Volkswirtschaftliche Kosten von Sucht

Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG

© Polynomics AG

Volkswirtschaftliche Kosten von Sucht

Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit
Vertragsnummer: 18.011564 /// 204.0001-17671/1

Autoren: Dr. Barbara Fischer
Dr. Beatrice Mäder
Dr. Harry Telser

25. September 2020

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis **5**

Tabellenverzeichnis **6**

Glossar **8**

Abkürzungsverzeichnis **10**

Das Wichtigste in Kürze **12**

L'essentiel en bref **16**

L'essenziale in breve **21**

1 Einleitung **26**

2 Methodik **28**

2.1 Analyserahmen 28

2.2 Kostenkomponenten 29

2.3 Methoden zur Kostenerfassung 31

3 Berechnung der einzelnen Kostenkomponenten **34**

3.1 Suchtbedingte Anteile 34

3.2 Direkte Kosten 40

3.2.1 Gesundheitswesen 40

3.2.2 Strafverfolgung 43

3.2.3 Sachschaden 46

3.3 Indirekte Kosten 46

3.3.1 Mortalität 48

3.3.2 Morbidität 49

3.3.3 Direkte Produktivitätsverluste 51

3.4 Intangible Kosten 52

4 Suchtbedingte Kosten in der Schweiz – Resultate **54**

4.1 Direkte Kosten 55

4.1.1 Gesundheitswesen 55

4.1.2 Strafverfolgung 59

4.2 Indirekte Kosten 60

4.2.1 Mortalität 60

4.2.2 Morbidität 63
4.2.3 Direkte Produktivitätsverluste 66
4.2.4 Produktivitätsverluste total 67
4.3 Intangible Kosten 69
4.4 Wer trägt die Kosten 71

5 Sensitivität der Resultate 73

5.1 Über-/Unterschätzung der Kosten 73
5.2 Sensitivitätsanalyse 75
5.3 Einordnung der Resultate in die bestehende Literatur 79

6 Schlussfolgerungen 85

7 Referenzen 88

7.1 Literatur 88
7.2 Verwendete Datenquellen 91

Anhang 95

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Übersicht über die zu erhebenden Kostenarten 27
Abbildung 2 Private und externe Kosten und Nutzen von Suchtmittelkonsum 29
Abbildung 3 Ursachen und ihre Kostenwirkung 30
Abbildung 4 Aufbau der Kosten im Gesundheitswesen 41
Abbildung 5 Aufbau der Strafverfolgungskosten 44
Abbildung 6 Zusammensetzung Produktivitätsverluste (indirekte Kosten) 47
Abbildung 7 Mortalitätsbereinigte Produktivitätsverluste pro Person 48
Abbildung 8 Anzahl suchtbedingte stationäre Fälle nach Krankheit und Alter 56
Abbildung 9 Suchtbedingte Kosten im Gesundheitswesen nach Sucht und Alter 59
Abbildung 10 Suchtbedingte Todesfälle nach Krankheitskategorie 61
Abbildung 11 Produktivitätsverlust Mortalität nach Sucht 62
Abbildung 12 Produktivitätsverlust Mortalität nach Alter 63
Abbildung 13 Suchtbedingte IV-Bezüger nach Krankheitskategorie 64
Abbildung 14 Produktivitätsverlust Morbidität nach Sucht 65
Abbildung 15 Produktivitätsverlust Morbidität nach Alter 66
Abbildung 16 Produktivitätsverluste nach Art der indirekten Kosten 68
Abbildung 17 Produktivitätsverluste Morbidität und Mortalität nach Krankheit 69
Abbildung 18 Anzahl suchtbedingte DALY nach Sucht 70
Abbildung 19 Anzahl suchtbedingter DALY nach Krankheitsgruppe 70
Abbildung 20 Anzahl suchtbedingte stationäre Fälle nach Sucht und Alter 107
Abbildung 21 Anzahl alkoholbedingte stationäre Fälle nach Krankheit und Alter 107
Abbildung 22 Anzahl tabakbedingte stationäre Fälle nach Krankheit und Alter 108
Abbildung 23 Anzahl drogenbedingte stationäre Fälle nach Krankheit und Alter 108
Abbildung 24 Alkoholbedingte Kosten Gesundheitswesen nach Krankheit und Leistung 109
Abbildung 25 Tabakbedingte Kosten Gesundheitswesen nach Krankheit und Leistung 109
Abbildung 26 Drogenbedingte Kosten Gesundheitswesen nach Krankheit und Leistung 110
Abbildung 27 Anzahl suchtbedingte Todesfälle nach Sucht und Alter 110
Abbildung 28 Anzahl alkoholbedingte Todesfälle nach Krankheit 111
Abbildung 29 Alkoholbedingte Produktivitätsverluste Mortalität 111
Abbildung 30 Anzahl tabakbedingte Todesfälle nach Krankheit 112
Abbildung 31 Tabakbedingte Produktivitätsverluste Mortalität 112
Abbildung 32 Anzahl drogenbedingte Todesfälle nach Krankheit 113
Abbildung 33 Drogenbedingte Produktivitätsverluste Mortalität 113
Abbildung 34 Anzahl alkoholbedingte IV-Bezüger 114
Abbildung 35 Anzahl tabakbedingte IV-Bezüger 114
Abbildung 36 Anzahl drogenbedingte IV-Bezüger 115
Abbildung 37 Alkoholbedingte Produktivitätsverluste Morbidität nach Alterskategorie 115
Abbildung 38 Tabakbedingte Produktivitätsverluste Morbidität nach Alterskategorie 116
Abbildung 39 Drogenbedingte Produktivitätsverluste Morbidität nach Alterskategorie 116
Abbildung 40 Anzahl alkoholbedingte DALY nach Krankheitsgruppe und Alter 117
Abbildung 41 Anzahl tabakbedingte DALY nach Krankheitsgruppe und Alter 117
Abbildung 42 Anzahl drogenbedingte DALY nach Krankheitsgruppe und Alter 118

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Suchtbedingte Kosten in der Schweiz 2017 in Mio. CHF 15
Tabelle 2 Suchtbedingte Kosten in Mio. CHF, pro Kopf und Anteil am BIP 15
Tabelle 3 Übersicht über die Methoden zur Kostenerfassung 31
Tabelle 4 Berücksichtigte alkoholbedingte Krankheiten 35
Tabelle 5 Berücksichtigte tabakbedingte Krankheiten 37
Tabelle 6 Berücksichtigte drogenbedingte Krankheiten 38
Tabelle 7 Berücksichtigte weitere Süchte 39
Tabelle 8 Datenquellen für das Mengen- und Wertgerüst der suchtbedingten Kosten im Gesundheitswesen 43
Tabelle 9 Straftaten nach Gesetz 44
Tabelle 10 Datenquellen zu Mengen- und Wertgerüst für Strafverfolgungskosten 45
Tabelle 11 Datenquellen für Mengen- und Wertgerüst der Produktivitätsverluste 52
Tabelle 12 Zusammenfassung der berücksichtigten Kostenkomponenten nach Sucht 53
Tabelle 13 Suchtbedingte Kosten in der Schweiz 2017 in Mio. CHF – FKA 54
Tabelle 14 Suchtbedingte Kosten in der Schweiz 2017 in Mio. CHF – HKA 54
Tabelle 15 Drogenbedingte Kosten im stationären Bereich nach Ursache in Mio. CHF 57
Tabelle 16 Gesamte direkte Kosten im Gesundheitswesen in Mio. CHF 58
Tabelle 17 Kosten der Strafverfolgung 60
Tabelle 18 Direkte Produktivitätsverluste 67
Tabelle 19 Zusammensetzung der DALY nach Sucht 69
Tabelle 20 Grobe Abschätzung der Kostenträger in Mio. CHF 72
Tabelle 21 Sensitivitätsanalyse suchtbedingte stationäre Fälle 76
Tabelle 22 Sensitivitätsanalyse suchtbedingte Todesfälle 77
Tabelle 23 Sensitivitätsanalysen – Alternativszenarien 78
Tabelle 24 Alkoholbedingte Kosten in der Schweiz im Zeitverlauf 80
Tabelle 25 Tabakbedingte Kosten in der Schweiz im Zeitverlauf 81
Tabelle 26 Drogenbedingte Kosten in der Schweiz im Zeitverlauf 82
Tabelle 27 Glückspielbedingte Kosten in der Schweiz im Zeitverlauf 83
Tabelle 28 Suchtbedingte Kosten in Mio. CHF, pro Kopf und Anteil am BIP 87
Tabelle 29 Alkoholprävalenz zur Berechnung des alkoholbedingten Anteils 96
Tabelle 30 Berücksichtigte Gesamtkosten pro Leistung 96
Tabelle 31 Zuteilung der Krankheitsgruppen aus der NCD-Studie und den suchtbedingten Diagnosegruppen 97
Tabelle 32 Suchtbedingte Anteile Alkohol für Morbidität 99
Tabelle 33 Suchtbedingte Anteile Alkohol für Mortalität 100
Tabelle 34 Suchtbedingte Anteile Tabak für Morbidität und Mortalität 101
Tabelle 35 Suchtbedingte Anteile Drogen für Morbidität und Mortalität 103
Tabelle 36 Anteile der stationären suchtbedingten Kosten pro Klassifikation 104
Tabelle 37 Produktivitätsverluste 105
Tabelle 38 Suchtbedingte Kosten in Mio. CHF, pro Kopf und Anteil am BIP – HKA 106
Tabelle 39 Alkoholbedingte stationäre Fälle 119
Tabelle 40 Tabakbedingte stationäre Fälle 121
Tabelle 41 Drogenbedingte stationäre Fälle 123
Tabelle 42 Übrige suchtbedingte stationäre Fälle 124
Tabelle 43 Alkoholbedingte Kosten im Gesundheitswesen in Mio. CHF 125

Tabelle 44 Tabakbedingte Kosten im Gesundheitswesen in Mio. CHF 127
Tabelle 45 Drogenbedingte Kosten im Gesundheitswesen in Mio. CHF 129
Tabelle 46 Übrige suchtbedingte Kosten im Gesundheitswesen in Mio. CHF 130
Tabelle 47 Alkoholbedingte Todesfälle 131
Tabelle 48 Tabakbedingte Todesfälle 132
Tabelle 49 Drogenbedingte Todesfälle 134
Tabelle 50 Suchtbedingte IV-Bezüger 135
Tabelle 51 Alkoholbedingte indirekte Kosten nach FKA in Mio. CHF 136
Tabelle 52 Alkoholbedingte indirekte Kosten nach HKA in Mio. CHF 137
Tabelle 53 Tabakbedingte indirekte Kosten FKA in Mio. CHF 138
Tabelle 54 Tabakbedingte indirekte Kosten HKA in Mio. CHF 139
Tabelle 55 Drogenbedingte indirekte Kosten FKA in Mio. CHF 141
Tabelle 56 Drogenbedingte indirekte Kosten HKA in Mio. CHF 142

Glossar

Absentismus
Fehlzeiten bei der Arbeit.

Akutsomatik
Unter «Akutsomatik» werden stationäre Behandlungen akuter Krankheiten oder Unfälle verstanden. Die Akutphase der stationären Behandlungen einer Krankheit oder eines Unfalls verbunden mit einer medizinischen Indikation ist zeitlich begrenzt. Sie dauert so lange, wie eine medizinische, therapeutische und pflegerische Behandlung erforderlich und ärztlich diagnostiziert ist. Unter Akutsomatik fallen keine psychischen Krankheiten und Massnahmen der medizinischen Rehabilitation. (Zürcher Spitalplanung 2012 – Teil 2: Strukturbericht – Vernehmlassungsversion Mai 2011, 2011, S. 19.)

Ätiologische Fraktion
Die ätiologische Fraktion ist definiert als der Anteil von beispielsweise Erkrankungen oder Unfällen, die nicht aufgetreten wären, wenn es den Kausalzusammenhang zwischen Suchtmittelkonsum und Erkrankungsrisiko nicht geben würde. Die ätiologische Fraktion wird auch als bedingter Anteil (attributable fraction) oder PAF (population attributable fraction) bezeichnet.

DALY (Disability Adjusted Life Year)
Beim DALY handelt es sich um eine Kennzahl, welche sowohl die Mortalität als auch die Morbidität berücksichtigt. Zum einen werden die durch den frühzeitigen Tod verlorenen Lebensjahre berechnet (YLL – Years of Life Lost). Zum andern wird die durch die Krankheit eingeschränkte Lebensqualität erfasst (YLD – Years Lost due to Disability). DALY = YLL + YLD.

Direkte Kosten
Die direkten Kosten bezeichnen finanzielle Ausgaben, die der Gesellschaft durch suchtbedingten Ressourcenverbrauch entstehen, wie z. B. Gesundheitsausgaben zur Bekämpfung einer suchtbedingten Krankheit.

Diskontrate
Die Diskontrate ist ein Zinssatz, der die Gegenwartspräferenz misst. Je höher die Diskontrate, desto stärker wird die Gegenwart im Vergleich zur Zukunft gewichtet. Mit der Diskontrate können alle in der Zukunft anfallenden Produktivitätsverluste auf einen Gegenwartswert (Net Present Value) heruntergerechnet werden.

DRG
DRG (Diagnosis Related Groups, diagnosebezogene Fallgruppen) ist ein Fallpauschalensystem, zur Abgeltung akutsomatischer Spitalbehandlungen. Dabei werden die Fälle nach Diagnosen in Gruppen eingeteilt, die möglichst ähnliche Kosten aufweisen.

Friktionskostenansatz
Methode zur Ermittlung der indirekten Kosten. Der Friktionskostenansatz geht davon aus, dass die erkrankte oder verstorbene Person nach einer gewissen Zeit durch einen neuen (bisher arbeitslosen) Arbeitnehmer ersetzt werden kann. Lediglich die nicht gearbeiteten Stunden während dieser Friktionsperiode werden als Produktivitätsverlust berücksichtigt.

Friktionsperiode
Zeitspanne, bis eine erkrankte oder verstorbene Person durch einen neuen (bisher arbeitslosen) Arbeitnehmer ersetzt werden kann und somit keine Produktivitätsverluste mehr anfallen.

Gegenwartswert (Net Present Value)
Der Gegenwartswert stellt den heutigen Wert der in der Zukunft anfallenden Produktivitätsverluste dar. Die zukünftigen Werte werden dabei mit einem Zinssatz diskontiert (Diskontrate). Je höher diese Diskontrate ausfällt und je weiter in der Zukunft die Werte anfallen, desto geringer ist der Gegenwartswert.

Humankapitalansatz
Methode zur Ermittlung der indirekten Kosten. Der Humankapitalansatz betrachtet jede durch Krankheit resp. Tod nicht gearbeitet Stunde bis zu einer allfälligen Pensionierung als Produktivitätsverlust. Dahinter steht die Annahme von Vollbeschäftigung am Arbeitsmarkt.

ICD-10-GM/WHO
Der ICD-Code ist eine internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Aktuell wird die 10. Revision verwendet. Während die WHO-Version in der Schweiz für die Todesursachen verwendet wird, werden die Diagnosen in den Krankenhäusern mit der GM-Version (German Modification) codiert.

Indirekte Kosten
Die indirekten Kosten entstehen durch Produktivitätsverluste, die z. B. durch Krankheit oder Tod verursacht werden. Bei den Produktivitätsverlusten handelt es sich um Opportunitätskosten, die zwar Auswirkungen auf den Ressourcenverbrauch (verlorene Zeit) in einer Volkswirtschaft haben, aber keine direkten Zahlungen beziehungsweise Ausgaben nach sich ziehen.

Informelle Pflege
Die informelle Pflege bezeichnet die unbezahlte Arbeit, die von Verwandten oder Freunden aufgewendet wird, um suchtbedingte Kranke zu pflegen.

Intangible Kosten
Bei den intangiblen Kosten handelt es sich um Nutzenverluste, die durch eine Krankheit bei den Betroffenen und ihrem Umfeld entstehen, jedoch keine direkten Auswirkungen auf den Ressourcenverbrauch in der Volkswirtschaft haben. Dazu zählen physische und psychische Beeinträchtigungen wie Leid, Schmerz, vermindertes Selbstwertgefühl, Verlust an Lebensfreude oder allgemein der resultierende Verlust an Lebensqualität.

Morbidität
Das Vorliegen einer Erkrankung.

Mortalität
Verhältnis der Zahl der Todesfälle zur Gesamtzahl der statistisch berücksichtigten Personen, z. B. zur Zahl der Gesamtbevölkerung.

Opportunitätskosten
Unter Opportunitäts- oder Alternativkosten versteht man in der Volkswirtschaftslehre Kosten, die aufgrund eines entgangenen Nutzens entstehen, welcher aus der ungenutzten Möglichkeit resultiert, auf die man verzichten muss. Solche Opportunitätskosten existieren immer, wenn Ressourcen knapp sind, auch wenn gar keine monetären Ausgaben getätigt werden.

Präsentismus
Eingeschränkte Leistungsfähigkeit während der Arbeit.

Prävalenz
Rate der zu einem bestimmten Zeitpunkt oder in einem bestimmten Zeitabschnitt an einer bestimmten Krankheit Erkrankten (im Vergleich zur Zahl der Untersuchten).

Abkürzungsverzeichnis

AF	Ätiologische Fraktion
AuG	Ausländergesetz
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BetmG	Betäubungsmittelgesetz
BESTA	Beschäftigungsstatistik
BFS	Bundesamt für Statistik
BIP	Bruttoinlandprodukt
BSV	Bundesamt für Sozialversicherung
CHF	Schweizer Franken
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
DALY	Disability Adjusted Life Year
DRG	Diagnosis Related Groups (diagnosebezogene Fallgruppen)
EFV	Eidgenössische Finanzverwaltung
FKA	Friktionskostenansatz
GBD	Global Burden of Disease
GM	German Modification
HKA	Humankapitalansatz
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
InterMAHP	The International Model of Alcohol Harms and Policies
IV	Invalidenversicherung
KFG	Kosten und Finanzierung im Gesundheitswesen
LSE	Lohnstrukturerhebung
MedStat	Medizinische Statistik der Krankenhäuser
NCD	Nicht-übertragbare Krankheiten
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PKS	Polizeiliche Kriminalitätsstatistik
SAKE	Schweizerische Arbeitskräfteerhebung
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozessordnung
SUS	Strafurteilsstatistik

SVG	Strassenverkehrsgesetz
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
YLD	Mit Krankheit/Behinderung gelebte Lebensjahre (Years Lost due to Disability)
YLL	Durch vorzeitigen Tod verlorene Lebensjahre (Years of Life Lost)

Das Wichtigste in Kürze

Ausgangslage

Die Nationale Strategie Sucht hat zum Ziel, Suchterkrankungen zu verhindern, suchtgefährdete Menschen frühzeitig zu unterstützen und den betroffenen Personen die notwendige Hilfe zukommen zu lassen. In ihrem Rahmen soll ein begleitendes Monitoringsystem[1] aufgebaut werden, welches durch ein Indikatorenset beschrieben wird. Ein Indikator betrifft dabei die Erhebung der volkswirtschaftlichen Kosten des Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsums in der Schweiz (Indikator 37) mit einem Unterindikator zu den Kosten der Behandlung von Suchterkrankungen und deren Folgeerkrankungen in stationären Einrichtungen (Indikator 39). Diese Indikatoren sind relevant, weil das Suchtverhalten nicht nur den betroffenen Personen Kosten aufbürdet, sondern auch der Gesellschaft als Ganzes, vor allem in Form von Gesundheitsausgaben und Produktivitätsverlusten. Die vorliegende Studie ermittelt die Werte für die Indikatoren 37 und 39 für das Jahr 2017 und bezieht, wenn immer möglich, auch Formen von Sucht, welche nicht explizit im Indikator 37 genannt werden (wie z. B. Medikamentensucht oder Verhaltenssüchte), in die Analyse ein.

Methodik

Wir ermitteln die gesellschaftlichen Kosten von Sucht mit dem Analyserahmen der Krankheitskostenstudien (Cost-of-Illness-Methode). Wir unterscheiden zwischen direkten, indirekten und intangiblen Kosten. Die direkten Kosten widerspiegeln den gesellschaftlichen Ressourcenverbrach, der auf Grund des Suchtmittelkonsums entsteht (z. B. Gesundheitsausgaben für suchtbedingte Krankheiten, Ausgaben für die Strafverfolgung suchtbedingter Straftaten). Indirekte Kosten bestehen aus volkwirtschaftlichen Produktivitätsverlusten, die aufgrund suchtbedingter Krankheiten (Morbidität) und suchtbedingt verfrühter Todesfälle (Mortalität) resultieren. Die entgangene Arbeitszeit steht der Gesellschaft nicht mehr für die Produktion von Gütern und Dienstleistungen zur Verfügung. Intangible Kosten sind Nutzenverluste, die durch eine Krankheit bei den Betroffenen und in ihrem Umfeld entstehen, jedoch keine direkten Auswirkungen auf den Ressourcenverbrauch in der Volkswirtschaft haben. In der vorliegenden Studie werden lediglich die direkten und indirekten Kosten der Sucht berechnet. Bei den intangiblen Kosten handelt es sich grösstenteils um private Kosten, und es entsteht für die Gesellschaft kein Ressourcenverlust. Wir weisen aber die Krankheitslast mit dem Indikator der krankheitsbereinigten Lebensjahre (disability-adjusted life years, DALY) aus. Wir berücksichtigen in der Berechnung der direkten und indirekten Kosten nur die externen Kosten, da angenommen wird, dass die privaten Kosten durch den privaten Nutzen aus dem Konsum (über)kompensiert werden.

Direkte Kosten im Gesundheitswesen und der Strafverfolgung

Die direkten Kosten des Suchtmittelkonsums entstehen hauptsächlich im Gesundheitswesen in Form von Gesundheitsausgaben für die Behandlung von suchtbedingten Krankheiten, Unfällen und Verletzungen. Daneben entstehen auch Kosten für die Verfolgung von suchtbedingten Straftaten und durch suchtbedingte Sachschäden.

Für die Behandlung von Sucht und ihren Folgen fallen Kosten im gesamten Gesundheitswesen an. Die stationären Kosten berechnen wir bottom up; für die Kosten im ambulanten Bereich wie

[1] Schweizer Monitoring-System Sucht und nichtübertragbare Krankheiten (MonAM), www.monam.ch

auch die Langzeitpflege verwenden wir einen Top-down-Ansatz. Die Kosten basieren auf den gesamten Ausgaben im Gesundheitswesen, wir berücksichtigen aber nur den Teil, der von der Gesellschaft getragen wird und nicht vom Verursacher selbst.

Die Verfolgung suchtbedingter Straftaten verursacht Kosten durch Staatsausgaben für die Polizei, die Justiz und den Strafvollzug. Berücksichtigt werden Straftaten mit Bezug zu Alkohol- und Drogenkonsum (bzw. -beschaffung). Aufgrund der Datenlage ist eine Bottom-up-Berechnung nicht möglich; die Kosten müssen daher über einen Top-down-Ansatz ermittelt werden. Auf Basis der Gesamtkosten der Strafverfolgung und der insgesamt begangenen Straftaten (bzw. Anzahl Insassen im Strafvollzug) berechnen wir die durchschnittlichen Kosten pro Straffall. Die alkohol- und drogenbedingten Anteile an den begangenen Straftaten entnehmen wir der deutschen polizeilichen Kriminalstatistik, da diese in der Schweizer Statistik nicht enthalten sind. Die suchtbedingten Kosten für die Strafverfolgung ergeben sich anschliessen durch Multiplikation der Anzahl suchtbedingter Straftaten mit den Durchschnittskosten pro Straftat. Suchtbedingte Sachschäden konnten wir aufgrund der unzureichenden Datenlage nicht berücksichtigen.

Indirekte Kosten in Form von Produktivitätsverlusten

Suchtbedingte Krankheiten, Unfälle oder Gewalt verursachen neben den Kosten im Gesundheitswesen auch Produktivitätsverluste. Diese entstehen aufgrund eines verschlechterten Gesundheitszustandes (Morbidität) oder eines frühzeitigen Todes (Mortalität). Zusätzlich können auch der Suchtmittelkonsum am Arbeitsplatz wie auch die unmittelbaren, kurzfristigen Folgen eines exzessiven Konsums durch kurzfristige Abwesenheit (Absentismus) oder reduzierte Leistung während der Arbeit (Präsentismus) zu Produktivitätsverlusten führen. Diese sogenannten direkten Produktivitätsverluste gehen vor allem auf den Alkoholkonsum sowie die Spielsucht zurück.

Wir ermitteln die Produktivitätsverluste mit dem Friktionskostenansatz (FKA) und dem Humankapitalansatzes (HKA). Bei letzterem wird die gesamte durch Morbidität und Mortalität verlorengegangene Zeit berücksichtigt. Dahinter steht die Annahme von Vollbeschäftigung am Arbeitsmarkt. Eine Person, welche krankheits- beziehungsweise suchtbedingt ausfällt, kann am Arbeitsmarkt nicht ersetzt werden. Der Friktionskostenansatz geht hingegen davon aus, dass die erkrankte Person nach einer gewissen Zeit durch einen neuen (bisher arbeitslosen) Arbeitnehmer ersetzt werden kann. Lediglich die nicht gearbeiteten Stunden während dieser Friktionsperiode werden berücksichtigt. Bei beiden Ansätzen wird die Anzahl verlorener Arbeitsstunden mit einem Stundenlohn multipliziert, um einen monetären Wert für die indirekten Kosten zu erhalten. Wir verwenden prioritär den Friktionskostenansatz. In Abwesenheit von Vollbeschäftigung, erachten wir diesen Ansatz als realistischer als den Humankapitalansatz, bei dem davon ausgegangen wird, dass ein frühzeitig Verstorbener bis zum Zeitpunkt seiner ursprünglichen Pensionierung Kosten verursacht. Wir verwenden in Anlehnung an die internationale Literatur eine Friktionsperiode von vier Monaten, wobei wir in der Sensitivitätsanalyse die Kosten auch mit einer Friktionsperiode von sechs und 12 Monaten berechnen. Ältere Studien für die Schweiz verwenden hauptsächlich den Humankapitalansatz. Die von uns ausgewiesenen Werte im Basisszenario fallen damit aufgrund der methodischen Unterschiede grundsätzlich niedriger aus. Um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten, weisen wir die Kosten zusätzlich mit dem Humankapitalansatz aus.

Wir berücksichtigen grundsätzlich auch die unbezahlte Arbeit mit Ausnahme der Kosten der informellen Pflege. Letztere bestehen aus verlorengegangener Zeit, die durch die unentgeltliche Pflege von suchtbedingten Kranken durch ihre Angehörigen entsteht. Aufgrund fehlender Daten können diese Kosten nicht berechnet werden.

Suchtbedingte Kosten in der Schweiz 2017

Sucht verursacht im Jahr 2017 in der Schweiz volkswirtschaftliche Kosten in der Höhe von rund 7.7 Mrd. CHF. Wird für die Berechnung der Produktivitätsverluste der Humankapitalansatz anstatt des Friktionskostenansatzes verwendet, liegen die Gesamtkosten für Sucht mit 11.5 Mrd. CHF um gut die Hälfte höher.

Von den insgesamt 7.7. Mrd. CHF verursacht Tabak mit 3.9 Mrd. CHF den grössten Anteil der Kosten, gefolgt von Alkohol mit knapp 2.8 Mrd. und Drogen mit 0.9 Mrd. Die zusätzlich teilweise erhobenen Kosten von Spielsucht belaufen sich auf 61 Mio. CHF. Weitere Süchte wurden aufgrund fehlender Daten nicht berücksichtigt.

Auf die Bevölkerung bezogen verursacht dies Kosten von 901 CHF pro Kopf. Davon entfallen 335 CHF auf Alkohol, 457 CHF auf Tabak, 109 CHF auf Drogen und 7 CHF auf Spielsucht.

In Bezug auf die Wirtschaftsleistung entsprechen die Kosten 1.1 Prozent des BIP. Bei Alkohol sind es 0.4 Prozent. Die Kosten des Tabakkonsums betragen 0.6 Prozent des BIP. Bei Drogen resultiert ein BIP-Anteil von 0.1 Prozent. Diese Werte liegen unterhalb der bisher für die Schweiz ermittelten Werte. Grund dafür ist, dass im Basisszenario der Friktionskostenansatz zur Bewertung der Produktivitätsverluste verwendet wird. Wird der Humankapitalansatz verwendet, liegen die Werte für Alkohol und Tabak etwa in der gleichen Grössenordnung wie bei früheren Berechnungen, bei Drogen ist der Anteil am BIP jedoch zurückgegangen.

Die im Jahr 2017 ermittelten Kosten des Suchtmittelkonsums sind bei suchtbedingten Erkrankungen häufig auf vergangenen Konsum zurückzuführen. Da der Pro-Kopf-Konsum von Alkohol in der Schweiz stetig abgenommen hat und sich auch der Tabakkonsum reduziert hat, ist anzunehmen, dass die Kosten des heutigen Alkohol- und Tabakkonsums in der Zukunft etwas niedriger ausfallen werden.

Eine alleinige Betrachtung der gesellschaftlichen Kosten überschätzt tendenziell die Belastung für die Gesellschaft, da die Kostenverursacher zumindest einen Teil der generierten externen Kosten über Steuern selbst bezahlen. Die Steuereinnahmen sind jedoch nicht direkt mit den ermittelten Kosten vergleichbar, weil in den gesellschaftlichen Kosten rein monetäre Transfers an die Suchtmittelkonsumenten wie zum Beispiel Arbeitslosengeld ebenfalls nicht berücksichtigt sind.

Alkohol, Tabak und Drogen verursachen auch gemessen an der Kennzahl DALY (Disability Adjusted Life Years) eine hohe Krankheitslast. Mit dem DALY werden sowohl die durch frühzeitigen Tod verlorenen Lebensjahre wie auch die durch Krankheit eingeschränkte Lebensqualität erfasst. Insgesamt verursachen die drei Süchte 361'680 DALY. Dies entspricht 17.5 Prozent aller DALY (2’067’717) im Jahr 2017. Innerhalb der suchtbedingten DALY macht Tabak 69 Prozent aus, Alkohol 22 Prozent und Drogen 9 Prozent.

Limitationen

Die ausgewiesenen Resultate sind mit einigen Limitationen behaftet. Zum einen gibt es diverse Defizite bei der Datenlage. Teilweise fehlende Daten führten dazu, dass gewisse Suchtarten und Kostenkomponenten nicht oder nur teilweise berücksichtigt werden konnten. An anderen Orten sind zwar Daten vorhanden, aber nicht in dem Detailgrad oder der Aktualität, die nötig gewesen wären. Alle diese Einschränkungen der Datenlage ziehen Unsicherheiten in den Berechnungen nach sich. Wir haben versucht, diese Unsicherheiten in unserer Sensitivitätsanalyse sichtbar zu machen. Dort hat sich gezeigt, dass die Schwankungen aufgrund der Datenprobleme weniger als +/- 10 Prozent ausmachen sollten.

Tabelle 1 Suchtbedingte Kosten in der Schweiz 2017 in Mio. CHF

	Alkohol	Tabak	Drogen	übrige Süchte	Total	Anteil
Direkte Kosten	692	3'044	741	3.1	4'480	58%
▪ Gesundheitswesen	477	3'044	274	3.1	3'799	49%
▪ Strafverfolgung	215	0	467	0	682	9%
Indirekte Kosten	2'151	833	181	58	3'223	42%
▪ Produktivitätsverluste Mortalität	29	83	5	NA	117	2%
▪ Produktivitätsverluste Morbidität	614	750	176	0	1'540	20%
▪ Direkte Produktivitätsverluste	1'508	-	-	58	1'566	20%
Total	**2'843**	**3'877**	**922**	**61**	**7'703**	100%

In der Schweiz entstanden im Jahr 2017 suchtbedingte Kosten von rund 7.7 Mrd. CHF. Die direkten Kosten im Gesundheitswesen und für Strafverfolgung machen 4.5 Mrd. CHF aus. Die indirekten Kosten wurden mit dem Friktionskostenansatz ermittelt und belaufen sich auf 3.2 Mrd. CHF. Der Alkoholkonsum ist für 37% der Kosten verantwortlich, der Tabakkonsum für 50% und der Drogenkonsum für 12%.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

Tabelle 2 Suchtbedingte Kosten in Mio. CHF, pro Kopf und Anteil am BIP

	Alkohol	Tabak	Drogen	Total
Indikator 37 – direkte und indirekte Kosten				
▪ Absolut in Mio. CHF	2'843	3'877	922	7'642
▪ Pro Einwohner in CHF	335	457	109	901
▪ Anteil am BIP in %	0.4%	0.6%	0.1%	1.1%
Indikator 39 – stationäre Behandlungen				
▪ Absolut in Mio. CHF	410	1'388	150	1'948
▪ Pro Einwohner in CHF	48	164	18	230
▪ Anteil am BIP in %	0.06%	0.2%	0.02%	0.3%
▪ Anteil an Gesamtkosten stationärer Behandlungen in %	1.2%	3.9%	0.4%	5.5%

▪ Indirekte Kosten berechnet mit dem FKA

Der Indikator 37 umfasst die durch Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum verursachten direkten und indirekten Kosten. Auf die Gesamtbevölkerung bezogen machen im Jahr 2017 diese suchtbedingten Kosten 901 CHF pro Kopf aus, gemessen an der Wirtschaftsleistung machen die Kosten 1.1 Prozent am BIP aus. Der Indikator 39 enthält nur die direkten Kosten der stationären Behandlungen. Diese belaufen sich auf 230 CHF pro Kopf resp. machen 0.3% am BIP aus. Die suchtbedingten Kosten machen 5.5% an den Gesamtausgaben für stationäre Kurativbehandlung, Rehabilitation und Langzeitpflege aus.

Quelle: Ständige Wohnbevölkerung 2017, BFS; Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung 2017, BFS; Kosten und Finanzierung im Gesundheitswesen 2017, BFS; eigene Berechnungen, Polynomics.

L'essentiel en bref

Contexte

La stratégie nationale Addictions a pour objectifs de prévenir les addictions, d'apporter un soutien précoce aux individus à risque et de procurer l'aide nécessaire aux personnes concernées. Pour accompagner la mise en œuvre de cette stratégie, un système de monitorage[2] regroupant un ensemble d'indicateurs est mis en place. L'un de ces indicateurs porte sur l'identification des coûts économiques de la consommation d'alcool, de tabac et de drogues en Suisse (indicateur 37), un sous-indicateur étant consacré aux coûts du traitement des addictions et des maladies associées dans les établissements hospitaliers (indicateur 39). Ces indicateurs sont pertinents, car les comportements addictifs occasionnent des coûts non seulement pour les personnes concernées, mais aussi pour la société dans son ensemble, notamment sous la forme de dépenses de santé et de pertes de productivité. La présente étude détermine les valeurs des indicateurs 37 et 39 pour l'année 2017. Dans la mesure du possible, elle tient compte de formes d'addictions qui ne sont pas explicitement mentionnées dans l'indicateur 37 (abus de médicaments ou addictions comportementales, p. ex.).

Méthodologie

Pour déterminer les coûts sociaux des addictions, nous utilisons le cadre d'analyse des études consacrées au coût des maladies (*cost of illness*). Nous opérons une distinction entre les coûts directs, indirects et intangibles. Les coûts directs reflètent la perte de ressources que la consommation de substances addictives implique pour la société (dépenses de santé pour les maladies liées aux addictions, dépenses pour la poursuite pénale des infractions liées aux addictions). Les coûts indirects correspondent aux pertes de productivité économique résultant des maladies (morbidité) et des décès prématurés (mortalité) imputables aux addictions, étant donné que le temps de travail ainsi perdu n'est plus disponible pour la production de biens et de services. Les *coûts intangibles* sont les pertes d'utilité qu'une maladie occasionne pour la personne concernée et son entourage, mais qui n'ont pas de conséquences économiques directes sur la consommation de ressources. Seuls les coûts directs et indirects des addictions sont calculés dans la présente étude. Les coûts intangibles correspondent en grande partie à des coûts privés et n'occasionnent pas de perte de ressources pour la société. Afin d'évaluer la charge de morbidité, nous utilisons l'indicateur des années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI ou DALY pour *disability-adjusted life years*). Le calcul des coûts directs et indirects ne tient compte que des coûts externes, conformément à l'hypothèse selon laquelle les coûts privés sont (sur)compensés par profit privé retiré de la consommation.

Coûts directs pour le système de santé et le système de poursuite pénale

Les coûts directs de la consommation de substances addictives se traduisent principalement dans le système de santé par des dépenses pour le traitement des maladies, des accidents et des blessures liés aux addictions. S'y ajoutent les coûts occasionnés par la poursuite pénale des infractions liés aux addictions et par les dommages matériels résultant de celles-ci.

[2] Système de monitorage suisse des addictions et des maladies non transmissibles (MonAM), www.monam.ch

Le traitement des addictions et de leurs conséquences génère des coûts dans l'ensemble du système de santé. Alors que nous calculons les coûts des soins hospitaliers selon une approche ascendante (*bottom-up*), nous utilisons une approche descendante (*top-down*) pour déterminer les coûts du secteur ambulatoire et des soins de longue durée. Si les coûts se fondent sur les dépenses totales du système de santé, nous ne tenons compte que de la partie supportée par la société et non de celle qui est à la charge de la personne qui les occasionne.

Les coûts de la poursuite pénale des infractions liées aux addictions correspondent aux dépenses publiques pour la police, la justice et le système d'exécution des peines. Les infractions prises en compte sont celles liées à la consommation (ou à l'acquisition) d'alcool et de drogues. L'état des données ne permettant pas de procéder à un calcul ascendant, nous déterminons ces coûts en utilisant une approche descendante. Nous commençons par calculer le coût moyen par infraction sur la base du coût total du système de poursuite pénale et du nombre total d'infractions commises (ou du nombre de personnes en détention). Afin d'estimer la part des infractions liées à la consommation d'alcool et de drogues dans le total des infractions commises, nous utilisons les statistiques policières allemandes de la criminalité, cette information ne figurant pas dans les statistiques suisses. Le coût des poursuites pénales liées aux addictions est ensuite calculé en multipliant le nombre d'infractions liées aux addictions par le coût moyen par infraction. Faute de données suffisantes, les dommages matériels liés aux addictions n'ont pas pu être pris en compte.

Coûts indirects sous la forme de pertes de productivité

Outre des coûts pour le système de santé, les maladies, accidents et violences liés aux addictions entraînent également des pertes de productivité dues à une détérioration de l'état de santé (morbidité) ou à un décès prématuré (mortalité). De même, la consommation de substances addictives sur le lieu de travail et les conséquences immédiates ou à court terme d'une consommation excessive peuvent entraîner des pertes de productivité en raison d'absences de courte durée (absentéisme) ou de performances réduites au travail (présentéisme). Ces pertes de productivité dites directes sont principalement imputables à la consommation d'alcool et à l'addiction au jeu.

Pour déterminer les pertes de productivité, nous utilisons la méthode des coûts de friction et la méthode du capital humain. Cette dernière, qui prend en compte la totalité du temps de travail perdu en raison de la morbidité et de la mortalité, repose sur l'hypothèse d'un marché du travail en situation de plein emploi dans lequel une personne incapable de travailler à la suite d'une maladie ou d'une addiction ne peut pas être remplacée. À l'inverse, la méthode des coûts de friction suppose qu'une personne qui tombe malade peut être remplacée après un certain temps par un nouveau salarié (jusqu'alors au chômage) et ne tient compte que des heures non travaillées pendant cette période de friction. Dans chacune des deux approches, le nombre d'heures de travail perdues est multiplié par un salaire horaire pour attribuer une valeur monétaire aux coûts indirects. Dans la présente étude, nous utilisons principalement la méthode des coûts de friction. En l'absence d'une situation de plein emploi, celle-ci nous paraît plus réaliste que la méthode du capital humain, qui suppose que le décès prématuré d'une personne occasionne des coûts jusqu'au moment où elle aurait atteint l'âge de la retraite. Nous optons pour une période de friction de quatre mois, bien que, dans l'analyse de sensibilité, nous calculons également les coûts pour des périodes de friction de six et douze mois. Les études plus anciennes pour la Suisse utilisaient principalement la méthode du capital humain. En raison des différences méthodologiques mentionnées précédemment, les valeurs auxquels nous parvenons dans le scénario de référence sont plus faibles que dans ces études. Afin de garantir la comparabilité, nous mentionnons également les coûts obtenus en utilisant la méthode du capital humain.

De manière générale, nous prenons en compte le travail non rémunéré, à l'exception du coût des soins informels, lesquels correspondent au temps perdu par les proches lorsqu'ils s'occupent, sans être rémunérés, de personnes souffrant d'une maladie liée à une addiction. Faute de données disponibles, ces coûts ne peuvent pas être calculés.

Coûts liés aux addictions en Suisse en 2017

En 2017, les addictions ont entraîné en Suisse des coûts économiques estimés à 7,7 milliards de francs. Cette estimation correspond à l'utilisation de la méthode des coûts de friction. Le recours à la méthode du capital humain pour calculer les pertes de productivité conduirait à un résultat supérieur de moitié, soit 11,5 milliards de francs.

La plus grande part de ces 7,7 milliards de francs est imputable au tabac (3,9 milliards), suivi par l'alcool (près de 2,8 milliards) et les drogues (0,9 milliard). Les coûts liés à l'addiction au jeu s'élèvent à 61 millions de francs supplémentaires, mais n'ont pu être calculés que de façon partielle. D'autres addictions n'ont pas pu être prises en compte en l'absence de données.

Rapportés à la population, ces coûts se chiffrent à 901 francs par habitant, dont 335 francs sont imputables à l'alcool, 457 francs au tabac, 109 francs aux drogues et 7 francs à l'addiction au jeu.

En termes de production économique, ils représentent 1,1 % du PIB, dont 0,4 % pour la consommation d'alcool, 0,6 % pour la consommation de tabac et 0,1 % pour la consommation de drogues. Ces valeurs sont inférieures à celles déterminées jusqu'ici pour la Suisse, car le scénario de référence se base sur la méthode des coûts de friction pour évaluer les pertes de productivité. Si l'on utilise la méthode du capital humain, les valeurs pour l'alcool et le tabac sont à peu près du même ordre de grandeur que dans les calculs précédents, tandis que la part des drogues dans le PIB a diminué.

Pour ce qui est des maladies, les coûts liés à la consommation de substances addictives tels qu'ils sont déterminés pour l'année 2017 sont en grande partie la conséquence d'une consommation passée. Étant donné que la consommation d'alcool par habitant n'a cessé de reculer en Suisse et que la consommation de tabac a, elle aussi, diminué, on peut supposer que les coûts associés à ces comportements seront un peu moins élevés à l'avenir.

Il convient de souligner que l'analyse des coûts sociaux tend à surestimer la charge des comportements addictifs pour la société, car les auteurs de ces comportements assument eux-mêmes, par leurs impôts, une partie au moins des coûts externes qu'ils occasionnent. Ces recettes fiscales ne sauraient toutefois être comparées directement à l'estimation des coûts pour la société, étant donné que ceux-ci ne tiennent pas compte des transferts purement monétaires à l'intention des consommateurs de substances addictives, par exemple les allocations de chômage qui leur sont versées.

L'alcool, le tabac et les drogues entraînent par ailleurs une charge de morbidité élevée telle qu'elle est mesurée par l'indicateur des AVCI. Cet indicateur mesure à la fois les années de vie perdues à la suite d'un décès prématuré et celles dont la qualité est altérée en raison d'une maladie. Au total, ces trois addictions occasionnent 361 680 AVCI, ce qui correspond à 17,5 % du total des AVCI (2 067 717) estimées en 2017. 69 % des AVCI liées aux addictions sont imputables au tabac, 22 % à l'alcool et 9 % aux drogues.

Tableau 1 Coûts liés aux addictions en Suisse en 2017 en millions de francs

	Alcool	Tabac	Drogues	Autres	Total	Part
Coûts directs	692	3044	741	3,1	4480	58 %
▪ Système de santé	477	3044	274	3,1	3799	49 %
▪ Poursuite pénale	215	0	467	0	682	9 %
Coûts indirects	2151	833	181	58	3223	42 %
▪ Pertes de productivité mortalité	29	83	5	nd	117	2 %
▪ Pertes de productivité morbidité	614	750	176	0	1540	20 %
▪ Pertes de productivité directes	1508	-	-	58	1566	20 %
Total	**2843**	**3877**	**922**	**61**	**7703**	100 %

En 2017, les coûts liés aux addictions en Suisse s'élevaient à 7,7 milliards de francs. Les coûts directs pour le système de santé et le système de poursuite pénale se chiffraient à 4,5 milliards de francs, tandis que les coûts indirects, calculés en utilisant la méthode des coûts de friction, étaient de 3,2 milliards de francs. La consommation d'alcool est responsable de 37 % de ces coûts, la consommation de tabac de 50 % et la consommation de drogues de 12 %.

Source : Calculs des auteurs, Polynomics

Tableau 2 Coûts liés aux addictions en millions de francs, par habitant et en % du PIB

	Alcool	Tabac	Drogues	Total
Indicateur 37– coûts directs et indirects				
▪ Total en millions de francs	2843	3877	922	7642
▪ En francs par habitant	335	457	109	901
▪ Part du PIB	0,4 %	0,6 %	0,1 %	1,1 %
Indicateur 39 – traitements hospitaliers				
▪ Total en millions de francs	410	1388	150	1948
▪ En francs par habitant	48	164	18	230
▪ Part du PIB	0,06 %	0,2 %	0,02 %	0,3 %
▪ Part du coût total des traitements hospitaliers	1,2 %	3,9 %	0,4 %	5,5 %

▪ Coûts indirects calculés avec la méthode des coûts de friction

L'indicateur 37 couvre les coûts directs et indirects liés à la consommation d'alcool, de tabac et de drogues. Rapportés à la population totale, ces coûts représentaient 901 francs par habitant en 2017. Rapportés à la production économique, ils correspondaient à 1,1 % du PIB. L'indicateur 39 ne couvre que les coûts directs des traitements hospitaliers. Ceux-ci se chiffraient à 230 francs par habitant, soit 0,3 % du PIB. Les coûts liés aux addictions représentaient 5,5 % des dépenses totales pour les soins curatifs hospitaliers, la réadaptation et les soins de longue durée.

Source : Population résidante permanente 2017, OFS ; comptes nationaux 2017, OFS ; coût et financement du système de santé 2017, OFS ; calculs des auteurs, Polynomics

Limites

Les résultats obtenus présentent certaines limites. L'état des données étant en partie lacunaire, certaines addictions et composantes des coûts n'ont pas pu être prises en compte, ou seulement de façon partielle. Dans d'autres cas, les données étaient certes disponibles, mais ne présentaient pas le niveau de précision ou d'actualité requis. Ces insuffisances concernant l'état des données exposent les calculs à certaines incertitudes. Nous avons tenté de rendre ces dernières visibles dans notre analyse de sensibilité. Il en ressort que les fluctuations dues à la qualité des données ne devraient pas excéder +/- 10 %.

L'essenziale in breve

Situazione iniziale

La Strategia nazionale dipendenze ha lo scopo di prevenire le dipendenze, offrire un sostegno precoce alle persone a rischio e fornire l'aiuto necessario alle persone dipendenti. Nell'ambito della Strategia è necessario creare un sistema di monitoraggio[3] di accompagnamento, descritto mediante un set d'indicatori. Uno di essi concerne il rilevamento dei costi economici causati alla società dal consumo di alcol, tabacco e droghe (indicatore 37) in Svizzera, provvisto di un sottoindicatore per i costi dovuti ai trattamenti delle dipendenze e delle sue malattie conseguenti nelle strutture stazionarie (indicatore 39). Questi indicatori sono rilevanti, perché i comportamenti di dipendenza non cagionano solo costi alle persone coinvolte, ma anche alla società nel suo insieme, soprattutto sotto forma di spese sanitarie e di perdite di produttività. Il presente studio illustra i valori degli indicatori 37 e 39 per il 2017, integrando nell'analisi, ove possibile, anche forme di dipendenza non espressamente nominate nell'indicatore 37 (come p. es. la dipendenza da medicamenti o le dipendenze comportamentali).

Metodologia

Rileviamo i costi sociali delle dipendenze mediante una metodologia basata sugli studi sul costo della malattia (metodo Cost of Illness). Distinguiamo tra costi diretti, indiretti e intangibili. I costi diretti sono il riflesso del dispendio di risorse della società causato dal consumo di sostanze che generano dipendenza (p. es. costi sanitari causati da malattie legate alla dipendenza, costi generati dal perseguimento penale di reati legati alla dipendenza) I costi indiretti corrispondono alle perdite di produttività economica che risultano dalle malattie legate alla dipendenza (morbilità) e dai decessi prematuri legati alla dipendenza (mortalità). Il tempo lavorativo perso non è più a disposizione della società per la produzione di beni e servizi. *I costi intangibili sono* perdite di benefici causate da una malattia alle persone coinvolte e alla loro cerchia familiare e di conoscenze, ma senza conseguenze dirette sull'impiego di risorse economiche nella società. Nel presente studio vengono calcolati unicamente i costi diretti e indiretti causati dalle dipendenze. I costi intangibili corrispondono per lo più a costi privati, senza una perdita di risorse per la società. Tuttavia caratterizziamo il carico di malattia con l'indicatore dell'aspettativa di vita corretta per disabilità (disability-adjusted life years, DALY). Nel calcolo dei costi diretti e indiretti consideriamo solo i costi esterni, perché partiamo dal presupposto che i costi privati vengano (sovra)compensati dal beneficio privato del consumo.

Costi diretti per il settore sanitario e il perseguimento penale

Il consumo di sostanze che creano dipendenza provoca costi diretti soprattutto nel campo della sanità pubblica sotto forma di spese sanitarie in relazione al trattamento di malattie, infortuni e lesioni causati dalle dipendenze. Insorgono inoltre costi dovuti al perseguimento penale di reati, come anche dovuti ai danni materiali legati alla dipendenza.

I costi per il trattamento delle dipendenze e delle loro conseguenze si riversano su tutto il settore sanitario. Calcoliamo i costi stazionari secondo l'approccio bottom up; per quelli nel settore ambulatoriale e per le cure di lunga durata applichiamo invece un approccio top down. I costi si

[3] Sistema di monitoraggio svizzero delle Dipendenze e delle Malattie non trasmissibili (MonAM), https://www.obsan.admin.ch/it/MonAM

basano sulle spese complessive nel settore sanitario, ma consideriamo unicamente la parte assunta dalla società e non quella del singolo responsabile.

Il perseguimento penale di reati legati alla dipendenza crea costi statali che ricadono sulla polizia, sul sistema giudiziario e sull'esecuzione delle pene. Sono presi in considerazione reati legati al consumo di (o agli atti di procurarsi) alcol e droghe. I dati disponibili non permettono un calcolo con l'approccio bottom up; i costi devono pertanto essere rilevati mediante un approccio top down. Calcoliamo i costi medi per reato sulla base dei costi complessivi del perseguimento penale e del numero totale dei reati commessi (rispettivamente del numero dei detenuti in esecuzione della pena). Per le quote dei reati commessi attribuibili all'alcol e alle droghe abbiamo fatto riferimento alla statistica criminale della polizia tedesca, perché non sono contemplati nella statistica svizzera. I costi del perseguimento penale di reati legati alla dipendenza si ottengono moltiplicando il numero di tali reati per i costi medi per reato. La mancata disponibilità di dati sufficienti non ci ha permesso di considerare i danni materiali legati alla dipendenza.

Costi indiretti sotto forma di perdite di produttività

Oltre a costi nel settore sanitario, le malattie, gli infortuni o gli atti di violenza legati alla dipendenza causano anche perdite di produttività, indotte dal peggioramento dello stato di salute (morbilità) o da un decesso prematuro (mortalità). Inoltre le perdite di produttività possono essere dovute al consumo sul posto di lavoro di sostanze che creano dipendenza o alle conseguenze immediate di un consumo eccessivo di tali sostanze, con conseguenti assenze improvvise (assenteismo), o di un abbassamento della qualità delle prestazioni lavorative (presentismo). Queste cosiddette perdite di produttività dirette sono riconducibili soprattutto al consumo di alcol nonché alla dipendenza dal gioco d'azzardo. Le perdite di produttività sono calcolate con i metodi del costo frizionale e del capitale umano . Per quest'ultimo si considera la perdita di produttività causata dalla morbilità e dalla mortalità, presupponendo un'occupazione a tempo pieno sul mercato del lavoro. Una persona non più impiegabile per malattia o per motivi legati alla dipendenza non può essere sostituita sul mercato del lavoro. Invece, il metodo del costo frizionale parte dall'assunto che la persona malata, dopo un certo periodo di tempo, possa essere sostituita da un altro lavoratore (fino ad allora disoccupato). Durante il periodo frizionale è considerato solo il tempo di lavoro effettivamente non corrisposto. Per ottenere un valore pecuniario dei costi indiretti, per entrambi i metodi il numero delle ore di lavoro perse è moltiplicato per una tariffa oraria. Per i nostri calcoli utilizziamo principalmente il metodo del costo frizionale. In mancanza di un'occupazione a tempo pieno, riteniamo che questo metodo sia più realistico rispetto a quello del capitale umano, per il quale si presuppone che la persona deceduta prematuramente causi costi fino alla data del suo previsto pensionamento. Applichiamo un periodo frizionale di quattro mesi, per quanto nell'analisi di sensibilità calcoliamo i costi per un periodo frizionale anche di sei e di dodici mesi. Negli studi precedenti svolti per la Svizzera era stato utilizzato soprattutto il metodo del capitale umano. A causa di queste differenze metodologiche, i valori che abbiamo presentato nello scenario di base sono pertanto sostanzialmente inferiori. Per assicurare la comparabilità, illustriamo i costi anche secondo il metodo del capitale umano.

Consideriamo per principio anche il lavoro non retribuito, ad eccezione dei costi dovuti a cure informali, intese come periodo improduttivo durante il quale persone affette da dipendenze vengono assistite gratuitamente dai familiari. Data l'indisponibilità di dati pertinenti sufficienti, questi costi non hanno potuto essere calcolati.

Costi attribuibili alle dipendenze in Svizzera nel 2017

Nel 2017 le dipendenze hanno causato in Svizzera costi per 7,7 miliardi di franchi. Se per il calcolo delle perdite di produttività si utilizza il metodo del capitale umano invece di quello del costo frizionale, i costi complessivi dovuti alle dipendenze aumentano di più della metà, raggiungendo gli 11,5 miliardi di franchi.

Dei 7,7 miliardi di franchi complessivi, il tabacco causa la quota maggiore dei costi con 3,9 miliardi, seguito dall'alcol con quasi 2,8 miliardi e dalle droghe con 0,9 miliardi. I costi parzialmente rilevati riconducibili alla dipendenza da gioco d'azzardo si aggirano attorno ai 61 milioni di franchi. Le altre dipendenze non sono state prese in considerazione per mancanza di dati.

Riferiti alla popolazione, i costi legati alle dipendenze ammontano a 901 franchi pro capite, di cui 335 attribuibili all'alcol, 457 al tabacco, 109 alle droghe e 7 al gioco d'azzardo.

In rapporto alle prestazioni economiche, questi costi rappresentano l'1,1 per cento del PIL, di cui lo 0,4 per cento attribuibile all'alcol, lo 0,6 al consumo di tabacco e lo 0,1 al consumo di droghe. Questi valori sono inferiori a quelli precedentemente determinati per la Svizzera. La ragione di ciò è che il metodo del costo frizionale è utilizzato nello scenario di base per valutare le perdite di produttività. Se si utilizza il metodo del capitale umano, i valori per l'alcol e il tabacco sono all'incirca dello stesso ordine di grandezza dei calcoli precedenti, mentre la quota del PIL per le droghe è diminuita.

I costi rilevati per il 2017 relativi al consumo di sostanze che creano dipendenza sono spesso da ricondurre, nel caso di malattie legate alla dipendenza, a un consumo precedente. Dato che il consumo pro capite di alcol in Svizzera si è costantemente abbassato e anche il consumo di tabacco si è ridotto, bisogna presupporre che in futuro vi sarà una diminuzione dei costi dovuta al consumo di queste sostanze rispetto a quelli attuali.

Se si considerano unicamente i costi che si ripercuotono sulla società, il carico sociale è tendenzialmente sopravalutato, poiché chi genera questi costi esterni contribuisce personalmente almeno in parte alla loro copertura in qualità di contribuente. Tuttavia gli introiti fiscali non sono direttamente paragonabili con i costi rilevati, perché nei costi sociali non sono compresi neppure i trasferimenti di liquidità ai consumatori di sostanze che generano dipendenza, come ad esempio l'indennità di disoccupazione.

