



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Datenquellen für das NCD-Monitoring-System

Schlussbericht

Nicole Ruch

Januar 2016

Inhaltsverzeichnis

1	Executive Summary	5
2	Einleitung	6
3	Methodik.....	7
4	Übersicht Datenquellen pro Indikator	10
5	Übersicht Indikatoren pro Datenquelle	17
6	Beurteilung und Priorisierung der Datenquellen für die Indikatoren des NCD-Monitoring-Systems: Alphabetische Reihenfolge	22
6.1	Agrarstatistik	22
6.2	Arbeitsvolumenstatistik (AVOL) des BFS	23
6.3	BAGSAN: Sammlung von Individualdaten der Krankenversicherer des BAG	24
6.4	Bevölkerungsbefragung von Gesundheitsförderung Schweiz / Universität Lugano.....	25
6.5	Cohorte Lausannoise (CoLaus) und bus santé	27
6.6	Coop-Studie „Ess-Trends im Fokus“	28
6.7	C-Surf.....	29
6.8	Datenquellen zu „Diabetes“	30
6.9	Datenquellen zu „Prävention in der Gesundheitsversorgung“	33
6.10	Datenquellen zu „Strukturellen Massnahmen - Bewegung“	35
6.11	Datenquellen zu „Strukturelle Prävention“	36
6.12	Eidgenössische Alkoholverwaltung (EAV) – „Alkohol in Zahlen“.....	38
6.13	Erhebung Bauchumfang und Körpergewicht der ETH Zürich	39
6.14	Erhebung Familie und Generationen (EFG)	41
6.15	Erhebung Gesundheitszustand betagter Personen in Institutionen (EGBI)	42
6.16	European Energy Balance Research to Prevent Excessive Weight Gain among Youth (ENERGY).....	43
6.17	European Social Survey (ESS).....	44
6.18	European Working Conditions Survey (EWCS).....	45
6.19	EU-SILC von Eurostat.....	46
6.20	Evaluation von Aktionsversprechen <i>actionsanté</i>	48
6.21	Food Consumption Befragung	49
6.22	Freiwilligenmonitor	50
6.23	Gesundheitskompetenz-Erhebung	51
6.24	Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)	53
6.25	<i>Health Education Impact Questionnaire</i> (heiQ)	54
6.26	HomeCareData (Datenpool HCD)	56
6.27	International Health Policy Survey (IHP)	57
6.28	Invalidenversicherungs-Statistik des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV)	58
6.29	Job-Stress-Index-Erhebung	59
6.30	Kantonale Gesundheitskosten	61
6.31	KIWI Studien	61
6.32	Medizinische Statistik der Krankenhäuser des BFS	63
6.33	menuCH	65
6.34	Mikrozensus Verkehr und Mobilität des BFS und ARE	66
6.35	Monitoring Gewichtsdaten Schulärztliche Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich	67
6.36	Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung (NICER, Datensammlung).....	69
6.37	Nutri-Trend	70
6.38	Omnibus BFS.....	71

6.39	Omnibus BFS 2014 Modul MOSEB.....	72
6.40	Rekrutierungsdaten.....	73
6.41	Salzmonitoring (Studie zum Salzkonsum)	74
6.42	SASIS Datenpool	76
6.43	Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE) des BFS	77
6.44	Schweizerische Jugendbefragung (ch-x).....	79
6.45	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)	79
6.46	Schweizer Studie über Atemwegsbeschwerden und Allergien bei Schulkindern (SCARPOL).....	84
6.47	Sentinella-Meldesystem.....	85
6.48	Special Eurobarometer-Studie 246.....	86
6.49	Spitex-Statistik	86
6.50	Sport Schweiz	88
6.51	Sportinfrastruktur-Statistiken.....	89
6.52	Statistics on Income and Living Conditions (SILC).....	90
6.53	Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens.....	92
6.54	Statistik der Sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)	93
6.55	Statistik der Todesursachen des BFS	94
6.56	Suchtmonitoring Schweiz.....	95
6.57	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)	98
6.58	Swiss Children's Objectively Measured Physical Activity (SOPHYA)	99
6.59	Swiss Infant Feeding Study (SWIFS)	101
6.60	Swiss Study on Air Pollution and Lung Disease in Adults (SAPALDIA)	102
6.61	swisstopo-Daten zu Langsamverkehr und Bewegungszonen.....	103
6.62	TV-Nutzungsdaten von Mediapulse.....	105
6.63	Versicherungsdaten zur Pflegefinanzierung	106
6.64	Zentrales Migrationsinformationssystem (ZEMIS).....	108
7	Repräsentativität, gesicherte Daten und Datenlücken.....	109
7.1	Schwierigkeiten bei der Einschätzung der Repräsentativität.....	109
7.2	Weiterführung Suchtmonitoring	109
7.3	Gesicherte Datenquellen	110
7.4	Datenlücken	111
8	Weitere Herausforderungen und Hinweise von Expertinnen und Experten	118
8.1	Schwellenwert episodischer Alkoholkonsum bei 11–15-Jährigen (Indikator 18.2).....	118
8.2	Atemwegs-Erkrankungen unter 15 Jahren (Indikator 4.2).....	119
8.3	Atemwegs-Erkrankungen ab 15 Jahren (Indikator 4.1)	119
8.4	Risikobedingte Mortalitäten (Indikator 12.1 – 12.5)	119
8.5	Gesamtenergiekonsum Kinder / Jugendliche	119
8.6	Strukturelle Prävention in Settings (Indikator 39)	119
8.7	Übergewicht bei Kindern bis 6 Jahren	120
8.8	Ernährungsbedingte Mortalität (Indikator 12.3)	120
8.9	Diabetes-Erkrankungen unter 15 Jahren (Indikator 2.2)	120
8.10	Sonstiges	121

Verdankung

Die Autorin bedankt sich herzlich bei allen Personen der folgenden Institutionen, die hilfreich mit Informationen zu den Datenquellen oder den Indikatoren zur Verfügung gestanden habe: Bundesamt für Gesundheit (BAG), namentlich Nadine Stoffel-Kurt und Fabienne Keller, Bundesamt für Landestopografie (swisstopo), Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV), Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV), Bundesamt für Sport (BASPO), Bundesamt für Statistik (BFS), Bundesamt für Strassen (ASTRA), Büro für Politikanalyse und –beratung (Polsan), Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Eidgenössische Alkoholverwaltung (EAV), Eidgenössische Technische Hochschule (ETH) Zürich, Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW), Fédération romande des Consommateurs, Gesundheitsförderung Schweiz, Inselspital – Universitätsspital Bern, Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich, Kinderspital Zürich (Kispi), Kollegium für Hausarztmedizin (gesundheitscoaching-hhm.ch), Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK), Krankenversicherungen (CSS, Helsana), Krankenversicherungsverband Curafutura, Militärärztlicher Dienst (MilAzD), Nationales Institut für Krebsepidemiologie und –registrierung (NICER), Netzwerk swissprevent.ch, School of Health and Social Development, Melbourne, Australia, Schweizerische Diabetesgesellschaft, Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie, Schweizerische Gesellschaft für Ernährung (SGE), Schweizerische Gesellschaft für Sportmedizin (SGSM), Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Schweizerische Gesundheitsstiftung (Radix), Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK), Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut der Universität Basel (TPH), Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), SchweizMobil – Netzwerk für den Langsamverkehr, Staatssekretariat für Migration (SEM), Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO), Stiftung Careum, Swisspledge, Tabakpräventionsfonds des BAG, Verband Kinderbetreuung Schweiz (kibe Suisse), Verband Schweizer Wanderwege.

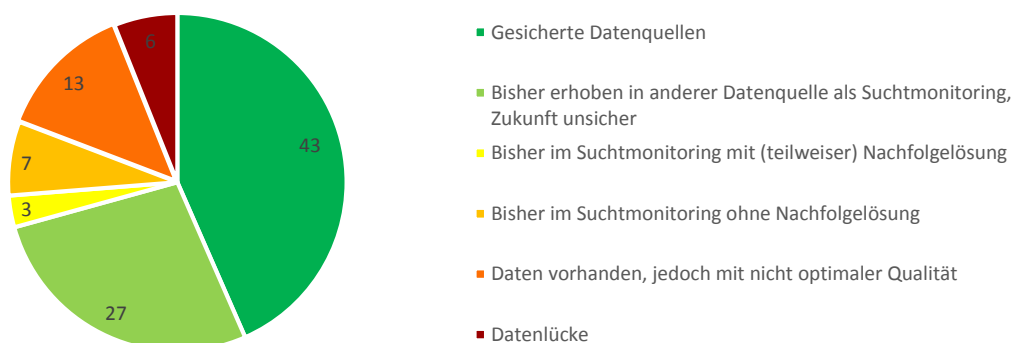
1 Executive Summary

Das geplante NCD-Indikatoren-Set umfasst aktuell 99 Indikatoren (Stand Dezember 2015). Das Set ist Grundlage für das zukünftige NCD-Monitoring System. Um die Indikatoren zu begutachten und mögliche Datenquellen zu bestimmen, wurden rund 80 Fachpersonen verschiedener Bundesämter, Stiftungen, Bildungsinstitutionen, privater Unternehmen sowie der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren mit ausgewiesenem Expertenwissen zu allen für das NCD-Monitoring relevanten Themenbereichen befragt. Diese Expertinnen/Experten begutachteten einerseits die Beschreibung der vorgeschlagenen Indikatoren und brachten dazu Änderungswünsche und Ergänzungen an. Sie beurteilten aber auch die verwendeten Datenquellen und konnten allenfalls zusätzlich vorhandene Quellen vorschlagen. Weiter wurden die Kontakte genutzt, um noch fehlende Informationen zu den vorgeschlagenen Datenquellen einzuholen.

Die Expertinnen/Experten beurteilten die Beschreibungen für die Indikatoren insgesamt als adäquat; entsprechende Vorschläge und Ergänzungen der Expertinnen/Experten wurden von den Autorinnen geprüft und in den allermeisten Fällen übernommen. Insgesamt wurden im Verlauf der Expertengespräche 64 Datenquellen vorgeschlagen und im vorliegenden Bericht begutachtet. Die Änderungen und Ergänzungen wurden in den Indikatorenbericht eingefügt und die Datenquellen mit ihren Eckwerten (Inhalt, Methodik, Periodizität, Stichprobenbeschreibung, etc.) in das vorbereitete Indikatorenraster des BAG eingetragen. Jede Datenquelle wurde so auf ihre Eignung für das Indikatorensystem geprüft und – falls vorhanden – mit möglichen weiteren Datenquellen verglichen. Schliesslich wurde bei jeder Datenquelle eine Empfehlung bezüglich deren Eignung für die Berechnung des entsprechenden Indikators abgegeben. Die Datenquelle, mit der die meisten der insgesamt 99 NCD-Indikatoren alimentiert werden, ist erwartungsgemäss die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB). Diese Quelle des Bundesamts für Statistik BFS kann für 35 der 99 Indikatoren genutzt werden. Jedoch befinden sich unter diesen 35 Indikatoren auch solche, die durch weitere Datenquellen ergänzt werden müssen oder bei denen der Detaillierungsgrad ungenügend ist.

Generell gestalteten sich der Vergleich und die Auswahl der Datenquellen als kompliziert. Im vorliegenden Bericht werden Daten von lediglich 45 der ursprünglich identifizierten 63 Datenquellen als adäquat für das NCD-Monitoring angesehen und für die Beschreibung von Messpunkten vorgeschlagen. Die Beurteilung der Datenquellen wurde bewusst konservativ und nach wissenschaftlichem Standard vorgenommen. Von der Verwendung der weiteren 18 Datenquellen wird hingegen abgeraten. Für 43 der insgesamt 99 NCD-Indikatoren gibt es eine gute Lösung mit einer gesicherten Datenquelle. Bei verschiedenen anderen Datenquellen ist die Weiterführung nicht gesichert (n=27). Da das Suchtmonitoring nach 2016 nicht mehr in der bestehenden Form weitergeführt wird, muss für die Indikatoren, die bisher in dieser Erhebung waren, eine Nachfolgelösung gefunden werden. Für 3 dieser Indikatoren gibt es eine mögliche Nachfolgelösung, für 7 Indikatoren gibt es noch keine solche Lösung. Bei weiteren 13 Indikatoren zeigen eine suboptimale Qualität (Abb. 1). Für 6 Indikatoren bestehen zudem Datenlücken, d.h. es sind auch keine Erhebungen zur Schliessung dieser Lücken geplant.

Abbildung 1 Übersicht über die Anzahl Indikatoren, nach Sicherstellung der Datenquelle



Darstellung Obsan

© Obsan 2015

2 Einleitung

Ausgangspunkt für das vorliegende Set von 99 NCD-Indikatoren war eine Auswahl dieser Indikatoren durch das Bundesamt für Gesundheit BAG gemeinsam mit zahlreichen Experten in einem partizipativen Prozess. Diese Indikatoren sind in einem separaten Indikatoren-Bericht beschrieben und begleiten die Nationale Strategie zur Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten (NCD-Strategie) 2017-2024.

Die Indikatoren wurden im Bericht des BAGs nach ihren Merkmalen beschrieben und mögliche Datenquellen zu deren Berechnung aufgeführt. Die Indikatoren sollen im vorliegenden Bericht durch weiteres Expertenwissen, insbesondere zu der Wahl der Datenquellen, überprüft werden. Zudem sollen die Datenquellen für die Indikatoren in Bezug auf Zugänglichkeit, Methodik, Kosten, allfällige Stichprobengrößen, Desaggregationsniveaus, etc. detailliert beschrieben werden.

3 Methodik

Die 99 Indikatoren des NCD-Monitoring-Systems des BAG wurden von rund 80 Fachpersonen aus verschiedensten Institutionen begutachtet. Die Expertinnen/Experten sollten einerseits die Beschreibung der Indikatoren begutachten und entsprechende Änderungen und Ergänzungen vorschlagen. Andererseits sollten die zur Berechnung vorgeschlagenen Datenquellen beurteilt und zusätzliche Quellen genannt werden. Weiter wurden die Kontakte genutzt, um fehlende Informationen zu den vorgeschlagenen Datenquellen einzuholen. Personen aus folgenden Institutionen wurden angefragt:

- Bundesamt für Gesundheit (BAG)
- Bundesamt für Landestopografie (swisstopo)
- Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV)
- Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV)
- Bundesamt für Sport (BASPO)
- Bundesamt für Statistik (BFS)
- Bundesamt für Strassen (ASTRA)
- Büro für Politikanalyse und –beratung (Polsan)
- Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
- Eidgenössische Alkoholverwaltung (EAV)
- Eidgenössische Technische Hochschule (ETH) Zürich
- Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW)
- Fédération romande des Consommateurs
- Gesundheitsförderung Schweiz
- Haute école santé Vaud (HESAV)
- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)
- Inselspital – Universitätsspital Bern
- Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich
- Kinderspital Zürich (Kispi)
- Kollegium für Hausarztmedizin (gesundheitscoaching-hhm.ch)
- Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK)
- Krankenversicherungen CSS
- Krankenversicherung Helsana
- Krankenversicherungsverband Curafutura
- Militärärztlicher Dienst (MilAzD)
- Nationales Institut für Krebs epidemiologie und –registrierung (NICER)
- Netzwerk swissprevent.ch
- School of Health and Social Development, Deakin University, Melbourne, Australia
- Schweizerische Diabetesgesellschaft
- Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie
- Schweizerische Gesellschaft für Ernährung (SGE)
- Schweizerische Gesellschaft für Sportmedizin (SGSM)
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)
- Schweizerische Gesundheitsstiftung (Radix)
- Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK)
- Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut der Universität Basel (TPH)

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva)
- SchweizMobil – Netzwerk für den Langsamverkehr
- Spitexverband
- Staatssekretariat für Migration (SEM)
- Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO)
- Stiftung Careum
- Swisspledge
- Tabakpräventionsfonds des BAG
- Verband Kinderbetreuung Schweiz (kibesuisse)
- Verband Schweizer Wanderwege

Bei verschiedenen Institutionen wurden mehrere Personen befragt, falls dort mehrere Datenquellen generiert werden.

Die Expertinnen/Experten wurden via Mail kontaktiert und die vom BAG ausgewählten Indikatoren mit Vorschlägen zu möglichen Datenquellen wurden ihnen vorgelegt. Die Fachpersonen hatten dann die Möglichkeit, via Mail, Telefon oder face-to-face die folgenden Fragen zu jedem Indikator zu beantworten:

- i. Finden Sie es adäquat, wie der Indikator beschrieben werden soll?
- ii. Kennen Sie andere mögliche Datenquellen?
- iii. Wenn es mehrere Datenquellen gibt, welche ziehen Sie vor?
- iv. Warum ziehen Sie diese Datenquelle vor?
- v. Gibt es Informationen zur Periodizität, Datenqualität, Auswertungsaufwand oder Kosten, von denen wir Kenntnis haben sollten?
- vi. Haben Sie allgemeine Kommentare zum jeweiligen Indikator?

Zudem wurde den Befragten die Möglichkeit gegeben, direkt im Text des entsprechenden Indikatoren-Blattes Änderungen oder Kommentare anzubringen. Auch wurden Ergänzungen zur weiteren Beschreibung der Indikatoren wie die Stichprobengrösse der Datenquellen, das Alter der Teilnehmer/-innen der Erhebung, die Möglichkeiten der Disaggregation sowie die Aktualisierbarkeit und Periodizität der Quelle gesammelt und abgeklärt. Oft mussten solche Merkmale auch per Internetsuche und Literaturrecherche nachträglich ergänzt werden.

Von vier der angefragten 46 Institutionen waren keine Informationen erhältlich, weil sie angaben, zu wenig kompetent zu sein (HESAV, kibe) oder sich nicht zurückmeldeten (Spitexverband, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)). Alle anderen Institutionen hingegen begutachteten diejenigen Indikatoren, die Ihnen aufgrund einer Einschätzung ihres Fachwissens zugestellt worden waren, und die zur Berechnung vorgeschlagenen Datenquellen. Viele schlugen zusätzliche Datenquellen vor.

Mit diesen Informationen wurden im vorliegenden Bericht alle Datenquellen möglichst detailliert beschrieben und ihre wichtigsten Merkmale in einer Übersichtstabelle zur besseren Vergleichbarkeit zusammengefasst. Die Übersichtstabellen enthalten zusätzlich zum Beschrieb der Indikatoren die Felder „Art der Erhebung“ (Vollerhebung oder Stichprobenerhebung), „Messmethode“, „Grundgesamtheit“, „Mögliche Kosten“ und „Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit“.

Jede Datenquelle, die auf ihre Eignung für das Indikatorensystem geprüft worden war, wurde – falls vorhanden – mit möglichen weiteren Datenquellen verglichen. Schliesslich wurde bei jeder Datenquelle eine Empfehlung bezüglich deren Eignung für die Berechnung des entsprechenden Indikators abgegeben. Parallel dazu wurden die Änderungen und Ergänzungen auch in den Indikatorenbericht eingefügt und die Datenquellen mit ihren Eckwerten (Inhalt, Methodik, Periodizität, Stichprobenbeschreibung, etc.) in das vorbereitete Indikatorenraster des BAG eingetragen.

Bei der Beurteilung der Kosten werden generell die Kosten für den Datenbezug angegeben, Kosten für Analysetätigkeiten nur in Ausnahmefällen. Es wurde folgende Einteilung verwendet: Genaue Höhe der Kosten in Franken oder „Keine Kosten“ oder „Höhe der Kosten unbekannt“. Falls zusätzliche Informationen zur Finanzierung gefunden werden konnten, wurden diese angefügt. Wenn Informationen zu Kosten für die Berechnung aus bestehenden Datenquellen vorhanden waren, wurden diese ebenfalls angefügt.

Zur Beurteilung der Datenqualität wurden insbesondere die Repräsentativität der Datensammlung und die Unabhängigkeit der Institution, die die Datenerhebung durchführt, betrachtet. Dies führte zu einer konservativen und somit strengen Einteilung der Datenquellen.

Die Suche nach verfügbaren Datenquellen bei jedem Indikator wurde in dem Moment beendet, wenn sowohl aus Sicht des Obsan als auch aus Sicht der kontaktierten Expertinnen/Experten mindestens eine qualitativ gute und nutzbare Quelle vorhanden war; die Suche abgebrochen wurde auch dann, wenn gar keine zuverlässige Quelle vorhanden war. Die festgestellten Datenlücken und Schwierigkeiten bei der Auswahl der Datenquellen und deren Vor- und Nachteile insgesamt werden in den folgenden Kapiteln im Detail aufgeführt.

4 Übersicht Datenquellen pro Indikator

1	Gesicherte Datenquellen (n=43)
2	Bisher erhoben in anderer Datenquelle als Suchtmonitoring, Zukunft unsicher. (n=27)
3	Bisher im Suchtmonitoring mit (teilweiser) Nachfolgelösung (n=3)
4	Bisher im Suchtmonitoring ohne Nachfolgelösung (n=7)
5	Daten vorhanden, jedoch mit nicht optimaler Qualität (n=13)
6	Datenlücke (n=6)

Tab. 1 Übersicht Datenquellen pro Indikator mit allfälligen Bemerkungen

Indikator Nr.	Kurzbezeichnung	Vorgeschlagen Datenquellen	Bemerkungen	Datensicherheit
Ziel 1: Dämpfung des durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten Anstiegs der Krankheitslast				
1	Krebs-Erkrankungen, nach Krebsarten	NICER		1
2.1	Diabetes-Erkrankungen ab 15 Jahren	SGB, medizinische Statistik der Krankenhäuser, Statistik der Todesursachen. Allenfalls FIRE- oder Colaus-Daten als Zusatz.		5
2.2	Diabetes-Erkrankungen unter 15 Jahren	Datenlücke	SOPHYA liefert Daten zu Diabetes-Erkrankungen, welche beigezogen werden könnten. Daten zu Typ I in Schönle et al., 2001	6
3	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Statistik der Todesursachen		1
4.1	Atemwegs-Erkrankungen ab 15 Jahren	SAPALDIA (Swiss Study on Air Pollution and Lung Diseases in Adults) Von Experten wurde als Nachfolgelösung die SGB in Kombination mit med. Statistik der Krankenhäuser verwiesen.	Finanzierung der 4. Erhebung (am Laufen) von SAPALDIA gesichert, danach offen.	5
4.2	Atemwegs-Erkrankungen unter 15 Jahren	SCARPOL	Keine Weiterführung geplant. Nur bisherige Werte verwendbar. Zukünftige Datenlücke! SOPHYA liefert Daten zu Asthma-Erkrankungen, welche als Überbrückung der Datenlücke beigezogen werden könnten.	6
5	Muskuloskelettale Erkrankungen ab 15 Jahren	SGB		5
6	Multimorbidität ab 50 Jahren	SGB		1
7	Lebenserwartung in guter Gesundheit ab 65 Jahren	BEVNAT, ESPOP, SGB	Eurostat berechnet diese Variable, jedoch ist die genaue Methode nicht klar. Die Berechnung aus anderen Erhebungen könnte objektiver sein.	1

Indikator Nr.	Kurzbezeichnung	Vorgeschlagen Datenquellen	Bemerkungen	Datensicherheit
Ziel 2: Dämpfung der durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten Kostenentwicklung				
8	Kosten des Gesundheitswesens	Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens		1
9.1	Volkswirtschaftliche Kosten von NCDs	SGB, Todesursachenstatistik, medizinische Statistik	Vereinfachung der Methode für ein Monitoring wäre nötig. Braucht aber entsprechend Zeit laut Experten. Datenlücke in Zukunft.	2
9.2	Volkswirtschaftliche Kosten von NCDs: Herz-Kreislauf-Erkrankungen	SGB, Todesursachenstatistik, medizinische Statistik	dito	2
9.3	Volkswirtschaftliche Kosten: Krebs-Erkrankungen	SGB, Todesursachenstatistik, medizinische Statistik	dito	2
9.4	Volkswirtschaftliche Kosten: Diabetes-Erkrankungen	SGB, Todesursachenstatistik, medizinische Statistik	dito	2
9.5	Volkswirtschaftliche Kosten: Atemwegs-Erkrankungen	SGB, Todesursachenstatistik, medizinische Statistik	dito	2
9.6	Volkswirtschaftliche Kosten: Muskuloskelettale Erkrankungen	SGB, Todesursachenstatistik, medizinische Statistik	dito	2
9.7	Volkswirtschaftliche Kosten: Psychische Erkrankungen	SGB, Todesursachenstatistik, medizinische Statistik	dito	2
9.8	Volkswirtschaftliche Kosten: Demenz-Erkrankungen	Todesursachenstatistik, medizinische Statistik	dito	2
Ziel 3: Verringerung der durch nichtübertragbare Krankheiten bedingte vorzeitigen Todesfälle				
10	Verlorene Lebensjahre durch NCD (PYLL oder VPL)	Todesursachenstatistik		1
10.1	Verlorene potentielle Lebensjahre durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Todesursachenstatistik		1
10.2	Verlorene potentielle Lebensjahre durch Krebs-Erkrankungen	Todesursachenstatistik		1
10.3	Verlorene potentielle Lebensjahre durch Diabetes-Erkrankungen	Todesursachenstatistik		1
10.4	Verlorene potentielle Lebensjahre durch Atemwegs-Erkrankung	Todesursachenstatistik		1
10.5	Verlorene potentielle Lebensjahre durch Leberzirrhose	Todesursachenstatistik		1
11	Wahrscheinlichkeit vorzeitige Todesfälle aufgrund NCD	Todesursachenstatistik		1
12.1	Alkoholbedingte Mortalität	Studie Gmel et al. 2013. Daten von EAV, BFS, Suchtmonitoring	In Zukunft sollte der Gebrauch von SGB-Daten laut Experten möglich sein. Methoden von 44.1-44.5 sollen möglichst angeglichen werden. Studie muss jedoch neu in Auftrag gegeben werden.	2
12.2	Tabakbedingte Mortalität	Statistik der Todesursachen, SGB / Suchtmonitoring	Methoden von 44.1-44.5 sollen möglichst angeglichen werden. Studie muss jedoch neu in Auftrag gegeben werden.	2

Indikator Nr.	Kurzbezeichnung	Vorgeschlagen Datenquellen	Bemerkungen	Datensicherheit
12.3	Ernährungsbedingte Mortalität	Todesursachenstatistik, SGB	Bei der Ernährung die Kriterien zu finden, erscheint Experten fraglich (Kap. 7.8)	6
12.4	Inaktivitätsbedingte Mortalität	Todesursachenstatistik, SGB	Methoden von 44.1-44.5 sollen möglichst angeglichen werden. Studie muss jedoch neu in Auftrag gegeben werden.	2
12.5	Adipositasbedingte Mortalität	Todesursachenstatistik, SGB	Methoden von 44.1-44.5 sollen möglichst angeglichen werden. Studie muss jedoch neu in Auftrag gegeben werden.	2
Ziel 4: Erhaltung und Verbesserung von Teilhaben und Leistungsfähigkeit der Bevölkerung in Wirtschaft und Gesellschaft				
13	Invalidität aufgrund Krankheit bei IV-Statistik BSV 18-64-Jährigen		Vorgeschlagene Variable: Ordentliche Neurenten.	1
14	Erwerbsquote bei 15-64-Jährigen	SAKE		1
15	Krankheitsbedingte Arbeitsabwesenheit bei 15-64-Jährigen	Arbeitsvolumenstatistik (AVOL/SAKE), European Working Conditions Survey	AVOL/SAKE: Krankheit und Unfall nicht trennbar! Grosse Stichprobe EWCS: Krankheit und Unfall trennbar! Kleine Stichprobe. Damit ergänzen sich die beiden Datenquellen.	5
16	Erschöpfungsrage bei 15-64-Jährigen	Job-Stress-Index-Erhebung		1
17	Prävalenz Freiwilligenarbeit ab 15 Jahren	Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE)	Der Freiwilligenmonitor wäre interessant für vertiefende Studien zu Motivation, etc.	1
Spezifische Ziele				
Ziel 1: Verringerung verhaltensbezogener NCD-Risikofaktoren				
18.1	Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	Suchtmonitoring / SGB	Suchtmonitoring nicht in bisheriger Form weitergeführt. Mögliche Alternative: SGB.	3
18.2	Alkoholkonsum bei 11-15-Jährigen	HBSC		1
19	Alkoholkonsum pro Kopf	EAV-Alkohol in Zahlen		1
20.1	Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	Suchtmonitoring / SGB	Suchtmonitoring nicht in bisheriger Form weitergeführt. Mögliche Alternative: SGB. Definition in SGB jedoch nicht identisch mit jener im Suchtmonitoring. Müsste angepasst oder ergänzt werden.	3
20.2	Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum bei 11-15-Jährigen	HBSC		1
21.1	Getränkespezifischer Alkoholkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	SGB		1
21.2	Getränkespezifischer Alkoholkonsum bei 11-15-Jährigen	HBSC		1
22.1	Tabakkonsum (Rauchen) bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	Suchtmonitoring / SGB	Suchtmonitoring nicht in bisheriger Form weitergeführt. Mögliche Alternative: SGB, jedoch weniger Details und zu tiefe Periodizität.	3

Indikator Nr.	Kurzbezeichnung	Vorgeschlagen Datenquellen	Bemerkungen	Datensicherheit
22.2	Tabakkonsum (Rauchen) bei 11–15-Jährigen	HBSC		1
23	Passivrauchen ab 15 Jahren	Suchtmonitoring / SGB	Suchtmonitoring nicht in bisheriger Form weitergeführt. Mögliche Alternative: SGB, jedoch weniger Details und zu tiefe Periodizität.	4
24	Produktespezifischer Tabakprodukte bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	Suchtmonitoring / SGB	Suchtmonitoring nicht in bisheriger Form weitergeführt. Mögliche Alternative: SGB, jedoch weniger Details und zu tiefe Periodizität.	4
25	Aufhörbereitschaft (Rauchen) ab 15 Jahren	Suchtmonitoring / SGB	Suchtmonitoring nicht in bisheriger Form weitergeführt. Mögliche Alternative: SGB, jedoch weniger Details und zu tiefe Periodizität.	4
26.1	Früchte- und Gemüsekonsum ab 15 Jahren	SGB und menuCH	Periodizität für Leitindikator nicht ausreichend	5
26.2	Früchte- und Gemüsekonsum bei 11–15-Jährigen	HBSC (11-15-Jährige)		1
27	Salzkonsum ab 15 Jahren	Studie des Salzmonitorings und menuCH	Die beiden Quellen ergänzen sich (Befragung und Messung)	2
28.1	Gesamt-Energiekonsum Personen ab 18 Jahren	menuCH und Agrarstatistik / Schweizer Nährwertdatenbank	Der angenäherte Verzehr pro Kopf wäre eine Alternative, sofern keine Wiederholung von menu.ch stattfindet. Ansonsten sind die Daten aus menu.ch qualitativ höher zu bewerten.	1
28.2	Gesamt-Energiekonsum bei 0–17-Jährigen	Datenlücke		6
29	Stillen	SWIFS		2
30.1	Bewegungsverhalten ab 15 Jahren	SGB	Zukünftig objektiv gemessene Daten von SAPALDIA wären ein möglicher Zusatz zur SGB.	5
30.2	Bewegungsverhalten bei 6–15-Jährigen	HBSC und SOPHYA (gemessene Werte)	Gemessene Daten sollen bevorzugt werden.	1
31.1	Sitzen und Ruhen bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	SGB, EWCS	EWCS als Zusatz, falls das Sitzen während der Arbeit interessiert und objektive Daten sind wünschenswert	5
31.2	Sitzen und Ruhen bei 6–15-Jährigen	SOPHYA		2
32	Körperlich aktives Mobilitätsverhalten ab 6 Jahren	Mikrozensus Mobilität und Verkehr (MZMV)	Unterwegszeiten, Etappen, Distanz. Besonders die Zeit und die Etappen sind für den Langsamverkehr wichtig!	1
33	Multifaktorielles Risikoverhalten ab 15 Jahren	SGB	Welches Modell verwendet werden soll, muss abgeklärt werden.	1
34.1	Job-Stress-Index bei 15–64-Jährigen	Job-Stress-Index-Erhebung		1
34.2	Ökonomisches Potenzial	Job-Stress-Index-Erhebung		1
Ziel 2: Verbesserung der Gesundheitskompetenz				

Indikator Nr.	Kurzbezeichnung	Vorgeschlagen Datenquellen	Bemerkungen	Datensicherheit
35	Gesundheitswissen ab 15 Jahren	Erhebung Gesundheitskompetenz 2016	Mittels HLS-EU-Q16, short version. Möglicher Ort: Omnibus BFS	2
36.1	Wissen über gesundheitsrelevante Wirkungen des Alkoholkonsums bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	Suchtmonitoring	Noch keine Alternative	4
36.2	Wissen über die Schädlichkeit von Tabakkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	Suchtmonitoring	Noch keine Alternative	4
36.3	Wissen über Ernährung ab 15 Jahren	Omnibus BFS 14	Weiterführung mittels Omnibus BFS abzuklären.	2
36.4	Wissen über Bewegung ab 15 Jahren	Sport Schweiz	Weiterführung noch offen	2
36.5	Wissen zum Körpergewicht ab 15 Jahren	Bevölkerungsbefragung von Gesundheitsförderung Schweiz/Universität Lugano und SGB	Keine Weiterführung von Bevölkerungsbefragung von Gesundheitsförderung Schweiz. SGB: Erfasst den Wunsch nach Gewichtsveränderung. Allerdings ist dies alleine kein Indikator für das Wissen. Eine Wiederaufnahme anderer Fragen ist mit Gesundheitsförderung Schweiz zu diskutieren.	2
Ziel 3: Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen				
37	Kantonale Budgets für Gesundheitsförderung und Prävention	Kantonale Gesundheitskosten		2
38.1	Gesetzliche Rahmenbedingungen bezüglich Verkauf und Werbung für Alkohol auf kantonaler und nationaler Ebene	Sammlung BAG: <u>Kantonale</u> , <u>National</u> / <u>International</u> , International: Country Profiles WHO (siehe unten) und Monitoring des Zugangs zum Alkohol von Minderjährigen via Testkäufe (Daten der EAV)		1
38.2	Bestehende Regulierungen für Markt- und Werbeeinschränkungen bei Tabak auf kantonaler und nationaler Ebene	Vertrag des BAG mit Lungenliga: Medienanalyse		1
38.3	Kodex Werbeeinschränkungen gegenüber Kindern für Ernährung	KIWI-Studie I+II, Daten von Mediacontrol/Swissplede für Werbung in Kindermagazinen		2
39	Strukturelle Prävention in Settings	- Gesundheitsfördernde Gemeinschaftsgastronomie Zertifizierungen - Friendly Work Space - Schweizerisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen - Schule.bewegt - Monitoring Verbreitung BGM. -Selbstevaluation (schriftliche Befragung) der Partner von actionsanté (als Ergänzung)		5

Indikator Nr.	Kurzbezeichnung	Vorgeschlagen Datenquellen	Bemerkungen	Datensicherheit
40.1	Einstellung gegenüber strukturellen Massnahmen – Alkohol, ab 15 Jahren	Suchtmonitoring	Suchtmonitoring nicht in bisheriger Form weitergeführt. Noch keine Alternative.	4
40.2	Einstellung gegenüber strukturellen Massnahmen – Tabak, ab 15 Jahren	Suchtmonitoring	Suchtmonitoring nicht in bisheriger Form weitergeführt. Noch keine Alternative.	4
40.3	Einstellung gegenüber strukturellen Massnahmen – Ernährung, ab 15 Jahren	Omnibus BFS	Eine Befragung von 2014 ist vorhanden. Weitere könnten im Omnibus durchgeführt werden.	2
40.4	Einstellung gegenüber strukturellen Massnahmen – Bewegung, ab 15 Jahren	Nationale, kantonale und kommunale Vorstösse/Abstimmungen zu Tempo 30-/Bewegungs-zonen		5
41	Vorhandensein von Bewegungs-räumen und -flächen	A) Wirtschaftliche Bedeutung der Sportinfrastrukturen in der Schweiz" des ITW Luzern (2007) B) Sportanlagenstatistik Schweiz C) Schweizer Wanderwegnetz, SchweizMobil Routen, Tempo30Zonen/Bewegungs-zonen und andere Variablen	A) Keine Weiterführung geplant. B) Keine Weiterführung geplant. C) alle über das Landschaftsmodell von Swisstopo. Tempo30-Zonen, Bewegungszonen können erst mit dem neuen TLM nach 2015 erhoben werden.	2
42	Verbreitung von Prävention in der Gesundheitsversorgung	Im Moment v.a. Daten von swissprevent.ch	Die Verbreitung des Projekts Gesundheitscoaching käme in Frage.	2
43	Selbstmanagement-Angebote bei NCD-Patienten	Datenlücke	Es wird der Einsatz vom heiQ empfohlen, der im Moment in der Schweiz noch nicht im Einsatz ist. Möglicher Ort: Omnibus	6
44	Schnittstellen in den Behandlungsketten der Gesundheitsversorgung bei NCD-Erkrankungen	medizinische Statistik der Krankenhäuser und SO-MED	In Zukunft sollte eine Verknüpfung dieser Datenbanken möglich sein.	1
Ziel 4: Verbesserung der Chancengleichheit beim Zugang zu Gesundheitsförderung und Prävention				
45	Verzicht auf Gesundheitsleistungen aus finanziellen Gründen ab 16 Jahren	SILC		1
50.1	Gesundheitszustand bezüglich Einkommen ab 16 Jahren	SILC		1
50.2	Gesundheitszustand bei 0–14 Jährigen bezüglich Einkommen der Eltern	SGB		1
Ziel 5: Verringerung des Bevölkerungsanteils mit erhöhten Risiken, an nichtübertragbaren Krankheiten zu erkranken				
46.1	Übergewicht und Adipositas bei Personen ab 15 Jahren	menuCH, SGB und SILC	Ergänzen sich (Zeitreihen versus genauere Befragung)	2
46.2	Übergewicht und Adipositas bei 6–15-Jährigen	Erhebung Bauchumfang und/oder Körpergewicht, ETH Zürich + Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich + HBSC		5
47	Bluthochdruck ab 15 Jahren	SGB und Salzkonsum der Bevölkerung Schweiz, Chappuis, 2011	Diese beiden Quellen ergänzen sich (Befragung versus	1

Indikator Nr.	Kurzbezeichnung	Vorgeschlagen Datenquellen	Bemerkungen	Datensicherheit
			Messung). Weiterführung Studie Salzkonsum offen	
2.1	Diabetes-Erkrankungen ab 15 Jahren	Siehe auch Ziel 1		5
2.2	Diabetes-Erkrankungen unter 15 Jahren	Siehe auch Ziel 1		6
48	Erhöhter Cholesterinspiegel ab 15 Jahren	SGB	Keine gemessenen nationalen Daten vorhanden. Bus santé kleiner und lokal.	5
49.1	Risikohafters Bauchumfang bei Personen ab 15 Jahren	Studie des Salzmonitors und menuCH	Weiterführung menuCH geplant. Noch offen, wann. Weiterführung Studie Salzkonsum noch offen.	2
49.2	Risikohaften Bauchumfang bei 6–13-Jährigen	Erhebung Bauchumfang der ETH Zürich	Zukunft der ETH Zürich Studien ist offen.	5
Ziel 6: Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Verringerung der Pflegebedürftigkeit bei nichtübertragbaren Krankheiten				
50.1	Gesundheitszustand ab 16 Jahren	SILC		1
50.2	Gesundheitszustand bei 0–15 Jährigen	Ab SGB 2017	neue Frage zu Kinder via Eltern geplant, jedoch noch keine definitive Zusicherung.	1
51.1	Lebensqualität ab 15 Jahren	SGB		1
51.2	Lebensqualität bei 0–14-Jährigen	SOPHYA und HBSC	Weiterführung SOPHYA muss noch diskutiert werden. Hier sind aber jüngere Kinder als in der HBSC eingeschlossen und darum werden beide Datenquellen in Kombination vorgeschlagen. Voraussichtliche auch Integration in SGB ab 2017 (Proxy-Interview) möglich, jedoch erst in Planung.	2
52	Körperliche Selbstständigkeit ab 15 Jahren	SGB	HomeCare Data der Spitexorganisationen wäre möglich nach Vereinheitlichung der Datenerhebung.	1
53	Pflegebedürftigkeit ab 65 Jahren	SGB und SOMED	HomeCare Data der Spitexorganisationen wäre möglich nach Vereinheitlichung der Datenerhebung.	1
54	Soziale Unterstützung ab 15 Jahren	SGB und EGBI	SGB: Personen in Privathaushalten. EGBI: Personen in Institutionen. Jedoch wird die EGBI (2008/2009) nicht mehr durchgeführt.	1
55	Hilfe beanspruchen bei der Pflege ab 15 Jahren	SGB		1

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

5 Übersicht Indikatoren pro Datenquelle

1	gesicherte Datenquelle
2	Datenquelle mit unsicherer Zukunft
3	Datenquelle wird nicht weitergeführt
4	Bisher in der CH keine Datenquelle dafür
5	Qualität nicht ideal
6	Datenquelle erwähnt, aber nicht verwendet

Tab. 2 Übersicht Indikatoren pro Datenquelle mit Beurteilung der Sicherheit der Weiterführung

Datenquellen	Indikatoren, die damit beschrieben werden sollen	Daten-sicherheit
Agrarstatistik	Indikator 28.1: Gesamt-Energiekonsum Personen ab 18 Jahren	1
Arbeitsvolumenstatistik (AVOL) des BFS	Indikator 15: Krankheitsbedingte Arbeitsabwesenheit bei 15–64-Jährigen	1
BAGSAN: Sammlung von Individualdaten der Krankenversicherer des BAG	-	6
Bevölkerungsbefragung von Gesundheitsförderung Schweiz / Universität Lugano	Indikator 36.5: Wissen zum Körpergewicht ab 15 Jahren, Studie wird aber nicht weitergeführt.	3
Cohorte Lausannoise (CoLaus) und bus santé	-	6
Coop-Studie „Ess-Trends im Fokus“	-	6
C-Surf	-	6
Datenquellen „Diabetes“	Indikator 2.1: Diabetes-Erkrankungen ab 15 Jahren (Studie von Bopp et al. als Datenquelle)	2
Daten zur Prävention in der Gesundheitsversorgung	Indikator 42: Verbreitung von Prävention in der Gesundheitsversorgung (im Moment v.a. Daten von swisspre-vent.ch). Sehr unklare Datenlage und Weiterführung hängt von der Weiterführung der Projekte ab.	2
Datenquellen zu „Strukturellen Massnahmen - Bewegung“	Indikator 40.4: Einstellung strukturelle Massnahmen – Bewegung ab 15 Jahren	5
Daten zu „Struktureller Prävention“	Indikator 39: Strukturelle Prävention in Settings. Vorsicht bei Angaben zu Labels!	2
Eidgenössischen Alkoholverwaltung (EAV) – „Alkohol in Zahlen“	Indikator 12.1 Alkoholbedingte Mortalität (zusammen mit SGB und Todesursachen) Indikator 19 Alkoholkonsum pro Kopf Indikator 38.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen bezüglich Verkauf und Werbung für Alkohol auf kantonaler und nationaler Ebene	1
Erhebung BMI und Bauchumfang der ETH Zürich	Indikator 46.2: Übergewicht und Adipositas bei 6-15-Jährigen. Indikator 49.2: Risikohaften Bauchumfang bei 6–13-Jährigen. Weiterführung offen und von der Finanzierung abhängig.	5
Erhebung zu Familie und Generationen	-	6
Erhebung Gesundheitszustand betagter Personen in Institutionen (EGBI)	Indikator 54: Soziale Unterstützung (als Zusatz SGB (Personen in Privathaushalte, EGBI: Personen in Institutionen). Achtung: EGBI wird aber nicht weitergeführt.	3
European energy balance research to prevent excessive weight gain among youth (ENERGY)	-	6
European Social Survey (ESS)	-	6
European Working Conditions Survey (EWCS)	Indikator 15: Krankheitsbedingte Arbeitsabwesenheit bei 15–64-Jährigen (als Zusatz zur AVOL, da der EWCS nach Krankheit und Unfall trennt.) Als unsicher markiert, da bei beiden Indikatoren die Inhalte (Sitzen während der Arbeit/Trennung Krankheit/Unfall diskutiert werden	1

	muss.) Datenquelle an sich aber gemäss Experten sicher. Indikator 31.1: Sitzen und Ruhen bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren (Zusatz Sitzen bei der Arbeit zum Sitzen am Tag)	
EU-SILC von Eurostat	-	6
Evaluation von Aktionsversprechen action-santé	Indikator 38.3: Kodex Werbeeinschränkungen gegenüber Kindern für Ernährung (zusammen mit Daten aus KIWI) Indikator 39: Prävention in Settings (als Ergänzung, keine repräsentative Erhebung)	5
Food Consumption Befragung	-	6
Freiwilligenmonitor	Indikator 17: Prävalenz Freiwilligenarbeit. Nur als Zusatz zur SAKE für (für Detailanalysen der Freiwilligenarbeit)	1
Gesundheitskompetenz Erhebung	Indikator 35: Gesundheitswissen ab 15 Jahren. (Erste Erhebung 2016 verwenden. Weitere Erhebung unklar. Evtl. in Zukunft verkürzte Version im Omnibus)	2
Health Behaviour of School-aged Children (HBSC)	Indikator 18.2: Alkoholkonsum bei 11–15-Jährigen Indikator 20.2: Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum bei 11–15-Jährigen Indikator 21.2: Getränkespezifischer Alkoholkonsum bei 11–15-Jährigen Indikator 22.2: Tabakkonsum (Rauchen) bei 11–15-Jährigen Indikator 26.2: Früchte- und Gemüsekonsum bei 11–15-Jährigen Indikator 31.2: Übergewicht und Adipositas – Kinder/Jugendliche Indikator 51.2: Lebensqualität bei 0–14-Jährigen (In Kombination mit Daten aus SOPHYA)	1
Health Education Impact Questionnaire (heiQ)	Indikator 43: Selbstmanagement-Angebote bei NCD-Patienten (im Moment wird dieser Fragebogen nicht verwendet. Es muss überlegt werden, ob er im Omnibus eingefügt werden könnte.	4
HomeCareData (Datenpool HCD)	Indikator 52: Körperliche Selbstständigkeit ab 15 Jahren. Allenfalls in Zukunft für möglich, falls alle Organisationen das gleiche Messinstrument verwenden. Im Moment sind die Daten nicht zuverlässig genug. Indikator 55: Hilfe beanspruchen bei der Pflege ab 15 Jahren Allenfalls in Zukunft für möglich, falls alle Organisationen das gleiche Messinstrument verwenden. Im Moment sind die Daten nicht zuverlässig genug.	5
International Health Policy Survey (IPH)	-	6
Invalidenversicherungs-Statistik	Indikator 13: Invalidität aufgrund Krankheit bei 18–64-Jährigen	1
Job-Stress-Index-Erhebung	Indikator 16: Erschöpfungsrates bei 15–64-Jährigen Indikator 34.1: Job-Stress-Index bei 15–64-Jährigen Indikator 34.2: Ökonomische Potenzial	1
Kantonale Gesundheitskosten	Indikator 8: Kosten des Gesundheitswesens Indikator 37: Kantonale Budgets für Gesundheitsförderung und Prävention	2
KIWI Studien	Indikator 38.3 Kodex Werbeeinschränkungen gegenüber Kindern für Ernährung	2
Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Indikator 3: Herz-Kreislauf-erkrankungen (plus Todesursachenstatistik) 4.1 Atemwegs-Erkrankungen unter 15 Jahren (plus SAPALDIA) Indikator 9.1-9.8 Volkswirtschaftliche Kosten NCD (Synthesestatistik mit Statistik der Todesursachen und Medizinischer Statistik der Krankenhäuser) Indikator 44: Schnittstellen in den Behandlungsketten der Gesundheitsversorgung bei NCD-Erkrankungen (plus SOMED)	1
menuCH	Indikator 26.1: Früchte- und Gemüsekonsum ab 15 Jahren	2

	Indikator 27: Salzkonsum ab 15 Jahren Indikator 28.1: Gesamt-Energiekonsum Personen ab 18 Jahren Indikator 46.1: Übergewicht und Adipositas bei Personen ab 15 Jahren Indikator 49.1: Risikohaft Bauchumfang bei Personen ab 15 Jahren	
Mikrozensus Verkehr und Mobilität	Indikator 8: Körperlich aktives Mobilitätsverhalten ab 6 Jahren	1
Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich	Indikator 46.2 Übergewicht und Adipositas bei 6–15-Jährigen	5
Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung (NICER, Datensammlung)	Indikator 1: Krebs-Erkrankungen, nach Krebsarten	1
Nutri-Trend	-	6
Omnibus	Indikator 35: Gesundheitswissen ab 15 Jahren Indikator 36.3: Wissen über Ernährung ab 15 Jahren Indikator 40.3: Einstellung gegenüber strukturellen Massnahmen – Ernährung, ab 15 Jahren Indikator 25 Selbstmanagement	2
Rekrutierungsdaten	-	6
Salzmonitoring (Studie zum Salzkonsum)	Indikator 27: Salzkonsum ab 15 Jahren (mit menuCH) Indikator 47: Bluthochdruck ab 15 Jahren Indikator 49.1: Risikohaft Bauchumfang bei Personen ab 15 Jahren (mit menuCH)	2
SASIS Datenpool	-	6
Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE)	Indikator 14: Erwerbsquote bei 15–64-Jährigen Indikator 15: Krankheitsbedingte Arbeitsabwesenheit bei 15–64-Jährigen (via AVOL)	1
Schweizerische Jugendbefragung (ch-x)	-	6
Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)	Indikator 2.1: Diabetes-Erkrankungen ab 15 Jahren Indikator 4.1: Atemwegs-Erkrankungen ab 15 Jahren Indikator 5: Muskuloskelettale Erkrankungen ab 15 Jahren Indikator 6: Multimorbidität ab 50 Jahren Indikator 9.1-9.7 Volkswirtschaftliche Kosten NCD (Synthesestatistik mit Todesursachen und Medizinischer Statistik der Krankenhäuser) Indikator 12.1 Alkoholbedingte Mortalität (Synthesestatistik mit Todesursachen und Daten der EAV) Indikator 12.2 Tabakbedingte Mortalität (Synthesestatistik mit Todesursachen) Indikator 12.3 Ernährungsbedingte (fraglicher Indikator, siehe auch Kapitel 8.5.3) Indikator 12.4 Inaktivitätsbedingte Mortalität (Synthesestatistik mit Todesursachen) Indikator 12.5 Adipositasbedingte Mortalität (fraglicher Indikator, siehe auch Kapitel 8.5.3) Indikator 20.1: Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren Indikator 21.1: Getränkespezifischer Alkoholkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren Indikator 6.1 Inaktivität bei Erwachsenen Indikator 22.1: Tabakkonsum (Rauchen) bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren (Erhebungsintervall zu lange) Indikator 23: Passivrauchen ab 15 Jahren (Erhebungsintervall zu lange) Indikator 24: Produktespezifischer Tabakprodukte bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren (Nicht komplett. Es fehlen Produkte, Erhebungsintervall zu lange) Indikator 25: Aufhörbereitschaft (Rauchen) ab 15 Jahren (Erhebungsintervall zu lange) Indikator 26.1 Früchte- und Gemüsekonsum ab 15 Jahren.	1

	Indikator 31.1: Sitzen und Ruhen bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren Indikator 36.5 Wissen zum Körpergewicht ab 15 Jahren (Subindikator C): Zufriedenheit mit Körpergewicht Indikator 46.1 Übergewicht und Adipositas bei Personen ab 15 Jahren Indikator 47: Bluthochdruck ab 15 Jahren (plus Salzmonitoring / Studie zum Salzkonsum) Indikator 48: Erhöhter Cholesterinspiegel ab 15 Jahren Indikator 50.2: Gesundheitszustand bei 0–15 Jährigen (via proxy der Eltern) Indikator 51.1: Lebensqualität ab 15 Jahren 51.2 Lebensqualität bei 0-14-Jährigen Indikator 52: Körperliche Selbstständigkeit ab 15 Jahren Indikator 53: Pflegebedürftigkeit ab 65 Jahren Indikator 54: Soziale Unterstützung ab 15 Jahren Indikator 55: Hilfe beanspruchen bei der Pflege ab 15 Jahren	
Schweizer Studie über Atemwegsbeschwerden und Allergien bei Schulkindern (SCAR-POL)	Indikator 4.2 Atemwegs-Erkrankungen unter 15 Jahren (in Zukunft Datenlücke)	3
Sentinella-Meldesystem	-	6
Special Eurobarometer-Studien 246. 2011	-	6
Spitex-Statistik	-	6
Sport Schweiz	Indikator 36.4: Wissen über Bewegung ab 15 Jahren	2
Sportinfrastruktur Statistiken	Indikator 41: Vorhandensein von Bewegungsräumen und -flächen	2
Statistics on Income and Living Conditions (SILC)	Indikator 45: Verzicht auf Gesundheitsleistungen aus finanziellen Gründen ab 16 Jahren Indikator 46.1: Übergewicht und Adipositas bei Personen ab 15 Jahren Indikator 50.1: Gesundheitszustand bezüglich Einkommen ab 16 Jahren	1
Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitssystem	Indikator 8: Kosten des Gesundheitswesens	1
Statistik der Sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)	Indikator 44: Schnittstellen in den Behandlungsketten der Gesundheitsversorgung bei NCD-Erkrankungen (plus Medizinische Statistik der Krankenhäuser) Indikator 53: Pflegebedürftigkeit ab 65 Jahren	1
Statistik der Todesursachen	Indikator 9.1-9.8 Volkswirtschaftliche Kosten NCD (Synthesestatistik mit SGB und Medizinischer Statistik der Krankenhäuser) Indikator 10: Verlorene Lebensjahre durch NCD (PYLL oder VPL) Indikator 11: Wahrscheinlichkeit vorzeitige Todesfälle aufgrund NCD Indikator 12.1: Alkoholbedingte Mortalität (Synthese Statistik mit SGB und Daten der EAV) Indikator 12.2: Tabakbedingte Mortalität (Synthese Statistik mit SGB und Suchtmonitoring) Indikator 12.3: Ernährungsbedingte Mortalität (fraglicher Indikator, siehe auch Kapitel 8.5.3) Indikator 12.4: Inaktivitätsbedingte Mortalität (Synthesestatistik mit SGB) Indikator 12.5: Adipositasbedingte Mortalität (fraglicher Indikator, siehe auch Kapitel 8.5.3)	1
Suchtmonitoring Schweiz	Indikator 18.1: Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren Indikator 20.1 Alkohol: Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren (SGB mögliche Alternative) Indikator 22.1: Tabakkonsum (Rauchen) bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren Indikator 10 Passivrauchen Indikator 24 Produktespezifischer Tabakprodukte bei der Wohnbevölkerung ab 15 Indikator 25: Aufhörbereitschaft (Rauchen) ab 15 Jahren	3

	Indikator 36.1 Wissen über gesundheitsrelevante Wirkungen des Alkoholkonsums bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren Indikator 36.2: Wissen über die Schädlichkeit von Tabakkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren Indikator 40.1: Einstellung gegenüber strukturellen Massnahmen – Alkohol, ab 15 Jahren Indikator 40.2: Einstellung gegenüber strukturellen Massnahmen – Tabak, ab 15 Jahren	
Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)	-	6
Swiss children's Objectively measured Physical Activity (SOPHYA)	Indikator 30.2: Bewegungsverhalten bei 6–15-Jährigen Indikator 31.2 Sitzen und Ruhen bei 6–15-Jährigen Indikator 51.2 Lebensqualität bei 0–14-Jährigen Indikator 2.2 Diabetes-Erkrankungen unter 15 Jahren Indikator 4.2 Atemwegs-Erkrankungen unter 15 Jahren (Weiterführung von SOPHYA nicht gesichert)	2
Swiss Infant Feeding Study (SWIFS)	Indikator 29: Stillen	2
Swiss study on Air Pollution and Lung Disease in Adults (SAPALDIA)	Indikator 4.1: Atemwegs-Erkrankungen ab 15 Jahren (mit Nachfolgelösung via SGB und medizinische Statistik der Krankenhäuser) Indikator 30.1: Bewegungsverhalten ab 15 Jahren (objektive Messung geplant, aber Repräsentativität muss geklärt werden) Die Zukunft der SAPALDIA-Kohort ist ungewiss.	2
Swisstopo (Daten zu Langsamverkehr und Bewegungszonen)	Indikator 41: Vorhandensein von Bewegungsräumen und -flächen (Daten zu den Schweizer Wanderwegen, SchweizMobil Routen, Fuss- und Velowege vorhanden, Tempo 30 Zonen, Strassen mit Trottoir in Zukunft, plus Daten der wirtschaftlichen Bedeutung der Sportinfrastrukturen, der Sportanlagenstatistik Schweiz 2012)	1
TV-Nutzungsdaten von Mediapulse	Indikator 38.3: Kodex Werbeeinschränkungen gegenüber Kindern für Ernährung	1
Versicherungsdaten zur Pflegefinanzierung	-	6
Zentrales Migrationsinformationssystem (ZEMIS)	Indikator 15: Krankheitsbedingte Arbeitsabwesenheit bei 15–64-Jährigen	1

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

6 Beurteilung und Priorisierung der Datenquellen für die Indikatoren des NCD-Monitoring-Systems: Alphabetische Reihenfolge

6.1 Agrarstatistik

Beschreibung der Datenquelle

Berechnungen des Lebensmittelverbrauchs und des angenäherten Verzehrs, basierend auf den jährlichen Agrarstatistiken¹, werden seit 1987/88 durchgeführt. Auf Basis von jährlichen Verbrauchsmengen an Lebensmitteln können der Verbrauch und der angenäherte Verzehr an Energie, an energieliefernden Nährstoffen und an Mikronährstoffen berechnet werden. Als Grundlage für diese Berechnungen der Nährstoffe dient die Schweizer Nährwertdatenbank (Erklärung siehe weiter unten). Mittels Berechnungen des Verbrauchs und des angenäherten Verzehrs kann die durchschnittliche Nährstoffversorgung der Schweizer Bevölkerung abgeschätzt werden (SBV Publikation).^{2,3} Der derart berechnete angenäherte Verzehr pro Kopf kann als Indikator für die Gesamtenergiezufuhr dienen.

