1994, 1996, 2000, 2006, 2011)	1989/1999

Frequenz der Erhebung:	HeGeBe: jährlich NSE: unregelmässig	laufend
Nächste Aktualisierung:	HeGeBe: 2016 NSE: unbestimmt	laufend
Bemerkungen zum Indikator		
Vergleichbarkeit:	EMCDDA (Drug-related infectious diseases, DRID); WHO 6.1.2, 6.1.3, 6.2.3	
Limitierung:	Prävalenzraten beziehen sich nicht auf die Gesamtzahl der IDU, sondern auf spezifische Subgruppen (Personen mit heroingestützter Behandlung; Personen in niederschweligen Einrichtungen), wobei letzteres (d.h. Befragung in NSE) von der EMCDDA ausdrücklich empfohlen wird, vgl. EMCDDA (2009b).	
Bemerkung:	<p>In den anderen act-info-Statistiken werden lediglich Angaben zu durchgeführten Tests erhoben (im Leben, in den letzten 12 Monaten), nicht jedoch zum Infektionsstatus.</p> <p>Im Indikatoren-Set der WHO (6.1.4) wird auch die Inzidenz von Tuberkulose abgebildet. In gewissen europäischen Städten (z.B. Rotterdam, London) wurde bei gewissen Risikogruppen (intravenös Konsumierende, Obdachlose, Migrant/innen) eine relativ hohe Inzidenz festgestellt. Bei der EMCDDA gehört Tuberkulose jedoch nicht zum DRID-Indikator. Da gemäss den befragten BAG-Experten ein Indikator zu TB-Inzidenz bei intravenös Konsumierenden lediglich «nice to have» wäre und entsprechende Daten neu erhoben werden müssten, wird auf diesen Zusatz verzichtet.</p>	
Weiterführende Literatur:	<p>WHO-Bericht zu TB: http://www.euro.who.int/de/media-centre/sections/press-releases/2012/03/new-report-tuberculosis-tb-on-the-retreat-in-europe.-though-concerns-remain-about-drug-resistant-strains-and-treatment-failure</p> <p>Befragung NSE, Resultate 2011: Locicero et al. (2012)</p> <p>BAG: Fallzahlen meldepflichtiger Infektionskrankheiten: http://www.bag.admin.ch/k_m_meldesystem/00733/00804/index.html?lang=de</p>	

31.1 Alkoholbedingte Mortalität

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kürzel	Kurzbezeichnung
31.1		Alkoholbedingte Mortalität
Vollständige Bezeichnung:		Anzahl der alkoholkonsumbedingten Todesfälle in der Schweiz pro Jahr
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	Anzahl der Todesfälle, die auf Alkoholkonsum zurückzuführen sind, in der Schweiz pro Jahr, (a) absolute Anzahl, (b) pro 100'000 Einwohner/innen.	
Relevanz:	Alkohol ist eine wichtige Ursache nichtübertragbarer Krankheiten und Unfälle. Dies hat vorzeitige Todesfälle zur Folge. Die Anzahl dieser Fälle ist ein wichtiger Indikator für das Ausmass des gesundheitlichen Schadens und der gesellschaftlichen Last, die der Alkoholkonsum verursacht.	
Bezug zur Strategie:	Übergeordnetes Ziel: Gesundheitliche und soziale Schäden werden vermindert	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Leitindikator / Kernindikator	
Themenzuordnung:	Todesfälle im Zusammenhang mit Substanzkonsum und Sucht (EMCDDA: Drug-related deaths and mortality indicator DRD)	
Bezug Wirkungsmodell:	Impact: Gesundheitliche und soziale Schäden werden vermindert	
Messung des Indikators		
Messmethode:	Errechnung aus Daten zum Alkoholkonsum, des Einflusses des Konsum auf Krankheitsentstehung (risk relations), und Daten zu Krankheiten und Todesfallursachen	
Verwendete Datenquelle:	Studie Gmel et al. 2013. Daten von EAV, BFS, Suchtmonitoring (in Zukunft sollte der der Gebrauch von SGB-Daten laut Experten möglich sein)	
<ul style="list-style-type: none"> • Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen 	<ul style="list-style-type: none"> - Ab 15 Jahren - 	
Weitere Datenquellen:	SGB anstelle SUMO möglich für Berechnung	
Disaggregation:	-	
Anzahl Messpunkte:	4 (in Studie 2013 wurden Daten für Jahre 1997, 2002, 2007, 2011 ausgewertet)	
Frequenz der Erhebung:	Keine weitere bisher geplant.	

Nächste Aktualisierung:	Bisher keine geplant, kann jedoch jederzeit wiederholt werden.
Bemerkungen zum Indikator	
Vergleichbarkeit:	NCD 12.1; Methodik sollte internationale Vergleichbarkeit ermöglichen
Limitierung:	
Bemerkung:	<p>In der Schweiz besteht grundsätzlich die benötigte Dateninfrastruktur:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regelmässige Erhebung des Alkoholkonsums pro Kopf durch die Eidgenössische Alkoholverwaltung. • Regelmässige Erhebung von detaillierteren Informationen zum Alkoholkonsum durch die Schweizerische Gesundheitsbefragung und das Suchtmonitoring • Jährliche Daten zu den Todesursachen durch die Todesursachenstatistik des Bundesamtes für Statistik
Weiterführende Literatur:	<p>Studie alkoholbedingte Mortalität: Marmet et al. (2013a)</p> <p>http://www.suchtschweiz.ch/infos-und-fakten/alkohol/folgen/sterblichkeit/</p>

31.2 Tabakbedingte Mortalität

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kürzel	Kurzbezeichnung
31.2		Tabakbedingte Mortalität
Vollständige Bezeichnung:		Anzahl der Todesfälle, die auf Tabakkonsum zurückzuführen sind, in der Schweiz pro Jahr
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	Anzahl der Todesfälle, die auf Tabakkonsum zurückzuführen sind, in der Schweiz pro Jahr, (a) absolute Anzahl, (b) pro 100'000 Einwohner/innen	
Relevanz:	Tabak ist die wichtigste Ursache nichtübertragbarer Krankheiten. Dies hat vorzeitige Todesfälle zur Folge. Die Anzahl dieser Fälle ist ein wichtiger Indikator für das Ausmass des gesundheitlichen Schadens, welche der Tabakkonsum verursacht.	
Bezug zur Strategie:	Übergeordnetes Ziel: Gesundheitliche und soziale Schäden werden vermindert	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Leitindikator / Kernindikator	
Themenzuordnung:	Todesfälle im Zusammenhang mit Substanzkonsum und Sucht (EMCDDA: Drug-related deaths and mortality indicator DRD)	
Bezug Wirkungsmodell:	Impact: Gesundheitliche und soziale Schäden werden vermindert	
Messung des Indikators		
Messmethode:	Errechnung aus Daten zum Tabakkonsum, des Einflusses des Konsums auf Krankheitsentstehung (risk relations), und Daten zu Krankheiten und Todesfallursachen. Die Zahl der Todesfälle wird mit der Methode von SAMMEC von CDC geschätzt.	
Verwendete Datenquelle:	Statistik der Todesursachen, SGB/ Suchtmonitoring, Literatur	
<ul style="list-style-type: none"> • Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen 	<ul style="list-style-type: none"> - Ab 15 Jahren - 	
Weitere Datenquellen:	SGB anstelle SUMO möglich für Berechnung	
Disaggregation:	-	
Anzahl Messpunkte:	0	
Frequenz der Erhebung:	Offen	
Nächste Aktualisierung:	2015 (Schätzung)	

Bemerkungen zum Indikator	
Vergleichbarkeit:	NCD 12.2 Methodik sollte internationaler Vergleichbarkeit ermöglichen.
Limitierung:	-
Bemerkung:	Indikator liegt vor im Rahmen Suchtmonitoring. Für zukünftige Berechnungen ist ein Mandat notwendig. Bei der Berechnung der Mortalitätsrate muss die Altersstandardisierung berücksichtigt werden. Ca. alle 5 Jahre ist eine Berechnung wünschenswert.
Weiterführende Literatur:	Studie, alkoholbedingte Mortalität von Marmet et al, 2013: http://www.suchtschweiz.ch/infos-und-fakten/alkohol/folgen/sterblichkeit/

31.3 Drogentote

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kürzel	Kurzbezeichnung
31.3		Drogentote
Vollständige Bezeichnung:		Anzahl direkte Drogentodesfälle pro Jahr
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	Anzahl Todesfälle infolge Vergiftung und/oder Überdosierung pro Jahr	
Relevanz:	Die Anzahl direkte Drogentodesfälle ist ein wichtiger drogenpolitischer Indikator. Während zu Beginn der 1990er-Jahre jährlich mehr als 400 Drogentote zu beklagen waren, ging die Zahl seither kontinuierlich zurück und liegt seit einigen Jahren relativ stabil bei rund 120 Menschen. Es kann davon ausgegangen werden, dass schadensmindernde Konsumbedingungen die Menschen vor diesem vorzeitigen Tod bewahren (Strategie Sucht, S. 16).	
Bezug zur Strategie:	HF 3: Schadensminderung und Risikominimierung	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Leitindikator / Kernindikator	
Themenzuordnung:	Todesfälle im Zusammenhang mit Substanzkonsum und Sucht (EMCDDA: Drug-related deaths and mortality indicator DRD)	
Bezug Wirkungsmodell:	Impact: Gesundheitliche und soziale Schäden werden vermindert	
Messung des Indikators		
Messmethode:	Administrativstatistik / Melderegister	
Datenquelle:	Todesursachenstatistik	
Desaggregation:	Alter, Geschlecht	
Anzahl Messpunkte:	Mit ICD-10-Codierung jährlich seit 1995	
Frequenz der Erhebung:	jährlich	
Nächste Aktualisierung:	2016	
Bemerkungen zum Indikator		
Vergleichbarkeit:	<p>Nur direkte Todesfälle, d.h. nur die erste Komponente des EMCDDA-Indikators Drug-related deaths and mortality (DRD). Die EMCDDA (2009a) empfiehlt, als zweite Komponente des Indikators mittels Kohortenstudien auch Informationen zu indirekten Drogentodesfällen (psychiatrische Erkrankungen, die durch Substanzmissbrauch verursacht wurden; tödliche Unfälle/Gewalteinwirkungen; Suizid im Zusammenhang mit Drogen etc.) zu gewinnen.</p> <p>Vergleichbarkeit mit 31.1 und 31.2 beschränkt, da dort jeweils auch indirekte Todesfälle einbezogen sind.</p>	

Limitierung:	Differenzierung nach Substanz nur beschränkt möglich (vgl. Zobel 2014).
Bemerkung:	
Weiterführende Literatur:	EMCDDA, DRD-Indikator: http://www.emcdda.europa.eu/activities/drd

32 Soziale Situation von Suchtbetroffenen

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kürzel	Kurzbezeichnung
32		Soziale Situation von Suchtbetroffenen
Vollständige Bezeichnung:		Soziale Situation von Personen mit Risikoverhalten und von Personen in Suchtbehandlung
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	<p>Erwerbsquote und Anteil der Personen mit stabiler Wohnsituation bei den Personen mit Risikoverhalten (SGB) und bei Personen in Suchtbehandlung (act-info) im Vergleich zu Referenzbevölkerung.</p> <p>(a) Erwerbsquote von Personen mit risikoreichem (Konsum-)Verhalten im Vergleich zu Personen mit risikoarmem (Konsum-)Verhalten (SGB)</p> <p>(b) Erwerbsquote von Personen in Suchtbehandlung, nach Hauptproblem (act-info)</p> <p>(c) Anteil Personen in Suchtbehandlung mit stabiler Wohnsituation, nach Hauptproblem (act-info)</p> <p>Risikoverhalten: Substanzen/Verhaltensweisen und Definitionen analog 14.1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alkohol: chronisch risikoreich und/oder episodisch risikoreich (Indikator 2) • Tabak: aktuell Rauchende (gelegentlich <u>und</u> täglich) (Indikator 4.1) • Cannabis: Gebrauch an 20 Tagen oder mehr in den letzten 30 Tagen (aus Indikator 6.1) • Geldspiel: problematisches oder pathologisches Geldspiel (Indikator 11) 	
Relevanz:	<p>Risikoverhalten und Abhängigkeit können nicht nur gesundheitliche, sondern auch schwerwiegende soziale Probleme verursachen. Es ist ein Anliegen der Strategie Sucht, dass Betroffene mit adäquaten Behandlungs- und Beratungsangeboten nebst der physischen und psychischen Rehabilitation auch in der sozialen und beruflichen (Re-)Integration unterstützt werden. Erwerbstätigkeit ist einer der zentralen Merkmale der gesellschaftlichen Integration, daher fokussiert der Indikator auf diesen Aspekt der Sozialen Situation.</p>	
Bezug zur Strategie:	<p>HF 2: Therapie und Beratung (Strategisches Ziel 2.1: Betroffene Menschen darin unterstützen, körperlich und psychisch gesund sowie sozial und beruflich integriert zu werden)</p>	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Zusatzindikator	
Themenuordnung:	Umfang und Auswirkungen von Risikoverhalten (EMCDDA: High-Risk Drug Use Indicator HRDU)	
Bezug Wirkungsmodell:	Outcome: Suchtbetroffene bleiben bzw. werden sozial und beruflich integriert sowie körperlich und psychisch gesund	
Messung des Indikators		
Subindikatoren	(a) Erwerbsquote von Personen mit risikoreichem (Konsum-) Verhalten im Vergleich zu Personen	(b) Erwerbsquote von Personen in Suchtbehandlung

	mit risikoarmem (Konsum-) Verhalten	(c) Anteil Personen in Suchtbehandlung mit stabiler Wohnsituation
Messmethode:	Bevölkerungsbefragung	Klientenmonitoring
Datenquelle:	SGB	act-info-SAMBAD
Desaggregation:	Substanz/Verhaltensweise, Alter, Geschlecht, Sprachregion, Bildungsniveau, Erwerbstatus, Einkommen, Nationalität	Kategorien Wohnsituation im Kernfragebogen: stabil, instabil, in Haft, in therapeutischer Einrichtung/Spital, unbekannt Hauptproblem, Alter, Geschlecht
Anzahl Messpunkte:	neuer Indikator	seit 2004
Frequenz der Erhebung:	alle 5 Jahre	jährlich
Nächste Aktualisierung:	2017	2016
Bemerkungen zum Indikator		
Vergleichbarkeit:	EMCDDA: im Rahmen des Treatment Demand Indicator (TDI) wird ebenfalls Wohnsituation (with whom/where) und Erwerbsstatus von Personen in Behandlung angeschaut	
Limitierung:	Gemäss Rückmeldung Expertenworkshop gibt es Selektionseffekte und Verzerrung bei act-info v.a. im stationären Bereich – widerspiegelt eher kantonale Politik als Problemlage der Klient/innen. Daher Beschränkung auf den ambulanten Bereich. Dort allerdings besteht das Problem mit dem geringen Abdeckungsgrad – je detaillierter die erhobenen Informationen, desto geringer dürfte die Teilnahmebereitschaft sein.	
Bemerkung:	Personen, die nicht erwerbstätig sind, umfassen u.a. Arbeitslose (Stellensuchende mit und ohne Einschreibung auf dem RAV), Personen in Ausbildung, Rentenbeziehende, Invalide, Militärdienstleistende und Hausfrauen/Hausmänner.	
Weiterführende Literatur:		

33 Verstöße gegen Betäubungsmittelgesetz wegen Besitz und Konsum

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kürzel
33	
Kurzbezeichnung	
Verstöße gegen Betäubungsmittelgesetz wegen Besitz und Konsum	
Vollständige Bezeichnung: Konsumassoziierte Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Anzahl Verzeigungen aufgrund Widerhandlungen gegen das Betäubungsmittelgesetz (BetmG) wegen Besitz, Anbau und Konsum, pro 1000 Einwohner/innen, nach Substanz Widerhandlungen aufgrund Besitz/Sicherstellung und Anbau/Herstellung: hier berücksichtigt werden nur diejenigen Fälle, die klar im Zusammenhang mit Eigenkonsum stehen («Übertretungen»). Vgl. BFS (2015, 52).
Relevanz:	Die Entwicklung der konsumassoziierten Verzeigungen gegen das Betäubungsmittelgesetz sind – trotz der unten genannten Limitierung – eine wichtige ergänzende Information zur Problemlast im Bereich der illegalen Drogen.
Bezug zur Strategie:	HF 4: Regulierung und Vollzug
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Themenzuordnung:	Umfang und Auswirkungen von Risikoverhalten (EMCDDA: High-Risk Drug Use Indicator HRDU)
Bezug Wirkungsmodell:	Impact: Gesundheitliche und soziale Schäden werden vermindert
Messung des Indikators	
Messmethode:	Anzeigenstatistik
Datenquelle:	Polizeiliche Kriminalstatistik
Desaggregation:	Substanz; Alter, Geschlecht
Anzahl Messpunkte:	6 (seit 2009)
Frequenz der Erhebung:	jährlich
Nächste Aktualisierung:	2016
Bemerkungen zum Indikator	
Vergleichbarkeit:	WHO 6.3.2; EMCDDA-Indikatoren zum Themenbereich «Drug markets, crime and supply reduction» sind in Entwicklung (vgl. Zobel 2014)
Limitierung:	Mit Vorsicht zu interpretieren, da in den Daten auch Aspekte der Polizeiarbeit abgebildet sind (gewisse Substanzen sind z.B. einfacher zu verfolgen als andere; Strategien der Polizeiarbeit allgemein)