Anche calcolati con l'indicatore DALY (Disability Adjusted Life Years) alcol, tabacco e droghe rappresentano un elevato carico di malattia. DALY illustra sia il numero di anni perduti in seguito a decesso prematuro sia la perdita di qualità di vita in seguito a malattia. Complessivamente, le tre dipendenze generano 361 680 DALY, il che rappresenta il 17,5 per cento di tutti i DALY (2 067 717) del 2017. Tra i DALY dovuti alle dipendenze, il consumo di tabacco costituisce il 69 per cento, quello di alcol il 22 per cento e quello di droghe il 9 per cento.

Tabella 1 **Costi attribuibili alle dipendenze in Svizzera nel 2017 in milioni di franchi**

	Alcol	Tabacco	Droghe	Altre dipendenze	Totale	Quota
Costi diretti	692	3044	741	3.1	4480	58 %
▪ Settore sanitario	477	3044	274	3.1	3799	49 %
▪ Perseguimento penale	215	0	467	0	682	9 %
Costi indiretti	2151	833	181	58	3223	42 %
▪ Perdite di produttività attribuibili alla mortalità	29	83	5	NA	117	2 %
▪ Perdite di produttività attribuibili alla morbilità	614	750	176	0	1540	20 %
▪ Perdite di produttività dirette	1508	-	-	58	1566	20 %
Totale	**2843**	**3877**	**922**	**61**	**7703**	100 %

Nel 2017, i costi dovuti alle dipendenze in Svizzera ammontavano a circa 7,7 mia. di franchi. I costi diretti nel settore sanitario e in quello del perseguimento penale ammontano a 4,5 mia. di franchi. I costi indiretti sono stati calcolati secondo il metodo del costo frizionale e ammontano a 3,2 mia. di franchi. Il 37 % dei costi è attribuibile al consumo di alcol, il 50 % al consumo di tabacco e il 12 % al consumo di droghe.

Fonti: calcoli propri, Polynomics.

Tabella 2 **Costi attribuibili alle dipendenze in milioni di franchi, pro capite e in percentuale del PIL**

	Alcol	Tabacco	Droghe	Totale
Indicatore 37 - Costi diretti e indiretti				
▪ Valore assoluto in mio. di franchi	2843	3877	922	7642
▪ Per abitante in franchi	335	457	109	901
▪ Quota del PIL in %	0.4 %	0.6 %	0.1 %	1.1 %
Indicatore 39 - Trattamenti stazionari				
▪ Valore assoluto in mio. di franchi	410	1388	150	1948
▪ Per abitante in franchi	48	164	18	230
▪ Quota del PIL in %	0.06 %	0.2 %	0.02 %	0.3 %
▪ Quota sui costi totali dei trattamenti stazionari in %	1.2 %	3.9 %	0.4 %	5.5 %

▪ Costi indiretti calcolati secondo il metodo del costo frizionale

L'indicatore 37 riassume i costi diretti e indiretti attribuibili al consumo di alcol, tabacco e droghe. Distribuiti sull'intera popolazione, nel 2017 i costi legati alle dipendenze ammontavano a 901 franchi pro capite; in rapporto alle prestazioni economiche, questi costi rappresentano l'1,1 % del PIL. L'indicatore 39 contiene unicamente i costi diretti dei trattamenti stazionari. Questi ultimi ammontano a 230 franchi pro capite e rappresentano lo 0,3 % del PIL. I costi legati alla dipendenza costituiscono il 5,5 % dei costi totali per trattamenti, cure di riabilitazione e cure di lunga durata stazionari.

Fonti: Popolazione residente permanente, 2017, UST; Conti nazionali 2017, UST; Costi e finanziamento del sistema sanitario nel 2017, UST; calcoli propri, Polynomics.

Limitazioni

I risultati presentati sono caratterizzati da alcune limitazioni. Da un lato vi sono diverse carenze nei dati. Dati parzialmente mancanti hanno fatto sì che determinati tipi di dipendenze e di categorie di costi non hanno potuto essere considerati o lo sono stati solo parzialmente. In altre posizioni, se è vero che i dati sono disponibili, non sono così dettagliati o aggiornati come dovrebbero. Tutte queste restrizioni dei dati disponibili sono fonti d'incertezze per i calcoli. Abbiamo cercato di rendere visibili queste incertezze nell'ambito della nostra analisi di sensibilità, la quale ho mostrato che le oscillazioni indotte dai problemi dei dati dovrebbero essere inferiori allo +/- 10 per cento.

1 Einleitung

Der Bundesrat hat 2015 und 2016 die Nationale Strategie Sucht verabschiedet. Diese basiert prinzipiell auf den aktuellen Programmen im Bereich Drogen, Alkohol und Tabak, beinhaltet neu aber auch bisher weniger gut untersuchte und jüngere Formen der Sucht, namentlich Medikamenten-, Geldspiel- und Internetsucht. Ziel der Strategie ist es, Suchterkrankungen zu verhindern, suchtgefährdete Menschen frühzeitig zu unterstützen und den betroffenen Menschen die notwendige Hilfe zukommen zu lassen.

Damit die Suchtpolitik laufend den neuen und sich ändernden Gegebenheiten angepasst werden kann, soll im Rahmen der Umsetzung der Nationalen Strategie Sucht ein begleitendes Monitoringsystem aufgebaut werden, welches durch ein Indikatorenset (Bundesrat, 2016; www.monam.ch) beschrieben ist. Ein Indikator betrifft dabei die Erhebung der volkswirtschaftlichen Kosten des Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsums in der Schweiz (Indikator 37) mit einem Unterindikator zu den Kosten der Behandlung von Suchterkrankungen und deren Folgeerkrankungen in stationären Einrichtungen (Indikator 39). Diese Indikatoren sind relevant, weil das Suchtverhalten nicht nur den betroffenen Personen Kosten aufbürdet, sondern auch der Gesellschaft als Ganzes, vor allem in Form von Gesundheitsausgaben und Produktivitätsverlusten.

Das BAG hat in diesem Zusammenhang Polynomics 2017 mit einer Vorstudie beauftragt. In dieser Vorstudie haben wir anhand eines wissenschaftlichen Literaturüberblicks die möglichen Kostenkonzepte und Herangehensweisen zur Bestimmung der suchtbedingten volkswirtschaftlichen Kosten aufgearbeitet. Es wurde dabei nicht nur Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum betrachtet, sondern zusätzlich auch Medikamentensucht und substanzungebundene Süchte (Verhaltenssüchte) wie Glückspiel- und Internetsucht. Ebenfalls haben wir in dieser Vorstudie ein Umsetzungskonzept für die Schweiz entwickelt, welches einerseits Vorschläge zur Abgrenzung und Berücksichtigung der relevanten Kostenarten enthält und andererseits bereits konkrete mögliche Datenquellen nennt, die für die Berechnung der Kosten herangezogen werden können. Der Umsetzungsvorschlag orientiert sich zum einen an den von der WHO publizierten internationalen Richtlinien zur Bestimmung der Kosten von Suchtmittelmissbrauch (Single et al., 2003) sowie den Ergebnissen der aufgearbeiteten Literatur, thematisiert zum anderen aber auch die für eine Umsetzung in der Schweiz relevanten Besonderheiten und Einschränkungen, vor allem in Hinblick auf die Datenverfügbarkeit.

Im Anschluss an diese Vorstudie hat das BAG Polynomics beauftragt, die volkswirtschaftlichen Kosten von Sucht für die Schweiz zu bestimmen. Das *Hauptziel* dieser Studie ist es, die Werte für die Indikatoren 37 und 39 des Indikatorensets Sucht zu ermitteln. Da die Strategie Sucht alle Formen von Sucht adressiert, sollen als *sekundäres Ziel* auch Suchtarten in die Analyse einbezogen werden, welche nicht explizit im Indikator 37 genannt werden. Es handelt sich dabei insbesondere um:

- Medikamentensucht (vor allem Opioide)
- Verhaltenssüchte (Onlinesucht, Spielsucht, Kaufsucht, Sexsucht etc.)

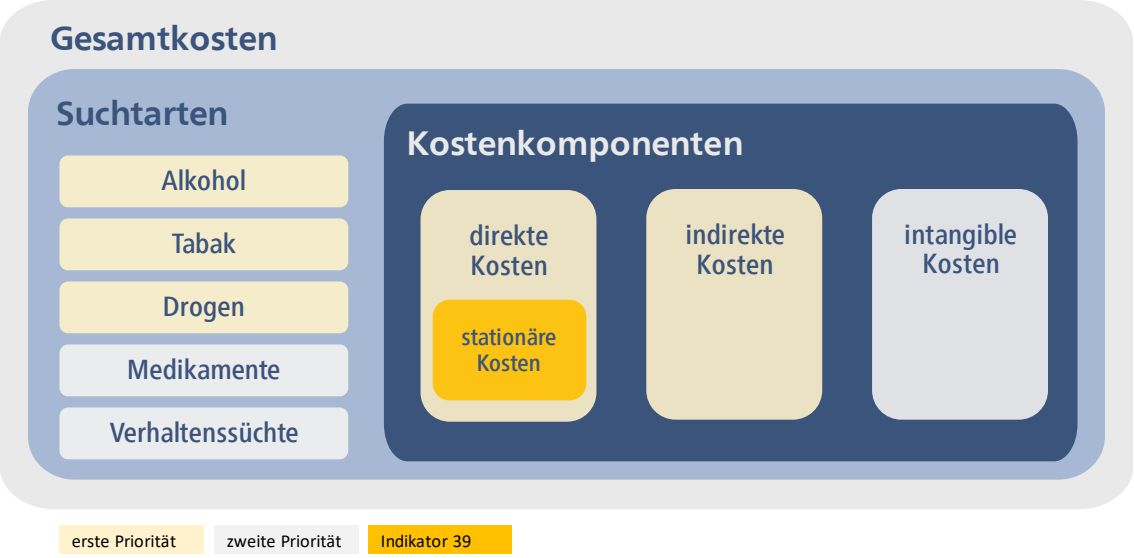
Die Vorstudie hat gezeigt, dass bei diesen Suchtarten sowohl die Definition und Abgrenzung der Sucht als auch die Datenlage zu deren Kosten häufig ungenügend sind. Eine vollständige Erhebung der volkswirtschaftlichen Kosten ist deshalb hier nicht möglich. Teilweise lassen sich aber Kostenkomponenten erheben, die eindeutig auf diese Suchtarten zurückzuführen sind.

Der Indikator 37 beinhaltet die gesamten volkswirtschaftlichen Kosten von Suchtverhalten und damit neben den direkten und indirekten Kosten auch die intangiblen Kosten. Der Fokus dieser Studie liegt dennoch auf den direkten und indirekten Kosten. Die Vorstudie hat gezeigt, dass die Messung der *intangiblen Kosten* sehr aufwändig ist und gesellschaftliche Kosten häufig schwer von privaten Kosten abzugrenzen sind. Die intangiblen Kosten werden deshalb für die vorliegende Studie nicht erhoben. Wir zeigen aber anhand von DALY die suchtbedingte Krankheitslast auf.

Der Indikator 39 dient zum Vergleich mit anderen europäischen Staaten und enthält nur die stationären Kosten. Diese stellen ein Teil der direkten Kosten von Sucht dar.

Abbildung 1 zeigt einen Überblick über die Suchtarten und Kostenkomponenten, welche mit erster und zweiter Priorität in der vorliegenden Studie ermittelt werden.

Abbildung 1 Übersicht über die zu erhebenden Kostenarten



Das Hauptziel der vorliegenden Studie ist es, die volkswirtschaftlichen Kosten von Alkohol-, Tabak- und Drogensucht für die Schweiz zu ermitteln (Indikator 37 des Indikatorensets der Nationalen Strategie Sucht). Dabei stehen vor allem die direkten Kosten in Form von Geldausgaben sowie die indirekten Kosten in Form von verlorener Produktivität im Zentrum. Separat ausgewiesen werden die Kosten der Behandlung von Suchterkrankungen und deren Folgeerkrankungen in stationären Einrichtungen (Indikator 39). Intangible Kosten in Form von Schmerz, Leid und reduzierter Lebensqualität werden nicht erhoben, sondern in Form von DALY ausgewiesen. Als Nebenziel der Studie werden auch weitere Suchtarten wie Medikamentensucht und Verhaltenssüchte (z. B. Onlinesucht, Spielsucht etc.) einbezogen. Eine vollständige Erhebung der Kosten ist in diesem Bereich aufgrund der unklaren Definitionen, Abgrenzungen und der teilweise unzureichenden Datenlage jedoch nicht realisierbar.

Quelle: Polynomics.

Die folgenden Kapitel 2 und 3 basieren auf der Vorstudie und erläutern die konzeptionellen Festlegungen sowie die Methodik zur Berechnung der suchtbedingten Kosten. In Kapitel 4 weisen wir die Resultate aus, die wir anschliessend in Kapitel 5 einer Sensitivitätsanalyse unterziehen. Der Bericht schliesst mit den Schlussfolgerungen in Kapitel 6 und den detaillierten Ergebnissen im Anhang.

2 Methodik

Eine ausführliche Beschreibung der zugrunde gelegten Methodik zur Berechnung der volkswirtschaftlichen Kosten von Sucht findet sich in der Vorstudie zu diesem Bericht (Fischer et al., 2017). Nachfolgend fassen wir lediglich die wichtigsten Punkte zusammen. In einem ersten Schritt beschreiben wir den Analyserahmen, der sich an den Krankheitskostenstudien orientiert (Abschnitt 2.1), bevor wir die einzelnen Kostenkomponenten (Abschnitt 2.2) und die dazugehörigen Messmethoden näher erläutern (Abschnitt 2.3).

2.1 Analyserahmen

Cost-of-Illness-Methode

Wir ermitteln die gesellschaftlichen Kosten von Sucht mit dem Analyserahmen der Krankheitskostenstudien (Cost-of-Illness-Methode). Wir unterscheiden zwischen direkten, indirekten und intangiblen Kosten:

- *Direkte Kosten* spiegeln den volkswirtschaftlichen Ressourcenverbrauch wider, der entsteht, wenn Krankheiten behandelt und krankheitsbedingte Einschränkungen reduziert werden (Beispiele: Medikamente, Krankenhausaufenthalte, ambulante ärztliche Leistungen).
- *Indirekte Kosten* enthalten volkswirtschaftliche Produktivitätsverluste, die durch Morbidität oder Mortalität zustande kommen (z. B. Produktionsausfall aufgrund krankheitsbedingter Fehlzeiten). Es handelt sich bei den indirekten Kosten um den Wert entgangener Arbeitszeit, die der Gesellschaft infolge von Krankheit, Invalidität und vorzeitigem Tod entstehen.
- *Intangible Kosten* sind Nutzenverluste, die durch eine Krankheit bei den Betroffenen und in ihrem Umfeld entstehen, jedoch keine direkten Auswirkungen auf den Ressourcenverbrauch in der Volkswirtschaft haben (z. B. physische und psychische Beeinträchtigungen wie Leid und Schmerz).

Eigenheiten der Kostenanalyse von Sucht

Um die gesellschaftlichen Kosten von Sucht zu erfassen, müssen die Besonderheiten von Suchterkrankungen berücksichtigt werden. Der wichtigste Unterschied zu «herkömmlichen» Krankheiten besteht darin, dass Suchterkrankungen aufgrund von «freiwilligem» Konsumverhalten auftreten. Mit dem Konsum der Suchtmittel ist auch ein Nutzen verbunden, so dass bei einem rational konsumierenden Individuum die privaten Kosten in die Konsumentscheidung bereits einbezogen sind. Rationale Individuen[4] werden sich nur dann für einen Suchtmittelkonsum entscheiden, wenn ihr erwarteter Nutzen grösser ist als die erwarteten Kosten.

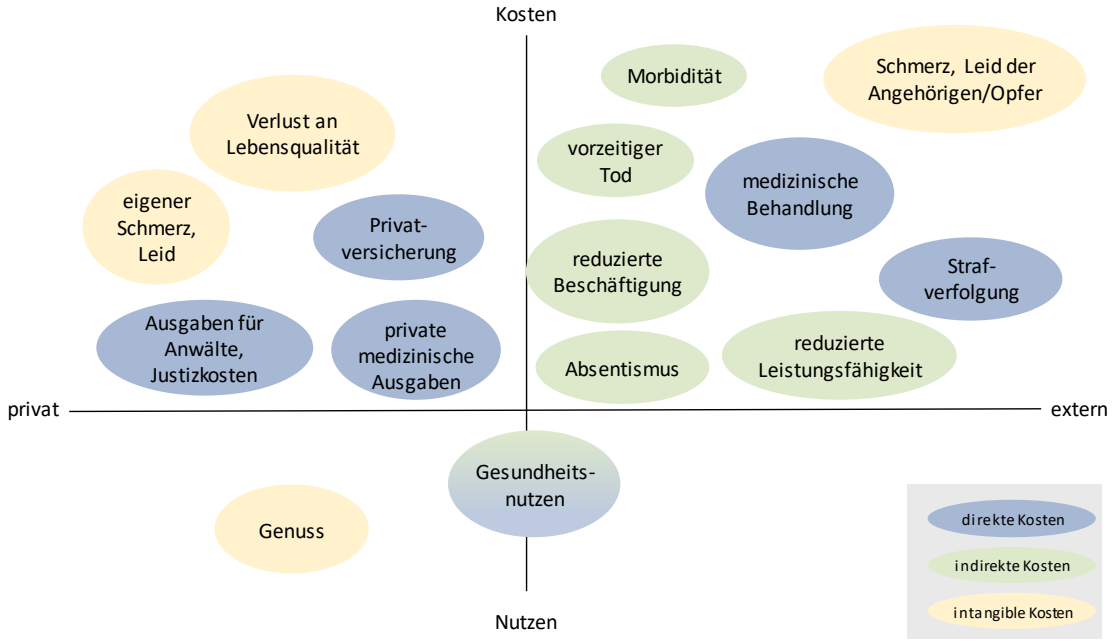
Daher wird für jede Kostenkomponente untersucht, ob sie eine Externalität darstellt, die von Dritten und damit der Gesellschaft getragen wird. Nur wenn dies der Fall ist, wird sie in die Kostenbetrachtung mit einbezogen. Wichtig ist es dabei, nur Externalitäten zu berücksichtigen, die die Ressourcen einer Gesellschaft direkt oder indirekt vermindern. Reine Transferzahlungen wie zum

[4] Die Frage, inwiefern der Konsums von Suchtmitteln als rational angesehen werden kann, wird in der Literatur ausführlich diskutiert. Auch wenn süchtige Personen im Nachhinein häufig ihre Entscheide bereuen und mit ihrer Situation unzufrieden sind, bedeutet das nicht, dass sie sich irrational verhalten. Insgesamt wird in der Literatur in Bezug auf Suchtmittelkonsum von einem rationalen Verhalten ausgegangen (Becker & Murphy, Kevin, 1988; Gruber & Köszegi, 2001; Suranovic et al., 1999; Walker & Barnett, 1999).

Beispiel frühzeitig anfallende Arbeitslosigkeits-, Renten- und Pensionszahlungen sind nicht zu berücksichtigen.

Bei der Berechnung der Kosten von Sucht sind zwei weitere Aspekte zu beachten. Zum einen fallen vielfältige weitere Kosten im Vergleich zu normalen Krankheiten an. So kann Suchtmittelkonsum Ursache für Unfälle oder Gewalt- und andere Straftaten sein. Auch ist der Konsum gewisser Substanzen (z. B. Alkohol oder Tabak) Ursache nicht nur für eine, sondern für eine Vielzahl von Krankheiten. Im Zusammenhang damit steht der zweite Aspekt. Zwar ist der Suchtmittelkonsum gegebenenfalls ein Risikofaktor für mehrere Krankheiten, aber eben nicht der alleinige Faktor. Daher muss die Kausalität des Risikofaktors zum einen wissenschaftlich belegt sein, und zum anderen muss bestimmt werden, für welchen Anteil der anfallenden Kosten die Sucht jeweils verantwortlich ist.

Abbildung 2 Private und externe Kosten und Nutzen von Suchtmittelkonsum



Die Abbildung zeigt die privaten und externen Kosten und Nutzen des Suchtmittelkonsums. Zusätzlich wird ausgewiesen, ob es sich um direkte, indirekte oder intangible Kosten handelt. Als externe Kosten werden diejenigen Kosten bezeichnet, welche nicht beim Konsumenten selbst, sondern bei der übrigen Gesellschaft anfallen. Zur Berechnung der Kosten des Suchtmittelkonsums werden normalerweise nur die externen Kosten verwendet, da angenommen wird, dass die privaten Kosten durch den privaten Nutzen (über)kompensiert werden.

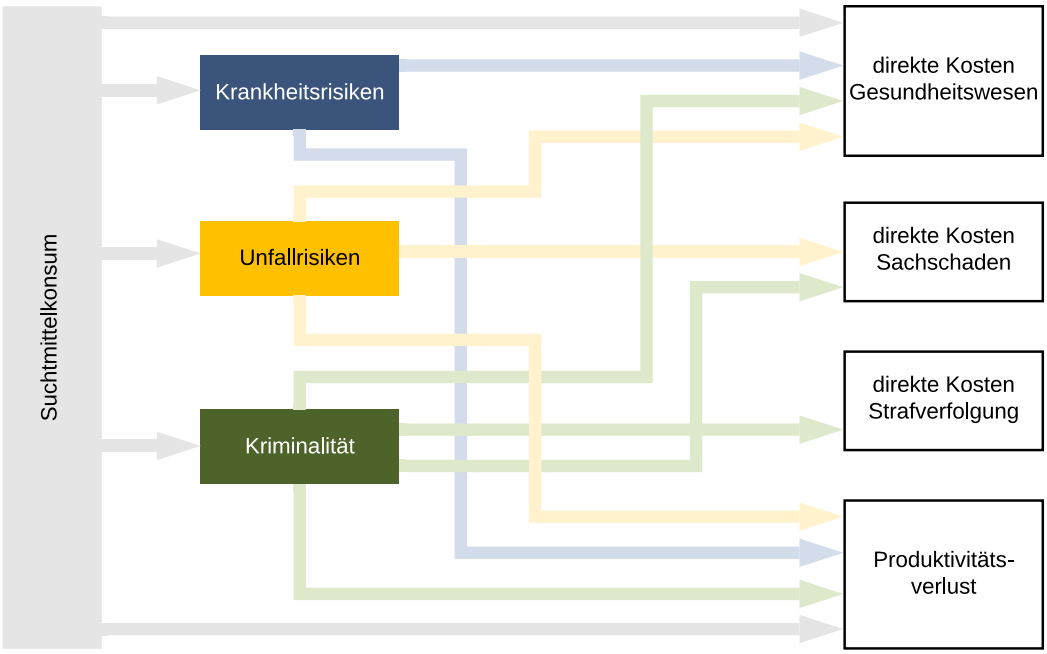
Quelle: In Anlehnung an Cabinet Office (2003).

2.2 Kostenkomponenten

Um die Kostenkomponenten der einzelnen Suchtformen zu bestimmen, müssen in einem ersten Schritt die Kostenursachen ermittelt werden. Grundsätzlich können diese in vier Hauptkategorien unterteilt werden: direkte Folgen der Sucht (Suchtmittelkonsum), Krankheit, Unfall sowie Kriminalität (siehe Abbildung 3). Unmittelbare Kosten entstehen demnach direkt aus dem Suchtmittelkonsum (z. B. ein betrunkener Arbeiter, der deshalb nicht vollständig produktiv ist). Alle mittel-

baren Kosten sind solche, welche zwar aufgrund der Sucht anfallen, aber erst als Folge des Suchtmittelkonsums entstehen (z. B. der Produktionsverlust wegen eines im betrunkenen Zustand verursachten Unfalls).

Abbildung 3 Ursachen und ihre Kostenwirkung



Die meisten Kostenfolgen entstehen nicht durch den Konsum oder das Verhalten selbst, sondern aufgrund von Krankheiten, Unfällen oder Kriminalität, die durch den Konsum oder das Suchtverhalten ausgelöst werden. Bei Krankheiten oder Verletzungen fallen neben den direkten Kosten für die medizinische Behandlung auch indirekte Kosten in Form von Produktivitätsverlusten an. Bei Unfällen und Kriminalität können zusätzlich noch Sachschäden sowie die Kosten für die Strafverfolgung entstehen. Kostenfolgen unmittelbar aus dem Konsum/Suchtverhalten sowie aufgrund von Krankheiten fallen bei allen Suchtformen an. Demgegenüber sind suchtbedingte Kosten durch Unfälle oder Kriminalität vorwiegend bei Substanzmittelkonsum zu erwarten und weniger bei einer Verhaltenssucht.

Quelle: Eigene Darstellung, Polynomics.

Als unmittelbare Folgen der Sucht fallen einerseits Behandlungskosten für die Sucht an und andererseits indirekte Kosten in Form von Produktivitätsverlusten. Diese entstehen aufgrund von Fehlzeiten bei der Arbeit (Absentismus) oder eingeschränkter Leistungsfähigkeit während der Arbeit (Präsentismus). Bei den mittelbaren Folgen der Sucht fallen die Krankheiten am stärksten ins Gewicht. Der Konsum von Alkohol, Tabak, Drogen oder Medikamenten ist ein Risikofaktor für verschiedene Krankheiten. Es entstehen sowohl direkte Kosten für die Behandlung dieser Krankheiten wie auch indirekte Kosten in Form von krankheitsbedingten Abwesenheiten oder Produktivitätsverlusten in Folge frühzeitigen Todes. Zusätzlich können Kosten aufgrund von informeller Pflege anfallen; bei der dafür aufgewendeten Zeit von Drittpersonen handelt es sich um Produktivitätsverluste, da der Gesellschaft dadurch Ressourcen entzogen werden.

Eine weitere mittelbare Folge von Suchtmittelkonsum (Alkohol, Drogen, Medikamente) sind Unfälle im Strassenverkehr, bei der Arbeit oder in der Freizeit aufgrund eines suchtmittelinduzierten

veränderten Verhaltens. Analog zu den Krankheiten entstehen durch unfallbedingte Verletzungen Kosten im Gesundheitswesen sowie Produktivitätsverluste. Diese fallen jedoch nicht nur bei den Konsumenten selbst an, sondern können auch Aussenstehende treffen. Sofern sich der Unfallverursacher nicht ermitteln lässt, entstehen Dritten zudem Kosten durch Sachschäden. Schliesslich können Unfälle, die auf einer Straftat basieren wie beispielsweise Autofahren unter Alkohol- oder Drogeneinfluss, zusätzlich Kosten für die Strafverfolgung generieren.

Bei Kriminalität kann grundsätzlich zwischen Gewalt und strafbaren Handlungen im Rauschzustand (Alkohol, Drogen, Medikamente) sowie Beschaffungskriminalität unterschieden werden. In beiden Fällen können Kosten im Gesundheitswesen, Produktivitätsverluste sowie Sachschäden resultieren. Zudem entstehen direkte Kosten in Form von Ausgaben für die Strafverfolgung und Justiz. Da für illegale Substanzen (Drogen, Medikamente) auch der Verkauf strafbar ist, entstehen durch deren Vertrieb weitere Kosten für die Strafverfolgung und die Justiz.

Unter den intangiblen Kosten werden Schmerz, Leid und allgemein der Verlust an Lebensqualität erfasst, welche durch Suchtkonsum verursacht werden. Dabei handelt es sich jedoch grösstenteils um private Kosten.

2.3 Methoden zur Kostenerfassung

In diesem Abschnitt werden die gewählten Methoden zur Erfassung der Kosten beschrieben. Die konkrete Vorgehensweise und die verwendeten Daten bei der Berechnung der einzelnen Kostenkomponenten werden in Kapitel 3 dargelegt.

Tabelle 3 Übersicht über die Methoden zur Kostenerfassung

Themen	Vorgehen
Vergleichspunkt der Analyse	▪ Szenario ohne Konsum ▪ Nettokostenbetrachtung
Betrachtungszeitraum	▪ prävalenzbasiert (Kosten aller Süchtigen im Jahr 2017)
Diskontrate	▪ 2 Prozent (0 und 5 Prozent als Sensitivitätsanalyse)
Friktionsperiode	▪ 4 Monate (6 und 12 Monate als Sensitivitätsanalyse)
Suchtbedingter Anteil	▪ bottom up mittels Prävalenzdaten und relativem Risiko nach Konsum ▪ top down als Anteil der Gesamtkosten
Messung indirekte Kosten	▪ Humankapital- und Friktionskostenansatz ▪ Ersetzungskostenansatz für unbezahlte Arbeit
Intangible Kosten	▪ DALY

Als Vergleichspunkt der Analyse verwenden wir ein Szenario ohne Suchtmittelkonsum, wobei sowohl ein eventueller Nutzen wie auch die Kosten von Suchtmittelkonsum berücksichtigt werden. Der Beobachtungszeitraum ist das Jahr 2017. Die suchtbedingten Anteile werden, wenn möglich, bottom up berechnet. Zur Messung der indirekten Kosten verwenden wir sowohl den Humankapital- wie auch den Friktionskostenansatz, wobei für unbezahlte Arbeit der Ersetzungskostenansatz zur Anwendung kommt. Bei Verwendung des Humankapitalansatzes diskontieren wir zukünftig anfallende Kosten und Nutzen im Basisszenario mit einem Diskontfaktor von 2%, beim Friktionskostenansatz berücksichtigen wir eine Periode von 4 Monaten.

Quelle: Polynomics.

Konzeptionelle Festlegung

Bei Durchführung einer Kostenstudie muss immer festgelegt werden mit welcher alternativen Situation der Ist-Zustand verglichen werden soll. Wir berücksichtigen in dieser Studie alle Kosten des Suchtmittelkonsums, das heisst als Alternativsituation wird eine Situation ohne Konsum der potenziell suchtbildenden Substanzen und Güter unterstellt. Berücksichtigt werden dabei auch allfällige Nutzen aus dem Konsum, somit werden die Nettokosten ausgewiesen.

Die Kostenstudie ist prävalenzbasiert, es werden alle im Jahr 2017 entstandenen Kosten erhoben. Damit messen wir die Kosten, die der Gesellschaft aus dem Konsum der suchtbildenden Güter in der Vergangenheit im Stichjahr entstehen. Bei der Messung der indirekten Kosten (vgl. den folgenden Absatz) werden dabei teilweise auch zukünftige Kosten miteinbezogen. Diese Kosten sind zu diskontieren, um den Gegenwartswert (Net Present Value) zu erhalten. Wir verwenden beim Humankapitalansatz als Basisszenario eine Diskontrate von 2 Prozent, berechnen in der Sensitivitätsanalyse aber auch die Kosten mit einer Diskontrate von 0 und 5 Prozent.

Bestimmung der suchtbedingt zuordenbaren Anteile

Der Suchtmittelkonsum ist zwar ein Risikofaktor für Krankheiten, Unfälle und Kriminalität, aber selten der alleinige bestimmende Faktor. Notwendig ist daher die Identifikation des Kostenanteils, der dem Risikofaktor Sucht zugeschrieben werden kann. Diese sogenannte ätiologische Fraktion (AF), oft auch bedingter Anteil (attributable fraction) oder population attributable fraction (PAF) genannt, wird aus zwei Komponenten berechnet: der Häufigkeit von Suchtmittelkonsum in der Bevölkerung und dem relativen Risiko von Erkrankungen, Unfällen etc., das sich zwischen Konsumierenden/Süchtigen und Abstinenten unterscheidet. Entsprechend bestimmen wir den suchtbedingten Kostenanteil wo immer möglich bottom up auf Basis von Prävalenzdaten und relativem Risiko nach Konsum. Für einzelne Kostenarten ohne genauere Daten muss der Anteil aber top down als Anteil der Gesamtkosten ermittelt werden (vgl. Abschnitt 3).

Messung direkter und indirekter Kosten

Bei den direkten Kosten handelt es sich um finanzielle Ausgaben, die durch den suchtbedingten Ressourcenverbrauch anfallen. Sie berechnen sich dementsprechend durch Multiplikation der verbrauchten Menge mit dem dazugehörigen Preis (Bottom-up-Berechnung). Für einzelne Kostenarten ohne genauere Daten muss der Anteil top down als Anteil der Gesamtkosten ermittelt werden.

Bei den indirekten Kosten handelt es sich grösstenteils um krankheits- beziehungsweise suchtbedingte Produktivitätsverluste von bezahlter Arbeit, wobei den verschiedenen Messkonzepten unterschiedliche Annahmen über das Funktionieren des Arbeitsmarktes zugrunde liegen. Der Humankapitalansatz (HKA) betrachtet jede durch Krankheit beziehungsweise Sucht nicht gearbeitet Stunde bis zu einer allfälligen Pensionierung als Produktivitätsverlust. Dahinter steht die Annahme von Vollbeschäftigung am Arbeitsmarkt. Eine Person, welche krankheits- beziehungsweise suchtbedingt ausfällt, kann am Arbeitsmarkt nicht ersetzt werden. Demgegenüber geht der Friktionskostenansatz (FKA) davon aus, dass die erkrankte Person nach einer gewissen Zeit durch einen neuen (bisher arbeitslosen) Arbeitnehmer ersetzt werden kann. Lediglich die nicht gearbeiteten Stunden während dieser Friktionsperiode werden berücksichtigt. Krankheit bei Nichterwerbstätigen wie Pensionierten oder arbeitsunfähigen Personen haben bei beiden Ansätzen keine Produktivitätsverluste zur Folge.

Ebenso wird, um die indirekten Kosten in monetären Werten zu erhalten, in beiden Fällen die Anzahl verlorener Arbeitsstunden mit einem Stundenlohn multipliziert. Der HKA führ tendenziell zu einer Überschätzung, der FKA zu einer Unterschätzung der tatsächlichen indirekten Kosten. Wir berechnen die indirekten Kosten daher mit beiden Ansätzen, um eine Ober- und Untergrenze für die tatsächlichen Kosten zu erhalten. Beim FKA verwenden wir als Basisszenario eine Friktionsperiode von vier Monaten. Aufgrund fehlender Daten für die Schweiz stützen wir uns auf Werte aus der internationalen Literatur (vgl. Kigozi et al., 2016; Zorginstituut Nederland, 2016). In der Sensitivitätsanalyse untersuchen wir die Kostenwirkung bei einer Erhöhung der Friktionsperiode auf sechs beziehungsweise 12 Monate.

Produktivitätsverluste von unbezahlter Arbeit treten demgegenüber auch bei Krankheit von Nichterwerbstätigen oder Pensionierten auf. Zudem können diese nicht nur bei den direkt Betroffenen, sondern auch Drittpersonen, welche einen suchtbedingt Kranken unentgeltlich pflegen, anfallen. Für die Bewertung der Produktivitätsverluste von unbezahlter Arbeit verwenden wir den in den WHO-Richtlinien empfohlenen Ersetzungskostenansatz. Dabei wird die für unbezahlte Arbeit aufgewendete Zeit mit dem Marktlohn für diese Arbeit verrechnet.

Messung intangibler Kosten

Die Messung der intangiblen Kosten ist deutlich schwieriger, da keine Ressourcenwirkungen damit verbunden sind, die bewertet werden könnten. Vielmehr handelt es sich bei dieser Kostenart um einen reinen Nutzenverlust. Zudem werden die Kosten mehrheitlich von den Suchtmittelkonsumenten selber getragen. Eine ausführliche Diskussion der intangiblen Kosten und den möglichen Berechnungsarten findet sich in der Vorstudie zu diesem Bericht (Fischer et al., 2017). Für die vorliegende Studie nehmen wir keine Berechnung der intangiblen Kosten vor. Wir weisen jedoch die suchtbedingte Krankheitslast in Form von DALY aus. Beim DALY (Disability Adjusted Life Year) handelt es sich um eine Kennzahl, welche sowohl die Mortalität als auch die Morbidität berücksichtigt. Zum einen werden die durch den frühzeitigen Tod verlorenen Lebensjahre berechnet (YLL – Years of Life Lost). Zum andern wird die durch die Krankheit eingeschränkte Lebensqualität erfasst (YLD – Years Lost due to Disability). Dabei wird der Schweregrad der Erkrankung (Wert zwischen 0 und 1) mit der Anzahl Personen multipliziert, die an der Krankheit leiden (Prävalenz).

$$DALY = YLL + YLD$$

$$YLL = Anzahl\ Tote * Lebenserwartung\ beim\ Todesalter$$

$$YLD = Prävalenz * Schweregrad\ der\ Erkrankung$$

3 Berechnung der einzelnen Kostenkomponenten

3.1 Suchtbedingte Anteile

In diesem Abschnitt werden die suchtbedingten Anteile für Krankheiten und Verletzungen behandelt. Die suchtbedingten Anteile für Kriminalität werden im Kapitel 3.2.2 aufgeführt, diejenigen für die direkten Produktivitätsverluste in Kapitel 3.3.3.

Alkohol

Neben den vollständig alkoholbedingten Krankheiten gibt es eine Vielzahl an Erkrankungen oder Verletzungen, für die Alkohol lediglich ein Risikofaktor ist. Der alkoholbedingte Anteil für diese Krankheiten (Morbidität und Mortalität) berechnen wir mit dem Tool von InterMAHP (The International Model of Alcohol Harms and Policies) vom Canadian Institute for Substance Use Research an der University of Victoria. Das Online-Tool ist frei zugänglich und dafür gedacht, die Berechnung der alkoholbedingten Anteile weltweit zu standardisieren. Dies erleichtert einen internationalen Vergleich der Resultate.[5]

Die berücksichtigten Krankheiten und der entsprechende ICD-10-Code sind in Tabelle 4 abgebildet. Die Auswahl der Krankheiten basiert auf der Publikation von Sherk et al. (2017), welche eine ausführliche Beschreibung zur Verwendung des Modells enthält. Die Hauptdiagnosen werden in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MedStat) mit dem ICD-10-GM (German Modification) codiert. Dieser ist bei Unfällen und Verletzungen etwas weniger detailliert als der ICD-10-WHO. Somit verwenden wir für Morbidität gegenüber Sherk et al. (2017) teilweise angepasste ICD-10-Codes. In der Todesursachenstatistik des BFS wird hingegen der ICD-10-WHO verwendet, weshalb dort keine Anpassungen notwendig sind. Beim Speiseröhrenkrebs bezieht sich der alkoholbedingte Anteil auf das Plattenepithelkarzinom. Da der ICD-10-Code aber keine genauere Abstufung zulässt, muss der Anteil anderweitig abgeschätzt werden. Wir verwenden dazu eine Studie mit Schweizer Daten, welche für die Jahre 2007 bis 2011 einen Anteil von gut 60 Prozent ermittelt (Feller et al., 2015).

Für die relativen Risiken verwenden wir die Standardwerte aus dem InterMAHP-Modell. Bei den ischämischen Herzkrankheiten gibt es bei den Männern zwei verschiedene Varianten, welche auf zwei unterschiedlichen Studien basieren (Sherk et al., 2017). Die Werte unterscheiden sich teilweise erheblich. Wir haben die Variante gewählt, welche bei mässigem Alkoholkonsum von einer positiven Wirkung des Alkoholkonsums ausgeht.[6] Dies ist analog zur Alkoholstudie von Fischer et al. (2014) und zur Berechnung der alkoholbedingten Todesfälle in der Schweiz von Sucht

[5] https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/projects/intermahp/index.php, zuletzt abgerufen am 01.05.2020. Die bessere internationale Vergleichbarkeit erkauft man sich teilweise mit etwas weniger Präzision. Die Prävalenz in Abhängigkeit der Menge des Alkoholkonsums wird mit einer Gamma-Verteilung modelliert, welche für die meisten Ländern auch mit wenig verfügbaren Daten die empirische Verteilung sehr gut annähert. Für einzelne Krankheiten können die so berechneten suchtbedingten Anteile jedoch deutlich abweichen (vgl. dazu Kehoe et al., 2012). Eine differenzierte empirische Ermittlung der suchtbedingten Anteile ist jedoch äusserst aufwendig, weil detaillierte Daten über den Alkoholkonsum notwendig sind, die so nicht vorliegen und selbst erhoben werden müssten. Durch die Berücksichtigung von groben Konsumkategorien und regionalen Unterschieden im InterMAHP-Tool werden die wichtigsten Ungenauigkeiten reduziert. Die Vorteile dieses Tools dürften die Nachteile dementsprechend überwiegen.

[6] Wie in Abschnitt 2.3 beschrieben, betrachten wir die Kosten des gesamten Alkoholkonsum, deshalb wird auch mässiger Konsum berücksichtigt.

Schweiz (Marmet et al., 2013). Allerdings ergeben die aus dem Modell ermittelten alkoholbedingten Anteile für die Morbidität einen höheren positiven Nutzen als in den vorherigen Studien. Zur Sensitivitätsanalyse verwenden wir deshalb auch die andere Variante, bei der kein positiver Effekt des Alkoholkonsums auf die ischämischen Herzkrankheiten festgestellt wird. Dies gilt allerdings nur für die Männer. Bei den Frauen ist nur eine Variante verfügbar, welche von einer positiven Wirkung des mässigen Alkoholkonsums ausgeht.

Bei den Einstellungen des Tools haben wir als Obergrenze des Konsums 300g Alkohol gewählt. Dies entspricht dem Maximalwert aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) 2017. Als Extrapolationsmethode (linear/capped) haben wir mit «capped» die eher konservative Methode gewählt. Die Definitionen des Rauschtrinkens haben wir analog zur SGB verwendet mit jeweils 4 und 5 Standardgläsern à 10g Alkohol für Frauen und Männer. Die Prävalenz der Konsumierenden sowie den Pro-Kopf-Konsum ermitteln wir ebenfalls anhand der SGB 2017 (siehe Tabelle 29 im Anhang).

Die berechneten alkoholbedingten Anteile nach Alter und Geschlecht für Morbidität und Mortalität sind im Anhang in Tabelle 32 und Tabelle 33 ausgewiesen.

Tabelle 4 Berücksichtigte alkoholbedingte Krankheiten

	Krankheiten nach Krankheitsgruppen	ICD-10-Code Morbidität	ICD-10-Code Mortalität
	Übertragbare Krankheiten		
1	Tuberkulose	A15-A19	A15-A19
2	HIV/AIDS	B20-B24, Z21	B20-B24
3	Infektionen der unteren Atemwege	J09–J22	J09–J22
	Krebs		
4	Mundhöhlen- und Rachenkrebs	C00-C05, C08-C10, C12-C14, D00.0	C00-C05, C08-C10, C12-C14, D00.0
5	Speiseröhrenkrebs (nur Plattenepithelkarzinom)	C15, D00.1	C15, D00.1
6	Darmkrebs	C18-C21, D01.0-D01.4	C18-C21, D01.0-D01.4
7	Leberkrebs	C22, D01.5	C22, D01.5
8	Bauchspeicheldrüsenkrebs	C25, D01.7	C25, D01.7
9	Kehlkopfkrebs	C32, D02.0	C32, D02.0
10	Brustkrebs	C50, D05	C50, D05
	Diabetes		
11	Diabetes mellitus, Typ 2	E11, E13, E14	E11, E13, E14
	Neuropsychiatrische Erkrankungen		
12	Alkoholinduziertes Pseudo-Cushing-Syndrom	E24.4	E24.4
13	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	F10.0, F10.3-F10.9	F10.0, F10.3-F10.9
14	Alkoholmissbrauch	F10.1	F10.1
15	Alkoholentzugssyndrom	F10.2	F10.2
16	Degeneration des Nervensystems durch Alkohol	G31.2	G31.2
17	Epilepsie	G40 -G41	G40 -G41
18	Alkohol-Polyneuropathie	G62.1	G62.1

	Krankheiten nach Krankheitsgruppen	ICD-10-Code Morbidität	ICD-10-Code Mortalität
19	Alkoholmyopathie	G72.1	G72.1
	Herz-Kreislauf-Erkrankungen		
20	Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	I11-I15	I11-I15
21	Ischämische Herzkrankheiten	I20-I25	I20-I25
22	Alkoholische Kardiomyopathie	I42.6	I42.6
23	Herzrhythmusstörung	I47-I49	I47-I49
24	Hämorrhagischer Schlaganfall	I60-I62, I69.0, I69.1, I69.2	I60-I62, I69.0, I69.1, I69.2
25	Ischämischer Schlaganfall	I63-I67, I69.3-I69.4	I63-I67, I69.3-I69.4
26	Ösophagusvarizen	I85	I85
	Verdauungsstörungen		
27	Alkoholgastritis	K29.2	K29.2
28	Leberzirrhose	K70, K74	K70, K74
29	Akute Pankreatitis	K85.0- K85.1, K85.8-K85.9	K85.0- K85.1, K85.8-K85.9
30	Chronische Pankreatitis	K86.1-K86.9	K86.1-K86.9
31	Alkoholinduzierte Pankreatitis	K85.2, K86.0	K85.2, K86.0
	Unfälle/Verletzungen		
32	Transportmittelunfall	Zusatzdiagnose V99!	V, Y850
33	Akzidentelle Vergiftung durch und Exposition gegenüber schädliche(n) Substanzen (exkl. Alkohol)	T36-T50, T52-T65, T96-T97 mit Zusatzdiagnose X49	X40, X43, X44, X46-X49, Y10, Y13, Y14, Y16-Y19
34	Toxische Wirkung von Alkohol	T51	X45, Y15
35	Andere Unfallverletzungen	Zusatzdiagnose W49, W59, W64, X19, X29, X59	W, X0-X2, X30-X33, X2, Y3, Y85.9, Y86, Y87,2, Y89.9
36	Vorsätzliche Selbstbeschädigung	T36-T50, T52-T65, T96-T97 mit Zusatzdiagnose X84	X60, X63, X64, X66-X69
37	Vorsätzliche Selbstvergiftung durch Exposition gegenüber Alkohol	T51 mit Zusatzdiagnose X84	X65
38	Andere vorsätzliche Selbstbeschädigung	Zusatzdiagnose X84	X7, X80-X84
39	Tätlicher Angriff	Zusatzdiagnose Y09	X85-X89, X9, Y0, Y87.1
40	Andere vorsätzliche Verletzungen	Zusatzdiagnose Y35	Y35, Y89.0

Quelle: Sherk et al. (2017), Tabelle 1; Anpassungen für Morbidität gem. ICD-10-GM.

Tabak

Wenngleich nur wenige Erkrankungen vollständig dem Tabakkonsum zugeschrieben werden können, stellt er einen (teilweise grossen) Risikofaktor für viele verschiedene Krankheiten dar. Die volkswirtschaftlichen Kosten des Tabakkonsums wurden für die Schweiz erst kürzlich in der Studie von Mattli et al. (2019) ermittelt. Wir verwenden deshalb die dort berücksichtigten Folgeerkrankungen und ausgewiesenen tabakbedingten Anteile. Die Liste der Krankheiten haben wir um die ausschliesslich tabakbedingten Krankheiten erweitert (vgl. Tabelle 5).

Die verwendeten tabakbedingten Anteile nach Alter und Geschlecht für Morbidität und Mortalität sind im Anhang in Tabelle 34 ausgewiesen.

Tabelle 5 Berücksichtigte tabakbedingte Krankheiten

	Krankheiten nach Krankheitsgruppen	ICD-10-Code Morbidität/ Mortalität
	Krebs	
1	Lippen-, Mundhöhlen- oder Rachenkrebs	C00-C14
2	Speiseröhrenkrebs	C15
3	Magenkrebs	C16
4	Kolorektalkarzinom	C18-C20
5	Leberkrebs	C22
6	Bauchspeicheldrüsenkrebs	C25
7	Kehlkopfkrebs	C32
8	Lungenkrebs	C33-C34
9	Harnblasenkrebs	C67
10	Nieren- und Nierenbeckenkrebs	C64-C66
11	Gebärmutterhalskrebs	C53
12	Akute myeloische Leukämie	C92.0
	Diabetes	
13	Diabetes	E10-E14
	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	
14	Ischämische Herzkrankheit	I20-I25
15	Weitere Formen der Herzerkrankungen	I00-I09, I26-I51
16	Zerebrovaskuläre Erkrankungen	I60-I69
17	Atherosklerose	I70
18	Aortenaneurisma und -dissektion	I71
19	Weitere arterielle Erkrankungen	I72-I78
	Übertragbare Krankheiten	
20	Lungenentzündung, Grippe, Tuberkulose	J10-J18, A16-A19
21	Schädigung des Fetus und Neugeborenen durch Tabakkonsum der Mutter	P042
	COPD	
22	COPD	J40-J44
	Neuropsychiatrische Erkrankungen	
23	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	F17
	Übrige Krankheiten	
24	Toxische Wirkung von Tabak und Nikotin	T652

Quelle: Mattli et al. (2019), Tabelle 2; Ergänzung um 100% tabakbedingte Krankheiten.

Drogen

Im Gegensatz zu Alkohol und Tabak, ist bei Drogen die Mehrheit der berücksichtigen Erkrankungen vollständig durch den Drogenkonsum bedingt. Dabei handelt es sich hauptsächlich um psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch Drogenkonsum, wobei diese nach Droge unterschieden werden. Im Unterschied zum Obsan (2020) berücksichtigen wir auch «Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedative oder Hypnotika», welche eigentlich auf eine Medikamentensucht zurückgehen. Eine klare Abgrenzung zwischen Drogen- und Medikamentensucht ist in der Praxis jedoch oftmals nur schwer möglich.

Neben den psychischen Störungen und den Verhaltensstörungen werden in der Literatur häufig auch HIV/AIDS und Hepatitis, teilweise Tuberkulose und vereinzelt auch Endokarditis oder Verkehrsunfälle und Selbstmorde berücksichtigt (Collins & Lapsley, 2008; Fenoglio et al., 1997; Jeanrenaud et al., 2005; Kopp & Ogrodnik, 2016; Lievens et al., 2017; National Drug Intelligence Center, 2011; Rivera et al., 2017). Wir berücksichtigen in der vorliegenden Studie HIV/AIDS und Hepatitis. Bei beiden Krankheiten handelt es sich um meldepflichtige Infektionskrankheiten, weshalb uns Angaben zur Inzidenz vorliegen. Unter der Annahme, dass der Anteil der drogenbedingten Fälle bei der Inzidenz gleich hoch ist wie bei der Prävalenz, können diese Werte für die drogenbedingten Anteile verwendet werden. Bei HIV/AIDS wird der Anteil mit Ansteckungsgrund «intravenöser Drogenkonsum» separat für Männer und Frauen ausgewiesen. Aufgrund der geringen Fallzahl verwenden wir einen Durchschnitt für die Jahre 2015 bis 2017 (Bundesamt für Gesundheit, 2019a, 2018a, 2017, 2016). Bei Hepatitis wird der Anteil mit Ansteckungsgrund «Drogenkonsum mit Spritzen oder Sniffen» ausgewiesen. Der Bericht weist einen Durchschnitt für die Jahre 2015 bis 2017 aus. Eine Unterscheidung zwischen Männer und Frauen ist in der Publikation nicht vorhanden (Bundesamt für Gesundheit, 2019b). Wir verwenden die gleichen Werte für Morbidität und Mortalität.

Die verwendeten drogenbedingten Anteile nach Geschlecht für Morbidität und Mortalität sind im Anhang in Tabelle 35 ausgewiesen.

Tabelle 6 Berücksichtigte drogenbedingte Krankheiten

	Krankheiten nach Krankheitsgruppen	ICD-10-Code Morbidität	ICD-10-Code Mortalität
	Übertragbare Krankheiten		
1	HIV/AIDS	B20-B24	B20-B24
2	Akute Virushepatitis B	B16	B16
3	Chronische Virushepatitis B	B18.0-B18.1	B18.0-B18.1
4	Akute Virushepatitis C	B17.1	B17.1
5	Chronische Virushepatitis C	B18.2	B18.2
	Neuropsychiatrische Erkrankungen		
6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	F11	F11
7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	F12	F12
8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedative oder Hypnotika	F13	F13
9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain	F14	F14
10	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschliesslich Koffein	F15	F15

	Krankheiten nach Krankheitsgruppen	ICD-10-Code Morbidität	ICD-10-Code Mortalität
11	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene	F16	F16
12	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel	F18	F18
13	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	F19	F19
	Unfälle/Verletzungen		
14	Vergiftung durch Betäubungsmittel und Psychodysleptika [Halluzinogene]	T40	X42, X62, Y12
15	Vergiftung durch psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert	T43	X41, X61, Y11
16	Schädigung des Fetus und Neugeborenen durch Einnahme von abhängigkeits-erzeugenden Arzneimitteln oder Drogen durch die Mutter	P044	P044
	Übrige Krankheiten		
17	Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Schädigung des Fetus durch Arzneimittel oder Drogen	O355	O355
18	Rehabilitationsmassnahmen bei Arzneimittel- oder Drogenabhängigkeit	Z503	Z503

Quelle: Bundesamt für Gesundheit (2019a, 2019b, 2018, 2017, 2016), Ergänzung um 100% drogenbedingte Krankheiten.

Weitere Süchte

Bei den Verhaltenssüchten wie Spielsucht, Internetsucht etc. sind die kausalen Zusammenhänge mit Erkrankungen und Unfällen noch weniger gut erforscht und es liegen keine Daten zu den relativen Risiken vor. Wir berücksichtigen somit nur Verhaltenssüchte, für welche ein ICD-10-Code vorliegt (vgl. Tabelle 7); diese weisen definitionsgemäss einen suchtbedingten Anteil von 100 Prozent aus.

Tabelle 7 Berücksichtigte weitere Süchte

	Bezeichnung	ICD-10-Code
1	Gesteigertes sexuelles Verlangen	F52.7
2	Pathologisches Spielen	F630

Quelle: Polynomics.

Multipler Substanzgebrauch

Die berücksichtigten suchtbedingten Anteile sind jeweils nur für eine spezifische Sucht ermittelt. Häufig werden jedoch mehrere Suchtmittel gleichzeitig konsumiert.[7] Dadurch erschwert sich die Zuordenbarkeit des suchtbedingten Anteils. Die Studien, welche die relativen Risiken für einzelne Krankheiten ermitteln, sollten dies zwar berücksichtigen, dennoch kann eine Doppelzählung nicht ausgeschlossen werden. Insbesondere bei Alkohol und Tabak gibt es eine grosse Überschneidung der berücksichtigten suchtbedingten Krankheiten, vor allem bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs, aber auch bei Diabetes, Tuberkulose und Infektionen der unteren Atemwege. Da wir nur wenige drogenbedingte Krankheiten berücksichtigen, ist hier auch die Überschneidung

[7] Z. B. raucht etwa ein Viertel der Personen mit erhöhtem Alkoholkonsum täglich Tabak, vgl. https://www.sucht-monitoring.ch/de/7/1.html?multipler-substanzgebrauch-pravalenz, zuletzt abgerufen am 15.06.2020

mit anderen Süchten gering, nur HIV/AIDS wird sowohl bei Alkohol wie auch bei Drogen berücksichtigt. Mögliche Doppelzählungen werden in der Sensitivitätsanalyse untersucht.