Die Schweizer Nährwertdatenbank (NWDB) ist eine Datenbank des Bundesamtes für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen BLV, welche Auskunft über die Nährstoffzusammensetzung der in der Schweiz erhältlichen Lebensmittel gibt. Die aktuelle Version der Schweizer Nährwertdatenbank (V 5.1) enthält rund 10'500 Lebensmittel. Zu allen in der Datenbank enthaltenen Lebensmitteln sind vollständige Angaben zu den Makronährstoffen (Kohlenhydrate, Protein, Fett) sowie zum Wasser-, Alkohol- und Energiegehalt vorhanden. Zusätzlich sind zu den meisten generischen Lebensmitteln auch deren Gehalt an Nahrungsfasern und Mikronährstoffen (Vitamine, Mineralstoffe) sowie die Zusammensetzung der Fette (gesättigt, einfach ungesättigt, mehrfach ungesättigt) aufgeführt. Die Angaben können kostenlos abgerufen werden.⁴

Tab. 3 Übersicht Agrarstatistik

Methode	
Art der Erhebung	Synthesestatistik. Als Hauptquelle dienen die Lebensmittelverbrauchsdaten der Agrarstatistik. Mittels Berechnungen des Verbrauchs, des angenäherten Verzehrs und der Verwendung der Schweizerischen Nährwertdatenbanken als Hilfsmittel kann die durchschnittliche Versorgung der Schweizer Bevölkerung berechnet werden.
Messmethode	Die genaue Methode kann folgendem Dokument entnommen werden: Obrist & Erdin, 2012: Nahrungsbilanz, Revision 2012, Schweizerischer Bauernverband (SBV). Nahrungsmittelbilanz: Energiegehalt (Nährwerte) des potentiell essbaren Anteils aller verfügbaren Nahrungsmittel Mengenbilanz: Mengen (Gewicht) aller Rohprodukte
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Für die Bevölkerung potentiell verfügbare Nahrungsmittel ab Grosshandelsstufe. Ob diese Nahrungsmittel dann effektiv verzehrt werden oder aufgrund von Verschwendung, Verderb oder andersartiger Verwendung verworfen werden, wird für die NMB nicht ermittelt. Bei der Inlandproduktion werden Verluste bis zur Stufe Grosshandel geschätzt und von der Menge, die zur Bilanzberechnung benutzt wird, abgezogen.
Stichprobengrösse/Anzahl	--
Alter	--
Abdeckung der Sprachregionen	Gesamtschweiz

¹ <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/07/03.html>, letzter Zugriff, 9.10.2015.

² http://www.sbv-usp.ch/fileadmin/sbvuspch/06_Statistik/Agristat-Aktuell/2013/130600_LMZ_Aktuell.pdf, letzter Zugriff, 2.10.2015. siehe auch: Obrist & Erdin, 2012: Nahrungsbilanz, Revision 2012, Schweizerischer Bauernverband (SBV).

³ SBV Publikation (1983). Produktion und Verbrauch von Nahrungsmitteln in der Schweiz 1969/70 bis 1980". Statistische Schriften des Schweizerischen Bauernsekretariates. Nr. 141 Brugg.

⁴ <http://www.naehrwertdaten.ch>, letzter Zugriff, 16.10.2015.

Disaggregation	Energie pro Tag, Prozentuale Anteile von Kohlenhydraten, Proteinen, Fett und Fettsäuren
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	3 (1987/88, 2001/02, 2007/08)
Periodizität	offen
Nächste Aktualisierung	Geplant 2019
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Nicht gegeben
Mögliche Kosten	Höhe der Kosten nicht bekannt.
Weiterführung	Bis dato keine Information
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Es handelt sich dabei um angenäherte Werte. Die Daten von menuCH werden als genauer eingestuft.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Der angenäherte Verzehr von Lebensmitteln pro Kopf soll als Indikator für den Indikator 28.1 „Gesamt-Energiekonsum Personen ab 18 Jahren“ verwendet werden; dies als Alternative, bis eine Wiederholung von menuCH stattfindet. Allerdings sind die Daten aus menuCH als Indikator für den Gesamtenergiekonsum von Erwachsenen als qualitativ höher zu bewerten.

6.2 Arbeitsvolumenstatistik (AVOL) des BFS

Beschreibung der Datenquelle

Die AVOL ist eine Synthesestatistik, die ab 1991 Informationen zu den tatsächlich geleisteten Arbeitsstunden, zur Normalarbeitszeit sowie zu den Absenzen und Überstunden liefert.⁵ Das tatsächliche Arbeitsvolumen bezeichnet die im Sinne der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung effektiv geleisteten „produktiven“ Arbeitsstunden. Hauptquelle der AVOL ist die Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE; siehe Abschnitt 1.3.27). Zur Ermittlung des Arbeitsvolumens nach dem Inlandkonzept⁶ werden zudem Informationen aus anderen Quellen, hauptsächlich aus dem Zentralen Migrationsinformationssystem (ZEMIS) herangezogen.

Tab. 4 Übersicht AVOL

Methode	
Art der Erhebung	Vollerhebung, obligatorisch
Messmethode	Synthesestatistik. Hauptquelle der AVOL ist die Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE). Zur Ermittlung des Arbeitsvolumens nach dem Inlandkonzept werden zudem Informationen aus anderen Quellen, hauptsächlich aus dem Zentralen Migrationsinformationssystem (ZEMIS) herangezogen. Schliesslich wird auch für die Berechnung bestimmter Arten von Absenzen auf weitere Quellen zurückgegriffen; dazu gehören die Statistiken des Staatssekretariats für Wirtschaft (SECO) zu Kurzarbeit, Streiks und Aussperrungen.
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Total aller produktiven Tätigkeiten auf Schweizer Territorium
Stichprobengrösse/-Anzahl	Ca. 7000 Millionen Stunden
Alter	In SAKE 15+, keine Angaben zur AVOL gefunden
Abdeckung der Sprachregionen	D, F, I
Disaggregation	Geschlecht, Nationalität, Erwerbsstatus, Beschäftigungsgrad, Grossregion
Zeitliche Informationen	

⁵ Vgl. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/statistique_du_volume/uebersicht.html, letzter Zugriff am 1.9.2015.

⁶ Das Inlandkonzept umfasst die innerhalb des schweizerischen Wirtschaftsgebietes geleistete produktive Tätigkeit, unabhängig davon, ob sie von der Wohnbevölkerung oder von im Ausland wohnhaften Personen geleistet wird (<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/03/11/def.Document.92157.pdf>, Zugriff am 1.9.2015)

Anzahl Messpunkte	Seit 1991
Periodizität	jährlich
Nächste Aktualisierung	2016
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Im Hinblick auf die internationale Vergleichbarkeit stützt sich das BFS auf die Empfehlungen des Internationalen Arbeitsamtes (ILO) und auf die Normen von Eurostat zu den Arbeitskräfteerhebungen.
Mögliche Kosten	Keine Kosten für das BAG.
Weiterführung	gesichert
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Gut. Die AVOL stützt sich auf verschiedene Quellen. Die statistische Zuverlässigkeit der Ergebnisse ist nicht genau bestimmbar. Dass die Hauptquelle der AVOL eine Stichprobenerhebung (SAKE) ist, wird jedoch bei der Publikation der Ergebnisse beachtet (Detaillierungsgrad begrenzt).

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Der Indikator „Krankheitsbedingte Arbeitsabwesenheit bei 15–64-Jährigen“ (Indikator 15) soll mit den Daten der Arbeitsvolumenstatistik (AVOL) beschrieben werden. Diese bezieht ihre Daten aus der SAKE und aus dem Zentralen Migrationsinformationssystem (ZEMIS). In der SAKE können Krankheit und Unfall NICHT separat ausgewiesen werden.

Daneben kommt die EWCS-Erhebung (European Working Conditions Survey, siehe dort) für diesen Indikator in Frage. Dieser Befragung gegenüber weisen die Daten der Arbeitsvolumenstatistik (AVOL) eine grössere Stichprobe auf und werden jährlich erhoben. Expertinnen/Experten finden, dass AVOL als Datengrundlage ausreicht, obwohl Krankheit und Unfall nicht getrennt werden können. In den Expertengremien wird offenbar diskutiert, ob eine Trennung zwischen Krankheit und Unfall inhaltlich überhaupt Sinn macht. Trotzdem könnte der EWCS hier mit seiner Unterscheidung von Unfall und Krankheit ergänzen. Ausserdem ist der EWCS über alle drei Sprachregionen repräsentativ, auch wenn mit einer viel kleineren Stichprobe als in der AVOL. Konkrete Expertenmeinungen: „Malgré les raisons (maladie / accident) inséparables, on pourrait recourir à une autre source (données administratives provenant de l'OFSP) en vue de soustraire l'absence pour la raison d'accident." Jedoch wird von anderen Expertinnen/Experten eingeworfen, dass Krankheit und Unfall stark korrelieren. Es ist somit nicht klar, wie wichtig es ist, dass Krankheit und Unfall getrennt werden könnten. Hier wird als erste Datenquelle die AVOL empfohlen mit der Ergänzung des EWCS zur detaillierteren Ansicht von Krankheit und Unfall.

6.3 BAGSAN: Sammlung von Individualdaten der Krankenversicherer des BAG

Beschreibung der Datenquelle

Daten aus den Rückforderungsbelegen der Patientinnen und Patienten werden von den Krankenversicherungen erfasst, sofern die Versicherten diese auch an die Versicherungen senden. Projekte wie BAGSAN mit Daten aus Datenquellen der Versicherungen beinhalten somit Informationen zum Bezug von jenen Versicherungsleistungen durch die Versicherten, von denen die Versicherungen effektiv Kenntnis haben. Es ist grundsätzlich davon auszugehen, dass Versicherte mit hohen Franchisen ihre Rechnungsbelege nicht vollständig oder gar nicht einsenden.

Das BAG arbeitet zurzeit am Projekt BAGSAN, das – komplementär zu den bei den Leistungserbringern erhobenen Daten – eine detaillierte Auswertung von Leistungsdaten der Versicherten bringen dürfte. Inhaltliche Details und die Frage der Verfügbarkeit der BAGSAN-Datenbank sind derzeit noch offen. Die Daten sollten laut Expertinnen/Experten repräsentativ sein, da es sich dabei um eine Vollerhebung auf Individualdatenbasis ahndelt. Da sich das System BAGSAN erst im Aufbau befindet, sind noch kaum Detailinfos kommunizierbar.

Tab. 5 Übersicht BAGSAN

Methode	
Art der Erhebung	Vollerhebung auf Einzeldatenbasis
Messmethode	Daten der Versicherten sowie deren Leistungen, die bei den Versicherungen bezogen werden.
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Repräsentativ für die Schweiz
Stichprobengrösse/Anzahl	noch unbekannt
Alter	noch unbekannt
Abdeckung der Sprachregionen	Repräsentativ für die Schweiz
Disaggregation	Bis dato unbekannt, pro Diagnose(-gruppe) nicht möglich!
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	0
Periodizität	Bis dato unbekannt
Nächste Aktualisierung	Bis dato unbekannt
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Bis dato unbekannt
Mögliche Kosten	Höhe der Kosten nicht bekannt.
Weiterführung	Bis dato unbekannt
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Bis dato unklar

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Eine Verwendung der Datenbank wäre denkbar bei den Indikatoren „Diabetes-Erkrankungen ab 15 Jahren“ (Indikator 2.1) und „Diabetes-Erkrankungen unter 15 Jahren“ (Indikator 2.2) sowie bei den Indikatoren „Bluthochdruck ab 15 Jahren“ (Indikator 47) und „Erhöhter Cholesterinspiegel ab 15 Jahren“ (Indikator 48), sofern aus Leistungsbezügen Diagnosen abgeleitet werden könnten. Ein Expertenkommentar dazu lautet jedoch: „Zu den einzelnen Daten pro Diagnose (-gruppe) muss ich Sie enttäuschen. ... Das Ziel ist, Leistungsdaten und Medikamente zu erheben und nicht Diagnosen. Der Umweg, über die Leistungen / Medikamente die Diagnose(-gruppe) abzuleiten, ist sehr schwierig resp. kaum machbar.“

Direkte Anfragen bei den Versicherungen wurden negativ beantwortet. Entweder besteht kein Interesse, die Daten für das NCD-Monitoring zu liefern oder es wurde eher ablehnend geantwortet: „Grundsätzlich verfügt X über keine Diagnosedaten. Damit ist es uns nicht möglich, zu den meisten der aufgeführten Indikatoren Daten zu liefern. Zur Prävalenz ganz weniger, vereinzelter Krankheiten wie z.B. Diabetes könnten wir wenigstens ungefähre Angaben machen, basierend auf dem Medikamentenbezug unserer Versicherten (PCGs). Aber es sind eben keine Diagnosen, sondern es ist ein Abbild des patientenspezifischen Medikamentenbezugs, der auf gewisse Krankheiten schliessen lässt.“

Die Daten fallen bei den Versicherungen täglich an und eine Datenverarbeitung würde bei den angefragten Versicherungen rund 100.- pro Arbeitsstunde kosten. Da diese Daten nicht repräsentativ sind, wird empfohlen, diese Daten eher nicht zu verwenden.

6.4 Bevölkerungsbefragung von Gesundheitsförderung Schweiz / Universität Lugano

Beschreibung der Datenquelle

Bevölkerungsbefragungen 2006, 2009 und 2012 zu „Ernährung, Körperbewegung und Körpergewicht“ wurden von Gesundheitsförderung Schweiz und dem *Institute of Communication and Health* der Uni-

versität Lugano durchgeführt. 2006 wurden vor dem Start der ersten Plakatkampagne von Gesundheitsförderung Schweiz 1441 repräsentativ ausgewählte Personen ab 16 Jahren telefonisch befragt. Ein Interview dauerte ungefähr 30 Minuten. Ebenfalls im November und Dezember wurden drei Jahre später (2009) 1008 repräsentativ ausgewählte Personen ab 16 Jahren telefonisch befragt. Zur gleichen Zeit des Jahres 2012 erfolgte die zweite *Follow-up*-Messung. Diesmal wurden 1006 repräsentativ ausgewählte Personen ab 16 Jahren telefonisch befragt.

Das Ziel dieser Studie „Ernährung, Körperbewegung und Körpergewicht“ ist es, ein Bild von der Entwicklung des Wissens und der Einstellungen der Bevölkerung zu den genannten drei Themen zu erhalten. Hierzu gehören unter anderem Fragen nach dem Trinkverhalten oder die Beurteilung von Vorschlägen, die ein gesundes Körpergewicht speziell bei Kindern fördern sollen. Die Repräsentativität der drei Bevölkerungsbefragungen wurde durch eine nach Sprachregionen quotierte Zufallsauswahl sichergestellt und die Analysen gemäss tatsächlichen Bevölkerungsanteil gewichtet. Die Umfrage wird nicht mehr in dieser Form stattfinden, einzelne Fragen werden aber in anderen Gefässen gestellt werden.

Tab. 6 Übersicht Bevölkerungsbefragung von Gesundheitsförderung Schweiz / Universität Lugano

Methode	
Art der Erhebung	Befragung
Messmethode	Telefonische Befragung
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Gesamtbevölkerung
Stichprobengrösse/Anzahl	n = ca. 1000
Alter	Ab 16 J.
Abdeckung der Sprachregionen	D, F, I
Disaggregation	Alter, Geschlecht, Bildung, Sprachregion, BMI, Nationalität, städtisch/ländlich
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	3 (2006, 2009, 2012)
Periodizität	Alle 3 Jahre bis 2012.
Nächste Aktualisierung	Wird nicht mehr erhoben.
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Special Eurobarometer-Studien 246
Mögliche Kosten	Keine Kosten für das BAG.
Weiterführung	Wird nicht mehr erhoben.
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Gut. Die Stichprobe wurde repräsentativ für Personen ab 16 Jahren ausgewählt. Da in Zukunft neue Gefässe für gewisse Fragen dieser Erhebung gewählt werden, muss die Repräsentativität bei diesen erneut überprüft werden.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Für den Indikator 36.5 „Wissen zum Körpergewicht ab 15 Jahren“ wird vom BAG die Studie „Ernährung, Körperbewegung und Körpergewicht“ als Datenquelle vorgeschlagen. Es geht bei diesem Indikator um Einschätzungen zu „wahrgenommenen gesundheitlichen Risiken von Übergewicht“, „wahrgenommenen Möglichkeiten des Individuums für ein gesundes Körpergewicht“ und „Zufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht“.

Da die Bevölkerungsbefragung Gesundheitsförderung Schweiz / Universität Lugano nicht weitergeführt wird, muss mit der Gesundheitsförderung Schweiz geklärt werden, ob diese Fragen in Zukunft in einem (anderen) Gefäss untergebracht werden können. Eine der Fragen (Zufriedenheit mit dem Körpergewicht) befindet sich bereits in der SGB, sollte gemäss Expertinnen/Experten aber alleine nicht als „Wissen zu Übergewicht und Adipositas“ gewertet werden. Der Indikator könnte näherungsweise ebenfalls mit der SGB-Frage zum Wunsch nach einer Gewichtsveränderung beschrieben werden (ist allerdings alleine nicht unbedingt ein Indikator für das Wissen).

6.5 Cohorte Lausannoise (CoLaus) und bus santé

Beschreibung der Datenquelle

Die Studie CoLaus (Cohorte Lausannoise) hat zum Ziel, die Prävalenz und die genetischen und die von der Umwelt abhängigen Stoffwechseldeterminanten der Risikofaktoren von kardiovaskulären Krankheiten in einer repräsentativen Stichprobe der Stadt Lausanne zu erheben. In der Kohorte (n=6738) sind Personen, die ursprünglich zwischen 35 bis 75 Jahre alt waren, als sie an einer ersten Gesundheitserhebung zwischen 2003 und 2006 teilgenommen haben. Durchgeführt wurden eine Blutuntersuchung, eine Befragung zu den Lebensgewohnheiten und eine körperliche Untersuchung. Zwischen 2004 und 2009 wurden weitere Untersuchungen zu den psychologischen Faktoren, die kardiovaskuläre Krankheiten bedingen könnten, durchgeführt. Weitere Tests wurden zum kardiovaskulären Phänotyp und zur besseren Charakterisierung von Bluthochdruck und zur Physiologie der Niere gemacht. CoLaus enthält Messwerte zu Diabetes, Cholesterin und Bluthochdruck.

Der «Bus santé» ist ein epidemiologisches Observatorium der Determinanten der Gesundheit in der erwachsenen Genfer Bevölkerung seit 1993.⁷ Es handelt sich dabei um eine Querschnittserhebung mit einer repräsentativen Stichprobe der Bevölkerung des Kantons Genf mit Fragebogen; anthropometrische Messungen (BMI), Blutdruck-Messungen, biochemischen Analysen (Glukose, Lipide) und einer genetischen Analyse.

Tab. 7 Übersicht Cohorte Lausannoise (CoLaus) und bus santé

Methode	Cohorte lausannoise	Bus santé
Art der Erhebung	Stichprobenerhebung	Selbstständige, freiwillige Teilnahme
Messmethode	Befragung, Blutuntersuchung, körperliche Untersuchung	Befragung, Blutuntersuchung, anthropometrische Messung, Blutdruckmessung, Blutglukose- und -lipidbestimmung, genetische Analyse.
Beschreibung der Daten		
Grundgesamtheit	Bevölkerung der Stadt Lausanne	Bevölkerung des Kantons Genf
Stichprobengrösse/Anzahl	n=6738	N=11'008
Alter	Ursprüngliche 35-75 J	35-74J
Abdeckung der Sprachregionen	F	F
Disaggregation	Geschlecht, Alter, etc.	Geschlecht, Alter, etc.
Zeitliche Informationen		
Anzahl Messpunkte	2 (2003-2006), (2004-2009)	22 (Seit 1993)
Periodizität	unklar	jährlich
Nächste Aktualisierung	offen	2016
Generelles		
Internationale Vergleichbarkeit	Nicht gegeben	Nicht gegeben
Mögliche Kosten	Keine Kosten für das BAG.	Keine Kosten für das BAG.
Weiterführung	gegeben	gegeben
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Dadurch, dass die Stichprobe auf die Stadt Lausanne beschränkt ist, ist die Aussagekraft für die ganze Schweiz sehr eingeschränkt.	Die Studie beschränkt sich auf die Bevölkerung des Kantons Genf. Deswegen ist die Repräsentativität für die ganze Schweiz nicht gegeben.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

⁷ http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/05294/12331/index.html?lang=de, letzter Zugriff, 3.11.2015.

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Die Daten von CoLaus und bus santé kommen für die Indikatoren „Bluthochdruck ab 15 Jahren“ (Indikator 47), „Erhöhter Cholesterinspiegel ab 15 Jahren“ (Indikator 48) sowie „Diabetes-Erkrankungen ab 15 Jahren“ (Indikator 2.1) in Frage. Da beide Kohorten nicht als repräsentativ für die Gesamtschweiz betrachtet werden können, werden sie nicht als Datenquelle für das NCD-Monitoring vorgeschlagen. Von den Leitern der Lausanner Studie selber wird als Alternative die medizinische Untersuchung der Armeeerhebungen vorgeschlagen (siehe Kap. 6.40). Diese Erhebung wurde überprüft und es zeigte sich, dass dort eine Blutdruck- und Blutholesterin- und Blutglukosemessung vorgenommen wird. Die Blutdruckmessung wäre aber höchstens für die jungen Schweizer Männer repräsentativ. Die Blutuntersuchung geschieht auf freiwilliger Basis. Somit dürften die Daten des Blutholesterin und Diabetes auch für die jungen Schweizer Männer nicht repräsentativ sein. Weiter schlagen Experten vor, die Krankenkassendaten (erstattete Medikamente) zu verwenden. Die Abklärungen bei zwei Krankenkassen ergaben Zweifel insbesondere im Hinblick auf eine nationale Repräsentativität (Kap. 6.3).

Das BAG selber wurde bezüglich BAGSAN in diesem Zusammenhang ebenfalls angefragt, ist aber auch skeptisch (Kap. 6.3). Man würde dort keine dieser Quellen favorisieren, sondern eine Kombination aller dieser Datenquellen wird als beste Lösung angesehen. Bei Diabetes zusätzlich noch in Kombination mit der medizinischen Statistik der Krankenhäuser. Dies wurde insbesondere bei Diabetes bereits von anderen Autoren vorgenommen (Bopp et al., 2011).

Weiterer Expertenkommentar: „Plus facile d'estimer la prévalence de la maladie traitée que de la maladie dans sa totalité; importance d'avoir une estimation même parcellaire des coûts du traitement » und : „Plusieurs études (Bus Santé à Genève, CoLaus à Lausanne, SAPALDIA en Suisse) recueillent les données des traitements. On peut donc avoir une estimation des pourcentages de personnes prenant certains médicaments selon la strate“.

6.6 Coop-Studie „Ess-Trends im Fokus“

Beschreibung der Datenquelle

„Ess-Trends im Fokus“ ist eine Studie von Coop und der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung SGE.⁸ Es handelt sich um eine Querschnittsstudie, die regelmässig mittels einer online Befragung (LINK-Internet-Panel) durchgeführt wird. Die bisherigen Befragungen wurden zwischen 2009 und 2014 mit jeweils ca. 500 Personen im Alter von 15-74 Jahren durchgeführt. Die Autoren bezeichnen die Studien als repräsentativ für die Deutsch- und Westschweiz. In den Studien werden Interessen und Einstellungen im Zusammenhang mit Ernährung erfasst, wobei jedes Jahr einem spezifischen Thema vertieft gewidmet wird. Die wichtigsten Indikatoren sind das Ernährungsverhalten, das Ernährungsbewusstsein und die Ernährungseinstellungen, der Gesundheitszustand und das Gesundheitsbefinden in der Bevölkerung. Die Coop-Studie wurde das letzte Mal 2014 durchgeführt; sie wird zukünftig nicht mehr weiter geführt.

Tab. 8 Übersicht Coop-Studie „Ess-Trends im Fokus“

Methode	
Art der Erhebung	Stichprobenerhebung
Messmethode	Online-Befragung 2009, telefonische Befragung 2014
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Bevölkerung in der Deutsch- und Westschweiz
Stichprobengrösse/Anzahl	n=ca. 500
Alter	15-74 J
Abdeckung der Sprachregionen	D, F

⁸ Vgl. www.coop.ch/esstrends, letzter Zugriff, 10.09.2015.

Disaggregation	Alter, Geschlecht
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	zw. 2009 und 2014 jährlich: 6
Periodizität	jährlich, jedoch wechselnde Inhalte
Nächste Aktualisierung	Die Coop-Studie wird zukünftig nicht mehr durchgeführt werden.
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Nicht gegeben
Mögliche Kosten	--
Weiterführung	Die Coop-Studie wird zukünftig nicht mehr durchgeführt werden.
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Es ist nicht geklärt, wie die Stichprobe ausgewählt wurde. Laut Autoren soll die Studie für die Deutsch- und Westschweiz repräsentativ sein. Dass Tessin ist jedoch nicht miteingeschlossen. Daher ist die Aussagekraft für die Gesamtschweiz beschränkt.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Der Indikator „Wissen über Ernährung ab 15 Jahren“ (Indikator 36.3) wurde im Indikatorensystem MOSEB bis anhin via Coop-Studie, der Nutri-Trend-Studie (siehe dort) und dem Omnibus des BFS des Jahres 2014 erhoben. Da die Coop-Studie, wie auch die Nutri-Trend-Studie nicht mehr weitergeführt werden, wurden die Fragen in die Omnibus-Studie des BFS 2014 aufgenommen. Eine Weiterführung mittels Omnibus BFS muss organisiert werden (Kosten, etc. siehe Datenquelle „Omnibus“). Da die Daten der Coop-Studie und Nutri-Trend Studie schon relativ alt sind, werden diese für das NCD-Monitoring System nicht mehr verwendet.

6.7 C-Surf

Beschreibung der Datenquelle

Seit 2010 werden alle jungen Männer an der Aushebung in den Rekrutierungszentren der Schweizer Armee in Lausanne (VD), Windisch (AG) und Mels (SG) eingeladen, einen kurzen Fragebogen für die Studie C-Surf direkt vor Ort auszufüllen (5-10 Minuten).⁹ Zwei bis vier Wochen danach werden die angehenden Rekruten, die dazu eingewilligt hatten, aufgefordert, einen weiteren *online*- oder Papier-Fragebogen zu beantworten. Der Fragebogen enthält Fragen zur berufssoziologischen und familiären Situation der Teilnehmer; zu ihrem Konsum von Alkohol, Tabak, Cannabis und anderen Substanzen sowie zu ihrer Persönlichkeit. C-Surf eignet sich für Detailauswertungen, es können aber keine Aussagen über die Gesamtbevölkerung gemacht werden. Die Studie wird durch den Schweizerischen Nationalfonds finanziert, womit die langfristige Finanzierung nicht garantiert ist.

Tab. 9 Übersicht C-Surf

Methode	
Art der Erhebung	Vollerhebung, jedoch mit einer Teilnahme von nur 83%
Messmethode	Schriftliche Befragung
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Alle Männer an der Aushebung (ca. 30'000)
Stichprobengrösse/Anzahl	2010-2011: n=ca. 12'000 (von ca.14'000 Stellungspflichtigen)
Alter	Ca. 18-20 J
Abdeckung der Sprachregionen	D, F, I
Disaggregation	Alter, Bildung, etc.
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	5 (seit 2010)

⁹ <http://www.c-surf.ch/de/1.html>, letzter Zugriff, 1.9.2015.

Periodizität	jährlich
Nächste Aktualisierung	2016
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Nicht gegeben
Mögliche Kosten	--
Weiterführung	Ist gegeben
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Ca. 83% beantworteten 2010/2011 den Fragebogen. Die Studie beschreibt einen kleinen Teil der Schweizer Bevölkerung und kann dementsprechend nicht als repräsentativ angesehen werden.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Diese Datenquelle wird für keinen Indikator als Datenquelle vorgeschlagen. Sie wäre aber eventuell als Alternative zum Suchtmonitoring verwendbar, falls sich keine andere Datenquelle hierfür finden lässt. Aus diesem Grund sind die Informationen zur Studie C-Surf hier trotzdem aufgeführt.

6.8 Datenquellen zu „Diabetes“

Beschreibung der Datenquellen für Erwachsene

Diabetes-Daten wurden und werden an mehreren Stellen erhoben mit unterschiedlichen Ansätzen (Befragung, verschiedene Routine-Daten aus Leistungserbringer- und Versicherersicht, Kohortendaten mit Messung, etc.). Es ist schwierig, die günstigste Datenquelle auszuwählen. Deshalb wird hier von der Logik der Beschreibung einer Datenquelle abgewichen. Mögliche Daten und Studien zum Thema werden vorgestellt und diskutiert. Folgende Studien stehen als Grundlage für eine erste Übersicht zu Diabetes bei Erwachsenen zur Verfügung:

1. Prevalence, awareness and treatment of type 2 diabetes mellitus in Switzerland: the CoLaus study. (Kaiser A, et al. Diabet Med. 2012;29:190)¹⁰ (Siehe auch Datenquelle „CoLaus“)
2. Routine Data sources Challenge International Diabetes Federation Extrapolations of National Diabetes Prevalence in Switzerland. (Bopp M, et al. Diabetes Care. 2011;34:2387)¹¹
3. Die International Diabetes Federation (IDF) in Brüssel gibt mit dem Diabetes Atlas eine Übersicht über die Prävalenz von Diabetes weltweit.
4. Estoppey D, Paccaud F, Vollenweider P, Marques-Vidal P. Trends in self-reported prevalence and management of hypertension, hypercholesterolemia and diabetes in Swiss adults, 1997–2007. BMC Public Health 2011;11:114¹²
5. Daten der Fire-Datenbank. Diese wurde 2009 von der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Medizin geschaffen.^{13,14}
6. Huber et al. 2014. Epidemiology and costs of diabetes mellitus in Switzerland: an analysis of health care claims data, 2006 and 2011. *BMC Endocrine Disorders* 2014, 14:44 doi:10.1186/1472-6823-14-44. Dabei handelt es sich um den Datenpool der Helsana Versicherung. Diese Quelle wurde der Übersicht halber nicht in die untenstehende Tabelle eingeordnet. Es handelt sich dabei um eine Auswertung der abgerechneten Medikamente der Helsana Versicherung.

Besonders Bopp et al. und die International Diabetes Federation IDF diskutieren, welche Daten für die Schweiz repräsentativ sein könnten: Der IDF weist in einem Brief¹⁵ an Bopp et al. darauf hin, dass ihrer Meinung nach die Studie von Estoppey et al. verlässlichere Daten liefert. Bopp et al. weisen in ihrer

¹⁰ https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_BE138F8B29DC.P001/REF, letzter Zugriff, 1.10.2015.

¹¹ <http://care.diabetesjournals.org/content/34/11/2387.full.pdf+html>, letzter Zugriff, 1.10.2015.

¹² <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3051907/pdf/1471-2458-11-114.pdf>, letzter Zugriff, 1.10.2015.

¹³ <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/1157>, letzter Zugriff, 18.11.2015.

¹⁴ <http://www.hausarztmedizin.uzh.ch/fire2/bedeutungsforschung/praevaenzschaetzung.html>, letzter Zugriff, 18.11.2015.

¹⁵ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3329845/pdf/e38.pdf>, letzter Zugriff, 1.10.2015.

Antwort¹⁶ darauf hin, dass sie primär die Benutzung verschiedener Datenquellen zeigen wollten. Weiter halten sie die Werte der IDF für eher zu hoch, während umgekehrt die IDF die Schätzungen von Bopp et al. als zu konservativ einschätzen. Als weitere Datenquelle sind die Rekrutierungsdaten zu erwähnen, wo ebenfalls Blutglukose gemessen wird. Diese Messungen finden allerdings auf freiwilliger Basis statt und können somit nicht als repräsentativ angesehen werden (siehe Kap. 6.40).

Tab. 10 Übersicht Datenquellen „Diabetes“

Studie	Kaiser et al. 2012	Bopp et al., 2011	Estoppey et al., 2011	FIRE-Datenbank
Datenquelle	CoLaus	SGB, medizinische Statistik der Krankenhäuser, Todesursachenstatistik	SGB	Elektronische Krankengeschichte der Patienten der teilnehmenden Hausärzte
Methode				
Art der Erhebung	Stichprobenerhebung	SGB: Stichprobenerhebung, Todesursachen: Hospitalisierungen: Vollerhebungen	Stichprobenerhebung	Blutglukosemessungen
Messmethode	Befragung, Blutuntersuchung, körperliche Untersuchung	SGB: Fragebogen; Todesursachen: Angaben der Schweizer Krankenhäuser und Ärzte (Todesursachen); Hospitalisierungen: Angaben der Schweizer Krankenhäuser	Bevölkerungsbefragung, mündlich und schriftlich	Elektronische Krankengeschichte der Patienten der teilnehmenden Hausärzte, die nach ICPC-2 ausgefüllt wurden.
Beschreibung der Daten				
Grundgesamtheit	Bevölkerung der Stadt Lausanne	Allgemeinbevölkerung	Allgemeinbevölkerung	Patienten der teilnehmenden Hausärzte
Stichproben-grösse/Anzahl	n=6738	SGB: n=ca. 20'000 Alle Todesursachen 2007-2008, alle Hospitalisierungen 2008.	n = ca. 20'000	556'353 Konsultationen, 113'318 Patienten
Alter	Ursprüngliche 35-75 J	15+J	15-19; 20-24; 25-34; 35-44; 45-54; 55-64; 65-74; 75+	0+J
Abdeckung der Sprachregionen	F	D, F, I	D, F, I	D
Zeitliche Informationen				
Anzahl Messpunkte	2 (2003-2006), (2004-2009)	1	1	Daten seit 2009, Diabetesdaten einmal ausgewertet (2014)
Periodizität	unklar	Keine geplant	Datenerhebung alle 5 Jahre	Kontinuierliche Datenerhebung, Auswertung nicht geplant
Nächste Aktualisierung	offen	Keine geplant	Unklar, ob die Daten so wieder analysiert werden.	Keine geplant
Generelles				
Internationale Vergleichbarkeit	Wird diskutiert (siehe Text), aber da es sich um die Daten einer Stadt hat, dürfte ein Ländervergleich nicht gegeben sein.	Wird diskutiert (siehe Text)	Wird diskutiert (siehe Text)	Nicht gegeben

¹⁶ <http://care.diabetesjournals.org/content/35/5/e39.full.pdf>, letzter Zugriff, 1.10.2015.

Mögliche Kosten	Höhe der Kosten nicht bekannt.	Höhe der Kosten nicht bekannt.	Höhe der Kosten nicht bekannt.	Höhe der Kosten nicht bekannt.
Weiterführung	offen	Daten werden weiter erhoben. Keine regelmässigen Datenanalysen geplant.	Daten gesichert, Analyse nicht.	Daten werden weiter erhoben. Keine regelmässigen Datenanalysen geplant.
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Die Beschränkung der Stichprobe auf die Stadt Lausanne limitiert die Aussagekraft für die ganze Schweiz. Laut Expert/innen validieren die Ergebnisse von Bopp et al. diese Resultate.	Diese Studie hat die breiteste Datenbasis. Problematisch ist aber der Anteil der Personen, die gar nicht wissen, dass sie an Diabetes erkrankt sind. Bei den Selbstangaben der SGB kommt noch ein Reporting und Recall Bias hinzu.	National repräsentativ, benutzt aber eine weniger breite Datenbasis als Bopp et al.	Die Teilnahme der Ärzte ist freiwillig. Nur solche aus der Deutschschweiz im Moment. Repräsentativität nicht gegeben.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Beschreibung der Datenquellen für Kinder

Für Kinder und Jugendliche werden von den Expertinnen/Experten die Daten empfohlen, die von der Universitäts-Kinderklinik Zürich, Abteilung Endokrinologie / Diabetologie zu Diabetes Typ 1 fortlaufend erhoben werden. Ein konkreter Expert/innen-Vorschlag hierzu ist folgender: „Die beste Datenquelle für nationale Daten bezüglich Typ 1 ist die Studie von Schoenle et al. in Diabetologia (2001). Die Studie von Schoenle et al. erfasst praktisch die gesamte Schweiz flächendeckend. Hingegen gibt es für Typ 2 Diabetes keine Daten für die Schweiz.“ Allerdings wurden im nationalen Gesundheitsbericht für einen ersten groben Überblick die Helsana Daten (abgerechnete Medikamente) für die Beschreibung von Typ 1 und 2 Diabetes (keine Unterscheidung möglich) bei Kindern verwendet.¹⁷ Andere Expertinnen/Experten verweisen zusätzlich auf die Daten der medizinischen Statistik der Krankenhäuser.

Ein weiterer Expert/innen-Kommentar zu Typ 2 Diabetes ist folgender: „Es gibt eine Studie von Körner et al. (Int J Obes, 2013), die Daten für Deutschland präsentiert. Diese Daten sollten vergleichbar mit der Schweiz sein. Körner et al. fanden, dass ca. 1% aller übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlichen einen Typ 2 Diabetes zeigen. Somit ergäbe sich ungefähr eine Prävalenz von 1 - 2 Promille aller Kinder und Jugendlichen, wobei hier anzufügen gilt, dass an der Kinderklinik in ZH in den letzten zehn Jahre nur 1-2 Jugendliche mit Typ 2 Diabetes behandelt wurden. Entsprechend scheinen die Berechnungen aus Deutschland eher etwas hoch gegriffen zu sein. Man kann generell sagen, dass die Prävalenz des Typ 2 Diabetes bei Kindern unter 15 Jahren in der CH sehr gering ist. Trotzdem kommt der Prävention der Übergewichtigkeit / Adipositas eine wichtige Bedeutung zu, da es lediglich eine Frage der Zeit, wann diese Bevölkerungsgruppe einen Typ 2 Diabetes oder eine mit Adipositas-assoziierte Komorbidität entwickeln wird.“ Laut Expert/innen wäre zudem ein Diabetesregister für Kinder wünschenswert. Die tiefe Inzidenz von Typ 2 Diabetes bei Kindern werden von Experten wiederholt erwähnt.

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Allgemeine Bemerkungen von Expertinnen und Experten: „Grundsätzlich ist es aus unserer Sicht ein Anliegen, bei den NCD-Indikatoren eine Trennung von Typ 1 und Typ 2 Diabetes zu erreichen – wenn nicht bei Erwachsenen, dann zumindest unbedingt bei Kindern und Jugendlichen. Der Diabetes mellitus Typ 1 ist eine Autoimmunerkrankung und – obwohl nicht-übertragbar und chronisch (also NCD) – nicht einem bestimmten Lifestyle zuzuordnen. Präventionsmassnahmen gemäss vorgesehener NCD-Strategie greifen hier gemäss heutigem Stand der Wissenschaft nicht, so dass auch deren Wirksamkeit bei Typ 1 Diabetes gar nicht gemessen werden kann. Nichts desto trotz wäre es aus unserer Sicht wichtig, Prävalenz und Inzidenz beider Erkrankungen zu erfassen, um eine solide Datengrundlage zu erhalten“.

¹⁷ http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/gesundheitsbericht_2015_d.pdf, letzter Zugriff, 17.11.2015.

Für den Indikator „Diabetes-Erkrankungen ab 15 Jahren“ (Indikator 2.1) dürften die Resultate, die Bopp et al. berechnet haben, aufgrund ihrer Argumente und ihrer breiten Abstützung auf mehrere Quellen einen guten ersten Überblick geben.

Expertinnen/Experten haben Vorbehalte gegenüber den national nicht-repräsentativen Studien. Sie fügen aber auch an: „Der Ansatz von Bopp et al. ist auch nur eine unvollkommene Lösung, da er nicht für Trendanalysen konzipiert ist. Das Problem bei Diabetes sind weniger die diagnostizierten, aber unbehandelten Fälle als der nicht unbeträchtliche Anteil der Personen, die gar nicht wissen, dass sie an Diabetes erkrankt sind. Bei den Selbstangaben der SGB kommt noch ein Reporting und Recall Bias dazu. Bessere Daten sind nur aus regelmässigen Blutzuckermessungen zu erwarten, am besten aus dem Hausarztbereich, wie eine jüngere Arbeit anhand der FIRE-Datenbank vergleichend aufgezeigt.¹⁸ Diese auf die Deutschschweiz beschränkte Datenquelle ist allerdings jüngeren Datums und ihre Eignung für ein Monitoring über die Zeit wäre abzuklären“. Auch andere Experten sagen, dass zuverlässige Daten aus den gemessenen Werten kommen sollen. Sie schlagen die Fire-Datenbank oder die Cohorte lausannoise dafür vor, fügen aber auch an, dass diese nicht repräsentativ sind. Ein Experte dazu: „Die Rekrutierung für CoLaus liegt schon etliche Jahre zurück. Dies und die lokale Beschränkung machen eine Generalisierung auf die Schweiz fragwürdig. Punkto Repräsentativität wäre FIRE sicher das Beste, denn der Anteil Personen mit Arztbesuch liegt viel höher als beispielsweise die Teilnahmerate bei der SGB.“ Dazu muss jedoch erwähnt werden, dass die Fire-Daten mit ihrer aktuellen Beschränkung auf die Deutschschweiz gar keine Repräsentativität für die gesamte Schweiz beanspruchen.

Die Daten der Helsana Studie (Huber et al.), könnten weitere Hinweise liefern. Allerdings wird von einem Experten erwähnt: „In dieser Studie werden weder Messungen noch eigentliche Diagnosen erfasst, sondern bloss verrechnete Medikamentengruppen“.

Es handelt sich bei all diesen Auswertungen um keine Monitoring-Systeme, sondern bisher um Einzelstudien. Für das NCD-Monitoring könnten die Berechnungen, wie sie Bopp et al. vorgenommen haben benutzt werden, da die Daten (SGB, Todesursachenstatistik und Krankenhausstatistik) regelmässig erhoben werden. Zusätzlich würde eine Präsentation von gemessenen (national noch nicht repräsentativen) Daten der Fire-Studie zur Validierung der Befragungsdaten beitragen und einen ersten Einblick zu allen Personen mit Hausarztbesuch geben.

6.9 Datenquellen zu „Prävention in der Gesundheitsversorgung“

Beschreibung der Datenquelle

Daten zur Prävention in der Gesundheitsversorgung sind kaum verfügbar. Deshalb werden auch hier die möglichen Daten nebeneinander beschrieben. Es geht dabei um die Daten von zwei Netzwerken für Präventionszentren der Schweiz, von swissprevent.ch¹⁹ und von Gesundheitscoaching, welche einen Einblick in die Zahl vorhandener Strukturen geben könnten.

swissprevent.ch ist ein Netzwerk kardiovaskulärer Präventionszentren der Schweiz und verfolgt das Ziel, dass in den zehn Jahren 80% der Schweizer Spitäler ein kardiovaskuläres Präventionszentrum haben. Es geht dabei in erster Linie um die Bereiche Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes und Adipositas. Als Anforderungsprofil eines Zentrums werden genannt: 1. Durch die zuständige Fachgesellschaft zertifizierte Rehabilitationsprogramme, 2. Fachliche Qualifikation mit Facharzttitle in Kardiologie, Angiologie, Diabetes, Neurologie, Allgemein Innere Medizin sowie Diplom einer Fachgesellschaft für die beteiligten Gesundheitsfachpersonen, 3. Organisationsstruktur als Präventionszentrum mit zentraler Koordination, welche den Teilbereichen administrative Arbeit abnimmt und einen gemeinsamen Auftritt sicherstellt sowie 4. Regelmässige Treffen und Besprechungen der beteiligten Fachpersonen.

¹⁸ <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-14-1157.pdf>, letzter Zugriff, 29.10.2015.

¹⁹ www.swissprevent.ch, letzter Zugriff, 2.10.2015.