Bemerkung:	Im Gegensatz zu Verstößen gegen das BetmG wegen schweren Fällen von Produktion und Handel werden konsumassoziierte Verstöße als Schadenslast für das Individuum kategorisiert, da der Gesellschaft dadurch keine unmittelbaren negativen Auswirkungen entstehen (mit Ausnahme der im Vollzug entstehenden Kosten).
Weiterführende Literatur:	Aktuelle Daten im Jahresbericht 2014 der PKS (BFS 2015, 52ff.) http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.Document.191708.pdf

34 Führerausweisentzüge in Zusammenhang mit Substanzeinfluss

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kürzel	Kurzbezeichnung
34		Führerausweisentzüge in Zusammenhang mit Substanzeinfluss
Vollständige Bezeichnung: Führerausweisentzüge in Zusammenhang mit Substanzeinfluss		
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	Anteil der Führerausweisentzüge wegen Fahren unter Einfluss von Alkohol, Medikamenten und Drogen, (a) pro 100'000 Einwohner/innen, (b) in % der Führerausweisentzüge, (c) in % der durchgeführten Kontrollen, nach Substanz	
Relevanz:	<p>Indikator zu situationsunangepasstem Risikoverhalten. Interpretierbar einerseits als Schadenspotenzial (Gefährdung von sich und anderen), andererseits als negative Folge für Konsumierende (Einschränkungen der Mobilität aufgrund des Risikoverhaltens).</p> <p>Die negativen Folgen des Fahrens unter Substanzeinfluss werden in einem separaten Indikator dargestellt (vgl. Nr. 41 Verkehrsunfälle mit Substanzeinfluss)</p>	
Bezug zur Strategie:	<p>HF 1: Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung; HF 4: Regulierung und Vollzug; HF 7: Sensibilisierung und Information</p>	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Zusatzindikator	
Themenzuordnung:	Gesetzesüberschreitungen und Kriminalität (EMCDDA: Markets, Crime and Supply Reduction)	
Bezug Wirkungsmodell:	<p>Outcome: Menschen in allen Lebensphasen pflegen einen ausschliesslich risikoarmen Umgang mit Substanzen und verhalten sich risikoarm</p> <p>Outcome: Bevölkerung ist für suchtrelevante Verhaltensweisen und Rahmenbedingungen sensibilisiert; Risikogruppen kennen die Risiken des Konsums von Substanzen und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial und reduzieren sie aktiv.</p>	
Messung des Indikators		
Subindikatoren	(a) pro 100'000 Einwohner/innen (b) in % der Führerausweisentzüge	(c) in % der durchgeführten Kontrollen
Messmethode:	Melderegister	Sondererhebungen
Datenquelle:	Statistik der Administrativmassnahmen (ADMAS)	<p>Alkohol: Statistik der polizeilichen Verkehrskontrollen (SPV), Teilerhebung Atemalkoholkontrollen</p> <p>Drogen/Medikamente: Sondererhebung analog Senna et al. (2011)</p>

Desaggregation:	Alter, Geschlecht	
Anzahl Messpunkte:	seit 1990	SPV/Atemalkoholkontrollen: 4 (2001, 2003, 2005, 2007) Drogen/Medikamente: 1 (2011)
Frequenz der Erhebung	jährlich	unregelmässig
Nächste Aktualisierung:	2016	SPV: Nach Auskunft des BFS vor- erst keine weitere Aktualisierung ge- plant
Bemerkungen zum Indikator		
Vergleichbarkeit:		
Limitierung:	Beim Subindikator (c) ist zu beachten, dass Tests nur auf Verdacht angeordnet werden und die Daten somit eher ein Abbild der polizeilichen Aktivität darstellen als über die tatsächliche Verbreitung dieses Risikoverhaltens. Dennoch empfehlen Senna et al. (2011) eine Wiederholung der Sondererhebung, die auf Daten aller Laboratorien basiert, die entsprechende Tests durchführen, alle 5-10 Jahre.	
Bemerkung:	Bei den Entzugsgründen wird jeweils unterschieden zwischen Angetrunkenheit und Trunksucht sowie zwischen Einfluss von Medikamenten oder Drogen und Drogensucht. Aufgrund der Daten lässt sich ausserdem unterscheiden, ob der Fahrausweis aufgrund eines Unfalls entzogen wurde oder nicht.	
Weiterführende Literatur:	Zum Thema Alkohol im Strassenverkehr hat das BFS ein eigenes Indikatoren-System, vgl. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/19/04/01/ind11_approach.1101.html	

35 Sucht und häusliche Gewalt

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kürzel	Kurzbezeichnung
35		Sucht und häusliche Gewalt
Vollständige Bezeichnung: Vorfälle häuslicher Gewalt im Zusammenhang mit Substanzeinfluss		
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	Anzahl Vorfälle häuslicher Gewalt pro 100'000 Einwohner/innen und Anteil der Vorfälle mit Substanzeinfluss	
Relevanz:	Negative Folgen für das soziale Umfeld der Betroffenen und für die Gesellschaft entstehen durch Gewalttaten und Kriminalität im Zusammenhang mit psychoaktiven Substanzen, allen voran Alkohol (Strategie Sucht, S. 17).	
Bezug zur Strategie:	Übergeordnetes Ziel: Negative Auswirkungen auf die Gesellschaft werden verringert.	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Zusatzindikator	
Themenzuordnung:	Gesetzesüberschreitungen und Kriminalität (EMCDDA: Markets, Crime and Supply Reduction)	
Bezug Wirkungsmodell:	Impact: Negative Auswirkungen auf die Gesellschaft werden verringert	
Messung des Indikators		
Messmethode:	Auswertung von Polizeidaten	Opferbefragung
Datenquelle:	Angaben zu Alkohol- und Drogeneinfluss gehört <u>nicht</u> zu den in der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) enthaltenen Informationen zu den geschädigten und beschuldigten Personen bei Vorfällen häuslicher Gewalt. In den Kantonen ist die Datenlage unterschiedlich, BE scheint jedoch mit Angaben zu Alkohol- und Drogeneinfluss eher die Ausnahme (in ZH wurde im Rahmen einer Evaluation «nur» Alkoholeinfluss erfasst; das Genfer Observatorium enthält keine suchtspezifischen Informationen)	Einzelstudie
Desaggregation:	Alkohol, Drogen	Alkohol, Drogen
Anzahl Messpunkte:	BFS (2008) Sondererhebungen (Tötungsdelikte)	Gloor/Meier (2013): Alkohol und häusliche Gewalt

Frequenz der Erhebung:	wird nicht regelmässig erhoben	wird nicht regelmässig erhoben
Nächste Aktualisierung:	unbestimmt	unbestimmt
Bemerkungen zum Indikator		
Vergleichbarkeit:		
Limitierung:	<p>Reliabilität ist nach Auskunft von Experten bei Alkohol eher gegeben (Schnelltest), bei Drogen jedoch fraglich, da auf Einschätzung der Polizei beruhend (es bräuchte einen Bluttest, der aber oft nicht gemacht werde; so werde etwa der Kokain-Einfluss eher überschätzt). Urteilsstatistiken wären verlässlicher, dort sind allerdings keine Informationen zum Einfluss psychoaktiver Substanzen vorhanden.</p> <p>Repräsentativität ist nicht gegeben, wenn der Indikator basierend auf Daten einzelner Kantone berechnet wird.</p>	
Bemerkung:		
Weiterführende Literatur:	<p>Häusliche Gewalt im Kanton Bern, Jahresstatistik 2014: Download unter http://www.pom.be.ch/pom/de/index/direktion/ueber-die-direktion/big.html#originRequestUrl=www.be.ch/big</p> <p>Übersicht zu Daten und Fakten: EBG (2015)</p>	

36 Kinder aus suchtselasteten Familien

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kürzel
36	Kinder aus Haushalten mit mindestens einem suchtkranken (abhängigen) Elternteil
Vollständige Bezeichnung: Kinder aus Haushalten mit mindestens einem suchtkranken (abhängigen) Elternteil	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Anzahl und Anteil der Kinder, die in einem Haushalt mit Personen leben, die (a) alkoholabhängig, (b) nikotinsüchtig oder (c) drogenabhängig sind. Die Definition fokussiert auf «Abhängigkeit», was bedeutet, dass eine Unterscheidung zwischen risikoreichem Konsum und Abhängigkeit vorgenommen wird.
Relevanz:	Kinder suchtkranker Eltern werden durch ihre Lebenssituation in ihrer körperlichen und seelischen Entwicklung massiv beeinträchtigt und benachteiligt. Die Erfahrung zeigt, dass viele dieser Kinder später eine eigene Suchtproblematik entwickeln. Sie sind daher eine wichtige Zielgruppe für Präventions- und Unterstützungsmassnahmen.
Bezug zur Strategie:	HF 1: Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Themenzuordnung:	Umfang und Auswirkungen von Risikoverhalten (EMCDDA: High-Risk Drug Use Indicator HRDU)
Bezug Wirkungsmodell:	Outcome: Risikogruppen und vulnerable Gruppen werden frühzeitig erkannt Impact: Negative Auswirkungen auf die Gesellschaft werden verringert
Messung des Indikators	
Messmethode:	Schätzung basierend auf (1) der geschätzten Gesamtzahl der alkohol-, nikotin- und drogenabhängigen Personen und (2) des Anteils der Suchtbetroffenen in Behandlung, die mit eigenen Kindern (oder Kindern der Partnerin/des Partners) in einem Haushalt leben. (1) Für Alkohol und Tabak wären Schätzungen basierend auf der Korrelation zwischen Konsummenge und Abhängigkeit gemäss anerkannten Screening-Instrumenten (z.B. AUDIT, Fagerström) möglich, vgl. Kuendig (2010), Gmel et al. (2014, 61). Für den Drogenbereich wären Prävalenzschätzungen gemäss den in Lauberau/Spörri (2014, 19) dargelegten Methoden zu empfehlen.
Datenquelle:	(1) Einzelstudien, basierend auf diversen Datenquellen (siehe Ausführungen oben) (2) act-info oder SGB
Desaggregation:	-

Anzahl Messpunkte:	wurde bisher nicht erhoben
Frequenz der Erhebung:	
Nächste Aktualisierung:	
Bemerkungen zum Indikator	
Vergleichbarkeit:	International spricht man auch von Children of Alcoholics/ Children of Addicts = COA. Bei der Berechnung der Zahlen scheint es jedoch keinen Konsens zu geben, ob man sich auf eine geschätzte Anzahl suchtkranker (abhängiger) Menschen bezieht oder auf Personen mit Alkohol-/Drogenmissbrauch. Vgl. dazu die Übersicht für Schleswig-Holstein/Deutschland unter http://www.landtag.ltsh.de/infothek/wahl16/drucks/2400/drucksache-16-2412.pdf
Limitierung:	Keine repräsentativen Zahlen.
Bemerkung:	<p>Sehr aufwendiger Indikator, wenn der Fokus auf Abhängigkeit liegt. Eine etwas weniger aufwendige Variante wäre, sich ausschliesslich auf die Konsumprävalenzen gemäss SGB zu stützen – je nach angesetztem Schwellenwert würde dies eine entsprechend hohe Anzahl potenziell betroffener Kinder bedeuten.</p> <p>Sucht Schweiz schätzt, dass mehrere Zehntausend Kinder und Jugendliche in Familien leben, die von der Alkoholabhängigkeit eines Elternteils betroffen sind. Auf welcher Basis diese Schätzung erfolgt ist, und ob das entsprechende Verfahren auf andere Substanzen (Drogen, evtl. Geldspiel, Tabak) angewandt werden könnte bzw. sollte, wäre im Rahmen der weiteren Arbeiten zur Strategie Sucht zu prüfen.</p>
Weiterführende Literatur:	<p>Sucht Schweiz: http://www.suchtschweiz.ch/suchtbelastete-familien/</p> <p>Informationen der Drogenbeauftragten Deutschlands: http://www.drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/suchtstoffuebergreifende-themen/suchtbelastete-familien.html</p>

Impactziel 4: Negative Auswirkungen auf die Gesellschaft werden verringert

37 Volkswirtschaftliche Kosten von Suchtverhalten

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kürzel
37	Volkswirtschaftliche Kosten von Suchtverhalten
Vollständige Bezeichnung: Volkswirtschaftliche Kosten des Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsums in der Schweiz	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	<p>Berechnung/Schätzung der direkten, indirekten und intangiblen Kosten des Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsums in der Schweiz, (a) absolut, (b) pro Einwohner/in, (c) in % des BIP</p> <p>Die <i>direkten</i> Kosten umfassen Behandlungskosten von Suchtproblemen (z.B. Beratung, Medikamente, Krankenhausaufenthalte), Kosten im Justizwesen (Vollzugskosten im Bereich Strassenverkehr und suchtassoziierter Kriminalität).</p> <p>Die <i>indirekten</i> Kosten beziehen sich auf Aspekte des Produktivitätsverlustes aufgrund suchtbedingter Morbidität (vorübergehende Erkrankung oder Invalidität) und suchtbedingter Mortalität.</p> <p>Bei den <i>intangiblen</i> Kosten handelt es sich um den suchtbedingten Verlust an Lebensqualität (morbiditätsbedingte intangible Kosten) und den suchtbedingten Verlust von Lebensjahren (mortalitätsbedingte intangible Kosten).</p>
Relevanz:	Indikator zur Schadenslast von Sucht und Risikoverhalten als negative Folge für die Gesellschaft. Die Dämpfung der volkswirtschaftlichen Kosten ist ein wichtiges Ziel von Gesundheit 2020.
Bezug zur Strategie:	Übergeordnetes Ziel: Negative Auswirkungen auf die Gesellschaft werden verringert.
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Leitindikator / Kernindikator
Themenzuordnung:	Gesellschaftliche Kosten (EMCDDA: Policy and Law)
Bezug Wirkungsmodell:	Impact: Negative Auswirkungen auf die Gesellschaft werden verringert
Messung des Indikators	
Subindikatoren	Nr. 39 Kosten suchtbedingter stationärer Behandlungen
Messmethode:	Einzelstudie
Datenquelle:	Diverse Datenquellen, u.a. SGB, MS, Fallkostenstatistik, Polizeiliche Kriminalstatistik, IV-Statistik, Schweizerische Arbeitskräfteerhebung SAKE etc. Für eine komplette Übersicht vgl. die unten angeführten Publikationen
Desaggregation:	Substanzen (Alkohol-Tabak-Drogen), Kostenart (direkt, indirekt, intangibel) und Ort der Kostenentstehung (Gesundheitswesen, Justizwesen, Wirtschaft, Betroffene und Angehörige).

Anzahl Messpunkte:	<p><u>Alkohol</u>: Jeanrenaud et al. (2003) für das Referenzjahr 1998, Fischer et al. (2014) für das Referenzjahr 2010 (jedoch ohne intangible Kosten)</p> <p><u>Tabak</u>: Vitale et al. (1998),</p> <p><u>Drogen</u>: Jeanrenaud et al. (2005)</p>
Frequenz der Erhebung:	<p>Bisher keine regelmässigen Aktualisierungen. Empfehlung: Alle 5 bis 10 Jahre mittels standardisiertem Verfahren, so dass Vergleichbarkeit auf der Zeitachse sichergestellt ist. Das standardisierte Verfahren muss vom Mandatsnehmer im Rahmen der ersten Messung entwickelt und definiert werden.</p>
Nächste Aktualisierung:	
Bemerkungen zum Indikator	
Vergleichbarkeit:	<p>Künftige Studie sollte von der Methodik her vergleichbar sein mit NCD 42</p>
Limitierung:	
Bemerkung:	<p>Das Verfahren der Kostenmessung sollte standardisiert werden, so dass der Aufwand der Aktualisierungen, die alle 5 bis 10 Jahre vorgenommen werden sollten, möglichst gering ist und so dass die Vergleichbarkeit auf der Zeitachse sichergestellt ist.</p>
Weiterführende Literatur:	<p>Vitale et al. (1998), Jeanrenaud et al. (2003), Jeanrenaud et al. (2005), Fischer et al. (2014)</p>

38 Suchtbedingte stationäre Aufenthaltstage

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kürzel	Kurzbezeichnung
38		Suchtbedingte stationäre Aufenthaltstage
Vollständige Bezeichnung: Anzahl stationäre Aufenthaltstage mit einer F10-Hauptdiagnose oder F10-Nebendiagnose, pro 1000 Einwohner/innen		
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	Anzahl stationäre Aufenthaltstage mit einer F10-Hauptdiagnose oder F10-Nebendiagnose, pro 1000 Einwohner/innen.	
Relevanz:	Suchtbedingte stationäre Aufenthaltstage sind ein wesentlicher Teil der Schadenslast von Suchtverhalten.	
Bezug zur Strategie:	Übergeordnetes Ziel: Negative Auswirkungen auf die Gesellschaft werden verringert.	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Zusatzindikator	
Themenzuordnung:	Gesellschaftliche Kosten (EMCDDA: Policy and Law)	
Bezug Wirkungsmodell:	Impact: Negative Auswirkungen auf die Gesellschaft werden verringert	
Messung des Indikators		
Messmethode:	Administrativstatistik	Klientenmonitoring / Administrativstatistik
Datenquelle:	Anzahl Aufenthaltstage in medizinisch-psychiatrischen Einrichtungen: MS (vgl. Indikator 25)	Anzahl Aufenthaltstage in psychosozialen Einrichtungen: act-info Residualc/FOS und/oder SOMED (vgl. Indikator 26)
Desaggregation:	nach Substanzen, Altersgruppe, Geschlecht, Kanton	
Anzahl Messpunkte:		
Frequenz der Erhebung:	Jährlich	Jährlich
Nächste Aktualisierung:		
Bemerkungen zum Indikator		
Vergleichbarkeit:	Monitoring Psychische Gesundheit (Pflegetage für psychiatrische Diagnosen)	
Limitierung:		
Bemerkung:	Differenzierung von Aufenthaltstagen in medizinisch-psychiatrischen und psycho-sozialen Einrichtungen möglich.	

