

Institut für Sozial- und Präventivmedizin
der Universität Basel

EVALUATION DES NATIONALEN
KREBSBEKÄMPFUNGSPROGRAMMES
PHASE I, 1999: STUDIE 2

Inventar der vorhandenen Datenquellen
und Indikatoren

*Ursula Ackermann-Liebrich, Carlos Quinto, Bettina Seifert,
Tamara Vranesic*

Finanziert von:

Schweizerische Krebsliga
Vertrag vom 12. November 1999

Zitieren:

Ackermann-Liebrich U, Quinto C, Seifert B, Vranesic T:
Evaluation des Nationalen Krebsbekämpfungsprogrammes,
Phase I, 1999. Studie 2: Inventar der vorhandenen
Datenquellen und Indikatoren. Basel: Institut für Sozial-
und Präventivmedizin der Universität Basel, 2000 (Raisons
de santé, 49).

Dank:

Wir möchten uns bei all den Personen und Institutionen
herzlich bedanken, welche mit ihrem Einsatz einen
wichtigen Beitrag zur Studie 2 geleistet haben:

Bestellungen:

Bestellschein am Ende des Berichtes.

INHALTSVERZEICHNIS

1	Zusammenfassung	5
1.1	Allgemeine Schlussfolgerungen und Empfehlungen	6
2	Einleitung	7
3	Methodik	10
4	Ergebnisse	13
4.1	Zentrale Datenquellen: Kontinuierliche und periodische Erhebungen	13
4.1.1	Mortalitätsstatistik	13
4.1.2	Spitalstatistik	17
4.1.3	Vereinigung Schweizerischer Krebsregister	21
4.1.4	Schweizerische Gesundheitsbefragung	25
4.1.5	Trendstudie zum Konsum von Alkohol, Tabak, Medikamenten und illegalen Drogen SFA	31
4.1.6	Schülerbefragung SFA	33
4.1.7	Warenkorb BFS	36
4.1.8	Schweizer Haushalt-Panel	38
4.1.9	Traditioneller Haushaltspanel IHA · GfM	40
4.1.10	Pharmaabsatzzahlen IHA · GfM	40
4.1.11	Sonnenexposition und Sonnenschutz	41
4.1.12	Indikatoren für den Tabakkonsum in der Schweiz	44
4.1.13	Statistische Erhebungen und Schätzungen über Landwirtschaft und Ernährung	49
4.1.14	Participants' Report SIAK	50
4.1.15	Trial Guide SAKK	52
4.1.16	Guidelines	53
4.1.17	Berufskrankheiten SUVA	55
4.1.18	Krebstelefon SKL	56
4.2	Weitere Datenquellen: Kontinuierliche und periodische Erhebungen	57
4.2.1	Statistik der verteilten Broschüren SKL	57
4.2.2	Jahresberichte von im Bereich Krebs tätigen Institutionen	57
4.2.3	Invalidenversicherung BSV	58
4.2.4	Andere Statistiken des BSV	59
4.2.5	Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer	60
4.2.6	Nestlé-Studie	60
4.3	Zentrale Einzelerhebungen	61
4.3.1	Frauen und Krebs	61
4.3.2	Vorstudie für eine nationale Kampagne zur Früherfassung des kolorektalen Karzinoms	63
4.3.3	Ausmass und Intensität von Krebsschmerzen in der Schweiz	66
4.4	Weitere Einzelerhebungen	68
4.4.1	IUMSP: Die Gesundheit Jugendlicher in der Schweiz	68
4.4.2	Stillhäufigkeit und Stilldauer in der Schweiz 1994	70
4.4.3	Kohortenstudie Alkohol- und Drogenkonsum SFA	70
4.5	Abgeschlossene Erhebungen	72
4.5.1	Krebsvorsorge	72
4.5.2	MONICA-Studie und <i>Basler Ernährungsstudie</i>	75

5	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	78
5.1	Zusammenfassende Schlussfolgerungen und Empfehlungen	80
6	Anhang.....	
6.1	Zentrale Datenquellen im Überblick	82
6.1.1	Globalkonzept	82
6.1.2	Brustkrebsprogramm	85
6.1.3	Lungenkrebsprogramm	89
6.1.4	Hautkrebsprogramm	92
6.1.5	Darmkrebsprogramm	94
6.2	Zieltabelle: Formuliere Ziele des nationalen Krebsbekämpfungsprogramms	97
6.3	Abkürzungen	109

1 ZUSAMMENFASSUNG

Folgende Fragestellungen sind grob zusammengefasst durch die Studie 2 bearbeitet worden:

- Welche für die Evaluation zweckdienlichen Datenquellen existieren?
- Welche ergänzenden Daten sollen im Zeitraum 2000-2002 erhoben werden?

Die Studie 2 hatte zum Ziel ein Inventar vorhandener Daten und Indikatoren zur Evaluation der Ziele des Globalkonzepts wie der 4 Module Hautkrebs, Brustkrebs, Lungenkrebs und Darmkrebs zusammenzustellen. Anhand der vorgeschlagenen Datenquellen und Indikatoren soll im Hinblick auf die Ergebnisevaluation der Module ein Monitoringsystem hauptsächlich für die Zielbereiche Krebs epidemiologie, Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung und Therapie und zusätzlich für die Zielbereiche Nachsorge und Lebensqualität entwickelt werden. Datenlücken sollen identifiziert und Vorschläge zu deren Schliessung unterbreitet werden. Der Bereich Mammographie-Screening wurde im Auftrag zu dieser Studie ausgeschlossen.

Folgendes methodisches Vorgehen wurde gewählt: In einem ersten Schritt wurden die in den Strategieplänen (Stand 7/99) formulierten Ziele extrahiert. Diese Ziele wurden zuerst einer Prüfung hinsichtlich ihrer Präzision, ihrer Quantifizierbarkeit, ihres Zeithorizontes und der zugrundeliegenden Hypothesen (normative oder prozessorientierte Fragestellung, Wirkungsmodell) unterzogen. Bei diesem Prozess wurde deutlich, dass der grössere Teil der formulierten Ziele eher Visionen und Wunschvorstellungen entsprach. Mängel waren vor allem im Bereich der Quantifizierbarkeit feststellbar. Die laufenden Untersuchungen der Studien 1 und 3 ergaben, dass eine Ursache dafür in der unscharfen Definition der Prozesse liegt. Bezüglich Wertung, Einsatz und Fortführung des Strategieplanes bestehen unterschiedliche Vorgehensweisen innerhalb der 4 Module. Deshalb wurde im Konsolidierungsprozess durch die Evaluationsgruppe beschlossen, zunächst Datenquellen zu identifizieren, welche Indikatoren enthalten, und diese Datenquellen anschliessend den in den Strategieplänen formulierten Zielen (vgl. Anhang 6.2: Zieltabelle) zuzuordnen.

In einem zweiten Schritt wurden die für die Ergebnisevaluation als nützlich beurteilten schweizerischen gesundheitsstatistischen Datenquellen zusammengetragen. Bei der Wahl der wichtigsten Datenquellen waren folgende Kriterien massgebend: die Datensammlung musste kontinuierlich oder periodisch vorhanden sein, sie sollte gesamtschweizerisch durchgeführt und systematisch beschrieben sein. Einmalige Erhebungen, sofern sie durch ihre Qualität überzeugten oder einen interessanten Inhalt aufwiesen, wurden ebenfalls berücksichtigt. Hernach folgte eine elektronische Datensuche nach Publikationen aus der Schweiz, Europa und Nordamerika. Ergänzend fanden persönliche oder telefonische Interviews mit Personen statt, von denen bekannt war, dass sie sich beruflich mit Erhebung, Bearbeitung oder regelmässiger Benutzung dieser Daten befassen.

Als wichtigste Datenquellen wurden folgende identifiziert:

- die Schweizerische Todesursachenstatistik (BFS),
- die Kantonalen Krebsregister (VSKR),
- die Schweizerische Spitalstatistik (BFS),
- die Schweizerische Gesundheitsbefragung (BFS),
- die Schülerbefragungen der SFA,

- die in den "Indikatoren für den Tabakkonsum in der Schweiz" (BAG) analysierten Studien.

Wichtige Einzelstudien konnten ebenfalls identifiziert werden. Ihre Verwendbarkeit für die Evaluation hängt jedoch von einer wiederholten Durchführung ab.

Aus den Datenquellen, deren Daten kontinuierlich oder periodisch erhoben werden, lassen sich Veränderungen bezüglich Krebsmortalität, Krebsinzidenz, Krebsmorbidity, Gesundheitsförderung und Prävention von Krebserkrankungen über lange Zeit überwachen. Zu berücksichtigen ist, dass sich Veränderungen in Mortalität und Inzidenz in der Regel erst 10-20 Jahre, bestenfalls fünf Jahre nach Durchführung von Massnahmen feststellen lassen, was hohe Anforderungen an die Kontinuität und die Nachhaltigkeit des Nationalen Krebsbekämpfungsprogrammes stellt. Bezüglich Gesundheitsförderung und Prävention können aber Verhaltensänderungen, die sich etwa fünf Jahre nach Durchführung der Massnahmen in der Bevölkerung feststellen lassen, erfasst werden; hier laufen verschiedene Studien. Für Diagnose und Therapie, wo auch kurzfristige Ergebnisse zu erwarten sind, konnten bisher kaum verlässliche Datenquellen identifiziert werden (mit Ausnahme der in den Krebsregistern und angeschlossenen Studien enthaltenen Daten). Dasselbe gilt für die Nachsorge.

1.1 ALLGEMEINE SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

- Bei der Zielformulierung für das Nationale Krebsbekämpfungsprogramm ist Vereinheitlichung und Quantifizierung erforderlich. Dies setzt bessere Informationsflüsse bezüglich Struktur und Prozess der Aktivitäten innerhalb des nationalen Programms und der vier Module voraus.
- Zum Aufbau eines Monitoringsystems in den Bereichen Mortalität, Inzidenz, Gesundheitsförderung und Prävention sind in der Schweiz Datenquellen vorhanden. Dies trifft teilweise auch für Therapie und Diagnose zu.
- Für die bisher in den Programmen sichtbaren Aktivitäten kann für die Ergebnisevaluation in den Bereichen Epidemiologie, Gesundheitsförderung und Prävention weitgehend auf die vorhandenen Datenquellen zurückgegriffen werden. Teilweise gilt dies auch für die Therapie. Voraussetzung ist aber die Sicherstellung einer unabhängigen, dauerhaften Finanzierung der wichtigsten Datenquellen (Krebsregister).
- Die Benutzung vorhandener Datenquellen zur Evaluation bestimmter Aktivitäten benötigt aber in jedem Falle eine systematische Aufarbeitung des Ist-Zustandes, der angestrebten Veränderungen (Soll-Zustand) und die Powerberechnung der jeweiligen Erhebung zur Erfassung der angestrebten Veränderung. Je nach Datenquelle ist eine Erhöhung der Stichprobe nötig (z.B. Schweizerische Gesundheitsbefragung) oder neue Fragen müssen eingebracht werden. Dies ist in jedem Fall mit Aufwand verbunden.
- Datenlücken bestehen in den Bereichen Diagnose, Therapie und Nachsorge. Prioritär müssen hier (falls in diesen Bereichen Aktivitäten mit klaren Zielen durchgeführt werden) Daten zur Ausgangslage und zum Verlauf erhoben werden.

2 EINLEITUNG

Im Jahr 1995 veröffentlichte die World Health Organization (WHO) das Dokument „National Cancer Control Programmes“, welches die Staaten aufruft, nationale Krebsbekämpfungsprogramme durchzuführen. Dieses Dokument unterstreicht die Bedeutung einer gemeinsamen Vision, welche die Elemente Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung, Diagnostik, Behandlung, psychosoziale Unterstützung und die Rehabilitation beinhalten soll. Seit 1994 sind in der Schweiz das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Schweizerische Krebsliga (SKL) mit der Erarbeitung eines nationalen Krebsbekämpfungsprogrammes beschäftigt. Die SKL hat vom BAG den Auftrag erhalten, das Konzept für dieses Programm zu erarbeiten und dieses anschliessend umzusetzen. Für das Nationale Krebsbekämpfungsprogramm ist ein Lenkungsausschuss einberufen worden, um den Prozess zu begleiten und die Koordination der anfallenden Aktivitäten zu überwachen. Dieser Lenkungsausschuss setzt sich aus Vertretern von verschiedenen Institutionen zusammen, welche in diesem Programm eine Rolle spielen: BAG, SKL, FMH, SGPG, Stiftung 19 (ehemals Stiftung für Gesundheitsförderung), Bundesamt für Sozialversicherung (BSV), Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK), Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK), Schweizerisches Institut für angewandte Krebsforschung (SIAK), Schweizerisches Institut für experimentelle Krebsforschung (ISREC), Vereinigung Schweizerischer Krebsregister (VSKR), International Agency of Research on Cancer (IARC). Man hat beschlossen, sich bei der Durchführung des Programms auf vier Krebserkrankungen zu konzentrieren, nämlich Brustkrebs, Hautkrebs, Lungenkrebs und Darmkrebs, aus welchen die vier entsprechenden Programme, auch Module genannt, hervorgegangen sind.

Das Dokument Dachkonzept Krebsbekämpfung, welches im Jahre 1998 erstellt worden ist, beschreibt die Vision und die grobe Ausrichtung und definiert die Rollen der in diesem Programm mitwirkenden Organisationen. (Zielbereiche: Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung, Diagnostik, Behandlung, Beratung und Betreuung, Forschung, Wissenstransfer und Qualität). Ebenfalls sind darin die für alle Programme gültigen Globalziele definiert worden: Senkung der Krebsinzidenz, Senkung der Krebsmortalität und Verbesserung der Lebensqualität der betroffenen Personen.

Als State of the Art-Dokument ist für jedes Programm eine Monographie geschrieben worden, welche den Programmen als inhaltliche Grundlage dient (Darmkrebsmonographie ist z.Zt. im Reviewverfahren). Anschliessend sind die Strategiepläne für jedes Programm verfasst worden, welche die durch das jeweilige Programm zu erreichenden Ziele enthalten. Die Strategiepläne enthalten keine Aktions- oder Umsetzungspläne.

Im Jahr 1998 haben das BAG und die SKL die Globalevaluation der Strategie des Nationalen Krebsbekämpfungsprogramms ausgeschrieben und den Auftrag an das Institutskonsortium, welches die fünf Schweizerischen Institute für Sozial- und Präventivmedizin^a vereint, erteilt. Der Auftrag wurde angenommen und eine Evaluationspilotgruppe hat unter der Leitung und Koordination des IUMSP Lausanne die Arbeit aufgenommen. Die Arbeitsaufteilung zwischen den Instituten erfolgte in Funktion ihrer Kompetenzen.

^a Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP), Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Basel (ISPMBs), Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Bern (ISPMBe), Institut de médecine sociale et préventive de Genève (IMSP), Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Zürich (ISPMZ).

Das Hauptziel dieser Evaluation ist es, den Erreichungsgrad der Ziele, welche die Programmleitung des NKBP und die einzelnen Module festlegten, zu untersuchen und die Punkte, welche zur Verbesserung der einzelnen Programme beitragen könnten, zu eruieren.

Die Globalevaluation der Programmleitung sollte dazu beitragen, die Festlegung der Ausrichtung und der Ziele zu verbessern. Die Programmevaluation der Module sollte die Zweckdienlichkeit, die Umsetzung und die Ergebnisse der einzelnen Programme in der betroffenen Bevölkerung untersuchen und einen Beitrag zur Verbesserung der Programmqualität liefern. Die Tätigkeiten der Evaluation enthalten interne (Auto-Evaluation, internes Monitoring) und externe Komponenten.

Die Evaluation deckt die ersten vier Jahre der Strategie ab (1999-2003):

Phase 1 (1999) beinhaltet - für die Globalevaluation sowie für die Programmevaluation:

- Definition der Evaluationsbedürfnisse;
- Festlegung der Evaluationsprioritäten und Ausarbeiten eines Evaluationsprogrammes bis 2002;
- Einführen von Instrumenten für das Monitoring und die Umsetzung der Strategie und der Programme, welche von den Programmverantwortlichen verwendet werden können;
- Sichtung der vorhandenen Daten, welche der Strategie wie auch den Programmen zur Verfolgung der Ergebnisse mittels Indikatoren als Baseline dienen;
- Konzept der Datenerhebung betreffend fehlender Indikatoren.

Phase 2 erstreckt sich über den Zeitraum 2000-2002 und überwacht die Fortschritte der Umsetzung der Evaluationsergebnisse im NKBP.

Das Mammographiescreening ist gemäss Auftrag nicht Gegenstand der Evaluation.

Das gewählte Vorgehen ist dasjenige einer begleitenden, auf die Anwendung ausgerichteten Evaluation. Sie deckt die Evaluation der Strategie und der Programme gemäss den mit den Strategie- und Programmverantwortlichen regelmässig zu definierenden Prioritäten ab. Diese Prioritäten hängen von Stand des Fortschritts und der Umsetzung der Programme ab. Die Evaluation deckt in Abstimmung mit den Strategie- und Programmverantwortlichen die Fragestellungen ab, welche zu gegebener Zeit für die Entwicklung der Programme notwendig sind. Die Evaluation nutzt die vorhandenen Daten und wacht darüber, Redundanzen bei der Datenerhebung zu vermeiden, indem sie versucht, für die verschiedenen Programme gemeinsame Instrumente zu entwickeln.

Für Phase 1 (1999) sind drei grundlegende und komplementäre Aufgabenbereiche für die Evaluation definiert und in separaten Studien abgehandelt worden:

- Studie 1: Evaluation der Konzeption und der Umsetzung der Strategie auf nationalem Niveau (Global- und begleitende Evaluation)
- Studie 2: Inventar der verfügbaren Daten, welche dem Monitoring der Ergebnisindikatoren und des Impacts der Strategie dienen (Global- und Programmevaluation)
- Studie 3: Begleitende Evaluation der Konzeption und der Umsetzung der vier Module

Diese Aufgabenbereiche wurden unter den Partnern der Evaluationspilotgruppe aufgeteilt^b. Es fand ein regelmässiger Austausch der gesammelten Daten und der erworbenen Kenntnisse (geführte Interviews) zwischen den Instituten statt. Regelmässige Sitzungen wurden abgehalten und zum Abschluss der Arbeiten ist ein gemeinsamer Syntheseworkshop durchgeführt worden.

Die Studie 2, welche durch das Institut für Sozial- und Präventivmedizin Basel bearbeitet worden ist, hatte zur Aufgabe, ein Inventar der vorhandenen Daten und Indikatoren zusammenzustellen.

Es wurde diskutiert, welche Zeitspanne für die Zielevaluation erforderlich ist. Zu diesem Zweck wurde ein Inventar der Daten erstellt, die zur Evaluation der nationalen Krebsbekämpfungsstrategie vorhanden sind und die Identifikation der Datenlücken auf diesen Gebieten vorgenommen sowie ein Vorschlag erarbeitet, wie die wichtigsten Indikatoren erfasst werden können.

Im Einzelnen umfasst die vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin betreute Arbeit folgende Punkte: Allgemeine Daten und Datenquellen über Inzidenz und Sterblichkeit an Krebserkrankungen. Die in den Unterlagen des Globalkonzeptes und der vier Module (AG Lungenkrebs, AG Brustkrebs, AG Hautkrebs und AG Darmkrebs) festgelegten Ziele wurden extrahiert und auf ihre Quantifizierbarkeit hin überprüft.

Die Suche nach Datenquellen und Indikatoren wurde auch zielfrei vorgenommen. Begleitend wurden telefonisch oder persönlich Interviews durchgeführt mit Personen, die sich beruflich mit Erhebung, Bearbeitung oder regelmässiger Benutzung dieser Daten befassen.

^b Studie 1: IUMSP Lausanne, Studie 2: ISPM Basel und Studie 3: ISPM Bern.

3 METHODIK

Evaluationen von staatlichen Massnahmen waren ein zentrales Anliegen des Nationalen Forschungsprogrammes «Wirksamkeit staatlicher Massnahmen» (NFP 27). Die Schweizerische Krebsliga ist zwar keine staatliche behördliche Instanz, da es sich aber um ein nationales Krebsbekämpfungsprogramm handelt und in der Praxis die Bundesämter für Gesundheit, Sozialversicherung und die Sanitätsdirektorenkonferenz involviert sind, kann die Evaluation des nationalen Krebsbekämpfungsprogrammes auf einer ähnlichen Ebene angesiedelt werden.

Die Suche nach Datenquellen und Indikatoren im Bereich Gesundheit auf schweizerischer Ebene erfolgte in den letzten Jahrzehnten wiederholt, jeweils unter anderen Blickwinkeln. Auslösend war meistens ein Ereignis, das eine umfassende Beschreibung des Ist-Zustandes erforderte und davon ausgehend einen Vorschlag für einen Soll-Zustand, oder mehrere Konzepte zur Erreichung eines solchen. Einschneidende Veränderungen ergaben sich 1992 mit dem Bundesstatistikgesetz, dem Datenschutzgesetz und 1993 mit der Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes.

Nach Sichten allgemeiner Literatur sowie der Monographien der SKL zu Hautkrebs, Brustkrebs und Lungenkrebs (Darmkrebs noch in Bearbeitung) wurde folgendes methodisches Vorgehen gewählt: In einem ersten Schritt wurden die in den Strategieplänen (Stand 7/99) formulierten Ziele extrahiert (vgl. Anhang 6.2: Zieltabelle). Diese Ziele wurden zuerst einer Prüfung hinsichtlich ihrer Präzision, ihrer Quantifizierbarkeit, ihres Zeithorizontes und der zugrundeliegenden Hypothesen (normative oder prozessorientierte Fragestellung, Wirkungsmodell) unterzogen. Bei diesem Prozess wurde deutlich, dass der grössere Teil der formulierten Ziele eher Visionen und Wunschvorstellungen entsprach. Mängel waren vor allem im Bereich der Quantifizierbarkeit feststellbar. Die laufenden Untersuchungen der Studien 1 und 3 ergaben, dass eine Ursache dafür in der unscharfen Definition der Prozesse liegt. Bezüglich Wertung, Einsatz und Fortführung des Strategieplanes bestehen unterschiedliche Vorgehensweisen innerhalb der 4 Module. Deshalb wurde im Konsolidierungsprozess durch die Evaluationsgruppe beschlossen, zunächst Datenquellen zu identifizieren, welche als Indikatoren dienen können, und diese Datenquellen anschliessend den in den Strategieplänen formulierten Zielen (vgl. Anhang 6.2: Zieltabelle) zuzuordnen.

In einem zweiten Schritt wurden die für die Ergebnisevaluation als nützlich beurteilten schweizerischen gesundheitsstatistischen Datenquellen zusammengetragen. Bei der Wahl der wichtigsten Datenquellen waren folgende Kriterien massgebend: die Datensammlung musste kontinuierlich oder periodisch vorhanden sein, sie sollte gesamtschweizerisch durchgeführt und systematisch beschrieben sein. Einmalige Erhebungen, sofern sie durch ihre Qualität überzeugen oder einen für die Evaluation interessanten Inhalt aufweisen, wurden ebenfalls berücksichtigt. Hernach folgte eine elektronische Datensuche nach Publikationen aus der Schweiz, Europa und Nordamerika. Ergänzend fanden persönliche oder telefonische Interviews mit Personen statt, von denen bekannt war, dass sie sich beruflich mit Erhebung, Bearbeitung oder regelmässiger Benutzung dieser Daten befassen.

Im Folgenden wurden die zum Teil sehr unterschiedlichen Datenquellen entsprechend ihrer Relevanz für das Programm nach zentralen und weiteren Datenquellen unterteilt. Die Reihenfolge innerhalb dieser Kategorien erfolgt einerseits nach den Zielbereichen und nach kontinuier-

licher und periodischer Erhebung, resp. Einzelerhebung. Die Beschreibung der einzelnen Datenquellen erfolgte anhand eines einheitlichen Musters. Nach der Sichtung mehrerer Datenquellen wurde ein Schema zu deren Darstellung entworfen.

Die Abschnitte sind im einzelnen:

1. Charakteristik: Der vollständige Titel, die Art der Datenerhebung, der Erhebungsrhythmus, die existierenden Jahrgänge, die Art der Stichprobe, die örtliche und zeitliche Auflösung sowie die mit der Datenverarbeitung hauptsächlich beauftragte Stelle sind stichwortartig beschrieben.
2. Datenzugang: Institution, über welche die Daten erhältlich sind. Häufig besteht eine Deckungsgleichheit mit der datenverarbeitenden Institution. Bei der Verfügbarkeit wurde vor allem Wert gelegt auf die Erfassung der Verzögerung, mit welcher die Daten nach dem Erhebungszeitraum verfügbar sind. Teilweise waren die Angaben diesbezüglich widersprüchlich. Auf Grund diverser nicht vorhersehbarer Schwierigkeiten ist oft von längeren Intervallen als von offiziell genannten auszugehen.
3. Inhalt: Erhobene Daten
4. Methodik: Sofern Angaben vorhanden sind
5. Indikatoren: Indikatoren oder Stellungnahme zu möglichen Indikatoren. Bei umfangreichen Informationsquellen werden am Ende des Kapitels die Einzelindikatoren in Tabellenform den im Anhang 2 aufgeführten Zielen zugeordnet
6. Bemerkungen: Meist zum konkreten Nutzen oder zu Limitationen der Daten
7. Literatur: Weiterführende oder beigezogene
8. Indikatoren: Optional bei wichtigen Datenquellen angehängte Tabelle mit Indikatoren und Zuordnung zu NKBP-Zielen (vgl. Anhang 6.2: Zieltabelle)

Zur besseren Übersicht sind im Anhang 1 die Datenquellen, respektive Indikatoren und Ziele in tabellarischer Form nach den Modulen Brustkrebs, Lungenkrebs, Hautkrebs und Darmkrebs sowie auch nach den Zielbereichen Epidemiologie (insbesondere Inzidenz und Mortalität), Gesundheitsförderung/Prävention, Früherkennung/Diagnostik, Therapie, Nachsorge und Lebensqualität gegliedert.

Literatur

Bundesamt für Statistik: Sozialindikatoren für die Schweiz. Band 1 Gesundheit. Beiträge zur schweizerischen Statistik/Heft 81. BFS, Bern, 1981.

Bundesstatistikgesetz (BStatG), 9. Oktober 1992. SR 431.01; AS 1993 2080.

Burg G (Hrsg.): Hautkrebs: das maligne Melanom. Fakten und Handlungsbedarf, Bern, 1998. Im Auftrag von Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Krebsliga.

Datenschutzgesetz (DSG), 19. Juni 1992. SR 235.1.

Bussmann W: Evaluationen staatlicher Massnahmen erfolgreich begleiten und nutzen. Ein Leitfaden (NFP 27). Verlag Rüegger, Chur, 1995.

de Montmollin André, Altwegg D et al.: Nachhaltige Entwicklung in der Schweiz. Materialien für ein Indikatorensystem. Eine Pilotstudie unter Verwendung der Methodik der Kommission für nachhaltige Entwicklung der UNO (CSD). Hrsg: Bundesamt für Statistik, Bundesamt für Umwelt, Wald und Landschaft, Neuchâtel, 1999.

Gurtner F, Minder Ch E (Leiter), Minder V: Gesundheitsstatistische Konzepte und Organisationsmodelle. Eine Studie über die Situation in der Schweiz und im Ausland. Autoren: ISPM Bern, im Auftrag von Bundesamt für Statistik, Bern, 1993.

Kahlmeier S: Aktionsplan Umwelt und Gesundheit: Evaluationskonzept. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Basel, 1998.

Morin G, Ackermann-Liebrich U: Epidemiologische Datenquellen in der Schweiz unter besonderer Berücksichtigung der mit vertretbarem Aufwand erschliessbaren Daten über mögliche Auswirkungen der Luftverunreinigung auf die Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz. Arbeit im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheitswesen, Basel, 1990.

Rajower I, Sasco AJ, Kleihues P (Hrsg.): Brustkrebs: Fakten und Handlungsbedarf, Bern, 1996. Im Auftrag von Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Krebsliga.

Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes, 30. Juni 1993. SR 431.012.1.

Weber W, Rajower I, Kleihues P (Hrsg.): Lungenkrebs: Fakten und Handlungsbedarf, Bern, 1997. Im Auftrag von Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Krebsliga.

4 ERGEBNISSE

4.1 ZENTRALE DATENQUELLEN: KONTINUIERLICHE UND PERIODISCHE ERHEBUNGEN

4.1.1 Mortalitätsstatistik

Charakteristik

Vollständiger Titel:	Schweizerische Todesursachenstatistik
Art der Datenerhebung:	schriftliche Arztmeldung auf standardisiertem Formular, administrativer Teil durch Zivilstandesämter. Meldung fortlaufend, Frist abhängig von Grösse des Zivilstandskreises
Erhebungsrhythmus:	kontinuierlich, üblicherweise jährlich publiziert
Existierende Jahrgänge:	seit 1876, seit 1969 auf elektronischen Datenträgern
Stichprobe:	Vollerhebung. Erfasst werden alle Personen mit zivilrechtlichem Wohnsitz in der Schweiz. Seit dem 1.1.87 werden auch Todesfälle im Ausland erfasst.
Örtliche Auflösung:	bis auf Grösse Gemeinde bezüglich Todesort, respektive auf Zivilstandskreis bezüglich Herkunft der Verstorbenen.
Zeitliche Auflösung:	bis auf Sterbedatum und -stunde, bei Unfällen mit Todesfolge wird Unfalldatum ebenfalls erfasst.
Datenverarbeitung:	Bundesamt für Statistik(BFS), Abteilung Bevölkerung und Beschäftigung, Sektion Gesundheit: rohe Sterbezahlen, diverse Sterbeziffern

Datenzugang

Institution:	Bundesamt für Statistik (BFS), Sektion Gesundheit, Neuchâtel
Verfügbarkeit:	offiziell 3 Monate nach Ende der Erhebungsperiode verfügbar, Datenzusammenstellung in speziellen Aggregationen kann mehrere Jahre in Anspruch nehmen. Aktuell ungefähr 2 Jahre Rückstand.
Medium:	Schriftlich: Tabellen auf Anfrage oder Statisches Jahrbuch der Schweiz Online: STATINF
Bestimmungen:	Bundesstatistikgesetz 1992, Datenschutzgesetz 1992, Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes 1993.

Inhalt

Gemeldet werden:

Zivilstandskreis und Registernummer

Ort, Datum und Stunde des Todesfalls

Geburtsdatum, Geschlecht, Zivilstand, Konfession, Heimatstaat, Wohnort, Datum der letzten Verheiratung, Scheidung oder Verwitwung der, resp. des Verstorbenen

Geburtsdatum und Heimat des überlebenden Ehegatten

Geburtsdatum der Mutter bei ledig Verstorbenen unter 20 Jahren

Beruf, Stellung im Beruf, Wirtschaftszweig des Verstorbenen, bzw. seines Ehepartners oder Ernährers

Grundkrankheit, in kausalem Zusammenhang mit der unmittelbaren Todesursache

Folgekrankheit, resp. unmittelbare Todesursache

Begleitkrankheiten

Unfalldatum bei Tod durch Unfall

Autopsie

Name und Adresse des meldenden Arztes

Methodik

Die Meldung erfolgt schriftlich durch den Arzt via Zivilstandsamt (Arztmeldung in verschlossenem Umschlag) an das BFS. Für die Erhebung der Todesursachen besteht eine Auskunftspflicht. Zur Auskunftspflicht gehört auch die Beantwortung allfälliger Rückfragen an das BFS. Die Kodierung des zivilrechtlichen Wohnsitzes und der Berufstätigkeit erfolgt gemäss Verzeichnissen des BFS. Bezüglich der seit dem 1.1.87 auch im Ausland erfassten Todesfälle ist für Schweizer von einer ziemlich vollständigen Rückmeldung auszugehen, bei Ausländern ist dies noch relativ unsicher.

Es handelt sich um eine unikausale Todesursachenstatistik. Bis zu drei Diagnosen werden regelmässig erfasst. Als Grundlage für die Berechnung der Sterberate dient eine Diagnose. Diese muss nicht konsistent sein mit der Zuordnung der Diagnosen zu Grundkrankheit, unmittelbarer Todesursache und Begleitkrankheiten durch den meldenden Arzt. Beim BFS besteht seit 1954 eine Prioritätsregel, welche eine Festlegung der Todesursache unabhängig von der Beurteilung des meldenden Arztes (Grundkrankheit, unmittelbare Todesursache und Begleitkrankheit) erlaubt. Diese Kodierhierarchie sollte eine langfristige Vergleichbarkeit der Resultate sicherstellen. Da Krebskrankheiten aber eine höhere Hierarchie als beispielsweise kardiovaskuläre Krankheiten einnehmen, führte dies zum Teil zur Kodierung von Krebsleiden als Todesursache auch bei kurativ behandelten Patienten gemäss Schüler und Bopp. Bösartige Neubildungen wurden somit eher zu häufig codiert. Änderungen im Gebrauch dieser Prioritätsregel und die Einführung der ICD-10 sind möglicherweise Ursache für Änderungen in der Krebsmortalität um 1980 und um 1994-97.

