

Juli 2018

# **Soziodemographische Ungleichheiten beim problematischen Substanzgebrauch und bei substanzunabhängigen problematischen Verhaltensweisen**

**Gerhard Gmel, Simon Marmet, Etienne Maffli und Luca Notari**

Projekt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit

Vertrag Nr. 18.003074/ 204.0001-1712

**Vorschlag zur Zitierweise:**

Gmel G., Marmet S., Maffli E., Notari L. (2018). Soziodemographische Ungleichheiten beim problematischen Substanzgebrauch und bei substanzunabhängigen problematischen Verhaltensweisen. Sucht Schweiz, Lausanne, Schweiz

**Impressum**

---

**Durchführung:** Sucht Schweiz: Gerhard Gmel, Luca Notari, Simon Marmet, Etienne Maffli und Christiane Gmel

**Vertrieb:** Bundesamt für Gesundheit, Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit, Prävention nichtübertragbarer Krankheiten

**Copyright** © Bundesamt für Gesundheit, Bern 2018

**ISBN** 978-2-88183-231-4

# Inhaltsverzeichnis

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Abbildungsverzeichnis</b>  | <b>4</b>  |
| <b>Tabellenverzeichnis</b>  | <b>7</b>  |
| <b>Zusammenfassung</b>  | <b>8</b>  |
| <b>Résumé</b>   | <b>15</b> |
| <b>1 Ausgangslage</b>   | <b>24</b> |
| <b>2 Datengrundlage und Methodik</b>  | <b>25</b> |
| 2.1 Suchtmonitoring Schweiz .....   | 25        |
| 2.2 Das Monitoringsystem <i>act-info</i> .....  | 25        |
| 2.3 Die Cohort Study on Substance Use Risk Factors (C-SURF).....  | 26        |
| 2.4 Variablenbeschreibung .....   | 27        |
| 2.4.1 Variablen des Suchtmonitorings.....   | 27        |
| 2.4.1.1 Konsumvariablen .....   | 27        |
| 2.4.1.2 Soziodemographische Variablen .....   | 28        |
| 2.4.2 Variablen in <i>act-info</i> .....  | 29        |
| 2.4.2.1 Konsumvariablen: .....  | 29        |
| 2.4.2.2 Soziodemographische Variablen .....   | 29        |
| 2.4.3 Variablen in C-SURF.....  | 30        |
| 2.4.3.1 Problematische Verhaltensweisen im Zusammenhang mit<br>dem Internet: .....  | 30        |
| 2.4.3.2 Problematische Verhaltensweisen im Substanzbereich.....   | 30        |
| 2.4.3.3 Soziodemographische Variablen .....   | 30        |
| 2.5 Altersbeschränkung bei Analysen .....   | 31        |
| 2.6 Signifikanz und Bedeutsamkeit.....  | 31        |
| <b>3 Ergebnisse</b>   | <b>33</b> |
| 3.1 Vergleich problematischen Alkoholkonsums in der Allge- meinbevölkerung<br>und im Behandlungs-/Beratungsbereich ( <i>act-info</i> ) .....                                  | 33        |
| 3.1.1 Problematischer Alkoholkonsum in <i>act-info</i> .....  | 33        |
| 3.1.2 Problematischer Alkoholkonsum im Suchtmonitoring .....  | 37        |
| 3.1.3 Chancengleichheit und Geschlecht.....   | 42        |
| 3.1.4 Vergleiche zwischen der Klientel in <i>act-info</i> mit dem<br>Hauptproblem Alkohol und problematisch Konsumierenden im<br>Suchtmonitoring bei 25- bis 64-Jährigen..... | 43        |
| 3.1.4.1 Chancengleichheit und Zivilstand .....  | 43        |
| 3.1.4.2 Chancengleichheit und Nationalität.....   | 47        |
| 3.1.4.3 Chancengleichheit und Urbanität .....   | 47        |

|     |           |  |     |
|-----|-----------|--|-----|
|     | 3.1.4.4   | Chancengleichheit und formale Ausbildung .....   | 49  |
|     | 3.1.4.5   | Chancengleichheit und Erwerbsstatus .....  | 51  |
| 3.2 |           | Rauchen und soziodemographische Ungleichheiten .....   | 54  |
|     | 3.2.1     | Rauchen nach Geschlecht und Alter .....  | 55  |
|     | 3.2.2     | Rauchen nach soziodemographischen Merkmalen .....  | 55  |
|     | 3.2.2.1   | Rauchen und formale Bildung .....  | 56  |
|     | 3.2.2.2   | Rauchen und Erwerbsstatus .....  | 59  |
|     | 3.2.2.3   | Rauchen und Urbanität .....  | 63  |
|     | 3.2.2.4   | Rauchen und Migrationshintergrund .....  | 63  |
|     | 3.2.2.5   | Rauchen und Zivilstand .....   | 65  |
| 3.3 |           | Cannabiskonsum und soziodemographische Ungleichheiten .....  | 69  |
|     | 3.3.1     | Cannabiskonsum nach Geschlecht und Alter .....   | 69  |
|     | 3.3.2     | Cannabiskonsum nach soziodemographischen Merkmalen .....   | 71  |
|     | 3.3.2.1   | Cannabiskonsum und formale Bildung .....   | 71  |
|     | 3.3.2.2   | Cannabiskonsum und Erwerbsstatus .....   | 75  |
|     | 3.3.2.3   | Cannabiskonsum und Urbanität .....   | 78  |
|     | 3.3.2.4   | Cannabiskonsum und Migrationshintergrund .....   | 79  |
|     | 3.3.2.5   | Cannabiskonsum und Zivilstand .....  | 80  |
| 3.4 |           | Heroin- und Kokaingebrauch und soziodemographische Ungleichheiten .....  | 83  |
|     | 3.4.1     | Kokaingebrauch und soziodemographische Merkmale .....  | 84  |
| 3.5 |           | Kompulsive Internetnutzung und soziodemographische Ungleichheiten .....  | 85  |
|     | 3.5.1     | Kompulsive Internetnutzung im Suchtmonitoring .....  | 85  |
|     | 3.5.1.1   | Kompulsive Internetnutzung nach Alter und Geschlecht .....   | 86  |
|     | 3.5.1.2   | Kompulsive Internetnutzung und formale Bildung .....   | 87  |
|     | 3.5.1.3   | Kompulsive Internetnutzung und Erwerbsstatus .....   | 89  |
|     | 3.5.1.4   | Kompulsive Internetnutzung und Urbanität .....   | 90  |
|     | 3.5.1.5   | Kompulsive Internetnutzung und Migrationshintergrund .....   | 91  |
|     | 3.5.1.6   | Kompulsive Internetnutzung und Zivilstand .....  | 93  |
|     | 3.5.2     | Problematische Verhaltensweisen bei jungen Männern:<br>Internetnutzung, Gaming, Smartphone-Nutzung und Cybersex .....      | 95  |
|     | 3.5.2.1   | Sprachregelung .....   | 95  |
|     | 3.5.2.2   | Überlappung problematischer Internetnutzung, Gaming,<br>Smartphone-Nutzung und Cybersex .....                              | 95  |
|     | 3.5.2.3   | Zusammenhang zwischen den 4 problematischen<br>Verhaltensweisen und problematischem<br>Substanzgebrauch .....              | 98  |
|     | 3.5.2.4   | Soziodemographische Hintergründe bei problematischer<br>Internetnutzung, Gaming, Smartphone-<br>Nutzung und Cybersex ..... | 104 |
|     | 3.5.2.4.1 | Problematische Internetnutzung, Gaming,<br>Smartphone-Nutzung und Cybersex und<br>formale Bildung .....                    | 105 |
|     | 3.5.2.4.2 | Problematischer Internetnutzung, Gaming,<br>Smartphone-Nutzung und Cybersex und<br>Wohnsituation .....                     | 107 |
|     | 3.5.2.4.3 | Problematischer Internetnutzung, Gaming,<br>Smartphone-Nutzung und Cybersex und<br>finanzielle Unabhängigkeit .....        | 109 |

|          |           |  |            |
|----------|-----------|--|------------|
|          | 3.5.2.4.4 | <i>Problematische Internetnutzung, Gaming, Smartphone-Nutzung und Cybersex und Arbeiten gegen Entlohnung.....</i>  | 111        |
| 3.6      |           | Zusammenfassender Überblick.....   | 113        |
|          | 3.6.1     | <i>Problematischer Substanzgebrauch und problematische Internetnutzung in der Allgemeinbevölkerung.....</i>  | 113        |
|          | 3.6.2     | <i>Problematische allgemeine Internetnutzung und spezifische problematische Verhaltensweisen im Zusammenhang mit dem Internet bei jungen Männern .....</i> | 117        |
| <b>4</b> |           | <b>Referenzen</b>  | <b>118</b> |