Weiterführende Literatur:	
----------------------------------	--

39 Kosten suchtbedingter stationärer Behandlungen

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kürzel	Kurzbezeichnung
39		Kosten suchtbedingter stationärer Behandlungen
Vollständige Bezeichnung: Kosten der Behandlung von Suchterkrankungen und von Folgeerkrankungen in stationären Einrichtungen		
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	Kosten der Behandlung von Suchterkrankungen und von Folgeerkrankungen in stationären Einrichtungen, (a) absolut, (b) pro 1'000 Einwohner/innen, (c) in % der Gesamtkosten stationärer Behandlungen	
Relevanz:	Die Kosten der stationären Behandlung von Suchterkrankungen und Folgeerkrankungen sind ein wesentlicher Bestandteil der volkswirtschaftlichen Kosten von Suchtverhalten.	
Bezug zur Strategie:	Übergeordnetes Ziel: Negative Auswirkungen auf die Gesellschaft werden verringert.	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Kernindikator	
Themenzuordnung:	Gesellschaftliche Kosten (EMCDDA: Policy and Law)	
Bezug Wirkungsmodell:	Impact: Negative Auswirkungen auf die Gesellschaft werden verringert	
Messung des Indikators		
Messmethode:	Administrativstatistik	Klientenmonitoring/ Administrativstatistik
Datenquelle:	Spitäler: Statistik diagnosebezogener Fallkosten	Psychosoziale Einrichtungen: act-info FOS/Residalc / SOMED
Desaggregation:	-	-
Anzahl Messpunkte:	Indikator bisher nicht erhoben	Indikator wurde bisher nicht erhoben
Frequenz der Erhebung:	jährlich	jährlich
Nächste Aktualisierung:		
Bemerkungen zum Indikator		
Vergleichbarkeit:		
Limitierung:		
Bemerkung:		
Weiterführende Literatur:		

40 Verstöße gegen Betäubungsmittelgesetz wegen Produktion und Handel

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kürzel
40	Verstöße gegen Betäubungsmittelgesetz wegen Produktion und Handel
Vollständige Bezeichnung: Verstöße gegen Betäubungsmittelgesetz wegen Produktion und Handel	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Anzahl Verzeigungen aufgrund Widerhandlung gegen das Betäubungsmittelgesetz wegen Produktion und Handel, (a) pro 1000 Einwohner/innen, (b) pro 1000 Personen mit Risikoverhalten, nach Substanz Widerhandlungen aufgrund Besitz/Sicherstellung, Anbau/Herstellung, Handel und Schmuggel: hier berücksichtigt werden nur diejenigen Fälle, die <i>nicht</i> im Zusammenhang mit Eigenkonsum stehen (vgl. Indikator 33 Verstöße gegen Betäubungsmittelgesetz wegen Besitz und Konsum; BFS 2015, 52).
Relevanz:	Die Drogenkriminalität ist ein wesentlicher Bestandteil der Schadenslast von Suchtverhalten.
Bezug zur Strategie:	Übergeordnetes Ziel: Negative Auswirkungen auf die Gesellschaft werden verringert.
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Themenzuordnung:	Gesetzesüberschreitungen und Kriminalität (EMCDDA: Markets, Crime and Supply Reduction)
Bezug Wirkungsmodell:	Impact: Negative Auswirkungen auf die Gesellschaft werden verringert
Messung des Indikators	
Messmethode:	Anzeigenstatistik
Datenquelle:	Polizeiliche Kriminalstatistik
Desaggregation:	-
Anzahl Messpunkte:	6 (seit 2009)
Frequenz der Erhebung:	jährlich
Nächste Aktualisierung:	2016
Bemerkungen zum Indikator	
Vergleichbarkeit:	WHO 6.3.2; EMCDDA-Indikatoren zum Themenbereich «Drug markets, crime and supply reduction» sind in Entwicklung (vgl. Zobel 2014)
Limitierung:	Mit Vorsicht zu interpretieren, da in den Daten auch Aspekte der Polizeiarbeit abgebildet sind (gewisse Substanzen sind z.B. einfacher zu verfolgen als andere; Strategien der Polizeiarbeit allgemein)

Bemerkung:	Im Gegensatz zu Verzeigungen aufgrund konsumassoziierter Verstösse sind hier «schwere Fälle» von Produktion und Handel gemeint.
Weiterführende Literatur:	Aktuelle Daten im Jahresbericht 2014 der PKS (BFS 2015, 52ff.) http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.Document.191708.pdf

41 Verkehrsunfälle mit Substanzeeinfluss

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kürzel
40	
Kurzbezeichnung	
Verkehrsunfälle mit Substanzeeinfluss	
Vollständige Bezeichnung:	
Unfälle mit Toten und Schwerverletzten aufgrund von Fahren unter Substanzeeinfluss	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Anzahl Unfälle, Anzahl Schwerverletzte und Anzahl Verkehrstote aufgrund von Fahren unter Substanzeeinfluss (a) pro 1000 Einwohner/innen, (b) pro 1000 Personen mit Risikoverhalten, nach Art der Substanz (Alkohol, Drogen, Medikamente)
Relevanz:	Für die Gesellschaft als Ganzes wird eine Verminderung von Risiken und Schäden angestrebt, die sich durch Suchtverhalten ergeben können, bspw. eine Reduktion von Unfällen im Zusammenhang mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen. (Strategie Sucht, S. 9)
Bezug zur Strategie:	HF 3: Schadensminderung und Risikominimierung; Übergeordnetes Ziel: Negative Auswirkungen auf die Gesellschaft werden verringert
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Kernindikator
Themenzuordnung:	Umfang und Auswirkungen von Risikoverhalten (EMCDDA: High-Risk Drug Use Indicator HRDU)
Bezug Wirkungsmodell:	Impact: Negative Auswirkungen auf die Gesellschaft werden verringert
Messung des Indikators	
Messmethode:	Vollerhebung aller registrierten Strassenverkehrsunfälle
Datenquelle:	Statistik der Strassenverkehrsunfälle (SVU)
Desaggregation:	-
Anzahl Messpunkte:	Einzeldaten seit 1992 verfügbar
Frequenz der Erhebung:	laufend, Referenzperiode: Kalenderjahr
Nächste Aktualisierung:	2016
Bemerkungen zum Indikator	
Vergleichbarkeit:	
Limitierung:	Bei Unfällen aufgrund Drogeneinfluss keine Differenzierung nach Substanz möglich.
Bemerkung:	
Weiterführende Literatur:	Daten 1992 bis 2010: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/info-thek/lexikon/lex/0.Document.78117.xls

4 Beschreibung der Datenquellen

Nachfolgend werden die verschiedenen Datenquellen, die für die Indikatorenbildung beigezogen werden, übersichtsartig nach bestimmten ausgewählten Merkmalen, fokussiert auf die Fragestellungen des Indikatoren-Sets Sucht, beschrieben.¹ Die Ordnung ist so gewählt, dass zuerst «Bevölkerungsbefragungen» aufgeführt werden, danach administrativ gesammelte Patienten- resp. Klientendaten gefolgt von weiteren institutionellen Statistiken.

Bezüglich der Stichprobengrösse resp. der Fallzahlen noch folgender Hinweis: Bei allen Datenquellen, die auf Stichproben beruhen, sind immer auch die bei den betreffenden Fragen erreichten Fallzahlen relevant. Bei «seltenen» Ereignissen/Krankheiten etc. können die Fallzahlen (pro Zelle) selbst bei grossen Bevölkerungsstichproben zu klein ausfallen, als dass diese auf die Gesamtbevölkerung sinnvoll hochgerechnet werden können (grosse Vertrauensintervalle). Eine feinere Unterteilung, z.B. nach Sprachregionen, Geschlecht, Altersgruppen o.ä., oder eine Kombination von Merkmalen ist bei geringen Fallzahlen nicht möglich.² Dies dürfte insbesondere den Drogenbereich betreffen. Des Weiteren ist zu beachten, dass Daten, welche nur für einzelne Kantone vorliegen (z.B. Methadonstatistik), nur bedingt auf die Schweiz hochgerechnet werden können (Repräsentativität).

Bei den einzelnen Erhebungen bzw. Daten handelt es sich vom Datentyp her in der Regel um jeweils voneinander unabhängige Querschnittsdaten (im Unterschied zu Längsschnitts- bzw. Paneldaten).

4.1 HBSC Health Behaviour in School-aged Children

Kurzbeschreibung:	International durchgeführte Schüler/innenbefragung (P 11-15). Die Schweiz (vertreten durch Sucht Schweiz) beteiligt sich seit 1986. Hauptziel ist, mit einheitlicher Methodik Daten zu Lebensstilen und Lebensumständen, insbes. Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern zu erfassen.
Statistiktyp:	Internationale Erhebung
Methode / Erhebungsinstrument:	Schriftlicher Fragebogen
Stichprobengrösse:	Total: 9'800 Langversion (nur 8. und 9. Klassen, d.h. 14-15J.): 4'000
Altersgruppen:	11-15J., bei gewissen Fragen nur 14./15J.
Desaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregion (D, F, I)
Periodizität:	Seit 1986 alle 4 Jahre, wobei sich die Befragung von 1990 kaum mit anderen Studienjahren vergleichen lässt (Marmet et al. 2015, 43)
Nächste Aktualisierung:	2018
Anmerkungen:	Schüler/innen- bzw. Klassenbefragungen wie die HBSC haben gegenüber Telefonbefragungen den Vorteil, dass potentielle «Teilnahmeverweigerer» besser erreicht werden.
Verwendung im Indikatoren-Set	1.2 Alkoholkonsum P11-15 2.3 Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum P11-15 3.2 Getränkesspezifischer Alkoholkonsum P11-15 4.2 Tabakkonsum (Rauchen) P11-15 6.2 Cannabiskonsum P14-15

¹ Für einen ausführlichen Beschrieb der für den Bereich Drogen relevanten Informationen, die in den einzelnen Datenquellen enthalten sind, sowie eine Beurteilung der Stärken und Schwächen der Erhebungen vgl. Lauberau/Spörri (2014, 42ff.).

² Das BFS macht z.B. aktuell bei der SGB folgende Vorgaben (Auskünfte von M. Storni, BFS, 15.09.2015): Vergleiche, die auf weniger als 10 Beobachtungen pro Zelle beruhen, dürfen nicht veröffentlicht werden. Vergleiche, die auf Zellenhäufigkeiten von 10 bis 29 Beobachtungen basieren, müssen mit einem Vermerk betreffend die reduzierte statistische Zuverlässigkeit der Ergebnisse versehen werden.

	14.2 Mehrfaches Risikoverhalten (Sucht) P14-15 17 Zugang Jugendlicher zu Tabakprodukten und Alkohol
Quelle/Link:	www.hbsc.ch

4.2 SGB Schweizerische Gesundheitsbefragung

Kurzbeschreibung:	Das Bundesamt für Statistik führt die SGB seit 1992 alle 5 Jahre durch. Es handelt sich um eine repräsentative Befragung der ständigen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren. Neben soziodemografischen Angaben werden Daten zum Gesundheitszustand, zu gesundheitsrelevanten Einstellungen, Verhaltensweisen und Lebensbedingungen, zur Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens sowie weiteren gesundheitspolitisch relevanten Themen erhoben.
Statistiktyp:	Bundesstatistik (im Auftrag des BFS durchgeführt durch Institute für Markt- und Sozialforschung)
Methode / Erhebungsinstrument:	Telefonischer/mündlicher und schriftlicher Fragebogen. Fragen zum Alkoholkonsum: telefonischer und schriftlicher Fragebogen Fragen zum Tabakkonsum: nur telefonischer Fragebogen Fragen zum Drogenkonsum nur telefonischer Fragebogen Fragen zu Glücksspielen: nur schriftlicher Fragebogen Fragen zum Medikamentenkonsum: nur telefonischer Fragebogen
Stichprobengrösse:	Je nach Erhebungsjahr zwischen rund 13'000 und rund 21'000 Personen 2012: Tel./mündl. n=21'597; schriftl. n=18'357
Altersgruppen:	Ab 15 J. (grundsätzlich unbegrenzt, bei einigen Fragen begrenzt)
Desaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregion, Bildungsniveau, Erwerbstatus, Einkommen, Nationalität
Periodizität:	seit 1992 alle 5 Jahre (1992, 1997, 2002, 2007, 2012)
Nächste Aktualisierung:	2017
Anmerkungen:	Die Vergleichbarkeit aktueller mit früheren Erhebungen ist bei bestimmten Fragen nicht immer gegeben (z.B. Drogenkonsum), da unterschiedliche Altersgruppen befragt wurden, innerhalb des Moduls z.T. zusätzliche Fragen eingefügt oder die Filter verändert wurden. Repräsentative Bevölkerungsbefragungen haben grundsätzlich das Problem, dass sie das tatsächliche Ausmass des illegalen Drogenkonsums unterschätzen. Hauptgründe dafür sind die schlechte Erreichbarkeit der Konsumierenden mit derartigen Erhebungen (Tel., schriftl. Fragebogen) sowie die Verlässlichkeit der Angaben (Verhalten im illegalen Bereich). Gemeinhin sind die Fallzahlen, abgesehen von Cannabis, sehr niedrig (vgl. Lauberau/Spörri 2014).
Verwendung im Indikatoren-Set	1.1 Alkoholkonsum P15+ 2 Risikoreicher Alkoholkonsum P15+ (inkl. Subindikatoren 2.1 und 2.2) 3.1 Getränkesspezifischer Alkoholkonsum P15+ 4.1 Tabakkonsum (Rauchen) P15+ 5 Produktespezifischer Tabakkonsum P15+ 6.1 Cannabiskonsum P15-64 7 Konsum illegaler Substanzen (exkl. Cannabis) P15-64 11 Risikoreiches Geldspiel P15+ 14.1 Mehrfaches Risikoverhalten (Sucht) P15+ 21.2 Aufhörbereitschaft (Rauchen) P15+ 21.3 Aufhörversuche (Rauchen) P15+ 27 Subjektiv wahrgenommener Gesundheitszustand P15+ 28 Psychische Belastung P15+ 29 Sucht und NCD 31.1 Alkoholbedingte Mortalität 31.2 Tabakbedingte Mortalität 32 Soziale Situation von Suchtbetroffenen, nur Subindikator (a) 36 Kinder aus suchtbelasteten Familien (evtl.) 37 Volkswirtschaftliche Kosten von Suchtverhalten

Quelle/Link:	www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/ess/01.html
---------------------	--