Bis 1969 wurden schweizerische Nomenklaturen von Todesursachen verwendet (1876, 1901, 1921, 1931, 1942 und 1951 sechste und letzte). Ab 1969 wurde die ICD-8 der WHO verwendet, welche international 1965 eingeführt wurde. 1975 erfolgte die Ablösung der ICD-8 durch die ICD-9 im europäischen Umfeld. In der Schweiz wurde die ICD-8 beibehalten. Die Veränderungen im Bereich Tumorerkrankungen zwischen ICD-8 und ICD-9 fallen gering aus. Für das Na-

tionale Krebsbekämpfungsprogramm (NKBP) einzig von Belang ist, dass die «nicht näher bezeichneten Neoplasien des Darmkanals» (ICD-8 153.9) den «Malignomen mangelhaft bezeichneten Sitzes in den Verdauungsorganen» zugeordnet wurden. Seit dem 1.1.95 wird die ICD-10 verwendet. Die Neoplasien sind im Kapitel C und D nach Ursprungsort klassifiziert. Eine morphologische Beschreibung der Tumoren gemäss der ICD-O (Onkologie) erfolgt nicht im Rahmen der Mortalitätsstatistik, wohl aber bei den Krebsregistern. Auf Grund regionaler Unterschiede in der Autopsiehäufigkeit (<10% bis über 60%), welche sich direkt auf Art und Qualität der Diagnosen auswirkt, wie einer allgemein abnehmenden Autopsiehäufigkeit (BS: -40% von 1982-96) ist von einer unterschiedlichen, resp. Abnehmenden Validität der Diagnosen auszugehen. Fehlschätzungen sind ferner möglich durch «importierte», respektive «exportierte» Mortalität. Dieser Effekt tritt auf bei einem vorgängig erfolgten Wohnortwechsel der Verstorbenen infolge Institutionalisierung (psychiatrische Kliniken, Altersheime, etc.).

Die letzte grössere Studie über eine externe Validierung der Todesursachenstatistik datiert aus dem Jahre 1989 (Minder und Zingg). Aktuell sind ungefähr 10% der Sterbekarten ungenügend ausgefüllt, was Anlass zu Rückfragen beim meldenden Arzt gibt. Von einer nahezu vollständigen Meldung der Todesursachen (< 1% Nichtbescheinigung) durch die Ärzteschaft ist erst seit Ende der sechziger Jahre auszugehen.

Mögliche Fehlerquellen liegen bei Angaben der Sterbeziffern bei der Berechnung der Schweizerischen Wohnbevölkerung (Zähler/Nenner Problem, z.B. bei ausländischer Wohnbevölkerung im Kanton Genf), was sich vor allem bei der Beschreibung sehr seltener Ereignisse auswirkt. Während Personenangaben wie Geschlecht und Alter zuverlässig erscheinen, ergab ein Vergleich der codierten Berufe mit anderen Datenquellen, wie z.B. vorausgegangenen Volkszählungen, eine Übereinstimmung von 57% (Minder).

Die Qualität der gemeldeten Todesursache steht im Zentrum des Interesses. Beeinflusst ist die Art der Meldung durch die Todesumstände: Ort (Spital/ausserhalb Spital), Zeit, Qualifikation und Motivation des bescheinigenden Arztes, von zuvor durchgeführter Diagnostik, respektive nachher erfolgter Autopsie, vom Alter des Patienten (höheres Alter: schlechtere Information) und vom Stand der medizinischen Wissenschaft.

Die Studie von Minder und Zingg ergab eine schlechte Validität bei 24% der Todesursachen (Zweitkodierung durch BFS externen Arzt) und eine mangelhafte Reliabilität (Zweitkodierung BFS intern) in 7% bei einer Stichprobe von 665 Todesfällen.

Zur örtlichen Auflösung der Mortalitätsstatistik ist zu bemerken, dass der Zivilstandskreis mit der politischen Gemeinde oder Munizipalgemeinde identisch ist. Zu einer Munizipalgemeinde können mehrere Ortsgemeinden gehören. Eine Bearbeitung der Daten erfolgte unter anderem durch Schüler und Bopp (Atlas der Krebsmortalität). Eine Aufteilung des Landes in 106 MS-Regionen (mobilité spatiale) wurde vorgenommen. Es existieren 12 verschiedene MS-Typen unter Berücksichtigung der drei Wirtschaftssektoren und der Zentrum-Peripherie-Dimension.

Indikatoren

Altersstandardisierte Mortalitätsraten können als Indikatoren sowohl für das Globalkonzept wie auch für die Programme Brustkrebs, Lungenkrebs, Darmkrebs und Hautkrebs verwendet werden. Gemäss einer Publikation der WHO für nationale Krebsbekämpfungsprogramme wäre eine Veränderung der Krebsmortalität in der Folge eines nationalen Krebsbekämpfungsprogrammes erst nach 10 Jahren, aber innerhalb von 20 Jahren zu erwarten.

Eine generelle Reduktion der Krebsmortalität um mehr als 15%, resp. rein behandlungsbedingt um mindestens 10 Prozent, wäre als Erfolg zu werten.

Für erfolgreiche Gesundheitsförderungs-/Präventionsprogramme wäre ein Effekt auf die Mortalität und Inzidenz in 15-20 Jahren zu erwarten, bedingt unter anderem durch die Latenzzeit in der Tumorentstehung. Für Screening und Diagnostikprogramme wären Effekte in 5-15 Jahren zu erwarten, für Therapieprogramme in 5 bis 10 Jahren. Projekte im Bereich Nachsorge dürften, sofern sie mit einer Steigerung kurativ behandelbarer Rezidive verbunden sind, ebenfalls in 5-10 Jahren einen Effekt zeigen. Zur Evaluation von Programmen mit Schwerpunkt im Bereich Palliativmedizin und Lebensqualität sind Mortalitätsdaten nicht geeignet.

Beim Lungenkrebs können bei gewissen Subtypen die Mortalitätsdaten zur Schätzung der Inzidenz verwendet werden, da das 5 Jahresüberleben äusserst gering ist.

Auf Grund des von Schüler und Bopp erarbeiteten Atlas der Krebsmortalität der Schweiz, in welchen die Daten der Mortalitätsstatistik und Inzidenzdaten der Krebsregister einfliessen, dürften Programme des NKBP bis auf Ebene von Landesregionen bezüglich Veränderungen in der Mortalität evaluierbar sein, die im Abschnitt Methodik erwähnten Einschränkungen vorbehalten.

Bemerkungen

Von grösserer Aussagekraft infolge zusätzlicher Validierungsmöglichkeiten wird die Mortalitätsstatistik, wenn Verbindungen zur im Aufbau befindlichen Spitalstatistik möglich sind. Falls der geplante Datenlink möglich sein wird, werden krankheitsspezifischere Aussagen, z.B. zur Letalität möglich sein. Zur zeitlichen Auflösung ist zu bemerken, dass eine grössere Auflösung als die jährliche bei Krebsleiden infolge ihres zeitlichen Verlaufs nicht sinnvoll erscheint.

Literatur

Bundesstatistikgesetz (BStatG), 9. Oktober 1992. SR 431.01; AS 1993 2080.

Bundesamt für Statistik: Krebssterblichkeit: Qualität der Daten in der Schweiz. Bundesamt für Statistik, Bern 1984.

Bundesamt für Statistik: Schweizerische Todesursachenstatistik. Richtlinien für die ärztliche Bescheinigung der Todesursachen. BFS, Bern 1996. ISBN 3-303-14025-1.

Datenschutzgesetz (DSG), 19. Juni 1992. SR 235.1.

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Hrsg. im Auftrage des Bundesministeriums für Gesundheit. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10). Version 1.0 Stand August 1994. Hans Huber Verlag, Bern, 1994. - World Health Organization (WHO), ed. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10). Genf, WHO, 1992.

Institut für Pathologie, Kantonsspital Basel, Universitätskliniken: Jahresbericht 1996.

Levi F, Decarli A, La Vecchia C, Randriamiharisoa A: Krebssterblichkeit in der Schweiz 1950 bis 1984. Bundesamt für Statistik, Bern 1987.

Levi F, Decarli A, La Vecchia C, Randriamiharisoa A: Die schweizerische Krebsmortalität von 1951 bis 1984, analysiert nach den Effekten von Alter, Generation und Todeszeitperiode. Schweiz. Med. Wochenschrift 1988;118:Suppl. 26.

Minder Ch E, Zingg W: Die Sterblichkeitsstatistik in der Schweiz. Datenqualität der Todesursachen und Berufsbezeichnungen. BFS, Bern 1989.

Morin G, Ackermann-Liebrich U: Epidemiologische Datenquellen in der Schweiz. unter besonderer Berücksichtigung der mit vertretbarem Aufwand erschliessbaren Daten über mögliche Auswirkungen der Luftverunreinigung auf die Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz. BAG Auftrag Nr. FE316-89-259.

Paccaud F: Qualité des statistiques de causes de décès: problèmes actuels et perspectives. Soz Praeventivmed 1982; 27: 154-160

Schüler G, Bopp M: Atlas der Krebsmortalität in der Schweiz 1970-1990. In 4 Bänden. Birkhäuser, Basel, 1997.

Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes, 30. Juni 1993. SR 431.012.1.

WHO: National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines. WHO, 1995. ISBN 92 4 154474 0.

Wüest M, BFS Sektion Gesundheit: Persönliche Mitteilung

4.1.2 Spitalstatistik

Charakteristik

Vollständiger Titel:	Medizinische Statistik der Krankenhäuser
Art der Datenerhebung:	Meldung durch ärztlichen Dienst und Spitaladministration nach Spitalaustritt auf standardisierter Maske auf elektronischem Datenträger
Erhebungsrhythmus:	kontinuierlich, wird üblicherweise jährlich publiziert werden
Existierende Jahrgänge:	Administrative Daten seit 1.1.97, Medizinische Daten seit 1.1.98
Stichprobe:	Vollerhebung. Vollständige Erfassung landesweit aller Betriebe, die Patienten zur stationären ununterbrochenen Behandlung und Betreuung aufnehmen.
Örtliche Auflösung:	bis auf Stufe Klinik innerhalb eines Spitalbetriebes, respektive geographisch bis auf die entsprechenden Versorgungsregionen, politisch am ehesten kantonalen Bezirken entsprechend.
Zeitliche Auflösung:	Eintrittsdatum, bei Notfällen auch Eintrittsstunde. Austrittsdatum, bei Exitus auch Stunde.
Datenverarbeitung:	zuerst kantonal durch kantonale Statistikstellen, danach auf schweizerischer Ebene durch Bundesamt für Statistik (BFS), Abteilung Bevölkerung und Beschäftigung, Sektion Gesundheit, Neuchâtel. Auswertung der Zusatzdatensätze evtl. durch speziell bezeichnete Institutionen

Datenzugang

Institution: Bundesamt für Statistik (BFS), Sektion Gesundheit, Neuchâtel.

Verfügbarkeit:	geplant auf Ende des dem Erhebungsjahr folgenden Jahres, wobei die kantonalen Statistikstellen die Daten bis zum 31. Juli des dem Erhebungsjahres folgenden Jahres dem BFS zustellen müssten. Kantonale Daten sind somit früher verfügbar, wobei eine Validierung dann erst durch die kantonale Stelle und noch nicht durch das BFS vorliegt.
Medium:	schriftlich: Tabellen auf Anfrage und auszugsweise im Statistischen Jahrbuch der Schweiz Online: STATINF aus Datenschutzgründen (Grösse der Aggregation) vorerst nicht geplant. Daten, für entsprechende Organisationen nach DSG, auf Anfrage erhältlich
Bestimmungen:	Bundesstatistikgesetz, Datenschutzgesetz, Krankenversicherungsgesetz

Inhalt

Für jede stationär behandelte Person existiert ein Minimaldatensatz, der folgende Merkmale umfasst:

Erhebungstechnische Merkmale	Rekordart Kennzeichnung des Statistikfalls Zusätzliche Daten
Leistungserbringer	Spitalidentifikation NOGA-Kode Kanton
Patientenmerkmale	Anonymer Verbindungscode Geschlecht Geburtsdatum Alter bei Spitaleintritt Wohnort (Region) Nationalität
Aufenthaltsmerkmale	Eintrittsdatum Aufenthalt vor Eintritt Eintrittsart Einweisende Instanz Behandlungsart Klasse Aufenthalt in Intensivmedizin Administrativer Urlaub & Ferien Hauptkostenstelle Hauptkostenträger für Grundversicherungsleistungen Austrittsdatum Entscheid für Austritt Aufenthalt nach Austritt Behandlung nach Austritt
Diagnosen	Hauptdiagnose Zusatz zu Hauptdiagnose 1 - max. 8 Nebendiagnosen
Chirurgische und medizinische Behandlungen	Hauptbehandlung Datum des Beginns der Hauptbehandlung 1 - max. 9 weitere Behandlungen

Zusatzdatensätze existieren auf kantonaler Ebene und in folgenden medizinischen Bereichen: Neonatologie und Psychiatrie.

Methodik

Definitionen:

stationärer Aufenthalt: dauert länger als einen Tag (24h), Einweisung in der Regel durch einen Arzt. Aufenthalte unter 24h sofern ein Bett benötigt wird, es sich um eine ungeplante Aufnahme handelt, bei Notfall, Todesfall oder notwendiger Verlegung. Teilstationäre Aufenthalte gelten prinzipiell als geplant.

Notfall: Behandlungsnotwendigkeit innerhalb von 12 Stunden nach Anmeldung oder Eintreffen des Patienten

Aus Datenschutzgründen wird das genaue Geburtsdatum nur bei bis Zweijährigen und bei Todesfällen erhoben, ansonsten nur der Geburtsjahrgang.

Aus medizinischer Sicht sind Diagnose und Behandlungsart die Kernpunkte. Die Diagnosen werden nach ICD-10 verschlüsselt (für Onkologie: Kapitel C und D). Die ICD-10 umfasst nicht nur Diagnosen. Es können auch «Faktoren» kodiert werden, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Kapitel Z).

Die aktuellen methodischen Probleme ergeben sich aus der Implementation der erst neu eingeführten Statistik. Die an der Peripherie vorhandenen materiellen (z.B. Personalcomputer) und personellen Ressourcen waren, respektive sind teilweise noch ungenügend. An einigen Spitälern wurden jedoch bereits Stellen geschaffen und das EDV-Netz ausgebaut, was unter anderem Vorteile einer besseren Qualifikation der Codierenden, einer grösseren Konsistenz der Daten infolge geringerer Interrater-Variabilität bringt sowie die Möglichkeit aus zeitlichen Gründen alle zur Verfügung gestellten Diagnosefelder zu belegen. Bis die Daten ausreichend plausibel, reproduzierbar und valide sind, werden einige Jahre vergehen.

Die Behandlungen, erfasst werden in sensu strictu vor allem diagnostische und operative Eingriffe, werden nach dem vierstelligen Code der schweizerischen Ausgabe der amerikanischen Operationsklassifikation, ICD-9-CM, Vol. 3 kodiert, kurz CHOP genannt.

Indikatoren

Die Spitalstatistik ist primär ein Indikator für die Prävalenz stationär behandlungsbedürftiger Krebsleiden. Dies sowohl für das Globalprogramm wie auch für die einzelnen Krebsbekämpfungsprogramme.

Erfolgreiche Programme der Gesundheitsförderung und Primärprävention dürften sich in einem Rückgang der Behandlungszahlen bemerkbar machen. Ein solcher Effekt wäre aber auch erst nach 10-20 Jahren feststellbar.

Anstrengungen im Bereich Screening und Diagnostik, welche gut mit den Z-Codes erfasst werden könnten (aber eben meist ambulant erfolgen), könnten innert 3-5 Jahren zu einem Anstieg der Behandlungszahlen führen, um danach auf stationärem Niveau zu verbleiben. Die Spitalstatistik wäre hierfür auch ein Indikator. Um eine Aussage machen zu können, ob für den Patienten wirklich ein Nutzen besteht (z.B. lead-time bias, length bias), wäre eine Koppelung der Daten mit den Daten der Krebsregister und der Mortalitätsstatistik notwendig.

Für den Bereich Therapie bietet sie einen guten Indikator für die stationäre Tumor Chirurgie. Über die anderen Behandlungen lassen sich nur sehr beschränkt Aussagen machen. Verbunden mit den Daten der Tumorregister lassen sich hierbei höchstens Schätzungen für die Zugänglichkeit zu diesen Leistungen in einem definierten Gebiet (am ehesten auf kantonaler Ebene) machen. Bedingung dafür wäre allerdings die generelle Erfassung der behandlungsentscheidenden TNM- Stadien durch die Krebsregister.

Zum Bereich Nachsorge lassen sich keine Aussagen machen, da dieser vorwiegend in den ambulanten Bereich fällt.

Einschränkungen:

Angaben zur Kausalität von Krebserkrankungen sowie zur Behandlungs- und Pflegequalität kann die Spitalstatistik nicht leisten. Für Hinweise in dieser Richtung müsste eher auf Daten des SIAK abstützt werden (eg. Anteil von Patienten in kontrollierten klinischen Studien). Es sind auch keine Aussagen zur Lebensqualität der Krebspatienten möglich. Die Funktion der Spitalstatistik bleibt primär eine deskriptive im Bereich der Morbidität.

Bemerkungen

Die Spitalstatistik verbessert die Datenlage bezüglich Morbidität der Schweizer Wohnbevölkerung entscheidend. Im Gegensatz zur Vorgängerstatistik, der VESKA-Statistik, handelt es sich um eine Vollerhebung. Die Inzidenz lässt sich mit der Einschränkung als jährliche administrative stationäre Behandlungsinzidenz beschreiben, da Rehospitalisationen erkannt werden können. Für die Inzidenz von Krebserkrankungen im allgemeinen epidemiologischen Sinne dürften die Daten der Krebsregister geeigneter sein.

Therapien wie Radiotherapie und Chemotherapie, ausser aplasierende Therapieschemata, sind vorwiegend ambulante Domäne und werden somit nicht erfasst. Hingegen ergibt sich ein gutes Abbild der grösseren tumorchirurgischen Eingriffe.

Bezüglich der ICD-10 Codes ist von einer guten Erfassung der C- und D-Codes auszugehen. Die Z-Codes, welche zusätzliche Hinweise für die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch Krebsleidende, inklusive vermeintlich an Krebs leidenden, liefern, dürften schlechter erfasst werden, da sie keine eigentliche Diagnose beschreiben. Ein wesentlicher Teil der unter den Z-Codes abzubildenden Inanspruchnahme des Gesundheitswesens fällt zudem in den ambulanten Bereich.

Falls eine Datenverbindung mit der Mortalitätsstatistik, z.B. über den anonymen Verbindungscode, personenbezogen möglich wird, wären bedeutend mehr Aussagen bis auf Ebene Spitalversorgungsregion möglich. Voraussetzung hierfür sind eine günstige Weiterentwicklung der Spitalstatistik, im Sinne einer Konsolidierung, und die Bereitstellung entsprechender finanzieller und personeller Mittel im BFS zur Datenbearbeitung und -auswertung, welche diese Verbindung erfordert, respektive ermöglicht.

Literatur

Bucher H. et al.: Checkliste Gesundheitsberatung und Prävention. Thieme, Stuttgart, 1993.

Bundesamt für Statistik: Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens. Medizinische Statistik der Krankenhäuser. Detailkonzept 1997. BFS/GES/9.5.97

CHOP: Schweizerische Operationsklassifikation. Diverse elektronische Versionen im Umlauf. Basierend auf ICD-9-CM (Clinical Modification), Vol 3, welche wiederum aus Teilen der ICPM (International Classification of Procedures in Medicine) hervorgegangen ist.

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Hrsg. im Auftrage des Bundesministeriums für Gesundheit . Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10). Version 1.0, Stand August 1994. Hans Huber Verlag, Bern, 1994. - World Health Organization (WHO), ed. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10). Genf, WHO, 1992.

Sobin LH, Wittekind C: TNM Classification of Malignant Tumors, 5th edition. John Wiley & Sons, New York, 1997.

Zahnd D, BFS Sektion Gesundheit: Persönliche Mitteilung

4.1.3 Vereinigung Schweizerischer Krebsregister

Charakteristik

Beschreibung:	Kantonale Krebsinzidenzregister, mit zentraler schweizerischer Datenbank.		
Art der Datenerhebung:	Meldung durch Pathologen und klinisch tätige Ärzte auf standardisierten Formularen der einzelnen Krebsregister, welche gesamtschweizerisch identischen Teil „tronc commun“ (TC) enthalten.		
Erhebungsrhythmus:	kontinuierlich, kantonale üblicherweise jährlich publiziert, gesamtschweizerischer Bericht alle 5 Jahre.		
Existierende Jahrgänge:	BS/BL	seit 1981	TC: 1981-96
	GE	seit 1970	TC: 1970-96
	GR/GL	seit 1989	TC: 1989-94
	NE (bei VD)	seit 1972	TC: 1972-94
	TI	geplant	TC: geplant
	SG/AI/AR	seit 1980	TC: 1980-94
	VS	seit 1989	TC: 1989-93
	VD	seit 1974	TC: 1974-94
	ZH	seit 1980	TC: 1980-93
	<u>TC:</u> verfügbare ausgewertete Jahrgänge Stand 8/99		
Stichprobe:	Vollerhebung in entsprechenden Kantonen. Gut 50% der Schweizer Wohnbevölkerung abgedeckt. Daten mit Einschränkungen auf Gesamtschweiz extrapolierbar.		
Örtliche Auflösung:	Wohnort, resp. fakultativ Geburtsort, Jahr des Zuzugs in Tumorkanton.		
Zeitliche Auflösung:	Bis auf Tag genau („Inzidenztag“), wobei dieser der genauen Altersfestlegung dient (Alter bei Diagnosestellung). Ausepidemiologischer Sicht Beschränkung auf Jahr (Jahresberichte liegen vor) sinnvoll.		

Datenzugang

Verfügbarkeit: Jahresberichte der einzelnen Krebsregister mit 1-3 Monaten Verzögerung auf das Erhebungsjahr folgend. Gesamtschweizerischer Be-

richt zum Teil mit mehrjähriger Verzögerung (Latenz zur Zeit unter anderem bedingt durch Validierung der Daten mit der Todesursachenstatistik) auf das Erhebungsjahr folgend.

Medium:

Schriftlich:

Krebs in der Schweiz. Fakten und Kommentare. VSKR/SKL (letzte Ausgabe 1998). In der Regel alle 5 Jahre. Öffentlich erhältlich.

Jahresberichte der einzelnen kantonalen Krebsregister. Auf Anfrage.

Bestimmungen:

Datenschutzgesetz

Inhalt

Die untenstehenden Angaben beziehen sich auf den «tronc commun». In gewissen Registern werden zum Beispiel im Rahmen von Studien erheblich mehr Variablen systematisch erfasst.

Variable	BS/BL	GE	NE	SG/AP	VD	ZH	VS	GR
<u>Personenmerkmale</u>								
Geschlecht	81-	70-	72-	80-	74-	80-	89-	89-
Zivilstand	81-	70-	72-80	91-	89	80-	89	89-
Geburtsdatum	81-	70-	72-	80-	74-	80-	89-	89-
Wohnort , zivrechtl. Wohnkanton/Land	81-	- 70-	72-	72-	72-	80-	89-	89-
Geburtsort	-	70-	72-80; 89-	-	-	-	-	-
Nationalität	81-	70-	72-80; 89- 72-	91-	89-	(80-)	(89-)	89-
Zuzugsjahr	-	70-	80	-	-	-	-	-
Beruf	81-	80-	-	89-	89-	80-	89-90	89-
Sozialschicht	-	70-	72-80	-	-	-	89-90	-
<u>Persönl. Anamnese</u>								
bek. Tumorleiden	(81-)	70-	72-80	80-	74-	(80-)	-	(89-)
Lokalisation	81-	72-	-	80-	74-	-	-	-
Jahr d. Lokalisation	81-	-	-	91-	80-	80-	-	-
<u>Aktueller Tumor</u>								
Inzidenzdatum	81-	70-	72-	80-	74-	80-	89-	89-
Erstdiagnose bei								
klin. Beschwerden, Checkup Untersuchung, nebenbefundlich Autopsie, Sterbekarte	-	70-	72-80	80-	-	80-	89	-
Cytologie/HämatolHistologie, Autopsie positiv./verdächtig oder negativ	81-	70-	72-80; 89-	80-	82-	80-	89-	89-
Totenschein	-	70-	72-	-	74-	-	-	89-

Variable	BS/BL	GE	NE	SG/AP	VD	ZH	VS	GR
Andere Bestätigung	-	70-	-	-	74-	-	-	-
Klin.diagnostische Untersuchungen wie Klinisch,Radiologisch, Nuklearmedizinisch,Endoskopisch, Operativ	-	70-	72-80; 89-	80-	-	-	89-	89-
Lokalisation:ICD-O	81-	70-	72-	80-	74-	80-	89-	89-
Morpholog.:ICD-O	81-	70-	72-	80-	74-	80-	89-	89-
TNM klinisch	-	81-	-	-	-	80-	89-	
TNM pathologisch	81-	88-	77-80	91-	-	-	-	89-
Erweiterter Datensatz Melanom	81-	83-	83-	80-	80-	80-	89-	89-
Erweiterter Datensatz Brust(krebs)	96-	96-	96-	96-	96-	96-	96-	96-
Therapieart wie Chirurgie, Radiotherapie, Chemotherapie, andere	81-	70-	-	80-	-	-	-	-

fett: Obligatorische Variablen

in (): Eingeschränkt auswertbar aus div. Gründen

Methodik

Der städtische Bevölkerungsanteil ist auf Grund der Verteilung der Krebsregister überrepräsentiert. Dies spielt unter anderem eine Rolle bei Untersuchungen bezüglich beruflicher Exposition, respektive genereller auch bezüglich Exposition gegenüber Umweltschadstoffen. Die Daten der Krebsregister werden durch die Fonction centrale der VSKR jährlich validiert, durch die IARC (International Agency for Research on Cancer) alle 5 Jahre. Wegen der Umstellung von ICD-8 auf ICD-10 per 1.1.95 liegen aktuell die zur Verifizierung benötigten Daten der Todesursachenstatistik erst mit mehrjähriger Verzögerung vor, was die Berichterstattung der Krebsregister dementsprechend verzögert. Gemäss mündlicher Auskunft ist das Problem aber in Lösung begriffen.

Gewisse Veränderungen in der Inzidenz bei wenigen Krebsarten sind durch klinisch/pathologisch ändernde Diagnosegewohnheiten bedingt: z.B. die Chronische Lymphatische Leukämie (CLL) wurde, resp. wird zunehmend als Non Hodgkin Lymphom diagnostisch klassifiziert. Ferner können in der ICD-O (Onkologie) in unterschiedlichen Ausgaben Tumoren bezüglich ihres Malignitätsverhaltens anders beurteilt werden. So führte zum Beispiel in der 2. Auflage der ICD-O ein Upgrading der Ovarcarcinome in der Malignität zu folgenden scheinbaren Veränderungen in dieser Tumorgruppe:

Inzidenzerhöhung,

Veränderung der Tumorstadienzusammensetzung bei Diagnose,

Verbesserung der Überlebensstatistik.

Angaben zu Überlebensraten sind schon seit längerem erhältlich von den Registern BS/BL, GE, GR/GL, SG/AI/AR und VD. In NE und ZH wurden die entsprechenden Anpassungen gerade vorgenommen. Zum Teil erfolgen diese Erhebungen auch im Rahmen europäischer Studien (EUROCARE) zum Tumorüberleben. Ein Schwerpunkt, in Zusammenarbeit mit der Schweiz-

rischen Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie (SPOG), wurde auf die Entwicklung eines nationalen Krebsregisters für Krebserkrankungen im Kindesalter gelegt. Ferner wird auch an einer internationalen Studie partizipiert, welche das Leukämierisiko bei Kindern nach Tschernobyl (ECLIS) monitorisiert.

Indikatoren

Bezüglich Validität der Daten ist die Datenbank der Vereinigung der Schweizer Krebsregister sicher die bedeutendste Datenquelle. Sie ist geeignet, um mit dem Indikator Krebsinzidenz, allgemein und tumorspezifisch Effekte erfolgreicher Massnahmen in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention nachzuweisen, allerdings mit einer Latenz von 10 bis 20 Jahren.

Ebenfalls gut evaluieren lassen sich Massnahmen im Bereich der Früherkennung, so bereits beim Mammographiescreening erfolgreich, und verbesserter Diagnostik. Optimierung im Bereich Tumorstadienklassifikation müsste angestrebt werden, wobei die Erfassung des TNM-Stadiums, respektive des beim jeweiligen Tumor international gebräuchlichsten Stadieneinteilungssystems, zu einem obligatorischen Bestandteil des «tronc commun» werden sollte.

Über den Indikator Letalität, meist erhoben in 5-Jahresüberlebensraten, lässt sich die Effektivität der Therapie und der Nachsorge, Früherkennung von Tumorrezidiven und Zuführung zu einer geeigneten Therapie, evaluieren. In diesem Zusammenhang müsste die Follow Up Datenerhebung allgemein verbessert werden. Die Problematik liegt hierbei zwischen den Ansprüchen des Datenschutzes und effizienter Beschaffung der entsprechenden Daten. Bereits heute erfolgt dies für ein kleines Teilkollektiv im Rahmen der EUROCARE-Studien. Eine Übersicht über die Resultate der EUROCARE II Studie, betreffend das Überleben von Erwachsenen in Europa, mit einer Krebsdiagnose zwischen 1978-89 wurde Dezember 1998 publiziert.

Zur Lebensqualität lassen sich keine Angaben machen.

Bemerkungen

Gegenwärtig können viele Aussagen der Krebsregisterdaten auf gesamtschweizerische Verhältnisse extrapoliert werden. Entsprechende Arbeiten über die Repräsentativität liegen vor. Zu gewissen Risiken, wie zum Beispiel Umweltrisiken, können eingeschränkt Aussagen gemacht werden, da keine homogene, natürliche Verteilung vorliegt. Insofern wäre ein gesamtschweizerischer Ausbau der Krebsregister zu befürworten.

Eine Stärke der kantonalen Organisation liegt sicher in der Nähe von Datenerhebung und Datenauswertung. Bezüglich gemeinsam erhobener Daten bestehen aber noch Differenzen. Der «tronc commun» sollte ausgebaut werden. So sollten die Angaben zum Todesdatum verbessert werden, was eine Verbesserung der Follow Up Datenlage ermöglichen würde, z.B. Überlebensrate. Eine generelle Erfassung des TNM-Stadiums, resp. des gebräuchlichen Tumorstadieneinteilungssystems, wäre sinnvoll. Die Stadien sind für Krankheitsverlauf und Therapiewahl diskriminierend, respektive auch unabdingbar, wenn Effekte verbesserter Diagnostik oder Screeningmethoden evaluiert werden sollen. Die Einfügung einer Variable Lokalisation gemäss ICD-10 ist bereits vorgesehen. Mit dieser Variablen wäre eine bessere Verbindung zur Mortalitäts- und der Spitalstatistik möglich. Ideal wäre personenbezogene Verbindung über einen anonymen Verbindungscode mit den beiden letztgenannten Statistiken. Abschliessend sei nochmals betont, dass es sich bei den Krebsregistern gegenwärtig um die wichtigste Datenquelle im Bereich Krebs handelt. So können beispielsweise die Effekte eines Tumorscreenings (Studie in Planung zum Beispiel im Modul Darmkrebs) bevölkerungsbezogen nur mit Hilfe von Krebsregistern adaequat

erfasst werden. Deshalb ist auf eine dauerhafte und unabhängige Finanzierung der Krebsregister zu achten, welche deren Fortbestand auf einem qualitativ hochstehenden Niveau garantiert.

Literatur

Association Suisse des Registres des Tumeurs: Rapport final du Comité d'évaluation et de restructuration. août 1999.

Coebergh JWW, Sant M, Berrino F, Verdecchia A: Survival of Adult Cancer Patients in Europe Diagnosed from 1978-1989: The EURO CARE II Study. European J Cancer, Special Issue, Vol.34, No.14, december 98.

IARC (Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Raymond L, Young J Eds.): Cancer Incidence in Five Continents. Vol VII, IARC Scientific Publications No. 143, Lyon, 1997.

la Fonction centrale de l'Association suisse des registres des tumeurs: Rapport d'activité 1998, c/o IUMSP Lausanne.

Ligue suisse contre le cancer (Ed.), auteurs (ASRT): Cancer en Suisse. Faits et commentaires. Berne, 1998. Anm: auch in deutsch zeitgleich erschienen.

Raymond L, Zentrale Datenbank VSKR: Persönliche Mitteilung

Raymond L et al: Représentativité nationale des données des registres régionaux du cancer fonctionnant actuellement en Suisse. Bull Suisse Cancer 1997; 4: 167-72.

SIAK: Participants' Report: Winter Semi-Annual Group Meeting 1998. Raymond L, Pury P: Etude des indicateurs de validité des données dans les registres ASRT à partir des informations de al banque centrale: résultats provisoires (VSKR:Internal Validation). p 249-54.

Thorhorst J, Krebsregister beider Basel: Persönliche Mitteilung

WHO: Percy C, Van Holten V, Muir C (Eds. NCI/USA,IARC/F): International Classification of Diseases for Oncology. ICD-O, 2nd ed., Geneva, 1990.

4.1.4 Schweizerische Gesundheitsbefragung

Charakteristik

Vollständiger Titel:	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)
Art der Datenerhebung:	Teilerhebung in Form einer Befragung mit Telefoninterviews oder persönlichen Interviews und zusätzlichem schriftlichen Fragebogen
Erhebungsrhythmus:	periodisch alle 5 Jahre
Existierende Jahrgänge:	1992/93 und 1997; Vorläuferbefragungen: SOMIPOPS, IGIP und im Bereich Alkohol-, Tabak, Medikamenten- und Drogenkonsum Trendstudie SFA.
Stichprobe:	Zweistufig geschichtete Zufallsstichprobe. Repräsentativ für die gesamte Schweizer Wohnbevölkerung. Privathaushalte mit Telefonanschluss in der ganzen Schweiz; Stichprobenumfang: 1992/93: 15'288; 1997: ca. 13'000 Zielpersonen

	Geschlecht:	Frauen und Männer
	Altersgruppe:	älter als 15 Jahre
Befragungsetappen:	1992/93:	4 saisonale Blöcke von Mai bis April
	1997:	4 saisonale Blöcke von Januar bis Dezember
Teilnahmequote:	1992/93:	75%
	1997:	69%
Durchführung:	Institut LINK für Markt- und Sozialforschung in Luzern und Lausanne, im Auftrag des Bundesamtes für Statistik (BFS)	

Datenzugang

Bundesamt für Statistik (BFS), Abteilung Bevölkerung und Beschäftigung, Sektion Gesundheit, Neuchâtel. Die Resultate sind jeweils zwei Jahre nach der Erhebung verfügbar.

