

LEITINDIKATOREN NATIONALE STRATEGIEN NCD UND SUCHT 2017-2024

Trends und Einordnung

Stand: Mitte April 2024



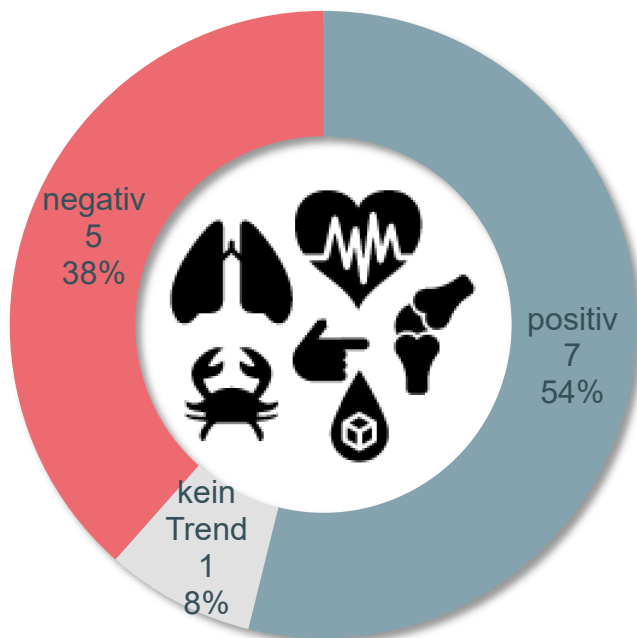
NCD

Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017-2024
www.bag.admin.ch/ncd

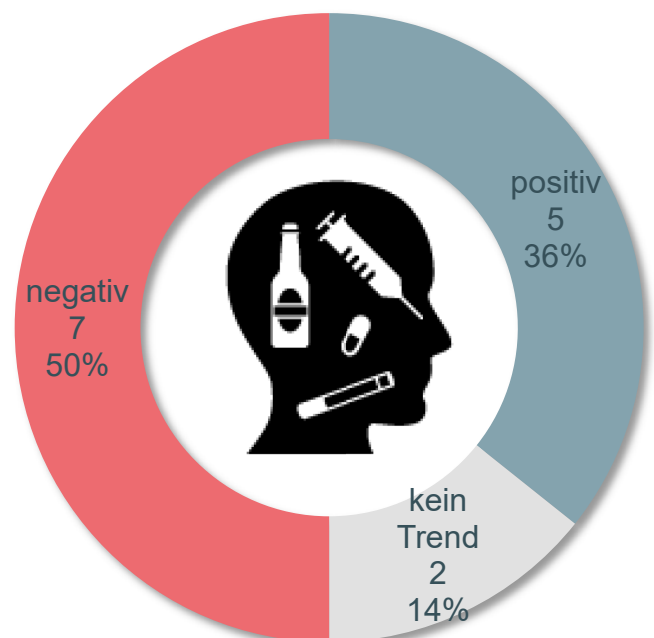
SUCHT




Nationale Strategie Sucht 2017-2024
www.bag.admin.ch/sucht

Trends Leitindikatoren NCD



Trends Leitindikatoren Sucht



 = positive Entwicklung im Sinne der Strategie
 = negative Entwicklung im Sinne der Strategie
 = kein Trend verfügbar



Inhalt

1.	Zum Hintergrund	3
2.	Entwicklung der Leitindikatoren	4
2.1	Zusammenfassung NCD	4
2.2	Zusammenfassung Sucht.....	5
3.	Indikatorenportraits NCD	6
3.1	Tabakkonsum (Alter: 15+)	8
3.2	Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum (Alter: 15+).....	10
3.3	Bewegungsverhalten (Alter: 15+)	12
3.4	Früchte- und Gemüsekonsum (Alter: 15+).....	14
3.5	Gesundheitskompetenz (Alter: 18+)	16
3.6	Ausgaben für GFuP nach Finanzierungsregime	18
3.7	Unterlassen von Arztbesuchen aufgrund materieller Entbehrungen (Alter: 16+).....	20
3.8	Übergewicht und Adipositas (Alter: 15+).....	21
3.9	Gesundheitszustand (Alter: 15+)	23
3.10	Krebs-Inzidenz (Alter: 15+).....	25
3.11	Kosten des Gesundheitswesens	27
3.12	Verlorene potenzielle Lebensjahre durch NCD	29
3.13	IV-Neurenten aufgrund von Krankheit (18-Rentenalter).....	31
4.	Indikatorenportraits Sucht.....	33
4.1	Risikoreicher Alkoholkonsum (episodisch & chronisch; Alter: 15+).....	35
4.2	Cannabiskonsum (Alter: 15-64).....	37
4.3	Konsum illegaler Substanzen (exkl. Cannabis; Alter: 15-64)	39
4.4	Tabakkonsum (Alter: 15+) (siehe 3.1)	41
4.5	Chronische Medikamenteneinnahme (Alter: 15+).....	41
4.6	Risikoreiches oder problematisches Geldspiel (Alter: 15+).....	43
4.7	Problematische Internetnutzung (Alter: 15+)	45
4.8	Eintritte in ambulante Suchthilfe	47
4.9	Spitalaufenthalte aufgrund substanzbedingter Störung.....	49
4.10	Suchtbehandlungen in stationären psychosozialen Institutionen (Eintritte).....	51
4.11	Alkoholbedingte Mortalität (Alter: 15-74).....	53
4.12	Tabakbedingte Mortalität	55
4.13	Drogentote	57
4.14	Volkswirtschaftliche Kosten durch Suchtverhalten.....	58



1. Zum Hintergrund

Die **Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017-2024** verfolgt 10 Ziele¹:

Spezifische Ziele:

1. Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren.
2. Verbesserung der Gesundheitskompetenz.
3. Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen.
4. Verbesserung der Chancengerechtigkeit beim Zugang zu Gesundheitsförderung und Prävention.
5. Verringerung des Anteils der Bevölkerung mit erhöhtem Risiko, an nichtübertragbaren Krankheiten zu erkranken.
6. Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Verringerung der Pflegebedürftigkeit.

Übergeordnete langfristige Ziele:

1. Dämpfung des durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten Anstiegs der Krankheitslast.
2. Dämpfung der durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten Kostensteigerung.
3. Verringerung der durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten vorzeitigen Todesfälle.
4. Erhaltung und Verbesserung von Leistungsfähigkeit und Teilhabe der Bevölkerung in Wirtschaft und Gesellschaft.

Die **Nationale Strategie Sucht 2017-2024** legt vier *übergeordnete Ziele* fest und umfasst insgesamt 20 spezifische Ziele²:

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.

Für das Monitoring der nationalen Strategien Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD) und Sucht 2017-2024 wurden insgesamt 139 Indikatoren festgelegt^{3,4}. Diese und weitere Indikatoren sind im **Schweizer Monitoring-System Sucht und nichtübertragbare Krankheiten (www.MonAM.ch)** abgebildet. 27 Merkmale – die Leitindikatoren – werden als besonders wichtig im Hinblick auf die Bewertung der Erreichung der strategischen Ziele angesehen. **Diese Zusammenstellung gibt einen Überblick über die Entwicklung der 27 Leitindikatoren** (Stand: Mitte April 2024) und nimmt eine **Einordnung** in den jeweiligen Kontext vor. **Dieser Überblick der wichtigsten Trends zeigt, wo die Schweiz in Bezug auf die Ziele der Nationalen Strategien NCD und Sucht steht und erlaubt es, allfälligen Anpassungsbedarf auszuloten.**



2. Entwicklung der Leitindikatoren

2.1 Zusammenfassung NCD

Mehr als die Hälfte (7 von 13) der Leitindikatoren der NCD-Strategie weisen seit 2012 bzw. 2017 einen im Sinne der Strategie positiven Trend auf und mehr als ein Drittel (5 von 13) einen negativen. Für einen Indikator (Gesundheitskompetenz) liegt zum aktuellen Stand kein Trend vor.

Eine positive Entwicklung ist etwa, dass die durch NCD bedingten vorzeitigen Todesfälle zurückgingen, obwohl die Prävalenz der am weitesten verbreiteten NCD zugenommen hat, ebenso wie die Prävalenz von Risikofaktoren von NCD wie Übergewicht/Adipositas, Bluthochdruck und psychischen Erkrankungen.

Hinsichtlich des chronisch risikoreichen Konsums von Alkohol und des Tabakkonsums als weitere Risikofaktoren von NCD zeigt sich eine erfreuliche Entwicklung, denn: Seit 2017 sind diese beiden Prävalenzen rückläufig. Ausreichend und adäquate körperliche Aktivität ist ein wesentlicher Schutzfaktor vor NCD. Der Anteil der Bevölkerung mit ausreichend viel Bewegung ist seit 2017 auf einem hohen Niveau stabil. Dies gilt auch für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung. Dieser ist seit Messungsbeginn 1992 stabil auf sehr hohem Niveau. Seit 2013 belegt die Schweiz damit im europäischen Vergleich den ersten Rang.

Nichtsdestotrotz weisen die negativen Entwicklungen in der Prävalenz von NCD und bei einigen Risikofaktoren, der nach wie vor hohe Anteil an Personen, die Tabak konsumieren, die hohe Betroffenheit von Menschen mit Übergewicht und Adipositas, das grosse Potenzial bei der Verbesserung der Gesundheitskompetenz sowie der starke Kostenanstieg im Gesundheitswesen auf die Wichtigkeit der Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention (GFuP) hin.

4 von 5 Franken werden im Gesundheitswesen für die Behandlung von nichtübertragbaren Krankheiten ausgegeben. Die demografische Alterung lässt einen künftigen Anstieg dieses Anteils erwarten. Dem gegenüber steht ein seit 2010 mit ca. 1 % sehr geringer Anteil der Ausgaben für GFuP an den Gesamtkosten des Gesundheitswesens. Das Potenzial zur Verringerung der Krankheitslast durch NCD und zur weiteren Verbesserung der Lebensqualität der Bevölkerung in der Schweiz ist somit hoch. Rund die Hälfte der nichtübertragbaren Krankheiten lässt sich durch einen gesunden Lebensstil verzögern oder vermeiden. Es lohnt sich daher, die Risiken für diese Krankheiten zu mindern.



2.2 Zusammenfassung Sucht

Bei den Leitindikatoren Sucht weisen mehr als ein Drittel (5 von 14) einen im Sinne der Strategie positiven Trend seit 2012 bzw. 2017 auf. Für die Hälfte der Indikatoren (7 von 14) ist eine negative Entwicklung zu verzeichnen. Für zwei Indikatoren (chronische Medikamenteneinnahme und volkswirtschaftliche Kosten durch Suchtverhalten) liegt zum aktuellen Stand kein Trend vor.

Neben dem bereits im vorigen Kapitel erläuterten erfreulichen Rückgang in der Prävalenz des risikoreichen Alkoholkonsums und des Tabakkonsums, sind die entsprechenden konsumbedingten Mortalitäten in der Bevölkerung ebenfalls zurückgegangen.

Eine negative Entwicklung zeigt sich jedoch beim Cannabiskonsum sowie beim Konsum weiterer illegaler Substanzen. Hier ist eine Zunahme zu beobachten, vor allem bei Ecstasy und Kokain. Die Zahl der jährlichen Drogentoten in der Schweiz liegt seit 2012 auf niedrigem (dreistelligem) Niveau. Dies gilt auch für die Hospitalisierungsrate aufgrund einer substanzbedingten Störung. Die Inanspruchnahme von ambulanter Suchthilfe ist leicht rückläufig, diejenige von stationären Suchthilfeeinrichtungen mit psychosozialer Angebotsorientierung nimmt zu. Anzeichen für negative Entwicklungen geben die Trends bei sog. substanzungebundenen Verhaltensstörungen (problematische Nutzung sozialer Medien unter Jugendlichen, risikoreiches oder problematisches Geldspiel, gesperrte Geldspielende).

Suchtverhalten belastet die Gesellschaft mit mehreren Milliarden Franken pro Jahr und schränkt die Lebensqualität der Betroffenen ein. Entlang der vier Säulen Prävention, Therapie, Schadensminderung und Regulierung stärkt die Nationale Strategie die Eigenverantwortung und fördert gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen.



3. Indikatorenportraits NCD

Nachfolgende Tabelle 3.1 zeigt eine Zusammenfassung der Entwicklung der Leitindikatoren der nationalen NCD-Strategie 2017-2024.

Ziel der Strategie NCD	Leitindikatoren (Alter)	Verfügbare Zeitraum	Veränderung in % seit 2017	Veränderung in % seit 2012
Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren	<u>Tabakkonsum (15+)</u>	1992-2022	-11.8	-15.2
	<u>Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum (15+)</u>	2002-2022	-17.0	-18.8
	<u>Bewegungsverhalten (15+)</u>	2002-2022	+0.4	+5.0
	<u>Früchte- und Gemüsekonsum (15+)</u>	2012-2022	-27.4	-18.8
Verbesserung der Gesundheitskompetenz	<u>Gesundheitskompetenz (18+)</u>	2020	n.v.	n.v.
Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen	<u>Ausgaben Kantone und Gemeinden für GFuP</u>	2010-2020	+21.6	+19.2
Verbesserung der Chancengleichheit beim Zugang zu Gesundheitsförderung und Prävention	<u>Unterlassen von Arztbesuchen aufgrund materieller Entbehnungen (16+)</u>	2015-2021	-15.2	n.v.
Verringerung des Anteils der Bevölkerung mit erhöhtem Risiko, an NCD zu erkranken	<u>Übergewicht und Adipositas (15+)</u>	1992-2022	+2.6	+4.6
Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Verringerung der Pflegebedürftigkeit	<u>Gesundheitszustand (15+)</u>	1992-2022	+0.4	+2.7
Dämpfung des durch NCD bedingten Anstiegs der Krankheitslast	<u>Krebs-Inzidenz (15+)</u>	1981-2020	n.v.	0.3
Dämpfung der durch NCD bedingten Kostensteigerung	<u>Kosten des Gesundheitswesens</u>	2002-2021	+10.9	+21.6
Verringerung der durch NCD bedingten vorzeitigen Todesfälle	<u>Verlorene potenzielle Lebensjahre durch NCD</u>	1995-2022	-10.2	-20.3
Erhaltung und Verbesserung von Leistungsfähigkeit und Teilhabe der Bevölkerung in Wirtschaft und Gesellschaft	<u>IV-Neurenten aufgrund Krankheit (18-Rentenalter)</u>	1995-2022	+12.0	+12.0

Tabelle 3.1: Zusammenfassung der Trends der 13 Leitindikatoren der Nationalen Strategie NCD 2017-2024. Blau = Entwicklung im Sinne der Strategie. Rot = Entwicklung nicht im Sinne der Strategie. n.v. = nicht vorhanden. GFuP = Gesundheitsförderung und Prävention. Der Klick auf die Indikatoren führt zu www.MonAM.ch.



Die Tabelle 3.2 gibt einen Überblick über die Entwicklung der zu den Leitindikatoren zugeordneten und relevanten Kernindikatoren seit 2017.

Ziel der Strategie NCD	Leitindikatoren (Alter)	Kernindikatoren (Alter)
Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren	<u>Tabakkonsum (15+)</u>	<u>Zigarettenkonsum (11-15)</u>
		<u>Passivrauchen (15+)</u>
	<u>Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum (15+)</u>	<u>Alkoholkonsum (11-15)</u>
		<u>Alkoholverkauf pro Kopf</u>
	<u>Bewegungsverhalten (15+)</u>	<u>Bewegungsverhalten (5-11)</u>
	<u>Arbeitsbedingter Stress (16-65)</u>	
	<u>Früchte- und Gemüsekonsum (15+)</u>	<u>Früchte- und Gemüsekonsum (11-15)</u>
Verbesserung der Gesundheitskompetenz	<u>Gesundheitskompetenz (18+)</u>	n.v.
Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen	<u>Ausgaben Kantone und Gemeinden für GFuP</u>	<u>Regulierungen bei Alkohol (Kantone)</u> <u>Regulierungen bei Tabak und E-Zigaretten (Kantone)</u>
Verbesserung der Chancengleichheit beim Zugang zu Gesundheitsförderung und Prävention	<u>Unterlassen von Arztbesuchen aufgrund materieller Entbehrungen (16+)</u>	<u>Bildungsbezogene Ungleichheit im allgemeinen Gesundheitszustand (15+)</u> <u>Bildungsbezogene Ungleichheit im allgemeinen Gesundheitszustand (1-14)</u>
Verringerung des Anteils der Bevölkerung mit erhöhtem Risiko, an NCD zu erkranken	<u>Übergewicht und Adipositas (15+)</u>	<u>Übergewicht und Adipositas (6-12)</u>
		<u>Bluthochdruck (15+)</u>
		<u>Diabetes (15+)</u>
		<u>Erhöhter Cholesterinspiegel (15+)</u>
Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Verringerung der Pflegebedürftigkeit	<u>Gesundheitszustand (15+)</u>	<u>Gesundheitszustand (1-14)</u>
		<u>Lebensqualität (15+)</u>
		<u>Lebensqualität (5-11)</u>
		<u>Körperliche Selbstständigkeit (15+)</u>
Dämpfung des durch NCD bedingten Anstiegs der Krankheitslast	<u>Krebs-Inzidenz (15+)</u>	<u>Diabetes (15+)</u>
		<u>Herz-Kreislauf-Erkrankungen (15+)</u>
		<u>Atemwegserkrankungen (15+)</u>
		<u>Asthma (14-15)</u>
		<u>Muskuloskeletale Erkrankungen (15+)</u>
		<u>Prävalenz NCD (15+)*</u>
Dämpfung der durch NCD bedingten Kostensteigerung	<u>Kosten des Gesundheitswesens</u>	<u>Volkswirtschaftliche Kosten von NCD</u>
Verringerung der durch NCD bedingten vorzeitigen Todesfälle	<u>Verlorene potenzielle Lebensjahre durch NCD</u>	<u>Wahrscheinlichkeit vorzeitiger Todesfälle aufgrund von NCD (30-70)</u>
		<u>Verlorene potenzielle Lebensjahre durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen*</u>
Erhaltung und Verbesserung von Leistungsfähigkeit und Teilhabe der Bevölkerung in Wirtschaft und Gesellschaft	<u>IV-Neurenten aufgrund Krankheit (18-Rentenalter)</u>	<u>Krankheits- und unfallbedingte Arbeitsabwesenheiten (15+)</u>

Tabelle 3.2: Trends der 13 Leitindikatoren der Nationalen Strategie NCD 2017-2024 inkl. der entsprechenden Kernindikatoren. Blau = Entwicklung im Sinne der Strategie. Rot = Entwicklung nicht im Sinne der Strategie. n.v. = nicht vorhanden. GFuP = Gesundheitsförderung und Prävention. * = Kein expliziter Kernindikator der Strategie.



3.1 Tabakkonsum (Alter: 15+)

Im Jahr 2022 rauchen 23,9 % der Schweizer Bevölkerung. Der Anteil Rauchender ist seit 1997 (33,2 %) um mehr als ein Viertel gesunken.

Rauchen ist unter Männern generell verbreiteter als unter Frauen. Da der Rückgang bei Männern stärker ausgeprägt ist als bei Frauen, wird der Unterschied zwischen den Geschlechtern kleiner. Der Tabakkonsum weist darüber hinaus Unterschiede bezüglich soziodemografischer Merkmale auf: Personen mit einem Bildungsabschluss auf Sekundarstufe II rauchen mehr als Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe oder mit maximal obligatorischer Schulbildung. Personen im Alter zwischen 25 und 44 Jahren konsumieren Tabak häufiger als andere Altersgruppen.

Ziel

Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren / Suchterkrankungen werden verhindert

Prävalenz des Tabakkonsums

Anteil der Bevölkerung in %

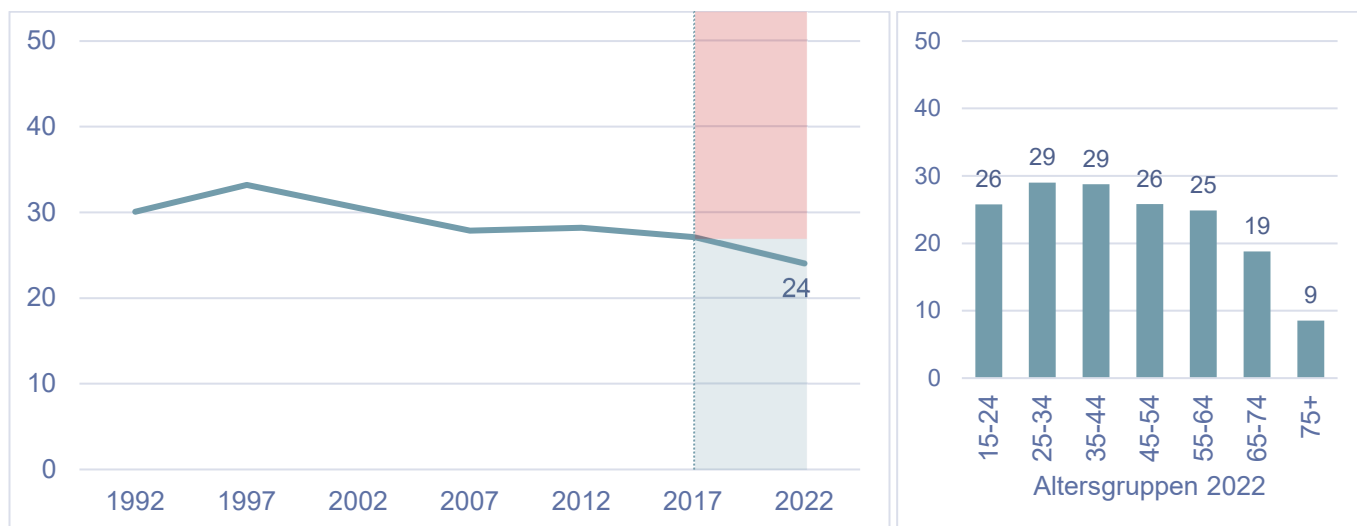


Abbildung 3.1.1: Tabakkonsum. Quelle: www.MonAM.ch. Blau = Entwicklung im Sinne der Strategie. Rot = Entwicklung nicht im Sinne der Strategie.

Bedeutung für Public Health

Der Tabakkonsum ist eine der wichtigsten Ursachen für zahlreiche Krankheiten, Invalidität und einen frühzeitigen Tod; insbesondere ist der Zusammenhang mit der Mortalität durch Lungenkrebs sehr deutlich. Zudem erhöht Tabakkonsum das Risiko für andere Krebsarten (z.B. Zungen- oder Kehlkopfkrebs), für Herz-Kreislauf- und chronische Atemwegserkrankungen. Tabakbedingte Erkrankungen führen nicht nur zu einer Beeinträchtigung des persönlichen Wohlbefindens, sondern haben auch beträchtliche wirtschaftliche und gesellschaftliche Kosten zur Folge.



Prävalenz des Tabakkonsums

Anteil der Bevölkerung 2022 in %

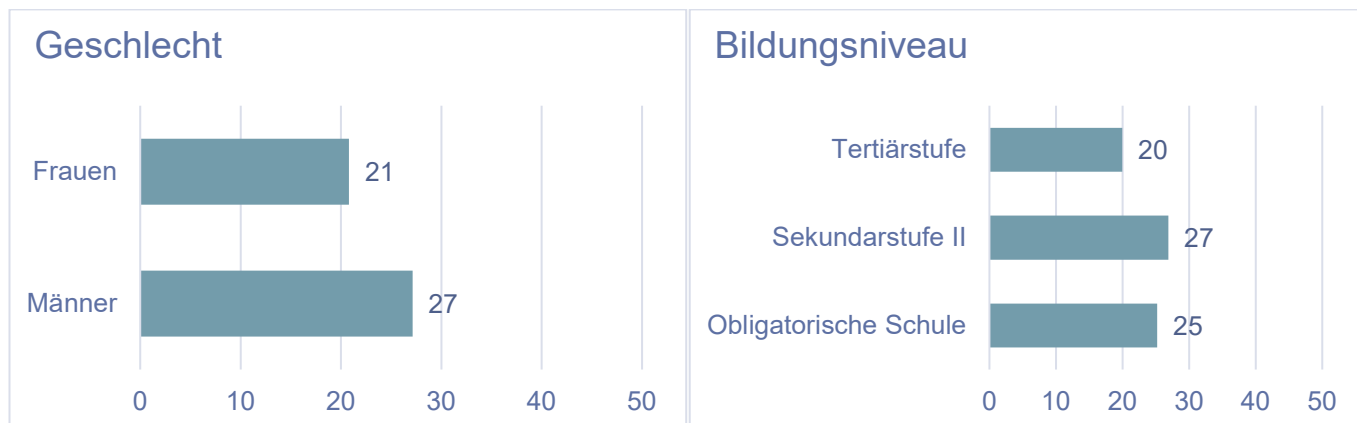


Abbildung 3.1.2: Tabakkonsum. Quelle: www.MonAM.ch.

Einordnung

Der Markt für Tabakprodukte hat sich seit 2017 durch die Entwicklung alternativer Produkte wie elektronische Zigaretten oder zu erhitze Tabakprodukte stark verändert. Es ist eine Verschiebung des Konsums von herkömmlichen Produkten hin zu diesen alternativen Produkten zu beobachten, entweder als Hilfe beim Aufhören oder zur dualen Verwendung, um den Tabakkonsum zu reduzieren. Die Anzahl der täglich Rauchenden und die durchschnittliche Anzahl der pro Tag gerauchten Zigaretten sinken weiter. Trotz dieser positiven Entwicklungen ist die Prävalenz des Rauchens in der Schweiz nach wie vor hoch. Bei den Jugendlichen ist die herkömmliche Zigarette immer noch attraktiv und die Prävalenz ist leicht angestiegen. Jugendliche sind auch stark von alternativen Produkten angezogen, mit dem Risiko, dass diese den vereinfachten Einstieg in den Tabakkonsum darstellen. Die Zahlen verweisen auf die Wichtigkeit der Weiterentwicklung zielgerichteter präventiver Massnahmen, wie struktureller Regulierungen der Kantone (z.B. Werbeeinschränkungen, Verkaufseinschränkungen, Schutz vor Passivrauchen und Testkäufe). Ferner sind zielgerichtete und adäquate Suchthilfeangebote zentral, auch online wie etwa durch SafeZone.ch.

Definition

Dieser Indikator gibt den Anteil der 15-Jährigen und Älteren, in einem Privathaushalt lebenden Bevölkerung an, der aktuell raucht. Er basiert auf der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB). Er zeigt den zeitlichen Verlauf und die Verbreitung des Tabakkonsums in der Gesamtbevölkerung und in verschiedenen Bevölkerungsgruppen.

Verwandter Indikator: Zigarettenkonsum (Alter: 11-15)

Im Gegensatz zum Tabakkonsum bei Erwachsenen ist der Konsum von Zigaretten bei Jugendlichen in der Schweiz zwischen 2018 und 2022 nach einem starken Rückgang seit 2010 relativ stabil geblieben. Während Mädchen vor 2022 noch weniger häufig rauchten als Jungen, so hat sich dies 2022 umgedreht. 2022 konsumieren 7.3 % der Mädchen Zigaretten. Bei den Jungen sind es derweil 6.4 %. Mit dem Alter steigt die Prävalenz der zigarettenrauchenden Jugendlichen stark an (1.5 % mit 11 Jahren vs. 15.6 % mit 15 Jahren; Jahr: 2022).

Dies zeigt den Handlungsbedarf für den Jugendschutz mittels Regulierung, welche im Rahmen des Tabakproduktegesetzes vorgenommen wird.

Zigarettenkonsum

Anteil der 11- bis 15-Jährigen in %, der mindestens einmal in den letzten 30 Tagen Zigaretten geraucht hat

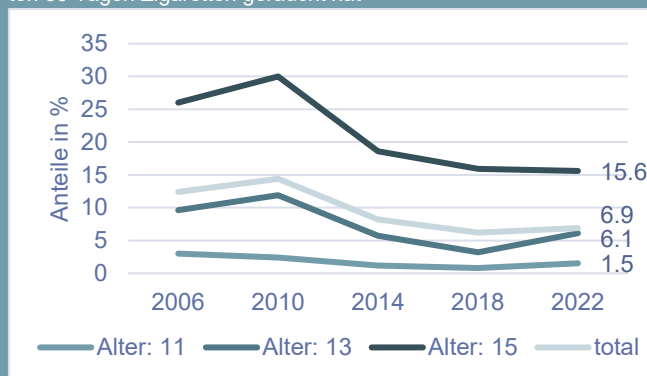


Abbildung 3.1.3: Zigarettenkonsum 11- bis 15-Jähriger. Quelle: www.MonAM.ch. Datenquelle: HBSC Schweiz.



3.2 Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum (Alter: 15+)

Der Anteil der Bevölkerung in der Schweiz, deren regelmässiger Alkoholkonsum ein mittleres bis hohes Gesundheitsrisiko darstellt, ist zwischen 2002 und 2022 von 6 % auf 4 % gesunken. Bei Männern ist der chronisch risikoreiche Alkoholkonsum¹ stärker zurückgegangen als bei Frauen, wobei Männer höhere Werte als Frauen aufweisen.

Ziel

Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren

Deutliche Unterschiede sowie Veränderungen über den ganzen Zeitraum sind in den Altersgruppen zu erkennen. Im Jahr 2002 stieg der chronisch risikoreiche Konsum in der ganzen Schweiz bis zum Pensionsalter stetig an und nahm danach wieder ab. Im Jahr 2022 zeigt dieses Verhalten ein Minimum bei den 35- bis 54-Jährigen und ist bei 15- bis 24- sowie 65- bis 74-Jährigen am höchsten.