4.3 SuMo Suchtmonitoring (Modul CoRoIAR)

Kurzbeschreibung:	Suchtmonitoring Schweiz ist ein epidemiologisches Überwachungssystem, das Informationen über das Verhalten der in der Schweiz wohnhaften Bevölkerung in Bezug auf psychoaktive Substanzen (Tabak, Alkohol, illegale Drogen, Medikamente) sowie den damit verbundenen Risiken (Abhängigkeit, gesundheitliche Schäden, psychosoziale Probleme) zusammenträgt und online zur Verfügung stellt. Basis des SuMo bildet eine im Januar 2011 eingeführte fortlaufende telefonische Befragung der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren (CoRoIAR, Continuous Rolling Survey of Addictive Behaviours and Related Risks). Vor diesem Hintergrund bezeichnen wir hier SuMo der Einfachheit halber als Datenquelle.
Statistiktyp:	«Projekt» (Erhebungen und Auswertungen im Auftrag des BAG durch das Institut für Begleit- und Sozialforschung IBSF in Zusammenarbeit mit Sucht Schweiz)
Methode / Erhebungsinstrument:	Telefonische Befragung
Stichprobengrösse:	Core-Fragen (in jeder Befragung gleichbleibende Fragen und Themen: Alkohol, Tabak, Cannabis, andere Substanzen, Medikamente, entsprechend Richtlinien der EMCDA): n=11'000 Split A: wechselndes Fragebogenmodul (halbjährlich) zu Themengebieten ausser Tabak (Alkohol, Medikamente, illegale Drogen, Internetgebrauch, Gaming), n=ca. 5'000 Split B: Fester Zusatzcore zum Tabakgebrauch, plus wechselndes Fragebogenmodul (jährlich) zu Themengebieten im Zusammenhang mit Tabakkonsum, n=ca. 5000
Altersgruppen:	Ab 15 J.
Desaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregion (D, F, I), Urbanisierungsgrad, Bildung, Erwerbstatus
Periodizität:	Seit 2011 jährlich (2011, 2012, 2013, 2014, 2015)
Nächste Aktualisierung:	In der jetzigen Form wird SuMo noch bis 2016 weitergeführt. In welcher Form die Fortsetzung danach erfolgen wird ist abhängig von den in den Indikatoren-Sets Sucht und NCD festgehaltenen Informationsbedürfnissen sowie den Prioritäten und finanziellen Möglichkeiten des BAG.
Anmerkungen:	
Verwendung im Indikatoren-Set	2.2 Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum P15+, Definition (a) 5 Produktespezifischer Tabakkonsum 6.1 Cannabiskonsum P15-64, Subindikator (a) 7 Konsum illegaler Substanzen (exkl. Cannabis) P15-64, Subindikator (a) 9 Chronischer Medikamentenkonsum P15+ 10 Neuroenhancement P15+ 13 Exzessive Internetnutzung P15+ 15.1 Wissen über gesundheitsrelevante Risiken des Alkoholkonsums 15.2 Wissen über die Schädlichkeit von Tabakkonsum 16.1 Einstellungen gegenüber strukturellen Massnahmen – Alkohol (P15+) 16.2 Einstellungen gegenüber strukturellen Massnahmen – Tabak (P15+) 21.1 Problembewusstsein bei Raucher/innen P15+ 21.2 Aufhörbereitschaft (Rauchen) P15+, Subindikatoren (b) und (c) 21.3 Aufhörversuche (Rauchen) P15+, Subindikatoren (a) und (b)
Quelle/Link:	www.suchtmonitoring.ch

4.4 act-info Suchthilfestatistiken

Kurzbeschreibung:	Act-info (addiction, care and therapy information) ist das seit 2004 bestehende nationale Klientenmonitoringsystem, das die vorher bestehenden Suchthilfestatistiken zu ambulanten und stationären Behandlungen von Problemen mit legalen
--------------------------	---

	<p>und illegalen Substanzen sowie nicht-substanzgebundener Abhängigkeit zusammenführte und harmonisierte.</p> <p>Act-info setzt sich aus 5 Teilstatistiken zusammen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SAMBAD: Statistik der ambulanten psychosozialen Suchthilfe - Residalc: Statistik der stationären Behandlung der Alkoholabhängigkeit in der Schweiz - FOS (Forschungsverbund stationäre Suchttherapie): Statistik der stationären Suchttherapie zur Behandlung von Drogenabhängigkeit - HeGeBe: Statistik der heroingestützten Behandlungen - Methadonstatistik: Statistik der Substitutionsbehandlungen
Statistiktyp	«Projekt» (Erhebungen und Auswertungen im Auftrag des BAG durch Sucht Schweiz und das Institut für Begleit- und Sozialforschung IBSF)
Methode / Erhebungsinstrument:	<p>Mit Ausnahme der Methadonstatistik basiert act-info auf einem Kernfragebogen (Ein- und Austrittsfragen), der von den Institutionen (gemeinsam mit Klient/in) ausgefüllt wird und für die einzelnen Behandlungsbereiche mit spezifischen Zusatzfragen ergänzt wurde.</p> <p>Die Methadonstatistik basiert auf Angaben der Kantonsärzt/innen. Zurzeit wird ein neues Online-Erfassungstool konzipiert.</p>
Stichprobengrösse	<p>Mit Ausnahme von HeGeBe handelt es sich nur um Teilerhebungen (freiwillige Teilnahme mit Teilnahmeschwankungen):</p> <p>Beteiligung 2013:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SAMBAD: 72 von 193 Einrichtungen - Residalc: 16 von 20 Einrichtungen - FOS: 46 von 54 Einrichtungen - HeGeBe: obligatorische Vollerhebung - Methadonstatistik: Daten von 11 Kantonen. <p>Insgesamt werden im Rahmen von act-info jährlich Daten von rund 8'000 Hilfesuchenden (Eintritte) zusammengetragen.</p>
Altersgruppen:	Keine Begrenzungen
Desaggregation:	Alter, Geschlecht (weitere sozioökonomische Merkmale werden z.T. ebenfalls erhoben).
Periodizität:	Seit 2004 jährlich (HeGeBe seit 2005)
Nächste Aktualisierung:	2016
Anmerkungen:	Für 2016 ist eine Neukonzeption des Klientenmonitorings vorgesehen, das sich in erster Linie an den im Indikatoren-Set formulierten Informationsbedürfnissen orientieren soll.
Verwendung im Indikatoren-Set	<p>7 Konsum illegaler Substanzen (exkl. Cannabis) P15-64 (Prävalenzschätzung)</p> <p>8 Injizierender Drogenkonsum</p> <p>18 Ambulante Beratungs- und Behandlungsangebote (SAMBAD)</p> <p>22 Ambulante Suchtbehandlungen (SAMBAD)</p> <p>23 Klient/innen mit erstmaliger Behandlungsepisode (SAMBAD)</p> <p>24 Substitutionsbehandlungen (HeGeBe, Methadonstatistik)</p> <p>26 Suchtbehandlungen in stationären psychosozialen Institutionen (Residalc/FOS)</p> <p>30 HIV und Hepatitis (HeGeBe)</p> <p>32 Soziale Situation von Suchtbetroffenen, Subindikator (b) und (c)</p> <p>36 Kinder aus suchtbelasteten Familien</p> <p>38 Suchtbedingte stationäre Aufenthaltstage (Residalc/FOS)</p> <p>39 Kosten suchtbedingter stationärer Aufenthaltstage (Residalc/FOS)</p>
Quelle/Link	www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00632/03290/03291/index.html?lang=de

4.5 NSE Befragung niederschwellige Einrichtungen

Kurzbeschreibung:	Bei der Befragung NSE handelt es sich um eine ab 1993 entwickelte nationale Studie des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne I-UMSP über niederschwellige Einrichtungen, die steriles Injektionsmaterial zur
--------------------------	--

	<p>Verfügung stellen (NSE sind für die Drogenkonsumenten leicht zugänglich, gewährleisten deren Anonymität, verfügen über ein Programm zum Umtausch von Spritzen/Nadeln, ggf. auch einen Injektions- und/oder Inhalationsraum).</p> <p>Die Datenerhebung zu den NSE besteht einerseits aus Informationen über die Abgabe von Präventionsmaterial (Spritzen/Nadeln und Präservative), andererseits aus einer Klientenbefragung (vgl. Lociciro et al. 2012, 5). Die Inhalte der Klientenbefragung sind mit dem act-info-Kernfragebogen bzw. dem TDI-Protokoll der EMCDDA vergleichbar, zusätzlich sind Informationen zu sexuellen Beziehungen und dem Gesundheitszustand sowie der Serostatus für HIV, HCV und HBV enthalten.</p>
Statistiktyp:	«Projekt» (Erhebungen und Auswertungen im Auftrag des BAG und unter Beteiligung einiger Kantone durch das Institut für Sozial- Und Präventivmedizin der Universität Lausanne IUMSP)
Methode / Erhebungsinstrument:	Face-to-face-Befragung der Klient/innen, Datenerhebung jeweils an 5 aufeinanderfolgenden Tagen.
Stichprobengrösse:	Freiwillige Teilnahme der zum Erhebungszeitpunkt anwesenden Klient/innen. Teilnahmequote 2011: 59% (n=773). 2011 wurden jene NSE berücksichtigt, welche über 1'500 Spritzen pro Monat abgaben.
Altersgruppen:	Keine Begrenzungen
Desaggregation:	Alter, Geschlecht, Kanton, Nationalität (weitere sozioökonomische Merkmale wurden z.T. ebenfalls erhoben).
Periodizität:	Die Klientenbefragung wurde seit 1993 6 Mal gemäss derselben Methodik wiederholt, letztmals 2011.
Nächste Aktualisierung:	keine weitere geplant
Anmerkungen:	
Verwendung im Indikatoren-Set	8 Injizierender Drogenkonsum 20 Niederschwellige Angebote 30 HIV und Hepatitis
Quelle/Link:	Lociciro, S., Gervasoni, J.-P., Jeannin, A., Dubois-Arber, F. (2013) : Enquête auprès des usagers de drogue, clients des structures à bas-seuil d'accès (SBS) en Suisse : tendances 1993-2011. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Unité d'évaluation de programmes de prévention.

4.6 GFS-Gesundheitsmonitor

Kurzbeschreibung:	Beim GFS-Gesundheitsmonitor handelt es sich um eine Bevölkerungsbefragung zur Erfassung der Einstellung der Schweizer Stimmberechtigten zu Fragen des Gesundheitswesens
Statistiktyp:	«Projekt» (Erhebungen und Auswertungen im Auftrag von Interpharma, Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz, durch das GFS-Forschungsinstitut)
Methode / Erhebungsinstrument:	Face-to-face-Befragung
Stichprobengrösse:	1'200, sprachregional gewichtet
Altersgruppen:	Ab 18 J.
Desaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregion (D, F, I)
Periodizität:	seit 1996, jährlich
Nächste Aktualisierung:	2016
Anmerkungen:	
Verwendung im Indikatoren-Set	Eine Verwendung im Indikatoren-Set – als zusätzliche Datenquelle – wäre allenfalls für die Indikatoren 16.1, 16.2 und 16.3 (Einstellungen gegenüber strukturellen Massnahmen) denkbar, da jeweils nach der Einstellung zur Kassenpflicht oder

	Selbstzahlung von Leistungen aufgrund Drogenabhängigkeit oder Gesundheitsschäden aufgrund Rauchen/Alkoholkonsums gefragt wird, z.T. in wechselnder Ausführlichkeit (2014 z.B. zusätzlich bzgl. Spitalkosten bei Alkoholexzessen); müsste mit Interpharma abgesprachen werden.
Quelle/Link:	www.interpharma.ch/fakten-statistiken/1505-gfs-gesundheitsmonitor www.gfsbern.ch/de-ch/Detail/gesundheitswesen-konsolidiert-zwischen-kollektiv-und-eigenverantwortung

4.7 Omnibus BFS

Kurzbeschreibung:	Zur raschen Beantwortung von aktuellen politischen oder wissenschaftlichen Fragestellungen setzt das BFS seit 2010 Omnibus-Erhebungen (Mehrthemenbefragungen) ein. Gewünschte Erhebungsthemen (inkl. der spezifischen Fragen, die gestellt werden sollen) können beim BFS eingebracht werden; die definitive Themensetzung erfolgt durch das BFS. Je nach Länge der Fragen können verschiedene Module/Themen im selben Jahr abgedeckt werden.
Statistiktyp:	Bundesstatistik als ergänzendes Element der Volkszählung ab 2010 (im Auftrag des BFS durchgeführt durch Institute für Markt- und Sozialforschung)
Methode / Erhebungsinstrument:	Telefonbefragung
Stichprobengrösse:	3'000 (repräsentative Stichprobenerhebung bei ständiger Wohnbevölkerung in Privathaushalten; kann nicht aufgestockt werden, freiwillige Teilnahme)
Altersgruppen:	ab 15 J.
Desaggregation:	Alter, Geschlecht, Erwerbssituation, Ausbildung
Periodizität:	Seit 2010 jährlich (Befragung jeweils zwischen März und Juni; 6 Monate nach Erhebungsende sind Daten verfügbar)
Nächste Aktualisierung:	2016
Anmerkungen:	Omnibus-Erhebungen des BFS sind derzeit nirgends als Datenquelle für das Indikatoren-Set Sucht vorgesehen, könnten aber eine mögliche Alternative für gewisse Indikatoren sein, bei denen bislang nur Daten aus dem Suchtmonitoring vorliegen.
Verwendung im Indikatoren-Set	Mögliche Verwendung: 13 Exzessive Internetnutzung 15.1 Wissen über gesundheitsrelevante Risiken des Alkoholkonsums 15.2 Wissen über die Schädlichkeit von Tabakkonsum 15.2 Wissen über Risiken von Drogenkonsum 16.1 Einstellungen gegenüber strukturellen Massnahmen – Alkohol (P15+) 16.2 Einstellungen gegenüber strukturellen Massnahmen – Tabak (P15+) 16.3 Einstellungen gegenüber Massnahmen im Bereich illegaler Drogen
Quelle/Link:	www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/02/03/04.html

4.8 JAMES Jugend, Aktivitäten, Medien

Kurzbeschreibung	Befragung zum Freizeitverhalten im non-medialen Bereich und Nutzungsverhalten im medialen Bereich (z.B. Handy, Internet od. Games). Um Trends zu verfolgen, werden zahlreiche Fragebogen-Items konstant gehalten; daneben wurden in den bisherigen Befragungen zusätzlich unterschiedliche Schwerpunktthemen behandelt.
Statistiktyp:	«Projekt» (Erhebungen und Auswertungen durch die Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW in Kooperation mit der Swisscom)
Methode / Erhebungsinstrument:	Schriftliche Befragung von Schüler/innen und Lernenden während des Unterrichts
Stichprobengrösse	repräsentative Stichprobe von ca. 1'000 Jugendlichen aus drei Sprachregionen

Altersgruppen	12-19 J.
Desaggregation	Geschlecht, Alter, Schultyp, Migrationshintergrund, Urbanisierungsgrad, sozio-ökonomischer Status
Periodizität:	Seit 2010 alle 2 Jahre (2010, 2012, 2014)
Nächste Aktualisierung:	2016
Anmerkungen	Nach Auskunft der Studienleitenden wurde die Aufnahme eines Moduls zu problematischer/exzessiver Mediennutzung in einer künftigen JAMES-Studie schon diskutiert. Ob und ggf. wann dies umgesetzt würde, ist allerdings offen.
Verwendung im Indikatoren-Set	Mögliche Verwendung als Subindikator zu 13 (Exzessive Internetnutzung P15+) für die Altersgruppe 12-19.
Quelle/Link	www.zhaw.ch/de/psychologie/forschung/medienpsychologie/mediennutzung/james

4.9 MS Medizinische Statistik der Krankenhäuser

Kurzbeschreibung:	Datenerhebung des BFS zu Hospitalisierungen in Allgemeinkrankenhäusern, Spezialkliniken, psychiatrischen Kliniken und geriatrischen Kliniken. Erhoben werden soziodemografische Angaben der Patient/innen (Alter, Geschlecht, Wohnregion), medizinische Informationen (Diagnosen, Behandlungen) und administrative Daten (Versicherungsart, Aufenthaltsort vor Spitaleintritt).
Statistiktyp:	Bundesstatistik (Datenerhebungen der Institutionen im Auftrag des BFS)
Methode / Erhebungsinstrument:	Vollerhebung von Administrativdaten bei allen Kranken- und Geburtshäusern (obligatorische Teilnahme bzw. gesetzliche Verpflichtung)
Stichprobengrösse:	Vollerhebung
Altersgruppen:	Keine Begrenzung
Desaggregation:	Alter, Geschlecht, Wohnregion, Herkunftsregion (Differenzierung nach Herkunftsland nicht möglich)
Periodizität:	Seit 1998 jährlich
Nächste Aktualisierung:	2016
Anmerkungen:	Angaben zu den psychiatrischen Behandlungsfällen sind derzeit noch freiwillig. Nach Auskunft des BFS liefern jedoch fast alle psychiatrischen Spezialkliniken die Daten, einige Kantone haben sie (auf kantonaler Ebene) für obligatorisch erklärt. Daten zu psychiatrischen Behandlungsfällen in Allgemeinspitälern fehlen teilweise. Auf Ebene Kanton gibt es bzgl. Teilnahmequote grössere Schwankungen. Die geplante Einführung der Fallpauschalen im Bereich Psychiatrie dürfte hier Veränderungen bringen, zum jetzigen Zeitpunkt sind diese jedoch noch nicht absehbar.
Verwendung im Indikatoren-Set	25 Spitaleintritte mit Haupt- oder Nebendiagnose einer substanzbedingten Störung 37 Volkswirtschaftliche Kosten von Suchtverhalten 38 Kosten suchtbedingter stationärer Behandlungen
Quelle/Link	www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/01.html

4.10 Statistik diagnosebezogener Fallkosten DRG

Kurzbeschreibung:	Von SwissDRG AG durchgeführte Erhebung der Fallkosten für stationäre Behandlungen in akutsomatischen Spitälern. Erfasst werden alle patientenbezogenen Merkmale analog der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Alter, Geschlecht, Herkunft, Diagnosen, Behandlungen) und die Kosten pro Behandlungsfall, differenziert nach Personal- und Sachkosten
Statistiktyp	Bundesstatistik (Datenerhebung durch SwissDRG, statistische Verwendung der Daten durch das BFS gemäss Bundesstatistikgesetz)