Inhalt

Die SGB erhebt Daten über den Gesundheitszustand, Krankheiten, Einstellungen zur Gesundheit, die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen, die Gesundheit der Jugendlichen, gesundheitsrelevante Verhaltens- und Lebensweise sowie über Lebensbedingungen, Arbeit und Gesundheit. Es werden keine körperlichen Untersuchungen durchgeführt.

Methodik

Die Stichprobe der SGB ist zwei-stufig geschichtet. In einem ersten Schritt wurde eine regional^c und nach Kanton geschichtete Stichprobe aus Privathaushaltungen mit Telefonanschluss aus dem PTT-Telefonregister mittels Zufallsgenerator zusammengestellt. Dabei wurden bevölkerungsarme Regionen überproportional und bevölkerungsreiche Regionen unterproportional berücksichtigt. Einige Kantone stockten auf eigene Kosten ihre Stichprobe auf, um auf eine aussagekräftige Stichprobengrösse für eigene Auswertungen zu gelangen^d. In einem zweiten Schritt ist die Zufallsauswahl der Zielperson innerhalb des Privathaushalts vorgenommen worden. Anschliessend erfolgte die Adressbereinigung.

Die Telefoninterviews sind mit Zielpersonen beiderlei Geschlechts im Alter von 15-74 Jahren computertechnisch unterstützt (CATI Interviews: Computer assisted Telephone interviews) auf deutsch, französisch und italienisch geführt worden. Bei Zielpersonen, wo keine Telefoninterviews durchführbar waren, hat man Interviews mit Vertrauenspersonen an ihrer Stelle durchgeführt (Proxy-Interviews). Zielpersonen, die älter als 75 Jahre alt waren, wurden persönlich in einem Gespräch interviewt. Im Anschluss an das Telefoninterview wurden den InterviewpartnerInnen ein schriftlicher Fragebogen zugestellt. Die SGB enthält vollstrukturierte, halbstrukturierte und offene Fragen. Es wird zwischen dem Hauptmodul und den peripheren Frageblöcken unterschieden. Im Gegensatz zu den peripheren Frageblöcken sind im Hauptmodul Kernfragen enthalten, welche über Befragungsperioden hinweg konstant bleiben.

^c Regionen: West-, Nordwest- (mit Bern), Nordost-, Zentral- und Südschweiz.

^d 1992/93 stockten die Kantone AG, BE, BS, FR, GE, GR und VS und 1997 die Kantone AG, BE, GE, TI, VD und VS die Stichprobe auf, um für ihren Kanton eine aussagekräftige Stichprobengrösse zu erlangen. Sekundärauswertungen liegen in Form der entsprechenden Kantonalen Gesundheitsberichte vor.

Die Stichprobe ist bezüglich Alter, Geschlecht, Wohnort und Nationalität mit der Struktur der Gesamtbevölkerung verglichen worden und die Rohdaten sind entsprechend gewichtet worden. Die SGB ist repräsentativ für die ständige Wohnbevölkerung (SchweizerInnen und niedergelassene AusländerInnen) älter als 15 Jahre mit Telefonanschluss in der Schweiz.

Die Angaben für die SGB beruhen auf Selbstangaben und -einschätzungen der Interviewpersonen. Diese sind nicht überprüfbar, können sehr ungenau oder durch schlechtes Erinnerungsvermögen oder -verzerrungen verfälscht sein.

Bei der Konstruktion der Fragen hat man Bereiche aus bereits bestehenden nationalen und internationalen wissenschaftlich überprüften Befragungen übernommen.

Die Fragen der SGB sind in ein Hauptmodul, welches über Zeitreihen hinweg konstant bleibt, und in periphere Frageblöcke, welche sich über die Zeit inhaltlich wie methodisch ändern können, unterteilt. Somit ist bei Trendanalysen peripherer Frageblöcke Vorsicht geboten.

Bei der Betrachtung einer speziellen Variable, welche nur eine Untergruppe beantwortet hat (Kritische Zahl: kleiner gleich 30), sind keine verlässlichen Aussagen mehr möglich.

Aus der SGB lassen sich keine Kausalrelationen einer Krankheit oder einer Verhaltensweise ermitteln.

Es gibt Bevölkerungsschichten, welche nicht erreicht werden konnten. Zu diesen gehören diejenigen, welche über keinen Telefonanschluss in ihrem Privathaushalt verfügen (Trend steigend. Grund ist die Zunahme des Mobilfunks welcher v.a. bei Jugendlichen mit der Aufgabe des Festnetzes einhergeht) und der nicht sprachassimierte Teil der Bevölkerung.

Indikatoren

Siehe ausführliche Tabelle am Ende des Kapitels.

Bemerkungen

Die SGB stellt die zentrale Datenquelle für den Bereich Gesundheitsförderung/Prävention dar. Sie liefert die notwendigen Indikatoren zur Quantifizierung der Einstellungen und des Verhaltens der Gesamtbevölkerung. Als Monitoringinstrument eignet sich die SGB sehr gut, da sie schweizweit mit einer grossen Stichprobe (ca. 15'000 Zielpersonen) periodisch im fünf Jahresrhythmus erhoben wird. Ihr Fragebogen deckt bezüglich Gesundheitsverhalten der Bevölkerung eine breite Palette an Schutz- und Risikofaktoren ab. Der Fragebogen und die erhobenen Daten sind mit denjenigen anderer Befragungen, z.B. der Trendstudie der SFA, SOMIPOPS-Befragung oder der SAPALDIA-Studie vergleichbar. Die nächste Befragung ist im Jahr 2002 vorgesehen.

Da die Fragestellungen im Bereich der Gesundheitsförderung/Prävention oft krankheitsunspezifisch sind und sich sowohl an asymptomatische sowie an krebserleidende Personen richten, sollte diese Datenquelle quer durch alle vier Programme betrachtet und verwendet werden.

Literatur

Schweizerische Gesundheitsbefragung - Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz - Detailergebnisse der 1. Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/1993, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel, 1998

Frick, U., Rehm, J., Thien, U. & Spuhler, T., 1996: Zur Konstruktion und Validierung eines Indikators für Alkoholprobleme in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung. Sozial- und Präventivmedizin 41(3): 133-142.

Bereich Ernährung:

Eichholzer, M., Bissig, B., 1999: Ungenügender Früchte- und Gemüsekonsum in der Schweiz: Resultate der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/93. Sozial- und Präventivmedizin 44(1999): 143-151.

Bundesamt für Gesundheit (BAG): Vierter Schweizerischer Ernährungsbericht, BAG, Bern Mai 1998

Bundesamt für Gesundheit (BAG): Dritter Schweizerischer Ernährungsbericht, BAG, Bern 1998

Zweiter Schweizerischer Ernährungsbericht, Verlag Hans Huber, Bern 1984

Zur Ernährungssituation der schweizerischen Bevölkerung - Erster Schweizerischer Ernährungsbericht, Verlag Hans Huber, Bern 1975

Rajower, I., Eichholzer, M., Reinli, K., Sasco, A.J., Charrondière, U.R., Riboli, E.: Ernährung und Krebs: epidemiologische Beweislage, Schweizerische Krebsliga und Schweizerische Vereinigung für Ernährung, 1998

Bereich Alkoholkonsum:

Gmel, G., Schmid, H.: Alkoholkonsum in der Schweiz: Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/93. Verlag Dr. Kovac, Hamburg 1996 (1. Aufl.) und 1998 (2. Aufl.)

Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA/ISPA): Zahlen und Fakten zu Alkohol und anderen Drogen 1999

Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA/ISPA) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG): Alkohol, Tabak und illegale Drogen in der Schweiz. Lausanne, 1997

Bereich Alkoholkonsum - Erhebungsmethodik:

Gmel, G.: Self-Reported Frequency of Drinking Assessed with a Closed- or Open-Ended Question Format: A Split-Sample Study in Switzerland (Publikation in Bearbeitung, mündliche Mitteilung)

Bereich Tabakkonsum:

Gmel G.: Raucherprävalenzdaten - Vergleichsstudie zu den Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung und der Permadaten vom Institut DemoSCOPE (Publikation vorgesehen in Sozial- und Präventivmedizin)

**Indikatoren aus der Schweizerische Gesundheitsbefragung,
Zuordnung zu einzelnen Zielen**

Unterscheidung zwischen Basisindikatoren (ist als solcher gekennzeichnet) oder Indikatoren, welche für die Belange der Evaluation des nationalen Krebsbekämpfungsprogramms erst noch konstruiert werden müssten.

Indikator	Ziel	Bemerkung / Einschränkung
<p>▪ GLOBALKONZEPT - ALLE KREBSARTEN</p> <p>Prävention/Gesundheitsförderung</p>		
<p>KrebspatientInnen (alle Krebserkrankungen zusammengefasst; anhand Liste der Gesundheitsprobleme gemäss ICD 10-Code)</p> <p>Probleme oder Einschränkungen <i>Variablen: TKRAN03a,b; SKRAN10</i></p>	G1,2: Senkung der Krebsprävalenz	n klein
<p>Krebsbedingte Inanspruchnahme der Gesundheitsdienstleistungen</p> <p>(alle Krebserkrankungen zusammengefasst; anhand Liste der Gesundheitsprobleme gemäss ICD 10-Code)</p> <p>Diagnose oder Beschwerde: Gesundheitliches Problem des letzten Arztbesuchs / Grund des letzten Spitalbesuchs / Ärztliche Behandlung in den letzten 12 Monaten wegen Krebs, Geschwulst <i>Variablen: TINAN11a,b; TINAN22a,b, SINAN14a,b</i></p>	G1,2: Senkung der Krebsprävalenz	n klein
<p>Stellenwert der Gesundheit für die Lebensgestaltung</p> <p>Basisindikator "SGEBE01b": Gesundheitsbedeutung <i>Variable: SGEBE01</i></p>	G1,2: Senkung der Krebsprävalenz	nur 1 Faktor von vielen
<p>Lebensqualität</p>		
<p>Positive Lebenseinstellung</p> <p>Basisindikator "OPTIMISM": Pos. Zukunftseinschätzung / Mehr Freude am Leben / Zufriedenheit mit Lebensplänen / Akzeptieren von Unabwendbarem / Gute Seite sehen / Freude am Leben / Leben sinnvoll / Leben auf rechter Bahn <i>Variable: SPSYG05a-h</i></p>	G3: Steigerung der Lebensqualität	nur 1 Faktor von vielen / Spezifität
<p>Psychisches Wohlbefinden</p> <p>Basisindikator "SANPSY": Depression / Heiterkeit / Nervosität / Optimismus <i>Variable: TPSYG01,02,03,04</i></p>	G3: Steigerung der Lebensqualität	nur 1 Faktor von vielen / Spezifität
<p>Stellenwert der Gesundheit für die Lebensgestaltung</p> <p>Basisindikator "SGEBE01b": Gesundheitsbedeutung <i>Variable: SGEBE01</i></p>	G3: Steigerung der Lebensqualität	nur 1 Faktor von vielen
<p>Kontrollüberzeugungen</p> <p>Basisindikator "MASTERY": Unlösbare Probleme / Hin- und Hergeworfensein / wenig Kontrolle über Dinge / Problemen ausgeliefert sein <i>Variablen: SPSYG01,02,03,04</i></p>	G3: Steigerung der Lebensqualität	nur 1 Faktor von vielen / Spezifität
<p>Selbsthilfegruppen</p> <p>Teilnahme an Selbsthilfegruppen (z.B. Anonyme Alkoholiker oder «Leben wie zuvor» für Brustkrebspatientinnen) <i>Variable: TSOUN13</i></p>	G3: Steigerung der Lebensqualität	nur 1 Faktor von vielen / Spezifität / periphere Frage
<p>Schmerzmittelkonsum</p> <p>Einnahme in den letzten 7 Tagen ...eines Medikamentes / eines Schmerzmittels // verordnetes oder selber gekauftes Schmerzmittel (Filter: Einnahme innert den letzten 7 Tagen erfolgt) <i>Variablen: TMEKO01,10,11</i></p>	G3: Steigerung der Lebensqualität	nur 1 Faktor von vielen / Spezifität

Indikator	Ziel	Bemerkung / Einschränkung
BRUSTKREBSPROGRAMM		
Prävention/Gesundheitsförderung		
Körperliche Betätigung während der Freizeit Basisindikator "ACTPHYS": Ob und wie häufig man sich körperliche betätigt Variablen: TKOBW01,02	B6: Körperliche Aktivität steigern	
Ernährung Achten auf bestimmte Ernährung; qualitativ (peripher ist auch nach Häufigkeit des Früchte- und Gemüsekonsums gefragt) Variablen: TERNA01,02	B6: ausreichender Gemüse- und Früchtekonsum	quantitativer Gemüse- und Früchtekonsum nur peripher gefragt
Alkoholkonsum Ob, welche alkoholischen Getränke und wie häufig man trinkt Variablen: TALKO01,02a-f,3a-f,4a-f,5a-f	B7: übermässigen Alkoholkonsum verringern	
Tabakkonsum Basisindikator "TABAC": Tabakkonsum: Ob, Spezifikation, Anzahl Zigaretten/Tag, Tabakkonsum mehr als 6 Monate, Anzahl Jahre seit Verzicht Variablen: TTAKO01,02,03,07,08	B6: Verminderung der Prävalenz von Rauchern	Passivrauchexposition nicht erhoben
Früherfassung		
Mammographiescreening*** => nicht Gegenstand von Studie 2	---	---
LUNGENKREBSPROGRAMM		
Prävention/Gesundheitsförderung		
Tabakkonsum Basisindikator "TABAC": Tabakkonsum: Ob, Spezifikation, Anzahl Zigaretten/Tag, Tabakkonsum mehr als 6 Monate, Anzahl Jahre seit Verzicht Variablen: TTAKO01,02,03,07,08	L2,8: Verminderung der Prävalenz von Rauchern	Passivrauchexposition nicht erhoben
HAUTKREBSPROGRAMM		
Prävention/Gesundheitsförderung		
Sonnenexposition und Sonnenschutz Ob und wie man sich vor übermässiger Sonnenexposition schützt Variablen: TKREB16,17a,b	H5: Vor übermässiger Sonnenexposition schützen	periphere Frage
Früherkennung		
Hautuntersuchung beim Arzt Variablen: TKREB18	H8/95: fach-/ärztliche Hautuntersuchung	periphere Frage
DARMKREBSPROGRAMM		
Prävention/Gesundheitsförderung		
Körperliche Betätigung während der Freizeit Basisindikator "ACTPHYS": Ob und wie häufig man sich körperliche betätigt Variablen: TKOBW01,02	D8: Körperliche Aktivität steigern	

Indikator	Ziel	Bemerkung / Einschränkung
Body Mass Index (BMI) Basisindikator "BMI": Grösse / Gewicht der Person Variable: TGEZU01b,02b	D: Anstreben des idealen BMI's	
Ernährung Achten auf bestimmte Ernährung; qualitativ (peripher ist auch nach Häufigkeit des Früchte- und Gemüsekonsums gefragt) Variablen: TERNA01,02	D6: ausreichender Gemüse- und Früchtekonsum	quantitativer Gemüse- und Früchtekonsum nur peripher gefragt
Alkoholkonsum Ob, welche alkoholischen Getränke und wie häufig man trinkt Variablen: TALKO01,02a-f,3a-f,4a-f,5a-f	D7: übermässigen Alkoholkonsum verringern	

Nationales Krebsbekämpfungsprogramm:

G = Globalkonzept, B = Brust-, L = Lungen-, H = Haut- und D = Darmkrebsprogramm

4.1.5 Trendstudie zum Konsum von Alkohol, Tabak, Medikamenten und illegalen Drogen SFA

Charakteristik

Vollständiger Titel:	Trendstudie zum Konsum von Alkohol, Tabak, Medikamenten und illegalen Drogen
Art der Datenerhebung:	Repräsentative Teilerhebung in Form von Querschnittsuntersuchungen der Schweizer Bevölkerung
Erhebungsrhythmus:	seit 1975 alle 6 Jahre; ab 1992/93 im Rahmen der SGB alle 5 Jahre
Existierende Jahrgänge:	1975, 1981, 1987 (im Rahmen von SGB: 1992/93 und 1997), periodisch alle 6 Jahre
Stichprobe:	Mehrstufige Zufallsstichprobe der gesamten Schweiz (alle Sprachregionen) Ausnahme: 1987: Random-Quota-Stichprobe bis 1987: 1'500-2'000 Personen beiderlei Geschlechts seit 1992/93: 15'000 Personen beiderlei Geschlechts Altersgruppen: ab 15 Jahren
Durchführung:	Institut LINK für Markt- und Sozialforschung in Luzern und Lausanne

Datenzugang

Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA), Dr. phil. Gerhard Gmel, Lausanne

Inhalt

Trink- und Rauchverhalten sowie der Konsum von Medikamenten und illegalen Drogen der 15-74jährigen schweizerischen Bevölkerung.

Methodik

Repräsentativbefragung via Telefoninterviews, face-to-face-Interviews und schriftlichen Fragebogen. Seit 1992/93 sind fast alle Fragen in die Schweizerische Gesundheitsbefragung eingegangen. Die Datenqualität ist wissenschaftlich abgesichert.

Indikatoren

Siehe ausführliche Tabelle am Ende des Kapitels.

Bemerkungen

Die Trendstudie ist abgeschlossen. Ihre Fragestellungen sind jedoch fast gänzlich in die SGB eingeflossen. Somit sind die seit 1975 die erfassten Daten zum Alkohol- und Tabakkonsum untereinander vergleichbar. Die Kohortenstudie zum Alkohol- und Drogenkonsum ist mit einer Kohorte, die der Stichprobe für die Trendstudie des Jahres 1987 entstammte, durchgeführt worden.

Literatur

Gmel, G. & Meyer, M., 1998: La consommation de tabac en Suisse: chiffres et volutes. *Dépendances* 4: 4-7.

Jacquat, J., Gmel, G. & Gmel, C., 1998: Jugendliche und Alkohol in der Schweiz: Konsummuster und Konsumtrends. *Pro Juventute-Thema* 79(2): 2-4.

Müller, R., Meyer, M. & Gmel, G., 1997: Alkohol, Tabak und illegale Drogen in der Schweiz 1994-1996. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol und andere Drogenprobleme.

Fahrenkrug, H. & Gmel, G., 1996: Addictiveness: How Swiss experts rate alcohol and other drugs. *Alcologia* 8(3): 225-229.

Frick, U., Rehm, J., Thien, U. & Spuhler, T., 1996: Zur Konstruktion und Validierung eines Indikators für Alkoholprobleme in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung. *Sozial- und Präventivmedizin* 41(3): 133-142.

Gmel, G., 1996: Antwortverhalten bei Fragen zum Alkoholkonsum - Non-Response-Bias im ersten Schweizer Gesundheitssurvey. *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie* 22(2): 285-301.

Gmel, G. & Rehm, J., 1996: Zum Problem der Schätzung des Alters beim Drogeneinstieg in Querschnittsbefragungen am Beispiel der Schweizerischen Gesundheitsbefragung. *Sozial- und Präventivmedizin* 41: 257-261.

Gmel, G. & Schmid, H. (Hrsg.), 1996: Alkoholkonsum in der Schweiz - Ergebnisse der ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.

Schmid, H. & Gmel, G., 1996: Alkoholtrends in der Schweiz von 1975 bis 1992. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 126: 1099-1106.

Gmel, G., 1995: Sind Raucherinnen und Raucher wieder im Vormarsch? Verwirrendes Zahlenspiel in Rauchertrends. *Bulletin des Bundesamtes für Gesundheitswesen* 20: 38-42 (auch auf französisch erschienen).

Indikatoren aus der Trendstudie SFA, Zuordnung zu einzelnen Zielen

Indikator	Ziel	Bemerkung / Einschränkung
▪ BRUSTKREBSPROGRAMM Prävention/Gesundheitsförderung		
Tabakkonsum (Menge und Verhalten)	B6: Raucherprävalenz senken	Vorläuferfragen der SGB
Alkoholkonsum (Menge und Verhalten)	B6: Übermässiges Trinken von Alkohol verringern	Vorläuferfragen der SGB
▪ LUNGENKREBSPROGRAMM Prävention/Gesundheitsförderung		
Tabakkonsum (Menge und Verhalten)	L2,8: Raucherprävalenz senken	Vorläuferfragen der SGB
▪ DARMKREBSPROGRAMM Prävention/Gesundheitsförderung		
Alkoholkonsum (Menge und Verhalten)	D7: Übermässiges Trinken von Alkohol verringern	Vorläuferfragen der SGB

Nationales Krebsbekämpfungsprogramm:

G = Globalkonzept, B = Brust-, L = Lungen-, H = Haut- und D = Darmkrebsprogramm

4.1.6 Schülerbefragung SFA

Charakteristik

Vollständiger Titel:	Gesundheitsverhalten von 11- bis 15jährigen SchülerInnen in der Schweiz
Art der Datenerhebung:	Internationale Untersuchung im Rahmen der Studie "Health Behaviour in School-Aged Children" (HBSC) unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation unter Mitbeteiligung von 23 europäischen Ländern sowie von Kanada und Israel. Deskriptive Statistik der gesamtschweizerisch erhobenen Daten.
Erhebungsrhythmus:	periodisch alle vier Jahre
Existierende Jahrgänge:	1986, 1990, 1994, 1998
Stichprobe:	"Klumpenstichprobe": Nach den (1998) 612 zufällig ausgewählten Schulklassen der gesamten Schweiz (= Klumpen; grössere Einheit) findet eine Vollerhebung der in dieser Grundmenge enthaltenen Individuen statt.

Stichprobenumfang:	1998: 8'698 Personen (nationale Ebene) 1998: ca. 20'000 Personen (mit zusätzlich aufgestockten Stichproben der Kantone ^e)
Geschlecht:	Frauen und Männer
Altersgruppen:	11-15jährige SchülerInnen
Teilnahmequote:	1998: 83%
Durchführung:	Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) mit finanzieller Unterstützung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und der beteiligten Kantone

Datenzugang

Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA), Lausanne

Inhalt

Die Befragungen untersuchen die Einstellung der Jugendlichen zu ihrer eigenen Gesundheit und ihr Gesundheitsverhalten. Diese Untersuchung gibt zudem Aufschluss über mögliche präventive Massnahmen. Ein Schwerpunkt wurde auf das Selbstbild der Jugendlichen und ihr Risikoverhalten gelegt.

Methodik

Zur Erhebung der Daten wird ein anonymer, schriftlich zu beantwortender Fragebogen eingesetzt. Die Jugendlichen bearbeiten diesen in den Schulkassen. Er wird in den drei Landessprachen verteilt. Er enthält altersangepasste Fragen im Rahmen des internationalen Projektes sowie zusätzliche Fragen, die von der SFA entwickelt worden sind. Die Datenqualität ist wissenschaftlich abgesichert.

Indikatoren

Siehe ausführliche Tabelle am Ende des Kapitels.

Bemerkungen

Im Gegensatz zur Befragung der erwachsenen Bevölkerung ergibt die Befragung der Jugendlichen Aufschluss über kurzfristige (Mode-)Trends im Gesundheitsverhalten. Da Gewohnheiten sich in der Jugendzeit festsetzen und die Programmkampagnen auch schon bei den Jugendlichen ansetzen, ist die Beobachtung der Jugend nicht ausser Acht zu lassen - zumal die Jugend von heute die Gesellschaft von morgen ist. Die nächste Schülerbefragung der SFA ist für das Jahr 2002 vorgesehen.

Literatur

Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, SFA, 1997: Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum bei 11- bis 16jährigen Schülerinnen und Schülern in der Schweiz. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.

^e 11 Kantone haben ihre Stichproben zusätzlich erhöht, um eine genügend grosse Stichprobe für die Analyse auf kantonaler Ebene zu erhalten: BE, FR, GE, GL, JU, SG, SO, TI, VD, VS, ZH

WHO Regional Publications, European Series No 69, 1996: The Health of Youth, a Cross-National Survey. World Health Organization.

Nocelli, L., Le Gauffey, Y. & François, Y., 1995: Le dopage dans le sport selon les écoliers suisses de 11 à 16 ans. Rapport du département de recherche. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies.

Efionayi-Mäder, D., François, Y., Fröchling, H. & Le Gauffey, Y., 1996: Gesundheitsverhalten der Jugendlichen im Kanton Bern (ebenso: Aargau, Basel-Stadt, Glarus, Graubünden, Obwalden, Solothurn, Zürich). Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.

Efionayi-Mäder, D., François, Y. & Le Gauffey, Y., 1995: La santé des jeunes dans le canton de Genève (idem pour les cantons du Valais et de Vaud). Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies.

Le Gauffey, Y., Efionayi-Mäder, D., François, Y. & Schmid, H., 1995: Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum bei 11- bis 16jährigen Schülern und Schülerinnen in der Schweiz. Presseinformation. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (auch auf französisch erschienen).

Indikatoren aus der Schülerbefragung SFA, Zuordnung zu einzelnen Zielen

Indikator	Ziel	Bemerkung / Einschränkung
<p>▪ GLOBALKONZEPT (siehe auch einzelne Programme)</p> <p>Lebensqualität</p>		
Wahrnehmung des eigenen Körpers	G3: Steigerung der Lebensqualität G: Körperbewusstsein steigern	nur Jugendliche befragt
Sorgen bezüglich Gesundheit	G3: Steigerung der Lebensqualität	nur Jugendliche befragt
<p>▪ BRUSTKREBSPROGRAMM</p> <p>Prävention/Gesundheitsförderung</p>		
Ernährung (Obst, rohes, gekochtes Gemüse, faserreiche Lebensmittel, Abmagerungskuren)	B4: ausreichender: Gemüse- und Obstkonsum	nur Jugendliche befragt
Tabakkonsum (Menge, Einstiegsalter und der Versuch aufzuhören)	B4: Raucherprävalenz senken	nur Jugendliche befragt
Passivrauchen	B4: Passivrauchexposition senken	nur Jugendliche befragt
Alkoholkonsum (Menge und Verhalten)	B4: Übermässiges Trinken von Alkohol verringern	nur Jugendliche befragt
Sport (ausserhalb der Schulzeit)	B4: körperliche Aktivität steigern	nur Jugendliche befragt
Wahrnehmung des eigenen Körpers	B5: Körperbewusstsein steigern	nur Jugendliche befragt
Sorgen bezüglich Gesundheit	B, G3: Steigerung der Lebensqualität	nur Jugendliche befragt

Indikator	Ziel	Bemerkung / Einschränkung
▪ LUNGENKREBSPROGRAMM		
Prävention/Gesundheitsförderung		
Tabakkonsum (Menge und Verhalten)	L2,8: Raucherprävalenz senken	nur Jugendliche befragt
Passivrauchen	L2,8,16: Passivrauchexposition senken	nur Jugendliche befragt
▪ DARMKREBSPROGRAMM		
Prävention/Gesundheitsförderung		
Ernährung (Obst, rohes, gekochtes Gemüse, faserreiche Lebensmittel, Abmagerungskuren)	D6: ausreichender Gemüse- und Obstkonsum	nur Jugendliche befragt
Alkoholkonsum (Menge und Verhalten)	D7: Übermässigen Alkoholkonsum verringern	nur Jugendliche befragt
Sport (ausserhalb der Schulzeit)	D8: körperliche Aktivität steigern	nur Jugendliche befragt

Nationales Krebsbekämpfungsprogramm:

G = Globalkonzept, B = Brust-, L = Lungen-, H = Haut- und D = Darmkrebsprogramm

4.1.7 Warenkorb BFS

Vollständiger Titel:	Warenkorb
Art der Datenerhebung:	Teilerhebung in Schweizer Haushaltungen der einzelnen konsumierten Produkte und Dienstleistungen, welche mehr als 1% des jeweiligen Haushaltsbudgets ausmachen mittels CATI-Telefoninterviews und schriftlichen Fragebögen.
Existierende Jahrgänge:	von Interesse: 1990, 1998; nächste Erhebung geplant für Mai 2000
Stichprobe:	Zufallsstichprobe mit 10'000 Haushaltungen aus der ständigen Wohnbevölkerung der Schweiz 1990: 10'000 Haushaltungen 1998: 9'295 Haushaltungen
Durchführung:	LINK Institut in Luzern und Lausanne (CATI-Telefoninterviews) und BFS (schriftliche Fragebögen)

Datenzugang

Bundesamt für Statistik (BFS), Sektion Preise und Verbrauch, Neuchâtel

Inhalt

Der Warenkorb dient als Basis zur Berechnung des Landesindex der Konsumentenpreise. Für die Evaluation ist jedoch die Zusammenstellung des Warenkorbes, welche den effektiven Konsum der in der Schweiz gekauften Produkte und Dienstleistungen widerspiegelt, von Interesse.

In einer repräsentativen, breit angelegten Befragung werden diejenigen Güter bestimmt, welche in den Haushaltungen aus der ständigen Wohnbevölkerung in der Schweiz mehr als 1% des Haushaltsbudgets ausmachen. Diese Güter werden nach prozentualem Anteil am Haushaltsbudget dargestellt.

Methodik

Stichprobe von 10'000 Haushaltungen: In einem ersten Schritt werden Interviews zur Abklärung soziodemographischer Parameter mittels CATI-Telefoninterviews durch das Institut LINK durchgeführt. In einem zweiten Schritt werden mittels Fragebogen während eines Monats Tag-für-Tag Einschreibungen der Haushaltsausgaben ermittelt und zusätzlich die periodisch (monatlich, quartalsweise oder jährlich) anfallenden Ausgaben (Miete, Versicherungen, Steuern) erfasst.

Indikatoren

Konsumgüter (> 1% des Haushaltsbudgets) mit Angabe des Anteils am Warenkorb in Prozent, entspricht dem Ausgabenanteilen des Haushaltsbudgets in Prozent. Die erfassten Güter werden in hierarchischer Struktur in folgenden Gruppen dargestellt: Hauptgruppe, Warengruppe, Indexposition, Zwischenaggregat, Erhebungsposition. Dabei wird in jeder Position der Anteil am Warenkorb in Prozent angegeben.

Beispiel anhand der Nahrungsmittel:

Nahrungsmittel, Getränke, Tabakwaren	...	...	...
Nahrungsmittel	...	...	...
Früchte, Gemüse, Kartoffeln	...	...	...
Früchte	...	...	...
Frische Früchte	...	...	...
Agrumen	...	...	...
Orangen	...	...	...
Mandarinen / Clementinen	...	...	...
Zitronen	...	...	...
Grapefruit	...	...	...
Steinobst	...	...	...
Nektarinen	...	...	...
Aprikosen	...	...	...
Pfirsiche	...	...	...
Kirschen	...	...	...
Zwetschgen	...	...	...
Kernobst	...	...	...
Äpfel	...	...	...
Birnen	...	...	...
Bananen	...	...	...
Bananen	...	...	...
andere Früchte	...	...	...
Melonen	...	...	...
Kiwi	...	...	...
Trauben	...	...	...
Erdbeeren	...	...	...
andere Beeren	...	...	...
Konservierte Früchte	...	...	...
Fruchtkonserven	...	...	...
Apfelmus in Büchsen	...	...	...
Ananas in Büchsen	...	...	...
Fruchtsalat in Büchsen	...	...	...
Andere Fruchtkonserven	...	...	...

Analog werden erfasst: Gemüse, Kartoffel, Getränke (alkoholische Getränke, Wein, Bier, Spirituosen, alkoholfreie Getränke) und Tabakwaren (Zigaretten, andere Tabakwaren).

Bemerkungen

Der Warenkorb bildet reale Verbrauchsgewohnheiten der Bevölkerung sehr gut ab. Im Mai 2000 wird der Warenkorb in revidierter Methode wieder erhoben (mündliche Mitteilung Herr Gilbert Vez und Mitarbeiter, BFS, Sektion Preise und Verbrauch).

Literatur

Bundesamt für Statistik, Sektion Preise und Verbrauch: BFS aktuell - Der neue Landesindex der Konsumentenpreise: Mai 1993 = 100, Methodenübersicht. BFS, Neuchâtel, März 1993.

Bundesamt für Statistik (BFS): Statisches Jahrbuch der Schweiz 2000. NZZ Verlag, Zürich 1999

4.1.8 Schweizer Haushalt-Panel

Charakteristik

Vollständiger Titel:	Schweizer Haushalt-Panel (SHP)
Art der Datenerhebung:	Teilerhebung in Form einer Befragung mit Telefoninterviews
Erhebungsrhythmus:	geplant: jährlich, beginnend im Jahr 2000 während mindestens 5 Jahren
Existierende Jahrgänge:	Pilotphase: Frühjahr 1999
Stichprobe:	Zufallsstichprobe von 5'000 Haushaltungen mit Telefonanschluss der ganzen Schweiz. Zufallsstichprobe bleibt über die Zeit dieselbe (Kohorte). 1999: 3'300 Haushaltungen, 6'600 Zielpersonen Geschlecht: Frauen und Männer Altersgruppe: keine Altersbeschränkung bekannt
Durchführung:	Meinungsforschungsinstitut M.I.S. Trend, Lausanne

Datenzugang

Schweizer Haushalt-Panel der Universität Lausanne

Inhalt

Umfrage über die Entwicklung des täglichen Lebens in der Schweiz. Die befragten Themengebiete umfassen die Familiensituation, Arbeit, Freizeit und Gesundheit. Die Einrichtung eines solchen Monitoringinstruments erfolgt im Rahmen des Nationalen Schwerpunktprogrammes "Zukunft Schweiz" und wird von der Universität Neuenburg und dem Bundesamt für Statistik unterstützt. Das Schwergewicht dieses Panels ist das Erfassen sozialer Veränderungen über die Zeit hinweg.