Prävalenz des chronisch risikoreichen Alkoholkonsums

Anteil der Bevölkerung in % (mit mittlerem oder hohem Gesundheitsrisiko)

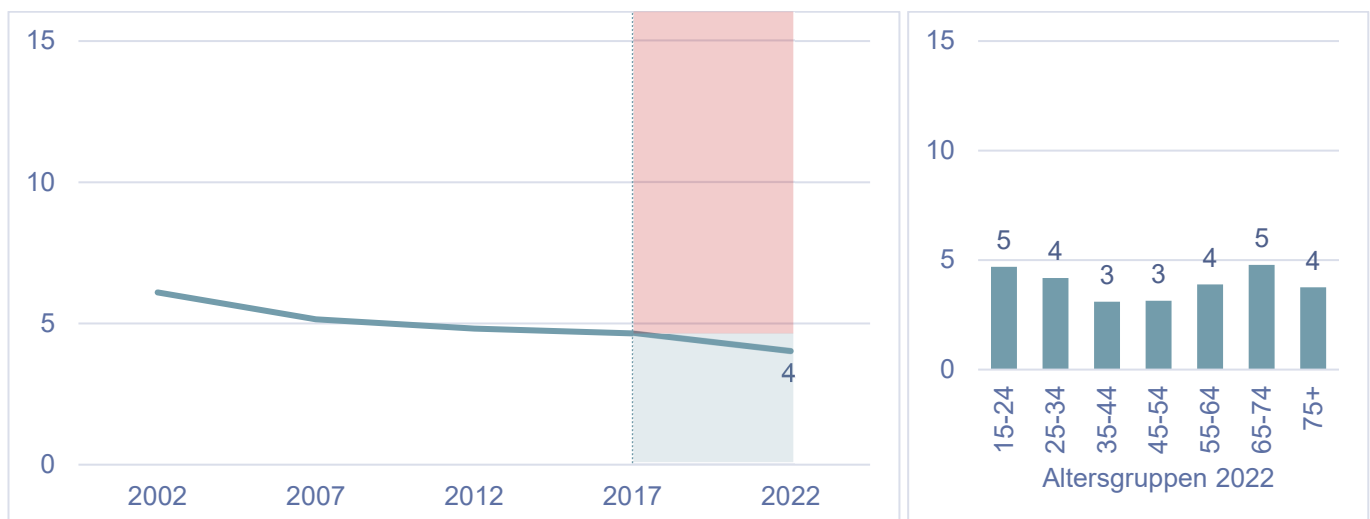


Abbildung 3.2.1: Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum. Quelle: www.MonAM.ch.

Bedeutung für Public Health

Der chronisch risikoreiche Alkoholkonsum ist gesundheitsschädlich. Er ist mitverantwortlich für verschiedene Erkrankungen, zum Beispiel koronare Herzkrankheiten, bestimmte Krebsarten, Leberzirrhose, Hirnblutungen, schwere Depressionen und Epilepsien. Daneben kann Alkoholkonsum auch Ursache für Verkehrsunfälle, Selbstmord oder Gewalttaten sein. Insgesamt wird das Mortalitätsrisiko signifikant erhöht. Ausserdem haben Alkoholprobleme nicht nur Auswirkungen auf die direkt Betroffenen, sondern auch auf deren soziales Umfeld. Der Indikator weist auf die Bedeutung des chronisch risikoreichen Alkoholkonsums in der Bevölkerung der Schweiz hin und zeigt auf, welche Gruppen besonders gefährdet sind. Er gibt Hintergrundinformationen für die Entwicklung und Durchführung von Präventionsprogrammen.

¹ Zusätzlich zum chronisch risikoreichen Alkoholkonsum zeigt ein anderer Indikator der Strategie Sucht die Prävalenz episodisch risikoreichen Alkoholkonsums (Rauschtrinken).



Prävalenz des chronisch risikoreichen Alkoholkonsums

Anteil der Bevölkerung 2022 in %



Abbildung 3.2.2: Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum. Quelle: www.MonAM.ch.

Einordnung

Der chronisch risikoreiche Alkoholkonsum ist in der Schweiz zurückgegangen. In der Zusammenschau mit weiteren Indikatoren bestätigt sich diese Entwicklung tendenziell, denn: Auch der episodisch risikoreiche Alkoholkonsum (Rauschtrinken) und der tägliche Alkoholkonsum sind seit 2017 in der Bevölkerung ab 15 Jahren rückläufig. Die Monats-Prävalenz des Rauschtrinkens ist bei Jugendlichen zwischen 2018 und 2022 zurückgegangen, obwohl deren Alkoholkonsum generell zwischen 2018 und 2022 stabil geblieben ist. Insgesamt blieb der Alkoholverkauf pro Kopf zwischen 2017 und 2022 stabil. Der generelle Rückgang im Alkoholkonsum ist positiv zu bewerten. So verringert sich das Risiko, an mit Alkohol in Verbindung stehenden NCD zu erkranken.

Die hohe Prävalenz täglichen Alkoholkonsums in höheren Altersbereichen sowie die Stabilität des Alkoholkonsums bei Jugendlichen bzw. der leichte Anstieg bei Mädchen verweisen auf die Wichtigkeit der Weiterentwicklung zielgerichteter präventiver Massnahmen, wie struktureller Regulierungen der Kantone (z.B. Werbeeinschränkungen, Verkaufseinschränkungen und Testkäufe). Ferner sind zielgerichtete und adäquate Suchthilfeangebote zentral, auch online wie etwa durch SafeZone.ch.

Definition

Dieser Indikator wird auf Basis der Daten zum durchschnittlichen Alkoholkonsum in Gramm pro Tag aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) berechnet. Er gibt den Anteil der 15-Jährigen und Älteren, in einem Privathaushalt lebenden Bevölkerung an, die einen durchschnittlichen täglichen Alkoholkonsum angibt, der ein mittleres (Frauen: 20 g bis 40 g reiner Alkohol, d.h. 2 bis 4 Standardgläser, Männer: 40 g bis 60 g, d.h. 4 bis 6 Standardgläser*) oder ein hohes Gesundheitsrisiko (Frauen: > 40 g, d.h. über 4 Standardgläser, Männer > 60 g, d.h. über 6 Standardgläser) darstellt. *1 Standardglas = 1 Glas Wein/Bier/Schnaps = 10 bis 12 g reiner Alkohol. Die präsentierten Resultate unterschätzen vermutlich den wahren Konsum.



3.3 Bewegungsverhalten (Alter: 15+)

In der Schweiz hat der Anteil der Bevölkerung, der sich gemäss den nationalen Empfehlungen ausreichend bewegt, von 2002 bis 2022 von 62 % auf 76 % zugenommen. Dieser Wert ist seit 2017 stabil. Bei den Frauen hat der Anteil seit 2002 stärker zugenommen, als bei den Männern.

Ziel

Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren

Der Anteil der Männer, der gemäss Bewegungsempfehlungen genügend aktiv ist, ist auch im Jahr 2022 signifikant höher als derjenige der Frauen, obwohl sich diese Differenz über den gesamten Zeitraum verringert hat. Zudem steigt der Anteil genügend aktiver Personen über beide Geschlechter mit zunehmendem Bildungsniveau an.

Prävalenz mindestens ausreichender körperlicher Bewegung

Anteil der Bevölkerung in %

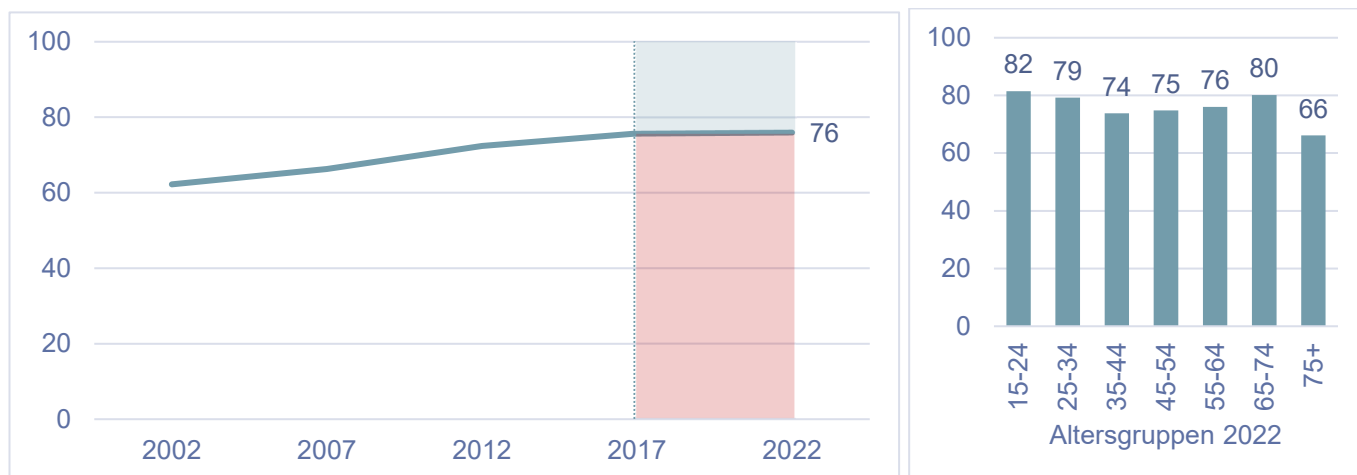


Abbildung 3.3.1: Bewegungsverhalten. Quelle: www.MonAM.ch.

Bedeutung für Public Health

Die Bedeutung von körperlicher Aktivität für die Gesundheit sowie für die Vorbeugung und Behandlung vieler chronischer Krankheiten ist gross und wurde in zahlreichen wissenschaftlichen Studien und klinischen Versuchen belegt. Sich genügend zu bewegen trägt zu einem guten körperlichen und geistigen Wohlbefinden bei und reduziert das Risiko, an einer NCD wie z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes Typ 2, muskuloskelettalen Erkrankungen, Krebs, Demenz und Depressionen zu erkranken. Körperliche Aktivität verbessert den Stoffwechsel, hilft Rückenschmerzen und Übergewicht vorzubeugen, verbessert den Schlaf und das Stressempfinden. Körperliche Aktivität hat nicht nur im Hinblick auf die Prävention, sondern auch aus therapeutischer Sicht positive Eigenschaften. Sie senkt nicht nur das Risiko, eine Krankheit zu entwickeln, sondern hat auch einen positiven Einfluss auf das Management und die Behandlung der Krankheit sowie auf die Entwicklung von Komorbiditäten. Wenn körperliche Aktivität in einer Pille enthalten sein könnte, wäre dies sicherlich eines der vorteilhaftesten und am häufigsten verschriebenen Medikamente.



Prävalenz mindestens ausreichender körperlicher Bewegung

Anteil der Bevölkerung 2022 in %

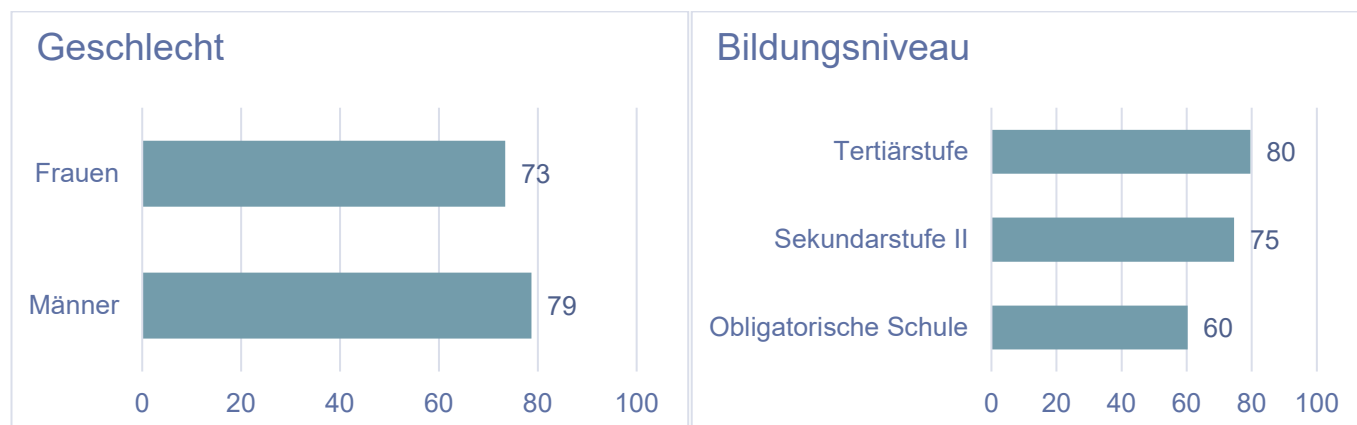


Abbildung 3.3.2: Bewegungsverhalten. Quelle: www.MonAM.ch.

Einordnung

Der Anteil an Personen, welcher sich gemäss Bewegungsempfehlungen genügend bewegt, ist von 2002 bis 2017 kontinuierlich gestiegen. Nun ist eine Abflachung des Trends zu beobachten. In der Erhebung Gesundheit und Lifestyle 2022 gaben 90 % der Befragten an, dass sie sich der Gesundheitsrelevanz von Bewegung bewusst sind. 86 % wissen, dass sie sich mindestens 150 Minuten pro Woche mit mittlerer Intensität oder mindestens 75 Minuten pro Woche mit hoher Intensität bewegen sollten. Das heisst: Es besteht eine Lücke zwischen Wissen und Tun. Hier bedarf es vor allem eines bewegungsfreundlichen Umfelds, das zum Aktivsein motiviert. Die Schaffung und Optimierung bewegungsförderlicher Rahmenbedingungen in Settings wie Arbeit und Schule sind dabei von Bedeutung. Insbesondere sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen können davon profitieren.

Aus der Erhebung Gesundheit und Lifestyle 2022 wird ausserdem ersichtlich, dass lediglich 59 % der Befragten die Bewegungsempfehlung für Kinder und Jugendliche kennen. Die SOPHYA-Studie zeigt, dass sich im Jahr 2020 knapp 10 % der Kinder und Jugendlichen nicht genügend bewegen. Das heisst, auch bei den Kindern und Jugendlichen besteht Handlungsbedarf. Hier können die Bewegungsempfehlungen noch vermehrt bei Eltern und Kindern bekannt gemacht werden und die Rahmenbedingungen für mehr Bewegung und Sport weiter verbessert werden – auch zugunsten der Chancengleichheit.

Definition

Dieser Indikator gibt den Anteil der 15-Jährigen und Älteren, in einem Privathaushalt lebenden Bevölkerung an, der körperlich mindestens unregelmässig aktiv (unregelmässig aktiv/regelmässig aktiv/trainiert) ist und damit eine Aktivität entsprechend der Bewegungsempfehlungen aufweist. Er basiert auf der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB). Eine genügende körperliche Aktivität gemäss den Empfehlungen weisen Personen auf, die mindestens unregelmässig aktiv sind. Bei einer intensiven körperlichen Aktivität kommt man ins Schwitzen (beispielsweise Rennen und Velofahren). Bei einer mässigen körperlichen Aktivität kommt man ausser Atem ohne unbedingt zu schwitzen (beispielsweise beim Laufen und Wandern).



3.4 Früchte- und Gemüsekonsum (Alter: 15+)

Im Jahr 2022 geben in der Schweiz 16 % der Bevölkerung an, fast täglich mindestens fünf Portionen Früchte und Gemüse zu konsumieren. Gegenüber 2017 (21,5 %) ist dies ein Rückgang um mehr als 25 %. Frauen konsumieren deutlich häufiger fünf oder mehr Portionen Früchte und Gemüse als Männer. Personen mit hohem Bildungsstand nehmen deutlich öfter die empfohlenen Portionen Früchte und Gemüse zu sich als Personen mit niedrigem Bildungsstand.

Ziel
Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren

Anteil an Personen, welche die Empfehlung «5 am Tag» an mindestens 5 Tagen die Woche befolgen

Anteil der Bevölkerung in %



Abbildung 3.4.1: Früchte- und Gemüsekonsum. Quelle: www.MonAM.ch.

Bedeutung für Public Health

Die Ernährung hat einen wichtigen Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf verschiedener Erkrankungen wie Herz-Kreislaufkrankheiten, Diabetes mellitus Typ 2 und einige Krebserkrankungen sowie Übergewicht und Adipositas. Das Ernährungsverhalten wird primär im Kindesalter geprägt, die gesundheitlichen Auswirkungen zeigen sich aber meist erst im Erwachsenenalter. Die Kampagne «5 am Tag» hat zum Ziel, den Konsum von Früchten und Gemüse zu fördern. Es sollen täglich fünf Portionen gegessen werden (zwei Portionen Früchte und drei Portionen Gemüse). Früchte und Gemüse sind wichtige Lieferanten von Vitaminen, Mineralstoffen, Nahrungsfasern und sekundären Pflanzenstoffen. Je abwechslungsreicher die Auswahl an verschiedenen Sorten, Farben und Zubereitungsarten (roh, gekocht) ist, desto besser wird der Körper mit gesunden Inhaltsstoffen versorgt.



Anteil an Personen, welche die Empfehlung «5 am Tag» an mindestens 5 Tagen die Woche befolgen

Anteil der Bevölkerung 2022 in %

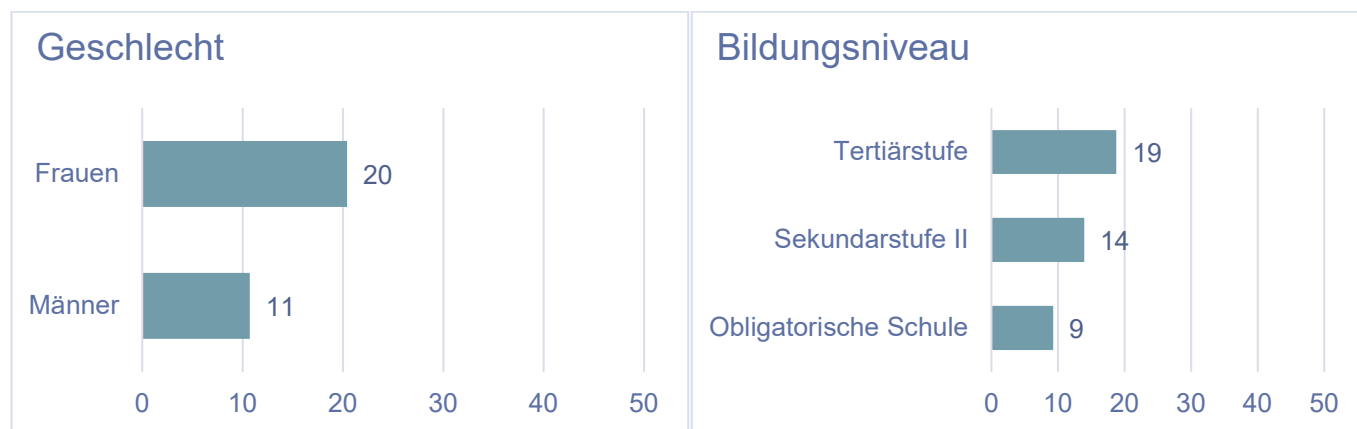


Abbildung 3.4.2: Früchte- und Gemüsekonsum. Quelle: www.MonAM.ch.

Einordnung

Seit 2017 ist ein deutlicher Rückgang bei der Häufigkeit 5x pro Tag Früchte und Gemüse zu konsumieren zu beobachten. Dabei essen Männer deutlich weniger davon als Frauen. Bei den Frauen ist die häufigste Verzehrhäufigkeit 3-4 Portionen pro Tag und bei den Männern 0-2 Portionen pro Tag. 71 % gaben an, auf bestimmte Aspekte ihrer Ernährung zu achten. Dieser Anteil hat im Vergleich zu 2017 (68 %) zugenommen.

Diese Zahlen, vor allem zur Häufigkeit «5x pro Tag», lassen jedoch nicht darauf schliessen, dass gesamthaft weniger Früchte und Gemüse konsumiert werden. Die von Agristat regelmässig erstellte Verbrauchsstatistik zeigt keinen Rückgang des Pro-Kopf-Verbrauchs von Früchten und Gemüse. Die Mengen haben sich seit 2018 kaum verändert: 2018 wurden 103.7 kg Gemüse pro Kopf verbraucht, 2021 waren es 104.3 kg. Bei Früchten lag der Verbrauch im Jahr 2018 bei 109.2 kg und 2021 bei 112.3 kg.

Definition

Dieser Indikator wurde auf Basis der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) berechnet. Er zeigt den Anteil der Bevölkerung ab 15 Jahren, die mindestens fünf Portionen Früchte oder Gemüse am Tag konsumieren, an mindestens fünf Tagen die Woche. Er zeigt auch die Verteilung der Anzahl täglich konsumierter Portionen Früchte und/oder Gemüse in der Bevölkerung. Empfohlen wird mindestens fünf Mal am Tag Früchte und Gemüse zu konsumieren.



3.5 Gesundheitskompetenz (Alter: 18+)

Im Jahr 2020 verfügen 51 % der Bevölkerung in der Schweiz über eine ausreichende oder ausgezeichnete generelle Gesundheitskompetenz (siehe Definition). Dieser Anteil ist bei der digitalen Gesundheitskompetenz (28 %) und Navigations-Gesundheitskompetenz (26 %) und den Selbstmanagement-Kompetenzen bei Vorliegen einer chronischen Erkrankung (34 %) deutlich geringer. Personen mit einer besseren sozialen Unterstützung, besseren Kenntnissen der Landessprache, ohne langandauernde Erkrankung oder ohne finanzielle Deprivation haben eher eine ausreichende oder ausgezeichnete Gesundheitskompetenz. Sowohl die Ergebnisse der Erhebung aus dem Jahr 2015 als auch von 2020 weisen darauf hin, dass viel Potenzial zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung besteht.

Ziel
Verbesserung der Gesundheitskompetenz

Verteilung der generellen Gesundheitskompetenz

Anteil der Bevölkerung 2020 in %

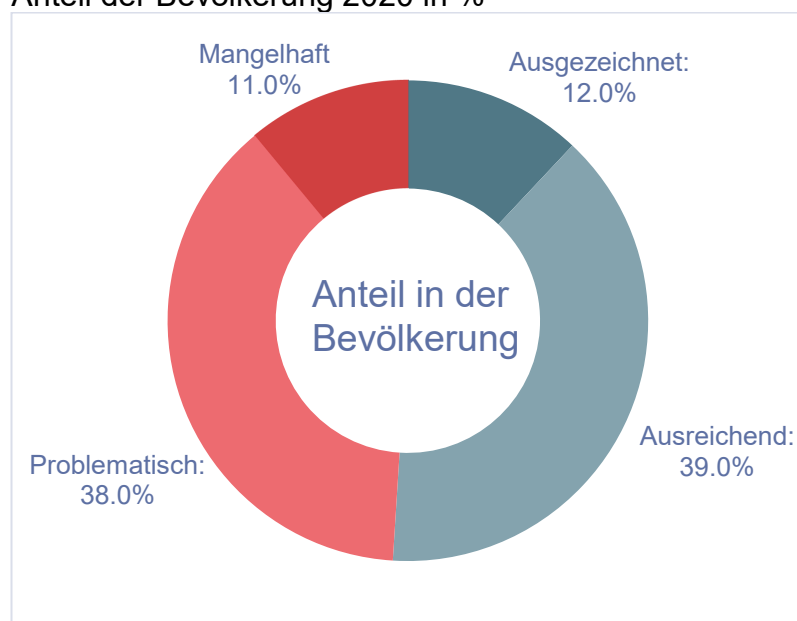


Abbildung 3.5.1: Gesundheitskompetenz. Quelle: www.MonAM.ch.

Bedeutung für Public Health

Eine geringe Gesundheitskompetenz geht häufig mit sozioökonomischen Benachteiligungen einher und kann zu einem ungesunden Lebensstil beitragen. Gesundheitskompetenz stellt somit eine Ressource dar, welche die gesundheitliche Chancengleichheit fördert und zum Funktionieren des Gesundheitssystems beiträgt. Darüber hinaus trägt Gesundheitskompetenz auch zu einer adäquateren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei. Diese Kompetenzen müssen somit gefördert werden. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz ist eines der Ziele der Strategie Gesundheit2030 des Bundesrates sowie der NCD-Strategie 2017-2024.



Verteilung der generellen Gesundheitskompetenz

Anteil der Bevölkerung mit ausgezeichneter oder ausreichender Gesundheitskompetenz 2020 in %

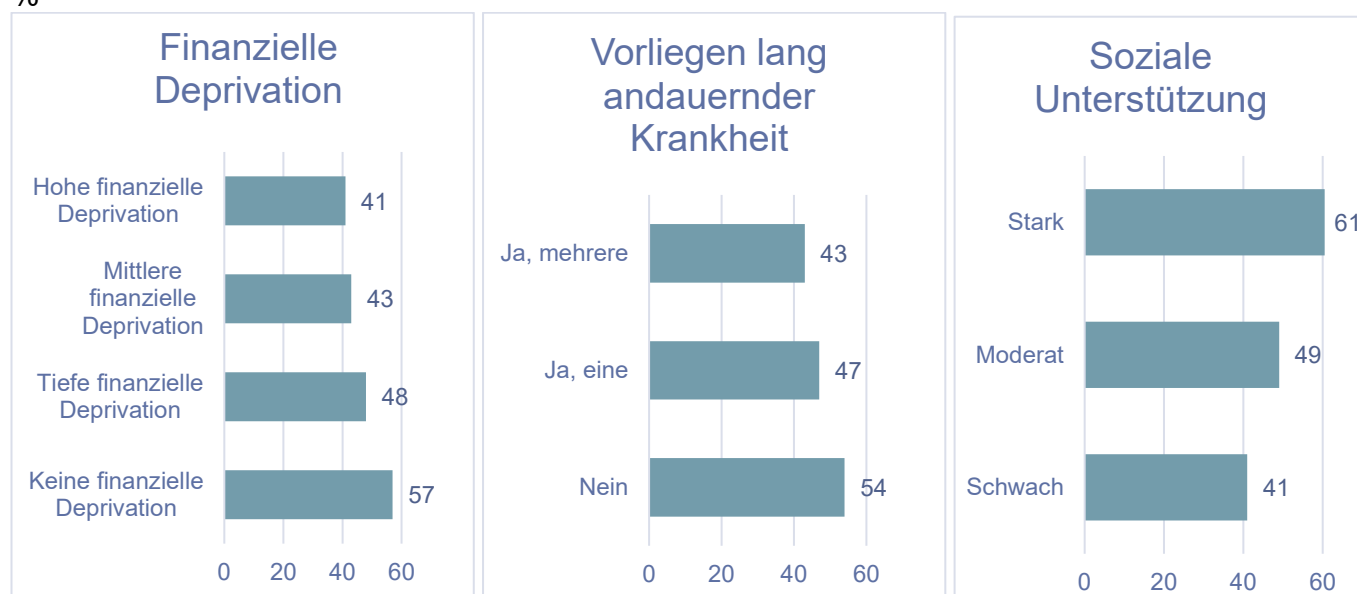


Abbildung 3.5.2: Gesundheitskompetenz. Quelle: www.MonAM.ch.

Einordnung

Vor allem bei der digitalen Gesundheitskompetenz, der Navigations-Gesundheitskompetenz und den Selbstmanagement-Kompetenzen besteht grosser Handlungsbedarf. Da nur die Hälfte der Befragten angibt, über ausreichende und ausgezeichnete generelle Gesundheitskompetenz zu verfügen, gibt es viel Raum für Verbesserungen. Vor dem Hintergrund eines grösser werdenden Abstands in der bildungsbezogenen gesundheitlichen Ungleichheit wird es immer notwendiger, die Gesundheitskompetenz zu stärken.

Definition

Der Indikator zeigt die generelle, digitale und Navigations-Gesundheitskompetenz in der Schweizer Bevölkerung sowie die Verteilung der ausreichenden oder ausgezeichneten Gesundheitskompetenz von Personen mit unterschiedlichen soziodemografischen Merkmalen. Unter Gesundheitskompetenz oder «Health Literacy» versteht man das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten einer Person, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden, um im Alltag Entscheidungen treffen zu können, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Die digitale Gesundheitskompetenz bezieht sich spezifisch auf diese Fähigkeiten im digitalen Raum. Mit Navigations-Gesundheitskompetenz werden die Fähigkeiten beschrieben, Informationen über das Gesundheitssystem und seine Organisationen und Dienste offline wie online zu finden, zu bewerten und anzuwenden, um für sich oder nahestehende Personen die bestmögliche Versorgung zu erhalten. Die Daten basieren auf dem «Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021» (HLS19-21-CH) von De Gani et al. (2021). Der Studie liegt eine repräsentative Stichprobe der Schweizer Bevölkerung zugrunde. Die Befragung wurde im März und April 2020 online und per Telefon bei 2502 Personen ab 18 Jahren durchgeführt. Die Gesundheitskompetenz wurde mithilfe des «European Health Literacy Survey Questionnaire» (HLS-EU-Q) erhoben (Sörensen et al., 2013). Für die Erhebung in der Schweiz wurde eine vom HLS19-Konsortium des WHO Action Network M-POHL (2021) angepasste Kurzversion verwendet (HLS-EU-Q12). Mit diesem Fragebogen wird ermittelt, welche Fähigkeiten und Herausforderungen die Bevölkerung bei der Verarbeitung von gesundheitsbezogenen Informationen hat. Es wird zwischen vier Schritten der Informationsverarbeitung (Informationen finden, verstehen, bewerten und anwenden) unterschieden, die auf drei Bereiche (Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Krankheitsbewältigung) angewendet wurden. In der Schweiz wurde bereits im Jahr 2015 eine Studie zur Gesundheitskompetenz durchgeführt. Aufgrund methodischer Unterschiede (Änderung der Antwortkategorien und teilweise eine andere Formulierung der Fragen) werden diese Ergebnisse im Indikator nicht gezeigt. Sie können aber in folgendem Bericht nachgelesen werden: [Bevölkerungsbefragung «Erhebung Gesundheitskompetenz 2015»](#) (Bieri 2016).