Methode / Erhebungsinstrument:	Bei ausgewählten Spitälern werden aufgrund der von den Betrieben routinemässig erhobenen Patienten-, Leistungs- und Kostenrechnungsdaten die diagnosebezogenen Kosten jedes Behandlungsfalls nach einer einheitlichen Methode berechnet.
Stichprobengrösse	nicht schweizweit repräsentative Stichprobe (Teilerhebung bei ausgewählten akuten somatischen Krankenhäusern)
Altersgruppen:	Keine Begrenzung
Desaggregation:	Alter, Geschlecht, Kanton / Wohnregion (MedStat), Nationalität
Periodizität:	seit 2005
Nächste Aktualisierung:	Befindet sich noch im Aufbau («Produktionsphase»)
Anmerkungen:	
Verwendung im Indikatoren-Set	37 Volkswirtschaftliche Kosten von Suchtverhalten 39 Kosten suchtbedingter stationärer Behandlungen
Quelle/Link	www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/df/01.html

4.11 PSA Patientendaten Spital ambulant

Kurzbeschreibung:	Teilprojekt im Rahmen der neuen Statistiken der ambulanten Grundversorgung (MARS, Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé). Die PSA umfasst alle fakturierten ambulanten Leistungen der Krankenhäuser. Erfasst werden soziodemografische Informationen der Patient/innen, Angaben zur verrechneten Leistung, vorhandene Diagnoseinformationen und Informationen zum Leistungserbringer.
Statistiktyp	Bundesstatistik (Datenerhebungen der Institutionen im Auftrag des BFS)
Methode / Erhebungsinstrument:	Vollerhebung von Administrativdaten bei allen Kranken- und Geburtshäusern (obligatorische Teilnahme bzw. gesetzliche Verpflichtung)
Stichprobengrösse	Vollerhebung
Altersgruppen:	Keine Begrenzung
Desaggregation:	Alter, Geschlecht, Kanton / Wohnregion (MedStat), Nationalität
Periodizität:	Jährlich, geplant ab 2015
Nächste Aktualisierung:	Befindet sich noch im Aufbau, Beginn der Erhebung 2015
Anmerkungen:	Diagnosen können nach verschiedenen Codiersystemen erfasst werden. Nicht alle dieser Systeme ermöglichen das Identifizieren von Fällen mit Suchtproblematiken analog ICD-10, inkl. der gewünschten Differenzierung nach Problemsubstanz. Ob die PSA also wie gewünscht für das Indikatoren-Set genutzt werden kann, wird sich erst zeigen müssen.
Verwendung im Indikatoren-Set	22 Ambulante Suchtbehandlungen
Quelle/Link	www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/psa/01.html

4.12 SOMED Statistik der sozialmedizinischen Institutionen

Kurzbeschreibung:	Die SOMED gibt Auskunft über die Infrastruktur und Tätigkeit der Betriebe, die sich um Betagte und Behinderte kümmern, sowie von Institutionen zur Betreuung von Suchtkranken und Menschen mit psychosozialen Problemen. Erhoben werden Angaben zu den erbrachten Leistungen, den betreuten Klient/innen, zum Betreuungspersonal und zur Betriebsrechnung. Da die SOMED in erster Linie zur Beschreibung der Infrastruktur und Tätigkeit der Betriebe dient, sind die Informationen zu Klient/innen sehr beschränkt. Nebst Ge-
--------------------------	---

	schlecht, Alter und Wohngemeinde/Kanton wird nur die «Hauptbehinderung» erhoben (Körperbehinderung, psychische Beeinträchtigung, geistige, Sinnes- oder Suchtbehinderung, Eingliederungsprobleme), ohne weitere Differenzierung.
Statistiktyp	Bundesstatistik (Datenerhebungen der Institutionen im Auftrag des BFS)
Methode / Erhebungsinstrument:	Vollerhebung von Administrativdaten bei den auskunftspflichtigen Betrieben (obligatorische Teilnahme bzw. gesetzliche Verpflichtung)
Stichprobengrösse	Vollerhebung
Altersgruppen:	Keine Beschränkung
Desaggregation:	Alter, Geschlecht
Periodizität:	jährlich seit 1998 (Revision Fragebogen/Erhebungsinstrument 2005)
Nächste Aktualisierung:	2016
Anmerkungen:	In der SOMED dürften die spezialisierten stationären sozialtherapeutischen Suchteinrichtungen (act-info Residalc und FOS) unter der Kategorie «Institutionen für Suchtkranke» enthalten sein. Aufgrund der unspezifischen klientenbezogenen Informationen in der SOMED wird daher auf deren Verwendung im Indikatoren-Set verzichtet und act-info beigezogen. Allenfalls kann die SOMED (Institutionen mit Klient/innen mit Suchtbehinderung) ergänzend z.B. für die Anzahl stationäre Aufenthaltstage oder für Kostenberechnungen, beigezogen werden.
Verwendung im Indikatoren-Set	26 Suchtbehandlungen in stationären psychosozialen Institutionen 38 Suchtbedingte stationäre Aufenthaltstage 39 Kosten suchtbedingter stationärer Behandlungen
Quelle/Link	www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/ssmi/01.html

4.13 Infodrog Datenbank Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht

Kurzbeschreibung:	Infodrog betreibt eine Datenbank der ambulanten, (teil-)stationären und niederschweligen Angebote in den Bereichen Alkohol, illegale Drogen, Medikamente und substanzungebundene Süchte. Enthalten sind u.a. Betriebsinformationen zum Angebot (Beratung, Therapie, Entzug, Substitution etc.), Spezialisierung (illegale Drogen, Alkohol, Medikamente, Tabak, Substanzungebunden), Infrastruktur (Anz. Plätze), Personal (Anz. Mitarbeitende, Stellen-%), Finanzierung
Statistiktyp	Angebotsstatistik (im Auftrag des BAG; Trägerin: Schweizerische Gesundheitsstiftung RADIX)
Methode / Erhebungsinstrument:	Elektronisches Formular zur Erfassung von Angebots- und Betriebsdaten
Stichprobengrösse	Vollerhebung, wobei der Eintrag freiwillig ist und die Datenpflege und Aktualisierung durch die Einrichtungen selbst erfolgt
Altersgruppen:	-
Desaggregation:	-
Periodizität:	Laufende Aktualisierungen/Mutationen (keine historische Datenbank)
Nächste Aktualisierung:	Laufend
Anmerkungen:	Es handelt sich um eine freiwillige Erfassung/Übermittlung der Daten durch die Institutionen. Vor diesem Hintergrund ist keine Vollständigkeit gegeben.
Verwendung im Indikatoren-Set	18 Ambulante Beratungs- und Behandlungsangebote
Quelle/Link	http://www.infodrog.ch/index.php/suchindex.html

4.14 Meldestatistiken HIV und Hepatitis

Kurzbeschreibung:	HIV und Hepatitis gehören zu den meldepflichtigen Infektionskrankheiten. Ärzt/innen und Laboratorien melden positiv getestete Fälle an das BAG und den zuständigen kantonsärztlichen Diensten. Bei den Erst-/Ergänzungsmeldungen durch Ärzt/innen wird jeweils auch der mutmassliche Expositionsweg erhoben, darunter injizierender Drogenkonsum (IDU).
Statistiktyp	Bundesstatistik resp. Meldesystem (im Auftrag des BAG)
Methode / Erhebungsinstrument:	Vollerhebung Labormeldungen, ärztliche Meldeformulare (obligatorische Teilnahme bzw. gesetzliche Verpflichtung)
Stichprobengrösse	Vollerhebung aller positiv getesteten Fälle
Altersgruppen:	Keine Beschränkung
Desaggregation:	Geschlecht, Alter, Kanton
Periodizität:	laufende Erhebung, wöchentliche und jährliche Fallzahlen online publiziert
Nächste Aktualisierung:	laufende Erhebung, wöchentliche und jährliche Fallzahlen online publiziert
Anmerkungen:	Die Meldedaten zeigen die Inzidenz (Neuinfektionen). Auf dieser Datenbasis ist eine Schätzung der Prävalenz bei Personen mit IDU nicht möglich (vgl. Lauberau/Spörri 2014, 51).
Verwendung im Indikatoren-Set	30 HIV und Hepatitis (alternative/ergänzende Datenquelle)
Quelle/Link	www.bag.admin.ch/k_m_meldesystem/00733/00804/index.html?lang=de

4.15 SVU Statistik der Strassenverkehrsunfälle

Kurzbeschreibung:	Alle registrierten Strassenverkehrsunfälle werden von den kantonalen und kommunalen Polizeistellen sowie dem Schadenszentrum VBS beim zuständigen Bundesamt für Strassen (ASTRA) gemeldet. Erfasste Merkmale: die am Unfall beteiligten Personen (Personalien, Führerausweis, Personenschäden, Einfluss von Alkohol-, Betäubungs- oder Arzneimitteln), beteiligte Fahrzeuge, Angaben zu Unfallort, Unfalltyp und Unfallursachen
Statistiktyp	Bundesstatistik (im Auftrag des ASTRA; bis 2010 noch BFS)
Methode / Erhebungsinstrument:	Vollerhebung der Strassenverkehrsunfälle, elektronisches Meldesystem
Stichprobengrösse	Vollerhebung der Unfälle mit Personenschaden sowie der von der Polizei gemeldeten Unfällen mit Sachschaden (ohne Personenschaden)
Altersgruppen:	ab 18 J.
Desaggregation:	Alter, Geschlecht, Kanton
Periodizität:	laufende Erhebung, Referenzperiode Kalenderjahr
Nächste Aktualisierung:	laufende Erhebung
Anmerkungen:	Einzeldaten seit 1992 verfügbar
Verwendung im Indikatoren-Set	41 Verkehrsunfälle mit Substanzeinfluss
Quelle/Link	www.astra.admin.ch/unfalldaten/index.html?lang=de www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/svu/01.html

4.16 PKS Polizeiliche Kriminalstatistik

Kurzbeschreibung:	Die PKS enthält Angaben zu Umfang, Struktur und Entwicklung registrierter Straftaten sowie über beschuldigte und geschädigte Personen. Erfasst werden die von den Polizeibehörden registrierten strafbaren Handlungen gegen das Strafgesetzbuch (StGB), gegen das Betäubungsmittelgesetz (BetmG), gegen das Ausländergesetz (AuG) und gegen strafrechtlich relevante Artikel diverser Bundesneben Gesetze. Für ausgewählte Straftaten werden folgende Merkmale erfasst: Örtlichkeit, Vergehen, Beschuldigte (Geschlecht, Alter, Staatszugehörigkeit, Aufenthaltsstatus), Geschädigte (Geschlecht, Alter), Beziehung Beschuldigte-Geschädigte
Statistiktyp	Bundesstatistik, Anzeigenstatistik (im Auftrag des BFS in Zusammenarbeit mit EJPD und KKJPD)
Methode / Erhebungsinstrument:	Vollerhebung. Die Polizeibehörden der Kantone und des Bundes (Bundeskriminalpolizei) übermitteln ein nach statistischen Bedürfnissen aufbereitetes Datenextrakt aus den Polizeiinformationssystemen ans BFS. Im BFS werden die Datensätze zu einer nationalen polizeilichen Kriminalstatistik vereint.
Stichprobengrösse	Vollerhebung
Altersgruppen:	Keine Begrenzung
Desaggregation:	Geschlecht, Alter, Kanton
Periodizität:	Laufende Erhebung; verfügbar seit 2009 (Revision 2006-2009), Publikation jährlich jeweils im Februar des Folgejahres.
Nächste Aktualisierung:	laufende Erhebung, Februar 2016
Anmerkungen:	Es handelt sich um polizeilich registrierte Straftaten. Nicht enthalten sind demnach gesetzeswidrige Handlungen, die der Polizei nicht zur Kenntnis gelangen (Dunkelfeld) oder die über andere Wege direkt in ein Justizverfahren einmünden. Die PKS ist eine Anzeigestatistik, d.h. für die beschuldigten Personen gilt bis zu einer rechtskräftigen Verurteilung weiterhin die Unschuldsvermutung.
Verwendung im Indikatoren-Set	7 Konsum illegaler Substanzen (exkl. Cannabis) P15-64 (Prävalenzschätzung); 33 Verstösse gegen Betäubungsmittelgesetz wegen Besitz und Konsum; 37 Volkswirtschaftliche Kosten von Suchtverhalten; 40 Verstösse gegen Betäubungsmittelgesetz wegen Produktion und Handel
Quelle/Link	www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/pks/01.html

4.17 ADMAS Statistik der Administrativmassnahmen / Strassenverkehrsdelinquenz

Kurzbeschreibung:	Liste der verfügten Administrativmassnahmen im Strassenverkehr (Verwarnungen, Entzüge, Verweigerungen, Aberkennungen, Fahrverbote etc.), mit Angaben zu den Gründen (z.B. alkoholbedingt) und Dauer der entsprechenden Massnahmen
Statistiktyp	Bundesstatistik, Melderegister (im Auftrag des ASTRA)
Methode / Erhebungsinstrument:	Vollerhebung. Die zuständigen kantonalen Behörden übermitteln dem ASTRA die Liste der verfügten Administrativmassnahmen, mit Angaben zu den Gründen und Dauer der entsprechenden Massnahmen. Die Daten werden laufend übermittelt und vollzählig in das automatisierte Administrativmassnahmen-Register ADMAS eingespeist
Stichprobengrösse	Vollerhebung
Altersgruppen:	ab ca. 16 J.
Desaggregation:	Kanton, Alter der Betroffenen
Periodizität:	Laufende Erhebung; jährlich seit mindestens 1990
Nächste Aktualisierung:	2016
Anmerkungen:	Verfügbarkeit, Zugang und Indikatoren zudem beim BFS

Verwendung im Indikatoren-Set	34 Führerausweisenzüge in Zusammenhang mit Substanzeinfluss, Subindikatoren (a) und (b)
Quelle/Link	www.astra.admin.ch/dokumentation/00119/00218/index.html?lang=de www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/19/04/01.html

4.18 SPV Statistik der polizeilichen Verkehrskontrollen

Kurzbeschreibung	Bei der SPV handelt es sich um aggregierte Daten der kantonalen und kommunalen Polizeibehörden. Sie liefert Grundlagen für die Ausrichtung und Beurteilung der Politik im Bereich der Einhaltung der Strassenverkehrsregeln. Die SPV besteht aus drei Teilerhebungen: 1. Personal- und Materialressourcen für die Verkehrskontrollen, 2. Informationen zu Geschwindigkeitskontrollen, 3. Atemalkoholkontrollen. In der ALK enthalten sind folgende Angaben: Zeitpunkt der Kontrollen (Datum, Tag/ Nacht); Anzahl angehaltener/betroffener Fahrzeuge; Anzahl verweigerter Alkoholkontrollen; Anzahl nicht durchgeführter Tests; Anzahl getesteter Lenker/innen; Messergebnisse; Kontrolltyp (nach einem Unfall, nach auffälligem Fahrverhalten etc.)
Statistiktyp	Bundesstatistik (freiwillige Erhebung im Auftrag des BFS)
Methode / Erhebungsinstrument:	Atemalkoholkontrollen: Datenerhebung während eines Referenzmonats
Stichprobengrösse	Vollerhebung bei den Polizeibehörden (Erhebungen sind freiwillig, weder Vollständigkeit noch Richtigkeit können garantiert werden)
Altersgruppen:	
Desaggregation:	
Periodizität:	Atemalkoholkontrollen: 2001, 2003, 2005, 2007; gemäss Steckbrief (siehe Link) alle 2-3 Jahre; nach Auskunft des BFS ist derzeit keine weitere Erhebung geplant
Nächste Aktualisierung:	Unbestimmt
Anmerkungen:	Weiterführung der Statistik ist unbestimmt. Grundsätzlich müssen die verfügbaren Administrativmassnahmen resp. entdeckten Delinquenzen mit der Anzahl durchgeführter Kontrollen in Bezug gesetzt werden.
Verwendung im Indikatoren-Set	34 Führerausweisenzüge in Zusammenhang mit Substanzeinfluss, Subindikator (c)
Quelle/Link	www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/Stat_Verkehrskont_SPV/01.html

4.19 Todesursachenstatistik

Kurzbeschreibung:	Die Todesursachenstatistik liefert einen Überblick über das Sterbe geschehen und dokumentiert die Ursachen der Sterblichkeit in der Schweiz. Erfasste Merkmale: Todesursache nach ICD-10 Code; Alter; Geschlecht; Zivilstand; Beruf; Wohnge- meinde; Staatsangehörigkeit
Statistiktyp	Bundesstatistik (Datenerhebungen im Auftrag des BFS)
Methode / Erhebungsinstrument:	Angaben der Zivilstandsämter und der die Todesfälle meldenden Ärztinnen und Ärzte. Elektronische Erhebung (seit 2006), Codierungsregeln nach internationalem Standard
Stichprobengrösse	Vollerhebung (gesetzliche Verpflichtung)
Altersgruppen:	Keine Beschränkung
Desaggregation:	Alter, Geschlecht (weitere oben genannte Merkmale mögl.)
Periodizität:	laufende Erhebung, Daten jeweils 18 Monate nach Ablauf des Referenzjahrs verfügbar

Nächste Aktualisierung:	2016
Anmerkungen:	Die Daten sind in elektronischer Form ab 1969 verfügbar, die Umstellung von ICD-8 auf ICD-10 erfolgte 1995
Verwendung im Indikatoren-Set	7 Konsum illegaler Substanzen (exkl. Cannabis) P15-64 (Prävalenzschätzung); 31.1 Alkoholbedingte Mortalität; 31.2 Tabakbedingte Mortalität; 31.3 Drogentote; 37 Volkswirtschaftliche Kosten von Suchtverhalten
Quelle/Link	www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/cod/02.html

5 Datenlücken

Nachfolgend stellen wir zusammen, zu welchen der in Kapitel 3 dargestellten Indikatoren gegenwärtig keine Datenquellen vorliegen und zu denen die zukünftige Datenlage noch unklar ist. Zudem werden mögliche Anpassungswünsche bei den Fragestellungen in der SGB aufgeführt.