Methodik

5'000 Haushaltungen in der Schweiz werden mittels Zufallsgenerator ausgewählt. In einem 40-minütigen Telefoninterview werden Daten zum Lifestyle erhoben, wovon Gesundheitsfragen

ca. einen Fünfminutenblock ausmachen. Die Stichprobengruppe bleibt über die Zeit hinweg konstant (Kohorte).

Da es sich bei der Stichprobengruppe um eine Kohorte handelt, ist die Repräsentativität wegen der sich ändernden Altersstruktur der Kohorte im Vergleich zur Gesamtbevölkerung, nicht auf lange Dauer gewährleistet.

Indikatoren

Siehe ausführliche Tabelle am Ende des Kapitels.

Bemerkungen

Da der Schweizer Haushalt-Panel nicht schwergewichtig Gesundheitsthemen erhebt, ist der Bereich Gesundheit nur knapp abgedeckt und ohne jeglichen Bezug zu Krebserkrankungen. Die Fragen, die im SHP enthalten sind, sind teilweise mit denjenigen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung identisch. Die Angaben zur Gesundheit, die der SHP liefert, sind jedoch zu allgemein um Aussagen über das Präventiv- resp. Risikoverhalten der Bevölkerung bezüglich Krebserkrankungen zuzulassen. Auch die Frage nach der Inanspruchnahme von Dienstleistungen gibt weder einen Aufschluss über die Bedürfnisse krebsbetroffener PatientInnen noch über das Angebot der Gesundheitsdienstleistungen. Der Schweizer Haushalt-Panel kann jedoch als Vehikel für weitere Fragen im Bereich Gesundheitsförderung/Prävention benutzt werden (Mündliche Mitteilung Herr E. Zimmermann).

Indikatoren Indikatoren aus dem Schweizer Haushalt-Panel, Zuordnung zu einzelnen Zielen

Indikator	Ziel	Bemerkung / Einschränkung
▪ GLOBALKONZEPT - ALLE KREBSARTEN		
Epidemiologie		
Gesundheit (allg. ,Zufriedenheit und Zustand vor 1 Jahr)	-	nur indirekter Hinweis / Spezifität
Psych. oder phys. Problem (Vorhandensein, seit wann, Hauptursache)	-	nur indirekter Hinweis / Spezifität
Prävention/Gesundheitsförderung		
Gesundheit (allg. ,Zufriedenheit und Zustand vor 1 Jahr)	G1: Senkung der Krebsinzidenz / G3: Steigerung der Lebensqualität	nur indirekter Hinweis / Spezifität
Therapie		
Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen	G1: Senkung der Krebsinzidenz	nur indirekter Hinweis / Spezifität
Medikamenteneinnahme innerhalb letzter 12 Monate	G3: Steigerung der Lebensqualität	nur indirekter Hinweis / Spezifität
Lebensqualität		
Phys. o. psych. Behinderung/Probleme	G3: Steigerung der Lebensqualität	Spezifität
Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen	G3: Steigerung der Lebensqualität	Spezifität
Medikamenteneinnahme innerhalb letzter 12 Monate	G3: Steigerung der Lebensqualität	nur indirekter Hinweis / Spezifität

Indikator	Ziel	Bemerkung / Einschränkung
Einschränkungen im Alltag wegen Krankheit	G3: Steigerung der Lebensqualität	Spezifität
Unternehmen für Gesundheit	G3: Steigerung der Lebensqualität	Spezifität

Nationales Krebsbekämpfungsprogramm:

G = Globalkonzept, B = Brust-, L = Lungen-, H = Haut- und D = Darmkrebsprogramm

4.1.9 Traditioneller Haushaltspanel IHA · GfM

- IHA·GfM - Institut für Haushaltsanalysen: Privates Institut für Marktforschung, Hergiswil
- ca. 2'250 Haushaltungen angeschlossen, rollende Stichproben
- Als Einstieg wird mündliche Befragung über normatives Verhalten geführt, dann werden die Daten via Tagebüchern erhoben. Kontinuierliche Befragung erfolgt.
- Kaufbare Daten
- Indikatoren: Verkaufszahlen nach Food/Non-Food-Bereich aufgeteilt

4.1.10 Pharmaabsatzzahlen IHA · GfM

Charakteristik

Vollständiger Titel:	Institut für Haushaltsanalysen Hergiswil (IHA · GfM)
Art der Datenerhebung:	1) Vollerhebung der Verteilmengen der Schweizer Grossisten (Galenica, Amedis, Ulman-Eyraud, Voigt Unione) 2) Marktanalysen im Auftrag von Pharmaindustrie und Pharmagrossisten über den Absatz von Pharmaprodukten in der Deutschschweiz und Randregionen der Westschweiz.
Erhebungsrhythmus:	Monatlich
Existierende Jahrgänge:	seit 1969
Stichprobe:	Ein Grossteil der Apotheken und alle und zusätzliche eine Stichprobe von 150 selbstdispensierenden Ärzten (Teilerhebung) der Schweiz.
Durchführung:	1) Grossisten; 2) beteiligte Apotheken, Drogerien und selbstdispensierende Ärzte

Datenzugang

Institut für Haushaltsanalysen, Hergiswil. Nur Auftraggeber (Pharmaproduzenten) haben Zugang zu den Pharmaabsatzdaten.

Inhalt

Das IHA · GfM sammelt monatlich Absatzdaten in Anzahl Packungseinheiten und in Anzahl Franken über jedes Pharmapräparat. Die Präparate werden entsprechend dem anatomischen Klassifikationssystem in Wirkstoffgruppen unterteilt.

Methodik

- 1) Monatlich leiten die Grossisten auf elektronischem Wege ihre Absatzmengen, d.h. die verteilten Anzahl Packungseinheiten an die Detaillisten, dem IHA · GfM weiter.
- 2) Das IHA · GfM erhält monatlich die Originale der Einkaufsrechnungen der Apotheken. Die örtliche Auflösung wird nach Regionen vorgenommen. Die Absatzzahlen der Stichproben werden auf die Gesamtheit der Schweizer Apotheken, Drogerien und selbstdispensierender Ärzte (Universum) hochgerechnet.

Indikator aus dem Institut für Haushaltsanalysen, Zuordnung zu einzelnen Zielen

Indikator	Ziel	Bemerkung / Einschränkung
■ ALLE PROGRAMME		
Therapie		
Pharmaabsatzdaten der Heilmittel	B15,16,L,H,D: Vereinheitlichung Verordnungspraxis und Therapiegewohnheiten der Ärzte	Privater Datenzugang

Nationales Krebsbekämpfungsprogramm:

G = Globalkonzept, B = Brust-, L = Lungen-, H = Haut- und D = Darmkrebsprogramm

Bemerkungen

Die Zuständigkeiten sind nach Themen geregelt. Es existiert ein Extrabereich für Ärzteversorgung. Die Erhebung der Daten erfolgt nicht krebsspezifisch, sondern «facharztspezifisch». Daher bieten sich nur eingeschränkte Rückschlussmöglichkeiten für die Ergebnisevaluation des NKBP (Mündliche Mitteilung Herr Bünter). Bei entsprechender Finanzierung ist das IHA · GfM als Vehikel für eigene Fragen (Arztpraxen) geeignet.

4.1.11 Sonnenexposition und Sonnenschutz

Charakteristik

Vollständiger Titel:	Sonnenexposition und Sonnenschutz
Art der Datenerhebung:	Repräsentative Teilerhebung in Form einer Befragung mit Telefoninterviews
Erhebungsrhythmus:	seit 1997 jährlich
Existierende Jahrgänge:	1991, 1995, 1997-1999
Stichprobe:	Stichprobenbildung nach einem Random-Quota-Verfahren in der Deutsch- und Westschweiz. Zufallsstichprobe.

	Quotierungsmerkmal nach Geschlecht, Alter und Erwerbstätigkeit Repräsentativ für die deutsch- und westschweizer Wohnbevölkerung. Privathaushalte mit Telefonanschluss in der ganzen Schweiz;
	Stichprobenumfang: jährlich seit 1995: 700 - 1'000 Zielpersonen
	Geschlecht: Frauen und Männer
	Altersgruppe: 15-64 Jahre
Befragungsetappen:	seit 1995: 1 Woche ende August/anfangs September
Teilnahmequote:	nicht angegeben
Durchführung:	Datenanalyse und Berichterstattung von Hans Krebs, Kommunikations- und Publikumsforschung, Erfassung der Protokolle mittels EDV und statistische Auswertungen vom Institut LINK für Markt- und Sozialforschung in Luzern, im Auftrag der Schweizerischen Krebsliga (SKL)

Datenzugang

Schweizerische Krebsliga (SKL)

Inhalt

Die Umfrage Sonnenexposition und Sonnenschutz erhebt seit 1995 alljährlich Daten zur Sonnenexposition und zum Sonnenschutz der Bevölkerung schweizweit. Zusätzlich zu diesen konstantbleibenden Fragen greift die Umfrage Fragestellungen entsprechend der aktuellen Sonnenschutz- resp. Hautkrebskampagne des betreffenden Jahres auf (Indikatoren der Prozessevaluation).

Methodik

Die Erhebung erfolgt mittels CATI-Telefoninterviews anhand eines strukturierten Fragebogens aus dem zentralen Telefonstudio von LINK in Luzern und Lausanne. Die Befragungen wurden im Rahmen des Mehrthemengefässes Day-to-Day-Bus realisiert. Fragebogen und Studienbericht wurden von Hans Krebs, Kommunikations- und Publikumsforschung Zürich, erarbeitet, die telefonische Felderhebung und die elektronische Datenverarbeitung vom Institut LINK in Luzern durchgeführt. Die Stichprobenbildung im Day-to-Day-Bus erfolgt pro Landesteil nach einem Random-Quota-Verfahren: Die Telefonnummern werden in einem ersten Schritt nach einem Zufallsverfahren aus dem elektronischen Telefonverzeichnis der Swisscom ausgewählt, so dass die Haushaltgröße, der Sozialstatus und die geographische Verteilung bezüglich Region und Ortsgröße zufällig anfallen. Innerhalb des Zielhaushalts wird in einem zweiten Schritt die Zielperson durch ein dreidimensionales Quotaverfahren nach den Merkmalen Geschlecht, Alter und Erwerbstätigkeit bestimmt. Aus der Gesamtstichprobe des Day-to-Day-Bus wurde aufgrund einer Screeningfrage nach dem Alter die zu befragende Zielperson ausgewählt. Die Westschweiz ist, gemessen an der Gesamtbevölkerung, leicht übervertreten. Infolge dieses disproportionalen Stichprobenansatzes sind für die Auswertungen die Interviews entsprechend der tatsächlichen Bevölkerungsverteilung pro Landesteil umgewichtet worden. Die Datenqualität ist ausreichend. Seit 1997 sind die zentralen Fragen zur Sonnenexposition und dem Sonnenschutz gleich geblieben und nach der gleichen Methode erhoben worden.

Indikatoren

Siehe ausführliche Tabelle am Ende des Kapitels.

Bemerkungen

Die Exposition mit UV-Strahlung ist ein Risikofaktor für den Hautkrebs. Hauptverursacher von Hautkrebsneuerkrankungen ist die Sonnenexposition. Daneben gibt es noch die Exposition mit ultravioletter Strahlung in den Solarien, welcher bedeutend weniger Neuerkrankungen anzurechnen sind. Die Umfrage Sonnenexposition und Sonnenschutz erfasst die Indikatoren für den Zielbereich Gesundheitsförderung/Prävention des Moduls Hautkrebs ausführlich. Ihre Stichprobe ist im Vergleich zu derjenigen der SGB jedoch sehr klein. Trotzdem kann sie ergänzend zur SGB für die Indikatoren Häufigkeit, Ort und Anlass der Sonnenexposition sowie zur in der SGB nicht vorhandenen Frage der Häufigkeit von Sonnenbränden zum Monitoring beitragen. Diese Indikatoren werden jährlich erhoben und können somit in den Intervallen zwischen den SGB den Trendverlauf in besserer Auflösung zeigen. Die Befragung deckt die Belange des Hautkrebsprogramms zwar besser ab, die Stichprobengrösse der SGB ist jedoch weitaus grösser und die Aussagen der SGB dadurch robuster.

Literatur

Mathys P, Braun-Fahrlander C: Motivation, Benütungsverhalten und Risikowahrnehmung von Solarienbesucherinnen und -besuchern^f, 1998.

Indikatoren Indikatoren aus " Sonnenexposition und dem Sonnenschutz", Zuordnung zu einzelnen Zielen

Indikator	Ziel	Bemerkung / Einschränkung
HAUTKREBSPROGRAMM		
Prävention/Gesundheitsförderung		
Sonnenexposition Häufigkeit, Ort und Anlass der Sonnenexposition	H5: Vor übermässiger Sonnenexposition schützen	kleine Stichprobe
Sonnenschutz (in Befragung seit 1997) Befolgte Schutzempfehlungen	H5: Vor übermässiger Sonnenexposition schützen	kleine Stichprobe
Sonnenbrände Häufigkeit der Sonnenbrände	H5: Vor übermässiger Sonnenexposition schützen	kleine Stichprobe
Früherkennung		
Selbstuntersuchung der Haut (in Befragung 1995 und 1999)	H7: Selbstuntersuchung der Haut	kleine Stichprobe

^f Studie durchgeführt vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin Basel im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit

Indikator	Ziel	Bemerkung / Einschränkung
Ärztliche Untersuchung der Haut (in Befragung 1995)	H8,9: Selbstuntersuchung der Haut	kleine Stichprobe

Nationales Krebsbekämpfungsprogramm:

G = Globalkonzept, B = Brust-, L = Lungen-, H = Haut- und D = Darmkrebsprogramm

4.1.12 Indikatoren für den Tabakkonsum in der Schweiz

Die Studie Indikatoren für den Tabakkonsum in der Schweiz, auch Machbarkeitsstudie genannt, ist eine Einzelstudie im Rahmen des Massnahmenpakets zur Verminderung der gesundheitsschädigenden Auswirkungen des Tabakkonsums (Siehe Studie 3, Kapitel 4.2.1), welche im Hinblick auf die Schaffung eines neuen Monitoringsystems des Tabakkonsums erstellt worden ist. Alle Datenquellen mit Indikatoren für und um den Tabakkonsum in der Schweiz werden zentral und einzig an dieser Stelle behandelt. Einzelfragen zum Tabakkonsum innerhalb anderer Datenquellen werden im jeweiligen Kapitel aufgeführt.

Charakteristik

Vollständiger Titel:	Indikatoren für den Tabakkonsum in der Schweiz (Machbarkeitsstudie)
Art der Datenerhebung:	Analyse der verfügbaren Studien zum Tabakkonsum in der Schweiz
Erfasste Studien:	Hauptsächlich wurden periodisch durchgeführte Studien aus der Zeit von 1988-1998 analysiert. Daneben wurden auch nationale oder sprachregionale Adhoc-Studien, bei denen Bevölkerungsquerschnitte oder einzelne Bevölkerungs- bzw. Berufsgruppen einmalig befragt wurden, untersucht.
Erhebungsrhythmus:	einmalig
Existierende Jahrgänge:	1998
Autor:	Hans Krebs, Kommunikations- und Publikumsforschung, Zürich, in Zusammenarbeit mit Herrn Demarmels, Institut LINK, Luzern, im Rahmen des Massnahmenpaketes zur Verminderung der gesundheitsschädigenden Auswirkungen des Tabakkonsums im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Datenzugang

Bundesamt für Gesundheit (BAG), Bern

Inhalt

Verfügbare Studien zum Tabakkonsum in der Schweiz sind zusammengestellt worden und nach inhaltlichen und methodischen Kriterien analysiert worden. Ziel war es, die Informationsbedürfnisse des Bundesamtes für Gesundheit zu decken, indem ein Forschungssystem zur Erfassung von Indikatoren zum Tabakkonsum in der Schweiz entwickelt wurde, welches Kontinuität aufweist und gleichzeitig die Integration neuer Fragestellung gewährleistet, über

eine gesicherte Datenqualität verfügt, die rasche und benutzerfreundliche Bereitstellung der Daten für die interessierten Kreise erlaubt und über ein gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis verfügt.

Methodik

Hauptsächlich periodisch durchgeführte Studien aus der Zeit von 1988-1998 sind analysiert worden. Daneben wurden auch nationale oder sprachregionale Adhoc-Studien, bei denen Bevölkerungsquerschnitte oder einzelne Bevölkerungs- bzw. Berufsgruppen einmalig befragt wurden mitberücksichtigt.

Indikatoren

Siehe ausführliche Auflistung der erfassten Studien am Ende des Kapitels.

Bemerkungen

Die Studie "Indikatoren des Tabakkonsums in der Schweiz" ist summarisch für alle Datenquellen im Zusammenhang mit der Raucherthematik und stellt somit vor allem für das Modul Lungenkrebs die zentrale Datenquelle im Zielbereich Gesundheitsförderung/Prävention dar. Von einer eingehenden Besprechung der in dieser Studie analysierten Studien ist im vorliegenden Bericht abgesehen worden. Alle näheren Informationen sind der Originalarbeit "Indikatoren des Tabakkonsums in der Schweiz" zu entnehmen.

Seit Erscheinen der Machbarkeitsstudie sind weitere Erhebungen, die Indikatoren zum und rund um den Tabakkonsum liefern, durchgeführt worden. Die Umfrage "Regelung zum Rauchen am Arbeitsplatz" ist in Baselstadt bei Versicherungen und Banken, in Baselland in anderen Bürobetrieben und in Gemeindeverwaltungen von der Fachstelle Tabakprävention beider Basel durchgeführt worden. Insgesamt wurden an 528 Betriebe Fragebögen verteilt. Die Teilnahmequote betrug 90%. Die Umfrage erfasst Regelungen bezüglich des Rauchens am Arbeitsplatz.

Eine Studie, die nicht erwähnt wurde, aber ebenfalls Indikatoren zum Tabakkonsum in der Schweiz erhob, ist die 1990/91 durchgeführte Schweizer Studie über Luftverschmutzung und Atemwegserkrankungen bei Erwachsenen (SAPALDIA). SAPALDIA untersuchte 9651 Personen in acht Zentren (Barmelweid, Basel, Davos, Genf, Lugano, Montana, Payerne und Wald). Die Weiterführung von SAPALDIA als Kohortenstudie ist für die Jahre 2001/2002 geplant.

Literatur

Etter J.-F.: Le Tabagisme à Genève. IMSP de l'Université de Genève 1998

Etter J.-F et al.: Distribution of Smokers by Stage: International Comparison and Association with Smoking Prevalence. Preventive Medecine 26:580-585,1997

Etter J.-F. and Perneger T. V.: Associations between the stages of change and the pros and cons of smoking in a longitudinal study of swiss smokers. Addictive Behaviours 24;3:419-424,1999

Narring F., Tschumper A., Michaud P.-A., Vanetta F., Meyer R., Wydler H., Vuille J.-C., Paccaud F., Gutzwiller F.: Die Gesundheit Jugendlicher in der Schweiz. Bericht einer gesamtschweizerischen Studie über Gesundheit und Lebensstil 15- bis 20jähriger. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne 1994

Wydler H., Walter Th., Hättich A., Hornung R., Gutzwiller F.: Die Gesundheit 20jähriger in der Schweiz. Ergebnisse der PRP 1993. EDMZ, Bern 1996

- Vranjes N., Bisig B., Gutzwiller F.: Gesundheit der Ausländer in der Schweiz. Bern 1995
- WHO: Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic, WHO Genf 1996
- Krebs H., El Fehri V., Lanz S., Werlen J.-L.: Die neue Lust - Nichtraucher. Eine Kampagne zur Unterstützung aufhörbereiter Raucherinnen. Unveröffentlichter Evaluationsbericht 1992
- Abelin Th.: Aspekte der Prävention in der ärztlichen Primärversorgung. Wissenschaftlicher Schlussbericht. ISPM Bern 1993
- Grüniger U., Mion H., Abelin Th.: Immer weniger Ärzte sind Raucher. Schweizerische Ärztezeitung 18/1990
- Gsell O.: Rauchergewohnheiten der Ärzteschaft der Schweiz. Schweiz. Med. Wschr 1956; 86: 669-675
- Abelin Th., Gsell O., Schoep-Chevalley M.: Die Bekämpfung des Rauchens in der ärztlichen Praxis. Ergebnisse der schweizerischen Ärzteuntersuchung über das Rauchen. Medecine et Hygiene 1976; 34: 237-239
- Koch B. und Streich M.: Rauch-Und andere Lebensgewohnheiten bei Ärztinnen und Pflegepersonal eines schweizerischen Universitätsspitals. Dissertation. ISPM Bern 1993
- Burkhalter A.-K.: Frei von Tabak, Raucherberatung in der Arztpraxis - Erfahrungen aus der Schweizer Kampagne. In: Z ärzt Fortbil (Zaef) (1995) 89: 531-536
- Meili, B.: Zwischenbericht zum Projekt "Frei von Tabak", BAG, Bern 1991
- Etter J.-F. et al.: Short-term impact of a university based smoke free campaign. J Epidemiol Community Health 53:710-715,1999
- Krebs H., Kommunikations- und Publikumsforschung: Die Rauchgewohnheiten des Pflegepersonals in den Spitälern der deutschen und welschen Schweiz. Eine Repräsentativbefragung im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz. Zürich 1993
- Krebs H., Kommunikations- und Publikumsforschung: Überprüfung der Raucherdaten 1993 aus der Perma-Studie des Instituts DemoSCOPE. Juni 1994
- Gmel G.: Raucherprävalenzdaten - Vergleichsstudie zu den Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung und der Permadaten vom Institut DemoSCOPE (Publikation vorgesehen in Sozial- und Präventivmedizin)
- Schmid H., Gmel G.: Predictors of smoking status after 8 years: The interplay between stages of change and nicotine addiction (Publikation vorgesehen in Psychology and Health)

Indikatoren für den Tabakkonsum: Datenquellen

Datenquelle	Stichprobe	Jahrgänge / Periodizität	Bemerkungen
<p>▪ LUNGENKREBSPROGRAMM: Datenquellen zu Prävention/Gesundheitsförderung</p> <p>a) Periodische und kontinuierliche Forschungen</p>			
1. Schweizerische Gesundheitsbefragung BFS	D/F/I-sprechende Bevölkerung ab 15 Jahren (CH); n (1997) = 17'000 Haushaltungen und 12'000 Interviews; Teilnahmequote (1997): 70%	seit 1992 alle 5 Jahre	Ist als eigenes Kapitel näher beschrieben

Datenquelle	Stichprobe	Jahrgänge / Periodizität	Bemerkungen
2. Media-Analysen Schweiz WEMF - MACH Basic	Sprachassimilierte Bevölkerung ab 14 Jahren (CH); n (1998) = 23'000 Interviews	seit 1991 jährlich	Interviews
- MACH Consumer	Sprachassimilierte Bevölkerung ab 14 Jahren (CH); n (1997) = 11'500 Interviews	1992, 1995, 1997 (erstmalig inkl. Tessin)	schriftlicher Fragebogen
3. Perma-Studie DemoSCOPE	Sprachassimilierte Bevölkerung 15-74 Jahre (D/F-CH); n = 12'000 - 13'000 Interviews pro Kalenderjahr	seit 1974-1989 alle 3 Jahre; seit 1990 jährlich	persönliche Interviews
4. UNIVOX GfS	SchweizerbürgerInnen 18-84 Jahre (D/F-CH); n = 700 Interviews	seit 1986 kontinuierlich	umfassende Langzeitbeobachtung, persönliche Interviews
5. Schülerbefragungen* SFA *einzige CH-weite Repräsentativbefragung, welche den Einstieg in den Tabakkonsum von 11- bis 16 jährigen dokumentiert.	SchülerInnen im 5.-9. Schuljahr (CH); n (1998) = 1'222 Klassen mit insgesamt 20'000 SchülerInnen; Ausschöpfung > 95%;	seit 1986 alle 4 Jahre	Anonymer, schriftlicher Fragebogen; Trendberichterstattung; durch Befragung vom IUMSP Lausanne
b) Spezialstudien mit mehrmaligen Erhebungen			
6. Alkohol- und Drogenkonsum - Kohorten-Studie SFA	Sprachassimilierte Bevölkerung 15-74 Jahre (D/F-CH); n (1987) = ca. 1'000 (persönliche Interviews); n (1995) = 993 (schriftliche Befragung)	Panel 1987/93	Longitudinalstudie; Aufschlüsse über Kausalzusammenhänge möglich
7. SCARPOL-Studie	Schulkinder (Elternbefragung)	Beginn 1992/93	1992/93: Querschnittsstudie; 1995/96 und 1996/97: Follow up; ab 1998/99: Langzeitbeobachtung
▪ LUNGENKREBSPROGRAMM: Datenquellen zu Prävention/Gesundheitsförderung			
c) Adhoc-Studien in der erwachsenen Bevölkerung			
8. TRAM / ISPM Zürich	D/F/I-sprechende Bevölkerung 15-74 Jahre (CH); n = 1'500 Telefoninterviews	1998	Bevölkerungssurvey: Einstellung und Verhalten bzgl. Bewegung, Entspannung, Velofahren, Umwelt- und Rauchverhalten
9. Le tabagisme à Genève, IMSP Genève	F-sprechende Bevölkerung 18-74 Jahre (GE); n = 987 Personen; Rücklauf = 68%	1996	Postalische Befragung

Datenquelle	Stichprobe	Jahrgänge / Periodizität	Bemerkungen
d) Forschungen bei Jugendlichen/jungen Erwachsenen			
10. IUMSP Lausanne: Studie über Gesundheit und Lebensstil 15- bis 20jähriger	Jugendliche in Ausbildung 15-20 Jahre (CH); n = 10'338 Personen (verwendet wurden n = 9'268; Ausschöpfung = 94%)	1992/93 F-CH; 1993/94 D/I-CH	einmalig durchgeführte Befragung; ergänzend zu SFA Schülerbefragungen; schriftliche Klassenbefragungen
11. Pädagogische Rekrutenprüfungen 1993-RRP/ISPM Zürich	20-jährige SchweizerInnen; 2 Stichproben in CH: 1) n = 22'000 Rekruten in Kasernen (Vollerhebung) mit 73%-Ausschöpfung; 2) n = 16'000 Frauen und nicht z.Z. dienstuende Männer	1993	Stichprobe 1) wurde via Befragung und 2) via postalischen Fragebogen durchgeführt
12. Motivstudie AT/BAG	Jugendliche 13-19 Jahre (D/F-CH); Qualitativer Teil: 10 Gruppendiskussionen mit jeweils 10-12 TeilnehmerInnen; Quantitativer Teil: n = 617 Personen mittels CATI-Interviews und Fragebogens	1997	Wiederholung alle 4-5 Jahre des quant. Teils ist vorgesehen
e) Studien zur Raucherentwöhnung			
13. Kenntnisse über die Raucherentwöhnung in der Schweiz-KERES ISPM Bern	Raucher/Ex-Raucher 20-65 Jahre (D-CH); n = 2'476 Personen (1'568 RaucherInnen und 908 Niemals-RaucherInnen) via CATI-Interviews	1997	Parallel dazu erfolgte eine Erhebung an PatientInnen (klinische Stichprobe) der Med. Poliklinik des CHUV in Lausanne via Fragebogen
14. Die neue Lust - Nichtraucher - SKL	RaucherInnen 15-50 Jahre (D/F-CH); n = 702 Personen (Jugendliche und Frauen); Panelstudie mittels CATI-Interviews bei aufhörbereiten RaucherInnen in 3 Etappen: 1. Etappe (n=702): Rauchgewohnheiten und Aufhörbereitschaft; 2. Etappe (n=295): Intervention/ Versand von Broschüren; 3. Etappe (n=241): Wirkung auf die Rauchgewohnheiten und anschliessendes Telefoninterview mit 217 Frauen)	1992	Evaluationsstudie der Kampagne Die neue Lust - Nichtraucher
f) Spezialstudien bei Ärzten/Pflegepersonal			
15. Ärztebefragung ISPM Bern	Ärzte verschiedener Spezialitäten (CH); n = 2'000 Umfrage bei FMH-ÄrztInnen (Rücklauf = 62.2%)	1989	- Postalische Befragung anhand eines Fragebogens - Vorgängerstudien von Gsell ^g (1955) und Abelin ^h (1973/74)

^g Gsell O: Rauchgewohnheiten der Ärzteschaft der Schweiz. Schweiz. Med. Wschr 1956; 86:669-675.

^h Abelin Th., Gsell O., Schoep-Chevalley M.: Die Bekämpfung des Rauchens in der ärztlichen Praxis. Die Ergebnisse der schweizerischen Ärzteuntersuchung über das Rauchen. Médecine et Hygiène 1976; 34: 237-239.

Datenquelle	Stichprobe	Jahrgänge / Periodizität	Bemerkungen
16. Frei von Tabak (Ärztebefragung) FMH/BAG	Am Interventionsprojekt beteiligte Ärzte (CH); n = 450 frei praktizierende ÄrztInnen	1991	- Postalische Befragung - Evaluationsstudie im Rahmen der Kampagne "frei von Tabak" (1990)
17. Pflegepersonal-Befragung AT	Pflegepersonal in Kliniken (D/F-CH); n = 420 Pflegepersonen aus 57 Spitälern der D- und F-CH.	1993	Repräsentativbefragung zu Rauchgewohnheiten und zur Einstellung zum Rauchen am Arbeitsplatz
g) Spezialstudien bei Lehrpersonen			
18. Lehrerbefragung SFA (1998 überarb.)	LehrerInnen von 5.- bis 9.-Klässlern (CH); n = 1'222 LehrerInnen (sämtliche LehrerInnen der in der Schülerbefragungen SFA beteiligten Klassen); Rücklauf = 79%	seit 1986 alle 4 Jahre	Vgl. Schülerbefragung SFA. 1998 Fragebogen neu überarbeitet

4.1.13 Statistische Erhebungen und Schätzungen über Landwirtschaft und Ernährung

Die Abteilung Statistik und Dokumentation des Schweizerischen Bauernverbandes (SBV), Brugg, gibt jährlich die Statistischen Schätzungen und Erhebungen über Landwirtschaft und Ernährung heraus. Diese Werke stellen eine Zusammenfassung der Ergebnisse der amtlichen und privaten landwirtschaftlichen Statistik der gesamten Schweiz dar. Bei der Bearbeitung dieses Werkes haben eine grosse Zahl von Amtsstellen, Organisationen und Personen mitgewirkt. Vor allem die Bundesämter für Statistik und Landwirtschaft haben Auswertungen der eidgenössischen Zählungen und administrative Daten zur Verfügung gestellt. Zahlreiche Berichtersteller wirkten bei der Erhebung mit, welche Angaben über die Erträge im Pflanzenbau, tierische Produkte, den Absatz von Produkten, Preise und andere wichtige Faktoren umfasst.

Aus den Statistischen Erhebungen und Schätzungen über Landwirtschaft und Ernährung können Indikatoren über die Ernährung gewonnen werden. Sie liegen einerseits in Form von inländischen pflanzlichen Produktionszahlen der Gemüseproduktion, der Obst- und Beerenproduktion und der Tabakproduktion vor. Andererseits ist sehr detailliert die Lebensmittelversorgung mit einzelnen Lebensmittelarten pro Kopf anhand der Inlandproduktion unter Berücksichtigung der Import- und Exportströme dokumentiert. Diese Daten können gut zum Monitoring im Bereich Ernährung verwendet werden.

Indikatoren aus den Statistische Erhebungen und Schätzungen über Landwirtschaft und Ernährung, Zuordnung zu einzelnen Zielen

Indikator	Ziel	Bemerkung / Einschränkung
Prävention/Gesundheitsförderung - Krebsvorsorge		
▪ BRUST- und DARMKREBSPROGRAMM		
Pflanzliche Produktionszahlen		
Gemüse- und Obstproduktion	B4,5,6, D6: ausreichender Obst- und Gemüsekonsum	nicht direkter Endverbrauch
Tabakproduktion	B4,5,6, D7: Vermindern der Prävalenz von Rauchern	nicht direkter Endverbrauch
Ernährungsbilanz		
Gemüse- und Obstverbrauch	B4,5,6, D6: ausreichender Obst- und Gemüsekonsum	nicht direkter Endverbrauch
Alkoholkonsum	B4,5,6, D7: übermässigen Alkoholkonsum senken	nicht direkter Endverbrauch
Tabakkonsum	B4,5,6, D7: Vermindern der Prävalenz von Rauchern	nicht direkter Endverbrauch
▪ LUNGENKREBSPROGRAMM		
Pflanzliche Produktionszahlen		
Tabakproduktion	L2: Vermindern der Prävalenz von Rauchern	nicht direkter Endverbrauch
Ernährungsbilanz		
Tabakkonsum	L2: Vermindern der Prävalenz von Rauchern	nicht direkter Endverbrauch

Nationales Krebsbekämpfungsprogramm:

G = Globalkonzept, B = Brust-, L = Lungen-, H = Haut- und D = Darmkrebsprogramm

4.1.14 Participants' Report SIAK

Charakteristik

Vollständiger Titel:	Participants' Report. Summer/Winter Semi-annual Meeting, mit Angabe von Ort und Jahrgang
Art der Daten:	Übersicht zu laufenden klinischen Studien der beim SIAK beteiligten Organisationen. Unterschiedlicher Umfang der Sommer- und Winterhalbjahrausgabe
Erhebungsrhythmus:	halbjährlich
Stichprobe:	nahezu vollständige Erhebung aller wesentlichen klinischen Krebsstudien in der Schweiz, mit Ausnahmen der primär Industrie finanzierten Studien
Örtliche Auflösung:	leitendes Studienzentrum und beteiligte Studienorte

Zeitliche Auflösung: Studiendauer, respektive Studienverlauf während des letzten Halbjahres

Datenzugang

Institution: Schweizerisches Institut für Angewandte Krebsforschung, worin vertreten sind die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung (SAKK), die Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie (SPOG) und die Vereinigung Schweizerischer Krebsregister (VSKR). Ort: Bern

Verfügbarkeit: halbjährlich zu den Treffen des SIAK

Medium: schriftlich

Bestimmungen: primär internes Arbeitsdokument des SIAK für Halbjahrestagungen, erhältlich auf Anfrage

Inhalt

Systematisch beschrieben werden:

Studienübersicht: Studienleiter/in in der Schweiz, bei internationalen Studien zusätzlich Gesamtstudienleiter/in

Patienteneinschlusskriterien

Studiendesign

Endpunkte

Studienverlauf: Teilnehmerzahl

Adverse Event Reporting

Der Grossteil der beschriebenen Studien sind SAKK-, IBCSG- (International Breast Cancer Study Group)- und EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer)-Studien. Zu erwähnen ist, dass SAKK und EORTC zum Teil gemeinsam Studienprotokolle entwickeln und sich gegenseitig alle Studienteilnehmer melden. Es finden sich noch einige internationale Grossstudien, die vor allem seltene Tumoren betreffen. Die Studienendpunkte sind meist Therapieverträglichkeit und -wirksamkeit, insbesondere die Dauer rezidivfreien Überlebens, und Lebensqualität.