3.6 Ausgaben für GFuP nach Finanzierungsregime

Im Jahr 2021 gibt die Schweiz schätzungsweise 1,4 Mrd. Franken für Gesundheitsförderung und Prävention (GFuP) aus. Zwischen 2010 und 2021 entsprechen diese Ausgaben einem Anteil zwischen 1,2 % und 1,6 % an den Gesamtkosten des Gesundheitswesens (siehe [Ausgaben für GFuP nach Leistungen](#)). Kantone und Gemeinden geben im Jahr 2020 im Schnitt 6,2 % ihrer Gesundheitsausgaben für GFuP aus, wobei die Unterschiede zwischen den Kantonen beträchtlich sind. Seit 2017 (5,1 %) war dieser Wert relativ stabil. Aufgrund der COVID-19-Pandemie stieg der Anteil im Jahr 2020 leicht an. Bund, Kantone und Gemeinden tragen zusammen im Jahr 2021 44,5 % der Ausgaben für GFuP.

Ziel
Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen

Ausgaben der Kantone und Gemeinden für Gesundheitsförderung und Prävention

Anteil an ihren Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen in %

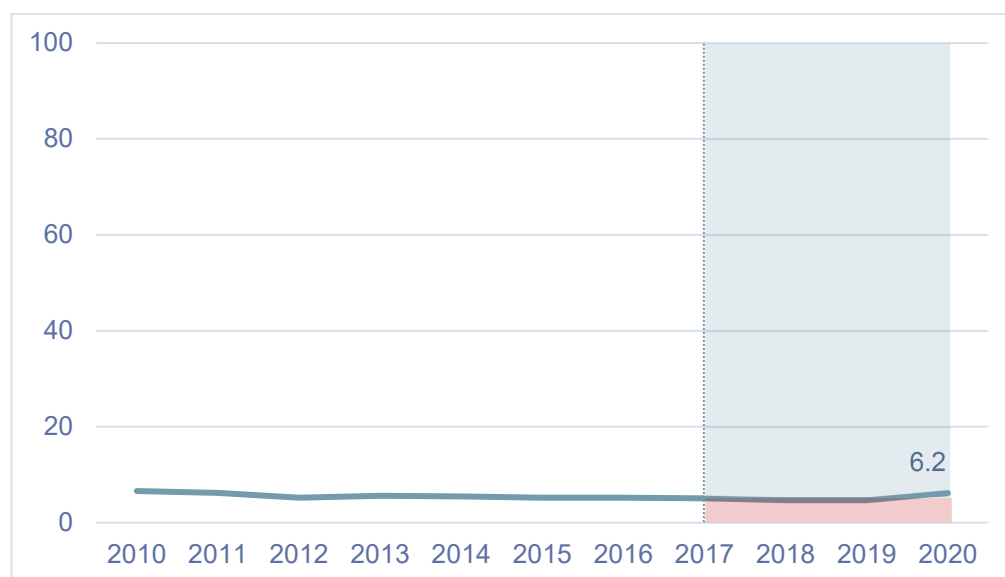


Abbildung 3.6.1: Ausgaben für GFuP nach Finanzierungsregime. Quelle: www.MonAM.ch.

Bedeutung für Public Health

Gesund älter werden ist ein wichtiges Ziel der bundesrätlichen Strategie Gesundheit2030. Menschen aller Altersgruppen sollen günstige Bedingungen antreffen, die ihnen ein gesundes Leben ermöglichen. Damit soll auch der ungünstigen Kostenentwicklung im Gesundheitssystem entgegengesteuert werden. Massnahmen im Bereich der GFuP leisten einen wichtigen Beitrag, um diesen Zielen näherzukommen. Studien zeigen, dass sich Investitionen in GFuP lohnen, denn jeder in GFuP investierte Franken spart ein Vielfaches an Kosten ein (Wieser et al., 2010; Bertram et al., 2018).



Ausgaben der Kantone und Gemeinden für Gesundheitsförderung und Prävention

Anteile an ihren Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen 2020 in %

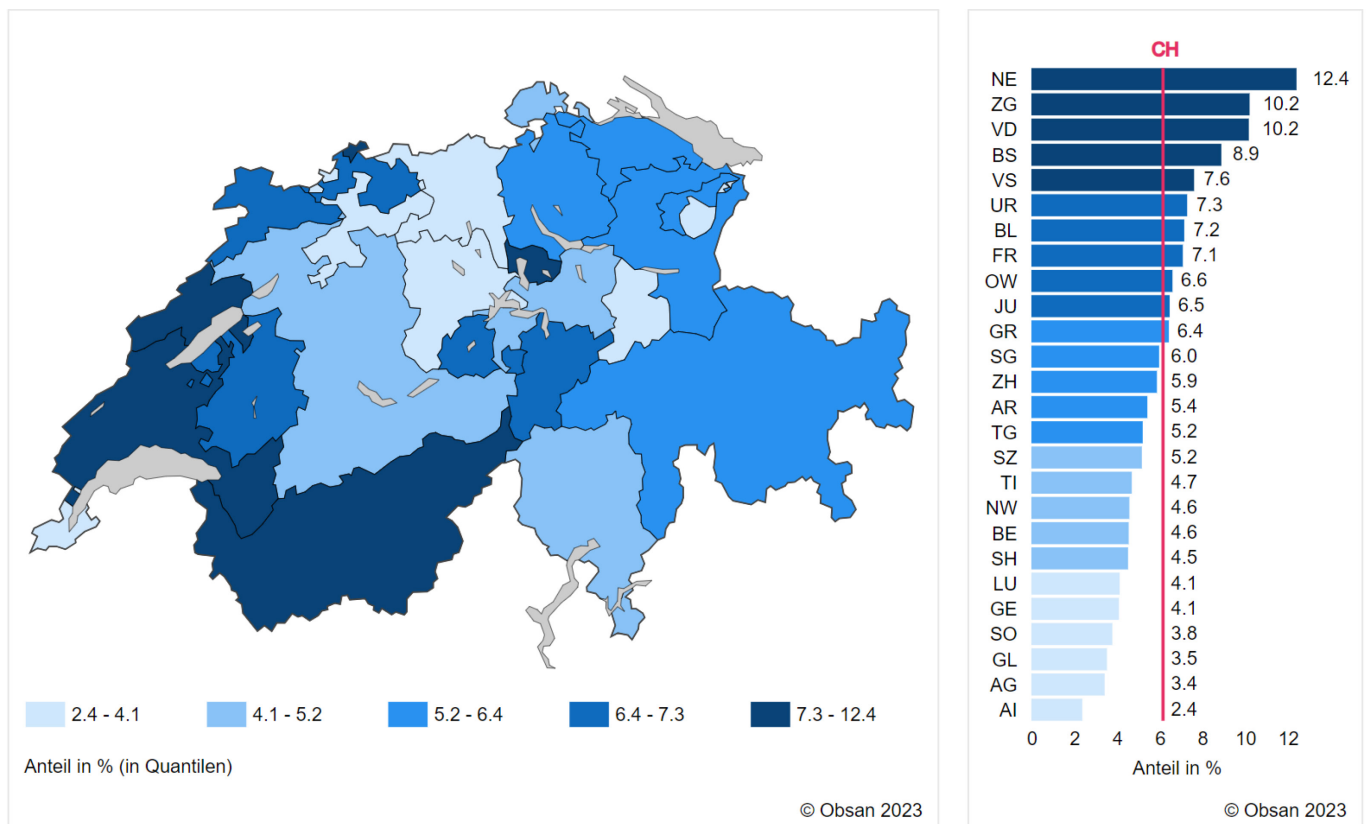


Abbildung 3.6.2: Ausgaben für GFuP nach Finanzierungsregime. Quelle: www.MonAM.ch.

Einordnung

Der starke Anstieg der Kosten des Gesundheitswesens in den letzten Jahrzehnten verweist auf die Wichtigkeit, Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich NCD, Sucht und psychische Gesundheit künftig eine höhere Bedeutung beizumessen. Denn: 80 % der Gesundheitskosten in der Schweiz werden durch NCD verursacht. Die direkten und indirekten volkswirtschaftlichen Kosten von NCD belaufen sich auf über 74 Mrd. Franken (siehe [Volkswirtschaftliche Kosten von NCD](#)). Dem gegenüber steht mit 1.6 % ein sehr geringer Anteil an Ausgaben für GFuP insgesamt (siehe [Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention nach Leistungen](#)). Die Ausgaben der Gemeinden und Kantone für GFuP sind zwar deutlich höher, fallen mit um die 5 % jedoch relativ gering aus.

Definition

Dieser Indikator zeigt den Anteil der Ausgaben für GFuP am Total der Gesundheitsausgaben in der Schweiz aus der Perspektive der Finanzierungsregime und die GFuP-Ausgaben der Kantone und Gemeinden als Anteil der Gesamtausgaben eines Kantons und seiner Gemeinden für das Gesundheitswesen. Der Indikator wird auf Basis der Statistik «Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens» des Bundesamtes für Statistik (BFS) berechnet. Für diesen Indikator werden die Geldströme des Bereichs «Prävention» ausgewertet, der nachfolgende Kategorien umfasst: Aufklärung der Bevölkerung und Zielgruppen, Impfprogramme, Unfälle und Verletzungen, Sucht, Psychische Gesundheit und Schulgesundheit, Lebensmittelsicherheit, Andere Prävention. Seit 2023 orientiert sich die Statistik an der Methodik von Systems of Health Accounts. Das Angebot an GFuP ist in der Schweiz sehr vielfältig. Allerdings gibt es keine einheitliche Definition darüber, was unter Gesundheitsförderung oder Prävention abzurechnen ist. Zudem erfolgt die Finanzierung der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz autonom in den 26 Kantonen. All dies erschwert eine einheitliche Zuordnung der Daten zur GFuP. Die Ausgaben können deshalb nur näherungsweise geschätzt werden und damit auch die Unterschiede zwischen den Kantonen teilweise erklären.



3.7 Unterlassen von Arztbesuchen aufgrund materieller Entbehrungen (Alter: 16+)

Im Jahr 2021 nehmen 2.8 % der Schweizer Bevölkerung eine notwendige Gesundheitsdienstleistung aus finanziellen Gründen nicht in Anspruch. Dieser Wert ist damit seit 2017 leicht rückläufig.

Ziel
Verbesserung der Chancengleichheit beim Zugang zu Gesundheitsförderung und Prävention

Personen, die eine notwendige Gesundheitsleistung aus finanziellen Gründen entbehren

Anteil der Bevölkerung in %

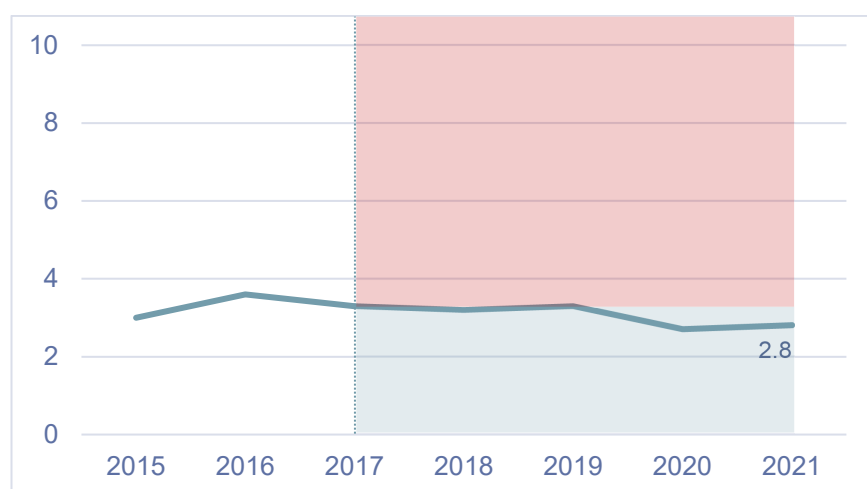


Abbildung 3.7.1: Unterlassen von Arztbesuchen aufgrund materieller Entbehrungen. Quelle: www.MonAM.ch.

Bedeutung für Public Health

Alle Bevölkerungsgruppen sollen die gleichen Chancen auf eine gute Gesundheitsversorgung und auf eine hohe Lebenserwartung haben. Benachteiligte Bevölkerungsgruppen nehmen notwendige Versorgungsleistungen oft nicht genügend oder nicht zielgerecht in Anspruch. Der bezahlbare Zugang zu den Leistungen des Gesundheitssystems für Kranke, Behinderte und sozial schwächer Gestellte ist deshalb ein Ziel des Bundesamtes für Gesundheit. Dieser Indikator dient als Grundlage, entsprechende Massnahmen zu planen.

Einordnung

Aus Sicht des Ziels der Verbesserung der Chancengleichheit beim Zugang zu GFuP ist der leichte Rückgang des Anteils der Bevölkerung, die eine notwendige Gesundheitsleistung aus finanziellen Gründen entbehrt, positiv zu bewerten. Dies obwohl die sozio-ökonomische Ungleichheit im allgemeinen Gesundheitszustand leicht zunimmt. Denn: Die Gesundheit von Personen mit höherem sozio-ökonomischen Status verbessert sich stärker als jene von Personen mit niedrigerem sozio-ökonomischen Status.

Definition

Der Indikator zeigt den Anteil der Bevölkerung, der eine medizinische oder zahnärztliche Gesundheitsleistung aus finanziellen Gründen entbehren musste, obwohl sie nötig gewesen wäre. Er basiert auf den Daten der Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC) des Bundesamtes für Statistik (BFS).



3.8 Übergewicht und Adipositas (Alter: 15+)

Seit 1992 hat der Anteil adipöser und übergewichtiger Personen in der Schweiz wesentlich zugenommen. Der Trend hat sich jedoch seit 2012 stabilisiert. Der Anteil stieg von 30 % (1992) auf 41 % (2012) und nun auf 43 % (2022). Diese Zunahme lässt sich sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern beobachten. Bedeutend mehr Männer (52 %) als Frauen (32 %) sind übergewichtig oder adipös. Der Anteil übergewichtiger und adipöser Personen steigt bis zu einem Alter von 74 Jahren stark an. Personen mit einem Bildungsniveau auf Tertiärstufe sind weniger häufig übergewichtig und adipös als Personen mit einem Bildungsniveau auf Sekundarstufe II oder mit obligatorischem Schulabschluss.

Ziel

Verringerung des Anteils der Bevölkerung mit erhöhtem Risiko, an NCD zu erkranken

Anteil übergewichtiger und adipöser Personen

Anteil der Bevölkerung in %

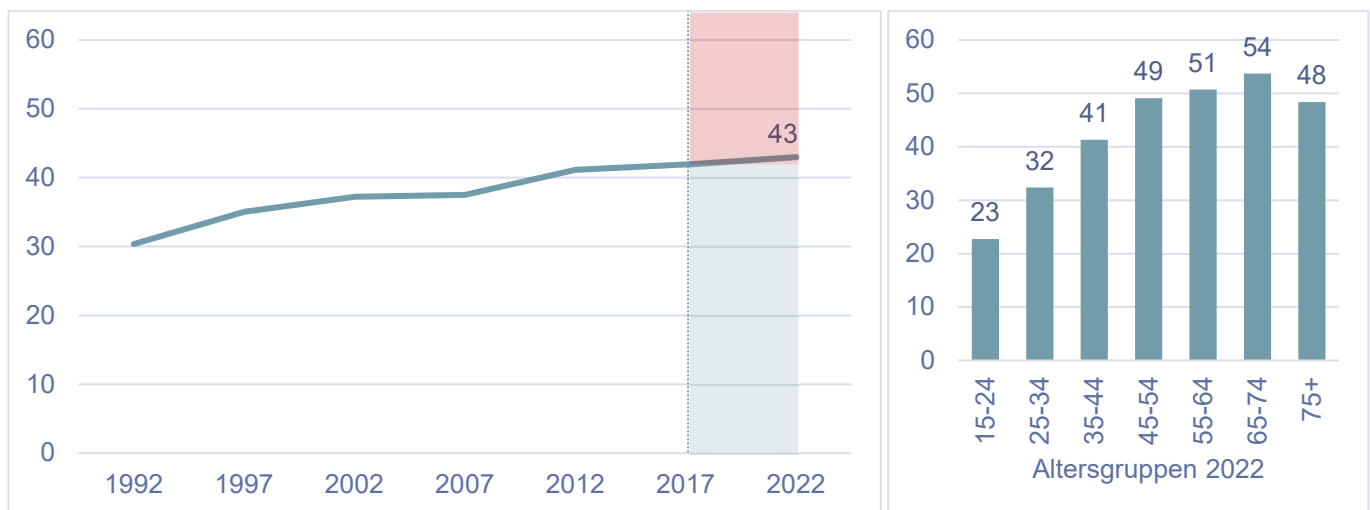


Abbildung 3.8.1: Übergewicht und Adipositas. Quelle: www.MonAM.ch.

Bedeutung für Public Health

Übergewicht und vor allem Adipositas (starkes Übergewicht) zählen zu den Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten wie Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes Mellitus Typ 2, einige Krebsformen und muskuloskelettale Erkrankungen. Auch besteht die Assoziation mit psychischer Gesundheit und Lebensqualität. Einem gesunden Lebensstil mit ausgewogener Ernährung und ausreichend Bewegung kommt eine wichtige Bedeutung zu, wobei auch weitere Faktoren wie Stress, Schlafmangel, Alkohol, Medikamentenkonsum, Hormonhaushalt, Mikrobiom und Genetik bei der Entstehung von Übergewicht und Adipositas eine Rolle spielen. Der Indikator erlaubt, den BMI als Mass für Übergewicht und Adipositas zu beobachten und Präventionsmassnahmen zu planen und zu evaluieren.



Anteil übergewichtiger und adipöser Personen

Anteil der Bevölkerung 2022 in %

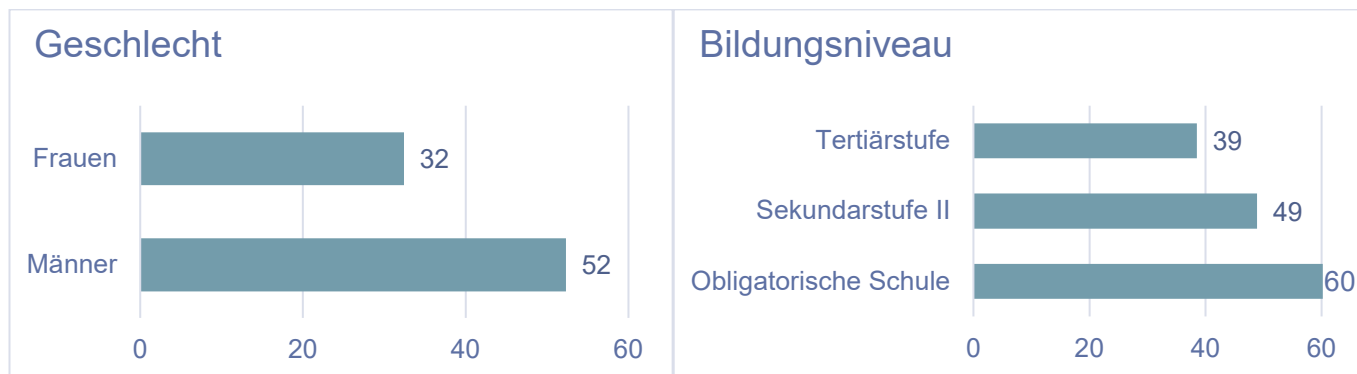


Abbildung 3.8.2: Übergewicht und Adipositas. Quelle: www.MonAM.ch.

Einordnung

Erfreulich ist, dass sich der Trend von Übergewicht und Adipositas seit 2012 stabilisiert hat, jedoch auf einem hohen Niveau. Übergewicht und Adipositas werden von zahlreichen Faktoren verursacht. Zu beachten ist, dass bei Bluthochdruck, Diabetes und erhöhtem Cholesterinspiegel eine starke Zunahme der Prävalenz seit 2017 zu beobachten ist. Diese sind wesentlich durch Übergewicht und Adipositas beeinflusst. Die Entwicklung der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas stellt zwar eine Stabilisierung dar, aber die Betroffenheit der Bevölkerung mit 43 % ist weiterhin hoch. Somit ist auch der Einfluss auf Folgeerkrankungen wie Diabetes und Bluthochdruck hoch. Adipositas ist gleichzeitig ein Risikofaktor für viele Krankheiten und gilt selbst als eigenständige Erkrankung mit einer hohen Prävalenz von 12 %. In der Erhebung Gesundheit und Lifestyle 2022 gaben 95 % an zu wissen, dass Ernährung und Bewegung Faktoren für das Übergewicht sind. Weitere Präventionsmassnahmen in diesen Bereichen könnten von Nutzen sein.

Definition

Dieser Indikator wurde auf Basis der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung berechnet. Er zeigt den Anteil der 15-jährigen und älteren, in einem Privathaushalt lebenden übergewichtigen und adipösen Bevölkerung, eingeteilt anhand des Body-Mass-Index (BMI). Den Body-Mass-Index berechnet man, indem das Körpergewicht (in Kilogramm) durch das Quadrat der Körpergrösse (in Metern) dividiert wird. Die hier dargestellten Daten beruhen auf Selbstangaben der Befragten. Für die Einteilung der Personen in die vier verschiedenen BMI-Gruppen wurde der Index BMI4 verwendet. Für Personen ab 18 Jahren werden die folgenden Standardwerte der WHO verwendet: Untergewicht: $BMI < 18.5$, Normalgewicht: $18.5 \leq BMI < 25$, Übergewicht: $25 \leq BMI < 30$, Adipositas (stark übergewichtig): $BMI \geq 30$. Für Jugendliche im Alter zwischen 15 und 17 Jahren liegt die Werteeinteilung gemäss Cole et al. (2000) zugrunde.

Verwandter Indikator: Gewichtsstatus (Alter: 11-15)

Gemessen am Body-Mass-Index (BMI) lag der Anteil der leicht übergewichtigen (11,0 %) oder adipösen (2,0 %) Jugendlichen im Alter zwischen 11 und 15 Jahren in der Schweiz im Jahr 2022 bei 13,0 %. Etwas mehr (13,8 %) waren von leichtem (10,6 %) oder starkem (3,2 %) Untergewicht betroffen. Während Jungen häufiger von Übergewicht betroffen sind als Mädchen, sind Mädchen häufiger untergewichtig als Jungen. Mit höherem Alter nimmt der Anteil übergewichtiger Jugendlicher zu, derjenige untergewichtiger ab.

Seit 1990 ist nahezu eine Verdoppelung des Anteils übergewichtiger Jugendlicher zu beobachten. Der Anteil untergewichtiger Jugendlicher blieb in dieser Zeit relativ konstant.

Gewichtsstatus

Anteil der 11- bis 15-Jährigen in %

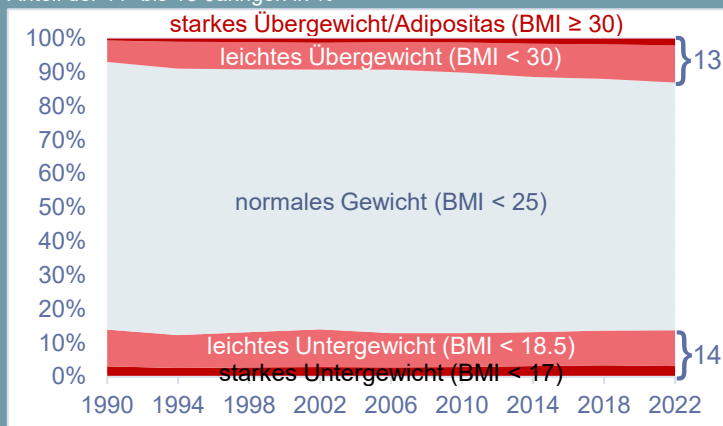


Abbildung 3.8.3: Übergewicht und Adipositas (Alter: 11-15). Datenquelle: HBSC Schweiz. Zahlen 1998 sind interpoliert.



3.9 Gesundheitszustand (Alter: 15+)

In der Schweiz ist in den Jahren 1992 bis 2022 der Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut bezeichnen, weitgehend konstant geblieben. Er bewegt sich in dieser Zeitperiode zwischen 83 % und 87 %. 2022 liegt der Anteil bei den Männern bei 86 %, derjenige der Frauen bei 84 %. 68 % der Bevölkerung mit maximal obligatorischer Schulbildung beurteilen 2022 ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut. Bei Personen mit höherer Schulbildung ist diese Beurteilung signifikant höher.

Ziel

Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Verringerung der Pflegebedürftigkeit

Anteil Personen, die ihre Gesundheit als gut oder sehr gut einschätzen

Anteil der Bevölkerung in %

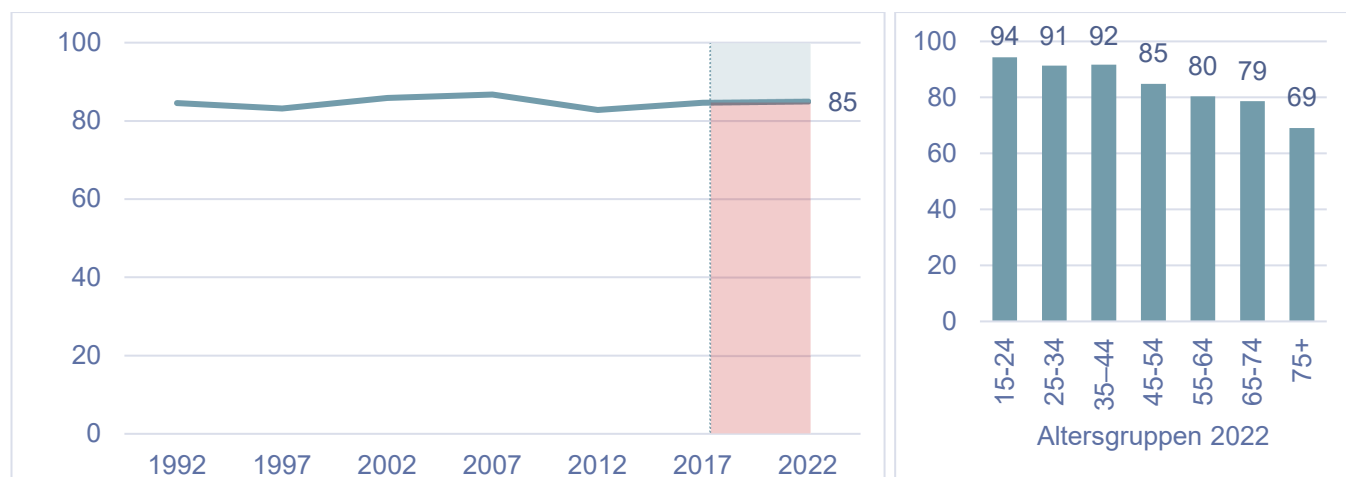


Abbildung 3.9.1: Gesundheitszustand. Quelle: www.MonAM.ch.

Bedeutung für Public Health

Dieser Indikator zeigt, wie gesund sich jemand fühlt. Es wird häufig vom selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand gesprochen. Obwohl es sich um eine subjektive Angabe handelt, steht er in starkem Zusammenhang mit verschiedenen messbaren Werten zu Morbidität (Krankheitsgeschehen), Sterblichkeit und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und entsprechenden Prognosen.

Der Indikator gibt einen allgemeinen Überblick über die Gesundheit der Bevölkerung. Zudem weist dieser Indikator auf mögliche vulnerable Gruppen in Bezug auf die Gesundheit hin.



Anteil Personen, die ihre Gesundheit als gut oder sehr gut einschätzen

Anteil der Bevölkerung 2022 in %

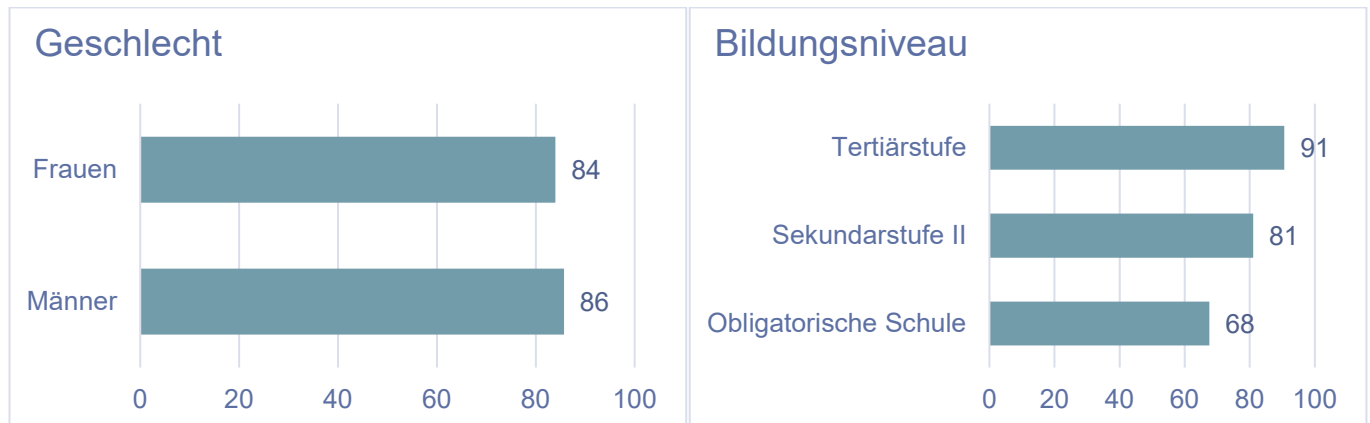


Abbildung 3.9.2: Gesundheitszustand. Quelle: www.MonAM.ch.