# Abbildungsverzeichnis

|                  |   |    |
|------------------|---|----|
| Abbildung 3.1.1  | Anteil der Altersgruppen am Klientel nach Hauptproblem, act-info 2013 bis 2016, geglättete Kurven .....   | 34 |
| Abbildung 3.1.2  | Anteil der Altersgruppen am Klientel für das Hauptproblem Alkohol nach Statistikstelle, act-info 2013 bis 2016.....   | 35 |
| Abbildung 3.1.3  | Altersverteilung nach Geschlecht in act-info-Residalc und act-info-SAMBAD mit Hauptproblem Alkohol, 2013-2016 .....   | 35 |
| Abbildung 3.1.4  | Frauenanteil nach Alter in act-info-Residalc und act-info-SAMBAD (zusammengenommen), 2013-2016.....   | 36 |
| Abbildung 3.1.5  | Wohnsituation der Klientel in act-info-Residalc und act-info-SAMBAD mit Hauptproblem Alkohol, 2013-2016 .....   | 37 |
| Abbildung 3.1.6  | Anteil der Altersgruppen an Personen mit dem höchsten Alkoholkonsum, geglättete Kurven, Suchtmonitoring 2011-2016. ....   | 38 |
| Abbildung 3.1.7  | Anteil der Altersgruppen an Personen mit Cut-off gemäss CAGE, ungeglättete Kurven, Suchtmonitoring je ein Halbjahr 2013 und 2015.....   | 39 |
| Abbildung 3.1.8  | Anteil der Altersgruppen an Personen mit Cut-offs gemäss AUDIT, ungeglättete Kurven, Suchtmonitoring je ein Halbjahr 2013 und 2015.....   | 40 |
| Abbildung 3.1.9  | Anteil der Altersgruppen an Personen zusammengezogen nach Cut-offs gemäss AUDIT und CAGE (entweder AUDIT 8 oder mehr Punkte oder CAGE 1 oder mehr Kriterien), ungeglättete Kurven, Suchtmonitoring je ein Halbjahr 2013 und 2015..... | 40 |
| Abbildung 3.1.10 | Frauenanteil der Indikatoren problematischen Konsums, Suchtmonitoring 2011-2016 (zwei Halbjahre 2013 und 2015 für das CAGE/AUDIT Kriterium).....  | 42 |
| Abbildung 3.1.11 | Zivilstand in der Allgemeinbevölkerung und in act-info-Residalc/act-info-SAMBAD bei 25- bis 64-Jährigen, Suchtmonitoring 2011-2016, act-info 2013-2016 .....  | 44 |
| Abbildung 3.1.12 | Anteil Personen mit Migrationshintergrund in der Allgemeinbevölkerung und in act-info-Residalc/act-info-SAMBAD bei 25- bis 64-Jährigen, Suchtmonitoring 2011-2016, act-info 2013-2016.....  | 47 |
| Abbildung 3.1.13 | Anteile Personen aus Kleinzentren und ruralen Gegenden in der Allgemeinbevölkerung und in act-info-Residalc/act-info-SAMBAD bei 25- bis 64-Jährigen, Suchtmonitoring 2011-2016, act-info 2013-2016 .....                              | 48 |
| Abbildung 3.1.14 | Anteile Personen nach formaler Ausbildung in der Allgemeinbevölkerung und in act-info-Residalc/act-info-SAMBAD bei 25- bis 64-Jährigen, Suchtmonitoring 2011-2016, act-info 2013-2016.....  | 49 |
| Abbildung 3.1.15 | Anteile Personen nach Erwerbsstatus in der Allgemeinbevölkerung und in act-info-Residalc/act-info-SAMBAD bei 25- bis 64-Jährigen, Suchtmonitoring 2011-2016, act-info 2013-2016.....  | 52 |
| Abbildung 3.2.1  | Rauchstatus (in %) nach Alter, Suchtmonitoring 2011-2016 .....  | 54 |
| Abbildung 3.2.2  | Anteil an Frauen (in%) in der Gesamtbevölkerung und bei Täglich- und Gelegenheitsrauchenden, Suchtmonitoring 2011-2016.....   | 55 |
| Abbildung 3.2.3  | Prozentanteile formaler Bildung (in %) nach Menge gerauchter Zigaretten, 25- bis 64-jährige Frauen, Suchtmonitoring 2011-2016 .....   | 56 |
| Abbildung 3.2.4  | Prozentanteile formaler Bildung (in %) nach Menge gerauchter Zigaretten, 25- bis 64-jährige Männer, Suchtmonitoring 2011-2016.....  | 57 |
| Abbildung 3.2.5  | Prävalenzen des Rauchens verschiedener Mengen nach Bildungsstand (in %), 25- bis 64-jährige Männer, Suchtmonitoring 2011-2016 .....   | 58 |
| Abbildung 3.2.5b | Prävalenzen des Rauchens verschiedener Mengen nach Bildungsstand (in %), 25- bis 64-Jährige (Männer und Frauen zusammen), Suchtmonitoring 2011-2016.....  | 59 |
| Abbildung 3.2.6  | Prozentanteile des Erwerbsstatus (in %) nach Menge gerauchter Zigaretten, 25- bis 64-jährige Frauen, Suchtmonitoring 2011-2016.....   | 60 |
| Abbildung 3.2.7  | Prozentanteile des Erwerbsstatus (in %) nach Menge gerauchter Zigaretten, 25- bis 64-jährige Männer, Suchtmonitoring 2011-2016.....   | 61 |

|                  |   |    |
|------------------|---|----|
| Abbildung 3.2.8  | Prävalenzen des täglichen Rauchens (in %) nach Erwerbsstatus, 25- bis 64-jährige Männer, Suchtmonitoring 2011-2016.....   | 62 |
| Abbildung 3.2.9  | Prävalenzen des täglichen Rauchens (in %) nach Wohnsituation, 25- bis 64-jährige Männer, Suchtmonitoring 2011-2016.....   | 63 |
| Abbildung 3.2.10 | Prozentanteile der Nationalität (in %) nach Menge gerauchter Zigaretten, 25- bis 64-jährige Frauen, Suchtmonitoring 2011-2016.....  | 64 |
| Abbildung 3.2.11 | Prozentanteile der Nationalität (in %) nach Menge gerauchter Zigaretten, 25- bis 64-jährige Männer, Suchtmonitoring 2011-2016.....  | 64 |
| Abbildung 3.2.12 | Prävalenzen des täglichen Rauchens (in %) nach Migrationshintergrund, 25- bis 64-jährige Männer, Suchtmonitoring 2011-2016.....   | 65 |
| Abbildung 3.2.13 | Prozentanteile der Zivilstände (in %) nach Menge gerauchter Zigaretten, 25- bis 64-jährige Frauen, Suchtmonitoring 2011-2016.....   | 66 |
| Abbildung 3.2.14 | Prozentanteile der Zivilstände (in %) nach Menge gerauchter Zigaretten, 25- bis 64-jährige Männer, Suchtmonitoring 2011-2016.....   | 67 |
| Abbildung 3.2.15 | Prävalenzen des täglichen Rauchens (in %) nach Zivilstand, 25- bis 64-jährige Männer und Frauen, Suchtmonitoring 2011-2016.....   | 68 |
| Abbildung 3.3.1  | Cannabiskonsumprävalenzen (in %) nach Alter, Suchtmonitoring 2011-2016.....   | 69 |
| Abbildung 3.3.2  | Konsumprävalenzen (in %) bei zumindest Konsum in den letzten 12 Monaten nach Alter, Suchtmonitoring 2011-2016.....  | 70 |
| Abbildung 3.3.3  | Anteil an Frauen (in%) bei Cannabiskonsumierenden in den letzten 12 Monaten bzw. letzten 30 Tagen, Suchtmonitoring 2011-2016.....   | 71 |
| Abbildung 3.3.4  | Prozentanteile formaler Bildung (in %) nach Cannabiskonsum in den letzten 12 Monaten bei 15- bis 29-Jährigen, Suchtmonitoring 2011-2016.....  | 72 |
| Abbildung 3.3.5  | Prozentanteile formaler Bildung (in %) nach Cannabiskonsum in den letzten 12 Monaten bei 30- bis 54-Jährigen, Suchtmonitoring 2011-2016.....  | 73 |
| Abbildung 3.3.6  | Prävalenzen des Cannabisgebrauchs in den letzten 12 Monaten, 15- bis 54-Jährige, Suchtmonitoring 2011-2016.....   | 74 |
| Abbildung 3.3.7  | Prozentanteile des Erwerbsstatus (in %) nach Cannabiskonsum in den letzten 12 Monaten bei 15- bis 29-Jährigen, Suchtmonitoring 2011-2016.....   | 76 |
| Abbildung 3.3.8  | Prozentanteile des Erwerbsstatus (in %) nach Cannabiskonsum in den letzten 12 Monaten bei 30- bis 54-Jährigen, Suchtmonitoring 2011-2016.....   | 77 |
| Abbildung 3.3.9  | Prävalenzen des Cannabiskonsums nach Erwerbsstatus, 15- bis 54-Jährige, Suchtmonitoring 2011-2016.....  | 78 |
| Abbildung 3.3.10 | Prävalenzen des Cannabisgebrauchs nach Migrationshintergrund, 15- bis 54-Jährige, Suchtmonitoring 2011-2016.....  | 79 |
| Abbildung 3.3.11 | Prozentanteile der Zivilstände nach Cannabiskonsum, 15- bis 29-Jährige, Suchtmonitoring 2011-2016.....  | 80 |
| Abbildung 3.3.12 | Prozentanteile der Zivilstände nach Cannabiskonsum, 30- bis 54-Jährige, Suchtmonitoring 2011-2016.....  | 81 |
| Abbildung 3.3.13 | Prävalenzen Cannabiskonsum nach Zivilstand, 15- bis 54-Jährige, Suchtmonitoring 2011-2016.....  | 82 |
| Abbildung 3.4.1  | Prävalenz des Kokaingebrauch in den letzten 12 Monaten, aber nicht 30 Tagen und in den letzten 30 Tagen vor der Befragung bei 15- bis 59-Jährigen, Suchtmonitoring 2011-2016.....       | 83 |
| Abbildung 3.5.1  | Prävalenz keiner/geringer Internetausnutzung und von 3 Stufen der compulsiven Internetnutzung (CIUS) nach Alter, Suchtmonitoring Januar bis Juni 2013 und 2015.....                     | 86 |
| Abbildung 3.5.2  | Prävalenz der 3 Stufen der compulsiven Internetnutzung (CIUS) nach Alter, Suchtmonitoring Januar bis Juni 2013 und 2015.....  | 87 |
| Abbildung 3.5.3  | Anteile an Personen in den 3 formalen Bildungsniveaus nach Stufen Ihrer Internetnutzung und in der Gesamtbevölkerung, 30-59-Jährige, Suchtmonitoring Januar bis Juni 2013 und 2015..... | 88 |