Das Projekt Gesundheitscoaching²⁰ will Patient/innen und Hausärzt/-innen unterstützen, als Partner gemeinsam die Gesundheit zu stärken und Krankheiten vorzubeugen. Das Projekt Gesundheitscoaching gibt dem Patienten/der Patientin die Hauptrolle und macht den Arzt/die Ärztin zu dessen Coach. Nachdem das Projekt in St. Gallen getestet wurde, hat der Stiftungsrat des Kollegiums für Hausarztmedizin beschlossen, dieses Programm nun landesweit auszuweiten. Als Datenquelle dient bisher nur das Pilotprojekt Gesundheitscoaching. Die Datenbasis wird laufend/künftig mit der Verbreitung des Gesundheitscoachings vergrössert.

Tab. 11 Übersicht Datenquellen zu „Prävention in der Gesundheitsversorgung“

Methode	swissprevent.ch	Gesundheitscoaching
Art der Erhebung	Fortlaufende Zählung der Teilnehmer	
Messmethode	Zählen der Anzahl der akkreditierten Präventionszentren.	Zählen der zertifizierten Unternehmungen. Vorgaben für die Zertifizierung: keine Angaben erhalten.
Beschreibung der Daten		
Grundgesamtheit	Alle Schweizer Spitäler	Alle Arztpraxen
Stichprobengrösse/Anzahl	2014: 3	2009: 20 (Pilotprojekt)
Alter	--	--
Abdeckung der Sprachregionen	Im Moment befinden sich alle Zentren in der Deutschschweiz.	Pilotprojekt fand in St. Gallen statt. Im Moment keine Angaben darüber, wo sich die Arztpraxen befinden.
Disaggregation	--	
Zeitliche Informationen		
Anzahl Messpunkte	1 (2014)	Pilot 2009, keine weiteren Angaben erhalten
Periodizität	jährlich	keine weiteren Angaben erhalten
Nächste Aktualisierung	2015	keine weiteren Angaben erhalten
Generelles		
Internationale Vergleichbarkeit	Nicht gegeben	Nicht gegeben
Mögliche Kosten	Keine Kosten für das BAG.	Höhe der Kosten nicht bekannt
Weiterführung	bis 2010 gesichert	Nicht bekannt
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Das Kriterium für die Qualität der Daten dürfte die Einhaltung des Anforderungsprofils für die Präventionszentren sein. Dies scheint mit dem Netzwerk swissprevent.ch gegeben zu sein, muss aber regelmässig überprüft werden.	Die genauen Anforderungen scheinen gemäss Homepage unklar. Auf Nachfragen wurden bisher keine weiteren Informationen geliefert.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Die beiden Datenquellen kommen beim Indikator „Verbreitung von Prävention in der Gesundheitsversorgung“ (Indikator 42) zum Einsatz.

Mögliche Indikatoren bei swissprevent.ch:

- Anzahl der Präventionszentren jeweils auf Ende Jahr (Aktuell (Juni 2015) sind 3 Zentren zertifiziert, Gründung Nov. 2014).
- Anzahl der pro Zentrum angebotenen strukturierten Präventionsprogramme

Im Moment werden vor allem die Daten von swissprevent.ch empfohlen, da von der Organisation Gesundheitscoaching nur wenige Informationen geliefert wurden. Es sollte jedoch nochmals nachfragt werden, bevor auf die Daten ganz verzichtet wird.

²⁰ <http://www.gesundheitscoaching-khm.ch/public/willkommen.php>, letzter Zugriff, 2.10.2015

6.10 Datenquellen zu „Strukturellen Massnahmen - Bewegung“

Beschreibung der Datenquelle

Trotz verschiedentlich Befragung wurden zum Indikator „Einstellung gegenüber strukturellen Massnahmen – Bewegung, ab 15 Jahren“ (Indikator 40.4) als mögliche Datenquellen nur die politischen Vorstösse oder die angenommenen bzw. abgelehnten Abstimmungen zu den Tempo 30 Zonen/Bewegungszonen vorgeschlagen. Die nationalen Vorstösse können in der Dokumentation der Bundesversammlung bezogen werden.²¹ Die Auflistungen kantonaler und kommunaler Vorstösse können bei Kantonen und Gemeinden bezogen werden.

Tab. 12 Übersicht Datenquellen „Strukturelle Massnahmen - Bewegung“

Methode	
Art der Erhebung	Vollerhebung
Messmethode	Sammlung der nationalen, kantonalen und kommunalen politischen Vorstösse zum Thema Bewegungszonen/Tempo 30er Zonen. Angenommene und abgelehnte Abstimmungen zum Thema.
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Vollerhebung
Stichprobengrösse/Anzahl	--
Alter	--
Abdeckung der Sprachregionen	D, F, I
Disaggregation	Nach Sprachregionen, Kantonen
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	unbekannt
Periodizität	laufend
Nächste Aktualisierung	2016
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Nicht gegeben
Mögliche Kosten	Keine Kosten für das BAG für den Datenbezug. Für die Zusammenstellung und Auswertungen muss mit Kosten gerechnet werden.
Weiterführung	gesichert
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Die Daten sind national repräsentativ vorhanden. Ob sie jedoch kausal mit der Fragestellung zusammenhängen, ist etwas unsicher, da solche Abstimmungen von anderen Faktoren als der Einstellung gegenüber den Massnahmen abhängen können. Trotzdem dürften diese Daten einen ersten Eindruck zur Situation in der Schweiz geben.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Da es gemäss Expertenmeinung keine anderen nationalen Daten gibt, bieten die Daten einen ersten Überblick über die Einstellung gegenüber strukturellen Massnahmen im Bereich Bewegung. Die erwähnten Daten werden dem zu Folge für Indikator „Einstellung gegenüber strukturellen Massnahmen – Bewegung, ab 15 Jahren“ (Indikator 40.4) vorgeschlagen.

²¹ <http://www.parlament.ch/d/dokumentation/curia-vista/vorstoesse-tabellen-grafiken/Seiten/default.aspx>, letzter Zugriff, 04.01.2016.

6.11 Datenquellen zu „Strukturelle Prävention“

Beschreibung der Datenquelle

Systematische Daten zur Umsetzung von struktureller Prävention in der gesamten Schweiz sind schwierig zu erhalten. Deswegen werden in diesem Kapitel die verschiedenen möglichen Datenquellen nebeneinander beschrieben und diskutiert.

Gewisse Daten zur strukturellen Prävention können von der Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung in der Schweiz (VBGF) geliefert werden. Die VBGF fördert die Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen den Kantonen einerseits und zu Bundesstellen, zur Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz und weiteren Fachorganisationen andererseits. Mögliche Daten für das NCD-Monitoring können von der VBGF beziehungsweise von ihren ständigen Gästen direkt bezogen werden (weiteres siehe weiter unten). Die VBGF gibt in ihrem neuesten Jahresbericht einen Überblick über die Anzahl kantonalen Programme in den Bereichen Ernährung und Bewegung, Alkohol, Tabak, psychische Gesundheit, Migration, früher Förderung, Gesundheitsförderung in Kinder- und Jugendverbänden und Alter und Gesundheit.²² Jedoch werden diese nicht als Indikator benutzt. Die Gründe hierfür sind unten im Kapitel „Einsatz im NCD-Monitoring-System“ aufgeführt.

Im Projekt Gesundheitsfördernde Gemeinschaftsgastronomie wird die Umsetzung und die Kontrolle der Qualitätsstandards vom Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV) kontrolliert.²³ Beim Label *Friendly Work Space* und beim Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) macht dies Gesundheitsförderung Schweiz.²⁴ Schliesslich kann die Evaluation der Initiative actionsanté(bzw. deren Aktionsversprechen) im Kapitel 6.20 nach gelesen werden.

Ein weiteres Projekt im Setting der Schulen, das als Datenquelle genutzt werden könnte, ist das Programm „schule bewegt“. Es handelt sich um ein Programm des Bundesamts für Sport BASPO mit Unterstützung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektorinnen und -direktoren EDK und in Zusammenarbeit mit der Beratungsstelle für Unfallverhütung bfu. Die offiziellen Partner sind Swissmilk, Sport Heart und Gesundheitsförderung Schweiz.²⁵ Daten können direkt bei den Projektverantwortlichen bezogen werden, jedoch ist ab 2017 die Weiterführung von „schule bewegt“ unklar.

Als weitere mögliche Projekte wurden von den Expertinnen/Experten vorgeschlagen:

- VIA-Gesundheitsförderung im Alter²⁶
- Schnitz und drunder²⁷
- Fourchette verte²⁸
- Purzelbaum²⁹

²² Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung in der Schweiz, Jahresbericht 2014.

²³ <http://www.blv.admin.ch/themen/04679/05055/05160/index.html?lang=de>, letzter Zugriff, 16.10.2015.

²⁴ <http://gesundheitsfoerderung.ch/wirtschaft/produkte-und-dienstleistungen/label-friendly-work-space/qualitaetskriterien.html>, letzter Zugriff, 16.10.2015.

²⁵ <http://www.schulebewegt.ch/internet/Schulebewegt/de/home/Schulebewegt/partner.html>, letzter Zugriff, 2.9.2015.

²⁶ <http://gesundheitsfoerderung.ch/public-health/gesundheitsfoerderung-fuer-aeltere-menschen/projekt-via.html>, letzter Zugriff, 29.10.2015.

²⁷ <http://www.radix.ch/Gesunde-Schulen/Ernaehrung-und-Bewegung/schnitz-und-drunder/P1n2f/>, letzter Zugriff, 29.10.2015.

²⁸ <http://www.fourchetteverte.ch/de/>, letzter Zugriff, 29.10.2015.

²⁹ <http://www.radix.ch/Gesunde-Schulen/Ernaehrung-und-Bewegung/Purzelbaum-Schweiz/P2uDO/>, letzter Zugriff, 29.10.2015.

Tab. 13 Übersicht Datenquellen „Strukturelle Prävention“

Methode	Gesundheitsfördernde Gemeinschaftsgastronomie	Friendly Work Space, BGM, Firmen bei Actionsanté	SNGS, schule bewegt
Art der Erhebung	Erhebung der Teilnehmer	Erhebung der Teilnehmer	Erhebung der Teilnehmer
Messmethode	Zählung, online Befragung	Zählung, Befragung	Zählung
Beschreibung der Daten			
Grundgesamtheit	Schwer abzuschätzen, da nur eine gewisse Gruppe von Gastronomien teilnimmt.	Schwer abzuschätzen, da nur eine gewisse Gruppe von Firmen teilnimmt.	Schwer abzuschätzen, da nur eine gewisse Gruppe von Schulen teilnimmt.
Stichprobengrösse/ Anzahl	--	--	--
Alter		--	--
Abdeckung der Sprachregionen	abzuklären	Bei den einzelnen Projekten abzuklären.	Bei den einzelnen Projekten abzuklären.
Disaggregation	--	--	--
Zeitliche Informationen			
Anzahl Messpunkte	--	--	--
Periodizität	jährlich	jährlich	jährlich
Nächste Aktualisierung	2016	2016	2016
Generelles			
Internationale Vergleichbarkeit	Nicht gegeben	Nicht gegeben	Nicht gegeben
Mögliche Kosten	Keine Kosten für das BAG.	Keine Kosten für das BAG.	Keine Kosten für das BAG.
Weiterführung	gesichert	gesichert	gesichert
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Repräsentativität nicht gegeben.	Repräsentativität nicht gegeben.	Repräsentativität nicht gegeben.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Die genannten Daten kommen für den Indikator „Strukturelle Prävention in Settings“ (Indikator 39) in Frage. Ein Expertenkommentar zu diesem Indikator lautet: „Mangels anderer geeigneter Indikatoren ist es sinnvoll, die Indikatoren auf den Outcome-Bereich der Strategie zu beziehen“.

Die Anzahl aktueller struktureller Präventionsangebote in Schulen, Kindergärten, Horten, Gemeinden und Kantonen“ könnte von RADIX auf Mandatsbasis erhoben werden. Allerdings bemerkt dazu ein/e Expert/in: „Strukturelle Präventionsangebote in Schulen und Kindergärten – da weiss ich nicht, wie das zu erheben wäre, mir ist keine Statistik dazu bekannt“. Im Setting Schule koordiniert RADIX Schweiz die 21 kantonalen oder regionalen und zwei sprachregionale Netzwerke mit über 1700 Schulen, die Teil des Schweizerischen Netzwerks gesundheitsfördernder Schulen (SNGS) sind. Bei der SNGS könnten die Schulhäuser, die Anzahl der erreichten Schülerinnen und Schüler und die Lehrpersonen erhoben werden. Die SNGS aktualisiert die Daten laufend, erstellt und publiziert daraus aber keine Statistik, sondern müsste sie (mit unbekannten Kostenfolgen) hierzu beauftragen. „schule bewegt“ hingegen erstellt und publiziert jährlich Statistiken mit Daten zu teilnehmenden Schulen. Ein Expertenkommentar dazu ist: „Die Anzahl der Mitglieder des SNGS finde ich grundsätzlich einen guten Indikator. Hier gibt es aber einen Prozess für eine übergeordnetes Netzwerk unter dem Dach der nachhaltigen Entwicklung.“

Bei Gesundheitsförderung Schweiz könnten Daten zu folgenden Programmen bezogen werden: *Friendly Work Space*, Verbreitung von VIA Gesundheitsförderung, Monitoring Verbreitung BGM in Schweizer Betrieben ab 100 MA (erste Ergebnisse Mitte 2016, Wiederholung 2020).

Beim BLV könnten Daten zur Umsetzung von Qualitätsstandards in der Gemeinschaftsgastronomie bezogen werden. Konkret wäre dies die Anzahl Auszeichnungen, die vom BLV vergeben werden.

Ein genereller Expertenkommentar zu den vorgeschlagenen Labels ist folgender: „Skeptisch bin ich gegenüber Indikatoren, die sich auf Labels beziehen. Bisher gibt es kein Label, das eine flächendeckende Bedeutung hat. Der Erwerb des Labels (wie z.B. Gesunde Stadt Uster) hängt sehr von der Motivation einzelner Regierungsmitglieder oder anderer Verantwortlicher ab. Daraus auf positive oder negative Entwicklung im Bereich der NCD-Prävention zu schliessen, finde ich zu zufällig“. Gemäss Nachfrage geht es der Personen dabei vor allem um das Label „Gesunde Gemeinde“, aber auch um die Inhalte der kantonalen Präventionsprogramme. Dort kann es sein, dass Kantone, die kein Programm haben, effektiv mehr machen als Kantone, die ein Programm haben.

Weiter wird von den Expertinnen/Experten gesagt: „Die Datenlage aufgrund solch disparater Projekte ist schwierig, da sie freiwillig sind und keine systematische Erhebung von dritter Seite erfolgt“. Es scheint somit, dass die vorgeschlagenen Labels sehr genau auf ihr statistisches Potential geprüft werden müssen. Nicht alle Institutionen, die sich in einem Präventionsbereich engagieren, lassen sich auch „labeln“ und andere Institutionen erfüllen nur das Minimum, um ein Label zu erhalten. Auch sind die teilnehmenden Institutionen bei Labels nicht repräsentativ für alle solchen Institutionen. Es muss davon ausgegangen werden, dass sich eine bestimmte Gruppe für ein Label interessiert. Die vergebene Anzahl Label mit einer Beschreibung der entsprechenden Institutionen würde höchstens einen ersten Überblick über die strukturelle Prävention in der Schweiz abgeben.

6.12 Eidgenössische Alkoholverwaltung (EAV) – „Alkohol in Zahlen“

Beschreibung der Datenquelle

Die EAV ist mit der praktischen Umsetzung der Alkoholgesetzgebung in der Schweiz beauftragt. Sämtliche Spirituosen sowie hochgradiger Alkohol (Ethanol) fallen namentlich unter diese Gesetzgebung.³⁰ Der Bericht „Alkohol in Zahlen“ enthält Angaben zur Erzeugung, Einfuhr und Ausfuhr von Spirituosen sowie zum Konsum verschiedener alkoholischer Getränke (Wein, Bier und Spirituosen) in der Schweiz. Die Daten stammen aus unterschiedlichen Quellen, von der Eidgenössischen Alkoholverwaltung, dem Bundesamt für Landwirtschaft und der Zollverwaltung. Zudem arbeitet die EAV eng mit der Gewerbe- und Kleinproduzenten zusammen. Es werden landesweit jährlich Daten über den Zugang zum Alkohol durch Minderjährige via Testkäufe erhoben. Die EAV beauftragt auch regelmässig Universitäten / weitere Organisationen, um die Lage der Anwendung des Rechts sowie die Situation zum Alkoholkonsum, usw. zu überprüfen. Obwohl diese Detaildaten wegen der mangelnden Periodizität keinen Indikatoren zugrunde liegen können, sollen sie hier erwähnt werden. Da die EAV in Auflösung begriffen ist, lautet ein Expertenkommentar: „Wer genau nach der Auflösung der EAV die Daten veröffentlichen wird weiss ich auch noch nicht. Dass die Daten zum Alkoholkonsum erhoben werden, ist aber garantiert.“

Tab. 14 Übersicht „Alkohol in Zahlen“ der EAV

Methode	
Art der Erhebung	Vollerhebung (ohne illegal produzierte, importierte und exportierte Produkte)
Messmethode	Die Gewerbe- und Kleinproduzenten, sowie die Landwirte liefern die Zahlen zu ihrer Erzeugung von alkoholischen Produkten an die EAV. Dies geschieht im Zusammenhang mit der Steuerpflicht von Alkohol. Die Steuerveranlagung erfolgt weitgehend nach dem Prinzip der Selbstdeklaration. Bei einer Jahresproduktion von über 200 Liter reinen Alkohols werden landwirtschaftliche Betriebe der gewerblichen Kontrolle unterstellt. Zudem erhält die EAV von den Zollorganen die Zahlen des eingeführten sowie des ausgeführten Alkohols. Daten zum Konsum werden von der EAV z.T. in eigenen Umfragen erhoben.
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Erzeugung, Einfuhr und Ausfuhr von Spirituosen, Konsum

³⁰ <http://www.eav.admin.ch/dokumentation/00445/00582/index.html?lang=de>, letzter Zugriff, 1.9.2015.

Stichprobengrösse/Anzahl	2013/2014 wurden in der Schweiz 11 498 Hektoliter reiner Alkohol durch Destillation hergestellt. Importiert wurden 84 892 Hektoliter.
Alter	--
Abdeckung der Sprachregionen	--
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	Seit Anfang des 20. Jahrhunderts
Periodizität	jährlich
Nächste Aktualisierung	2016
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Indikator wurde von der EU in die Liste wichtiger Gesundheitsindikatoren aufgenommen, daher Aufnahme in NCD-Set.
Mögliche Kosten	Keine Kosten für das BAG.
Weiterführung	Gesichert, aber nicht mehr durch EAV
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Gegeben, hängt aber von der Einhaltung der Selbstdenkulation ab.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Der Indikator „Alkoholbedingte Mortalität“ (Indikator 12.1) soll neben den Daten der SGB und der Statistik der Todesursachen mit den Daten der EAV berechnet werden.

Der Indikator „Alkoholkonsum pro Kopf“ (Indikator 19) soll mit den Daten der EAV beschrieben werden. Diese Datenquelle wird empfohlen, da sie die internationale Vergleichbarkeit gewährleistet. Ebenfalls soll der Indikator „Gesetzliche Rahmenbedingungen bezüglich Verkauf und Werbung für Alkohol auf kantonaler und nationaler Ebene“ (Indikator 38.1) über die Daten der EAV (Zugang zum Alkohol durch Minderjährige) beschrieben werden, da es sich dabei um die aktuellsten Daten handelt. Zudem wird er mit den Daten zur regulatorischen Situation im Bereich Alkoholkonsum in der Schweiz, die vom BAG gesammelt werden, beschrieben³¹. Für den internationalen Vergleich sollen die Daten zum Substanzmissbrauch der WHO dienen.³²

6.13 Erhebung Bauchumfang und Körpergewicht der ETH Zürich

Beschreibung der Datenquelle

Dabei handelt es sich um drei Erhebungen bei je ca. 2000-3000 Kindern (6-13-jährig) aus 60 zufällig ausgewählten Schulen der Schweiz in den Jahren 2002, 2007 und 2012.^{33,34} Neben Gewicht und Grösse wurde auch der Bauchumfang der Kinder gemessen.

Zur Weiterführung der Studie meinen die Autoren: „Ob es in Zukunft weitere Untersuchungen geben wird ist noch nicht entschieden. Im Grunde wäre es sicherlich gut, die Untersuchungen im 5-Jahres Intervall weiterzuführen, entschieden ist aber noch nichts.“ Zur Finanzierung: „Die letzten beiden Studien (2012 und 2007) evtl. auch die erste im 2002, da bin ich mir aber nicht sicher, wurden durch das BAG finanziert. Ohne Finanzierung von aussen werden wir die Studie sicherlich nicht durchführen können und ich denke auch es wäre nicht ganz einfach Finanzierung zu bekommen wenn nicht von staatlicher Seite für eine solche Studie. Von daher müsste man wohl sagen, dass Kosten entstehen würden. Nicht in dem Sinne für die Nutzung der Daten, sondern bereits für die Durchführung der Studie“.

³¹ Vgl. <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/07287/13147/index.html?lang=de>, letzter Zugriff, 02.09.2015.

³² Vgl. http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/che.pdf?ua=1, letzter Zugriff, 02.09.2015.

³³ http://www.smw.ch/scripts/stream_pdf.php?doi=smw-2011-13227, letzter Zugriff, 2.9.2015.

³⁴ <http://link.springer.com/article/10.1007/s00394-013-0590-y#>, letzter Zugriff, 4.11.2015.

Tab. 15 Übersicht Erhebung Bauchumfang und Körpergewicht der ETH Zürich

Methode	
Art der Erhebung	Stichprobenerhebung
Messmethode	Um eine national repräsentative Stichprobe zu erhalten, wurde ein <i>Cluster-Sampling</i> aus der Volkszählung 2000 verwendet. Zufällig wurden 60 Schweizer Schulen gewählt. Daraus wurden je drei bis vier Klassen gewählt, deren Schüler alle zur Studienteilnahme eingeladen wurden. Durchschnittlich nahmen pro Schule 38 Kinder teil. Der Bauchumfang wurde mittels objektiver, standardisierter Methoden gemessen.
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Alle schulpflichtigen Kinder zwischen 6 und 13 Jahren
Stichprobengrösse/-Anzahl	N= je ca. 2000-3000
Alter	6-13 J
Abdeckung der Sprachregionen	D, F, I
Disaggregation	Geschlecht, Alter, Region
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	3 (2002, 2007, 2012)
Periodizität	Keine geplant
Nächste Aktualisierung	Keine geplant
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Die Autoren schreiben: Comparison between countries, however, is difficult because the landmark used to measure WC [waist circumference] and the cut off points for the definition of children at risk vary.
Mögliche Kosten	Höhe der Kosten unbekannt. Ohne Finanzierung von aussen, ist eine weitere Studie nicht möglich. Die Studien 2007 und 2012 waren vom BAG finanziert. Dies wäre wohl auch bei einer Weiterführung nötig.
Weiterführung	Keine geplant
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Die Kinder wurden möglichst repräsentativ ausgewählt. Wählt man Schulen und daraus gewisse Klassen, hat das den Einfluss, dass sich die Individuen darin ähnlicher sind, als wenn man sie aus unterschiedlichen Klassen bzw. Schulen wählt. Mit geeigneten statistischen Methoden kann dies aber bei der Datenauswertung berücksichtigt werden. Jedoch scheint die Teilnahme der Schüler freiwillig gewesen zu sein, was die Daten beträchtlich beeinflusst.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Die Daten der Baumumfangserhebung der ETH Zürich werden empfohlen, um die Indikatoren „Risikohaften Bauchumfang bei 6–13-Jährigen“ (Indikator 49.2) und „Übergewicht und Adipositas bei 6–15-Jährigen“ (Indikator 46.2) zu beschreiben. Zur weiteren Durchführung: „Im Grunde wäre es sicherlich gut, die Untersuchungen im 5-Jahres Intervall weiterzuführen, entschieden ist aber noch nichts“. Und es wird darauf hingewiesen, dass die Daten von 2012 mit Vorsicht mit denen von 2007 verglichen werden können: „Wir haben im Jahr 2012 nochmals eine nationale Studie zur Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas bei Schulkindern durchgeführt. Wir hatten in dieser Studie zwar auch den Bauchumfang erfasst, allerdings hatten wir Probleme mit der Vergleichbarkeit der Resultate zu den früheren Studien. Je nachdem, wo gemessen wird, kann es zu grossen Abweichungen in den Bauchumfang-Werten kommen. Und gerade bei übergewichtigen und adipösen Probanden ist dies umso schwieriger. Es ist schwierig zu sagen, welche Erhebungen nun ‚besser‘ waren, aber wir haben aus diesen Gründen darauf verzichtet, den Vergleich über die Jahre auch für den Bauchumfang zu machen“.

Im Vergleich zum Gewichtsmonitoring der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich meinen Expertinnen/Experten: „Beim (jährlichen) Städtemonitoring handelt es sich um eine Vollerhebung, was einmalig ist. Und beim vergleichenden kantonalen Monitoring (alle vier Jahre) wird ebenfalls auf repräsentative Erhebungen in den Kantonen geachtet. Bei der ETH-Erhebung ist die Teilnahme meines Wissen freiwillig, was zu einer erheblichen Verzerrung führt. Die Ergebnisse der ETH schwankten in der Vergangenheit zudem erheblich. 2007 kamen sie auf einen Anteil an übergewichtigen und adipösen Kinder und Jugendlichen zwischen 6 und 12 Jahren von 15% (2002: 20%; 2012: 19%). Die

Ergebnisse des Gewichtsmonitorings der Kantone lagen für 2007 hingegen bei 19,3%, was in der Zeitreihe deutlich plausibler erscheint.“ Nach Abwägung dieser Rückmeldungen bleibt ein widersprüchliches Bild: Es sind zwar sehr zuverlässige Messungen für die drei Deutschschweizer Städte im Gewichtsmonitoring der Städte vorhanden (Vollerhebung). Dort werden aber weder die ländlichen Regionen noch die Romandie oder das Tessin berücksichtigt. Die kantonalen Messungen beinhalten nicht alle Kantone und in diesen ist die Messung nicht flächendeckend. Bei den Zürcher Messungen ist die Teilnahme freiwillig, also auch dort gibt es keine flächendeckende Messung. Somit werden sowohl die Daten der Erhebung Bauchumfang und Körpergewicht der ETH Zürich als auch das Gewichtsmonitoring der Städte als komplementäre, aber je unvollständige Datenquelle empfohlen. Zusätzlich werden die Befragungsdaten der HBSC empfohlen (siehe dort).

Als weitere Daten kommen diejenigen von ENERGY in Frage, einer internationalen Vergleichsstudie (siehe dort). Jedoch ist die Repräsentativität auf nationaler Ebene nicht gegeben, da nur Schulen in den Kantonen Basel-Land, Bern, Solothurn und St.Gallen gewählt wurden. Zudem wird diese Studie nicht weitergeführt.

6.14 Erhebung Familie und Generationen (EFG)

Beschreibung der Datenquelle

Die Erhebung zu Familien und Generationen des Bundesamtes für Statistik hat zum Ziel, statistische Informationen über die aktuelle Situation und die Entwicklung von Familien sowie zu den Beziehungen zwischen den Generationen zu liefern. Es handelt sich um eine Stichprobenerhebung mit einer Basisstichprobe von 10'000 Personen (plus allfällige kantonale Aufstockungen, d.h. 2013 insgesamt 17'288 Teilnehmende). Die Personen werden nach dem Zufallsprinzip aus dem Stichprobenregister des BFS ausgewählt. Die EFG ist Teil des Volkszählungssystems des BFS und besteht aus einer telefonischen Befragung sowie einem ergänzenden Online- bzw. Papierfragebogen. Befragt werden Personen der ständigen Wohnbevölkerung in Privathaushalten zwischen 15 und 79 Jahren. Die Erhebung wird alle 5 Jahre durchgeführt.

Tab. 16 Übersicht EFG

Methode	
Art der Erhebung	Stichprobenerhebung
Messmethode	Telefonisch Befragung sowie ergänzender <i>online</i> - bzw. Papierfragebogen.
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Personen der ständigen Wohnbevölkerung in Privathaushalten zwischen 15 und 79 Jahren
Stichprobengrösse/Anzahl	N=10'000 (+ Aufstockungen)
Alter	zwischen 15 und 79 Jahren
Abdeckung der Sprachregionen	D, F, I
Disaggregation	
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	1 (2013)
Periodizität	Alle 5 Jahre
Nächste Aktualisierung	2018
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Nicht gegeben
Mögliche Kosten	Keine Kosten für das BAG.
Weiterführung	gesichert
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Die Personen werden nach dem Zufallsprinzip aus dem Stichprobenregister des BFS ausgewählt. Es kann davon ausgegangen werden, dass damit die Repräsentativität gesichert ist.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Die EFG wurde von Experten als mögliche Quelle für den Indikator „Soziale Unterstützung ab 15 Jahren“ (Indikator 54) genannt. Sie enthält Fragen zur sozialen Unterstützung innerhalb der Familie und von aussen für die Kinderbetreuung. Im Rahmen des NCD-Monitorings dürfte aber auch die Unterstützung, die einer erkrankten Person zugute kommt, und die generelle Unterstützung von Interesse sein. Daher werden für den Indikator „Soziale Unterstützung ab 15 Jahren“ (Indikator 54) die Daten der SGB empfohlen.

6.15 Erhebung Gesundheitszustand betagter Personen in Institutionen (EGBI)

Beschreibung der Datenquelle

Die Erhebung zum Gesundheitszustand betagter Personen in Institutionen (EGBI) wurde 2008/09 vom BFS durchgeführt.³⁵ „Sie enthält Angaben über den Gesundheitszustand, die Krankheiten, die medizinische Inanspruchnahme, den Pflegebedarf, die sozialen Ressourcen und die allgemeinen Lebensbedingungen von Personen ab einem Alter von 65 Jahren, die seit mindestens 30 Tagen in einer sozialmedizinischen Einrichtung oder in einer Alteinrichtung leben (Quelle für 2008/09: Statistik der sozialmedizinischen Einrichtungen (SOMED 2006)). Ein persönliches Interview wurde mit den zufällig ausgewählten Bewohnerinnen und Bewohnern durchgeführt, sofern diese aus gesundheitlichen Gründen dazu in der Lage waren. In Ergänzung zum persönlichen Interview wurde ein schriftlicher Fragebogen zur Person von den Pflegekräften ausgefüllt. Für die Personen, die nicht selbst befragt werden konnten, wurde von den Pflegekräften ein erweiterter Fragebogen ausgefüllt. Die Erhebung wurde von einem spezialisierten Befragungsinstitut durchgeführt“. Gemäss aktuellem Stand wird die EGBI künftig nicht mehr durchgeführt werden.

Tab. 17 Übersicht EGBI

Methode	
Art der Erhebung	Stichprobenerhebung
Messmethode	Computergestütztes Interview, Proxy-Fragebogen (Pflegepersonal). Aus der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) wurde unter Berücksichtigung der Grösse der aus Kantonen und Kantonsgruppen bestehenden Schichten eine Zufallsstichprobe gezogen. Danach wurden die Institutionen kontaktiert und gefragt, ob sie an der Umfrage teilnehmen möchten. Die Heime, die mit einer Teilnahme einverstanden waren, lieferten eine Liste mit ihren Bewohnerinnen und Bewohnern inklusive Geschlecht und Geburtsdatum. Dabei hatten sie die Möglichkeiten, diese Listen zu anonymisieren. Anschliessend wurde in jeder Institution eine Stichprobe nach Alter und Geschlecht ausgewählt. Die Erhebung in den Heimen wurde zwischen November 2008 und Oktober 2009 durchgeführt.
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Personen ab 65 Jahren, die seit mindestens 30 Tagen in einem Alters- oder Pflegeheim lebten (rund 80'000)
Stichprobengrösse/Anzahl	N= ca. 3100
Alter	65+J
Abdeckung der Sprachregionen	D, F, I
Disaggregation	Alter, Geschlecht, Nationalität, Medikamente, Diagnose, etc.
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	1 (2008/2009)
Periodizität	Keine weitere Erhebung geplant.
Nächste Aktualisierung	Keine weitere Erhebung geplant.
Generelles	

³⁵ http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/esai/02.html, Zugriff, 2.9.2015.

Internationale Vergleichbarkeit	Verschiedene Fragen sind international vergleichbar. Studien, die im gleichen Rahmen in anderen Ländern erhoben wurden, sind zurzeit unbekannt.
Mögliche Kosten	Höhe der Kosten unbekannt (bei allfälliger Weiterführung)
Weiterführung	Keine Weiterführung
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Die Stichprobe wurde repräsentativ für Personen ab 65 Jahren in einem Alters- und Pflegeheim gezogen und kann daher als Datenquelle empfohlen werden.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Diese Datenbank kommt als zusätzliche Datenquelle für die Indikatoren „Körperliche Selbstständigkeit ab 15 Jahren“ (Indikator 52) und „Soziale Unterstützung ab 15 Jahren“ (Indikator 54) in Frage, da sie die Personen in Institutionen abdeckt. Die SGB, die ebenfalls für diese Indikatoren in Frage käme, schliess nur die Personen in Privathaushalten ein. Jedoch wird die EGBI nicht mehr durchgeführt. Abklärungen müssten vorgenommen werden, unter welchen Voraussetzungen diese Erhebung wieder aufgenommen werden würde.

6.16 European Energy Balance Research to Prevent Excessive Weight Gain among Youth (ENERGY)

Beschreibung der Datenquelle

Im Rahmen der ENERGY Studie wurden in acht Ländern (Belgien, Griechenland, Holland, Norwegen, Slowenien, Spanien, Ungarn und der Schweiz) vergleichbare Daten zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie zum Umfeld von 10- bis 12-Jährigen erhoben.³⁶ Gleichzeitig wurden nach standardisierten Methoden die Grösse, das Gewicht, der Bauchumfang und die körperliche Aktivität der Kinder objektiv gemessen. Die Schweiz beteiligte sich an diesem europäischen Projekt mit einer Querschnitterhebung von fast 600 Kindern aus den Kantonen Basel-Land, Bern, Solothurn und St. Gallen. Ziel der Studie war es zu untersuchen, inwiefern sich die Häufigkeit von Übergewicht und das mit Übergewicht in Zusammenhang stehende Verhalten zwischen den einzelnen Ländern unterscheiden und welche Faktoren in den einzelnen Ländern mit Übergewicht einhergehen. Die ENERGY Studie wird in der vorliegenden Form nicht weitergeführt.

Tab. 18 Übersicht ENERGY

Methode	
Art der Erhebung	Stichprobenerhebung
Messmethode	Beschleunigungsmesser (körperliche Aktivität), Tagebücher, schriftliche Fragebogen, Körpergewichts- und Grössenmessung.
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Alle (deutschsprachigen) Kinder aus den Kantonen Basel-Land, Bern, Solothurn und St. Gallen
Stichprobengrösse/Anzahl	n=ca. 600
Alter	10-12 J
Abdeckung der Sprachregionen	D
Disaggregation	
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	1 (2010)
Periodizität	Wird nicht weitergeführt
Nächste Aktualisierung	Wird nicht weitergeführt
Generelles	

³⁶ Vgl. <http://www.swisstph.ch/de/ueber-uns/departemente/epidemiology-and-public-health-eph/chronic-disease-epidemiology.html>, letzter Zugriff, 2.9.2015.

Internationale Vergleichbarkeit	Gleiche Messungen in Belgien, Griechenland, Holland, Norwegen, Slowenien, Spanien, Ungarn
Mögliche Kosten	Höhe der Kosten nicht bekannt (bei allfälliger Weiterführung)
Weiterführung	Wird nicht weitergeführt
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Die Repräsentativität für die Schweiz dürfte limitiert sein, das es sich um ein sehr eingeschränktes Sample handelt.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Für den Indikator „Risikohaften Bauchumfang bei 6–13-Jährigen“ (Indikator 49.2) werden von Experten die Daten von ENERGY empfohlen, da sie international vergleichbar sind. Jedoch ist die Repräsentativität auf nationaler Ebene nicht gegeben, da nur Schulen in den Kantonen Basel-Land, Bern, Solothurn und St. Gallen gewählt wurden. Als Alternative steht die Bauchumfang-Studie der ETH Zürich zur Auswahl. Die ENERGY-Studie wird nicht weitergeführt und bei der Bauchumfang-Studie ist eine Weiterführung nicht geplant. Es muss also eine Nachfolgelösung gefunden werden und daher scheint es besser, als Basiserhebung eine national repräsentative Erhebung zu wählen.

6.17 European Social Survey (ESS)

Beschreibung der Datenquelle

Der *European Social Survey* ESS ist eine Querschnittsstudie, die in ganz Europa seit 2001 alle zwei Jahre durchgeführt wird. Die Erhebung misst Haltungen, Glaube und Verhalten von verschiedenen Bevölkerungen in mehr als 30 Nationen. Die Ziele des ESS sind Stabilität und Änderungen in sozialen Strukturen, Situationen und Einstellungen in Europa zu zeigen, dabei hohe Standards in Querschnittsstudien zu erreichen und Daten für Akademiker, Politiker und die breite Bevölkerung sichtbar und nutzbar zu machen.

Tab. 19 Übersicht ESS

Methode	
Art der Erhebung	Stichprobenerhebung
Messmethode	Stichprobe wird zufällig gezogen
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Bevölkerung wohnhaft in Privathaushalten
Stichprobengrösse/Anzahl	N=mindestens 1500
Alter	15+
Abdeckung der Sprachregionen	D, F, I
Disaggregation	Alter, Geschlecht, Bildung
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	Seit 2002
Periodizität	Alle 2 Jahre
Nächste Aktualisierung	2016
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	gegeben
Mögliche Kosten	Keine Kosten für das BAG. (ausser die Beteiligung der Schweiz soll gesichert werden)
Weiterführung	Für die Schweiz nicht regelmässig gegeben
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Der <i>European Social Survey</i> erwähnt explizit, die Stichprobe zufällig zu ziehen, womit die Studie repräsentativ sein dürfte.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Im Hinblick auf Indikator „Prävalenz Freiwilligenarbeit ab 15 Jahren“ (Indikator 17) hat der *European Social Survey* 2012 eine Frage zu freiwilligem Engagement in Organisationen und der Häufigkeit der formellen Freiwilligenarbeit gestellt. Fragen zu Freiwilligenarbeit wurden zum *European Social Survey* vertieft in der ersten Runde (ESS 2002, R1) abgefragt, jedoch nur im Rahmen eines „*Rotating Module*“, das nicht jedes Jahr wiederholt wird (Fragen E1 bis E12, nach verschiedenen Arten von Organisationen). In der Runde 4 (2006) wurde eine einzige Frage zu diesem Thema erhoben (Frage E49: Freiwilligenarbeit geleistet in den letzten 12 Monaten), wiederum in einem „*Rotating Module*“.

Alternativ kommt die Arbeitskräfteerhebung SAKE des BFS in Frage (siehe dort). Entgegen der regelmässigen Erhebung in der SAKE fragt der ESS in grösseren Abständen und möglicherweise unregelmässig nach der Freiwilligenarbeit. Zudem erscheint die Befragung der SAKE viel detaillierter, sodass von Expertinnen/Experten die SAKE empfohlen wird. Erwähnt wird dabei die Möglichkeit, zusätzliche Detailanalysen mit dem Freiwilligenmonitor (siehe dort) zu zeigen.

6.18 European Working Conditions Survey (EWCS)

Beschreibung der Datenquelle

Seit ihrem Start im Jahr 1990 bietet die EWCS einen Überblick über die Arbeitsbedingungen in Europa. In jeder Erhebungsrunde wurde eine Zufallsstichprobe von Erwerbstätigen (Arbeitnehmern und Selbstständigen) persönlich befragt. Nach den EU-Erweiterungen wurde der geografische Erfassungsbereich der Erhebung ausgeweitet. Die Schweiz ist seit 2005 an der Erhebung beteiligt.³⁷ Durchgeführt wird die Erhebung von Eurofound (Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen), einer Einrichtung der Europäischen Union.³⁸

Der Umfang des Erhebungsfragebogens wurde seit der ersten Erhebungsrunde stark erweitert. Bei den jüngsten Überarbeitungen des Fragebogens war die Einbeziehung der Geschlechterdimension ein wichtiges Anliegen. Zu den gegenwärtig abgefragten Themen zählen Beschäftigungsstatus, Länge und Organisation der Arbeitszeit, Arbeitsorganisation, Aus- und Weiterbildung, physische und psychosoziale Risikofaktoren, Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz, Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, Mitarbeiterbeteiligung, Verdienst und finanzielle Sicherheit sowie Arbeit und Gesundheit.

Die künftige Durchführung der EWCS ist laut Expertinnen und Experten mit grosser Wahrscheinlichkeit garantiert, was auch die weitere Teilnahme der Schweiz einschliesst. Die Federführung für den EWCS zur Schweiz liegt seit 2005 beim SECO. Die Studie wird bei jeweils rund 1000 Erwerbstätigen durchgeführt und ist repräsentativ für die Erwerbstätigen ab 15 Jahren in allen drei Sprachregionen.

Tab. 20 Übersicht EWCS

Methode	
Art der Erhebung	Stichprobenerhebung
Messmethode	Telefonische Befragung
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Erwerbstätige
Stichprobengrösse/Anzahl	N=1000
Alter	15+J

³⁷ <http://www.eurofound.europa.eu/de/surveys/ewcs>, letzter Zugriff, 2.9.2015.

³⁸ Die Aufgabe von Eurofound besteht darin, Fachwissen im Bereich der sozial- und arbeitspolitischen Massnahmen bereitzustellen. Eurofound wurde 1975 durch die Verordnung (EWG) Nr. 1365/75 des Rates errichtet, um zur Planung und Gestaltung besserer Lebens- und Arbeitsbedingungen in Europa beizutragen. <http://www.eurofound.europa.eu/de/about-eurofound>, letzter Zugriff, 2.9.2015.

Abdeckung der Sprachregionen	D, F, I
Disaggregation	Alter, Geschlecht
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	2 (2005, 2010)
Periodizität	Alle 5 Jahre
Nächste Aktualisierung	2015
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	gegeben
Mögliche Kosten	Keine Kosten für das BAG.
Weiterführung	gesichert
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Der EWCS ist eine repräsentative Untersuchung mit relativ kleiner Stichprobe.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Für die Indikatoren „Sitzen und Ruhen bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren“ (Indikator 31.1) sowie für „Sitzen bei der Arbeit“ – als Ergänzung zum Sitzen über den ganzen Tag (SGB) – werden die Daten des EWCS empfohlen.

Daneben kommt die EWCS- Erhebung für den Indikator „Krankheitsbedingte Arbeitsabwesenheit bei 15–64-Jährigen“ (Indikator 15) in Frage. Im Vergleich weist jedoch die alternativ mögliche Arbeitsvolumenstatistik (AVOL) eine grössere Stichprobe auf und hat einen jährlichen Rhythmus. Expertinnen/Experten finden, dass die AVOL als Datengrundlage ausreicht, obwohl dort im Moment Krankheit und Unfall nicht getrennt werden können. Obwohl in Expertengremien diskutiert wird, ob eine Trennung zwischen Krankheit und Unfall inhaltlich überhaupt Sinn macht, könnte der EWCS hier mit seiner Unterscheidung von Unfall und Krankheit ergänzen. Ausserdem ist der EWCS über alle drei Sprachregionen repräsentativ, auch wenn mit einer viel kleineren Stichprobe als die AVOL. Konkrete Expertenmeinungen: „Malgré les raisons (maladie / accident) inséparables, on pourrait recourir à une autre source (données administratives provenant de l'OFSP) en vue de soustraire l'absence pour la raison d'accident." Jedoch wird von anderen Expertinnen/Experten eingeworfen, dass Krankheit und Unfall stark korrelieren. Es ist somit nicht klar, wie wichtig es ist, dass Krankheit und Unfall getrennt werden könnten. Somit wird als erste Datenquelle die AVOL empfohlen mit der Ergänzung des EWCS zur detaillierteren Ansicht von Krankheit und Unfall.

6.19 EU-SILC von Eurostat

Beschreibung der Datenquelle

EU-SILC wurde 2003 auf der Grundlage einer freiwilligen Vereinbarung zwischen Eurostat³⁹ und sechs Mitgliedstaaten (Belgien, Dänemark, Griechenland, Irland, Luxemburg und Österreich) sowie Norwegen erstmals durchgeführt. 2004 wurde dann die offizielle Erhebung in 15 Ländern aufgenommen; 2005 wurde die EU SILC auf alle damaligen Mitgliedstaaten der EU-25 sowie Norwegen und Island ausgeweitet. Bulgarien führte die EU SILC 2006 ein, Rumänien, die Schweiz und die Türkei schlossen sich 2007 der Erhebung an.

Die EU-Statistik über Einkommen und Lebensbedingungen (EU Statistics on Income and Living Conditions – EU-SILC) dient als Bezugsquelle für vergleichende Statistiken über Einkommensverteilung und

³⁹ Eurostat ist das statistische Amt der Europäischen Union mit Sitz in Luxemburg. Es hat den Auftrag, die Staaten der Europäischen Union mit europäischen Statistiken zu versorgen, die Vergleiche zwischen Ländern und Regionen ermöglichen. Eurostat wurde 1953 für die Zwecke der Europäischen Gemeinschaft für Kohle und Stahl (Montanunion) gegründet. Im Laufe der Jahre verbreiterte sich sein Aufgabengebiet und mit der Gründung der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft 1958 wurde es zu einer Generaldirektion (GD) der Europäischen Kommission.

soziale Eingliederung in der Europäischen Union (EU). Ausserdem wird sie im Rahmen der sogenannten „Offenen Methode der Koordinierung“ (OMK) für die Überwachung politischer Maßnahmen genutzt.

Tab. 21 Übersicht EU-SILC

Methode	
Art der Erhebung	EU-SILC liegt die Idee eines „gemeinsamen Rahmens“ zugrunde (früher: „gemeinsame Erhebung“). Dieser gemeinsame Rahmen enthält eine harmonisierte Liste primärer (jährlicher) und sekundärer (alle vier Jahre oder in größeren Abständen erhobener) Zielvariablen, die an Eurostat zu übermitteln sind. Weitere enthalten sind gemeinsame Leitlinien und Verfahren, gemeinsame Konzepte (Haushalt und Einkommen) und Klassifikationen, die der bestmöglichen Vergleichbarkeit der übermittelten Informationen dienen.
Messmethode	<i>Healthy life expectancy based on self-perceived health describes how many years a person is expected to live in good perceived health. Indicator combines mortality data with data on self-perceived health (Source: EU-SILC). The calculation of Health expectancies is based on information on mortality and self-perceived health data.</i> <i>Variables used for mortality component:</i> 1. Age specific death rate (Mx) 2. Probability of dying between exact ages (qx) 3. Probability of surviving between exact ages (px) 4. Number left alive at given exact age (lx) 5. Person-years lived between exact age (Lx) 6. Life expectancy at given exact age (ex) For more information, please refer to http://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/de/hlth_silc_17_esms.htm
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Die Referenzpopulation der EU-SILC umfasst alle im Hoheitsgebiet der teilnehmenden Staaten zum Zeitpunkt der Datenerhebung bestehenden privaten Haushalte und deren Mitglieder. Personen, die in Anstalts Haushalten oder anderen Einrichtungen leben, zählen grundsätzlich nicht zur Zielpopulation. Erfasst werden alle Haushaltsmitglieder, befragt werden jedoch nur die Haushaltsmitglieder ab 16 Jahren.
Stichprobengrösse/Anzahl	7'000 Haushalte mit ca. 17'000 Personen (Schweizer Erhebung, siehe auch Datenquelle „SILC“)
Alter	16+J (Schweizer Erhebung)
Abdeckung der Sprachregionen	D, F, I (Schweizer Erhebung)
Disaggregation	Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Erwerbstätigkeit (Schweizer Erhebung)
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	Seit 2004 in Belgien, Dänemark, Estonia, Irland, Griechenland, Spanien, Frankreich, Italien, Luxemburg, Österreich, Portugal, Finnland, Schweden, Island und Norwegen. Seit 2005 in allen anderen EU Staaten, ausser Bulgarien und Rumänien, die in 2006 bzw. In 2007 dazukamen. Die Schweiz ist seit 2008 dabei und Kroatien seit 2010.
Periodizität	jährlich
Nächste Aktualisierung	2016
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	gegeben
Mögliche Kosten	Keine Kosten für das BAG.
Weiterführung	gesichert
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	In Zusammenarbeit mit ESS-Partnern unterstützt Eurostat die Bemühungen um eine bessere Integration durch: die Festlegung gemeinsamer Validierungsstandards; die Bereitstellung gemeinsamer Validierungsinstrumente; statistische, administrative und technische Hilfe bei der Umsetzung der gemeinsamen Standards und Nutzung der gemeinsamen Instrumente.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Für den Indikator „Lebenserwartung in guter Gesundheit ab 65 Jahren“ (Indikator 7) wird aus Expertensicht folgendes angeführt: „Eurostat publie l'indicateur espérance de vie en bonne santé auto-évaluée sur la base de SILC, mais comment est-il calculé? D'autres enquêtes pourraient avoir des sources plus objectives“. Somit wird für diesen Indikator vorgeschlagen, die Daten direkt aus den Originaldaten zu berechnen wie es vom BFS bereits gemacht wird.⁴⁰

6.20 Evaluation von Aktionsversprechen *actionsanté*

Beschreibung der Datenquelle

Mit der Initiative *actionsanté*, die im Rahmen des Nationalen Programms Ernährung und Bewegung lanciert wurde, unterstützen das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und das Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV) Unternehmen, die sich für die Förderung eines gesunden Lebensstils einsetzen. Partner aus der Privatwirtschaft engagieren sich im Rahmen dieser Initiative mit freiwilligen Aktionsversprechen. Die Evaluation der Zahl der teilnehmenden Unternehmen, der Zahl der durchgeführten Aktionsversprechen und die Qualitätssicherung stützt sich auf den Inhalt und die Analyse von Indikatoren, wie sie in der Absichtserklärung zu den Aktionsversprechen jeweils festgelegt werden. Die Unternehmen oder Institutionen müssen dafür sorgen, dass jeder Antrag die erforderlichen Indikatoren für die Selbst-Evaluation des Aktionsversprechens enthält. Die Qualitätssicherung wird auch von der Expertengruppe *actionsanté* (EGAS) sichergestellt. Die EGAS prüft das Aktionsversprechen und erarbeitet Empfehlungen, auf denen die Direktion *actionsanté* ihren Entscheid abstützt.