Einordnung

Der Anteil der Bevölkerung mit mindestens gutem allgemeinen Gesundheitszustand ist in den letzten 30 Jahren stabil hoch. Die Schweiz belegt damit in Europa seit 2013 den ersten Rang (siehe eurostat). Wie jedoch die bildungsbezogenen Unterschiede zeigen, besteht bei Personen mit niedrigem Bildungsniveau weiteres Verbesserungspotenzial bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Definition

Dieser Indikator basiert auf der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB). Er zeigt den Anteil der Personen nach ihrer Antwort auf folgende Frage: «Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen? Ist er sehr gut/gut/mittelmässig/schlecht/sehr schlecht/weiss nicht/keine Antwort?» Es ist anzumerken, dass die Antwortkategorien und auch die Formulierung der gestellten Fragen sich über die Zeit leicht geändert haben.



3.10 Krebs-Inzidenz (Alter: 15+)

Von 2016 bis 2020 sind in der Schweiz durchschnittlich rund 45'600 Personen pro Jahr neu an Krebs erkrankt, das sind 377 Personen pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Männer sind über den ganzen Zeitraum etwas häufiger neu an Krebs erkrankt als Frauen. Bei den Männern ist Prostatakrebs am häufigsten, gefolgt von Bronchien-, Lungen- und Luftröhrenkrebs sowie Dickdarmkrebs. Bei den Frauen ist es Brustkrebs, ebenfalls gefolgt von Bronchien-, Lungen- und Luftröhrenkrebs sowie Dickdarmkrebs. Über alle Krebserkrankungen betrachtet, gab es im Vergleich zu 2011-2015 keine Veränderung. Ein Anstieg bei beiden Geschlechtern ist jedoch seit 2011 beim Melanom (schwarzer Hautkrebs) zu sehen.

Ziel
Dämpfung des durch NCD bedingten Anstiegs der Krankheitslast

Neuerkrankungen an Krebs

Anzahl Neuerkrankungen pro 100'000 Einwohner/innen

Alle Krebserkrankungen

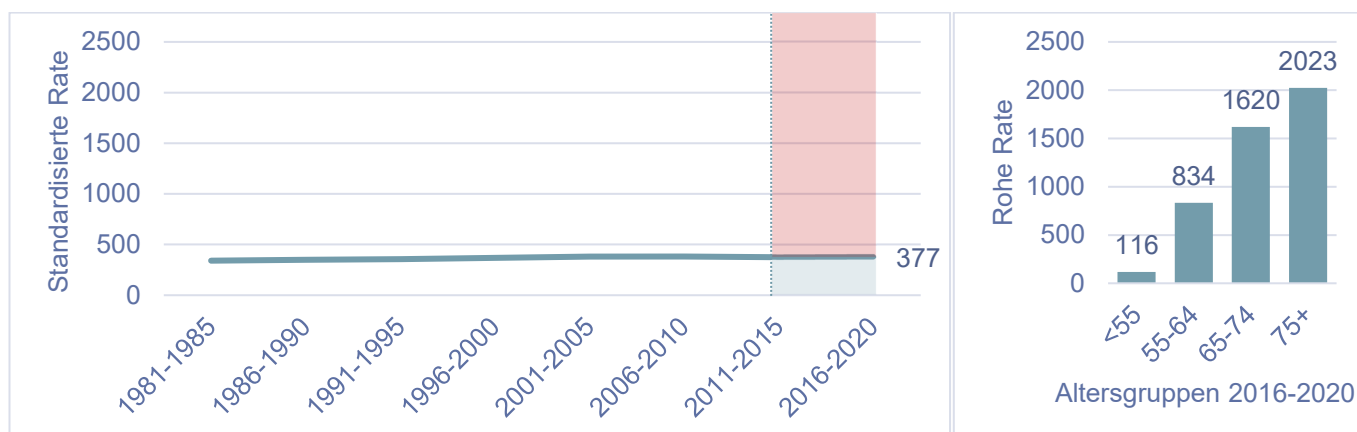


Abbildung 3.10.1: Krebs-Inzidenz. Quelle: www.MonAM.ch.

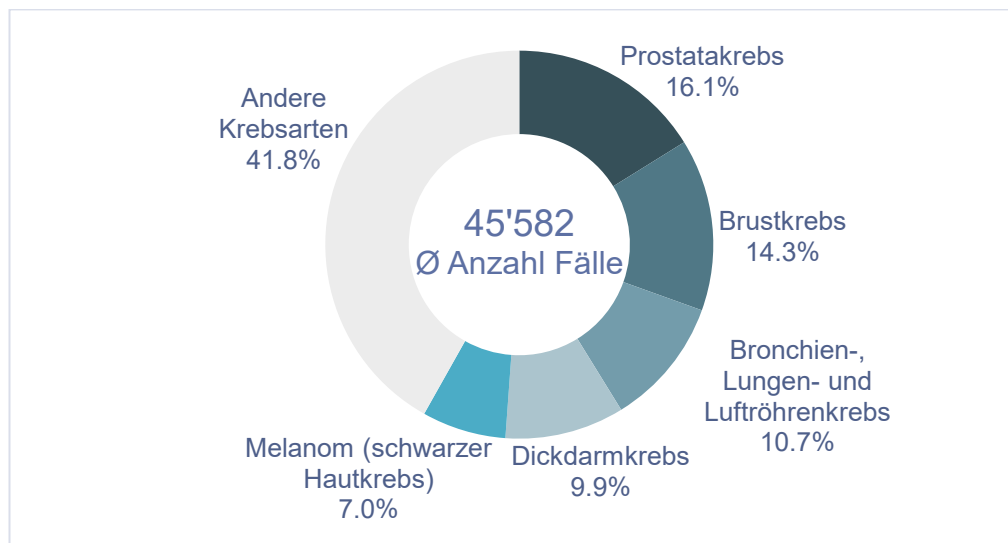
Bedeutung für Public Health

Krebs stellt neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigste Todesursache in der Schweiz dar (BFS). Krebserkrankungen sind ausserdem für die meisten verlorenen potenziellen Lebensjahre in der Schweiz verantwortlich. Mit der demografischen Alterung der Bevölkerung in der Schweiz werden Krebserkrankungen zukünftig ein noch wichtigeres Thema werden, denn für die meisten Krebsarten steigt das Erkrankungsrisiko mit dem Lebensalter an. Zu den häufigsten Krebsarten gehören Brustkrebs, Prostatakrebs, Dickdarmkrebs, Melanome (schwarzer Hautkrebs) und Bronchien-, Lungen- und Luftröhrenkrebs. Ein bedeutender Risikofaktor für Melanome ist die ultraviolette Strahlung der Sonne oder von Lampen, zum Beispiel im Solarium. Bei den anderen vier Krebsarten spielen die Risikofaktoren Ernährung, Bewegung, Übergewicht und Adipositas, Alkohol und Tabak langfristig eine wichtige Rolle. So kann etwa Rauchen über Jahrzehnte hinweg Lungenkrebs verursachen.



Verteilung auf die Krebsarten

Anteil an den Neuerkrankungen 2016-2020 in %



Anzahl Neuerkrankungen pro 100'000 Einwohner/innen (Standardisierte Rate)

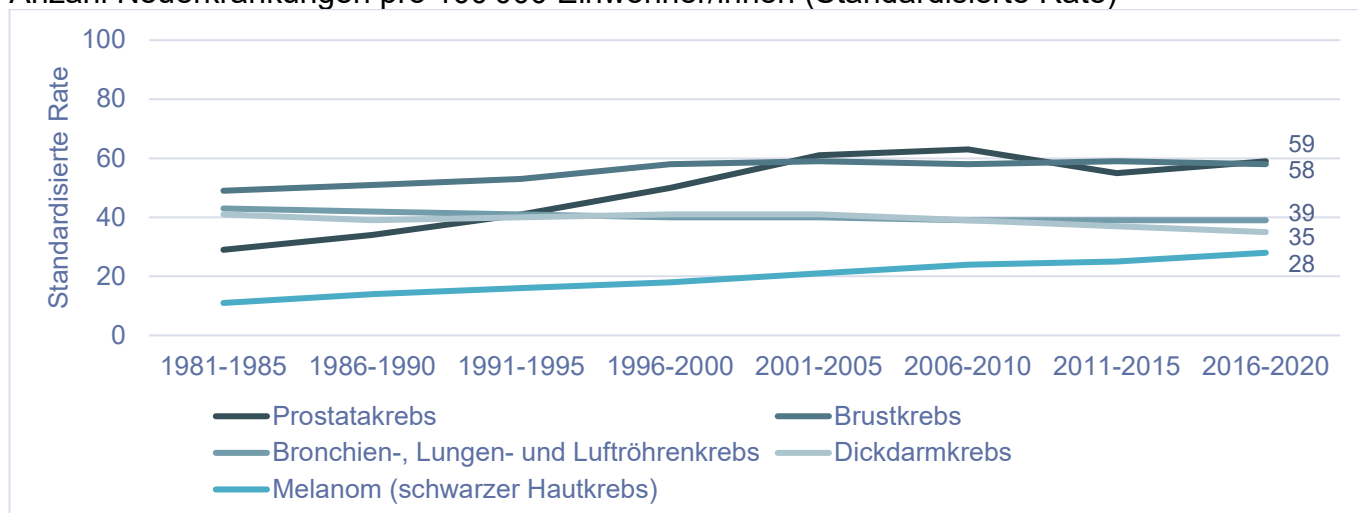


Abbildung 3.10.2: Krebs-Inzidenz. Quelle: www.MonAM.ch.

Einordnung

Die Krebsneuerkrankungen haben sich bis auf den schwarzen Hautkrebs (Zunahme) seit 2011 nicht wesentlich verändert. In der Zusammenschau mit der Prävalenz anderer wichtiger NCD zeigt sich seit 2012 ein Anstieg des Anteils der Bevölkerung, der von mindestens einer NCD betroffen ist (siehe z.B. [Prävalenz NCD](#)). Ebenso stieg in diesem Zeitraum der Anteil an Personen, der an mindestens zwei verschiedenen NCD erkrankt ist (siehe z.B. [Multimorbidität NCD](#)). Insgesamt sind die Entwicklungen im Sinne des Ziels «Dämpfung des durch NCD bedingten Anstiegs der Krankheitslast» als negativ einzuordnen. Mit der fortschreitenden demografischen Alterung der Bevölkerung kann davon ausgegangen werden, dass die Krankheitslast durch NCD weiter zunimmt. GFuP können wertvolle Beiträge leisten, diesen erwarteten Anstieg langfristig zu bremsen.

Definition

Die Schweizer Krebsdaten werden von der Stiftung NICER (Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung) und den Krebsregistern in den Kantonen zur Verfügung gestellt. Dieser Indikator zeigt als Rate die Anzahl Neuerkrankungen an Krebs pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohnern pro Jahr (genauer: den jährlichen Durchschnitt über jeweils fünf Jahre) sowie die Verteilung der Krebsarten in Prozent. In der Epidemiologie wird für die Anzahl an Neuerkrankungen, die innerhalb einer festgelegten Bevölkerungsgruppe in einem bestimmten Zeitraum auftreten, der Begriff Inzidenz verwendet. Die Krebstypen wurden anhand ihrer ICD-10-Codes bestimmt. Die dargestellten Inzidenzraten müssen mit Vorsicht interpretiert werden. Mit dem Krebsregistrierungsgesetz vom 18. März 2016 wurde eine gesamtschweizerisch vereinheitlichte Krebsregistrierung geschaffen, was die Vergleichbarkeit der Daten zur Krebsbelastung in allen Kantonen weiter verbessert.



3.11 Kosten des Gesundheitswesens

Im Jahr 2021 betragen die Gesundheitskosten in der Schweiz 86,3 Milliarden Franken. Dies sind knapp 10'000 Franken pro Einwohnerin und Einwohner, was einem teuerungsbereinigten Anstieg um mehr als 50 % seit dem Jahr 2000 entspricht. Seit 2017 beträgt der Anstieg knapp 11 %. Der Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) liegt bei knapp 12 %.

Ziel
Dämpfung der durch NCD bedingten Kostensteigerung

Im Jahr 2021 werden knapp die Hälfte der Gesundheitskosten für Krankenhäuser und sozialmedizinische Institutionen (zur stationären Behandlung oder Betreuung bzw. zur Rehabilitation) ausgegeben.

Kosten des Gesundheitswesens

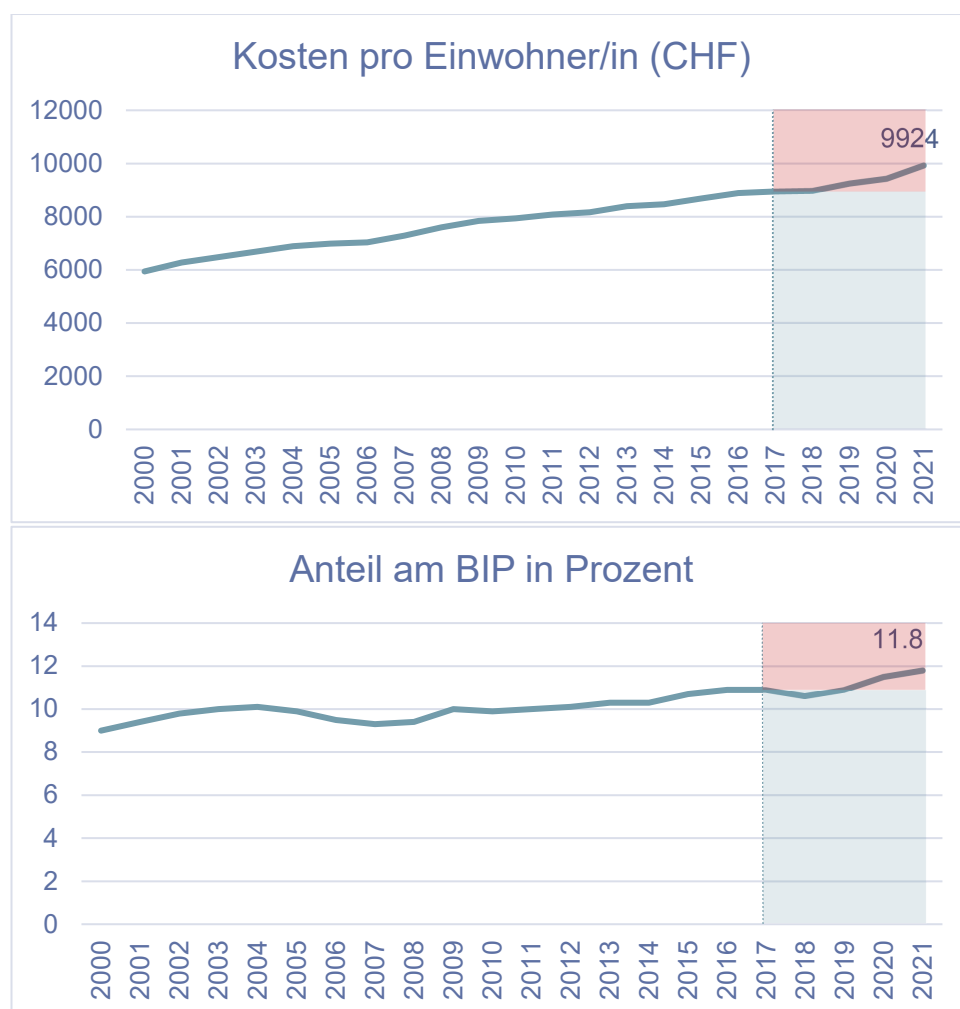


Abbildung 3.11.1: Kosten des Gesundheitswesens. Quelle: www.MonAM.ch.

Bedeutung für Public Health

Die Dämpfung der Gesundheitskosten ist ein wichtiges Ziel der bundesrätlichen Strategie Gesundheit2030 wie auch der NCD-Strategie. Das Gesundheitssystem soll für alle bezahlbar und zugänglich bleiben. Der vorliegende Indikator gewährt einen Einblick in die Kostenentwicklung des Gesundheitswesens in der Schweiz.



Anteile der Leistungserbringer an den Kosten des Gesundheitswesens 2021 in %

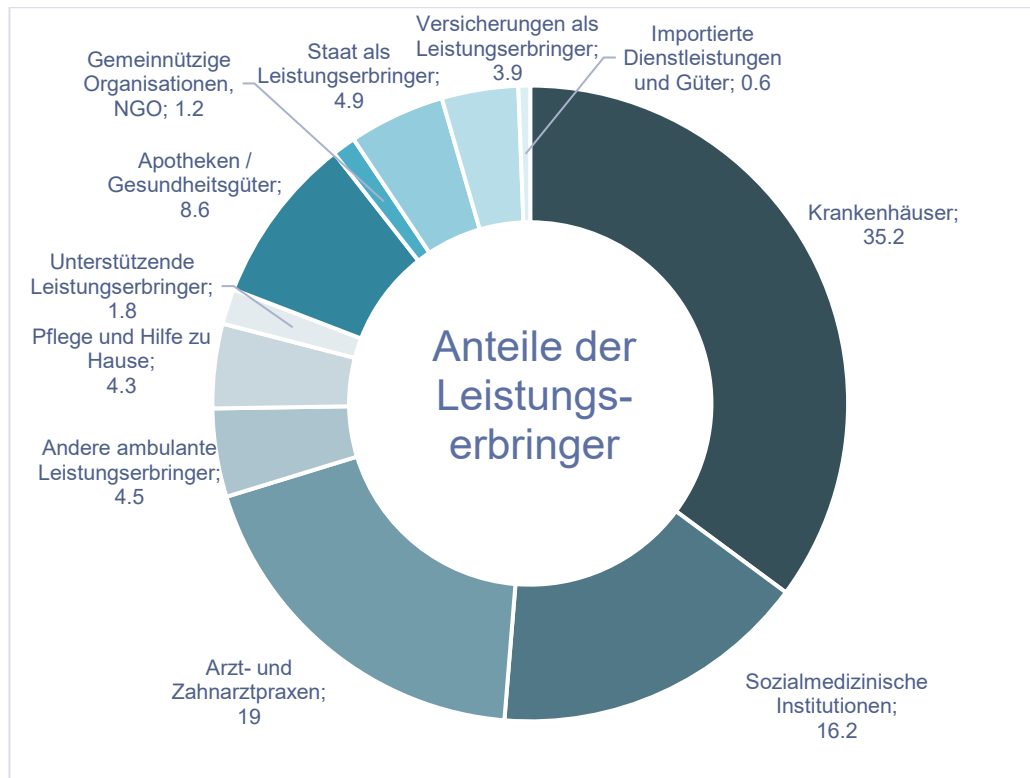


Abbildung 3.11.2: Kosten des Gesundheitswesens. Quelle: www.MonAM.ch.

Einordnung

Der starke Anstieg der Kosten des Gesundheitswesens in den letzten Jahrzehnten verweist auf die Wichtigkeit, Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich NCD, Sucht und psychische Gesundheit künftig eine höhere Bedeutung beizumessen. Denn: 80 % der Gesundheitskosten in der Schweiz werden durch NCD verursacht. Die direkten und indirekten volkswirtschaftlichen Kosten von NCD belaufen sich auf über 74 Mrd. Franken (siehe [Volkswirtschaftliche Kosten von NCD](#)). Dem gegenüber steht mit 1.6 % ein sehr geringer Anteil an Ausgaben für GFuP (siehe [Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention nach Leistungen](#)).

Definition

Dieser Indikator wurde auf Basis der Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens des Bundesamts für Statistik (BFS) berechnet. Er zeigt die jährlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen pro Einwohnerin und Einwohner in Franken, die Kostenentwicklung als teuerungsbereinigten Index im Vergleich zum Jahr 2000 (Berechnung mit dem Jahresdurchschnittswert des Landesindex der Konsumentenpreise) und den Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandsprodukt (BIP). Ausserdem werden im Ringdiagramm die Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungserbringer aufgeschlüsselt.



3.12 Verlorene potenzielle Lebensjahre durch NCD

Seit 1995 nehmen die verlorenen potenziellen Lebensjahre durch eine nichtübertragbare Krankheit (NCD) in der Schweiz pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner ab. Waren es 1995 insgesamt 3'928 Jahre, sind es 2022 noch 1'944 Jahre pro 100'000 Einwohnende. Zwischen 2017 und 2022 beträgt der Rückgang über 10 %. Die Last, welche Männer durch verlorene Lebensjahre durch NCDs tragen, ist mit 2'353 Jahren im 2022 deutlich grösser als diejenige von Frauen (1'538 Jahre).

Ziel
Verringerung der durch NCD bedingten vorzeitigen Todesfälle

Auch bei der Unterteilung nach Erkrankungen zeigt sich eine deutliche Abnahme der verlorenen Lebensjahre: Beispielsweise haben die verlorenen Lebensjahre aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen von 1'055 Jahren (1995) auf 347 Jahre (2022) pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner abgenommen, für Krebs sind sie im gleichen Zeitraum von 1'689 Jahren auf 918 Jahre gesunken.

Verlorene Lebensjahre aufgrund nichtübertragbarer Krankheiten

Jahre pro 100'000 Einwohner/innen

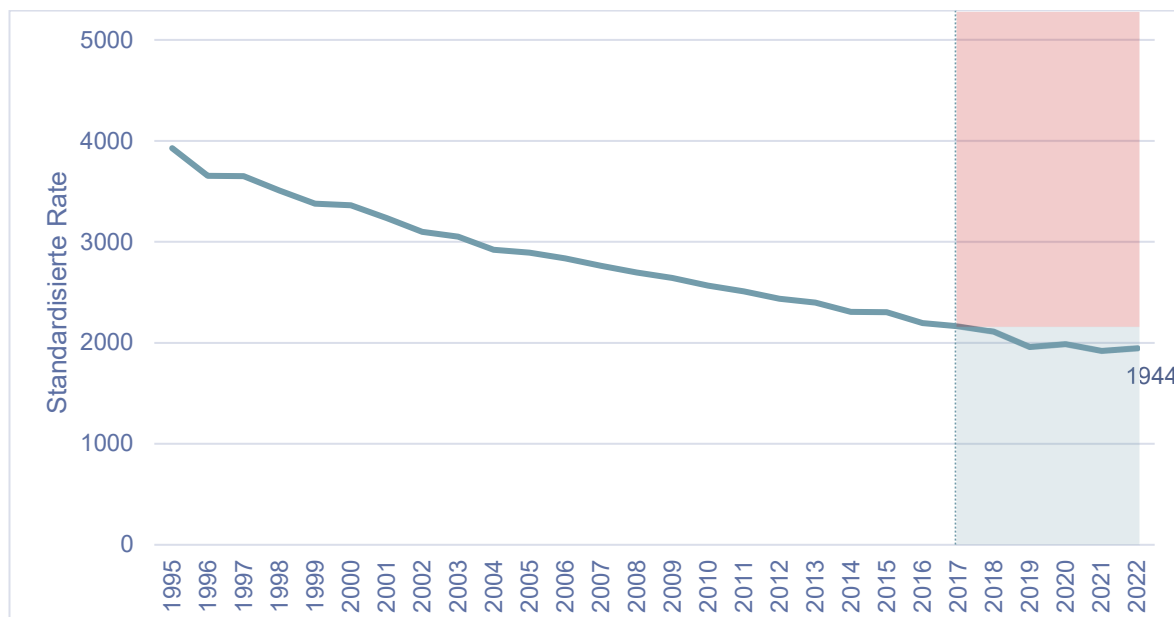


Abbildung 3.12.1: Verlorene potenzielle Lebensjahre durch NCD. Quelle: www.MonAM.ch.

Bedeutung für Public Health

Die verlorenen potenziellen Lebensjahre durch NCD bei einer Person zeigen auf, wie lange diese Person zusätzlich gelebt hätte, wenn sie nicht vor dem vollendeten 75. Altersjahr aufgrund einer nichtübertragbaren Krankheit (NCD) gestorben wäre. Früh eintretende Todesfälle werden bei den hier vorliegenden, auf die Bevölkerung bezogenen, Berechnungen stärker berücksichtigt: Bei einer Grenze von 75 Jahren bedeutet ein Todesfall mit zehn Jahren 65 verlorene potenzielle Lebensjahre, bei einem Todesfall mit 65 Jahren sind es zehn Jahre. Ein wichtiges Ziel der NCD-Strategie ist die Dämpfung der Krankheitslast durch häufige und chronische Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes, Atemwegs-Erkrankungen und muskuloskelettale Erkrankungen. Die Angabe der verlorenen Lebensjahre erlaubt eine direkte und quantifizierbare Aussage über deren Entwicklung.



Verlorene Lebensjahre aufgrund nichtübertragbarer Krankheiten

Jahre pro 100'000 Einwohner/innen

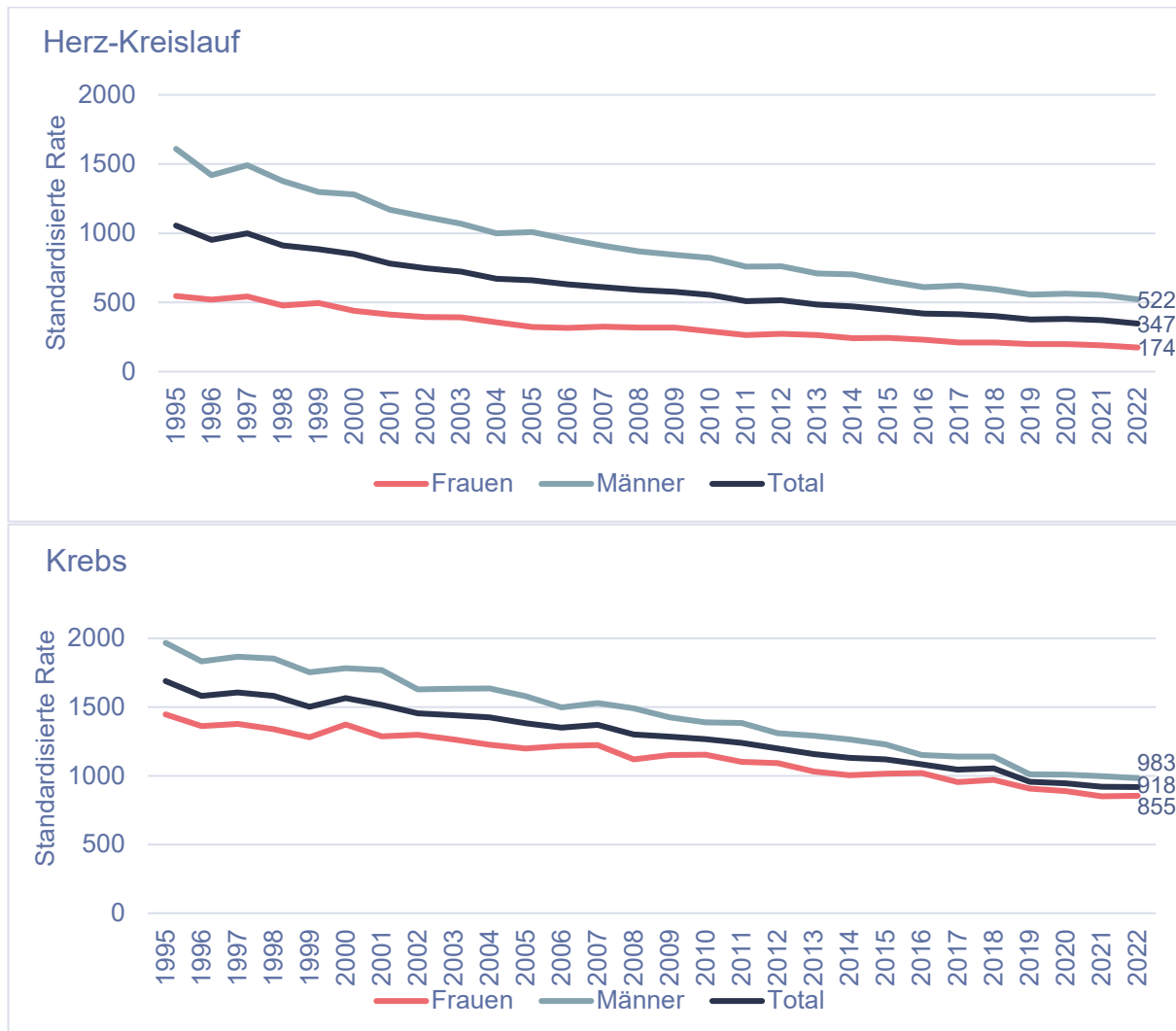


Abbildung 3.12.2: Verlorene potenzielle Lebensjahre durch NCD. Quelle: www.MonAM.ch.

Einordnung

Zusammen mit der Wahrscheinlichkeit vorzeitiger Todesfälle aufgrund von NCD zeigt sich ein klares und im Sinne der NCD-Strategie positives Bild: Die durch NCD verursachten Todesfälle gehen in der Schweiz zurück - auch mit Blick auf die NCD-Gruppen Herz-Kreislauf und Krebs. Die Verringerung bestimmter Risikofaktoren in den letzten 20 Jahren (Abnahme des Salzkonsums und der sitzenden Lebensweise) hat zum Rückgang der Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen beigetragen. Auch Verbesserungen in der medizinischen Behandlung haben eine wichtige Rolle gespielt und fast so viel wie die Prävention zu den gewonnenen Lebensjahren beigetragen. Prävention und Technologie sind somit zwei Schlüsselfaktoren aus Sicht der öffentlichen Gesundheit. Es besteht weiterhin Handlungsbedarf, die Krankheitslast durch NCD weiter zu senken. GFuP sowie eine qualitativ hochstehende Versorgung haben hierbei eine zentrale Rolle.