|                  |  |     |
|------------------|--|-----|
| Abbildung 3.5.4  | Prävalenz der Stufen kompulsiver Internetnutzung bei 30-59-Jährigen, Suchtmonitoring Januar bis Juni 2013 und 2015.....  | 88  |
| Abbildung 3.5.5  | Prävalenz der Stufen kompulsiver Internetnutzung bei 20- bis 59-Jährigen nach Erwerbsstatus, Suchtmonitoring Januar bis Juni 2013 und 2015 .....   | 90  |
| Abbildung 3.5.6  | Prozentanteile von Personen mit Migrationshintergrund nach Stufen der Internetnutzung und in der Gesamtbevölkerung, 20- bis 59-Jährige, Suchtmonitoring Januar bis Juni 2013 und 2015..... | 91  |
| Abbildung 3.5.7  | Prävalenz der Stufen kompulsiver Internetnutzung nach Migrationsstatus bei 30- bis 59-Jährigen, Suchtmonitoring Januar bis Juni 2013 und 2015 .....  | 92  |
| Abbildung 3.5.8  | Prozentanteile an Ledigen und Verheirateten nach Stufen der Internetnutzung und in der Gesamtbevölkerung, 20-59-Jährige, Suchtmonitoring Januar bis Juni 2013 und 2015.....                | 93  |
| Abbildung 3.5.9  | Prävalenz der Stufen kompulsiver Internetnutzung nach Zivilstatus bei 20- bis 59-Jährigen, Suchtmonitoring Januar bis Juni 2013 und 2015 .....   | 94  |
| Abbildung 3.5.10 | Venn-Diagramm der problematischen Verhaltensweisen, C-SURF 2016/2017.....  | 96  |
| Abbildung 3.5.11 | Die 10 häufigste Kombinationen von einzelnen und multiplen problematischen Verhaltensweisen (in %), C-SURF 2016/2017.....  | 97  |
| Abbildung 3.5.12 | Prävalenz des problematischen Alkoholkonsums (in %) nach den vier problematischen Verhaltensweisen, C-SURF 2016/2017.....  | 98  |
| Abbildung 3.5.13 | Prävalenz des problematischen Alkoholkonsums (in %) nach den 10 häufigsten Kombinationen der vier problematischen Verhaltensweisen, C-SURF 2016/2017.....                                  | 99  |
| Abbildung 3.5.14 | Prävalenz des problematischen Cannabisgebrauchs (in %) nach den vier problematischen Verhaltensweisen, C-SURF 2016/2017.....   | 100 |
| Abbildung 3.5.15 | Prävalenz des problematischen Cannabisgebrauchs (in %) nach den 10 häufigsten Kombinationen der vier problematischen Verhaltensweisen, C-SURF 2016/2017.....                               | 101 |
| Abbildung 3.5.16 | Prävalenz des problematischen Rauchens (in %) nach den der vier problematischen Verhaltensweisen, C-SURF 2016/2017.....  | 102 |
| Abbildung 3.5.17 | Prävalenz des problematischen Rauchens (in %) nach den 10 häufigsten Kombinationen der vier problematischen Verhaltensweisen, C-SURF 2016/2017.....  | 103 |
| Abbildung 3.5.18 | Höchste abgeschlossene formale Ausbildung (in %) nach den 4 problematischen Verhaltensweisen, C-SURF 2016/17.....  | 105 |
| Abbildung 3.5.19 | Prävalenz (in %) der 4 problematischen Verhaltensweisen nach höchster abgeschlossene formale Ausbildung, C-SURF 2016/17.....   | 106 |
| Abbildung 3.5.20 | Wohnsituation (in %) nach den 4 problematischen Verhaltensweisen, C-SURF 2016/17.....  | 107 |
| Abbildung 3.5.21 | Prävalenzen (in %)der 4 problematischen Verhaltensweisen nach Wohnsituation, C-SURF 2016/17 .....  | 108 |
| Abbildung 3.5.22 | Finanzielle Unabhängigkeit (in %) nach den 4 problematischen Verhaltensweisen, C-SURF 2016/17 .....  | 109 |
| Abbildung 3.5.23 | Prävalenz (in %) der 4 problematischen Verhaltensweisen nach finanzieller Unabhängigkeit, C-SURF 2016/17 .....   | 110 |
| Abbildung 3.5.24 | Arbeit gegen Entlohnung (in %) nach den 4 problematischen Verhaltensweisen, C-SURF 2016/17.....  | 111 |
| Abbildung 3.5.25 | Prävalenz (in %) der 4 problematischen Verhaltensweisen nach Arbeit gegen Entlohnung, C-SURF 2016/17 .....   | 112 |



---

# Tabellenverzeichnis

|                      |   |            |
|----------------------|---|------------|
| <i>Tabelle 0.1</i>   | <i>Überblick zu soziodemographischen Einflussfaktoren auf problematisches Rauchen, problematischen Cannabis-, Kokain-, Alkoholkonsum, und problematische Internetnutzung in der Bevölkerung 15 Jahre und älter .....</i>                    | <i>12</i>  |
| <i>Tableau 0.1</i>   | <i>Aperçu des facteurs d'influence sociodémographiques de la consommation problématique de tabac, de cannabis, de cocaïne et d'alcool et de l'utilisation problématique d'Internet au sein de la population âgée de 15 ans et plus.....</i> | <i>20</i>  |
| <i>Tabelle 3.3.1</i> | <i>Prävalenzen des Cannabisgebrauchs (in %) nach Wohnsituation, 15- bis 54-Jährige, Suchtmonitoring 2011-2016 .....</i>   | <i>79</i>  |
| <i>Tabelle 3.5.1</i> | <i>Prozentanteile des Erwerbsstatus nach Stufen der Internetnutzung und in der Gesamtbevölkerung, 20-59-Jährige, Suchtmonitoring Januar bis Juni 2013 und 2015.....</i>   | <i>89</i>  |
| <i>Tabelle 3.6.1</i> | <i>Überblick zu soziodemographischen Einflussfaktoren auf problematisches Rauchen, problematischen Cannabis-, Kokain-, Alkoholkonsum, und problematische Internetnutzung in der Bevölkerung 15 Jahre und älter .....</i>                    | <i>115</i> |

## Zusammenfassung

Die Nationale Strategie Sucht 2017 – 2024 definiert das strategische Ziel, Menschen in allen Lebensphasen darin zu unterstützen, einen risikoarmen Umgang mit Substanzen zu pflegen und die Früherkennung und Frühintervention bei Suchtgefährdung einschliesslich Verhaltenssüchten zu stärken. Im Januar 2013 verabschiedete der Bundesrat die gesundheitspolitische Agenda Gesundheit2020. In dieser definiert er vier Handlungsfelder: Lebensqualität, Chancengleichheit, Versorgungsqualität und Transparenz. Für das Thema Sucht bedeutet dies unter anderem, die Prävention zu verbessern sowie die Früherkennung und Behandlung von Suchterkrankungen voranzutreiben.