Tab. 22 Übersicht Evaluation von Aktionsversprechen *actionsanté*

Methode	
Art der Erhebung	Vollerhebung
Messmethode	Selbstevaluation der Teilnehmenden von <i>actionsanté</i> . <i>actionsanté</i> stellt den Fragebogen für die Selbstevaluation zur Verfügung. Evaluationsdaten vom Aktionsversprechen werden vom Büro <i>actionsanté</i> geliefert.
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Alle Teilnehmer von <i>actionsanté</i>
Stichprobengrösse/-Anzahl	2015: 18
Alter	--
Abdeckung der Sprachregionen	z.T. gesamt schweizerisch tätige Unternehmen
Disaggregation	--
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	6 (Seit 2009)
Periodizität	jährlich
Nächste Aktualisierung	2016
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Nicht gegeben
Mögliche Kosten	Keine Kosten für das BAG.
Weiterführung	gesichert
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Die Qualität der Versprechen hängt von der Kontrolle durch das Büro <i>actionsanté</i> ab. Die teilnehmenden Firmen nehmen freiwillig teil. Es handelt sich dabei nicht um ein repräsentatives Sample.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

⁴⁰ <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/ind43.indicator.43035.430105.html>, letzter Zugriff, 18.11.2015.

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Laut Experten können die Aktionsversprechen von *actionsanté* nicht als Indikatoren zu „Strukturelle Prävention in Settings“ (Indikator 39) verwendet werden. Der Expertenkommentar lautet: „Eher als Ergänzung, als als Hauptdatenquelle verwenden!“ Der Indikator „Kodex Werbeeinschränkungen gegenüber Kindern für Ernährung“ (Indikator 38.3) soll ebenfalls mit Daten von *actionsanté* ergänzt werden. Mit der Anzahl teilnehmender Firmen soll gezeigt werden, wo Regulierungen im Bereich Ernährung stattfinden. Da wenig andere Daten vorhanden sind, dürfte der vorliegende Indikator einen ersten rudimentären Einblick geben.

6.21 Food Consumption Befragung

Beschreibung der Datenquelle

Bei der *Food Consumption* Befragung handelt es sich um eine Studie zum Ess- und Verzehrverhalten von Schweizer Konsumentinnen und Konsumenten, durchgeführt von der Universität St. Gallen, Institut für Marketing und Handel, in Zusammenarbeit mit folgenden Partnerunternehmen und -institutionen: Bundesamt für Gesundheit, McDonalds, Manor, Migros, Feldschlösschen, Hilcona und Betty Bossi⁴¹. Die *Food Consumption* Studie zeigt Trendentwicklungen des Ess- und Verzehrverhaltens in der Schweiz auf. Dabei befasst sich die Studie u. a. mit folgenden Fragen: Welche Ernährungsbedürfnisse sind die Konsument/-innen in welchen Verzehrsituationen am wichtigsten? Welche Verzehrorte bevorzugen die Konsument/-innen bei welchen Mahlzeiten? Wie erfüllen die angebotenen Nahrungsmittel die Erwartungen der Konsument/-innen? Wie könnte eine bessere Ernährungsweise gelingen? Welche Motive steuern das Essverhalten?

Es handelt sich bei der *Food Consumption* Studie um eine Querschnittserhebung, die mittels persönlicher Befragung durchgeführt wird. Sie wurde in den Jahren 2003, 2005, 2007 durchgeführt und umfasste folgende Stichprobengrößen: 2003: 1037 Personen, 2005: 932 Personen, 2007: 1074 Personen. Die Erhebung fand an 12 Standorten in der Deutsch- und Westschweiz statt und wurde bei Schweizer Konsument/-innen ab 10 Jahren durchgeführt. Die Studie wird zukünftig jedoch nicht mehr weitergeführt.

Tab. 23 Übersicht Food Consumption Befragung

Methode	
Art der Erhebung	Stichprobenerhebung
Messmethode	Schriftlicher Fragebogen an zufällig ausgewählter Stichprobe in den Städten: Basel, Bern, Genf, Lausanne, Luzern, St. Gallen, Thun, Winterthur, Zürich und auf dem Land: Ostschweiz, Suisse Romande, Zürcher Oberland. Bei der Altersverteilung hat man sich an die Daten des BFS gehalten.
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Alle Schweizer Konsument/-innen
Stichprobengröße/Anzahl	2003: 1037 Personen, 2005: 932 Personen, 2007: 1074 Personen
Alter	10+ J
Abdeckung der Sprachregionen	D, F
Disaggregation	Alter, Geschlecht
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	3 (2003, 2005, 2007)
Periodizität	Wird nicht weitergeführt
Nächste Aktualisierung	Wird nicht weitergeführt

⁴¹ <http://www.unisg.ch/de/hsgservices/hsgmediacorner/aktuell/rssnews/forschung-lehre/2015/februar/irm-hsg-umfrage-essen-schweiz-10februar2015>, letzter Zugriff, 2.9.2015.

Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Nicht gegeben
Mögliche Kosten	Höhe der Kosten unbekannt (Kosten Omnibus siehe Kap. 6.38)
Weiterführung	Wird nicht weitergeführt. Um die gewünschten Fragen zum Indikator „Einstellung gegenüber strukturellen Massnahmen – Ernährung, ab 15 Jahren“ (Indikator 40.3) erheben zu können, muss diskutiert werden, wo diese untergebracht werden könnten. Der Omnibus wäre eine Lösung (siehe dazu Datenquelle „Omnibus“, wo auch die entstehenden Kosten aufgeführt sind).
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Die Stichprobe wurde nicht in allen Gebieten der Schweiz gezogen. Somit dürfte die Stichprobe beispielsweise für das Tessin nicht repräsentativ sein. Immerhin sind Stadt/Land- und Sprachregionen berücksichtigt. Mit dem Omnibus könnten in der Zukunft national repräsentative, zuverlässige Daten erhoben werden.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Da die *Food Consumption* Studie nicht mehr weitergeführt wird, wurden die Fragen, die für den Indikator „Einstellung gegenüber strukturellen Massnahmen – Ernährung, ab 15 Jahren“ (Indikator 40.3) verwendet werden könnten, in den Omnibus BFS 2014 aufgenommen. Die Inhalte der Befragung *Food Consumption* müssten laut Expertinnen/Experten wohl auch weiterhin mittels Omnibus erhoben werden. Die ersten drei Erhebungen der *Food Consumption* Studie können aber aus Gründen der fehlenden Repräsentativität nicht für das NCD-Monitoring empfohlen werden.

6.22 Freiwilligenmonitor

Beschreibung der Datenquelle

Der Freiwilligenmonitor ist eine repräsentative Untersuchung über das freiwillige Engagement und das Spendenverhalten der Bevölkerung in der Schweiz. Die Daten werden mittels Telefoninterviews dreisprachig erhoben. Die Schweizerische Gemeinnützige Gesellschaft hat 2005 zusammen mit dem Migros-Kulturprozent den Schweizerischen Freiwilligenmonitor lanciert.⁴² Das Bundesamt für Statistik berät diese Trägerschaft in allen Fachfragen.

Die erste Erhebung fand 2006 statt und die Ergebnisse wurden 2007 publiziert. Die zweite Durchführung erfolgte drei Jahre später. Inzwischen wurde die dritte Erhebung durchgeführt, die Interviews fanden 2014 statt, die Resultate sind 2015 publiziert worden. Seit Beginn werden pro Erhebung jeweils gegen 7000 Menschen befragt, sodass es auch für Teilgruppen, z.B. nach Alter, Geschlecht, Bildung, Muttersprache, verlässliche Resultate gibt. Der Freiwilligenmonitor liefert repräsentative Resultate zu den Freiwilligen, deren Zusammensetzung, deren Motiven und Erwartungen und deren Veränderungen. Darüber fragt er nach Zusammenhängen zwischen diesen Freiwilligen, der Bereitschaft für Spenden und anderen Formen, sich freiwillig für das Gemeinwesen einzusetzen.

Tab. 24 Übersicht Freiwilligenmonitor

Methode	
Art der Erhebung	Stichprobenerhebung
Messmethode	Telefonische Befragung
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Ständige Schweizer Wohnbevölkerung ab 15J
Stichprobengrösse/Anzahl	N=ca. 7000
Alter	15+J
Abdeckung der Sprachregionen	D, F, I

⁴² <http://www.freiwilligenmonitor.ch/de/studie/>, letzter Zugriff, 3.9.2015.

Disaggregation	Alter, Geschlecht, Bildung, Muttersprache
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	3 (2006, 2007, 2014)
Periodizität	unregelmässig
Nächste Aktualisierung	2015
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Nicht gegeben
Mögliche Kosten	Keine Kosten für das BAG.
Weiterführung	gesichert
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Die Repräsentativität ist mit der fachlichen Unterstützung des BFS gegeben.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Für den Indikator „Prävalenz Freiwilligenarbeit ab 15 Jahren“ (Indikator 17) wird das Modul unbezahlte Arbeit der SAKE empfohlen.⁴³ Der Freiwilligenmonitor und die SGB sowie der ESS wurden als Alternativquellen betrachtet. Die Expertenmeinung dazu ist folgende: „Die SGB und der Freiwilligenmonitor sind interessant für vertiefende Studien zu Motivation, Rekrutierungspotential, etc. Die Beteiligungsquoten liegen im Freiwilligenmonitor höher als in der SAKE, sind jedoch nicht gleich stabil. Der *European Social Survey* 2012 fragt nach formellem Engagement in den letzten 12 Monaten und freiwilligen Tätigkeiten im letzten Monat, welche international vergleichbar sind (keine regelmässige Durchführung für die Schweiz).

Somit wird empfohlen, hauptsächlich die Daten der SAKE zu benutzen und die Daten des Freiwilligenmonitors als mögliche Ergänzung für detailliertere Analysen der Freiwilligenarbeit zu nutzen, falls dies von Interesse ist.

6.23 Gesundheitskompetenz-Erhebung

Beschreibung der Datenquelle

Bis heute gibt es gesamtschweizerisch lediglich einzelne Studien und Querschnitterhebungen, die Gesundheitskompetenz-Items enthalten:

- SGB 2002 und 2007 (teilweise unterschiedliche Variablen)
- Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung 2010⁴⁴
- Projekt "Swiss Health Literacy Survey - HLS.CH" des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.⁴⁵
- UNIVOX-Wellen 2006/2007 (gfs-zürich)⁴⁶

Mangels geeigneter bestehender Datenquellen ist es aus Sicht von Expertinnen/Experten sinnvoll, eine auf dem Fragebogen European Health Literacy Survey Questionnaire HLS-EU-Q (bzw. seiner Kurzversion) basierende Erhebung zu implementieren. Hier das Zitat eines Experten: „Die wissenschaftliche Debatte über Definition und Operationalisierung von Gesundheitskompetenz ist international sehr dynamisch und hat noch nicht zu einem Konsens geführt. Bis anhin hatte sich weder in der Schweiz, noch in Europa ein breit validiertes Messinstrument für die bevölkerungsbezogene Messung von Gesundheitskompetenz durchgesetzt. Beim HLS-EU-Q scheint sich dies nun aber erstmals abzuzeichnen. Uns

⁴³ <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/03/06/blank/key/freiwilligen-arbeit/ueberblick.html>, letzter Zugriff, 3.9.2015.

⁴⁴ <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12533/13720/?lang=de> (letzter Zugriff, 1.9.2015).

⁴⁵ Erste Ergebnisse unter http://www.gesundheitsfoerderung-zh.ch/fileadmin/user_upload/publikationen/P_G/P_G22.pdf, Seiten 4 und 5, letzter Zugriff 1.9.2015.

⁴⁶ <http://gfs-zh.ch/univox/>, letzter Zugriff, 02.09.2015.

sind diesbezüglich kaum Erfahrungswerte bekannt bzw. die entsprechende Datenquelle ist für die Schweiz erst noch zu schaffen. Die Gesundheitskompetenz-Scores und -Subscores können mit relativ wenig Aufwand berechnet werden.

Komplexer werden die Auswertungen bei bi- und multivariaten Betrachtungen (abhängig von den vorhandenen Kontrollvariablen). Erhebungen mit dem HLS-EU-Q sind ressourcenintensiv: Er wurde als face-to-face Interview entwickelt und dauert u.a. aufgrund diverser Kontrollvariablen (SES, Demografie, Gesundheitsstatus und -verhalten) rund 30 Minuten. Die HLS-EU-Q Vollversion (HLS-EU-Q47) ergibt 4 Ausprägungen des GK-Indikators (mangelhafte, problematische, ausreichende, exzellente GK), die Kurzversion HLS-EU-Q16 dagegen nur 3: die Kategorien „ausreichend“ und „exzellente“ werden zusammengefasst. Dies bedeutet, dass man v.a. bei den tiefen Gesundheitskompetenz-Niveaus Veränderungen messen kann. Das war bei der Konstruktion des Q16 so beabsichtigt. 2015 hat in der Schweiz eine erste Erhebung mit dem HLS-EU-Q47 stattgefunden. Die Resultate werden im 2016 publiziert. Eine Weiterführung ist noch offen“.

Tab. 25 Übersicht Gesundheitskompetenz-Erhebung (möglich)

Methode	
Art der Erhebung	Stichprobenerhebung
Messmethode	Face-to-face Befragung für den HLS-EU-Q47, für den HLS-EU-Q16 sind face-to-face oder telefonische Befragung möglich.
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	In der Schweiz wohnhafte Bevölkerung ab 15 J.
Stichprobengrösse/Anzahl	1100 (national repräsentativ)
Alter	Ab 15 J.
Abdeckung der Sprachregionen	D,F,I
Disaggregation	Alter, Geschlecht, Einkommen, Bildung, Migrationshintergrund
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	1 (2015)
Periodizität	offen
Nächste Aktualisierung	offen
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	gegeben
Mögliche Kosten	Höhe der Kosten unbekannt (Kosten Omnibus siehe Kap. 6.38)
Weiterführung	Offen. Der HLS-EU-Q16 könnte im Omnibus implementiert werden.
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Die genauen Auswahlkriterien für den HLS-EU-Q47 sind für alle drei Sprachregionen repräsentativ. Die Stichprobe wurde durch das BFS gezogen. Anzumerken vielleicht noch, dass Gemeinden mit weniger als 800 Einwohner aus der Stichprobenziehung ausgeschlossen wurden.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Die Aufnahme von Gesundheitskompetenz ins NCD-Monitoring wird von den Expertinnen/Experten sehr begrüsst. Der Indikator „Gesundheitswissen ab 15 Jahren“ (Indikator 35) könnte mit dem HLS-EU-Q16 beschrieben werden. Wo er implementiert werden soll, muss geklärt werden. Aus finanziellen Gründen könnte eine telefonische Befragung mit der Kurzversion Sinn machen (z.B. Nutzung Omnibus BFS). Eine Einbettung in eine Gesundheitserhebung wäre „nice-to-have“. Für die Indikatoren „Wissen über gesundheitsrelevante Wirkungen – Tabak, Alkohol, Bewegungsmangel, Ernährung“ (Indikator 36.1-36.4) könnten allenfalls einzelne Fragen aus dem HLS-EU-Q47 benutzt werden, die die Gesundheitskompetenz in diesen Bereichen grob erfragt.

Grundsätzlich: Zum Begriff Gesundheitskompetenz wird von Expertinnen/Experten erwähnt, dass eher von „Gesundheitswissen“ gesprochen werden sollte, da für „Gesundheitskompetenz“ Wissen in Handlung umgesetzt werden sollte und es ist unklar, wie man das messen soll.

6.24 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)

Beschreibung der Datenquelle

Die HBSC-Studie ist eine Untersuchung von Schülerinnen und Schülern von 11 bis 15 Jahren, die unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO - Regional Office for Europe) durchgeführt wird und alle vier Jahre stattfindet.⁴⁷ Es nehmen aktuell 44 vor allem europäische Länder teil, die Schweiz beteiligt sich seit 1986. Sie wird vertreten durch Sucht Schweiz (ehemals Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme). Auf nationaler Ebene wird die Erhebung durch das BAG mandatiert. Die Kantone finanzieren die kantonalen Analysen. Hauptziel dieser internationalen Studie ist es, mit einheitlicher Methodik Daten zu Lebensstilen und Lebensumständen, insbesondere zum Gesundheitsverhalten, von Schülerinnen und Schülern zu erfassen. Durch die regelmässige Wiederholung der Studie können zudem allfällige Veränderungen im Laufe der Zeit verfolgt werden.

Tab. 26 Übersicht HBSC

Methode	
Art der Erhebung	Stichprobenerhebung
Messmethode	Schriftlicher Fragebogen
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Alle 11-15-jährigen Kinder, die in der Schweiz wohnhaft sind
Stichprobengrösse/Anzahl	2002: 9284; 2006: 9570; 2010: 10'028.
Alter	11-15 J
Abdeckung der Sprachregionen	D, F, I
Disaggregation	Alter, Geschlecht, Sprachregionen
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	8 (seit 1986)
Periodizität	4 Jahre
Nächste Aktualisierung	2018
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Möglich, aber mit Vorsicht (siehe weiter unten)
Mögliche Kosten	Höhe der Kosten unbekannt. Das Projekt wird vom BAG, den Kantonen und Sucht Schweiz finanziert.
Weiterführung	Die Datenerhebung in der Schweiz ist laut BAG bis 2020 gesichert.
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Die Studie ist national repräsentativ und es besteht die Möglichkeit, die Daten mit anderen Ländern zu vergleichen. Im Bereich Bewegung weichen die Schweizer Zahlen immer etwas von denen der anderen Länder ab. Von Experten werden zudem die Daten im Bereich Ernährung als unzuverlässig eingestuft (siehe weiter unten). Bei der Analyse und Benutzung der Daten sei Vorsicht geboten.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Mittels HBSC sollen die Daten folgender Indikatoren erhoben werden:

- „Alkoholkonsum bei 11–15-Jährigen“ (Indikator 18.2) (hier bei Frage f) (Achtung: es werden die gleichen Schwellenwerte verwendet wie bei den Erwachsenen. Siehe dazu Kap. 8.1). Es sind keine weiteren Datenquellen bekannt.
- „Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum bei 11–15-Jährigen“ (Indikator 20.2). Es sind keine weiteren Datenquellen bekannt.
- „Getränkesspezifischer Alkoholkonsum bei 11–15-Jährigen“ (Indikator 21.2). Es sind keine weiteren Datenquellen bekannt.

⁴⁷ Vgl. <http://www.hbsc.ch/?lang=de> und <http://www.hbsc.org/about/index.html>, letzter Zugriff, 2.9.2015.

Das BAG schlägt vor, die *gemessenen* Werte für den Indikator „Bewegungsverhalten bei 6–15-Jährigen“ (Indikator 30.2) mit SOPHYA zu erheben. Die *erfragten* Werte kommen aus HBSC. Expertenmeinungen dazu sind: „Die Studien ergänzen sich (SGB und HBSC bezüglich Alter / SOPHYA bezüglich Alter und objektiver Messung). Falls nur eine Studie berücksichtigt wird: SOPHYA“ und „Messungen von SOPHYA sind im Gegensatz zur SGB und von HBSC objektiv.“ oder „Wir schlagen vor, dass zukünftig das Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen ausschliesslich mittels Messung erhoben wird“. Auf die Frage, welche Datenquelle vorgezogen werden soll, lautete die Antwort: „Nur objektive Messdaten von SOPHYA“, wobei die Argumente „Repräsentativität und Längsschnitt und – wie bereits beschrieben – dürfen objektive Messdaten auf keinen Fall mit den Befragungsdaten verglichen werden. Deshalb sind hier ausschliesslich die objektiven Messdaten zu verwenden. Damit sind auch die Probleme vom Tisch, dass die Befragungsdaten von Jugendlichen und Erwachsenen nicht zu vergleichen sind.“

Weitere Indikatoren, die mit den Daten der HBSC beschrieben werden können:

- „Tabakkonsum (Rauchen) bei 11–15-Jährigen“ (Indikator 22.2). Es sind keine weiteren Datenquellen bekannt.
- „Früchte- und Gemüsekonsum bei 11–15-Jährigen“ (Indikator 26.2).
- „Übergewicht und Adipositas bei 6–15-Jährigen“ (Indikator 46.2) kann über die Befragung von HBSC beschrieben werden. Die Daten können als Zusatz zu den gemessenen Werten aus den Gewichtsdaten der nationalen Erhebung der ETH Zürich und dem Monitoring der Gewichtsdaten der Städte Basel, Bern und Zürich dienen.
- „Lebensqualität bei 0–14-Jährigen“ (Indikator 51.2) soll mittels HBSC erhoben werden. Im Moment sind dazu auch noch Daten von SOPHYA⁴⁸ vorhanden. Dort muss aber eine Wiederholung besprochen und die Finanzierung geklärt werden.

Grundsätzlich wünschen sich die Fachleute, dass bei den für das NCD-Monitoring-System erhobenen Daten auf eine bessere Vergleichbarkeit der HBSC-Indikatoren mit Indikatoren aus der Schweiz gibt (z.B. Daten aus der Evaluation des Netzwerks gesundheitsfördernder Schulen). Die Daten aus der HBSC werden als Datenbasis bevorzugt, da sie einen internationalen Vergleich ermöglichen. Ein Expertenkommentar zu den Fragen zur Ernährung in HBSC: „Die Daten aus der HBSC Studie sind im Bereich der Ernährung als sehr schwach einzustufen. Es sind etwa zwei Fragen in der Studie zu Ernährung und diese sind nicht sehr aussagekräftig.“ Andere Expertenmeinungen zweifeln diesen Standpunkt jedoch an.

6.25 Health Education Impact Questionnaire (heiQ)

Beschreibung der Datenquelle

Beim *Health Education Impact Questionnaire* (heiQ) handelt es sich nicht um eine bestehende Datenquelle, sondern um ein Erhebungswerkzeug, das allenfalls geeignet wäre, Daten für den Indikator „Selbstmanagement-Angebote bei NCD-Patienten“ (Indikator 43) zu erheben. Insbesondere ist der heiQ auf Personen mit chronischer Krankheit ausgerichtet.⁴⁹ Der heiQ ist ein System, das in Australien entwickelt wurde, um die Effektivität von Programmen zur Gesundheitserziehung zu messen und um Gesundheitsspezialisten zu informieren, wie die Programme im Bereich der Gesundheitserziehung bei Personen mit chronischer Krankheit ankommen. Der heiQ stellt Informationen zur Zufriedenheit vom Konsumenten, zur Servicequalität und zu den Effekten von Aktivitäten zur Qualitätserhöhung bereit.

⁴⁸ siehe dort. Weiterführung der Erhebung ist nicht gesichert.

⁴⁹ Osborne et al., 2007. The Health Education Impact Questionnaire (heiQ): an outcomes and evaluation measure for patient education and self-management interventions for people with chronic conditions. *Patient Educ Couns*. 2007 May;66(2):192-201. Epub 2007 Feb 22. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17320338>, letzter Zugriff, 16.10.2015.

Der heiQ ist in 20 Sprachen übersetzt und wird auf der ganzen Welt eingesetzt. Er enthält 40 Items und man braucht zwischen 7 und 15 Minuten (Personen mit tiefer Bildung länger) um ihn auszufüllen. Er kann in schriftlicher oder mündlicher Form, online oder face-to-face erfragt werden. Die verschiedenen Items sollen laut Expertenmeinung allerdings auch für wenig gebildete Personen sehr klar sein.

Expertinnen/Experten äussern sich dazu folgendermassen: „The heiQ comprises eight scales, each measuring quite different things. If you administered the whole set of scales, you would have a very fine grained mapping of self-mangement capacity across the country. Importantly, you will have clear information of the content which your self-management / disease management programs should have. You may decide to not use all the heiQ scales.“ Ein anderer Expertenkommentar lautet: „The heiQ comes from the hearts and minds of ordinary people about what they want (or should get) from self-management supports. If a person scores highly on a range of heiQ scales, they are likely to have high self-efficacy.“

Tab. 27 Übersicht heiQ

Methode	
Art der Erhebung	Bei einem allfälligen Einsatz wäre es eine Stichprobenerhebung
Messmethode	Schriftlicher oder mündlicher Fragebogen, online oder face-to-face Interview (gemäss Expertenaussage)
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Bestenfalls in der Schweiz wohnhafte Bevölkerung ab 15 Jahren
Stichprobengrösse/Anzahl	Muss national repräsentativ sein
Alter	Müsste ca. 15+J sein
Abdeckung der Sprachregionen	Müsste D, F, I enthalten
Disaggregation	Alter, Geschlecht, chron. Krankheit, etc. möglich
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	--
Periodizität	--
Nächste Aktualisierung	--
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Gegeben (in 20 Sprachen übersetzt und weltweit eingesetzt)
Mögliche Kosten	Höhe der Kosten unbekannt (Kosten Omnibus siehe Kap. 6.38)
Weiterführung	Es ist keine Erhebung damit geplant. Der Fragenkatalog müsste in einer Erhebung wie dem Omnibus mit den entsprechenden Kosten untergebracht werden.
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Der Fragebogen ist validiert. Bei einem Einsatz muss auf die Ziehung einer national repräsentativen Stichprobe geachtet werden.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Der heiQ kommt für den Indikator „Selbstmanagement-Angebote bei NCD-Patienten“ (Indikator 43) in Frage. Er ist interessant, da er speziell dafür entwickelt worden ist, das Selbstmanagement von chronischen Kranken zu messen. Da in der Schweiz bereits der EU-HLS-Q47 eingesetzt wird, stellt sich die Frage, ob es ein neues Instrument wie den heiQ braucht. Dazu lautet ein Expertenkommentar: „If you use a health literacy scale like the EU-HLS, which gives you information on high/low health literacy, the heiQ will then give you information on what is needed to do to improve self-management. It is really important to note that the heiQ is very sensitive across different NCDs, which is a response to the very different conditions and required self-management behaviour to move to wellness/disease control. Studies in Germany and France have shown that the heiQ generally provides unbiased estimates of group differences. This is unique in questionnaires, and hasn't been done with other questionnaires.“ Daraus kann geschlossen werden, dass es sich lohnen könnte, den heiQ gezielt für Personen mit NCDs einzusetzen.

6.26 HomeCareData (Datenpool HCD)

Beschreibung der Datenquelle

Spitexorganisationen betreuen kranken Personen zu Hause, hauptsächlich ältere Leute, daneben aber unter 65-Jährige und Kinder. Der RAI-HC⁵⁰ ist ein Befragungsinstrument, das in vielen Spitexorganisationen benutzt, aber nicht in der gesamten Schweiz angewandt wird (insbesondere nicht in der Westschweiz).⁵¹ Der RAI-HC erhebt die kognitiven, kommunikativen Fähigkeiten, die Stimmungslage und das Verhalten, das psychosoziale Wohlbefinden, die informelle Unterstützung und die körperliche Funktionsfähigkeit (u.a. ADL/IADL), den allgemeinen Gesundheitszustand und weitere Items der Klientinnen und Klienten. Das Projekt HomeCareData führt die Daten der einzelnen Spitexorganisationen zentral zusammen. Die HomeCare Daten gelten jedoch nur für Personen, die zu Hause bzw. in Intermediären Strukturen betreut werden; möglicherweise gibt es solche Leute auch in APH und es fragt sich, ob man hierzu eine Hochrechnung machen könnte.

Die RAI-HC-Daten sind aktuell nicht einfach benutzbar, was laut Expertenangaben folgende Gründe hat: "Le projet HomeCareData a pour but de centraliser ces informations au niveau national et de manière anonyme sur une plateforme informatique commune et de les rendre accessibles en premier lieu aux organisations Spitex pour des analyses de qualité. Ce projet a été mené par l'Association Suisse des Services d'Aide et de Soins à Domicile (ASSASD) – Spitexverband."⁵²

Die wichtigsten Limitierungen der Daten sind die folgenden:

- 1) Nur die gemeinnützigen Organisationen machen zurzeit beim Projekt mit (sie umfassen aber etwa 80% von allen Spitexorganisationen)
- 2) Das Instrument RAI-HC wird nicht von allen Spitexorganisationen benutzt
- 3) Nur ein Teil der Spitexorganisationen, die das RAI-HC benutzen, machen auch beim HCD mit
- 4) Es wird vermutet, dass nur ein Teil der Patient/-innen in die HCD abgebildet werden. „Einfache Fälle“ und Patient/-innen von speziellen Spitexorganisationen (Palliative care, Kinderspitex, Onkologie-Spitex, psychiatrische Spitex) fliessen nicht ein (Info muss noch überprüft werden!).
- 5) Repräsentativität der Daten lässt sich somit (noch) nicht abschliessend klären
- 6) ABER: wenn eine Verordnung vom BAG kommen würde, dass alle Spitexorganisationen ihre RAI-HC Daten liefern müssen, gäbe es eine sehr gute Informationsquelle.

Der Datenpool HCD ist zurzeit immer noch in der Testphase; er kommt 2016 in die Betriebsphase. Das Obsan ist aktuell daran, die HomeCare Daten auf ihre Tauglichkeit für Analysen zu prüfen und Vorschläge für eine Verbesserung der Datenqualität in das Projekt einfließen zu lassen.

Tab. 28 Übersicht Datenpool HCD

Methode	
Art der Erhebung	Vollerhebung wird angestrebt
Messmethode	Der RAI-HC erhebt die kognitiven, kommunikativen Fähigkeiten, die Stimmungslage und das Verhalten, das psychosoziale Wohlbefinden, die informelle Unterstützung und die körperliche Funktionsfähigkeit (u.a. ADL/IADL), den Gesundheitszustand und Weiteres.
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Alle Klient/-innen von öffentlichen und privaten Spitexorganisationen
Stichprobengrösse/Anzahl	80% aller Spitexorganisationen machen mit, aber nicht alle benutzen den RAI-HC
Alter	--
Abdeckung der Sprachregionen	D, F, I (Repräsentativität wird angestrebt)

⁵⁰ <http://upload.sitesystem.ch/B2DBB48B7E/8C0BEEA22A/2F2D969ED3.pdf>, letzter Zugriff, 3.9.2015.

⁵¹ <http://www.spitex.ch/files/T859IMV/Grafik-Einfuehrung-RAI-HC-Stand-Februar-2013>, letzter Zugriff, 3.9.2015.

⁵² <http://www.spitex.ch/NPO-Spitex/Qualitaetssicherung/HomeCareData/PF3hr/>, letzter Zugriff, 3.9.2015.

Disaggregation	--
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	Der HCD ist zurzeit immer noch in der Testphase; er kommt 2016 in die Betriebsphase.
Periodizität	Jährlich
Nächste Aktualisierung	2016
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Im Moment noch nicht gegeben
Mögliche Kosten	Höher der Kosten unbekannt. Allenfalls würde die Datenquelle von der Abteilung Leistungen des BAG genutzt. Abklärungen über die Kosten wurden von dort aber bisher nicht vorgenommen.
Weiterführung	Eine Weiterführung ist geplant
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Im Moment ist die Repräsentativität noch nicht gegeben.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Die SGB wird als Quelle für den Indikator „Körperliche Selbstständigkeit ab 15 Jahren“ (Indikator 52) angegeben. Eine Expertenmeinung dazu lautet: „Meiner Meinung nach, ist ein Problem der SGB, dass sie *self-reported* ist. Es gibt keine richtige Abklärung der Selbstständigkeit bei den ADL/IADL durch einen/eine Spezialist/-in. In diesem Sinne wären Daten aus dem Datenpool HomeCareData besser. Der Datenpool HCD ist aber nicht so einfach benutzbar. Aus diesem Grund sind die Daten der SGB vorzuziehen, ausser das BAG würde sich darum bemühen, die Lieferung der HomeCareData zu fördern (oder zu verlangen).“ Ein anderer Experte meint, dass dieser Datenpool in Entwicklung sei, aber mittelfristig so bleibe. Veränderungen seien erst auf längere Sicht zu erwarten.

Für die „Pflegebedürftigkeit ab 65 Jahren“ (Indikator 53) und für „Hilfe beanspruchen bei der Pflege ab 15 Jahren“ (Indikator 55) wird ebenfalls die SGB angegeben. Aus Expertensicht wären auch hier Informationen im Datenpool HomeCareData enthalten, aber nur unter den obgenannten Einschränkungen nutzbar.

6.27 International Health Policy Survey (IHP)

Beschreibung der Datenquelle

Seit 2010 nimmt die Schweiz am jährlich durchgeführten International Health Policy Survey des Commonwealth Fund (CWF) teil. Der CWF ist eine gemeinnützige Stiftung in den USA⁵³, die seit 1998 international vergleichende, gesundheitspolitische Befragungen durchführt, wobei der Fokus jedes Jahr wechselt. Es handelt sich um Stichprobenbefragungen, die jedes der teilnehmenden Länder (2014: 11 Länder) selber nach einem identischen Fragebogen durchführt. Umfragen bei der Gesamtbevölkerung wurden in den Jahren 2010, 2013 und 2016 durchgeführt. In den Jahren dazwischen wurden spezielle Bevölkerungsgruppen befragt. 2011 waren es kranke Erwachsene, 2012 Ärzte und Ärztinnen in der Grundversorgung und 2014 die Bevölkerung ab 55 Jahren. Die Stichprobe in den Umfragen mit der Allgemeinbevölkerung beträgt in der Schweiz rund 1300 Personen.

Tab. 29 Übersicht IHP

Methode	
Art der Erhebung	Stichprobenerhebung
Messmethode	Telefonische Befragung
Beschreibung der Daten	

⁵³ <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/11625/?lang=de> und <http://www.commonwealthfund.org/publications/surveys/#first=0&sort=@fdate12610%20descending&f:@topicsfacet12610=%5BInternational%20Health%20Policy%20Center%5D>, letzter Zugriff, 2.9.2015.

Grundgesamtheit	In der Schweiz wohnhafte Bevölkerung ab 18 Jahren
Stichprobengrösse/Anzahl	N=rund 1300
Alter	18+
Abdeckung der Sprachregionen	D, F, I
Disaggregation	Geschlecht, Altersgruppen, Bildung, Sprache, Haushaltseinkommen, Urbanitätsgrad
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	3 (2010, 2013, 2016)
Periodizität	3-Jahres-Rhythmus
Nächste Aktualisierung	2016
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	gegeben
Mögliche Kosten	Befragung der Gesamtbevölkerung durch BAG finanziert
Weiterführung	Vorläufig gesichert (Strategieabhängig BAG)
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Die Stichprobe wurde zufällig aus dem Telefonregister des Bundesamtes für Statistik gezogen. Dieses besteht aus Landlinien und Mobilnetzlinien. Diese Stichprobe wurde stratifiziert nach Regionen und Kantonen.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Für den Indikator „Gesundheitszustand bezüglich Einkommen ab 16 Jahren“ (Indikator 50.1) wird empfohlen, die Daten aus SILC (n=17'000 aus 7000 Haushalten) zu bevorzugen, da diese grössere Stichproben beinhalten als der International Health Policy Survey. Auch der Indikator „Verzicht auf Gesundheitsleistungen aus finanziellen Gründen ab 16 Jahren“ (Indikator 45) kann – neben Daten aus SILC – mittels Daten aus dem International Health Policy Survey beschrieben werden. Aus Expertensicht wurde allerdings die folgende Meinung geäussert: „SILC est l'enquête de référence pour tout ce qui touche aux difficultés financières et à la privation matérielle. Il est aussi possible de faire des comparaisons internationales sur le site d'Eurostat. Par ailleurs, la taille de l'échantillon du CWF est très petite et ne donnerait pas de résultats fiables pour les sous-groupes de population envisagés.“

6.28 Invalidenversicherungs-Statistik des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV)

Beschreibung der Datenquelle

Die vom Bundesamt für Sozialversicherungen erhobene Statistik der Invalidenversicherung IV gibt Informationen über die finanzielle Situation der IV, die Struktur der Leistungsbezüger/-innen, das Ausmass der Eingliederungs- sowie der Abklärungsmassnahmen, die Höhe der Rentenleistungen der IV, die Anzahl der IV-Rentenbezüger/-innen, die Höhe der Hilflosenentschädigungen sowie das Ausmass der Förderung der Invalidenhilfe und der IV-Stellen. Es kann nach Geburtsgebrechen, psychischen Krankheiten, Krankheiten der Knochen und Bewegungsorgane, nach anderen Krankheiten sowie nach Unfall unterschieden werden.

Invalidität ist gemäss Invalidenversicherung (IV) definiert als ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (bzw. Unfähigkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen), die durch einen körperlichen, psychischen oder geistigen Gesundheitsschaden verursacht worden ist.⁵⁴ Der Gesundheitsschaden kann dabei entweder die Folge eines Geburtsgebrechens, einer Krankheit oder eines Unfalls sein.

Tab. 30 Übersicht BSV

Methode	
Art der Erhebung	Vollerhebung
Messmethode	Die IV zählt jedes Jahr die Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger

⁵⁴ <http://www.bsv.admin.ch/dokumentation/zahlen/00095/00442/index.html?lang=de>, letzter Zugriff, 2.9.2015)

Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Leistungsbezüger/Innen der IV
Stichprobengrösse/-Anzahl	2014: 440'000 Leistungsbezüger/Innen
Alter	0-64 J
Abdeckung der Sprachregionen	D, F, I
Disaggregation	Alter, Geschlecht, Wohnort, Krankheit / Unfall
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	Seit 1960
Periodizität	jährlich
Nächste Aktualisierung	2015
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Die ordentlichen Neurenten sind international nicht vergleichbar, weil deren Zusprache stark von nationalen Gegebenheiten und Rahmenbedingungen abhängt (v.a. Aufbau des Sozialversicherungssystems und -rechts).
Mögliche Kosten	Keine Kosten für das BAG.
Weiterführung	gesichert
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Die Zahlen der IV werden regelmässig und zuverlässig erhoben.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Der Indikator „Invalidität aufgrund Krankheit bei 18–64-Jährigen“ (Indikator 13) soll im NCD-Monitoring mit den Daten der IV-Statistik beschrieben werden; eine andere Datenquelle ist nicht bekannt. Als Variable werden die „ordentlichen Neurenten“ (laut SECO) vorgeschlagen aus der IV-Statistik 2014 (vgl. dazu Grafik 7.3.4. im SECO-Dokument). Als zusätzliche positive Elemente nennen die Expertinnen/Experten die jährliche Periodizität im Rahmen der IV-Statistik, die gute Datenqualität und den geringen Auswertungsaufwand und ohne zusätzliche Kosten.

6.29 Job-Stress-Index-Erhebung

Beschreibung der Datenquelle

Die Job-Stress-Index-Erhebung wurde 2014 erstmals durchgeführt. Sie soll jährlich von der Gesundheitsförderung Schweiz – in Zusammenarbeit mit der Universität Bern und der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften – wiederholt werden.⁵⁵ Es handelt sich dabei um eine Erhebung, die den Vergleich von Arbeitsbedingungen in Bezug auf Stress ermöglicht. Die entsprechende *online*-Erhebung (N = 3483) untersucht die Auswirkungen von arbeitsbedingtem Stress auf die Gesundheit und Produktivität der Erwerbstätigen. Das *online*-Befragungsinstrument S-Tool von Gesundheitsförderung Schweiz wird für die Befragung verwendet. Das S-Tool beinhaltet Fragen aus international etablierten Skalen. Befragt werden Teilnehmende des LINK Internet-Panels. Das LINK Internet-Panel mit zurzeit mehr als 130'000 aktiven Teilnehmern ist das grösste *online*-Panel der Schweiz. Um den Ergebnissen Repräsentativität zu verleihen, wurden 2014 Gewichte für die Auswertungen berechnet. Diese Gewichte korrigieren die Verhältnisse zwischen den Altersgruppen, den Geschlechtern, den Branchen gemäss den Vorgaben des BFS sowie den Grossregionen gemäss der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung (SAKE) (abhängig vom Wohnort).

Bei der *online*-Befragung stehen Faktoren im Vordergrund, auf die der Arbeitgeber einen direkten Einfluss nehmen kann. Mit dem Ziel, eine einfache Übersicht zum Thema Arbeitsbedingungen und Gesundheitszustand zu ermöglichen, wurden drei Kennzahlen entwickelt. Diese Kennzahlen werden zukünftig periodisch erhoben und öffentlich kommuniziert.

⁵⁵ http://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1_de/d-ueber-uns/5-downloads/Arbeitspapier_026_GFCH_2014-10_-_Job-Stress-Index_2014.pdf, letzter Zugriff 2.9.2015.

1. Job-Stress-Index (auf einer Skala 0–100): Dieser erfasst die Arbeitsbedingungen und macht Aussagen über das Verhältnis von Ressourcen und Belastungen am Arbeitsplatz.
2. Erschöpfungsrate (in Prozent): Diese macht Aussagen über die Erschöpfung von Erwerbstätigen und ist eine wichtige Kennzahl für das Befinden.
3. Ökonomisches Potenzial (in Franken): Dieses erfasst die Kosten von arbeitsbedingtem Stress und zeigt mögliche Produktivitätsgewinne für die Wirtschaft in Zusammenhang mit Verbesserungen des Job-Stress-Index auf.

Tab. 31 Übersicht Job-Stress-Index-Erhebung

Methode	
Art der Erhebung	Die vorliegende Umfrage wurde <i>online</i> durchgeführt, da die erwerbstätige Bevölkerung auf diese Weise gut erreicht werden kann
Messmethode	Befragt wurden Teilnehmer des LINK Internet-Panels im Zeitraum vom 5. bis 27. Februar 2014. Das LINK Internet-Panel – mit momentan mehr als 130'000 aktiven Teilnehmern das grösste <i>online</i> -Panel der Schweiz – ist gemäss eigenen Angaben repräsentativ für die Schweizer „Internetpopulation“, das heisst für Personen, die mindestens einmal pro Woche für private Zwecke im Internet sind.
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Die Grundgesamtheit für die Stichprobe besteht aus Erwerbstätigen aus der deutsch-, französisch- und italienischsprachigen Schweiz, die mindestens einmal pro Woche zu privaten Zwecken im Internet sind.
Stichprobengrösse/Anzahl	N=3758
Alter	15-65 J
Abdeckung der Sprachregionen	D, F, I
Disaggregation	Alter, Geschlecht, Bildung, Sprache, Region, Branche, etc.
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	1 (2014)
Periodizität	Jährliche Erhebung 2014, 2015, 2016; danach evtl. alle zwei Jahre
Nächste Aktualisierung	2015
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Nicht gegeben
Mögliche Kosten	Keine Kosten für das BAG.
Weiterführung	geplant
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Momentan sind etwa 85 % der 15- bis 74-jährigen Schweizer Bevölkerung über das Internet erreichbar, sodass gemäss Angaben von LINK eine gute Repräsentativität der erwerbstätigen Bevölkerung in der Schweiz gewährleistet ist.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Der „Job-Stress-Index bei 15–64-Jährigen“ (Indikator 34.1) und das „Ökonomisches Potenzial“ (Indikator 17.2) werden mit den Daten der Job-Stress-Index Erhebung beschrieben. Auch der Indikator „Erschöpfungsrate bei 15–64-Jährigen“ (Indikator 16) soll mit den Daten dieser Erhebung beschrieben werden. Als weitere Datenquelle werden einzelne Variablen der SGB angegeben (TPSYG22, SARS125). Darüber hinaus wird auf die Job-Stress-Studie des SECO und den „Barometer Gute Arbeit“ von travail.suisse hingewiesen. Jedoch ziehen einige Expertinnen/Experten aufgrund der jährlichen und ihrer Ansicht nach repräsentativen Erhebung die Daten des Job-Stress-Index vor. Andere Expertinnen/Experten fragen sich jedoch, wie repräsentativ das LINK-Panel tatsächlich sein dürfte und vermuten, dass es bestimmte Gruppen von Erwerbstätigen geben dürfte, die systematisch untervertreten sind. Ausserdem wird auf die unterschiedlichen Erhebungsmethoden – Internet versus face -to-face Befragung – aufmerksam gemacht.

6.30 Kantonale Gesundheitskosten

Beschreibung der Datenquelle

Von mehreren Seiten wird empfohlen, die Gesamtausgaben der Kantone für die Gesundheitsförderung und Prävention als Indikator für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zu verwenden. Ein Beispiel dafür ist die Aufstellung dieser Kosten von Kaufmann, 2015.⁵⁶ Der Autor konnte zeigen, dass Kostensteigerungen im kurativen Bereich bei generellen Finanzproblemen der Kantone und Gemeinden dazu führen, dass innerhalb der Gesundheitsdepartemente Gelder von der Prävention zur Kuration umgelagert werden.⁵⁵ Daher dürfte insbesondere Vergleich der Bereiche Kuration und Gesundheitsförderung/Prävention.

Tab. 32 Übersicht Gesundheitskosten der Kantone

Methode	Kantonale Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung
Art der Erhebung	Vollerhebung
Messmethode	Das Bundesamt für Statistik veröffentlicht jedes Jahr nationale Zahlen zu Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens. Die Kantonsdaten zur den Gesundheitskosten und insbesondere derjenigen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention müssen bei den Kantonen und z.T. bei den Gemeinden eingeholt werden
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Gesamte Gesundheitskosten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention Kantone (allenfalls im Verhältnis zur Kuration)
Stichprobengrösse/Anzahl	--
Alter	--
Abdeckung der Sprachregionen	D, F, I
Disaggregation	Prävention / Gesundheitsförderung versus Kurativer Bereich
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	Vgl. zwischen 2002 und 2012 möglich im Poster Kaufmann et al., 2015
Periodizität	jährlich
Nächste Aktualisierung	Daten vorhanden, Auswertungen nicht geplant.
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Nicht gegeben
Mögliche Kosten	Datenbezug: Keine Kosten für das BAG. Analyse: Höhe der Kosten nicht bekannt
Weiterführung	Nicht geplant
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Datenbasis gut. Methodik müsste genau betrachtet werden.

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Die Daten zu den Gesundheitskosten der Kantone soll für den Indikator „Kantonale Budgets für Gesundheitsförderung und Prävention“ (Indikator 37) verwendet werden.

6.31 KIWI Studien

Beschreibung der Datenquelle

Das *Health Care Communication Laboratory* der Universität Lugano führte 2006 im Auftrag des BAG diese Studie zum Thema „Analyse der an Kinder gerichteten Werbung für Lebensmittel im Fernsehen“ (KIWI Studie) durch. Die Studie ermittelte, wie häufig und in welchem Umfeld Lebensmittelwerbung in der Schweiz erfolgte. 2006 lagen der Studie insgesamt 11'613 Werbespots zugrunde, die von März bis

⁵⁶ Kaufmann, 2015: Verhältnis zwischen Kuration und Prävention. Entwicklung der Nettoausgaben für Gesundheit in den Kantonen und Gemeinden zwischen 2002 und 2012. In Zusammenarbeit mit dem *Swiss Tropical and Public Health-Institute*, Basel.

August auf den sechs öffentlich-rechtlichen Sendern der Schweiz sowie Italia 1 und SuperRtl im Rahmen des Kinderprogramms ausgestrahlt wurden. Es wurden nur solche Werbespots berücksichtigt, welche im Berichtszeitraum im Rahmen des Kinderprogramms eines jeden Senders ausgestrahlt wurden. Es wurden alle 3 Sprachregionen der Schweiz einbezogen, ein internationaler Vergleich mit Deutschland und Italien ist möglich. Die Schweizer Konsumentenorganisationen führten 2011 eine vergleichbare Wiederholung der Studie durch (KIWI-II-Studie). Eine zukünftige Weiterführung der Studien ist jedoch offen.

Die im Fernsehen beworbenen Lebensmittel werden in KIWI II nach folgenden Nährwertmodellen ausgewertet: 1. entsprechend den Lebensmittelgruppen wie bei KIWI-1 (Pyramide), 2. entsprechend den Nährwertkriterien vom Swiss Pledge, 3. entsprechend den Nährwertkriterien der Food Standards Agency, die in Grossbritannien für die Begrenzung von Kinderwerbung angewendet werden.

Ein Expertenkommentar dazu lautet folgendermassen: „Um weitere KIWI-Studien zu machen, braucht es eine entsprechende Finanzierung, um die Situation regelmässig zu untersuchen. Ein Mandat vom BAG wäre dazu ideal, um die Unabhängigkeit der Studie zu garantieren. Das BAG könnte dazu einen Fonds kreieren, der von den Unternehmen gespeist wird, die sich in *actionsanté* verpflichten“

Tab. 33 Übersicht KIWI-Studien

Methode	
Art der Erhebung	Stichprobenerhebung
Messmethode	Untersuchung von Inhalt und Art der Werbung im Rahmen des Kinderprogramms auf Schweizer Fernsehkanälen. Im Zeitraum Anfang März 2006 bis Ende August 2006 wurden Werbespots im Rahmen des Kinderprogramms der sechs öffentlich rechtlichen Sender der Schweiz – Schweizer Fernsehen 1 und 2 (SF1 und SF2), Télévision Suisse Romande 1 und 2 (TSR1 und TSR2), Televisione Svizzera italiana 1 und 2 (TSI1 und TSI2) – sowie des deutschen Privatsenders SuperRtl und des italienischen Senders Italia 1 untersucht. Um die Datenmenge überschaubar zu halten, wurde das Kinderprogramm einschliesslich der Werbung nur alle zwei Wochen aufgenommen. Die KIWI-1 Studie hat alle Schweizer Sender und auch teilweise die Werbefenster auf ausländischen Sendern berücksichtigt. Bei KIWI-2 mussten die vorhandenen Mittel auf weniger Sender konzentriert werden. Es wurde beschlossen, sich auf die Schweizer Sender zu konzentrieren, weil die Konsumenten von diesen öffentlichen Medien bessere Qualität erwarten und sie durch das Bundesgesetz über Radio und Fernsehen einen besonderen Auftrag haben.
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Alle Werbespots der sechs öffentlich rechtlichen Sender der Schweiz sowie des deutschen Privatsenders SuperRtl und des italienischen Senders Italia 1
Stichprobengrösse/Anzahl	966 Stunden Schweizer und 399 Stunden ausländisches Kinderprogramm einschliesslich der Werbung aufgenommen (insgesamt 1365 Stunden), 11'613 ausgestrahlten Werbespots, 3066 davon bewarben Lebensmittel.
Alter	--
Abdeckung der Sprachregionen	D, F, I
Disaggregation	Beworbenes Produkt, Essenszeit, Ernährungsgewinn, etc.
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	2 (2006, 2011)
Periodizität	offen
Nächste Aktualisierung	offen
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Algorithmus der Food Standards Agency. Falls die Studie weitergeführt wird, sollen die Nährwertkriterien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verwendet werden.
Mögliche Kosten	Höhe der Kosten unbekannt. Die Studie muss weiterhin finanziert werden. Geldquellen sind gesucht. Auf Mandatsbasis könnte sich das BAG beteiligen.
Weiterführung	offen

Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	KIWI II dürfte aufgrund der erwähnten Einschränkung aufgrund fehlender finanzieller Mittel etwas weniger aussagekräftig sein als KIWI I. Jedoch ist KIWI die einzige unabhängige Untersuchung, die versucht, möglichst objektive und internationale Kriterien für die Beurteilung der Werbesport zu verwenden.
---	--

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Die KIWI-Daten kommen als Grundlage für den Indikator „Kodex Werbeeinschränkungen gegenüber Kindern für Ernährung“ (Indikator 38.3) in Frage. Sie stehen jedoch in Konkurrenz zu den Daten von Swiss Pledge (siehe TV-Nutzungsdaten von Mediapulse). Im Vergleich zu den KIWI-Daten, die nur zu zwei Zeitpunkten erhoben worden sind, sind die Daten von Swiss Pledge zwar sehr umfassend und werden regelmässig erhoben, sind aber nicht unabhängig. Die KIWI-Auswertungen sind deutlich älter als die regelmässigen Erhebungen von Mediapulse, verwenden jedoch die wichtigsten Nährstoffmodelle zum Vergleich. Sie betrachten nur die öffentlich-rechtlichen Sender und konzentrieren sich auf die Werbung im Kinderprogramm und während den relevanten Zeitfenstern gemäss Vorgaben der WHO.