Global-Burden-of-Disease-Studie

Das Projekt Global Burden of Disease (GBD) erfasst und analysiert weltweit Daten von mehr als 350 Krankheiten und Verletzungen. Für dieses werden die Years Lived with Disability (YLD), Years of Life Lost (YLL), Disability-Adjusted Life Years (DALY) und Anzahl Todesfälle (Deaths) berechnet. Die GBD-Studie weist auch die durch Risikofaktoren verursachten Krankheiten, Verletzungen und Todesfälle aus. Bei den Risikofaktoren sind unter anderem Alkoholkonsum (alcohol use), Tabakkonsum (smoking, chewing tobacco, secondhand smoke) und Drogenkonsum (drug use) enthalten. In den Daten ist jeweils der durch den Risikofaktor verursachte Anteil pro Krankheit angegeben (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2018). Wir verwenden diese Anteile für das Jahr 2017 als alternative suchtbedingte Anteile für die Sensitivitätsanalyse. Für die Morbidität verwenden wir die suchtbedingten Anteile an den YLD, für die Mortalität verwenden wir den suchtbedingten Anteil an den Todesfällen. Die Daten der GBD-Studie können von der Seite des Institute of Health Metrics and Evalutation (IHME) heruntergeladen werden.[8]

3.2 Direkte Kosten

3.2.1 Gesundheitswesen

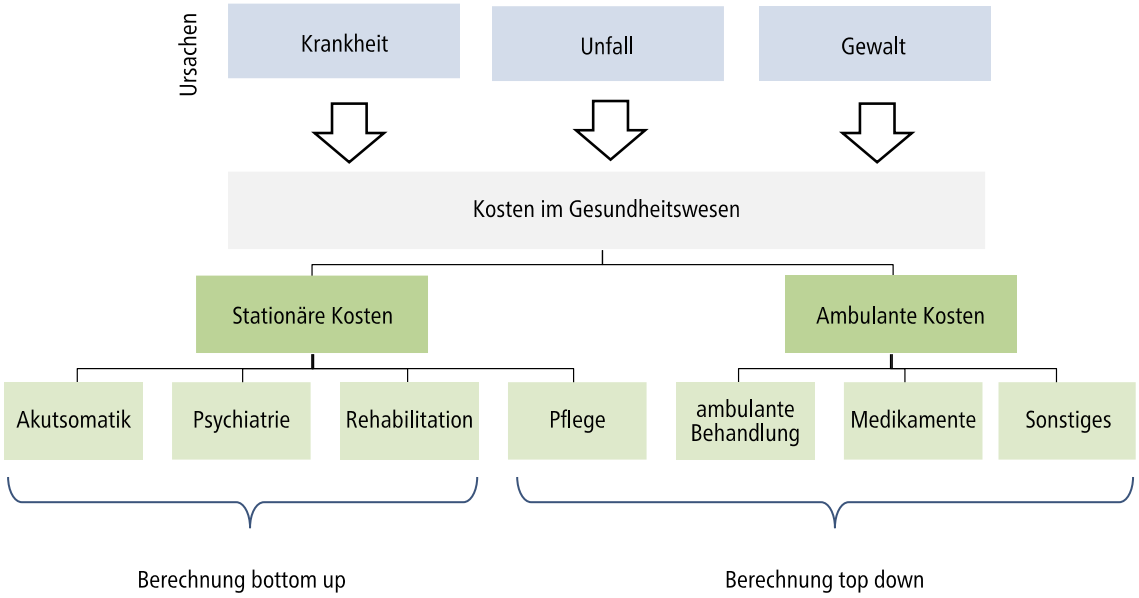
Die stationären Fälle im Akutspital, in psychiatrischen Kliniken und Rehabilitationskliniken sind in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MedStat) erfasst und können über die Hauptdiagnose (ICD-10-Code) den einzelnen suchtbedingten Krankheiten zugeordnet werden. Für alle übrigen stationären (hauptsächlich Langzeitpflege) und ambulanten Fälle liegen keine oder nur grobe Diagnosen vor, sodass eine Zuteilung auf die Krankheiten schwierig oder gar nicht möglich ist. Wir verwenden deshalb zur Berechnung dieser Kosten einen Top-down-Ansatz. Dazu stützen wir uns auf die Studie zu den Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz (Wieser et al., 2014), welche die gesamten Kosten des schweizerischen Gesundheitswesens im Jahr 2011 auf Krankheitsgruppen (Ursache der Inanspruchnahme) aufschlüsselt. Sowohl beim Top-down- wie auch beim Bottom-up-Ansatz werden die Kosten anhand der BFS-Statistik «Kosten und Finanzierung im Gesundheitswesen» (KFG) ermittelt.

Stationäre Fälle der Akutsomatik, Psychiatrie und Reha

Die stationären Gesundheitsausgaben in den Spitälern berechnen wir anhand der Fälle in der MedStat 2017. Dabei wird jeder Fall gemäss der Haupt- respektive Zusatzdiagnose einer möglichen suchtbedingten Krankheit zugeteilt und der entsprechende suchtbedingte Anteil zugewiesen (vgl. Abschnitt 3.1). Bei Fällen, welcher keiner suchtbedingten Krankheit zugeteilt werden, ist der suchtbedingte Anteil entsprechend null. Für die Berechnung der suchtbedingten Fälle werden anschliessend die suchtbedingten Anteile der Fälle summiert.

[8] http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool, zuletzt abgerufen am 29.04.2020

Abbildung 4 Aufbau der Kosten im Gesundheitswesen



Die Kosten im Gesundheitswesen werden durch Krankheiten, Unfälle oder Gewalt verursacht. Die stationären Kosten im Bereich Akutsomatik, Psychiatrie und Reha können bottom up berechnet werden. Die stationären Pflegekosten und ambulanten Kosten ermitteln wir top town.

Quelle: Polynomics.

Zur Berechnung der Kosten verwenden wir die in der KFG ausgewiesenen Kosten. Dabei verwenden wir nur die relevanten Kosten, das heisst es werden nur die Kosten berücksichtigt, die von der Gesellschaft getragen werden und nicht vom Verursacher selber (vgl. Abschnitt 2.1). Dabei handelt es sich um die Finanzierungsregime «Staat», «Obligatorische Krankenversicherung OKP», «andere Sozialversicherung» und «andere öffentliche Finanzierung». Nicht enthalten sind «Privatversicherungen», «andere private Finanzierung» und «Selbstzahlungen». Weiter werden die Kosten für Prävention und Verwaltung sowie die gemeinwirtschaftlichen Leistungen der Spitäler (GWL) nicht berücksichtigt (vgl. Tabelle 30 im Anhang). Um die Kosten pro Fall zu ermitteln, werden die Kosten in akutsomatischen Spitälern, psychiatrische Kliniken und Rehakliniken jeweils durch das im folgenden beschriebene Mengengerüst dividiert.

Stationäre Behandlungen in akutsomatischen Spitälern werden seit 2012 mit Fallpauschalen abgerechnet. Jeder Fall wird in ein DRG (diagnosebezogene Fallgruppe) eingeteilt und erhält aufgrund seines Schweregrads ein Kostengewicht. Je höher das Kostengewicht, desto teurer ist ein Fall. Zur Berechnung der Kosten pro Fall (bei Kostengewicht 1), dividieren wir die aus der KFG abgegrenzten Gesamtkosten in akutsomatischen Spitälern durch die Summe der Kostengewichte von allen Fällen in akutsomatischen Spitälern in der MedStat.[9] Damit resultieren Fallkosten von 8’783 CHF (bei Kostengewicht 1). Diese Fallkosten werden anschliessend pro Fall mit dem jeweiligen Kostengewicht und dem suchtbedingten Anteil multipliziert. Die Summe ergibt die suchtbedingten Kosten im akutstationären Bereich.

[9] Ausgeschlossen wurden Selbstzahler, nicht in der Schweiz wohnhafte Personen sowie noch nicht abgeschlossene Fälle.

Für die psychiatrischen Kliniken und Rehakliniken wurden 2017 noch keine Fallpauschalen zur Vergütung verwendet, sondern Tagespauschalen. Wir teilen deshalb jeweils für die psychiatrischen Kliniken und Rehakliniken die aus der KFG abgegrenzten Gesamtkosten durch die Summe der Aufenthaltsdauern aller Fälle (max. 365 Tage pro Fall). Für Reha resultiert damit eine Pauschale von 747 CHF und für Psychiatrie von 625 CHF pro Tag. Wir verwenden bei diesem Vorgehen für alle Krankheiten die gleichen Tagespauschalen. Die Kosten pro Tag werden anschliessend mit der Aufenthaltsdauer und dem suchtbedingten Anteil pro Fall multipliziert. Die Summe ergibt die suchtbedingten Kosten für die stationäre Psychiatrie respektive Reha.

Übrige Kosten im Gesundheitswesen

Basis für die übrigen Kosten im Gesundheitswesen ist die Studie zu den nicht-übertragbaren Krankheiten (NCD-Studie) von Wieser et al. (2014). Die Kosten in der Studie beziehen sich auf das Jahr 2011. In einem ersten Schritt müssen deshalb die Daten auf das Jahr 2017 aktualisiert werden. Gemäss der in der Studie in Tabelle 13 ausgewiesenen Kosten kann der prozentuale Anteil der einzelnen Krankheitsgruppen an den Gesamtkosten pro Leistung (z. B. Akutbehandlung, ambulante Behandlung in Arztpraxis) berechnet werden.[10] Für die Aktualisierung der Kosten haben wir die Zuteilung der Gesamtkosten pro Leistung mit der neuen Einteilung Kosten und Finanzierung im Gesundheitswesen (KFG) 2011 abgeglichen.[11] Diese Einteilung haben wir anschliessend für die KFG 2017 übernommen. Die Gesamtkosten pro Leistung können dann mit dem prozentualen Anteil aus der Studie wieder auf die einzelnen Krankheitsgruppen verteilt werden. Wir unterstellen somit, dass die Zuteilung auf die Krankheitsgruppen innerhalb der Leistungen über die Jahre konstant geblieben ist.

Den suchtbedingten Anteil berechnen wir anhand der MedStat. Dazu teilen wir zuerst die in Kapitel 3.1 definierten suchtbedingten Krankheiten in die Krankheitsgruppen gemäss der NCD-Studie ein (vgl. Tabelle 31 im Anhang). Anschliessend berechnen wir für jede Krankheitsgruppe den Anteil der suchtbedingten Kosten innerhalb dieser Krankheitsgruppe für die stationären Kosten (vgl. Tabelle 36 im Anhang). Dieser Anteil wird dann mit den Kosten pro Leistung und Krankheitsgruppe multipliziert. Auch hier wird unterstellt, dass der Anteil der suchtbedingten Kosten innerhalb einer Krankheitsgruppe über alle Leistungen konstant ist.

[10] Z. B. 1.9% der ambulanten Kosten in Arztpraxen wurden von Krebserkrankungen verursacht.

[11] In der KFG werden die Kosten im Gesundheitswesen detailliert nach Leistungen, Leistungserbringer und Finanzierungsregimes ausgewiesen.

Tabelle 8 Datenquellen für das Mengen- und Wertgerüst der suchtbedingten Kosten im Gesundheitswesen

	Kategorie	Wertgerüst	Mengengerüst	Suchtbedingter Anteil
stationär	Akutsomatik	Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, BFS (KFG)	Medizinische Statistik der Krankenhäuser, BFS (MedStat)	AF pro ICD-10-Kategorie
	Psychiatrie			
	Rehabilitation			
	Langzeit		NCD-Studie	Suchtbedingter Anteil pro Krankheitsgruppe gem. MedStat/KFG
ambulant	Ärztliche Behandlung			
	Medikamente			

In der Tabelle werden die für die Berechnung der suchtbedingten Kosten im Gesundheitswesen verwendeten Datenquellen für die Ermittlung des Wert- und Mengengerüst sowie des suchtbedingten Anteils zusammengefasst. Die stationären Kosten in Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation werden anhand der MedStat bottom up berechnet. Für die übrigen Kosten im Gesundheitswesen sind nur weniger detaillierte Daten verfügbar, weshalb wir einen Top-down-Ansatz gewählt haben. Dabei verwenden wir die Gesamtkosten aus der KFG und nehmen die Verteilung auf die Krankheitsgruppen gemäss der NCD-Studie vor (Wieser et al., 2014).

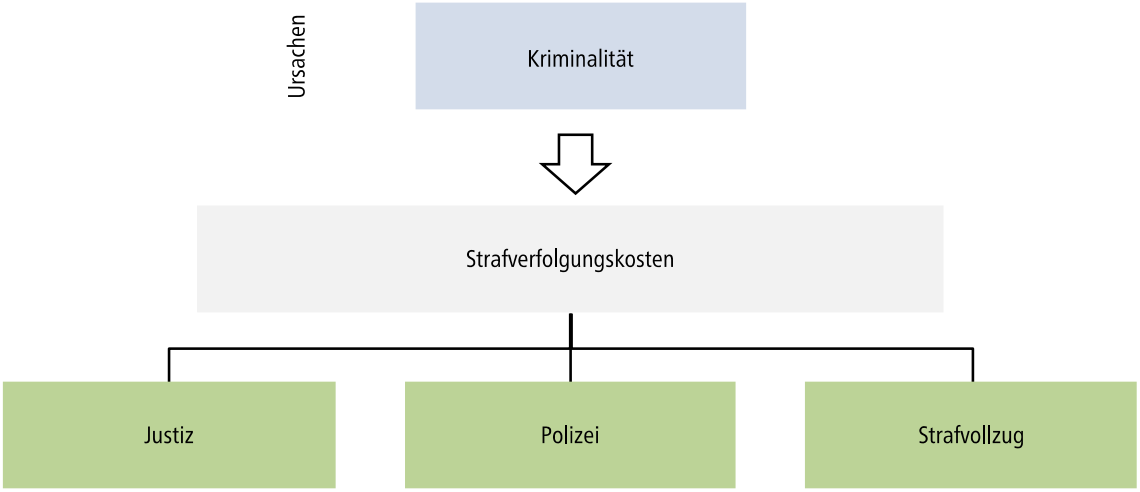
Quelle: Polynomics.

3.2.2 Strafverfolgung

Suchtbedingte kriminelle Handlungen führen zu Kosten bei der Strafverfolgung in den Bereichen Polizei, Justiz und Strafvollzug (vgl. Abbildung 5). Diese entstehen vor allem im Zusammenhang mit Alkohol und Drogenkonsum (bzw. -beschaffung). Für die Ermittlung der Kosten der Strafverfolgung berücksichtigen wir daher ausschliesslich Kosten, die durch Straftaten mit Bezug zu Alkohol- und Drogenkonsum entstehen. Natürlich fallen auch durch die anderen betrachteten Suchtarten Kosten durch Strafverfolgung an. Diese sind aber häufig vergleichsweise überschaubar. Naheliegend sind beispielsweise Straftaten zur Geldbeschaffung bei Spielsüchtigen oder Verstösse gegen das Jugendschutzgesetz bei der Tabakbeschaffung durch Minderjährige. Allerdings weisen die verfügbaren Quellen lediglich für die Suchtarten Alkohol und Drogen differenziert Straftaten aus. Deshalb fokussieren wir im vorliegenden Bericht auf diese Suchtarten.

Wir verwenden für die Berechnung der Kosten aufgrund der Datenlage einen Top-down-Ansatz der als Ausgangspunkt die gesamten Kosten der Strafverfolgung verwendet. Zur Berechnung der durchschnittlichen Kosten pro Straffall wird zunächst für jeden Teilbereich (Justiz, Polizei und Strafvollzug) ein Mengengerüst anhand der Straftaten gebildet. Datenquelle dafür sind für die Teilbereiche Justiz und Polizei die Straftaten nach Strafgesetzbuch (StGB), Strassenverkehrsgesetz (SVG), Betäubungsmittelgesetz (BetmG) und Ausländergesetz (AuG) im Jahr 2017, welche in der polizeilichen Kriminalitätsstatistik (PKS) sowie der Strafurteilsstatistik (SUS) des BFS enthalten sind (vgl. Tabelle 9). Für den Strafvollzug bilden die Anzahl Insassen anhand der Strafvollzugsstatistik des BFS das Mengengerüst.

Abbildung 5 Aufbau der Strafverfolgungskosten



Die Kosten, die durch den Konsum von Alkohol und durch die Beschaffung und den Konsum von Drogen verursacht werden, können den Bereichen Justiz, Polizei und Strafvollzug zugeordnet werden. Diese fliessen letztlich in die berechneten Gesamtkosten der Drogen- und Alkoholsucht ein.

Quelle: Polynomics.

Das Wertgerüst zur Ermittlung der Durchschnittskosten wird dabei durch die kantonalen Ausgaben für die drei Bereiche Justiz, Polizei und Strafvollzug gebildet, welche jährlich von der Eidgenössischen Finanzverwaltung (EFV) publiziert werden. Die alkohol- und drogenbedingten Anteile für das Mengengerüst sind in den Schweizer Statistiken nicht enthalten. Wir entnehmen diese deshalb aus der deutschen polizeilichen Kriminalstatistik. Die entsprechenden Gesetze sind sehr ähnlich aufgebaut, wir müssen aber die Annahme treffen, dass die Prävalenz von alkohol- und drogenbedingten Straftaten in beiden Ländern ähnlich ist. Die Kosten werden anschliessend ermittelt, indem die Straftaten, die durch Alkohol oder Drogen bedingt sind, mit den Durchschnittskosten pro Straftat multipliziert werden. Tabelle 10 fasst die verwendeten Datenquellen zusammen.

Tabelle 9 Straftaten nach Gesetz

	Total	gelöst	ungelöst
Total Straftaten 2017	611'615	327'891	283'724
nach Strafgesetzbuch (StGB)	439'001	158'009	280'992
nach Strassenverkehrsgesetz (SVG)	58'252	58'252	0
nach Betäubungsmittelgesetz (BetmG)	76'308	73'598	2'710
nach Ausländergesetz (AuG)	38'054	38'032	22

Zur Berechnung der alkohol- und drogenbedingten Starverfolgungskosten werden die Straftaten nach Strafgesetzbuch, Strassenverkehrsgesetz, Ausländergesetz und Betäubungsmittelgesetz berücksichtigt. Insgesamt wurden 2017 rund 610'000 Straftaten polizeilich registriert, etwas weniger als die Hälfte ist ungelöst.

Quelle: Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS), Strafurteilsstatistik (SUS); eigene Zusammenstellung, Polynomics.

Tabelle 10 Datenquellen zu Mengen- und Wertgerüst für Strafverfolgungskosten

	Wertgerüst	Mengengerüst	Alkohol- und drogenbedingter Anteil
Justiz	Kantonale Ausgaben für Strafprozesse (EFV)	Ungelöste Straftaten	Polizeiliche Kriminalstatistik Deutschland 2017
Polizei	Kantonale Polizeiausgaben für Strafverfolgung (EFV); Tätigkeitsbericht des Polizeiwesens im Kanton Solothurn	Registrierte Straftaten	Polizeiliche Kriminalstatistik Deutschland 2017
Straf-vollzug	Kantonale Ausgaben für Strafvollzug (EFV)	Anzahl Insassen nach Straftat	Polizeiliche Kriminalstatistik Deutschland 2017; aufgeklärte Straftaten

In der Tabelle werden die für die Berechnung der Justiz-, Polizei- und Strafvollzugskosten relevanten Fälle (Mengengerüst) und Kosten (Wertgerüst) sowie Quellen für die Ermittlung des alkohol- und drogenbedingten Anteils alle Fälle ausgewiesen.

Quelle: Polynomics.

Im Bereich der Justiz werden für das Mengengerüst nur die ungelösten Fälle berücksichtigt. Gelöste Fälle finden keinen Eingang in die Berechnung, da nach Art. 426 Strafprozessordnung (StPO) die Verfahrenskosten vom Schuldigen getragen werden müssen. Dies sind demnach private Kosten, die nicht der Gesellschaft angelastet werden dürfen. Es muss jedoch davon ausgegangen werden, dass nur bei einem Teil der gelösten Fälle die Kosten vollständig durch den Täter getragen werden. Es kommt daher bei dieser Annahme tendenziell zu einer Unterschätzung der alkohol- und drogenbedingten Kosten im Bereich der Justiz.

Bei den Kosten im Bereich der Polizei werden nur die Ausgaben für die Strafverfolgung berücksichtigt. Es entstehen zwar auch Kosten im Bereich der öffentlichen Sicherheit und Ordnung sowie im Strassenverkehr (vorwiegend durch Verkehrskontrollen), aber in diesen Aufgabenbereichen der Polizei sind die alkohol- und drogenbedingten Anteile nicht bekannt. Des Weiteren ist davon auszugehen, dass vor allem die Kosten für Verkehrskontrollen als Prävention anzusehen sind und daher keine direkten Folgekosten aus Alkohol- und Drogenkonsum darstellen können. Für das Mengengerüst berücksichtigen wir alle polizeilich registrierten Straftaten, die im Zusammenhang mit Alkohol und Drogen stehen. Dieses Vorgehen kann zu einer Unterschätzung führen, da ein Teil der alkohol- und drogenbedingten Einsätze der Polizei nicht immer zu einer letztlich erfassten Straftat führt. So kommt es zu Polizeieinsätzen an Sportveranstaltungen oder bei leichten gewalttätigen Auseinandersetzungen ohne grössere Folgen, die sicher durch Alkohol oder im geringeren Masse auch durch Drogen ausgelöst werden. Teilweise können diese Einsätze aber wiederum auch als Prävention angesehen werden.

Für die Kosten des Strafvollzugs werden die kantonalen öffentlichen Ausgaben für den stationären und geschlossenen Vollzug als Wertgerüst verwendet. Sie beinhalten die gesamten kantonalen Ausgaben für den Betrieb der Strafvollzugsanstalten inklusive deren Personal. Als Mengengerüst verwenden wir die Anzahl Insassen nach Straftatenkategorie (Aebi & Tiago, 2018)[12], wobei der

[12] In Aebi & Tiago (2018) werden die Insassen differenziert nach elf Straftatenkategorien ausgewiesen: Tötungsdelikte, Körperverletzungen, Vergewaltigungen, andere Sexualverbrechen, Raub, Diebstahl, Wirtschaftsdelikte, Drogendelikte, Terrorismus, Verkehrsdelikte und andere Straftaten.

alkohol- und drogenbedingte Anteil über den Anteil aufgeklärter Straftaten mit alkohol- oder Drogenbezug approximiert wird. Somit liegt der Ermittlung die Annahme zugrunde, dass Häufigkeit und Dauer der Freiheitsstrafen bei Alkohol- und Drogendelikten innerhalb der Straftatenkategorie gleich lang ist wie bei allen anderen Delikten.

Grundsätzlich ergibt sich die Schwierigkeit, dass unklar ist, inwieweit die Straftat kausal mit dem Konsum von Alkohol oder Drogen in Zusammenhang steht. Dieser kann auch lediglich eine Begleiterscheinung der Straftat sein. Wissenschaftlich fundierte Abschätzungen zu diesem Zusammenhang existieren nicht. Gemäss Cabinet Office (2003) ist es in den USA und Kanada üblich, rund die Hälfte der unter Alkoholeinfluss begangenen Straftaten kausal dem Alkohol zuzuschreiben. In der vorliegenden Studie unterstellen wir deshalb ebenfalls einen kausalen Anteil von 50 Prozent und zwar sowohl für Alkohol- als auch Drogendelikte. In der Sensitivitätsanalyse wird dieser Anteil variiert. Verstösse gegen das BetmG werden abweichend dazu vollständig erfasst, da per Definition jeder Verstoss dagegen im Zusammenhang mit Drogenkonsum stehen muss.

3.2.3 Sachschaden

Suchtbedingte Sachschäden sind vor allem aufgrund der Folgen von Alkohol- oder Drogenkonsum zu erwarten, andere Suchtarten dürften eine vernachlässigbare Rolle spielen. Sachschäden können dabei in den Bereichen Unfall, Diebstahl oder Vandalismus entstehen. Volkswirtschaftliche Kosten entstehen nur, wenn der Täter unbekannt ist, da die Schadenskosten ansonsten durch den Verursacher getragen werden. Bei Diebstählen handelt es sich grundsätzlich nur um einen Transfer von Gütern ohne Ressourcenverlust. Für die volkswirtschaftlichen Kosten relevant wäre einzig ein allfälliger Wertverlust, der bei dem Transfer entsteht. Die durch Diebstahl entstandenen Polizei- und Justizkosten sind in der Kostenkomponente Strafverfolgung enthalten.

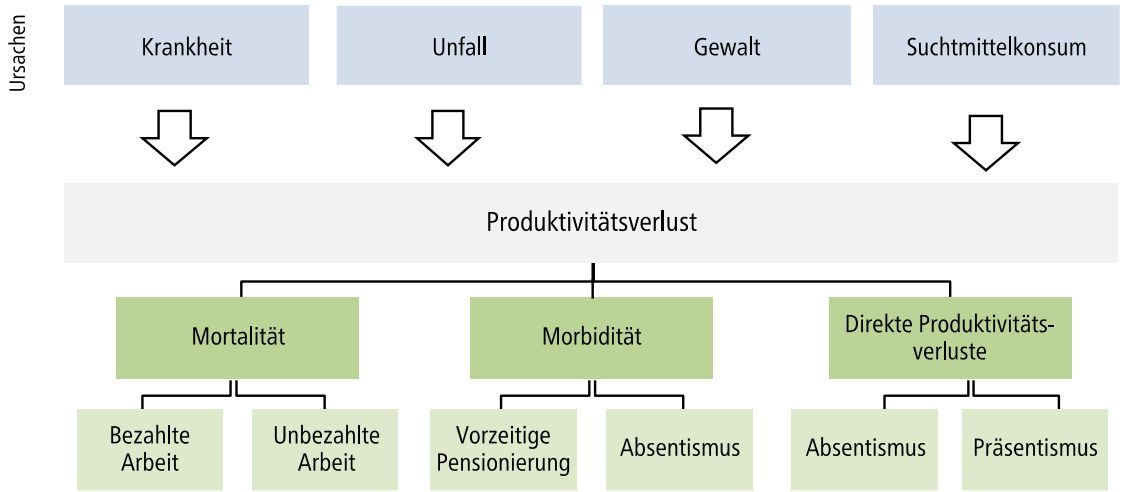
Für eine Berechnung der volkwirtschaftlichen Kosten müssten Informationen über die Anzahl Unfälle, Diebstähle und Fälle von Vandalismus mit unbekanntem Täter, den suchtbedingten Anteil sowie die verursachten Kosten vorhanden sein (vgl. Fischer et al., 2017). Bei Diebstahl und Vandalismus wären aus der Polizeilichen Strafurteilstatistik zwar die Anzahl alkohol- und drogenbedingter unaufgeklärter Straftaten bekannt (vgl. Kapitel 3.2.2), es fehlen aber Informationen zu den Kosten. Bei den Unfällen fehlen sowohl Angaben zur suchtbedingten Anzahl Unfälle mit Sachschaden und unbekanntem Täter wie auch zu den dadurch verursachten Kosten. Aus diesem Grund haben wir auf eine Berechnung der Kosten aus Sachschäden verzichtet.

3.3 Indirekte Kosten

Suchtbedingte Krankheiten, Unfälle oder Gewalt verursachen neben den Kosten im Gesundheitswesen auch Produktivitätsverluste. Diese entstehen aufgrund eines verschlechterten Gesundheitszustandes (Morbidität) oder eines frühzeitigen Todes (Mortalität). Zusätzlich können auch der Suchtmittelkonsum am Arbeitsplatz wie auch die unmittelbaren, kurzfristigen Folgen eines exzessiven Konsums durch kurzfristige Abwesenheit (Absentismus) oder reduzierte Leistung während der Arbeit (Präsentismus) zu Produktivitätsverlusten führen. Abbildung 6 veranschaulicht die verschiedenen Ursachen suchtbedingter Produktivitätsverluste und die damit verbundenen Kostenblöcke. Morbiditäts- beziehungsweise mortalitätsbedingte Produktivitätsverluste entstehen als Folge des Suchtmittelkonsums. Direkte Produktivitätsverluste können dabei vor allem auf Alkoholkonsum sowie Spielsucht zurückgehen. Bei Tabak und Drogen besteht kein klarer Zusammenhang zwischen dem Suchtmittelkonsum und allfälligen Produktivitätsverlusten, Drogen können zum Beispiel teilweise auch eine leistungssteigerndere Wirkung haben.

Als Wertgerüst für die Produktivitätsverluste bei bezahlter Arbeit verwenden wir die Lohnstrukturerhebung (LSE) für das Jahr 2016 des BFS. Die LSE basiert auf einer alle zwei Jahre durchgeführten Befragung bei Schweizer Unternehmen und enthält Daten zu rund 1.7 Mio. Arbeitnehmern des 2. und 3. Sektors. Die Produktivitätsverluste entsprechen dabei den Arbeitskosten, das heisst dem Entgelt des Arbeitgebers für die Produktivität des Arbeitnehmers. Die Arbeitskosten basieren auf dem durchschnittlichen Bruttolohn pro Alter und Geschlecht inklusive der Sozialausgaben. In der LSE befinden sich nur Angaben zu den Sozialausgaben der Arbeitnehmer. Wir unterstellen daher als Annäherung, dass die Sozialausgaben der Arbeitgeber gleich hoch sind wie diejenigen der Arbeitnehmer. Hinzu kommen sonstige Kosten des Arbeitgebers (Kosten für berufliche Bildung, Einstellungs- und Berufskleidungskosten), die insgesamt 3.2 Prozent der Arbeitskosten ausmachen.[13] In der Sensitivitätsanalyse verwenden wir zusätzlich zu den durchschnittlichen Arbeitskosten auch den Medianwert.

Abbildung 6 Zusammensetzung Produktivitätsverluste (indirekte Kosten)



Produktivitätsverluste entstehen aufgrund von Krankheit, Unfall, Gewalt oder resultieren direkt aus dem Suchtmittelkonsum. Dabei kann unterschieden werden zwischen Produktivitätsverlusten aus frühzeitigem Tod (Mortalität), krankheitsbedingter Abwesenheit (Morbidität) und direktem Produktivitätsverlust aufgrund des Suchtmittelkonsums.

Quelle: Eigene Darstellung, Polynomics.

Zur Bewertung der unbezahlten Arbeit verwenden wir den Ersetzungskostenansatz, bei welchem die einzelnen Tätigkeiten mit dem Marktlohn bewertet werden. Als Wertgerüst für die Produktivitätsverluste aus unbezahlter Arbeit verwenden wir daher die vom BFS geschätzten durchschnittlichen Arbeitskosten für unbezahlte Arbeit für das Jahr 2016. Die Schätzungen basieren auf der LSE. Für jede unbezahlte Tätigkeit, zum Beispiel die Mahlzeitenzubereitung, werden dabei vergleichbare Berufsgruppen identifiziert. Der durchschnittliche Lohn dieser Berufsgruppen wird dann als Näherung für die Arbeitskosten dieser Tätigkeit verwendet.

[13] https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/loehne-erwerbseinkommen-arbeitskosten/arbeitskosten.html, abgerufen am 04.05.2020.

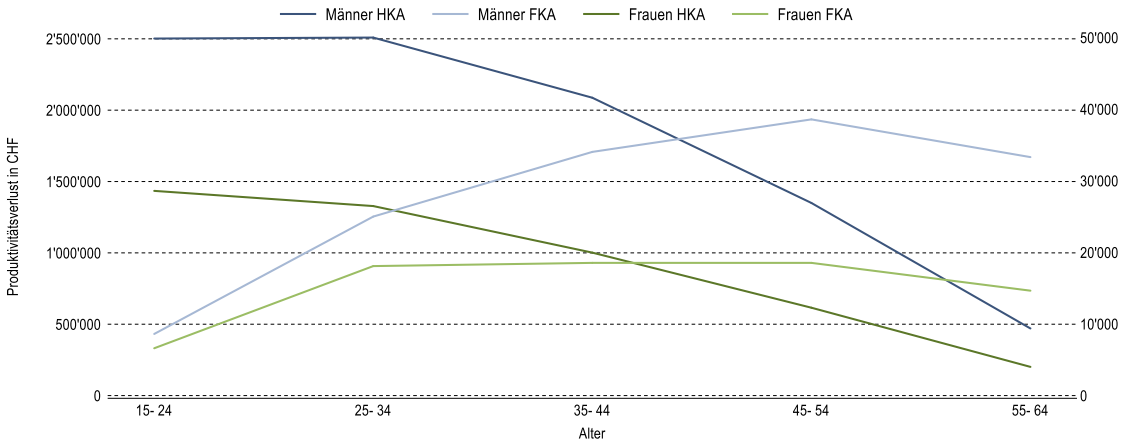
3.3.1 Mortalität

Als Mengengerüste für die mortalitätsbedingten Produktivitätsverluste verwenden wir die alkohol-, tabak-und drogenbedingten Toten für das Jahr 2017. Dafür verwenden wir einerseits die Todesursachenstatistik, welche die Anzahl Tote nach Altersgruppe, Geschlecht und Todesursache (ICD-10-Code) ausweist und andererseits die suchtbedingt zuordenbaren Anteile (vgl. für deren Berechnung Abschnitt 3.1). Durch Multiplikation der Anzahl Toten pro Kategorie mit dem entsprechenden suchtbedingten Anteil erhalten wir die alkohol-, tabak-und drogenbedingten Toten.

Bezahlte Arbeit

Als Wertgerüst für die Produktivitätsverluste bei bezahlter Arbeit verwenden wir die durchschnittlichen Arbeitskosten nach Alter und Geschlecht. Die Arbeitskosten sind nicht standardisiert, das heisst das durchschnittliche Arbeitspensum wird berücksichtigt. Die durchschnittlichen Arbeitskosten betragen bei den Männern rund 8’700 CHF und bei den Frauen 5’300 CHF pro Monat.

Abbildung 7 Mortalitätsbereinigte Produktivitätsverluste pro Person



HKA = Humankapitalansatz mit Diskontrate von 2%;
FKA = Friktionskostenansatz mit einer Friktionsperiode von 4 Monaten

Die Abbildung zeigt die Produktivitätsverluste nach dem Humankapitalansatz- (HKA, dunkle Linien und linke Achse) und dem Friktionskostenansatz (FKA, helle Linien und rechte Achse) für die verschiedenen Alterskategorien. Mit dem HKA nimmt der Produktivitätsverlust mit dem Alter ab, da weniger Zeit bis zur Pensionierung verbleibt. Bei FKA fallen hingegen die höchsten Produktivitätsverluste in den mittleren Alterskategorien an. In diesem Lebensabschnitt sind die Arbeitskosten und die Erwerbsquote am grössten. Mit dem HKA sind die Kosten pro Person rund 50-mal höher als mit dem FKA.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

Zur Berechnung der suchtbedingten Kosten verwenden wir sowohl den Humankapital- als auch den Friktionskostenansatz. Bei ersterem wird der Produktivitätsverlust pro verstorbene Personen bis zur Pensionierung (Männer 65 Jahre, Frauen 64 Jahre) berücksichtigt. Wir unterstellen dabei eine Diskontrate von zwei Prozent. Beim Friktionskostenansatz verwenden wir eine Friktionsperiode von vier Monaten.[14] Abbildung 7 veranschaulicht die unterschiedliche Wirkung der beiden

[14] Die genauen Formeln zur Berechnung der Produktivitätsverluste nach HKA und FKA finden sich im Anhang des Berichts.

Ansätze. Beim Humankapitalansatz geht der Produktivitätsverlust mit dem Alter zurück, da weniger Zeit bis zur Pensionierung verbleibt. Beim Friktionskostenansatz sind die Produktivitätsverluste hingegen bei den mittleren Alterskategorien am höchsten. In diesem Lebensabschnitt ist sowohl der Lohn durchschnittlich am höchsten wie auch die Erwerbsquote. In der Sensitivitätsanalyse variieren wir die für die Diskontrate und die Friktionsperiode verwendeten Werte.

Unbezahlte Arbeit

Für die Berechnung der mortalitätsbedingten Produktivitätsverluste aus unbezahlter Arbeit verwenden wir als Mengengerüst die Statistik «Zeitvolumen für unbezahlte Arbeit» für das Jahr 2016 des BFS. Die Statistik unterscheidet zwischen Hausarbeit, Betreuungsarbeit sowie Freiwilligenarbeit[15]. Ein Teil der unbezahlten Arbeit wird für sich selbst getätigt und entfällt damit mit dem Tod. Aus diesem Grund berücksichtigen wir in einem Basisszenario nicht die gesamte unbezahlte Arbeit, sondern lediglich die Betreuungsarbeit für Kinder und pflegebedürftige Erwachsene sowie die Freiwilligenarbeit. In der Sensitivitätsanalyse untersuchen wir zwei weiter Szenarien. In einer Minimalvariante wird lediglich die Freiwilligenarbeit miteinbezogen, in einer Maximalvariante wird neben der Freiwilligen- und Betreuungsarbeit auch ein Teil der Hausarbeit berücksichtigt. Zur Ermittlung des Anteils Hausarbeit berechnen wir aus der BFS-Statistik «Haus- und Familienarbeit» die Differenz zwischen dem durchschnittlichen Zeitaufwand für Hausarbeit aller Haushalte und demjenigen von alleinstehenden Personen, getrennt für Frauen und Männer.

Die Produktivitätsverluste werden analog zur bezahlten Arbeit sowohl mit dem Humankapitalansatz als auch mit dem Friktionskostenansatz berechnet.

3.3.2 Morbidität

Produktivitätsverluste aufgrund eines suchtbedingt verschlechterten Gesundheitszustandes resultieren sowohl durch langfristige Abwesenheit vom Arbeitsmarkt (vorzeitige Pensionierung) als auch mittelfristige Abwesenheit in Form von Fehlzeiten bei der Arbeit (Absentismus). Eine Abgrenzung der Produktivitätsverluste bei der unbezahlten Arbeit ist hingegen schwierig, diese werden hier daher nicht berücksichtigt. Ebenfalls nicht berücksichtigt wird Präsentismus. Wir gehen davon aus, dass bei suchtbedingten Krankheiten eine reduzierte Produktivität durch die Invalidenversicherung (IV) abgedeckt wird. Präsentismus als direkte Folge des Suchtmittelkonsums wird bei den direkten Produktivitätsverlusten erfasst (vgl. Abschnitt 3.3.3).

Vorzeitige Pensionierung

Als Mengengerüst für die vorzeitige Pensionierung verwenden wir die IV-Statistik «Invalide Personen nach Gebrechen, nach Geschlecht und nach Altersklasse» des Bundeamtes für Sozialversicherung für das Jahr 2017. Sie enthält alle IV-Bezüger mit Wohnort Schweiz und unterteilt die Fälle in Geburtsgebrechen, Krankheiten und Unfälle. Innerhalb dieser Kategorien werden die Gebrechen mit dem «Code zur Gebrechens- und Leistungsstatistik» der IV codiert, welcher deutlich weniger detailliert ist als der ICD-10-Code. Die suchtbedingten Anteile sind auf Basis des ICD-10-Codes vorhanden (vgl. Abschnitt 3.2.1) und können somit nicht direkt zur Ermittlung der suchtbedingten IV-Fälle verwendet werden. Zur Berechnung der suchtbedingten IV-Fälle gehen wir daher folgendermassen vor. In einem ersten Schritt identifizieren wir diejenigen IV-Kategorien, welche suchtbedingte Krankheiten enthalten und weisen diesen die korrespondierenden

[15] Freiwilligenarbeit umfasst einerseits die institutionalisierte Freiwilligenarbeit im Rahmen von Vereinen, Parteien, gemeinnützigen Organisationen etc. wie auch die informelle Freiwilligenarbeit, welche Hilfeleistungen an Verwandte, Nachbarn etc. umfasst.

ICD-10-Codes zu. Auf Basis der MedStat 2017 ermitteln wir dann den Anteil suchtbedingter Fälle innerhalb dieser IV-Kategorie nach Alterskategorie und Geschlecht.[16] Diesen Anteil multiplizieren wir schliesslich mit der Anzahl IV-Fälle einer bestimmten Krankheitskategorie um die Anzahl alkohol-, tabak-und drogenbedingter IV-Fälle zu bestimmen.

Zur Berechnung der Kosten verwenden wir wiederum sowohl den Humankapital- wie auch den Friktionskostenansatz. Bei ersterem wird das ganz Jahr als Produktivitätsverlust berücksichtigt, bei letzterem lediglich eine Friktionsperiode von vier Monaten. Das Wertgerüst bilden die durchschnittlichen Arbeitskosten differenziert nach Alterskategorie und Geschlecht, wobei der durchschnittliche Rententeil (ganz, dreiviertel, halbe oder viertel Rente) für Männer und Frauen berücksichtigt wird.

Absentismus

Die Produktivitätsverluste aufgrund von krankheitsbedingten Abwesenheiten vom Arbeitsplatz berechnen wir über einen Top-down-Ansatz, da keine Daten über die Dauer von Absenzen pro suchtbedingte Krankheit oder Verletzung vorliegen. Das Mengengerüst bildet die Absenzenstatistik des Jahres 2017 des BFS, welche die krankheits- und unfallbedingten Absenzstunden nach Geschlecht ausweist. Wir müssen daher die Annahme treffen, dass jede suchtbedingte Krankheit unabhängig vom Alter zur gleichen Absenz führt. Als suchtbedingten Anteil verwenden wir näherungsweise den Anteil der alkohol-, tabak-und drogenbedingten stationären Fälle an allen stationären Fällen im Jahr 2017 der 15-64-jährigen Männer und Frauen. In der Sensitivitätsanalyse variieren wir diese Annahme und gehen davon aus, dass Krankheiten beziehungsweise Unfälle, welche mit einem längeren Spitalaufenthalt verbunden sind, auch zu einer längeren Absenz führen. Da beide Varianten eher eine grobe Abschätzung der tatsächlichen suchtbedingten Absenzen darstellen, haben wir die konservativere Variante als Basisszenario gewählt. Als Wertgerüst benützen wir die durchschnittlichen Arbeitskosten pro tatsächlich gearbeitete Stunde nach Geschlecht und Altersklasse. Zur Ermittlung der Arbeitskosten pro tatsächlich gearbeitete Stunde teilen wir die monatlichen Arbeitskosten durch die Anzahl gearbeiteter Stunden minus Ferientage, wobei wir von fünf Wochen Ferien pro Jahr für Vollzeitarbeitnehmer ausgehen.[17] Bei den Männern resultiert über alle Altersklassen ein durchschnittlicher Stundenlohn von 65 CHF, bei den Frauen beträgt er 54 CHF.

Informelle Pflege

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) enthält Angaben zur informellen Hilfe. Gemäss BFS nehmen bei den unter 75-jährigen Männern rund 10 Prozent informelle Hilfe in Anspruch, bei den Frauen liegt der Anteil bei 14 bis 19 Prozent.[18] Allerdings ist der suchtbedingte Anteil schwierig zu ermitteln. In der SGB werden zwar einige Krankheiten (z. B. Krebs, Diabetes) abgefragt, aber es handelt sich nur um einen Teil der Krankheiten die einen kausalen Zusammenhang mit Sucht aufweisen. Zudem kann aufgrund der Daten nicht bestimmt werden, ob die informelle Hilfe aufgrund einer der abgefragten Krankheiten geleistet wurde oder aus einem anderen Grund. Die Anzahl Stunden erhaltener informeller Hilfe[19] wurde nur in der Befragung im Jahr

[16] Wir müssen dafür annehmen, dass der Anteil der suchtbedingten stationären Fälle, dem Anteil der suchtbedingten IV-Bezüger entspricht.

[17] Laut der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung (SAKE) haben Vollzeitangestellte im Jahr 2017 durchschnittlich 5.1 Wochen Ferien (vgl. https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/erwerbstaetigkeit-arbeitszeit/arbeitszeit/ferien.html, abgerufen am 5.5.2020).

[18] https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/informelle-hilfe.html

[19] «Wie viele Stunden etwa haben Sie in den letzten 7 Tagen Hilfe bekommen?».

2012 erfasst, somit liegen dazu auch relativ wenig Daten vor. Mit den vorliegenden Daten können zum einen nur grobe Berechnungen erstellt werden, und zum anderen können die Kosten nur für einen Teil der suchtbedingten Krankheiten ermittelt werden. Aus diesem Grund haben wir uns dazu entschieden, diese Kosten nicht zu erheben.

3.3.3 Direkte Produktivitätsverluste

Die direkten Produktivitätsverluste werden nur für den Alkoholkonsum sowie das Glückspiel berechnet. Bei Tabak und Drogen besteht kein klarer Zusammenhang zwischen dem Suchtmittelkonsum und allfälligen Produktivitätsverlusten, Drogen können zum Beispiel teilweise auch eine leistungssteigerndere Wirkung haben. Zur Bestimmung des Anteils der Beschäftigten mit direkten alkoholbedingten Produktivitätsverlusten verwenden wir für den Alkoholkonsum die Ergebnisse der Studie «Alkoholbedingte Kosten am Arbeitsplatz» (Telser et al., 2010). Für die Studie wurden Personalverantwortliche von 1'350 Schweizer Unternehmer aus dem 2. und 3. Sektor befragt. Laut der Befragung weisen durchschnittlich zwei Prozent der Beschäftigten einen problematischen Alkoholkonsum auf, wobei der Anteil über die Branchen variiert. Diese Beschäftigten fehlen im Durchschnitt vier Stunden mehr pro Monat und haben eine um 15 Prozent geringere Produktivität als Mitarbeiter ohne problematischen Alkoholkonsum. Als Mengengerüst verwenden wir die Anzahl Vollzeitäquivalente nach Wirtschaftsabteilung aus der Beschäftigungsstatistik (BESTA) des BFS[20] für das Jahr 2017 nach Geschlecht. Das Wertgerüst bilden die durchschnittlichen Arbeitskosten nach Wirtschaftsabteilung und Geschlecht.

Für die Berechnung der glückspielbedingten direkten Produktivitätsverluste kann aufgrund der Datenlage lediglich das Glückspiel in Casinos berücksichtigt werden. Künzi et al., 2009 ermitteln auf Basis der Schweizerischen Gesundheitsbefragung und eines Verfahrens zur Bestimmung des Schweregrades der Glückspielproblematik (vgl. ESBK, 2009) die Prävalenz problematischer (0.3%) und pathologischer (0.13%) Casino-Spieler in der Schweizer Bevölkerung ab 18 Jahren. Eine Befragung von 167 gesperrter Casinospieler ergibt, dass problematische Casinospieler im Schnitt 0.02 Tage pro Monat und pathologische Casinospieler 0.5 Tage im Monat suchtbedingt am Arbeitsplatz fehlen. Die problematischen Casinospieler waren im Jahr vor der Sperre zu 84 Prozent, die pathologischen zu 81 Prozent erwerbstätig. 24 Prozent der problematischen und 43 Prozent der pathologischen Casinospieler geben an, aufgrund ihrer Spielsucht eine verminderte Produktivität aufzuweisen. Künzi et al. (2009) gehen davon aus, dass diese Spieler eine um fünf Prozent geringere Produktivität aufweisen als Mitarbeiter ohne eine Glücksspielsucht. Für das Jahr 2017 ergeben sich damit 17'547 problematische und 7'332 pathologische erwerbstätige Casinospieler. Als Wertgerüst verwenden wir die durchschnittlichen Arbeitskosten.

Tabelle 11 fasst die verwendeten Datenquellen zur Berechnung der suchtbedingten Produktivitätsverluste zusammen.

[20] Die BESTA beruht auf einer quartalsweise durchgeführten repräsentativen Umfrage bei einer Stichprobe von 18'000 Unternehmen (65'000 Betriebe) des 2. und 3. Sektors (vgl. https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/industrie-dienstleistungen/erhebungen/besta.html, abgerufen am 5.5.2020).

Tabelle 11 Datenquellen für Mengen- und Wertgerüst der Produktivitätsverluste

	Kategorie	Wertgerüst	Mengengerüst	Suchtbedingter Anteil
Mortalität	Bezahlte Arbeit	Arbeitskosten berechnet aus LSE (BFS)	Todesursachenstatistik (BFS)	AF pro ICD-10 Kategorie
	Unbezahlte Arbeit	Geschätzte Arbeitskosten für unbezahlte Arbeit (BFS); Ersetzungskostenansatz	Todesursachenstatistik (BFS)	AF pro ICD-10 Kategorie
Morbidität	Vorzeitige Pensionierung	Arbeitskosten berechnet aus LSE (BFS)	IV-Statistik (BSV)	AF pro ICD-10 Kategorie, Anpassung an IV-Code mit MedStat
	Absentismus	Arbeitskosten berechnet aus LSE (BFS)	Absenzenstatistik (BFS)	Anteil alkohol-, tabak- und drogenbedingter Fälle gem. MedStat
Dir. Produktivitäts-verluste	Präsentismus	Arbeitskosten berechnet aus LSE (BFS)	Alkohol: BESTA (BFS) Glückspiel: Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (BFS)	Alkohol: Telser et al. (2010) Glücksspiel: Künzi et al. (2009)
	Absentismus	Arbeitskosten berechnet aus LSE (BFS)	Alkohol: BESTA (BFS) Glückspiel: Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (BFS)	Alkohol: Telser et al. (2010) Glücksspiel: Künzi et al. (2009)

Die Tabelle veranschaulicht die verwendeten Datenquellen für die Berechnung der Produktivitätsverluste (indirekte Kosten). Unterschieden werden die relevanten Fälle (Mengengerüst), Kosten (Wertgerüst) sowie die suchtbedingten Anteile.

Quelle: Polynomics.

3.4 Intangible Kosten

Wir berechnen die intangiblen Kosten nicht selber, sondern weisen die DALY aus der GBD-Studie aus. Wir verwenden die Daten für das Jahr 2017 mit Risikofaktor Alkohol, Tabak und Drogen. Die DALY sind dabei differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2018).

Tabelle 12 veranschaulicht, welche Kostenkomponenten für welche Sucht bei der Berechnung der Kosten berücksichtigt werden können.

Tabelle 12 Zusammenfassung der berücksichtigten Kostenkomponenten nach Sucht

Direkte Kosten	Alkohol	Tabak	Drogen	Übrige Süchte
Gesundheitswesen (Krankheit, Unfälle)	✓	✓	✓	✓
Strafverfolgung	✓	-	✓	×
Sachschaden	×	×	×	×
		ungenügende Datenlage		
Admin. Aufwand bei Transferleistungen	×	×	×	×
		schwierig abzugrenzen und geringe Kosten		
Integrationsbemühungen	×	×	×	×
		schwierig abzugrenzen und geringe Kosten		
Prävention & Forschung	×	×	×	×
		keine direkten Kosten der Sucht		
Indirekte Kosten				
Direkte Produktivitätsverluste	✓	×	×	✓ (Glückspiel)
Produktivitätsverluste Morbidität	✓	✓	✓	×
Produktivitätsverluste Mortalität	✓	✓	✓	×
Informelle Pflege	×	×	×	×
		ungenügende Datenlage		
Andere unbezahlte Arbeit	✓	✓	✓	×
Gefängnisaufenthalt	×	×	×	×
		schwierig abzugrenzen und geringe Kosten		
Intangible Kosten				
Verringerte Lebensqualität Süchtige/Konsumenten	✓	✓	✓	×
		keine Berechnung der Kosten, nur DALY		
Verringerte Lebensqualität Dritter	×	×	×	×

Die Tabelle zeigt, welche Kostenkomponenten für welche Sucht in der vorliegenden Studie berücksichtigt wurden. Der Fokus liegt auf den Süchten Alkohol, Tabak und Drogen.

Quelle: Polynomics.

4 Suchtbedingte Kosten in der Schweiz – Resultate

Sucht verursacht im Jahr 2017 in der Schweiz volkswirtschaftliche Kosten in der Höhe von knapp 8 bis 12 Mrd. CHF. Die Werte unterscheiden sich nach Art der Berechnung der indirekten Kosten. Tabelle 13 weist die Kosten basierend auf dem Friktionskostenansatz (FKA) mit einer Friktionsperiode von vier Monaten aus, während Tabelle 14 die Kosten basierend auf dem Humankapitalansatz (HKA) mit einer Diskontrate von 2 Prozent zeigt. Berücksichtigt wurden hauptsächlich Alkohol, Tabak und Drogen. Bei den übrigen Süchten ist vor allem Spielsucht enthalten, wobei wir nur die vollständig suchtbedingten Kosten ermittelt haben und aufgrund der Datenlage keine möglichen Folgeerkrankungen berücksichtigen.

Tabelle 13 Suchtbedingte Kosten in der Schweiz 2017 in Mio. CHF – FKA

	Alkohol	Tabak	Drogen	übrige Süchte	Total	Anteil
Direkte Kosten	692	3'044	741	3.1	4'480	58%
▪ Gesundheitswesen	477	3'044	274	3.1	3'799	49%
▪ Strafverfolgung	215	0	467	0	682	9%
Indirekte Kosten	2'151	833	181	58	3'223	42%
▪ Produktivitätsverluste Mortalität	29	83	5	0	117	2%
▪ Produktivitätsverluste Morbidität	614	750	176	NA	1'540	20%
▪ Direkte Produktivitätsverluste	1'508	-	-	58	1'566	20%
Total	**2'843**	**3'877**	**922**	**61**	**7'703**	100%

Bei Verwendung des FKA resultieren in der Schweiz im Jahr 2017 suchtbedingte Kosten von rund 7.7 Mrd. CHF. 49% der Kosten fallen im Gesundheitswesen an, 9% in der Strafverfolgung und 42% in Folge von Produktivitätsverlusten. Der Alkoholkonsum ist für 37% der Kosten verantwortlich, der Tabakkonsum für 50% und der Drogenkonsum für 12%. Auf die Spiel- und Sexsucht entfallen lediglich 1% der Kosten.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

Tabelle 14 Suchtbedingte Kosten in der Schweiz 2017 in Mio. CHF – HKA

	Alkohol	Tabak	Drogen	übrige Süchte	Total	Anteil
Direkte Kosten	692	3'044	741	3.1	4'480	39%
▪ Gesundheitswesen	477	3'044	274	3.1	3'799	33%
▪ Strafverfolgung	215	0	467	0	682	6%
Indirekte Kosten	3'303	3'116	542	58	7'019	61%
▪ Produktivitätsverluste Mortalität	985	2'079	266	0	3'330	29%
▪ Produktivitätsverluste Morbidität	810	1'037	276	NA	2'123	18%
▪ Direkte Produktivitätsverluste	1'508	-	-	58	1'566	14%
Total	**3'995**	**6'160**	**1'283**	**61**	**11'499**	**100%**

Bei Verwendung des HKA resultieren in der Schweiz im Jahr 2017 suchtbedingte Kosten von rund 11.5 Mrd. CHF. 33% der Kosten fallen im Gesundheitswesen an, 6% in der Strafverfolgung und 61% in Folge von Produktivitätsverlusten. Der Alkoholkonsum ist für 35% der Kosten verantwortlich, der Tabakkonsum für 54% und der Drogenkonsum für 11%. Auf die Spiel- und Sexsucht entfallen lediglich 1% der Kosten.

Quelle: Eigenen Berechnungen Polynomics.

Tabakkonsum ist für den grössten Teil der Kosten verantwortlich (FKA 50%, HKA 54%), gefolgt vom Alkohol- (FKA 37%, HKA 35%) und dem Drogenkonsum (FKA 12%, HKA 11%). Die übrigen Süchte sind in beiden Fällen nur für rund 1 Prozent der berücksichtigten suchtbedingten Kosten verantwortlich. Wird der FKA verwendet fallen 49 Prozent der Kosten im Gesundheitswesen an und 9 Prozent der Kosten in der Strafverfolgung. Die indirekten Kosten sind für 42 Prozent der Kosten verantwortlich. Bei Verwendung des HKA sind die indirekten Kosten deutlich grösser, wodurch die relative Bedeutung der Kosten im Gesundheitswesen (33%) und der Strafverfolgung (6%) abnehmen. Die relativen Anteile der Kostenkomponenten unterscheiden sich stark zwischen den Süchten. Bei Tabak fällt ein Grossteil der Kosten im Gesundheitswesen an (FKA 79%, HKA 49%), bei Alkohol liegt der Anteil deutlich niedriger (FKA 17%, HKA 12%). Alkohol verursacht hingegen unabhängig vom gewählten Ansatz hohe Produktivitätsverluste (FKA 76%, HKA 83%). Bei den Drogen stellen die Kosten in der Strafverfolgung einen hohen Kostenblock dar (FKA 51%, HKA 36%).

4.1 Direkte Kosten

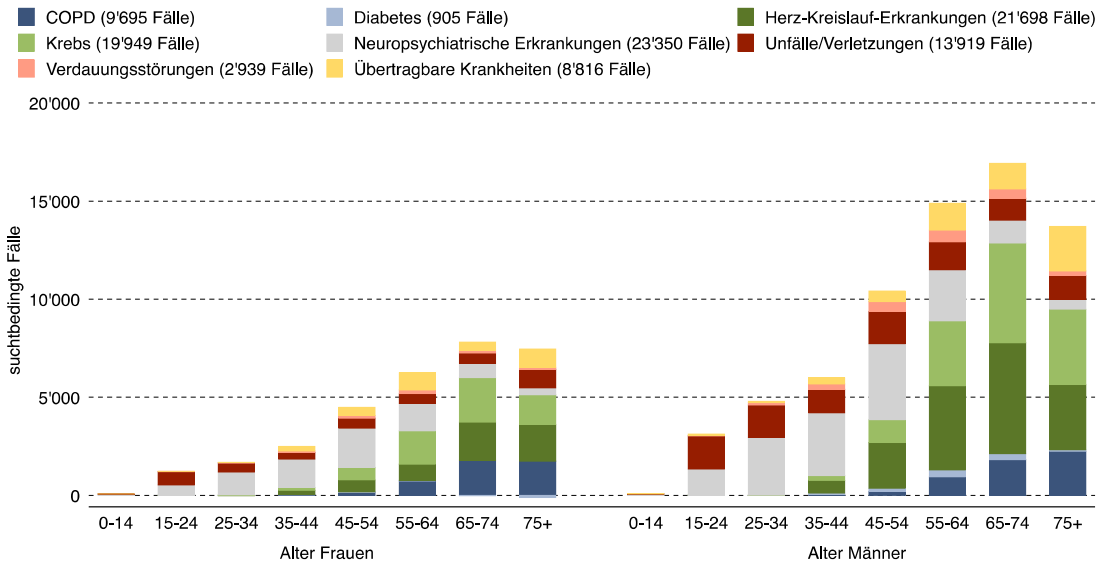
4.1.1 Gesundheitswesen

Stationäre Fälle für Akutsomatik, Psychiatrie und Reha

Suchtmittelkonsum verursacht in der Schweiz insgesamt 101'271 stationäre Fälle in akutsomatischen Spitälern, psychiatrischen Kliniken und Rehakliniken. Dies entspricht 7.2 Prozent aller stationären Fälle aus der MedStat im Jahr 2017. Von den suchtbedingten Fällen werden 66 Prozent durch Tabakkonsum (66'804, davon 25 Fälle mit 100% tabakbedingter Diagnose), 27 Prozent durch Alkoholkonsum (27'346, davon 1'241 Fälle mit 100% alkoholbedingter Diagnose), 7 Prozent durch Drogenkonsum (7'064, davon 7’051 Fälle mit 100% drogenbedingter Diagnose) und 0.1 Prozent durch übrige Süchte (57, nur 100% suchtbedingte Diagnosen berücksichtigt) verursacht (vgl. Abbildung 20 im Anhang). Bei den übrigen Süchten fallen 56 auf pathologisches Spielen und ein Fall auf gesteigertes sexuelles Verlangen.