Definition

Dieser Indikator basiert auf der Todesursachenstatistik des Bundesamtes für Statistik (BFS). Die Zahlen werden jährlich aktualisiert. «Verlorene potenzielle Lebensjahre (VPL)» ist eine international weit verbreitete Kennzahl (englisch: Years of Potential Life Lost YPLL). Der Indikator zeigt die Anzahl verlorener potenzieller Lebensjahre pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner (ständige Wohnbevölkerung) für Todesfälle zwischen der Geburt und 75 Jahren. Zur Berechnung der verlorenen potenziellen Lebensjahre werden zu jedem Todesfall die Lebensjahre gezählt, die bis zur Altersgrenze von 75 Jahren noch verblieben wären, und diese addiert. Die standardisierte Rate wurde anhand der direkten Methode mit der europäischen Standardbevölkerung 2010 berechnet.



3.13 IV-Neurenten aufgrund von Krankheit (18-Rententalter)

Im Jahr 2022 lag der Anteil der Bevölkerung von 18 Jahren bis zum Rententalter mit einer krankheitsbedingten Neurente der Invalidenversicherung (IV-Neurente) in der Schweiz bei 0.28 %, was 15'372 Personen entspricht.

Männer zeigten über die Jahre leicht höhere Anteile als Frauen. Innerhalb der krankheitsbedingten IV-Renten waren die psychischen Krankheiten bei der Hälfte der Fälle ursächlich beteiligt (2022: 0,15 %).

Der Anteil von IV-Neurenten aufgrund von psychischen Krankheiten (inkl. Suchterkrankungen) nimmt zu.

Der Anteil an IV-Neurenten aufgrund Krankheit zeigte 2003 den höchsten Wert (0,53 %) und hat sich bis 2015 (0,23 %) halbiert. Seither steigt er wieder leicht an. Die Entwicklung der Neurenten ist von diversen Revisionen der IV sowie weiteren Faktoren beeinflusst. Der Anstieg seit 2017 ist auf die Zunahme an IV-Neurenten aufgrund psychischer Krankheiten zurückzuführen.

Ziel

Erhaltung und Verbesserung von Leistungsfähigkeit und Teilhabe der Bevölkerung in Wirtschaft und Gesellschaft

IV-Neurenten mit Krankheit als Invaliditätsursache

Anteil der Neurenten an der ständigen Wohnbevölkerung in %

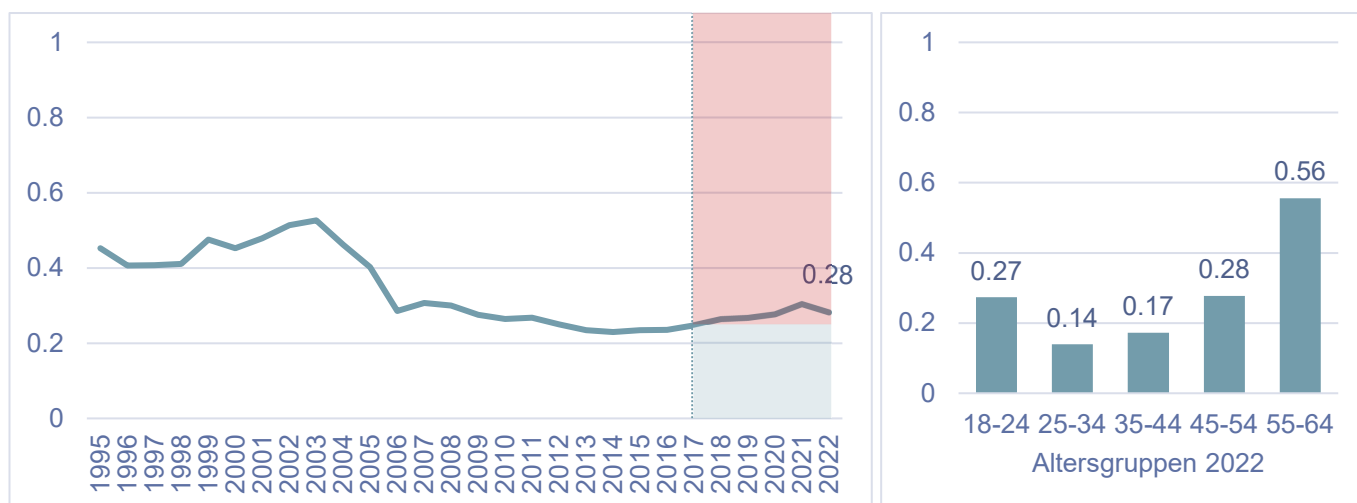


Abbildung 3.13.1: IV-Neurenten aufgrund Krankheit. Quelle: www.MonAM.ch.

Bedeutung für Public Health

Nichtübertragbare Krankheiten können zu einem verfrühten Ausscheiden aus der Arbeitswelt führen. Damit verbunden sind Kosten auf staatlicher, wirtschaftlicher und privater Ebene sowie im Bereich des Gesundheitssystems. Dieser Indikator zeigt die Anteile der jährlichen IV-Neurenten aufgrund verschiedener Krankheiten (psychische Krankheiten, Nervensystem, Knochen- und Bewegungsorgane, andere Krankheiten) auf.

Anhand des Indikators lässt sich das krankheitsbedingte Invaliditätsrisiko verschiedener Bevölkerungsgruppen abschätzen.



Anteile der Invaliditätsursachen am Total der krankheitsbedingten IV-Neurenten

2022 in %

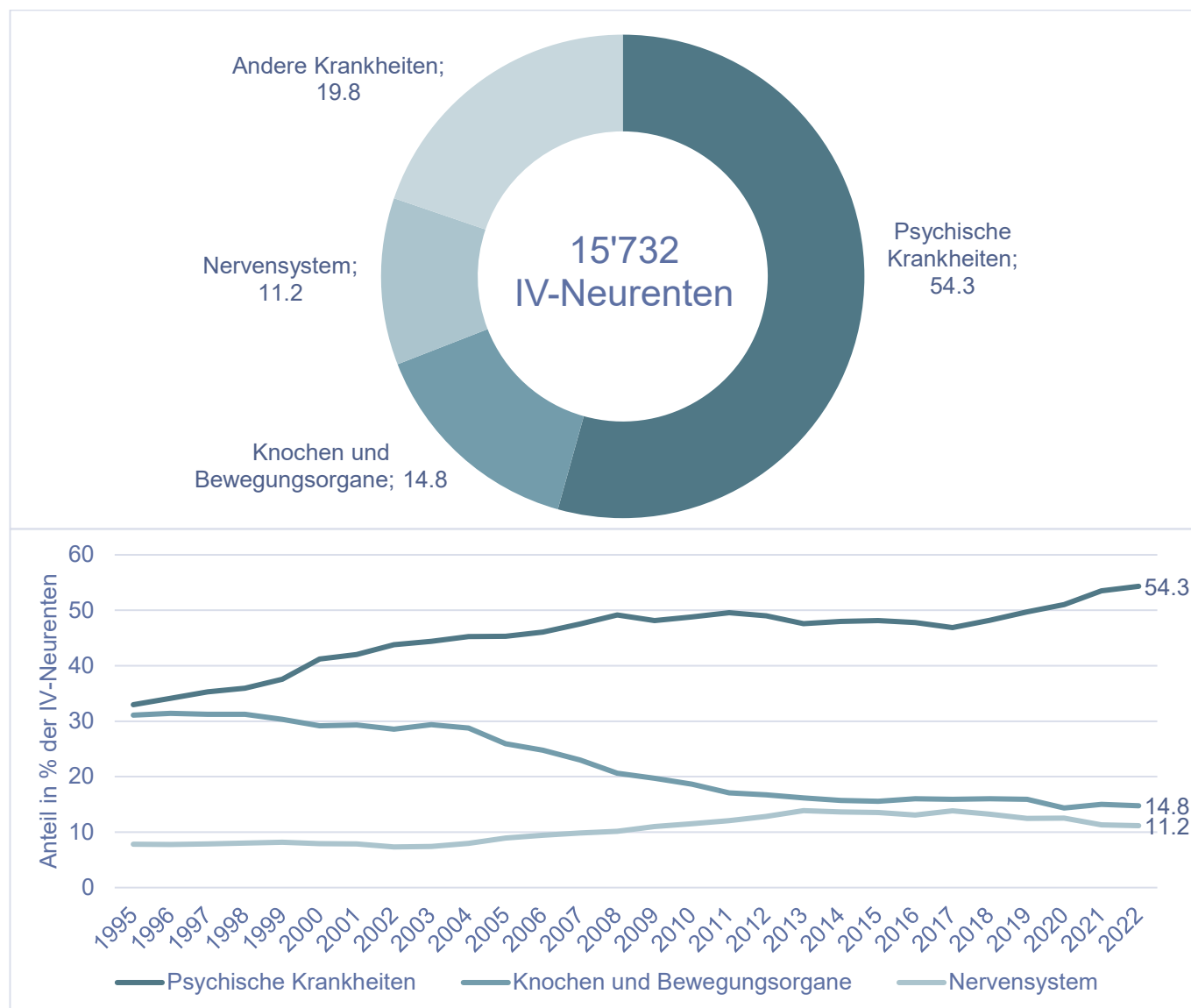


Abbildung 3.13.2: IV-Neurenten aufgrund Krankheit. Quelle: www.MonAM.ch.

Einordnung

Die Zunahme der IV-Neurenten seit 2017 spiegelt die Zunahme bei den krankheits- und unfallbedingten Arbeitsabwesenheiten der Arbeitnehmenden wider (Kernindikator). Die Entwicklung steht auch im Zusammenhang mit der Zunahme von IV-Neurenten aufgrund psychischer Krankheiten, die bei jungen Erwachsenen besonders hoch ausfiel. Somit spiegelt dieser Trend die generell negative Entwicklung der psychischen Gesundheit wider, vor allem bei jungen Erwachsenen. Dies weist auf die Wichtigkeit des Ausbaus von GFuP im Bereich psychische Gesundheit hin, um zur Erhaltung und Verbesserung von Leistungsfähigkeit und Teilhabe der Bevölkerung in Wirtschaft und Gesellschaft beizutragen.

Definition

Dieser Indikator wurde auf Basis der Daten der Invalidenversicherungsstatistik (IV-Statistik) berechnet. Er gibt den Anteil der ständigen Wohnbevölkerung (Alter: 18–Rentenalter) an, der aufgrund einer Krankheit eine IV-Neurante beansprucht. Die Krankheitsursache wird in folgende vier Unterkategorien aufgeteilt: psychische Krankheit, Nervensystem, Knochen- und Bewegungsorgane, andere Krankheiten. Eine Invalidenrente wird nur gewährt, wenn zuerst die Möglichkeit einer Eingliederung geprüft wurde. Der Rentenanspruch entsteht frühestens, wenn die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig war und nach Ablauf des Jahres eine Erwerbsunfähigkeit von 40 % oder mehr besteht (vgl. Art. 7 ATSG). Die Entwicklung der Neurenten kann auf verschiedene Faktoren zurückgeführt werden, so etwa auf Veränderungen in der Krankheitslast und auf Reformen der IV.



4. Indikatorenportraits Sucht

Nachfolgende Tabelle 4.1 zeigt eine Zusammenfassung der Entwicklung der Leitindikatoren der nationalen Strategie Sucht 2017-2024.

Ziel der Strategie Sucht	Leitindikatoren (Alter)	Verfügbarer Zeitraum	Veränderung in % seit 2017	Veränderung in % seit 2012
Suchterkrankungen werden verhindert	<u>Risikoreicher Alkoholkonsum (episodisch & chronisch; 15+)</u>	2007-2022	-9.4	n.v.
	<u>Cannabiskonsum (15-64)</u>	2002-2022	+1.0	+37.9
	<u>Konsum illegaler Substanzen (exkl. Cannabis; 15-64)</u>	2002-2022	+26.7	+31.0
	<u>Tabakkonsum (15+)</u>	1992-2022	-11.4	-14.9
	<u>Chronische Medikamentenein- nahme (15+)</u>	2022	n.v.	n.v.
	<u>Risikoreiches oder problemati- sches Geldspiel (15+)</u>	2017-2022	+34.4	n.v.
	<u>Problematische Internetnutzung (15+)</u>	2013-2022	+78.9	n.v.
Abhängige Menschen erhalten die notwendige Hilfe und Be- handlung	Eintritte in ambulante Suchthilfe, Quelle: <u>act-info</u> IB)	2020-2022	n.v.	n.v.
	<u>Spitalaufenthalte aufgrund sub- stanzbedingter Störung</u>	2012-2022	+7.5	+14.9
	Suchtbehandlungen in stationä- ren psychosozialen Institutionen (Eintritte, Quelle: <u>act-info</u> IB)	2020-2022	n.v.	n.v.
Gesundheitliche und soziale Schäden werden vermindert	<u>Alkoholbedingte Mortalität (Rate; 15-74)</u>	1997-2017	n.v.	-11.3
	<u>Tabakbedingte Mortalität (Rate)</u>	1997-2017	n.v.	-1.8
	<u>Drogentote</u>	1995-2022	+16.8	+32.2
Negative Auswirkungen auf die Gesellschaft werden verhindert	<u>Volkswirtschaftliche Kosten durch Suchtverhalten</u>	2017	n.v.	n.v.

Tabelle 4.1: Zusammenfassung der Trends der 14 Leitindikatoren der Nationalen Strategie Sucht 2017-2024. Blau = Entwicklung im Sinne der Strategie. Rot = Entwicklung nicht im Sinne der Strategie. n.v. = nicht vorhanden. IB = Institutionenbefragung.



Zusätzlich dazu gibt die Tabelle 4.2 einen Überblick über die Entwicklung der zu den Leitindikatoren zugeordneten und relevanten Kernindikatoren seit 2017.

Ziel der Strategie Sucht	Leitindikatoren (Alter)	Kernindikatoren (Alter)
Suchterkrankungen werden verhindert	<u>Risikoreicher Alkoholkonsum (episodisch & chronisch; 15+)</u>	<u>Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum (15+)</u>
		<u>Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum (15+)</u>
		<u>Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum (11-15)</u>
	<u>Cannabiskonsum (15-64)</u>	<u>Cannabiskonsum (14-15)</u>
	<u>Konsum illegaler Substanzen (exkl. Cannabis; 15-64)</u>	<u>Intravenöser Drogenkonsum</u>
	<u>Tabakkonsum (15+)</u>	<u>Zigarettenkonsum (11-15)</u>
	<u>Chronische Medikamenteneinnahme (15+)</u>	<u>Leistungssteigernde Medikamente (15+)</u>
	<u>Risikoreiches oder problematisches Geldspiel (15+)</u>	<u>Gesperrte Geldspielende*</u>
	<u>Problematische Internetnutzung (15+)</u>	<u>Problematische Nutzung sozialer Medien (11-15)*</u>
	<u>Problematische Nutzung von Videospielen (14-15)*</u>	
Abhängige Menschen erhalten die notwendige Hilfe und Behandlung	<u>Eintritte in ambulante Suchthilfe, Quelle: <u>act-info</u> IB)</u>	<u>Opioid-Agonisten-Therapie</u>
	<u>Spitalaufenthalte aufgrund substanzbedingter Störung</u>	<u>Aufhörbereitschaft Rauchen (15+)</u>
	<u>Suchtbehandlungen in stationären psychosozialen Institutionen (Eintritte, Quelle: <u>act-info</u> IB)</u>	n.v.
Gesundheitliche und soziale Schäden werden vermindert	<u>Alkoholbedingte Mortalität (Rate; 15-74)</u>	n.v.
	<u>Tabakbedingte Mortalität (Rate)</u>	n.v.
	<u>Drogentote</u>	n.v.
Negative Auswirkungen auf die Gesellschaft werden verhindert	<u>Volkswirtschaftliche Kosten durch Suchtverhalten</u>	<u>Verkehrsunfälle mit Substanzeinfluss</u>

Tabelle 4.2: Zusammenfassung der Trends der 14 Leitindikatoren der Nationalen Strategie Sucht 2017-2024 inkl. der jeweiligen Kernindikatoren. Blau = Entwicklung im Sinne der Strategie. Rot = Entwicklung nicht im Sinne der Strategie. n.v. = nicht vorhanden. IB = Institutionenbefragung. * = Kein expliziter Kernindikator der Strategie.



4.1 Risikoreicher Alkoholkonsum (episodisch & chronisch; Alter: 15+)

In der Schweiz trinken im Jahr 2022 16,4 % der Bevölkerung Alkohol in einem Ausmass, das risikoreich für die Gesundheit ist, sei dies chronisch oder episodisch bei bestimmten Gelegenheiten ("Binge drinking"). Bei Männern ist dieser Anteil mit 21 % deutlich höher als bei Frauen (12 %). Insgesamt hat der risikoreiche Alkoholkonsum seit 2017 abgenommen. Grosse Unterschiede lassen sich zudem zwischen Personen unterschiedlichen Alters und verschiedenen Bildungsniveaus beobachten: Tertiär ausgebildete Personen sowie jüngere Personen konsumieren häufiger Alkohol in einem risikoreichen Ausmass.

Ziel
Suchterkrankungen
werden verhindert

Prävalenz des risikoreichen Alkoholkonsums

Anteil der Bevölkerung in %

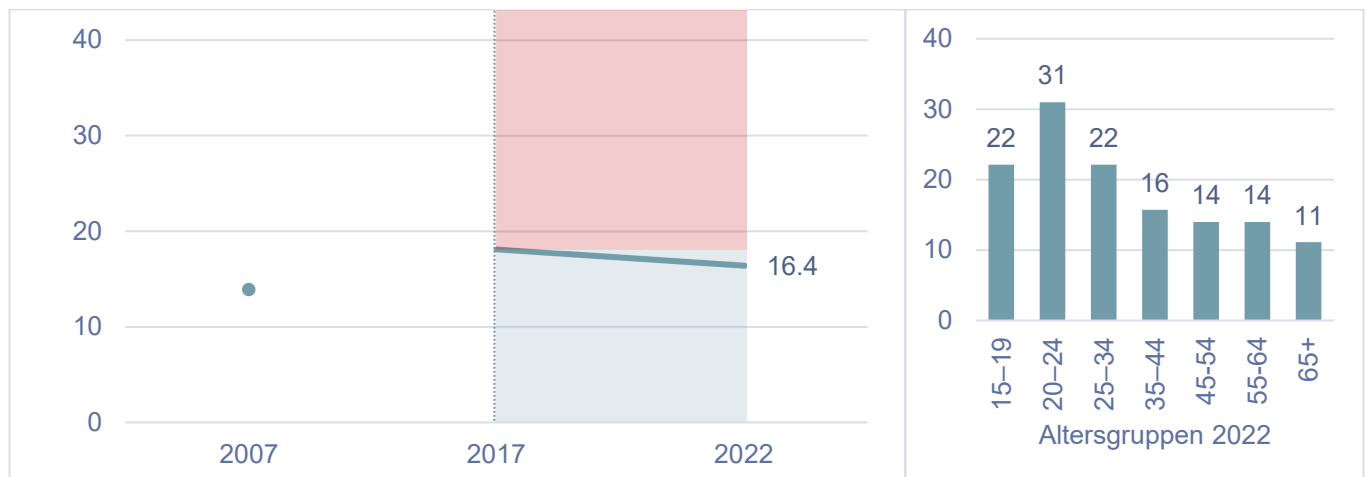


Abbildung 4.1.1: Risikoreicher Alkoholkonsum. Quelle: www.MonAM.ch.

Bedeutung für Public Health

Zwei Formen des erhöhten Alkoholkonsums werden mit einem gesundheitlichen Risiko in Verbindung gebracht: erstens chronisch erhöhte Trinkmengen über längere Zeit (chronisch risikoreicher Alkoholkonsum) und zweitens episodisch übermässiger Konsum bei bestimmten Gelegenheiten (episodisch risikoreicher Alkoholkonsum), auch Rauschtrinken oder «Binge drinking» genannt. Der chronisch risikoreiche Alkoholkonsum gilt als Risikofaktor für koronare Herzkrankheiten, bestimmte Krebsarten, Leberzirrhose, Hirnblutungen, Krankheiten des Verdauungstraktes, Übergewicht, Alkoholsucht, schwere Depressionen und Epilepsien. Der episodisch risikoreiche Alkoholkonsum kann neben den vorgängig genannten gesundheitlichen Risiken auch Unfälle, Verletzungen, Gewalt, Sachbeschädigungen und erhöhte Suizidgefahr mit sich bringen.



Prävalenz des risikoreichen Alkoholkonsums

Anteil der Bevölkerung 2022 in %

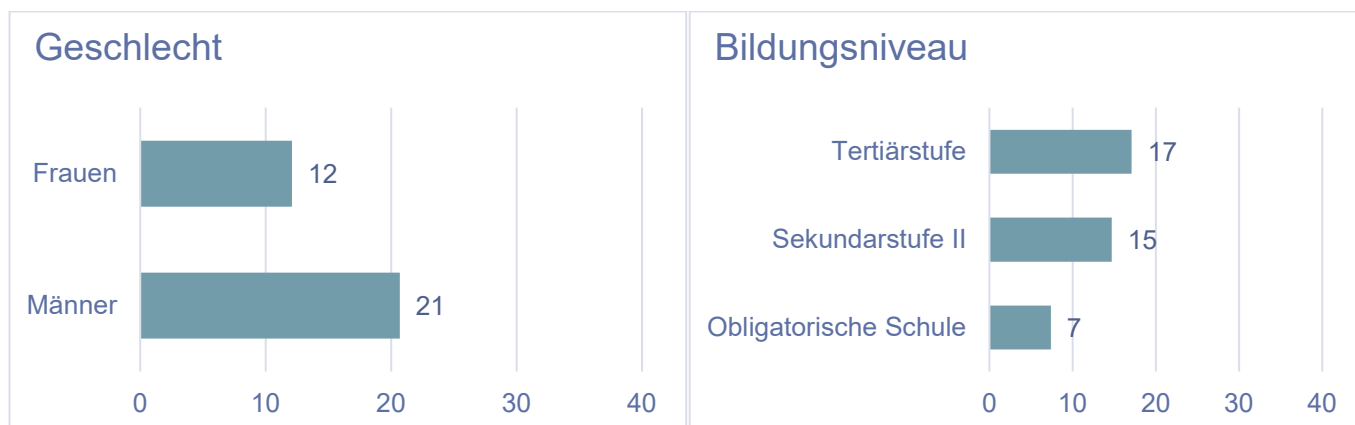


Abbildung 4.1.2: Risikoreicher Alkoholkonsum. Quelle: www.MonAM.ch.

Einordnung

Sowohl der episodisch risikoreiche als auch der chronisch risikoreiche Alkoholkonsum sind in der Schweiz seit 2017 rückläufig. Dieser Trend spiegelt sich auch im täglichen Alkoholkonsum ab 15 Jahren wider. Dieser generelle Rückgang wirkt sich positiv auf die Gesundheit aus.

Der Alkoholkonsum von 11- bis 15-Jährigen ist jedoch zwischen 2018 und 2022 stabil geblieben und die Lebenszeitprävalenz für Rauschtrinken hat in dieser Altersgruppe leicht zugenommen, was auf den Anstieg bei Mädchen zurückzuführen ist. Insgesamt ist der Alkoholverkauf pro Kopf zwischen 2017 und 2022 stabil geblieben.

Die hohe Prävalenz täglichen Alkoholkonsums in höheren Altersbereichen sowie die Stabilität des Alkoholkonsums bei Jugendlichen bzw. der leichte Anstieg bei Mädchen verweisen auf die Wichtigkeit der Weiterentwicklung zielgerichteter präventiver Massnahmen, wie struktureller Regulierungen der Kantone (z.B. Werbebeschränkungen, Verkaufseinschränkungen und Testkäufe).

Alkohol ist der häufigste Grund für die Inanspruchnahme von Suchthilfe und für Spitalaufenthalte wegen einer substanzbedingten Störung. Zielgerichtete und adäquate Suchthilfeangebote im Bereich Alkohol sind zentral, auch online wie etwa durch SafeZone.ch.

Definition

Dieser Indikator wurde auf Basis der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) berechnet. Er zeigt den Anteil der 15-jährigen und älteren in einem Privathaushalt lebenden Bevölkerung an, die entweder einen chronisch oder einen episodisch risikoreichen Alkoholkonsum oder beides aufweisen. Von einem chronisch risikoreichen Alkoholkonsum spricht man bei einem durchschnittlichen täglichen Alkoholkonsum mit folgenden Grenzen: Mittleres Risiko für Frauen bei 20 g bis 40 g reinem Alkohol, d.h. 2 bis 4 Standardgläsern, für Männer bei 40 g bis 60 g, d.h. 4 bis 6 Standardgläsern*; Hohes Gesundheitsrisiko für Frauen bei über 40 g, d.h. über 4 Standardgläsern, für Männer bei über 60 g, d.h. über 6 Standardgläsern. Der durchschnittliche Alkoholkonsum in Gramm pro Tag stützt sich auf eine Kombination von Fragen zum Konsum von Bier/Wein/saurem Most/Spirituosen/Alkopops in den 12 Monaten vor dem Interview (Häufigkeit und Menge). Einen episodisch risikoreichen Alkoholkonsum haben 15-jährige und ältere Personen, die in den letzten zwölf Monaten mindestens einmal pro Monat 4 (Frauen), bzw. 5 (Männer) Standardgläser* eines alkoholischen Getränks bei einer Gelegenheit konsumiert haben. In der Schweiz wurde diese Definition entsprechend internationalen Entwicklungen in der Alkoholforschung mehrmals angepasst, weshalb ein Vergleich aller Jahre der SGB aktuell nicht möglich ist.

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



4.2 Cannabiskonsum (Alter: 15-64)

Im Jahr 2022 haben 4,0 % der 15-64-Jährigen in der Schweiz in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert. Es sind wesentlich mehr Männer (5,5 %) als Frauen (2,5 %). Der Anteil Konsumierender ist in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen am höchsten und nimmt mit zunehmendem Alter ab. Im Vergleich zu 2017 ist 2022 in der Gesamtprävalenz keine Veränderung zu verzeichnen.

Ziel
Suchterkrankungen
werden verhindert

Prävalenz des Cannabiskonsums

Anteil der Bevölkerung mit mindestens monatlichem Konsum (Alter: 15-64) in %

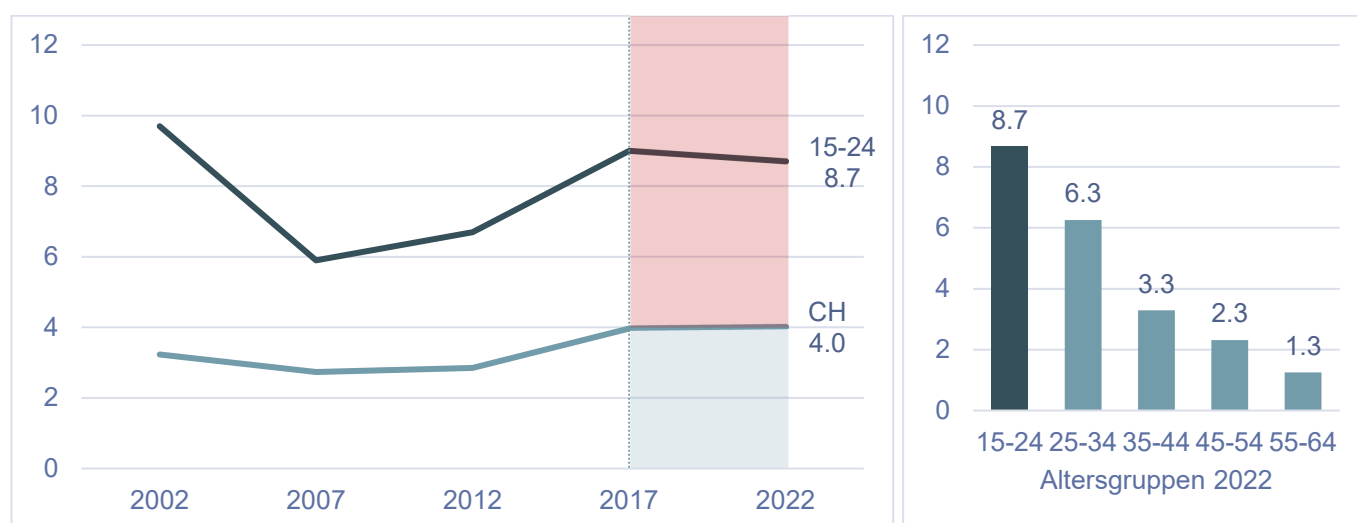


Abbildung 4.2.1: Cannabiskonsum. Quelle: www.MonAM.ch.

Bedeutung für Public Health

THC-haltiges Cannabis ist in der Schweiz die am häufigsten konsumierte illegale Substanz. Es wird davon ausgegangen, dass der Konsum sowohl physisches wie auch psychisches Abhängigkeitspotential birgt. Die gesundheitlichen Risiken des Cannabiskonsums variieren je nach Häufigkeit und Gebrauchsdauer, Dosierung, Substanzqualität, Konsumsituation, Gesundheitszustand und psychischer Veranlagung der konsumierenden Person. Problematisch ist der Konsum vor allem dann, wenn Cannabis häufig, viel und über längere Zeit hinweg verwendet wird. In jungen Lebensjahren birgt ein problematischer Konsum Risiken für die Gesundheit und die geistige Entwicklung insbesondere von Jugendlichen.



Prävalenz des Cannabiskonsums

Anteil der Bevölkerung (Alter: 15-64) 2022 in %



Abbildung 4.2.2: Cannabiskonsum. Quelle: www.MonAM.ch.

Einordnung

Der Konsum von Cannabis ist in der Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 64 Jahren seit 2017 stabil, ebenso wie bei Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 15 Jahren. Bei Mädchen hat er zugenommen, bei Jungen abgenommen. Im Vergleich zu 2012 ist der Konsum von Cannabis in der Bevölkerung hingegen angestiegen. Dieser Anstieg ist vermutlich auch auf die liberaler werdende Einstellung der Bevölkerung im Hinblick auf die Regulierung von Cannabis zurückzuführen.