Die KIWI-Experten argumentieren folgendermassen für den Vorteil ihrer Methode: „Bei KIWI wird speziell die Werbung im Kinderfernsehen analysiert, um zu wissen, womit die Kinder konfrontiert sind, wenn sie dieses Programm schauen. Dabei spielt es keine Rolle, ob das selbige Unternehmen im Abendprogramm auch Werbung sendet. Die Prozente betreffen also das tatsächliche Verhältnis von korrekt und inkorrekt gesendeter Werbung im Kinderprogramm. Es wird der Algorithmus der Food Standards Agency verwendet, um zu berechnen, welche Lebensmittel beworben werden können. Dieser Algorithmus bewertet den Zuckergehalt strenger als die Swiss Pledge Richtlinien (siehe Datenquelle TV-Nutzungsdaten von Mediapulse). Wir kennen keine andere unabhängige und glaubhafte Untersuchung der Werbung im Schweizer Fernsehen als KIWI“. Bis jetzt wurde die Fernsehwerbung im Schweizer Fernsehen erst zweimal unabhängig und neutral mit einem Intervall von 5 Jahren (KIWI I und II) untersucht. Die KIWI II Studie hat etwa 70'000 Franken gekostet, eine Wiederholung mit Fokussierung auf einige ausgewählte Punkte wäre günstiger.

Die Unabhängigkeit der Beurteilung der Werbung an Kinder wird als massgebliches Kriterium für die Wahl der Datengrundlage bei diesem Indikator gewertet. Daher sollten für die Analysen der TV-Werbung die Daten der KIWI-Studien verwendet werden. Ein weiterer Expertenkommentar lautete: „Idealerweise sollte man zukünftig die Nährwertkriterien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) anwenden, denn die WHO sieht damit eine europaweite Vereinheitlichung vor.“

6.32 Medizinische Statistik der Krankenhäuser des BFS

Beschreibung der Datenquelle

Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik (BFS) erfasst jedes Jahr seit 1998 die anfallenden Daten aller Hospitalisierungen in den Schweizerischen Krankenhäusern.⁵⁷ Das BFS erhebt sowohl soziodemographische Informationen der Patienten wie Alter, Geschlecht, Wohnregion als auch administrative Daten wie Versicherungsart oder Aufenthaltsort vor der Hospitalisierung und medizinische Informationen wie Diagnosen und Behandlungen. Erfasste Merkmale sind 50 Variablen, darunter die soziodemographischen Variablen des Patienten, Merkmale der Hospitalisierung und des Austritts, bis zu 50 Diagnosen und 100 Behandlungen. Dazu kommen diverse Variablen, welche sich auf die Neugeborenen beziehen sowie weitere, freiwillig anzugebende Variablen zu den psychiatrischen Behandlungsfällen.

⁵⁷ http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/01.html, letzter Zugriff, 2.9.2015.

Tab. 34 Übersicht Medizinische Statistik der Krankenhäuser

Methode	
Art der Erhebung	Vollerhebung
Messmethode	Erhebung wird von den Krankenhäusern bzw. den Kliniken durchgeführt.
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Anzahl entlassene Fälle nach der Hospitalisierung
Stichprobengrösse/Anzahl	2013: Ca. 1.3 Mio. Fälle
Alter	0+J
Abdeckung der Sprachregionen	D, F, I
Disaggregation	Alter, Geschlecht, Wohnregion, administrative Daten wie Versicherungsart oder Aufenthaltsort, Hauptdiagnose: ICD-10 Code
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	Seit 1998
Periodizität	jährlich
Nächste Aktualisierung	2016
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Die Schweizerische Kommission für Gesundheitsstatistik (KOGES) hat nach einer kritischen Evaluation der vorhandenen internationalen Klassifikationen in der Medizin die Einführung von zwei neuen Klassifikationssystemen für Diagnosen und Operationen in allen Krankenhäusern des Landes ab 1997 empfohlen. Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme - 10. Revision (ICD-10) wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1990 gebilligt und zum Einsatz in den Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken ab 1993 empfohlen. Limiten: Zurzeit sind auf internationaler Ebene Methoden und Instrumente zur Erfassung der Pflege, z.B. Pflegediagnosen, Pflegeinterventionen, Pflegeleistungen, in Bearbeitung. Internationale Standardinstrumente sind jedoch noch nicht festgelegt worden. Dies ist einer der wesentlichen Gründe für den Verzicht auf den Einbezug von Pflegedaten in den Minimaldatensatz oder in Form eines Pflegeminimaldatensatzes im jetzigen Zeitpunkt. Dieser Verzicht stellt zweifellos ein Mangel dar, der in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Kommission für Gesundheitsstatistik (KOGES) und den Berufsverbänden sobald als möglich behoben werden soll.
Mögliche Kosten	Keine Kosten für das BAG.
Weiterführung	gesichert
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Es handelt sich um eine national repräsentative Datenerhebung, die verlässliche Daten zu den hospitalisierten Fällen liefert.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

- Die „Schnittstellen in den Behandlungsketten der Gesundheitsversorgung bei NCD-Erkrankungen“ (Indikator 44) und die „Herz-Kreislauf-Erkrankungen“ (Indikator 3) sollen unter anderem mithilfe der medizinischen Statistik der Krankenhäuser beschrieben werden.
- Beim Indikator „Schnittstellen in den Behandlungsketten der Gesundheitsversorgung bei NCD-Erkrankungen“ (Indikator 44) wird zusätzlich die SOMED empfohlen, da durch eine Kombination der beiden Statistiken vollständigere Daten erhoben werden können. Für eine Verknüpfung dieser beiden Datenbanken kann beim BFS ein Antrag gestellt werden.
- Beim Indikator „Herz-Kreislauf-Erkrankungen“ (Indikator 3) wird zusätzlich die Todesursachenstatistik (siehe dort) verwendet. Im Gegensatz zur SGB können für den Indikator 3 genaue Zahlen zu den Hospitalisierungen und Todesfällen verwendet werden.
- Um den Indikator „Volkswirtschaftliche Kosten NCD“ (Indikator 9.1-9.7) zu berechnen, braucht es Daten der SGB, der Todesursachenstatistik und der medizinischen Statistik der Krankenhäuser.

Für den Indikator „Atemwegs-Erkrankungen ab 15 Jahren“ (Indikator 4.1) muss wegen der zukünftigen Unsicherheit der Weiterführung der Kohorte SAPALDIA eine andere Lösung gefunden werden. Eine Möglichkeit bestünde mit der SGB; allerdings kann dort eine Zuordnung zu ICD-10 Codes nicht vorgenommen werden, sofern die Diagnosen nicht mit Spital- oder Arzt-daten überprüft werden. Ein Expertenkommentar dazu ist der Folgende: „Evtl. könnten mit der medizinischen Statistik der Krankenhäuser

die Hospitalisationen wegen COPD und wegen Asthma ermittelt werden, welche gemäss ICD codiert werden (Vollständigkeit, Haupt-, Nebendiagnosen?). Damit werden natürlich die nie hospitalisierten Fälle verpasst“. Allenfalls könnte bei Bedarf auch eine Kombination der beiden Datenquellen abgeklärt werden. Eine solche Analyse müsste wohl auf Mandatsbasis vergeben werden.

6.33 menuCH

Beschreibung der Datenquelle

Im 2014/15 wurde erstmals in der Schweiz eine Nationale Ernährungserhebung "menuCH" durchgeführt. Die Erhebung wurde im Auftrag des BLV gemeinsam mit dem BAG durch das Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive in Lausanne (IUMSP/CHUV) in Zusammenarbeit mit dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern (ISPM) durchgeführt.

Für die Erhebung wurde durch das BFS eine randomisierte Stichprobe aus der Schweizer Bevölkerung gezogen. 2000 Personen wurden zu ihren Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten befragt. Dafür wurden zwei 24-Stunden-Erinnerungsprotokolle sowie ein schriftlicher Fragebogen verwendet. Zudem wurden Werte wie Körpergrösse und -gewicht, Taillen- und Hüftumfang gemessen. Eine zweite Erhebung ist geplant, das Erhebungsjahr ist jedoch noch nicht bestimmt.

Tab. 35 Übersicht menuCH

Methode	
Art der Erhebung	Stichprobenerhebung
Messmethode	Gewicht und Grösse werden vor Ort gemessen, Erinnerungsprotokoll des Verzehrs(CAPI): face-to-face, telefonisch und schriftlicher Fragebogen
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Allgemeinbevölkerung
Stichprobengrösse/Anzahl	N=2000
Alter	18+
Abdeckung der Sprachregionen	D, F, I
Disaggregation	Alter, Geschlecht, Einkommen, Sprachregionen
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	1 (2014/15)
Periodizität	Eine Weiterführung ist geplant, aber wann, ist offen.
Nächste Aktualisierung	Eine Weiterführung ist geplant, aber wann, ist offen.
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Je nach Indikator: GMF-Nr. 14, Health2020, ECHI, Global Monitoring Framework Indikator-Nr.16
Mögliche Kosten	Keine Kosten für das BAG.
Weiterführung	Eine Weiterführung ist geplant, aber wann, ist offen.
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Durch die randomisierte Stichprobe durch das BFS ist die nationale Repräsentativität gegeben.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Der Indikator „Früchte- und Gemüsekonsum ab 15 Jahren“ (Indikator 26.1) soll neben der SGB auch mit den detaillierteren Daten von „menuCH“ beschrieben werden. Diese beiden Untersuchungen ergänzen sich in Bezug auf Detaillierungsgrad (menuCH) und zeitlicher Entwicklung (SGB).

Die Befragungsdaten zum „Salzkonsum ab 15 Jahren“ (Indikator 27) sollen ebenfalls aus menuCH kommen, die gemessenen Werte können via Salzmonitoring beschrieben werden, jedoch ist bei letzterem die Weiterführung unsicher. Weitere Datenquellen sind nicht bekannt.

Auch für den Indikator „Gesamt-Energiekonsum Personen ab 18 Jahren“ (Indikator 28.1) sollen Daten aus menuCH verwendet werden. Im Vergleich zur Agrarstatistik, die einen Pro-Kopf-Verzehr annähert, liefert menuCH sehr detaillierte Daten. Die beiden Statistiken ergänzen sich in Bezug auf Detaillierungsgrad (menuCH) und zeitlicher Entwicklung (Agrarstatistik).

Der Indikator „Übergewicht und Adipositas bei Personen ab 15 Jahren“ (Indikator 46.1) soll aus Expertensicht ebenfalls mit den Daten aus menuCH beschrieben werden. Eine Expertenmeinung lautet: „Bei menuCH wurden alle Probanden gemessen (Hüft- und Bauchumfang, Gewicht und Grösse) und mittels Fragebogen werden die Parameter nochmals erfragt. Aufgrund der langen Zeitreihe macht es Sinn, die Daten der SGB ebenfalls zu zeigen. Falls es nicht für beide Datenquellen Platz haben sollte, wird menuCH vorgezogen.“ Jedoch wird vom NCD-Strategieteam eine jährliche Erfassung des BMI vorgeschlagen. SILC als Datenquelle könnte diese jährliche Information liefern. Die SGB zeigt dafür im Vergleich die Veränderung über eine längere Zeitspanne.

Der Indikator „Risikohaft Bauchumfang bei Personen ab 15 Jahren“ (Indikator 49.1) soll neben den Daten des Salzmonitorings mit menuCH erfragt werden. Eine Erklärung von Experten: „Bei menuCH wurden alle Probanden gemessen (Hüft- und Bauchumfang, Gewicht und Grösse) und es mittels FB werden die Parameter nochmals erfragt“. Somit könnte man sich auch überlegen, nur die Daten von menuCH zu verwenden. Da aber bei beiden Erhebungen je nur ein Datenpunkt vorhanden ist, wird empfohlen, beide Daten zu zeigen.

6.34 Mikrozensus Verkehr und Mobilität des BFS und ARE

Beschreibung der Datenquelle

Im Rahmen des Mikrozensus Mobilität und Verkehr werden unter Federführung des Bundesamts für Statistik (BFS) und des Bundesamts für Raumentwicklung (ARE) alle fünf Jahre tausende Personen telefonisch zu ihrem Verkehrsverhalten befragt.⁵⁸ Letztmals durchgeführt wurde der Mikrozensus Mobilität und Verkehr 2010 (Stichprobengrösse: 63'000 Einzelpersonen). Durchgeführt wurde die Erhebung erstmals 1974 (anschliessend in den Jahren 1979, 1984, 1989, 1994, 2000, 2005 und 2010).

Die im Rahmen des Mikrozensus Mobilität und Verkehr erhobenen Daten ergeben ein detailliertes Bild der Mobilität der Schweizer Wohnbevölkerung. Ermittelt werden unter anderem Daten zu folgenden Themen: Tagesdistanz, Unterwegszeit; Jahresmobilität und Besitz von Fahrzeugen und Fahrausweisen. Anhand der Tagesdistanz, bzw. der Unterwegszeit nach Verkehrsmittel kann die gesundheitlich wichtige „Aktive Mobilität“, d.h. die Fortbewegung aus eigener Muskelkraft vor allem mit Velo und zu Fuss, abgebildet werden.⁵⁹ Zudem wird die Distanz Arbeits- und Ausbildungsweg erfragt, wie auch der BMI ermittelt.

Tab. 36 Übersicht Mikrozensus Verkehr und Mobilität

Methode	
Art der Erhebung	Stichprobenerhebung
Messmethode	Computergestützte telefonische Befragung (CATI).
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	ständige Wohnbevölkerung ab 6 Jahren und mehr
Stichprobengrösse/Anzahl	Stichprobe von etwa 60'000 Haushalten (63'000 Einzelpersonen), davon stammen etwa 20'000 von den Regionalpartnern (Erhebung 2010).
Alter	6+J
Abdeckung der Sprachregionen	D, F, I
Disaggregation	Aufteilung der Wege nach Fortbewegungsarten und

⁵⁸ Vgl. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mz/01.html, letzter Zugriff, 2.9.2015.

⁵⁹ Vgl. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/11/04/blank/03/01.html>, letzter Zugriff 2.9.2015.

	Altersgruppe, Anteil der Verkehrsmittel an der Unterwegszeit
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	1974 (Erhebungen in den Jahren 1974, 1979, 1984, 1989, 1994, 2000, 2005, 2010). Resultate sind 12 bis 18 Monate nach dem Ende der Erhebung verfügbar.
Periodizität	Alle 5 Jahre
Nächste Aktualisierung	2015
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Etappen werden in der EU teilweise (Dänemark, die Niederlande, Schweden, Vereinigtes Königreich und Belgien) erhoben und Eurostat hat empfohlen, die Mobilität auf Ebene der Etappen zu erheben. Vermutlich werden bald weitere Länder damit anfangen. Die Methodik ist aber nicht immer ganz vergleichbar. Strecken findet man international am ehesten, aber sind nicht einfach zu vergleichen und Erhebungen sind nicht gleich durchgeführt worden.
Mögliche Kosten	Keine Kosten für das BAG.
Weiterführung	gesichert
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Die Haushalte werden nach dem Zufallsprinzip aus dem Haushaltsregister gezogen. Eine Person wird jeweils nach dem Zufallsprinzip aus dem Haushaltsregister ausgewählt. Die Beteiligung ist freiwillig.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Der Indikator „Körperlich aktives Mobilitätsverhalten ab 6 Jahren“ (Indikator 32) soll mit den Daten der Erhebung Mikrozensus Verkehr und Mobilität beschrieben werden. Den befragten Expertinnen/Experten sind keine weiteren, vergleichbar langjährigen und umfangreichen Datenquellen bekannt. Der vorgeschlagene Indikator ist aus Expertensicht sehr wichtig, da er die Alltagsmobilität abbildet und damit jene Bewegungsaktivität, die in einer Gesellschaft mit einem wachsenden Anteil älterer Personen noch zusätzlich an Bedeutung gewinnt. Aus Gesundheitsoptik ist die „Intensität, DAUER und Häufigkeit der Bewegung“ relevant. Deshalb ist gemäss Expertensicht die Zeit der wichtigere Indikator als die zurückgelegte Distanz. Es wäre sogar zu diskutieren, ob die Distanz durch die Zeit ersetzt werden sollte.

Die Dauer / Zeit der aktiven Mobilität wird auch in der SGB erhoben. Ein Vorschlag eines Experten ist zudem folgender: „Es ist wissenschaftlich auch evident, dass der Umstand, ob der Schulweg in der Kindheit / Jugend resp. später der Arbeitsweg physisch aktiv (i.d.R. mit Gehen oder per Fahrrad) oder aber passiv erfolgt, ein wichtiger Prädiktor für die Gesundheit ist. Der Anteil der Schüler und Schülerinnen / Werktätigen, die den Arbeitsweg zu Fuss oder per Fahrrad bewältigen, sollte aus meiner Sicht ebenfalls unbedingt monitorisiert werden (einzelne Variablen dazu in SOPHYA und SAPALDIA).“

6.35 Monitoring Gewichtsdaten Schulärztliche Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich

Beschreibung der Datenquelle

In Basel, Bern und Zürich werden die Kinder und Jugendlichen ausgewählter Schulstufen jedes Jahr anlässlich schulärztlicher Untersuchungen gewogen und gemessen.⁶⁰ Aus diesen Angaben kann der Body-Mass-Index berechnet werden, auf dessen Grundlage zwischen normal- und übergewichtigen bzw. adipösen Personen unterschieden werden kann.

Die Gewichtsdaten von mehr als 13'000 Kindern und Jugendlichen in den Schweizer Städten Bern, Zürich und Basel sind für das Schuljahr 2012/2013 von den schulärztlichen Diensten oder Gesundheitsdiensten erfasst worden. In Berichten werden die neusten Zahlen mit früheren Daten, die seit 2005

⁶⁰ Vgl. <http://gesundheitsfoerderung.ch/public-health/ernaehrung-und-bewegung-bei-kindern-und-jugendlichen/evaluation-und-monitoring/berichte.html>, letzter Zugriff, 2.9.2015.

jährlich erhoben wurden, verglichen. In den letzten Jahren konnten vermehrt Daten von Schulärzten aus anderen Schweizer Regionen mitberücksichtigt werden.

In Zusammenhang mit den Befunden aus den drei untersuchten Städten gilt es zu beachten, dass nicht alle Kinder eines gegebenen Schuljahres untersucht werden, sondern jeweils nur ausgewählte Schulstufen. Das heisst, dass zwar nicht für jedes Altersjahr Angaben vorliegen, dass aber Aussagen über verschiedene Schulstufen gemacht werden können. Neben dem Alter wurden in der vergleichenden Analyse mit dem Geschlecht sowie der nationalen und sozialen Herkunft zudem weitere Merkmale berücksichtigt, die in Zusammenhang mit Gewichtsunterschieden stehen.

Zusätzlich zu den jährlichen Erhebungen in den Städten wird alle vier Jahre ein erweitertes BMI-Monitoring durchgeführt. Die Idee dahinter ist einerseits, Aussagen möglichst für die ganze Schweiz und für städtische und ländliche Gebiete machen zu können. Andererseits bietet sich für Kantone die Möglichkeit, in einem grösseren Abstand BMI Messungen durchzuführen und ihre Ergebnisse mit anderen Kantonen und den drei Städten zu vergleichen. Damit soll auch die Qualität bei vertretbarem Aufwand hochgehalten werden können. Ein Leitfaden von Gesundheitsförderung Schweiz unterstützt die Erhebung. Kantone, welche die BMI-Daten von Schulkindern gemäss dem Leitfaden erheben, werden in die vergleichende Analyse aufgenommen werden. Konzeptionell ist keine Beschränkung der Anzahl Kantone vorgesehen. Der Entscheid über die Mitwirkung an der Studie liegt bei den Kantonen.

Tab. 37 Übersicht Monitoring Gewichtsdaten

Methode	
Art der Erhebung	Vollerhebung in den Städten (Stichprobe in den Kantonen)
Messmethode	Objektive Messung des Gewichts und der Körpergrösse
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Alle Kinder aus Deutschschweizer Grossstädten
Stichprobengrösse/Anzahl	2008/2009: 26'000 Kinder/Jugendliche 2012/2013: ca. N=15'000
Alter	6-15 J (drei Altersstufen: Kindergarten/1. Klasse, 4./5. Klasse, 8./9. Klasse)
Abdeckung der Sprachregionen	D (Zürich, Bern, Basel)
Disaggregation	Alter, Geschlecht
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	8
Periodizität	Jährlich, kantonale Erhebung alle 4 Jahre
Nächste Aktualisierung	2016
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Nicht gegeben
Mögliche Kosten	Keine Kosten für das BAG. Falls das Monitoring auf weitere Regionen ausgeweitet wird, könnten allenfalls Mittel nötig werden. Wer diese Finanzierung übernimmt, müsste diskutiert werden.
Weiterführung	gesichert
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Leider ist die Messung nur in drei Deutschschweizer Städten vorhanden, sodass weder die ländlichen Regionen, noch die Romandie oder das Tessin vertreten sind. Für ein nationales Monitoring müsste der Datenpool erweitert werden. Bei der Erhebung der Kantone machen nie alle Kantone mit und die Kantone führen auch keine flächendeckenden Erhebungen durch.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Die Expertenmeinung hierzu ist die folgende: „Der Indikator „Übergewicht und Adipositas bei 6–15-Jährigen“ (Indikator 46.2) kann für die 11-15-Jährigen anhand der Daten der Befragung von HBSC beschrieben werden, diese Daten basieren jedoch auf einer subjektiven Befragung.“

Die gemessenen Daten der Schulärzte der Städte Bern, Basel Zürich werden zum Vergleich von den Expertinnen und Experten wie folgt beurteilt: „Sie sind einheitlich und zumindest in Basel (i.d.R. keine Befreiung vom Schularzt) am repräsentativsten, sollten aber mit Messungen aus ländlichen Gegenden ergänzt und verglichen werden.“ Andere Experten finden, dass die gleichzeitige Verwendung von erfragten UND gemessenen Daten keinen Sinn ergibt.

Vergleicht man die Erhebung zu Bauchumfang und Körpergewicht der ETH Zürich mit den Erhebungen der schulärztlichen Dienste, meinen Experten: „Beim (jährlichen) Städtemonitoring handelt es sich um eine Vollerhebung, was einmalig ist. Und beim vergleichenden kantonalen Monitoring (alle vier Jahre) wird ebenfalls auf repräsentative Erhebungen in den Kantonen geachtet. Bei der ETH Erhebung ist die Teilnahme meines Wissen freiwillig, was zu einer erheblichen Verzerrung führt. Die Ergebnisse der ETH schwankten in der Vergangenheit zudem erheblich. 2007 kamen sie auf einen Anteil an übergewichtigen und adipösen Kinder und Jugendlichen zwischen 6 und 12 Jahren von 15% (2002: 20%; 2012: 19%). Die Ergebnisse des Gewichtsmonitorings der Kantone lagen für 2007 hingegen bei 19,3%, was in der Zeitreihe deutlich plausibler erscheint.“

Nach Abwägung der Rückmeldungen bleibt ein widersprüchliches Bild: Es sind zwar sehr zuverlässige Messungen für die drei Deutschschweizer Städte im Gewichtsmonitoring der Städte vorhanden (Vollerhebung). Dort werden aber weder die ländlichen Regionen noch die Romandie oder das Tessin berücksichtigt. Die kantonalen Messungen beinhalten nicht alle Kantone und in diesen ist die Messung nicht flächendeckend. Bei den Zürcher Messungen ist die Teilnahme freiwillig, also auch dort gibt es keine flächendeckende Messung. Somit werden sowohl die Daten der Erhebung Bauchumfang und Körpergewicht der ETH Zürich als auch das Gewichtsmonitoring der Städte als komplementäre aber je unvollständige Datenquelle empfohlen. Zusätzlich werden die Befragungsdaten der HBSC empfohlen (siehe dort).

6.36 Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung (NICER, Datensammlung)

Beschreibung der Datenquelle

NICER sammelt und aggregiert Daten, die von einer zunehmenden Zahl verschiedener kantonalen und regionaler Schweizer Krebsregister erhoben werden.⁶¹ Zurzeit sind dies folgende Kantone: Basel Stadt und Landschaft, Freiburg, Genf, Graubünden und Glarus, Jura, Luzern, Neuenburg, Nidwalden, Obwalden, St. Gallen und Appenzell Ausserrhoden und Innerrhoden, Tessin, Uri, Waadt, Wallis, Zug und Zürich. Mit Inzidenzdaten folgen die Kantone Aargau und Thurgau ab 2013/2014 und Bern ab 2014/2015.

Diese Daten werden in Zukunft standardisiert erhoben und NICER wird zum offiziellen nationalen Krebsregister. Ein solches Krebsregister erhebt bevölkerungsbezogene Daten über sämtliche diagnostizierten Krebserkrankungen, Behandlungen und Sterbefälle innerhalb einer klar definierten Bevölkerungsgruppe. Die Daten zur Entwicklung von Krebs werden bei NICER jährlich ausgewertet. Die Datenqualität wird gemäss internationalen Standards gemessen und dokumentiert. Der Aufwand für die Krebsregistrierung ist im Regulierungsfolgebericht des BAG als Begleitdokument zum geplanten nationalen Krebsregistrierungsgesetz (KRG) dargestellt.

Tab. 38 Übersicht Datensammlung NICER

Methode	
Art der Erhebung	Vollerhebung angestrebt
Messmethode	Die Daten werden von den kantonalen Krebsregistern erhoben und an das nationale Register weitergeleitet.

⁶¹ Vgl. <http://www.nicer.org/de/> (letzter Zugriff, 2.9.2015)

Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Schweizer Allgemeinbevölkerung
Stichprobengrösse/Anzahl	Inzidenz ca. 18'000 Fälle
Alter	0+J
Abdeckung der Sprachregionen	D, F, I
Disaggregation	Alter, Geschlecht, Krebsart
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	Seit 1970
Periodizität	jährlich
Nächste Aktualisierung	2016
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	gegeben
Mögliche Kosten	Keine Kosten für das BAG.
Weiterführung	gesichert
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Das Ziel von NICER ist eine Vollerhebung. Sie haben die vollständigste Datensammlung im Bereich Krebs der Schweiz und deshalb die verlässlichste Quelle. Es fehlen aber noch wenige Kantone.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Der Indikator „Krebs-Erkrankungen, nach Krebsarten“ (Indikator 1) soll über die Daten von NICER beschrieben werden. Im Gegensatz zur Frage in der SGB sind hier Unterscheidungen nach verschiedenen Krebsarten möglich. Eine Expertenmeinung hierzu ist folgende: „NICER ist für die ausgewählten Indikatoren die beste Datenquelle. Bei NICER fliessen alle Angaben aus den regionalen und kantonalen Krebsregistern zusammen. Damit kann ein aussagekräftiges Bild zum nationalen Krebsgeschehen gezeichnet werden. Krebs betrifft in weitaus höherem Umfang die erwachsene Bevölkerung als Kinder. Die Todesursachen wiederum beschreiben nur die letzte Etappe einer Krebserkrankung und sind mit Unsicherheiten behaftet. Wenn man einen Indikator zur Mortalität zum Krebs hinzuziehen würde, wäre das BFS aber eine wichtige Datenquelle. Für die (seltenen) Krebserkrankungen im Kindesalter ist das Schweizer Kinderkrebsregister eine wichtige Datenquelle.“

Weiter wird gefolgert: „Die Krebsinzidenz ist aus unserer Sicht der wichtigste Indikator, um die Krebsmorbidity zu beschreiben. Es ist auch richtig, die Neuerkrankungsrate bei den vier häufigsten Krebsarten zu untersuchen. Es kann diskutiert werden, ob es sinnvoll sei, darüber hinaus auch die Gesamtinzidenz von Krebs zu beachten oder die Inzidenz von ausgewählten andern, dynamisch sich entwickelnden Krebsarten (z.B. Melanom) für das Monitoring einzusetzen. Im nationalen Krebsmonitoring wird auch die Prävalenz (Krankheitslast) und das *Survival* (Überleben bei Krebs) berechnet. Als vierte Messgrösse dienen die Angaben zum Sterbgeschehen (Mortalität) und die daraus abgeleiteten Indikatoren (z.B. vorzeitig verlorene Lebensjahre). In Zukunft werden wohl auch detaillierte Analysen (z.B. Stadien-Einteilungen, Projektionen, Miteinbezug klinischer/biologischer Variablen) zum Monitoring gehören.“

6.37 Nutri-Trend

Beschreibung der Datenquelle

Nutri-Trend ist eine Erhebung von Nestlé und dem Bundesamt für Gesundheit zu Einstellungen der Schweizer Bevölkerung zu Ernährung, Nahrungsmitteln und Gesundheit (Meinungsumfrage). Es handelt sich um eine Querschnittserhebung, die zwischen 1985 und 2000 alle fünf Jahre durchgeführt worden war. Die Daten wurden mittels telefonischer Befragung erhoben. Die Stichprobengrössen lagen zwischen 600 (im Jahr 1985) und 1004 Personen (im Jahr 2000). Es waren Personen zwischen 18 und 50 Jahren (Jahre 1985-1995) und Personen zwischen 18 und 74 Jahren (Jahr 2000) in den drei Sprachregionen (D, F, I) befragt worden. Die Erhebung wurde nicht mehr wiederholt.

Tab. 39 Übersicht Nutri-Trend

Methode	
Art der Erhebung	Stichprobenerhebung
Messmethode	Telefonische Befragung
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Allgemeinbevölkerung im entsprechenden Alter
Stichprobengrösse/Anzahl	N=1004
Alter	15-74J
Abdeckung der Sprachregionen	
Disaggregation	Alter, Geschlecht
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	4 (1985, 2000)
Periodizität	Keine Weiterführung
Nächste Aktualisierung	Keine Weiterführung
Generelles	
Mögliche Kosten	Höhe der Kosten unbekannt (Kosten Omnibus siehe Kap. 6.38)
Weiterführung	Keine Weiterführung. Entsprechende Fragen könnten im Omnibus platziert werden.
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Keine Weiterführung

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Zum Indikator „Wissen über Ernährung ab 15 Jahren“ (Indikator 36.3) wurden bis anhin im MOSEB via Coop-Studie, Nutri-Trend und Omnibus BFS 14 unterschiedliche Merkmale erhoben. In der Studie Nutri-Trend fand sich eine Frage zur Bedeutung der Ernährungsempfehlungen. Diese Frage wurde im Omnibus 2014 wiederholt. Da die Daten von Nutri-Trend relativ alt sind, sollten diese für das NCD-Monitoring-System nicht mehr verwendet werden. Für die Wiederholung muss der erneute Einsatz im Omnibus geprüft werden.

6.38 Omnibus BFS

Beschreibung der Datenquelle

Beim Omnibus handelt es sich um ein Angebot des BFS, eine jährliche Erhebung mit flexibler Themenwahl nach Bedarf durchzuführen.⁶² Es wird eine Stichprobe von 3'000 bis 5'000 Personen gezogen und spezifische Informationen zu mehreren aktuellen Themen nach Bedarf werden auf Niveau Schweiz erhoben. Die Befragung kann telefonisch oder online mit Option Telefon stattfinden. Ca. 75% der Teilnehmenden nutzen erfahrungsgemäß die online Variante. Omnibus-Themen können beantragt werden, das BFS legt jedoch die Themen der Omnibuserhebungen fest. Omnibusbefragungen sind kostenpflichtig, d.h. sie müssen dem BFS vergütet werden (siehe Übersichtstabelle). Es muss circa ein Jahr im Voraus angefragt werden, ob Fragen mittels Omnibus gestellt werden können.

Tab. 40 Übersicht Omnibus BFS

Methode	
Art der Erhebung	Stichprobenerhebung
Messmethode	Telefonische Befragung. Eine online Befragung ist ebenfalls möglich, aber die Befragten haben noch immer die Möglichkeit einer telefonischen Befragung. Erfahrungsgemäss erledigen etwa 75% die Befragung online.
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	In der Schweiz wohnhafte Bevölkerung
Stichprobengrösse/Anzahl	n=3000, Aufstockung auf 5000 möglich

⁶² <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/02/03/04.html>, letzter Zugriff, 2.9.2015.

Alter	15+, aber kann angepasst werden
Abdeckung der Sprachregionen	D, F, I
Disaggregation	Variablen sind zu bestimmen
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	--
Periodizität	Jährlich, aber Themen je nach Bedarf
Nächste Aktualisierung	--
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Abhängig von der Fragestellung
Mögliche Kosten	Die Kosten betragen 2.05 CHF pro Minute, d.h. ca. 30'000.- CHF für eine 5 min Befragung von 3000 Personen. Eine Erhöhung der Stichprobe bis 5000 Personen ist mit Zusatzkosten möglich.
Weiterführung	Gesichert, aber die Themenauswahl muss jährlich mit dem BFS diskutiert werden. Es muss circa ein Jahr im Voraus angefragt werden, ob Fragen mittels Omnibus gestellt werden können.
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Daten, die mit dem Omnibus erhoben werden, sind auf gewünschtem Niveau repräsentativ und zuverlässig.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Gemäss mündlicher Auskunft der Omnibus-Verantwortlichen im BFS, besteht die Möglichkeit einer jährlichen Erhebung immer zum gleichen Thema (z.B. Risikofaktoren Alkohol und Tabak). Dies hänge jedoch von der Dauer der Fragen ab. Eine längere Befragung könnte alle 2-3 Jahre als Modul in einen Omnibus integriert werden.

Folgende Indikatoren müssten im Moment – ohne andere Lösung – im Omnibus platziert werden:

- Indikator 35 Gesundheitswissen ab 15 Jahren
- Indikator 36.3 Wissen über Ernährung ab 15 Jahren
- Indikator 40.3 Einstellung gegenüber strukturellen Massnahmen – Ernährung, ab 15 Jahren
- Indikator 43 Selbstmanagement-Angebote bei NCD-Patienten
- Indikatoren auf der Basis von Fragen aus dem jetzigen Suchtmonitoring für die Bereiche Alkohol und Tabak, für welche es noch keine Folgeaufklärung gibt (z.B. Indikatoren „Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren“ (Indikator 18.1) oder „Tabakkonsum (Rauchen) bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren.“ (Indikator 22.1))

6.39 Omnibus BFS 2014 Modul MOSEB

Beschreibung der Datenquelle

Die Omnibuserhebung des BFS im Jahr 2014 befasste sich mit zwei Themen: Internetzugang / -nutzung und Ernährung/MOSEB.⁶³ Zur allgemeinen Erhebungsmethode des Omnibus siehe oben. Inhalte des MOSEB-Moduls zum Thema Ernährung waren die Gewohnheiten und Verhaltensweisen im Zusammenhang mit der Ernährung. Die Erhebung wurde im ersten Quartal 2014 in sieben Grossregionen der Schweiz durchgeführt. Die Wiederholung des MOSEB-Moduls in einem Omnibus BFS ist noch offen.

Tab. 41 Übersicht Omnibus BFS 2014 Modul MOSEB

Methode	
Art der Erhebung	Stichprobenerhebung
Messmethode	Telefonische Befragung

⁶³ <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/02/03/04.html>, letzter Zugriff, 2.9.2015 (Zur Omnibuserhebung 2014, siehe Abschnitt 1.3.25)

Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Ständige in der Schweiz wohnhafte Bevölkerung in Privathaushalten
Stichprobengrösse/Anzahl	n=3000
Alter	15+ Jahre
Abdeckung der Sprachregionen	D, F, I
Disaggregation	Alter, Geschlecht
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	1 (2014) (frühere Punkte (Jahr 2000) via Coop-Studie und Nutri-Trend)
Periodizität	Zu bestimmen (siehe Kap. 1.6.35)
Nächste Aktualisierung	Zu bestimmen (siehe Kap. 1.6.35)
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Nicht gegeben
Mögliche Kosten	Höhe der Kosten siehe Omnibus, Kap. 6.38.
Weiterführung	offen
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Omnibus zieht seine Stichproben aus dem Telefonregister des BFS. Die Daten sind national repräsentativ.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Der Indikator „Wissen über Ernährung ab 15 Jahren“ (Indikator 36.3) wurde bis anhin in MOSEB via Coop-Studie, Nutri-Trend und Omnibus BFS 14 erhoben. Da die Coop-Studie und Nutri-Trend nicht mehr weitergeführt wurden, wurden deren Fragen im Omnibus 2014 wiederholt. Dies müsste ohne andere Lösung auch in Zukunft ins Auge gefasst werden.

Der Indikator „Einstellung gegenüber strukturellen Massnahmen – Ernährung, ab 15 Jahren“ (Indikator 40.3) wurde via Omnibus BFS 2014 und Food Consumption Studie (St. Gallen) erhoben. Da die Daten aus der Food Consumption Studie nicht national repräsentativ sind, sollten nur die Daten aus dem Omnibus gezeigt werden und laut Expertinnen/Experten auch weiterhin mit Priorität mit dem Omnibus erhoben werden.

6.40 Rekrutierungsdaten

Beschreibung der Datenquelle

Im Zuge der allgemeinen Wehrpflicht werden alle Schweizer Männer, die in einem entsprechenden Jahr ihr 19. Lebensjahr vollenden, zur Rekrutierung aufgeboten. Die Population der jungen Männer ist deswegen präventivmedizinisch interessant, weil gerade Männer später im Leben einem grösseren Krankheits- und Sterberisiko ausgesetzt sind als Frauen. Die medizinische Untersuchung wird durch medizinisches Personal durchgeführt, ungeachtet dessen, ob ein junger Mann später für militärdiensttauglich oder nicht befunden wird.

Tab. 42 Übersicht Rekrutierungsdaten

Methode	
Art der Erhebung	Vollerhebung
Messmethode	Body-Mass-Index, Blutdruck, EKG, Spirometrie, Seh- und Hörtest, freiwillige Blutuntersuchung (Blutcholesterin, Blutglukose), etc.
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Alle jungen 19-jährigen Männer und einige ältere Stellungspflichtige bis zur Vollendung des 25. Altersjahres, die die Rekrutierung vertagt haben, sowie 18-Jährige, die die Rekrutierung vorverlegt haben.
Stichprobengrösse/Anzahl	Alle jungen 19-jährigen Männer und einige ältere Stellungspflichtige bis zur Vollendung des 25. Altersjahres, die die Rekrutierung vertagt haben, sowie 18-Jährige, die die Rekrutierung vorverlegt haben.

Alter	Untersuchungen haben gezeigt, dass über 95% eines männliche Geburtsjahrganges im Alter zwischen 18 und 22 Jahren zur Rekrutierung erscheinen.
Abdeckung der Sprachregionen	D, F, I
Disaggregation	Sozioökonomischer Status, Grossregionen, Sprachregionen, Kulturkapital (Anzahl Bücher zuhause), Wichtigkeit eines gesunden Lebensstils
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	BMI: seit 1950; Ausdauerlauf/12 Min Lauf: seit 1980
Periodizität	jährlich
Nächste Aktualisierung	2016
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Grundsätzlich ist es kaum möglich Rekrutierungsdaten der Schweiz mit Rekrutierungsdaten anderer Länder zu vergleichen. Nicht mehr viele Länder haben überhaupt ein Dienstobligatorium wie die Schweiz. Falls doch, wird trotzdem in der Regel nur eine Selektion getestet (z.B. Norwegen: der erste Sohn der Familie). Evtl. können die Daten des Bewegungsverhaltens annähernd mit anderen IPAQ-short Daten verglichen werden. Der BMI wird mit geeichten Waagen und Stadiometer erhoben und ist somit gut standardisiert.
Mögliche Kosten	Keine für das BAG.
Weiterführung	gesichert
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Aufgrund ihrer Repräsentativität und der gleichbleibenden Erhebungsstandards stellen die medizinischen und sportlichen Daten der Stellungspflichtigen eine gute Basis für ein kontinuierliches Gesundheitsmonitoring für junge Schweizer Männer dar. Diese Untersuchung ist aber nur für diese eingeschränkte Population aussagekräftig und wird deshalb nicht für eine national repräsentatives Monitoring empfohlen.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Die Rekrutierungsdaten kommen für den „Bluthochdruck ab 15 Jahren“ (Indikator 47) in Frage. Für diesen Indikator sind die Rekrutierungsdaten jedoch nur für die ca. 19-jährigen Schweizer Männer repräsentativ. Der gemessene Wert dieses Indikators soll deshalb aus der Studie zum Salzkonsum kommen und die erfragten Werte aus der SGB.

Auch für den Indikator „Erhöhter Cholesterinspiegel ab 15 Jahren“ (Indikator 48) kommen die Rekrutierungsdaten in Frage. Allerdings sind die Blutuntersuchungen freiwillig und somit nicht repräsentativ für die jungen Schweizer Männer. Es werden für diesen Indikator somit die erfragten Werte der SGB empfohlen.

Auch für den Indikator „Diabetes-Erkrankungen ab 15 Jahren“ (Indikator 2.1) kommen die Rekrutierungsdaten in Frage. Die Blutuntersuchung in der Rekrutierung ist jedoch freiwillig, sodass sowohl die Daten zum Blutzucker als auch zum Cholesterin nicht repräsentativ für die Stichprobe der jungen Männer sein dürften. Beim Blutzucker sollen die Daten der SGB, Todesursachenstatistik und Krankenhausstatistik gemässe Methodik von Bopp et al. (2011) verwendet werden (siehe Kap. 6.8.). Für die gemessenen Werte werden die Daten aus der FIRE-Datenbank empfohlen.

6.41 Salzmonitoring (Studie zum Salzkonsum)

Beschreibung der Datenquelle

Das BAG und das BLV haben eine nationale Strategie lanciert, um die Salzzufuhr auf weniger als 8 g pro Tag und Person zu senken. Aus diesem Grund wurde 2010/2011 erstmals eine nationale Erhebung zum Salzkonsum durchgeführt.⁶⁴ Mittels einer Messung der Salzausscheidung im 24-Stunden-Urin

⁶⁴ http://www.blv.admin.ch/dokumentation/00327/05754/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,lnp6l0NTU0-42l2Z6ln-1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCFfX59q2ym162epYbg2c_JiKbNoKSn6A-- (letzter Zugriff, 2.9.2015, englisch).

wurde auf die Salzaufnahme geschlossen. Zudem wurden Körpermessungen (u.a. Bauchumfang) und wiederholte Blutdruckmessungen vorgenommen. Es wurde eine durch das BFS randomisierte Stichprobe von 1448 Personen ab 15 Jahren aus neun verschiedenen Kantonen (BL/BS, FR, GE, LU, SG, TI, VS, VD, ZH) gezogen. Eine erneute Durchführung ist noch offen.

Tab. 43 Übersicht Salzmonitoring

Methode	
Art der Erhebung	Stichprobenerhebung
Messmethode	Face-to-face Kontakt mit Blutdruckmessung, 24-h-Urinproben-Sammlung und Analyse
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	In der Schweiz wohnhafte Bevölkerung ab 15 Jahren
Stichprobengrösse/Anzahl	1448 Personen
Alter	Ab 15 Jahren
Abdeckung der Sprachregionen	D,F,I
Disaggregation	Alter, Geschlecht
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	1 (2011)
Periodizität	offen
Nächste Aktualisierung	offen
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	gegeben
Mögliche Kosten	Keine Kosten für das BAG, da Studie des BLV.
Weiterführung	offen
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Folgende Kantone wurden eingeschlossen: Basel, Freiburg, Genf, Luzern, St. Gallen, Tessin, Waadt, Wallis, Zürich. Es könnte nach den drei Sprachregionen aufgeschlüsselt werden. Jedoch sind nicht alle Kantone in der Studie enthalten, was die Repräsentativität herabsetzt. Da die Messungen jedoch sehr aufwändig sind, dürfte die vorgenommene Auswahl als sehr gross betrachtet werden.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Der Indikator „Salzkonsum ab 15 Jahren“ (Indikator 27) soll gemessene Werte der Studie zum Salzkonsum enthalten. Befragungsdaten zum Salzkonsum kommen aus der Datenbank „menuCH“. Der gemessene Wert des Indikators „Bluthochdruck ab 15 Jahren“ (Indikator 47) kann ebenfalls der Studie zum Salzkonsum entnommen werden. Die Befragung der SGB dient als Datenquelle für die erfragten Bluthochdruckwerte.

Auch der Indikator „Risikohaft Bauchumfang bei Personen ab 15 Jahren“ (Indikator 49.1) soll anhand der Werte der Studie zum Salzkonsum beschrieben werden. Des Weiteren sollen bei diesem Indikator auch die Daten von menuCH präsentiert werden. Zur Beschreibung der Daten meint der entsprechende Experte: „Bei menuCH wurden alle Probanden gemessen (Hüft- und Bauchumfang, Gewicht und Grösse) und mittels Fragebogen werden die Parameter nochmals erfragt.“ Somit könnte man sich auch überlegen, nur die Daten von menuCH zu verwenden. Da bei beiden Erhebungen nur je ein Datenpunkt vorhanden ist, wird empfohlen, beide Daten zu verwenden.

6.42 SASIS-Datenpool

Beschreibung der Datenquelle

Die SASIS AG führt als Tochtergesellschaft von santésuisse die umfassende Branchenstatistik der abgerechneten medizinischen Leistungen und fakturierten OKP-Versicherungsprämien der Krankenversicherer für alle 8,3 Mio.⁶⁵ Versicherten der Schweiz. Die Branchenstatistik des Datenpools umfasst folgende drei Aspekte:

- Detaillierte Leistungserbringer-Statistik KVG und VVG gemäss ZSR-Nummer (Arztpraxis, Apotheke, Spital, Pflegeheim, Spitex usw.)
- Leistungsarten nach KVG (Arztleistungen, Medikamente, ambulante und stationäre Leistungen im Spital oder Pflegeheim usw.)
- Erfolgsrechnung der Krankenversicherer (nach Kantonen, Prämienregionen, Produkten, Altersgruppen) für das KVG im Bereich der Leistungen, Kostenbeteiligungen und der Prämien

Die Datenlieferung enthält keine Detaildaten von einzelnen Versicherten, sondern entsprechende Versichertengruppen nach Alter, Geschlecht, Versicherungsprodukt und Prämienregion.

Tab. 44 Übersicht SASIS-Datenpool

Methode	
Art der Erhebung	Angestrebte Vollerhebung (nahezu 100% der OKP-Versicherten erfasst)
Messmethode	Die einzelnen Krankenversicherer liefern der SASIS AG monatlich die aktuellen Daten, welche zur Branche konsolidiert werden. Die Daten werden auf der Basis der medizinischen Institution gemäss dem Zahlstellenregister (ZSR) u.a. für die Arztpraxis, die Apotheke, das Pflegeheim oder das Spital geliefert und ausgewertet.
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Alle Leistungen im Bereich OKP/KVG
Stichprobengrösse/-Anzahl	28.7 Milliarden Franken jährliche Bruttoleistungen an die Versicherten in 2014
Alter	5-Jahres-Altersgruppen der Versicherten
Abdeckung der Sprachregionen	D, F, I (Kantonal unterschiedlicher Abdeckungsgrad)
Disaggregation	Kantone, Prämienregion, Altersgruppen, Geschlecht, Leistungserbringer, Leistungsart, Franchisen, Versicherungsmodelle
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	Seit ca. 1998
Periodizität	Quartalsdaten (können nach Monat aufgesplittet werden), Jahresdaten (nur jährliche Daten enthalten)
Nächste Aktualisierung	Quartalsdaten: Februar 2016, Jahresdaten: Mai 2016
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Nicht gegeben
Mögliche Kosten	Daten werden vom BAG und Obsan gemeinsam gekauft. Keine zusätzlichen Kosten für das BAG.
Weiterführung	gesichert
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Abdeckung heute gut, in früheren Jahren kantonal unterschiedlich. Es handelt sich um ein Brancheninformationssystem, bei dem die Krankenversicherer ein Eigeninteresse daran haben, dass die Datenqualität stimmt. Daher darf angenommen werden, dass die Daten verlässlich sind.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Der SASI Datenpool wurde von Experten für den Indikator „Kosten des Gesundheitswesens“ (Indikator 8) vorgeschlagen. Jedoch werden nur die abgerechneten, medizinischen OKP-Leistungen und die fakturierten OKP-Versicherungsprämien der Krankenversicherer aufgezeichnet. In der Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (Kap. 6.53) werden hingegen sämtliche Aufwendungen für

⁶⁵ <https://www.sasis.ch/de/472>, letzter Zugriff, 04.01.2016.

Gesundheitsleistungen gemäss OECD berücksichtigt. Deswegen wird für den Indikator 8 die Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens empfohlen.

6.43 Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE) des BFS

Beschreibung der Datenquelle

Seit 1991 wird die SAKE jährlich vom BFS durchgeführt. Diese telefonische Personenbefragung liefert Daten über die Erwerbsstruktur und das Erwerbsverhalten der ständigen Wohnbevölkerung der Schweiz. Die SAKE wird anhand einer repräsentativen Stichprobe mit jährlich rund 125'000 Interviews durchgeführt. Dank der konsequenten Anwendung internationaler Definitionen können die Erwerbslosigkeit und die Beschäftigungslage der Schweiz im europäischen und weltweiten Kontext ermittelt werden.

Bei den gestellten Fragen geht es hauptsächlich um die Situation auf dem Arbeitsmarkt (momentane und frühere Erwerbstätigkeit, Erwerbslosigkeit, Ruhestand, Arbeitsbedingungen, Beruf, Erwerbs- und Haushaltseinkommen, Stellensuche, berufliche und räumliche Mobilität), die Ausbildung (Weiterbildung eingeschlossen), die Zusammensetzung des Haushalts und um demografische Merkmale (Nationalität, Zivilstand usw.). In Bezug auf Gesundheitsangaben: In der SAKE werden der Gesundheitszustand und Einschränkungen bei den täglichen Aktivitäten erhoben.

Seit 2010 wird die SAKE während des ganzen Jahres kontinuierlich durchgeführt. Die Interviews erfolgen während der 52 Wochen des Jahres (von 1991 bis 2009 fand die SAKE jährlich jeweils im 2. Quartal statt). Personen, die an der Erhebung teilnehmen, werden innerhalb von anderthalb Jahren viermal befragt.