Die meisten Aufenthalte werden von neuropsychiatrischen Erkrankungen (23%) verursacht, gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (21%) und Krebs (20%). Bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen gibt es jedoch eine grosse Anzahl durch mässigen Alkoholkonsum vermiedene Fällen (-13’928). Ohne Berücksichtigung dieses positiven Effekts bei Alkohol läge hier die Zahl deutlich höher. Die Aufteilung der Anzahl Fälle nach Alterskategorie und Krankheitsgruppe ist in Abbildung 8 über alle betrachteten Süchte dargestellt. In Abbildung 21, Abbildung 22 und Abbildung 23 im Anhang zeigen wir die Aufteilung pro Sucht.

Abbildung 8 Anzahl suchtbedingte stationäre Fälle nach Krankheit und Alter



Im stationären Bereich sind 2017 insgesamt 101'271 Fälle suchtbedingt. Dies entspricht 7.2% aller Fälle. Während bei jüngeren Personen vor allem Fälle aufgrund Unfälle/Verletzungen und neuropsychiatrischen Erkrankungen entstehen, sind es bei älteren Personen Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

Kosten der Akutsomatik, Psychiatrie und Reha

Die suchtbedingten Kosten im stationären Bereich (ohne Langzeitpflege) belaufen sich auf 1.3 Mrd. CHF. Dies entspricht 7.4 Prozent an den Gesamtausgaben in Spitälern.[21] Davon entfallen 947 Mio. CHF auf Tabak, 283 Mio. CHF auf Alkohol und 97 Mio. CHF auf Drogen.

Bei Alkohol verursacht das Alkoholentzugssyndrom als einzelne Diagnose mit 155 Mio. CHF die höchsten Kosten. Hohe Kosten fallen neben den neuropsychiatrischen Erkrankungen auch bei alkoholbedingten Unfällen und Krebs an. Bei den ischämischen Herzkrankheiten hingegen werden insgesamt 159 Mio. CHF eingespart.

Bei Tabak fallen die höchsten Kosten bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen an, alleine die ischämischen Herzkrankheiten verursachen 172 Mio. CHF. Ebenfalls sehr hohe Kosten weisen Lungenkrebs und COPD auf.

Die Kosten des Drogenkonsums werden fast ausschliesslich durch psychische und Verhaltensstörungen verursacht. Suchtindizierte HIV/AIDS- und Hepatitis-Erkrankungen verursachen aufgrund der geringen Anzahl an Fällen lediglich Kosten von 0.14 Mio. CHF. Dementsprechend stellt auch die Hauptkostenstelle Psychiatrie den grössten Kostenblock dar. Innerhalb der durch Drogenkonsum verursachten psychischen und Verhaltensstörungen fallen die höchsten Kosten durch Opioiden an (29%), gefolgt von Kokain und multiplem Substanzgebrauch mit einem Anteil von je 19 Prozent an den drogenbedingten Kosten (vgl. Tabelle 15).

[21] 18 Mrd. CHF gem. KFG 2017 (Stand 30.09.2019); berücksichtigt wurden die Leistungen: stationäre somatische Akutbehandlung, stationäre Psychiatriebehandlung, stationäre Geburtshausbehandlung, stationäre Rehabilitation, stationäre Medikamente, gemeinwirtschaftlichen Leistungen.

Tabelle 15 Drogenbedingte Kosten im stationären Bereich nach Ursache in Mio. CHF

	Akutsomatik	Psychiatrie	Reha	Total	Anteil
HIV/AIDS und Hepatitis	0.13	0.0	0.01	0.14	0.1%
Psychische und Verhaltensstörungen	4.9	88.5	0.5	94.0	97%
Opioide	1.5	26.7	0.1	28.3	29%
Cannabinoide	0.3	12.4	0.03	12.7	13%
Sedativa oder Hypnotika	1.4	11.6	0.2	13.1	14%
Kokain	0.6	17.5	0.1	18.3	19%
andere Substanzen	0.3	2.6	0.03	2.9	3.0%
multipler Substanzgebrauch	0.8	17.8	0.1	18.7	19.%
Vergiftungen und sonstiges	2.5	0.0	0.05	2.5	2.6%
Total	**7.5**	**88.5**	**0.6**	**96.7**	**100%**

Der grösste Anteil an den drogenbedingten Kosten wird durch Opioide (29%) verursacht, gefolgt von Kokain (19%). Bei den Sedativa oder Hypnotika sind es 14% und bei Cannabinoide 13%. Auf multiplen Substanzgebrauch entfallen 19% der Kosten.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

Ambulante Kosten und Kosten der Langzeitpflege

Die suchtbedingten Kosten im ambulanten Bereich und für die Langzeitpflege haben wir top down anhand der suchtbedingten Anteile pro Krankheitsgruppe im stationären Bereich ermittelt (vgl. Kapitel 3.2.1 und Tabelle 36 im Anhang). Deshalb weisen wir für diesen Bereich keine detaillierten Resultate aus, die Kosten werden im folgenden Abschnitt zu den Gesamtkosten ausgewiesen.

Gesamtkosten im Gesundheitswesen

Insgesamt entstehen im Gesundheitswesen suchtbedingte Kosten in Höhe von 3.8 Mrd. CHF. Tabakkonsum verursacht mit 3 Mrd. CHF 80 Prozent dieser Kosten. Beim Alkoholkonsum belaufen sich die Kosten auf 477 Mio. CHF. Darin berücksichtigt sind auch die positiven Effekte des Alkoholkonsums. Ohne diese lägen die Kosten mit 1'219 Mio. CHF deutlich höher, allerdings immer noch niedriger als beim Tabakkonsum. Aufgrund des Drogenkonsums entstehen Kosten von 274 Mio. CHF. Die übrigen Süchte summieren sich auf gut 3 Mio. CHF, wobei hier hauptsächlich Spielsucht enthalten ist. Tabelle 16 fasst die Kosten pro Sucht und Leistung zusammen.

Die alkoholbedingten Kosten von insgesamt 477 Mio. CHF resultieren vor allem bei den stationären Behandlungen. Auch im ambulanten Bereich entstehen hohe Kosten, mehrheitlich bei den neuropsychiatrischen Erkrankungen. Diese stellen mit 605 Mio. den grössten Kostenblock bei den Krankheitsgruppen dar. Die Kosten bei den ambulanten Behandlungen werden jedoch durch den positiven Effekt von mässigem Alkoholkonsum bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu einem grossen Teil aufgehoben (vgl. Abbildung 24 im Anhang). Bei alternativen Szenarien entstehen hier deutlich höhere Kosten (vgl. Kapitel 5 für eine Diskussion über mögliche Über- oder Unterschätzungen der Kosten).

Tabelle 16 Gesamte direkte Kosten im Gesundheitswesen in Mio. CHF

	Alkohol	Tabak	Drogen	übrige Süchte	Total
Stationäre Behandlung	410	1'388	150	1.7	1'951
▪ Akutsomatik	128	827	7.5	0	963
▪ Psychiatrie	168	0.2	89	1.1	258
▪ Reha	-13	120	0.6	0	108
▪ Langzeitpflege und Andere	127	441	53	0.6	622
Ambulante Behandlung	27	1'228	91	1.0	1'347
Medikamente	47	287	29	0.3	363
Andere Leistungen	-6.6	142	4.6	0.1	140
Total	**477**	**3'044**	**274**	**3.1**	**3'798**

Die gesamten suchtbedingten Kosten im Gesundheitswesen belaufen sich auf 3'798 Mio. CHF. Der grösste Teil davon ist auf den Tabakkonsum zurückzuführen (3'044 Mio. CHF). Bei den übrigen Süchten wurden lediglich Spiel- und Sexsucht berücksichtigt. Im stationären Bereich fallen die meisten Kosten an, wobei insbesondere in der Akutsomatik und Langzeitpflege hohe Kosten anfallen. Die Aufteilung auf die einzelnen Leistungen unterscheidet sich jedoch nach Sucht.

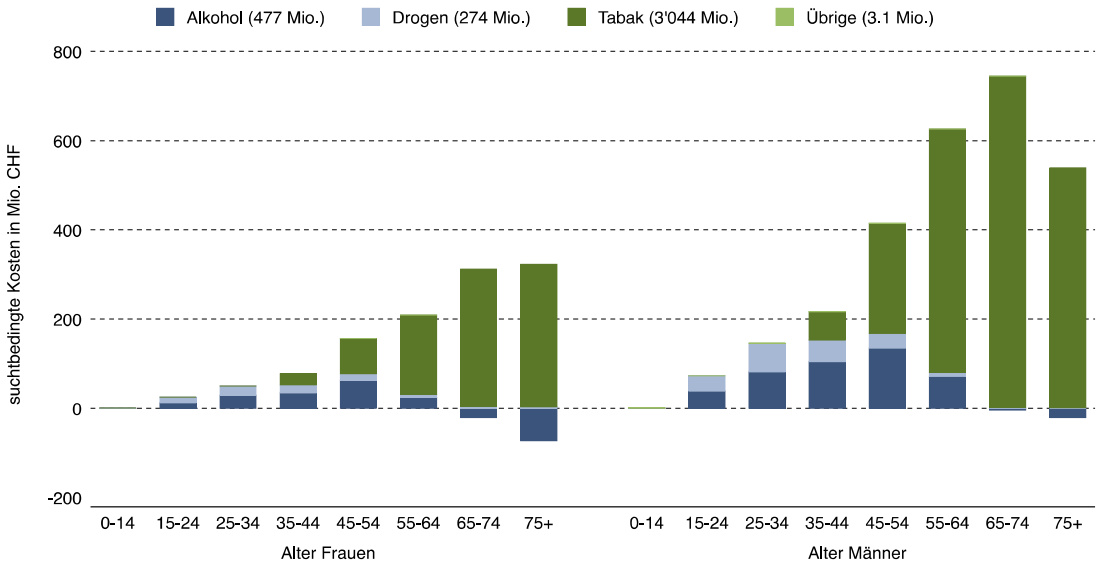
Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

Die tabakbedingten Kosten von insgesamt 3 Mrd. CHF teilen sich in etwa gleichmässig auf die stationären und ambulanten Behandlungen auf. Fast zwei Drittel der Kosten werden von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (1.9 Mrd. CHF) verursacht. Bei den ambulanten Behandlungen ist der Anteil sogar noch etwas höher. Ebenfalls hohe Kosten fallen aufgrund Krebserkrankungen) und COPD (435 resp. 345 Mio. CHF) an (vgl. Abbildung 25 im Anhang).

Die drogenbedingten Kosten von insgesamt 274 Mio. CHF fallen fast ausschliesslich bei den neuropsychiatrischen Erkrankungen an. Die Kosten der ambulanten Behandlung sind etwa gleich hoch wie die der stationären Behandlung in der Psychiatrie (vgl. Abbildung 26 im Anhang).

Bei allen Süchten verursachen Männer deutlich höhere Kosten. Bei Alkohol liegt der Anteil der Männer an den Kosten bei 85 Prozent, und ist damit sogar noch etwas höher als bei Tabak und Drogen mit rund 70 Prozent. Bezüglich der Alterskategorien zeigen sich zwischen den Süchten deutliche Unterschiede. Bei Drogen sind mehrheitlich jüngere Personen betroffen (25-34-Jährige), bei Alkohol sind es eher die mittleren Altersklassen (45-54-Jährige) und bei Tabak die älteren Personen ab 55 Jahren (vgl. Abbildung 9).

Abbildung 9 Suchtbedingte Kosten im Gesundheitswesen nach Sucht und Alter



Im Gesundheitswesen entstehen im Jahr 2017 suchtbedingte direkte Kosten in der Höhe von 3.8 Mrd. CHF. Tabakkonsum verursacht mit 3 Mrd. CHF den grössten Teil dieser Kosten. Die meisten Kosten fallen bei Personen ab 55 Jahren an, wobei Männer deutlich mehr Kosten verursachen. Die durch Alkoholkonsum verursachten Kosten belaufen sich auf 477 Mio. CHF. Darin berücksichtigt sind auch die positiven Effekte des Alkoholkonsums. Die positiven Effekte fallen tendenziell bei älteren Personen an, somit entstehen die grössten Kosten bei den 35- bis 54-Jährigen. Auch bei Alkohol verursachen Männer höhere Kosten als Frauen. Aufgrund von Drogenkonsums entstehen Kosten von 274 Mio. CHF, betroffen sind vor allem jüngere (männliche) Personen. Die übrigen Süchte summieren sich auf gut 3 Mio. CHF, wobei hier hauptsächlich Spielsucht enthalten ist.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

4.1.2 Strafverfolgung

Insgesamt ergeben sich für die Strafverfolgung für das Jahr 2017 suchtbedingte Kosten von 682 Mio. CHF, wobei rund 69 Prozent der Kosten auf den Drogenkonsum zurückgehen. Die höheren Kosten für Drogen gegenüber Alkohol sind eine direkte Folge der Illegalität des Drogenkonsums. Verstösse gegen das Betäubungsmittelgesetz verursachen insgesamt Kosten von 333 Mio. CHF, das entspricht 48 Prozent der Gesamtkosten und 71 Prozent der Kosten des Drogenkonsums.

Der grösste Kostenblock (321 Mio. CHF bzw. 47%) entsteht in der Strafverfolgung bei der Kriminalitätsbekämpfung durch die Polizei. Kosten durch Verkehrskontrollen konnten hier nicht berücksichtigt werden, da die verfügbaren Informationen keine genaue Abgrenzung der relevanten Kostenblöcke zulassen. Insgesamt ist daher bei den ausgewiesenen Kosten für die Polizei von einer Unterschätzung auszugehen. Werden anstelle der Kosten für die Kriminalitätsbekämpfung die gesamten Polizeikosten berücksichtigt, welche auch in Bezug auf die Verursachung durch Alkohol und Drogen nicht relevante Kosten beinhalten, so belaufen sich die Kosten auf 805 Mio. CHF (nicht in Tabelle 17 ausgewiesen). Es ist davon auszugehen, dass die wahren Gesellschaftskosten der Polizei zwischen den beiden Werten liegen.

Ein Kostenblock von 273 Mio. CHF (40% der gesamten Kosten) fällt im Strafvollzug an, wobei 248 Mio. CHF auf drogen- und 73 Mio. CHF auf alkoholbedingte Straftaten zurückgeht. Im Bereich der Justiz entstehen hier wiederum Kosten von 87 Mio. CHF, wobei Alkohol höhere Kosten verursacht als Drogen. Grund dafür ist die vergleichsweise hohe Anzahl aufgeklärter Fälle bei Verstössen gegen das Betäubungsmittelgesetz.

Tabelle 17 Kosten der Strafverfolgung

	Fälle resp. Insassen*	Kosten in Mio. CHF	Kostenanteil
Justiz	28'232	87	13%
▪ Alkohol	16'646	52	8%
▪ Drogen	11'586	36	5%
Polizei	114'948	321	47%
▪ Alkohol	26'083	73	11%
▪ Drogen	88'865	248	36%
Strafvollzug	1'458	273	40%
▪ Alkohol	481	90	13%
▪ Drogen	977	183	27%
Total	-	**682**	**100%**
▪ Alkohol		**215**	**31%**
▪ Drogen		**467**	**69%**

Aufgrund von Rundungen sind bei den Summen leichte Differenzen möglich

* Zur Berechnung der alkohol- und drogenbedingten Kosten wurde ein kausaler Anteil von 50% unterstellt. Bei Verstössen gegen das Betäubungsmittelgesetz ein Anteil von 100%.

Die gesamten alkohol- und drogenbedingten Kosten der Strafverfolgung belaufen sich für das Jahr 2017 auf rund 682 Mio. CHF. Davon fallen 40% der Kosten für den Strafvollzug an, rund 47% für die Polizei und rund 13% für die Justiz.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

4.2 Indirekte Kosten

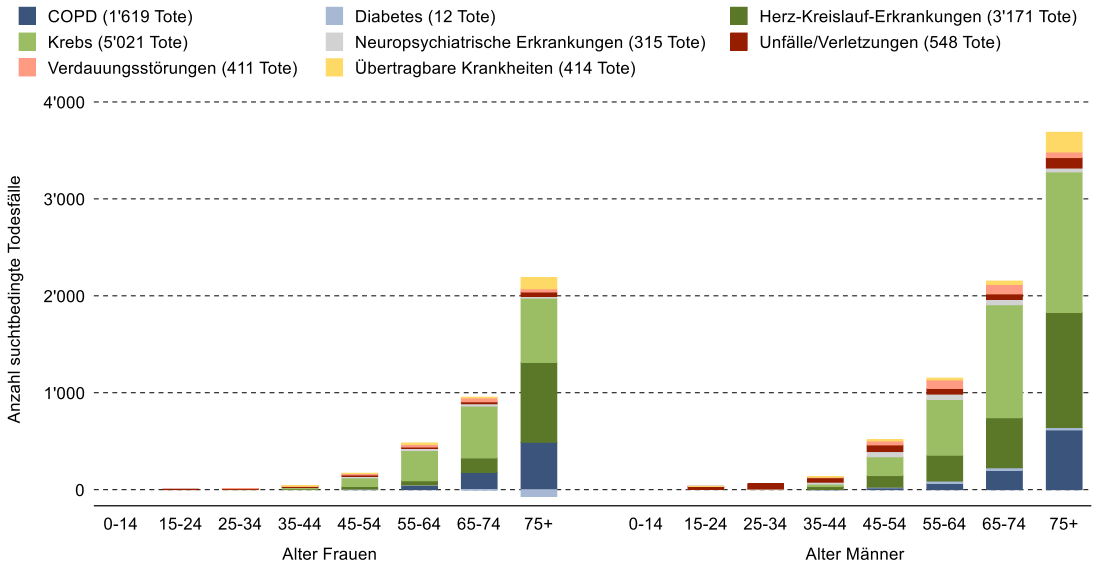
4.2.1 Mortalität

Suchtmittelkonsum verursacht in der Schweiz 2017 insgesamt 11'512 Todesfälle. Davon entfallen 1'904 Todesfälle auf Alkohol, 9'430 auf Tabak und 178 auf Drogen. Tabakkonsum ist damit für den Grossteil der suchtbedingten Todesfälle verantwortlich. Abbildung 10 zeigt die suchtbedingten Todesfälle nach Krankheitskategorie, Alter und Geschlecht. Abbildung 28, Abbildung 30 und Abbildung 32 im Anhang veranschaulichen das Gleiche für die einzelnen Suchtarten. Sowohl bei den Männern wie auch bei den Frauen ist die häufigste Todesursache Krebs gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und COPD. Rund zwei Drittel der suchtbedingten Todesfälle entfallen auf Männer. Besonders ausgeprägt ist der Unterschied zwischen Männer und Frauen bei Alkohol, wo rund 88 Prozent der Todesfälle auf Männer entfallen. Bei Tabak und Drogen sind es rund 63 Prozent beziehungsweise 69 Prozent.

Relativ zu allen Todesfällen in der Schweiz ist der suchbedingte Anteil sowohl bei den Männern wie auch den Frauen in der Altersklasse der 55-64-Jährigen am höchsten (Männer 37%, Frauen

28%). Zwischen den verschiedenen Suchtarten bestehen aber bedeutende Unterschiede. Bei Alkohol ist der Anteil bei den 15-24-Jährigen am höchsten (Männer 14.3%, Frauen 9.2%), bei Tabak bei den 55-64-Jährigen (Frauen 22.4%) beziehungsweise 65-74-Jährigen (Männer 27.9%) und bei Drogen bei den 25-34-Jährigen (Männer 7%, Frauen 4%). Insgesamt sind auf Alkohol 2.8 Prozent, Tabak 14.1 Prozent und Drogen 0.3 Prozent aller Todesfälle des Jahres 2017 zurückzuführen.

Abbildung 10 Suchtbedingte Todesfälle nach Krankheitskategorie



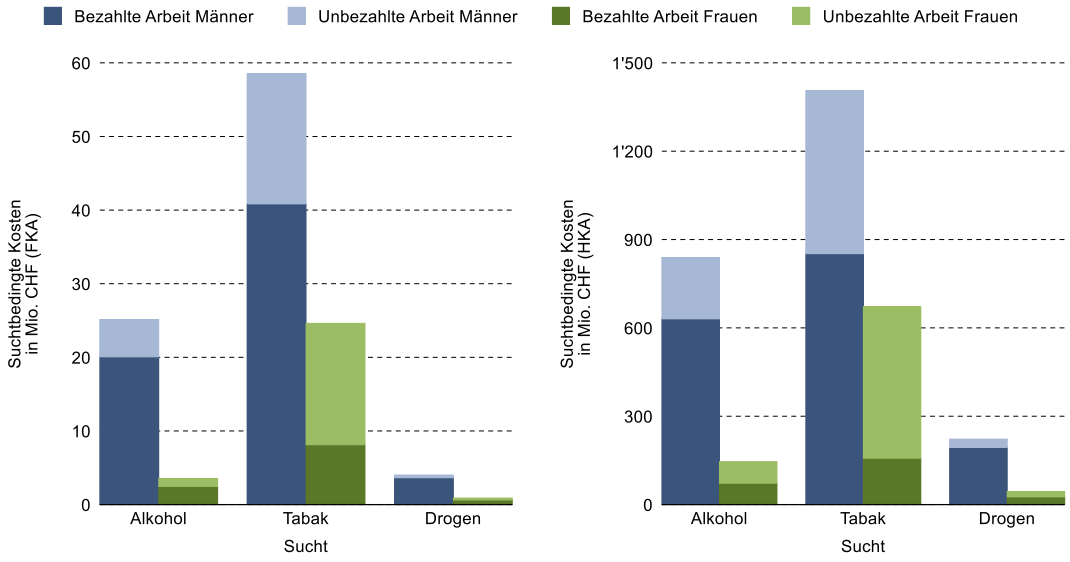
Sowohl bei den Männern wie auch bei den Frauen ist die häufigste suchtbedingte Todesursache Krebs, gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und COPD. Rund zwei Drittel der suchtbedingten Todesfälle entfallen auf Männer. Insgesamt verursacht der Suchtmittelkonsum im Jahr 2017 11'511 Todesfälle; bei den 15-64-Jährigen sind es 2'603.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

Für die Produktivitätsverluste aus bezahlter Arbeit werden nur die 2'603 Todesfälle der 15-64-Jährigen berücksichtigt. Bei der unbezahlten Arbeit werden alle suchtbedingten Todesfälle berücksichtigt. Wir berechnen die suchtbedingten Produktivitätsverluste sowohl mit dem Humankapitalansatz (HKA), welcher die gesamten Kosten bis zur Pensionierung miteinbezieht, wie auch mit dem Friktionskostenansatz (FKA), der lediglich die Kosten der Friktionsperiode berücksichtigt. In Abbildung 11 und Abbildung 12 werden in der linken/oberen Grafik jeweils die Kosten gemäss FKA und in der rechten/unteren gemäss HKA veranschaulicht.

Mit dem HKA resultiert aufgrund suchtbedingt frühzeitigen Todes ein Produktivitätsverlust von rund 3.3 Mrd. CHF, wovon 58 Prozent auf die bezahlte Arbeit zurückgeht (vgl. Abbildung 11). Der Anteil der bezahlten Arbeit fällt dabei bei den Männern (68%) bedeutend höher aus als bei den Frauen (30%). Grund dafür ist die höhere Erwerbsquote, das höhere Arbeitspensum sowie der durchschnittlich höhere Lohn der Männer wie auch das durchschnittlich höhere Volumen an unbezahlter Arbeit durch Frauen. Auf den Alkoholkonsum entfallen Kosten von ca. 1 Mrd. CHF (30%), den Tabakkonsum 2.1 Mrd. CHF (62%) und den Drogenkonsum 266 Mio. CHF (8%).

Abbildung 11 Produktivitätsverlust Mortalität nach Sucht



FKA = Friktionskostenansatz mit Friktionsperiode von 4 Monaten;
HKA = Humankapitalansatz mit Diskontrate von 2 Prozent

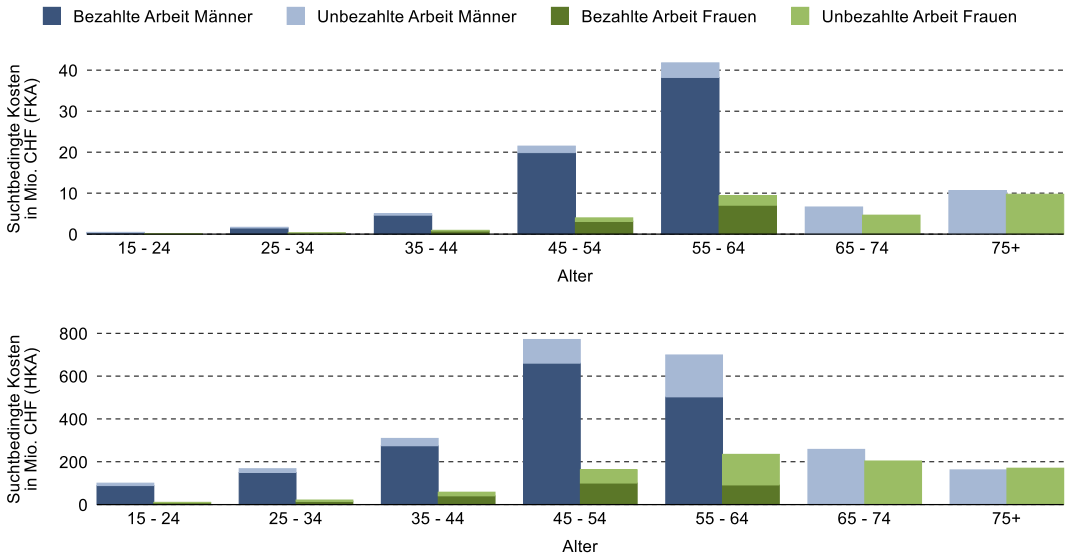
Mit dem FKA (HKA) resultiert aufgrund suchtbedingt frühzeitigen Todes ein Produktivitätsverlust von rund 117 Mio. (3.3 Mrd.) CHF. Bei beiden Ansätzen gehen rund zwei Drittel der Kosten auf den Tabakkonsum zurück. Auf den Alkoholkonsum entfallen mit dem FKA 25% der Kosten mit dem HKA 30%. Der Anteil des Drogenkonsums an den Kosten beträgt mit dem FKA 4% und mit dem HKA 8%.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

Bei Verwendung des FKA entstehen deutlich geringere Kosten von insgesamt 117 Mio. CHF, wobei der Anteil der bezahlten Arbeit mit 65 Prozent leicht höher ausfällt. Zwischen den Geschlechtern zeigt sich das gleiche Muster wie beim HKA. Auf den Alkoholkonsum entfallen Kosten von 29 Mio. CHF (25%), den Tabakkonsum 83 Mio. CHF (71%) und den Drogenkonsum 5 Mio. CHF (4%). Der Anteil des Tabakkonsums an den Gesamtkosten fällt damit höher aus als beim HKA. Die tabakbedingten Todesfälle sind im Durchschnitt älter als die alkohol- und drogenbedingten Todesfälle (vgl. Abbildung 27 im Anhang), was bei Verwendung des FKA weniger ins Gewicht fällt.

Abbildung 12 zeigt die Produktivitätsverluste nach Alterskategorie. Mit dem HKA sind die Produktivitätsverluste bei den 45-54-Jährigen am höchsten, mit dem FKA bei den 55-64-Jährigen. Mit dem FKA sind die Kosten zudem stärker in den Alterskategorien konzentriert wo die meisten Todesfälle anfallen, während mit dem HKA auch die 25-44-Jährigen relativ hohe Kosten aufweisen. Jüngere Personen verlieren mehr produktive Jahre und haben daher mit dem HKA pro Person einen höheren Produktivitätsverlust. Das unterschiedliche Durchschnittsalter der Todesfälle bei den drei Suchtarten zeigt sich zudem auch bei der Verteilung der Produktivitätsverluste über die Altersklassen. Bei den Drogen fällt der Grossteil der Produktivitätsverluste bei den unter 45-Jährigen an, beim Tabak den über 45-Jährigen, beim Alkohol ist es etwas gleichmässiger verteilt (vgl. Abbildung 29, Abbildung 31 und Abbildung 33 im Anhang).

Abbildung 12 Produktivitätsverlust Mortalität nach Alter



FKA = Friktionskostenansatz mit Friktionsperiode von 4 Monaten;
HKA = Humankapitalansatz mit Diskontrate von 2 Prozent

Mit dem FKA sind die Produktivitätsverluste bei den 55-54-Jährigen am höchsten, mit dem HKA bei den 45-54-Jährigen. Mit dem FKA sind die Kosten zudem stärker in den Alterskategorien konzentriert wo die meisten Todesfälle anfallen, während mit dem HKA auch 25-44-Jährigen relativ hohe Kosten aufweisen.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

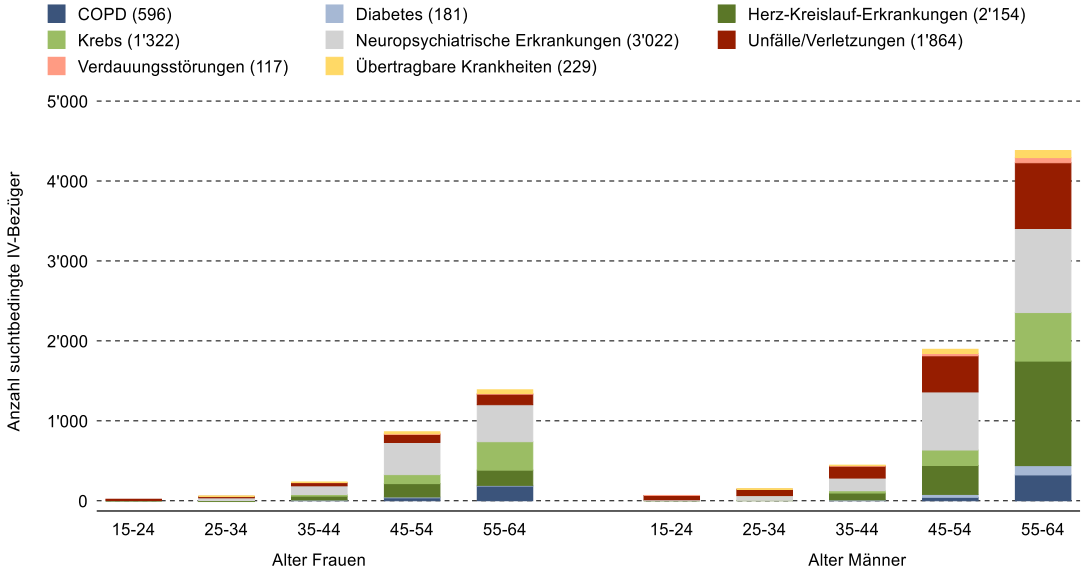
4.2.2 Morbidität

Frühzeitige Pensionierung

Im Jahr 2017 gab es 9'484 suchtbedingte IV-Bezüger (10'231 verursachte und 747 vermiedene). Davon gehen 3'035 (32%) auf den Alkohol-, 4'711 (50%) den Tabak- und 1'737 (18%) auf den Drogenkonsum zurück. Rund drei Viertel der suchtbedingten IV-Bezüger sind Männer, wobei deren Anteil bei Alkohol (86%) am grössten und bei Drogen (62%) am kleinsten ist. Der weit häufigste Grund für einen suchtbedingten IV-Bezug sind bei Frauen und Männern neuropsychiatrische Erkrankungen, gefolgt von Krebs (Frauen) beziehungsweise Unfälle/Verletzungen (Männer) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (vgl. Abbildung 13).[22] Zu den neuropsychiatrischen Erkrankungen gehören der Alkoholismus, die Toxiomanie, Epilepsie, die Degeneration des Nervensystems durch Alkohol, Alkohol-Polyneuropathie sowie die Alkoholmyopathie. Auf den Alkoholismus entfallen dabei 37 Prozent der neuropsychiatrischen Erkrankungen, auf die Toxiomanie 53 Prozent. In Wahrheit dürfte die Anzahl IV-Bezüger mit der Diagnose Alkoholismus und Toxiomanie höher liegen. Bei diesen Diagnosen erfolgt eine Kürzung der IV-Rente, es ist daher zu vermuten, dass teilweise eine andere Diagnose verwendet wird.

[22] Abbildung 34, Abbildung 35 und Abbildung 36 im Anhang zeigen die IV-Bezüger nach Krankheitskategorie für die einzelnen Sucharten.

Abbildung 13 Suchtbedingte IV-Bezüger nach Krankheitskategorie



Insgesamt sind 9'484 IV-Bezüger suchtbedingt (10'231 verursachte und 747 vermiedene); drei Viertel davon sind Männer. Neuropsychiatrische Erkrankungen (hauptsächlich Alkoholismus und Toxiomanie), Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Unfälle/Verletzungen sind dabei für den grössten Teil verantwortlich. Die meisten suchtbedingten IV-Bezüger fallen in die Kategorie der 45-54- und 55-64-Jährigen.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

Absentismus

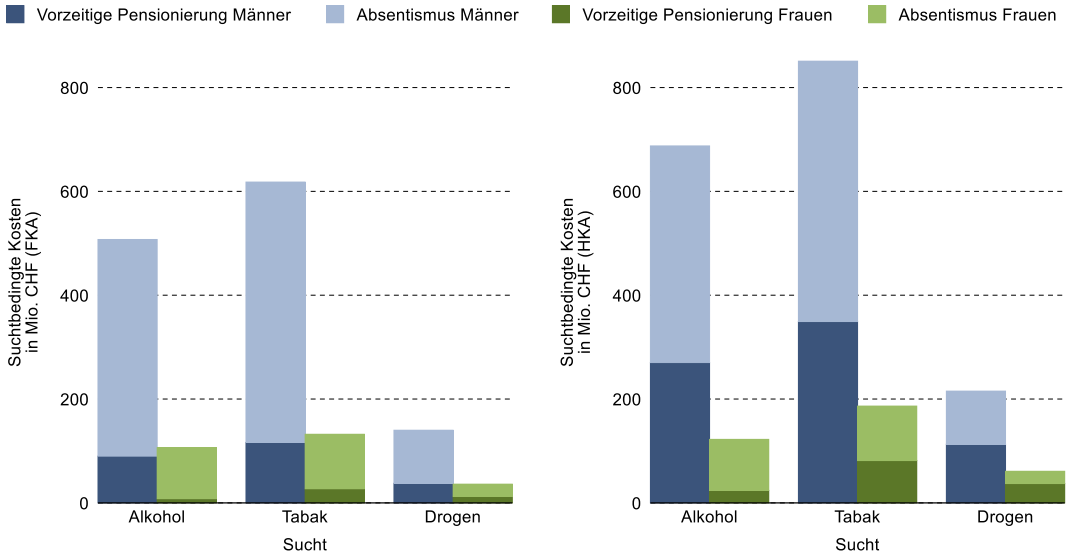
Im Jahr 2017 gab es in der Schweiz insgesamt 215 Mio. Stunden Absenzen aufgrund von Krankheit oder Unfall. Davon sind 19.3 Mio. suchtbedingt, wobei 8.4 Mio. durch Alkohol, 8.5 Mio. durch Tabak und 2.3 Mio. durch Drogen bedingt sind. Auf die Männer entfallen rund 80 Prozent der Absenzen, wobei deren Anteil sich nach Sucht nur geringfügig unterscheidet.

Abbildung 14 bildet die krankheitsbedingten Produktivitätsverluste nach Sucht ab. Wird der Friktionskostenansatz verwendet (Grafik links) betragen die suchtbedingten Produktivitätsverluste 1.5 Mrd. CHF, wobei 81 Prozent der Kosten auf den Absentismus zurückgehen. Auf den Alkoholkonsum entfallen dabei rund 40 Prozent der Kosten, den Tabakkonsum 49 Prozent und den Drogenkonsum 11 Prozent. Bei Verwendung des Humankapitalansatzes (Grafik rechts) resultieren Produktivitätsverluste im Wert von 2.1 Mrd. CHF, wobei rund 60 Prozent der Kosten auf Absentismus zurückgehen. Die Kosten der vorzeitigen Pensionierung sind unter dem HKA deutlich höher während Absentismus bei beiden Fällen zum gleichen Resultat führt, weil wir annehmen, dass die Absenzendauer innerhalb der Friktionsperiode (4 Monate) liegt. Die Kostenanteile der verschiedenen Suchtarten bleiben hingegen etwa gleich (Alkohol 38%; Tabak 49%, Drogen 13%). Unabhängig vom verwendeten Ansatz verursachen Männer über 80 Prozent der Kosten. Der Hauptteil der Kosten fällt zudem bei den 45-64-Jährigen an (vgl. Abbildung 12);[23] einerseits,

[23] Abbildung 37, Abbildung 38 und Abbildung 39 im Anhang zeigen die Produktivitätsverluste nach Alter für die einzelnen Suchtarten.

weil in dieser Altersklasse die meisten suchtbedingten Krankheiten vorkommen, andererseits aber auch weil die Arbeitskosten dort am höchsten sind.

Abbildung 14 Produktivitätsverlust Morbidität nach Sucht

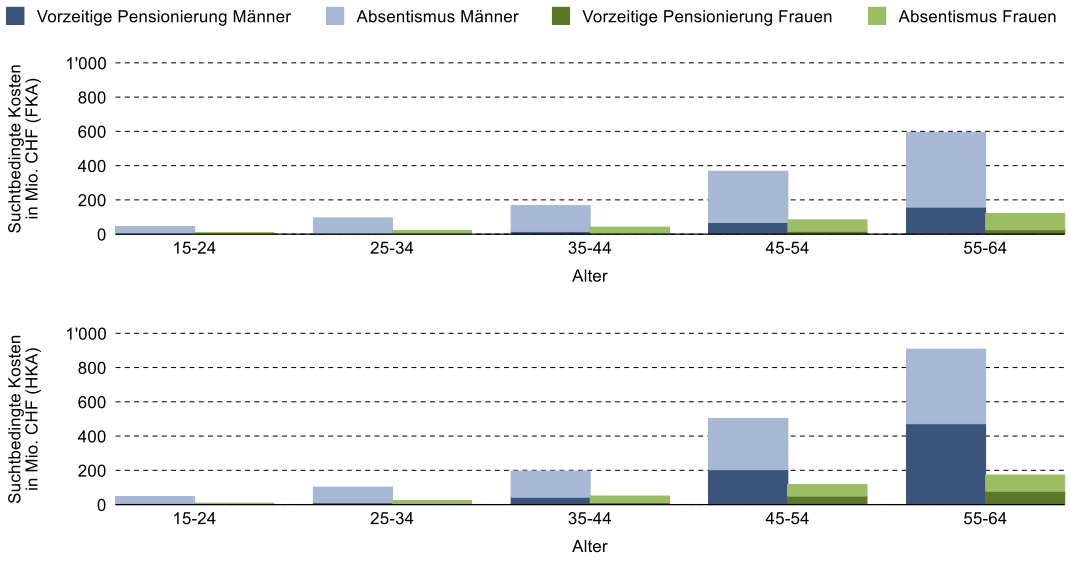


FKA = Friktionskostenansatz mit Friktionsperiode von 4 Monaten;
HKA = Humankapitalansatz mit Diskontrate von 2 Prozent

Die Kosten aus suchtbedingt vorzeitiger Pensionierung und Absentismus belaufen sich für das Jahr 2017 auf rund 1.5 Mrd. CHF (FKA, Grafik links) resp. 2.1 Mrd. CHF (HKA, Grafik rechts). Auf den Alkoholkonsum gehen dabei beim FKA (HKA) rund 40%, (38%), den Tabakkonsum 49% (49%) und den Drogenkonsum 11% (13%) der Kosten zurück. Mit dem FKA entfallen 40% der Kosten den Absentismus, beim HKA sind es 81%.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

Abbildung 15 Produktivitätsverlust Morbidität nach Alter



FKA = Friktionskostenansatz mit Friktionsperiode von 4 Monaten;
HKA = Humankapitalansatz mit Diskontrate von 2 Prozent

Die Kosten aus suchtbedingt vorzeitiger Pensionierung und Absentismus belaufen sich für das Jahr 2017 auf rund 1.5 Mrd. CHF (FKA, Grafik oben) resp. 2.1 Mrd. CHF (HKA, Grafik unten). Bei beiden Ansätzen wird der Grossteil der Kosten durch die 45-64-Jährigen verursacht.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

4.2.3 Direkte Produktivitätsverluste

Durch Alkoholkonsum entstehen direkte Produktivitätsverluste von rund 1.5 Mrd. CHF (vgl. Tabelle 18). Auf Präsentismus, das heisst die eingeschränkte Leistungsfähigkeit während der Arbeitszeit entfallen dabei rund 85 Prozent der Kosten. Zwei Drittel der direkten Produktivitätsverluste werden durch Männer verursacht, Grund dafür ist die höhere Erwerbsquote und das höhere Lohnniveau der Männer. Glückspiel versursachte im Jahr 2017 einen direkten Produktivitätsverlust von 58 Mio. CHF, wobei hier rund 60 Prozent der Kosten auf den Präsentismus zurückgehen. Eine Unterscheidung zwischen Männer und Frauen ist hier nicht möglich.

Tabelle 18 Direkte Produktivitätsverluste

Kosten in Mio. CHF	Fehlzeiten (Absentismus)	Produktivitätsverluste (Präsentismus)	Total
Alkohol	209	1'299	1'508
▪ Männer	138	875	1'013
▪ Frauen	71	424	495
Glücksspiel	22	36	58

Die direkten Produktivitätsverluste durch Alkoholkonsum am Arbeitsplatz belaufen sich auf rund 1.5 Mrd. CHF. Dabei verursacht Präsentismus, d. h. die alkoholbedingt eingeschränkte Leistungsfähigkeit während der Arbeitszeit, mit 1.3 Mrd. den Hauptteil der Kosten. Glückspiel verursacht einen direkten Produktivitätsverlust von 58 Mio., wobei rund 60% der Kosten auf Präsentismus zurückgehen.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

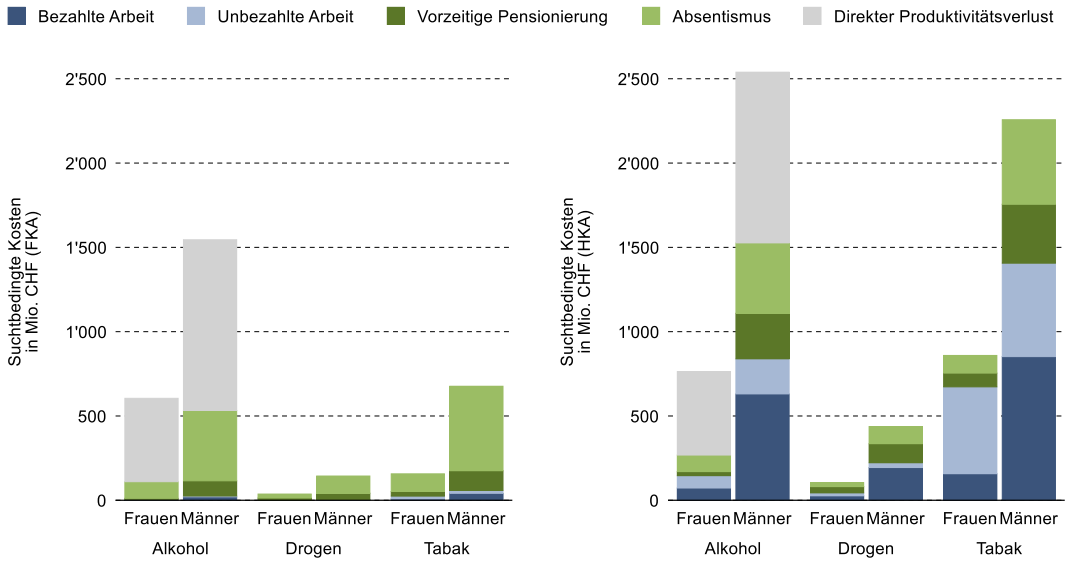
4.2.4 Produktivitätsverluste total

Durch den Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum sind im Jahr 2017 bei Verwendung des Humankapitalansatzes insgesamt Produktivitätsverluste von rund 7 Mrd. CHF entstanden.[24] Knapp die Hälfte der Produktivitätsverluste sind auf eine verfrühte Mortalität zurückzuführen, 31 Prozent gehen auf krankheitsbedingte Produktivitätsverluste zurück und 22 Prozent sind direkte Produktivitätsverluste (vgl. Abbildung 16). Etwas weniger als die Hälfte der Kosten wird durch den Alkoholkonsum verursacht, 45 Prozent entstehen durch den Tabakkonsum und 8 Prozent durch den Drogenkonsum. Wird der Friktionskostenansatz verwendet, betragen die suchtbedingten Produktivitätsverluste rund 3.2 Mrd. CHF. In diesem Fall sind lediglich 3 Prozent der Kosten auf eine verfrühte Mortalität zurückzuführen, 39 Prozent der Kosten resultieren durch Absentismus und 48 Prozent der Kosten sind direkte Produktivitätsverluste. Der Alkoholkonsum ist bei Verwendung des FKA für rund 68 Prozent der Kosten verantwortlich, der Tabakkonsum für 26 Prozent und der Drogenkonsum für 6 Prozent.

Abbildung 17 veranschaulicht die Produktivitätsverluste nach Krankheitskategorie und Alter. Die direkten Produktivitätsverluste sind hier nicht enthalten, da diese nur insgesamt bekannt sind. Wird der HKA verwendet, werden sowohl bei den Frauen wie den Männern die meisten Kosten von Krebs, gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursacht. An dritter Stelle folgen bei den Männern Produktivitätsverluste in Folge von Unfällen/Verletzungen, bei den Frauen sind es die neuropsychiatrischen Erkrankungen. Wird der FKA verwendet sind bei beiden Geschlechtern die neuropsychiatrischen Erkrankungen für den grössten Kostenblock verantwortlich. Es folgen bei den Männern die Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Unfälle/Verletzungen. Bei den Frauen sind Krebserkrankungen an zweiter Stelle gefolgt von den Unfällen/Verletzungen. Sowohl beim FKA wie auch beim HKA entsteht der Grossteil der Kosten bei den 45-64-Jährigen.

[24] Vgl. auch Tabelle 37 im Anhang.

Abbildung 16 Produktivitätsverluste nach Art der indirekten Kosten

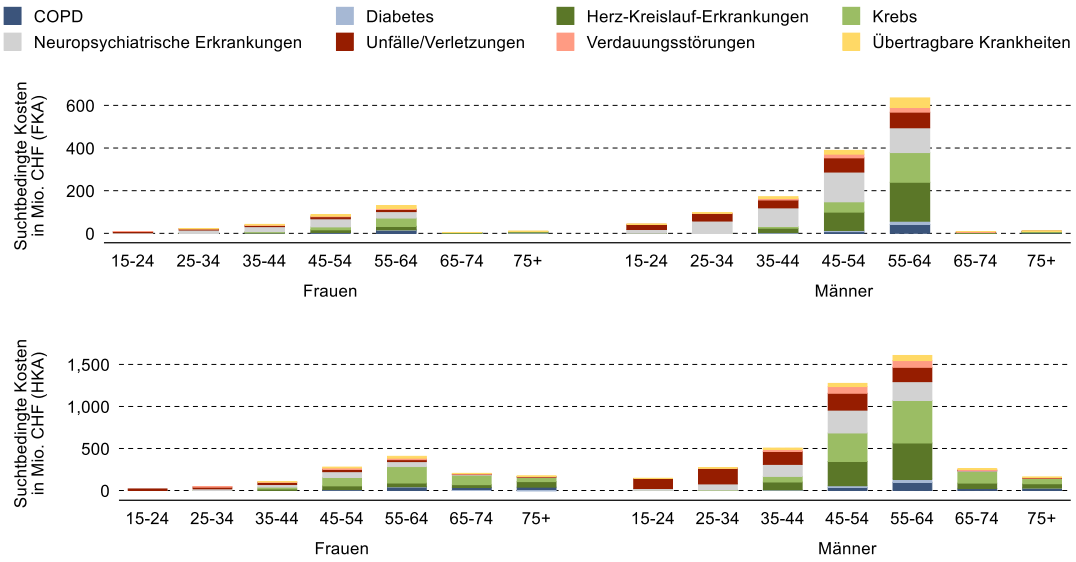


FKA = Friktionskostenansatz mit Friktionsperiode von 4 Monaten;
HKA = Humankapitalansatz mit Diskontrate von 2 Prozent

Bei Verwendung des FKA (Grafik links) entstehen im Jahr 2017 suchtbedingt insgesamt Kosten von 3.2 Mrd. CHF. 3% der Produktivitätsverluste sind auf eine verfrühte Mortalität zurückzuführen, 49% gehen auf krankheitsbedingten Produktivitätsverluste zurück und 48% sind direkte Produktivitätsverluste. Wird der HKA (Grafik rechts) verwendet entstehen Produktivitätsverluste von rund 7 Mrd. CHF, wobei 31% der Kosten krankheitsbedingt sind und 22% der Kosten auf die direkten Produktivitätsverluste zurückgehen.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

Abbildung 17 Produktivitätsverluste Morbidität und Mortalität nach Krankheit



- Direkte Produktivitätsverluste sind in der Abbildung nicht enthalten.

Beim FKA (obere Grafik) sind die neuropsychiatrischen Erkrankungen für den grössten Teil der Produktivitätsverluste verantwortlich. Wird der HKA (untere Grafik) verwendet, resultiert der grösste Kostenblock in Folge von Krebs- und Herz-Kreislauferkrankungen. Bei beiden Ansätzen entsteht das Gros der Kosten bei den 45-64-Jährigen.

Quelle: Eigene Berechungen, Polynomics.

4.3 Intangible Kosten

Insgesamt werden 2017 durch Alkohol, Tabak und Drogen 361'680 DALY verursacht. Dies entspricht 17.5 Prozent aller DALY (2’067’717). Die drei Süchte verursachen eine hohe Krankheitslast. Innerhalb der suchtbedingten DALY machen Tabak 69 Prozent aus, Alkohol 22 Prozent und Drogen 9 Prozent (vgl. Abbildung 18). Bei allen Süchten setzen sich die DALY mehrheitlich aus den verlorenen Lebensjahren zusammen (YLL). Der Anteil der mit Krankheit gelebte eingeschränkten Lebensjahre (YLD) ist bei Drogen mit 43 Prozent am höchsten (vgl. Tabelle 19).

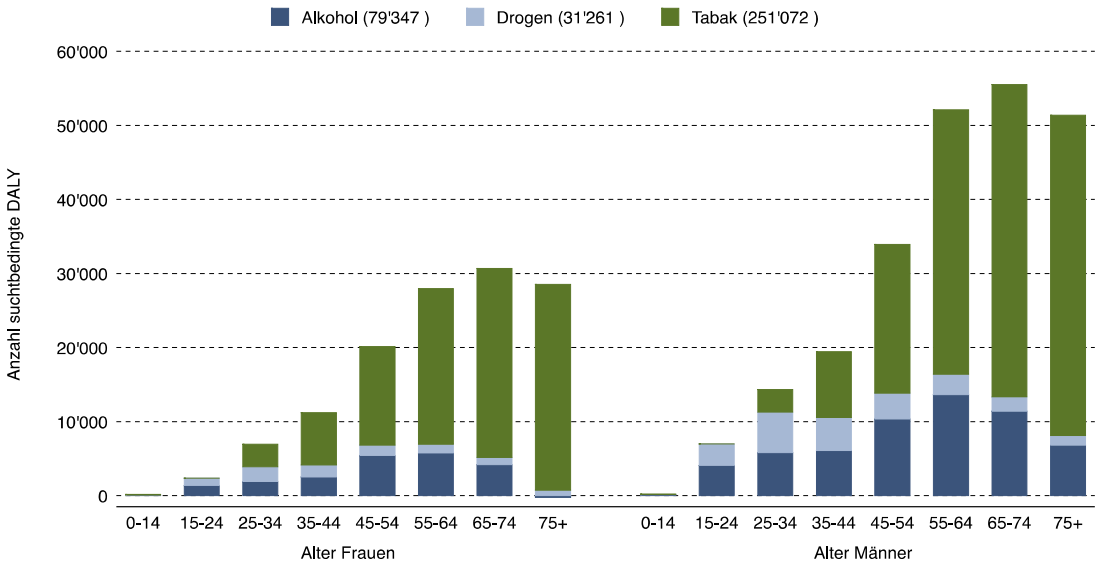
Tabelle 19 Zusammensetzung der DALY nach Sucht

	Alkohol		Tabak		Drogen		Total Sucht		Total	
YLD	25’348	32%	91’661	37%	13’595	43%	130’604	36%	1'182’660	11%
YLL	53’999	68%	159’411	63%	17’667	57%	231’077	64%	885’057	26%
DALY	79’347	100%	251’072	100%	31’261	100%	361’681	100%	2’067’717	17.5%

Insgesamt werden 2017 durch Alkohol, Tabak und Drogen 361'680 DALY oder 17.5% aller DALY verursacht. Bei allen Süchten setzen sich die DALY mehrheitlich aus den verlorenen Lebensjahren zusammen (YLL). Der Anteil der mit Krankheit gelebte eingeschränkten Lebensjahre (YLD) ist bei Drogen mit 43% am höchsten.

Quelle: Global Burden of Disease Collaborative Network (2018); eigene Berechnungen, Polynomics.

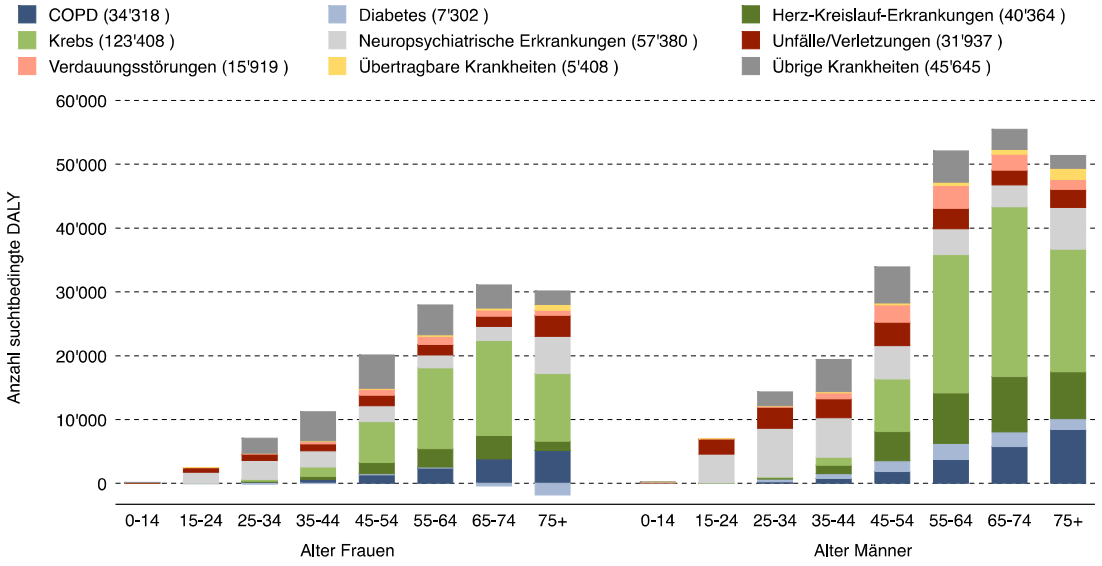
Abbildung 18 Anzahl suchtbedingte DALY nach Sucht



Im Jahr 2017 werden durch Alkohol, Tabak und Drogen 361'680 DALY verursacht. Davon fällt ein Grossteil auf Tabak. Bei den Männern fallen insgesamt mehr DALY an, wobei bei Tabak eher Personen ab 55 Jahren betroffen sind, bei Alkohol sind es die 45-74-Jährigen und bei Drogen die 25-44-Jährigen.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

Abbildung 19 Anzahl suchtbedingter DALY nach Krankheitsgruppe



Innerhalb der betrachteten Krankheitsgruppen verursachen Krebserkrankungen sowohl bei den Frauen und bei den Männern die meisten suchtbedingten DALY (123'408 von 361'680 DALY).