Nach Alkohol ist Cannabis knapp vor Opioiden und Kokain der zweithäufigste Grund für die Inanspruchnahme von Suchthilfe.

Zielgerichtete und adäquate Suchthilfeangebote im Bereich Cannabis sind zentral, auch online wie etwa durch SafeZone.ch.

Definition

Dieser Indikator wurde auf Basis der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) berechnet. Er beschreibt den Anteil der 15- bis 64-jährigen, in einem Privathaushalt lebenden Bevölkerung, der gelegentlich oder regelmässig Cannabis konsumiert. In der Erhebung 2017 wurde der Konsum «mindestens einmal in den letzten 30 Tagen» erfragt. In den Erhebungsjahren 2002, 2007 und 2012 wurde die Frage nach dem «mindestens monatlichen Cannabiskonsum in den letzten 12 Monaten» gestellt. Der Indikator beruht auf mehreren Fragen der SGB. Die Einschränkung auf die unter 65-Jährigen dient dem internationalen Vergleich, da andere Länder sich auch auf diese Alterskategorien beschränken. Die beobachtbare Zunahme des Cannabiskonsums zwischen 2012 und 2017 kann möglicherweise mit dem Konsum von Cannabidiol (CBD)-Produkten zusammenhängen. Der CBD-Konsum hat keine vergleichbare psychoaktive Wirkung wie der Konsum von Tetrahydrocannabinol (THC).



4.3 Konsum illegaler Substanzen (exkl. Cannabis; Alter: 15-64)

Im Jahr 2022 geben 1,9 % der Schweizer Bevölkerung im Alter von 15 bis 64 Jahren an, in den letzten 12 Monaten eine illegale Substanz (ohne Cannabis) konsumiert zu haben. Im Jahr 2002 waren es 0,5 %. Deutlich mehr Männer (2,6 %) als Frauen (1,2 %) konsumieren illegale Drogen. Grosse Unterschiede lassen sich zudem zwischen Personen unterschiedlichen Alters und verschiedenen Bildungsniveaus beobachten: Tertiär ausgebildete Personen sowie Personen zwischen 25 und 34 Jahren geben vergleichsweise häufiger an, in den letzten 12 Monaten illegale Substanzen zu sich genommen zu haben.

Ziel
Suchterkrankungen
werden verhindert

Prävalenz des Konsums illegaler Substanzen (ohne Cannabis)

Anteil der Bevölkerung (Alter: 15-64) in den letzten 12 Monaten in %

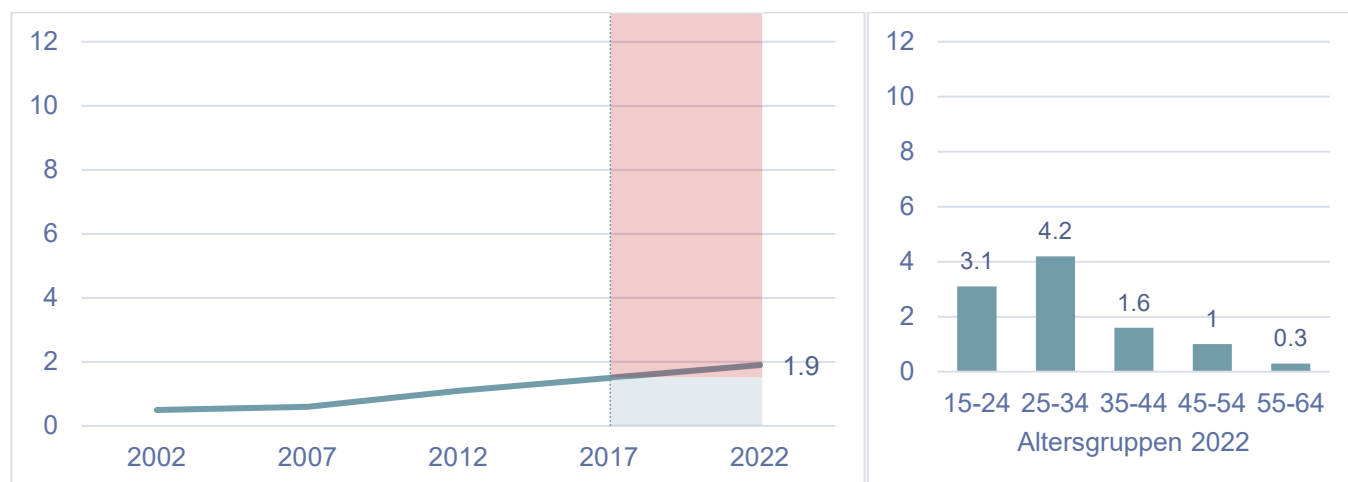


Abbildung 4.3.1: Konsum illegaler Substanzen. Quelle: www.MonAM.ch.

Bedeutung für Public Health

Der Konsum von illegalen Substanzen wie Heroin, Kokain, Amphetaminen und Ecstasy kann verschiedene negative Auswirkungen haben. Beispielsweise kann deren Gebrauch zu risikoreichem Verhalten führen, sich negativ auf das Gedächtnis und die Psyche auswirken und schwere Abhängigkeiten und körperliche Folgeschäden verursachen. Neben den negativen Auswirkungen auf die Konsumentinnen und Konsumenten selbst ergeben sich häufig schwere Belastungen für nahe Angehörige von Suchtkranken.



Prävalenz des Konsums illegaler Substanzen (ohne Cannabis)

Anteil der Bevölkerung (Alter: 15-64) in den letzten 12 Monaten 2022 in %



Abbildung 4.3.2: Konsum illegaler Substanzen. Quelle: www.MonAM.ch.

Einordnung

Der Anstieg des Konsums von Kokain, Ecstasy und Speed ist im Hinblick auf das strategische Ziel, Suchterkrankungen zu verhindern, unerfreulich. Die Zunahme spiegelt sich in höheren Zahlen bei der Inanspruchnahme von Suchthilfe betreffend Kokain wider. Trotz dieser Zunahme hat gleichzeitig der Anteil an Personen mit intra-venösem Konsum von Kokain abgenommen. Einzig bei Heroin zeigt sich eine leichte Abnahme sowohl bei der Konsumprävalenz als auch bei der Inanspruchnahme von Suchthilfe. Dies ist wohl auf die alternde Population an von Heroinabhängigkeit Betroffenen zurückzuführen.

Die generell negative Entwicklung beim Konsum illegaler Substanzen verweist auf die Wichtigkeit der Stärkung der Vier-Säulen-Suchtpolitik in der Schweiz (Prävention, Suchthilfe, Schadensminderung, Regulierung und Vollzug).

Definition

Dieser Indikator wurde auf Basis der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung berechnet. Er gibt den Anteil der 15- bis 64-jährigen, in einem Privathaushalt lebenden Schweizer Bevölkerung an, der illegale Substanzen (exklusive Cannabis) konsumiert hat. Bevölkerungsbefragungen haben grundsätzlich das Problem, dass sie das tatsächliche Ausmass des illegalen Drogenkonsums unterschätzen. Hauptgründe dafür sind die schlechte Erreichbarkeit der Konsumierenden sowie die Verlässlichkeit der Angaben. Um die Vergleichbarkeit mit anderen Ländern zu gewährleisten, beschränkt sich die Darstellung des Konsums auf das Alter bis 64 Jahre.



4.4 Tabakkonsum (Alter: 15+) (siehe 3.1)

4.5 Chronische Medikamenteneinnahme (Alter: 15+)

In der Schweiz konsumieren im Jahr 2022 2,1 % der Bevölkerung in den letzten 30 Tagen fast täglich Schlaf- und Beruhigungsmittel (stabil seit 2018) und 0,9 % starke Schmerzmittel. Die Prävalenz ist bei älteren Personen höher als bei jungen.

Ziel
Suchterkrankungen
werden verhindert

Prävalenz der chronischen Medikamenteneinnahme

Anteil der Bevölkerung in %

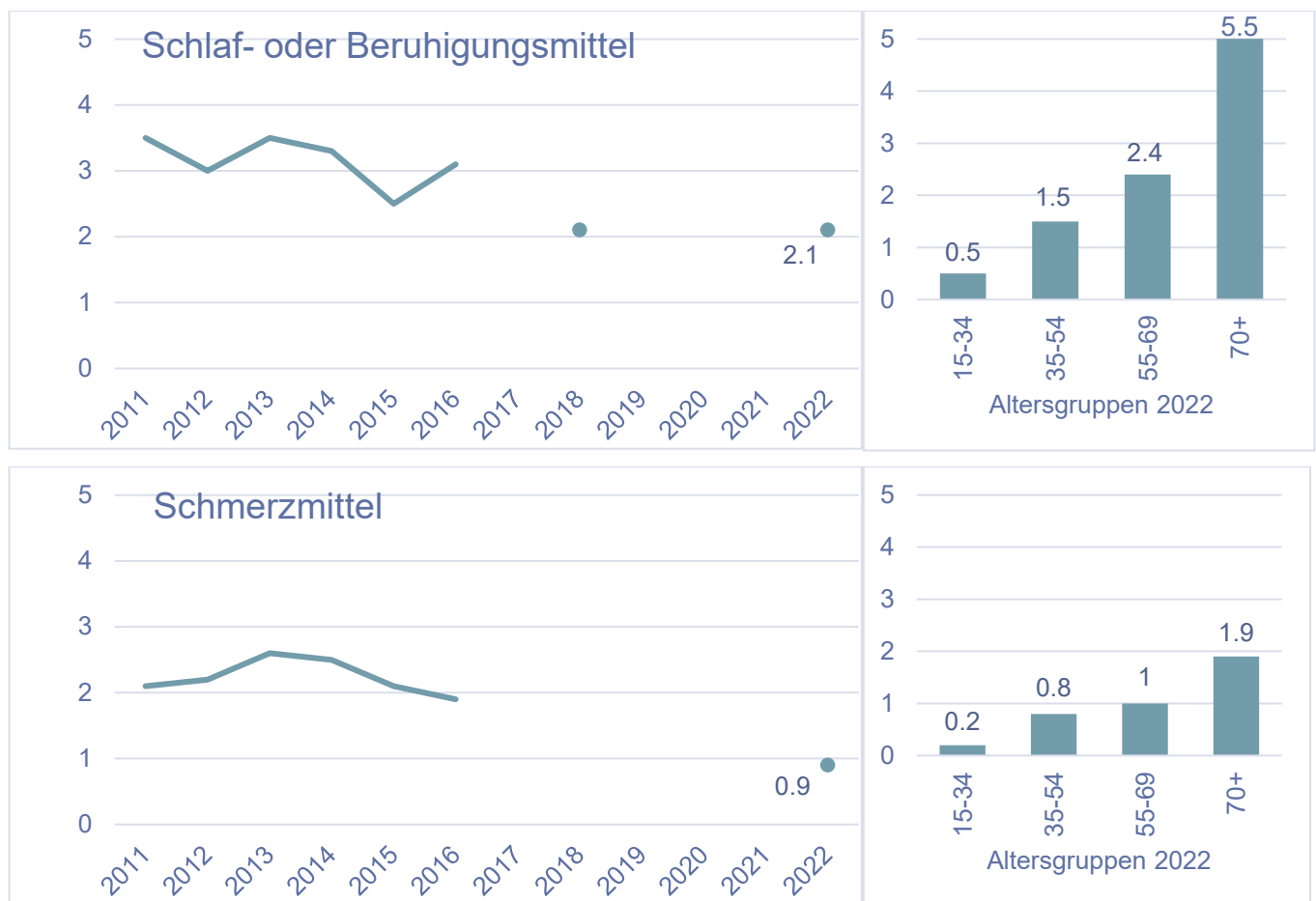


Abbildung 4.5.1: Chronische Medikamenteneinnahme. Quelle: www.MonAM.ch.



Bedeutung für Public Health

Die Entwicklung von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit wird in der Schweiz seit längerem beobachtet. Eine fast tägliche Einnahme von Schmerzmitteln oder von Schlaf- und Beruhigungsmitteln über mehrere Monate wird als problematisch angesehen. Ein Medikamentenmissbrauch liegt vor, wenn ein Medikament ohne klare medizinische Indikation oder in unnötigen Mengen eingenommen wird. In der Praxis kommt folgenden Medikamentengruppen eine besondere Bedeutung zu: (starke) Schmerzmittel, Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie Anregungsmittel und Appetitzügler.

Der Indikator zeigt die zeitliche Entwicklung und die Verbreitung des chronischen Medikamentenkonsums in der Gesamtbevölkerung. Diese Informationen unterstützen die Planung und Evaluation von Präventions- und Regulierungsmassnahmen.

Einordnung

Die Daten können aufgrund methodischer Unterschiede (Formulierung der Frage und Art der Erhebung) nicht über den gesamten Zeitraum verglichen werden. Die chronische Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln ist seit 2018 stabil geblieben. Allerdings zeigt sich mit Daten des SASIS-Tarifpools, dass z.B. bei der Abgabe von Benzodiazepinen (einer Gruppe von Schlaf- und Beruhigungsmitteln) auch ein Rückgang seit 2017 (insbesondere bei Frauen) zu verzeichnen ist. In Bezug auf die chronische Einnahme von Schmerzmitteln sind jedoch keine aktuellen Trends verfügbar. Die Abgabe der Schmerzmittelgruppe Opioide an die Allgemeinbevölkerung ist relativ stabil. Für 14- bis 15-Jährige Mädchen und Jungen zeigt sich in den letzten 10 Jahren eine Zunahme im Konsum von Medikamenten, um sich zu berauschen. Für 2022 liegen erstmals nationale Zahlen zum Mischkonsum von Medikamenten mit Alkohol und für den Konsum von Beruhigungsmitteln/starken Schmerzmitteln, um sich zu berauschen von 14- bis 15-Jährige vor. Ein nicht unerheblicher Anteil dieser Altersgruppe gibt an, bereits Medikamente mit Alkohol (5.5 %) oder Beruhigungsmittel/starke Schmerzmittel zur Berauschung (3.1 %) konsumiert zu haben.

Definition

Dieser Indikator zeigt den Anteil der Bevölkerung ab 15 Jahren, der in den letzten 30 Tagen fast täglich (an mindestens 20 Tagen) starke Schmerzmittel, Schlaf- oder Beruhigungsmittel einnimmt. Sucht Schweiz hat diese Daten im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) zwischen 2011 und 2016 im Rahmen einer telefonischen Befragung (CoRoIAR) bei rund 11 000 Personen erhoben. Seit 2018 werden diese Fragen in der Erhebung «Gesundheit und Lifestyle», einer Online-Befragung des BAG und BFS, in vergleichbarer Weise gestellt (n2018 ≈ 5600; n2022 ≈ 5400). Im Jahr 2022 wurden folgende drei Fragen gestellt (bei einer Ja-Antwort wird die nächste Frage gestellt): Schlaf- und Beruhigungsmittel: Frage 1: «Haben Sie in den letzten 12 Monaten Schlaf- oder Beruhigungsmittel genommen? Z.B. Valium, Ativan, Xanax, Temesta.» Frage 2: «Haben Sie diese Schlaf- oder Beruhigungsmittel in den letzten 30 Tagen genommen?» Frage 3: «An wie vielen Tagen haben Sie in den letzten 30 Tagen diese Schlaf- oder Beruhigungsmittel genommen?» Schmerzmittel: Frage 1: «Haben Sie in den letzten 12 Monaten starke Schmerzmittel genommen, z.B. Oxycodon®, Morphin®, Fentanyl® (nicht gewöhnliche Schmerzmittel gegen Kopfschmerzen wie Aspirin oder Paracetamol)?» Frage 2: «Haben Sie diese starken Schmerzmittel in den letzten 30 Tagen genommen?» Frage 3: «An wie vielen Tagen haben Sie in den letzten 30 Tagen diese starken Schmerzmittel genommen?» Die im Indikator dargestellten Anteile beziehen sich auf die Personen, welche die letzte Frage mit «an 20 Tagen oder mehr» beantwortet haben. Datenbruch zwischen 2016 und 2018: Bei der Erhebung «Gesundheit und Lifestyle» handelt es sich um eine Online-Befragung und bei CoRoIAR um eine telefonische Befragung. Zudem hat sich die Frageformulierung leicht geändert. Datenbruch zwischen 2018 und 2022: Bei der Befragung 2022 wurden Beispiele von Schlaf- und Beruhigungsmitteln gegeben, 2018 nicht. Zudem hat sich die Frageformulierung leicht geändert. In den Jahren 2011-2016 wurde bei der Frage nach Schmerzmitteln der Hinweis gegeben, dass nicht nach gewöhnlichen Kopfwehmitteln wie Aspirin oder Paracetamol (ohne weitere Beispiele) gefragt wird. Für das Jahr 2018 können keine Daten zur Einnahme von Schmerzmitteln gezeigt werden.



4.6 Risikoreiches oder problematisches Geldspiel (Alter: 15+)

2022 hat ein Anteil von 4,3 % der Schweizer Bevölkerung ein risikoreiches oder problematisches Geldspielverhalten in den letzten 12 Monaten. Zwischen 2017 und 2022 ist dieser Anteil angestiegen. Vor allem Personen unter 25 Jahren und mit niedrigem Bildungsniveau sowie Männer weisen eine vergleichsweise höhere Prävalenz risikoreichen oder problematischen Geldspiels auf.

Ziel
Suchterkrankungen
werden verhindert

Prävalenz des risikoreichen oder problematischen Geldspiels

Anteil der Bevölkerung in %

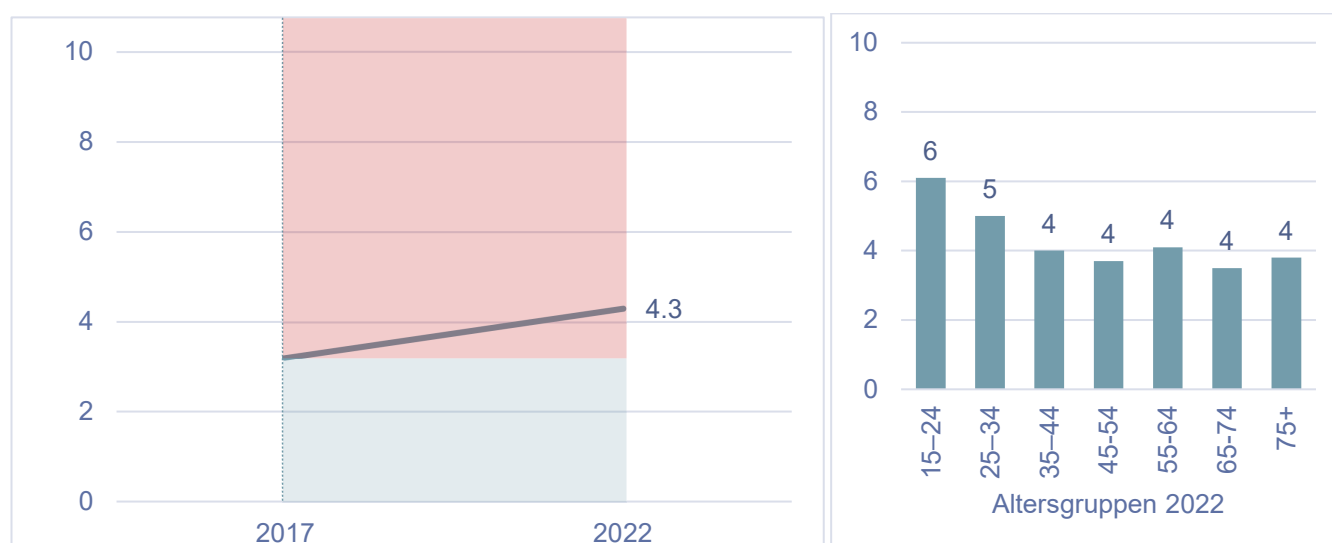


Abbildung 4.6.1: Risikoreiches oder problematisches Geldspiel. Quelle: www.MonAM.ch.

Bedeutung für Public Health

In der Schweiz tritt das Geldspiel in verschiedenen Formen auf, beispielsweise als Spiele an Geldspielautomaten, Pokerpartien, Sportwetten oder Lotteriespiele. Neben Personen, die über einen risikoarmen oder moderat risikoreichen Umgang mit dem Geldspiel verfügen, gibt es problematisch Spielende. Betroffene, welche die Kontrolle über ihr Spielverhalten verlieren, orientieren oft ihren gesamten Alltag am Geldspiel. Dieses Verhalten kann gravierende Folgen für das familiäre und berufliche Umfeld haben. Häufig entstehen finanzielle Probleme im Zusammenhang mit der Spielsucht. Der Schutz der Spielenden vor den sozial schädlichen Auswirkungen des Spielbetriebs ist ein zentrales Anliegen, das im Geldspielgesetz verankert ist.



Prävalenz des risikoreichen oder problematischen Geldspiels

Anteil der Bevölkerung 2022 in %



Abbildung 4.6.2: Risikoreiches oder problematisches Geldspiel. Quelle: www.MonAM.ch.

Einordnung

Im Jahr 2019 ist das neue Geldspielgesetz in Kraft getreten. Das Gesetz lässt neu Online-Geldspiele von Casinos mit Sitz in der Schweiz sowie die Werbung hierfür zu. Dazu ist die Bewilligung der Eidgenössischen Spielbankenkommission (ESBK) nötig. Dies hat die Angebotslandschaft deutlich verändert. Online-Geldspiele sind nun jederzeit und überall verfügbar. Seither zeigt sich ein starker Anstieg der jährlichen Meldungen neuer Geldspielsperren (Inzidenz). Diese Daten geben jedoch keinen Aufschluss darüber, weshalb die Spielenden gesperrt wurden, etwa aufgrund einer Selbstsperrung, aufgrund von Früherkennungskriterien oder wegen administrativen Prozessen (z.B. fehlende Unterlagen über die Vermögenssituation). Die Entwicklung des Trends der gesperrten Geldspielenden gibt einen ersten Hinweis über die Verbreitung problematischen und risikoreichen Geldspiels in der Schweiz (Prävalenz). Beide Indikatoren verweisen auf einen Anstieg problematischen Geldspiels in der Schweiz.

Definition

Dieser Indikator basiert auf der Studie von Dey et al. (2019). In Anlehnung an Haug et al. (2015) ermittelt diese Studie das Geldspielverhalten mit einer Kombination der beiden Erhebungsinstrumente "Lie/Bet" und "NODS-CLiP". Die Daten stammen aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung. Der Indikator zeigt den Anteil der Personen, welche angeben, problematisch oder risikoreich Geldspiel zu spielen, im Vergleich zu den anderen Spielverhalten (risikoarm/nie im Leben). Es kann nicht zwischen terrestrischen und Online-Spielen unterschieden werden.



4.7 Problematische Internetnutzung (Alter: 15+)

In der Schweiz nutzen 6,8 % der Bevölkerung ab 15 Jahren im Jahr 2022 das Internet in einer Form, die als problematisch definiert wird. Seit 2017 ist dieser Anteil stark gestiegen. Frauen und Männer sind in etwa gleichermassen davon betroffen. Der Anteil an Personen mit einer problematischen Internetnutzung ist im Alter zwischen 15 und 24 Jahren deutlich am höchsten (22,2 %) und nimmt mit zunehmendem Alter stark ab. Personen mit einer hohen Bildung nutzen das Internet häufiger in einem problematischen Ausmass.

Ziel
Suchterkrankungen
werden verhindert

Prävalenz der problematischen Internetnutzung

Anteil der Bevölkerung in %

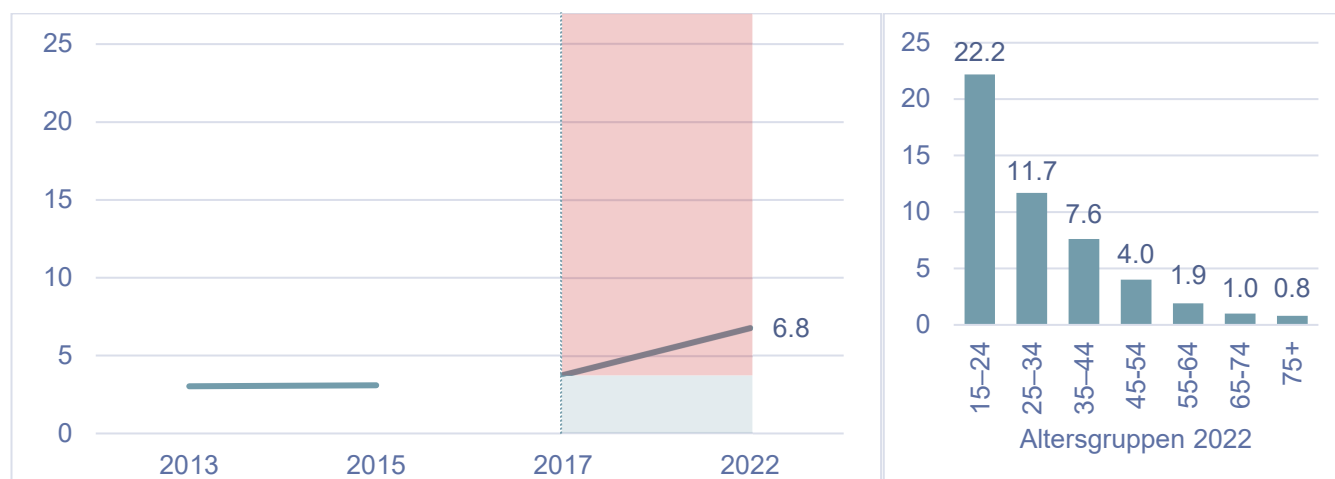


Abbildung 4.7.1: Problematische Internetnutzung. Quelle: www.MonAM.ch.

Bedeutung für Public Health

Mit der weit verbreiteten Nutzung von Internet und sozialen Medien entwickelten sich auch neue Suchtformen wie beispielsweise eine suchtartige Internetnutzung. Dies hat zur Folge, dass sich auch die Gesellschaft in den letzten Jahren immer stärker mit diesen neuen Suchtformen auseinandersetzen und Gegenmassnahmen ergreifen muss. Aus Sicht der Strategie Sucht wird dem Thema Internetnutzung besondere Aufmerksamkeit geschenkt, denn es ist ein wichtiges Anliegen, flexibel auf neue Gefährdungen mit entsprechenden Präventions- und auch Suchthilfeangeboten reagieren zu können.



Prävalenz der problematischen Internetnutzung

Anteil der Bevölkerung 2022 in %

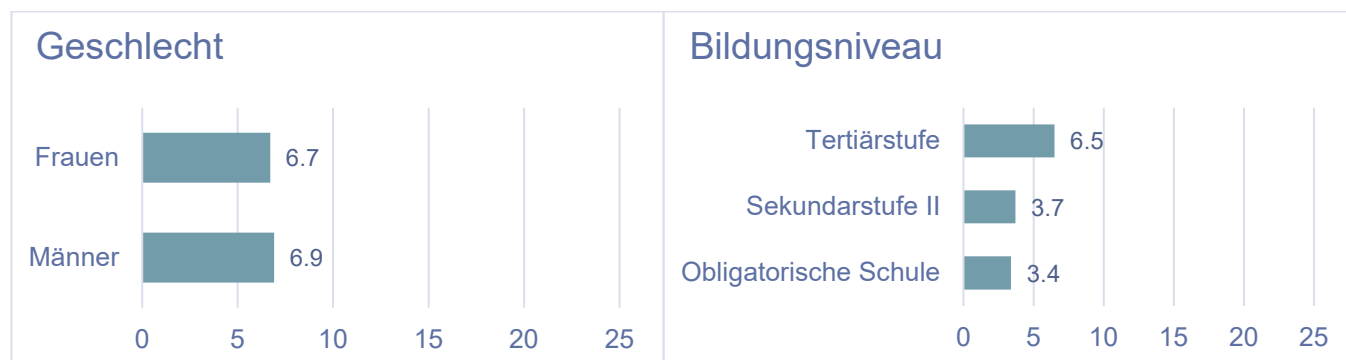


Abbildung 4.7.2: Problematische Internetnutzung. Quelle: www.MonAM.ch.

Einordnung

Insgesamt zeigt sich ein deutlicher Anstieg der problematischen Internetnutzung seit 2017. Jugendliche sind im Vergleich zu älteren Personen deutlich häufiger davon betroffen. Es ist jedoch bisher unklar, ob dies stets auf jüngere Personen zutrifft (Alterseffekt) oder ob es ein spezifisches Problem der aktuell jüngeren Bevölkerung ist (Kohorteneffekt) und diese auch später, wenn sie älter ist, weiterhin das suchtartige Verhalten zeigt. Die Erhebung der «problematischen Internetnutzung» gibt einen Überblick, aber keine Auskunft darüber, welche Onlineaktivitäten betroffen sind. So kann etwa nicht zwischen Personen unterschieden werden, die eine Videospielsucht, eine Geldspielsucht, eine suchtartige Nutzung sozialer Medien, suchtartiges Kaufverhalten oder eine problematische Nutzung von pornografischen Inhalten aufweisen. In den letzten Jahren hat sich die Datenlage zu den einzelnen problematischen Onlineaktivitäten verbessert. So zeigt sich für Mädchen zwischen 11 und 15 Jahren in der Schweiz ein starker Anstieg der Prävalenz der problematischen Nutzung sozialer Medien von 2018 (5 %) bis 2022 auf knapp 10 %. Jungen gleichen Alters sind davon deutlich weniger betroffen (4 %). Neu liegen ausserdem schweizweite Zahlen zum problematischen Gaming (Alter: 14-15 Jahre) vor. Laut HBSC 2022 sind knapp 3 % der videospielenden Mädchen und Jungen im Alter zwischen 14 und 15 Jahren von problematischem Gaming betroffen. Es ist zu erwarten, dass die Datenlage in der Schweiz künftig ein umfassenderes und detaillierteres Bild problematischen Online-Verhaltens zulässt.