Tab. 45 Übersicht SAKE

Methode	
Art der Erhebung	Stichprobenerhebung
Messmethode	Telefonische Befragung (CATI)
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Ständige Wohnbevölkerung ab 15 Jahren
Stichprobengrösse/Anzahl	105'000 CH + 21'000 Ausländer/innen (seit 2010)
Alter	Ab 15 J.
Abdeckung der Sprachregionen	D,F,I
Disaggregation	Geschlecht, institutionalisierte unbezahlte Tätigkeit und informelle unbezahlte Tätigkeit, Tätigkeit, Alter, Motive, Vereine, Sprach- und Grossregionen
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	seit 1991
Periodizität	1991-2009: jährlich, seit 2010: vierteljährlich
Nächste Aktualisierung	2016
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Entsprechend den Normen der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) wird die ständige Wohnbevölkerung in Erwerbstätige, Erwerbslose und Nichterwerbspersonen eingeteilt. Die SAKE ermöglicht ferner die Berechnung einer grösseren Zahl von international vergleichbaren Arbeitsmarktinformatoren. Durch die Übernahme der Definitionen und Empfehlungen der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO bzw. IAO) und durch konsequente Anwendung des gemeinschaftlichen Fragebogens für Arbeitskräfteerhebungen in der Europäischen Union (EU) wird eine internationale Vergleichbarkeit aller Ergebnisse angestrebt. Mit der SAKE fand die Schweiz somit anfangs der 90er Jahre – als eines der letzten Länder im OECD Raum – Anschluss an die übrigen Länder der OECD und an die Staaten der EU. Diese führen schon seit den sechziger Jahren entsprechende Arbeitskräfteerhebungen durch.
Mögliche Kosten	Keine Kosten für das BAG.
Weiterführung	gesichert

Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Der Variationskoeffizient beträgt 0,6% für die Gesamtzahl der Erwerbstätigen und 4% für die Gesamtzahl der Erwerbslosen gemäss ILO (im 2. Quartal 2010). Die jeweiligen Variationskoeffizienten werden vierteljährlich in den Medienmitteilungen „Schweizerische Arbeitskräfteerhebung und abgeleitete Statistiken“ veröffentlicht.
---	---

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Der Indikator „Krankheitsbedingte Arbeitsabwesenheit bei 15–64-Jährigen“ (Indikator 15) soll mit den Daten der Arbeitsvolumenstatistik (AVOL) beschrieben werden. Diese bezieht ihre Daten aus der SAKE und aus dem Zentralen Migrationsinformationssystem (ZEMIS). In der SAKE können Krankheit und Unfall NICHT separat ausgewiesen werden. Im alternativen EWCS sind dagegen die Stichproben klein, die Weiterführung und finanzielle Beteiligung der Schweiz muss immer neu verhandelt werden.

Für den Indikator „Hilfe beanspruchen bei der Pflege ab 15 Jahren“ (Indikator 55) werden von den Fachleuten die Daten der SGB und SAKE empfohlen, wobei die Gesichtspunkte unterschiedlich sind: In der SAKE geht es darum, das Leistungsvolumen von informeller Pflege zu erheben. Der Kommentar des entsprechenden Experten lautet: „Bei der Relevanz des Themas weisen Sie darauf hin, dass ein Ziel der NCD-Strategie ist, die Angehörigen, welche informelle Pflege leisten, zu identifizieren und zu unterstützen. Dann sollten folgerichtig die Personen erfasst werden, die informelle Pflege leisten und nicht die erkrankten Personen, die Pflege erhalten. Beim jetzt vorgeschlagenen Indikator ist ausserdem unklar, ob – wie bei der Definition bezeichnet – lediglich Kranken- und Körperpflege berücksichtigt wird (Antwort a) oder alle Hilfsformen; dies wäre angesichts der umfassenden Problemlage von chronisch Kranken sinnvoller (vgl. dazu auch Nationaler Gesundheitsbericht 2015; Kap. Leben mit chronischen Krankheiten)“.

Das BAG möchte aber ausdrücklich das Empfangen von Hilfeleistungen erheben und zieht die SGB der SAKE deshalb vor. Zudem kann in der SGB der Bezug von Hilfeleistungen an mehr gesundheitspezifische Variablen geknüpft werden.

Für den Indikator „Prävalenz Freiwilligenarbeit ab 15 Jahren“ (Indikator 17) wird das Modul unbezahlte Arbeit der SAKE empfohlen.⁶⁶ Daneben werden andere Datenquellen erwähnt (Freiwilligenmonitor, SGG). Die Expertenmeinung dazu ist die folgende: „Die SGB und der Freiwilligenmonitor sind interessant für vertiefende Studien zu Motivation, Rekrutierungspotential, etc. Die Beteiligungsquoten liegen höher als im BFS, sind aber nicht gleich stabil. Stichprobengrösse: 5'700 Personen in Privathaushalten, alle 5 Jahre. Der *European Social Survey* 2012 fragt nach formellem Engagement in den letzten 12 Monaten und nach freiwilligen Tätigkeiten im letzten Monat. Diese Angaben sind international vergleichbar (aber keine regelmässige Durchführung für die Schweiz). Daten zu erhaltener und geleisteter informeller Hilfe sind in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung enthalten. Häufigkeiten von Kontakten und Hilfeleistungen in der Familie und im Bekanntenkreis werden in der Erhebung zu Familien und Generationen erhoben.“ Es wird aber die SAKE empfohlen und der Freiwilligenmonitor als möglicher Zusatz zur Analyse von Details zur Freiwilligenarbeit.

Weitere Hinweise, die es noch abzuklären gilt: „Der *European Social Survey* 2012 hat ebenfalls eine Frage zu freiwilligem Engagement in Organisationen und zur Häufigkeit der formellen Freiwilligenarbeit (die Frage D1 wird aber nicht regelmässig erhoben).“⁶⁷ Und der Hinweis einer Fachperson lautet: „Fragen zu Kontakten und Unterstützung in der Familie und im Bekanntenkreis finden sich in der Erhebung zu Familien und Generationen 2013 des BFS.“⁶⁸ Diese Resultate sind m.W. noch nicht publiziert. Detaillierte Art der Tätigkeit und die Motive ist nur im Freiwilligen-Monitor verfügbar!“

⁶⁶ <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/03/06/blank/key/freiwilligen-arbeit/ueberblick.html>, letzter Zugriff, 3.9.2015.

⁶⁷ http://www.europeansocialsurvey.org/docs/round6/fieldwork/source/ESS6_source_main_questionnaire.pdf, letzter Zugriff, 7.9.2015.

⁶⁸ http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/efg/00.html, letzter Zugriff, 7.9.2015.

6.44 Schweizerische Jugendbefragung (ch-x)

Beschreibung der Datenquelle

Die Eidgenössischen Jugendbefragungen ch-x befragen in Zweijahreszyklen alle stellungspflichtigen Männer (zirka 30'000 19-jährige Männer). Die Befragungen der ch-x werden in den Rekrutierungszentren (RZ) durchgeführt. Mit einer Stichprobe aus 100 Gemeinden werden zusätzlich rund 2'500 19-jährige Frauen und Männer befragt, seien es nun Schweizer oder in der Schweiz lebende ausländische junge Erwachsene. Die untersuchten Kernindikatoren betreffen die folgenden, für die Jugendforschung zentralen Themenbereiche:

1. Bildung, Arbeit und Beruf
2. Gesundheit und Sport
3. Politik und zivile Verantwortung

Tab. 46 Übersicht ch-x

Methode	
Art der Erhebung	Vollerhebung (nahezu 100%)
Messmethode	Schriftliche Befragung
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	alle stellungspflichtigen Männer
Stichprobengrösse/Anzahl	n=30'000
Alter	19 J
Abdeckung der Sprachregionen	D, F, I
Disaggregation	Bildung, Nationalität
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	7 (seit 2002/2003)
Periodizität	jährlich
Nächste Aktualisierung	2015/2016
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Nicht gegeben
Mögliche Kosten	Keine Kosten für das BAG.
Weiterführung	gesichert
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	nahezu 100% der 19-jährigen Schweizer Männer

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Konkret ist kein Einsatz der Daten aus ch-x geplant. Jedoch wird in der Jugendbefragung z.B. je eine Frage zu den Themen „Wissen über Ernährung ab 15 Jahren“ (Indikator 36.3) und „Wissen über Bewegung ab 15 Jahren“ (Indikator 36.4) gestellt. Da es für diese beiden Indikatoren im Moment keine gesicherte Lösung gibt, wäre allenfalls ch-x, eine, wenn auch nicht repräsentative, Übergangslösung.

6.45 Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

Beschreibung der Datenquelle

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) liefert Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und dessen Bestimmungsfaktoren, über Krankheitsfolgen, über die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und über die Versicherungsverhältnisse.⁶⁹ Die periodische Wiederholung alle

⁶⁹ http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/ess/01.html, letzter Zugriff, 31.08.2015.

5 Jahre seit 1992 ermöglicht die Beobachtung von zeitlichen Veränderungen in diesen Themenbereichen und erlaubt, gesundheitspolitische Massnahmen auf ihre Auswirkungen hin zu überprüfen.

Es handelt sich bei der SGB um eine Stichprobenerhebung. Die Personen werden nach dem Zufallsprinzip aus dem Telefonregister des BFS gezogen. Die Befragung besteht aus einem Telefoninterview und einem schriftlichen Fragebogen. Auswertungen sind für die Schweiz, Grossregionen und gewisse Kantone, die ihre kantonale Stichprobe erhöht haben, möglich. Die Stichprobe umfasst über die gesamte Schweiz rund 20'000 Personen für die Telefonbefragung. Rund 17'000 Personen füllen den schriftlichen Fragebogen aus.

Tab. 47 Übersicht SGB

Methode	
Art der Erhebung	Stichprobenerhebung
Messmethode	Bevölkerungsbefragung, mündlich und schriftlich
Beschreibung der Daten	
Population	Allgemeinbevölkerung
Stichprobengrösse	n = ca. 20'000
Altersgruppen	15-19; 20-24; 25-34; 35-44; 45-54; 55-64; 65-74; 75+
Abdeckung der Sprachregionen	D, F, I
Disaggregation	Geschlecht, Alter, Sprachregion, Bildungsniveau, Erwerbsstatus, Migrationshintergrund, u.a.
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	1
Periodizität	alle 5 Jahre
Nächste Aktualisierung	2017
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Bei verschiedenen Variablen möglich. ⁷⁰
Mögliche Kosten	Höhe der Kosten nicht bekannt. Mitfinanzierung der Erhebung durch das BAG
Weiterführung	gesichert
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	gut

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

- Der Indikator „Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren“ (Indikator 18.1) soll neben den bisher verwendeten Daten des Suchtmonitorings (in der jetzigen Form noch bis 2016) mit der SGB beschrieben werden. Wie es nach Beendigung des Suchtmonitoring in der heutigen Form aussieht, ist bisher noch unklar. Die Daten der SGB wären auf jeden Fall vorhanden, werden aber aus Expertensicht periodisch zu selten erhoben.
- Der Indikator „Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren“ (Indikator 20.1) wurde bisher im Rahmen des Suchtmonitorings erhoben. In Zukunft soll er mit den Daten der SGB beschrieben werden. Allerdings ist dazu eine Anpassung oder Ergänzung der Definition nötig. Im Suchtmonitoring wurde bisher 4+ Standardgetränke für Frauen / 5+ für Männer verwendet. In der SGB wechselnde Definitionen. Um eine gewisse Vergleichbarkeit mit den bisher im Suchtmonitoring erhobenen Daten zu gewährleisten, müsste die Definition der SGB-Auswertungen angepasst werden (siehe auch Kap. 7.2). Zudem ist das Erhebungsintervall mit 5 Jahren aus Expertensicht zu lange.
- Der Indikator „Getränkesspezifischer Alkoholkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren“ (Indikator 21.1) soll mit den Daten der SGB erhoben werden. Die Daten der EAV kämen ebenfalls in Frage, können jedoch nicht nach Konsument differenziert werden, da es sich dabei um Verkaufszahlen handelt.

⁷⁰ http://forscenter.ch/wp-content/uploads/2013/11/SGB_INT_D.pdf, letzter Zugriff, 29.10.2015.

- Der Indikator „Bewegungsverhalten ab 15 Jahren“ (Indikator 30.1) soll anhand der Befragungsdaten der SGB realisiert werden. Bei den gemessenen Daten gibt es eine Lücke. Die Expertenmeinung zur Datenquelle: „Der Aufwand für objektive Erhebungen ist sehr gross und kaum realistisch. Die Daten der SGB genügen (Längsschnitt, Repräsentativität).“
- „Sitzen und Ruhen bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren“ (Indikator 31.1) soll anhand der Befragungsdaten der SGB realisiert werden. Bei den gemessenen Daten gibt es eine Lücke.
- Die „Tabakkonsum (Rauchen) bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren“ (Indikator 22.1) könnte teilweise mit der SGB weiter erhoben werden, wenn das Suchtmonitoring nicht weitergeführt wird. Jedoch wird das Erhebungsintervall als zu lange angesehen.
- Auch die Indikatoren „Passivrauchen ab 15 Jahren“ (Indikator 23) und „Produktespezifischer Tabakprodukte bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren“ (Indikator 24) werden in der SGB erhoben und könnten so zum Teil das Suchtmonitoring ersetzen. Auch da stellt sich die Frage nach einer erhöhten Frequenz, insbesondere bei den Tabakprodukten, da sich dort der Markt laut Experten rasch ändert. Der Detaillierungsgrad wird bei diesem Indikator in der SGB als ungenügend eingeschätzt, da viele Produkte nicht abgedeckt sind. Auch die Periodizität ist nicht ausreichend für eine Nutzung der SGB bei diesen Indikatoren.
- Das Gleiche gilt auch für den Indikator „Aufhöbereitschaft (Rauchen) ab 15 Jahren“ (Indikator 25), für den neben dem Suchtmonitoring die SGB verwendet werden könnte.
- Der „Früchte- und Gemüsekonsum ab 15 Jahren“ (Indikator 26.1) soll neben den Daten von „menuCH“ (hoher Detailgrad) mit den Daten der SGB beschrieben werden.
- Experten schlagen die SGB als mögliche Befragung vor, in die Fragen zur „Gesundheitswissen ab 15 Jahren“ (Indikator 35) eingeführt werden könnten.
- Der Indikator „Wissen zum Körpergewicht ab 15 Jahren“ (Indikator 36.5) kann näherungsweise mit einem Resultat der SGB erhoben werden, da dort nach dem Wunsch für eine Gewichtsveränderung gefragt wird. Allerdings ist dies nicht unbedingt ein Indikator für das Wissen. Bisher wurden die Bevölkerungsbefragungen von Gesundheitsförderung Schweiz als Datenquelle verwendet. Dabei handelte es sich um Fragen wie „wahrgenommene gesundheitliche Risiken von Übergewicht“, „wahrgenommene Möglichkeiten des Individuums, für ein gesundes Körpergewicht“ und „Zufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht“. Die letzte Frage ist mit der SGB bereits abgedeckt. Die anderen müssten anderweitig erhoben werden.
- Der Indikator „Gesundheitszustand bezüglich Einkommen ab 16 Jahren“ (Indikator 50.1) kann mit SILC und der SGB erhoben werden. Zu SILC meinen die Expertinnen/Experten: „SILC est l'enquête de référence pour les revenus. Le revenu disponible équivalent est calculé à partir de nombreuses sous-composantes relevées séparément, en utilisant des registres pour certaines, et en imputant systématiquement les données manquantes. Ceci permet d'avoir des chiffres très fiables concernant le revenu, ce qui n'est pas de cas de SGB. Des analyses de cohérence entre ces deux enquêtes ont montré que SILC donnait des estimations de qualité sur les indicateurs santé, raison pour laquelle elle sert de source pour ces indicateurs à l'OCDE. Les analyses croisées entre les différentes dimensions de la santé relevées dans SILC ont par ailleurs indiqué une bonne cohérence des résultats“. Im Gegensatz dazu bemerkt das BAG, dass die SGB verschiedene Gesundheitsvariablen erhebt, die mit dem Einkommen gekreuzt werden könnten. Somit stellt sich hier die Frage nach dem genauen Ziel des Indikators. Soll der allgemeine Gesundheitszustand nach genauen Einkommensvariablen gezeigt werden, dann ist SILC zu bevorzugen. Sollen einzelne, genauere Gesundheitsvariablen nach einer groben Abschätzung des Einkommens betrachtet werden, dann wäre die SGB die richtige Quelle. Da das Ziel 4 aber vor allem auf die Chancengleichheit abzielt, sollten die genauen Daten zum Einkommen schwerer gewichtet werden als die detaillierten Gesundheitsanalysen. Es wird daher die Verwendung von SILC empfohlen. Im Gegensatz zu den zwei grossen Befragungen SILC und SGB sind die Stichproben im International Health Policy Survey des Commonwealth Fund eher klein (n=1500), daher werden seine Daten nicht zur Verwendung empfohlen.

- Der Indikator „Gesundheitszustand bei 0–14 Jährigen bezüglich Einkommen der Eltern (Indikator 50.2) soll via Proxy-Interview der Eltern künftig in der SGB erhoben werden, falls die Frage auch tatsächlich in die SGB17 aufgenommen wird. Weitere Datenquellen sind nicht bekannt.
- Der Indikator „Bluthochdruck ab 15 Jahren“ (Indikator 47) kann als Befragungswert der SGB entnommen werden. Als Ergänzung dazu sollen die gemessenen Werte aus dem Salzmonitoring (Studie zum Salzkonsum) benutzt werden.
- Der Befragungswert des Indikators „Übergewicht und Adipositas bei Personen ab 15 Jahren“ (Indikator 46.1) soll durch Messungen aus „menuCH“ und den erfragten Daten der SGB oder SILC beschrieben werden. Ein Experte bevorzugt menuCH, falls es nicht für alle Datenquellen Platz haben sollte. Jedoch wird vom NCD-Strategieteam eine jährliche Erfassung des BMI vorgeschlagen, sodass SILC hier als Datenquelle zu menuCH hinzugenommen werden sollte. Die SGB kann aufgrund ihrer langen Zeitreihen auch einen interessanten Datenbeitrag leisten.
- Der Indikator „Erhöhter Cholesterinspiegel ab 15 Jahren“ (Indikator 48). kann ebenfalls via SGB erfragt werden. Gemessene Daten gibt es nur auf sehr lokaler Ebene (siehe Bus santé und Colaus). Daher gibt es dort eine Datenlücke.
- Auch für den Indikator „Lebensqualität ab 15 Jahren“ (Indikator 51.1) wird die SGB als Quelle empfohlen. Als Alternative käme SILC in Frage. Jedoch ist dort keine Desaggregation bis auf Niveau NCD-Diagnosen möglich. In SILC wird jedoch konkret die Lebenszufriedenheit erfragt.
- Die SGB wird als Quelle für den Indikator „Körperliche Selbstständigkeit ab 15 Jahren“ (Indikator 52) angegeben. Die Expertenmeinung dazu: „Meiner Meinung nach, ist ein Problem der SGB, dass sie *self-reported* ist. Es gibt keine richtige Abklärung der Selbstständigkeit bei den ADL/IADL durch ein Spezialist/in. In diesem Sinne wären den Daten aus dem Datenpool HomeCareData besser. Der Datenpool HCD ist aber nicht so einfach benutzbar. Aus diesem Grund sind die Daten der SGB vorzuziehen, ausser das BAG würde sich darum bemühen, die Lieferung der HomeCareData zu fördern (oder zu verlangen).“ Dabei geht es vor allem darum, dass im HomeCareData Pool nicht alle Organisationen dasselbe Messinstrument verwenden. Die EGBI, die den Gesundheitszustand u.a. von Personen in Institutionen abklärt, ist eine weitere Erhebung, die hierfür in Frage käme. Diese wird jedoch nicht weitergeführt. Hier müsste abgeklärt werden, ob eine Wiederaufnahme in Frage käme. Ohne diese zusätzlichen Datenquellen wäre im NCD-Monitoring nur der Teil der Bevölkerung in Privathaushalten abgedeckt.
- Der Indikator „Soziale Unterstützung ab 15 Jahren“ (Indikator 54) kann ebenfalls über die SGB erhoben werden. Zudem wird sie in der Erhebung zu Familie und Generationen detailliert erhoben, dort aber leider nur zur Unterstützung innerhalb der Familie oder von externen Seite für die Kinderbetreuung. Auch hier kommt die EGBI in Frage, die den Gesundheitszustand und anderes von Personen in Institutionen abklärt. Diese wird jedoch nicht weitergeführt. Hier müsste abgeklärt werden, ob eine Wiederaufnahme in Frage käme. Ohne diese zusätzlichen Datenquellen wäre im NCD-Monitoring nur der Teil der Bevölkerung in Privathaushalten abgedeckt.
- Der Indikator „Hilfe beanspruchen bei der Pflege ab 15 Jahren“ (Indikator 55) wird ebenfalls in der SGB erfragt. Hier muss beachtet werden, dass ebenfalls nur Personen in Privathaushalten befragt werden.
- Die Angaben zum Indikator „Diabetes-Erkrankungen ab 15 Jahren“ (Indikator 2.1) werden ebenfalls in der SGB erhoben. Jedoch soll die Studie von Bopp et al. als Vorlage dienen, die zusätzlich die Statistik der Todesursachen und die medizinische Statistik der Krankenhäuser verwendet.
- Für den Indikator „Atemwegs-Erkrankungen ab 15 Jahren“ (Indikator 4.1) können momentan noch die Daten aus SAPALDIA verwendet werden. Als Nachfolgelösung käme die SGB in Frage. Aus dem schriftlichen Fragebogen der SGB (Version 2012) ist ersichtlich, wie viele Personen wegen Asthma sowie wegen chronischer Bronchitis / Emphysem in ärztlicher Behandlung waren, oder dies zwar gehabt hatten, aber nicht behandelt werden/wurden. Eine Zuordnung zum ICD-10-Code kann nicht vorgenommen werden, sofern die Diagnosen nicht mit Spital- oder Arzt Daten überprüft werden. Ein Expertenkommentar lautet: „Evtl. könnten mit der medizinischen Statistik der Krankenhäuser die Hospitalisationen wegen COPD und wegen Asthma ermittelt werden, welche gemäss ICD

codiert werden (Vollständigkeit, Haupt-, Nebendiagnosen?). Damit werden natürlich die nie hospitalisierten Fälle verpasst.“ Somit werden als Zusatz und mit der erwähnten Limitierung, aber aus Ermangelung von besseren Datenquellen bei diesem Indikator die hospitalisierten Fälle mit COPD oder Asthma nach ICD-10-Code aus der medizinischen Statistik der Krankenhäuser empfohlen. Allenfalls könnte bei Bedarf auch eine Kombination der beiden Datenquellen abgeklärt werden. Eine solche Analyse müsste wohl auf Mandatsbasis vergeben werden.

- Der Indikator zur „Muskuloskelettale Erkrankungen ab 15 Jahren“ (Indikator 5) soll auf Daten der SGB basieren. Diese Daten geben eher ein Bild der Morbidität in der Gesamtbevölkerung als die Daten der medizinischen Statistik, wo nur die Hospitalisierungen aufgrund von Hüftfrakturen aufgeführt werden.
- Der Indikator „Multimorbidität ab 50 Jahren“ (Indikator 6) kann für die 55-Jährigen und Älteren mit den Daten von SHARE berechnet werden. Die SGB liefert parallel dazu Daten der 15-Jährigen und Älteren, jedoch mit einer unterschiedlichen Auswahl an Erkrankungen. Somit könnte die Multimorbidität auch für die jüngeren Personen berechnet werden. Multimorbidität wird mit steigendem Alter häufiger. Da es in einer Population aber mehr junge Leute als alte gibt, betrifft dieses Phänomen relativ gesehen auch viele jüngere. Die OECD weist darauf hin, dass von Personen mit zwei chronischen Krankheiten über 50% jünger als 65 Jahre sind, von Personen mit drei Krankheiten sind es 42%.⁷¹ Es wäre interessant, die gesamte Population mithilfe der SGB zu betrachten. Expertenmeinungen dazu gehen in die gleiche Richtung. Es wird argumentiert, dass möglichst alle Altersklassen untersucht werden sollten und dass in der SGB die Stichprobe der 50-Jährigen und Älteren 2012 mit n=8751 Personen grösser ist als diejenige in SHARE. Zwar wäre in SHARE die internationale Vergleichbarkeit möglich, dafür kann in der SGB eine zeitliche Entwicklung gezeigt werden. Dieser Verlauf kann jedoch erst ab 2012 verfolgt werden, weil erst seit dann Daten für Behandlung UND Vorhandensein der Krankheit zur Verfügung stehen. Aus all diesen Gründen wird die SGB als primäre Datenquelle empfohlen.
- Um den Indikator „Volkswirtschaftliche Kosten NCD“ (Indikator 9.1-9.8) zu berechnen, braucht es Daten der SGB, der Todesursachenstatistik und der medizinischen Statistik der Krankenhäuser. Um die Indikatoren zur bedingten Mortalität („Alkoholbedingte, Tabakbedingte, Ernährungsbedingte, Inaktivitätsbedingte und Adipositasbedingte Mortalität“) (Indikator 12.1 - 12.5) zu berechnen, braucht es Daten der SGB und der Todesursachenstatistik und bei der „Alkoholbedingten Mortalität“ (Indikator 12.1) zusätzlich Daten der EAV.
- Für den Indikator „Prävalenz Freiwilligenarbeit ab 15 Jahren“ (Indikator 17) wird das Modul unbezahlte Arbeit der SAKE empfohlen.⁷² Daneben werden andere Datenquellen erwähnt (Freiwilligenmonitor, SGB). Die Expertenmeinung dazu ist: „Die SGB und der Freiwilligenmonitor sind interessant für vertiefende Studien zu Motivation, Rekrutierungspotential, etc. Die Beteiligungsquoten beim Freiwilligenmonitor liegen höher als im BFS und sind nicht gleich stabil. Stichprobengrösse: 5'700 Personen in Privathaushalten, alle 5 Jahre. Der *European Social Survey*, 2012 fragt nach formellem Engagement in den letzten 12 Monaten und nach freiwilligen Tätigkeiten im letzten Monat; diese Angaben sind international vergleichbar (jedoch keine regelmässige Durchführung dieser Module). Daten zu erhaltener und geleisteter informeller Hilfe sind in der SGB enthalten. Häufigkeiten von Kontakten und Hilfeleistungen in der Familie und im Bekanntenkreis werden in der Erhebung zu Familien und Generationen erhoben.“ Aus diesen Gründen wird die SAKE bevorzugt mit möglichen Detailanalysen im Freiwilligenmonitor.

⁷¹ <http://www.oecd.org/els/health-systems/49151107.pdf>, letzter Zugriff,

⁷² <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/03/06/blank/key/freiwilligen-arbeit/ueberblick.html>, letzter Zugriff, 3.9.2015.

6.46 Schweizer Studie über Atemwegsbeschwerden und Allergien bei Schulkindern (SCARPOL)

Beschreibung der Datenquelle

Die SCARPOL Studie besteht aus vier Erhebungen zwischen 1992/1993 und 2002. Sie wurde in drei unterschiedlich grossen Gemeinden der Schweiz (Bern, Biel und Payerne) bei 1345 Kindergartenkinder, 1. Klässlern, 4. Klässlern und 8. Klässlern durchgeführt. 188 Kinder haben zusätzlich zur Befragung während zwei Wochen einen Beschleunigungsmesser getragen und ein Bewegungstagebuch ausgefüllt. Ziel der SCARPOL Studie war es, zu untersuchen, ob ein möglicher Zusammenhang zwischen objektiven Umweltdaten (Verkehrsdichte, Wohnumfeld u.a.) und dem alltäglichen Bewegungsverhalten von Kindern besteht. Berücksichtigt werden dabei auch persönliche und familiäre Einflussfaktoren und die subjektive Risikobeurteilung der Eltern bezüglich Gefährlichkeit der Umgebung.

Die wichtigsten erhobenen Indikatoren der Studie sind das Bewegungsverhalten, die Strukturen (Schulweg) und der BMI. Die Kinder wurden aber auch zum Allergiestatus befragt (nicht COPD oder Asthma). SOPHYA hat dazu die international verwendeten Fragen zur Asthma und Heuschnupfenprävalenz aus SCARPOL resp. dem Fragebogen von der *International Study of Asthma and Allergies in Childhood* (ISAAC) übernommen. Die letzte Erhebung im Rahmen von SCARPOL wurde 2004/2005 über das Bewegungsverhalten durchgeführt, die letzten Erhebungen über Atemwegserkrankungen in den Jahren 1998-2001. Die Erhebung wird nicht weitergeführt. Experte: „Seit dem Ende von SCARPOL gibt es keine systematische Erhebung zur Gesundheit von nicht-übertragbaren Krankheiten von Kindern mehr“.

Tab. 48 Übersicht SCARPOL

Methode	
Art der Erhebung	Stichprobenerhebung
Messmethode	Beschleunigungsmessung (körperliche Aktivität), Tagebuch, schriftlicher Fragebogen
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Alle Schulkinder
Stichprobengrösse/Anzahl	N=1345
Alter	Drei Altersgruppen 6/7-jährige, 9/10-jährige und 13/14-jährige
Abdeckung der Sprachregionen	D, F (Bern, Biel, Payerne)
Disaggregation	Geschlecht, Alter, andere
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	4
Periodizität	vier Erhebungen zwischen 1992/1993 und 2002
Nächste Aktualisierung	Wird nicht weitergeführt
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Eher national ausgerichtet, aber für den Indikator 39.4.2 möglich. Jedoch handelt es sich dabei nicht um einen Indikator des Global Monitoring Framework der WHO (GMF)
Mögliche Kosten	Höhe der Kosten nicht bekannt (Bei einer allfälligen Weiterführung)
Weiterführung	Nicht gegeben
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Die Repräsentativität dürfte aufgrund der engen Begrenzung auf 3 Regionen eher eingeschränkt sind, auch wenn die Autoren schreiben, dass die Daten national repräsentativ sind.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Der Indikator „Atemwegserkrankungen bei Kindern“ (Indikator 4.2) könnte die bisherigen Daten aus SCARPOL verwenden, jedoch ist keine Weiterführung geplant. Für die 15-Jährigen und Älteren besteht eine Frage nach Asthma in der SGB, jedoch dürfte die Stichprobe eher klein sein bei den jüngsten Befragten. Gemäss eines Experten wäre daher eine Kinder-SGB wünschenswert. Im Moment besteht aber ausser den früheren Daten von SCARPOL eine Datenlücke.

6.47 Sentinella-Meldesystem

Beschreibung der Datenquelle

Das Sentinella-Meldesystem dient der Gewinnung epidemiologischer Daten, der Überwachung übertragbarer und anderer akuter Erkrankungen und der Forschung in der Hausarztmedizin. Sentinella-Meldesysteme dieser Art bestehen in verschiedenen Ländern Europas, dies zum Teil seit mehreren Jahren. In der Schweiz wurde 1986, nach Erprobung in einem regionalen Pilotprojekt das Netzwerk „Sentinella zur Überwachung häufiger übertragbarer Krankheiten“ geschaffen. Seither hat sich das Spektrum erhobener Themen auch auf nichtinfektiöse Krankheiten ausgedehnt. Neben spezifischen Registern, wie sie beispielsweise für Krebserkrankungen existieren, ist Sentinella somit das einzige Instrument in der Schweiz, das Einblick in das bevölkerungsweite, nicht-meldepflichtige Krankheitsgeschehen und die Primärversorgung durch die Hausärzte zulässt.

Das Sentinella-Meldesystem umfasst 150 bis 250 Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater mit allgemeinmedizinisch orientierter Praxis. Die Zahl der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte entspricht zurzeit rund 3% aller Hausärzte unter 65 Jahren der betreffenden drei Spezialitäten in der Schweiz. Die Meldungen der Krankheitsfälle erfolgen anonym. Mumps und Influenzaverdacht werden in Sentinella seit 1986 kontinuierlich erhoben. Das System ermöglicht zudem Einblicke in das nicht-infektiöse Krankheitsgeschehen und unterstreicht damit die Bedeutung der Hausarztmedizin in der medizinischen Grundversorgung der Bevölkerung in der Schweiz.

Tab. 49 Übersicht Sentinella-Meldesystem

Methode	
Art der Erhebung	Epidemiologische Erhebung
Messmethode	Meldung der Krankheiten, Diagnosen und Konsultationen durch die Ärzte
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Alle gemeldeten Krankheiten, Diagnosen oder Konsultationen
Stichprobengrösse/Anzahl	National, das Raster von Sentinella deckt ca. 3% aller hausärztlichen Konsultationen in der Schweiz ab.
Alter	Patienten jedes Alters
Abdeckung der Sprachregionen	unbekannt
Disaggregation	Alter, Geschlecht
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	Seit 1986
Periodizität	kontinuierlich
Nächste Aktualisierung	kontinuierlich
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Sentinella-Meldesysteme dieser Art bestehen in verschiedenen Ländern Europas
Mögliche Kosten	Keine Kosten für das BAG.
Weiterführung	gesichert
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	National, das Raster von Sentinella deckt ca. 3% aller hausärztlichen Konsultationen in der Schweiz ab.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Es ist kein konkreter Einsatz im NCD-Monitoring-System geplant. Jedoch wurden das System von Experten als weitere mögliche Datenquelle genannt und von der Sektion Ernährung und Bewegung bereits im Zusammenhang mit Essstörungen und Adipositas bei Kindern gebraucht. Da das System nicht repräsentativ ist (3% aller Hausärzte unter 65 Jahre), werden die Daten nicht zur Verwendung empfohlen.

6.48 Special Eurobarometer-Studie 246

Beschreibung der Datenquelle

Die Europäische Kommission und insbesondere das Direktorium für Gesundheit und Konsumentenschutz verfolgen das Ziel, die Gesundheit in der Europäischen Union verbessern, Krankheiten vorbeugen und Risikofaktoren verringern. Das Ziel der Eurobarometer-Studie 246 war es, verschiedene Bereiche, die einen Einfluss auf die Gesundheit der Bürger in der EU haben können, zu untersuchen. Die Hauptthemen sind die Gesundheit und physische Charakteristiken der europäischen Bevölkerung wie das Essverhalten und die Ernährung, Probleme im Zusammenhang mit Übergewicht und körperliche Aktivität der Befragten. Die Untersuchung fand 2011 statt. Es sind keine Pläne für eine Weiterführung bekannt.

Tab. 50 Übersicht Special Eurobarometer-Studie 246

Methode	
Art der Erhebung	Stichprobenziehung
Messmethode	Schriftliche Befragung
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Gesamtbevölkerung
Stichprobengrösse/Anzahl	2005: n=14'682 2007: n=28'660
Alter	Ab 16 J.
Abdeckung der Sprachregionen	In verschiedenen Ländern der EU durchgeführt, aber nicht in der Schweiz.
Disaggregation	Alter, Geschlecht, Bildung, Sprachregion, BMI, Nationalität, städtisch/ländlich
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	2
Periodizität	Alle 2 Jahre bis 2007
Nächste Aktualisierung	offen
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	In den meisten Ländern der EU durchgeführt.
Mögliche Kosten	Höhe der Kosten nicht bekannt. Wären bei einer Teilnahme der Schweiz abzuklären
Weiterführung	offen
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Da die Studie in der Schweiz nicht durchgeführt wurde, ist sie für ein Monitoring nicht geeignet. Jedoch könnte sie für einen Vergleich mit dem Ausland dienen. Falls die Schweiz einmal teilnähme, müsste die Stichprobenziehen genau betrachtet werden.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Diese Untersuchung wird nicht verwendet, kommt aber beim Indikator „Übergewicht und Adipositas bei Personen ab 15 Jahren“ (Indikator 46.1) vor und wird hier der Vollständigkeit halber erwähnt.

6.49 Spitex-Statistik

Beschreibung der Datenquelle

Ziel der Spitex-Statistik ist es, einen schweizweiten Überblick über die angebotenen Dienstleistungen, die beschäftigten Personen, die Klientinnen und Klienten und die von ihnen bezogenen Leistungen sowie die finanziellen Daten zu geben. An der jährlichen Erhebung der Spitex-Statistik nehmen teil: Privatrechtliche, gemeinnützige und öffentlich-rechtliche Organisationen, welche Hilfe und Pflege zu Hause anbieten (Spitex-Organisationen) sowie – ab den Erhebungsjahr 2010 – private erwerbswirtschaftliche Organisationen und selbstständige Pflegefachpersonen, die in diesem Bereich tätig sind. Die Spitex-Statistik wurde zwischen 1997 und 2006 vom Bundesamt für Sozialversicherungen BSV

durchgeführt und veröffentlicht; seit 2007 wird sie vom Bundesamt für Statistik BFS erhoben und publiziert.⁷³

Tab. 51 Übersicht Spitex-Statistik

Methode	
Art der Erhebung	Vollerhebung
Messmethode	Das BFS erhebt jährlich mittels elektronischem Fragebogen Informationen bei den Spitex-Organisationen und bei selbstständigen Pflegefachpersonen, die in der Schweiz tätig sind. Dies geschieht in Zusammenarbeit mit den Kantonen.
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Öffentlich-rechtliche und privatrechtliche Organisationen sowie selbstständige Pflegefachpersonen. Keine Angaben über einzelne Klientinnen und Klienten und einzelne angestellte Mitarbeiter/-innen.
Stichprobengrösse/Anzahl	Dienstleistungsangebot und Tätigkeitsgebiet, Anzahl und Struktur der Beschäftigten und der Klientinnen und Klienten, Betriebsrechnung
Alter	--
Abdeckung der Sprachregionen	D, F, I
Disaggregation	Stunde, Klient/-in, Vollzeitstelle, KLV- und HWS-Stunde
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	reduzierte Vorerhebung 1992/1993, regelmässige Erhebung seit 1997
Periodizität	jährlich
Nächste Aktualisierung	2016
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Die Ausbildungen im Pflegebereich sind seit der Publikation der Spitex-Statistik 2007 nach der ISCED (International Standard Classification of Education) zusammengefasst. Ab 2007 unterscheiden sich die Kategorien demnach von denjenigen der Vorjahre.
Mögliche Kosten	Keine Kosten für das BAG.
Weiterführung	gesichert
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Die als Vollerhebung konzipierte Erhebung des Bundes kann als zuverlässige Datenquelle angesehen werden.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Zur Frage, ob die Spitexstatistik für den Einsatz bei Indikator „Pflegebedürftigkeit ab 65 Jahren“ (Indikator 53) genutzt werden kann, wurde folgende Expertenmeinung abgegeben: „Nein, in der Spitex-Statistik hat man gar nichts zur Pflegebedürftigkeit. Es gibt keine Daten darüber, wie selbstständig / krank / pflegebedürftig die Leute sind. Es ist darüber hinaus sehr schwierig, die Höhe der Pflegebedürftigkeit durch die Anzahl gelieferter Stunden zu messen, weil man keinen klaren Zusammenhang zwischen der Anzahl gelieferten Pflegestunden und der Pflegebedürftigkeit des Patienten ziehen kann, d.h., ein Patient hat z.B. relativ viele Stunden für Pflege, weil er Dement ist. Das heisst aber nicht, dass er mehr pflegebedürftig ist, nur, dass es mehr Zeit braucht. Zur Information: Man hat in der Spitex die Anzahl Patient/-innen und die Anzahl gelieferten Stunden aggregiert nach Geschlecht und zwei Altersklassen für jeder Typ von Leistungen (Hauswirtschaft, KLV Pflegeleistungen).“

⁷³ http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/spitex/01.html, letzter Zugriff, 12.10.2015.

6.50 Sport Schweiz

Beschreibung der Datenquelle

Die Erhebung „Sport Schweiz“ ist ein zentrales Beobachtungsinstrument des Schweizer Sports und wurde nach den Jahren 2000 und 2008 im 2014 zum dritten Mal durchgeführt.⁷⁴ Das primäre Ziel der Studie ist es, ein detailliertes Bild des aktuellen Sportgeschehens zu geben und Veränderungen über die Zeit aufzuzeigen. Die Befragung wurde vom Bundesamt für Sport gemeinsam mit Swiss Olympic, der bfu – Beratungsstelle für Unfallverhütung, der Suva und dem Bundesamt für Statistik koordiniert und finanziert. Zudem waren Schweizer Wanderwege, SchweizMobil und Antidoping Schweiz an der Erhebung beteiligt.

Das Observatorium Sport und Bewegung Schweiz (c/o Lamprecht & Stamm, Sozialforschung und Beratung, Zürich) übernahm in enger Zusammenarbeit mit seinen Trägern und Partnern die Planung, die wissenschaftliche Begleitung der Befragung sowie die Auswertungen und die Berichterstattung. Es wurden 10'652 Jugendliche und Erwachsene im Alter von 15 bis 74 Jahren sowie 1'525 Kinder befragt. Eine Weiterführung ist geplant, es ist jedoch noch offen, wann eine nächste Erhebung stattfindet.

Tab. 52 Übersicht Sport Schweiz

Methode	
Art der Erhebung	Stichprobenerhebung
Messmethode	2000: Telefonische und schriftliche Befragung 2008: Computergestütztes Telefoninterview 2014: Computergestütztes Telefoninterview oder online-Befragung
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Alle in der Schweiz wohnhaften Personen zwischen 10 bzw. 15 und 74 Jahren
Stichprobengrösse/Anzahl	2000: n=2064 2008: n=10'262 2014: Telefoninterview: n=10'652, Online: n=7104
Alter	2000: 14-74 J 2008: 10-74 J 2014: 15-74 J
Abdeckung der Sprachregionen	D,F,I
Disaggregation	Alter, Geschlecht, Bildung, Nationalität, Einkommen, etc.
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	3 (2000, 2008, 2014)
Periodizität	Ca. alle 6-8 Jahre
Nächste Aktualisierung	offen
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Bei gewissen Fragen möglich.
Mögliche Kosten	Keine Kosten für das BAG. Sport Schweiz wurde bisher vom Bundesamt für Sport lanciert.
Weiterführung	Weiterführung geplant, aber offen wann
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Die Auswahl der befragten Personen erfolgte nach dem Zufallsprinzip aus dem Stichprobenrahmen für Personen- und Haushaltserhebungen (SRPH) des Bundesamts für Statistik. Die Studie dürfte somit repräsentativ für die Grundgesamtheit sein.

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Der Indikator „Wissen über Bewegung ab 15 Jahren“ (Indikator 36.4) wurde bisher über Sport Schweiz erhoben. Das Vorgehen wird von Experten auch weiterhin empfohlen. Von einem Experten wird zudem folgende Information gewünscht: „Akzelerometer-Erhebungen in einem Subsample des Observatoriums Sport und Bewegung Schweiz, wie bisher einmalig mit der SOPHYA Studie“.

⁷⁴ Vgl. http://www.baspo.admin.ch/internet/baspo/de/home/aktuell/Sport_Schweiz_2014.html, letzter Zugriff, 2.9.2015.

6.51 Sportinfrastruktur-Statistiken

Beschreibung der Datenquelle

In der Studie zur *wirtschaftlichen Bedeutung der Sportinfrastrukturen in der Schweiz* des Instituts für Tourismuswirtschaft Luzern (ITW) wurde erstmals die wirtschaftliche Bedeutung der Sportanlagen in der Schweiz berechnet.⁷⁵ Hauptziele dieses Forschungsprojekts waren die Beschreibung und Erfassung der Bewegungsräume und Sportinfrastrukturen in der Schweiz sowie die Identifizierung und Quantifizierung von Investitions- und Betriebskennzahlen der Sportanlagen. Daraus wird die wirtschaftliche Bedeutung der Sportanlagen für den gesamten Sport sowie für die Volkswirtschaft abgeleitet. Die vorgenommene Quantifizierung der Bewegungsräume in der Schweiz basiert methodisch auf einer Analyse des Konzepts Freizeit, Erholung, Sport und Tourismus des Kantons Zug. Aufgrund der Erkenntnisse aus dieser Studie, mit Hilfe der Arealstatistik des BFS und anhand eigener Schätzungen des ITW wurden für eine gesamtschweizerische Darstellung sodann die Bewegungsräume quantifiziert. In der Schweiz dürften rund 1'250'000 ha (ohne Extensiverholungsgebiete, Luftraum und Sportanlagen) als Bewegungsraum zur Verfügung stehen.

Bei der *Sportanlagenstatistik Schweiz* handelt es sich um eine Weiterführung der Studie zur Bedeutung der Sportinfrastrukturen in der Schweiz. Das BASPO und einzelne Kantone haben dieses Forschungsprojekt finanziert. Die Statistik zielt darauf ab, alle Sportanlagen sowie deren Teil zu erfassen, welche eine minimale regelmässige öffentliche Benützung zulassen. Für jeden Kanton wurde eine massgeschneiderte Datenerhebung entwickelt. Z.B. wurden online Befragungen mit Kantonsverantwortlichen durchgeführt, oder bestehende Datenbanksysteme und elektronische Listen genutzt. Zusätzliche Informationen von den Gemeinden und ergänzende Informationen auf nationaler Ebene zu privaten Infrastrukturen wurden gesammelt.

Allerdings meinen Experten: „Die Ergebnisse sind nur bedingt mit der Studie von Stettler [Wirtschaftliche Bedeutung der Sportinfrastrukturen, Anm. Obsan] vergleichbar. Die Zielsetzung damals lautete anders (wirtschaftliche Bedeutung der Sportinfrastrukturen), während bei der aktuellen Studie die regionale Verteilung im Vordergrund stand“.

Tab. 53 Übersicht Sportinfrastruktur Statistiken

Statistiken	Wirtschaftliche Bedeutung der Sportinfrastrukturen in der Schweiz (Institut für Tourismuswirtschaft Luzern)	Sportanlagenstatistik Schweiz
Art der Erhebung	Vollerhebung angestrebt	Vollerhebung angestrebt (91% aller Gemeinden).
Messmethode	Die Quantifizierung der Bewegungsräume in der Schweiz basiert methodisch auf einer Analyse des Konzepts Freizeit, Erholung, Sport und Tourismus des Kantons Zug. Dabei handelt es sich vor allem um Angaben von Vereinen und Verbänden zu Internetquellen und Telefonbucheinträgen. Aufgrund der Erkenntnisse aus dieser Studie, mit Hilfe der Arealstatistik des BFS und anhand eigener Schätzungen wurden für eine gesamtschweizerische Darstellung sodann die Bewegungsräume quantifiziert.	Für jeden Kanton wurde eine massgeschneiderte Datenerhebung entwickelt. Z.B. online Befragungen mit Kantonsverantwortlichen, bestehende Datenbanksysteme. Zusätzliche Informationen von den Gemeinden. Ergänzende Informationssuche auf nationaler Ebene zu privaten Infrastrukturen. Am Ende hatte man 30 verschiedene Quellen.
Beschreibung der Daten		
Grundgesamtheit	Alle Bewegungsflächen und Sportinfrastrukturen der Schweiz	Alle Sportinfrastrukturen aller Gemeinden.

⁷⁵ Vgl. <https://www.hslu.ch/de-ch/hochschule-luzern/forschung/projekte/detail/?pid=255>, letzter Zugriff, 2.9.2015.

Stichprobengrösse/Anzahl	1'250'000 ha Bewegungsflächen, 28'800 Sportanlagen, 78'000 km Sportwege	Informationen von 2273 aus 2495 Gemeinden.
Alter	--	--
Abdeckung der Sprachregionen	D, F, I	D, F, I
Disaggregation	Flächen, Anlagen, Wege, Erholungsflächen / Naherholungsgebiete, Ausflugerholungsgebiete, touristische Erholungsgebiete, Extensiverholungsgebiete	Freianlagen, Turn- und Sporthallen, Bäder, Eissportanlagen, andere sportartenspezifische Anlagen.
Zeitliche Informationen		
Anzahl Messpunkte	1 (2007)	1 (2012)
Periodizität	einmalig	Bisher einmalig
Nächste Aktualisierung	Nicht geplant	Nicht geplant
Generelles		
Internationale Vergleichbarkeit	Nicht gegeben	Nicht gegeben
Mögliche Kosten	Keine Kosten für das BAG. Projekt des BASPO. Wenn dieses aber selber keine Weiterführung will, würden wohl Kosten anfallen.	Keine Kosten für das BAG. Projekt des BASPO. Wenn dieses aber selber keine Weiterführung finanzieren kann, würden wohl Kosten anfallen.
Weiterführung	Keine geplant.	Keine geplant. Eine Wiederholung auf nationaler Ebene ist im Moment kein Thema, da es eine sehr hohe Mitwirkung der Kantone erfordert, diese teilweise eigene Tools haben (leider nicht mit harmonisierten Terminologien) und das BASPO-Budget für Forschung ab 2017 stark reduziert wird.
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Die Methodik scheint etabliert und berücksichtigt so viel Infrastruktur und Bewegungsflächen und -wege wie möglich.	Die Methodik berücksichtigt so viel Infrastruktur wie möglich.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Der Indikator „Vorhandensein von Bewegungsräumen und -flächen“ (Indikator 41) kann mittels der Studie des ITW Luzern beschrieben werden. Eine Weiterführung ist nicht geplant. Die Daten sollen in Kombination mit der Sportanlagenstatistik Schweiz 2012, den Daten zu den Schweizer Wanderwegen, den SchweizMobil-Routen, den Tempo-30-Zonen sowie den Bewegungszonen genutzt werden, da sich die Daten gegenseitig ergänzen.

6.52 Statistics on Income and Living Conditions (SILC)

Beschreibung der Datenquelle

SILC ist seit 2007 eine Erhebung des BFS.⁷⁶ Mit SILC werden Einkommen und Lebensbedingungen der Haushalte in der Schweiz erhoben. Primäre Ziele sind die Untersuchung der Armut, der sozialen Ausgrenzung und der Lebensbedingungen anhand europäisch vergleichbarer Indikatoren. Mit SILC werden jährlich aktuelle und vergleichbare, mehrdimensionale Mikrodaten über die Einkommen, die materiellen Entbehrungen, Wohnbedingungen, Arbeit, Bildung, Gesundheit und subjektives Wohlbefinden gesammelt. Jedes Jahr werden Querschnittsdaten (bezogen auf einen gegebenen Zeitpunkt oder Zeitraum) als auch Längsschnittsdaten (bezogen auf Einzelpersonen betreffende Veränderungen im Zeitablauf, die über einen Vierjahreszeitraum beobachtet werden) erhoben.

⁷⁶ Vgl. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/silc/01.html, letzter Zugriff, 2.9.2015.