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

Abbildung 18 zeigt die DALY nach Alter und Geschlecht. Bei Drogen sind eher jüngere Personen betroffen, beim Alkohol sind es die mittleren Altersklassen und bei Tabak ist der grösste Anteil bei den älteren Personen. Über alle Süchte fallen am meisten DALY bei den 65-74-Jährigen an.

Krebserkrankungen machen gut ein Drittel aller suchtbedingten DALY aus (vgl. Abbildung 19). Die in der GBD-Studie berücksichtigen Krankheiten sind nicht ganz deckungsgleich mit den in Abschnitt 3.1 aufgeführten Krankheiten. Insbesondere gibt es zusätzlich eine Krankheitskategorie «Übrigen Krankheiten», darin sind Blindheit und Sehschwäche, Kreuzschmerzen, Mittelohrentzündung und Rheumatoide Arthritis zusammengefasst. Diese sind in der GBD-Studie als tabakbedingte Krankheiten erfasst. In Abbildung 40, Abbildung 41 und Abbildung 42 im Anhang sind die suchtbedingten DALY nach Krankheitsgruppe pro Sucht dargestellt.

4.4 Wer trägt die Kosten

In diesem Abschnitt verteilen wir die entstandenen Kosten auf die Akteure, bei denen sie anfallen. Eine detaillierte Inzidenzanalyse der Einzelkosten ist im Rahmen dieser Studie nicht möglich, da eine Kosteninzidenzstudie einer anderen Systematik folgen müsste, als die Erfassung der volkswirtschaftlichen Kosten. Bei den Kosten für die Sozialversicherungen handelt es sich grundsätzlich um reine Transferzahlungen, welche bei der Ermittlung der gesellschaftlichen Kosten nicht berücksichtigt werden. Häufig stehen staatlichen Transfers jedoch gesellschaftliche Kosten gegenüber. Invaliditätsrenten kommen beispielsweise durch Produktivitätsverluste zustande, weil die Betroffenen nicht mehr (oder nur noch eingeschränkt) arbeiten können. Diese Produktivitätsverluste stellen gesellschaftliche Kosten der Sucht dar und werden soweit möglich erfasst. Somit können wir die Kosten der Sozialversicherungen anhand der ermittelten Produktivitätsverluste grob abschätzen.

- Die Gesundheitskosten von rund 1.3 Mrd. CHF werden getragen von Staat (Kantone und Gemeinden) und Sozialversicherungen. Bei den Sozialversicherungen fällt der grösste Teil der Kosten bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) an. Weitere Kostenträger sind Invalidenversicherung (IV), Ergänzungsleistungen (EL) zur AHV und IV, Unfall- und Militärversicherung, AHV sowie Alters- und Pflegehilfe.
- Die berücksichtigten Kosten der Strafverfolgung im Rahmen von 682 Mio. CHF tragen vollumfänglich der Staat (Bund, Kantone, Gemeinden) und damit die Steuerzahler.
- Bei den indirekten Kosten werden die Mortalitätskosten von 76 Mio. CHF von den Unternehmen getragen. Darin sind die Produktivitätsverluste von einer Friktionsperiode von vier Monaten enthalten. Wenn die Kosten mit dem HKA berechnet werden, dürfte die Differenz zum FKA von rund 3.25 Mrd. CHF bei der gesamten Volkswirtschaft anfallen, weil diese Personen nicht mehr zum Wohlstand der Volkswirtschaft beitragen können. Es sind aber nicht Kosten, die eine bestimmte Gruppe zu tragen hat.
- Bei den indirekten Morbiditätskosten werden die Kosten einer vorzeitigen Pensionierung von 292 Mio. CHF von der IV getragen. Hier sind wieder nur Produktivitätsverluste von vier Monaten enthalten. Die Kosten, die bei der IV anfallen, sind aber eher im Bereich der mit dem HKA ermittelten Kosten von 875 Mio. CHF. Unter dem FKA wird ein Teil dieser Kosten jedoch als reine Transferzahlungen innerhalb der Volkswirtschaft betrachtet und nicht als Kosten berücksichtigt. Die Kosten des Absentismus von 1.2 Mrd. CHF entfallen grösstenteils auf die Unternehmen.

- Die direkten Produktivitätsverluste in der Höhe von rund 1.6 Mrd. CHF tragen die Unternehmen. Dabei ist allerdings nicht auszuschliessen, dass ein gewisser Teil über Lohnreduktionen an die Alkoholkonsumierenden oder Spielsüchtigen weitergereicht wird.

Tabelle 20 Grobe Abschätzung der Kostenträger in Mio. CHF

Kostenträger	Gesundheit	Straf-verfolgung	Mortalität	Morbidität	Direkte Prod.-verluste	Total
Staat	918	682	-	-	-	1'600
Sozialversicherung	2'881	-	-	292	-	3'173
▪ OKP	2'294	-	-	-	-	2'294
▪ IV	124	-	-	292	-	416
▪ EL	227	-	-	-	-	227
▪ andere	235	-	-	-	-	235
Unternehmen	-	-	76	1'248	1'566	2'890
Gesamte Volkswirtschaft	-	-	41	-		41
Total	**3'798**	**682**	**117**	**1'540**	**1'566**	**7'703**

- Indirekte Kosten berechnet mit dem FKA
- OKP = obligatorischen Krankenpflegeversicherung, IV = Invalidenversicherung, EL = Ergänzungsleistungen

Von den insgesamt 7.7 Mrd. CHF fallen 1.6 Mrd. CHF beim Staat an. Den grössten Teil tragen die Sozialversicherungen mit knapp 3.2 Mrd. CHF und die Unternehmen mit knapp 2.9 Mrd. CHF.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

5 Sensitivität der Resultate

Bei der Berechnung der suchtbedingten Kosten müssen viele Annahmen getroffen und eine Vielzahl an unterschiedliche Datenquellen verwendet werden. Teilweise kann auch aufgrund fehlender Daten nur ein Teil der Kosten berücksichtigt werden, oder es werden grobe Abschätzungen vorgenommen. In diesem Kapitel diskutieren wir die in Kapitel 4 ausgewiesenen Kosten auf mögliche Über- oder Unterschätzungen und untersuchen die Sensitivität der Resultate auf die unterstellten Annahmen.

5.1 Über-/Unterschätzung der Kosten

Verwendeter suchtbedingter Anteil

Die suchtbedingten Anteile für Krankheiten und Verletzungen sind ein zentraler Bestandteil der Berechnung der Kosten von Sucht. Insbesondere bei Alkohol und Tabak haben diese einen starken Einfluss auf die direkten Kosten im Gesundheitswesen wie auch auf die indirekten Kosten für Morbidität und Mortalität. Durch die Berücksichtigung des in der Literatur bei Männern umstrittenen positiven Effekts bei mässigem Alkoholkonsum können die Kosten bei Alkohol tendenziell unterschätzt werden. Der Einfluss des suchtbedingten Anteils wird im Abschnitt 5.2 noch genauer untersucht. Beim Drogenkonsum kommt es tendenziell ebenfalls zu einer Unterschätzung der Anzahl Fälle aufgrund HIV/AIDS und Hepatitis. Die Daten, auf welchen unsere drogenbasierten Anteile basieren, weisen einen hohen Anteil mit unbekanntem Ansteckungsgrund auf. Wir haben nur den Anteil verwendet, welcher als drogenbedingt angegeben wurde. Wenn bei den Fällen mit unbekanntem Ansteckungsgrund auch ein Teil drogenbedingt ist, wird die Anzahl der drogenbedingten Fälle unterschätzt und somit auch die Kosten. Allerdings lagen 2017 die Gesamtkosten für HIV/AIDS und Hepatitis im stationären Bereich bei unter 3 Mio. CHF, somit lägen die Kosten auch bei einem höheren drogenbedingten Anteil im einem niedrigen Bereich.

Gesundheitswesen

Da im ambulanten Bereich und bei der Langzeitpflege keine detaillierten Daten mit Diagnose verfügbar sind, haben wir hier einen Top-down-Ansatz gewählt. Die Berechnung ist somit ungenauer als im stationären Bereich und unterliegt gewissen Annahmen. Zum einen haben wir unterstellt, dass die Aufteilung der Kosten nach Leistung (z. B. stationäre oder ambulante Behandlung) auf die einzelnen Krankheitsgruppen sich gegenüber dem Jahr 2011 nicht verändert hat. Bei den stationären Kosten konnten wir die Zuteilung mit den aus der MedStat berechneten Kosten vergleichen, die prozentuale Zuteilung auf die einzelnen Krankheitsgruppen war dabei relativ ähnlich.

Zum anderen wenden wir innerhalb einer Krankheitsgruppe den suchtbedingten Anteil der stationären Kosten auf die ambulanten Kosten an. Somit unterstellen wir, dass der Anteil der suchtbedingten Kosten innerhalb einer Krankheitsgruppe über alle Leistungen konstant ist. Dies ist vor allem dann problematisch, wenn die Behandlung der suchtbedingten Krankheiten anders erfolgt, als die anderen Krankheiten in derselben Krankheitsgruppe. Beispielsweise sind die Behandlungskosten für HIV/AIDS aufgrund der teuren Medikamente im ambulanten Bereich deutlich höher als im stationären Bereich. Weil HIV/AIDS aber zur relativ groben Krankheitsgruppe «übertragbare Erkrankungen» gehört, bei welcher insgesamt rund 50 Prozent der Kosten im stationären Bereich anfallen (inkl. Langzeitpflege), werden hier die Kosten unterschätzt. Bei Alko-

hol weisen die einzelnen Krankheiten innerhalb der Krankheitsgruppe Herz-Kreislauf-Erkrankungen unterschiedliche alkoholbedingte Anteile auf (insbesondere ischämische Herzkrankheiten und Hypertonie, vgl. Tabelle 32 im Anhang). Im stationären Bereich machen die ischämischen Herzkrankheiten fast die Hälfte aller alkoholbedingten Fälle bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen aus, somit dominiert der dort enthaltene positive Effekt bei mässigem Alkoholkonsum. Allerdings dürfte im ambulanten Bereich der Anteil von Hypertonie deutlich höher sein als im stationären Bereich und den positiven Effekt der ischämischen Herzerkrankungen überdecken. Bei Alkohol sind die ambulanten Kosten bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen somit tendenziell unterschätzt. Insbesondere auch, da die Herz-Kreislauf-Erkrankungen nicht nur im stationären, sondern auch im ambulanten Bereich einen bedeutenden Kostenblock darstellen.

Strafverfolgung

Bei der Berechnung der suchtbedingten Kosten der Justiz werden nur die ungelösten Fälle berücksichtigt, da die Verfahrenskosten grundsätzlich von der verurteilten Person getragen werden müssen. Es ist aber davon auszugehen, dass nicht alle Täter in der Lage sind 100 Prozent der Kosten zu übernehmen. Die ausgewiesenen Kosten stellen daher eine Unterschätzung dar. Werden zusätzlich auch die gelösten Fälle berücksichtigt, steigen die suchtbedingten Kosten der Justiz von 87 Mio. auf 399 Mio. Die suchtbedingten Polizeikosten werden ebenfalls tendenziell unterschätz, da nur die Polizeikosten für die Strafverfolgung ermittelt werden konnten. Suchtbedingte Kosten für Verkehrskontrollen oder Polizeieinsätze an Veranstaltungen konnten nicht berücksichtigt werden. Werden für die Erstellung des Wertgerüstes die gesamten Polizeikosten verwendet, erhöhen sich die suchtbedingten Polizeikosten von 321 Mio. auf 805 Mio.

Unklar ist hingegen, ob die Verwendung von Durchschnittskosten pro Fall zu einer Über- oder Unterschätzung der Kosten führt. Sind die suchtbedingten Straftaten im Mittel mit höheren Kosten verbunden als die nicht suchtbedingten Straftaten, kommt es zu einer Unterschätzung der Kosten. Ist umgekehrtes der Fall, werden die Kosten überschätzt.

Indirekte Kosten

Die Verwendung des Humankapitalansatzes führt insbesondere bei der Mortalität tendenziell zu einer Überschätzung der Kosten. Die Berechnung mit dem Friktionskostenansatz hingegen zu einer Unterschätzung. Der wahre Wert dürfte zwischen den beiden Ansätzen liegen. Bei der unbezahlten Arbeit werden die Kosten bei der Moralität tendenziell überschätzt, da der Ersetzungskostenansatz verwendet wird. Zudem müssen wir davon ausgehen, dass jede Person das gleiche Volumen an unbezahlter Arbeit leistet. Unter der Annahme, dass unbezahlte Arbeit lediglich von Personen unter 75-Jahren geleistet wird, reduzieren sich die Kosten für unbezahlte Arbeit beim FKA von 41 Mio. CHF auf 22.4 Mio. CHF. Beim HKA von 1.4 Mrd. CHF auf 1.16 Mrd. CHF. Hingegen gehen wir bei der Morbidität davon aus, dass die unbezahlte Arbeit trotzdem geleistet beziehungsweise zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt werden kann. Dies gilt vermutlich nur für einen Teil der unbezahlten Arbeit, was zu einer Unterschätzung der Kosten der unbezahlten Arbeit führt. Nicht berücksichtigt werden kann aufgrund der Datenlage zudem die informelle Pflege, was ebenfalls zu einer Unterschätzung der Kosten unbezahlter Arbeit führt. Insgesamt wurden in der Schweiz 2017 40.5 Mio. Stunden an unbezahlter Pflege und Betreuung von Erwachsenen geleistet.

Bei der frühzeitigen Pensionierung werden die Kosten tendenziell unterschätzt, da die Anzahl IV-Bezüger mit der Diagnose Alkoholismus und Toxiomanie in der Realität höher liegen dürfte. Bei diesen Diagnosen erfolgt eine Kürzung der IV-Rente, es ist daher zu vermuten, dass teilweise eine

andere Diagnose verwendet wird. Beim Absentismus musste einerseits die Annahme getroffen werden, dass jede Krankheit mit einer gleich langen Absenz verbunden ist. Anderseits musste davon ausgegangen werden, dass der Anteil suchtbedingter Absenzen im stationären Bereich demjenigen der Gesamtbevölkerung entspricht. Es ist sowohl eine Über- wie auch Unterschätzung der Kosten denkbar. In der Sensitivitätsanalyse variieren wir die erste Annahme.

Bei den direkten Produktivitätsverlusten ist sowohl eine Über- wie auch eine Unterschätzung der Kosten denkbar. Ein suchtbedingt höheres Absenzenvolumen sowie geringere Produktivität, führt allenfalls zu einer Lohnreduktion, womit die Personen die Kosten selber tragen würden. Die Kosten würden in diesem Fall überschätzt. Beim Alkoholkonsum ist aber auch eine Unterschätzung möglich, falls nicht alle Fälle von problematischem Alkoholkonsum von den Personalverantwortlichen bemerkt werden. Dies würde zu einer Unterschätzung der Kosten führen. Zudem basiert die Studie auf einer Befragung aus dem Jahr 2010. Seither hat der Alkoholkonsum tendenziell abgenommen (Eidgenössische Zollverwaltung, 2020), die Hochrechnung der alten Daten kann somit zu einer Überschätzung des Produktivitätsverlustes führen. Beim Glückspiel beruhen die ermittelten Werte für suchtbedingte Fehlzeiten sowie reduzierter Produktivität auf einer Befragung von gesperrten Casinospielern. Die gesperrten Casinospieler dürften nur bedingt repräsentativ sein für die Allgemeinheit der Casinospieler und die Anzahl befragter Personen ist mit 167 vergleichsweise klein. Tendenziell ist eine Überschätzung der Kosten zu erwarten. Gleichzeitig kommt es aber auch zu einer Unterschätzung der Kosten des Glücksspiels, weil wir aufgrund der Datenlage lediglich Casinospieler berücksichtigen können.

Gesamtsumme aller Süchte

Die ausgewiesenen Gesamtkosten über alle Süchte stellt eine Unterschätzung dar, da aufgrund der Datenlage nicht alle Süchte berücksichtigt und nicht alle Kostenkomponenten ermittelt werden konnten. Die berücksichtigten Süchte könnten jedoch tendenziell überschätzt sein, da Doppelzählungen nicht ausgeschlossen werden können. Häufig wird nicht nur eine Substanz konsumiert, sondern mehrere, insbesondere bei Alkohol und Tabak. Am stärksten ins Gewicht fallen dürfte dies bei Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Sowohl Alkohol- wie auch Tabakkonsum erhöhen das Risiko für eine Erkrankung substanziell, und die Fallzahlen sind insgesamt hoch. Allerdings wird bei Alkohol auch ein positiver Effekt bei gewissen Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes berücksichtigt. Um den möglichen Einfluss von Doppelzählungen abzuschätzen, haben wir in einer Zusatzanalyse jeden Fall maximal einer Sucht zugeteilt, wobei wir die Sucht mit dem höchsten suchtbedingten Anteil gewählt haben. Damit sinkt die Anzahl der stationären Fälle bei Krebserkrankungen und übertragbaren Krankheiten, insgesamt resultieren aber etwas mehr suchtbedingte stationäre Fälle, da ein Grossteil der durch Alkohol vermiedenen Fälle wegfällt.

5.2 Sensitivitätsanalyse

Sensitivität der ermittelten suchtbedingten stationären Fälle und Todesfälle

Die Anzahl suchtbedingter stationärer Fälle der unterschiedlichen Szenarien sind in Tabelle 21, die Anzahl der suchtbedingten Todesfälle in Tabelle 22 zusammengefasst.

Zum einen haben wir die gleichen Berechnungen mit dem Datenjahr 2016 (MedStat, TUS) durchgeführt, um einen Eindruck der jährlichen Schwankungen zu gewinnen. Insgesamt sind die Werte relativ stabil. Im Jahr 2016 sind es rund 2’000 stationäre Fälle weniger (99'173 vs. 101'271), wobei die Anzahl Fälle bei allen Süchten leicht zurückgeht. Der Anteil der suchtbedingten Fälle an

allen stationären Fällen liegt 2016 allerdings unverändert bei gut 7 Prozent. Auch die suchtbedingten Todesfälle sind 2016 leicht niedriger (-215 Fälle), der Anteil an allen Todesfällen beträgt wie 2017 17 Prozent.

Wie in Abschnitt 3.1 erläutert, gibt es bei den alkoholbedingten Anteilen unterschiedliche Varianten für die ischämischen Herzkrankheiten bei Männern. Im Basisszenario haben wir die Variante gewählt, die auch bei den Männern einen positiven Effekt des mässigen Alkoholkonsums berücksichtigt (negativer suchtbedingter Anteil). Bei der zweiten Variante wird bei den ischämischen Herzkrankheiten für Männer von einem deutlich geringeren positiven Effekt ausgegangen (vgl. Tabelle 32 und Tabelle 33 im Anhang), damit resultieren bei Alkohol rund 10'000 stationäre Fälle mehr. Die übrigen Süchte sind nicht betroffen und weisen die gleiche Anzahl wie im Basisszenario auf. Bei der Mortalität ist der Unterschied bei den alkoholbedingten Anteilen zwischen den beiden Varianten weniger stark, dementsprechend ist auch der Einfluss auf die Todesfälle geringer. Es resultieren 308 suchtbedingte Todesfälle mehr.

Zusätzlich haben wir berechnet, wie viele Fälle im Basisszenario durch Alkoholkonsum vermieden werden. Werden bei Alkohol alle möglichen positiven Effekte bei den ischämischen Herzkrankheiten, ischämischer Schlaganfall und Diabetes weggelassen, resultieren 14'229 stationäre Fälle mehr sowie 578 zusätzliche Todesfälle.

Als weitere Sensitivitätsanalyse haben wir für Alkohol, Tabak und Drogen die suchtbedingten Anteile aus der GBD-Studie verwendet. Die in der GBD-Studie berücksichtigten suchtbedingten Krankheiten unterscheiden sich teilweise von unserem Basisszenario. Die Abweichungen gehen damit nicht nur auf unterschiedliche suchtbedingte Anteile, sondern auch Unterschiede bei den betroffenen Krankheiten zurück. Bei Verwendung der GBD-Daten resultieren insgesamt etwas mehr stationäre Fälle (107'908 vs. 101'271), bei den einzelnen Süchten gibt es hingegen grössere Abweichungen. Alkohol weist mit 41'184 Fällen eine deutlich höhere Anzahl Fälle auf als im Basisszenario. Hingegen ist bei Tabak die Anzahl Fälle gegenüber dem Basisszenario niedriger. Bei der Mortalität sinkt die Anzahl suchtbedingter Todesfälle ebenfalls (10'625 vs. 11'512). Bei den alkoholbedingten Todesfällen resultieren ähnliche Werte wie im Basisszenario, wobei die tabakbedingten Todesfälle um 1’159 Fälle zurückgehen und die drogenbedingten Todesfälle um 242 Fälle ansteigen.

Tabelle 21 Sensitivitätsanalyse suchtbedingte stationäre Fälle

	Alkohol	Tabak	Drogen	Übrige	Total
Basisszenario	27’346	66’804	7’064	57	101’271
MedStat 2016	26’353	65’831	6’946	43	99’173
Alternative AF bei Alkohol	37’314	66’804	7’064	57	111’239
Bruttowert Alkohol	41’575	66’804	7’064	57	115’518
AF aus der GBD-Studie	41’184	59’105	7’619	-	107’908

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

Tabelle 22 Sensitivitätsanalyse suchtbedingte Todesfälle

	Alkohol	Tabak	Drogen	Übrige	Total
Basisszenario	1'904	9'430	178	-	11'512
TUS 2016	1'868	9'247	182	-	11'297
Alternative AF bei Alkohol	2'212	9'430	178	-	11'820
Bruttowert Alkohol	2'483	9'430	178		12'051
AF aus der GBD-Studie	1'934	8'271	420	-	10'625

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

Sensitivität der unterstellten Annahmen

Die untersuchten Sensitivitäten bezüglich der unterstellten Annahmen sind in Tabelle 23 zusammengefasst.

Bei den direkten Kosten variieren wir den kausalen Anteil. Bei den Kosten im Gesundheitswesen nehmen wir beim alkoholbedingten Anteil der ischämischen Herzkrankheiten eine andere Variante als im Basisszenario (siehe auch Abschnitt oben). Dadurch erhöhen sich die direkten Kosten im Gesundheitswesen um 13 Prozent, die Gesamtkosten (nach FKA) um 6.5 Prozent. Bei den Strafverfolgungskosten unterstellen wir im Basisszenario, dass die Hälfte der Straftäter das Vergehen, welches einen Zusammenhang mit Sucht aufweist, auch aufgrund des Alkohols oder der Drogen verübt hat. Als Alternative berechnen wir die Kosten mit einem kausalen Anteil von 25 und 75 Prozent. Die Kosten der Strafverfolgung ändern sich damit um plus/minus 23 Prozent, die Gesamtkosten (nach FKA) um zwei Prozent.

Bei den indirekten Kosten unterscheiden wir zwischen der Berechnung mit dem Humankapital- und dem Friktionskostenansatz. Wie bei den direkten Kosten wird der Einfluss der alternativen alkoholbedingten Anteile berechnet. Dies führt bei beiden Ansätzen zu einer Erhöhung der Gesamtkosten um unter zwei Prozent. Beim Humankapitalansatz variieren wir die Diskontrate. Gegenüber dem Basisszenario, in welchem eine Diskontrate von zwei Prozent unterstellt wurde, verwenden wir in den Alternativszenarien eine Rate von null – das heisst ohne Diskontierung – und von fünf Prozent. Dies führt zu einer Kostensteigerung respektive -reduktion von rund 10 Prozent bei den indirekten Kosten respektive sechs Prozent bei den Gesamtkosten. Beim Friktionskostenansatz wurde eine Friktionsperiode von vier Monaten unterstellt. Wird diese auf sechs (zwölf) Monate angehoben, erhöhen sich die indirekten Kosten um 6.3 (25), die Gesamtkosten um 2.6 (10.6) Prozent. Weiter untersuchen wir den Einfluss der Arbeitskosten. Im Basisszenario verwenden wir die durchschnittlichen Arbeitskosten pro Alter und Geschlecht, als Alternativszenario verwenden wir, ausser bei der unbezahlten Arbeit, wo die Daten nicht vorhanden sind, den Median. Die Gesamtkosten sinken unter Anwendung des Medians um fünf bis sechs Prozent. Dies liegt an der linkssteilen Verteilung der Löhne, das heisst der Medianwert lieg unterhalb des Durchschnitts. Bei der unbezahlten Arbeit wird zudem die Anzahl der geleisteten Stunden variiert. Das Basisszenario basiert auf den aufgewendeten Stunden für Freiwilligen- und Betreuungsarbeit. Als Alternativszenarien verwenden wir für die Minimalvariante nur die Stunden für Freiwilligenarbeit und als Maximalvariante das Basisszenario inklusive eines Anteils an der Hausarbeit. Beim Humankapitalansatz reduzieren sich bei der Minimalvariante die Gesamtkosten um zehn Prozent, bei der Maximalvariante steigen sie um acht Prozent. Beim Friktionskostenansatz haben die Änderungen hingegen nur einen sehr geringen Einfluss auf die Gesamtkosten.

Tabelle 23 Sensitivitätsanalysen – Alternativszenarien

Kostenkategorie	Basisszenario	Alternativszenario	Δ in Mio. CHF	Anteil an Kostenkategorie	Anteil an Gesamtkosten
Direkte Kosten				**3'799 resp. 682**	**7'703 (FKA)**
Gesundheitswesen: Suchtbedingter Anteil		Alternative AF-Alkohol	+497	+13.1%	+6.5%
Strafverfolgung: Kausaler Anteil	50%	25%	-156	-23%	-2.0%
Strafverfolgung: Kausaler Anteil	50%	75%	+156	+23%	+2.0%
Indirekte Kosten FKA				**3'223**	**7'703**
Suchtbedingter Anteil		Alternative AF-Alkohol	+131	+4.1%	+1.7%
Friktionsperiode	4 Monate	6 Monate	+204	+6.3%	+2.6%
Friktionsperiode	4 Monate	12 Monate	+817	+25%	+11%
Arbeitskosten	Durchschnitt	Median	-422	-13%	-5.5%
Unbezahlte Arbeit	Freiwilligen- und Betreuungsarbeit	Nur Freiwilligenarbeit	-32	-1.0%	-0.4%
Unbezahlte Arbeit	Freiwilligen- und Betreuungsarbeit	Inkl. Anteil Hausarbeit	+27	+0.8%	+0.3%
Absenzen	Anteil Fälle MedStat	Anteil Aufenthaltsdauer MedStat	+513	+16%	+6.7%
Indirekte Kosten HKA				**7'019**	**11'499**
Suchtbedingter Anteil		Alternative AF-Alkohol	+209	+3.0%	+1.8%
Diskontrate	2%	0%	+708	+10%	+6.2%
Diskontrate	2%	5%	-691	-9.8%	-6.0%
Arbeitskosten	Durchschnitt	Median	-710	-10%	-6.2%
Unbezahlte Arbeit	Freiwilligen- und Betreuungsarbeit	Nur Freiwilligenarbeit	-1'143	-16%	-9.9%
Unbezahlte Arbeit	Freiwilligen- und Betreuungsarbeit	Inkl. Anteil Hausarbeit	+909	+13%	+7.9%
Absenzen	Anteil Fälle MedStat	Anteil Aufenthaltsdauer MedStat	+582	+8.3%	+5.1%

Für die Sensitivitätsanalyse haben wir die unterstellten Annahmen im Basisszenario variiert und den Einfluss auf die Kosten gemessen. Wir weisen sowohl die absolute Abweichung in Mio. CHF wie auch die prozentuale Abweichung zu den Kosten der jeweiligen Kostenkategorie (zweitletzte Spalte) wie auch zu den Gesamtkosten (letzte Spalte) aus. Bei den direkten Kosten (Gesundheitswesen und Strafverfolgung) sind dabei die Gesamtkosten gemäss Friktionskostenansatz (FKA) angegeben. Bei den indirekten Kosten ist der Einfluss für beide Ansätze separat angegeben. Bei allen untersuchten Annahmen liegen die Abweichungen bei den Gesamtkosten innerhalb +/- 10%.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics

Beim Absentismus berechnen wir im Basisszenario die Absenzen top down mit dem Anteil der suchtbedingten Fälle in der MedStat. Als Alternativszenario verwenden wir den suchtbedingten

Anteil an der Aufenthaltsdauer in der MedStat. Dadurch resultieren beim Humankapitalansatz um fünf Prozent höhere Gesamtkosten, beim Friktionskostenansatz steigen die Gesamtkosten um rund sieben Prozent.

5.3 Einordnung der Resultate in die bestehende Literatur

Ein Vergleich der Resultate mit anderen Ländern ist nur sehr beschränkt möglich. Zum einen werden die Kosten durch unterschiedliche Trinkverhalten und Ausgestaltungen der Gesundheits- und Sozialsysteme in den Ländern beeinflusst. Zum andern variieren die einzelnen Studien in der verwendeten Methodologie. Unterschiede bestehen unter anderem bei der Brutto-/Nettobetrachtung, den berücksichtigten Kostenkategorien und Krankheiten, der Methode zur Berechnung der indirekten Kosten und der Berücksichtigung der intangiblen Kosten. Im Folgenden wird gleichwohl versucht, die vorliegenden Resultate an der bestehenden internationalen und schweizerischen Literatur zu spiegeln. Viele Studien verwenden für die Berechnung der indirekten Kosten den Humankapitalansatz, für eine bessere Einordung der Resultate der vorliegenden Studie, verwenden wir zum Vergleich ebenfalls die Werte gemäss Humankapitalansatz. Daneben weisen wir auch die Werte gemäss Friktionskostenansatz aus, die unserem Hauptszenario entsprechen.

Alkohol

Die Kosten des Alkoholkonsums werden in der Literatur im Vergleich zu den anderen Suchtarten vergleichsweise ausführlich behandelt (allenfalls Tabak erfuhr ähnliche Aufmerksamkeit). Dabei wird aber teilweise der gesamte Alkoholkonsum in die Betrachtung einbezogen, teilweise auch nur der Alkoholmissbrauch. In einigen Fällen wird auch der Nutzen des Alkoholkonsums gegengerechnet.

Ermittelt werden üblicherweise direkte Kosten, welche alkoholbedingte Gesundheitsausgaben aber auch die Kosten von Unfällen, Strafverfolgung sowie Prävention und Forschung beinhalten sowie indirekte Kosten, die meist aus Kosten für alkoholbedingte Mortalität und Morbidität bestehen. Selten werden darüber hinaus Produktivitätsverluste (beispielsweise auf Grund von Gefängnisaufenthalten) berücksichtig. Intangible Kosten (der Verlust von Lebensqualität) bleiben häufig unberücksichtigt.

Einen guten Überblick über die bestehende Literatur bietet der Artikel von Thavorncharoensap et al. (2009), welcher u. a. acht europäische Studien mit Kostendaten für die Jahre 1990 bis 2002 vergleicht. Eine ältere Studie aus Deutschland berechnet für das Jahr 2002 direkte und indirekte Kosten von 1.1 Prozent des BIP (Konnopka & König, 2007). Neuere Studien ermitteln die alkoholbedingten Kosten für Belgien (0.5% am BIP; Lievens et al., 2016), Frankreich (3.9% am BIP; Kopp & Ogrodnik, 2016), Südafrika (10% am BIP; Matzopoulos et al., 2014) und Russland (2% am BIP; Potapchik & Popovich, 2014).

Für die Schweiz wurden die Kosten des Alkoholkonsums für das Jahr 1998, 2007 und 2010 ermittelt (Jeanrenaud et al., 2003; Fueglister-Dousse et al., 2009; Fischer et al., 2014). Die direkten und indirekten Kosten machen dabei 1998 0.5 Prozent des BIP (2.2 Mrd. CHF), 2007 0.5 Prozent des BIP (2.9 Mrd. CHF) und 2010 0.7 Prozent des BIP (4.2 Mrd. CHF) aus (vgl. Tabelle 24). Die Studien unterscheiden sich jedoch deutlich in den berücksichtigten Kosten und in deren konkreten Erfassung. In der vorliegenden Studie resultieren bei Verwendung des HKA direkte und indirekte alkoholbedingte Kosten von 4.0 Mrd. CHF, was einem Anteil von 0.6 Prozent des BIP entspricht. Diese Resultate können mit denen von Fischer et al. (2014) direkt verglichen werden, da sich diese beiden Studien in den Berechnungsmethoden nur leicht unterscheiden. Es zeigt sich, dass

die alkoholbedingten Kosten in der Schweiz zwischen 2010 und 2017 leicht zurückgegangen sind. Bei Verwendung des FKA sinken die alkoholbedingte Kosten auf 2.8 Mrd. CHF respektive 0.4 Prozent des BIP.

Tabelle 24 Alkoholbedingte Kosten in der Schweiz im Zeitverlauf

	1998	2007	2010	2017 HKA	2017 FKA
Direkte und indirekte Kosten in Mrd. CHF	2.2	2.9	4.2	4.0	2.8
Anteil am BIP in %	0.5	0.5	0.7	0.6	0.4

Die alkoholbedingten volkswirtschaftlichen Kosten wurden für die Schweiz seit 1998 in vier verschiedenen Studien berechnet. Obwohl sich die Studien in den berücksichtigten Kosten und den Berechnungsmethoden teilweise deutlich unterscheiden, kommen alle auf einen relativ ähnlichen Anteil am BIP zwischen 0.5 und 0.7% (HKA). Die Studien mit den Datenjahren 2010 und 2017 sind im Hinblick auf die berücksichtigten Kosten vergleichbar, unterscheiden sich aber leicht in den Berechnungsmethoden. Es scheint zu einer leichten Reduktion der alkoholbedingten Kosten gekommen zu sein.

Quelle: Jeanrenaud et al., 2003; Fueglister-Dousse et al., 2009; Fischer et al., 2014; eigene Berechnungen, Polynomics.

Tabak

Zu den Kosten von Tabakkonsum existiert sowohl für die Schweiz als auch für andere Länder eine Vielzahl von Studien. Die direkten Kosten umfassen analog zum Alkohol primär die Gesundheitsausgaben. Kosten für Unfälle werden nur selten einbezogen (typischerweise Brandschäden an Personen oder Sachen). An indirekten Kosten fallen neben den Kosten für Morbidität und Mortalität auch direkte Produktivitätsverluste durch Zigarettenpausen an. Wenn intangible Kosten in Form eines Verlustes an Lebensqualität berücksichtigt werden, sind diese betragsmässig häufig erheblich. Dennoch geschieht dies nur in einem Teil der Studien.

Mehrere Studien berechnen die Kosten des Tabakkonsums auf Basis deutscher Daten, unterscheiden sich aber stark in den berücksichtigten Kostenkomponenten und der verwendeten Methodik. Adams & Effertz (2009) ermitteln Kosten in Höhe von etwa 1.3 Prozent des BIP. Dabei bleiben intangible Kosten unberücksichtigt. Das Deutsche Krebsforschungszentrum berücksichtigt auch die intangible Kosten (dkfz, 2015), erhält aber bereits für die direkten und indirekten Kosten einen deutlich höheren Wert von 2.9 Prozent des BIP. Die intangiblen Kosten machen weitere 3.3 Prozent[25] aus. Steidl & Wigger (2015) berücksichtigen neben den Kosten auch die Einnahmen aus der Tabaksteuer und kommen zum Schluss, dass der Tabakkonsum negative Nettokosten bewirkt. Potapchik & Popovich (2014) schätzen die sozialen Kosten von Tabakkonsum für Russland auf 1.2 Prozent des BIP, Kopp & Ogrodnik (2016) kommen für Frankreich auf 4.5 Prozent des BIP, allerdings bei Einbezug intangibler Kosten. Lievens et al. (2016) ermitteln für Belgien vergleichswiese niedrige direkte und indirekte Kosten von 0.4 Prozent des BIP.

Für die Schweiz wurden die Kosten des Tabakkonsums für das Jahr 1998, 2007 und 2015 ermittelt (Vitale et al., 1998; Fueglister-Dousse et al., 2009; Mattli et al., 2019). Die direkten und indirekten Kosten des Tabakkonsums belaufen sich dabei auf 5.6 Mrd. CHF (1% des BIP), 5 Mrd. CHF (1.2% am BIP) resp. 5 Mrd. (0.8% am BIP, vgl. Tabelle 25). Werden die intangiblen Kosten

[25] Streng genommen dürften intangible Kosten nicht als Anteil am BIP ausgewiesen werden, da es sich dabei nicht um Ressourcenverluste handelt, die der Gesellschaft als Opportunitätskosten verloren gehen.

miteinbezogen, kommen nochmals 4.3 resp. 5 Mrd. CHF hinzu. In der vorliegenden Studie resultieren bei Verwendung des HKA direkte und indirekte tabakbedingte Kosten von 6.2 Mrd. CHF, was einen Anteil von 0.9% am BIP ausmacht. Der Wert fügt sich in die bisherigen Resultate für die Schweiz. Bei Verwendung des FKA sinken die tabakbedingte Kosten auf 3.9 Mrd. CHF respektive 0.6 Prozent des BIP.

Tabelle 25 Tabakbedingte Kosten in der Schweiz im Zeitverlauf

	1998	2007	2015	2017 HKA	2017 FKA
Direkte und indirekte Kosten in Mrd. CHF	5.6	5.0	5.0	6.2	3.9
Anteil am BIP in %	1.0	1.2	0.8	0.9	0.6

Die tabakbedingten volkswirtschaftlichen Kosten wurden für die Schweiz seit 1998 in vier verschiedenen Studien berechnet. Obwohl sich die Studien in den berücksichtigten Kosten und den Berechnungsmethoden unterscheiden, kommen alle auf einen Anteil am BIP in der Grössenordnung von 1% (HKA).

Quelle: Vitale et al., 1998; Fueglister-Dousse et al., 2009; Mattli et al., 2019; eigene Berechnungen, Polynomics.

Illegale Drogen

Für die volkswirtschaftlichen Kosten des Konsums illegaler Drogen, liegen weniger und mit Blick auf die Schweiz auch keine aktuellen Studien vor.

Analog zu Alkohol und Tabak werden meist direkte und indirekte Kosten mittels Cost-of-Illness-Methode erfasst. Diese bestehen ebenso wie bei Alkohol und Tabak meist aus Gesundheitsausgaben und Produktivitätsverlusten durch Mortalität und Morbidität. Eine Besonderheit bei illegalen Drogen ist die häufige Berücksichtigung von Kosten durch Gefängnisaufenthalte. Intangible Kosten werden auch hier nur in einem Teil der Studien berücksichtigt.

Lievens et al. (2016) ermitteln in Belgien direkte und indirekte Kosten in der Höhe von 0.2 Prozent des BIP. Fenoglio et al. (1997) berechnet in einer älteren Untersuchung für Frankreich 0.15 Prozent des BIP als Summe von direkten und indirekten Kosten, was mit den neueren Zahlen aus Belgien vergleichbar ist. Auch eine neuere französische Untersuchung (Kopp & Ogrodnik, 2016) kommt zu einem vergleichbaren Ergebnis (0.3% des BIP). Eine Studie aus Spanien (Rivera et al., 2015) ermittelt für das Jahr 2012 Kosten von 0.1 Prozent des BIP. Etwas höhere Kosten finden eine Studie aus Kanada (Rehm et al., 2007) mit 0.7 Prozent des BIP sowie eine Studie aus Russland (Potapchik & Popovich, 2014) und eine Studie aus den USA (National Drug Intelligence Center, 2011) mit jeweils 1.3 Prozent des BIP.

Jeanrenaud et al. (2005) ermitteln für die Schweiz für das Jahr 2000 Kosten in Höhe von 3.7 Mrd. CHF (0.8 Prozent des BIP, vgl. Tabelle 26). Darin sind die in der Studie ermittelten intangiblen Kosten bei Heroin- und Kokainabhängigen nicht berücksichtigt, diese machen zusätzlich 0.4 Mrd. CHF aus. In der vorliegenden Studie resultieren bei Verwendung des HKA direkte und indirekte drogenbedingte Kosten von 1.3 Mrd. CHF, was einem Anteil von 0.2 Prozent des BIP entspricht. Die direkten und indirekten Kosten des Drogenkonsums entsprechen damit einem Drittel des Wertes von 2000, der Anteil am BIP beträgt sogar nur einen Viertel. Im gleichen Zeitraum ist in der Schweiz auch die Anzahl Drogentote um 38 Prozent zurückgegangen (vgl. Obsan, 2020). Zudem ist der durchschnittliche Drogentote heute älter,[26] wodurch sich bei Verwendung des HKA

[26] https://www.suchtmonitoring.ch/de/3/7.html

heute geringere Produktivitätsverluste pro Todesfall ergeben. Ein Teil der Kostenunterschiede basiert aber auch auf der unterschiedlichen Berücksichtigung der Produktivitätsverluste der Drogensüchtigen. Insbesondere berechnen Jeanrenaud et al. (2005) die morbiditätsbedingten Produktivitätsverluste einzig ausgehend von einer Schätzung der Gesamtpopulation der Drogenabhängigen und derer Partizipation am Arbeitsmarkt. Die für 2017 ermittelten Werte sind zudem vergleichbar mit den in neueren Studien für Belgien, Frankreich und Spanien erhaltenen Werten. Bei Verwendung des FKA sinken die drogenbedingte Kosten auf 0.9 Mrd. CHF respektive 0.1 Prozent des BIP.

Tabelle 26 Drogenbedingte Kosten in der Schweiz im Zeitverlauf

	2000	2017 HKA	2017 FKA
Direkte und indirekte Kosten in Mrd. CHF	3.7	1.3	0.9
Anteil am BIP in %	0.8	0.2	0.1

Die drogenbedingten volkswirtschaftlichen Kosten wurden für die Schweiz vor dieser Studie nur einmal für das Jahr 2000 berechnet. Die Resultate der vorliegenden Studie unterscheiden sich deutlich von der früheren Berechnung. Die direkten und indirekten Kosten des Drogenkonsums haben sich gegenüber dem Jahr 2000 um zwei Drittel, bzw. in % des BIP drei Viertel, reduziert (HKA). Ein möglicher Grund für die niedrigeren Kosten ist u. a. die geringere Anzahl Drogentote im Jahr 2017; gegenüber dem Jahr 2000 resultiert ein Rückgang von 38%.

Quelle: Jeanrenaud et al. (2005); eigene Berechnungen, Polynomics.

Medikamente

Studien zu sozialen Kosten von Medikamentenmissbrauch beziehungsweise Medikamentensucht finden sich in der internationalen Literatur im Vergleich zu den vorgenannten Suchtarten nur relativ wenige. In jüngster Vergangenheit scheint aber aufgrund der aktuellen Entwicklungen in den USA («Opioidkrise») eine erhöhte Publikationstätigkeit in diesem Feld stattzufinden. Es verbleibt aber das generelle Problem, dass die Übergänge zwischen bestimmungsmässigem Medikamentengebrauch, Nebenwirkungen, Missbrauch und Abhängigkeit fliessend sind, vor allem auch, weil es eine Vielzahl an Medikamenten mit unterschiedlichen Wirkungsweisen gibt.

Ein weiteres Problem besteht darin, dass Medikamentenmissbrauch beziehungsweise -abhängigkeit häufig zusammen mit anderen Suchtformen wie illegale Drogen oder Alkohol auftritt und Abgrenzungen des Einflusses der einzelnen Suchtformen schwierig sind (auch hier sei exemplarisch auf den Zusammenhang zwischen Schmerzmittel- und Heroinkonsum in den USA hingewiesen).

Amerikanische Studien ermitteln die Kosten mit bis zu knapp einem halben Prozentpunkt des BIP. Für die Schweiz liegen derzeit keine entsprechenden Studien vor.

Spielsucht

Spielsucht wird in der Wissenschaft vorwiegend unter sozialen oder allgemeinen ökonomischen Gesichtspunkten untersucht. Eine Abschätzung von volkswirtschaftlichen Kosten wird vergleichsweise selten vorgenommen. Im Gegensatz zu Tabak und Alkohol ist auch die Abgrenzung von «normalem» und «problematischen» Verhalten (d. h. Sucht) relativ schwierig, was in Folge auch die Kostenzuschreibung erschwert beziehungsweise zu einer unterschiedlichen Behandlung in der Literatur führt.

Auffallend ist, dass die frühen Studien zu den sozialen Kosten der Spielsucht kein ökonomisches anerkanntes Kostenkonzept wie den Cost-of-Illness-Ansatz verwendeten, sondern relativ frei definierten, was als soziale Kosten zu gelten hat. Erst im Jahr 2006 wurde es gängige Praxis, dass die sozialen Kosten des Glückspiels auf der Grundlage der WHO-Richtlinien und damit mit dem Cost-of-Illness-Ansatz gemessen werden.

Aktuelle Studien (auch aus dem deutschsprachigen Raum) folgen daher diesem Ansatz und ermitteln die Kosten für Spielsucht auf Basis der WHO-Richtlinien mittels der Cost-of-Illness-Methode. Köberl & Prettenthaler (2009) weisen jährliche Kosten pro Problemspieler von 3'600 EUR für die Steiermark und Becker (2011) 1'400 EUR für Deutschland aus. Letztere Studie kommt auf jährliche Gesamtkosten aus Glückspielsucht in der Höhe von 0.01 Prozent des BIP.

Für die Schweiz ermitteln Künzi et al. (2009) einen Wert von 3'000 CHF pro «Problemspieler», wobei nur das Glückspiel im Casino betrachtet wird. Hochgerechnet auf die Schweiz ergibt dies ebenfalls Gesamtkosten in der Höhe von 0.01 Prozent des BIP (vgl. Tabelle 27). In der vorliegenden Studie resultieren nach HKA und FKA direkte und indirekte glückspielbedingte Kosten von 0.06 Mrd. CHF, was einen Anteil von 0.01 Prozent am BIP ausmacht. Die Resultate sind somit vergleichbar mit der früheren Schweizer Studie wie auch den Resultaten aus Deutschland. Allerdings unterscheidet sich die vorliegende Studie sowohl im Hinblick auf die berücksichtigen Kostenkomponenten wie auch die monetäre Bewertung der Produktivitätsverluste von Künzi et al. (2009). Eine Aussage über die Kostenentwicklung ist damit nicht direkt möglich.

Tabelle 27 Glückspielbedingte Kosten in der Schweiz im Zeitverlauf

	2007	2017 HKA	2017 FKA
Direkte und indirekte Kosten in Mrd. CHF	0.07	0.06	0.06
Anteil am BIP in %	0.01	0.01	0.01

Die glückspielbedingten volkswirtschaftlichen Kosten wurden für die Schweiz vor dieser Studie nur einmal für das Jahr 2007 berechnet. Die Resultate der vorliegenden Studie unterscheiden sich in der Summe nur gering von der früheren Berechnung.

Quelle: Künzi et al. (2009); eigene Berechnungen, Polynomics.

Internet

Forschung zur Internetsucht beschränkt sich bisher mehrheitlich auf Prävalenz, Symptomatik und Behandlungsmöglichkeiten. Unter dem Begriff Internetsucht wird häufig auch Computerspielsucht resp. Online-Spielsucht oder Online-Shopping erfasst. Internetabhängigkeit taucht häufig zusammen mit anderen Krankheiten wie zum Beispiel Depression, affektive Störung oder Angststörung auf. Es ist noch unklar, ob die Internetabhängigkeit als eine primäre oder sekundäre Störung angesehen werden muss (Kuss & Lopez-Fernandez, 2016). Hinsichtlich der Prävalenz geben Rumpf et al. (2011) für Deutschland an, dass 1.5 Prozent der Bevölkerung betroffen sind. Die einzige Kostenart, die im Rahmen der Internetsucht in amerikanischen Studien Erwähnung findet, sind Produktivitätsausfälle durch Internetnutzung am Arbeitsplatz (Young, 2004), eine Kostenschätzung fehlt aber.

Weitere Verhaltenssüchte

Formuliertes Ziel der Ausschreibung und der Offerte war es, auch weitere Verhaltenssüchte, welche nicht explizit im Indikator 37 aufgeführt sind zu untersuchen. Bereits zum Zeitpunkt der Vorstudie wie auch aktuell sind keine Studien zu den volkswirtschaftlichen Kosten weiterer Verhaltenssüchte (beispielsweise Sex- oder Kaufsucht) vorhanden. Ähnlich wie bei der Internetsucht liegt der Fokus der Forschung auf Prävalenz und Symptomatik.

6 Schlussfolgerungen

Die gesellschaftlichen Kosten des Suchtkonsums betragen in der Schweiz 7.7 Mrd. CHF, wobei wir hauptsächlich Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum berücksichtigt haben. Wird für die Berechnung der Produktivitätsverluste der Humankapitalansatz anstatt des Friktionskostenansatzes verwendet, liegen die Gesamtkosten für Sucht mit 11.5 Mrd. CHF um gut die Hälfte höher.

Von den insgesamt 7.7. Mrd. CHF verursacht Tabak mit 3.9 Mrd. CHF den grössten Anteil an den Kosten, gefolgt von Alkohol mit knapp 2.8 Mrd. und Drogen mit 0.9 Mrd. Die zusätzlich teilweise erhobenen Kosten von Spielsucht belaufen sich auf 61 Mio. CHF. Weitere Süchte wurden aufgrund fehlender Daten nicht berücksichtigt.

Von den Gesamtkosten der Sucht fallen knapp 60 Prozent oder 4.5 Mrd. als direkte Kosten an, der grösste Teil davon als Ausgaben im Gesundheitswesen (3.8 Mrd. CHF). Dies entspricht 4.6 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben in der Schweiz im Jahr 2017. Die restlichen gut 40 Prozent fallen in Form von Produktivitätsverlusten als indirekte Kosten an.

In Bezug auf die Wirtschaftsleistung entsprechen die Kosten 1.1 Prozent des BIP. Bei Alkohol sind es 0.4 Prozent, bei Tabak 0.6 Prozent des BIP. Diese Werte liegen etwas unterhalb der bisher für die Schweiz ermittelten Werte. Das liegt allerdings daran, dass wir für unser Hauptszenario den Friktionskostenansatz zur Bewertung der Produktivitätsverluste verwendet haben. Verwendet man den Humankapitalansatz, wie dies bei den Vergleichsstudien der Fall war, liegen unsere Werte (Alkohol 0.6%, Tabak 0.9%) in den gleichen Grössenordnungen. Einzig bei Drogen resultiert unabhängig vom gewählten Ansatz ein BIP-Anteil (FKA 0.1%, HKA 0.2%), welcher deutlich unter dem Wert der einzigen anderen Studie für die Schweiz mit einem BIP-Anteil von 0.8 Prozent liegt. Seitdem konnte allerdings auch ein starker Rückgang der Drogentoten beobachtet werden, sodass ein Rückgang der Kosten plausibel erscheint. Ein Teil des Kostenunterschiedes geht aber auch auf die unterschiedliche Berücksichtigung der Produktivitätsverluste zurück. Die Vergleiche mit anderen Studien sind grundsätzlich mit Vorsicht zu geniessen. Auch wenn die Gesamtkosten meist in ähnlichen Grössenregionen liegen, unterscheiden sich die Studien im Detail teilweise stark in den berücksichtigten Kostenkategorien, Datenquellen und Erhebungsmethoden.

Auf die Bevölkerung bezogen entstehen Kosten von 901 CHF pro Kopf. Davon entfallen 335 CHF auf Alkohol, 457 CHF auf Tabak, 109 CHF auf Drogen und 7 CHF auf Spielsucht. Eine grobe Inzidenzanalyse zeigt, dass Alkohol-, Tabak und Drogenkonsum Kosten für die Steuerzahler verursacht, die Gesundheitsausgaben erhöht, zu Produktivitätsverlusten bei Unternehmen führt und die Gesamtwirtschaft durch frühzeitige Todesfälle belastet.

Die Resultate sind mit einigen Limitationen behaftet. Zum einen gibt es diverse Defizite bei der Datenlage. Teilweise fehlende Daten führen dazu, dass gewisse Suchtarten und Kostenkomponenten nicht oder nur teilweise berücksichtigt werden können (z. B. Medikamentensucht, informelle Pflege, Sachschäden, ambulante Beratungsstellen ausserhalb des Gesundheitswesens sowie administrativer Aufwand der Versicherungen). An anderen Orten sind zwar Daten vorhanden, aber nicht in dem Detailgrad oder der Aktualität, die nötig wären. Dies macht es nötig, die suchtbedingten Kosten an diversen Stellen top down aus einem Gesamtkostenblock abzugrenzen oder aus alten Studien fortzuschreiben. Dafür sind immer Annahmen notwendig, die fehlerbehaftet sein können (z. B. Abgrenzungen bei ambulanten Gesundheitskosten, Aktualisierung der direkten Produktivitätsverluste). Ebenfalls werden Daten aus verschiedenen Quellen verwendet. Für die

Verwendung in den Berechnungen müssen diese Daten vergleichbar gemacht werden, was wiederum verschiedene Annahmen nötig macht (z. B. Zuordnung der Diagnosecodes in der IV-Statistik auf die ICD-10-Diagnosecodes in der MedStat). Alle diese Einschränkungen der Datenlage ziehen Unsicherheiten in den Berechnungen nach sich. Wir haben versucht, diese Unsicherheiten in unserer Sensitivitätsanalyse sichtbar zu machen. Dort hat sich gezeigt, dass die Schwankungen aufgrund der Datenprobleme weniger als +/- 10 Prozent ausmachen sollten. Eine Verbesserung der Datenlage wäre an einigen Stellen zwar grundsätzlich möglich, wäre allerdings mit einem hohen Aufwand verbunden oder hätte teure Primärdatenerhebungen erfordert, welche im Rahmen dieser Studie nicht umsetzbar waren.

Eine weitere Limitation liegt in der gewählten Methodologie. Wir stützen uns, bei den Berechnungen zwar auf den fast überall verwendeten Krankheitskostenansatz, der auch von der WHO in ihren Richtlinien zur Berechnung von suchtbedingten Kosten vorgeschlagen wird. Innerhalb dieses Ansatzes gibt es aber immer noch Entscheide zu treffen, welche Methodologie für gewisse Komponenten zu wählen ist. Den grössten Einfluss hat hier die Wahl des Berechnungsansatzes für die indirekten Kosten. Wir haben uns im Hauptszenario für den Friktionskostenansatz entschieden, bei dem Produktivitätsverluste nur während einer Friktionsperiode von vier Monaten Kosten für Volkswirtschaft verursachen. Solange nicht Vollbeschäftigung besteht, scheint dies ein realistischerer Ansatz zu sein als der Humankapitalansatz, bei dem davon ausgegangen wird, dass ein frühzeitig Verstorbener bis zu seiner Pensionierung Kosten verursacht. Wird für die Berechnung der Produktivitätsverluste der Humankapitalansatz anstatt des Friktionskostenansatzes verwendet, liegen die Gesamtkosten für Sucht mit 11.5 Mrd. CHF um gut die Hälfte höher.

Insgesamt ist zu berücksichtigen, dass die suchtbedingten Kosten im Jahr 2017 zum Teil den Konsum der Vergangenheit widerspiegeln. Dies gilt vor allem für alkohol- und tabakbedingte Krankheiten, treten diese doch üblicherweise erst Jahre nach dem ersten Konsum auf. Sowohl direkte wie auch indirekte Kosten würden deshalb weiterhin in den nächsten Jahren anfallen, auch wenn per sofort niemand mehr Alkohol und Tabak konsumieren würde. Dies gilt allerdings nicht für alle berücksichtigten Kostenkomponenten. Insbesondere die Kosten von suchtbedingten Unfällen und Straftaten sowie die unmittelbaren suchtbedingten Produktivitätsverluste sind direkt durch den heutigen Konsum verursacht und dementsprechend auch kurzfristig beeinflussbar.

Da der Pro-Kopf-Konsum von Alkohol in der Schweiz seit Mitte der 1970er-Jahre stetig abgenommen hat (Bundesamt für Gesundheit, 2013; EZV, 2019) und sich auch der Tabakkonsum seit Mitte der 1990er-Jahre deutlich reduziert hat (BFS, 2020), ist anzunehmen, dass die Kosten des heutigen Alkohol- und Tabakkonsums in der Zukunft etwas niedriger ausfallen werden. Allerdings hängt das unter anderem auch von der zukünftigen Entwicklung der Kosten von medizinischen Behandlungen und insbesondere der Löhne, die für die Berechnung der Produktivitätsverluste verwendet werden, ab.