Indikatoren

Der Participants' Report liefert einen Schätzwert, wieviel Personen sich zur Zeit in klinischen Studien befinden. Eine Aufgliederung nach Tumorart und grob nach Studienendpunkten ist möglich. Somit wäre der Participants' Report als Datenquelle mit Indikatoren, zum Beispiel für die Ziele B13 und folgende des Brustkrebsprogrammes (vgl. Anhang) geeignet. Für eine Evaluation des Zielbereiches Lebensqualität fänden sich hier die qualitativ besten Angaben in den betreffenden Studien, allerdings mit der Einschränkung, dass keine Bezugsbevölkerung besteht.

Bemerkungen

Da der Participants' Report primär als internes Arbeitsdokument gedacht ist, bestehen gewisse Einschränkungen bei der Anwendung als Datenquelle für Indikatoren zur Zielevaluation des NKBP. Es besteht kein direkter Bevölkerungsbezug. Es ist möglich, dass Patienten und Patientinnen gleichzeitig oder im Verlauf ihrer Erkrankung an mehreren Studien teilnehmen. Die selben Endpunkte können von Studie zu Studie unterschiedlich definiert sein, z.B. die Lebensqualität. Das heisst, man kann nur schätzen, bei wie vielen Patienten in Studien Lebensqualität zur Zeit ein Endpunkt ist. Zur Lebensqualität an sich ist keine Aussage möglich, respektive müsste auf die einzelnen Studien eingegangen werden. Nicht enthalten im Participants' report sind die primär durch die Pharmazeutische Industrie finanzierten Studien, insbesondere die präklinischen. Über die Aktivitäten der Pharmazeutischen Industrie liegen der SIAK keine Informationen vor. Bezüglich Repräsentativität sei nochmals daran erinnert, dass $\frac{1}{4}$ der Forschungsaktivität im Bereich Onkologie durch die SKL und die öffentliche Hand finanziert wird. $\frac{3}{4}$ der Forschungsaktivität sind durch die Industrie finanziert. Nach Hutchins (vgl. Literatur) sind PatientInnen über 65 in klinischen Studien deutlich untervertreten, was zu Limitationen bezüglich der Aussagekraft auf Bevölkerungsebene führt.

Gemäss Schätzungen sind zur Zeit ca. 3 % aller Krebspatienten (ca. 900) bei 30'000 Neuerkrankungen pro Jahr in klinische Studien eingeschlossen. Generell dürften Patienten, die in Zentrumsnähe wohnen, überrepräsentiert sein. Durch Bereitstellung von zentralen materiellen und mobilen personellen Ressourcen versuchen regionale onkologische Arbeitsgemeinschaften gegenwärtig auch den peripher tätigen Ärzten, respektive deren Patienten eine Studienteilnahme zu ermöglichen.

4.1.15 Trial Guide SAKK

Der Inhalt des SAKK Trial Guide erscheint ca. alle 1 bis 1 $\frac{1}{2}$ Jahre neu. Der Inhalt überschneidet sich weitgehend mit dem Participants' Report. Epidemiologische Angaben zur Teilnehmerzahl entfallen. Ergänzend finden sich Anhänge mit Richtlinien zur Tumorklassifizierung und Klassifizierung der Nebenwirkungen einer Tumortherapie. Vormalig hiess der Trial Guide «Study Booklet». Der SAKK Trial Guide ist primär für den klinischen Alltag des onkologisch tätigen Arztes gedacht. Als Datenquelle für das NKBP ist der SAKK Trial Guide weniger geeignet als der Participants' Report, da er seltener erscheint und keine Angaben zur Anzahl Studienteilnehmer enthält.

Literatur

Castiglione M, SIAK: Persönliche Mitteilung

Hutchins LF et al.: Underrepresentation of patients 65 years of age or older in cancer-treatment trials. N Engl J Med 1999;341:2061-7.

SIAK Coordinating Center: SAKK Trial Guide. Short guide to currently open trials at SAKK. Bern, November 1999 (aktuelle Ausgabe).

SIAK Coordinating Center: Participants' Report, halbjährlich, aktuelle Ausgabe.

Weber W, SKL: Persönliche Mitteilung

4.1.16 Guidelines

Charakteristik

Vollständiger Titel:	Guidelines der Schweizerischen Gesellschaft für Internistische Onkologie: SGIO Quality Assessment Group: Minimal Requirements for Treatment and Follow-up.
Art der Daten:	nach einem Raster durch in freier Praxis und im Spital tätige Onkologen ausgearbeitete Richtlinien, basierend auf Prinzipien der «Evidence Based Medicine»
Erhebungsrhythmus:	bis jetzt keine Publikation in regelmässigen Abständen, sondern abhängig von Stand und Neuerungen in der Wissenschaft. Jährliche Aktualisierung geplant.
Stichprobe:	der Entstehungsprozess ist bezüglich methodischem Vorgehen nicht völlig transparent. Ausländische Richtlinien werden beigezogen, aber nicht a priori unverändert übernommen.
Zeitliche Auflösung:	unregelmässig, von mehrmals jährlich z.B. «März 1998» und «Oktober 98» bis einmal alle paar Jahre

Datenzugang

Institution:	Schweizerische Gesellschaft für Internistische Onkologie
Verfügbarkeit:	Versand an alle Mitglieder der SGIO, regelmässige jährliche Aktualisierung und Versand geplant. Publikation in der Schweizerischen Ärztezeitung. Zustellung auf Anfrage an andere Personen.
Medium:	schriftlich
Bestimmungen:	die SGIO wurde von der FMH beauftragt Guidelines zur Beurteilung und Behandlung, inklusive Nachsorge, häufiger Neoplasien zu verfassen. Die Guidelines sind Eigentum der SGIO

Inhalt

Die uns vorliegenden Guidelines stammen von Oktober 98. 7 Guidelines wurden 1998 publiziert. Es sollen für weitere Neoplasien Guidelines geschrieben werden. Eine Publikation in regelmässigen Abständen und die Schaffung von Fachgruppen zur Betreuung der einzelnen Guidelines sind geplant. Bezüglich die das NKBP betreffenden Tumoren liegen folgende Guidelines vor:

Brustkrebs:	Guidelines for Adjuvant Treatment and Follow-up of Primary Breast Cancer
Lungenkrebs:	Guidelines for Treatment and Follow-up of Small Cell Lung Cancer Guidelines for Treatment and Follow -up of Non-Small Cell Lung Cancer
Darmkrebs:	Guidelines for Adjuvant Treatment and Follow-up of Colon Cancer Guidelines for Adjuvant Treatment and Follow-up of Rectal Cancer

Die Guidelines für Hauttumoren werden durch die Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie erarbeitet. Eine definitive Version lag bis zum Abschluss dieses Berichtes noch nicht vor.

Die Guidelines umfassen in der Regel Angaben zu:

- Diagnostik, insbesondere TNM-Staging
- Risikostratifizierung nach Tumorart und -stadium
- Patientenselektionskriterien für verschiedene Behandlungsarten
- Behandlungen: Internistische Onkologie, Radioonkologie, Tumorchirurgie
- Evaluation der Wirksamkeit der gewählten Therapie
- Follow-up: Kontrollintervalle, Nachsorgeuntersuchungen
- Literaturhinweise

Methodik

Zur Methodik lagen uns abgesehen von der Angabe, dass die Erarbeitung nach Kriterien der «evidence based medicine» erfolgt, keine detaillierten Angaben vor. Zu der Art wie Guidelines für den praktischen klinischen Gebrauch erarbeitet werden können oder sollen wird auf die Master Thesis von Faisst und die Publikationen «Guideline für Guidelines» der FMH verwiesen.

Indikatoren

Das Aufkommen von Guidelines hängt zusammen mit der Tatsache, dass sie als taugliches Mittel für die Qualitätssteigerung, respektive Qualitätssicherung bei medizinischen Versorgungsstrukturen und -prozessen angesehen werden.

Als grober Indikator im Zielbereich Therapie könnte somit gelten, ob überhaupt eine Guideline vorhanden ist. Weitere Indikatoren ergeben sich aus Untersuchungen betreffend die Qualität, die Dissemination und Implementation der erarbeiteten Guideline. Erst mit diesen Informationen kann beurteilt werden, ob es sich bei der Guideline nicht um einen Papiertiger handelt. Gegenwärtig stecken die meisten Fachgesellschaften noch in der Erarbeitungsphase der Guidelines. Von Seiten der SGIO erfolgte im November 99 eine schriftliche Umfrage, welche die Bereiche Dissemination und Implementation auszuloten versucht. Die Resultate werden nächstes Jahr vorliegen.

Bemerkungen

Die Existenz von Guidelines kann schon als Indikator verwendet werden, allerdings von geringer Aussagekraft. Falls systematisch Informationen zur Qualität der Guidelines, ihrer Dissemination und Implementation vorliegen, können diese ebenfalls als Indikatoren beigezogen werden. Gegenwärtig scheinen in der Schweiz die medizinischen Fachgesellschaften am ehesten autorisiert für die Erarbeitung von Guidelines. Kritische Beobachtung verdient in dieser Hinsicht die Wahrung einer minimalen erforderlichen Interdisziplinarität bei der Erarbeitung von Guidelines. Zur Dissemination und Implementation liegen noch keine Daten vor. Ob sich mit der Erhebung dieser Daten die medizinischen Fachgesellschaften befassen werden, im Rahmen der Fortbildungsordnung der FMH, ist zur Zeit noch offen. Dies wird auch davon abhängen, welche Rolle von Staates wegen die FMH in der Weiter- und Fortbildung der Ärzte zukünftig

übernehmen wird. Für das NKBP empfiehlt sich deshalb zur Zeit diesbezüglich mit den Gesellschaften SGIO und SPOG sowie SGDVG in Kontakt zu bleiben, diese Daten nicht selbst zu erheben, sondern allenfalls nach zuvor erfolgter eingehender Rücksprache mit den Fachgesellschaften, erheben zu lassen. «Guidelines» werden auch in der Publikation der WHO über «Nationale Krebsbekämpfungsprogramme» als Bestandteil thematisiert.

Literatur

Cabana MD et al.: Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? JAMA 1999;282:1458-65.

Faisst K: Erhebung der Aktivitäten der Schweizerischen Medizinischen Fachgesellschaften auf dem Gebiet medizinischer Behandlungs-Guidelines. Master Thesis in Public Health. Zürich, 1998.

FMH: Guidelines für Guidelines. Schweiz Ärztezeitung 1999;80(10):581-3.

FMH: Ausführungsempfehlungen zur Guideline für Guidelines. Schweiz Ärztezeitung 1999,80(48)2809-11.

Honegger HP, SGIO: persönliche Mitteilung

Obrist R, SGIO: Umfrage betreffend «Guidelines». Brief; Sion, November 1999.

SGIO:SGIO Quality Assessment Group: Guidelines Version «SGIO October 98»

WHO: National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines. WHO, Geneva, 1995.

4.1.17 Berufskrankheiten SUVA

Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt führt über die bei ihr versicherten Personen Buch. Die Daten sind im Fünfjahresbericht UVG - Unfallstatistik der sechzehnten fünfjährigen Beobachtungsperiode der SUVAⁱ und der zweiten fünfjährigen Beobachtungsperiode aller UVG-Versicherer in der Schweiz dargestellt. Ein Teil der Daten werden der Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherung des Bundesamtes für Statistik weitergeleitet, welche diese Daten jedes Jahr im Statistischen Jahrbuch der Schweiz veröffentlicht.

Als Berufskrebs sind zwischen 1993 und 1997 total 243 Fälle mit malignen Neoplasien als Berufskrankheit anerkannt worden. In 200 Fällen handelt es sich um Asbest-induzierte bösartige Tumore, darunter 193 Mesotheliome des Rippenfells (Pleura-Krebse). In 25 Fällen handelt es sich um bösartige Tumoren der Harnblase, in den meisten Fällen ausgelöst durch Arylamine. Die drittstärkste Gruppe bildet mit 7 Fällen die durch Holzstaub ausgelösten bösartigen Tumoren der Nasen- und Nasennebenhöhlen.

Am Arbeitsplatz kommt der Asbestexposition als karzinogene Substanz die grösste Bedeutung zu. Asbest ist in grossem Masse für industrielle Zwecke verwendet worden. Heute ist bekannt, dass es zu Asbestose und in einzelnen Fällen zusätzlich zu bösartigen Tumoren der Bronchien oder der Lunge kommt. Schon eine kurzfristige Exposition kann eine sonst selten auftretende Tumorart, das Mesotheliom (Pleura, Peritoneum), auslösen. Asbest ist daher in der Schweiz seit 1990 verboten.

ⁱ ehemals Berufskrankheitenstatistik der SUVA

Bemerkungen

Im Allgemeinen ist die Bedeutung der Berufskrebse in der Schweiz sehr gering. Der bedeutendste Risikofaktor, das Asbest, ist seit 1990 in der Schweiz verboten. Wegen des Asbestverbotes ist mit einem Rückgang der asbestbedingten Krebsinzidenzrate in ca. 20 Jahren zu rechnen.

Literatur

SUVA: Fünfjahresbericht UVG - Unfallstatistik der sechzehnten fünfjährigen Beobachtungsperiode der SUVA. Luzern, 1999.

4.1.18 Krebstelefon SKL

Charakteristik

Vollständiger Titel:	Statistik des Krebstelefons
Art der Datenerhebung:	Statistik der geführten Telefonate gemäss Protokollblatt
Erhebungsrhythmus:	kontinuierlich
Existierende Jahrgänge:	seit 1995 Jahresauswertungen
Stichprobe:	Vollerhebung: Jeder Anruf auf die Nummer des Krebstelefons wird erfasst.

Jahr	Anzahl eingegangener Anrufe
1995	1'550
1996	1'608
1997	1'655
1998	1'901
TOTAL (1995-1998)	6'014

Datenzugang

Schweizerische Krebsliga (SKL)

Inhalt

Die Statistik der eingegangenen Anrufe wird in der Unterteilung nach Geschlecht, Alter (Kategorien: unter 20; 20-39; 40-59; über 60), nach Anrufertyp (Betroffene(r), Angehörige(r), Freund(in), Professionelle(r) im Gesundheitswesen, andere), nach Frageninhalt (Fachfrage Schulmedizin, Fachfrage Komplementärmedizin, Psycho-soziale Unterstützung, Übriges), nach Primärlokalisation der Krebserkrankung, nach Stadium der Krebserkrankung erstellt.

Methodik

Jedes Telefon wird sogleich mit den oben erwähnten Merkmalen erfasst.

Indikatoren

Es gibt mehrere Indikatoren: Anteil KrebspatientInnen, der Krebstelefon in Anspruch nimmt (Vergleichszahlen: Anzahl Krebserkrankter in der Schweiz), Informationsbedürfnis der KrebspatientInnen, respektive. der Angehörigen; Verhältnis zwischen direkt Betroffenen und Angehörigen; Verhältnis der Informationsbedürfnisse (Schulmedizin, Komplementärmedizin, Psychosoziale Unterstützung und "Übriges").

4.2 WEITERE DATENQUELLEN: KONTINUIERLICHE UND PERIODISCHE ERHEBUNGEN

4.2.1 Statistik der verteilten Broschüren SKL

Die Verteilerzentrale der Informationsbroschüren der Schweizerischen Krebsliga, das Centre d'Intégration Socioprofessionnelle (CIS) in Freiburg, führt eine Statistik über die Verteilmengen und Adressaten der versandten Broschüren. Die Statistik könnte entsprechend dem Inhalt der Broschüren nach Zielbereich oder Modul aufgeschlüsselt werden. Der Indikator "verteilte Mengen nach Zielbereich" oder "nach Modul" könnte eine Aussage über die Bedürfnisse und die Nachfrage an Information über Krebs erlauben.

4.2.2 Jahresberichte von im Bereich Krebs tätigen Institutionen

Jahresberichte der Schweizerischen Krebsliga, Kantonalen Krebsligen, der Selbsthilfegruppe Leben wie zuvor / Vivre comme avant sowie der ilco Schweiz enthalten rückblickend auf ein Kalenderjahr die Anzahl betreuter und/oder beratener KrebspatientInnen oder deren Angehöriger. Diese Daten geben Aufschluss über das Informations-, Betreuungs- und Beratungsbedürfnis krebsleidender Menschen und deren Angehöriger. Der Trend innerhalb der Jahre, ob das Interesse an oder der Bekanntheitsgrad der im Bereich Krebs tätiger Institutionen steigt oder rückläufig ist, zeigt, ob die Nachfrage des Betreuungs- und Beratungsangebots gedeckt ist oder weiter ausgedehnt werden sollte. In den Jahresberichten der kantonalen Krebsligen, weniger jedoch in denjenigen der Selbsthilfegruppen, kann auch unter Umständen herausgelesen werden, ob die Kampagnen im Zielbereich Gesundheitsförderung/Prävention zu einer relativen Verschiebung der Informationsbedürfnisse in diese Richtung im Verhältnis zu der traditionellen psychosozialen Unterstützung führen.

Ab dem Jahr 2000 tritt eine Neuregelung des Bundesamtes für Sozialversicherung in Kraft. Alle im Fürsorge- und Sozialbereich tätigen Institutionen müssen dem BSV künftig einen Leistungsausweis liefern, um Subventionen geltend zu machen. Im Fall der Schweizerischen und der Kantonalen Krebsligen wird somit ab dem Jahr 2000 über jeden Kundenkontakt Buch geführt. Bei der BSV-Statistik der Krebsligen wird kategorisch erfasst, ob die betreute oder beratene Person EmpfängerIn von Sozialleistungen (AHV oder IV) ist. Bezüglich Tätigkeitsgebiet der Angestellten der Ligen werden die Kategorien Prävention/Information, Öffentlichkeitsarbeit/Public Relation, Fort- und Weiterbildung, Administration oder Sonderposten erfasst. Die Kantonalen Krebsligen referrieren an die Schweizerische Krebsliga, welche für das BSV ab dem Jahr 2000 als einzige Ansprechpartnerin in Erscheinung tritt. Diese seitens der Schweizerischen und Kantonalen Krebsligen geführte Statistik kann einerseits als Indikator für die Inanspruchnahme der jeweiligen Ligen benutzt werden und andererseits, um die Bedürfnisse von Krebs betroffenen PatientInnen und der Angehörigen zu eruieren.

4.2.3 Invalidenversicherung BSV

Charakteristik

Vollständiger Titel:	Invalidenversicherung. Statistik publiziert im Rahmen der Schweizerischen Sozialversicherungsstatistik
Art der Datenerhebung:	Vollerhebung, basierend auf den Administrativdateien der Zentralen Ausgleichsstelle in Genf
Erhebungsrhythmus:	kontinuierlich, üblicherweise jährlich publiziert
Existierende Jahrgänge:	Angaben seit Einführung 1959 auf Anfrage erhältlich, auf neuer Datengrundlage (1997 überarbeitet) seit 1987
Stichprobe:	Vollerhebung. Erfasst werden alle Rentenbezüger. Es besteht auch eine Verfügungsdatei.
Örtliche Auflösung:	zivilrechtlicher Wohnsitz, üblicherweise Desaggregation bis auf Stufe Kanton
Zeitliche Auflösung:	Publikation in jährlichen Abständen
Datenverarbeitung:	Bundesamt für Sozialversicherung (BSV), Sektion Statistik, ZAS (Zentrale Ausgleichsstelle) Genf

Datenzugang

Institution:	Bundesamt für Sozialversicherung, Sektion Statistik, Bern
Verfügbarkeit:	in der Regel 1-2 Jahre nach Ende des Erhebungsjahres verfügbar
Medium:	schriftlich, auszugsweise auch online über STATINF, auf anderen Datenträgern auf spezielle Anfrage
Bestimmungen:	Bundesstatistikgesetz 1992, Datenschutzgesetz 1992, Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes 1993

Inhalt

Erfasst werden:	Alter Geschlecht Nationalität
Rentenart:	Invalidenrente/Zusatzrente; Einfache Rente, Ehepaarrente (mit 10.AHV-Revision abgeschafft)
Ursache:	Geburtsgebrechen, Unfall, Krankheit (auf Anfrage detaillierter aufgeschlüsselt)
Ausgaben	

Indikatoren

Aus Auswertungen der IV-Statistik liessen sich für die krebserkrankte Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter Indikatoren bezüglich Lebensqualität und Nachsorge generieren. Der Aufwand wäre nicht zu unterschätzen, da die Daten speziell aufgearbeitet werden müssten. Auch

verwendet die IV eigene an die ICD angelehnte Codes für Gebrechen und Funktionsausfälle. Eine Überführung in ICD Codes soll in 90% der Fälle gemäss Minder möglich sein.

Bemerkungen

Bei Verwendung der Statistik der Invalidenversicherung sind diverse Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Primär ist diese Statistik zu administrativen und nicht zu epidemiologischen medizinischen Zwecken errichtet worden. Eine repräsentative Aussage über die gesamte Invaliditätshäufigkeit ist nicht möglich, da nur Personen erfasst werden, denen eine definitive Rente zugesprochen wurde. Rentenberechtigt sind nur Personen zwischen dem 18. und 62., respektive 64. Lebensjahr, da es sich um eine Art Erwerbsausfallentschädigung handelt. Somit sind weder behinderte Kinder, noch wieder in den Arbeitsprozess eingegliederte noch Betagte in der Statistik enthalten.

In der Regel erfolgt bei Arbeitsunfähigkeit zunächst die Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber, respektive zusätzlich durch Versicherungen, welche durch den Arbeitnehmer abgeschlossen wurden. Massgebend ist das Obligationenrecht. Dies führt in der Regel dazu, dass eine Anmeldung bei der Invalidenversicherung für eine Berentung nach einjähriger Arbeitsunfähigkeit erfolgt. Bis die Rente zugesprochen ist und ausbezahlt wird vergeht meist ein weiteres Jahr. Krebsarten mit schlechter Prognose bezüglich 5 Jahresüberlebensraten, z.B. Lungenkrebs, werden somit schlecht erfasst. Auch finden sich keine Angaben zu KrebspatientInnen im AHV-Alter. Die IV-Rente wird durch Hilflosenentschädigungen abgelöst. Bei all diesen Einschränkungen ist zu erwähnen, dass vor Zusprechung einer Rente in der Regel ausführliche medizinische Gutachten vorliegen. Über die statistische Auswertung dieser Daten müsste mit den entsprechenden Stellen verhandelt werden. Auf Grund des anzunehmenden grossen Aufwandes müssten entsprechende personelle und materielle Mittel eingesetzt werden.

4.2.4 Andere Statistiken des BSV

Die Statistiken zu der Alters- und Hinterlassenenversicherung, zu den Ergänzungsleistungen, zur Beruflichen Vorsorge, zur Krankenversicherung, zur Unfallversicherung, zur Erwerbsersatzordnung, Arbeitslosenversicherung und den Familienzulagen weisen Daten in Zusammenstellungen auf, welche keinen direkten Bezug zum Nationalen Krebsbekämpfungsprogramm erlauben. Nichtsdestoweniger wäre es sinnvoll, eine Datenbank zu etablieren, die über den Bezug von Sozialleistungen durch Krebspatientinnen und -patienten Auskunft gibt. Rückschlussmöglichkeiten gibt es bisher anhand der sozialen Leistungen, welche durch die Kantonalen Krebsligen erbracht werden. Da zukünftig die Vergütung durch das BSV auf andere Weise erfolgt (vgl. Kapitel 4.2.2), ist sie mit einer statistischen Erhebung gekoppelt, wobei für eine qualitativ gute Statistik die unterschiedlichen Ressourcen in personeller und materieller Hinsicht der einzelnen kantonalen Krebsligen berücksichtigt werden müssen.

Literatur

Bisig B, Bopp M, Gutzwiller F, Stähli R: Gesundheit im Kanton Zürich. Bericht und Massnahmen. Hrsg: ISPM Universität Zürich, i.A. Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich. Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und gesundheitswesen im Kanton Zürich Nr. 3, 1994.

Gurtner F, Minder Ch E, Minder V: Gesundheitsstatistische Konzepte und Organisationsmodelle. Eine Studie über die Situation in der Schweiz und im Ausland. Hrsg: Bundesamt für Statistik, Bern, 1993.

Bundesamt für Sozialversicherung, Sektion Statistik. Schweizerische Sozialversicherungsstatistik 1998. Gesamtrechnung, Hauptergebnisse und Zeitreihen. Bern, EDMZ, Best.Nr. §318.122.98d

4.2.5 Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer

Charakteristik, Zugang, Inhalt

Da keine geeignete Publikation von Daten vorliegt, erfolgt eine summarische Beschreibung. Das KSK bereitet einen Teil der Informationen aus Arzt-, Physiotherapeuten- und Chiropraktorenrechnungen, die von den Kassen bezahlt werden, auf. Ziel ist vor allem die Identifizierung von teuer (nach Ansicht des KSK unwirtschaftlich) arbeitenden Ärzten. Ebenfalls soll die Statistik mit eine Grundlage für Tarifverhandlungen bieten. Pro Leistungserbringer werden die Gesamtzahlen an Fällen, Konsultationen, Kosten für Medikamente, Überweisungen an Spezialärzte (insbesondere Hausarztmodelle), Physiotherapie, Ergotherapie, etc. ermittelt und die entsprechenden Verhältniszahlen ermittelt. Verursachte Spitalzuweisungen, respektive -leistungen werden ebenfalls miteinbezogen.

Bemerkungen, Indikatoren

Es bestehen mehrere Einschränkungen. Diagnosen werden nicht regelmässig gemeldet, sondern nur auf Verlangen an den Vertrauensarzt. Auch werden die Diagnosen, aus ärztlicher Sicht aus "Datenschutzgründen", manchmal in groben Kategorien angegeben, zum Beispiel «Tumorleiden». Weitergehende Analysen von Kassendaten erfolgten bisher nur in Zusammenarbeit mit grossen Krankenkassen. Unter der Einschränkung, dass nicht alle Rechnungen zugestellt werden und dass sich erhebliche Datenschutzprobleme stellen, wären auch Studien zur Inanspruchnahme, nicht nur zur Erbringung von Leistungen möglich.

Zusammenfassend wären Daten zur Bildung von Indikatoren in den Bereichen Therapie und Nachsorge vorhanden, bei Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen auch im Bereich Früherkennung. Hauptmerkmale wären die Krankenkassenkosten der erbrachten, respektive in Anspruch genommenen Leistungen, respektive auch der Leistungsmix nach Fall.

Das konkrete Vorgehen bedarf eingehender Besprechungen mit den Krankenversicherern, unter Berücksichtigung von Datenschutz- und Finanzierungsaspekten der entsprechenden Erhebungen.

Literatur:

Gurtner F, Minder Ch E, Minder V: Gesundheitsstatistische Konzepte und Organisationsmodelle. Eine Studie über die Situation in der Schweiz und im Ausland. Hrsg: Bundesamt für Statistik, Bern, 1993.

4.2.6 Nestlé-Studie

Der Nahrungsmittelkonzern hat im Bereich Ernährung in den Jahren 1985, 1988 und 1995 eine Verbrauchserhebung bei ca. 700 Zielpersonen durchgeführt. Dieser Studie können der Obst- und Gemüseverbrauch als Indikatoren für die Gesundheitsförderung/Prävention des Darm-, resp. Brustkrebsprogramms entnommen werden. Die nächste Erhebung ist für das Jahr 2000 geplant.

4.3 ZENTRALE EINZELERHEBUNGEN

4.3.1 Frauen und Krebs

Charakteristik

Vollständiger Titel:	Frauen und Krebs - Resultate der Umfrage bei Schweizer Patientinnen mit Brustkrebs oder einem gynäkologischen Tumor
Art der Datenerhebung:	Teilerhebung mit schriftlichen Fragebogen
Erhebungsrhythmus:	einmalige Studie
Erhebungsjahr:	1997
Stichprobe:	Patientinnen mit Brustkrebs (80%) oder anderem gynäkologischem Tumor (20%) aus 17 Kantonen und allen Sprachregionen der Schweiz
Altersgruppe:	keine Altersbegrenzung
Beteiligte:	Patientinnen in stationärer oder ambulanter Behandlung

	Stichprobe (n)	Stichprobe (%)
Deutschschweiz	762	69
Westschweiz	204	19
Tessin	136	12
TOTAL Schweiz	1'102	100

Befragungsetappen:	Während eines Monats wurden Fragebogen in Spitälern und Arztpraxen an Patientinnen abgegeben
Teilnahmequote:	keine Angaben
Durchführung:	Marktforschungsinstitut Wirthlin, London
Schweizer Expertinnenrat:	Vorsitz: Dr. Agnes Glaus, Zentrum für Tumordiagnostik und Prävention, St. Gallen und PD Dr. med. Monica Castiglione

Datenzugang

Caring about Women and Cancer^j, Dr. Béatrice Miller Wyss, c/o Peter Bütikofer AG, Zürich

^j Beteiligte Organisationen: Europa Donna, European Cancer Leagues, European Institute of Oncology, European Nursing Society, European Organisation for Research and Treatment of Cancer, European School of Oncology, European School of Psychological Oncology, European Union of General Practitioners, Société Française de Cancérologie Privée, Bristol-Myers Squibb Oncology Division Europe.

Inhalt

Krebspatientinnen wurden nach ihrer Meinung zu Vorsorge, Diagnose, Behandlung, Nachsorge sowie psychologischer und praktischer Unterstützung in der Lebensgestaltung befragt.

Methodik

Diese internationale Studie wurde in 15 Ländern^k durchgeführt. Für unsere Belange sind jedoch nur die Resultate der Schweizer Befragung von Interesse. An 32 Universitäts- und Kantonsspitalern sowie onkologischen Schwerpunktpraxen in der Schweiz sind während eines Monats Fragebögen an stationär oder ambulant behandelte Brustkrebspatientinnen und solche mit anderen gynäkologischen Tumoren verteilt worden. Die Umfrage richtet sich somit ausschliesslich an direkt betroffene Frauen und enthält krebspezifische Fragen.

Diese Studie enthält krebspezifische, quantitative Daten und ermöglicht einen Vergleich der Situation in der Schweiz mit den anderen an der Studie beteiligten Ländern.

Indikatoren

Siehe ausführliche Tabelle am Ende des Kapitels.

Bemerkungen

Diese Daten dienen als Indikatoren des Brustkrebsprogramms. Im Bereiche Therapie / Nachsorge / Lebensqualität - Unterstützungsangebote stellt es fast die einzige gesamtschweizerische Datenquelle dar, welche Patientinnen direkt und auf ihr Krebsleiden bezogen befragt.

Literatur

Caring about Women and Cancer: Frauen und Krebs - Resultate der Umfrage bei Schweizer Patientinnen mit Brustkrebs oder einem gynäkologischen Tumor, August 1999

Veronesi U et al.: Caring about Women and Cancer (CAWAC): A European Survey of the Perspectives and Experiences of Women with Female Cancers. European Journal of Cancer 1999;35:1667-1675

Indikatoren aus "Frauen und Krebs", Zuordnung zu einzelnen Zielen

Indikator	Ziel	Bemerkung / Einschränkung
BRUSTKREBSPROGRAMM		
Wissen über Krebs	B4-B7, B10*	private Studie
Vorsorge und Entdecken erster Anzeichen	B4-B7*	private Studie
Diagnose	B10*	private Studie
Zufriedenheit mit der medizinischen Behandlung	B20-B22*	private Studie
Zufriedenheit mit der Behandlung im Spital	B: Bereich Therapie	private Studie

^k Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Griechenland, Grossbritannien, Irland, Israel, Italien, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, Schweiz, Spanien.