Definition

Dieser Indikator wurde 2017 und 2022 auf Basis der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) berechnet. Er zeigt den Anteil der Personen ab 15 Jahren mit problematischer Internetnutzung. Die Erfassung der problematischen Internetnutzung basiert auf der Skala CIUS (Compulsive Internet Use Scale), die den Grad der problematischen Internnutzung misst. Für 2017 und 2022 wird die 8-Item-Kurzform des CIUS gemäss Gmel et al. (2019) angewendet. Für die Jahre 2013 und 2015 wurde in den Berichten des Suchtmonitorings die 14-Item-Form des CIUS angewendet. Um die Ergebnisse mit der SGB vergleichbar darzustellen, werden die Ergebnisse in diesem Indikator in der 8-Item-Kurzform gezeigt. Daher sind Abweichungen zu den Berichten des Suchtmonitorings möglich. Es sei darauf hingewiesen, dass die verwendete Skala keine Auskunft über die Art der Internetnutzung gibt (Notari et al. 2022).



4.8 Eintritte in ambulante Suchthilfe

Im Jahr 2022 waren in der Schweiz mehr als 25'000 Eintritte in Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe zu verzeichnen. Damit treten rund zwei Drittel ambulant in die Suchthilfe ein, ein weiteres Drittel stationär. Im Vergleich zu 2020 wurden 2022 in etwa gleichviele Eintritte in die ambulante Suchthilfe gemeldet. Ambulante und stationäre Eintritte haben insgesamt um 3 % zugenommen. Knapp die Hälfte der Eintritte in ambulante Suchthilfe entfallen 2022 auf das Hauptproblem Alkohol (47 %), gefolgt von Cannabis (12 %), Opioiden und Kokain (je 10 %).

Ziel
Abhängige Menschen erhalten die notwendige Hilfe und Behandlung

Anzahl Eintritte in Suchtbehandlung nach Setting

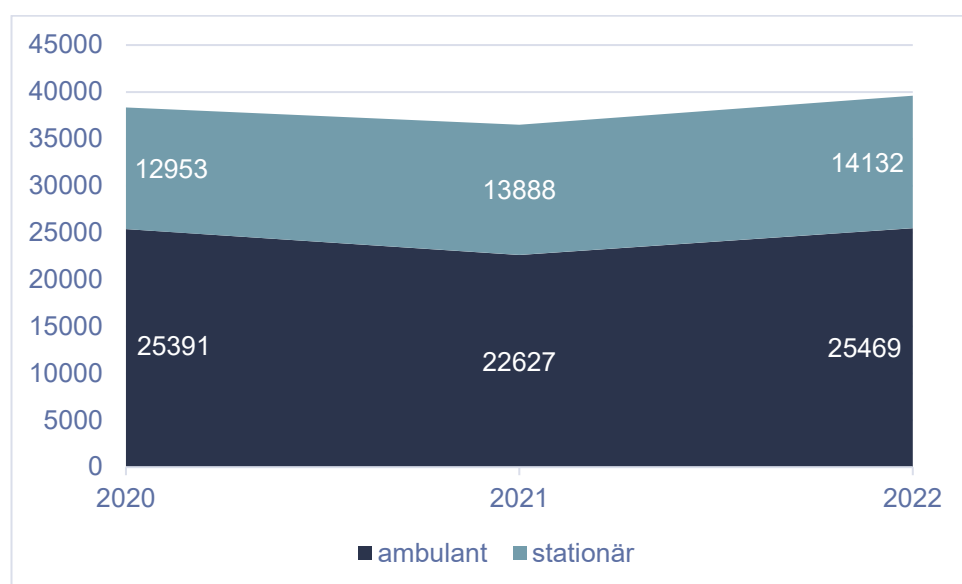


Abbildung 4.8.1: Ambulante Suchtbehandlungen. Quelle: [act-info-Institutionenbefragung](#).

Bedeutung für Public Health

Der Indikator gibt einen Überblick über Personen, die wegen ihres problematischen Konsums von Alkohol, Cannabis, Kokain, Opioiden oder anderen Substanzen oder Verhaltensweisen professionelle Hilfe aufsuchen. Die Prävalenz suchtbetroffener Menschen statistisch zu schätzen, ist herausfordernd. Deshalb stellt die Entwicklung der Behandlungseintritte eine wichtige zusätzliche Informationsquelle dar. Die Daten werden im Rahmen des *act-info* Monitoringsystems (Institutionenbefragung) erhoben. Damit lassen sich die Tendenzen in der Verbreitung des problematischen Substanzkonsums abschätzen. Die Entwicklung über Art und Umfang der Behandlungen weist indirekt auf die Konsumtrends der betreffenden Substanzen hin.

Eintritte in ambulante Suchthilfe nach Hauptproblem 2022

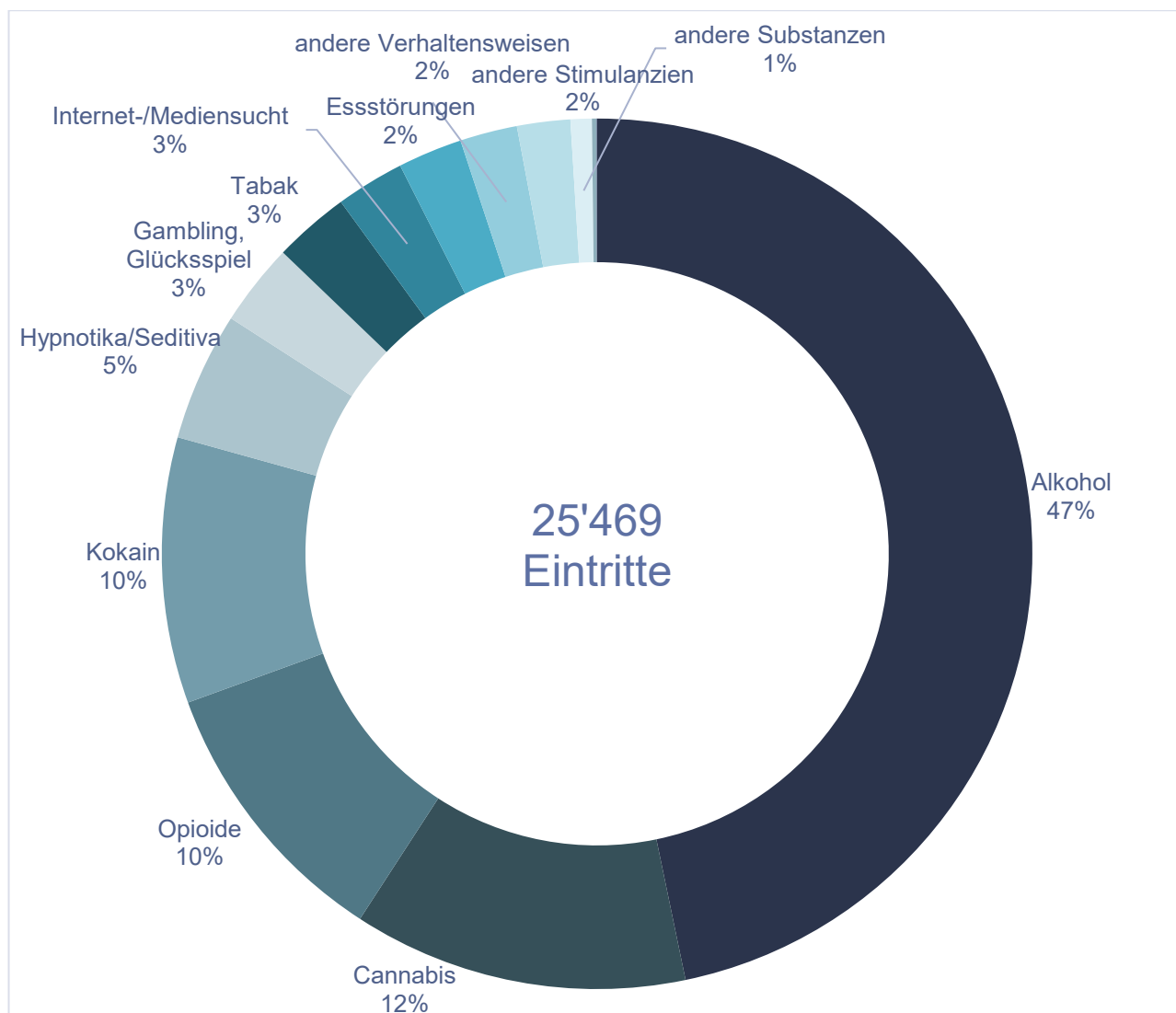


Abbildung 4.8.2: Ambulante Suchtbehandlungen. Quelle: [act-info-Institutionenbefragung](#).

Einordnung

Die Eintritte in Suchtberatung und -behandlung haben insgesamt leicht zugenommen. Dies ist auf den Anstieg bei der stationären Suchthilfe zurückzuführen. Die Eintritte in ambulante Suchthilfe sind im Vergleich zu 2020 vergleichbar. Neben dem hohen Anteil an Alkohol als Hauptproblemsubstanz fällt eine Zunahme bei den Hauptproblemen Opioiden, Kokain und Essstörungen sowie eine Abnahme bei Cannabis auf.

Die Entwicklung der Eintritte in ambulante Suchthilfe kann vielfältige Gründe haben. Einerseits kann die Entwicklung in der Inanspruchnahme die Konsumtrends widerspiegeln, wie bei Alkohol und Kokain. Andererseits ist es nicht auszuschliessen, dass eine Lücke zwischen Versorgungsbedarf und in Anspruch genommener Suchthilfe besteht (sog. treatment gap). Im Rahmen der act-info-Institutionenbefragung wird künftig die Herausforderung angenommen, verlässliche Informationen über die Verfügbarkeit von Suchthilfeangeboten bereitzustellen.

Definition

Der Indikator zeigt die Entwicklung der problembezogenen Behandlungseintritte im Bereich der ambulanten Suchthilfe. Personen, die Hilfe suchen, aber keinen Platz erhalten, sind nicht Teil dieses Indikators. Der Indikator wird im Rahmen act-info-Institutionenbefragung erhoben. act-info (The information network on addiction care and therapy in Switzerland) fasst die fünf im Bereich der Suchtberatung und -therapie geführten Statistiken in der Schweiz zusammen.



4.9 Spitalaufenthalte aufgrund substanzbedingter Störung

Im Jahr 2022 zählt man in der Schweiz 10 Spitalaufenthalte pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner im Zusammenhang mit einer substanzbedingten Störung (Haupt- oder Nebendiagnose). Der Trend ist in den letzten Jahren stabil. Die häufigsten Spitalaufenthalte sind im Zusammenhang mit Alkohol (6.3 pro 1'000 Einwohner/innen) zu verzeichnen. Ein Abhängigkeitssyndrom ist bei allen Substanzen bei weitem die häufigste Diagnose. Im Total, wie auch für fast jede Substanz einzeln, werden deutlich weniger Spitaleintritte im Zusammenhang mit substanzbedingten Störungen bei Frauen als bei Männern erfasst – mit Ausnahme von Sedativa oder Hypnotika.

Ziel

Abhängige Menschen erhalten die notwendige Hilfe und Behandlung

Spitalaufenthalte mit Haupt- oder Nebendiagnose einer substanzbedingten Störung

Rate pro 1'000 Einwohnende, Total der psychotropen Substanzen

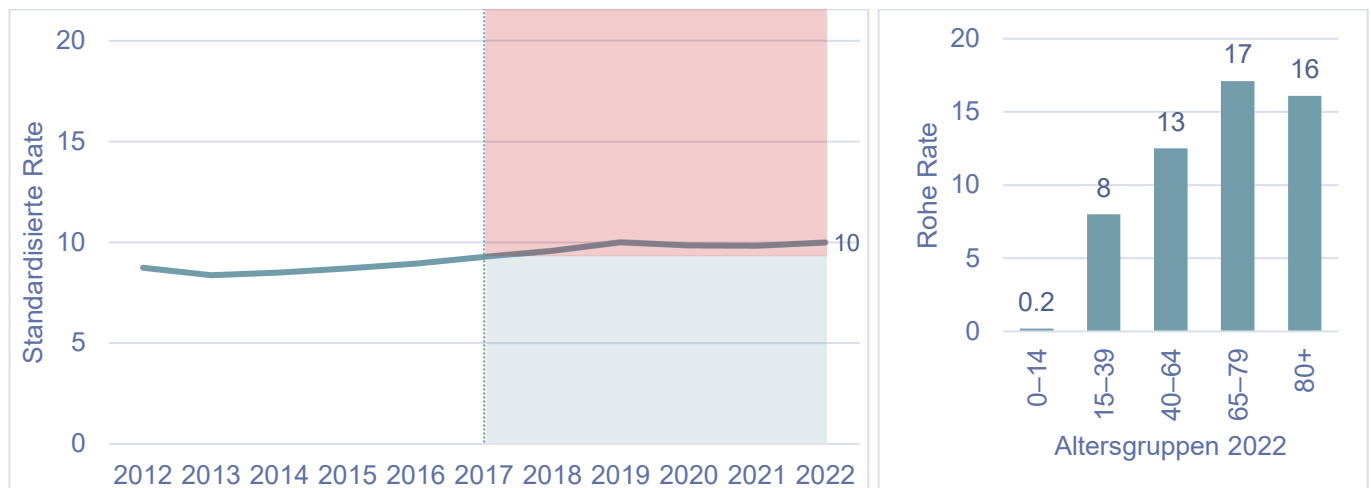


Abbildung 4.9.1: Spitalaufenthalte aufgrund substanzbedingter Störung. Quelle: www.MonAM.ch.

Bedeutung für Public Health

Der Konsum von psychoaktiven Substanzen kann schädliche Auswirkungen haben. Der vorliegende Indikator, der die Spitalaufenthalte im Zusammenhang mit einer substanzbedingten Störung zählt, weist auf bestimmte Folgen hin. Berücksichtigt wird eine Reihe illegaler (beispielsweise Opioide und Cannabinoide) und legaler (beispielsweise Alkohol und Tabak) Substanzen. Der Indikator gibt auch Auskunft über die Form der Störung. 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 jenen aus dem sozialmedizinischen und psychosozialen Bereich.



Diagnosen bei Spitalaufenthalten durch psychotrope Substanzen

Anteil in % 2022

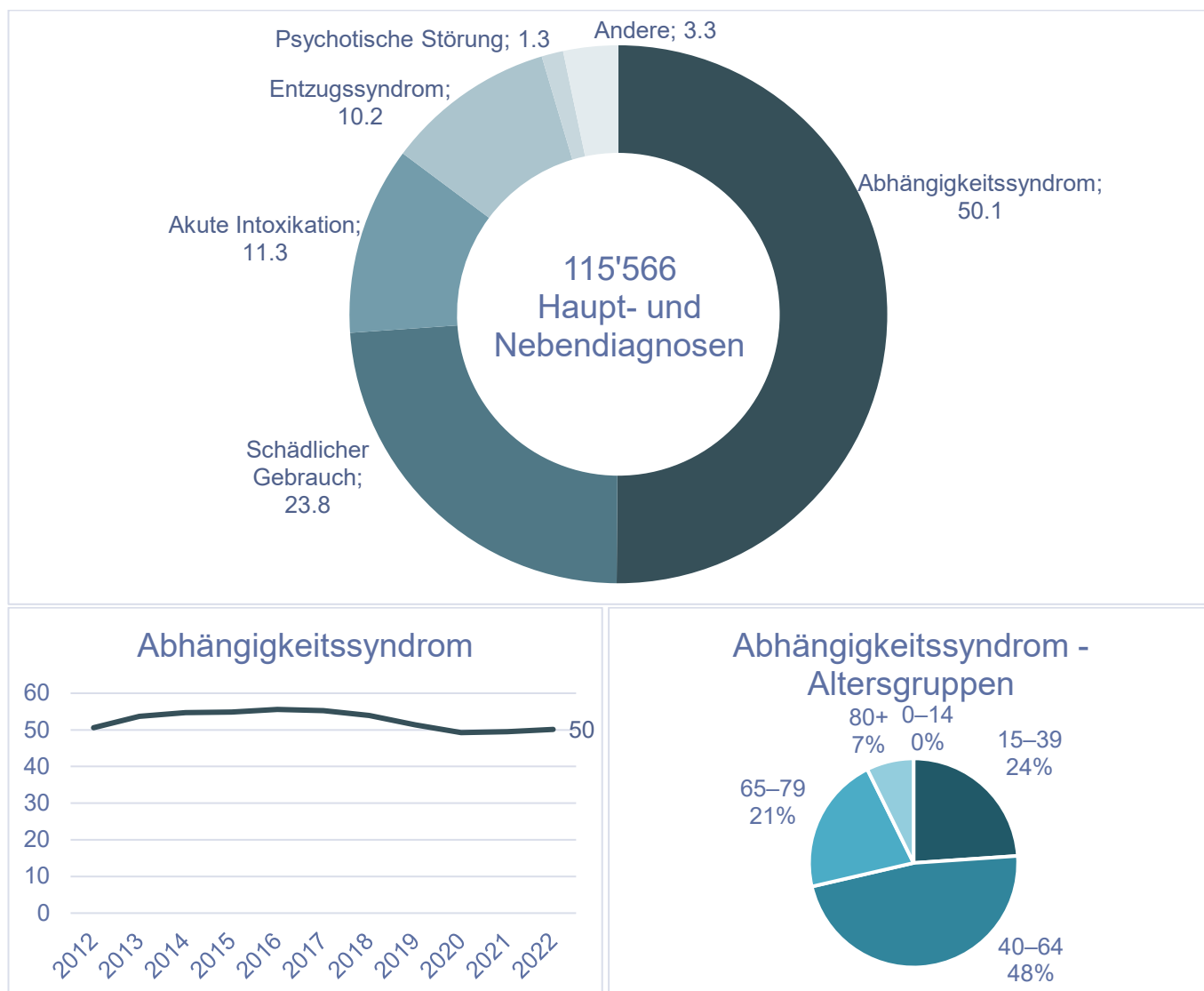


Abbildung 4.9.2: Spitalaufenthalte aufgrund substanzbedingter Störung. Quelle: www.MonAM.ch.

Einordnung

Die Rate an Hospitalisierungen durch psychotrope Substanzen ist seit 2017 insgesamt leicht gestiegen. Dies ist auf den Anstieg bei Alkohol, Sedativa/Hypnotika, Cannabinoide und Kokain zurückzuführen bei gleichzeitigem Rückgang bei Tabak. Bei den Diagnosen zeigte sich eine Verschiebung der Anteile vom Abhängigkeits- zum Entzugssyndrom. Von einem Entzugssyndrom sind mehr jüngere Personen, von einem Abhängigkeitssyndrom mehr ältere Personen betroffen. Der Konsum von Alkohol trägt knapp zwei Drittel zu Hospitalisierungsrate durch psychotrope Substanzen bei und stieg trotz des generellen Konsumrückgangs bei Alkohol vor allem bei Personen ab 65 Jahren an. Dieser Rückgang kann sich zeitlich versetzt auf die Anzahl Alkoholabhängiger auswirken. Hinsichtlich Cannabis und Kokain ist die Entwicklung der Hospitalisierungen kongruent zu den Konsumtrends zunehmend.

Definition

Dieser Indikator wurde mit den Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser berechnet. Er gibt die Rate der Spitalaufenthalte aufgrund einer substanzbedingten Störung in somatischen oder psychiatrischen Kliniken pro 1000 Einwohner/innen wieder. Die Daten wurden nach der Altersstruktur der europäischen Standardbevölkerung 2010 (European Commission 2013) standardisiert. Für das Total der Spitalaufenthalte wurden alle Fälle berücksichtigt, bei denen als Haupt- oder Nebendiagnose eine psychische oder Verhaltensstörung durch folgende psychotrope Substanzen (gemäss Einteilung der ICD-10-GM: F10-F19) festgestellt wurde: Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Sedativa oder Hypnotika, Kokain, Andere Stimulanzien, Halluzinogene, Tabak, Flüchtige Lösungsmittel, Multipler Substanzgebrauch und andere psychotrope Substanzen.



4.10 Suchtbehandlungen in stationären psychosozialen Institutionen (Eintritte)

Im Jahr 2022 waren in der Schweiz etwas mehr als 1'000 Eintritte in Einrichtungen der stationären psychosozialen Suchthilfe zu verzeichnen. Das entspricht 7 % der Eintritte in die stationäre Suchthilfe (psychosoziale plus medizinische Angebotsorientierung). Im Vergleich zu 2020 wurden 2022 etwa gleich viele Eintritte in die stationäre psychosoziale Suchthilfe gemeldet. Insgesamt ist die Anzahl an Eintritten in die stationäre Suchthilfe um 9 % angestiegen, was auf die medizinische Angebotsorientierung zurückzuführen ist. Die Hälfte der Eintritte in stationäre psychosoziale Suchthilfe entfiel 2022 auf das Hauptproblem Alkohol, gefolgt von Kokain (24 %) und Opioiden (11 %).

Ziel
Abhängige Menschen erhalten die notwendige Hilfe und Behandlung

Anzahl Eintritte in stationäre Suchthilfe nach Orientierung des Angebots

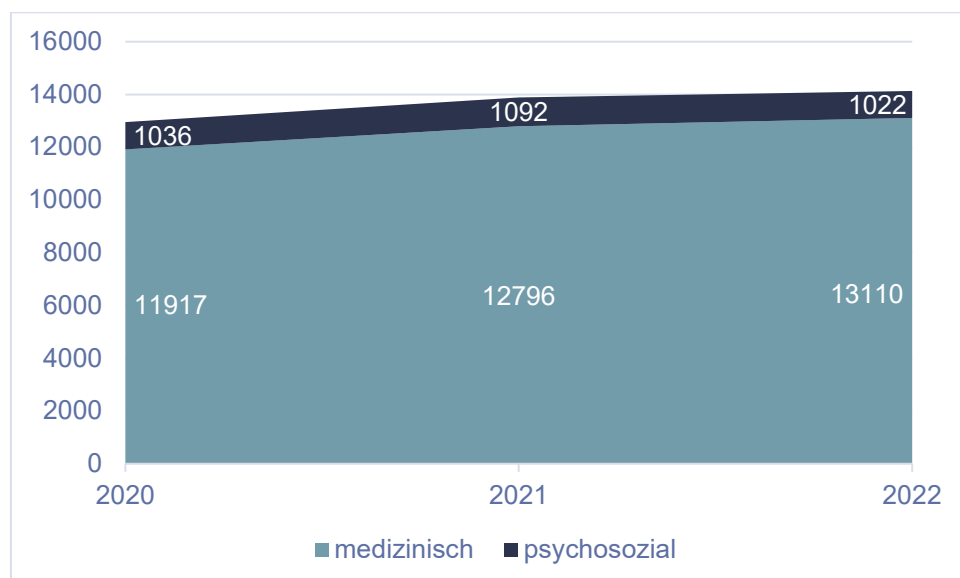


Abbildung 4.10.1: Suchtbehandlungen in stationären psychosozialen Institutionen. Quelle: [act-info-Institutionenbefragung](#).

Bedeutung für Public Health

Der Indikator gibt einen Überblick über Personen, die wegen ihres problematischen Konsums von Alkohol, Cannabis, Kokain, Opioiden oder anderen Substanzen oder Verhaltensweisen professionelle Hilfe mit stationärer Angebotsorientierung aufsuchen. Die Prävalenz suchtbetroffener Menschen statistisch zu schätzen, ist herausfordernd. Deshalb stellt die Entwicklung der Behandlungseintritte eine wichtige, zusätzliche Informationsquelle dar. Die Daten werden im Rahmen des *act-info* Monitoringsystems (Institutionenbefragung) erhoben. Damit lassen sich die Tendenzen in der Verbreitung des problematischen Substanzkonsums abschätzen. Die Entwicklung über Art und Umfang der Behandlungen weist indirekt auf die Konsumtrends der betreffenden Substanzen hin.

Anzahl Eintritte in stationäre psychosoziale Suchthilfe 2022

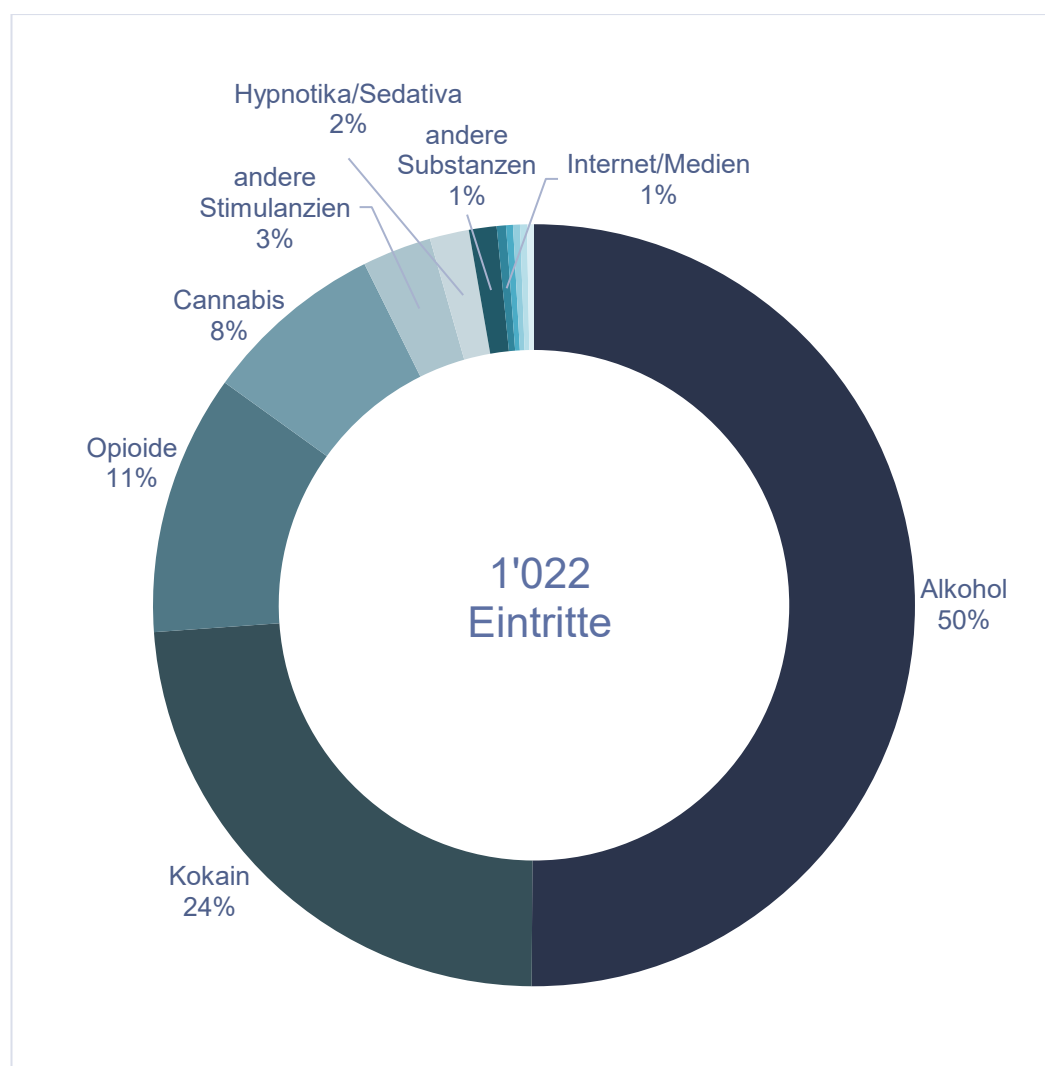


Abbildung 4.10.2: Suchtbehandlungen in stationären psychosozialen Institutionen.
Quelle: [act-info-Institutionenbefragung](#).

Einordnung

Die Zunahme der Eintritte bei der stationären Suchthilfe reflektiert den Trend bei den Hospitalisierungen aufgrund substanzbedingter Störung. Diese Zunahme ist auf einen Anstieg bei medizinisch orientierten stationären Angeboten zurückzuführen, welche über 90 % der stationären Eintritte in Suchthilfe ausmachen. Die psychosozial orientierten stationären Eintritte blieben stabil. Diese Entwicklung kann auch Ausdruck einer Verlagerungstendenz von psychosozial orientierten stationären Angeboten (Finanzierung durch Kantone und Gemeinden) zu medizinisch orientierten stationären Angeboten (Finanzierung durch die Krankenkassen) sein. Hinsichtlich der Anteile der Hauptsubstanzen zeigt sich, dass Alkohol sowohl bei ambulanter als auch stationärer Inanspruchnahme von Suchthilfeangeboten mit knapp der Hälfte die grösste Hauptproblemsubstanz darstellt. Auf den weiteren Rängen folgen Cannabis, Kokain und Opiode. Es ist nicht auszuschliessen, dass eine Lücke zwischen Versorgungsbedarf und in Anspruch genommener Suchthilfe besteht (sog. treatment gap). Im Rahmen der act-info-Institutionenbefragung wird künftig die Herausforderung angenommen, verlässliche Informationen über die Verfügbarkeit von Suchthilfeangeboten bereitzustellen.

Definition

Der Indikator zeigt die Entwicklung der problembezogenen Behandlungseintritte im Bereich der stationären psychosozialen Suchthilfe. Personen, die Hilfe suchen, aber keinen Platz erhalten, sind nicht Teil dieses Indikators. Der Indikator wird im Rahmen der act-info-Institutionenbefragung erhoben. act-info (The information network on addiction care and therapy in Switzerland) fasst die fünf im Bereich der Suchtberatung und -therapie geführten Statistiken in der Schweiz zusammen.