5.1 Kleinere Anpassungen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung SGB

Vorauszuschicken ist, dass die Möglichkeiten einer Anpassung der SGB (vgl. Datenquellenbeschrieb Abschnitt 4.2) sehr eingeschränkt sind und von langer Hand vorbereitet werden müssen. Die maximale Zeitdauer der telefonischen Befragung ist weitestgehend vorgegeben und gesetzt. Grundsätzlich können im Rahmen der telefonischen Befragung nur zusätzliche oder neue Fragen aufgenommen werden, wenn andere Fragen dafür aus der SGB gestrichen werden. Etwas mehr Spielraum besteht in der schriftlichen Nachbefragung resp. beim schriftlichen Fragebogen.

Mit Blick auf das vorgeschlagene Indikatoren-Set sehen wir folgende Lücken bzw. folgenden Anpassungsbedarf:

Indikator 2.2, Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum P15+: 4+/5+ Gläser

Derzeit wird in der SGB der episodisch risikoreiche Alkoholkonsum mit dem Konsum von 6 oder mehr Gläsern erfasst (SGB-Frage: «Wie häufig in den letzten 12 Monaten haben Sie 6 oder mehr Gläser alkoholische Getränke bei einem Anlass oder Gelegenheit getrunken?» (wöchentlich und mehr, monatlich, weniger als monatlich, nie in den letzten 12 Monaten, noch nie im Leben). Im Suchtmonitoring werden seit 2011 Datenreihen mit der Definition 4+ (Frauen) / 5+ (Männer) erhoben. 2007 verwendete auch die SGB diese Definition. Um die Kontinuität und Vergleichbarkeit zu den bisher im BAG verwendeten und kommunizierten Prävalenzen zu gewährleisten, sowie in Anlehnung an internationale Definitionen, wäre es notwendig, dass entweder zusätzlich oder als Ersatz 4+ (Frauen) resp. 5+ (Männer) Standardgläser erfasst würde.

Indikator 5, Produktespezifischer Tabakkonsum P15+; zusätzliche, nicht gerauchte Produkte

In der entsprechenden Frage der SGB werden bisher nur Tabakprodukte zum Rauchen (und die Konsumhäufigkeit) erfasst (Zigaretten, Zigarre, Zigarillos, Pfeife, Wasserpfeife). Es fehlen neuere Produkte wie E-Zigaretten mit und ohne Nikotin, Kautabak und Snus, Schnupftabak, IQOS etc.

Gegebenenfalls müssten weitere Fragen aufgenommen werden, um Informationen zum Subindikator C zu erhalten, der Auskunft über den Transfer des Konsums zwischen den verschiedenen (Tabak-) Produkten geben soll.

Indikator 6.1, Cannabiskonsum P15-64, und

Indikator 7, Konsum illegaler Substanzen (exkl. Cannabis) P15-64; 30-Tagesprävalenz

In der SGB fehlen derzeit Angaben zur 30-Tages-Prävalenz bei Cannabis und bei anderen illegalen Drogen. Es wird lediglich die Konsumhäufigkeit in Bezug auf die letzten 12 Monate erhoben (1 Mal wöchentlich oder mehr, 1 bis 3 Mal im Monat, weniger als 1 Mal im Monat). Die Unterscheidung von risikoarmem und risikoreichem Konsum, die es für die Berechnung verschiedener Indikatoren braucht (insbes. 14.1, 27, 28, 29), ist auf dieser Basis nicht möglich. Es wäre daher wünschenswert, die 30-Tagesprävalenz auch in der SGB erfassen zu können, dies gilt insbesondere für Cannabis.

Ein international anerkannter Schwellenwert des risikoreichen Cannabiskonsums (Leitindikator) liegt bei einem Gebrauch an 20 oder mehr Tagen in den letzten 30 Tagen (entspricht EMCDDA-Standard,

vgl. Thanki/Vicente 2013). Es sollte nach Möglichkeit darauf geachtet werden, dass entsprechende Informationen in der SGB gewonnen werden können.

Indikator 7, Konsum illegaler Substanzen (exkl. Cannabis) P15-64; Substanzen

Die Definition des Indikators sieht gemäss EMCDDA-Standard eine Differenzierung nach den Substanzen Heroin, Kokain, Amphetamine, Ecstasy und LSD vor. In der SGB werden der Amphetamin- und LSD-Konsum nicht spezifisch abgefragt, sondern in der Kategorie «andere» zusammengefasst. Im Interview werden zwar beispielhaft «Speed, LSD oder halluzinogene Pilze» genannt, es erfolgt jedoch keine weitere Differenzierung. Für eine Realisierung des Indikators gemäss der Definition müssten die Fragestellungen entsprechend angepasst werden.

Anzumerken ist, dass bei manchen illegalen Substanzen die über die SGB (Bevölkerungsbefragung) erreichten Fallzahlen des 30-Tageskonsums so gering sein werden, dass keine Indikatoren zur Prävalenz gebildet werden können (vgl. die entsprechenden Zahlen im Suchtmonitoring, Gmel et al. 2014). Von der allgemeinen Systematik her wären jedoch entsprechende Informationen zur 30-Tagesprävalenz anzustreben.

5.2 Daten, die bis anhin nur aus dem Suchtmonitoring vorliegen

Da die zukünftige Form und Weiterführung des Suchtmonitorings SuMo (vgl. Datenbeschrieb im Abschnitt 4.3) aktuell noch unbestimmt ist, darin enthaltene Informationen für das Indikatoren-Set Sucht jedoch von den konsultierten Fachspezialist/innen zwingend verlangt wurden, weisen wir an dieser Stelle auf Daten hin, die bisher nur im Rahmen der SuMo-Erhebungen erfasst wurden:

Indikator 9, Chronischer Medikamentenkonsum P15+

In der SGB werden zwar ebenfalls Fragen zum Medikamentenkonsum gestellt (Konsum von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln in den letzten 7 Tagen, mit oder ohne Verschreibung), jedoch reichen die Informationen nicht aus, um chronischen Konsum zu identifizieren.

Indikator 10, Neuroenhancement P15+

Informationen zur Einnahme von Medikamenten zur Steigerung der Aufmerksamkeit, der Leistungsfähigkeit oder zum Wachsein wurden bisher ausschliesslich in der SuMo erhoben. Für das weitere Monitoring dieses Themenbereichs wären nach Einschätzung von Experten eine Weiterführung und Weiterentwicklung der im SuMo behandelten Fragestellungen notwendig, auch um den Wissensaufbau voranzutreiben – zumal gerade im Bereich Medikamentenmissbrauch die Unterscheidung zwischen therapeutischer und missbräuchlicher Verwendung komplex ist und weiterer Forschung bedarf.

Indikator 13, Exzessive Internetnutzung

Daten bezüglich exzessiver Internetnutzung in der Wohnbevölkerung wurden bisher nur einmal (2013) im Rahmen des SuMo erhoben. Hier wäre z.B. die Integration eines entsprechenden Moduls in einen BFS Omnibus prüfenswert (vgl. Datenbeschrieb Abschnitt 4.7), da dort ohnehin alle 2 Jahre ein Modul zur Internetnutzung geplant ist, bislang allerdings ohne Screening-Instrument zu exzessiver Nutzung.³ Informationen zu exzessiver Internetnutzung bei Jugendlichen könnten allenfalls die Jugendbefragung zur Mediennutzung JAMES (vgl. Datenbeschrieb Abschnitt 4.8) liefern, sofern entsprechende Fragen dort aufgenommen werden.

³ Vgl. www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infotek/erhebungen__quellen/blank/blank/ikt2014/01.html

Indikator 15.1, Wissen über gesundheitsrelevante Risiken des Alkoholkonsums

Wissen über gesundheitsrelevante Risiken des Alkoholkonsums (Verkehrsunfälle, gesundheitliche Schäden etc.) wurden bisher 2 Mal im Rahmen des SuMo erhoben (2012 und 2014). Bezüglich der gesamten Wohnbevölkerung liegen keine alternativen Datengrundlagen vor.

Indikator 16.1, Einstellungen gegenüber strukturellen Massnahmen – Alkohol (P15+)

Zu Einstellungen gegenüber strukturellen Massnahmen im Bereich Alkohol (Jugendschutzmassnahmen, Altersbeschränkungen, Preiserhöhungen, Verkaufseinschränkungen etc.) liegen auf der Ebene Gesamtbevölkerung ebenfalls bisher nur Informationen aus dem SuMo vor (2012, 2014, geplant 2016).

Indikator 15.2, Wissen über die Schädlichkeit von Tabakkonsum

Einzelne Fragen wurden bisher im Rahmen von SuMo erhoben, andere müssten neu konzipiert werden (siehe unten, Abschnitt 5.4).

Indikator 16.2, Einstellungen gegenüber strukturellen Massnahmen – Tabak (P15+)

Einzelne Fragen wurden bisher im Rahmen von SuMo erhoben, andere müssten neu konzipiert werden (siehe unten, Abschnitt 5.4).

Indikatoren 21.1, 21.2 und 2.3, Problembewusstsein bei Raucher/innen P15+, Aufhörbereitschaft (Rauchen) P15+ und Aufhörversuche (Rauchen) P15+

Beim Aufhören des Rauchens lässt sich folgende gestufte Wirkungskette bilden: 1. Problembewusstsein, 2. Wunsch nach Verhaltensänderung, 3. Versuch der Verhaltensänderung, 4. Veränderung des Verhaltens. Gemäss den konsultierten Fachspezialist/innen sind für den Tabakbereich Informationen zu dieser Wirkungskette sehr wichtig, da zu Raucher/innen gemeinhin keine «Behandlungsdaten» vorliegen, wie dies z.B. für den Alkohol- oder Drogenbereich der Fall ist.

Die SGB fragt bisher nur allgemein nach dem Aufhörwunsch (SGB: Möchten Sie gerne mit dem Rauchen aufhören?), ohne weitergehende Informationen zum Zeitraum, welchen sich die befragten Personen dafür allenfalls vorgenommen haben. Ähnliche Lücken bestehen bezüglich der Frage nach Anzahl und Art der Aufhörversuche (SGB: Haben Sie in den letzten 12 Monaten ernsthaft versucht, das Rauchen aufzugeben, das heisst mindestens 14 Tage nicht geraucht? (Ja/Nein).

Aufgrund der erwähnten Lücken in der SGB kann demnach nur ein Teil der geplanten Indikatoren 21.1 bis 21.3 gebildet werden. Entsprechende Angaben wurden bisher nur im Suchtmonitoring (Split B) erhoben, vgl. Kuendig et al. (2014). Werden die Indikatoren 21.1 bis 21.3 als zentral erachtet, müssten die betreffenden SGB-Fragen ausdifferenziert bzw. ausgebaut werden oder die gewünschten Informationen im Rahmen einer eigenen Erhebung (in Anlehnung an SuMo o.ä.) gewonnen werden.

5.3 Einzelstudien, für die es neue Mandate braucht

Für gewisse Indikatoren würden wir als Basis Einzelstudien vorsehen. Es handelt sich dabei vor allem um aufwendig zu gewinnende Informationen, die z.T. auf komplexen Berechnungen beruhen, oder um Informationen, die derart spezifisch sind, dass sie sich nicht in routinemässige Befragungen integrieren lassen.

Indikator 20, Niederschwellige Angebote

Die Erhebung niederschwelliger Einrichtungen (Umfang des abgegebenen Injektions- und Präventionsmaterials sowie Klientenbefragung) wurde seit 1993 6 Mal durchgeführt, letztmals 2011. Um neuere Informationen zum Bereich Schadenminderung zu haben, müsste die Erhebung fortgesetzt resp. wieder aufgenommen werden.

Indikator 34, Führerausweisentzüge in Zusammenhang mit Substanz Einfluss

Für den Subindikator (c), Führerausweisentzüge in % der durchgeführten Kontrollen, müsste eine Wiederholung der Sondererhebung analog Senna et al. (2011) erfolgen, und/oder die Atemalkoholkontrollen im Rahmen der Statistik der polizeilichen Verkehrskontrollen (SPV) fortgesetzt werden, da derzeit deren erneute Durchführung offen ist (vgl. Abschnitt 4.18).

Indikator 35, Sucht und häusliche Gewalt

Angaben zu Alkohol- und Drogeneinfluss gehören nicht zu den in der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) standardmässig enthaltenen Informationen zu den geschädigten und beschuldigten Personen bei Vorfällen häuslicher Gewalt. In einzelnen Kantonen sind entsprechende Daten vorhanden. Bisherige statistische Informationen stammen aus einer Sondererhebung resp. -auswertung des BFS (2008; Tötungsdelikte) oder aus einer Opferbefragung (Gloor/Meier (2013): Alkohol und häusliche Gewalt). Vor diesem Hintergrund müssten entsprechende Daten für den Indikator mit Hilfe von Einzelstudien ermittelt werden.

Indikator 36, Kinder aus suchtbelasteten Familien

Die Definition fokussiert auf «Abhängigkeit», was bedeutet, dass eine Unterscheidung zwischen risikoreichem Konsum und Abhängigkeit vorgenommen werden muss. Für Alkohol und Tabak (sollten auch Raucherhaushalte für die weitere Massnahmenplanung relevant sein) könnte der Indikator bei Vorliegen eines entsprechenden (approximativen) Schwellenwerts basierend auf SGB berechnet werden, da dort auch Informationen zur Haushaltszusammensetzung vorhanden sind.

Für den Drogenbereich müsste jedoch eine Einzelstudie die entsprechenden Schätzungen vornehmen; Voraussetzung dabei wäre, dass in act-info auch künftig Angaben zur Haushaltszusammensetzung (mit/ohne Kinder) erhoben werden.

Indikator 37, Volkswirtschaftliche Kosten von Suchtverhalten

Die Berechnungen der volkswirtschaftlichen Kosten der Sucht resp. des Suchtverhaltens sind sehr kompliziert und aufwendig. Wir würden empfehlen, dass diese Kostengrössen alle 5 bis 10 Jahre mittels standardisiertem Verfahren ermittelt werden, so dass Vergleichbarkeit auf der Zeitachse sichergestellt ist. Das standardisierte Verfahren muss vom Auftragnehmer im Rahmen der ersten Messung entwickelt und definiert werden.

5.4 Konzeption neuer Fragen

Zu einigen Indikatoren oder Teilbereichen liegen noch keine Daten vor, d.h. die Datengrundlagen wurden bisher noch in keiner Erhebung ermittelt. Folglich müssten die entsprechenden Fragen neu konzipiert werden. Es handelt sich vor allem um Informationen im Bereich Wissen über die Schädlichkeit von Suchtmitteln oder -verhalten und Einstellungen gegenüber Massnahmen im Bereich Suchtmittel und Verhalten (zu Alkohol wurden bisher Angaben in SuMo gewonnen; vgl. Abschnitt 5.2).

Indikator 5, Produktespezifischer Tabakkonsum P15+

Fragen für den Subindikator C, der Auskunft über den Transfer des Konsums zwischen den verschiedenen (Tabak-) Produkten geben soll, wurden bisher weder in SGB noch in SuMo gestellt und müssten neu konzipiert werden.

Indikator 15.2, Wissen über die Schädlichkeit von Tabakkonsum

Einzelne Informationen zur Bildung von Indikator 15.2 (Wissen über die Schädlichkeit Tabak) wurden bisher einmal (2014) in SuMo erhoben (Split B: Glauben Sie, dass Ihr Tabakkonsum für Ihre Gesundheit schädlich ist?; 2-3 Zigaretten pro Tag rauchen, ist für die Gesundheit nicht schädlich; der Tabakkonsum ist die wichtigste Ursache für vorzeitige, vermeidbare Todesfälle in der Schweiz). Gemäss den konsultierten Fachspezialist/innen wären weitere Informationen über die Kenntnisse der Befragten notwendig (Der regelmässige Zigarettenkonsum reduziert die durchschnittliche Lebenszeit um 3, 5, 10, 15 Jahre; eine Halbierung des eigenen Tabakkonsums reduziert die Gesundheitsrisiken um die Hälfte; die neuen Produkte – E-Zigaretten etc. – sind nicht gesundheitsschädlich).