SILC ist eine Stichprobenerhebung bei den Haushalten. Die Erhebung wird als telefonische Befragung bei rund 7'000 Haushalten mit ca. 17'000 Personen durchgeführt. Die Haushalte werden nach dem Zufallsprinzip aus dem Stichprobenregister des BFS gezogen. Die teilnehmenden Personen werden während vier aufeinander folgenden Jahren befragt. Auswertungen können auf den Niveaus Schweiz und Grossregionen durchgeführt werden. Die Erhebung findet jährlich statt und ist seit 2007 (Querschnittsdaten) verfügbar. Die Längsschnittdaten werden erst ab 2015 verfügbar sein. Eine Einteilung nach verschiedenen NCDs ist nicht möglich. Expertinnen/Experten meinen zu SILC: „L'échantillon SILC est relativement petit comparé à d'autres enquêtes comme SGB, raison pour laquelle les intervalles de confiance (marge d'erreur) peuvent être grands, en particulier pour les estimations sur de petits sous-groupes. Il est indispensable de les faire figurer avec les résultats.“

Tab. 54 Übersicht SILC

Methode	
Art der Erhebung	Stichprobenerhebung
Messmethode	Telefonbefragung
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Ständige Wohnbevölkerung in Privathaushalten.
Stichprobengrösse/Anzahl	7'000 Haushalten mit ca. 17'000 Personen
Alter	16+
Abdeckung der Sprachregionen	D, F, I
Disaggregation	Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Erwerbstätigkeit
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	2007 (Querschnittsdaten). Die Längsschnittdaten werden ab 2015 verfügbar sein.
Periodizität	jährlich
Nächste Aktualisierung	2016
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Gegeben (siehe auch Datenquelle EU-SILC)
Mögliche Kosten	Keine Kosten für das BAG.
Weiterführung	gesichert
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Es gelten die Qualitätsstandards der Europäischen Union für das Gemeinschaftsvorhaben EU-SILC.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Der Indikator „Gesundheitszustand bezüglich Einkommen ab 16 Jahren“ (Indikator 50.1) kann mit SILC oder der SGB erhoben werden. Bei SILC besteht die Möglichkeit einer jährlichen Aktualisierung. Auch wird genauer nach dem Einkommen gefragt als in der SGB. Dafür beinhaltet die SGB verschiedene Gesundheitsvariablen, die mit dem Einkommen gekreuzt werden können. Somit stellt sich hier die Frage nach dem genauen Ziel des Indikators. Soll der allgemeine Gesundheitszustand nach genauen Einkommensvariablen gezeigt werden, dann ist SILC zu bevorzugen. Sollen einzelne, genauere Gesundheitsvariablen nach einer groben Abschätzung des Einkommens betrachtet werden, dann wäre die SGB die richtige Quelle.

Die Expertinnen/Experten meinen zu den beiden möglichen Quellen: „SILC est l'enquête de référence pour les revenus. Le revenu disponible équivalent est calculé à partir de nombreuses sous-composantes relevées séparément, en utilisant des registres pour certaines, et en imputant systématiquement les données manquantes. Ceci permet d'avoir des chiffres très fiables concernant le revenu, ce qui n'est pas le cas de SGB. Des analyses de cohérence entre ces deux enquêtes ont montré que SILC donnait des estimations de qualité sur les indicateurs santé, raison pour laquelle elle sert de source pour ces indicateurs - à l'OCDE. Les analyses croisées entre les différentes dimensions de la santé relevées dans SILC ont par ailleurs indiqué une bonne cohérence des résultats. La question sur la santé auto-évaluée est similaire dans les deux enquêtes. Donc si votre indicateur est vraiment la santé en relation avec le revenu, je pense qu'il faudrait se concentrer sur SILC.“

Da das Ziel 4 vor allem auf die Chancengleichheit abzielt, sollten die genauen Daten zum Einkommen schwerer gewichtet werden als die detaillierten Gesundheitsanalysen. Im Gegensatz zu den zwei grossen Befragungen SILC und SGB sind die Stichproben im International Health Policy Survey des Commonwealth Fund eher klein (n=1500), daher werden seine Daten nicht zur Verwendung empfohlen.

Der „Verzicht auf Gesundheitsleistungen aus finanziellen Gründen ab 16 Jahren“ (Indikator 45) kann mit den Daten aus SILC beschrieben werden, daneben sind Daten aus dem International Health Policy Survey des Commonwealth Fund vorhanden. Aus Expertensicht gibt es allerdings folgende Meinung: „SILC est l'enquête de référence pour tout ce qui touche aux difficultés financières et à la privation matérielle. Il est aussi possible de faire des comparaisons internationales sur le site d'Eurostat. Par ailleurs, la taille de l'échantillon du CWF est très petite et ne donnerait pas de résultats fiables pour les sous-groupes de population envisagés.“

Für den Indikator „Übergewicht und Adipositas bei Personen ab 15 Jahren“ (Indikator 46.1) kommt SILC in Frage, da es Gewicht und Körpergrösse erfragt. Von der NCD-Strategie-Gruppe wird vorgeschlagen, den BMI jährlich zu erfassen. Daher dürften diese Daten im Vergleich zu denen der SGB und menuCH in Betracht gezogen werden.

SILC kommt auch für den „Lebensqualität Erwachsene“ (Indikator 34.1) in Frage. Experten meinen dazu: „SILC diffuse la satisfaction dans la vie en général, qui pourrait être un bon indicateur de la qualité de vie. En revanche, nous aurons de la peine à fournir des résultats pour des petits sous-groupes, comme les malades chroniques. De ce point de vue, l'SGB peut certainement fournir des estimations plus précises“. Aus diesem Grund wird hier besonders die SGB empfohlen.

6.53 Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens

Beschreibung der Datenquelle

Die Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens ist eine Synthese aus sämtlichem verfügbaren Zahlenmaterial zur Schätzung der Geldströme rund um die Produktion, den Konsum und die Finanzierung von Gütern und Dienstleistungen des schweizerischen Gesundheitswesens während eines Jahres. Die Kosten werden aus drei verschiedenen Perspektiven betrachtet: nach Leistungserbringern, Leistungen und Direktzahlenden. Zusätzlich wird eine Aufgliederung der Finanzierung aus der Sicht der sozialen Sicherheit und der Volkswirtschaft vorgenommen.

Tab. 55 Übersicht Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens

Methode	
Art der Erhebung	Synthesestatistik, gestützt auf folgende Datenquellen: Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens (BFS) Betriebszählung (BFS) Statistik der öffentlichen Finanzen (EFV) Statistik der obligatorischen Krankenversicherung (BAG) Spitex-Statistik (BSV) Statistik der privaten Versicherungseinrichtungen (BPV) diverse Statistiken und Finanzzahlen der sozialen Versicherungen diverse Jahresberichte und Betriebsrechnungen von Stellen des Gesundheitswesens
Messmethode	
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Ausgaben der Wohnbevölkerung für Leistungen des Gesundheitswesens, in Millionen Franken
Stichprobengrösse/Anzahl	--
Alter	--
Abdeckung der Sprachregionen	D, F, I

Disaggregation	Nur die Finanzierung durch die OKP (nach Kanton) und des Staates (nach Kantonen, Gemeinden) kann regionalisiert werden.
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	Teilzeitreihen 1960 bis 1985 (Autoren Tschopp, Gygi, Hänni, Frei) Kosten des Gesundheitswesens 1985-1995, 1. Konzept Kosten des Gesundheitswesens 1995 und folgende Jahre, 2. Konzept
Periodizität	jährlich
Nächste Aktualisierung	2016
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Im Verhältnis zum BIP möglich
Mögliche Kosten	Keine für das BAG
Weiterführung	gesichert
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	abhängig von der Qualität der Grunddaten

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Diese Statistik soll für Indikator „Kosten des Gesundheitswesens“ (Indikator 8) verwendet werden. Der SASIS Datenpool wurde von Experten als Alternative genannt. Jedoch werden dort nur die abgerechneten, medizinischen OKP-Leistungen und die fakturierten OKP-Versicherungsprämien der Krankenversicherer aufgezeichnet. In der Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens werden hingegen sämtliche Aufwendungen für Gesundheitsleistungen gemäss OECD berücksichtigt. Deswegen wird für den Indikator 8 diese Datenquelle empfohlen.

6.54 Statistik der Sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)

Beschreibung der Datenquelle

Die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) ist eine administrative Statistik, die in erster Linie zur Beschreibung der Infrastruktur und der Tätigkeit der Betriebe, die sich um Betagte und Behinderte kümmern, dient.⁷⁷ Die auskunftspflichtigen Betriebe erstatten jährlich Bericht über die erbrachten Leistungen, die betreuten Klientinnen und Klienten, das Betreuungspersonal sowie über ihre Betriebsrechnung. Die Grundgesamtheit umfasst alle Alters- und Pflegeheime, Institutionen für Behinderte und Suchtkranke und Betriebe zur Behandlung von Personen mit psychosozialen Problemen.

Tab. 56 Übersicht SOMED

Methode	
Art der Erhebung	Vollerhebung, obligatorisch
Messmethode	Bevölkerungsbefragung, mündlich und schriftlich
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Sozialmedizinische Institutionen, Klienten in diesen
Stichprobengrösse/Anzahl	Institutionen: Ca. 1580, Klienten: ca. 90'000
Alter	Jedes Alter
Abdeckung der Sprachregionen	D, F, I
Disaggregation	Geschlecht, Alter, Sprachregion, Bildungsniveau, u.a.
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	Seit 1997
Periodizität	jährlich

⁷⁷ http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/ssmi/01.html, 02.09.2015.

letzter Zugriff,

Nächste Aktualisierung	2016
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Muss detailliert pro Variable abgeklärt werden. Insbesondere bei den Schnittstellen in den Behandlungsketten wird eine Verknüpfung mit der medizinischen Statistik der Krankenhäuser angestrebt. Ob bei Vollzug dieser Verknüpfung ein internationaler Vergleich möglich ist, muss zu einem späteren Zeitpunkt abgeklärt werden.
Mögliche Kosten	Keine Kosten für das BAG.
Weiterführung	gesichert
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Gut (Teilnahmequote der sozialmedizinischen Institutionen: 99.9% (2012))

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Die „Schnittstellen in den Behandlungsketten der Gesundheitsversorgung bei NCD-Erkrankungen“ (Indikator 44) können mit einer Kombination der Daten dieser Statistik mit den Daten der medizinischen Statistik der Krankenhäuser beschrieben werden. Bestrebungen, diese beiden Statistiken dauerhaft zu verknüpfen, sind in Gang. Ein Antrag auf die Benützung dieser Verknüpfung kann beim BFS eingereicht werden.⁷⁸

Eine Expertenmeinung zur „Pflegebedürftigkeit ab 65 Jahren“ (Indikator 53) ist folgende: „Wenn das NCD-Indikatorenset dazu dienen soll, die Wirksamkeit der NCD Strategie zu beurteilen, dann darf man sich m.E. bei diesem Indikator nicht auf die zu Hause wohnende Bevölkerung beschränken. Es könnte ja sein, dass ein zunehmend grösserer Anteil der Bevölkerung so stark pflegebedürftig wird, dass er im Langzeitbereich untergebracht ist. Deshalb würde ich hier auch die SOMED berücksichtigen und anhand der Personen, die ein Minimum an Pflegestufen benötigen, die Anzahl der Pflegebedürftigen in stationären Institutionen einbeziehen.“

6.55 Statistik der Todesursachen des BFS

Beschreibung der Datenquelle

Die Todesursachenstatistik liefert seit 1876 einen Überblick über das Sterbegeschehen und dokumentiert die Ursachen der Sterblichkeit in der Schweiz. Die Todesursachenstatistik ist eine Vollerhebung und basiert auf den Angaben der Zivilstandesämter und der die Todesfälle meldenden Ärzt/-innen. Die Daten sind seit 1969 in elektronischer Form verfügbar.

Tab. 57 Übersicht Statistik der Todesursachen

Methode	
Art der Erhebung	Vollerhebung
Messmethode	Die Todesursachenstatistik ist eine Vollerhebung und basiert auf den Angaben der Zivilstandesämter und der die Todesfälle meldenden Ärzte. Ergebnisse werden als absolute Zahlen und bezogen auf 100'000 Einwohner (ständige Wohnbevölkerung in der Jahresmitte; aus der Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes ESPOP) dargestellt.
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	verstorbene Personen aus der ständigen Wohnbevölkerung
Stichprobengrösse/Anzahl	--
Alter	0+J
Abdeckung der Sprachregionen	D, F, I
Disaggregation	Alter, Geschlecht, Zivilstand, Beruf, Wohngemeinde (zivilrechtlicher Wohnsitz), Staatsangehörigkeit
Zeitliche Informationen	

⁷⁸ <http://www.obsan.admin.ch/de>, letzter Zugriff, 19.11.15.

Anzahl Messpunkte	erstes Referenzjahr der Statistik: 1876 in elektronischer Form verfügbar ab 1969 zurzeit Daten verfügbar 18 Monate nach Ablauf des Referenzjahrs
Periodizität	jährlich
Nächste Aktualisierung	2016
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	gegeben
Mögliche Kosten	Datenbezug: Keine Kosten für das BAG. Datenanalyse: Höhe der Kosten unbekannt.
Weiterführung	gesichert
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Die kontinuierliche Erhebung erlaubt langjährige Zeitreihen. Aufgrund der Standardisierung international gut vergleichbare Zahlen (WHO) Praktisch vollständige Erhebung (3% fehlende Angaben der Todesursache). Schwachstellen der Todesursachenstatistik: Änderungen der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) der Weltgesundheitsorganisation erfolgen etwa alle 10-20 Jahre und verursachen Brüche in den Zeitreihen. Die Todesursachen der im Ausland verstorbenen Personen mit Wohnsitz in der Schweiz sind selten bekannt.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Um den Indikator „Volkswirtschaftliche Kosten NCD“ (Indikator 9.1-9.8) zu berechnen, braucht es Daten der SGB, der Todesursachenstatistik und der medizinischen Statistik. Auch die Indikatoren „Verlorene Lebensjahre durch NCD (PYLL oder VPL)“ (Indikator 10) und „Wahrscheinlichkeit vorzeitige Todesfälle aufgrund NCD“ (Indikator 11) können mit den Daten der Todesursachenstatistik berechnet werden.

Der Indikator „Tabakbedingte Mortalität“ (Indikator 12.2) – neben andere Quellen (STATPOP, SGB) – ist ebenfalls mittels der Statistik der Todesursachen zu beschreiben. Bereits hierzu durchgeführte Berechnungen des BFS können weitergeführt werden, da sie auf einer etablierten Methode beruhen. Ein 4-Jahresrhythmus wird als genügend bezeichnet. Experten schlagen vor, diesen Indikator um die Desaggregationsvariable „Bildung“ zu erweitern, was jedoch zuerst abgeklärt werden muss.

Um die weiteren Indikatoren zur Mortalität zu berechnen, nämlich die „Alkoholbedingte, Ernährungsbedingte, Inaktivitätsbedingte und die Adipositasbedingte Mortalität“ (Indikator 12.1 und Indikatoren 12.3 - 12.5), braucht es Daten der SGB und der Todesursachenstatistik; bei der „Alkoholbedingten Mortalität“ (Indikator 12.1) werden zusätzlich Daten der Eidgenössischen Alkoholverwaltung EAV benötigt. Bei den beiden Indikatoren „Ernährungsbedingte Mortalität“ und „Adipositasbedingten Mortalität“ werden Zweifel bei der Durchführung einer Berechnung angemeldet (siehe Kapitel 8.5.3).

6.56 Suchtmonitoring Schweiz

Beschreibung der Datenquelle

Das Suchtmonitoring Schweiz ist ein webbasiertes Berichterstattungssystem mit dem Ziel, repräsentative Daten der Schweizer Wohnbevölkerung zum Thema Sucht und zum Risiko des Konsums psychoaktiver Substanzen (Tabak, Alkohol, Cannabis, usw.) zusammenzutragen.⁷⁹ Das Suchtmonitoring besteht aus drei Teilen: 1. Bestandsaufnahme der in der Schweiz zur Verfügung stehenden Daten zu Abhängigkeit, 2. fortlaufende telefonische Befragung in der Bevölkerung, 3. Modul über den Konsum Jugendlicher während des Ausgangs am Wochenende. Dafür werden jedes Jahr etwa 11'000 in der Schweiz wohnhafte Personen ab 15 Jahren telefonisch (Festnetz- und Mobiltelefone) für ein Interview von etwa 25 Minuten kontaktiert.

Die Webseite des Suchtmonitoring Schweiz bietet einen Überblick über die verfügbaren epidemiologischen Daten zur Sucht. Die Auswertungen ermöglichen Konsumtrends zu verfolgen sowie die Entwicklung von Verhaltensweisen und Problemen, die mit Sucht assoziiert sind, zu beobachten. Zu diesem

⁷⁹ <http://www.suchtmonitoring.ch/de.html>, letzter Zugriff, 2.9.2015.

Zweck werden die in der Schweiz zur Verfügung stehenden Indikatoren auch in Zusammenhang mit internationalen Studien gebracht. Die Daten werden regelmässig aktualisiert. Das Suchtmonitoring wird jährlich bis 2016 durchgeführt, danach wird es voraussichtlich nicht in der vorliegenden Form weitergeführt werden können.

Tab. 58 Übersicht Suchtmonitoring

Methode	
Art der Erhebung	Stichprobenerhebung
Messmethode	Telefonische Befragung
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Wohnhafte Bevölkerung der Schweiz ab 15 J
Stichprobengrösse/Anzahl	N=11'000
Alter	15+J
Abdeckung der Sprachregionen	D, F, I
Disaggregation	Geschlecht, Alter, Sprachregion, Bildungsniveau, Erwerbsstatus
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	6 (2011-2016),
Periodizität	jährlich
Nächste Aktualisierung	Letzte Erhebung 2016 (Publikation 2017)
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Je nach Variable
Mögliche Kosten	1 Mio. /Jahr, hälftig finanziert durch TPF und BAG.
Weiterführung	Nach 2017 nicht in jetziger Form
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Beim Dual-Frame-Ansatz werden zwei unabhängige Stichproben gezogen: eine Stichprobe auf Basis von Mobiltelefonnummern und eine auf Basis von Festnetztelefonnummern, wobei ab 2014 bei der Festnetzstichprobe die Auswahl der Zielperson aus dem Stichprobenrahmen für Personen- und Haushaltserhebungen (SRPH) des Bundesamtes für Statistik erfolgt.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Verschiedene Indikatoren stammen aus dem Suchtmonitoring. Für einige davon existiert eine Datenquelle, für andere gibt es zwar Daten, aber diese werden zu wenig häufig erhoben und für nochmals andere gibt es keine Lösung und es muss ein neuer Erhebungsort gefunden werden. Eine Übersicht über die Indikatoren, die bisher mit dem Suchtmonitoring erhoben wurden und die Möglichkeiten weiterer Erhebungen sind in Tabelle 51 ersichtlich.

Tab. 59 Übersicht Indikatoren Suchtmonitoring

	Bisher mit Suchtmonitoring erhobene Indikatoren	Andere Datenquellen vorhanden	Andere Datenquellen vorhanden, aber ungenügender Frequenz	Keine Datenquelle vorhanden, möglicher Erhebungsort	Bemerkungen
2.4	Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum P15+		x		SGB
3.1	Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum P15+		x		SGB, unter Vorbehalt Anpassung der Definition. Um die Kontinuität mit den bisherigen Zahlen zu gewährleisten, musste in der SGB dieselbe Definition verwendet werden, wie bisher im Suchtmonitoring, was aktuell nicht der Fall ist und noch sichergestellt werden muss.
4.1	Getränkesspezifischer Alkoholkonsum P15+	x			SGB
9.1	Tabak: Prävalenz Tabakkonsum ab 15 Jahren		x		SGB, aber nur alle 5 Jahre ungenügend
10	Tabak: Passivrauchen		x	Omnibus	SGB, aber nur alle 5 Jahre und nicht detailliert genug
11	Tabak: Konsumierte Tabakprodukte		x	Omnibus	In der SGB fehlen hier wichtige Informationen wie e-Zigarette und nicht gerauchte-Tabakprodukte wie Snus. Das benötigte Modul enthält viele Fragen. Es ist nicht sicher, dass all dies im Omnibus integriert werden kann.
12	Tabak: Aufhörbereitschaft		x		Es wird vorgeschlagen, den Indikator in Richtung Inanspruchnahme ärztlicher / medikamentöser Unterstützung beim Rauchstopp zu erweitern oder abzuändern). Dieser Indikator kann alle 5 Jahre mit der SGB erhoben werden.
19.1	Wissen über gesundheitsrelevante Wirkungen des Alkoholkonsums sowie weitere gesundheitsgefährdende Folgen			SGB (Alle 5 Jahre) Sonst Omnibus	Bei diesem Indikator aus dem Suchtmonitoring scheint eine Periodizität von 4 Jahren angemessen. Neue Fragen sind in der SGB schwierig einzubringen.
19.2	Wissen über die Schädlichkeit von Tabakkonsum			Omnibus	Bei diesem Indikator aus dem Suchtmonitoring scheint eine Periodizität von 4 Jahren angemessen
22.1	Einstellung der Bevölkerung ab 15-Jahren zu strukturellen Alkoholpräventionsmassnahmen			SGB (Alle 5 Jahre) Sonst Omnibus	Zusätzlich müssten neben regelmässigen 4-Jahres Erhebungen ad-hoc-Meinungsumfragen durchgeführt werden. Neue Fragen sind in der SGB schwierig einzubringen.
22.2	Einstellung der Bevölkerung ab 15 Jahren zu strukturellen Tabakpräventionsmassnahmen			Omnibus	Zusätzlich müssten neben regelmässigen 4-Jahres Erhebungen ad-hoc-Meinungsumfragen durchgeführt werden.
45.1	Alkoholbedingte Mortalität	x			
45.2	Tabakbedingte Mortalität	x			

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

6.57 Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)

Beschreibung der Datenquelle

Der *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* SHARE ist ein multidisziplinäres Querschnittspanel zur Gesundheit, dem sozioökonomischen Status und dem sozialen und familiären Netzwerk von ungefähr 110'000 Personen aus 20 europäischen Ländern. Die Daten sind frei erhältlich.⁸⁰ Das Forschungsinstitut *Munich Center for the Economics of Aging* (MEA) führt die auch als „50+ in Europa“ bezeichnete Studie durch. Dieses Institut ist Teil des Max-Planck-Instituts für Sozialrecht und Sozialpolitik und ist auf wissenschaftliche Forschung zu Menschen im zweiten Teil ihres Lebens ausgerichtet.

Tab. 60 Übersicht SHARE

Methode	
Art der Erhebung	Stichprobenerhebung
Messmethode	Face-to-face-Befragung (CAPI)
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	In der Schweiz in Privathaushalten wohnhafte Bevölkerung ab 50+J
Stichprobengrösse/Anzahl	2010/11: n=3761
Alter	50+ J.
Abdeckung der Sprachregionen	D, F, I
Disaggregation	Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, Gesamteinkommen des Haushalts, Anzahl Personen im Haushalt, Zivilstand, Nationalität, Erwerbssituation
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	1
Periodizität	Ca. alle 4 Jahre
Nächste Aktualisierung	2015
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	gegeben
Mögliche Kosten	Keine Kosten für das BAG. Das Projekt SHARE ist von der Europäischen Union finanziert, in der Schweiz durch den Schweizerischen Nationalfond zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (FNS). Zusätzlich gibt es weitere lokale Finanzierungen (Universität Lausanne, DUMSC, HEC).
Weiterführung	Bis auf weiteres geplant
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Die Wissenschaftlichkeit dürfte gegeben sein.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Der Indikator „Multimorbidität ab 50 Jahren“ (Indikator 6) kann für die 50-Jährigen und Älteren mit den Daten von SHARE berechnet werden. Die SGB liefert parallel dazu Daten der 15-Jährigen und Älteren, jedoch unter Berücksichtigung anderer chronischer Erkrankungen. Da jedoch bekannt ist, dass über 50% der multimorbiden Personen in der Schweiz unter 65 Jahre alt sind, werden hier die Daten der SGB empfohlen, um das gesamte Altersspektrum abdecken zu können.

Die Expertenmeinungen gehen in die gleiche Richtung. So sollten, falls möglich, alle Altersklassen untersucht werden. Weiter wird angefügt, dass in der SGB die Stichprobe der 50-Jährigen und Älteren 2012 n=8'751 betrug, also grösser sei als in SHARE. Zwar wäre bei SHARE die internationale Vergleichbarkeit gegeben, dafür aber in der SGB eine zeitliche Entwicklung. Diese ist jedoch erst ab 2012

⁸⁰ <http://www.share-project.org/>, und http://www.share-project.org/share/website_befragte/ letzter Zugriff, 2.9.2015.

möglich, weil erst seit dann Daten für Behandlung UND Vorhandensein der Krankheit zur Verfügung stehen.

6.58 Swiss Children's Objectively Measured Physical Activity (SOPHYA)

Beschreibung der Datenquelle

In der SOPHYA-Studie wird das Bewegungsverhalten von 2000 6-15-jährigen Kindern und Jugendlichen aus der Schweiz mittels Beschleunigungsmesser erfasst. Gleichzeitig wird untersucht, welche positiven Effekte oder Hindernisse mit der körperlichen Aktivität von Kindern zusammenhängen, damit gezielte Interventionen für ein bewegungsfreundliches Umfeld geschaffen werden können. Der Zusammenhang zwischen diesen Messungen und Informationen zur Gesundheit des Kindes und zu seinem Wohnumfeld sollen untersucht werden. Da möglicherweise auch das Bewegungsverhalten der Eltern eine Rolle spielt, sind auch Mutter und / oder Vater des Kindes eingeladen, einen Bewegungsmesser zu tragen. Die Resultate der Studie sollten gemäss Studienbeschreibung anfangs 2016 verfügbar sein.⁸¹

SOPHYA wurde als einmalige Erhebung geplant, eine zweite Durchführung muss diskutiert werden. Ein Expertenkommentar dazu: „SOPHYA ist in der Tat als eine erstmalige Erfassung konzipiert worden und nicht direkt als Monitoring. Für eine Wiederholung der Erhebung und sogar Überführung in ein Monitoring bräuchte es die Bereitschaft aller Partner, sich finanziell daran zu beteiligen.“ Von Seite Bund werden die Möglichkeiten Forschungsprojekte zu unterstützen ab 2017 – gemäss aktueller Planung – jedoch stark eingeschränkt sein.

Tab. 61 Übersicht SOPHYA

Methode	
Art der Erhebung	Stichprobenerhebung
Messmethode	Schriftliche Befragung
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	
Stichprobengrösse/Anzahl	N=2000
Alter	6-10 J. und 10-15J
Abdeckung der Sprachregionen	D,F,I
Disaggregation	Alter, Geschlecht, Bewegungsverhalten, etc.
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	1 (Zeitraum?)
Periodizität	offen
Nächste Aktualisierung	offen
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Mit Fragebogen ISAAC gegeben.
Mögliche Kosten	Höhe der Kosten nicht bekannt. Falls nicht weitergeführt, müssten mögliche Finanzierungen besprochen werden.
Weiterführung	offen
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Die Stichprobe wurde aus dem Stichprobenregister des BFS gezogen und dürfte daher repräsentativ sein.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Die gemessenen Werte für den Indikator „Bewegungsverhalten bei 6–15-Jährigen“, (Indikator 30.2) könnten aus SOPHYA und die erfragten Werte aus HBSC stammen. Eine Expertenmeinung dazu ist: „Die Studien ergänzen sich: SGB und HBSC bezüglich Altersabdeckung, SOPHYA bezüglich Alter und

⁸¹ <http://www.swisstph.ch/de/sophya.html>, letzter Zugriff, 2.9.2015.

objektiver Messung. Falls nur eine Studie berücksichtigt wird, würde SOPHYA vorgezogen, da die Messungen bei SOPHYA – im Gegensatz zur SGB und von HBSC – objektiv sind. Bei Kindern wird besonders empfohlen, objektive Messungen zu verwenden. Zusätzlich ist SOPHYA die einzige Studie, welche Kinder unter 10 Jahren einbezieht.“

Eine andere Expertenmeinung ist folgende: „Wir schlagen vor, dass zukünftig das Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen ausschliesslich mittels Messung vorgenommen werden soll. Damit ist auch die Frage nach der zu verwendenden Datenquelle klar, da objektive Messdaten nur mit SOPHYA erhoben werden. Objektive Messdaten dürfen auf keinen Fall mit den Befragungsdaten verglichen werden, weshalb hier ausschliesslich die objektiven Messdaten zu verwenden sind. Damit sind auch die Probleme vom Tisch, dass die Befragungsdaten von Jugendlichen und Erwachsenen nicht zu vergleichen sind.“

Beim Indikator „Sitzen und Ruhen bei 6–15-Jährigen“ (Indikator 31.2) existieren bei den erfragten Daten nur Antworten der 15-Jährigen und Älteren (SGB). Objektiv gemessene Daten dazu hat SOPHYA erhoben. Expertenmeinung zur Wahl der Datenquellen lauten hier: „Die Studien ergänzen sich z.T., aber wenn nur eine Datenquelle erlaubt wäre: SOPHYA. Messungen von SOPHYA sind im Gegensatz zur SGB und von HBSC objektiv. Ich kenne keine Validierung der SGB-Fragen und Medienkonsum zeigt meist keine/eine sehr geringe Korrelation mit der total gemessenen sitzend verbrachten Zeit.“ In der SGB sind im Alter 15-20 Jahre zwischen 100 und 300 Personen pro Altersjahr befragt worden. Aufgrund der eingeschränkten Altersspanne und der kleinen n wird die Benutzung der Daten aus SOPHYA empfohlen.

Zum Indikator „Sitzen und Ruhen bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren“ (Indikator 31.1) gab es folgenden Hinweis: „Mit SOPHYA wurde zusätzlich zu den Kindern auch das Bewegungsverhalten von ca. 1000 Eltern objektiv gemessen. Die Auswahl der Kinder war repräsentativ, aber die Stichprobe der Erwachsenen beschränkt sich natürlich auf Eltern. Weiter ist zu erwähnen, dass eine Erhebung via Befragung (SGB) nicht optimal ist. Da aber die Repräsentativität der objektiven Messung für die Gesamtpopulation der Erwachsenen beschränkt ist, wird trotzdem die SGB bevorzugt mit dem Zusatz des EWCS zur Zeit des Sitzens an der Arbeit.“

Die Werte zum Indikator „Lebensqualität bei 0–14-Jährigen“ (Indikator 51.2) sollen mittels HBSC erhoben werden. Dazu sind auch noch Daten in SOPHYA (via Fragebogen ISAAC) und via SGB (via KINDL) ab 2017 vorhanden. SOPHYA ist die einzige Studie, in der Daten zu den jüngeren Kindern erhoben werden, daher werden diese Daten in Kombination mit denjenigen von HBSC (lange Datenreihe) vorgeschlagen.

Der Indikator „Atemwegs-Erkrankungen unter 15 Jahren“ (4.2) kann via SCARPOL/SOPHYA erhoben werden. Bei anderen Erhebungen (z.B. GABRIEL⁸² oder LUKAS) wurden nur Subpopulationen integriert.⁸³ Zum Vergleich der Datenquellen SCARPOL und SOPHYA können folgende Zitate der Expertinnen/Experten angeführt werden: „Es ist nicht geplant, dass SCARPOL in absehbarer Zeit nochmals durchgeführt wird. Allerdings wurden einige Fragen zu Asthma und Heuschnupfen in SOPHYA übernommen. Die Studie müsste die Fragen aus dem ISAAC übernehmen (gelten als Standard). Ansonsten sind die Fragen weder für das Monitoring noch international vergleichbar.“

Für Indikator „Diabetes-Erkrankungen unter 15 Jahren“ (Indikator 2.2) könnten die Befragungsdaten von SOPHYA als Überbrückung von der Datenlücke genutzt werden.

⁸² <http://www.swisstph.ch/en/about-us/departments/epidemiology-and-public-health-eph/chronic-disease-epidemiology/genetic-epidemiology-of-non-communicable-diseases/gabriel.html>, letzter Zugriff, 2.9.2015.

⁸³ <http://www.baeuerinntreff.ch/dateien/studie/gabriel.htm>, letzter Zugriff, 2.9.2015.

6.59 Swiss Infant Feeding Study (SWIFS)

Beschreibung der Datenquelle

Die SWIFS wurde bisher dreimal durchgeführt, in den Jahren 1994, 2003 und 2014. Die Studie dient im Wesentlichen dem Monitoring der Häufigkeit und der Dauer des Stillens sowie der Frühernährung in der Schweiz. SWIFS ist eine Querschnittstudie und erfolgt mittels eines schriftlichen, postalischen Fragebogens. Sie basiert auf einer randomisierten Stichprobe von Müttern mit Säuglingen aus der deutsch-, französisch- und italienischsprachigen Schweiz.

Der Versand der Fragebogen erfolgte über die Mütter- und Väterberatungsstellen (MVB). Die einzige Ausnahme diesbezüglich bildet der Kanton Genf, wo der Versand von der Maternité am Universitätsspital Genf durchgeführt wurde. So konnte in den meisten Kantonen eine befriedigende Abdeckung der kantonal registrierten Geburten erreicht werden. Die Mütter- und Väterberaterinnen wählten Mutter-Kind Paare nach einem Zufallsprinzip aus den Geburtsregistern der letzten elf Monate aus. Alle Mütter erhielten zwei Wochen nach dem ersten Versand einen Erinnerungsbrief.

Tab. 62 Übersicht SWIFS

Methode	
Art der Erhebung	
Messmethode	Schriftlicher Fragebogen, der über die Mütter- und Väterberatungsstellen verteilt wurde. Zufällige Mutter/Kind Paare wurden ausgewählt aus den Geburtsregistern der letzten 11 Monate.
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	
Stichprobengrösse/-Anzahl	2014: n=1650
Alter	-
Abdeckung der Sprachregionen	D,F,I
Disaggregation	Sprachregion, Schulbildung, Alter, Nationalität, Erwerbstätigkeit, Familiensituation, Gewicht etc.
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	3 (1994, 2003, 2014)
Periodizität	Ca. alle 10 Jahre
Nächste Aktualisierung	offen
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	WHO/ EU
Mögliche Kosten	Höhe der Kosten unbekannt. Studie des BAG und des BLV, Vergabe auf Mandatsbasis. Kosten müssten erneut verhandelt werden.
Weiterführung	Offen.
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Eine befriedigende Deckung der registrierten Geburten wurde für die meisten Kantone erreicht. Die Fragebogen wurden in der Deutschschweiz zu 41% ausgefüllt, in der Romandie zu 34% und im Tessin zu 51%. Die Studienleiter gehen davon aus, dass die Abdeckung repräsentativ ist.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Der Indikator „Stillen“ (Indikator 29) soll laut Expertinnen/Experten mit den Daten der Erhebung SWIFS beschrieben werden. Im Vergleich des SWIFS zur SGB meinen die Expertinnen/Experten: „Je pense qu'elles sont suffisantes au niveau du quantitatif et ces deux sources permettent de faire un bon monitoring.“ „SWIFS a un léger avantage. SGB est bon aussi car le panel est plus représentatif. Mais SWIFS est qualitativement un peu mieux, car c'est un échantillon assez large et l'étude est spécifique à l'alimentation“.

6.60 Swiss Study on Air Pollution and Lung Disease in Adults (SAPALDIA)

Beschreibung der Datenquelle

SAPALDIA ist eine bevölkerungsbezogene Kohortenstudie, welche konzipiert wurde, um den Einfluss der Luftverschmutzung auf die Gesundheit der Atemwege und des Herz-Kreislaufsystems in der Schweizer Bevölkerung zu untersuchen.⁸⁴ SAPALDIA ist die grösste epidemiologische Langzeitstudie der Schweiz. Ab 2016 werden nach 1991, 2002 und 2010 die gleichen Personen zum 4. Mal befragt werden. Die Kohorte wird jedoch immer kleiner aufgrund von Todesfällen. Es kommen keine neuen Personen dazu, sodass die Repräsentativität nicht mehr gegeben ist.

Tab. 63 Übersicht SAPALDIA

Methode	
Art der Erhebung	Kohortenerhebung
Messmethode	Die Teilnehmer von SAPALDIA wurden von acht verschiedenen Regionen rekrutiert, die repräsentativ sind für die verschiedenen klimatischen Lagen und der Urbanisierung der Schweiz. Es handelt sich dabei um Aarau, Basel, Davos, Genf, Lugano, Montana, Payerne und Wald. Die Studie basiert auf einer Befragung und einer medizinischen Untersuchung (Lungenfunktionstests)
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	In der Schweiz wohnhafte Bevölkerung zwischen 18 und 60 Jahren
Stichprobengrösse/-Anzahl	n=9651 (ursprünglich, jetzt 6000-8000)
Alter	18-60-Jährige (ursprünglich, mittlerweile an die 33-85 Jahre)
Abdeckung der Sprachregionen	D, F, I,
Disaggregation	
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	3 (1991, 2002, 2010)
Periodizität	unregelmässig
Nächste Aktualisierung	Erhebung am Laufen (Publikation 2016)
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	European Community Respiratory Health Survey
Mögliche Kosten	Höhe der Kosten unbekannt. Studie des Swiss TPH, finanziert vom Nationalfonds und verschiedenen weiteren Stiftungen und mehreren Kantonen. Für das BAG entstehen im Moment direkt keine Kosten, wenn aber eine Weiterführung gesichert werden soll, müssen Geldquellen gefunden werden.
Weiterführung	Kohorte wird kleiner. Fraglich, wie lange noch Untersuchungen für welche Fragestellungen durchgeführt werden können.
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Die Studienleiter gehen davon aus, dass die Studie grob repräsentativ ist für Deutschschweiz, die Romandie und Tessin und für Stadt / Land Verteilung. Dies dürfte in Ansicht der wenigen Studienzentren etwas fraglich sein, aber für eine Kohorte dieses Ausmasses und den durchgeführten Messungen, darf davon ausgegangen werden, dass die Repräsentativität so gut als möglich gewährleistet wurde. Sie ist grob repräsentativ für die Regionen D, F, I und für Stadt/Land Verteilung

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Der Indikator „Atemwegs-Erkrankungen ab 15 Jahren“ (Indikator 4.1) soll mit den Daten von SAPALDIA beschrieben werden. Der Expertenkommentar dazu lautet: „Die SAPALDIA-Kohortenstudie kann in ihrer jetzigen Form eine Aussage machen über die Prävalenz von chronisch obstruktiver Lungenkrankheit und Asthma in ihrer Teilnehmerkohorte, die aber, entsprechend ihrem Alter, nicht mehr repräsentativ ist für die erwachsene Schweizer Bevölkerung. Ob und wie sich aus den bisherigen Daten oder in den zukünftigen Erhebungen die Raten der ganzen erwachsenen Schweizer Bevölkerung abschätzen lassen, kann ich nicht sagen“. Die die weitere Finanzierung von SAPALDIA nicht gesichert ist, wurde schon

⁸⁴ <http://www.sapaldia.ch/de/die-sapaldia-kohorte-menu/studienbeschreibung>, letzter Zugriff, 2.9.2015.

nach Nachfolgelösungen gesucht. Dafür käme die SGB in Frage. Aus dem schriftlichen Fragebogen der SGB (Version 2012) ist ersichtlich, wie viele Personen wegen Asthma sowie wegen chronischer Bronchitis / Emphysem in ärztlicher Behandlung waren, oder dies zwar gehabt hatten, aber nicht behandelt wurden. Eine Zuordnung zum ICD-10-Code kann nicht vorgenommen werden, sofern die Diagnosen nicht mit Spital- oder Arzt Daten überprüft werden. Ein Expertenkommentar dazu lautet: „Evtl. könnten mit der medizinischen Statistik der Krankenhäuser die Hospitalisationen wegen COPD und wegen Asthma ermittelt werden, welche gemäss ICD codiert werden (Vollständigkeit, Haupt-, Nebendiagnosen?). Damit werden natürlich die nie hospitalisierten Fälle verpasst.“ Somit werden als Zusatz und mit der erwähnten Limitierung, aber aus Ermangelung von besseren Datenquellen bei diesem Indikator die hospitalisierten Fälle mit COPD oder Asthma nach ICD-10 Code aus der medizinischen Statistik der Krankenhäuser empfohlen. Allenfalls könnte bei Bedarf auch eine Kombination der beiden Datenquellen abgeklärt werden. Eine solche Analyse müsste wohl auf Mandatsbasis vergeben werden.

Für den Indikator „Bewegungsverhalten ab 15 Jahren“ (Indikator 30.1) wird von Experten die SGB empfohlen, mit ergänzenden Informationen aus SAPALDA. Als Argumente für Ergänzungen aus Sapaldia werden genannt: „Seit 2002 sind auch Fragen zur körperlichen Aktivität analog zur SGB (2012 inkl. IPAQ short) enthalten. SAPALDIA würde ergänzend zu Querschnittserhebungen auch Informationen zur Langzeitentwicklung der körperlichen Aktivität resp. der Inaktivität liefern und aufzeigen, wann und in welcher Subpopulation der Anteil inaktiver Personen zunimmt. SAPALDIA erwägt bei der 3. Nachbefragung Akzelerometer einzusetzen, allerdings ist die Finanzierung noch nicht gesichert. Im Moment wird evaluiert, ob an allen Zentren objektive Messungen durchgeführt werden oder nur im Zentrum in Basel und wie die Messungen finanziert werden“. Diese könnten allenfalls als Zusatz zu den Daten der SGB verwendet werden.

6.61 swisstopo-Daten zu Langsamverkehr und Bewegungszonen

Beschreibung der Datenquelle

Zum Bestand der schweizerischen Langsamverkehrs-Infrastruktur liegen – gemäss der für die Transportrechnung relevanten Abgrenzung – praktisch keine Daten vor. Heutzutage fehlen flächendeckende Daten, die für eine gesamtschweizerisch repräsentative Aufteilung notwendig wären – wie beispielsweise die Anzahl Kilometer Gemeinde- und Kantonsstrassen mit Trottoir, die Fläche von Plätzen, Wanderwege innerhalb des Siedlungsgebiets oder Velowege auf Hartbelag (parallel / nicht parallel zu höherklassigen Strassen) sowie Überschneidungen zur Feststellung von Mischnutzungen.

swisstopo ist daran, ein neues, dreidimensionales topografisches Landschaftsmodell (TLM) zu entwickeln, das diese Daten künftig enthalten dürfte. Die Entwicklung für die gesamte Schweiz wird aber nicht vor 2015 abgeschlossen sein. Danach könnten Bodenbedeckung, Bodennutzung, Einzelobjekte sowie Strassen und Wege mit einer Genauigkeit von 0.2 bis 1.5m erfasst werden.⁸⁵

1934 wurde die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Wanderwege mit dem Zweck gegründet, die bestehenden Wanderwege gesamtschweizerisch einheitlich zu signalisieren und das Wandern in der Bevölkerung zu fördern. Die Wanderwege sind heute digital erfasst und die Länge wird in einem geografischen Informationssystem (GIS) berechnet. Die Wanderwege werden z.B. auch von swisstopo im topografischen Landschaftsmodell (TLM) geführt. Dort werden sie in 3D von Luftbildern abdigitalisiert.⁸⁶

SchweizMobil ist das nationale Netzwerk für den Langsamverkehr, insbesondere für Freizeit und Tourismus (z. B. Wandern, Velofahren, Mountainbiken, Skaten und Kanufahren). SchweizMobil koordiniert ein offiziell und einheitlich signalisiertes Routennetz für den Langsamverkehr. Es besteht aus nationalen

⁸⁵ Kosten und Finanzierung des Verkehrs. Jahr 2010“ (BFS 2015) (Bestell-Nr. 811-1000 <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=6553>, letzter Zugriff, 9.10.2015.

⁸⁶ <http://www.swisstopo.admin.ch/internet/swisstopo/de/home/products/landscape/swissTLM3D.html>, letzter Zugriff, 16.10.2015.

und regionalen „Best-of-Routen“. Auftraggeber sind verschiedene Bundesämter, die Kantone, das Fürstentum Liechtenstein sowie zahlreiche Organisationen aus Verkehr, Sport und Tourismus. Schweiz Mobil hat Kenntnis von der Länge der entsprechend markierten Routen. Bei swisstopo sind diese Daten ebenfalls im bestehenden TLM enthalten.

Tab. 64 Übersicht swisstopo-Daten

Methode	Schweizer Wanderweg-netz	SchweizMobil Routen	Tempo 30 Zonen/andere Bewegungszonen
Art der Erhebung	Vollerhebung	Vollerhebung	Vollerhebung
Messmethode	Die Wanderwege sind heute digital erfasst und die Länge wird mit einem Geografischen Informationssystem (GIS) berechnet. Die Wanderwege werden z.B. auch von swisstopo im topografischen Landschaftsmodell (TLM) geführt. Dort werden sie in 3D von Luftbildern abdigitalisiert.	Die SchweizMobil Routen werden von swisstopo im Topografischen Landschaftsmodell (TLM) geführt. Dort werden sie in 3D von Luftbildern abdigitalisiert.	Analyse von Swisstopo mit dreidimensionalem topografischem Landschaftsmodell (TLM)
Beschreibung der Daten			
Grundgesamtheit	Alle Wanderwege ausserhalb des Siedlungsgebietes	Alle offiziellen Schweiz-Mobil Routen	Z.B. die Anzahl Kilometer Gemeinde- und Kantonsstrassen mit Trottoir, die Fläche von Plätzen, Wanderwege innerhalb des Siedlungsgebietes oder Velowege auf Hartbelag (parallel / nicht parallel zu höherklassigen Strassen) sowie Überschneidungen zur Feststellung von Mischnutzungen
Stichprobengrösse/Anzahl	--	--	--
Alter	--	--	--
Abdeckung der Sprachregionen	D, I, F	D, I, F	D, I, F
Disaggregation	--	--	--
Zeitliche Informationen			
Internationale Vergleichbarkeit	Unbekannt	Unbekannt	Unbekannt
Anzahl Messpunkte	--	--	--
Periodizität	--	--	--
Nächste Aktualisierung	Neue Version des TLM nach 2015	Neue Version des TLM nach 2015	Neue Version des TLM nach 2015
Generelles			
Mögliche Kosten	15'000.- pro Jahr bei einem 3-Jahres Vertrag, sonst teurer. BAG hatte ein SLA, dieses wurde aber inzwischen wieder annulliert (Fragen dazu an: M. Palassios, BAG)	15'000.- pro Jahr bei einem 3-Jahres Vertrag, sonst teurer. BAG hatte ein SLA, dieses wurde aber inzwischen wieder annulliert (Fragen dazu an: M. Palassios, BAG)	15'000.- pro Jahr bei einem 3-Jahres Vertrag, sonst teurer. BAG hatte ein SLA, dieses wurde aber inzwischen wieder annulliert (Fragen dazu an: M. Palassios, BAG)
Weiterführung	gesichert	gesichert	Einführung nicht vor 2015
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Erhebung ist sehr objektiv.	Erhebung ist sehr objektiv.	Erhebung ist sehr objektiv, aber zurzeit nur zum Teil möglich.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Variablen zu Bewegungszonen wie z.B. Fuss- und Velowege, Tempo30-Zonen, etc. sollen im Indikator „Vorhandensein von Bewegungsräumen und -flächen“ (Indikator 41) beschrieben werden und zwar anhand des 3D-TLMs von Swisstopo. Die Länge der Wanderwege und SchweizMobil-Routen können bereits erhoben werden. Ebenfalls können Fuss- und Velowege über Swisstopo erhoben werden. Die genauen Variablen im jetzigen TLM zu Bewegungszonen können im Objektkatalog von Swisstopo nachgeschlagen werden.⁸⁷ Tempo30 Zonen und Strassen mit Troittoir (siehe dazu Text oben zum Beschrieb der Datenquelle) können mit dem jetzigen TLM noch nicht erhoben werden. Es sollte aber bei der nächsten Version möglich sein. Diese Daten wären umso wichtiger, als es sich dabei um Zonen für den Alltag handelt.

6.62 TV-Nutzungsdaten von Mediapulse

Beschreibung der Datenquellen

Die unabhängige Mediapulse-Stiftung erhält vom Bund den Auftrag, für die gesamte Schweiz die offiziellen Kennwerte zur Radio- und Fernsehnutzung zu messen.⁸⁸ Da die Stiftung selbst nicht operativ tätig ist, überträgt sie diese Aufgabe an ihre Tochterfirma Mediapulse AG. Diese plant, koordiniert und führt die Messung des Radio- und Fernsehkonsums in der Schweiz durch und vermarktet diese Forschungsdaten. Die Mediapulse AG besitzt seit 2013 die TV-Nutzungsdaten und die Daten zu Werbungen in Kindermagazinen und auf Kinderwebseiten. Bis 2012 hat die Firma Telecontrol die entsprechenden Nutzungsdaten besessen, weshalb ein Vergleich der Daten vor und nach 2012 mit Vorsicht durchgeführt werden muss.

Die Auswertungen der Daten der Mediapulse AG werden aktuell von der Firma Media Focus Schweiz GmbH durchgeführt. Die aktualisierten Daten zu Lebensmittel- und Getränkewerbung, die sich an Kinder richtet, werden halbjährlich von Swiss Pledge publiziert und dienen als Evaluation vom Aktionsversprechen von Swiss Pledge im Rahmen von *actionsanté*. Bei Swiss Pledge haben sich führende Schweizer Lebensmittel- und Getränkehersteller im Jahr 2010 freiwillig dazu verpflichtet, das eigene Werbeverhalten gegenüber Kindern unter 12 Jahren einzuschränken. Davon ausgenommen sind Produkte, die spezifische Ernährungskriterien auf der Grundlage von wissenschaftlich anerkannten Ernährungsempfehlungen sowie die nationalen und internationalen Ernährungsrichtlinien erfüllen.

Tab. 65 Übersicht Nutzungsdaten Mediapulse

Methode	
Art der Erhebung	Vollerhebung
Messmethode	Mediapulse AG plant, koordiniert und führt die Messung des Radio- und Fernsehkonsums in der Schweiz durch.
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Alle Spots in allen öffentlich-rechtlichen und privaten Fernsehsendern und alle Schweizer Werbefenster auf allen in- und ausländischen Sendern Alle in der Schweiz vermarkteten Kindermagazine (7 Magazine).
Stichprobengrösse/Anzahl	--
Alter	--
Abdeckung der Sprachregionen	--
Disaggregation	--
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	Seit 2010 (seit 2013 werden TV-Nutzungsdaten von neuer Firma erhoben. Vorsicht bei Vergleichen)
Periodizität	halbjährlich

⁸⁷ <http://www.swisstopo.admin.ch/internet/swisstopo/de/home/products/landscape/swissTLM3D.parsysrelated1.47641.downloadList.94330.DownloadFile.tmp/201503swisstlm3d13dbarrierefrei.pdf>, letzter Zugriff, 16.10.2015.

⁸⁸ <http://www.swiss-pledge.ch/de/index.html>, letzter Zugriff, 2.9.2015.