Indikator	Ziel	Bemerkung / Einschränkung
Unterstützung (familiär, Bedürfnis, finanzielle)	B29-B31*	private Studie
Lebensgestaltung und soziale Beziehungen	G3,B: Steigerung der Lebensqualität	private Studie

Nationales Krebsbekämpfungsprogramm:

G = Globalkonzept, B = Brust-, L = Lungen-, H = Haut- und D = Darmkrebsprogramm

* Zielformulierungen siehe Anhang 6.2: Zieltabelle

4.3.2 Vorstudie für eine nationale Kampagne zur Früherfassung des kolorektalen Karzinoms

Charakteristik

Vollständiger Titel:	Vorstudie für eine Nationale Kampagne zur Früherfassung des kolorektalen Karzinoms: Ergebnisse der Ärztebefragung Ergebnisse der Publikumsbefragung Synthesebericht
Art der Datenerhebung:	Fragebogen an alle praktizierenden Ärzte der Fachgebiete Allgemeine Medizin, Innere Medizin, Gynäkologie und Chirurgie des Kantons St. Gallen Erhebung in der deutschen und welschen Schweiz mittels CATI und zusätzlich schriftlichem Fragebogen bei Frauen und Männern im Alter von 40-74 Jahren
Erhebungsrhythmus:	einmalige Erhebung
Stichprobe:	Vollerhebung bei den praktizierenden Ärzten des Kantons St. Gallen der betreffenden Fachgebiete (n = 408), wobei der Rücklauf 53% betrug Repräsentativbefragung in der deutschen und welschen Schweiz telefonisch (n=1180) mit schriftlicher Zusatzerhebung (n=932), wobei der Rücklauf in der deutschen Schweiz 87% und 69% in der welschen Schweiz betrug
Örtliche Auflösung:	Ärztebefragung: Kanton St. Gallen Publikumsbefragung: im Bericht nur Auflösung nach Sprachregion: deutsche Schweiz, welsche Schweiz. (Anmerkung: Zahlenband nicht vorliegend)
Zeitliche Auflösung:	Zeitraum der Befragung: Ärzte: Januar bis März 1996 Publikum: Oktober bis Dezember 1995
Datenverarbeitung:	Projektleitung: Krebs Hans, Kommunikations- und Publikumsforschung, Zürich

Durchführung Publikumsbefragung: LINK Institut Luzern
Durchführung Ärztebefragung: Gesundheitsdepartement Kanton St. Gallen, Abteilung Gesundheitsvorsorge
EDV: LINK Institut Luzern

Datenzugang

Institution: Kommunikations- und Publikumsforschung, Hans Krebs, Zürich
Schweizerische Krebsliga, Bern
Gesundheitsdepartement Kanton St. Gallen
Verfügbarkeit: auf Anfrage
Medium: schriftlich
Bestimmungen: Datenschutzgesetz

Inhalt

Publikumsbefragung: Vorbestehende Kenntnis von Krebsvorsorgeuntersuchungen
subjektive Einschätzung der Krebsvorsorgeuntersuchungen
Lebensgewohnheiten, speziell Risikofaktoren für Darmkrebs
Wissen über Risikofaktoren, Früherkennungssymptome für Darmkrebs
subjektive Einschätzung der Früherkennungssymptome
Interesse an Darmkrebsvorsorge
Rolle des Hausarztes
bereits erfolgte Krebsvorsorgeuntersuchungen
Akzeptanz und perzipierter Nutzen der Vorsorgeuntersuchungen
bereits aufgetretene Darmbeschwerden
Reaktionsmuster des Publikums bei Beschwerden
subjektive Meinung bezüglich Informationskampagne
Ärztebefragung: Bewertung von Zielsetzungen einer Informationskampagne zur Darmkrebsvorsorge
Bewertung von Primärprävention
Früherkennungssymptome
Vorsorgeuntersuchungen bei asymptomatischen und symptomatischen Patienten, bei Risikogruppen
Effektiv erbrachte Vorsorgeleistungen
Akzeptanz und perzipierter Nutzen der Vorsorgeuntersuchungen
subjektive Meinung bezüglich Informationskampagne

Als Vorsorgeuntersuchungen werden im aufgeführt: Test auf okkultes Blut im Stuhl, rektale Palpation, Rektoskopie durch alle beteiligten Ärzte, Sigmoido- und Coloskopie durch den Facharzt

Methodik

Für die methodischen Aspekte wird auf die Kapitel Untersuchungsanlage und Methodik der beiden Erhebungen verwiesen. Die detaillierten Unterlagen liegen der SKL vor, da die Vorstudie in ihrem Auftrag durchgeführt wurde.

Indikatoren

Die Vorstudie enthält Indikatoren für das Modul Darmkrebs in den Bereichen Gesundheitsförderung/Prävention sowie Früherkennung. Die Verwendbarkeit zur Evaluation des NKBP würde allerdings eine wiederholte Durchführung bedingen. Die Indikatoren zur Gesundheitsförderung/Prävention finden sich auch in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung, die auch in Zukunft periodisch durchgeführt wird. Die Vorstudie sollte bei geplanten Aktivitäten im Bereich Früherkennung des NKBP berücksichtigt werden, insbesondere im Bereich Darmkrebs. Mehrere Fragen können auch zur Evaluation von Screeninguntersuchungen bei anderen Neoplasien analog verwendet werden.

Bemerkungen

Während die Publikumsbefragung eine gute Grundlage für weitere Erhebungen bezüglich Darmkrebsscreening darstellt, kann die Ärztebefragung nicht auf schweizerische Verhältnisse extrapoliert werden (Siehe Studie 3, Kapitel 5.2.1). Strukturelle Unterschiede, wie zum Beispiel Kanton mit, respektive ohne universitäres Zentrum dürften sich bemerkbar machen. Insbesondere dürften Unterschiede zwischen ländlicher Bevölkerung und Bevölkerung in Grossstädten und Agglomerationen bemerkbar sein. Die Versorgungsdichte und der Zugang zu Ärzten, insbesondere Spezialärzten, ist unterschiedlich. Ob diese unterschiedlichen Gegebenheiten in der von Marbet et al. geplanten Studie zur Akzeptanz und Compliance und Präferenz von unterschiedlichen Screeningprogrammen ausreichend berücksichtigt werden, ist noch offen, da das Studiendesign noch nicht definitiv vorliegt.

In der Publikumsbefragung betreffen 4 Fragen die Früherkennung von Neoplasien allgemein. Erfasst werden insbesondere Brustkrebs, Gebärmutterhalskrebs, Prostatakrebs und Hautkrebs sowie teilweise Lungenkrebs. Die Fragen könnten auch als Basis für weitere Erhebungen bei diesen Krebsarten verwendet werden.

Literatur

Krebs H: Vorstudie für eine nationale Kampagne zur Früherfassung des kolorektalen Karzinoms. Ergebnisse der Publikumsbefragung, August 1996. Kommunikations- und Publikumsforschung, Zürich.

Krebs H: Vorstudie für eine nationale Kampagne zur Früherfassung des kolorektalen Karzinoms. Ergebnisse der Ärztebefragung, August 1996. Kommunikations- und Publikumsforschung, Zürich.

Krebs H: Vorstudie für eine nationale Kampagne zur Früherfassung des kolorektalen Karzinoms. Synthesebericht, September 1996. Kommunikations- und Publikumsforschung, Zürich.

Marbet UA: Prävention des kolorektalen Karzinoms. Geriatrie Praxis 7/1999; p.26-31.

Tomeo CA et al., Harvard Center for Cancer Prevention: Harvard Report on Cancer Prevention. Volume 3: Prevention of colon cancer in the United States. Cancer Causes and Control 10:167-80, 1999.

4.3.3 Ausmass und Intensität von Krebschmerzen in der Schweiz

Vollständiger Titel:	Ausmass und Intensität von Krebschmerzen in der Schweiz, Zusammenfassung "und" (Bemerkung: im Original "aus") Ergebnisse einer Pilotstudie
Art der Datenerhebung:	Nicht-repräsentative Teilerhebung in der ganzen Schweiz paarweise von Patienten und ihrem betreuenden Arzt mittels Fragebogen. Die Studie erfolgte im Rahmen von ambulanten onkologischen Konsultationen in Krebszentren, Kliniken oder Privatpraxen.
Erhebungsrhythmus:	einmalige Erhebung
Existierende Jahrgänge:	1995
Stichprobe:	<p>In insgesamt 28 von 74 angefragten Krebszentren, Kliniken und Privatpraxen sind 525 Protokollpaare jeweils an Patienten und ihren betreuenden Arzt verteilt worden</p> <p>Realisierte Protokollpaare: Nach beteiligten Behandlungssorten: 346 SAKK-Zentren (177 Onkologie, 93 Radiotherapie und 76 Gynäkologie), 91 Kantons-/Regionalspitäler, 63 Private Onkologiepraxen (TOTAL: 500 Protokollpaare)</p> <p>Nach Sprachregionen: 209 in der Deutschschweiz, 208 in der Westschweiz und 83 Tessin (TOTAL: 500 Protokollpaare)</p>
Teilnahmequote:	95%
Befragungsetappen:	September/Oktober 1995
Durchführung:	Datenanalyse und Berichterstattung von Hans Krebs, Kommunikations- und Publikumsforschung, Erfassung der Protokolle auf EDV und statistische Auswertungen vom Institut LINK für Markt- und Sozialforschung in Luzern, Studie im Rahmen der Kampagne "Leben mit Krebs, ohne Schmerz" im Auftrag der Schweizerischen Krebsliga (SKL)

Datenzugang

Schweizerische Krebsliga, Bern

Inhalt

Die Studie misst das subjektive Schmerzempfinden von KrebspatientInnen und die Fremdeinschätzung durch den betreuenden Arzt. Zwei vollstandardisierte Fragebögen waren im Einsatz: Das Schmerzprotokoll für Patienten und dasjenige für Ärzte. Das Schmerzprotokoll für Patienten erhob die subjektive Einschätzung der Stärke der Schmerzen, die subjektive Ursachenzuschreibung der Schmerzen und die subjektive Beeinträchtigung der Lebensaktivität durch die Schmerzen. Das Schmerzprotokoll für Ärzte erhob Geschlecht, Alter und den klinischen Status der Patienten sowie die Fremdeinschätzung der Schmerzintensität durch den behandelnden Arzt. Zudem werden die Schmerzmedikation nach WHO-Einteilung, die Medikamentenwahl, die Dosierung und der Verabreichungsmodus in den letzten und den nachfolgenden 24 Stunden sowie weitere verordnete medizinische Therapien zur Schmerzlinderung erfasst.

Methodik

Erfasst wurden Patienten, die eine onkologische Behandlung beanspruchten. Mit einer prospektiv festgelegten Verteilung wurde eine für die Schweiz und ihre drei Sprachregionen repräsentative Auswahl an Behandlungszentren (Krebszentren (SAKK), Kantons-/Regionalspitäler und private Onkologiepraxen) angestrebt. Die Repräsentativität ist durch die Beteiligungsrate von lediglich 40% der angeschriebenen Adressaten eingeschränkt worden. In den beteiligten Behandlungszentren wurde im September/Oktober 1995 jeweils während eines Stichtags von allen ambulanten KrebspatientInnen, die zur Behandlung kamen, unmittelbar vor der ärztlichen Konsultation ein Schmerzprotokoll ausgefüllt. Die Patienten übergaben es dann in einem verschlossenen Umschlag dem Arzt, der nun ebenfalls ein Schmerzprotokoll ausfüllte und dieses mit dem Umschlag des Patienten in einen weiteren Umschlag steckte. So konnten in der Analyse die Einschätzungen des Arztes und diejenige des Patienten einander zugeordnet werden, ohne dass Arzt und Patient die Einschätzung des andern kannten. Es wurden keine Patientennamen erfasst. Die Anonymität blieb gewahrt.

Indikatoren

Die Studie gibt Aufschluss über folgende Fragestellungen im Zusammenhang mit Krebschmerzen in der Schweiz:

- Anteil der Krebspatienten, die an Schmerzen leiden
- subjektive Einschätzung des Schmerzausmasses durch PatientInnen
- Beeinträchtigung der PatientInnen durch die Schmerzen in ihren Lebensaktivitäten
- kausale Modelle für Schmerzen aus PatientInnensicht
- Einschätzung des Schmerzausmasses durch die behandelnden Ärzte
- Analgetika-Verordnungspraxis
- Änderungen der Schmerzmedikation während der ärztlichen Konsultation

Bemerkungen

Diese Studie ist für alle Programme für den Zielbereich Lebensqualität von hoher Bedeutung. Es ist die erste und einzige schweizweit durchgeführte Studie, welche Krebschmerzen quantitativ erfasst. Weitere systematische Erhebungen für den Bereich Lebensqualität sind wünschenswert.

Literatur

Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Edmonson JH, Blum RH et al: Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. N Engl J Med 1994; 330: 595-596

Larue F, Colleau SM, Brasseur L, Cleeland CS: Multicentre study of cancer pain and its treatment in France. BMJ 1995; 310: 1034-1037

4.4 WEITERE EINZELERHEBUNGEN

4.4.1 IUMSP: Die Gesundheit Jugendlicher in der Schweiz

Charakteristik

Vollständiger Titel:	Gesundheit Jugendlicher in der Schweiz	
Art der Datenerhebung:	Teilerhebung mittels Fragebogen der gesamten Schweiz unter den Jugendlichen in Ausbildung.	
Erhebungsrhythmus:	erstmalig 1997 (Wiederholung ist geplant)	
Existierende Jahrgänge:	1997	
Stichprobe:	Geklumpte Zufallsstichprobe der gesamten Schweiz (Klumpen = grössere Einheit). Umfrage in Klassen. Schweizweit repräsentative Befragung bezüglich Geschlechterverteilung, Ausbildungstyp und Aufteilung nach den drei Sprachregionen	
	Stichprobenumfang:	10'338 Jugendliche in Ausbildung
	Geschlecht:	Frauen und Männer
	Altersgruppen:	15-20jährige SchülerInnen
Teilnahmequote:	94%	
Befragungsetappen:	Westschweiz:	März-Juni 1992
	Deutschschweiz und Tessin:	März-Juni 1993
Durchführung:	Institute universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), Lausanne	

Datenzugang

Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), Lausanne

Inhalt

Die Befragungen untersuchen die Gesundheit und den Lebensstil Jugendlicher. Die Themenblöcke sind Umwelt und Lebenswelt, Entdeckungs- und Experimentierverhalten, Gesundheit und Gesundheitsprobleme sowie die Inanspruchnahme medizinischer und psychologischer Hilfe.

Methodik

Zur Erhebung der Daten wird ein anonymer, schriftlich zu beantwortender Fragebogen eingesetzt. Die Jugendlichen bearbeiten diesen in den Schulkassen. Der Fragebogen existiert in den drei Landessprachen. Die Datenqualität ist wissenschaftlich abgesichert.

Indikatoren

Siehe ausführliche Tabelle am Ende des Kapitels.

Bemerkungen

Die Gesundheit Jugendlicher ist eine breit angelegte Studie in den Schulklassen der ganzen Schweiz. Sie erfasst die Gesundheit und vor allem den Lebensstil Jugendlicher gut. Die Wiederholung dieser Studie ist vorgesehen.

Literatur

Narring F., Tschumper A., Michaud P.-A., Vanetta F., Meyer R., Wydler H., Vuille J.-C., Paccaud F., Gutzwiller F.: Die Gesundheit Jugendlicher in der Schweiz. Bericht einer gesamtschweizerischen Studie über Gesundheit und Lebensstil 15- bis 20jähriger. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne 1994

Indikatoren aus "Gesundheit Jugendlicher", Zuordnung zu einzelnen Zielen

Indikator	Ziel	Bemerkung / Einschränkung
▪ GLOBALKONZEPT (siehe auch einzelne Programme)		
Selbstbild und Ernährungsverhalten	G3: Steigerung der Lebensqualität G: Körperbewusstsein steigern	nur Jugendliche befragt
Selbstwertgefühl	G3: Steigerung der Lebensqualität	nur Jugendliche befragt
▪ BRUSTKREBSPROGRAMM		
Prävention/Gesundheitsförderung		
Faserreiche Ernährung (rohes Gemüse, Salat: Früchte und Säfte; Hülsenfrüchte; Getreideflocken)	B4,6: ausreichender: Gemüse- und Obstkonsum	nur Jugendliche befragt
Alkoholkonsum (Menge und Art)	B4,6: Übermässiges Trinken von Alkohol verringern	nur Jugendliche befragt
Sportclub (ausserhalb der Schulzeit)	B4,6: körperliche Aktivität steigern	nur Jugendliche befragt
▪ DARMKREBSPROGRAMM		
Prävention/Gesundheitsförderung		
Faserreiche Ernährung (rohes Gemüse, Salat: Früchte und Säfte; Hülsenfrüchte; Getreideflocken)	D5,6: ausreichender: Gemüse- und Obstkonsum	nur Jugendliche befragt
Alkoholkonsum (Menge und Art)	D7: Übermässiges Trinken von Alkohol verringern	nur Jugendliche befragt
Sportclub (ausserhalb der Schulzeit)	D8: körperliche Aktivität steigern	nur Jugendliche befragt

Nationales Krebsbekämpfungsprogramm:

G = Globalkonzept, B = Brust-, L = Lungen-, H = Haut- und D = Darmkrebsprogramm

4.4.2 Stillhäufigkeit und Stilldauer in der Schweiz 1994

Längere Stillzeiten zeigen bei Frauen eine protektive Wirkung bezüglich der Entwicklung von Brustkrebs. Das Institut für Sozial- und Präventivmedizin Basel führte im Jahr 1994 die gesamtschweizerische Studie über die Stillhäufigkeit und Stilldauer bei Müttern von Säuglingen im Alter von ca. 6 Monaten durch. 203 Mütterberatungsschwestern wurden angefragt, bei der Erhebung mitzuwirken, wovon 82.5 % teilnahmen. Insgesamt 2757 Fragebogen wurden an Mütter verschickt. Die Teilnahmequote war 76%. Somit umfasst das Studienkollektiv umfasst 2'098 Säuglinge im Alter von 6 Monaten resp. deren Mütter. Die Repräsentativität wurde anhand der Verteilung der Nationalität, des Alters der Mutter, des Geschlechts und des Geburtsgewichtes des Kindes im Vergleich zur Bevölkerung untersucht. Diese Studie wird im Jahr 2001 wiederholt werden.

4.4.3 Kohortenstudie Alkohol- und Drogenkonsum SFA

Charakteristik

Vollständiger Titel:	Alkohol- und Drogenkonsum - eine Schweizer Kohortenstudie
Art der Datenerhebung:	Kohortenanalyse
Baseline:	1987
Follow up:	1995
Stichprobe:	Baseline = Random-Quota-Stichprobe der Trendstudie (100%); Mehrstufige Zufallsstichprobe der gesamten Schweiz (alle Sprachregionen)
Umfang:	1'500-2'000 Personen beiderlei Geschlechts
Altersgruppen:	ab 15 Jahren
Teilnahmequote:	72%

Datenzugang

Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA), Dr. phil. Gerhard Gmel, Lausanne

Inhalt

Auf dem Hintergrund verschiedener Lebensstile werden bei dieser Kohortenanalyse (Longitudinal- bzw. Panelstudie) der Konsum von Alkohol, Tabak, Medikamenten und von illegalen Drogen untersucht. Die betrachteten Einzelaspekte waren die Veränderung von Konsummustern, d.h. Konsumhäufigkeit und Getränketypp; Konsumfolgeprobleme, Lebensereignishäufigkeiten und die Wirkung alltäglicher Stresserlebnisse. Schliesslich ist eine Analyse der Sterbezertifikate der seit 1987 verstorbenen Interviewpartner enthalten.

Methodik

Die Ausgangsstichprobe bezieht sich auf die sogenannte 'Trendstudie 1987' aus der Reihe der regelmässigen Repräsentativuntersuchungen der SFA, welche, ab 1975 in 6-Jahresintervallen durchgeführt, seit 1993 nunmehr Bestandteil der Eidgenössischen Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) ist. Über elektronische Telefonverzeichnisse und die Befragung der Einwoh-

nermeldeämter konnten über 90% der vorhandenen Adressen der 1987er Befragung aktualisiert werden und der augenblickliche Aufenthalt der entsprechenden Personen eruiert werden.

Mit Hilfe von personalisierten Ankündigungsschreiben und Anschreiben beim Fragebogenversand sowie zwei schriftlichen Erinnerungsschreiben und einem telefonischen Antwortappell konnte ein zufriedenstellender Rücklauf von über 72% erreicht werden.

Es wurde ein disproportionaler Quota-Sampling durchgeführt, mit überproportionalen Quoten für die italienisch- und französischsprachigen Landesteile sowie für die Altersgruppe der 15- bis 24jährigen. Während 1987 persönliche Interviews durchgeführt worden waren, erfolgte 1995 eine schriftliche Befragung bei denjenigen, die bei der Erstbefragung ihre Zustimmung zu einem Zweitinterview gegeben hatten. Die Datenqualität ist wissenschaftlich abgesichert.

Indikatoren

Siehe ausführliche Tabelle am Ende des Kapitels.

Bemerkungen

Im Unterschied zu den üblichen Querschnittstudien erlaubt der Kohortenansatz eine Kausalitätsanalyse im engeren Sinne, verbunden mit einer Längsschnittbetrachtung. Aufgrund der relativ hohen finanziellen und zeitlichen Aufwendungen ist es wenig überraschend, dass - auch in der Schweiz - dieser Untersuchungstyp eher selten ist. Das Projekt ist beendet.

Literatur

François, Y., Truan, P. & Gmel, G., 1997: Taux de réponse et analyse des non-réponses dans le cas d'une étude de type cohorte. *Médecine sociale et préventive* 42: 186-191.

Maffli, E., Gmel, G. & Efionayi-Mäder, D., 1997: Verbreitung und Einnahme von Schlaf-, Schmerz-, Beruhigungs- und Anregungsmitteln in der Schweiz. *Abhängigkeiten* 3(1): 4-18

Müller, R., Meyer, M. & Gmel, G., 1997: Alcool, tabac et drogues illégales en Suisse de 1994 à 1996. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autre toxicomanies.

Truan, P., Gmel, G., François, Y & Janin, B., 1997: Dépistage de consommation problématiques d'alcool dans la population suisse: Comparaison entre un instrument développé par l'ISPA et le questionnaire CAGE. *Schweizerisch Medizinische Wochenschrift* 127: 753-761.

Indikatoren aus Kohortenstudie Alkohol- und Drogenkonsum SFA, Zuordnung zu einzelnen Zielen

Indikator	Ziel	Bemerkung / Einschränkung
▪ GLOBALKONZEPT - ALLE KREBSARTEN		
Lebensqualität		
Medikamentenkonsum (Menge und Verhalten)	G3: Lebensqualität steigern	krebsunspezifische Frage
▪ BRUSTKREBSPROGRAMM		
Prävention/Gesundheitsförderung		
Tabakkonsum (Menge und Verhalten)	B4-6: Raucherprävalenz senken	
Alkoholkonsum (Menge und Verhalten)	B4-6: Übermässiges Trinken von Alkohol verringern	
▪ LUNGENKREBSPROGRAMM		
Prävention/Gesundheitsförderung		
Tabakkonsum (Menge und Verhalten)	L2,8: Raucherprävalenz senken	
▪ DARMKREBSPROGRAMM		
Prävention/Gesundheitsförderung		
Alkoholkonsum (Menge und Verhalten)	D7: Übermässiges Trinken von Alkohol verringern	

Nationales Krebsbekämpfungsprogramm:

G = Globalkonzept, B = Brust-, L = Lungen-, H = Haut- und D = Darmkrebsprogramm

4.5 ABGESCHLOSSENE ERHEBUNGEN

4.5.1 Krebsvorsorge

Charakteristik

Vollständiger Titel:	Krebsvorsorge - Repräsentativer Bevölkerungssurvey zur Beschreibung von Einstellung und Verhalten bezüglich Krebsvorsorge
Art der Datenerhebung:	Repräsentative Teilerhebung in Form einer Befragung mit Telefoninterviews in der gesamten Schweiz
Erhebungsrhythmus:	jährlich
Existierende Jahrgänge:	1988-1997
Stichprobe:	Stichprobenbildung nach einem Random-Quota-Verfahren in der Deutsch- und Westschweiz. Zufallsstichprobe. Quotierungsmerkmal: Geschlecht, Alter und Erwerbstätigkeit

	Repräsentativ für die gesamte Schweizer Wohnbevölkerung
	Privathaushalte mit Telefonanschluss in der ganzen Schweiz
	Stichprobenumfang: jährlich mindestens 700 Zielpersonen
	Geschlecht: Frauen und Männer
	Altersgruppe: 15-74 Jahre
Befragungsetappe:	1. Novemberwoche
Teilnahmequote:	divers; jährlich ca. 700 realisierte Interviews
Durchführung:	Institut LINK für Markt- und Sozialforschung in Luzern und Lausanne, im Auftrag der Schweizerischen Krebsliga (SKL)

Datenzugang

Schweizerische Krebsliga (SKL)

Inhalt

Die in den Jahren 1988-1997 jährlich durchgeführte Studie hat Fragestellungen um das krebspezifische Vorsorgewissen, das Grundverhalten und Informationsbedürfnisse sowie um die Brustkrebsvorsorge erhoben.

Methodik

Die Erhebung erfolgte mittels CATI-Telefoninterviews anhand eines strukturierten Fragebogens aus dem zentralen Telefonstudio von LINK in Luzern und Lausanne. Die Befragungen wurden in der Deutsch- und Westschweiz im Rahmen des Mehrthemengefässes Day-to-Day-Bus realisiert. Im Tessin wurde eine separate Stichprobe eigens zu diesem Thema befragt. Der Fragebogen wurde von Hans Krebs und den Projektverantwortlichen der Schweizerischen Krebsliga erarbeitet und vom LINK-Institut auf die Befragbarkeit am Telefon hin überprüft. Die Dateninterpretation und die schriftliche Berichterstattung wurden von Hans Krebs, Kommunikations- und Publikumsforschung Zürich, vorgenommen. Die Stichprobenbildung im Day-to-Day-Bus erfolgt pro Landesteil nach einem Random-Quota-Verfahren: Die Telefonnummern werden in einem ersten Schritt nach einem Zufallsverfahren aus dem elektronischen Telefonverzeichnis der Swisscom ausgewählt, so dass die Haushaltsgrösse, der Sozialstatus und die geographische Verteilung bezüglich Region und Ortsgösse zufällig anfallen. Innerhalb des Zielhaushalts wird in einem zweiten Schritt die Zielperson durch ein dreidimensionales Quotaverfahren nach den Merkmalen Geschlecht, Alter und Erwerbstätigkeit bestimmt. Aus der Gesamtstichprobe des Day-to-Day-Bus wurden aufgrund einer Screeningfrage nach dem Alter die zu befragende Zielperson ausgewählt.

Indikatoren

Siehe ausführliche Tabelle am Ende des Kapitels.

Bemerkungen

Es handelt sich um die einzige Studie, in der eine ausführliche Bevölkerungsbefragung zur Krebsvorsorge vorgenommen wurde. Die Studie ist letztmalig im Jahr 1997 durchgeführt worden und nun abgeschlossen. Somit kann sie nicht für ein künftiges Monitoring von Krebsvorsorgeindikatoren verwendet werden. Die SGB hingegen kann für Indikatoren im Bereich Krebsvorsorge herangezogen werden. Die Vorsorgefragen, welche die im NKBP behandelten Krebsarten betreffen, sind jedoch nur im peripheren Frageteil enthalten.

Als Einschränkung zur Vorsorgestudie muss man erwähnen, dass die Stichprobe mit ca. 700 Personen relativ klein ist. Bei offenen Fragen wurde nicht zwischen Primär- und Sekundärprävention unterschieden. Sollten in einem Modul Aktivitäten in Richtung Förderung des Krebsvorsorgewissens stattfinden, ist eine - unter Umständen modifizierte - Wiederholung dieser Befragung in Betracht zu ziehen.

Indikatoren aus "Krebsvorsorge", Zuordnung zu einzelnen Zielen

Indikator	Ziel	Bemerkung / Einschränkung
<p>▪ GLOBALKONZEPT - ALLE KREBSARTEN</p> <p>Prävention/Gesundheitsförderung - Krebsvorsorge</p> <p>aktives (spontanes) und passives Krebsvorsorgewissen bzgl.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ernährung - Tabakkonsum - Alkoholkonsum - körperliche Aktivität - Übergewicht - Vorsorgeuntersuchungen der Frauen - Sonnenbrände - Aufsuchen eines Arztes bei Hautveränderungen - Einschätzungen des Vorsorgewissens, Defizite und Bedürfnisse - Beurteilung des Engagements der Krebsliga - Einstellungen und Meinungen zur Krebsvorsorge 		
	G,B,L,H,D: fördern des Krebsvorsor- gewissens	- Studie abgeschlossen - kleine Stichprobe - keine Unterscheidung zwischen Primär- und Sekundärprävention
<p>▪ BRUSTKREBSPROGRAMM</p> <p>Prävention/Gesundheitsförderung - Krebsvorsorge</p> <p>aktives (spontanes) und passives Krebsvorsorgewissen bzgl.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ernährung - Tabakkonsum - Alkoholkonsum - körperliche Aktivität - Übergewicht - Vorsorgeuntersuchungen der Frauen - Einschätzungen des Vorsorgewissens, Defizite und Bedürfnisse - Beurteilung des Engagements der Krebsliga - Einstellungen und Meinungen zur Krebsvorsorge 		
	B4-6: fördern des Krebsvorsor- gewissens	- Studie abgeschlossen - kleine Stichprobe - keine Unterscheidung zwischen Primär- und Sekundärprävention
<p>▪ LUNGENKREBSPROGRAMM</p> <p>Prävention/Gesundheitsförderung - Krebsvorsorge</p> <p>aktives (spontanes) und passives Krebsvorsorgewissen bzgl.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tabakkonsum - Alkoholkonsum - körperliche Aktivität - Einschätzungen des Vorsorgewissens, Defizite und Bedürfnisse - Beurteilung des Engagements der Krebsliga - Einstellungen und Meinungen zur Krebsvorsorge 		
	L: fördern des Krebsvorsor- gewissens	- Studie abge- schlossen - kleine Stichprobe - keine Unter- scheidung zwischen Primär- und Sekundär- prävention

Indikator	Ziel	Bemerkung / Einschränkung
<p>▪ HAUTKREBSPROGRAMM</p> <p>Prävention/Gesundheitsförderung - Krebsvorsorge</p> <p>aktives (spontanes) und passives Krebsvorsorgewissen bzgl.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sonnenbrände - Aufsuchen eines Arztes bei Hautveränderungen - Einschätzungen des Vorsorgewissens, Defizite und Bedürfnisse - Beurteilung des Engagements der Krebsliga - Einstellungen und Meinungen zur Krebsvorsorge 		
	H4-6: fördern des Krebsvorsor- gewissens	- Studie abge- schlossen - kleine Stichprobe - keine Unter- scheidung zwischen Primär- und Sekundärprä- vention
<p>▪ DARMKREBSPROGRAMM</p> <p>Prävention/Gesundheitsförderung - Krebsvorsorge</p> <p>aktives (spontanes) und passives Krebsvorsorgewissen bzgl.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ernährung - Tabakkonsum - Alkoholkonsum - körperliche Aktivität - Übergewicht - Einschätzungen des Vorsorgewissens, Defizite und Bedürfnisse - Beurteilung des Engagements der Krebsliga - Einstellungen und Meinungen zur Krebsvorsorge 		
	D5,7: fördern des Krebsvorsor- gewissens	- Studie abge- schlossen - kleine Stichprobe - keine Unter- scheidung zwischen Primär- und Sekundärprä- vention

Nationales Krebsbekämpfungsprogramm:

G = Globalkonzept, B = Brust-, L = Lungen-, H = Haut- und D = Darmkrebsprogramm

4.5.2 MONICA-Studie und *Basler Ernährungsstudie*

Charakteristik

Vollständiger Titel:	Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease (MONICA) / <i>Prävalenz kardiovaskulärer Risikofaktoren in der baselstädtischen Bevölkerung 1989-1990</i>	
Art der Datenerhebung:	Repräsentative Teilerhebung in Form einer Langzeitstudie mit zwei Bevölkerungsuntersuchungen, die in Form einer körperlichen Untersuchung und eines schriftlichen Fragebogens in den Kantonen VD, FR und TI erhoben wurde. <i>Repräsentative Querschnittsuntersuchung in inhaltlicher Übereinstimmung mit MONICA-Studie</i>	
Existierende Jahrgänge:	- 1984/85 in VD und FR; 1985/86 in TI - 1988/89 in VD, FR und TI / <i>1989/90 separate Befragung in Basel</i>	
Stichprobe:	1984-86:	3'300 Personen
	1988/89:	3'466 Personen /
	1989/90:	887 Personen (BS)
Geschlecht:	Frauen und Männer	

Altersgruppen: VD/FR/BS: 25-74 Jahre
TI 35-64 Jahre

Teilnahmequote: 1988/89 VD und FR: 61%; TI: 73% / BS: 60%

Durchführung: Untersuchungsteam des Institute universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), Lausanne / 65 beteiligte Ärzte des Kantons BS

Datenzugang

Institute universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), Lausanne / Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM), Basel

Inhalt

Die internationale MONICA-Studie untersucht die Risikofaktoren und Krankheitsbilder von Herz-Kreislauferkrankungen. Neben körperlichen Untersuchungen des Blutdrucks und der Blutfette sind auch mittels schriftlichen Fragebogen Rauch- und Ernährungsgewohnheiten sowie das Körpergewicht erhoben worden. Sehr detailliert aufgeschlüsselt ist der Ernährungsteil in Form von Tagebüchern erfasst worden. *Die Basler Ernährungsstudie ist inhaltlich mit der MONICA-Studie abgestimmt.*

Methodik

Mittels Zufallsgenerator werden in den drei beteiligten Kantonen Waadtland (VD), Freiburg (FR) und Tessin (TI) zuerst die Gemeinden und anschliessend die Zielpersonen ausgewählt, welche sich bei der Studie beteiligen sollen. Die Verteilung der ursprünglichen Stichprobe und der Teilnehmer nach Alter und Geschlecht war jener der Grundbevölkerung sehr ähnlich. Dann wurde die körperliche Untersuchung (Blutdruck und Blutfette) vorgenommen und der Fragebogen ausgefüllt. / *In Basel fanden die Untersuchungen im Gegensatz zu VD, FR und TI dezentral statt.*

Die Datenqualität ist wissenschaftlich gesichert. Die MONICA-Studie / *Basler Ernährungsstudie* weisen sehr gute Daten zur Ernährung auf.