Ebenfalls anzumerken ist, dass die gesellschaftliche Kostensicht, wie sie in der vorliegenden Studie eingenommen wird, nur eine Seite der Medaille darstellt. Den externen Kosten, welche der Gesellschaft durch Suchtmittelkonsum aufgebürdet wird, stehen nämlich auch Einnahmen entgegen, welche der Gesellschaft durch Konsumsteuern auf den Suchtmitteln zugutekommen. Bei Alkohol handelt es sich dabei um jährliche Steuereinnahmen in der Grössenordnung von 350 Mio. CHF, bei Tabak sind es sogar gut 2 Mrd. CHF (EAV, 2017; EZV, 2020). Eine alleinige Betrachtung der gesellschaftlichen Kosten überschätzt damit die Belastung für die Gesellschaft, da die Kostenverursacher zumindest einen Teil der generierten externen Kosten über Steuern selbst bezahlen. Die Steuereinnahmen sind jedoch nicht direkt mit den Kosten vergleichbar, weil in den

gesellschaftlichen Kosten auch rein monetäre Transfers hin zu den Suchtmittelkonsumenten wie zum Beispiel Arbeitslosengeld nicht berücksichtigt sind.

Abschliessend möchten wir nochmals auf das Hauptziel dieser Studie zurückkommen, welches war, die Werte für die Indikatoren 37 und 39 des Indikatorensets Sucht zu ermitteln. Tabelle 28 zeigt die Resultate der vorliegenden Studie in verschiedenen Aufgliederungen zusammengefasst für diese beiden Indikatoren. Dabei werden wie für die Indikatoren vorgeschrieben nur die Kosten der drei Hauptsuchtarten Alkohol, Tabak und Drogen verwendet. Die Kosten sind pro Indikator jeweils als Total, pro Einwohner und als Anteil am BIP ausgewiesen. In Tabelle 38 im Anhang sind die Werte für den Indikator 37 ausgewiesen, wenn die indirekten Kosten mit dem Humankapitalansatz berechnet werden.

Tabelle 28 Suchtbedingte Kosten in Mio. CHF, pro Kopf und Anteil am BIP

	Alkohol	Tabak	Drogen	Total
Indikator 37 – direkte und indirekte Kosten				
▪ Absolut in Mio. CHF	2'843	3'877	922	7'642
▪ Pro Einwohner in CHF	335	457	109	901
▪ Anteil am BIP in %	0.4%	0.6%	0.1%	1.1%
Indikator 39 – stationäre Behandlungen				
▪ Absolut in Mio. CHF	410	1'388	150	1'948
▪ Pro Einwohner in CHF	48	164	18	230
▪ Anteil am BIP in %	0.06%	0.2%	0.02%	0.3%
▪ Anteil an Gesamtkosten stationärer Behandlungen in %	1.2%	3.9%	0.4%	5.5%

▪ Indikator 37 berechnet mit FKA; es werden nur Alkohol, Tabak und Drogen berücksichtigt

Der Indikator 37 umfasst die durch Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum verursachten direkten und indirekten Kosten. Auf die Gesamtbevölkerung bezogen machen im Jahr 2017 diese suchtbedingten Kosten 901 CHF pro Kopf aus, gemessen an der Wirtschaftsleistung machen die Kosten 1.1 Prozent am BIP aus. Der Indikator 39 enthält nur die direkten Kosten der stationären Behandlungen. Diese belaufen sich auf 230 CHF pro Kopf resp. machen 0.3% am BIP aus. Die suchtbedingten Kosten machen 5.5% an den Gesamtausgaben für stationäre Kurativbehandlung, Rehabilitation und Langzeitpflege aus.

Quelle: Ständige Wohnbevölkerung 2017, BFS; Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung 2017, BFS; Kosten und Finanzierung im Gesundheitswesen 2017, BFS; eigene Berechnungen, Polynomics.

7 Referenzen

7.1 Literatur

Adams, M., & Effertz, T., 2009. Die Kosten des Rauchens für Gesundheitswesen und Volkswirtschaft in Deutschland. Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg.

Aebi, M.F., & Tiago, M.M., 2018. SPACE I 2018 - Council of Europe Annual Penal Statistics: Prison populations. Council of Europe, Strasbourg.

Becker, G., & Murphy, Kevin, 1988. A Theory of Rational Addiction. The Journal of Political Economy 96, 675–700.

Becker, T., 2011. Soziale Kosten des Glücksspiels in Deutschland. Lang.

BFS, 2020. Das starke Rauchen hat sich in den letzten 25 Jahren halbiert - Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017: Tabakkonsum | Medienmitteilung.

Bundesamt für Gesundheit, 2019a. HIV und Aids in der Schweiz im Jahr 2018. BAG-Bulletin 41/2019, 12–20.

Bundesamt für Gesundheit, 2019b. Hepatitis C in der Schweiz, epidemiologische Situation 2015–2018. BAG-Bulletin 45/2019, 12–24.

Bundesamt für Gesundheit, 2018a. HIV und Aids in der Schweiz im Jahr 2017. BAG-Bulletin 47/2018, 12–24.

Bundesamt für Gesundheit, 2018b. Hepatitis B in der Schweiz, epidemiologische Situation 2014–2017. BAG-Bulletin 35/2018, 7–12.

Bundesamt für Gesundheit, 2017. HIV und Aids in der Schweiz im Jahr 2016. BAG-Bulletin 43/2017, 12–19.

Bundesamt für Gesundheit, 2016. HIV und Aids in der Schweiz im Jahr 2015. BAG-Bulletin 46/2016, 14–21.

Bundesamt für Gesundheit, 2013. Faktenblatt: Entwicklung des Alkoholkonsums der Schweiz seit den 1880er Jahren.

Bundesrat, 2016. Indikatoren-Set für das Monitoring-System Sucht. Ergänzendes Dokument zu Nationalen Strategie Sucht – 2017-2024, Finale Version, April 2016. Bern.

Cabinet Office, 2003. Alcohol Misuse: How Much Does it Cost? Strategy Unit, London.

Collins, D.J., & Lapsley, H.M., 2008. The Costs of Tobacco, Alcohol and Illicit Drug Abuse to Australian Society in 2004/05. Australian Government, Department of Health and Ageing, Canberra.

dkfz, 2015. Die Kosten des Rauchens in Deutschland. Deutsches Krebsforschungszentrum.

EAV, 2017. Alkohol in Zahlen 2017 - Statistiken der Eidgenössischen Alkoholverwaltung. Eidgenössische Alkoholverwaltung, Bern.

Eidgenössische Zollverwaltung, 2020. Konsum alkoholischer Getränke je Kopf der Wohnbevölkerung der Schweiz.

ESBK, 2009. Glücksspiel: Verhalten und Problematik in der Schweiz. Eidgenössische Spielbankenkommission ESBK.

EZV, 2020. Preis- und Tabaksteuerentwicklung in der Schweiz 2019.

EZV, 2019. Konsum alkoholischer Getränke je Kopf der Wohnbevölkerung in der Schweiz.

Feller, A., Fehr, M., Bordoni, A., Bouchardy, C., Frick, H., Mousavi, M., Steiner, A., Arndt, V., Clough-Gorr, K.M., & The NICER Working Group, 2015. Trends in incidence of oesophageal and gastric cancer according to morphology and anatomical location, in Switzerland 1982–2011. Swiss Medical Weekly 145. doi:10.4414/smw.2015.14245

Fenoglio, P., Parel, V., & Kopp, P., 1997. The Social Cost of Alcohol, Tobacco and Illicit Drugs in France, 1997 106–112.

Fischer, B., Telser, H., & Dietz, A., 2017. Volkswirtschaftliche Kosten von Sucht – Methodologie. Polynomics, Olten.

Fischer, B., Telser, H., Widmer, P., & Leukert, K., 2014. Alkoholbedingte Kosten in der Schweiz. Polynomics, Olten.

Fueglister-Dousse, S., Jeanrenaud, C., Kohler, D., & Marti, J., 2009. Coûts et bénéfices des mesures de prévention de la santé. Neuchâtel.

Global Burden of Disease Collaborative Network, 2018. Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Seattle, United States.

Gruber, J., & Köszegi, B., 2001. Is addiction “rational”? Theory and evidence. The Quarterly Journal of Economics 116, 1261–1303.

Jeanrenaud, C., Priez, F., Pellegrini, S., Chevrou-Séverac, H., & Vitale, S., 2003. Le coût social de l’abus d’alcool en Suisse. Neuchâtel.

Jeanrenaud, C., Widmer, G., & Pellegrini, S., 2005. Le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse. Université de Neuchâtel.

Kehoe, T., Gmel, Gerrit, Shield, K.D., Gmel, Gerhard, & Rehm, J., 2012. Determining the Best Population-Level Alcohol Consumption Model and its Impact on Estimates of Alcohol-Attributable Harms. Population Health Metrics 10:6. doi:10.1186/1478-7954-10-6

Kigozi, J., Jowett, S., Lewis, M., Barton, P., & Coast, J., 2016. Estimating productivity costs using the friction cost approach in practice: a systematic review. Eur J Health Econ 17, 31–44. doi:10.1007/s10198-014-0652-y

Köberl, J., & Prettenthaler, F., 2009. Kleines Glücksspiel - Großes Leid? Empirische Untersuchungen zu den sozialen Kosten des Glücksspiels in der Steiermark. Leykam.

Konnopka, A., & König, H.-H., 2007. Direct and Indirect Costs Attributable To Alcohol Consumption in Germany. PharmacoEconomics 25, 605–618.

Kopp, P., & Ogrodnik, M., 2016. The social cost of drugs in France in 2010. Eur J Health Econ 1–10. doi:10.1007/s10198-016-0835-9

Künzi, K., Fritschi, T., Oesch, T., Gehrig, M., & Julien, N., 2009. Soziale Kosten des Glücksspiels in Casinos (Im Auftrag der Eidgenössischen Spielbankenkommission ESBK). Büro BASS.

Kuss, D.J., & Lopez-Fernandez, O., 2016. Internet addiction and problematic Internet use: A systematic review of clinical research. World Journal of Psychiatry 6, 143. doi:10.5498/wjp.v6.i1.143

Lievens, D., Laenen, F.V., Verhaeghe, N., Schils, N., Putman, K., Pauwels, L., Hardyns, W., & Annemans, L., 2016. The social cost of legal and illegal drugs in Belgium. Maklu.

Lievens, D., Vander Laenen, F., Verhaeghe, N., Putman, K., Pauwels, L., Hardyns, W., & Annemans, L., 2017. Economic consequences of legal and illegal drugs: The case of social costs in Belgium. International Journal of Drug Policy 44, 50–57. doi:10.1016/j.drugpo.2017.03.005

Marmet, S., Gmel, Gerhard, Gmel, Gerrit, Frick, H., & Rehm, J., 2013. Alcohol-attributable mortality in Switzerland between 1997 and 2011. Sucht Schweiz, Lausanne.

Mattli, R., Farcher, R., Dettling, M., Syleouni, M.-E., & Wieser, S., 2019. Die Krankheitslast des Tabakkonsums in der Schweiz: Schätzung für 2015 und Prognose bis 2050. ZHAW.

Matzopoulos, R.G., Truen, S., Bowman, B., & Corrigall, J., 2014. The cost of harmful alcohol use in South Africa. SAMJ: South African Medical Journal 104, 127–132.

National Drug Intelligence Center, 2011. The Economic Impact of Illicit Drug Use on American Society. United States Department of Justice.

Obsan, 2020. Drogentote. https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/MonAM/drogentote.

Potapchik, E., & Popovich, L., 2014. Social Cost of Substance Abuse in Russia. Value in Health Regional Issues 4, 1–5. doi:10.1016/j.vhri.2014.03.004

Rehm, J., Gnam, W., Popova, S., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Patra, J., Sarnocinska-Hart, A., & Taylor, B., 2007. The costs of alcohol, illegal drugs, and tobacco in Canada, 2002.

Rivera, B., Casal, B., & Currais, L., 2017. The social cost of illicit drugs use in Spain. International Journal of Drug Policy 44, 92–104. doi:10.1016/j.drugpo.2017.03.012

Rivera, B., Casal, B., & Currais, L., 2015. The social cost of illegal drug consumption in Spain: identifying and quantifying its elements. Universidade de Vigo, GEN-Governance and Economics research Network.

Rumpf, H.-J., Meyer, C., Kreuzer, A., John, U., & Merkeerk, G.-J., 2011. Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA). Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit. Greifswald und Lübeck 31, 12ff.

Sherk, A., Stockwell, T., Rehm, J., Dorocicz, J., & Shield, K.D., 2017. The international model of alcohol harms and policies (InterMAHP): a comprehensive guide to the estimation of alcohol-attributable morbidity and mortality, Version 1.0. Canadian Institute for Substance Use Research, University of Victoria, British Columbia, Canada.

Single, E., Collins, D.J., Easton, B., Harwood, H.J., Lapsley, H.M., Kopp, P., & Wilson, E., 2003. International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse — 2001 Edition, 2. Auflage. ed. World Health Organization (WHO), Genf.

Steidl, F., & Wigger, B.U., 2015. Die externen Kosten des Rauchens in Deutschland. Wirtschaftsdienst 95, 563–568. doi:10.1007/s10273-015-1867-y

Suranovic, S.M., Goldfarb, R.S., & Leonard, T.C., 1999. An Economic Theory of Cigarette Addiction. Journal of Health Economics 1–29.

Telser, H., Hauck, A., & Fischer, B., 2010. Alkoholbedingte Kosten am Arbeitsplatz. Olten.

Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., Yothasamut, J., Lertpitakpong, C., & Chaikledkaew, U., 2009. The Economic Impact of Alcohol Consumption: A Systematic Review. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy 4, 20–20. doi:10.1186/1747-597X-4-20

Vitale, S., Priez, F., & Jeanrenaud, C., 1998. Die sozialen Kosten des Tabakkonsums in der Schweiz: Schätzung für das Jahr 1995 (Auftrag des Bundesamts für Gesundheit). Université de Neuchâtel.

Walker, D.M., & Barnett, A.H., 1999. The social costs of gambling: An economic perspective. Journal of Gambling Studies 15, 181–212.

Wieser, S., Tomonaga, Y., Riguzzi, M., Fischer, B., Telser, H., Pletscher, M., Eichler, K., Trost, M., & Schwenkglenks, M., 2014. Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Bundesamt für Gesundheit BAG, Bern.

Young, K.S., 2004. Internet Addiction: A New Clinical Phenomenon and Its Consequences. American Behavioral Scientist 48, 402–415. doi:10.1177/0002764204270278

Zorginstituut Nederland, 2016. Guideline for economic evaluation in healthcare. https://tools.ispor.org/PEguidelines/source/Netherlands_Guideline_for_economic_evaluations_in_healthcare.pdf.

7.2 Verwendete Datenquellen

Ätiologische Fraktionen

Sherk et al. 2017, The international model of alcohol harms and policies (InterMAHP): a comprehensive guide to the estimation of alcohol-attributable morbidity and mortality, Version 1.0.

Feller et al. 2015, Trends in incidence of oesophageal and gastric cancer according to morphology and anatomical location, in Switzerland 1982–2011.

Mattli et al. 2019, Die Krankheitslast des Tabakkonsums in der Schweiz: Schätzung für 2015 und Prognose bis 2050. ZHAW.

BAG Bundesamt für Gesundheit, HIV und Aids in der Schweiz im Jahr 2015, 2016, und 2018.

BAG Bundesamt für Gesundheit, Hepatitis C in der Schweiz, epidemiologische Situation 2015–2018.

BAG, Bundesamt für Gesundheit, Hepatitis B in der Schweiz, epidemiologische Situation 2014–2017.

Gesundheitswesen

BFS Bundesamt für Statistik, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2017, Neuchâtel. Für Informationen vgl. https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/ms.html, abgerufen am 27.4.2020.

BFS Bundesamt für Statistik, Kosten und Finanzierung im Gesundheitswesen, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens nach Leistungen und Finanzierungsregimes 2017 (Datenstand 30.09.2019), Neuchâtel. https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.10247070.html, abgerufen am 27.4.2020.

BFS Bundesamt für Statistik, Kosten und Finanzierung im Gesundheitswesen, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens nach Leistungserbringern und Leistungen 2017 (Datenstand 30.09.2019), Neuchâtel. https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.10247069.html, abgerufen am 27.4.2020.

BFS Bundesamt für Statistik, Kosten und Finanzierung im Gesundheitswesen, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens nach Leistungserbringern und Finanzierungsregimes 2017 (Datenstand 30.09.2019), Neuchâtel. https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.10247072.html, abgerufen am 27.4.2020.

BFS Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB), 2017, Neuchâtel. https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/sgb.html, abgerufen am 27.4.2020.

Wieser et al. 2014, Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz (NCD-Studie).

Strafverfolgung

Aebi & Tiago, SPACE I – 2018 – Council of Europe Annual Penal Statistics: Prison Population.

ASTRA Bundesamt für Strassen, Führerausweisentzüge (mit/ohne Unfall), nach Entzugsgrund und Kanton 2017, Bern.

BFS Bundesamt für Statistik, Freiheitsentzugs- und Strafvollzugsstatistik: Plätze und Bestände im Freiheitsentzug am Stichtag nach Geschlecht, Entwicklung 2017, Neuchâtel.

BFS Bundesamt für Statistik, Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS), Ausländergesetz (AuG): Straftaten und beschuldigte Personen 2017, Neuchâtel.

BFS Bundesamt für Statistik, Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS), Betäubungsmittelgesetz (BetmG): Straftaten und beschuldigte Personen 2017, Neuchâtel.

BFS Bundesamt für Statistik, Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS), Strafgesetzbuch (StGB): Straftaten und beschuldigte Personen 2017, Neuchâtel.

BFS Bundesamt für Statistik, Strafurteilsstatistik (SUS): Verurteilungen von Erwachsenen für ein Vergehen oder Verbrechen nach Artikeln des Strassenverkehrsgesetzes (SVG) 2017, Neuchâtel.

BKA Bundeskriminalamt, Polizeiliche Kriminalstatistik Deutschland, Sonstige Angaben zum Tatverdächtigen 2017, Wiesbaden.

EFV Eidgenössische Finanzverwaltung, Ausgaben nach Funktionen, Kantone und ihre Gemeinden im Vergleich 2017, Bern.

Kanton Solothurn, Geschäftsbericht: Finanzen und Leistungen, Botschaft und Entwurf des Regierungsrates an den Kantonsrat von Solothurn vom 27. März 2018, RRB Nr. 2018/458.

Produktivitätsverluste

BFS Bundesamt für Statistik, Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit: Absenzenstatistik: Jährliches Absenzvolumen der Arbeitnehmenden nach ausgewählten Abwesenheitsgründen, Geschlecht, Nationalität und Beschäftigungsgrad, Inlandkonzept, in Millionen Stunden 2017, Neuchâtel.

BFS Bundesamt für Statistik, Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE): Erwerbsquoten nach Geschlecht und Altersgruppe 2017, Neuchâtel. https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.12127223.html, abgerufen am 27.4.2017.

BFS Bundesamt für Statistik, Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE) 2016, Neuchâtel. Für Informationen vgl. https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/erhebungen/lse.html, abgerufen am 27.4.2020.

BFS Bundesamt für Statistik, Statistik der Bevölkerung und der Haushalte, Ständige Wohnbevölkerung nach Alter, Geschlecht und Staatsangehörigkeit 2017, Neuchâtel. https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/stand-entwicklung/alter-zivilstand-staatsangehoerigkeit.assetdetail.9466904.html, abgerufen am 27.4.2020.

BFS Bundesamt für Statistik, Vollständige jährliche Sterbetafel (Frauen) 2017, Neuchâtel. https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/lebenserwartung.assetdetail.9466760.html, abgerufen am 27.4.2020.

BFS Bundesamt für Statistik, Vollständige jährliche Sterbetafel (Männer) 2017, Neuchâtel. https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.9466766.html, abgerufen am 27.4.2020.

BFS Bundesamt für Statistik, Monetäre Bewertung der unbezahlten Arbeit 2016, Neuchâtel. https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.4622498.html, abgerufen am 27.4.2020.

BFS Bundesamt für Statistik, Zeitvolumen für unbezahlte Arbeit 2016, Neuchâtel. https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.4622497.html, abgerufen am 27.4.2020.

BFS Bundesamt für Statistik, Haus- und Familienarbeit: Durchschnittlicher Zeitaufwand in Stunden pro Woche 2016, Neuchâtel. https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.2922666.html, abgerufen am 27.4.2020.

BFS Bundesamt für Statistik, Statistik der Todesursachen und Totgeburten 2017, Neuchâtel. Für Informationen vgl. https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/ecod.html, abgerufen am 27.4.2020.

BFS Bundesamt für Statistik, Beschäftigungsstatistik, Beschäftigte nach Vollzeitäquivalente und Wirtschaftsabteilung 2017, Neuchâtel. https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/industrie-dienstleistungen/unternehmen-beschaeftigte/beschaeftigungsstatistik.assetdetail.12007612.html, abgerufen am 27.4.2020.

BSV Bundesamt für Sozialversicherungen, IV-Statistik: Invalide Personen nach Gebrechen, nach Geschlecht und nach Altersklasse 2017, Bern.
Für Informationen vgl. http://www.iv.bsv.admin.ch, abgerufen am 27.4.2020.

BSV Bundesamt für Sozialversicherungen, IV-Statistik: IV-Renten (in der Schweiz und im Ausland) im Dezember 2017 nach Rentenart, -teil und -typ, Bern.

Anhang

Formel Berechnung indirekte Kosten

Bei Verwendung des Humankapitalansatzes (HKA) wird der Produktivitätsverlust wie folgt differenziert für Männer und Frauen berechnet:

$$PV_i = [Lohn_i * pErwerb_i * (pLeben_i + (1 - pLeben_i) * 0.5)] * 0.5 + \sum_{t=1}^{t=65-i} [Lohn_{i+t} * pErwerb_{i+t} * (pLeben_{i+t} + (1 - pLeben_{i+t}) * 0.5)] * \left(\frac{1}{1+z}\right)^t$$

PV_i = Produktivitätsverlust
i = Alter beim Todeszeitpunkt
t = 1 Jahr
z = Diskontrate
pErwerb = Wahrscheinlichkeit für Erwerbstätigkeit aus der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung (SAKE)
pLeben = Überlebenswahrscheinlichkeit (pLeben) für das jeweilige Alter i

Wir gehen davon aus, dass die Todesfälle gleichverteilt über das Jahr auftreten. Entsprechend wird für das gesamte erste Jahr nur die Hälfte des Produktivitätsverlustes berücksichtigt. Wäre die Person auch ohne Suchtmittelkonsum gestorben (1– *pLeben*), wird gleichsam nur ein Produktivitätsverlust von einem halben Jahr bemessen.

Bei Verwendung des Friktionskostenansatzes wird der Produktivitätsverlust wiederum differenziert für Männer und Frauen wie folgt berechnet:

$$PV_i = \frac{Lohn_i * pErwerb_i}{12} * Friktionsperiode$$

Tabellen

Tabelle 29 Alkoholprävalenz zur Berechnung des alkoholbedingten Anteils

gender	age group	population	per capita consumption	relative consumption	lifetime abstainers	former drinkers	current drinkers	binge drinkers
Female	15-24	428'998	7.93	4.86	0.1884	0.0891	0.7223	0.2339
Male	15-24	456'993	7.93	10.30	0.1336	0.0769	0.7895	0.2927
Female	25-34	574'702	7.93	4.28	0.1181	0.1053	0.7762	0.1363
Male	25-34	582'606	7.93	11.29	0.0533	0.0579	0.8889	0.2922
Female	35-44	579'547	7.93	3.24	0.1721	0.0795	0.7481	0.1092
Male	35-44	586'175	7.93	10.07	0.0620	0.0564	0.8806	0.1958
Female	45-54	640'760	7.93	4.40	0.1404	0.0597	0.7998	0.0871
Male	45-54	649'368	7.93	11.34	0.0474	0.0632	0.8893	0.1779
Female	55-64	536'906	7.93	4.15	0.1284	0.0750	0.7961	0.0852
Male	55-64	530'735	7.93	12.54	0.0476	0.0843	0.8681	0.1579
Female	65-74	424'286	7.93	4.94	0.1405	0.0738	0.7855	0.0591
Male	65-74	385'655	7.93	14.86	0.0324	0.0705	0.8963	0.1383
Female	75+	375'077	7.93	4.15	0.1689	0.1080	0.7157	0.0221
Male	75+	284'393	7.93	13.14	0.0437	0.0797	0.8765	0.0736

Quelle: SGB 2017, BFS; eigene Berechnungen, Polynomics.

Tabelle 30 Berücksichtigte Gesamtkosten pro Leistung

	Kosten total	Berücksichtigte Kosten
Stationäre Behandlung	18'063	14'636
Langzeitpflege und Andere	13'376	8'502
Ambulante Behandlung	31'564	17'669
Medikamente	3'492	1'794
Andere Leistungen	8'620	3'950
Prävention & Verwaltung	5'094	0
Total	**80'210**	**46'551**

Quelle: KFG 2017 (Datenstand 30.09.2019), BFS; eigene Berechnungen, Polynomics.

Tabelle 31 Zuteilung der Krankheitsgruppen aus der NCD-Studie und den suchtbedingten Diagnosegruppen

NCD-Studie	Alkohol	Tabak	Drogen
übertragbare Erkrankungen	Tuberkulose HIV/AIDS Infektionen der unteren Atemwege	Lungenentzündung, Grippe, Tuberkulose	HIV/AIDS Akute Virushepatitis B Chronische Virushepatitis B Akute Virushepatitis C Chronische Virushepatitis C
Verletzungen	Verkehrsunfälle Akzidentelle Vergiftung durch und Exposition gegenüber schädliche(n) Substanzen (exkl. Alkohol) Andere Unfallverletzungen Vorsätzliche Selbstvergiftung (exkl. Alkohol) Vorsätzliche Selbstvergiftung durch Exposition gegenüber Alkohol Andere vorsätzliche Selbstbeschädigung Tätlicher Angriff Andere vorsätzliche Verletzungen		Vergiftung durch Betäubungsmittel und Psychodysleptika [Halluzinogene] Vergiftung durch psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert
Krebs	Mundhöhlen- und Rachenkrebs Speiseröhrenkrebs Darmkrebs Leberkrebs Bauchspeicheldrüsenkrebs Kehlkopfkrebs Brustkrebs	Lippen-, Mundhöhlen-, oder Rachenkrebs Speiseröhrenkrebs Magenkrebs Kolorektalkarzinom Leberkrebs Bauchspeicheldrüsenkrebs Kehlkopfkrebs Lungenkrebs Harnblasenkrebs Nieren- und Nierenbeckenkrebs Gebärmutterhalskrebs Akute myeloische Leukämie	
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Hypertonie [Hochdruckkrankheit] Ischämische Herzkrankheiten Alkoholische Kardiomyopathie Herzrhythmusstörung Hämorrhagischer Schlaganfall Ischämischer Schlaganfall Ösophagusvarizen	Ischämische Herzkrankheiten Weitere Formen der Herzerkrankungen Zerebrovaskuläre Erkrankungen Atherosklerose Aortenaneurisma und -dissektion Weitere arterielle Erkrankungen	
Chronische Atemwegserkrankungen		COPD	

NCD-Studie	Alkohol	Tabak	Drogen
Psychische Erkrankungen	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol Alkoholmissbrauch Alkoholentzugssyndrom	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide/Cannabioide/Sedativa/Hypnotika/Kokain/Halluzinogene/Flüchtige Lösungsmittel/multiplen Substanzgebrauch/andere Stimulanzien
Diabetes	Diabetes mellitus, Typ 2	Diabetes	
Neurologische Erkrankungen	Degeneration des Nervensystems durch Alkohol Epilepsie Alkohol-Polyneuropathie Alkoholmyopathie		
Leberzirrhose	Leberzirrhose		
Krankheiten des Verdauungssystems	Alkoholgastritis Akute Pankreatitis Chronische Pankreatitis Alkoholinduzierte Pankreatitis		

Quelle: Polynomics.

Tabelle 32 Suchtbedingte Anteile Alkohol für Morbidität

	Männer								Frauen							
Diagnosegruppe	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+-	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
Tuberkulose	0	0.347	0.408	0.364	0.41	0.443	0.469	0.361	0	0.147	0.136	0.098	0.144	0.135	0.161	0.123
HIV/AIDS	0	0.03	0.041	0.032	0.041	0.049	0.052	0.028	0	0.007	0.005	0.001	0.006	0.005	0.009	0.004
Infektionen der unteren Atemwege	0	0.083	0.101	0.089	0.101	0.109	0.115	0.086	0	0.036	0.034	0.025	0.036	0.034	0.04	0.03
Mundhöhlen- und Rachenkrebs	0	0.429	0.49	0.446	0.492	0.524	0.546	0.442	0	0.206	0.194	0.143	0.199	0.189	0.222	0.178
Speiseröhrenkrebs	0	0.279	0.311	0.29	0.312	0.326	0.334	0.285	0	0.16	0.155	0.122	0.159	0.152	0.171	0.143
Darmkrebs	0	0.186	0.193	0.177	0.198	0.224	0.222	0.192	0	0.027	0.026	0.019	0.025	0.025	0.028	0.024
Leberkrebs	0	0.147	0.162	0.148	0.164	0.181	0.182	0.152	0	0.146	0.158	0.123	0.117	0.13	0.136	0.157
Bauchspeicheldrüsenkrebs	0	0.073	0.071	0.066	0.074	0.087	0.083	0.075	0	0.024	0.025	0.018	0.021	0.022	0.024	0.024
Kehlkopfkrebs	0	0.255	0.297	0.268	0.299	0.321	0.335	0.263	0	0.124	0.12	0.088	0.119	0.114	0.132	0.11
Brustkrebs	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.082	0.077	0.056	0.08	0.076	0.089	0.07
Diabetes mellitus, Typ 2	0	0.024	0.023	0.021	0.024	0.03	0.028	0.024	0	-0.167	-0.172	-0.154	-0.19	-0.182	-0.19	-0.153
Epilepsie	0	0.227	0.272	0.241	0.273	0.295	0.313	0.236	0	0.097	0.091	0.066	0.096	0.09	0.107	0.081
Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	0	0.182	0.21	0.196	0.211	0.218	0.223	0.189	0	0.039	0.032	0.016	0.033	0.029	0.043	0.028
Ischämische Herzkrankheiten	0	-0.199	-0.246	-0.283	-0.307	-0.318	-0.328	-0.331	0	-0.181	-0.251	-0.244	-0.294	-0.29	-0.302	-0.278
SA: Ischämische Herzkrankheiten	0	0.026	0.037	0.032	0.036	0.036	0.040	0.027	0	-0.181	-0.251	-0.244	-0.294	-0.290	-0.302	-0.278
Herzrhythmusstörung	0	0.101	0.123	0.109	0.124	0.134	0.141	0.105	0	0.044	0.042	0.031	0.044	0.041	0.049	0.038
Hämorrhagischer Schlaganfall	0	0.157	0.18	0.161	0.182	0.2	0.206	0.163	0	-0.181	-0.204	-0.224	-0.236	-0.231	-0.21	-0.182
Ischämischer Schlaganfall	0	-0.03	-0.029	-0.05	-0.041	-0.032	-0.024	-0.053	0	-0.069	-0.094	-0.092	-0.103	-0.104	-0.105	-0.102
Ösophagusvarizen	0	0.394	0.428	0.391	0.433	0.473	0.485	0.407	0	0.492	0.496	0.433	0.479	0.478	0.503	0.478
Leberzirrhose	0	0.394	0.428	0.391	0.433	0.473	0.485	0.407	0	0.492	0.496	0.433	0.479	0.478	0.503	0.478
Akute Pankreatitis	0	0.291	0.322	0.292	0.326	0.358	0.368	0.301	0	0.041	0.045	0.013	-0.008	0.007	0.021	0.052
Chronische Pankreatitis	0	0.384	0.432	0.39	0.436	0.473	0.493	0.398	0	0.219	0.222	0.17	0.194	0.197	0.219	0.213
Verkehrsunfälle	0	0.203	0.219	0.175	0.181	0.184	0.183	0.124	0	0.136	0.095	0.074	0.076	0.073	0.068	0.041
Akzidentelle Vergiftung	0	0.2	0.217	0.173	0.18	0.182	0.182	0.124	0	0.134	0.094	0.073	0.075	0.072	0.067	0.041

	Männer								Frauen							
Andere Unfallverletzungen	0	0.2	0.217	0.173	0.18	0.182	0.182	0.124	0	0.134	0.094	0.073	0.075	0.072	0.067	0.041
Vorsätzliche Selbstvergiftung (exkl. Alkohol)	0	0.246	0.262	0.208	0.213	0.213	0.211	0.141	0	0.174	0.119	0.094	0.093	0.089	0.08	0.046
Andere vorsätzliche Selbst-beschädigung	0	0.246	0.262	0.208	0.213	0.213	0.211	0.141	0	0.174	0.119	0.094	0.093	0.089	0.08	0.046
Tätlicher Angriff	0	0.246	0.262	0.208	0.213	0.213	0.211	0.141	0	0.174	0.119	0.094	0.093	0.089	0.08	0.046
Andere vorsätzliche Verletzungen	0	0.246	0.262	0.208	0.213	0.213	0.211	0.141	0	0.174	0.119	0.094	0.093	0.089	0.08	0.046

- 100% suchtbedingte Krankheiten sind nicht enthalten.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

Tabelle 33 Suchtbedingte Anteile Alkohol für Mortalität

	Männer								Frauen							
Diagnosegruppe	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+-	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
Tuberkulose	0	0.347	0.408	0.364	0.410	0.443	0.469	0.361	0	0.147	0.136	0.098	0.144	0.135	0.161	0.123
HIV/AIDS	0	0.03	0.041	0.032	0.041	0.049	0.052	0.028	0	0.007	0.005	0.001	0.006	0.005	0.009	0.004
Infektionen der unteren Atemwege	0	0.083	0.101	0.089	0.101	0.109	0.115	0.086	0	0.036	0.034	0.025	0.036	0.034	0.040	0.030
Mundhöhlen- und Rachenkrebs	0	0.429	0.490	0.446	0.492	0.524	0.546	0.442	0	0.206	0.194	0.143	0.199	0.189	0.222	0.178
Speiseröhrenkrebs	0	0.279	0.311	0.290	0.312	0.326	0.334	0.285	0	0.160	0.155	0.122	0.159	0.152	0.171	0.143
Darmkrebs	0	0.186	0.193	0.177	0.198	0.224	0.222	0.192	0	0.027	0.026	0.019	0.025	0.025	0.028	0.024
Leberkrebs	0	0.147	0.162	0.148	0.164	0.181	0.182	0.152	0	0.146	0.158	0.123	0.117	0.130	0.136	0.157
Bauchspeicheldrüsenkrebs	0	0.073	0.071	0.066	0.074	0.087	0.083	0.075	0	0.024	0.025	0.018	0.021	0.022	0.024	0.024
Kehlkopfkrebs	0	0.255	0.297	0.268	0.299	0.321	0.335	0.263	0	0.124	0.120	0.088	0.119	0.114	0.132	0.110
Brustkrebs									0	0.082	0.077	0.056	0.080	0.076	0.089	0.070
Diabetes mellitus, Typ 2	0	0.024	0.023	0.021	0.024	0.030	0.028	0.024	0	-0.167	-0.172	-0.154	-0.190	-0.182	-0.190	-0.153
Epilepsie	0	0.227	0.272	0.241	0.273	0.295	0.313	0.236	0	0.097	0.091	0.066	0.096	0.090	0.107	0.081
Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	0	0.182	0.210	0.196	0.211	0.218	0.223	0.189	0	0.039	0.032	0.016	0.033	0.029	0.043	0.028

	Männer								Frauen							
Ischämische Herzkrankheiten	0	-0.003	-0.001	-0.032	-0.014	0.009	0.018	-0.033	0	0.023	0.010	-0.013	-0.020	-0.015	-0.004	0.004
SA: Ischämische Herzkrankheiten	0	0.054	0.058	0.053	0.059	0.067	0.066	0.056	0	0.023	0.010	-0.013	-0.020	-0.015	-0.004	0.004
Herzrhythmusstörung	0	0.101	0.123	0.109	0.124	0.134	0.141	0.105	0	0.044	0.042	0.031	0.044	0.041	0.049	0.038
Hämorrhagischer Schlaganfall	0	0.143	0.163	0.146	0.165	0.181	0.187	0.148	0	0.142	0.139	0.103	0.132	0.129	0.149	0.129
Ischämischer Schlaganfall	0	-0.026	-0.023	-0.045	-0.036	-0.025	-0.017	-0.049	0	-0.139	-0.196	-0.195	-0.221	-0.222	-0.223	-0.218
Ösophagusvarizen	0	0.601	0.661	0.607	0.664	0.706	0.734	0.623	0	0.609	0.605	0.536	0.601	0.594	0.625	0.584
Leberzirrhose	0	0.601	0.661	0.607	0.664	0.706	0.734	0.623	0	0.609	0.605	0.536	0.601	0.594	0.625	0.584
Akute Pankreatitis	0	0.291	0.322	0.292	0.326	0.358	0.368	0.301	0	0.041	0.045	0.013	-0.008	0.007	0.021	0.052
Chronische Pankreatitis	0	0.384	0.432	0.390	0.436	0.473	0.493	0.398	0	0.219	0.222	0.170	0.194	0.197	0.219	0.213
Verkehrsunfälle	0	0.203	0.219	0.175	0.181	0.184	0.183	0.124	0	0.136	0.095	0.074	0.076	0.073	0.068	0.041
Akzidentelle Vergiftung	0	0.200	0.217	0.173	0.180	0.182	0.182	0.124	0	0.134	0.094	0.073	0.075	0.072	0.067	0.041
Andere Unfallverletzungen	0	0.200	0.217	0.173	0.180	0.182	0.182	0.124	0	0.134	0.094	0.073	0.075	0.072	0.067	0.041
Vorsätzliche Selbstvergiftung (exkl. Alkohol)	0	0.246	0.262	0.208	0.213	0.213	0.211	0.141	0	0.174	0.119	0.094	0.093	0.089	0.080	0.046
Andere vorsätzliche Selbst-beschädigung	0	0.246	0.262	0.208	0.213	0.213	0.211	0.141	0	0.174	0.119	0.094	0.093	0.089	0.080	0.046
Tätlicher Angriff	0	0.246	0.262	0.208	0.213	0.213	0.211	0.141	0	0.174	0.119	0.094	0.093	0.089	0.080	0.046
Andere vorsätzliche Verletzungen	0	0.246	0.262	0.208	0.213	0.213	0.211	0.141	0	0.174	0.119	0.094	0.093	0.089	0.080	0.046

- 100% suchtbedingte Krankheiten sind nicht enthalten.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

Tabelle 34 Suchtbedingte Anteile Tabak für Morbidität und Mortalität

	Männer								Frauen							
Diagnosegruppe	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
Lippen-, Mundhöhlen- oder Rachenkrebs	0	0	0	0.249	0.249	0.26	0.327	0.264	0	0	0	0.106	0.106	0.253	0.191	0.107
Speiseröhrenkrebs	0	0	0	0.249	0.249	0.26	0.327	0.264	0	0	0	0.106	0.106	0.253	0.191	0.107

	Männer								Frauen							
Magenkrebs	0	0	0	0.249	0.249	0.26	0.327	0.264	0	0	0	0.106	0.106	0.253	0.191	0.107
Kolorektalkarzinom	0	0	0	0.249	0.249	0.26	0.327	0.264	0	0	0	0.106	0.106	0.253	0.191	0.107
Leberkrebs	0	0	0	0.249	0.249	0.26	0.327	0.264	0	0	0	0.106	0.106	0.253	0.191	0.107
Bauchspeicheldrüsenkrebs	0	0	0	0.249	0.249	0.26	0.327	0.264	0	0	0	0.106	0.106	0.253	0.191	0.107
Kehlkopfkrebs	0	0	0	0.249	0.249	0.26	0.327	0.264	0	0	0	0.106	0.106	0.253	0.191	0.107
Lungenkrebs	0	0	0	0.841	0.841	0.864	0.894	0.836	0	0	0	0.776	0.776	0.845	0.836	0.725
Harnblasenkrebs	0	0	0	0.249	0.249	0.26	0.327	0.264	0	0	0	0.106	0.106	0.253	0.191	0.107
Nieren- und Nierenbeckenkrebs	0	0	0	0.249	0.249	0.26	0.327	0.264	0	0	0	0.106	0.106	0.253	0.191	0.107
Gebärmutterhalskrebs	0	0	0	0.249	0.249	0.26	0.327	0.264	0	0	0	0.106	0.106	0.253	0.191	0.107
Akute myeloische Leukämie	0	0	0	0.249	0.249	0.26	0.327	0.264	0	0	0	0.106	0.106	0.253	0.191	0.107
Diabetes	0	0	0	0.331	0.331	0.377	0.253	0.029	0	0	0	0.27	0.27	0.212	0.14	0.019
Ischämische Herzkrankheiten	0	0	0	0.538	0.538	0.427	0.377	0.211	0	0	0	0.557	0.557	0.379	0.338	0.147
Weitere Formen der Herz-erkrankungen	0	0	0	0.331	0.331	0.377	0.277	0.129	0	0	0	0.27	0.27	0.212	0.175	0.105
Zerebrovaskuläre Erkrankungen	0	0	0	0.331	0.331	0.377	0.25	0.101	0	0	0	0.27	0.27	0.212	0.208	0.065
Atherosklerose	0	0	0	0.331	0.331	0.377	0.638	0.443	0	0	0	0.27	0.27	0.212	0.555	0.351
Aortenaneurisma und -dissektion	0	0	0	0.331	0.331	0.377	0.638	0.443	0	0	0	0.27	0.27	0.212	0.555	0.351
Weitere arterielle Erkrankungen	0	0	0	0.331	0.331	0.377	0.277	0.129	0	0	0	0.27	0.27	0.212	0.175	0.105
Lungenentzündung, Grippe, Tuberkulose	0	0	0	0.592	0.592	0.835	0.371	0.217	0	0	0	0.609	0.609	0.748	0.162	0.105
COPD	0	0	0	0.592	0.592	0.835	0.898	0.839	0	0	0	0.609	0.609	0.748	0.908	0.724

- 100% suchtbedingte Krankheiten sind nicht enthalten.

Quelle: Mattli et al. (2019).

Tabelle 35 Suchtbedingte Anteile Drogen für Morbidität und Mortalität

	Männer								Frauen							
Diagnosegruppe	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
HIV/AIDS	0.024	0.024	0.024	0.024	0.024	0.024	0.024	0.024	0.032	0.032	0.032	0.032	0.032	0.032	0.032	0.032
Akute Virushepatitis B	0.291	0.291	0.291	0.291	0.291	0.291	0.291	0.291	0.291	0.291	0.291	0.291	0.291	0.291	0.291	0.291
Chronische Virushepatitis B	0.281	0.281	0.281	0.281	0.281	0.281	0.281	0.281	0.281	0.281	0.281	0.281	0.281	0.281	0.281	0.281
Akute Virushepatitis C	0.019	0.019	0.019	0.019	0.019	0.019	0.019	0.019	0.019	0.019	0.019	0.019	0.019	0.019	0.019	0.019
Chronische Virushepatitis C	0.012	0.012	0.012	0.012	0.012	0.012	0.012	0.012	0.012	0.012	0.012	0.012	0.012	0.012	0.012	0.012

- 100% suchtbedingte Krankheiten sind nicht enthalten.

Quelle: BAG; eigene Berechnungen, Polynomics.

Tabelle 36 Anteile der stationären suchtbedingten Kosten pro Klassifikation

	Alkohol	Tabak	Drogen	Übrige Süchte
Nicht-Krankheiten	0%	0%	0%	0%
CDs (übertragbare Erkrankungen)	2.5%	8.4%	0.0%	0%
Erkrankungen bei Schwangerschaft/Geburt	0%	0.0%	0.0%	0%
Mangelernährung	0%	0%	0%	0%
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen	5.9%	0%	0.1%	0%
Neubildungen (Krebs)	4.0%	13.6%	0%	0%
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	-7.3%	23.4%	0%	0%
Chronische Erkrankungen der Atemwege	0%	26.7%	0%	0%
Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten	11.5%	0.0%	5.5%	0.1%
Demenz	0.4%	0%	0%	0%
Diabetes	-2.2%	16.4%	0%	0%
Muskuloskelettale Krankheiten	0%	0%	0%	0%
Krankheiten des Verdauungssystems	2.0%	0%	0%	0%
Neurologische Krankheiten ohne Demenz	3.2%	0%	0%	0%
Blutkrankheiten, urogenitale und endokrine Krankheiten ohne Diabetes	0%	0%	0%	0%
Angeborene Fehlbildungen	0%	0%	0%	0%
Krankheiten der Haut und Unterhaut	0%	0%	0%	0%
Krankheiten der Sinnesorgane	0%	0%	0%	0%
Leberzirrhose	45.2%	0%	0%	0%
Andere nicht übertragbare Krankheiten	0%	0%	0%	0%
Zahn- und Mundkrankheiten	0%	0%	0%	0%

Text auf Seite 57

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

Tabelle 37 Produktivitätsverluste

	Suchtbedingte Kosten in Mio. CHF (FKA)					Suchtbedingte Kosten in Mio. CHF (HKA)				
	Alkohol	Tabak	Drogen	Glücksspiel	Total	Alkohol	Tabak	Drogen	Glücksspiel	Total
Mortalität	**29**	**83**	**5**	**-**	**117**	**985**	**2'079**	**266**	**-**	**3'330**
Bezahlte Arbeit	23	49	4	-	76	703	1'009	220	-	1'932
Unbezahlte Arbeit	6	34	1	-	41	281	1'070	46	-	1'397
Morbidität	**614**	**750**	**176**	**-**	**1'540**	**810**	**1'037**	**276**	**-**	**2'123**
Vorzeitige Pensionierung	98	144	50	-	292	294	431	150	-	875
Absentismus	516	607	126	-	1'248	516	607	126	-	1'248
Total Mortalität/Morbidität	**643**	**833**	**181**	**-**	**1'657**	**1'794**	**3'116**	**542**	**-**	**5'453**
Direkter Produktivitätsverlust	**1'508**	**-**	**-**	**58**	**1'566**	**1'508**	**-**	**-**	**58**	**1'566**
Absentismus	209	-	-	22	231	209	-	-	22	231
Präsentismus	1'299	-	-	36	1'335	1'299	-	-	36	1'335
Total	**2'151**	**833**	**181**	**58**	**3'223**	**3'303**	**3'116**	**542**	**58**	**7'019**

Text auf Seite 67

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

Tabelle 38 Suchtbedingte Kosten in Mio. CHF, pro Kopf und Anteil am BIP – HKA

	Alkohol	Tabak	Drogen	Total
Indikator 37 – direkte und indirekte Kosten				
▪ Absolut in Mio. CHF	3'995	6'160	1'283	11'438
▪ Pro Einwohner in CHF	471	726	151	1'344
▪ Anteil am BIP in %	0.6%	0.9%	0.2%	1.7%

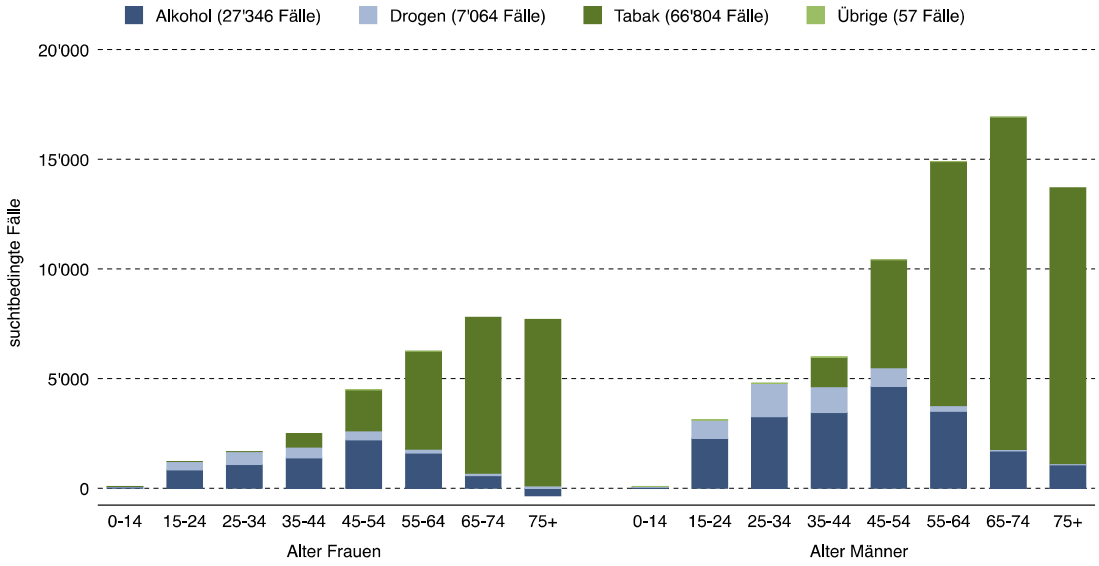
▪ Indikator 37 berechnet mit HKA; es werden nur Alkohol, Tabak und Drogen berücksichtigt

Auf die Gesamtbevölkerung bezogen machen im Jahr 2017 die suchtbedingten Kosten 1'344 CHF pro Kopf aus. Gemessen an der Wirtschaftsleistung machen die Kosten 1.7 Prozent am BIP aus.

Quelle: BFS, Ständige Wohnbevölkerung 2017; BFS, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung 2017; BFS, Kosten und Finanzierung im Gesundheitswesen; eigene Berechnungen, Polynomics.