Indikator 15.3, Wissen über die Risiken von Drogenkonsum

Die genauen Inhalte dieses Indikators müssen noch geklärt werden. Mögliche Ansätze sind bei der Beschreibung des Indikators aufgeführt. Beispielsweise wurde im SuMo 2012 (Split B Welle 3) Fragen an Jugendliche (15-25 J.) zur Gefährlichkeit bestimmter Substanzen gestellt. Entsprechende Informationen bezogen auf die gesamte Wohnbevölkerung liegen jedoch keine vor. Eine Erhebung müsste neu konzipiert und durchgeführt werden.

Indikator 16.2, Einstellungen gegenüber strukturellen Massnahmen – Tabak (P15+)

Einzelne Fragen wurden bisher im Rahmen von SuMo erhoben, Informationen für den Subindikator (b) zu weitergehenden gesetzlichen Regelungen zum Rauchverbot müssten jedoch neu konzipiert und erhoben werden.

Indikator 16.3, Einstellungen gegenüber Massnahmen im Bereich illegaler Drogen

Die genauen Inhalte dieses Indikators müssen im Rahmen der weiteren Arbeiten zur Strategie Sucht noch geklärt werden. Eine Erhebung müsste neu konzipiert und durchgeführt werden.

5.5 Datenanforderungen act-info

Für den Bereich des Klientenmonitorings act-info (vgl. Datenbeschrieb Abschnitt 4.4) ist eine Neukonzeption geplant. In welcher Form und in welcher Periodizität in Zukunft notwendige Daten vorliegen werden, ist zum jetzigen Zeitpunkt noch unbestimmt. Einige Indikatoren aus dem vorliegenden Indikatoren-Set Sucht stützen sich auf Informationen, die derzeit nur in act-info erfasst werden. Vor diesem Hintergrund lassen sich bereits gewisse Datenanforderungen an das zukünftige Klientenmonitoring herleiten (Liste nicht abschliessend):

- Anstreben einer Vollerhebung im ambulanten Bereich (SAMBAD), inkl. Betriebsstrukturdaten
- Informationen zur Konsumart bzw. zum injizierenden Drogenkonsum der Klient/innen
- Angaben zum Erwerbsstatus, Wohnsituation und Haushaltszusammensetzung (mit/ohne Kinder) der Klient/innen

Die spezifischen Datenanforderungen sind im Rahmen der Neukonzeption von act-info zu klären.

5.6 Testkäufe

Bisher liegen Daten zu Testkäufen (z.B. Verkauf von Alkoholika oder Tabakwaren an Minderjährige) noch nicht gesamtschweizerisch resp. flächendeckend für alle Kantone vor. Nationale Daten zu Tabaktestkäufen sind voraussichtlich ab 2018 verfügbar. Ähnliche Verfahren zur Überprüfung, ob Zugangskontrollen funktionieren, dürften gemäss Comlot in nächster Zeit auch im Bereich Geldspiel (ausserhalb der Casinos) angewandt werden.

5.7 Periodizität

Eine der Fragestellungen bei der Konsultation der verschiedenen Fachspezialistinnen und –spezialisten betraf die erforderliche Periodizität, in welcher die Indikatoren vorliegen und aktualisiert werden sollten. Von den Fachspezialist/innen wurden Bandbreiten bei den epidemiologischen Indikatoren von «mindestens alle 2 Jahre», «alle 2 bis 3 Jahre», «alle 4 bis 5 Jahre» und «alle 5 Jahre sind ausreichend» genannt. Zum Teil wurde darauf hingewiesen, dass in der Vergangenheit beim Suchtmonitoring die Messpunkte eher zu nahe aufeinander lagen.

Ein grosser Teil der im Indikatoren-Set vorgeschlagenen und beschriebenen epidemiologischen Indikatoren stützt sich auf die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) als Datenquelle ab, die alle 5 Jahre durchgeführt wird (Stichprobe rd. 21'000 Pers.), bzgl. jüngerer Personen auf die 4-jährliche Schülerbefragung HBSC (Stichprobe rd. 9'800 Pers.). Gehen wir von einer Standardperiodizität von 5 resp. 4 Jahren aus, dann ergeben sich aufgrund der Rückmeldungen der Fachspezialist/innen bei folgenden Indikatoren Lücken (vgl. Tabelle):

Indikatoren, bei welchen von den Fachspezialist/innen eine kürzere Periodizität als der Standard von 5 Jahren (SGB) oder 4 Jahren (HBSC) gewünscht wird

Nummer und Titel des Indikators	Priorität	Periodizität
1.1 Alkoholkonsum P15+	Zusatz	alle 2 bis 3 Jahre
1.2. Alkoholkonsum P11-15	Zusatz	alle 2 bis 3 Jahre
2 Risikoreicher Alkoholkonsum P15+	Leitindikator/ Kern	alle 2 bis 3 Jahre
2.1 Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum P15+	Kern	alle 2 bis 3 Jahre
2.2 Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum P15+	Kern	alle 2 bis 3 Jahre
2.3. Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum P11-15	Kern	alle 2 bis 3 Jahre
4.1. Tabakkonsum (Rauchen) P15+	Leitindikator/ Kern	mind. alle 2 Jahre
4.2. Tabakkonsum (Rauchen) P11-15	Kern	mind. alle 2 Jahre
5 Produktespezifischer Tabakkonsum P15	Zusatz	alle 2 Jahre
13 Exzessive Internetnutzung P15+	Leitindikator/ Kern	alle 3 bis 4 Jahre
15.1 Wissen über gesundheitsrelevante Risiken des Alkoholkonsums	Zusatz	alle 4 bis 5 Jahre
15.2 Wissen über die Schädlichkeit von Tabakkonsum	Zusatz	alle 3 bis 4 Jahre
15.3 Wissen über Risiken von Cannabis (Drogenkonsum)	Zusatz	alle 3 bis 4 Jahre

Hinsichtlich der anderen Indikatoren im Indikatoren-Set (z.B. Drogenkonsum) wurde eine Periodizität von 5 Jahren als ausreichend eingeschätzt.

Ein kurzer Vergleich bzgl. der Periodizität vergleichbarer Erhebungen im nahen Ausland ergab folgendes Bild:

■ Frankreich: Eine grosse telefonische Gesundheitsbefragung «Baromètre santé» wird seit 1992 alle 5 Jahre durchgeführt. Die «Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes» (ebenfalls telefonisch, Stichprobe: 2'500) wurde bereits viermal durchgeführt, hat jedoch keinen fixen Rhythmus (1999, 2002, 2008, 2012).⁴

■ Deutschland: Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) wird alle 3 Jahre durchgeführt. Es handelt sich dabei um eine schriftliche Befragung (repräsentative Stichprobe von 8'000 Personen), die ähnlich wie im schweizerischen Suchtmonitoring aus einem gleichbleibenden Kernmodul und thematischen Modulen besteht, die nach Bedarf angepasst werden (<http://esa-survey.de/>).⁵ Seit den 1970er Jahren werden wiederholt – aber nicht immer mit regelmässigen Abständen, in den letzten Jahren waren es 2004, 2005, 2007, 2008, 2010, 2011 – repräsentative Befragungen von 12-25-Jährigen durchgeführt. Für die sogenannte «Drogenaffinitätsstudie» werden ca. 5'000 Personen telefonisch befragt (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2012).

■ Österreich: Die sogenannte nationale Repräsentativerhebung wurde 2004 und 2008 durchgeführt, seither aber nicht mehr aktualisiert. Für die Suchtberichterstattung an das EMCDDA werden regionale oder lokale Datenerhebungen (u.a. das Wiener Suchtmittel-Monitoring, das alle 2 Jahre bei einer repräsentativen Stichprobe von 600 Personen durchgeführt wird) sowie Schülerbefragungen (internationale und nationale Erhebungen) beigezogen (vgl. Weigl et al. 2014). Die nationale Gesundheitsbefragung, die ca. alle 3 Jahre durchgeführt wird, enthält Fragen zum Alkohol- und Tabakkonsum, nicht aber zu Drogen und substanzungebundenen Suchtformen.⁶

Für weitere Informationen zu einzelnen Ländern sei auf die EMCDDA-Website verwiesen:

<http://www.emcdda.europa.eu/countries> (Klick auf das gewählte Land >Prevalence of drug use).

⁴ Vgl. <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/index.asp>; <http://www.ofdt.fr/enquetes/>

⁵ Vgl. <http://esa-survey.de/>

⁶ Vgl. <http://www.ifes.at/aktuelles/aktuelle-suchtmittel-studie> sowie http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html#index8.

6 Kompatibilität mit den Indikatoren der EMCDDA

Kernstück des Monitoring-Systems der EMCDDA sind 5 epidemiologische Indikatoren («key epidemiological indicators»). Dazu kommen drei Themenbereiche oder Handlungsfelder, die zum erweiterten Monitoring der EMCDDA gehören, denen jedoch (noch) keine konsolidierten Indikatoren zugrunde liegen (vgl. Tabelle):

Monitoring-System der EMCDDA

Indikator EMCDDA	Kurzbeschreibung
Key Epidemiological Indicators	
General Population Survey GPS	Konsumprävalenzen in der Gesamtbevölkerung, basierend auf Bevölkerungs- und Schülerbefragungen
High-Risk Drug Use (HRDU)*	Prävalenz und Inzidenz von Konsumverhalten (hohe Konsummengen, Abhängigkeit, Injektion), das mit einem erhöhten Risiko für negative gesundheitliche, psychische oder soziale Folgen einhergeht
Treatment Demand Indicator (TDI)	Behandlungsnachfrage: Umfang der Inanspruchnahme und standardisierte Kerninformationen zu den Personen im Suchthilfesystem
Drug-Related Deaths and Mortality (DRD)	Anzahl direkte Drogentodesfälle und (indirekte) drogenbedingte Mortalität
Drug-Related Infectious Diseases (DRID)	Prävalenz von übertragbaren Krankheiten (hauptsächlich HIV, Hepatitis) bei injizierend Konsumierenden
Drug Markets, Crime and Supply Reduction (noch nicht konsolidiert)	Monitoring des Angebots illegaler Drogen, drogenassoziierter Kriminalität und der justiziellen/polizeilichen Praxis, die auf eine Reduktion des Angebots (Zugang zu Drogen) zielen: <ul style="list-style-type: none"> - Umfang und Art der Sicherstellungen - Preise und Reinheit der Substanzen auf dem Markt - Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz
Health and Social Responses (nur qualitative Daten, keine Indikatoren)	Angebote und Massnahmen in folgenden Themenbereichen: <ul style="list-style-type: none"> - Prävention - Behandlung - Schadensminderung - Soziale (Re-)Integration
Drug Policy and Law	Länderprofile zu drei Themenbereichen: <ul style="list-style-type: none"> - Gesetzgebung (z.B. in Bezug auf Legalisierung von Substanzen, Umgang mit konsumassoziertem Besitz, geltende Strafmasse bei Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz), - Strategien und Massnahmen im Bereich Drogenpolitik - Volkswirtschaftliche Kosten

*Vormals «Problem Drug Use» (PDU)

Quellen: EMCDDA (<http://www.emcdda.europa.eu/activities/key-indicators>); Zobel (2014), Wüthrich (2014)

Obwohl das Monitoring-System der EMCDDA sich auf illegale Substanzen beschränkt, also weder Alkohol und Tabak noch substanzungebundene Suchtformen (Geldspiel, Internet) berücksichtigt, können die Indikatoren zur Strategie Sucht in diese Systematik eingeordnet werden. Die nachfolgende Tabelle zeigt die erweiterte Interpretation der EMCDDA-Indikatoren (modifizierte deutschsprachige Bezeichnung in der Spalte Links). In untenstehender Darstellung wurden zudem die beiden Bereiche «Health and Social Responses» sowie «Drug Policy and Law» zusammengefasst.

Einordnung der Indikatoren zur Strategie Sucht in das Monitoring-System der EMCDDA

EMCDDA	Strategie Sucht
Prävalenzen in der Gesamtbevölkerung GPS	1.1 Alkoholkonsum P15+
	1.2 Alkoholkonsum P11-15
	3.1 Getränkespezifischer Alkoholkonsum P15+
	3.2 Getränkespezifischer Alkoholkonsum P11-15
	4.1 Tabakkonsum (Rauchen) P15+
	4.2 Tabakkonsum (Rauchen) P11-15
	5 Produktespezifischer Tabakkonsum P15
	6.1 Cannabiskonsum P15-64
	6.2 Cannabiskonsum P14-15
	7 Konsum illegaler Substanzen (exkl. Cannabis) P15-64
9 Chronischer Medikamentenkonsum P15+	
10 Neuroenhancement P15+	
Umfang und Auswirkungen von Risikoverhalten HRDU	2 Risikoreicher Alkoholkonsum P15+
	8 Injizierender Drogenkonsum
	11 Risikoreiches Geldspiel
	12 Gesperrte Geldspieler/innen P18+
	13 Exzessive Internetnutzung P15+
	14.1 Mehrfaches Risikoverhalten (Sucht) P15+
	14.2 Mehrfaches Risikoverhalten (Sucht) P14-15
	32 Soziale Situation von Suchtbetroffenen
	33 Verstöße gegen BetrMG wegen Besitz und Konsum
	36 Kinder aus suchtbelasteten Familien
41 Verkehrsunfälle mit Substanzeinfluss	
Behandlungsnachfrage TDI	21.1 Problembewusstsein bei Raucher/innen P15+
	21.2 Aufhörbereitschaft bei Raucher/innen P15+
	21.3 Aufhörversuche (Rauchen) P15+
	22 Ambulante Suchtbehandlungen
	23 Klient/innen mit erstmaliger Behandlungsepisode
	24 Substitutionsbehandlungen
	25 Spitaleintritte mit Haupt-/Nebendiagnose einer substanzbedingten Störung
26 Suchtbehandlungen in stationären psychosozialen Einrichtungen	
Todesfälle im Zusammenhang mit Substanzkonsum und Sucht DRD	31.1 Alkoholbedingte Mortalität
	31.2 Tabakbedingte Mortalität
	31.3 Drogentote
Folgeerkrankungen und Komorbidität DRID	27 Subjektiv wahrgenommener Gesundheitszustand P15+
	28 Psychische Belastung P15+
	29 Sucht und NCD
	30 HIV und Hepatitis
Gesetzesüberschreitungen und Kriminalität (Markets, Crime and Supply reduction)	34 Führerausweisentzüge im Zusammenhang mit Substanzeinfluss
	35 Sucht und häusliche Gewalt
	40 Verstöße gegen BetrMG wegen Produktion und Handel

EMCDDA	Strategie Sucht
Suchtpolitische Massnahmen (Health and Social Responses; Policy and Law)	15.1 Wissen über die gesundheitlichen Risiken des Alkoholkonsums
	15.2 Wissen über die Schädlichkeit von Tabakkonsum
	15.3 Wissen über Risiken von Drogenkonsum
	16.1 Einstellungen gegenüber strukturellen Massnahmen – Alkohol P15+
	16.2 Einstellungen gegenüber strukturellen Massnahmen – Tabak P15+
	16.3 Einstellungen gegenüber Massnahmen im Bereich illegaler Drogen
	17 Zugang Jugendlicher zu Tabakprodukten und Alkohol
	18 Ambulante Beratungs- und Behandlungsangebote
	19 Angebote in Gefängnissen
	20 Niederschwellige Angebote
	37 Volkswirtschaftliche Kosten von Suchtverhalten
	38 Suchtbedingte stationäre Aufenthaltstage
	39 Kosten suchtbedingter stationärer Behandlungen

Quellen: EMCDDA (<http://www.emcdda.europa.eu/activities/key-indicators>); Wüthrich (2014)

Auch innerhalb des EMCDDA-Monitorings gibt es Indikatoren, die mehreren Themenbereichen gleichzeitig zugeordnet werden können – sei es thematisch, sei es aufgrund der Datenquellen (z.B. indem Daten aus Klientenmonitoring für Indikatoren zu Risikokonsum und Infektionskrankheiten beigezogen werden). Umso mehr gilt dies für die Zuordnung der Indikatoren zu Strategie Sucht (die entlang der 4 bzw. 8 Handlungsfelder der Strategie strukturiert sind). Obige Darstellung zeigt die grundsätzliche Kompatibilität beider Systeme, verzichtet jedoch zwecks Übersichtlichkeit auf Mehrfachzuordnungen. Die Links zwischen EMCDDA und den Zielsetzungen und Handlungsfeldern der Strategie Sucht sind für jeden Indikator in der Tabelle unter «Bezug zur Strategie» und «Themenzuordnung» dargestellt.