Indikatoren

Siehe ausführliche Tabelle am Ende des Kapitels.

Bemerkungen

Die MONICA-Studie / *Basler Ernährungsstudie* weisen bis heute die detaillierteste Erhebung der Ernährung auf.

Literatur

Wietlisbach V: Théorie et pratique de l'échantillonnage. l'exemple de l'enquête MONICA. Soz Präventivmed 1987;32:52-62.

Wietlisbach V et al.: Enquête MONICA: analyse de la participation. Soz Präventivmed 1987;32:63-68

Burnand B et al.: Cholestérol, pression artérielle et fumée de cigarette dans la population en Suisse: le projet MONICA. Soz Präventivmed 1987;32:67-77.

Rickenbach M: Verhaltenrisiken bezüglich Herz- und Kreislauf-Erkrankungen. In: Weiss W, ed. Gesundheit in der Schweiz. Zürich: Seismo-Verlag, 1993: 211-217 Théorie et pratique de l'échantillonnage. l'exemple de l'enquête MONICA. Soz Präventivmed 1987;32:52-62.

Gutzwiller F et al.: Regelmässige Erfassung von Herz-Kreislauf-Risiken und Krankheiten: sinnvoll oder nicht? (die MONICA-Erfahrung) Schweiz Med Wschr 1993;123(Suppl. 48):8-12.

Burnand B et al.: Le poids, les habitudes alimentaires et l'activité physique dans la population en Suisse: le projet MONICA. Soz Präventivmed 1987;32:78-86.

Indikatoren aus MONICA und *Basler Ernährungsstudie*, Zuordnung zu einzelnen Zielen

Indikator	Ziel	Bemerkung / Einschränkung
▪ BRUSTKREBSPROGRAMM		
Prävention/Gesundheitsförderung		
Ernährungsgewohnheiten	B4,6: täglicher Gemüse- und Fruchtekonsum	- Studie abgeschlossen - nur Kt. FR, VD und TI
Körperliche Aktivität	B4,6: körperliche Aktivität steigern	- Studie abgeschlossen - nur Kt. FR, VD und TI
Übergewicht	B4,6: Anstreben des idealen BMI	- Studie abgeschlossen - nur Kt. FR, VD und TI
Alkohol	B4: Übermässigen Alkoholkonsum senken	- Studie abgeschlossen - nur Kt. FR, VD und TI
▪ LUNGENKREBSPROGRAMM		
Prävention/Gesundheitsförderung		
Zigarettenkonsum	L2,8: Raucherprävalenz senken	- Studie abgeschlossen - nur Kt. FR, VD und TI
▪ DARMKREBSPROGRAMM		
Prävention/Gesundheitsförderung		
Ernährungsgewohnheiten	D6: ausreichender Gemüse- und Fruchtekonsum	- Studie abgeschlossen - nur Kt. FR, VD und TI
Körperliche Aktivität	D8: körperliche Aktivität steigern	- Studie abgeschlossen - nur Kt. FR, VD und TI
Übergewicht	D: Anstreben des idealen BMI	- Studie abgeschlossen - nur Kt. FR, VD und TI
Alkohol	D7: Übermässigen Alkoholkonsum senken	- Studie abgeschlossen - nur Kt. FR, VD und TI

Nationales Krebsbekämpfungsprogramm:

G = Globalkonzept, B = Brust-, L = Lungen-, H = Haut- und D = Darmkrebsprogramm

5 SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Die in den Strategieplänen (Stand 7/99) des Nationalen Krebsbekämpfungsprogrammes festgehaltenen Ziele entsprechen, von wenigen Ausnahmen abgesehen, eher Visionen. Zur Schaffung von Indikatoren ist die Formulierung von präzisen und quantifizierbaren Zielen eine a priori Bedingung. Bei gewissen Prozessen dürfte auch die Formulierung von Zwischenzielen erforderlich sein. Eine Kenntnis des Ist-Zustandes ist in der Regel auch Voraussetzung.

Zur Inzidenz, Mortalität, Gesundheitsförderung und Prävention bestehen gute Datenquellen, für die Morbidität ist eine solche im Entstehen. Datenlücken bestehen im Bereich Früherkennung (mit Ausnahme des Mammographiescreenings), in Teilbereichen der Therapie, insbesondere im ambulanten Bereich, und im Bereich Nachsorge. Mit der Outcome Variable Lebensqualität findet sich zwar eine Vielzahl an Einzelstudien, aber keine systematisierte oder bevölkerungsbezogene Erhebung. Aus Gründen der Ökonomie ist es sinnvoll, für das Monitoring die bestehenden Datenquellen zu nutzen, woraus sich noch folgende Empfehlungen ableiten. Bei der Todesursachenstatistik ist eine Abschaffung der Prioritätsregel angezeigt. Priorität sollte eher auf eine Steigerung der Qualität beim Ausfüllen der Sterbekarte gelegt werden. Auch sollte in dieser Hinsicht nochmals die Bedeutung der Autopsie kommuniziert werden. Bei der Spitalstatistik ist auf eine weitere Verbesserung der personellen und materiellen Ressourcen an der Peripherie zu achten. Die Schaffung weiterer Krebsregister, respektive die Abdeckung der gesamten Schweiz durch Krebsregister wäre wünschenswert, da die Exposition, insbesondere im Bereich Umwelt, die Möglichkeiten der Extrapolation einschränkt. Eine generelle Erfassung der Tumorstadien, wie sie gegenwärtig bereits beim Melanom und beim Brustkrebs erfolgt, ist angezeigt. Denn nur so können die Effekte eines Screenings oder von Therapiemodifikationen mit der nötigen Differenziertheit erfasst werden. Die Datenerhebung durch die Krebsregister sollte als Dienstleistung auf gleicher Ebene wie die anderen Bundesstatistiken (Todesursachenstatistik und Spitalstatistik) sichergestellt werden. Fachlich sollte auf die Kompetenz der bereits bestehenden Register abgestützt werden. Als Vision sei an die Verknüpfung der drei Datenquellen auf Personenebene gedacht.

Im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention kommt der Schweizerischen Gesundheitsbefragung als Datenquelle eine zentrale Bedeutung zu. Die Gesundheitsbefragung deckt die gesundheitsrelevanten Bereiche Ernährung, Bewegung, Tabakkonsum, Alkoholkonsum und Sonnenexposition ausführlich ab. Auch gibt sie Aufschluss über die Krebsvorsorge und teilweise auch über die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen. Ferner besteht die Möglichkeit die Schweizerische Gesundheitsbefragung oder andere bestehende periodische Erhebungen (z.B. Schweizer Haushaltpanel) als Vehikel für Indikatoren zur Evaluation des Nationalen Krebsbekämpfungsprogrammes zu verwenden.

Im Bereich Gesundheitsförderung/Prävention kann die zweite Schweizerische Gesundheitsbefragung aus dem Jahr 1997 als Baseline (=Referenz vor Kampagnenstart) genommen werden. Da man von einer Antwortzeit von 5 Jahren zwischen einer Kampagne und dem Impact auf das Gesundheitsverhalten in der Bevölkerung ausgeht, kann man die Daten der dritten SGB im Jahr 2002 für die ersten Ergebnisindikatoren und ganz generell für das Monitoring im Bereich Gesundheitsförderung/Prävention verwenden. Zu berücksichtigen ist, dass die Gesundheitsbefragung auf Bevölkerungsbefragungen basiert, welche das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung sehr direkt widerspiegeln. Die Daten beruhen auf Selbstangaben der Befragten.

Für die Intervalle zwischen den Erhebungen der SGB kann man ergänzend auf Indikatoren aus dem Schweizerischen Haushalt-Panel, dem Institut für Haushaltsanalysen, dem Warenkorb des BFS und Datenquellen des Schweizerischen Bauernverbandes zurückgreifen.

Zum Monitoring des Tabakkonsums ist zu erwähnen, dass das BAG daran ist, ein ab Frühjahr 2000 startendes Monitoringsystem einzurichten, welches Indikatoren zum Tabakkonsum, zur Passivrauchexposition (zuhause und am Arbeitsplatz), Aufhörwilligkeit und zum Rauchstopp periodisch liefert und im Bedarfsfall punktuell und in flexibler Weise auch Adhoc-Themen erfassen soll. Zur Konzeption dieses Monitoringsystems hat das BAG die Studie "Indikatoren für den Tabakkonsum in der Schweiz" (auch Machbarkeitsstudie genannt) 1998 in Auftrag gegeben, welche die dazu geeigneten Datenquellen beschreibt (vgl. Kapitel 4.1.12).

Ein separates Thema bildet die Gesundheit Jugendlicher. Zur Erfassung der Gesundheit Jugendlicher dienen vorwiegend zwei Datenquellen: Einerseits die seit 1986 alle vier Jahre durchgeführten Schülerbefragungen der SFA und andererseits die erstmalig im 1992/93 durchgeführte Studie "Gesundheit Jugendlicher in der Schweiz" des IUMSP Lausanne, welche wiederholt werden soll. Ähnlich der SGB werden in diesen beiden Erhebungen die Unterbereiche Ernährung, Alkohol- und Tabakkonsum und körperliche Bewegung gesamtschweizerisch mit einer jeweiligen Stichprobe von knapp 10'000 Jugendlichen erfasst.

Der Zielbereich Gesundheitsförderung/Prävention umfasst Indikatoren, welche meist gleichzeitig für mehrere Programme von Belang sind, wie dies die folgende Tabelle illustriert. Eine horizontale Vernetzung der Module bezüglich der Nutzung von Datenquellen und Indikatoren ist aus ökonomischen Gründen sinnvoll.

Indikator	Modul des NKPBs			
	Brustkrebs	Lungenkrebs	Hautkrebs	Darmkrebs
▪ Gesundheitsförderung/Prävention				
Ernährung (Obst, Gemüse, faserreiche Ernährung, fettreiche resp. fettarme Ernährung, Fleischkonsum)	X			X
Körperliche Aktivität	X			X
BMI	(X)			X
Alkoholkonsum	X			X
Tabakkonsum (aktiv und passiv)	X	X		
Sonnenexposition / Schutzmassnahmen vor Sonnenexposition			X	

- X** = in diesem Programm sehr evidenter Indikator
- X** = Indikator in diesem Programm
- (X)** = in diesem Programm Ko-Indikator

Erwähnenswert ist die internationale, tumorspezifische Studie "Frauen und Krebs", welche Patientinnen mit Brustkrebs oder einem anderen gynäkologischen Tumor in Spitälern und onkologischen Praxen befragt hat zu den Bereichen Wissen, Vorsorge, Diagnose, Behandlung, Nachsorge und psychologischer und praktischer Unterstützung. Diese Studie wurde von der Firma Bri-

stol-Myers Squibb finanziert. Diese Studie gibt ein gutes Bild aus Patientinnensicht wider. Eine Wiederholung dieser Studie wäre empfehlenswert wie auch für weitere Krebserkrankungen solche Studien auszuarbeiten und in Auftrag zu geben.

5.1 ZUSAMMENFASSENDE SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

- Bei der Zielformulierung für das Nationale Krebsbekämpfungsprogramm ist Vereinheitlichung und Quantifizierung erforderlich. Dies setzt bessere Informationsflüsse bezüglich Struktur und Prozess der Aktivitäten innerhalb des nationalen Programms und der vier Module voraus.
- Zum Aufbau eines Monitoringsystems in den Bereichen Mortalität, Inzidenz, Gesundheitsförderung und Prävention sind in der Schweiz Datenquellen vorhanden. Dies trifft teilweise auch für Therapie und Diagnose zu.
- Für die bisher in den Programmen sichtbaren Aktivitäten kann für die Ergebnis-evaluation in den Bereichen Epidemiologie, Gesundheitsförderung und Prävention weitgehend auf die vorhandenen Datenquellen zurückgegriffen werden. Teilweise gilt dies auch für die Therapie. Voraussetzung ist aber die Sicherstellung einer unabhängigen, dauerhaften Finanzierung der wichtigsten Datenquellen (Krebsregister).
- Die Benutzung vorhandener Datenquellen zur Evaluation bestimmter Aktivitäten benötigt aber in jedem Falle eine systematische Aufarbeitung des Ist-Zustandes, der angestrebten Veränderungen (Soll-Zustand) und die Powerberechnung der jeweiligen Erhebung zur Erfassung der angestrebten Veränderung. Je nach Datenquelle ist eine Erhöhung der Stichprobe nötig (z.B. Schweizerische Gesundheitsbefragung) oder neue Fragen müssen eingebracht werden. Dies ist in jedem Fall mit Aufwand verbunden.
- Datenlücken bestehen in den Bereichen Diagnose, Therapie und Nachsorge. Prioritär müssen hier (falls in diesen Bereichen Aktivitäten mit klaren Zielen durchgeführt werden) Daten zur Ausgangslage und zum Verlauf erhoben werden.

6 ANHANG

6.1 ZENTRALE DATENQUELLEN IM ÜBERBLICK

6.1.1 Globalkonzept

Datenquelle	Indikator	Periodozität	Bemerkung / Einschränkung
▪ Epidemiologie			
Todesursachenstatistik BFS	- Mortalität nach Tumor	kontinuierlich	- Prioritätsregel - Validität (Autopsierate) - Berufsangaben unsicher - Nenner/Zählerproblematik - ICD-10 seit 1.1.1995 - importierte/exportierte Mortalität
Vereinigung Schweizerischer Krebsregister	- Inzidenz nach Tumor	kontinuierlich	- 53% der Bevölkerung abgedeckt - Stadt-/Landverteilung - inzidente/latente Neoplasien - Umweltexposition
Spitalstatistik	- Morbidität nach Tumor	kontinuierlich	- noch im Aufbau begriffen - Konsolidierung der Daten braucht Zeit
▪ Gesundheitsförderung / Prävention			
Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)	- Ernährung - Tabakkonsum - Alkoholkonsum - Bewegung - Body Mass Index (BMI)	alle 5 Jahre	die zentrale Datenquelle für Gesundheitsförderung/Prävention
Statistische Erhebungen und Schätzungen über Landwirtschaft und Ernährung	Inländische Produktionszahlen - Gemüseproduktion - Obst- und Beerenproduktion - Tabakproduktion	jährlich	- pflanzliche Produktionszahlen - Ernährungsbilanz
Schülerbefragung SFA	- Ernährung - Tabakkonsum - Alkoholkonsum - Bewegung	alle 4 Jahre	nur Jugendliche befragt
Gesundheit Jugendlicher in der Schweiz (IUMSP Lausanne)	- Ernährung - Sport - Alkoholkonsum - Gesundheitliche Kontrollüberzeugung - Selbstbild und Ernährungsverhalten	1992: fr. Schweiz; 1993 dt. und it. Schweiz;	- nur Jugendliche befragt - einmalig durchgeführte Studie; Wiederholung geplant
Warenkorb BFS	- Ernährung (sehr genaue Zahlen und sehr detaillierte Auflösung nach Gütern) - Alkohol - Tabak	bei Revisionen der Erhebungsmethode des LIK; ca. alle 5-10 Jahre	- Direkte Kaufzahlen der Bevölkerung - sehr detailliert

Datenquelle	Indikator	Periodozität	Bemerkung / Einschränkung
MONICA-Studie	- Ernährungsgewohnheiten	1984-86 + 1988/89	- abgeschlossen - nur Kantone FR, VD und TI - im Erfassen der Ernährungsgewohnheiten sehr gute Datenqualität
Nestlé-Befragung	- Ernährung	1985, 1988, 1995 (2000 geplant)	- kleine Stichprobe - Unabhängigkeit nicht gewährleistet
Indikatoren für den Tabakkonsum in der Schweiz)	Tabakkonsum - - Raucherprävalenz - Passivrauchen - Anteil der Aufhörwilligen	einmalig; eröffnet Grundlage für künftiges Monitoring- system	- Enthält die Zusammenstellung der Datenquellen für Tabakkonsum
Schweizer Haushalt-Panel	- Gesundheit - Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen	jährlich von 2000-2005	- Gesundheitsfragebogen ist sehr knapp und oberflächlich - Möglichkeit, Fragen in die Befragung einzubringen
Krebsvorsorge	aktives (spontanes) und passives Krebsvorsorgewissen - Ernährung - Tabakkonsum - Alkoholkonsum - körperliche Aktivität - Übergewicht - Vorsorgeuntersuchungen der Frauen - Sonnenbrände - Aufsuchen eines Arztes bei Hautveränderungen - Einschätzungen des Vorsorgewissens, Defizite und Bedürfnisse - Beurteilung des Engagements der Krebsliga - Einstellungen und Meinungen zur Krebsvorsorge	1988-1997 jährlich	- abgeschlossen - keine Unterscheidung Primär-/Sekundärprävention - kleine Stichprobe
▪ Früherkennung			
Krebsvorsorge	aktives (spontanes) und passives Krebsvorsorgewissen - Ernährung - Tabakkonsum - Alkoholkonsum - körperliche Aktivität - Übergewicht - Vorsorgeuntersuchungen der Frauen - Sonnenbrände	1988-1997 jährlich	- abgeschlossen - keine Unterscheidung Primär-/Sekundärprävention - kleine Stichprobe

Datenquelle	Indikator	Periodozität	Bemerkung / Einschränkung
	<ul style="list-style-type: none"> - Aufsuchen eines Arztes bei Hautveränderungen - Einschätzungen des Vorsorgewissens, Defizite und Bedürfnisse - Beurteilung des Engagements der Krebsliga - Einstellungen und Meinungen zur Krebsvorsorge 		
Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)	- Hautuntersuchung: Selber und durch Arzt	alle 5 Jahre	nur periphere Fragen zu Krebsarten der vier Module
▪ Therapie			
Spitalstatistik	<ul style="list-style-type: none"> - Mortalität - Behandlungsprävalenz - Stationäre Tumorbehandlung 	kontinuierlich	<ul style="list-style-type: none"> - noch im Aufbau begriffen - Konsolidierung der Daten braucht Zeit
Guidelines (SGIO)	- Existenz von Guidelines	unregelmässig	<ul style="list-style-type: none"> - Absicherung der Interdisziplinarität - keine gesicherten Angaben zu Dissemination und Implementation
Participants' Report (SIAK)	<ul style="list-style-type: none"> - Anzahl PatientInnen in kontrollierten klinischen Studien - Lebensqualität 	2 x jährlich	<ul style="list-style-type: none"> - Einzelstudien - Details fehlen
Ausmass und Intensität von Krebschmerzen in der Schweiz	<ul style="list-style-type: none"> Krebschmerzen: subjektive Beurteilung und durch den Arzt - Ausmass und Intensität - Einschränkungen im Alltag - Schmerzmedikation 	einmalig 1995	<ul style="list-style-type: none"> - einzige Studie welche Ausmass und Intensität von Krebschmerzen erhoben hat - bei Bedarf ist eine Wiederholung der Studie in Betracht zu ziehen
▪ Nachsorge			
Participants' Report SIAK	<ul style="list-style-type: none"> - Anzahl PatientInnen in kontrollierten klinischen Studien - Lebensqualität 	2 x jährlich	<ul style="list-style-type: none"> - Einzelstudien - Details fehlen
Guidelines (SGIO)	- Existenz von Guidelines	unregelmässig	<ul style="list-style-type: none"> - Absicherung der Interdisziplinarität - keine gesicherten Angaben zu Dissemination und Implementation
Ausmass und Intensität von Krebschmerzen in der Schweiz	<ul style="list-style-type: none"> Krebschmerzen: subjektive Beurteilung und durch den Arzt - Ausmass und Intensität - Einschränkungen im Alltag - Schmerzmedikation 	einmalig 1995	<ul style="list-style-type: none"> - einzige Studie welche Ausmass und Intensität von Krebschmerzen erhoben hat - bei Bedarf ist eine Wiederholung der Studie in Betracht zu ziehen

Datenquelle	Indikator	Periodozität	Bemerkung / Einschränkung
▪ Lebensqualität			
Participants' Report SIAK	- Anzahl PatientInnen in kontrollierten klinischen Studien - Lebensqualität	2 x jährlich	- Einzelstudien - Details fehlen
Ausmass und Intensität von Krebschmerzen in der Schweiz	Krebschmerzen: subjektive Beurteilung und durch den Arzt - Ausmass und Intensität - Einschränkungen im Alltag - Schmerzmedikation	einmalig 1995	- einzige Studie welche Ausmass und Intensität von Krebschmerzen erhoben hat - bei Bedarf ist eine Wiederholung der Studie in Betracht zu ziehen

6.1.2 Brustkrebsprogramm

Datenquelle	Indikator	Periodozität	Bemerkung / Einschränkung
▪ Epidemiologie			
Todesursachenstatistik BFS	- Mortalität nach Tumor	kontinuierlich	- Prioritätsregel - Validität (Autopsierate) - Berufsangaben unsicher - Nenner/Zählerproblematik - ICD-10 seit 1.1.1995 - importierte/exportierte Mortalität
Vereinigung Schweizerischer Krebsregister	- Inzidenz nach Tumor	kontinuierlich	- 53% der Bevölkerung abgedeckt - Stadt-/Landverteilung - inzidente/latente Neoplasien - Umweltexposition
Spitalstatistik	- Morbidität nach Tumor	kontinuierlich	- noch im Aufbau begriffen - Konsolidierung der Daten braucht Zeit
▪ Gesundheitsförderung / Prävention			
Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)	- Ernährung - Tabakkonsum - Alkoholkonsum - Bewegung - Body Mass Index (BMI)	alle 5 Jahre	die zentrale Datenquelle für Gesundheitsförderung/Prävention
Statistische Erhebungen und Schätzungen über Landwirtschaft und Ernährung	Inländische Produktionszahlen - Gemüseproduktion - Obst- und Beerenproduktion - Tabakproduktion	jährlich	- pflanzliche Produktionszahlen - Ernährungsbilanz

Datenquelle	Indikator	Periodizität	Bemerkung / Einschränkung
Stilhäufigkeit und Stlldauer in der Schweiz	- Stilhäufigkeit und Stlldauer	einmalig 1994	Wiederholung im Jahr 2001 vorgesehen
Schülerbefragung SFA	- Ernährung - Tabakkonsum - Alkoholkonsum - Bewegung	alle 4 Jahre	nur Jugendliche befragt
Gesundheit Jugendlicher in der Schweiz (IUMSP Lausanne)	- Ernährung - Sport - Alkoholkonsum - Gesundheitliche Kontrollüberzeugung - Selbstbild und Ernährungsverhalten	1992: fr. Schweiz; 1993 dt. und it. Schweiz;	- nur Jugendliche befragt - einmalig durchgeführte Studie; Wiederholung geplant
Warenkorb BFS	- Ernährung (sehr genaue Zahlen und sehr detaillierte Auflösung nach Gütern) - Alkohol - Tabak	bei Revisionen der Erhebungsmethode des LIK; ca. alle 5-10 Jahre	- Direkte Kaufzahlen der Bevölkerung - sehr detailliert
MONICA-Studie	- Ernährungsgewohnheiten	1984-86 + 1988/89	- abgeschlossen - nur Kantone FR, VD und TI - im Erfassen der Ernährungsgewohnheiten sehr gute Datenqualität
Nestlé-Befragung	- Ernährung	1985, 1988, 1995 (2000 geplant)	- kleine Stichprobe - Unabhängigkeit nicht gewährleistet
Indikatoren für den Tabakkonsum in der Schweiz)	Tabakkonsum - - Raucherprävalenz - Passivrauchen - Anteil der Aufhörwilligen	einmalig; eröffnet Grundlage für künftiges Monitoring-system	- Enthält die Zusammenstellung der Datenquellen für Tabakkonsum
Schweizer Haushalt-Panel	- Gesundheit - Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen	jährlich von 2000-2005	- Gesundheitsfragebogen ist sehr knapp und oberflächlich - Möglichkeit, Fragen in die Befragung einzubringen
Frauen und Krebs	- Wissen über Krebs	einmalig 1999	- sehr spezifische Studie mit guter Abdeckung der Belange krebsbetroffener Frauen - Wiederholung der Studie anregen

Datenquelle	Indikator	Periodizität	Bemerkung / Einschränkung
Krebsvorsorge	aktives (spontanes) und passives Krebsvorsorgewissen - Ernährung - Tabakkonsum - Alkoholkonsum - körperliche Aktivität - Übergewicht - Vorsorgeuntersuchungen der Frauen - Einschätzungen des Vorsorgewissens, Defizite und Bedürfnisse - Beurteilung des Engagements der Krebsliga - Einstellungen und Meinungen zur Krebsvorsorge	1988-1997 jährlich	- abgeschlossen - keine Unterscheidung Primär-/Sekundärprävention - kleine Stichprobe
Geburtenstatistik (der Zivilstandesämter)	- Alter der Frau bei Erstgeburt	kontinuierlich	- mässig beeinflussbarer Faktor - nicht besprochen in diesem Bericht
▪ Früherkennung			
Krebsvorsorge	aktives (spontanes) und passives Krebsvorsorgewissen - Ernährung - Tabakkonsum - Alkoholkonsum - körperliche Aktivität - Übergewicht - Vorsorgeuntersuchungen der Frauen - Einschätzungen des Vorsorgewissens, Defizite und Bedürfnisse - Beurteilung des Engagements der Krebsliga - Einstellungen und Meinungen zur Krebsvorsorge	1988-1997 jährlich	- abgeschlossen - keine Unterscheidung Primär-/Sekundärprävention - kleine Stichprobe
Frauen und Krebs	- Vorsorge und Entdecken erster Anzeichen	einmalig 1999	- sehr spezifische Studie mit guter Abdeckung der Belange krebsbetroffener Frauen - Wiederholung der Studie anregen
▪ Diagnose			
Frauen und Krebs	- Mitteilung der Diagnose	einmalig 1999	- sehr spezifische Studie mit guter Abdeckung der Belange krebsbetroffener Frauen - Wiederholung der Studie anregen
▪ Therapie			
Spitalstatistik	- Mortalität - Behandlungsprävalenz - Stationäre Tumorbehandlung	kontinuierlich	- noch im Aufbau begriffen - Konsolidierung der Daten braucht Zeit

Datenquelle	Indikator	Periodizität	Bemerkung / Einschränkung
Guidelines (SGIO)	- Existenz von Guidelines	unregelmässig	- Absicherung der Interdisziplinarität - keine gesicherten Angaben zu Dissemination und Implementation
Participants' Report (SIK)	- Anzahl PatientInnen in kontrollierten klinischen Studien - Lebensqualität	2 x jährlich	- Einzelstudien - Details fehlen
Ausmass und Intensität von Krebschmerzen in der Schweiz	Krebschmerzen: subjektive Beurteilung und durch den Arzt - Ausmass und Intensität - Einschränkungen im Alltag - Schmerzmedikation	einmalig 1995	- einzige Studie welche Ausmass und Intensität von Krebschmerzen erhoben hat - bei Bedarf ist eine Wiederholung der Studie in Betracht zu ziehen
Frauen und Krebs	- Zufriedenheit mit der medizinischen Behandlung und der Behandlung im Spital	einmalig 1999	- sehr spezifische Studie mit guter Abdeckung der Belange krebsbetroffener Frauen - Wiederholung der Studie anregen
▪ Nachsorge			
Participants' Report SIAK	- Anzahl PatientInnen in kontrollierten klinischen Studien - Lebensqualität	2 x jährlich	- Einzelstudien - Details fehlen
Guidelines (SGIO)	- Existenz von Guidelines	unregelmässig	- Absicherung der Interdisziplinarität - keine gesicherten Angaben zu Dissemination und Implementation
Ausmass und Intensität von Krebschmerzen in der Schweiz	Krebschmerzen: subjektive Beurteilung und durch den Arzt - Ausmass und Intensität - Einschränkungen im Alltag - Schmerzmedikation	einmalig 1995	- einzige Studie welche Ausmass und Intensität von Krebschmerzen erhoben hat - bei Bedarf ist eine Wiederholung der Studie in Betracht zu ziehen
Frauen und Krebs	- Zufriedenheit mit der medizinischen Behandlung und der Behandlung im Spital - Unterstützung (familiär, Bedürfnisfinanziell) - Lebensgestaltung und soziale Beziehungen	einmalig 1999	- sehr spezifische Studie mit guter Abdeckung der Belange krebsbetroffener Frauen - Wiederholung der Studie anregen
Jahresberichte Leben wie zuvor	- Anzahl Brustkrebspatientinnen, welche bei der Selbsthilfeorganisation aktiv mitmachen (Gesprächsgruppen und Kurse)	jährlich	

Datenquelle	Indikator	Periodozität	Bemerkung / Einschränkung
▪ Lebensqualität			
Participants' Report SIAK	- Anzahl PatientInnen in kontrollierten klinischen Studien - Lebensqualität	2 x jährlich	- Einzelstudien - Details fehlen
Frauen und Krebs	- Zufriedenheit mit der medizinischen Behandlung und der Behandlung im Spital - Unterstützung (familiär, Bedürfnis-finanziell) - Lebensgestaltung und soziale Beziehungen	einmalig 1999	- sehr spezifische Studie mit guter Abdeckung der Belange krebs-betroffener Frauen - Wiederholung der Studie anregen
Jahresberichte Leben wie zuvor	- Anzahl Brustkrebspatientinnen, welche bei der Selsthilfeorganisation aktiv mitmachen (Gesprächsgruppen und Kurse)	jährlich	
Ausmass und Intensität von Krebschmerzen in der Schweiz	Krebsschmerzen: subjektive Beurteilung und durch den Arzt - Ausmass und Intensität - Einschränkungen im Alltag - Schmerzmedikation	einmalig 1995	- einzige Studie welche Ausmass und Intensität von Krebschmerzen erhoben hat - bei Bedarf ist eine Wiederholung der Studie in Betracht zu ziehen

6.1.3 Lungenkrebsprogramm

Datenquelle	Indikator	Periodozität	Bemerkung / Einschränkung
Todesursachen-statistik BFS	- Mortalität nach Tumor	kontinuierlich	- Prioritätsregel - Validität (Autopsierate) - Berufsangaben unsicher - Nenner/Zählerproblematik - ICD-10 seit 1.1.1995 - importierte/exportierte Mortalität
Vereinigung Schweizerischer Krebsregister	- Inzidenz nach Tumor	kontinuierlich	- 53% der Bevölkerung abgedeckt - Stadt-/Landverteilung - inzidente/latente Neoplasien - Umweltexposition
Spitalstatistik	- Morbidität nach Tumor	kontinuierlich	- noch im Aufbau begriffen - Konsolidierung der Daten braucht Zeit

Datenquelle	Indikator	Periodizität	Bemerkung / Einschränkung
▪ Gesundheitsförderung / Prävention			
Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)	- Tabakkonsum	alle 5 Jahre	die zentrale Datenquelle für Gesundheitsförderung/Prävention
Statistische Erhebungen und Schätzungen über Landwirtschaft und Ernährung	Inländische Produktionszahlen - Tabakproduktion	jährlich	- pflanzliche Produktionszahlen - Ernährungsbilanz
Schülerbefragung SFA	- Tabakkonsum	alle 4 Jahre	nur Jugendliche befragt
Warenkorb BFS	- Tabak	bei Revisionen der Erhebungsmethode des LIK; ca. alle 5-10 Jahre	- Direkte Kaufzahlen der Bevölkerung - sehr detailliert
Indikatoren für den Tabakkonsum in der Schweiz)	Tabakkonsum - - Raucherprävalenz - Passivrauchen - Anteil der Aufhörwilligen	einmalig; eröffnet Grundlage für künftiges Monitoring-system	die zentrale Datenquelle für den Tabakkonsum- Enthält die Zusammenstellung der Datenquellen für Tabakkonsum
Schweizer Haushalt-Panel	- Gesundheit - Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen	jährlich von 2000-2005	- Gesundheitsfragebogen ist sehr knapp und oberflächlich - Möglichkeit, Fragen in die Befragung einzubringen
Krebsvorsorge	aktives (spontanes) und passives Krebsvorsorgewissen - Tabakkonsum - Einschätzungen des Vorsorgewissens, Defizite und Bedürfnisse - Beurteilung des Engagements der Krebsliga - Einstellungen und Meinungen zur Krebsvorsorge	1988-1997 jährlich	- abgeschlossen - keine Unterscheidung Primär-/Sekundärprävention - kleine Stichprobe
▪ Früherkennung			
Krebsvorsorge	aktives (spontanes) und passives Krebsvorsorgewissen - Tabakkonsum- Einschätzungen des Vorsorgewissens, Defizite und Bedürfnisse - Beurteilung des Engagements der Krebsliga - Einstellungen und Meinungen zur Krebsvorsorge	1988-1997 jährlich	- abgeschlossen - keine Unterscheidung Primär-/Sekundärprävention - kleine Stichprobe