Detaillierte Resultate – Abbildungen

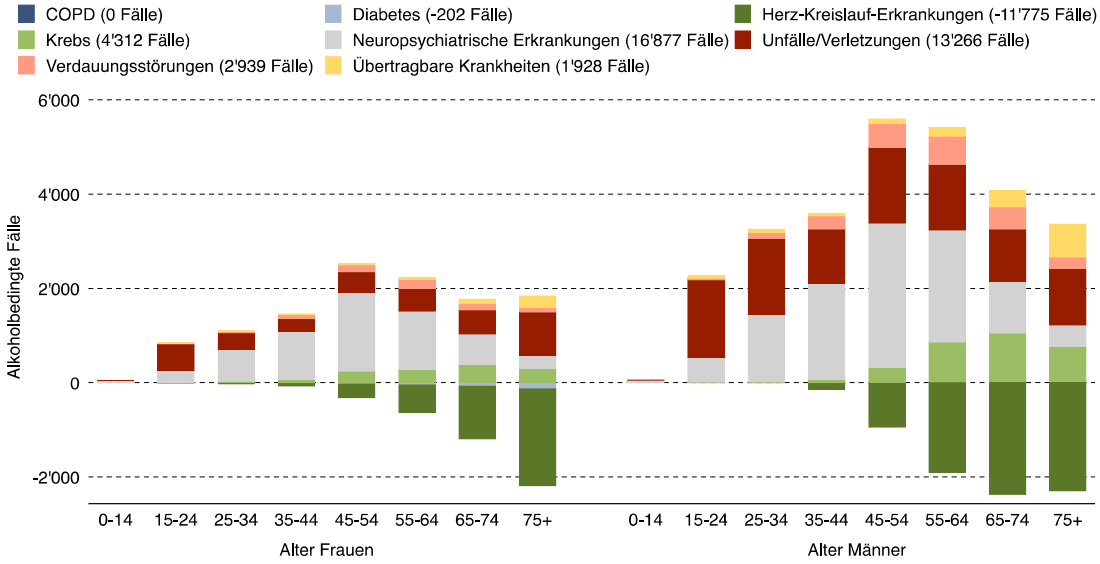
Abbildung 20 Anzahl suchtbedingte stationäre Fälle nach Sucht und Alter



Text auf Seite 55

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

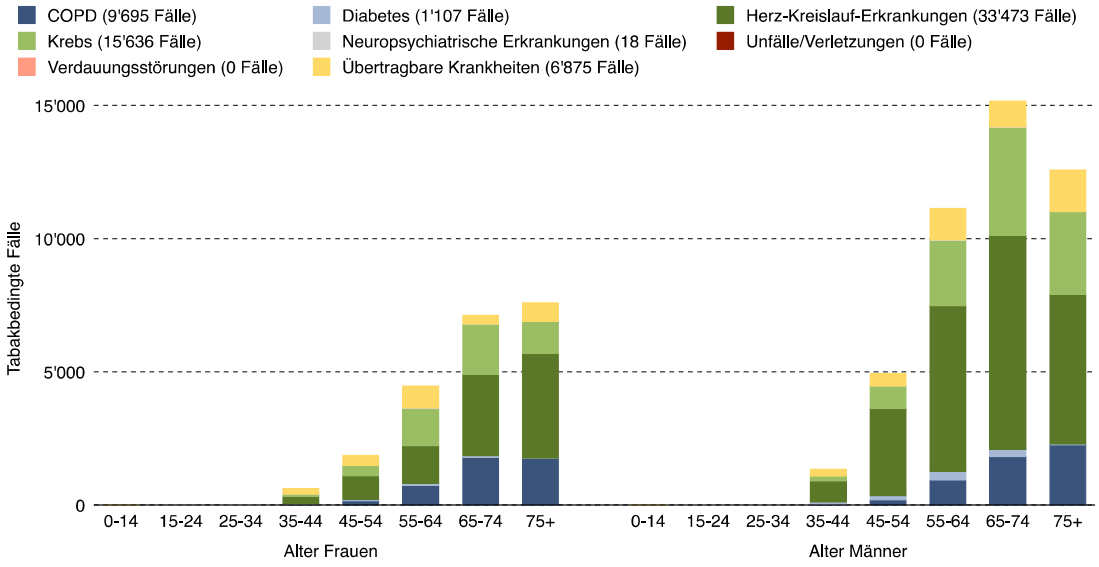
Abbildung 21 Anzahl alkoholbedingte stationäre Fälle nach Krankheit und Alter



Text auf Seite 55

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

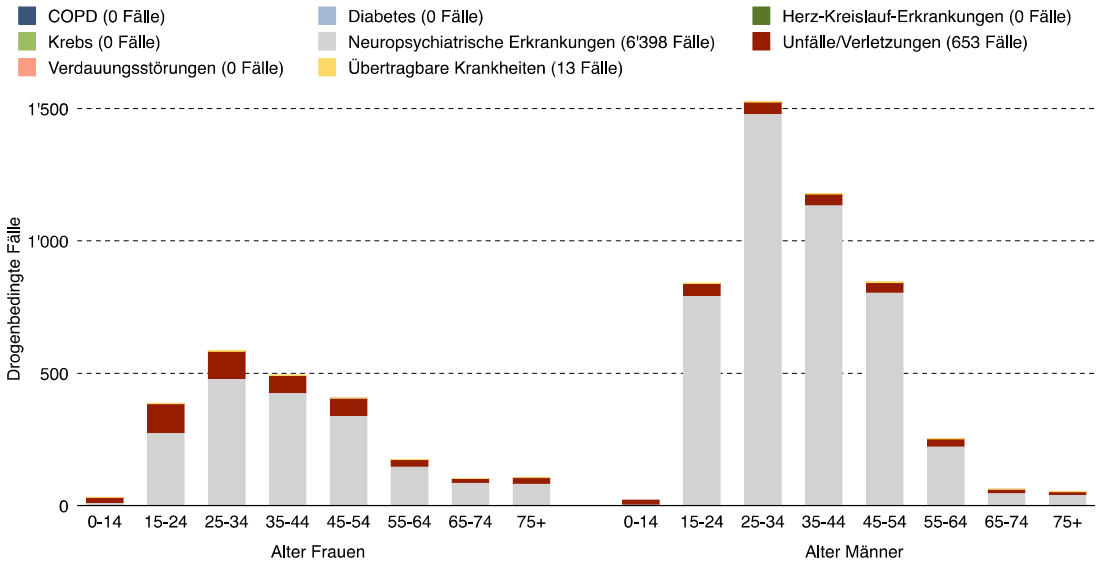
Abbildung 22 Anzahl tabakbedingte stationäre Fälle nach Krankheit und Alter



Text auf Seite 55

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

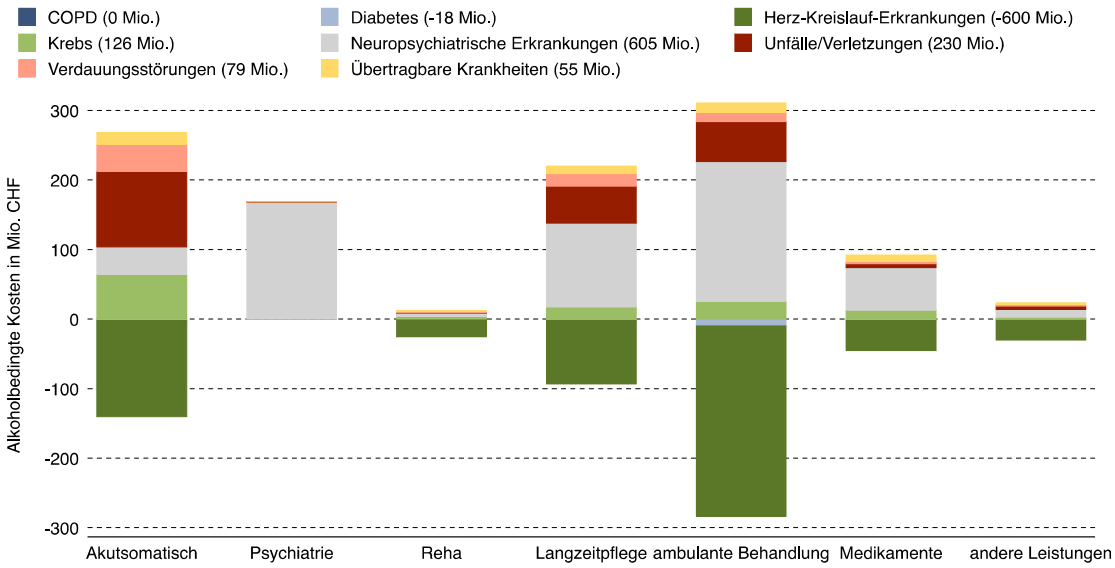
Abbildung 23 Anzahl drogenbedingte stationäre Fälle nach Krankheit und Alter



Text auf Seite 55

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

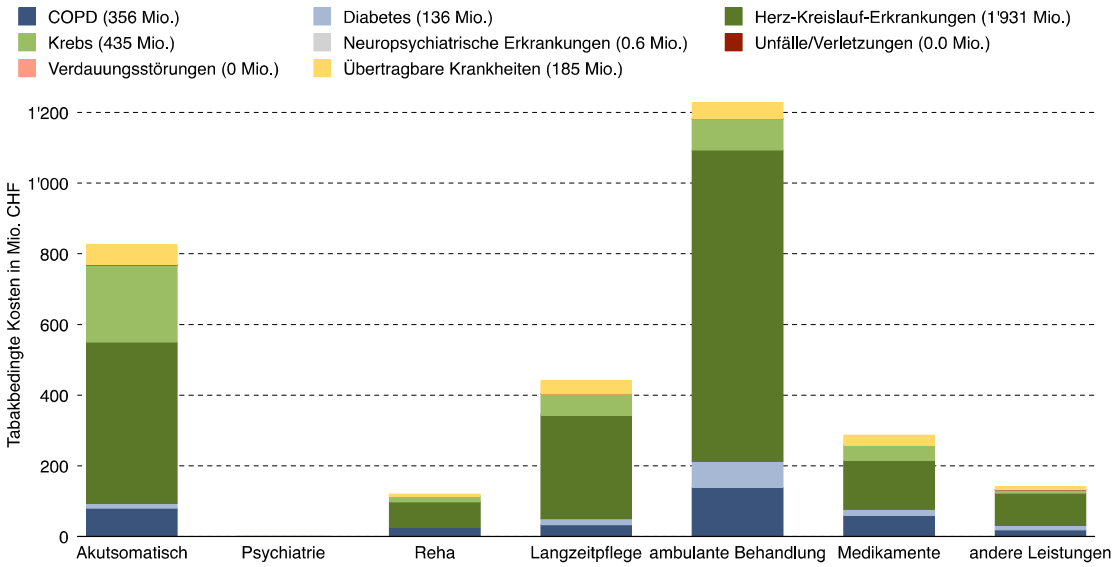
Abbildung 24 Alkoholbedingte Kosten Gesundheitswesen nach Krankheit und Leistung



Text auf Seite 57

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

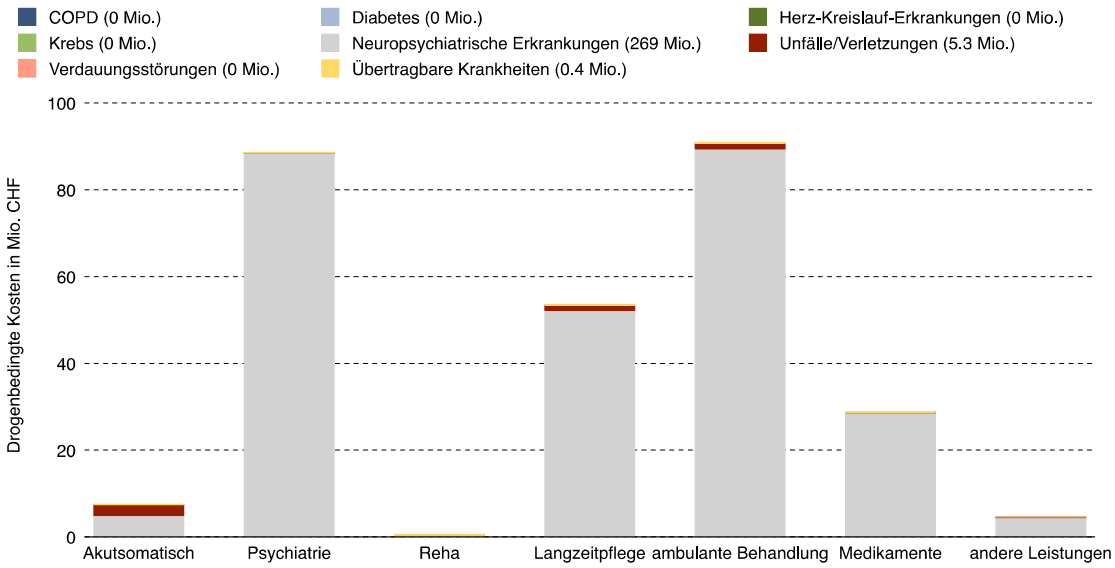
Abbildung 25 Tabakbedingte Kosten Gesundheitswesen nach Krankheit und Leistung



Text auf Seite 58

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

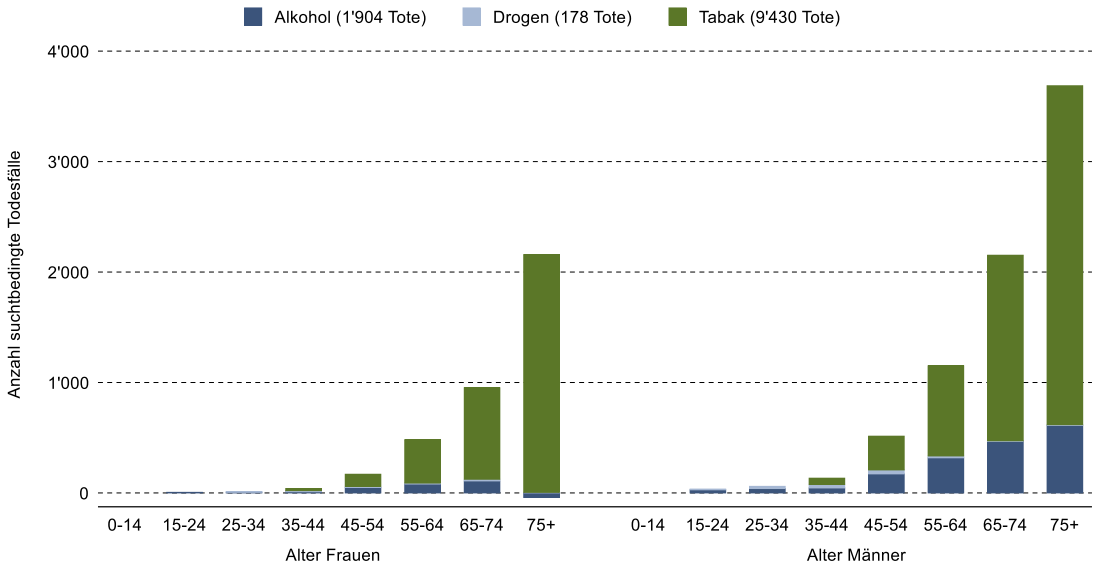
Abbildung 26 Drogenbedingte Kosten Gesundheitswesen nach Krankheit und Leistung



Text auf Seite 58

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

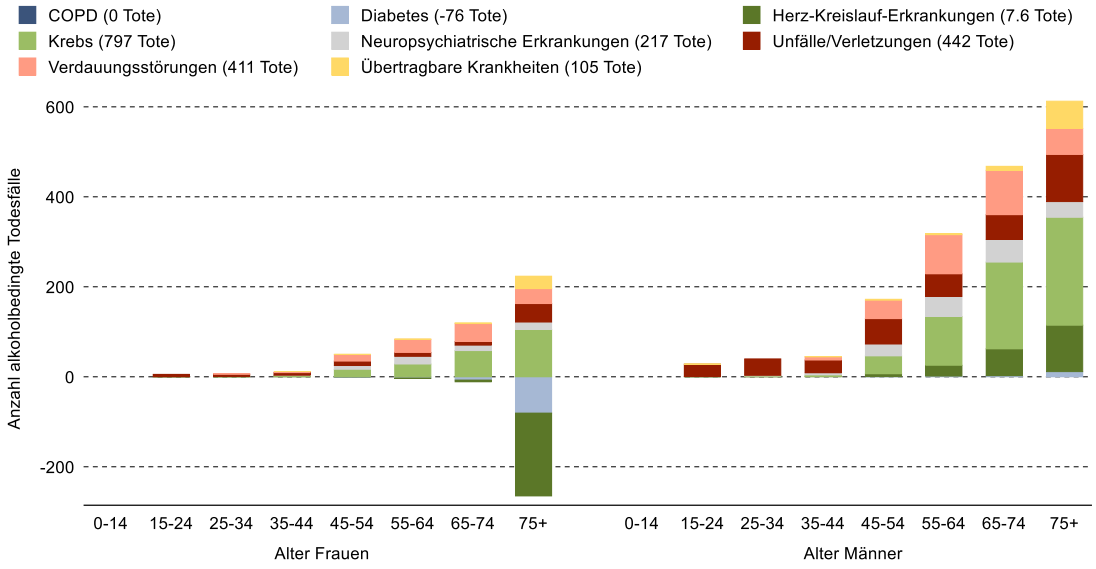
Abbildung 27 Anzahl suchtbedingte Todesfälle nach Sucht und Alter



Text auf Seite 62

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

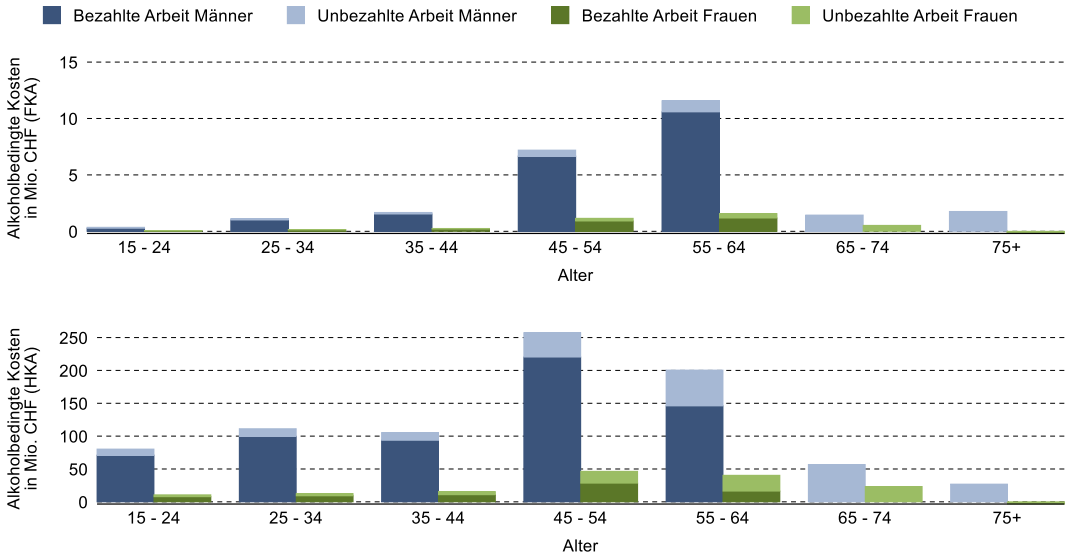
Abbildung 28 Anzahl alkoholbedingte Todesfälle nach Krankheit



Text auf Seite 60

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

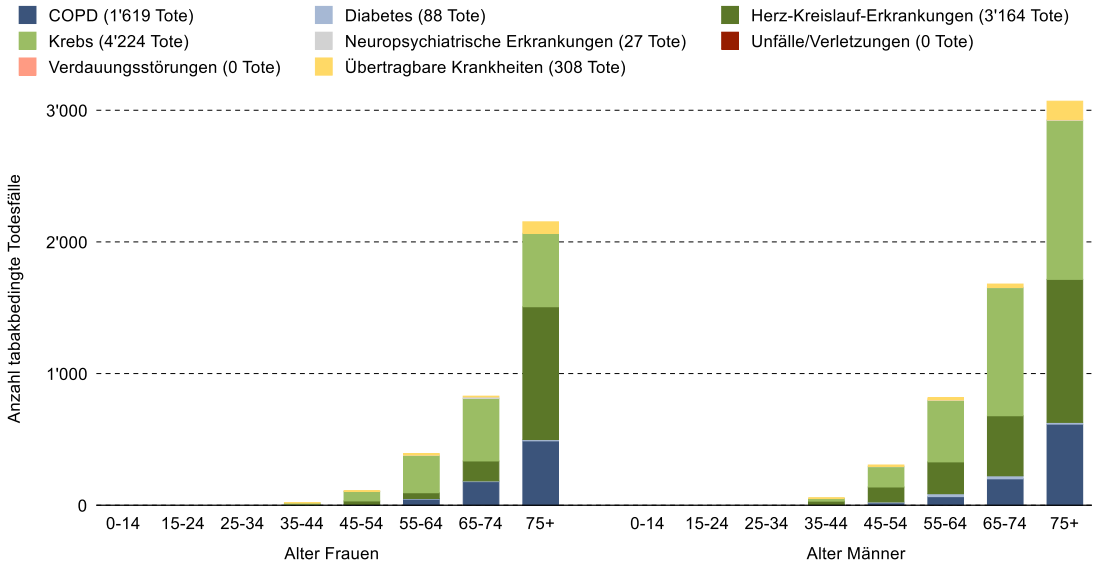
Abbildung 29 Alkoholbedingte Produktivitätsverluste Mortalität



Text auf Seite 62

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

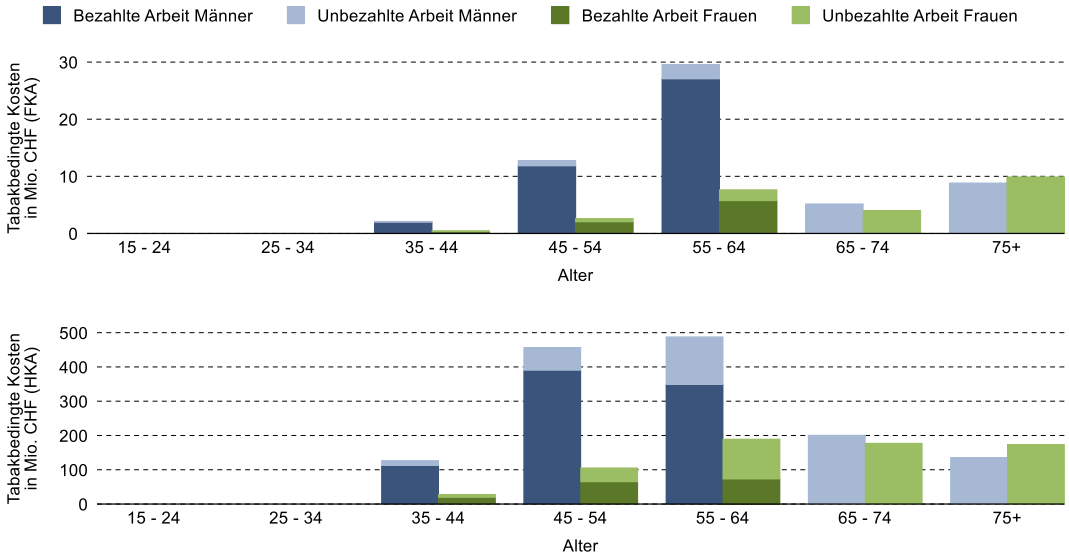
Abbildung 30 Anzahl tabakbedingte Todesfälle nach Krankheit



Text auf Seite 60

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

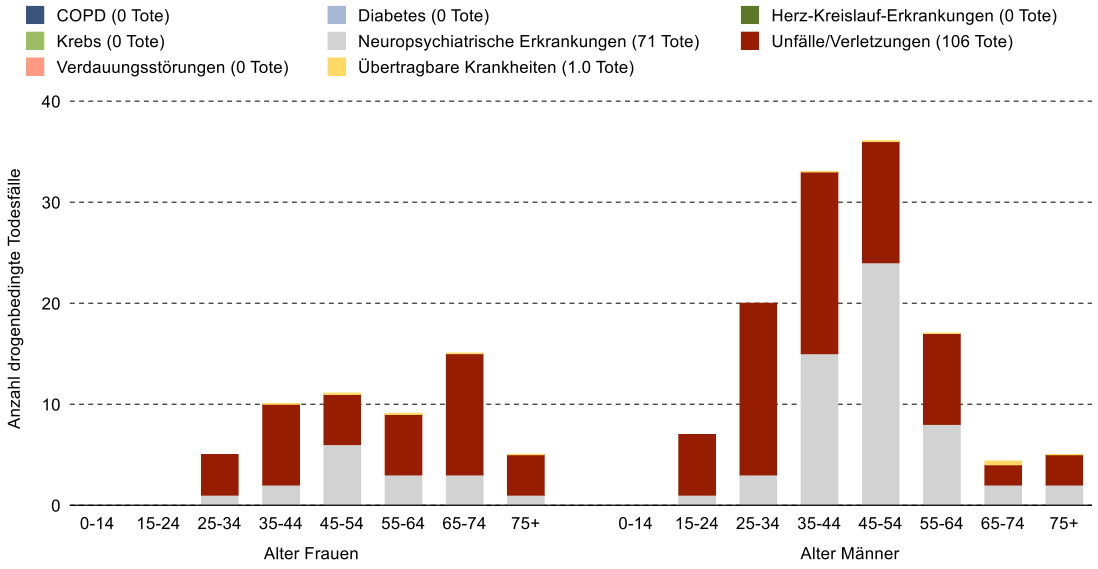
Abbildung 31 Tabakbedingte Produktivitätsverluste Mortalität



Text auf Seite 62

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

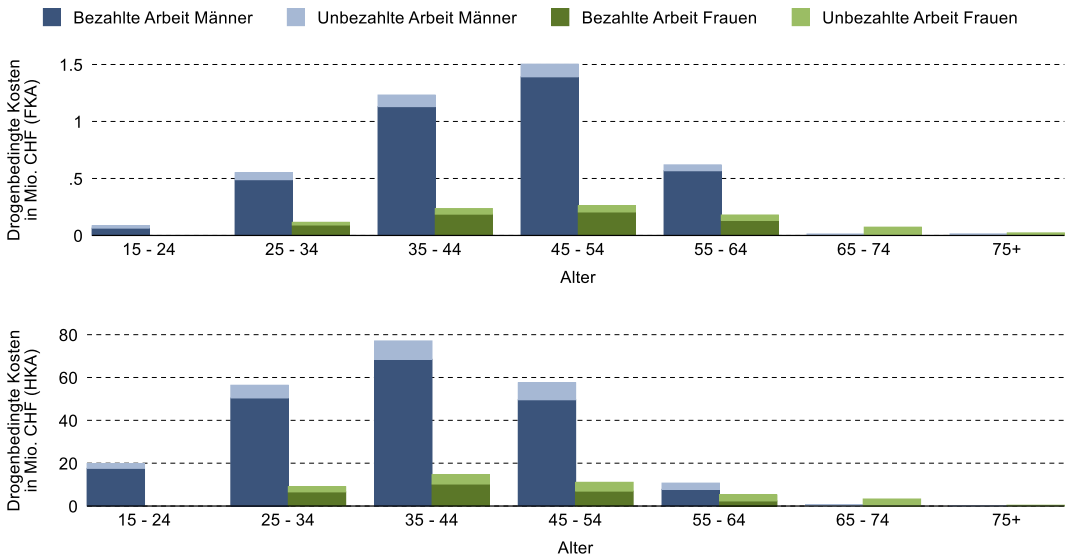
Abbildung 32 Anzahl drogenbedingte Todesfälle nach Krankheit



Text auf Seite 60

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

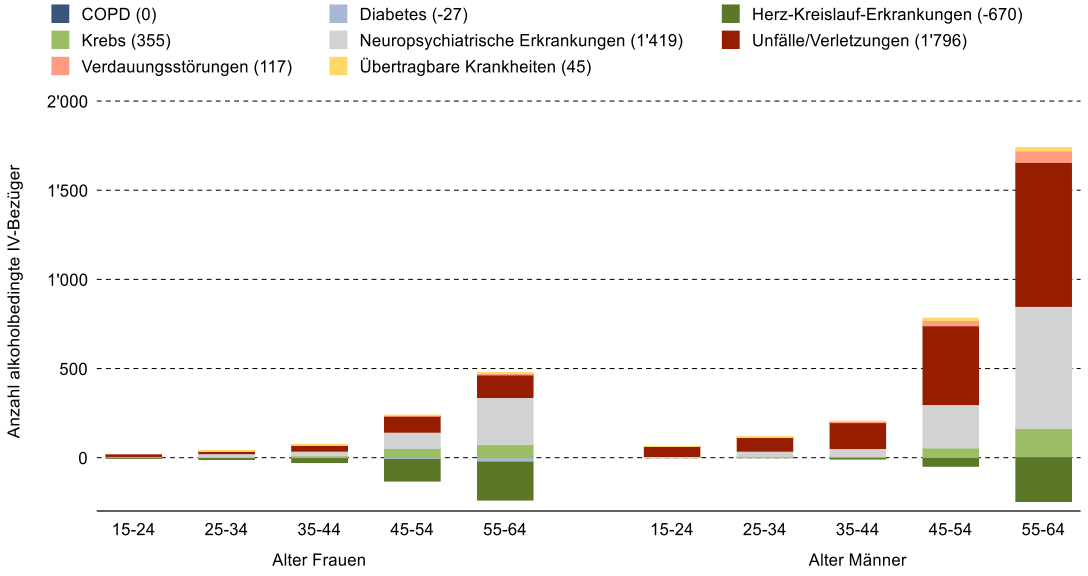
Abbildung 33 Drogenbedingte Produktivitätsverluste Mortalität



Text auf Seite 62

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

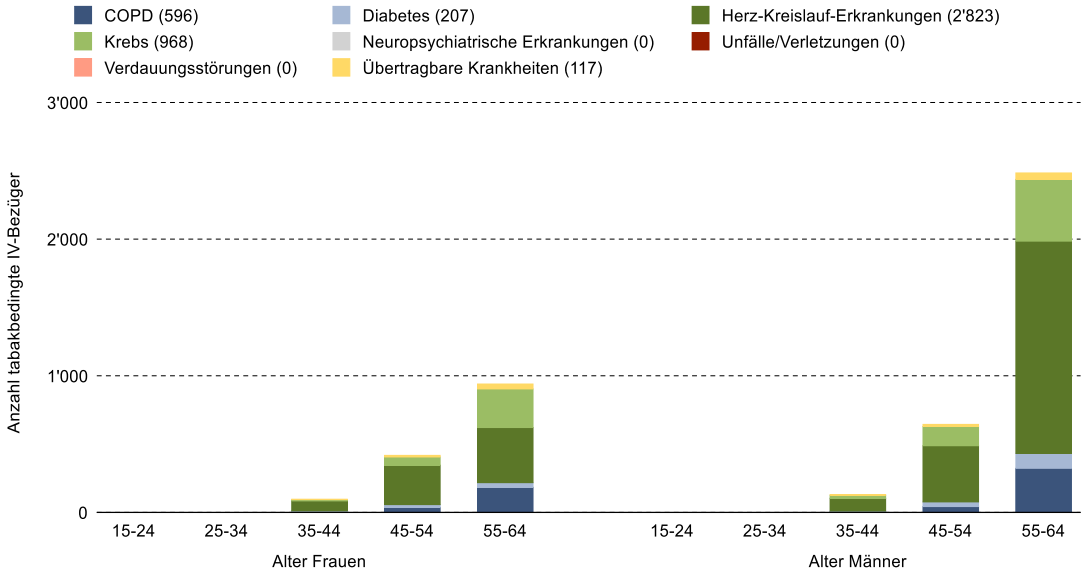
Abbildung 34 Anzahl alkoholbedingte IV-Bezüger



Text auf Seite 63

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

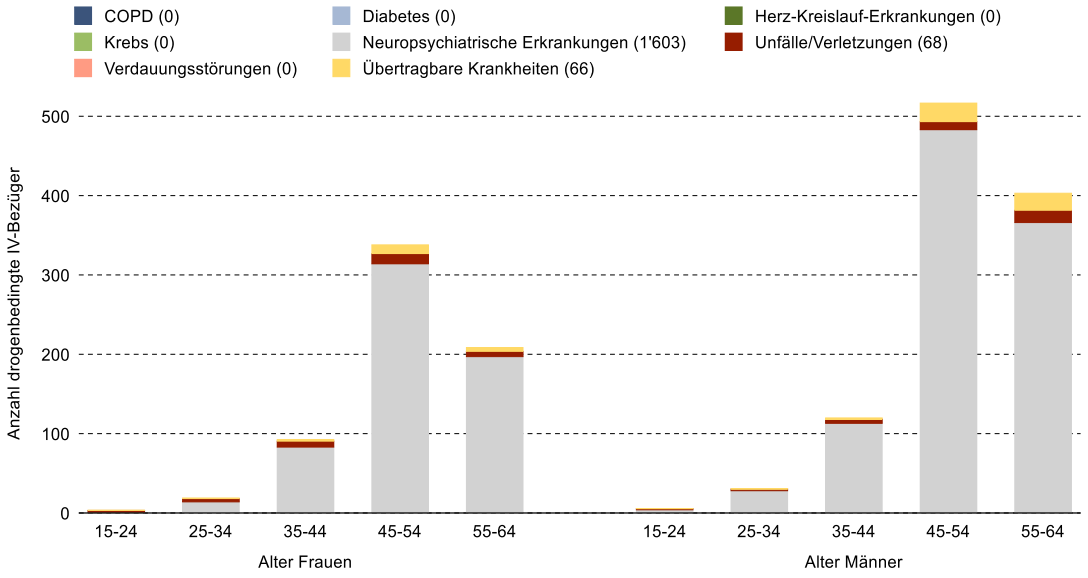
Abbildung 35 Anzahl tabakbedingte IV-Bezüger



Text auf Seite 63

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

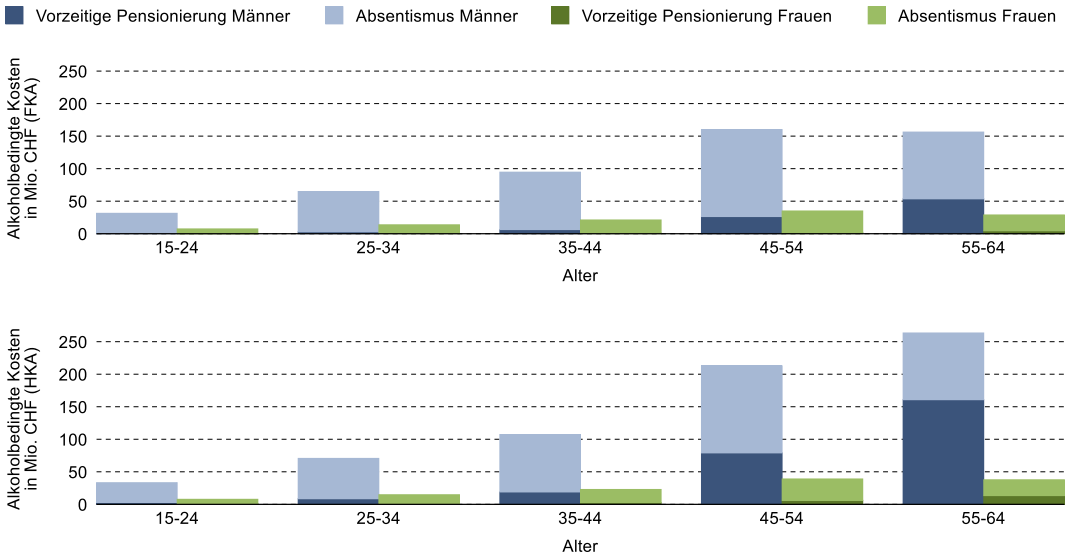
Abbildung 36 Anzahl drogenbedingte IV-Bezüger



Text auf Seite 63

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

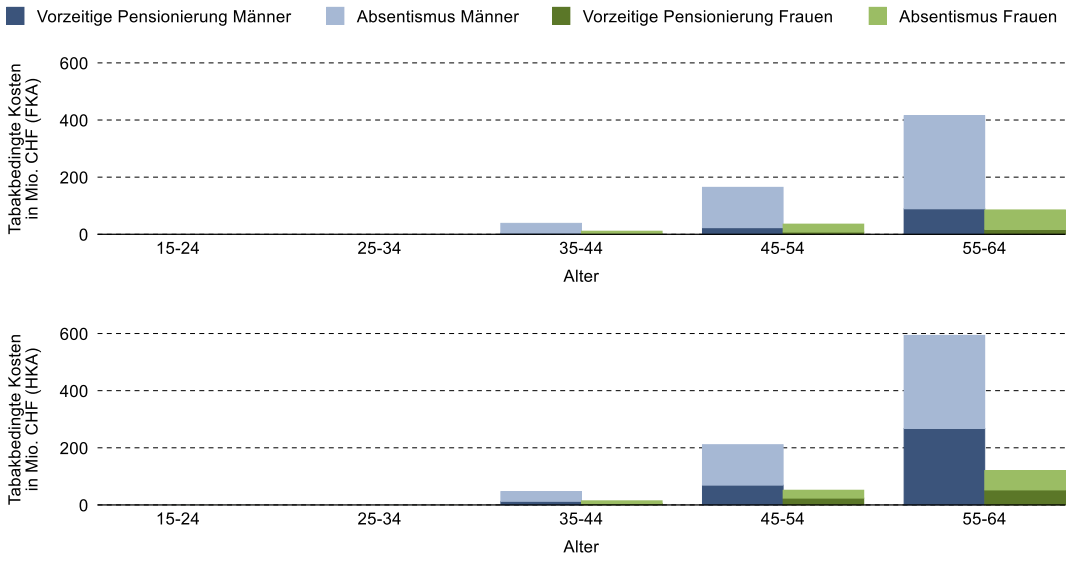
Abbildung 37 Alkoholbedingte Produktivitätsverluste Morbidität nach Alterskategorie



Text auf Seite 64

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

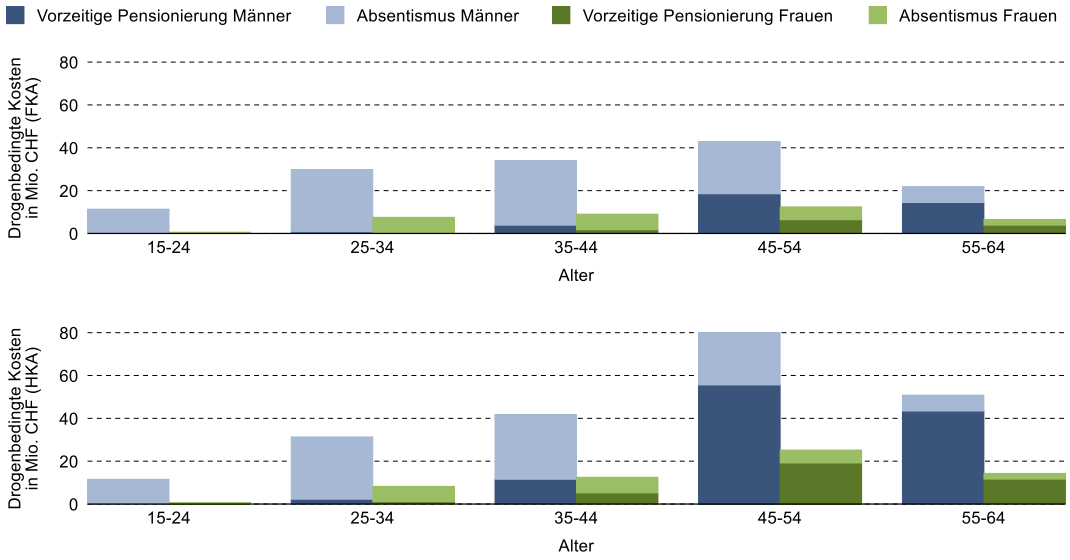
Abbildung 38 Tabakbedingte Produktivitätsverluste Morbidität nach Alterskategorie



Text auf Seite 64

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

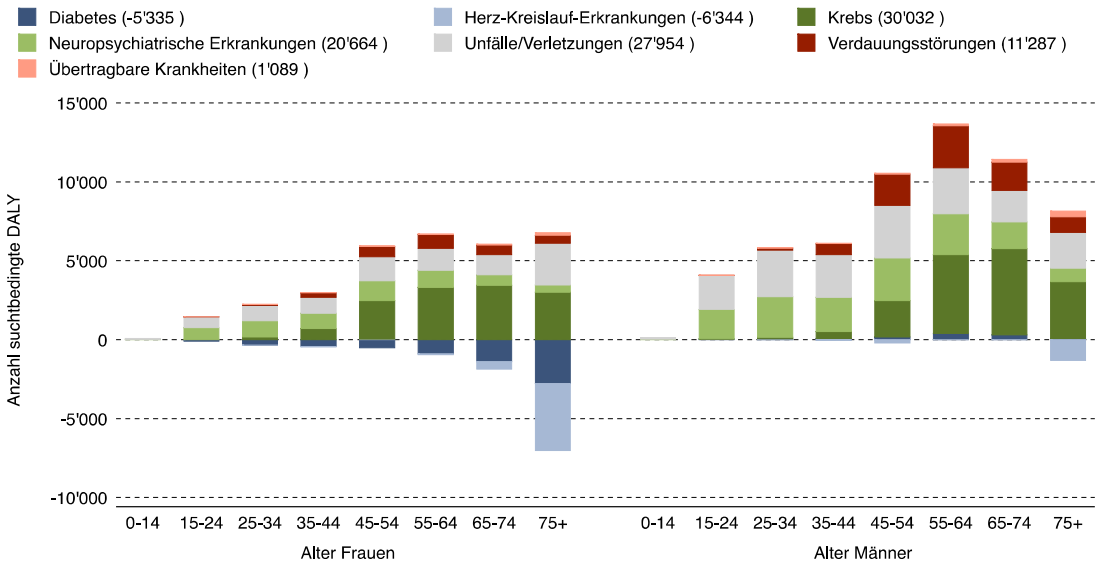
Abbildung 39 Drogenbedingte Produktivitätsverluste Morbidität nach Alterskategorie



Text auf Seite 64

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

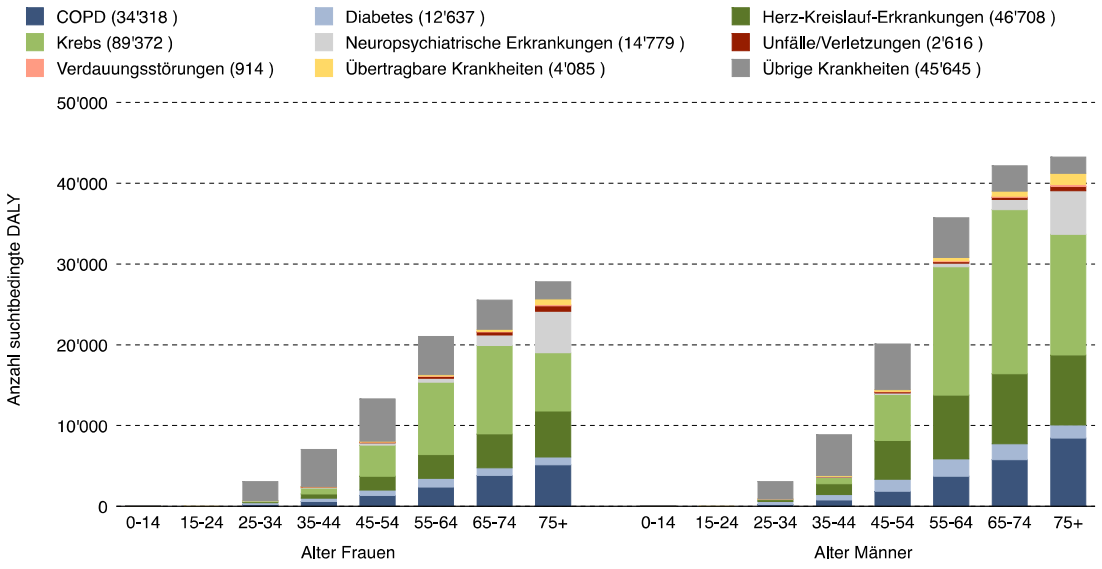
Abbildung 40 Anzahl alkoholbedingte DALY nach Krankheitsgruppe und Alter



Text auf Seite 71

Quelle: Global Burden of Disease Collaborative Network (2018); eigene Berechnungen, Polynomics.

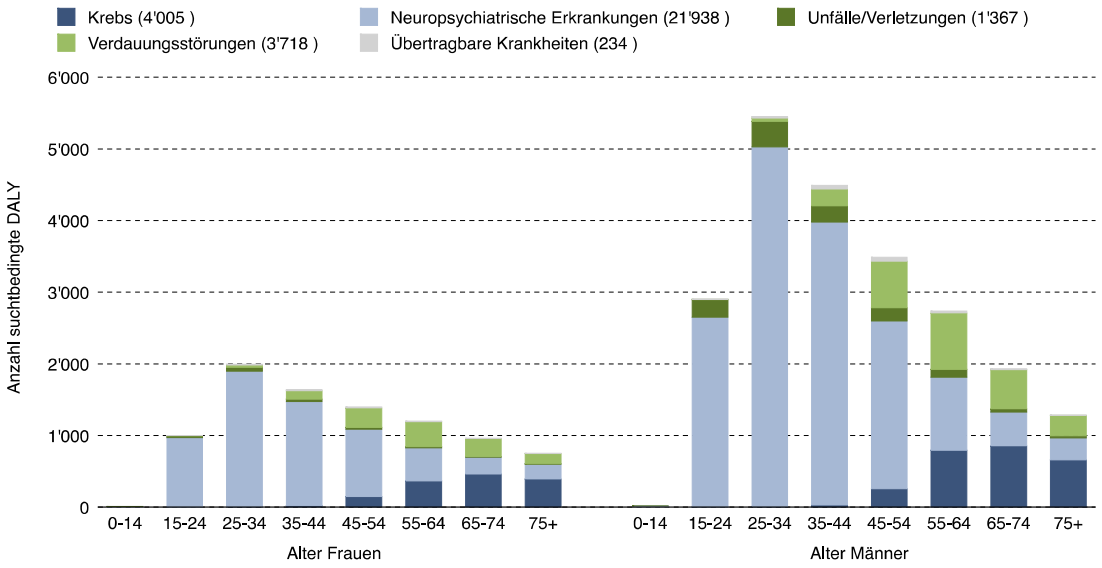
Abbildung 41 Anzahl tabakbedingte DALY nach Krankheitsgruppe und Alter



Text auf Seite 71

Quelle: Global Burden of Disease Collaborative Network (2018); eigene Berechnungen, Polynomics.

Abbildung 42 Anzahl drogenbedingte DALY nach Krankheitsgruppe und Alter



Text auf Seite 71

Quelle: Global Burden of Disease Collaborative Network (2018); eigene Berechnungen, Polynomics.

Detaillierte Resultate – Tabellen

Tabelle 39 Alkoholbedingte stationäre Fälle

	Männer									Frauen									
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	Total
Diabetes	0	0	1	3	9	23	29	32	98	0	-2	-3	-9	-29	-52	-75	-131	-299	-202
Diabetes mellitus, Typ 2	0	0	1	3	9	23	29	32	98	0	-2	-3	-9	-29	-52	-75	-131	-299	-202
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	0	9	0	-141	-943	-1’906	-2’372	-2’293	-7’646	0	-5	-20	-62	-286	-581	-1’119	-2’055	-4’129	-11’775
Alkoholische Kardiomyopathie			1	4	8	6	7	2	28							3	1	4	32
Hämorrhagischer Schlaganfall	0	2	10	17	53	79	121	207	489	0	-5	-9	-19	-59	-77	-94	-205	-467	22
Herzrhythmusstörung	0	9	12	26	95	214	315	285	956	0	3	3	4	15	32	74	117	249	1’205
Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	0	1	5	13	33	59	77	113	301	0	0	1	1	5	9	28	57	101	402
Ischämische Herzkrankheiten	0	-3	-27	-187	-1’099	-2’203	-2’825	-2’655	-9’000		-1	-3	-30	-192	-449	-943	-1’478	-3’095	-12’095
Ischämischer Schlaganfall	0	-1	-3	-15	-36	-63	-70	-250	-437	0	-3	-12	-19	-57	-97	-192	-550	-930	-1’367
Ösophagusvarizen		0	0		3	4	3	6	17						1	5	2	8	25
Krebs	0	3	17	63	319	838	1’027	732	2’999	0	2	25	68	244	284	388	303	1’313	4’312
Bauchspeicheldrüsenkrebs			1	3	12	36	57	46	155		0	0	1	2	7	15	17	43	197
Brustkrebs		0	0	0	0	0	0	0	0		1	17	58	205	186	244	161	871	871
Darmkrebs		1	8	22	103	239	336	348	1’056	0	0	1	2	10	19	29	39	102	1’157
Kehlkopfkrebs				1	21	61	69	27	180				1	3	3	5	2	13	193
Leberkrebs	0	1	3	1	18	64	111	81	278			2	2	4	17	24	35	85	363
Mundhöhlen- und Rachenkrebs	0	2	5	32	138	343	334	128	982	0		4	3	16	40	47	33	143	1’125
Speiseröhrenkrebs				3	27	95	121	102	348			0	0	3	12	25	17	57	405
Neuropsychiatrische Erkrankungen	52	524	1’437	2’048	3’057	2’379	1’097	460	11’055	43	257	680	1’019	1’671	1’238	645	269	5’822	16’877
Alkohol-Polyneuropathie					13	17	22	13	65			1	2	1	10	7	4	25	90
Alkoholentzugssyndrom		126	856	1’317	1’891	1’364	437	78	6’069		49	375	574	1’052	713	314	62	3’139	9’208
Alkoholmissbrauch	2	37	70	87	78	75	44	20	413		14	38	38	53	41	12	8	204	617
Alkoholmyopathie				1		1			2										2
Degeneration des Nervensystems durch Alkohol				2	6	7	7	3	25				3	4	2	4	1	14	39

	Männer									Frauen									
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	Total
Epilepsie	0	76	108	90	152	163	170	161	921	0	27	26	15	33	35	48	81	265	1’186
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	50	285	403	551	917	752	417	185	3’560	43	167	240	387	528	437	260	113	2’175	5’735
Übertragbare Krankheiten	0	55	58	58	96	183	341	699	1’490	0	10	13	13	28	44	94	237	438	1’928
HIV/AIDS		0	0	0	1	0	0	0	2	0		0	0	0	0	0		0	2
Infektionen der unteren Atemwege	0	18	29	41	83	169	333	685	1’358	0	6	8	10	26	43	92	234	418	1’776
Tuberkulose	0	37	29	16	13	14	8	14	130	0	4	5	3	2	1	2	3	20	150
Unfälle/Verletzungen	1	1’646	1’616	1’148	1’605	1’387	1’106	1’203	9’711	3	568	357	273	436	479	509	929	3’555	13’266
Akzidentelle Vergiftung durch und Exposition gegenüber schädliche(n) Substanzen (exkl. Alkohol)	0	13	11	9	11	11	9	10	73	0	6	5	3	4	4	4	5	32	106
Andere Unfallverletzungen	0	1’180	1’174	849	1’192	1’076	909	1’092	7’472	0	332	210	177	314	395	454	892	2’775	10’247
Andere vorsätzliche Selbstbeschädigung	0	49	54	31	39	23	14	12	221	0	59	35	19	22	10	6	3	154	375
Andere vorsätzliche Verletzungen		0		1					1										1
Tätlicher Angriff	0	87	73	32	23	13	3	2	231	0	11	8	6	4	2	1	1	32	263
Verkehrsunfälle	0	284	269	200	307	244	156	80	1’541	0	103	63	41	62	55	39	23	387	1’927
Vorsätzliche Selbstvergiftung (exkl. Alkohol)	0	29	28	24	24	14	12	7	139	0	52	24	17	18	9	5	3	128	267
Vorsätzliche Selbstvergiftung durch Exposition gegenüber Alkohol	1	5	6	2	9	7	3		33	3	5	11	9	12	4	1	1	46	79
Verdauungsstörungen	0	32	127	276	505	602	473	237	2’252	0	7	26	81	147	192	134	100	688	2’939
Akute Pankreatitis	0	12	24	50	85	101	116	88	476	0	2	5	2	-1	1	5	20	32	509
Alkoholgastritis		2	1	6	7	14	5	3	38			1	1	3	6	1	1	13	51
Alkoholinduzierte Pankreatitis		14	91	166	233	171	73	35	783		2	11	40	51	35	22	4	165	948
Chronische Pankreatitis	0	3	4	12	25	37	37	19	138		1	2	2	7	9	8	10	40	178
Leberzirrhose	0	1	6	41	155	279	242	92	816	0	2	7	37	87	141	98	65	438	1’254
Total	**53**	**2’269**	**3’256**	**3’453**	**4’648**	**3’507**	**1’702**	**1’070**	**19’959**	**46**	**836**	**1’080**	**1’383**	**2’210**	**1’604**	**578**	**-349**	**7’388**	**27’346**

Tabelle 40 Tabakbedingte stationäre Fälle

	Männer									Frauen									
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	Total
COPD	0	0	0	37	193	939	1'821	2'254	5'243	0	0	0	23	156	740	1'787	1'747	4'452	9'695
COPD	0	0	0	37	193	939	1'821	2'254	5'243	0	0	0	23	156	740	1'787	1'747	4'452	9'695
Diabetes	0	0	0	75	158	329	272	40	873	0	0	0	24	61	71	61	17	234	1'107
Diabetes	0	0	0	75	158	329	272	40	873	0	0	0	24	61	71	61	17	234	1'107
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	0	0	0	797	3'273	6'209	8'033	5'610	23'921	0	0	0	276	884	1'412	3'063	3'916	9'551	33'473
Aortenaneurisma und -dissektion		0	0	19	68	177	519	363	1'147	0	0	0	4	7	23	158	127	319	1'466
Atherosklerose		0	0	10	110	420	1'195	998	2'733			0	5	25	76	508	828	1'442	4'176
Ischämische Herzkrankheiten	0	0	0	355	1'926	2'955	3'247	1'693	10'175		0	0	68	363	587	1'054	781	2'853	13'028
Weitere arterielle Erkrankungen	0	0	0	24	69	157	155	94	498	0	0	0	16	28	36	44	59	184	682
Weitere Formen der Herzerkrankungen	0	0	0	258	718	1'614	2'052	1'856	6'498	0	0	0	105	246	422	826	1'700	3'298	9'796
Zerebrovaskuläre Erkrankungen	0	0	0	132	382	885	865	606	2'870	0	0	0	78	215	269	472	421	1'455	4'325
Krebs	0	0	0	179	846	2'462	4'059	3'110	10'656	0	0	0	83	387	1'415	1'878	1'217	4'980	15'636
Akute myeloische Leukämie	0	0	0	8	17	27	49	33	134	0	0	0	3	4	15	23	15	62	196
Bauchspeicheldrüsenkrebs			0	11	40	107	224	162	544		0	0	5	12	87	114	77	295	839
Gebärmutterhalskrebs												0	11	13	35	16	9	84	84
Harnblasenkrebs		0	0	14	76	248	659	682	1'680	0	0	0	3	11	71	97	79	262	1'941
Kehlkopfkrebs				1	17	49	63	26	156				1	2	7	7	2	18	174
Kolorektalkarzinom		0	0	30	123	264	471	459	1'346	0	0	0	11	37	169	174	161	552	1'899
Leberkrebs	0	0	0	2	27	92	199	140	460			0	2	4	32	34	24	96	555
Lippen-, Mundhöhlen-, oder Rachenkrebs	0	0	0	24	84	182	223	89	602	0	0	0	5	10	56	49	23	143	745
Lungenkrebs		0	0	61	363	1'248	1'782	1'194	4'647		0	0	34	277	864	1'260	754	3'190	7'836
Magenkrebs		0	0	12	44	88	138	118	401		0	0	5	8	32	41	31	117	518
Nieren- und Nierenbeckenkrebs	0	0	0	14	33	83	135	115	380	0		0	2	6	28	36	29	101	481
Speiseröhrenkrebs				2	22	75	115	92	306			0	0	2	19	27	12	60	366
Neuropsychiatrische Erkrankungen	0	0	0	0	2	5	1	0	8	0	1	2	1	0	3	3	0	10	18
Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak					2	5	1		8		1	2	1		3	3		10	18
Übertragbare Krankheiten	6	0	0	255	442	1'187	973	1'568	4'432	1	0	0	213	381	825	330	693	2'443	6'875

	Männer									Frauen									
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	Total
Lungenentzündung, Grippe, Tuberkulose	0	0	0	255	442	1’187	973	1’568	4’426	0	0	0	213	381	825	330	693	2’442	6’868
Schädigung des Fetus und Neugeborenen durch Tabakkonsum der Mutter	6								6	1								1	7
Total	**6**	**0**	**0**	**1’343**	**4’914**	**11’131**	**15’159**	**12’581**	**45’133**	**1**	**1**	**2**	**620**	**1’869**	**4’465**	**7’122**	**7’590**	**21’671**	**66’804**

Tabelle 41 Drogenbedingte stationäre Fälle

	Männer									Frauen									
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	Total
Neuropsychiatrische Erkrankungen	6	794	1'482	1'136	806	225	49	42	4'540	11	276	482	427	341	149	88	84	1'858	6'398
Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein		39	63	57	10	6			175	3	22	28	12	6	3			74	249
Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	4	315	220	85	41	11	3		679	4	69	42	25	15	1	1		157	836
Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel		1	4	2		1		1	9										9
Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene		17	10	4	2				33	1	6	3						10	43
Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain		117	414	269	108	34	1		943		44	96	91	32	7			270	1'213
Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	2	199	362	251	215	37	3	1	1'070	3	72	108	91	66	14	4	4	362	1'432
Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide		78	337	376	304	82	10	4	1'191		40	158	132	122	39	26	15	532	1'723
Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika		28	72	92	126	54	32	36	440		23	47	76	100	85	57	65	453	893
Übertragbare Krankheiten	0	2	1	2	3	1	0	0	9	0	1	1	1	1	1	0	0	4	13
Akute Virushepatitis B		1	1	1	1	1			5		1	0	1	0	0	0		3	8
Akute Virushepatitis C			0	0	0				0			0	0	0	0			0	0
Chronische Virushepatitis B		1		0	1	0			2			0		0				1	3
Chronische Virushepatitis C				0	0	0	0	0	0				0	0	0	0	0	0	0
HIV/AIDS		0	0	0	0	0	0	0	1	0		0	0	0	0	0		1	2
Unfälle/Verletzungen	15	45	43	41	37	27	13	11	232	20	109	102	65	64	25	14	22	421	653
Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Schädigung des Fetus durch Arzneimittel oder Drogen													2					2	2
Schädigung des Fetus und Neugeborenen durch Einnahme von abhängigkeitserzeugenden Arzneimitteln oder Drogen durch die Mutter	2								2	2								2	4

	Männer									Frauen									
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	Total
Vergiftung durch Betäubungsmittel und Psychodysleptika [Halluzinogene]	1	7	12	11	10	7	5	5	58	3	11	11	8	15	2	5	11	66	124
Vergiftung durch psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert	12	38	31	30	27	20	8	6	172	15	98	91	55	49	23	9	11	351	523
Total	**21**	**841**	**1'526**	**1'179**	**846**	**253**	**62**	**53**	**4'781**	**31**	**386**	**585**	**493**	**406**	**175**	**102**	**106**	**2'283**	**7'064**

Tabelle 42 Übrige suchtbedingte stationäre Fälle

	Männer									Frauen									
Diagnosegruppe	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	Total
Neuropsychiatrische Erkrankungen	2	9	12	17	5	3	6	0	54	0	0	0	0	2	1	0	0	3	57
Gesteigertes sexuelles Verlangen						1			1										1
Pathologisches Spielen	2	9	12	17	5	2	6		53					2	1			3	56
Total	**2**	**9**	**12**	**17**	**5**	**3**	**6**	**0**	**54**	**0**	**0**	**0**	**0**	**2**	**1**	**0**	**0**	**3**	**57**

Tabelle 43 Alkoholbedingte Kosten im Gesundheitswesen in Mio. CHF

	Männer									Frauen									
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	Total
Akutsomatisch	0.0	13.2	17.7	16.2	22.7	19.8	12.0	9.5	111.2	0.0	3.9	4.0	4.4	7.7	4.6	-0.8	-7.3	16.5	127.7
Diabetes	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.3	0.5	0.5	1.4	0.0	0.0	0.0	-0.1	-0.2	-0.6	-0.9	-1.4	-3.3	-1.9
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	0.0	0.1	0.1	-1.1	-9.9	-21.6	-28.2	-26.8	-87.3	0.0	-0.1	-0.4	-1.0	-4.3	-7.9	-13.6	-24.1	-51.4	-138.6
Krebs	0.0	0.0	0.3	0.9	4.9	13.0	16.3	12.4	47.7	0.0	0.0	0.3	0.8	2.9	3.6	4.8	4.0	16.5	64.2
Neuropsychiatrische Erkrankungen	0.0	1.0	3.4	4.6	7.1	5.8	3.3	2.1	27.3	0.0	0.5	1.4	1.7	3.5	2.4	1.6	1.1	12.2	39.5
Übertragbare Krankheiten	0.0	0.7	0.7	0.5	0.9	1.6	3.0	6.1	13.4	0.0	0.1	0.1	0.1	0.2	0.4	0.8	2.0	3.6	17.1
Unfälle/Verletzungen	0.0	11.1	11.9	8.6	12.3	11.9	10.5	12.5	78.8	0.0	3.4	2.3	1.9	3.2	4.0	4.8	10.0	29.6	108.4
Verdauungsstörungen	0.0	0.2	1.4	2.7	7.4	8.8	6.6	2.9	29.9	0.0	0.1	0.2	1.0	2.3	2.8	1.7	1.2	9.3	39.2
Psychiatrie	0.1	3.0	14.0	23.4	35.1	24.8	9.2	2.8	112.2	0.1	1.4	7.0	9.2	19.2	12.1	5.8	1.5	56.2	168.5
Neuropsychiatrische Erkrankungen	0.1	2.9	13.9	23.3	35.0	24.7	9.1	2.7	111.7	0.1	1.3	7.0	9.2	19.1	12.1	5.7	1.4	56.0	167.7
Unfälle/Verletzungen	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2	0.7
Verdauungsstörungen	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
Reha	0.0	0.3	0.6	0.6	-0.3	-1.9	-3.1	-3.1	-7.0	0.0	0.1	0.1	0.1	-0.1	-0.8	-1.9	-3.8	-6.2	-13.2
Diabetes	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-0.1	-0.1
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	0.0	0.0	0.0	-0.2	-1.8	-4.0	-5.2	-4.9	-16.0	0.0	0.0	-0.1	-0.2	-0.8	-1.5	-2.5	-4.4	-9.4	-25.5
Krebs	0.0	0.0	0.0	0.1	0.3	0.8	1.0	0.8	3.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2	0.2	0.3	0.3	1.1	4.1
Neuropsychiatrische Erkrankungen	0.0	0.1	0.4	0.5	0.8	0.6	0.4	0.2	3.0	0.0	0.1	0.1	0.2	0.4	0.3	0.2	0.1	1.3	4.3
Übertragbare Krankheiten	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.3	0.6	1.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2	0.4	1.7
Unfälle/Verletzungen	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.4
Verdauungsstörungen	0.0	0.0	0.1	0.1	0.3	0.4	0.3	0.1	1.4	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.5	1.9
Langzeitpflege	0.1	8.4	16.9	21.2	28.8	18.4	4.3	0.7	98.7	0.1	2.7	5.9	7.2	13.5	7.1	-0.6	-8.1	27.8	126.6
Diabetes	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.4	0.5	0.5	1.6	0.0	0.0	0.0	-0.1	-0.3	-0.7	-1.1	-1.7	-3.8	-2.2
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	0.0	0.1	0.1	-0.7	-6.5	-14.2	-18.5	-17.6	-57.4	0.0	-0.1	-0.2	-0.7	-2.8	-5.2	-8.9	-15.9	-33.8	-91.2
Krebs	0.0	0.0	0.1	0.2	1.3	3.5	4.4	3.3	12.9	0.0	0.0	0.1	0.2	0.8	1.0	1.3	1.1	4.4	17.3
Neuropsychiatrische Erkrankungen	0.1	2.3	10.0	16.0	24.2	17.7	7.7	3.2	81.2	0.1	1.1	4.8	6.2	12.9	8.4	4.4	1.6	39.5	120.8
Übertragbare Krankheiten	0.0	0.4	0.4	0.3	0.6	1.0	2.0	3.9	8.7	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.5	1.3	2.3	11.0
Unfälle/Verletzungen	0.0	5.4	5.8	4.2	6.0	5.8	5.2	6.1	38.5	0.0	1.7	1.1	0.9	1.6	1.9	2.4	4.9	14.5	53.0