4.11 Alkoholbedingte Mortalität (Alter: 15-74)

Im Jahr 2017 wurden 1553 Todesfälle in der Schweiz dem Alkoholkonsum zugeschrieben. Bei Männern wurden mit 1190 deutlich mehr alkoholbedingte Todesfälle geschätzt als bei Frauen (363). Somit sterben jeden Tag eine Frau und mehr als 3 Männer zwischen 15 und 74 Jahren in der Schweiz aufgrund übermässigen Alkoholkonsums. Die Rate der alkoholbedingten Todesfälle war bei den Männern seit dem ersten Messzeitpunkt 1997 rückläufig, bei den Frauen blieb sie bis 2011 konstant (standardisierte Rate pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner) und war von 2011 bis 2017 rückläufig. 2017 starben pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner 35 Männer und 11 Frauen an alkoholbedingten Krankheiten respektive Unfällen. Der Anteil der alkoholbedingten Todesfälle an allen Todesfällen lag bei den Männern über alle Messjahre stabil bei rund 10 %, bei den Frauen hatte er von 1997 bis 2011 leicht zugenommen und war danach bis 2017 (5,2 %) wieder etwas gesunken. Bei den 15- bis 24-Jährigen machen die alkoholbedingten Todesfälle etwa 18 % bei den Männern und ca. 10 % bei den Frauen aus. Krebs und Krankheiten des Verdauungssystems sind 2017 für mehr als die Hälfte der alkoholbedingten Todesfälle die Hauptursache.

Ziel

Gesundheitliche und soziale Schäden werden vermindert

Alkoholbedingte Mortalität

Standardisierte Rate pro 100'000 Einwohnende (Alter: 15-74)

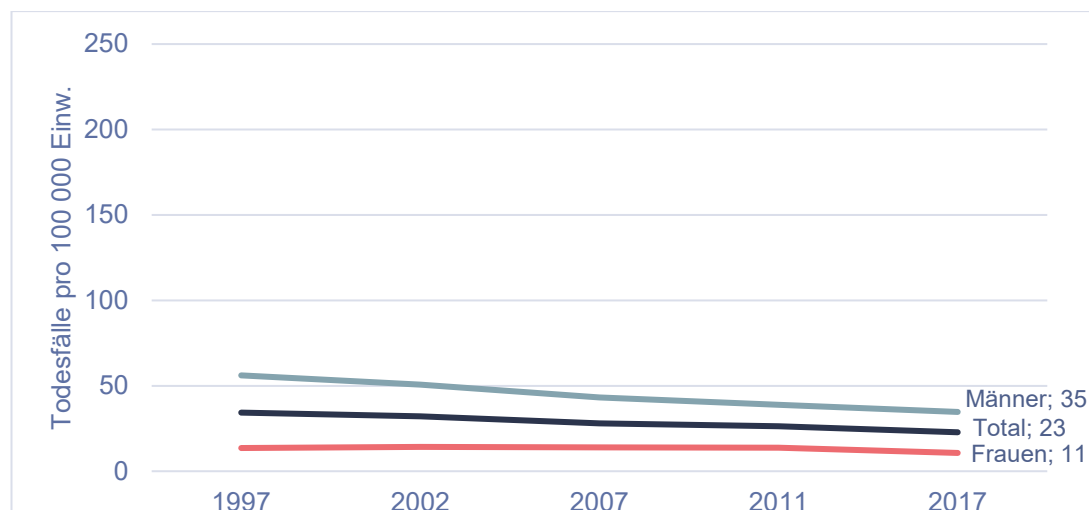


Abbildung 4.11.1: Alkoholbedingte Mortalität. Quelle: www.MonAM.ch.

Bedeutung für Public Health

Alkohol ist bei punktuell risikoreichem Konsum eine wichtige Ursache für Unfälle und bei chronischem Konsum mitverantwortlich für nichtübertragbare Krankheiten und Suizide. Als Todesursachen findet man vor allem Verletzungen/Unfälle, Suizide, Krebserkrankungen und Leberzirrhose. Es gibt indessen deutliche Unterschiede der Todesursachen zwischen den Altersgruppen. Bei jungen Erwachsenen sind es vor allem Verletzungen/Unfälle, im höheren Alter kommen zunehmend Leberzirrhosen, Alkoholabhängigkeit und später Krebserkrankungen dazu. Der Indikator zur alkoholbedingten Mortalität gibt Hinweise auf die Entwicklung der Auswirkungen des Alkoholkonsums bei Männern und Frauen. Er unterstützt damit die Planung von Interventionen.



Alkoholbedingte Todesfälle 2017 nach Hauptursachen

Anteile in %

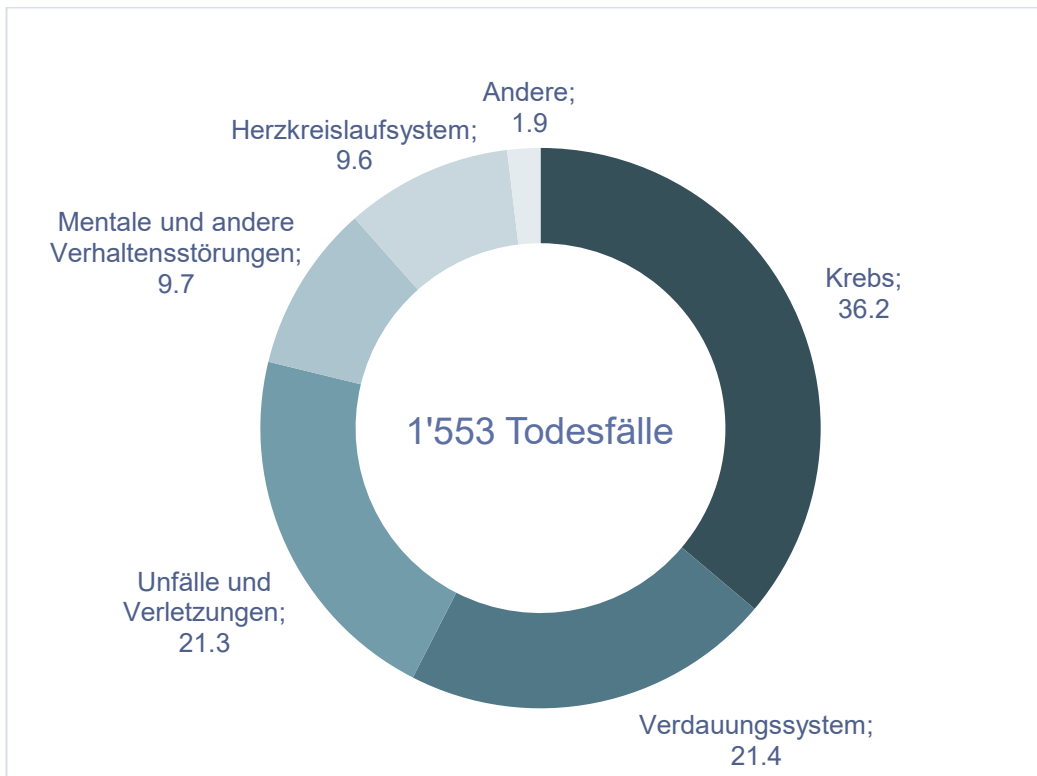


Abbildung 4.11.2: Alkoholbedingte Mortalität. Quelle: www.MonAM.ch.

Einordnung

Der rückläufige Trend bei der alkoholbedingten Mortalität reflektiert den allgemeinen Rückgang in den Konsumprävalenzen von Alkohol. Diese Entwicklung ist auf die Abnahme des Alkoholkonsums bei Männern zurückzuführen. Bei Frauen haben sich diese Zahlen in den letzten Jahren kaum verändert. Den grössten Anteil an den alkoholbedingten Todesfällen hatten 2017 Krebserkrankungen, welche vor allem im höheren Alter auftreten. Letztere haben seit 2011 anteilmässig zugenommen und Unfälle und Verletzungen, welche über die Altersgruppen gleichverteilt sind und eine Abnahme zu verzeichnen hatten, als Hauptursache abgelöst.

Definition

Dieser Indikator basiert auf den Schätzungen der Studie von Gmel (2020). Datengrundlagen für die Schätzungen sind die Schweizerische Gesundheitsbefragung und die Todesursachenstatistik sowie weitere Datenquellen. Weitere Angaben dazu können der Originalliteratur entnommen werden. Der Indikator gibt die Anzahl, die standardisierte Rate und den Anteil der geschätzten alkoholbedingten Todesfälle der 15-74-jährigen Männer und Frauen wieder. Der Anteil bezieht sich auf den Prozentanteil alkoholbedingter Todesfälle im Verhältnis zu den Gesamt-Todesfällen. Die standardisierte Rate gibt die Mortalitätsrate pro 100 000 Einwohner/innen wieder. Für die Standardisierung wurde die Altersstruktur der Schweizer Bevölkerung berücksichtigt. Die aufgeführten Schätzungen beziehen sich auf Personen bis 74 Jahre, da bis zu dieser Altersgruppe Daten genügender Qualität vorliegen.



4.12 Tabakbedingte Mortalität

Im Jahr 2017 werden in der Schweiz rund 9500 Todesfälle dem Tabakkonsum zugeschrieben. Dies entspricht etwa 14 % aller Todesfälle oder einem von sieben Todesfällen in diesem Jahr. Bei den Männern hat die Rate zwischen 1997 und 2017 von 212 auf 142 Todesfälle pro 100 000 Einwohner abgenommen, wobei die Kurve seit 2012 abflacht. Bei den Frauen ist die Rate über den ganzen Zeitraum relativ stabil bei rund 80 Todesfällen pro 100 000 Einwohnerinnen geblieben. Diese Tendenz lässt sich auch am Anteil der tabakbedingten Todesfälle an allen Todesfällen erkennen: Während dieser Anteil bei Männern rückläufig ist und 2017 bei 18,5 % liegt, hat er sich bei den Frauen nur geringfügig verändert (1997: 9,3 %, 2017: 10,2 %). Die häufigsten Ursachen für tabakbedingte Todesfälle sind Krebs und Herz-Kreislauferkrankungen mit einem Anteil von 45 % bzw. 26 % im Jahr 2017.

Ziel

Gesundheitliche und soziale Schäden werden vermindert

Tabakbedingte Mortalität

Rohe Rate pro 100'000 Einwohnende



Abbildung 4.12.1: Tabakbedingte Mortalität. Quelle: www.MonAM.ch.

Bedeutung für Public Health

Tabakkonsum ist der grösste Risikofaktor für Todesfälle in der Schweiz. Haupttodesursachen infolge von Tabakkonsum sind vor allem nichtübertragbare Krankheiten wie Herz-Kreislaufferkrankungen, Lungenkrebs und andere Krebsarten sowie die chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD). Der Indikator zur tabakbedingten Mortalität gibt Hinweise auf die Entwicklung der Auswirkungen des Tabakkonsums bei Männern und Frauen.



Tabakbedingte Todesfälle 2017 nach Hauptursachen

Anteile in %

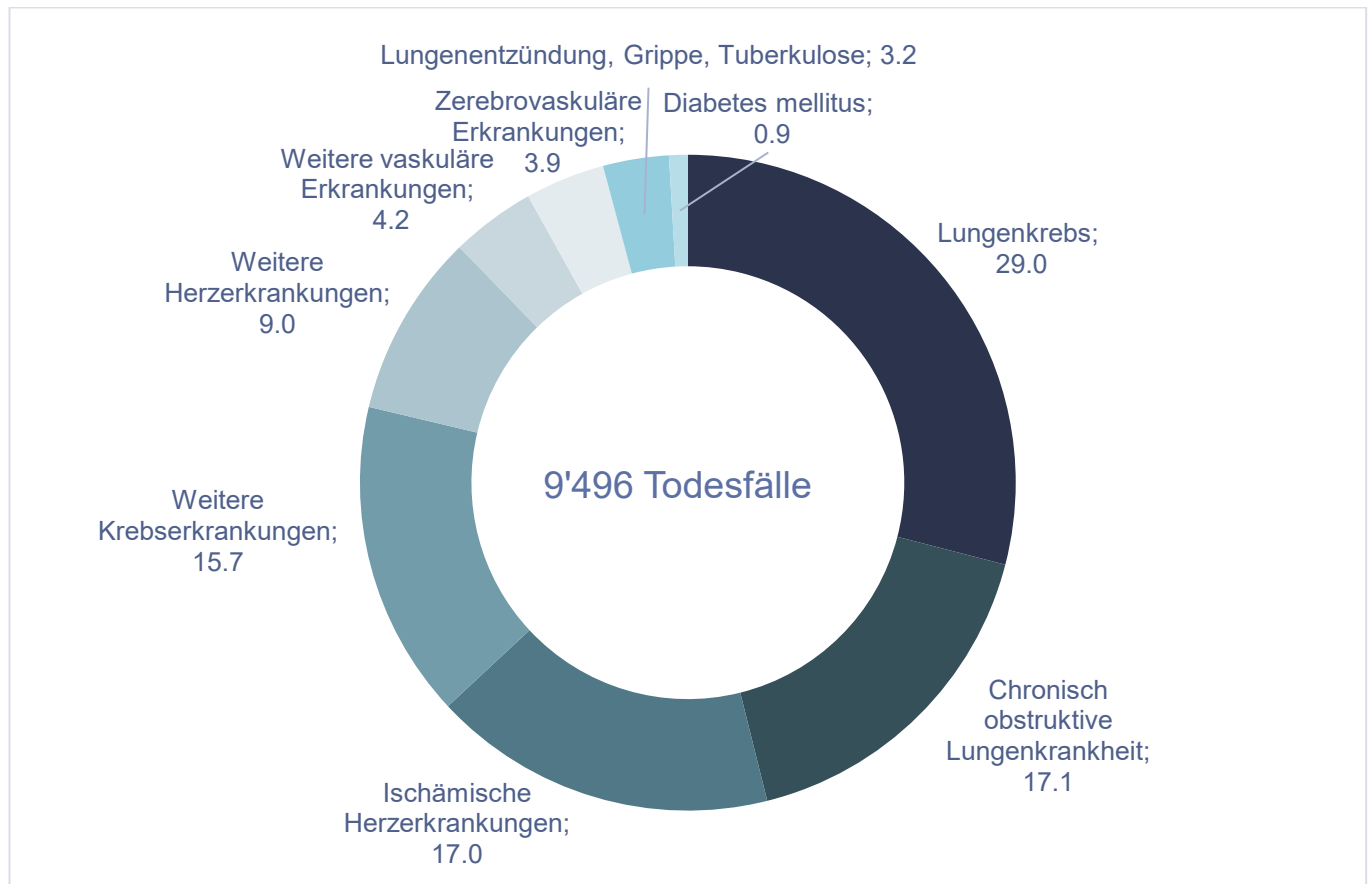


Abbildung 4.12.2: Tabakbedingte Mortalität. Quelle: www.MonAM.ch.

Einordnung

Der Rückgang der Anzahl der gerauchten Zigaretten und die verbesserte medizinische Versorgung spielen eine wichtige Rolle beim Rückgang der Sterblichkeitsrate. Der steigende Konsum von Zigaretten bei Frauen und die damit einhergehende Tabak- und Nikotinabhängigkeit in den letzten Jahrzehnten hat zu einem Anstieg der Sterblichkeit bei Frauen geführt, insbesondere durch Lungenkrebs. Es ist daher von Bedeutung, die weitere Entwicklung der Tabak- und Nikotinkonsummuster genau zu beobachten und Präventionsmassnahmen auch auf vulnerable Gruppen auszurichten.

Definition

Die Datengrundlagen für diesen Indikator sind die Schweizerische Gesundheitsbefragung, die Todesursachenstatistik, die Bevölkerungsstatistik des Bundesamtes für Statistik sowie weitere Datenquellen. Die Methodik der Berechnungen beruht auf einer Studie von Mattli et al. (2019). Die Details zu den Erkrankungen, die durch den Tabakkonsum entstanden sind und die Todesfälle verursacht haben, waren Gegenstand eines Zusatzauftrags an die Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Diese Resultate sind nur im MonAM verfügbar. Der Indikator gibt die Anzahl, die rohe Rate und den Anteil der geschätzten tabakbedingten Todesfälle an allen Todesfällen wieder. Die rohe (unstandardisierte) Rate gibt die Mortalitätsrate pro 100 000 Einwohner und Einwohnerinnen wieder. Die Schätzungen berücksichtigen ausschliesslich die durch das Rauchen von Tabak verursachte Krankheitslast. Andere Konsumarten von Tabak, wie beispielsweise Snus oder Schnupftabak, sowie weitere Formen des Nikotinkonsums, wie etwa E-Zigaretten, wurden nicht berücksichtigt. Auch die Krankheitslast des Passivrauchens wurde nicht berücksichtigt.



4.13 Drogentote

In der Schweiz ging die Zahl der Todesfälle aufgrund von Drogenmissbrauch von mehr als 350 Drogentoten im Jahr 1995 auf 121 Verstorbene im Jahr 2012 zurück. Seither zeigt sich wieder eine leichte Aufwärtstendenz: Im Jahr 2022 starben 160 Personen an Drogen, davon 116 Männer und 44 Frauen. Die drogenbedingten Todesfälle sind grossmehrheitlich auf den Konsum von Heroin zurückzuführen.

Ziel

Gesundheitliche und soziale Schäden werden vermindert

Drogentote

Anzahl Todesfälle mit Hauptdiagnose Drogenkonsum

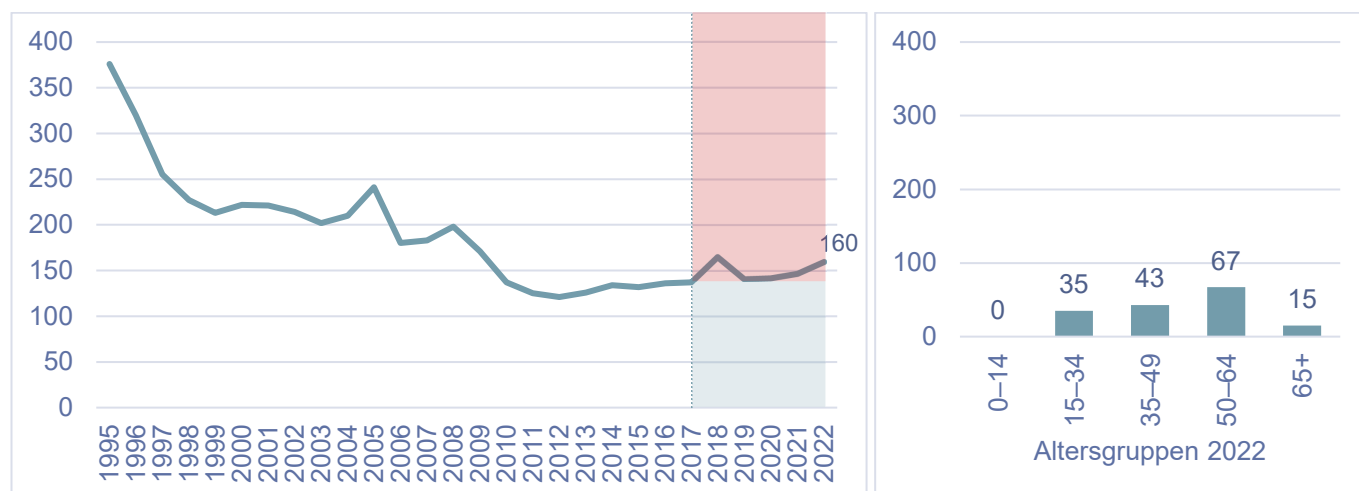


Abbildung 4.13.1: Drogentote. Quelle: www.MonAM.ch.

Bedeutung für Public Health

Dieser Indikator zählt die direkten Todesfälle aufgrund einer Vergiftung oder einer Überdosierung. Die Entwicklung über die Zeit gibt Hinweise auf die Häufigkeit des Konsums und die Bedingungen, unter denen er stattfindet. Günstige Rahmenbedingungen können Menschen vor einem vorzeitigen Tod bewahren. Der Indikator gibt das Ausmass drogenbedingter Todesursachen wieder und hilft mit bei der Beurteilung und Steuerung der Drogenpolitik.

Einordnung

Der Anstieg der Todesfälle aufgrund von Drogenmissbrauch seit 2012 ist auch unter Einbezug des Bevölkerungswachstums zu diagnostizieren und reflektiert die Zunahme des Konsums illegaler Substanzen. Ein weiterer Grund kann in der Alterung der Population liegen, welche an einer Heroinabhängigkeit leidet. Denn: Sowohl beim Konsum von Heroin als auch bei den Drogentoten zeigt sich eine Verschiebung hin zu höheren Altersgruppen.

Definition

Dieser Indikator basiert auf den Daten der Todesursachenstatistik des Bundesamtes für Statistik. Der Indikator stellt die Anzahl an Todesfällen infolge von Vergiftung und/oder Überdosierung pro Jahr dar. Die drogenbedingten Todesfälle werden gemäss ICD-10 Codes (ICD-10, WHO-Version) definiert. Es ist zu beachten, dass die dargestellten Zahlen die direkten Todesursachen umfassen. Todesfälle aufgrund einer schrittweisen Verschlechterung des Gesundheitszustands im Zusammenhang mit einem langfristigen Drogengebrauch werden nicht oder kaum berücksichtigt.



4.14 Volkswirtschaftliche Kosten durch Suchtverhalten

In der Schweiz verursachte Sucht im Jahr 2017 volkswirtschaftliche Kosten in der Höhe von 7,86 Mrd. Franken. Die Aufschlüsselung zeigt, dass Tabak die höchsten Kosten auslöste, gefolgt von Alkohol und illegalen Drogen. Bei der Forschung zu den Verhaltenssuchten in den Bereichen Geldspiel, Videospiele oder suchartiges Online-Verhalten handelt es sich um eine junge Disziplin, so dass erst wenige Daten vorliegen. Die Kosten des suchtähnlichen Geldspiels beliefen sich auf 221 Mio. Franken. Ausgaben im Gesundheitswesen, Kosten aufgrund von Produktivitätsverlusten und Kriminalität (Strafverfolgung) sind für die volkswirtschaftlichen Kosten von Sucht hauptverantwortlich. Ausgaben im Gesundheitswesen machten 2017 den grössten Teil der suchtbedingten Kosten aus (49 %). Auch direkte Produktivitätsverluste aufgrund suchtbedingter Krankheiten oder aufgrund der unmittelbaren Äusserungsformen der Sucht (z.B. durch Abwesenheit wegen Kater, Rausch am Arbeitsplatz) machten einen grossen Teil der Kosten aus (jeweils 20 %). Die Kosten, die durch Strafverfolgung und Produktivitätsverluste wegen frühzeitigen Todes entstehen, waren geringer.

Ziel
Negative Auswirkungen auf die Gesellschaft werden verringert.

Volkswirtschaftliche Kosten von Sucht 2017

in Mio. CHF

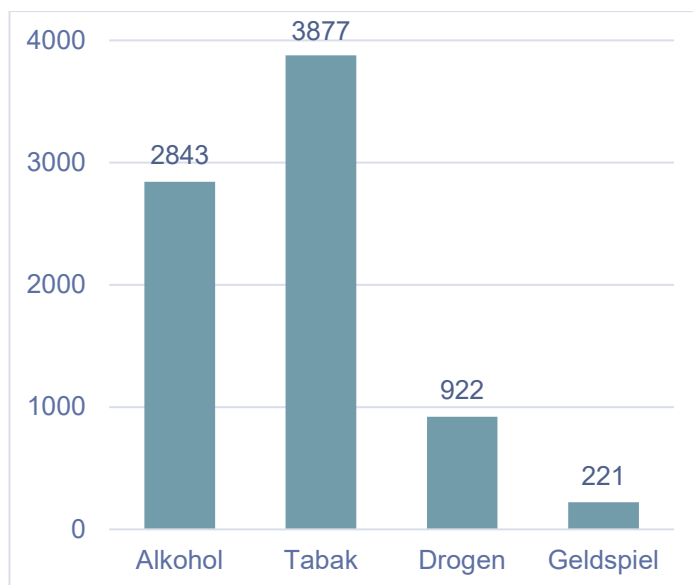


Abbildung 4.14.1: Volkswirtschaftliche Kosten durch Suchtverhalten. Quelle: www.MonAM.ch.

Bedeutung für Public Health

Sucht wirkt sich negativ auf die Gesundheit und Lebensqualität des betroffenen Menschen sowie des sozialen Umfelds aus. Sucht ist daher ein Public Health Problem, welches negative Folgen für Gesellschaft und Wirtschaft hat. Ein besseres Verständnis der Kosten von Sucht ermöglicht es, allen Akteuren bewusst zu machen, dass sich Prävention, eine angemessene Suchthilfe, Schadensminderung sowie eine ganzheitliche Suchtpolitik lohnen.



Kostenkomponenten von Sucht 2017

Anteile in %

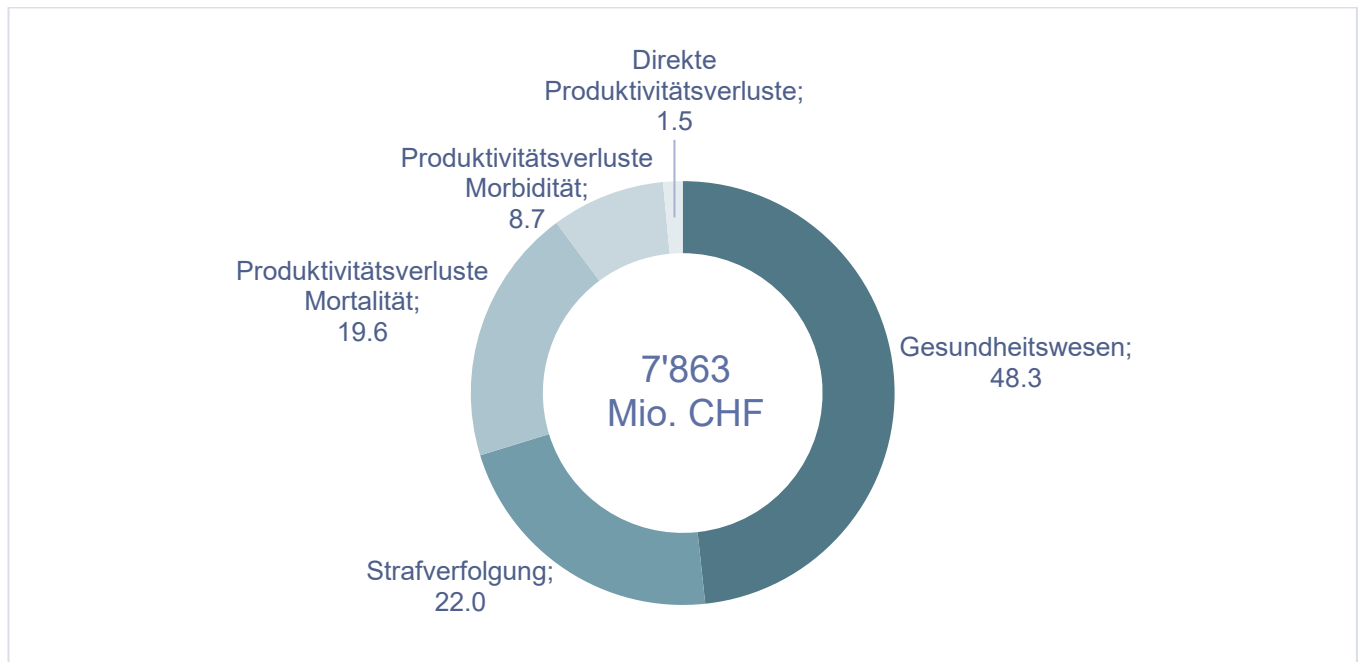


Abbildung 4.14.2: Volkswirtschaftliche Kosten durch Suchtverhalten. Quelle: www.MonAM.ch.

Einordnung

Die Kostenstudie von Fischer et al. (2020) zeigt, dass der Konsum von Tabak und Alkohol unter den psychotropen Substanzen die grössten volkswirtschaftlichen Kosten verursachen. Etwa 75 % der Kosten für Alkohol entfallen auf Produktivitätsverluste. Knapp 80 % der Kosten für Tabak fallen im Gesundheitswesen für die Behandlung von gesundheitlichen Schäden durch die Tabak- und Nikotinabhängigkeit an. Dies reflektiert die Unterschiede zwischen diesen beiden Substanzen in der Mortalität und in der Inanspruchnahme von psychosozial ausgerichteter Suchthilfe.

Definition

Dieser Indikator basiert auf der Studie von Fischer et al. (2020). Datengrundlagen für die Schätzungen sind neben der Schweizerischen Gesundheitsbefragung zahlreiche weitere Datenquellen. Nähere Angaben dazu können der Originalliteratur entnommen werden.



QUELLEN

- [1] Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (2016): Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017-2024. Bern.
- [2] Bundesamt für Gesundheit BAG (2015): Nationale Strategie Sucht 2017-2024. Bern.
- [3] Bundesamt für Gesundheit BAG (2016a): Indikatoren-Set für das Monitoring-System NCD. Ergänzendes Dokument zur Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten – 2017-2024. Bern.
- [4] Bundesamt für Gesundheit BAG (2016b): Indikatoren-Set für das Monitoring-System Sucht. Ergänzendes Dokument zur Nationalen Strategie Sucht – 2017-2024. Bern.



Diese Zusammenstellung enthält viele relevante Zahlen zu den Themen nichtübertragbare Krankheiten (NCD) und Sucht. Sind Sie an weiteren zuverlässigen Zahlen zu NCD und Sucht in der Schweiz interessiert? Unter www.MonAM.ch haben Sie einfachen Zugriff auf über 100 Gesundheitsindikatoren, darunter Daten zu Prävalenz, Kosten, Mortalität, Regulierung und Versorgung.

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Prävention und Gesundheitsversorgung
Sektion Wissenschaftliche Grundlagen
BAGncdGrundlagen@bag.admin.ch

DATUM
22.04.2024