Datenquelle	Indikator	Periodozität	Bemerkung / Einschränkung
Therapie			
Spitalstatistik	- Mortalität - Behandlungsprävalenz - Stationäre Tumorbehandlung	kontinuierlich	- noch im Aufbau begriffen - Konsolidierung der Daten braucht Zeit
Guidelines (SGIO)	- Existenz von Guidelines	unregelmässig	- Absicherung der Interdisziplinarität - keine gesicherten Angaben zu Dissemination und Implementation
Participants' Report (SIAK)	- Anzahl PatientInnen in kontrollierten klinischen Studien - Lebensqualität	2 x jährlich	- Einzelstudien - Details fehlen
Ausmass und Intensität von Krebschmerzen in der Schweiz	Krebschmerzen: subjektive Beurteilung und durch den Arzt - Ausmass und Intensität - Einschränkungen im Alltag - Schmerzmedikation	einmalig 1995	- einzige Studie welche Ausmass und Intensität von Krebschmerzen erhoben hat - bei Bedarf ist eine Wiederholung der Studie in Betracht zu ziehen
Nachsorge			
Participants' Report SIAK	- Anzahl PatientInnen in kontrollierten klinischen Studien - Lebensqualität	2 x jährlich	- Einzelstudien - Details fehlen
Guidelines (SGIO)	- Existenz von Guidelines	unregelmässig	- Absicherung der Interdisziplinarität - keine gesicherten Angaben zu Dissemination und Implementation
Ausmass und Intensität von Krebschmerzen in der Schweiz	Krebschmerzen: subjektive Beurteilung und durch den Arzt - Ausmass und Intensität - Einschränkungen im Alltag - Schmerzmedikation	einmalig 1995	- einzige Studie welche Ausmass und Intensität von Krebschmerzen erhoben hat - bei Bedarf ist eine Wiederholung der Studie in Betracht zu ziehen
Lebensqualität			
Participants' Report SIAK	- Anzahl PatientInnen in kontrollierten klinischen Studien - Lebensqualität	2 x jährlich	- Einzelstudien - Details fehlen
Ausmass und Intensität von Krebschmerzen in der Schweiz	Krebschmerzen: subjektive Beurteilung und durch den Arzt - Ausmass und Intensität - Einschränkungen im Alltag - Schmerzmedikation	einmalig 1995	- einzige Studie welche Ausmass und Intensität von Krebschmerzen erhoben hat - bei Bedarf ist eine Wiederholung der Studie in Betracht zu ziehen

6.1.4 Hautkrebsprogramm

Datenquelle	Indikator	Periodozität	Bemerkung / Einschränkung
▪ Epidemiologie			
Todesursachenstatistik BFS	- Mortalität nach Tumor	kontinuierlich	- Prioritätsregel - Validität (Autopsierate) - Berufsangaben unsicher - Nenner/Zählerproblematik - ICD-10 seit 1.1.1995 - importierte/exportierte Mortalität
Vereinigung Schweizerischer Krebsregister	- Inzidenz nach Tumor	kontinuierlich	- 53% der Bevölkerung abgedeckt - Stadt-/Landverteilung - inzidente/latente Neoplasien - Umweltexposition
Spitalstatistik	- Morbidität nach Tumor	kontinuierlich	- noch im Aufbau begriffen - Konsolidierung der Daten braucht Zeit
▪ Gesundheitsförderung / Prävention			
Sonnenschutz	- Sonnenexposition - befolgte Sonnenschutzempfehlungen - Sonnenbrände	seit 1997 jährlich (inkl.1991, 1995)	- wichtige Datenquelle - Stichprobe relativ klein (verglichen mit SGB)
Krebsvorsorge	aktives (spontanes) und passives Krebsvorsorgewissen - Sonnenbrände - Aufsuchen eines Arztes bei Hautveränderungen - Einschätzungen des Vorsorgewissens, Defizite und Bedürfnisse - Beurteilung des Engagements der Krebsliga - Einstellungen und Meinungen zur Krebsvorsorge	1988-1997 jährlich	- abgeschlossen - keine Unterscheidung Primär-/Sekundärprävention - kleine Stichprobe
▪ Früherkennung			
Krebsvorsorge	aktives (spontanes) und passives Krebsvorsorgewissen - Sonnenbrände - Aufsuchen eines Arztes bei Hautveränderungen - Einschätzungen des Vorsorgewissens, Defizite und Bedürfnisse - Beurteilung des Engagements der Krebsliga - Einstellungen und Meinungen zur Krebsvorsorge	1988-1997 jährlich	- abgeschlossen - keine Unterscheidung Primär-/Sekundärprävention - kleine Stichprobe
Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)	- Hautuntersuchung: Selber und durch Arzt	alle 5 Jahre	nur periphere Fragen zu Krebsarten der vier Module

Datenquelle	Indikator	Periodozität	Bemerkung / Einschränkung
Therapie			
Spitalstatistik	- Mortalität - Behandlungsprävalenz - Stationäre Tumorbehandlung	kontinuierlich	- noch im Aufbau begriffen - Konsolidierung der Daten braucht Zeit
Participants' Report (SIAK)	- Anzahl PatientInnen in kontrollierten klinischen Studien - Lebensqualität	2 x jährlich	- Einzelstudien - Details fehlen
Ausmass und Intensität von Krebschmerzen in der Schweiz	Krebschmerzen: subjektive Beurteilung und durch den Arzt - Ausmass und Intensität - Einschränkungen im Alltag - Schmerzmedikation	einmalig 1995	- einzige Studie welche Ausmass und Intensität von Krebschmerzen erhoben hat - bei Bedarf ist eine Wiederholung der Studie in Betracht zu ziehen
Nachsorge			
Participants' Report SIAK	- Anzahl PatientInnen in kontrollierten klinischen Studien - Lebensqualität	2 x jährlich	- Einzelstudien - Details fehlen
Ausmass und Intensität von Krebschmerzen in der Schweiz	Krebschmerzen: subjektive Beurteilung und durch den Arzt - Ausmass und Intensität - Einschränkungen im Alltag - Schmerzmedikation	einmalig 1995	- einzige Studie welche Ausmass und Intensität von Krebschmerzen erhoben hat - bei Bedarf ist eine Wiederholung der Studie in Betracht zu ziehen
Lebensqualität			
Participants' Report SIAK	- Anzahl PatientInnen in kontrollierten klinischen Studien - Lebensqualität	2 x jährlich	- Einzelstudien - Details fehlen
Ausmass und Intensität von Krebschmerzen in der Schweiz	Krebschmerzen: subjektive Beurteilung und durch den Arzt - Ausmass und Intensität - Einschränkungen im Alltag - Schmerzmedikation	einmalig 1995	- einzige Studie welche Ausmass und Intensität von Krebschmerzen erhoben hat - bei Bedarf ist eine Wiederholung der Studie in Betracht zu ziehen

6.1.5 Darmkrebsprogramm

Datenquelle	Indikator	Periodozität	Bemerkung / Einschränkung
▪ Epidemiologie			
Todesursachenstatistik BFS	- Mortalität nach Tumor	kontinuierlich	- Prioritätsregel - Validität (Autopsierate) - Berufsangaben unsicher - Nenner/Zählerproblematik - ICD-10 seit 1.1.1995 - importierte/exportierte Mortalität
Vereinigung Schweizerischer Krebsregister	- Inzidenz nach Tumor	kontinuierlich	- 53% der Bevölkerung abgedeckt - Stadt-/Landverteilung - inzidente/latente Neoplasien - Umweltexposition
Spitalstatistik	- Morbidität nach Tumor	kontinuierlich	- noch im Aufbau begriffen - Konsolidierung der Daten braucht Zeit
▪ Gesundheitsförderung / Prävention			
Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)	- Ernährung - Alkoholkonsum - Bewegung - Body Mass Index (BMI)	alle 5 Jahre	die zentrale Datenquelle für Gesundheitsförderung/Prävention
Statistische Erhebungen und Schätzungen über Landwirtschaft und Ernährung	Inländische Produktionszahlen - Gemüseproduktion - Obst- und Beerenproduktion	jährlich	- pflanzliche Produktionszahlen - Ernährungsbilanz
Schülerbefragung SFA	- Ernährung - Alkoholkonsum - Bewegung	alle 4 Jahre	nur Jugendliche befragt
Gesundheit Jugendlicher in der Schweiz (IUMSP Lausanne)	- Ernährung - Sport - Alkoholkonsum - Gesundheitliche Kontrollüberzeugung - Selbstbild und Ernährungsverhalten	1992: fr. Schweiz; 1993 dt. und it. Schweiz;	- nur Jugendliche befragt - einmalig durchgeführte Studie; Wiederholung geplant
Warenkorb BFS	- Ernährung (sehr genaue Zahlen und sehr detaillierte Auflösung nach Gütern) - Alkohol	bei Revisionen der Erhebungsmethode des LIK; ca. alle 5-10 Jahre	- Direkte Kaufzahlen der Bevölkerung - sehr detailliert

Datenquelle	Indikator	Periodozität	Bemerkung / Einschränkung
MONICA-Studie	- Ernährungsgewohnheiten	1984-86 + 1988/89	- abgeschlossen - nur Kantone FR, VD und TI - im Erfassen der Ernährungsgewohnheiten sehr gute Datenqualität
Nestlé-Befragung	- Ernährung	1985, 1988, 1995 (2000 geplant)	- kleine Stichprobe - Unabhängigkeit nicht gewährleistet
Krebsvorsorge	aktives (spontanes) und passives Krebsvorsorgewissen - Ernährung - Alkoholkonsum - körperliche Aktivität - Übergewicht - Einschätzungen des Vorsorgewissens, Defizite und Bedürfnisse - Beurteilung des Engagements der Krebsliga - Einstellungen und Meinungen zur Krebsvorsorge	1988-1997 jährlich	- abgeschlossen - keine Unterscheidung Primär-/Sekundärprävention - kleine Stichprobe
▪ Früherkennung			
Krebsvorsorge	aktives (spontanes) und passives Krebsvorsorgewissen - Ernährung - Alkoholkonsum - körperliche Aktivität - Übergewicht - Einschätzungen des Vorsorgewissens, Defizite und Bedürfnisse - Beurteilung des Engagements der Krebsliga - Einstellungen und Meinungen zur Krebsvorsorge	1988-1997 jährlich	- abgeschlossen - keine Unterscheidung Primär-/Sekundärprävention - kleine Stichprobe
Vorstudie für eine nationale Kampagne zur Früherfassung des kolorektalen Karzinoms	- Wissen und Einstellungen von der Bevölkerung und Ärzten zur Darmkrebsvorsorge	einmalig 1995/96	- müsste wiederholt werden - bei Ärzten nur im Kanton St. Gallen erhoben
▪ Therapie			
Spitalstatistik	- Mortalität - Behandlungsprävalenz - Stationäre Tumorbehandlung	kontinuierlich	- noch im Aufbau begriffen - Konsolidierung der Daten braucht Zeit
Guidelines (SGIO)	- Existenz von Guidelines	unregelmässig	- Absicherung der Interdisziplinarität - keine gesicherten Angaben zu Dissemination und Implementation

Datenquelle	Indikator	Periodozität	Bemerkung / Einschränkung
Participants' Report (SIAK)	- Anzahl PatientInnen in kontrollierten klinischen Studien - Lebensqualität	2 x jährlich	- Einzelstudien - Details fehlen
Ausmass und Intensität von Krebschmerzen in der Schweiz	Krebschmerzen: subjektive Beurteilung und durch den Arzt - Ausmass und Intensität - Einschränkungen im Alltag - Schmerzmedikation	einmalig 1995	- einzige Studie welche Ausmass und Intensität von Krebschmerzen erhoben hat - bei Bedarf ist eine Wiederholung der Studie in Betracht zu ziehen
▪ Nachsorge			
Participants' Report SIAK	- Anzahl PatientInnen in kontrollierten klinischen Studien - Lebensqualität	2 x jährlich	- Einzelstudien - Details fehlen
Guidelines (SGIO)	- Existenz von Guidelines	unregelmässig	- Absicherung der Interdisziplinarität - keine gesicherten Angaben zu Dissemination und Implementation
Ausmass und Intensität von Krebschmerzen in der Schweiz	Krebschmerzen: subjektive Beurteilung und durch den Arzt - Ausmass und Intensität - Einschränkungen im Alltag - Schmerzmedikation	einmalig 1995	- einzige Studie welche Ausmass und Intensität von Krebschmerzen erhoben hat - bei Bedarf ist eine Wiederholung der Studie in Betracht zu ziehen
Jahresberichte "ilco"	- Anzahl Stomaträger, welche bei der Selsthilfeorganisation aktiv mitmachen (Stoma-Beratung, Gesprächsgruppen und Kurse)	jährlich	
▪ Lebensqualität			
Participants' Report SIAK	- Anzahl PatientInnen in kontrollierten klinischen Studien - Lebensqualität	2 x jährlich	- Einzelstudien - Details fehlen
Ausmass und Intensität von Krebschmerzen in der Schweiz	Krebschmerzen: subjektive Beurteilung und durch den Arzt - Ausmass und Intensität - Einschränkungen im Alltag - Schmerzmedikation	einmalig 1995	- einzige Studie welche Ausmass und Intensität von Krebschmerzen erhoben hat - bei Bedarf ist eine Wiederholung der Studie in Betracht zu ziehen
Jahresberichte "ilco"	- Anzahl Stomaträger, welche bei der Selsthilfeorganisation aktiv mitmachen (Stoma-Beratung, Gesprächsgruppen und Kurse)	jährlich	

6.2 ZIELTABELLE

Formulierte Ziele des nationalen Krebsbekämpfungsprogramms

Nr.	Zielformulierung
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Globalkonzept (Globalziele)¹ Krebsvorsorge
G1	Senkung der Krebsinzidenz
G2	Senkung der Krebsmortalität
G3	Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Brustkrebsprogramm²
B1	Globalkonzept: Senkung der Brustkrebsmortalität
B2	Globalkonzept: Senkung der Brustkrebsinzidenz
B3	Globalkonzept: Verbesserung der Lebensqualität der betroffenen Frauen
B4	Gesundheitsförderung: Bis 2001 wissen 50% aller 15-25 jährigen und 60% aller 25-60 jährigen Frauen, welche Gewohnheiten ihre Gesundheit fördern oder gefährden können.
B5	Gesundheitsförderung: Bis 2001 sind 50% aller 15-25jährigen und 60% aller 25-60jährigen Frauen in der Lage drei persönliche Strategien zu nennen, womit sie ihre Gesundheit erhalten oder sogar verbessern können.
B6	Prävention: Bis 2001 wissen 60% der 25-bis 50jährigen und 60% der 50-69jährigen Frauen, wie sie ihre Gesundheit bewahren und damit ihr Risiko, Brustkrebs zu bekommen, senken können.
B7	Prävention: Bis 2001 kennen 60% der 25-bis 50jährigen und 60% der 50-69jährigen Frauen den Wert des Mammographie-Screening
---	Früherfassung: «Mamma-Screening» ist nicht Gegenstand der Evaluation des NKBP. Die entsprechenden Ziele sind daher hier nicht aufgeführt
B8	Diagnostik: Ab Ende 1998 wird die Qualitätssicherung gemäss den Richtlinien der Schweizer Radiologen in Praxis umgesetzt.
B9	Diagnostik: Umsetzung der Qualitätsrichtlinien für Brustkrebs-Diagnosen der schweizerischen Pathologen sobald diese als Veröffentlichung vorliegen (Ziel: 1997).
B10	Diagnostik: Ab Ende 1998 wissen alle betroffenen Frauen, von wem und wann sie welche Information bezüglich Diagnose erhalten können.
B11	Behandlung: Behandlung des Brustkrebses wird im Rahmen einer kurz- und langfristigen Qualitätskontrolle begleitet.
B12	Behandlung: Individuelle, unkontrollierte Behandlungsmethoden werden verhindert.
B13	Behandlung: Die Teilnahme an kontrollierten, klinischen Studien wird gefördert. Innerhalb der nächsten fünf Jahren (ab 1997 oder 1999?) soll die Teilnahmequote bis zu 10% aller betroffenen Frauen betragen.
B14	Behandlung: Bei der Behandlung des Brustkrebses ist das interdisziplinäre Gespräch die Regel.
B15	Behandlung: Es wird eine Arbeitsgruppe geschaffen, die jährlich die «Standardbehandlung des Brustkrebses» überarbeitet.
B16	Behandlung: Es wird eine Arbeitsgruppe geschaffen, die jährlich für die Verbreiterung der Neuerungen in der «Standardbehandlung des Brustkrebses» in Fachgesellschaften sowie Medien sorgt.
B17	Behandlung: Nennenswerte Abweichungen von der Standardbehandlung sollten sich auf kontrollierte klinische Studien beschränken.
B18	Behandlung: Vorgeschlagene Aktivitäten werden von einer intensiven Öffentlichkeitsarbeit begleitet, damit auch die Bevölkerung und vor allem die betroffenen Frauen die Prinzipien der Behandlungsrichtlinien kennen.
B19	Nachsorge: Ab Ende 1998 ist gesichert, dass jede Brustkrebspatientin schriftliche und mündliche Informationen über die Krankheit in der betreffenden Region erhält.

Nr.	Zielformulierung
B20	Nachsorge: Ab Ende 1998 ist gesichert, dass jede Brustkrebspatientin schriftliche und mündliche Informationen über die Behandlungsmethoden in der betreffenden Region erhält.
B21	Nachsorge: Ab dem Jahr 2000 hat jede Brustkrebspatientin im Rahmen der Regelversorgung die Möglichkeit, in ihrer Region professionelle psychologische Unterstützung zu erhalten.
B22	Nachsorge: Ab 2000 ist in allen Kantonen eine entsprechende Institution vorhanden, zu der alle betroffenen Frauen und deren Angehörige unabhängig von ihrer sozialen Schichtzugehörigkeit Zugang haben.
B23	Nachsorge: Ab Ende 1998 hat jede Frau, die sich einer Brustkrebsoperation unterziehen muss, die Möglichkeit, von einer ebenfalls betroffenen Frau (speziell ausgebildete Besucherin) unterstützt zu werden.
B24	Nachsorge: Ab 2000 besteht ebenfalls ein Beratungs- und Unterstützungsangebot für die Angehörigen von Brustkrebspatientinnen (Dieses umfasst Informationen über die Krankheit, die therapeutischen Verfahren und über die Möglichkeit zu lernen, wie die betroffene Frau unterstützt werden kann).
B25	Nachsorge: Die Dienstleistungen der regionalen Krebsligen werden durch das Angebot von spezifischer Einzel- und Gruppenberatung ausgebaut.
B26	Nachsorge: Die Ausbildung von Professionellen wird im Bereich der Psychoonkologie und der Palliativmedizin/-pflege in der ganzen Schweiz gefördert (Entsprechende Ausbildungsmodelle sind vorhanden und wurden im Rahmen von Pilotprojekten unter dem Patronat der Schweizerischen Krebsliga erfolgreich angewandt).
B27	Nachsorge: Die Zusammenarbeit zwischen den Selbsthilfeorganisationen (Schweizerischer Verein "Leben wie zuvor") und den regionalen Krebsligen ist bis Ende 1997 geklärt, und wo nötig wird der Ausbau des Leistungsangebots bis Ende 1998 vorgenommen.
B28	Nachsorge: Ab dem Jahr 2000 bestehen in allen Regionen der Schweiz Selbsthilfegruppen für brustoperierte Frauen. Die Gruppen werden von den Selbsthilfeorganisationen und den regionalen Krebsligen ideell und finanziell unterstützt. Unterstützungs-, Aus- und Weiterbildungsangebote werden untereinander abgesprachen.
B29	Nachsorge: Im Rahmen von der Krankenversicherung gedeckten Nachsorgeleistungen haben Brustkrebspatientinnen Anrecht auf psychosoziale Unterstützung und auf prophylaktische Lymphdrainage (soll neu Teil der Regelversorgung werden).
B30	Nachsorge: Medikamente (Zytostatika), welche von der IKS anerkannt, aber noch nicht in der Spezialitätenliste aufgeführt sind, werden von der Krankenkasse übernommen (wie bei Aids sollte das Entscheidungsverfahren beschleunigt werden).
B31	Nachsorge: Durch Familienmitglieder erbrachte praktische Hilfe wird von den Krankenkassen entschädigt, falls dadurch Leistungen der Spitex-Dienste eingespart werden.
B32	Nachsorge: Bei den Zusatzversicherungen wird ein Schutz vor Kündigung für Frauen mit Brustkrebs eingeführt.
B33	Nachsorge: Ab dem Jahr 2000 übernehmen IV und AHV alle zwei Jahre den vollen Betrag der Kosten für Hilfsmittel (Brustprothesen inklusive Zubehör, Kleideränderungen). Die Hersteller von Brustprothesen gewähren eine Produktgarantie von zwei Jahren. Perücken werden auch von der AHV - zu den gleichen Bedingungen wie durch die IV - übernommen. Die IV-Hilfsmittelstellen können Richt- bzw. Maximalpreise für die Hersteller und die Vertreiber festlegen (aufgrund der verlängerten Periode ist nicht mit einer finanziellen Mehrbelastung zu rechnen).
B34	Nachsorge: Ausdehnung des Kündigungsschutzes für Frauen mit Brustkrebs bis mindestens zum Abschluss der Initialbehandlung (Revision des OR).
B35	Nachsorge: Verbesserung der Lohnfortzahlungspflicht durch: a) Förderung des Abschlusses von Gesamtarbeitsverträgen und b) Revision des ORs.
B36	Nachsorge: Einführung einer obligatorischen Taggeldversicherung (KVG) für Nichterwerbstätige zur Deckung der Kosten für eine Ersatzbetreuungsperson.
B37	Lebensqualität: keine explizite Zielformulierung im Aktionsplan
<p>▪ Lungenkrebsprogramm³</p>	
L1	Allgemeine Ziele: Reduktion der Inzidenz von Lungenkrebs
L2	Allgemeine Ziele: Verminderung der Prävalenz von Rauchern in der Schweiz

Nr.	Zielformulierung
L3	Allgemeine Ziele: Reduktion der Mortalität von Lungenkrebs durch Verbesserung der diagnostischen und therapeutischen Bedingungen
L4	Allgemeine Ziele: Verbesserung der Lebensqualität der PatientInnen durch Zusammenarbeit der Berufe im Gesundheitswesen (Interdisziplinarität) und durch spezifische Ausbildungsprogramme
L5	Allgemeine Ziele: Verminderung der Akzeptanz nikotinhaltiger Produkte (Nikotin ist ein psychotroper Stoff, der Abhängigkeit erzeugt), indem die Gesetzgebung auf dem Gebiet der Kontrolle von Heilmitteln und anderer legal verkaufter Stoffe mit bedeutenden pharmakologischen Wirkungen verändert wird.
L6	Allgemeine Ziele: Verminderung der Sichtbarkeit nikotinhaltiger Produkte (Nikotin ist ein psychotroper Stoff, der Abhängigkeit erzeugt), indem die Gesetzgebung auf dem Gebiet der Kontrolle von Heilmitteln und anderer legal verkaufter Stoffe mit bedeutenden pharmakologischen Wirkungen verändert wird.
L7	Allgemeine Ziele: Verminderung der Zugänglichkeit nikotinhaltiger Produkte (Nikotin ist ein psychotroper Stoff, der Abhängigkeit erzeugt), indem die Gesetzgebung auf dem Gebiet der Kontrolle von Heilmitteln und anderer legal verkaufter Stoffe mit bedeutenden pharmakologischen Wirkungen verändert wird.
L8	Allgemeine Ziele: Erhöhung des Anteils Aufhörwilliger unter den Raucherinnen und Rauchern.
L9	Allgemeine Ziele: Verbesserung der Wirkung der professionellen Unterstützung von der Entwöhnung bis zum vollständigen und definitiven Aufhören.
L10	Allgemeine Ziele: Förderung von Aktionen, welche das Bedürfnis der Gesellschaft nach einer rauchfreien Umgebung stärken.
L11	Prävention: Zugänglichkeit zu nikotinhaltigen Produkten senken (Nikotin ist ein psychotroper Stoff, der Abhängigkeit erzeugt), indem die Gesetzgebung über die Heilmittelkontrolle geändert wird.
L12	Prävention: Verminderung des politischen Einflusses der Tabakindustrie bei der Bevölkerung und den Medien.
L13	Prävention: Verminderung der Glaubwürdigkeit der Tabakindustrie bei der Bevölkerung und den Medien.
L14	Prävention: Raucherinnen und Raucher zum Aufhören motivieren.
L15	Prävention: Aufhörwilligen sowie Ex-Raucherinnen und Ex-Rauchern eine leicht zugängliche, qualitativ hochstehende Unterstützung anbieten (vollständiger Entzug oder progressive Risikosenkung).
L16	Gesundheitsförderung: Förderung von Aktionen, welche das Bedürfnis der Gesellschaft nach einer rauchfreien Umgebung stärken.
L17	Diagnostik: Vermehrte Diagnose von Lungenkrebs in einem operierbaren Stadium.
L18	Behandlung: Gewährleistung einer optimalen Behandlungsqualität bei Lungenkrebs gemäss aktuellem Wissensstand für alle Patientinnen und Patienten.
L19	Behandlung: Propagierung der interdisziplinären Standards für Kombinationsbehandlungen bei Lungenkrebs unter den Berufsleuten.
L20	Betreuung: Verbreitung von Ausbildungsprogrammen zur Kommunikation auf dem Gebiet Psychoonkologie unter den involvierten Fachleuten im Gesundheitswesen.
L21	Betreuung: Verbreitung von Qualitätsstandards in Palliativmedizin und -pflege bei den involvierten Fachleuten.
<p>▪ Hautkrebsprogramm⁴</p>	
H1	Allgemein: Senkung der Hautkrebs-Mortalität
H2	Allgemein: Senkung der Hautkrebs-Inzidenz
H3	Allgemein: Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen
H4	Primärprävention: Über 50% der Bevölkerung kennen die möglichen Zusammenhänge zwischen UV-Bestrahlung und Hautkrebs.
H5	Primärprävention: Über 50% der Bevölkerung wissen, wie sie sich gegen UV-Strahlung schützen können.

Nr.	Zielformulierung
H6	Primärprävention: Über 50% der Bevölkerung kennen den eigenen Hauttyp und das persönliche Hautkrebsrisiko.
H7-H9	Früherfassung und Diagnose: Sowohl die Risikogruppe (ca. 10 % der Bevölkerung) als auch das medizinische und paramedizinische Personal hat ausreichende Kenntnisse über die Notwendigkeit und die Durchführung folgender Massnahmen:
H7	Über 50% der erwachsenen Bevölkerung führen eine regelmässige Selbstuntersuchung durch
H8	Ärztliche Untersuchung (opportunistische Prävention)
H9	Fachärztliche Untersuchung (selektive Prävention) und Diagnostik
H10 - H12	Therapie: Das medizinische Personal hat ausreichende Kenntnisse über die Notwendigkeit und die Durchführung folgender Massnahmen:
H10	Einsatz und Interpretation der Dermatoskopie (Epilumineszenz) in der dermatologischen Praxis
H11	Histopathologische Untersuchung als Voraussetzung zur Festlegung einer weitergehenden Therapie
H12	Therapiemassnahmen unter Berücksichtigung individueller Faktoren unter Vermeidung von "Übertherapie" (Qualitätskontrolle)
H13	Nachsorge und Betreuung: Empfehlungen für den Bereich "Medizinische Nachsorge" werden ausgearbeitet
H14	Nachsorge und Betreuung: Empfehlungen für den Bereich "Psychosoziale Unterstützung" werden ausgearbeitet
H15	Nachsorge und Betreuung: Empfehlungen für den Bereich "Komplementärmedizinische Nachsorge" werden ausgearbeitet.
H16- H19	Epidemiologie: Möglichst vollständige Erfassung der neudiagnostizierten Melanome in den epidemiologischen Krebsregistern mit Dokumentation von Geschlecht, Alter, Lokalisation, Melanomtyp, Tumordicke, Stadium; Einbezug der Melanomata in situ.
H16	Berechnung von Inzidenzraten und -trends: standardisiert sowie nach Geschlecht und Alter, nach Tumordickenklassen
H17	Dokumentation der Anzahl Melanom-Todesfälle und Mortalitätsraten
H18	Berechnung der Melanomüberlebensraten nach Geschlecht und Stadium
H19	Gegenüberstellung der Melanombekämpfungsaktivitäten und der epidemiologischen Daten zum Melanom zwecks Evaluation und gezielterem Einsatz von Massnahmen
<p>▪ Darmkrebsprogramm⁵</p>	
D1	Senkung der Darmkrebshäufigkeit
D2	Senkung der Darmkrebsmortalität
D3	Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen
D4	Allgemein: Die Umsetzung von Standards und Qualitätskontrollen sowie die Förderung von Professional Education als festen Bestandteil des schweizerischen Gesundheitswesens.
D5	Primärprävention (Phase 1): ...% der Bevölkerung weiss, wieviel Gemüse und Früchte sie essen müsste.
D6	Primärprävention (Phase 1): ...% der Bevölkerung isst 5 Portionen Gemüse und Früchte pro Tag.
D7	Primärprävention (Phase 1): Das Verhalten bessert sich insbesondere in Risikogruppen mit unerwünschten Gewohnheiten.
D8	Primärprävention (Phase 2): Körperliche Aktivität steigern: z.B. in Zusammenarbeit mit dem Projekt "Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz" des BASPO, BAG sowie der Stiftung 19 (verantwortlich: B. Marti, Sportschule Magglingen).

Nr.	Zielformulierung
D9 - D13	Früherfassung und Diagnose: Ziele bzgl. Screeningverfahren und eines von der GastromedSuisse und der Schweizerischen Krebsliga vorgeschlagenen eidgenössische Screeningprogramms für kolorektale Karzinome bei der asymptotischen Durchschnittsbevölkerung
D9	Die Sicherstellung der Qualitätssicherung
D10	Die Evaluation der Durchführbarkeit
D11	Die Überprüfung der Effektivität
D12	Die Kontrolle der Kostenentwicklung
D13	Information und Erfassung (wird noch nachgeliefert; Basis: Dr. Müller-Studien in Baselland)
D14	Therapie: Ziele werden noch nachgeliefert.
D15	Nachsorge und Betreuung: Ziele zur psychosozialen Betreuung werden noch überarbeitet und konkretisiert werden.
D16	Nachsorge und Betreuung: Gezielte Informationen der betroffenen Fachkreise aus den Bereichen medizinische Nachsorge und technische und materielle Beratung (z.B. Stomaberatung).
D17	Nachsorge und Betreuung: Vermehrter Einbezug der Interessen und Bedürfnissen von PatientInnen vor und nach der Operation
D18	Nachsorge und Betreuung / Stoma Beratung: Verbesserung des prae- und postoperativen psychischen und physischen Betreuung
D19	Nachsorge und Betreuung / Stoma-Beratung: Ausbau eines flächendeckenden Netzes von StomatherapeutInnen
D20	Nachsorge und Betreuung / Stoma-Beratung: Anerkennung des Berufsstandes „StomatherapeutIn“
D21	Nachsorge und Betreuung / Stoma-Beratung: Qualitätsmanagement bei der Durchführung der Operation
D22	Nachsorge und Betreuung / Stoma-Beratung: Kassenvergütung aller Stomahilfsmittel
D23	Palliative Care: Ziele werden noch nachgeliefert
D24	Epidemiologie: Ziele werden noch nachgeliefert

Die Ziele sind den Grundlegendokumenten des nationalen Krebsbekämpfungsprogramms entnommen, Stand Juli 1999:

- ¹ Quelle Globalkonzept (Globalziele): Dachkonzept: Krebsbekämpfung, 25.11.1998, B. Somaini, Public Health Promotion
 - ² Quelle Brustkrebsprogramm "B": AG Brustkrebsbekämpfung, Aktionsplan (Vorschlag) Brustbekämpfungsprogramm; für ein Programm zur Verbesserung der Überlebenszeit und der Lebensqualität von Brustkrebspatientinnen, SKL und BAG, Februar 1997
 - ³ Quelle Lungenkrebsprogramm "L": Übersicht Lungenbekämpfungsprogramm
 - ⁴ Quelle Hautkrebsprogramm "H": AG Hauttumoren, Nationales Programm zur Hautkrebsbekämpfung, August 1998
 - ⁵ Quelle Darmkrebsprogramm "D": Nationales Programm zur Darmkrebsbekämpfung Strategieplan, AG Darmkrebs, 28. Juli 1999
- * Prozentzahlen werden nach Durchführung einer zusätzlichen Erhebung ergänzt

6.3 ABKÜRZUNGEN

BAG	Bundesamt für Gesundheit (franz.: OFSP)	LIK	Landesindex der Konsumentenpreise
BFS	Bundesamt für Statistik	NKBP	Nationales Krebsbekämpfungsprogramm
BStatG	Bundesstatistikgesetz	SAKK	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung
BSV	Bundesamt für Sozialversicherung	SBV	Schweizerischer Bauernverband
CATI	Computer assisted Telephone Interviews	SFA	Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation	SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung (engl.: siehe SHS)
DIMDI	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information	SGDV	Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie
DSG	Datenschutzgesetz	SGIO	Schweizerische Gesellschaft für Internistische Onkologie
EDV	Elektronische Datenverarbeitung	SGPG	Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen
EORTC	European Organization for Research and Treatment of Cancer	SHP	Schweizer Haushalt-Panel
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum	SHS	Swiss Health Survey (deutsch: siehe SGB)
Hrsg.	Herausgeber	SIAK	Schweizerisches Institut für Angewandte Krebsforschung (franz.: ISRAC)
IARC	International Agency for Research on Cancer	SKL	Schweizerische Krebsliga (franz.: LSC)
IBCSG	International Breast Cancer Study Group	SPOG	Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie
ICD	International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death	SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
IHA GfM	Institut für Haushaltsanalysen	TC	tronc commun
IMS	Institut für Medizinische Statistik	TNM	Tumorklassifikationssystem; T=Tumor, N=Lymphknoten M=Metastasen
IMSP	Institut de médecine sociale et préventive	UICC	Unio Internationalis Contra Cancrum
ISPM	Institut für Sozial- und Präventivmedizin	VESKA	Vereinigung Schweizerischer Krankenanstalten
ISREC	Schweizerische Institut für experimentelle Krebsforschung	vgl.	vergleiche
IUMSP	Institut universitaire de médecine sociale et préventive	VSKR	Vereinigung Schweizerischer Krebsregister (franz.: ASRT)
IV	Invalidenversicherung	WHO	World Health Organization (franz.: OMS)
		ZAS	Zentrale Ausgleichsstelle (Genf)