Auf diesem Hintergrund erhielt Sucht Schweiz vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) den Auftrag, aus der Perspektive eventuell bestehender gesundheitlicher Ungleichheiten zwei Themen näher zu beleuchten: (1) Zugang zu Leistungen der Suchthilfe im Alkoholbereich im Vergleich zur Problematik in der Gesamtbevölkerung und (2) soziodemografische Fallzahlen zu substanzbezogenen Süchten und zu Verhaltenssüchten wie problematisches Spielen (Gamen) via Internet- und Smartphone-Nutzung.

Das Forschungsprojekt hat zum Ziel, auf Basis bestehender Daten die Zusammenhänge zwischen soziodemographischen Ungleichheiten und ausgewählten substanzbezogenen Süchten sowie Internetsucht zu untersuchen. Dafür werden die Daten aus dem Suchtmonitoring 2011 – 2016 in Bezug auf das Rauchen, Cannabiskonsum und – soweit angesichts der Fallzahlen möglich - den Gebrauch von Heroin und Kokain herangezogen. Untersucht wird, wie sich problematisch Konsumierende hinsichtlich Alter, Geschlecht, formaler Bildung, Erwerbstätigkeit, Migrationshintergrund, Zivilstatus und Urbanität unterscheiden.

Weiterhin wird anhand des Suchtmonitorings der problematische Alkoholkonsum sowie die problematische Internetnutzung betrachtet. Für diese beiden Verhaltensweisen werden vertiefend weitere Quellen herangezogen:

a) Beim Alkoholkonsum wird die Behandlungs- und Beratungsstatistik von *act-info* herangezogen. Die Kernfrage ist, erhalten die Menschen, die problematisch Alkohol konsumieren, auch eine entsprechende Beratung und Behandlung? In der Schweiz gibt es auf der einen Seite keine gesicherten Erkenntnisse darüber, wer eine Behandlung und Beratung bräuchte bzw. wie viele eine solche Behandlung und Beratung bräuchten. Auf der anderen Seite gibt es auch keine vollumfänglichen Statistiken darüber wer Beratung und Behandlung erhält, da die Teilnahme der relevanten Institute an zur Erhebung dieser Statistiken freiwillig ist. Aus diesem Grund haben wir uns dieser Frage wie folgt angenähert: Wir untersuchen, welche soziodemographischen Merkmale in der Gesamtbevölkerung den problematischen Alkoholkonsum vorliegen und wie weit sich diese auch im Behandlungs-/Beratungssektor widerspiegeln. Sind diese in etwa vergleichbar, so könnte das auf Chancengleichheit beim Zugang zu Leistungen hindeuten.

b) Bei der problematischen Internetnutzung liegen in der Allgemeinbevölkerung des Suchtmonitorings nur Daten basierend auf einem Messinstrument der sogenannten Compulsive Internet Use Scale (CIUS). Dieser misst allgemein problematisches Internetverhalten und geht nicht auf eventuelle spezifische Süchte (gaming, Cybersex, problematische Smartphone-Nutzung) ein. Spezifische problematische Verhaltensweisen wurden neben der allgemeinen problematischen Internetnutzung in der Schweiz bei 25-jährigen Männern im Rahmen der Studie C-SURF (Cohort Study on Substance Use Risk Factors) untersucht. Daneben wurden auch spezifische, in der Regel auf die Internetnutzung bezogene problematische Verhaltensweisen in C-SURF untersucht, nämlich Spielsucht, Cybersex und problematische Smartphone-Nutzung.

Hauptaugenmerk der Analysen wurde auf sog. Dosis-Wirkungsbeziehungen gelegt. Das bedeutet, dass verschiedene Abstufungen bei den Verhaltensweisen gewählt worden sind, beispielsweise von gelegentlichem Rauchen über tägliches Rauchen weniger Zigaretten bis zum täglichen Rauchen von mindestens 20 Zigaretten. Zusammenhänge beziehungsweise demographischen Ungleichheiten sollten sich dann bei vorliegender Dosis-Wirkungsbeziehungen mit steigendem Schweregrad der Verhaltensweisen (z.B. zunehmendem Konsum) vergrössern. Dosis-Wirkungsbeziehungen deuten stärker als einfache Zusammenhänge darauf hin, ob eine kausale Wirkungsbeziehung besteht.

## **Alkoholkonsum und Chancengleichheit beim Zugang zu Behandlung und Beratung**

Beim problematischen Alkoholkonsum fallen in der Allgemeinbevölkerung zwei Altersspitzen auf. Der eine liegt bei etwa 20 bis 24 Jahren, die zweite Spitze ist relativ breit und reicht von etwa 40 bis 74 Jahre. Betrachtet man die Bevölkerung mit dem höchsten Alkoholkonsum, also die 2.5% mit dem höchsten Alkoholkonsum, so befindet sich die Spitze mit Beginn des Rentenalters um die 65 bis 74 Jahre. Im Behandlungs-/Beratungssektor ist die Spitze konzentrierter um etwa ein Alter von etwa 40 bis 60 Jahren. Dies bedeutet, dass der Behandlungs-/Beratungssektor insbesondere junge Erwachsene und Senioren nicht ausreichend auffängt.

In Behandlung/Beratung liegt der Frauenanteil zwischen 25% (20-34 Jahre) bis mit dem Alter steigend 35% (60 Jahre und älter). In der Allgemeinbevölkerung bei den top 10% mit dem höchsten Konsum liegt der Frauenanteil ebenfalls mit dem Alter steigend bei etwa 15% bis 25%, bei den top 2.5% zwischen 10% und 20%. Es ist also kaum davon auszugehen, dass Frauen keinen ausreichenden Zugang zu Behandlungs- und Beratungsangeboten haben, eher nutzen Männer diese zu selten.

Stark Konsumierende (top 2.5% mit dem höchsten Konsum) in der Allgemeinbevölkerung sind häufiger und geschieden (und ledig) und seltener verheiratet als in der Gesamtbevölkerung. Diese Unterschiede verschärfen sich aber im Beratungs-/Behandlungssektor. Sind in der Gesamtbevölkerung über 60% verheiratet (M: 60.0%;F:61.4%) so liegen diese Anteile bei den stark Konsumierenden in der Allgemeinbevölkerung zwar niedriger (M: 45.%; F: 56.4%), erreichen aber bei weitem nicht die niedrigen Zahlen in Beratung/Behandlung (M: 35.6%;F: 33.8%). Umgekehrt sieht es bei geschiedenen Personen aus: stark Konsumierende sind zwar häufiger geschieden, aber noch deutlich stärker in Behandlung- und Beratung vertreten. Dies kann bedeuten, dass die Ehe eher verhindert in Beratung zu gehen bzw. erst mit dem "hit-bottom", also der Scheidung, der Druck etwas zu ändern und Hilfe in Anspruch zu nehmen, gross genug wird, dieses auch zu tun. Es kann aber auch zumindest in Teilen bedeuten, dass sich Ehepartner mit ähnlichem problematischen Alkoholkonsum gegenseitig bestärken und so keine Notwendigkeit erzeugen, sich behandeln oder beraten zu lassen. Zu überlegen wäre, ob man diesen Personenkreis mit Paartherapien besser ansprechen könnte.

Kaum Anzeichen für Migrationshintergrund als Hindernis beim Zugang zu Behandlung und Beratung, Ebenso schein die Urbanität kein Hinderungsgrund für Männer zu sein. Bei Frauen könnte die Wohngegend eine Rolle spielen. Während in der Allgemeinbevölkerung stark trinkende Frauen nur etwa 51% aus Kleinzentren oder ruralen Gegenden kommen, so sind es im Beratungs- und Behandlungssektor 60.0%. Dies bedeutet, dass sich Frauen in und um Grossstadtzentren und in Mittelzentren eher seltener Behandlungs- und Beratungsangebote nutzen. Ein Grund dafür könnte die grössere Anonymität in den Städten im Vergleich zu eher ländlichen Gegenden sein, so dass der soziale Druck durch Bekannte und Nachbarn, Behandlung oder Beratung in Anspruch zu nehmen, geringer ist.