Nächste Aktualisierung	Ende 2015
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Keine bekannt
Mögliche Kosten	Höhe der Kosten unbekannt. Die Mediapulse AG vermarkten die unabhängig erhobenen Forschungsdaten aller Radio und Fernsehprogramme in der gesamten Schweiz. Bei einer allfälligen Verwendung der Daten würden wohl Kosten entstehen.
Weiterführung	gesichert
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Die Datenbasis an sich scheint vollständig und zuverlässig zu sein. Von Experten wurde aber erwähnt, dass der Zugriff auf die Daten schon aus unerfindlichen Gründen verweigert worden ist. Hier könnte Überredungsarbeit nötig sein.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Die Daten und Auswertungen der Mediapulse AG kommen für den Indikator „Kodex Werbeeinschränkungen gegenüber Kindern für Ernährung“ (Indikator 38.3) in Frage und stehen in Konkurrenz zu den Daten der KIWI-Studien 1 und 2. Im Vergleich zu den KIWI-Studien sind die Daten der Mediapulse AG aktueller und werden regelmässiger erhoben. Die Daten umfassen alle Spots in allen öffentlich-rechtlichen und privaten Fernsehsendern und alle Schweizer Werbefenster auf allen in- und ausländischen Sendern und die Werbung in allen in der Schweiz vermarkteten Kindermagazinen (7 Stück). Jedoch meinen Expertinnen/Experten dazu: „Die Richtlinien vom Swiss Pledge, die sie zum Teil übernommen haben, sind speziell auf das Warenangebot der Firmen abgestimmt, das möglichst beworben werden soll (gezuckerte Frühstückscerealien, Glacé). Für den offiziellen Indikator sollten die Richtlinien eher die Gesundheit zum Ziel haben. Swiss Pledge bewertet die Werbung, die die Firmen im ganzen Programm ausgestrahlt haben (also Erwachsenen- und Kinderprogramme). Der Anteil von all dieser Werbung, der im Kinderprogramm ausgestrahlt und nicht den Swiss Pledge-Richtlinien entspricht ist also automatisch sehr klein. Wenn eine Firma also an einem Tag 20 Werbungen ausstrahlt, davon zwei im Kinderprogramm, und wenn diese zwei nicht den eigenen Richtlinien entsprechen, dann ist das Resultat trotzdem 90% korrekt gesendete Werbung. Obwohl es eigentlich 100% nicht korrekt gesendete Werbungen sind.“

Weiter bemerken die Expertinnen/Experten: „Dazu kommt noch, dass die Swiss Pledge-Richtlinien nicht sehr strikt sind (z. B. für gezuckerte Frühstückscerealien). Zudem lässt Swiss Pledge jedes Jahr die Werbung nach eigenen Kriterien untersuchen. Die beteiligten Unternehmen definieren dabei selber, welche Altersgruppe sie als Kinder bezeichnen, für welche Lebensmittel sie die Werbung zulassen, welche Programme als relevant angesehen werden. Keine von diesen Definitionen entspricht jenen von der WHO. Ausserdem gibt es keine Transparenz zu den Sendungen, die effektiv berücksichtigt wurden. Deshalb erachten wir die Resultate dieser Untersuchungen als nicht geeignet für einen offiziellen Indikator.“

Ein unabhängige Studie (KIWI II, siehe Kap. 6.31) hat ausserdem gezeigt, dass die Nährwertkriterien von Swiss Pledge nicht streng genug sind. Ein Expertenkommentar, den es bei einer allfälligen Nutzung der Daten von Mediapulse zu berücksichtigen gilt, ist folgender: „Auf unsere Anfrage an Mediapulse, um die detaillierten Daten zu erhalten, wurden uns dies verweigert.“ Gemäss dieser Aussagen wird empfohlen, die Daten der KIWI-Studien zu benutzen. Zusätzlich sollten aber die Daten von Mediapulse / Swiss Pledge dazu verwendet werden, die Printmedien zu analysieren. Dort ist jegliche Werbung verboten und es wird die Anzahl trotzdem geschalteter Werbung von Mediapulse erhoben.

6.63 Versicherungsdaten zur Pflegefinanzierung

Beschreibung der Datenquelle

Es wurde in einem ersten Schritt nur mit der CSS über mögliche Daten von Krankenversicherern gesprochen. Daten zu den Pflegeleistungen sind laut CSS in einem bestimmten Detailgrad vorhanden.

Bei den Leistungskostendaten der Pflegeheime bestehen grundsätzlich folgende Probleme, insbesondere wenn es um Leistungskostenvergleiche über verschiedene Jahre geht (bspw. Überprüfung der Kostenneutralität im Rahmen der Einführung der neuen Pflegefinanzierung):

- Die Anwendung der 12 Pflegebedarfsstufen findet in den Kantonen erst seit 2013 statt (Übergangsfrist neue Pflegefinanzierung).
- Die Kosten sind aufgrund der drei zur Anwendung kommenden, unterschiedlichen Pflegeeinstufungsinstrumente nicht direkt vergleichbar, weil die Systeme bei gleicher Pflegebedürftigkeit zu einer unterschiedlichen Minutage und damit zu einer Einstufung in unterschiedliche Pflegebedarfsstufen führen.
- Die erfassten Kostendaten entsprechen der Rechnungsstellung der Pflegeheime, das heisst je undifferenzierter diese Daten sind, bzw. in den letzten Jahren waren, umso schwieriger und aufwändiger ist es, diese Daten zu plausibilisieren. Konkret geht es um verrechnete Pauschalen, die über die eigentlichen Pflegebeiträge pro Pflegestufe hinaus auch MiGeL- und andere Nebenleistungen enthalten. Diese müssen im Rahmen einer Analyse "per Handarbeit" auf Grundlage der jeweils zum entsprechenden Zeitraum gültigen Verträge exkludiert werden.

Der Expertenkommentar dazu: „Wie Sie sehen, besteht aufgrund der Datenlage ein erheblicher Analyseaufwand. Inwieweit die einzelnen Versicherer bereit oder in der Lage sind, diesen Aufwand zu betreiben, kann ich nicht beantworten. Eine Sammlung national repräsentativer Daten erfordert meines Erachtens den Einbezug der Daten möglichst aller, bzw. möglichst vieler Versicherer. Eine möglichst breite Datenbasis bietet der Datenpool der sasis AG (Branchenstatistik der medizinischen Leistungen). Allerdings sind auch hier- entsprechend meiner obigen Ausführungen - nur begrenzte Aussagen möglich“.

Tab. 66 Übersicht Versicherungsdaten zur Pflegefinanzierung

Methode	
Art der Erhebung	Optimalerweise wäre es eine Vollerhebung, falls sämtliche Rechnungsstellungen der Pflegeheime erfasst werden könnten. Dies ist aber zurzeit wohl eher unrealistisch.
Messmethode	Die erfassten Kostendaten entsprechen der Rechnungsstellung der Pflegeheime
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Alle Alters- und Pflegeheime
Stichprobengrösse/Anzahl	--
Alter	Ab ca. 65 J
Abdeckung der Sprachregionen	Unklar
Disaggregation	Alter, Geschlecht, KLV oder weitere Kostendaten zu MiGeL
Zeitliche Informationen	
Anzahl Messpunkte	Seit 2013 12 Pflegestufen
Periodizität	Daten werden nicht automatisch veröffentlicht, werden aber kontinuierlich erhoben.
Nächste Aktualisierung	Daten werden nicht automatisch veröffentlicht, werden aber kontinuierlich erhoben.
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Nicht gegeben
Mögliche Kosten	Die CSS verrechnet pro Arbeitsstunde CHF 100.00
Weiterführung	gegeben
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Da die Daten sämtlicher Versicherungen eingeholt werden müssten, ist es fraglich, ob eine nationale Repräsentativität realistisch ist. Auch sind Punkt 1-3 (unter „Beschreibung der Datenquelle“ Gründe, diese Daten mit Vorsicht zu verwenden.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Diese Daten kommen für „Pflegebedürftigkeit ab 65 Jahren“ (Indikator 53) in Frage. Jedoch sind aus oben genannten Gründen die Daten der SGB und SOMED zu bevorzugen.

6.64 Zentrales Migrationsinformationssystem (ZEMIS)

Beschreibung der Datenquelle

Das Zentrale Migrationsinformationssystem (ZEMIS) des Staatssekretariats für Migration ist die umfassende Datenbank für die Bearbeitung von Personendaten aus dem Asyl- und Ausländerbereich.⁸⁹ Das System ermöglicht eine schweizweit einheitliche Bearbeitung dieser Daten. Die gesetzlichen Grundlagen für die Verordnungsänderungen bestehen im Bundesgesetz über das Informationssystem für den Ausländer- und den Asylbereich. ZEMIS existiert in der vorliegenden Form seit 2008, davor gab es seit 1982 die Systeme AUPER (Automatisiertes Personenregistrarsystem) und ZAR (Zentrales Ausländerregister).

Tab. 67 Übersicht ZEMIS

Methode	
Art der Erhebung	Vollerhebung
Messmethode	Um die Daten, über die ZEMIS verfügt, zusammenstellen zu können, arbeitet ZEMIS eng zusammen mit den kantonalen Migrations- und Arbeitsämtern, der Kantonspolizei, den Einwohnerkontrollen der Gemeinden, den Botschaften im Ausland, dem Grenzwachtkorps und der Flughafenpolizei, den Asyl-Empfangs- und den Asyl-Verteilzentren, dem Bundesamt für Migration, dem EJPD, dem VBS und dem EDA und dem BFS.
Beschreibung der Daten	
Grundgesamtheit	Alle Ausländer und Asylbewerber in der Schweiz
Stichprobengrösse/-Anzahl	2008: 16'606 Asylgesuche, 900'000 erstellte Ausländerausweise, 70'000 Einreiseentscheide, etc.
Alter	0+J
Abdeckung der Sprachregionen	Schweizweite Abdeckung
Disaggregation	Alter, Geschlecht, u.a.
Zeitliche Informationen	
Internationale Vergleichbarkeit	unbekannt
Anzahl Messpunkte	Seit 2008
Periodizität	Jährlich
Nächste Aktualisierung	2016
Generelles	
Internationale Vergleichbarkeit	Im Rahmen der AVOL stützt sich das BFS auf die Empfehlungen des Internationalen Arbeitsamtes (ILO) und auf die Normen von Eurostat zu den Arbeitskräfteerhebungen.
Mögliche Kosten	Keine Kosten für das BAG.
Weiterführung	gesichert
Generelle Abschätzung der Wissenschaftlichkeit	Daten werden so vollständig als möglich erhoben. Diese Datenquelle enthält die Daten sämtlicher Ausländer und Asylbewerber in der Schweiz und kann somit als sehr zuverlässig angesehen werden.

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

Einsatz im NCD-Monitoring-System

Die „Krankheitsbedingte Arbeitsabwesenheit bei 15–64-Jährigen“ (Indikator 15) soll mit den Daten der Arbeitsvolumen Statistik (AVOL) beschrieben werden. Diese bezieht ihre Daten aus ZEMIS und der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung (SAKE).

⁸⁹ Vgl. https://www.bfm.admin.ch/bfm/de/home/aktuell/news/2011/ref_2011-11-16.html, letzter Zugriff, 2.9.2015.

7 Repräsentativität, gesicherte Daten und Datenlücken

7.1 Schwierigkeiten bei der Einschätzung der Repräsentativität

Für ein nationales NCD-Monitoring-System dürfte – neben der zeitlichen Verfügbarkeit der Daten und der Unabhängigkeit der Institutionen, die diese Daten erheben – die nationale Repräsentativität der Daten das Hauptkriterium für die Wahl der entsprechenden Datenquelle sein. Dabei ist es schwierig, ohne die Daten selber zu analysieren und weitere detaillierte Informationen einzuholen, die Güte der Repräsentativität der jeweiligen Daten abzuschätzen. Im Rahmen des vorliegenden Projektes war nur eine grobe Einschätzung dieser Repräsentativität möglich. Dort wo mehrere Quellen als Datengrundlage in Frage kommen, könnte im Anschluss an diese Arbeit eine vertiefere Einschätzung der Repräsentativität helfen, die Entscheidung für oder gegen die Wahl einer Quelle zu treffen.

In den Fällen, wo keine nationale Repräsentativität gegeben ist, ist zu entscheiden, ob man im NCD-Monitoring auch Daten zeigen will, die nicht repräsentativ sind. Aus politischer Sicht lässt sich dies wie folgt begründen: Es liesse sich damit zumindest darauf hinweisen, dass es sowohl konkrete (Präventions-)Aktivitäten sowie Anstrengungen zur deren statistischen Erfassung in einen bestimmten Bereich gibt. Entsprechende Beispiele hierfür finden sich etwa beim Indikator 39 „Strukturelle Prävention in Settings“ oder beim Indikator 2.1 „Diabetes-Erkrankungen ab 15 Jahren“ (gemessene Werte). Aus wissenschaftlicher Sicht hingegen ist von einer Präsentation von Indikatoren, die auf nicht-repräsentativen Daten beruhen, klar abzuraten.

7.2 Alternative Lösung für Suchtmonitoring

Das Suchtmonitoring befragt jedes Jahr etwa 11'000 in der Schweiz wohnhafte Personen ab 15 Jahren telefonisch zu verschiedenen Suchtthemen (Details: siehe Unterkapitel 6.56 Suchtmonitoring). Die letzte der jährlichen Erhebungen des Suchtmonitoring wird 2016 durchgeführt werden und die Auswertungen sind für das Jahr 2017 vorgesehen. Das Suchtmonitoring kostet in der bisherigen Form eine Million CHF pro Jahr und wird vom BAG und dem Tabakpräventionsfonds finanziert. Aus finanziellen Gründen kann das Suchtmonitoring danach nicht mehr in der jetzigen Form weitergeführt werden.

Bei den Expertinnen/Experten wird das Suchtmonitoring für seine detaillierten Informationen und seine kurzen Befragungsintervalle sehr geschätzt. Insbesondere die Spezialistinnen/Spezialisten aus dem Bereich Sucht möchten auch weiterhin auf eine Erhebung zurückgreifen können, die regelmässig mindestens alle zwei bis drei Jahre stattfindet und dauerhaft angelegt ist. Es wird vorgeschlagen, dass Lücken mit Fragen in einer Omnibuserhebung (siehe dort!) geschlossen werden. Allerdings wäre die Stichprobe kleiner als beim Suchtmonitoring. Die Zahl der Befragten (N von 2500) bei gewissen Spezialmodulen des Suchtmonitoring wird von den Expertinnen/Experten als wenig aussagekräftig beurteilt. Die Omnibus-Befragung (n=3000, Aufstockung bis 5000) wäre allerdings schweizweit repräsentativ und kann empfohlen werden.

Zentrale Daten zu den Risikofaktoren [Bemerkung: Experte benutzt anstelle des Begriffs Risikofaktoren die Begriffe „Suchtmittel“ und „Suchtthemen“. Da es bei NCD eher um Risikofaktoren geht, wird hier dieser Begriff verwendet] sind laut einigen Expertinnen/Experten auch in der SGB erhalten, für spezifische Auswertungen und eine höhere Periodizität wird aber weiterhin eine eigene, parallele Befragung gewünscht. Während für ein Monitoring allenfalls auch eine Erhebung alle vier Jahre reichen würde, braucht es – dort wo eine rasche Reaktion auf politische Aktualität nötig wird, z.B. wenn Gesetzesänderungen genau begleitet und evaluiert werden sollen – unbedingt ad-hoc-Meinungsumfragen. Ein Expertenvorschlag geht dahin, hauptsächlich die SGB zu benutzen und dazwischen eine eigene Befragung zu den Risikofaktoren durchzuführen, um so die Periodizität für diesen Bereich zu erhöhen.

Falls die Daten künftig nur noch aus der SGB stammen sollten, sollten dort weitere Fragen integriert oder Zwischenerhebungen zu folgenden Themen durchgeführt werden:

- Passivrauchen im privaten Raum

- Einstiegsalter der Rauchenden
- Prävalenz des Tabakkonsums ab 15 Jahren (Tabakabhängigkeit nach ICD-10 soll erfragt werden)
- Typ des Tabakproduktes (e-Zigarette, etc.)
- Gesundheitskompetenz (mehr Fragen)
- Tabakprävention in der Grundversorgung

Ausserdem wird argumentiert, dass bei einer eigenen Befragung zwar eine höhere Periodizität erreicht werden kann, dass jedoch die Anzahl der Fragen reduziert werden müsste. Es wird von Expertinnen/Experten eine vertiefte Diskussion zu diesen zentralen Aspekten angeregt. Von anderer Seite wird zudem eingebracht, dass man zwischen den verschiedenen Indikatoren differenzieren müsse und einige eine höhere und andere eine tiefere Erhebungsfrequenz benötigen.

Wiederum andere Expertinnen/Experten finden die bisherige Periodizität von einem Jahr beim Suchtmonitoring zu hoch, da es bis anhin gar nicht möglich war, das vorhandene Potential zu nützen.

Als weiterer Vorschlag wird ein Papierfragebogen genannt, der auch online eingesetzt werden kann und so die Kosten reduzieren sollte; eine gewisse Qualitätsminderung könnte die Folge hiervon sein. Allerdings wird von diesen Expertinnen/Experten eine hohe Frequenz als wichtiger eingeschätzt als eine hohe Qualität.

Weiter schlagen Expertinnen/Experten als Ersatz für das Suchtmonitoring das Berner System Signal A als eine Option vor.⁹⁰ Zudem sollten weitere Messsysteme berücksichtigt werden, wie das internationale Messsystem AUDIT, welches im Rahmen des Berner Systems Signal A verwendet wird.

Schliesslich wird zum Thema illegale Drogen im Vergleich zu Alkohol und Tabak gesagt: „Für Alkohol und Tabak kann man im Unterschied zu illegalen Drogen relativ gute Angaben über Bevölkerungsbefragungen erhalten. Deshalb wäre es gut, eigene Angaben erheben können, welche dann für illegalen Substanzen in geeigneter Weise ergänzt werden müssten. Der Nachteil ist die fehlende Vergleichbarkeit mit SGB; der Vorteil liegt bei der eigenen Periodizität der Erhebung.“

7.3 Gesicherte Datenquellen

Bei den gesicherten Datenquellen handelt es sich um die Datenquellen in Tab. 2 (Abschnitt 4), die grün markiert sind. Gesichert bedeutet, dass die Daten bis auf weiteres in regelmässigen Abständen erhoben werden. Es handelt sich dabei grösstenteils um Erhebungen des BFS oder anderer Bundesämter. Allerdings muss auch bei diesen Datenquellen darauf hingewiesen werden, dass die Erhebungen jeweils vom Bundesrat genehmigt werden müssen. Diese Datenquellen sind als qualitativ sehr gut einzuschätzen. Jedoch besteht insbesondere bei der SGB der Nachteil, dass sie nur alle fünf Jahre durchgeführt wird. Einzelne andere Datenerhebungen fallen ebenfalls unter die gesicherten Datenquellen, wenn von den Verantwortlichen die Information übermittelt wurde, dass die Daten weiterhin garantiert erhoben werden. Jedoch muss beachtet werden, dass es sich bei all diesen Angaben um die Sicherung der Datenerhebung geht und nicht um das Vorhandensein einer regelmässigen Datenanalyse. Diese muss je nach Indikator neu abgeklärt und organisiert werden. Bei den gesicherten Datenquellen handelt es sich um folgende:

- Agrarstatistik
- Arbeitsvolumenstatistik
- Eidgenössische Alkoholverwaltung (EAV) – „Alkohol in Zahlen“
- Freiwilligenmonitor
- Health Behavior of School-aged Children (HBSC)
- Invalidenversicherungs-Statistik
- Job-Stress-Index-Erhebung
- Medizinische Statistik der Krankenhäuser
- Mikrozensus Verkehr und Mobilität
- Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich

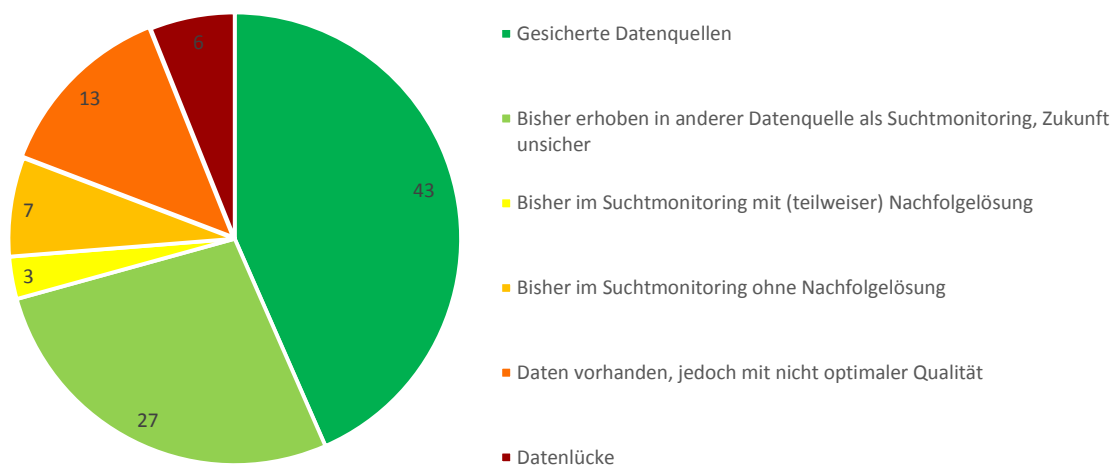
⁹⁰ <http://www.spectra-online.ch/fr/spectra/themes/signal-ar-detection-et-intervention-precoc-drone-consommation-problematique-dralcool-en-milieu-hospitalier-415-10.html>, Zugriff am 25.08.2015.

- Nationales Institut für Krebsepidemiologie und –registrierung (NICER, Datensammlung)
- Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE)
- Schweizerische Gesundheitsbefragung
- Sport Schweiz
- Statistics on Income and Living Conditions (SILC)
- Statistik der Sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)
- Statistik der Todesursachen des BFS
- Swiss Infant Feeding Study (SWIFS)
- Swisstopo (Daten zu Langsamverkehr und Bewegungszonen)
- TV-Nutzungsdaten von Mediapulse
- Zentrales Migrationsinformationssystem (ZEMIS)

7.4 Datenlücken

45 Datenquellen (von insgesamt 63 betrachteten Datenquellen) garantieren die Berechnung von 43 Indikatoren (von insgesamt 99 vorgeschlagenen Indikatoren). Bei den 56 Indikatoren, deren Berechnung noch nicht definitiv geklärt ist, gibt es verschiedene Herausforderungen, die grob in fünf weitere Kategorien eingeteilt werden können (Abb. 1). Bei verschiedenen Datenquellen ist die Weiterführung nicht gesichert (n=27). Da das Suchtmonitoring nach 2016 nicht mehr in der bestehenden Form weitergeführt wird, muss für die Indikatoren, die bisher in dieser Erhebung waren, eine Nachfolgelösung gefunden werden. Für 3 dieser Indikatoren gibt es eine mögliche Nachfolgelösung, für 7 Indikatoren gibt es noch keine solche Lösung. Bei weiteren 13 Indikatoren zeigen eine suboptimale Qualität (Abb. 1). Für 6 Indikatoren bestehen zudem Datenlücken, d.h. es sind auch keine Erhebungen zur Schliessung dieser Lücken geplant.

Abbildung 7.1 Übersicht über die Anzahl Indikatoren, nach Sicherstellung der Datenquelle



Darstellung Obsan

© Obsan 2015

Folgende Indikatoren gehören zur jeweiligen Kategorie:

1	Gesicherte Datenquellen (n=43)
2	Bisher erhoben in anderer Datenquelle als Suchtmonitoring. Zukunft unsicher (n=27)
3	Bisher im Suchtmonitoring mit (teilweiser) Nachfolgelösung (n=3)
4	Bisher im Suchtmonitoring ohne Nachfolgelösung (n=7)
5	Daten vorhanden, jedoch mit nicht optimaler Qualität (n=13)
6	Datenlücke (n=6)

Tab. 68 Übersicht Datenquellen pro Indikator mit allfälligen Bemerkungen

Indikator Nr.	Kurzbezeichnung	Vorgeschlagen Datenquellen	Bemerkungen	Datensicherheit
Ziel 1: Dämpfung des durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten Anstiegs der Krankheitslast				
1	Krebs-Erkrankungen, nach Krebsarten	NICER		1
2.1	Diabetes-Erkrankungen ab 15 Jahren	SGB, medizinische Statistik der Krankenhäuser, Statistik der Todesursachen. Allenfalls FIRE- oder Colaus-Daten als Zusatz.		5
2.2	Diabetes-Erkrankungen unter 15 Jahren	Datenlücke	SOPHYA liefert Daten zu Diabetes-Erkrankungen, welche beigezogen werden könnten. Daten zu Typ I in Schönle et al., 2001	6
3	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Statistik der Todesursachen		1
4.1	Atemwegs-Erkrankungen ab 15 Jahren	SAPALDIA (Swiss Study on Air Pollution and Lung Diseases in Adults) Von Experten wurde als Nachfolgelösung die SGB in Kombination mit med. Statistik der Krankenhäuser verwiesen.	Finanzierung der 4. Erhebung (am Laufen) von SAPALDIA gesichert, danach offen.	5
4.2	Atemwegs-Erkrankungen unter 15 Jahren	SCARPOL	Keine Weiterführung geplant. Nur bisherige Werte verwendbar. Zukünftige Datenlücke! SOPHYA liefert Daten zu Asthma-Erkrankungen, welche als Überbrückung der Datenlücke beigezogen werden könnten.	6
5	Muskuloskelettale Erkrankungen ab 15 Jahren	SGB		5
6	Multimorbidität ab 50 Jahren	SGB		1
7	Lebenserwartung in guter Gesundheit ab 65 Jahren	BEVNAT, ESPOP, SGB	Eurostat berechnet diese Variable, jedoch ist die genaue Methode nicht klar. Die Berechnung aus anderen Erhebungen könnte objektiver sein.	1
Ziel 2: Dämpfung der durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten Kostenentwicklung				

Indikator Nr.	Kurzbezeichnung	Vorgeschlagen Datenquellen	Bemerkungen	Datensicherheit
8	Kosten des Gesundheitswesens	Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens		1
9.1	Volkswirtschaftliche Kosten von NCDs	SGB, Todesursachenstatistik, medizinische Statistik	Vereinfachung der Methode für ein Monitoring wäre nötig. Braucht aber entsprechend Zeit laut Experten. Datenlücke in Zukunft.	2
9.2	Volkswirtschaftliche Kosten von NCDs: Herz-Kreislauf-Erkrankungen	SGB, Todesursachenstatistik, medizinische Statistik	dito	2
9.3	Volkswirtschaftliche Kosten: Krebs-Erkrankungen	SGB, Todesursachenstatistik, medizinische Statistik	dito	2
9.4	Volkswirtschaftliche Kosten: Diabetes-Erkrankungen	SGB, Todesursachenstatistik, medizinische Statistik	dito	2
9.5	Volkswirtschaftliche Kosten: Atemwegs-Erkrankungen	SGB, Todesursachenstatistik, medizinische Statistik	dito	2
9.6	Volkswirtschaftliche Kosten: Muskuloskelettale Erkrankungen	SGB, Todesursachenstatistik, medizinische Statistik	dito	2
9.7	Volkswirtschaftliche Kosten: Psychische Erkrankungen	SGB, Todesursachenstatistik, medizinische Statistik	dito	2
9.8	Volkswirtschaftliche Kosten: Demenz-Erkrankungen	Todesursachenstatistik, medizinische Statistik	dito	2
Ziel 3: Verringerung der durch nichtübertragbare Krankheiten bedingte vorzeitigen Todesfälle				
10	Verlorene Lebensjahre durch NCD (PYLL oder VPL)	Todesursachenstatistik		1
10.1	Verlorene potentielle Lebensjahre durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Todesursachenstatistik		1
10.2	Verlorene potentielle Lebensjahre durch Krebs-Erkrankungen	Todesursachenstatistik		1
10.3	Verlorene potentielle Lebensjahre durch Diabetes-Erkrankungen	Todesursachenstatistik		1
10.4	Verlorene potentielle Lebensjahre durch Atemwegs-Erkrankung	Todesursachenstatistik		1
10.5	Verlorene potentielle Lebensjahre durch Leberzirrhose	Todesursachenstatistik		1
11	Wahrscheinlichkeit vorzeitige Todesfälle aufgrund NCD	Todesursachenstatistik		1
12.1	Alkoholbedingte Mortalität	Studie Gmel et al. 2013. Daten von EAV, BFS, Suchtmonitoring	In Zukunft sollte der Gebrauch von SGB-Daten laut Experten möglich sein. Methoden von 44.1-44.5 sollen möglichst angeglichen werden. Studie muss jedoch neu in Auftrag gegeben werden.	2
12.2	Tabakbedingte Mortalität	Statistik der Todesursachen, SGB / Suchtmonitoring	Methoden von 44.1-44.5 sollen möglichst angeglichen werden. Studie muss jedoch neu in Auftrag gegeben werden.	2
12.3	Ernährungsbedingte Mortalität	Todesursachenstatistik, SGB	Bei der Ernährung die Kriterien zu finden, erscheint Experten fraglich (Kap. 7.8)	6

Indikator Nr.	Kurzbezeichnung	Vorgeschlagen Datenquellen	Bemerkungen	Datensicherheit
12.4	Inaktivitätsbedingte Mortalität	Todesursachenstatistik, SGB	Methoden von 44.1-44.5 sollen möglichst angeglichen werden. Studie muss jedoch neu in Auftrag gegeben werden.	2
12.5	Adipositasbedingte Mortalität	Todesursachenstatistik, SGB	Methoden von 44.1-44.5 sollen möglichst angeglichen werden. Studie muss jedoch neu in Auftrag gegeben werden.	2
Ziel 4: Erhaltung und Verbesserung von Teilhaben und Leistungsfähigkeit der Bevölkerung in Wirtschaft und Gesellschaft				
13	Invalidität aufgrund Krankheit bei 18-64-Jährigen	IV-Statistik BSV	Vorgeschlagene Variable: Ordentliche Neurenten.	1
14	Erwerbsquote bei 15-64-Jährigen	SAKE		1
15	Krankheitsbedingte Arbeitsabwesenheit bei 15-64-Jährigen	Arbeitsvolumenstatistik (AVOL/SAKE), European Working Conditions Survey	AVOL/SAKE: Krankheit und Unfall nicht trennbar! Grosse Stichprobe EWCS: Krankheit und Unfall trennbar! Kleine Stichprobe. Damit ergänzen sich die beiden Datenquellen.	5
16	Erschöpfungsrage bei 15-64-Jährigen	Job-Stress-Index-Erhebung		1
17	Prävalenz Freiwilligenarbeit ab 15 Jahren	Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE)	Der Freiwilligenmonitor wäre interessant für vertiefende Studien zu Motivation, etc.	1
Spezifische Ziele				
Ziel 1: Verringerung verhaltensbezogener NCD-Risikofaktoren				
18.1	Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	Suchtmonitoring / SGB	Suchtmonitoring nicht in bisheriger Form weitergeführt. Mögliche Alternative: SGB.	3
18.2	Alkoholkonsum bei 11-15-Jährigen	HBSC		1
19	Alkoholkonsum pro Kopf	EAV-Alkohol in Zahlen		1
20.1	Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	Suchtmonitoring / SGB	Suchtmonitoring nicht in bisheriger Form weitergeführt. Mögliche Alternative: SGB. Definition in SGB jedoch nicht identisch mit jener im Suchtmonitoring. Müsste angepasst oder ergänzt werden.	3
20.2	Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum bei 11-15-Jährigen	HBSC		1
21.1	Getränkespezifischer Alkoholkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	SGB		1
21.2	Getränkespezifischer Alkoholkonsum bei 11-15-Jährigen	HBSC		1
22.1	Tabakkonsum (Rauchen) bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	Suchtmonitoring / SGB	Suchtmonitoring nicht in bisheriger Form weitergeführt. Mögliche Alternative: SGB, jedoch weniger Details und zu tiefe Periodizität.	3
22.2	Tabakkonsum (Rauchen) bei 11-15-Jährigen	HBSC		1
23	Passivrauchen ab 15 Jahren	Suchtmonitoring / SGB	Suchtmonitoring nicht in bisheriger Form weitergeführt. Mögliche Alternative: SGB,	4

Indikator Nr.	Kurzbezeichnung	Vorgeschlagen Datenquellen	Bemerkungen	Datensicherheit
			jedoch weniger Details und zu tiefe Periodizität.	
24	Produktespezifischer Tabakprodukte bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	Suchtmonitoring / SGB	Suchtmonitoring nicht in bisheriger Form weitergeführt. Mögliche Alternative: SGB, jedoch weniger Details und zu tiefe Periodizität.	4
25	Aufhörbereitschaft (Rauchen) ab 15 Jahren	Suchtmonitoring / SGB	Suchtmonitoring nicht in bisheriger Form weitergeführt. Mögliche Alternative: SGB, jedoch weniger Details und zu tiefe Periodizität.	4
26.1	Früchte- und Gemüsekonsum ab 15 Jahren	SGB und menuCH	Periodizität für Leitindikator nicht ausreichend	5
26.2	Früchte- und Gemüsekonsum bei 11–15-Jährigen	HBSC (11-15-Jährige)		1
27	Salzkonsum ab 15 Jahren	Studie des Salzmonitorings und menuCH	Die beiden Quellen ergänzen sich (Befragung und Messung)	2
28.1	Gesamt-Energiekonsum Personen ab 18 Jahren	menuCH und Agrarstatistik / Schweizer Nährwertdatenbank	Der angenäherte Verzehr pro Kopf wäre eine Alternative, sofern keine Wiederholung von menu.ch stattfindet. Ansonsten sind die Daten aus menu.ch qualitativ höher zu bewerten.	1
28.2	Gesamt-Energiekonsum bei 0–17-Jährigen	Datenlücke		6
29	Stillen	SWIFS		2
30.1	Bewegungsverhalten ab 15 Jahren	SGB	Zukünftig objektiv gemessene Daten von SAPALDIA wären ein möglicher Zusatz zur SGB.	5
30.2	Bewegungsverhalten bei 6–15-Jährigen	HBSC und SOPHYA (gemessene Werte)	Gemessene Daten sollen bevorzugt werden.	1
31.1	Sitzen und Ruhen bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	SGB, EWCS	EWCS als Zusatz, falls das Sitzen während der Arbeit interessiert und objektive Daten sind wünschenswert	5
31.2	Sitzen und Ruhen bei 6–15-Jährigen	SOPHYA		2
32	Körperlich aktives Mobilitätsverhalten ab 6 Jahren	Mikrozensus Mobilität und Verkehr (MZMV)	Unterwegszeiten, Etappen, Distanz. Besonders die Zeit und die Etappen sind für den Langsamverkehr wichtig!	1
33	Multifaktorielles Risikoverhalten ab 15 Jahren	SGB	Welches Modell verwendet werden soll, muss abgeklärt werden.	1
34.1	Job-Stress-Index bei 15–64-Jährigen	Job-Stress-Index-Erhebung		1
34.2	Ökonomisches Potenzial	Job-Stress-Index-Erhebung		1
Ziel 2: Verbesserung der Gesundheitskompetenz				
35	Gesundheitswissen ab 15 Jahren	Erhebung Gesundheitskompetenz 2016	Mittels HLS-EU-Q16, short version. Möglicher Ort: Omnibus BFS	2
36.1	Wissen über gesundheitsrelevante Wirkungen des Alkoholkonsums bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	Suchtmonitoring	Noch keine Alternative	4

Indikator Nr.	Kurzbezeichnung	Vorgeschlagen Datenquellen	Bemerkungen	Datensicherheit
36.2	Wissen über die Schädlichkeit von Tabakkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	Suchtmonitoring	Noch keine Alternative	4
36.3	Wissen über Ernährung ab 15 Jahren	Omnibus BFS 14	Weiterführung mittels Omnibus BFS abzuklären.	2
36.4	Wissen über Bewegung ab 15 Jahren	Sport Schweiz	Weiterführung noch offen	2
36.5	Wissen zum Körpergewicht ab 15 Jahren	Bevölkerungsbefragung von Gesundheitsförderung Schweiz/Universität Lugano und SGB	Keine Weiterführung von Bevölkerungsbefragung von Gesundheitsförderung Schweiz. SGB: Erfasst den Wunsch nach Gewichtsveränderung. Allerdings ist dies alleine kein Indikator für das Wissen. Eine Wiederaufnahme anderer Fragen ist mit Gesundheitsförderung Schweiz zu diskutieren.	2
Ziel 3: Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen				
37	Kantonale Budgets für Gesundheitsförderung und Prävention	Kantonale Gesundheitskosten		2
38.1	Gesetzliche Rahmenbedingungen bezüglich Verkauf und Werbung für Alkohol auf kantonaler und nationaler Ebene	Sammlung BAG: <u>Kantonal, National / International</u> , International: Country Profiles WHO (siehe unten) und Monitoring des Zugangs zum Alkohol von Minderjährigen via Testkäufe (Daten der EAV)		1
38.2	Bestehende Regulierungen für Markt- und Werbeeinschränkungen bei Tabak auf kantonaler und nationaler Ebene	Vertrag des BAG mit Lunenliga: Medienanalyse		1
38.3	Kodex Werbeeinschränkungen gegenüber Kindern für Ernährung	KIWI-Studie I+II, Daten von Mediacontrol/Swissplede für Werbung in Kindermagazinen		2
39	Strukturelle Prävention in Settings	- Gesundheitsfördernde Gemeinschaftsgastronomie Zertifizierungen - Friendly Work Space - Schweizerisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen - Schule.bewegt - Monitoring Verbreitung BGM. -Selbstevaluation (schriftliche Befragung) der Partner von actions-anté (als Ergänzung)		5
40.1	Einstellung gegenüber strukturellen Massnahmen – Alkohol, ab 15 Jahren	Suchtmonitoring	Suchtmonitoring nicht in bisheriger Form weitergeführt. Noch keine Alternative.	4
40.2	Einstellung gegenüber strukturellen Massnahmen – Tabak, ab 15 Jahren	Suchtmonitoring	Suchtmonitoring nicht in bisheriger Form weitergeführt. Noch keine Alternative.	4
40.3	Einstellung gegenüber strukturellen Massnahmen – Ernährung, ab 15 Jahren	Omnibus BFS	Eine Befragung von 2014 ist vorhanden. Weitere könnten im Omnibus durchgeführt werden.	2

Indikator Nr.	Kurzbezeichnung	Vorgeschlagen Datenquellen	Bemerkungen	Datensicherheit
40.4	Einstellung gegenüber strukturellen Massnahmen – Bewegung, ab 15 Jahren	Nationale, kantonale und kommunale Vorstösse/Abstimmungen zu Tempo 30-/Bewegungs-zonen		5
41	Vorhandensein von Bewegungsräumen und -flächen	A) Wirtschaftliche Bedeutung der Sportinfrastrukturen in der Schweiz" des ITW Luzern (2007) B) Sportanlagenstatistik Schweiz C) Schweizer Wanderwegnetz, SchweizMobil Routen, Tempo30Zonen/Bewegungs-zonen und andere Variablen	A) Keine Weiterführung geplant. B) Keine Weiterführung geplant. C) alle über das Landschaftsmodell von Swisstopo. Tempo30-Zonen, Bewegungszonen können erst mit dem neuen TLM nach 2015 erhoben werden.	2
42	Verbreitung von Prävention in der Gesundheitsversorgung	Im Moment v.a. Daten von swissprevent.ch	Die Verbreitung des Projekts Gesundheitscoaching käme in Frage.	2
43	Selbstmanagement-Angebote bei NCD-Patienten	Datenlücke	Es wird der Einsatz vom heIQ empfohlen, der im Moment in der Schweiz noch nicht im Einsatz ist. Möglicher Ort: Omnibus	6
44	Schnittstellen in den Behandlungsketten der Gesundheitsversorgung bei NCD-Erkrankungen	medizinische Statistik der Krankenhäuser und SO-MED	In Zukunft sollte eine Verknüpfung dieser Datenbanken möglich sein.	1
Ziel 4: Verbesserung der Chancengleichheit beim Zugang zu Gesundheitsförderung und Prävention				
45	Verzicht auf Gesundheitsleistungen aus finanziellen Gründen ab 16 Jahren	SILC		1
50.1	Gesundheitszustand bezüglich Einkommen ab 16 Jahren	SILC		1
50.2	Gesundheitszustand bei 0–14 Jährigen bezüglich Einkommen der Eltern	SGB		1
Ziel 5: Verringerung des Bevölkerungsanteils mit erhöhten Risiken, an nichtübertragbaren Krankheiten zu erkranken				
46.1	Übergewicht und Adipositas bei Personen ab 15 Jahren	menuCH, SGB und SILC	Ergänzen sich (Zeitreihen versus genauere Befragung)	2
46.2	Übergewicht und Adipositas bei 6–15-Jährigen	Erhebung Bauchumfang und/oder Körpergewicht, ETH Zürich + Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich + HBSC		5
47	Bluthochdruck ab 15 Jahren	SGB und Salzkonsum der Bevölkerung Schweiz, Chappuis, 2011	Diese beiden Quellen ergänzen sich (Befragung versus Messung). Weiterführung Studie Salzkonsum offen	1
2.1	Diabetes-Erkrankungen ab 15 Jahren	Siehe auch Ziel 1		5
2.2	Diabetes-Erkrankungen unter 15 Jahren	Siehe auch Ziel 1		6
48	Erhöhter Cholesterinspiegel ab 15 Jahren	SGB	Keine gemessenen nationalen Daten vorhanden. Bus santé kleiner und lokal.	5

Indikator Nr.	Kurzbezeichnung	Vorgeschlagen Datenquellen	Bemerkungen	Datensicherheit
49.1	Risikohaftes Bauchumfang bei Personen ab 15 Jahren	Studie des Salzmonitors und menuCH	Weiterführung menuCH geplant. Noch offen, wann. Weiterführung Studie Salzkonsum noch offen.	2
49.2	Risikohaftes Bauchumfang bei 6–13-Jährigen	Erhebung Bauchumfang der ETH Zürich	Zukunft der ETH Zürich Studien ist offen.	5
Ziel 6: Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Verringerung der Pflegebedürftigkeit bei nichtübertragbaren Krankheiten				
50.1	Gesundheitszustand ab 16 Jahren	SILC		1
50.2	Gesundheitszustand bei 0–15-Jährigen	Ab SGB 2017	neue Frage zu Kinder via Eltern geplant, jedoch noch keine definitive Zusicherung.	1
51.1	Lebensqualität ab 15 Jahren	SGB		1
51.2	Lebensqualität bei 0–14-Jährigen	SOPHYA und HBSC	Weiterführung SOPHYA muss noch diskutiert werden. Hier sind aber jüngere Kinder als in der HBSC eingeschlossen und darum werden beide Datenquellen in Kombination vorgeschlagen. Voraussichtlich auch Integration in SGB ab 2017 (Proxy-Interview) möglich, jedoch erst in Planung.	2
52	Körperliche Selbstständigkeit ab 15 Jahren	SGB	HomeCare Data der Spitexorganisationen wäre möglich nach Vereinheitlichung der Datenerhebung.	1
53	Pflegebedürftigkeit ab 65 Jahren	SGB und SOMED	HomeCare Data der Spitexorganisationen wäre möglich nach Vereinheitlichung der Datenerhebung.	1
54	Soziale Unterstützung ab 15 Jahren	SGB und EGBI	SGB: Personen in Privathaushalten. EGBI: Personen in Institutionen. Jedoch wird die EGBI (2008/2009) nicht mehr durchgeführt.	1
55	Hilfe beanspruchen bei der Pflege ab 15 Jahren	SGB		1

Tabelle Obsan

© Obsan 2015

8 Weitere Herausforderungen und Hinweise von Expertinnen und Experten

In den nächsten Abschnitten werden hauptsächlich Expertenmeinungen zu spezifischen Problemen zusammengefasst.

8.1 Schwellenwert episodischer Alkoholkonsum bei 11–15-Jährigen (Indikator 18.2)

Die Definition bei Erwachsenen liegt bei 4+/5+ alkoholische Standarddrinks für Frauen/Männer für den episodisch risikoreichen Alkoholkonsum. In der HBSC geht es um den Teilindikator f). Dort werden 5+ alkoholische Standardgetränke für beide Geschlechter als Schwellenwert definiert. International hat sich

bei Erwachsenen ungefähr obige Definition eingebürgert, bei Schülerinnen und Schülern wird in der HBSC auch diese (respektive eine sehr ähnliche) Definition verwendet, vermutlich in Anlehnung an jene für Erwachsene. Jedoch müsste im Prinzip der Schwellwert tiefer sein, da Jugendliche bei gleicher Konsummenge höhere Blutalkoholkonzentrationen aufweisen.

8.2 Atemwegs-Erkrankungen unter 15 Jahren (Indikator 4.2)

Seit Ende von SCARPOL gibt es keine systematische Erhebung von nichtübertragbaren Krankheiten bei Kindern mehr. Eine Gesundheitsbefragung von Kindern und Jugendlichen („Kinder-SGB“) wäre daher sehr wünschenswert.

8.3 Atemwegs-Erkrankungen ab 15 Jahren (Indikator 4.1)

Diese wurden in vier Erhebungen via Lungenfunktionstests in einer Kohorte (SAPALDIA) gemessen. Die Finanzierung der vierten Erhebung ist gesichert, jedoch ist die Weiterführung unklar. Grund sind die Finanzen und der Umstand, dass die Kohorte nie aufgestockt wurde und zu viele Personen verloren gehen.

8.4 Risikobedingte Mortalitäten (Indikator 12.1 – 12.5)

Es ist nicht eindeutig, auf welche Verhaltensweisen bei diesen Indikatoren fokussiert werden soll. Zum Beispiel Indikator 45.3: Welches Essverhalten soll berücksichtigt werden? Früchte/Gemüse? Weiter müssen die Indikatoren 45.1-45.5 abgeglichen werden.

8.5 Gesamtenergiekonsum Kinder / Jugendliche

Es gibt in der Schweiz keine Daten zu diesem Indikator. Ideen für mögliche Erhebungen finden sich in folgenden Publikationen:

http://www.mangerbouger.be/IMG/pdf/enfant_et_nutrition-2.pdf

http://www.invs.sante.fr/publications/2007/nutrition_enns/RAPP_INST_ENNS_Web.pdf

8.6 Strukturelle Prävention in Settings (Indikator 39)

Die Settings liegen in der Kompetenz von jeweils völlig unterschiedlichen Institutionen. Deshalb ist es schwierig, langfristige und vergleichbare Daten über die Settings hinweg zu erhalten. Z.B. sind Schulen in der Kompetenz von Gemeinden und von Kantonen, während für Arbeitsplätze die unterschiedlichsten Verantwortlichkeiten gelten. Die Messbarkeit von struktureller Prävention in Settings ist aktuell in der Schweiz nur ungenügend möglich.

Generell werden die Labels bei diesem Indikator stärker hinterfragt, weil sie nur die Teilnehmer/innen beinhalten, man aber nichts über die Nicht-Teilnehmer/innen weiss. Es werden auch noch weitere mögliche Labels vorgeschlagen:^{91,92}

- VIA Gesundheitsförderung⁹³

⁹¹ <http://gesundheitsfoerderung.ch/public-health/ernaehrung-und-bewegung-bei-kindern-und-jugendlichen/projekte/kinder-0-bis-3-jahre.html>, letzter Zugriff, 16.10.2015

⁹² <http://gesundheitsfoerderung.ch/public-health/ernaehrung-und-bewegung-bei-kindern-und-jugendlichen/projekte/kinder-4-bis-6-jahre.html>, letzter Zugriff, 16.10.2015.

⁹³ <http://gesundheitsfoerderung.ch/public-health/gesundheitsfoerderung-fuer-aeltere-menschen/projekt-via.html>, letzter Zugriff, 16.10.2015.

- Schnitz und drunder⁹⁴
- Fourchette verte⁹⁵
- Purzelbaum⁹⁶

Folgende Expertenmeinung kann hier angeführt werden: „Wenn wir über gesetzliche Massnahmen im Bereich Alkohol und Tabak hinausgehen, stellt sich natürlich die Frage, was denn strukturelle Prävention ist. Nach dem Gesundheitsdeterminanten-Ansatz können dies von Kitas über die zehn Schuljahre bis zu den Tagesstrukturen für Langzeitarbeitslose oder öffentliche Grünanlagen sehr viele Settings sein. Die Anzahl von Settings mit Labels ist ein möglicher Ansatz, weil dort meistens solche Determinanten miteinbezogen werden. Ich bin aber sehr skeptisch, ob die Label-Vergabe wirklich ein guter Indikator ist für die Entwicklung in diesem Bereich. Ob und wer sich für ein Label bewirbt, hängt vor allem mit der Akzeptanz des Labels, der Finanzierung und politischen Prioritäten ab, also vielen externen Störfaktoren“.

8.7 Übergewicht bei Kindern bis 6 Jahren

Daten zum Übergewicht bei Kindern unter 6 Jahren fehlen bisher. Zwar wurden die Eltern im schriftlichen Fragebogen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB 2012) gefragt, wie gross und wie schwer ihre Kinder sind. Mit diesen Proxy-Angaben ist es grundsätzlich möglich, den BMI der Kinder zu berechnen. Die Resultate einer ersten, inoffiziellen Analyse scheinen jedoch keine plausiblen Resultate zu ergeben.

Zu diskutieren bliebe daher, ob man auf anderem Wege zu den BMI-Daten von Vorschulkindern kommen könnte. Es wurde vorgeschlagen, über die Pädiater oder Kinderspitäler zu gehen, da die Eltern mit ihren Kindern bis zum Alter von ca. fünf Jahren relativ regelmässig zum Kinderarzt gehen, der das Kind messe und wäge. Es wird angenommen, dass ab dem Kindergarten diese Arbeiten eher an die Schulärzte delegiert werden. Die Pädiater und Kinderspitäler erheben die Daten wahrscheinlich ziemlich systematisch, fraglich ist allerdings, ob sie diese auch erfassen und irgendwo ablegen, so dass eine umfassende Auswertung möglich ist.

8.8 Ernährungsbedingte Mortalität (Indikator 12.3)

Gemäss Expertenmeinung ist es eine grosse Herausforderung, die Evidenz für den Indikator „Ernährungsbedingte Mortalität (Indikator 12.3) zu ermitteln („es ist völlig unklar, wie das berechnet werden könnte“). Weiter wird erwähnt: „Dazu muss „unausgewogene Ernährung“ definiert werden (z.B. als Nicht-Erfüllung von 5-a-day, was kaum genügen dürfte). Weiter ist unklar, welche Krankheiten / Todesursachen klar mit unausgewogener Ernährung in Verbindung gebracht werden können und die Literatur zu den relativen Risiken dürfte ungenügend sein. Vielleicht würde es Sinn machen, diesen Indikator wegzulassen und sich auf Adipositas (Indikator 12.5) zu beschränken.“ Und eine weitere, sehr kritische Expertenmeinung dazu lautet: „Sinn/Nutzen des Indikators ist m.E. wenig einleuchtend. Ich zweifle, ob es gelingt, einen solchen Indikator methodisch überzeugend zu entwickeln und zu berechnen: Warum jemand gestorben ist, ist bei den Verhältnissen in der Schweiz wohl in den seltensten Fällen primär oder ausschliesslich auf einen Faktor wie die "Ernährung" zuweisbar.“

8.9 Diabetes-Erkrankungen unter 15 Jahren (Indikator 2.2)

Es besteht eine Datenlücke zu Diabetes Typ 2, wohingegen bei Diabetes Typ 1 eine jährlich Erhebung am Kinderspital Zürich stattfindet.

⁹⁴ <http://www.radix.ch/Gesunde-Schulen/Ernaehrung-und-Bewegung/schnitz-und-drunder/P1n2f/>, letzter Zugriff, 29.10.2015.

⁹⁵ <http://www.fourchetteverte.ch/de/>, letzter Zugriff, 29.10.2015.

⁹⁶ <http://www.radix.ch/Gesunde-Schulen/Ernaehrung-und-Bewegung/Purzelbaum-Schweiz/P2uDQ/>, letzter Zugriff, 29.10.2015.

8.10 Sonstiges

Ein wichtiger, offener Punkt ist die Definition e-Zigarette und ob es sich dabei um ein Tabakprodukt oder nicht.