7 Abkürzungsverzeichnis

ADMAS	Statistik der Administrativmassnahmen
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BAGSAN	(BAG-Statistik auf der Basis anonymisierter Krankenversichererdaten)
BFS	Bundesamt für Statistik
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
Comlot	Commission des loteries et paris
CoRoIAR	Continuous Rolling Survey of Addictive Behaviours and Related Risks
DRD	Drug-related deaths and mortality (epidemiologischer Indikator der EMCDDA)
DRG	Diagnosis Related Groups
DRID	Drug-related Infectious Diseases Indicator (epidemiologischer Indikator der EMCDDA)
EJPD	Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ESBK	Eidgenössische Spielbankenkommission
GPS	General Population Survey Indicator (epidemiologischer Indikator der EMCDDA)
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HBV	Hepatitis B
HCV	Hepatitis-C
HRDU	High-Risk Drug Use Indicator (epidemiologischer Indikatoren der EMCDDA)
IDU	injizierend Drogen Konsumierende (Injecting Drug Users)
IUMSP	Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Lausanne)
KKBS	Konferenz der kantonalen Beauftragten für Suchtfragen
KKJPD	Konferenz der Kantonalen Justiz- und Polizeidirektorinnen und –direktoren
MARS	Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé
MS	Medizinische Statistik der Krankenhäuser
NCD	Nicht-übertragbare Krankheit (non-communicable disease)
NSE	Niederschwellige Einrichtungen
P11-15	11-15-Jährige
P15+	Wohnbevölkerung ab 15 Jahren
PKS	Polizeiliche Kriminalstatistik
PSA	Patientendaten Spital ambulant (MARS Teilprojekt 2)
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
SOMED	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
SPV	Statistik der polizeilichen Verkehrskontrollen
SuMo	Suchtmonitoring
SVU	Statistik der Strassenverkehrsunfälle
TDI	Treatment Demand Indicator (epidemiologischer Indikator der EMCDDA)
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation)

8 Literaturverzeichnis

- Act-info (2012): Intravenöser Konsum illegaler Substanzen – Prävalenz von Injektionsverhalten bei Klienten und Klientinnen in ambulanter und stationärer Suchttherapie: Entwicklung zwischen 2005 und 2011, *Im Brennpunkt* 1/2012. http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00632/03290/03295/index.html?lang=de#sprungmarke0_8
- Anderson P., A de Bruijn, K. Angus, R. Gordon und G. Hastings (2009): Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: A systematic review of longitudinal studies, *Alcohol and Alcoholism* 44(3), 229–243, DOI 10.1093/alcalc/agn115.
- Annaheim Beatrice, Max Müller, Sophie Inglin, Matthias Wicki, Béat Windlin und Gerhard Gmel (2012): Ergebnisse des Schweizerischen Cannabismonitorings. Kohortenstudie cmo3, Lausanne/Zürich: Sucht Schweiz/ISBF
- Annaheim Beatrice, Max Müller, Sophie Inglin, Matthias Wicki, Béat Windlin und Gerhard Gmel (2012). Internetgebrauch und interaktive (Online-) Spiele. Schlussbericht zur Erfüllung der Postulate Forster-Vannini (09.3521) vom 09.06.2009 und Schmid-Federer (09.3579) vom 10.06.2009: Gefährdungspotenzial von Internet und Online-Games, Zürich: Sucht Schweiz / Institut für Begleit- und Sozialforschung.
- Arnaud Sophie, André Jeannin und Françoise Dubois-Arber (2011): Estimating national-level syringe availability to injecting drug users and injection coverage: Switzerland, 1996–2006, *International Journal of Drug Policy* 22(2011), 226–232
- Arnaud Sophie, Jean-Pierre Gervasoni und Françoise Dubois-Arber (2010): Monitorage national des dépendances (AMIS) : Rapport module 1, Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Raisons de santé, 157)
- BAG Bundesamt für Gesundheit (2010): Nationales Programm HIV und andere sexuell übertragbare Krankheiten (NPHS) 2011–2017, Bern
- Bava S. und S.F. Tapert (2010): Adolescent brain development and the risk for alcohol and other drug problems, *Neuropsychology Review* 20(4), 398-413, DOI 10.1007/s11065-010-9146-6.
- Bellis M.D.D., D.B. Clark, S.R. Beers, P.H. Soloff, A.M. Boring, J. Hall et al. (2000): Hippocampal volume in adolescent-onset alcohol use disorders, *American Journal of Psychiatry* 157(5), 737–744.
- Bericht des Bundesrates «Leistungssteigernde Arzneimittel» in Erfüllung der Postulate Fehr (09.3665), Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit NR (13.3012) und Ingold (13.3157) vom 20.03.2013, <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00643/15108/index.html?lang=de>
- Bernasconi Alessia, Yvonne Eichenberger, Léa Hartmann, Noémie Pasquier, Lucien Rasmus Volkert und Margret Rihs-Middel (2014): Tabaktestkäufe: Eine praktische Anleitung für Institutionen, Unternehmen und NGOs, Villars-sur-Glâne: Ferarihs
- BFS Bundesamt für Statistik (2008): Tötungsdelikte in der Partnerschaft. Polizeilich registrierte Fälle 2000–2004, Neuchâtel
- BFS Bundesamt für Statistik (2015): Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) – Jahresbericht 2014, Neuchâtel (Statistik der Schweiz, Fachbereich 19, Kriminalität und Strafrecht)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- EAV Eidgenössische Alkoholverwaltung (Hrsg.) (2010): Alkoholtestkäufe – ein Leitfaden, Bern

- EBG Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (2015): Häusliche Gewalt – Informationsblatt 9: Zahlen zu Häuslicher Gewalt in der Schweiz, Bern
- Eckadt M. et al. (1998): Effects of moderate Alcohol Consumption on the Central Nervous System, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 22(5)
- Eichenberger Yvonne und Margret Rihs-Middel (2014): Glücksspiel – Verhalten und Problematik in der Schweiz, Villars-sur-Glâne: Ferarhis
- EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2002): Handbook for Surveys on Drug Use Among the General Population, Final Report, download unter <http://www.emcdda.europa.eu/activities/gps>
- EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2015): Europäischer Drogenbericht. Trends und Entwicklungen 2015, Luxemburg
- EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009a): An overview of the drug-related deaths (DRD) and mortality among drug users key indicator, Luxemburg
- EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009b): An overview of the drug-related infectious diseases key indicator (DRID), Luxemburg
- Endrass Jérôme, Astrid Rossegger und Frank Urbaniok (2012): Häusliche Gewalt im Kanton Zürich. Evaluation der polizeilichen Schutzmassnahmen im Kanton Zürich gemäss kantonalem Gewaltschutzgesetz für den Zeitraum der Inkraftsetzung des Gesetzes vom 1. April 2007 – 31. Dezember 2009, Zürich: IST Interventionsstelle gegen Häusliche Gewalt, Direktion der Justiz und des Innern des Kantons Zürich
- Englund M.M., B. Egeland, E.M. Oliva und W.A. Collins (2008): Childhood and adolescent predictors of heavy drinking and alcohol use disorders in early adulthood: A longitudinal developmental analysis, *Addiction* 103(Suppl 1), 23–35, DOI 10.1111/j.1360-0443.2008.02174.x
- Fischer Barbara, Harry Telser, Philippe Widmer und Karolin Leukert (2014): Alkoholbedingte Kosten in der Schweiz, Olten: Polynomix
- Gloor Daniela und Hanna Meier (2013): Gewalt in der Partnerschaft und Alkohol. Häufigkeit einer Dualproblematik, Muster und Beratungssettings, Schinznach-Dorf: Social Insight
- Gmel Gerhard, Hervé Kuendig, Luca Notari und Christiane Gmel (2014): Suchtmonitoring Schweiz – Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2013, Lausanne: Sucht Schweiz
- Gmel Gerhard, Luca Notari und Christiane Gmel (2015a): Suchtmonitoring Schweiz: Einnahme von psychoaktiven und anderen Medikamenten in der Schweiz im Jahr 2013, Lausanne: Sucht Schweiz
- Gmel Gerhard, Luca Notari und Christiane Gmel (2015b). Suchtmonitoring Schweiz: Vertiefende Analysen zur Einnahme von Schlafmitteln, Beruhigungsmitteln sowie Psychostimulanzien im Jahr 2014, Lausanne: Sucht Schweiz
- Guerra C. und M. Pascual (2010): Mechanisms involved in the neurotoxic, cognitive, and neurobehavioral effects of alcohol consumption during adolescence, *Alcohol* 44(1), 15–26, DOI 10.1016/j.alcohol.2009.10.003.
- Idler E.L. und Y. Benyamini (1997): Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies, *Journal of health and social behavior* 38(1): 21–37.
- Irons D.E., W.G. Iacono und M. McGue (2015): Tests of the effects of adolescent early alcohol exposures on adult outcomes, *Addiction* 110(2), 269–278, DOI 10.1111/add.12747.

- Jeanrenaud Claude, France Priez, Sonia Pellegrini, Hélène Chevrou-S everac und Sarino Vitale (2003): Le coût social de l'abus d'alcool en Suisse,. Neuchâtel: Institut de recherches économiques et régionales
- Jeanrenaud Claude, Gaëlle Widmer und Sonia Pellegrini (2005): Le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse, Neuchâtel: Institut de recherches économiques et régionales
- Jefferis B.J., C. Power und O. Manor (2005): Adolescent drinking level and adult binge drinking in a national birth cohort, *Addiction* 100(4), 543–549, DOI 10.1111/j.1360-0443.2005.01034.x.
- Jylh  M. (2009): What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model, *Soc Sci Med*,69(3): 307–316.
- Kuendig Hervé, Luca Notari und Gerhard Gmel (2014). Désaccoutumance tabagique en Suisse en 2013 – Analyse des données du Monitoring suisse des addictions, Lausanne : Addiction Suisse
- Lauberau Birgit und Marc Spörri (2014): Möglichkeiten und Grenzen einer evidenzbasierten Beurteilung des illegalen Drogenkonsums in der Schweiz, Luzern: Interface
- Lim S.S., T. Vos, A.D. Flaxman, G. Danaei, K. Shibuya, H. Adair-Rohani et al. (2012): A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010, *The Lancet* 380(9859), 2224–2260, DOI 10.1016/S0140-6736(12)61766-8.
- Locicero Stéphanie, Sophie Arnaud, Gabriel F glistaler, Jean-Pierre Gervasoni und François Dubois-Arber (2012): Ergebnisse der Befragung 2011 unter den Klientinnen der niederschweligen Einrichtungen in der Schweiz. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et pr ventive (Raison de santé 199b).
- Manor O., S. Matthews und C. Power (2001): Self-rated health and limiting longstanding illness: interrelationships with morbidity in early adulthood, *International journal of epidemiology* 30(3): 600–607
- Marmet Simon, Archimi, A., Windlin, B. und M. Delgrande Jordan (2015). Substanzkonsum bei Schülerinnen und Schülern in der Schweiz im Jahr 2014 und Trend seit 1986 – Resultate der Studie «Health Behaviour in School-aged Children» (HSC) (Forschungsbericht Nr. 75). Lausanne: Sucht Schweiz.
- Marmet Simon, Gerhard Gmel, Gerrit Gmel, Hannah Frick und Jürgen Rehm (2013a): Alcohol-attributable mortality in Switzerland between 1997 and 2011, Lausanne: Sucht Schweiz
- Marmet Simon, Luca Notari und Gerhard Gmel (2013b). Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft Internetnutzung und problematische Internetnutzung in der Schweiz im Jahr 2013, Lausanne: Sucht Schweiz
- Marmet Simon, Luca Notari und Gerhard Gmel (2014). Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft Wissen und Einstellungen zum Thema Alkohol und Gesundheit in der Schweiz im Jahr 2014, Lausanne: Sucht Schweiz.
- Masia Maurizia, Christian Achermann, Marina Richter und Ueli Hostettler (2007): Auswertungsbericht zur Fragebogenerhebung «Analyse von Präventionsmassnahmen und Behandlungsangeboten von Infektionskrankheiten und Drogenabhängigkeit in Schweizer Anstalten des Freiheitsentzugs», Freiburg
- Newbury-Birch D., J. Walker, L. Avery, F. Beyer, N. Brown, K. Jackson et al. (2009): Impact of alcohol consumption on young people: A systematic review of published reviews (Research Report No DCSF-RR067), Newcastle Upon Tyne, UK: Newcastle University.

- Notari Luca, Lydie Le Mével, Marina Delgrande Jordan und Etienne Maffli (2014): Zusammenfassende Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 2012, 2007, 2002, 1997 und 1992 hinsichtlich des Konsums von Tabak, Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen (Forschungsbericht Nr. 70), Lausanne: Sucht Schweiz
- Ort Christoph, Alexander L.N. van Nuijs et al. (2014): Spatial differences and temporal changes in illicit drug use in Europe quantified by wastewater analysis, *Addiction* 109, 1338–1352
- Rehm, J. und E. Scafato (2011): Indicators of alcohol consumption and attributable harm for monitoring and surveillance in European Union countries, *Addiction* 106, 4–10
- Schuler Daniela und Laila Burla (2012): Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012, Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan Bericht 52)
- Senna Maria Cristina, Marc Augsburger et al. (2011): Médicaments et drogues au volant en Suisse – Etude de données provenant des analyses des échantillons biologiques prélevés chez les conducteurs suspectés de conduire sous influence de drogues, d’alcool et/ou de médicaments en Suisse de 2005 à 2007, o.O.: SGRM Schweizerische Gesellschaft für Rechtsmedizin
- Spear L.P. (2002): The adolescent brain and the college drinker: Biological basis of propensity to use and misuse alcohol, *Journal of Studies on Alcohol*, Suppl(s14), 71–81, DOI 10.15288/jsas.2002.s14.71.
- Strizek J., A. Uhl, A. Springer und D. Pfarrhofer (2009): Österreichische Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch – Erhebung 2008, Band 4: Fragebogen, Wien: Bundesministerium für Gesundheit
- Thanki Danica und Julián Vicente (2013): PDU (Problem drug use) revision summary, EMCDDA, download unter <http://www.emcdda.europa.eu/activities/hrdu> > HRDU indicator revision summary
- Thorens G., S. Achab, J. Billieux, Y. Khazaal, R. Khan, E. Pivin, V. Gupta und D. Zullino (2014): Characteristics and treatment response of self-identified problematic Internet users in a behavioral addiction outpatient clinic, *Journal of Behavioral Addictions* 3(1), 78–81
- Uhl A., J. Strizek, A. Puhm, U. Kobra und A. Springer (2009): Österreichische Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch – Erhebung 2008, Band 1: Forschungsbericht, Wien: Bundesministerium für Gesundheit
- Vitale Sarino, France Priez und Claude Jeanrenaud (1998): Le coût social de la consommation de tabac en Suisse: Estimation pour l’année 1995, Neuchâtel: Institut de recherches économiques et régionales
- Weigl Marion, Martin Busch, Alexander Grabenhofer-Eggerth, Ilonka Horvath, Charlotte Klein, Elisabeth Türscherl et al. (2014): Bericht zur Drogensituation in Österreich 2014, im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht und des Bundesministeriums für Gesundheit, Wien
- WHO World Health Organization (2010): Report on the meeting on indicators for monitoring alcohol, drugs and other psychoactive substance use, substance-attributable harm and societal responses, Valencia, Spain, 19-21 October 2009
- Wüthrich Astrid (2014): Suchtpolitik – Ein umfassendes Konzept. MA-Arbeit im Rahmen des NDS Management im Gesundheitswesen, Bern: Universität Bern
- Zobel Frank (2014): Brève expertise pour l’élaboration du Memorandum of Understanding (MoU) entre l’OFSP et EMCDDA, Lausanne: Sucht Schweiz

Impressum

Verfasser:	Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG Jolanda Jäggi, Kilian Künzi, Matthias Gehrig
Im Auftrag von:	Bundesamt für Gesundheit BAG, Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit, Sektion Grundlagen
Vertragsnummer:	14.017223 / 204.0001 / - 1312
Laufzeit:	15.11.2014 – 30.11.2015
Leitung des Projekts im BAG:	Elise de Aquino und Fabienne Keller, Abt. Nationale Präventionsprogramme, Sektion Grundlagen
Bezug / Kontakt:	Bundesamt für Gesundheit BAG Abteilung Nationale Präventionsprogramme Schwarztorstrasse 157 3097 Liebefeld
Übersetzung:	Originalsprache Deutsch, Übersetzung durch die Sprachdienste des BAG
Zitervorschlag:	Jäggi Jolanda, Künzi Kilian und Gehrig Matthias (2015): Indikatoren-Set zur Strategie Sucht, Bern: Bundesamt für Gesundheit

Fachbegleitung und Unterstützung: Mit herzlichem Dank!

Wally Achtermann, Elise de Aquino, Chantale Bürli, Laure Curt, Johanna Dayer Schneider, Adrian Gschwend, Fabienne Keller, Gablu Kilcher, Verena Maag, Marc Raemy, Christian Schätti Zündel, Christian Schneider, René Stamm, Astrid Wüthrich. Herzlichen Dank auch an weitere Fachspezialist/innen und Expert/innen für ihre Unterstützung in diesem Projekt.