Stark Konsumierende in der Allgemeinbevölkerung haben wesentlich häufiger eine hohe formale Bildung (M: 37.9%; F: 40.0%) als in Beratung/Behandlung (M: 19.5%; F: 17.1%). Entsprechenden sind Personen mit obligatorischer oder keiner Ausbildung deutlich häufiger in Beratung und Behandlung als dies der Anteil der stark Konsumierenden in der Allgemeinbevölkerung vermuten liesse. Gerade in

Bezug auf die formale Bildung könnte dies auf der einen Seite auf eine fehlende Chancengleichheit für problematisch konsumierende Personen mit höherer formaler Bildung beim Zugang zum Behandlungssektor hindeuten. Auf der anderen Seite heisst das aber auch, dass für Personen mit niedriger und mittlerer formaler Bildung dieser Zugang gewährt ist. Es ist dabei auch zu bedenken, dass Personen mit höherer Bildung öfter auch mehr finanzielle Möglichkeiten haben, so dass sie vielleicht private Angebote nutzen, die nicht in die *act-info* Statistik einfließen. Zu vermuten ist aber auch, dass Personen mit höherer Ausbildung ihren Konsum besser kaschieren können. Eine Sensibilisierung höherer Bildungsschichten für die Annahme von Beratung und Behandlung könnte sinnvoll sein.

Stark Konsumierende in der Allgemeinbevölkerung sind deutlich häufiger arbeitslos (M: 11.3%; F: 10.6%) als in der Gesamtbevölkerung (M: 4.7%; F: 5.1%). In Beratung und Behandlung ist diese Anteil jedoch sehr stark erhöht 35% der Männer und 33.9% der Frauen in Behandlung oder Beratung sind arbeitslos. Entsprechend ist der Anteil Erwerbstätiger in Beratung/Behandlung deutlich geringer als es der Anteil stark Konsumierender in der Allgemeinbevölkerung vermuten liesse. Die Deutlichkeit des Unterschieds zwischen Beratung/Behandlung und der Allgemeinbevölkerung legt jedoch die Vermutung nahe, dass Erwerbstätige entweder andere Zugänge zu Behandlung und Beratung haben (z.B. private Kliniken) oder der Leidensdruck durch noch nicht entstandene Erwerbslosigkeit nicht so hoch ist, sich in Beratung oder Behandlung zu begeben. Dies kann auf der einen Seite als gutes Zeichen gesehen werden, nämlich das Erwerbslose kaum durch finanzielle Zwänge von Beratung- und Behandlung abgehalten werden. Auf der anderen Seite bedeutet das aber auch, dass Erwerbstätige mit problematischem Alkoholkonsum nicht ausreichend ermutigt werden, sich Hilfe zu suchen.

## **Soziodemographische Unterschiede beim problematischen Alkohol-, Tabak-, Cannabis-, Kokainkonsum und Internetgebrauch in der Allgemeinbevölkerung**

Bis auf den Alkoholkonsum und eingeschränkt das Rauchen sind die meisten problematischen Verhaltensweisen am prävalentesten in der späten Adoleszenz und jungem Erwachsenenalter. Vieles davon wird unserer Vermutung nach, die aber empirisch stark belegt ist, entwicklungs-mässig begrenzt sein und es kommt mit steigendem Alter zu einem sog. «maturing out».

Beim problematischen Alkoholkonsum fallen in der Allgemeinbevölkerung zwei Altersspitzen auf. Der eine liegt bei etwa 20 bis 24 Jahren, die zweite Spitze ist relativ breit und reicht von etwa 40 bis 74 Jahre. Tägliches Rauchen zeigt zwar eine Spitze im Alter von 25 bis 29 Jahre (25.7% täglich Rauchende) und geht dann auf etwa 20% täglich Rauchende zurück, dieses Niveau bleibt dann aber bis etwa ein Alter von 64 Jahren (17.3%) stabil.

Geschlecht ist ein klarer Indikator für problematische Verhaltensweisen. Männer weisen generell häufiger und mehr problematische Verhaltensweisen auf als Frauen, wobei bei der problematischen Internetnutzung und dem Rauchen die Unterschiede nur noch gering sind. Beim Rauchen liegt der Frauenanteil Täglich-Rauchender in jungen Jahren (bis etwa 30-34 Jahre) bei etwas über 40% geht dann im mittleren Alter – vermutlich wegen Kindern und Familiengründung zurück, steigt dann aber wieder an und liegt ab etwa einem Alter von 50 Jahren bei 50%, also bei etwa gleich vielen Frauen wie Männern. Bei der problematischen Internetnutzung liegt der Frauenanteil relativ stabil bei etwas unter 50%.

Geringere formale Bildung ist hauptsächlich ein Risikofaktor für das Rauchen und dies in einer Dosis-Wirkungsbeziehung. Je stärker Personen rauchen, desto eher kommen sie aus niedrigen Bildungsschichten. So haben in der 25- bis 64-Jährigen Gesamtbevölkerung 46.4% der Männer und 33.1 der Frauen eine hohe formale Ausbildung. Bei täglich rauchenden Männern von 1-9 Zigaretten liegt der Anteil bei 35.8% (F: 30.1) und sinkt dann auf 22.0% (F: 15.2). Entsprechend steigen die Anteile mit mittlerer und niedriger formaler Bildung. Allerdings sind Personen mit geringerer formaler

Bildung auch im Behandlungs- und Beratungssektor von *act-info* bezüglich des Hauptproblems «Alkohol» übervertreten. Allerdings gibt es in der Allgemeinbevölkerung, erhoben im Suchtmonitoring, kaum Hinweise auf einen häufigeren problematischen Alkoholkonsum in niedrigeren Bildungsschichten. Gründe dafür könnten sein, dass höhere Bildungsschichten eher ihren Konsum kaschieren können oder aber auch andere (private) Behandlungs- und Beratungseinrichtungen aufsuchen, die in *act-info* nicht vertreten sind. Höhere Bildung ist ein Risikofaktor dafür, noch im mittleren Alter (etwa 30-59 Jahre) das Internet problematisch zu nutzen oder häufiger Cannabis zu konsumieren.

Mit zu den klarsten Determinanten aller problematischen Verhaltensweisen gehört die Nicht-Erwerbstätigkeit in einem Alter, in dem Erwerbstätigkeit relevant wird (also z.B. nicht bei 15- bis 19-Jährigen). Rauchen in der Gesamtbevölkerung (25-64 Jahre) 23.4% der Männer und 17.9% der Frauen, so sind es bei Nicht-Erwerbstätigen bei den Männern 45.6% und bei den Frauen 31.4%. Allerdings ist nicht zu sagen, ob Nicht-Erwerbstätigkeit der Grund oder die Ursache für problematische Verhaltensweisen ist.

Urbanität und Migrationshintergrund sind selten Faktoren für problematische Verhaltensweisen. Am ehesten gilt dies noch für den illegalen Drogengebrauch, wobei die Erhältlichkeit von illegalen Drogen in städtischen Regionen grösser ist als in ländlichen. Der Migrationshintergrund spielt nur beim Rauchen und Cannabisgebrauch und - im mittleren Alter - bei der problematischen Internetnutzung eine Rolle, wobei es die Schweizer sind, die häufiger Cannabis konsumieren. Personen mit Migrationshintergrund dagegen nutzen ab einem Alter von 30 Jahren das Internet häufiger problematisch und Rauchen häufiger problematisch

Ein deutlicher und über die Verhaltensweisen konsistenter Faktor ist der Zivilstand. Verheiratete konsumieren seltener problematisch und nutzen seltener problematisch das Internet als Ledige. Als Beispiel sei der Cannabiskonsum bei 30-59-Jährigen genannt. Sind in der Gesamtbevölkerung 24.5% in dieser Altersgruppe ledig und 64.6% verheiratet, so sind bei Cannabiskonsumierenden etwa 49% ledig (je nach Konsumfrequenz zwischen 47.8% und 52.5%), dagegen nur etwa knapp 40% (je nach Konsumfrequenz zwischen 40.4% und 35.8%) verheiratet. Diese schützende Wirkung der Partnerschaft mag ein Grund sein, warum die meisten problematischen Verhaltensweisen ab Mitte 20 Jahre – Anfang 30 Jahre zurückgehen. Hier führt die vermehrte soziale Rollenübernahme (Partner, Erwerbstätigkeit, Elternteil) zunehmend zum Ausstieg aus den problematischen Verhaltensweisen. Jene, die diese Rolle als Ehepartner-/Partnerin nicht annehmen, verbleiben häufig in ihren problematischen Verhaltensweisen.