	Männer									Frauen									
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	Total
Verdauungsstörungen	0.0	0.1	0.5	1.1	3.1	4.2	3.1	1.2	13.3	0.0	0.0	0.1	0.5	1.2	1.4	0.9	0.6	4.6	17.9
ambulante Behandlung	0.1	10.7	24.7	31.7	34.2	3.8	-24.6	-28.2	52.4	0.1	3.4	8.9	9.8	15.7	-0.1	-19.1	-43.8	-25.2	27.1
Diabetes	0.0	0.0	0.0	0.1	0.5	1.7	2.4	2.4	7.1	0.0	-0.1	-0.1	-0.3	-1.3	-3.0	-4.8	-7.4	-17.0	-9.9
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	0.0	0.3	0.2	-2.1	-19.5	-42.7	-55.7	-52.9	-172.3	0.0	-0.2	-0.7	-2.0	-8.5	-15.6	-26.8	-47.6	-101.4	-273.7
Krebs	0.0	0.0	0.1	0.3	1.9	5.2	6.5	4.9	19.0	0.0	0.0	0.1	0.3	1.2	1.4	1.9	1.6	6.6	25.6
Neuropsychiatrische Erkrankungen	0.1	3.8	16.7	27.0	40.7	29.5	12.1	4.7	134.6	0.1	1.8	8.1	10.5	21.9	14.1	7.1	2.4	66.1	200.7
Übertragbare Krankheiten	0.0	0.6	0.5	0.4	0.7	1.3	2.4	4.8	10.6	0.0	0.1	0.1	0.1	0.2	0.3	0.6	1.6	2.9	13.5
Unfälle/Verletzungen	0.0	5.9	6.3	4.6	6.5	6.3	5.6	6.6	41.9	0.0	1.8	1.2	1.0	1.7	2.1	2.6	5.3	15.7	57.6
Verdauungsstörungen	0.0	0.1	0.9	1.4	3.3	2.5	2.0	1.2	11.4	0.0	0.0	0.1	0.2	0.5	0.6	0.3	0.3	1.9	13.3
Medikamente	0.0	2.1	6.4	9.5	12.8	7.5	1.1	-0.2	39.2	0.0	0.7	2.7	3.3	6.3	2.5	-1.5	-6.2	7.8	47.0
Diabetes	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.4	0.5	0.5	1.6	0.0	0.0	0.0	-0.1	-0.3	-0.7	-1.1	-1.7	-3.9	-2.2
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	0.0	0.0	0.0	-0.3	-3.1	-6.7	-8.7	-8.3	-27.1	0.0	0.0	-0.1	-0.3	-1.3	-2.5	-4.2	-7.5	-15.9	-43.0
Krebs	0.0	0.0	0.1	0.2	0.9	2.5	3.2	2.4	9.3	0.0	0.0	0.1	0.2	0.6	0.7	0.9	0.8	3.2	12.5
Neuropsychiatrische Erkrankungen	0.0	1.1	5.1	8.5	12.7	9.1	3.5	1.1	41.1	0.0	0.5	2.6	3.3	6.9	4.4	2.1	0.6	20.5	61.6
Übertragbare Krankheiten	0.0	0.4	0.3	0.3	0.4	0.8	1.5	3.1	6.8	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.2	0.4	1.0	1.8	8.6
Unfälle/Verletzungen	0.0	0.5	0.6	0.4	0.6	0.6	0.5	0.6	3.9	0.0	0.2	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	0.5	1.5	5.4
Verdauungsstörungen	0.0	0.0	0.3	0.4	1.0	0.8	0.7	0.4	3.6	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2	0.2	0.1	0.1	0.6	4.3
andere Leistungen	0.0	0.9	1.7	1.9	1.6	-0.7	-2.6	-2.5	0.3	0.0	0.2	0.5	0.5	0.4	-0.9	-2.6	-5.0	-6.9	-6.6
Diabetes	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.3	0.4	0.4	1.2	0.0	0.0	0.0	-0.1	-0.2	-0.5	-0.8	-1.3	-2.9	-1.7
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	0.0	0.0	0.0	-0.2	-2.0	-4.4	-5.8	-5.5	-17.9	0.0	0.0	-0.1	-0.2	-0.9	-1.6	-2.8	-4.9	-10.5	-28.4
Krebs	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.6	0.7	0.5	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2	0.2	0.2	0.7	2.8
Neuropsychiatrische Erkrankungen	0.0	0.2	0.9	1.4	2.1	1.6	0.7	0.4	7.4	0.0	0.1	0.4	0.5	1.1	0.7	0.4	0.2	3.5	11.0
Übertragbare Krankheiten	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.3	0.5	1.0	2.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.3	0.6	2.7
Unfälle/Verletzungen	0.0	0.5	0.5	0.4	0.6	0.5	0.5	0.6	3.5	0.0	0.2	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.5	1.3	4.9
Verdauungsstörungen	0.0	0.0	0.1	0.2	0.5	0.4	0.3	0.2	1.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.0	0.4	2.2
Total	**0.4**	**38.4**	**81.9**	**104.5**	**135.0**	**71.6**	**-3.7**	**-21.0**	**407.1**	**0.4**	**12.4**	**29.1**	**34.5**	**62.8**	**24.6**	**-20.8**	**-72.9**	**70.0**	**477.1**

Tabelle 44 Tabakbedingte Kosten im Gesundheitswesen in Mio. CHF

	Männer									Frauen									
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	Total
Akutsomatisch	0.0	0.0	0.0	16.1	63.5	143.3	201.5	151.1	575.4	0.0	0.0	0.0	6.7	21.2	53.0	85.3	85.1	251.3	826.7
COPD	0.0	0.0	0.0	0.3	1.6	8.2	15.3	17.3	42.6	0.0	0.0	0.0	0.1	1.4	6.3	15.5	13.9	37.2	79.9
Diabetes	0.0	0.0	0.0	0.6	1.6	4.6	4.2	0.5	11.6	0.0	0.0	0.0	0.2	0.5	0.8	0.7	0.2	2.4	14.1
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	0.0	0.0	0.0	10.5	44.3	85.7	116.3	77.3	334.1	0.0	0.0	0.0	3.6	11.5	18.6	40.3	47.9	121.9	456.1
Krebs	0.0	0.0	0.0	2.8	12.3	34.4	57.0	42.2	148.7	0.0	0.0	0.0	1.2	5.1	20.1	26.0	17.3	69.8	218.5
Übertragbare Krankheiten	0.0	0.0	0.0	1.8	3.7	10.3	8.6	13.8	38.2	0.0	0.0	0.0	1.5	2.7	7.1	2.7	5.9	19.9	58.1
Psychiatrie	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
Neuropsychiatrische Erkrankungen	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1
Reha	0.0	0.0	0.0	2.2	8.9	20.0	28.6	22.2	81.8	0.0	0.0	0.0	0.9	2.9	7.2	13.6	13.8	38.4	120.1
COPD	0.0	0.0	0.0	0.1	0.5	2.6	4.8	5.5	13.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	2.0	4.9	4.4	11.8	25.3
Diabetes	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.3	0.2	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.8
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	0.0	0.0	0.0	1.7	7.0	13.5	18.3	12.2	52.5	0.0	0.0	0.0	0.6	1.8	2.9	6.3	7.5	19.2	71.7
Krebs	0.0	0.0	0.0	0.2	0.9	2.6	4.3	3.2	11.3	0.0	0.0	0.0	0.1	0.4	1.5	2.0	1.3	5.3	16.7
Übertragbare Krankheiten	0.0	0.0	0.0	0.2	0.4	1.0	0.8	1.3	3.7	0.0	0.0	0.0	0.1	0.3	0.7	0.3	0.6	1.9	5.6
Langzeitpflege	0.0	0.0	0.0	9.6	36.8	80.1	107.3	78.0	311.8	0.0	0.0	0.0	3.9	11.7	25.6	42.2	45.3	128.7	440.5
COPD	0.0	0.0	0.0	0.1	0.7	3.4	6.4	7.2	17.8	0.0	0.0	0.0	0.1	0.6	2.6	6.5	5.8	15.6	33.4
Diabetes	0.0	0.0	0.0	0.7	1.9	5.5	5.0	0.7	13.9	0.0	0.0	0.0	0.2	0.6	1.0	0.9	0.2	2.9	16.8
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	0.0	0.0	0.0	6.8	28.5	55.1	74.8	49.7	214.9	0.0	0.0	0.0	2.3	7.4	12.0	25.9	30.8	78.4	293.4
Krebs	0.0	0.0	0.0	0.8	3.3	9.4	15.6	11.5	40.6	0.0	0.0	0.0	0.3	1.4	5.5	7.1	4.7	19.0	59.6
Neuropsychiatrische Erkrankungen	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
Übertragbare Krankheiten	0.0	0.0	0.0	1.2	2.4	6.6	5.5	8.8	24.5	0.0	0.0	0.0	1.0	1.7	4.6	1.8	3.8	12.8	37.3
ambulante Behandlung	0.0	0.0	0.0	26.7	104.8	226.2	303.3	210.1	871.1	0.0	0.0	0.0	9.9	31.7	64.9	121.3	129.2	357.0	1'228.1
COPD	0.0	0.0	0.0	0.5	2.9	14.3	26.5	30.0	74.2	0.0	0.0	0.0	0.3	2.4	11.0	27.0	24.1	64.8	138.9
Diabetes	0.0	0.0	0.0	3.3	8.6	24.4	22.4	2.9	61.7	0.0	0.0	0.0	1.0	2.8	4.3	3.8	1.0	13.0	74.6
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	0.0	0.0	0.0	20.3	85.5	165.5	224.5	149.3	645.0	0.0	0.0	0.0	6.9	22.2	35.9	77.9	92.5	235.4	880.4
Krebs	0.0	0.0	0.0	1.1	4.9	13.9	23.0	17.0	59.9	0.0	0.0	0.0	0.5	2.1	8.1	10.5	7.0	28.1	88.1

	Männer									Frauen									
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	Total
Neuropsychiatrische Erkrankungen	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2
Übertragbare Krankheiten	0.0	0.0	0.0	1.5	2.9	8.1	6.8	10.9	30.1	0.0	0.0	0.0	1.2	2.1	5.6	2.2	4.6	15.7	45.8
Medikamente	0.0	0.0	0.0	5.6	20.9	49.7	67.3	52.2	195.7	0.0	0.0	0.0	2.4	7.5	18.9	31.2	31.5	91.5	287.2
COPD	0.0	0.0	0.0	0.2	1.2	6.1	11.4	12.9	31.8	0.0	0.0	0.0	0.1	1.1	4.7	11.6	10.3	27.8	59.6
Diabetes	0.0	0.0	0.0	0.8	2.0	5.6	5.1	0.7	14.1	0.0	0.0	0.0	0.2	0.6	1.0	0.9	0.2	3.0	17.0
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	0.0	0.0	0.0	3.2	13.4	26.0	35.3	23.5	101.3	0.0	0.0	0.0	1.1	3.5	5.6	12.2	14.5	37.0	138.3
Krebs	0.0	0.0	0.0	0.5	2.4	6.8	11.2	8.3	29.2	0.0	0.0	0.0	0.2	1.0	4.0	5.1	3.4	13.7	42.9
Neuropsychiatrische Erkrankungen	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
Übertragbare Krankheiten	0.0	0.0	0.0	0.9	1.9	5.2	4.3	6.9	19.2	0.0	0.0	0.0	0.7	1.3	3.6	1.4	3.0	10.0	29.2
andere Leistungen	0.0	0.0	0.0	3.2	11.9	26.4	34.6	24.0	100.1	0.0	0.0	0.0	1.2	3.8	7.9	13.9	14.7	41.6	141.7
COPD	0.0	0.0	0.0	0.1	0.4	1.9	3.6	4.0	10.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	1.5	3.6	3.3	8.7	18.7
Diabetes	0.0	0.0	0.0	0.6	1.5	4.2	3.9	0.5	10.7	0.0	0.0	0.0	0.2	0.5	0.7	0.7	0.2	2.2	12.9
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	0.0	0.0	0.0	2.1	8.9	17.2	23.3	15.5	66.9	0.0	0.0	0.0	0.7	2.3	3.7	8.1	9.6	24.4	91.4
Krebs	0.0	0.0	0.0	0.1	0.5	1.5	2.5	1.8	6.5	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2	0.9	1.1	0.7	3.0	9.5
Übertragbare Krankheiten	0.0	0.0	0.0	0.3	0.6	1.6	1.4	2.2	6.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.4	1.1	0.4	0.9	3.1	9.2
Total	**0.0**	**0.0**	**0.0**	**63.3**	**246.8**	**545.7**	**742.6**	**537.6**	**2’135.9**	**0.0**	**0.0**	**0.1**	**25.0**	**78.9**	**177.5**	**307.5**	**319.6**	**908.5**	**3’044.4**

Tabelle 45 Drogenbedingte Kosten im Gesundheitswesen in Mio. CHF

	Männer									Frauen									
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	Total
Akutsomatisch	0.1	0.8	1.3	1.1	0.8	0.4	0.1	0.1	4.5	0.1	0.6	0.7	0.5	0.5	0.2	0.2	0.2	3.0	7.5
Neuropsychiatrische Erkrankungen	0.0	0.6	1.2	0.9	0.6	0.2	0.0	0.0	3.5	0.0	0.2	0.4	0.3	0.3	0.1	0.1	0.1	1.5	4.9
Übertragbare Krankheiten	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1
Unfälle/Verletzungen	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	0.0	0.1	1.0	0.1	0.3	0.3	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	1.5	2.5
Psychiatrie	0.1	11.2	20.8	15.8	10.7	2.8	0.6	0.5	62.6	0.1	4.0	6.8	5.8	4.7	2.2	1.4	1.1	26.0	88.5
Neuropsychiatrische Erkrankungen	0.1	11.2	20.8	15.8	10.7	2.8	0.6	0.5	62.6	0.1	4.0	6.8	5.8	4.7	2.2	1.4	1.1	26.0	88.5
Reha	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.6
Neuropsychiatrische Erkrankungen	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.5
Langzeitpflege	0.1	6.7	12.4	9.4	6.4	1.7	0.4	0.3	37.4	0.1	2.5	4.1	3.5	2.9	1.3	0.9	0.7	16.1	53.5
Neuropsychiatrische Erkrankungen	0.1	6.6	12.3	9.3	6.3	1.6	0.4	0.3	36.9	0.0	2.3	4.0	3.4	2.8	1.3	0.8	0.7	15.3	52.2
Übertragbare Krankheiten	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
Unfälle/Verletzungen	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	0.5	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1	0.7	1.2
ambulante Behandlung	0.2	11.4	21.1	16.1	10.9	2.9	0.6	0.5	63.8	0.1	4.2	7.0	5.9	4.8	2.3	1.5	1.2	27.1	90.8
Neuropsychiatrische Erkrankungen	0.2	11.3	21.0	16.0	10.8	2.8	0.6	0.5	63.2	0.1	4.0	6.8	5.8	4.7	2.2	1.4	1.1	26.2	89.4
Übertragbare Krankheiten	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
Unfälle/Verletzungen	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	0.5	0.1	0.2	0.2	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1	0.8	1.3
Medikamente	0.1	3.6	6.8	5.1	3.5	0.9	0.2	0.2	20.3	0.0	1.3	2.2	1.9	1.5	0.7	0.5	0.4	8.5	28.8
Neuropsychiatrische Erkrankungen	0.0	3.6	6.7	5.1	3.5	0.9	0.2	0.2	20.2	0.0	1.3	2.2	1.9	1.5	0.7	0.5	0.4	8.4	28.6
Übertragbare Krankheiten	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
Unfälle/Verletzungen	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1
andere Leistungen	0.0	0.6	1.1	0.8	0.5	0.1	0.0	0.0	3.2	0.0	0.2	0.4	0.3	0.2	0.1	0.1	0.1	1.4	4.6
Neuropsychiatrische Erkrankungen	0.0	0.6	1.0	0.8	0.5	0.1	0.0	0.0	3.1	0.0	0.2	0.3	0.3	0.2	0.1	0.1	0.1	1.3	4.5
Unfälle/Verletzungen	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1
Total	**0.6**	**34.4**	**63.6**	**48.5**	**32.9**	**8.8**	**1.9**	**1.6**	**192.2**	**0.4**	**12.8**	**21.2**	**17.9**	**14.6**	**6.9**	**4.7**	**3.7**	**82.2**	**274.4**

Tabelle 46 Übrige suchtbedingte Kosten im Gesundheitswesen in Mio. CHF

	Männer									Frauen									
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	Total
Psychiatrie	0.2	0.1	0.2	0.3	0.1	0.0	0.0	0.0	1.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1
Neuropsychiatrische Erkrankungen	0.2	0.1	0.2	0.3	0.1	0.0	0.0	0.0	1.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1
Langzeitpflege	0.1	0.1	0.1	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6
Neuropsychiatrische Erkrankungen	0.1	0.1	0.1	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6
ambulante Behandlung	0.1	0.1	0.2	0.3	0.1	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0
Neuropsychiatrische Erkrankungen	0.1	0.1	0.2	0.3	0.1	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0
Medikamente	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3
Neuropsychiatrische Erkrankungen	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3
andere Leistungen	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
Neuropsychiatrische Erkrankungen	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
Total	**0.4**	**0.4**	**0.6**	**0.9**	**0.4**	**0.1**	**0.1**	**0.0**	**3.0**	**0.0**	**0.0**	**0.0**	**0.0**	**0.1**	**0.0**	**0.0**	**0.0**	**0.1**	**3.1**

Tabelle 47 Alkoholbedingte Todesfälle

	Männer									Frauen									
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	Total
Diabetes	0	0	0	0	0	2	2	11	16	0	0	0	0	-1	-3	-7	-81	-92	-76
Diabetes mellitus, Typ 2	0	0	0	0	0	2	2	11	16	0	0	0	0	-1	-3	-7	-81	-92	-76
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	0	0	0	1	6	24	60	103	195	0	0	0	1	0	-1	-4	-184	-187	8
Alkoholische Kardiomyopathie	0	0	0	0	1	4	9	1	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
Hämorrhagischer Schlaganfall	0	0	0	2	3	5	13	36	59	0	0	0	1	1	4	9	48	63	122
Herzrhythmusstörung	0	0	0	0	1	3	6	35	45	0	0	0	0	0	0	1	21	23	68
Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	0	0	0	0	3	10	22	165	200	0	0	0	0	0	1	4	57	61	262
Ischämische Herzkrankheiten	0	0	0	-1	-2	3	12	-91	-79	0	0	0	0	0	-1	-1	11	8	-70
Ischämischer Schlaganfall	0	0	0	0	0	-1	-2	-43	-47	0	0	0	0	-1	-4	-17	-322	-343	-391
Ösophagusvarizen	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Krebs	0	0	1	3	40	108	193	240	585	0	0	1	3	16	28	58	105	212	797
Bauchspeicheldrüsenkrebs	0	0	0	0	2	10	20	24	56	0	0	0	0	0	2	4	10	16	72
Brustkrebs									0	0	0	0	2	11	14	28	47	102	102
Darmkrebs	0	0	0	1	10	27	55	100	194	0	0	0	0	1	2	5	12	21	215
Kehlkopfkrebs	0	0	0	0	1	4	7	7	20	0	0	0	0	0	0	1	1	1	21
Leberkrebs	0	0	0	0	4	16	32	34	86	0	0	0	1	1	5	8	20	35	121
Mundhöhlen- und Rachenkrebs	0	0	0	0	14	35	48	41	139	0	0	0	0	1	3	7	9	20	159
Speiseröhrenkrebs	0	0	0	1	8	16	31	35	91	0	0	0	0	1	2	6	7	16	107
Neuropsychiatrische Erkrankungen	0	1	1	5	26	45	50	35	163	0	0	0	0	8	17	12	16	54	217
Alkohol-Polyneuropathie	0	0	0	0	0	2	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Alkoholentzugssyndrom	0	0	0	3	24	32	41	19	119	0	0	0	0	7	14	10	10	41	160
Degeneration des Nervensystems durch Alkohol	0	0	0	0	0	1	2	1	4	0	0	0	0	0	1	0	0	1	5
Epilepsie	0	1	1	1	1	5	2	7	18	0	0	0	0	0	0	1	3	5	23
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	0	0	0	1	1	5	4	7	18	0	0	0	0	1	2	1	3	7	25
Übertragbare Krankheiten	0	0	0	0	2	2	9	61	75	0	0	0	0	0	1	2	28	30	105
HIV/AIDS	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

	Männer									Frauen									
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	Total
Infektionen der unteren Atemwege	0	0	0	0	2	2	8	59	71	0	0	0	0	0	1	2	27	29	101
Tuberkulose	0	0	0	0	0	0	1	2	3	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4
Unfälle/Verletzungen	0	27	36	28	56	50	55	105	358	0	5	4	6	10	9	8	41	83	442
Akzidentelle Vergiftung durch und Exposition gegenüber schädliche(n) Substanzen (exkl. Alkohol)	0	1	2	2	3	1	0	0	10	0	0	0	1	1	0	0	0	2	12
Andere Unfallverletzungen	0	4	6	3	10	12	23	81	139	0	1	0	1	1	2	4	39	48	187
Andere vorsätzliche Selbstbeschädigung	0	13	20	14	30	28	22	19	146	0	2	2	3	4	4	2	1	19	166
Tätlicher Angriff	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4
Toxische Wirkung von Alkohol	0	1	0	1	2	2	3	0	9	0	1	0	0	2	1	0	0	4	13
Verkehrsunfälle	0	7	6	5	8	6	5	3	40	0	1	1	1	1	0	1	1	5	44
Vorsätzliche Selbstvergiftung (exkl. Alkohol)	0	0	2	2	3	1	1	1	11	0	0	0	1	1	1	1	0	4	14
Vorsätzliche Selbstvergiftung durch Exposition gegenüber Alkohol	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Verdauungsstörungen	0	0	0	7	41	87	99	58	291	0	0	1	2	15	29	40	33	120	411
Akute Pankreatitis	0	0	0	1	0	1	2	8	12	0	0	0	0	0	0	0	1	1	13
Alkoholgastritis	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Alkoholinduzierte Pankreatitis	0	0	0	0	0	1	4	1	6	0	0	0	0	1	0	3	0	4	10
Chronische Pankreatitis	0	0	0	0	0	2	1	2	6	0	0	0	0	0	0	0	1	2	7
Leberzirrhose	0	0	0	7	39	83	92	47	267	0	0	1	2	14	29	36	31	113	380
Total	**0**	**28**	**40**	**45**	**172**	**318**	**468**	**613**	**1'684**	**0**	**5**	**7**	**11**	**49**	**80**	**109**	**-41**	**220**	**1'904**

Tabelle 48 Tabakbedingte Todesfälle

	Männer									Frauen									
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	Total
COPD	0	0	0	1	18	65	200	616	899	0	0	0	0	5	46	179	489	720	1'619
COPD	0	0	0	1	18	65	200	616	899	0	0	0	0	5	46	179	489	720	1'619
Diabetes	0	0	0	1	7	22	23	14	67	0	0	0	0	1	4	5	10	21	88

	Männer									Frauen									
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	Total
Diabetes	0	0	0	1	7	22	23	14	67	0	0	0	0	1	4	5	10	21	88
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	0	0	0	29	114	242	456	1'086	1'927	0	0	0	7	26	44	152	1'008	1'237	3'164
Aortenaneurisma und -dissektion	0	0	0	2	4	9	34	72	121	0	0	0	1	0	1	13	46	60	180
Atherosklerose	0	0	0	0	0	2	13	58	73	0	0	0	0	0	1	4	66	71	144
Ischämische Herzkrankheiten	0	0	0	19	73	141	248	579	1'059	0	0	0	2	14	24	73	426	538	1'597
Weitere arterielle Erkrankungen	0	0	0	0	1	1	5	8	15	0	0	0	0	0	1	2	6	9	24
Weitere Formen der Herzerkrankungen	0	0	0	5	26	63	104	255	452	0	0	0	2	7	8	32	344	394	846
Zerebrovaskuläre Erkrankungen	0	0	0	4	11	26	52	115	208	0	0	0	2	4	10	28	120	164	372
Krebs	0	0	0	22	154	467	973	1'208	2'824	0	0	0	10	73	283	476	557	1'400	4'224
Akute myeloische Leukämie	0	0	0	0	1	4	12	18	36	0	0	0	0	1	3	5	7	15	52
Bauchspeicheldrüsenkrebs	0	0	0	2	6	31	78	82	199	0	0	0	1	2	18	34	46	100	299
Gebärmutterhalskrebs	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	2	2	10	10
Harnblasenkrebs	0	0	0	0	2	8	26	72	108	0	0	0	0	1	4	6	14	25	133
Kehlkopfkrebs	0	0	0	0	1	3	7	7	18	0	0	0	0	0	0	1	1	1	20
Kolorektalkarzinom	0	0	0	2	12	31	79	134	259	0	0	0	1	4	22	33	51	111	371
Leberkrebs	0	0	0	0	7	22	57	59	145	0	0	0	1	1	10	11	14	36	181
Lippen-, Mundhöhlen-, oder Rachenkrebs	0	0	0	0	8	19	31	30	88	0	0	0	0	1	4	7	7	19	107
Lungenkrebs	0	0	0	13	101	308	609	702	1'732	0	0	0	6	60	209	358	390	1'023	2'755
Magenkrebs	0	0	0	3	8	17	28	41	96	0	0	0	1	2	4	8	13	27	123
Nieren- und Nierenbeckenkrebs	0	0	0	1	2	11	15	30	59	0	0	0	0	0	3	5	8	16	75
Speiseröhrenkrebs	0	0	0	0	6	13	30	32	82	0	0	0	0	0	4	6	6	16	98
Neuropsychiatrische Erkrankungen	0	0	0	0	4	3	3	3	13	0	0	0	0	1	2	10	1	14	27
Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	0	0	0	0	4	3	3	3	13	0	0	0	0	1	2	10	1	14	27
Übertragbare Krankheiten	0	0	0	3	9	17	25	142	196	0	0	0	2	3	13	6	88	112	308
Lungenentzündung, Grippe, Tuberkulose	0	0	0	3	9	17	25	142	196	0	0	0	2	3	13	6	88	112	308
Total	**0**	**0**	**0**	**56**	**306**	**816**	**1'680**	**3'069**	**5'926**	**0**	**0**	**0**	**20**	**109**	**393**	**829**	**2'153**	**3'503**	**9'430**

Tabelle 49 Drogenbedingte Todesfälle

	Männer									Frauen									
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	Total
Neuropsychiatrische Erkrankungen		1	3	15	24	8	2	2	55	0	0	1	2	6	3	3	1	16	71
Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain		0	0	0	2	1	1	0	4	0	0	0	0	0	0	1	0	1	5
Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	0	1	2	14	19	6	1	2	45	0	0	1	2	4	3	1	1	12	57
Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	0	0	1	1	3	1	0	0	6	0	0	0	0	2	0	0	0	2	8
Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
Übertragbare Krankheiten	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
HIV/AIDS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Unfälle/Verletzungen	0	6	17	18	12	9	2	3	67	0	0	4	8	5	6	12	4	39	106
Vergiftung durch Betäubungsmittel und Psychodysleptika [Halluzinogene]	0	5	14	16	10	7	1	0	53	0	0	2	6	4	1	0	1	14	67
Vergiftung durch psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert	0	1	3	2	2	2	1	3	14	0	0	2	2	1	5	12	3	25	39
Total	**0**	**7**	**20**	**33**	**36**	**17**	**4**	**5**	**123**	**0**	**0**	**5**	**10**	**11**	**9**	**15**	**5**	**55**	**178**

Tabelle 50 Suchtbedingte IV-Bezüger

	Männer						Frauen						
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	Total	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	Total	Total
Alkohol	61	117	197	734	1'493	2'602	13	28	45	107	240	433	3'035
Diabetes	0	0	0	2	8	10	0	0	-2	-10	-25	-37	-27
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	1	3	-8	-48	-246	-297	-3	-10	-25	-121	-213	-372	-670
Krebs	0	2	7	52	155	216	0	3	10	53	73	139	355
Neuropsychiatrische Erkrankungen	6	31	45	244	686	1'012	5	20	26	90	266	406	1'419
Übertragbare Krankheiten	0	2	2	13	19	37	0	1	1	2	5	8	45
Unfälle/Verletzungen	53	77	145	442	807	1'524	11	15	33	90	125	273	1'796
Verdauungsstörungen	0	1	6	30	64	101	0	0	2	4	9	16	117
Tabak	0	0	129	644	2'485	3'257	0	0	97	418	940	1'454	4'711
COPD	0	0	5	42	323	370	0	0	6	37	183	226	596
Diabetes	0	0	5	34	109	148	0	0	5	20	34	59	207
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	0	0	94	411	1'553	2'058	0	0	73	288	403	765	2'823
Krebs	0	0	23	141	452	616	0	0	9	60	283	352	968
Übertragbare Krankheiten	0	0	2	15	47	65	0	0	3	12	36	52	117
Drogen	6	31	120	517	403	1'076	3	19	93	338	209	662	1'737
Neuropsychiatrische Erkrankungen	4	28	113	483	366	994	1	14	83	314	197	609	1'603
Übertragbare Krankheiten	0	0	2	23	21	47	0	1	2	11	5	19	66
Unfälle/Verletzungen	1	2	5	10	16	35	2	4	7	13	7	33	68
Total	**67**	**147**	**445**	**1'895**	**4'380**	**6'935**	**16**	**47**	**235**	**863**	**1'388**	**2'549**	**9'484**

Tabelle 51 Alkoholbedingte indirekte Kosten nach FKA in Mio. CHF

	Männer									Frauen									
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	Total
Mortalität: Bezahlte Arbeit		0.3	1.0	1.5	6.7	10.6			20.1		0.0	0.1	0.2	0.9	1.2			2.5	22.5
Diabetes		0.0	0.0	0.0	0.0	0.1			0.1		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			-0.1	0.0
Herz-Kreislauf-Erkrankungen		0.0	0.0	0.0	0.2	0.8			1.1		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			0.0	1.1
Krebs		0.0	0.0	0.1	1.5	3.6			5.3		0.0	0.0	0.0	0.3	0.4			0.8	6.1
Neuropsychiatrische Erkrankungen		0.0	0.0	0.2	1.0	1.5			2.7		0.0	0.0	0.0	0.2	0.3			0.4	3.1
Übertragbare Krankheiten		0.0	0.0	0.0	0.1	0.1			0.2		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			0.0	0.2
Unfälle/Verletzungen		0.3	0.9	1.0	2.2	1.7			6.0		0.0	0.1	0.1	0.2	0.1			0.5	6.5
Verdauungsstörungen		0.0	0.0	0.3	1.6	2.9			4.7		0.0	0.0	0.0	0.3	0.4			0.8	5.5
Mortalität: Unbezahlte Arbeit		0.1	0.1	0.1	0.5	1.0	1.4	1.8	5.1		0.0	0.0	0.1	0.2	0.4	0.5	-0.2	1.1	6.2
Diabetes		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-0.4	-0.4	-0.4
Herz-Kreislauf-Erkrankungen		0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2	0.3	0.6		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-0.8	-0.9	-0.3
Krebs		0.0	0.0	0.0	0.1	0.3	0.6	0.7	1.8		0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.3	0.5	1.0	2.8
Neuropsychiatrische Erkrankungen		0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.2	0.1	0.5		0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.3	0.8
Übertragbare Krankheiten		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.4
Unfälle/Verletzungen		0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	0.3	1.1		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.4	1.5
Verdauungsstörungen		0.0	0.0	0.0	0.1	0.3	0.3	0.2	0.9		0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.2	0.2	0.6	1.5
Morbidität: Frühzeitige Pensionierung		1.0	2.8	6.3	26.3	53.6			90.1		0.2	0.5	0.8	2.0	4.5			8.0	98.1
Diabetes		0.0	0.0	0.0	0.1	0.3			0.4		0.0	0.0	0.0	-0.2	-0.5			-0.7	-0.3
Herz-Kreislauf-Erkrankungen		0.0	0.1	-0.2	-1.7	-8.8			-10.7		0.0	-0.2	-0.5	-2.3	-4.0			-6.9	-17.6
Krebs		0.0	0.0	0.2	1.9	5.6			7.7		0.0	0.1	0.2	1.0	1.4			2.6	10.3
Neuropsychiatrische Erkrankungen		0.1	0.8	1.4	8.7	24.6			35.7		0.1	0.4	0.5	1.7	4.9			7.6	43.2
Übertragbare Krankheiten		0.0	0.1	0.1	0.5	0.7			1.3		0.0	0.0	0.0	0.0	0.1			0.1	1.4
Unfälle/Verletzungen		0.9	1.9	4.6	15.8	29.0			52.2		0.1	0.3	0.6	1.7	2.3			5.0	57.2
Verdauungsstörungen		0.0	0.0	0.2	1.1	2.3			3.6		0.0	0.0	0.0	0.1	0.2			0.3	3.9
Morbidität: Absentismus		30.4	62.1	88.4	133.8	102.7			417.4		7.3	13.3	20.4	33.0	24.5			98.4	515.7
Diabetes		0.0	0.0	0.1	0.3	0.7			1.0		0.0	0.0	-0.1	-0.4	-0.8			-1.4	-0.4
Herz-Kreislauf-Erkrankungen		0.1	0.0	-3.6	-27.1	-55.8			-86.4		0.0	-0.2	-0.9	-4.3	-8.8			-14.3	-100.8

	Männer									Frauen									
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	Total
Krebs		0.0	0.3	1.6	9.2	24.5			35.7		0.0	0.3	1.0	3.7	4.3			9.3	45.0
Neuropsychiatrische Erkrankungen		7.0	27.4	52.3	87.9	69.6			244.3		2.2	8.3	15.0	24.9	18.8			69.4	313.6
Übertragbare Krankheiten		0.7	1.1	1.5	2.8	5.3			11.4		0.1	0.2	0.2	0.4	0.7			1.5	13.0
Unfälle/Verletzungen		22.0	30.8	29.4	46.3	40.7			169.3		5.0	4.4	4.0	6.5	7.3			27.2	196.5
Verdauungsstörungen		0.4	2.4	7.1	14.5	17.6			42.1		0.1	0.3	1.2	2.2	2.9			6.7	48.8
Total		**31.7**	**66.1**	**96.3**	**167.4**	**167.8**	**1.4**	**1.8**	**532.6**		**7.5**	**13.9**	**21.5**	**36.2**	**30.5**	**0.5**	**-0.2**	**109.9**	**642.5**

Tabelle 52 Alkoholbedingte indirekte Kosten nach HKA in Mio. CHF

	Männer									Frauen									
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	Total
Mortalität: Bezahlte Arbeit		71.1	99.5	93.7	220.3	146.0			630.6		7.8	9.1	10.8	28.4	16.3			72.5	703.1
Diabetes		0.0	0.1	0.1	0.5	0.7			1.3		0.0	0.0	0.0	-0.5	-0.7			-1.1	0.2
Herz-Kreislauf-Erkrankungen		0.4	1.0	2.2	8.5	10.2			22.3		0.2	0.3	0.6	0.1	-0.1			1.2	23.4
Krebs		0.2	3.7	6.2	50.0	48.6			108.6		0.0	1.1	2.6	9.5	5.2			18.4	127.0
Neuropsychiatrische Erkrankungen		1.7	3.4	10.2	32.7	19.1			67.2		0.0	0.2	0.1	5.1	3.7			9.3	76.4
Übertragbare Krankheiten		0.4	0.0	0.9	2.6	1.0			5.0		0.0	0.0	0.1	0.1	0.1			0.3	5.3
Unfälle/Verletzungen		68.4	91.3	59.4	73.1	25.1			317.3		7.6	6.0	5.8	5.8	2.0			27.2	344.6
Verdauungsstörungen		0.0	0.0	14.6	53.0	41.3			108.9		0.0	1.5	1.6	8.2	6.0			17.3	126.2
Mortalität: Unbezahlte Arbeit		9.2	11.8	11.8	37.2	54.6	56.8	27.0	208.3		2.9	3.4	4.7	18.0	24.1	23.3	-3.3	73.1	281.4
Diabetes		0.0	0.0	0.0	0.1	0.3	0.3	0.5	1.2		0.0	0.0	0.0	-0.3	-0.9	-1.5	-6.5	-9.2	-8.0
Herz-Kreislauf-Erkrankungen		0.0	0.1	0.3	1.4	4.1	7.1	4.5	17.5		0.1	0.1	0.3	0.1	-0.1	-0.8	-14.8	-15.2	2.3
Krebs		0.0	0.4	0.8	8.5	18.5	23.3	10.6	62.2		0.0	0.4	1.2	6.0	8.4	12.4	8.5	36.8	99.0
Neuropsychiatrische Erkrankungen		0.2	0.4	1.3	5.6	7.6	6.1	1.5	22.7		0.0	0.1	0.1	3.1	5.2	2.5	1.3	12.3	35.0
Übertragbare Krankheiten		0.1	0.0	0.1	0.4	0.4	1.1	2.7	4.8		0.0	0.0	0.0	0.1	0.2	0.4	2.2	2.9	7.6
Unfälle/Verletzungen		8.9	10.8	7.4	12.2	8.7	6.7	4.6	59.4		2.8	2.2	2.5	3.6	2.6	1.7	3.3	18.8	78.2
Verdauungsstörungen		0.0	0.0	1.9	8.9	15.0	12.3	2.5	40.5		0.0	0.6	0.7	5.4	8.7	8.7	2.7	26.8	67.3
Morbidität: Frühzeitige Pensionierung		2.9	8.5	19.0	79.0	160.8			270.2		0.5	1.5	2.5	6.1	13.4			24.0	294.2

	Männer									Frauen									
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	Total
Diabetes		0.0	0.0	0.0	0.2	0.8			1.1		0.0	0.0	-0.1	-0.6	-1.4			-2.1	-1.0
Herz-Kreislauf-Erkrankungen		0.1	0.2	-0.7	-5.2	-26.5			-32.1		-0.1	-0.6	-1.4	-6.9	-11.9			-20.8	-52.9
Krebs		0.0	0.1	0.6	5.6	16.7			23.1		0.0	0.2	0.6	3.0	4.1			7.8	30.9
Neuropsychiatrische Erkrankungen		0.3	2.3	4.3	26.2	73.9			107.0		0.2	1.1	1.5	5.1	14.8			22.7	129.7
Übertragbare Krankheiten		0.0	0.2	0.2	1.4	2.1			3.9		0.0	0.0	0.0	0.1	0.3			0.4	4.3
Unfälle/Verletzungen		2.6	5.7	13.9	47.5	86.9			156.6		0.4	0.8	1.8	5.1	6.9			15.1	171.7
Verdauungsstörungen		0.0	0.1	0.6	3.2	6.9			10.8		0.0	0.0	0.1	0.2	0.5			0.9	11.6
Morbidität: Absentismus		30.4	62.1	88.4	133.8	102.7			417.4		7.3	13.3	20.4	33.0	24.5			98.4	515.7
Diabetes		0.0	0.0	0.1	0.3	0.7			1.0		0.0	0.0	-0.1	-0.4	-0.8			-1.4	-0.4
Herz-Kreislauf-Erkrankungen		0.1	0.0	-3.6	-27.1	-55.8			-86.4		0.0	-0.2	-0.9	-4.3	-8.8			-14.3	-100.8
Krebs		0.0	0.3	1.6	9.2	24.5			35.7		0.0	0.3	1.0	3.7	4.3			9.3	45.0
Neuropsychiatrische Erkrankungen		7.0	27.4	52.3	87.9	69.6			244.3		2.2	8.3	15.0	24.9	18.8			69.4	313.6
Übertragbare Krankheiten		0.7	1.1	1.5	2.8	5.3			11.4		0.1	0.2	0.2	0.4	0.7			1.5	13.0
Unfälle/Verletzungen		22.0	30.8	29.4	46.3	40.7			169.3		5.0	4.4	4.0	6.5	7.3			27.2	196.5
Verdauungsstörungen		0.4	2.4	7.1	14.5	17.6			42.1		0.1	0.3	1.2	2.2	2.9			6.7	48.8
Total		**113.6**	**182.0**	**212.7**	**470.3**	**464.0**	**56.8**	**27.0**	**1'526.4**		**18.5**	**27.3**	**38.5**	**85.5**	**78.2**	**23.3**	**-3.3**	**268.1**	**1'794.5**

Tabelle 53 Tabakbedingte indirekte Kosten FKA in Mio. CHF

	Männer									Frauen									
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	Total
Mortalität: Bezahlte Arbeit		0.0	0.0	1.9	11.8	27.1			40.8		0.0	0.0	0.4	2.0	5.7			8.1	49.0
COPD		0.0	0.0	0.0	0.7	2.2			2.9		0.0	0.0	0.0	0.1	0.7			0.8	3.6
Diabetes		0.0	0.0	0.0	0.3	0.7			1.0		0.0	0.0	0.0	0.0	0.1			0.1	1.1
Herz-Kreislauf-Erkrankungen		0.0	0.0	1.0	4.4	8.0			13.4		0.0	0.0	0.1	0.5	0.6			1.3	14.7
Krebs		0.0	0.0	0.8	6.0	15.5			22.2		0.0	0.0	0.2	1.4	4.1			5.7	27.9
Neuropsychiatrische Erkrankungen		0.0	0.0	0.0	0.2	0.1			0.3		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			0.0	0.3
Übertragbare Krankheiten		0.0	0.0	0.1	0.4	0.6			1.0		0.0	0.0	0.0	0.1	0.2			0.3	1.3

	Männer									Frauen									
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	Total
Mortalität: Unbezahlte Arbeit		0.0	0.0	0.2	0.9	2.5	5.2	8.8	17.7		0.0	0.0	0.1	0.5	1.9	4.0	9.9	16.5	34.2
COPD		0.0	0.0	0.0	0.1	0.2	0.6	1.8	2.6		0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.9	2.2	3.4	6.0
Diabetes		0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0	0.2		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.3
Herz-Kreislauf-Erkrankungen		0.0	0.0	0.1	0.4	0.7	1.4	3.1	5.7		0.0	0.0	0.0	0.1	0.2	0.7	4.6	5.8	11.5
Krebs		0.0	0.0	0.1	0.5	1.4	3.0	3.5	8.5		0.0	0.0	0.1	0.4	1.4	2.3	2.6	6.7	15.1
Neuropsychiatrische Erkrankungen		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1
Übertragbare Krankheiten		0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.4	0.6		0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.4	0.5	1.1
Morbidität: Frühzeitige Pensionierung		0.0	0.0	4.1	23.1	89.2			116.4		0.0	0.0	1.8	7.9	17.5			27.2	143.6
COPD		0.0	0.0	0.2	1.5	11.6			13.3		0.0	0.0	0.1	0.7	3.4			4.2	17.5
Diabetes		0.0	0.0	0.2	1.2	3.9			5.3		0.0	0.0	0.1	0.4	0.6			1.1	6.4
Herz-Kreislauf-Erkrankungen		0.0	0.0	3.0	14.7	55.8			73.5		0.0	0.0	1.4	5.4	7.5			14.3	87.8
Krebs		0.0	0.0	0.7	5.1	16.2			22.0		0.0	0.0	0.2	1.1	5.2			6.6	28.6
Neuropsychiatrische Erkrankungen		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			0.0		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			0.0	0.0
Übertragbare Krankheiten		0.0	0.0	0.1	0.6	1.7			2.3		0.0	0.0	0.1	0.2	0.7			1.0	3.3
Morbidität: Absentismus		0.0	0.0	34.3	141.4	325.9			501.6		0.0	0.0	9.1	27.9	68.0			105.0	606.6
COPD		0.0	0.0	0.9	5.5	27.5			34.0		0.0	0.0	0.3	2.3	11.3			13.9	47.9
Diabetes		0.0	0.0	1.9	4.5	9.6			16.1		0.0	0.0	0.4	0.9	1.1			2.3	18.4
Herz-Kreislauf-Erkrankungen		0.0	0.0	20.4	94.2	181.8			296.4		0.0	0.0	4.1	13.2	21.5			38.8	335.2
Krebs		0.0	0.0	4.6	24.3	72.1			100.9		0.0	0.0	1.2	5.8	21.5			28.5	129.5
Neuropsychiatrische Erkrankungen		0.0	0.0	0.0	0.1	0.1			0.2		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			0.1	0.3
Übertragbare Krankheiten		0.0	0.0	6.5	12.7	34.8			54.0		0.0	0.0	3.1	5.7	12.6			21.4	75.4
Total		**0.0**	**0.0**	**40.5**	**177.3**	**444.7**	**5.2**	**8.8**	**676.5**		**0.0**	**0.0**	**11.4**	**38.4**	**93.1**	**4.0**	**9.9**	**156.8**	**833.3**

Tabelle 54 Tabakbedingte indirekte Kosten HKA in Mio. CHF

	Männer									Frauen									
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	Total
Mortalität: Bezahlte Arbeit		0.0	0.0	112.4	390.3	349.2			851.9		0.0	0.0	19.4	64.9	72.9			157.3	1'009.2

	Männer									Frauen									
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	Total
COPD		0.0	0.0	1.1	23.2	25.4			49.8		0.0	0.0	0.0	3.8	8.0			11.8	61.6
Diabetes		0.0	0.0	2.0	8.7	9.7			20.5		0.0	0.0	0.2	0.7	0.9			1.8	22.3
Herz-Kreislauf-Erkrankungen		0.0	0.0	58.7	148.2	106.6			313.6		0.0	0.0	7.1	15.4	8.1			30.6	344.2
Krebs		0.0	0.0	44.7	193.1	199.2			437.1		0.0	0.0	10.2	42.8	52.8			105.8	542.9
Neuropsychiatrische Erkrankungen		0.0	0.0	0.0	5.0	1.2			6.2		0.0	0.0	0.0	0.5	0.6			1.1	7.3
Übertragbare Krankheiten		0.0	0.0	5.7	12.0	7.1			24.9		0.0	0.0	1.8	1.8	2.5			6.1	30.9
Mortalität: Unbezahlte Arbeit		0.0	0.0	14.3	65.9	138.5	200.6	135.1	554.4		0.0	0.0	8.5	40.3	116.3	177.2	173.1	515.4	1'069.8
COPD		0.0	0.0	0.1	3.9	10.9	23.5	27.1	65.5		0.0	0.0	0.0	2.1	13.6	38.0	39.3	93.0	158.5
Diabetes		0.0	0.0	0.3	1.5	3.8	2.7	0.6	8.8		0.0	0.0	0.1	0.4	1.3	1.1	0.8	3.7	12.6
Herz-Kreislauf-Erkrankungen		0.0	0.0	7.5	24.7	41.2	54.5	47.8	175.6		0.0	0.0	3.1	9.5	13.0	32.2	81.1	138.9	314.5
Krebs		0.0	0.0	5.7	33.0	79.2	116.7	53.2	287.8		0.0	0.0	4.5	26.8	83.9	102.2	44.8	262.2	550.1
Neuropsychiatrische Erkrankungen		0.0	0.0	0.0	0.9	0.5	0.4	0.1	1.8		0.0	0.0	0.0	0.4	0.6	2.3	0.1	3.3	5.2
Übertragbare Krankheiten		0.0	0.0	0.7	2.0	2.8	2.9	6.3	14.8		0.0	0.0	0.8	1.1	3.8	1.4	7.0	14.1	28.9
Morbidität: Frühzeitige Pensionierung		0.0	0.0	12.4	69.3	267.6			349.2		0.0	0.0	5.4	23.7	52.4			81.5	430.7
COPD		0.0	0.0	0.5	4.6	34.7			39.8		0.0	0.0	0.3	2.1	10.2			12.6	52.4
Diabetes		0.0	0.0	0.5	3.7	11.8			15.9		0.0	0.0	0.3	1.2	1.9			3.3	19.2
Herz-Kreislauf-Erkrankungen		0.0	0.0	9.0	44.2	167.3			220.5		0.0	0.0	4.1	16.3	22.5			42.9	263.4
Krebs		0.0	0.0	2.2	15.2	48.7			66.0		0.0	0.0	0.5	3.4	15.7			19.7	85.7
Neuropsychiatrische Erkrankungen		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			0.0		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			0.0	0.0
Übertragbare Krankheiten		0.0	0.0	0.2	1.7	5.1			7.0		0.0	0.0	0.2	0.7	2.0			2.9	9.9
Morbidität: Absentismus		0.0	0.0	34.3	141.4	325.9			501.6		0.0	0.0	9.1	27.9	68.0			105.0	606.6
COPD		0.0	0.0	0.9	5.5	27.5			34.0		0.0	0.0	0.3	2.3	11.3			13.9	47.9
Diabetes		0.0	0.0	1.9	4.5	9.6			16.1		0.0	0.0	0.4	0.9	1.1			2.3	18.4
Herz-Kreislauf-Erkrankungen		0.0	0.0	20.4	94.2	181.8			296.4		0.0	0.0	4.1	13.2	21.5			38.8	335.2
Krebs		0.0	0.0	4.6	24.3	72.1			100.9		0.0	0.0	1.2	5.8	21.5			28.5	129.5
Neuropsychiatrische Erkrankungen		0.0	0.0	0.0	0.1	0.1			0.2		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			0.1	0.3
Übertragbare Krankheiten		0.0	0.0	6.5	12.7	34.8			54.0		0.0	0.0	3.1	5.7	12.6			21.4	75.4
Total		**0.0**	**0.0**	**173.4**	**666.9**	**1'081.2**	**200.6**	**135.1**	**2'257.1**	**0.0**	**0.0**	**0.0**	**42.4**	**156.8**	**309.6**	**177.2**	**173.1**	**859.1**	**3'116.3**

Tabelle 55 Drogenbedingte indirekte Kosten FKA in Mio. CHF

	Männer									Frauen									
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	Total
Mortalität: Bezahlte Arbeit		0.1	0.5	1.1	1.4	0.6			3.6		0.0	0.1	0.2	0.2	0.1			0.6	4.3
Neuropsychiatrische Erkrankungen		0.0	0.1	0.5	0.9	0.3			1.8		0.0	0.0	0.0	0.1	0.0			0.2	2.0
Übertragbare Krankheiten		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			0.0		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			0.0	0.0
Unfälle/Verletzungen		0.1	0.4	0.6	0.5	0.3			1.8		0.0	0.1	0.1	0.1	0.1			0.4	2.3
Mortalität: Unbezahlte Arbeit		0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	0.4		0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.3	0.6
Neuropsychiatrische Erkrankungen		0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.2		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2
Übertragbare Krankheiten		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Unfälle/Verletzungen		0.0	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.2	0.4
Morbidität: Frühzeitige Pensionierung		0.1	0.7	3.8	18.5	14.5			37.7		0.0	0.4	1.7	6.4	3.9			12.4	50.1
Neuropsychiatrische Erkrankungen		0.1	0.7	3.6	17.3	13.1			34.8		0.0	0.3	1.6	5.9	3.7			11.4	46.2
Übertragbare Krankheiten		0.0	0.0	0.1	0.8	0.8			1.7		0.0	0.0	0.0	0.2	0.1			0.4	2.0
Unfälle/Verletzungen		0.0	0.1	0.2	0.4	0.6			1.2		0.0	0.1	0.1	0.2	0.1			0.6	1.8
Morbidität: Absentismus		11.3	29.1	30.2	24.3	7.4			102.3		0.5	7.2	7.3	6.0	2.7			23.8	126.1
Neuropsychiatrische Erkrankungen		10.6	28.2	29.1	23.2	6.6			97.8		0.4	5.9	6.3	5.1	2.3			20.1	117.8
Übertragbare Krankheiten		0.0	0.0	0.0	0.1	0.0			0.2		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			0.0	0.2
Unfälle/Verletzungen		0.6	0.8	1.0	1.1	0.8			4.3		0.1	1.3	1.0	1.0	0.4			3.7	8.0
Total		**11.4**	**30.4**	**35.3**	**44.3**	**22.5**	**0.0**	**0.0**	**144.0**		**0.6**	**7.7**	**9.3**	**12.7**	**6.7**	**0.1**	**0.0**	**37.0**	**181.0**

Tabelle 56 Drogenbedingte indirekte Kosten HKA in Mio. CHF

	Männer									Frauen									
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total	Total
Mortalität: Bezahlte Arbeit		17.6	50.4	68.5	49.6	7.8			193.9		0.0	6.6	10.3	6.9	2.3			26.1	220.0
Neuropsychiatrische Erkrankungen		2.6	7.7	30.9	32.8	3.3			77.3		0.0	1.3	2.2	3.7	0.9			8.0	85.3
Übertragbare Krankheiten		0.0	0.0	0.0	0.1	0.0			0.2		0.0	0.0	0.1	0.1	0.0			0.2	0.3
Unfälle/Verletzungen		15.0	42.7	37.6	16.6	4.5			116.4		0.0	5.3	8.0	3.2	1.4			17.9	134.3
Mortalität: Unbezahlte Arbeit		2.3	6.0	8.6	8.0	2.9	0.5	0.2	28.5		0.0	2.4	4.4	4.2	2.8	3.3	0.4	17.5	46.1
Neuropsychiatrische Erkrankungen		0.3	0.9	3.9	5.3	1.4	0.3	0.1	12.1		0.0	0.5	0.9	2.2	1.0	0.7	0.1	5.3	17.5
Übertragbare Krankheiten		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.1		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2
Unfälle/Verletzungen		2.0	5.1	4.7	2.7	1.6	0.2	0.1	16.3		0.0	2.0	3.5	1.9	1.8	2.6	0.3	12.1	28.4
Morbidität: Frühzeitige Pensionierung		0.3	2.2	11.5	55.6	43.4			113.0		0.1	1.1	5.2	19.1	11.6			37.2	150.2
Neuropsychiatrische Erkrankungen		0.2	2.0	10.9	52.0	39.4			104.5		0.0	0.8	4.7	17.8	11.0			34.2	138.7
Übertragbare Krankheiten		0.0	0.0	0.2	2.5	2.3			5.0		0.0	0.0	0.1	0.6	0.3			1.1	6.1
Unfälle/Verletzungen		0.1	0.2	0.5	1.1	1.7			3.5		0.1	0.2	0.4	0.7	0.4			1.8	5.3
Morbidität: Absentismus		11.3	29.1	30.2	24.3	7.4			102.3		0.5	7.2	7.3	6.0	2.7			23.8	126.1
Neuropsychiatrische Erkrankungen		10.6	28.2	29.1	23.2	6.6			97.8		0.4	5.9	6.3	5.1	2.3			20.1	117.8
Übertragbare Krankheiten		0.0	0.0	0.0	0.1	0.0			0.2		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			0.0	0.2
Unfälle/Verletzungen		0.6	0.8	1.0	1.1	0.8			4.3		0.1	1.3	1.0	1.0	0.4			3.7	8.0
Total		**31.4**	**87.7**	**118.8**	**137.4**	**61.6**	**0.5**	**0.2**	**437.7**		**0.7**	**17.3**	**27.2**	**36.3**	**19.5**	**3.3**	**0.4**	**104.5**	**542.3**

Polynomics AG
Baslerstrasse 44
CH-4600 Olten

www.polynomics.ch
polynomics@polynomics.ch

Telefon +41 62 205 15 70