Die untenstehende Tabelle fasst die Ergebnisse zu soziodemographischen Einflussfaktoren des problematischen Substanzgebrauchs und problematischer Internetnutzung in der Allgemeinbevölkerung zusammen.

Tabelle 0.1 Überblick zu soziodemographischen Einflussfaktoren auf problematisches Rauchen, problematischen Cannabis-, Kokain-, Alkoholkonsum, und problematische Internetnutzung in der Bevölkerung 15 Jahre und älter

| Soziodemographische Faktoren | Rauchen  | Cannabis   | Kokain  | Alkohol   | Internet  |
|------------------------------|--|--|---|---|---|
| Alter                        | Spitze: 20-29 Jahre, dann abnehmend                    | Spitze, je nach Konsumfrequenz bei 15-24-Jährigen, dann stark abnehmend  | Spitze zwischen 20 und 29 Jahren, stark abnehmend | Spitze in Behandlung: zwischen 40 und 60 Jahren.<br>In Bevölkerung: erste Spitze bei 20-24 Jahre, dann 40-74 Jahre  | Spitze: 15 bis maximal 29 Jahre (eher nur bis 24 Jahre)   |
| Geschlecht                   | Etwas weniger als Männer (40-45% Frauen)               | Anteil zwischen 40% (12 Monate, aber nicht letzte 30 Tage) und etwas mehr als 10% (10 Tage oder mehr im letzten Monat) | Etwas 1/3 Frauen                                  | In Behandlung Frauenanteil etwa 20% steigend mit Alter auf 35%.<br><br>In Bevölkerung etwas geringer (15-20%) aber ebenso steigend mit dem Alter (auf etwa 25-30%)  | Etwas 45% Frauen  |
| Formale Bildung              | Starke Effekte: geringeres Rauchen mit höherer Bildung | Geringe Effekte und variierend mit Konsumfrequenz bis 29 Jahre; ab 30 Jahre höhere Bildung als Risikofaktor            | Variierend; nicht klar und nicht stark.           | Geringe Effekte in der Bevölkerung; ggf. konsumieren Frauen mit höherer formaler Bildung häufiger problematisch.<br><br>Klare Überrepräsentierung obligatorischer und mittlere Ausbildung in Behandlung/Beratung; höhere Ausbildung untervertreten in Behandlung/Beratung | Kaum Effekte in jungen Jahren (ubiquitär Nutzung).<br>Ab 30 Jahren ist höhere Bildung ein Risikofaktor. |

Fortsetzung Tabelle 0.1

| Soziodemographische Faktoren | Rauchen  | Cannabis   | Kokain  | Alkohol  | Internet  |
|------------------------------|--|--|---|--|---|
| Zivilstand/                  | Starke Effekte zum mehr Rauchen bei Ledigen (und Geschiedenen) und weniger Rauchen bei Verheirateten | Starke Effekte zu mehr Konsum bei Ledigen (und Geschiedenen) und weniger Konsum bei Verheirateten            | Tendenziell weniger Konsum bei Verheirateten versus Ledigen   | Risikofaktor: ledig oder geschieden zu sein, letzteres insbesondere in Behandlung und Beratung; Schutzfaktor: verheiratet zu sein  | Risikofaktor: ledig zu sein; Schutzfaktor: verheiratet zu sein                                |
| Urbanität                    | Keine oder schwache Zusammenhänge.   | Keine oder schwache Zusammenhänge.   | Deutliche Effekte zu mehr Konsum in den Grosstadtzentren im Vergleich zu ruralen Gegenden           | Bevölkerung: Bei Frauen rurale Gegenden leichter Schutzfaktor, aber überrepräsentiert in Behandlung/Beratung. Städtische Gegenden Risikofaktor aber unterrepräsentiert in Behandlung                                       | Keine oder schwache Zusammenhänge.  |
| Migrationshintergrund und    | Risikofaktor bei europäischen Ausländern, jedoch Schutzfaktor beim nicht-europäischen Ausland        | Schweizer Nationalität als Risikofaktor, nur im Vergleich zum europäischen Ausland                           | Keine oder schwache Zusammenhänge.  | Keine oder schwache Zusammenhänge.   | Nur ab 30 Jahren: Risikofaktor Migrationshintergrund, in jüngeren Jahren keine klaren Effekte |
| Erwerbstätigkeit             | Nicht-Erwerbstätigkeit ist Risikofaktor  | Nicht-Erwerbstätigkeit als Risikofaktor bei monatlichem Konsum insbesondere im mittleren Alter (30-59 Jahre) | Nicht-Erwerbstätigkeit als Risikofaktor ab einem Alter von 25 Jahren, nicht bei 15- bis 24-Jährigen | Nicht-Erwerbstätigkeit ist Risikofaktor in der Allgemeinbevölkerung und im Behandlungs-/Beratungssektor. Es gibt kaum Effekte bei Erwerbstätigen, aber Erwerbstätige sind stark unterrepräsentiert in Behandlung/Beratung. | Nicht-Erwerbstätigkeit ist Risikofaktor   |

## **Problematische allgemeine Internetnutzung und spezifische problematische Verhaltensweisen im Zusammenhang mit dem Internet bei jungen Männern**

Es wurde zum einen die allgemeine problematische Internetnutzung untersucht sowie spezifische Nutzungen im Zusammenhang mit dem Internet, nämlich problematische Gamen, Cybersex und Smartphonennutzung. 4.7% der jungen Männer weisen eine allgemeine problematische Internetnutzung auf. Beim Gaming und Cybersex sind es jeweils 6.9%, die eine problematische Nutzung angaben. Bei der problematischen Smartphone-Nutzung sind es 8.2%. Die allgemeine problematische Internetnutzung weist mit 79.2% die grössten Überlappungen mit den spezifischen problematischen Nutzungen auf. Die spezifischen problematischen Nutzungen stehen mehrheitlich vereinzelt dar. Nur 39.9% problematischer Gamer, 43% problematisch Smartphone Nutzende und 33.2% mit problematischen Cybersex zeigen auch eine andere der problematischen Verhaltensweisen. Insgesamt weisen 19.9% der jungen Männer zumindest eine der problematischen Verhaltensweisen auf.

Diese vier problematischen Verhaltensweisen (allgemeine Internetnutzung, Gaming, Cybersex, Smartphone-Nutzung) hängen meist hochsignifikant auch mit problematischem Alkohol- und Cannabiskonsum zusammen. Während 6.9% der Männer ohne eine der problematischen Verhaltensweisen problematisch Alkohol konsumieren, so sind es 21.1% bei allgemeiner problematischer Internetnutzung, 13.5% beim Gaming, 19.8% bei problematischer Smartphonennutzung und 18.6% beim Cybersex. Beim Cannabiskonsum sind es 15.6% (allgemein Internet), 17.2% (Gaming), 9.7% (Smartphone) und 11.1% (Cybersex) die einen problematischen Cannabisgebrauch aufweisen, wogegen es nur 6.8% problematische Cannabisnutzer sind, wenn sie keine der vier Verhaltensweisen aufweisen. Beim problematischen Rauchen (gemessen über den Fagerströmtest für Nikotinabhängigkeit) dagegen wird nur das Gaming signifikant (28.7% versus 15.9% bei Personen ohne eine der vier Verhaltensweisen).

Auch bei den internetbezogenen problematischen Verhaltensweisen zeigt sich bereits bei jungen Männern (etwa 25 Jahre), dass die Übernahme sozialer Rollen protektive Wirkung hat. Noch zu Hause zu leben oder in einer WG können Risikofaktoren für diese problematischen Verhaltensweisen sein, mit einem Partner zu leben oder finanziell bereits unabhängig zu sein (beispielsweise durch Erwerbstätigkeit) sind dagegen Schutzfaktoren.



## Résumé

La stratégie nationale Addictions 2017–2024 a pour objectifs d'aider les personnes, à travers tous les âges de la vie, à préférer une consommation de substances à bas risque et de renforcer le dépistage précoce du risque de dépendance, y compris des addictions comportementales. En janvier 2013, le Conseil fédéral a approuvé le programme de politique sanitaire Santé2020. Il y définit quatre champs d'actions : la qualité de vie, l'égalité des chances, la qualité des soins et la transparence. En matière d'addiction, il vise à améliorer la prévention et à promouvoir le dépistage précoce et le traitement des addictions.

C'est dans le cadre de cette démarche qu'Addiction Suisse a été mandatée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) pour approfondir deux thèmes dans la perspective que des inégalités sanitaires sont susceptibles d'exister : (1) l'accès aux prestations de prise en charge en cas d'addiction à l'alcool comparé à la problématique dans l'ensemble de la population ; et (2) le nombre de cas, d'un point de vue sociodémographique, d'addictions aux substances et d'addictions comportementales telles que l'utilisation problématique des jeux vidéo ('gaming'), ainsi que l'utilisation d'Internet et des smartphones.

Ce projet de recherche a exploité les données existantes afin d'analyser les interactions entre les inégalités sociodémographiques et une sélection d'addictions à des substances, ainsi que la cyberaddiction. Pour ce faire, ce projet a utilisé les données du monitoring des dépendances 2011–2016 sur la consommation de tabac et de cannabis, et, dans la mesure où le nombre de cas le permettait, sur la consommation d'héroïne et de cocaïne. L'analyse s'est axée sur les différences entre les personnes présentant une consommation problématique au regard de leur âge, sexe, éducation formelle, activité lucrative, antécédents migratoires, état civil et degré d'urbanité.

Les données du monitoring des dépendances sur la consommation problématique d'alcool ainsi que l'utilisation problématique d'Internet ont également été utilisées. Concernant des ceux derniers comportements, deux autres sources de données ont substantiellement été exploitées :

a) en ce qui concerne la consommation d'alcool, les statistiques sur les traitements et la prise en charge issues de *act-info* se sont montrées très utiles. La question principale était de savoir si les personnes dont la consommation d'alcool est problématique bénéficient aussi de la prise en charge et des traitements qui s'y rapportent. D'une part, la Suisse ne dispose pas de données probantes qui permettent d'identifier quelles personnes et combien de personnes ont besoin d'une prise en charge et de traitements. D'autre part, il n'existe pas non plus de statistiques exhaustives sur la question de savoir quelles personnes sont prises en charge et suivent un traitement ; en effet, la participation des instituts concernés au recueil de ces données statistiques est volontaire. C'est pour cette raison que nous nous sommes penchés sur la question suivante : quelles caractéristiques sociodémographiques de la population générale concernent-elles la consommation problématique d'alcool, et dans quelle mesure se reflètent-elles au sein de la population prise en charge ou suivant un traitement ? Si elles s'y reflètent de façon similaire, on pourrait alors conclure qu'il y a une égalité des chances d'accès aux prestations de prise en charge.

b) En ce qui concerne l'utilisation problématique d'Internet, les données du monitoring des dépendances au sein de la population générale ont été générées à l'aide de l'instrument de mesure connu sous le nom de « Compulsive Internet Use Scale » (CIUS). Ce dernier mesure l'utilisation problématique générale d'Internet et ne concerne pas les éventuelles addictions spécifiques (les jeux vidéo, le cybersexe et l'utilisation problématique des smartphones). L'étude C-SURF (Cohort Study on Substance Use Risk Factors) a permis d'analyser non seulement l'utilisation problématique générale d'Internet mais également les comportements problématiques spécifiques – en règle générale liés à l'utilisation d'Internet –, à savoir la dépendance au jeu vidéo, le cybersexe et l'utilisation problématique des smartphones chez les hommes âgés de 25 ans en Suisse.

L'analyse s'est principalement focalisée sur ce qu'on appelle la relation dose-effet. Cela signifie que les comportements ont été rapportés sur une échelle graduée allant d'une consommation occasionnelle de cigarettes jusqu'à une consommation quotidienne d'au moins 20 cigarettes, en passant par une consommation quotidienne de quelques cigarettes. Ensuite, dans le cas des relations dose-effet existantes, les interactions ou les inégalités démographiques sont censés se renforcer au fur et à mesure que le degré de sévérité des comportements augmente (p. ex. une consommation plus importante). Les relations dose-effet révèlent l'existence d'une relation de cause à effet mieux que les interactions simples ne le font.

## **La consommation d'alcool et l'égalité des chances d'accès aux traitements et à la prise en charge**

En ce qui concerne la consommation problématique d'alcool, on distingue deux pics d'âge au sein de la population générale. Le premier pic se situe entre 20 ans et 24 ans environ, et le second pic s'étend sur une tranche d'âge relativement large entre 40 ans et 74 ans environ. Si l'on considère la population dont la consommation d'alcool est la plus élevée, c'est-à-dire les 2,5% dont la consommation d'alcool est la plus élevée, le pic se situe dans une tranche d'âge entre 65 (âge du début de la retraite) et 74 ans. Au sein de la population prise en charge ou suivant un traitement, le pic se situe dans la tranche d'âge entre 40 et 60 ans environ. Autrement dit, l'accès aux traitements et à la prise en charge ne touche pas suffisamment les jeunes adultes et les seniors en particulier.

Au sein de la population prise en charge ou suivant un traitement, la proportion de femmes augmente avec l'âge de 25% (20–34 ans) à 35% (60 ans et plus). Au sein de la population générale, parmi les 10% des personnes dont la consommation est la plus élevée, la proportion de femmes augmente également avec l'âge de 15% à 25% environ ; parmi les 2,5% dont la consommation est la plus élevée, cette proportion est entre 10% et 20%. On ne peut donc pas en déduire que les femmes ont un accès insuffisant à la prise en charge et aux traitements ; ce sont plutôt les hommes qui recourent rarement à ces prestations.

Au sein de la population générale, les personnes dont la consommation est élevée (les 2,5% dont la consommation est la plus élevée) sont plus souvent séparées (et célibataires) et plus rarement mariées que l'ensemble de la population. Ces différences se renforcent toutefois au sein de la population prise en charge ou suivant un traitement. Si plus de 60% de l'ensemble de la population sont mariés (H : 60,0% ; F : 61,4%), ce pourcentage est plus faible parmi les personnes dont la consommation est élevée au sein de la population générale (H : 45% ; F : 56,4%) ; il atteint toutefois de loin les pourcentages les plus faibles au sein de la population prise en charge ou suivant un traitement (H : 35,6% ; F : 33,8%). C'est tout l'inverse chez les personnes séparées : les personnes dont la consommation est élevée sont deux fois plus souvent séparées, et sont représentées nettement plus fortement au sein de la population prise en charge ou suivant un traitement. Cela pourrait indiquer que le fait d'être marié retient d'aller consulter ou que ce n'est qu'au moment de la séparation que la pression de changer quelque chose et de reconnaître la nécessité de trouver de l'aide devient suffisamment forte pour aller consulter. Cela pourrait également signifier – du moins en partie – que les époux souffrant d'une consommation d'alcool problématique similaire se soutiennent mutuellement et n'identifient ainsi pas la nécessité de consulter ou de suivre un traitement. Il conviendrait de réfléchir si ce cercle de personnes ne bénéficierait pas davantage à être orienté vers une thérapie de couple.

Les antécédents migratoires ne semblent aucunement bloquer l'accès aux traitements et à la prise en charge ; de même, le degré d'urbanité ne semble pas être un obstacle, du moins pour les hommes. Pour les femmes, en revanche, la zone de résidence semble jouer un rôle. Au sein de la population générale, seulement 51% des femmes dont la consommation d'alcool est élevée vivent en zone rurale ou dans des petites agglomérations ; au sein de la population prise en charge ou suivant un traitement, ce pourcentage s'élève à 60,0%. Cela signifie que les femmes qui vivent dans les grosses et moyennes agglomérations ou en périphérie de ces dernières recourent plus rarement aux

prestations de prise en charge et de traitements. Cela pourrait s'expliquer notamment par le plus grand anonymat dans les villes – comparé aux zones plus rurales – où la pression sociale exercée par les connaissances et le voisinage à envisager un traitement ou une prise en charge est plus faible.

Au sein de la population générale, les personnes dont la consommation d'alcool est élevée ont plus souvent reçu une éducation formelle de niveau supérieur (H : 37,9% ; F : 40,0%) qu'au sein de la population prise en charge ou suivant un traitement (H : 19,5% ; F : 17,1%). De même, les personnes n'ayant pas été scolarisées ou ayant suivi uniquement la scolarisation obligatoire sont nettement plus nombreuses au sein de la population prise en charge ou suivant un traitement que ce que le pourcentage des personnes dont la consommation est élevée au sein de la population générale laisse supposer. En ce qui concerne l'éducation formelle, cela pourrait d'une part indiquer que les personnes dont la consommation d'alcool est problématique et qui ont reçu une éducation formelle de niveau supérieur souffrent d'une inégalité des chances d'accès à la prise en charge et aux traitements. D'autre part, cela signifie également que cet accès est ouvert aux personnes qui ont reçu une éducation formelle de niveaux inférieur ou intermédiaire. On peut également présumer que les personnes qui ont reçu une éducation de niveau supérieur ont plus souvent des moyens financiers plus importants qui leur permettent éventuellement de faire appel à des prestations de prise en charge dans le secteur privé – prestations qui ne font pas partie des données statistiques d'*act-info*. Il se peut également que les personnes ayant reçu une éducation de niveau supérieur puissent plus aisément dissimuler leur consommation. Il pourrait s'avérer opportun de sensibiliser les personnes ayant reçu une éducation de niveau supérieur à l'intérêt d'une prise en charge et d'un traitement.

Au sein de la population générale, les personnes dont la consommation est élevée sont nettement plus souvent sans activité lucrative que l'ensemble de la population. En revanche, parmi les personnes prises en charge ou suivant un traitement, ces pourcentages sont bien plus élevés : 35% des hommes et 33,9% des femmes pris en charge ou suivant un traitement sont sans activité lucrative. De même, le pourcentage de personnes professionnellement actives et prises en charge ou suivant un traitement est nettement plus faible que ce que le pourcentage des personnes dont la consommation est importante au sein de la population générale laisse supposer. Cette forte différence entre la population générale et la population prise en charge ou suivant un traitement suggère toutefois que les personnes professionnellement actives accèdent aux prestations de prise en charge et de traitements par d'autres voies (p. ex. par l'intermédiaire des cliniques privées) ou que leur souffrance n'est pas assez importante – elles ne sont pas encore au chômage – pour qu'elles envisagent une prise en charge ou un traitement. D'une part, cela peut être considéré comme un bon signe : les contraintes de nature financière freinent à peine l'accès des personnes sans activité lucrative à la prise en charge et aux traitements. D'autre part, cela signifie toutefois que les personnes professionnellement actives et dont la consommation d'alcool est problématique ne sont pas suffisamment encouragées à chercher de l'aide.

## **Les différences sociodémographiques en cas de consommation problématique d'alcool, de tabac, de cannabis et de cocaïne et d'utilisation problématique d'Internet au sein de la population générale**

La majorité des comportements problématiques (y compris la consommation d'alcool et de tabac) atteint la prévalence la plus élevée à l'âge de l'adolescence tardive et de l'entrée dans l'âge adulte. Selon notre hypothèse – qui est fortement appuyée de preuves empiriques –, la plupart de ces comportements se limite à une étape de développement et est sujette à un processus de maturation ('maturing out') avec l'âge.

En ce qui concerne la consommation problématique d'alcool, on distingue deux pics d'âge au sein de la population générale. Le premier pic se situe entre 20 et 24 ans environ, et le second pic s'étend sur une tranche d'âge relativement large entre 40 ans et 74 ans environ. La consommation quotidienne de tabac atteint un pic dans la tranche d'âge entre 25 et 29 ans (25,7% consomment du tabac tous les jours) et diminue ensuite à près de 20% ; ce pourcentage se stabilise toutefois à 17,3% jusqu'à l'âge d'environ 64 ans.

Le sexe est un indicateur clair des comportements problématiques. De manière générale, les hommes présentent un plus grand nombre de comportements problématiques et plus fréquemment que les femmes, bien que les différences entre les sexes en ce qui concerne l'utilisation problématique d'Internet et la consommation de tabac restent encore faibles. Le pourcentage de femmes qui fument tous les jours à un jeune âge (jusqu'à 30–34 ans environ) s'élève à plus de 40% et diminue ensuite à l'âge mûr – probablement en raison de la naissance d'enfants et de la constitution d'une famille –, puis augmente à nouveau à près de 50% autour de l'âge de 50 ans, autrement dit à part égale par rapport aux hommes. Le pourcentage de femmes dont l'utilisation d'Internet est problématique est relativement stable et s'élève à près de 50%.

L'éducation formelle de niveau inférieur est un facteur de risque clé de la consommation de tabac, et ce dans une relation dose-effet. Plus la consommation de tabac des personnes est importante, plus ces personnes sont nombreuses à avoir reçu une éducation de niveau inférieur. Ainsi, parmi les personnes âgées entre 25 et 64 ans au sein de la population générale, 46,4% des hommes et 33,1% des femmes ont reçu une éducation formelle de niveau supérieur. Parmi les hommes qui fument 1 à 9 cigarettes par jour, ce pourcentage s'élève à 35,6% (F : 30,1) et diminue ensuite à 22,0% (F : 15,2). De même, ces pourcentages augmentent lorsque le niveau d'éducation formelle est intermédiaire ou bas. Les personnes ayant reçu une éducation formelle de niveau inférieur sont également surreprésentées dans les données d'*act-info* qui concernent le problème majeur de l'« l'alcool » au sein de la population prise en charge ou suivant un traitement. En revanche, les données recueillies dans le cadre du monitoring des dépendances auprès de la population générale indiquent une fréquence de la consommation problématique d'alcool à peine plus élevée parmi les personnes ayant reçu une éducation de niveau inférieur. L'une des raisons à cela pourrait être que les personnes ayant reçu une éducation de niveau supérieur ont la possibilité de dissimuler leur consommation et peuvent également accéder à une prise en charge et des traitements par d'autres voies (dans le secteur privé) qui ne sont pas représentées dans les données d'*act-info*. L'éducation de niveau supérieur est un facteur de risque d'utilisation problématique d'Internet ou d'utilisation fréquente de cannabis à l'âge mûr (environ entre 30 et 59 ans).

Le fait d'être sans activité lucrative à un âge où l'activité professionnelle joue un rôle important (c'est-à-dire en dehors de la tranche entre 15 et 19 ans, par exemple) est un des facteurs déterminants les plus notables de tous les comportements problématiques. Au sein de la population générale (25–64 ans), 23,4% des hommes et 17,9% des femmes fument ; au sein de la population sans activité lucrative, ces pourcentages s'élèvent à 45,6% et 31,4%, respectivement. Cela ne permet néanmoins pas de déterminer si le fait d'être sans activité lucrative est la raison ou la cause des comportements problématiques.

Le degré d'urbanité et les antécédents migratoires sont rarement des facteurs de comportements problématiques. Le degré d'urbanité est plutôt un facteur de consommation de drogues illégales, vu que l'approvisionnement en drogues illégales est plus important dans les zones urbaines que dans les zones rurales. Les antécédents migratoires ne jouent un rôle qu'au regard de la consommation de tabac et de cannabis, ainsi que – à l'âge mûr – de l'utilisation problématique d'Internet, même si les plus grands consommateurs de cannabis sont les suisses. En revanche, les personnes ayant des antécédents migratoires présentent une utilisation problématique d'Internet plus souvent et fument plus fréquemment à partir de l'âge de 30 ans.

L'état civil est un facteur explicite et constant d'un comportement à l'autre. Les personnes mariées présentent plus rarement une consommation problématique d'alcool et une utilisation problématique

d'Internet que les personnes célibataires. Prenons l'exemple de la consommation de cannabis chez les personnes de la tranche d'âge des 30–59 ans. Au sein de la population générale, 24,5% des personnes de cette tranche d'âge sont célibataires et 64,6% mariées ; au sein de la population qui consomme du cannabis, environ 49% sont célibataires (selon la fréquence de consommation, entre 47,8% et 52,5%), et seulement près de 40% sont mariées (selon la fréquence de consommation, entre 40,4% et 35,8%). L'effet protecteur du mariage pourrait bien expliquer pourquoi la plupart des comportements problématiques diminue entre l'âge de 25 ans et les débuts de la trentaine. Dans ce cas de figure, le fait d'endosser de multiples rôles sociaux (les rôles de partenaire, de personne active professionnellement, de parent) aide progressivement à se défaire des comportements problématiques. Les personnes qui ne prennent pas le rôle d'époux/partenaire, maintiennent souvent leurs comportements problématiques.

Le tableau ci-dessous expose de manière synthétique les facteurs d'influence sociodémographiques de la consommation problématique de substances et de l'utilisation problématique d'Internet au sein de la population générale.

Tableau 0.1 Aperçu des facteurs d'influence sociodémographiques de la consommation problématique de tabac, de cannabis, de cocaïne et d'alcool et de l'utilisation problématique d'Internet au sein de la population âgée de 15 ans et plus

| Facteurs socio_ démographiques | Tabac  | Cannabis  | Cocaïne                                       | Alcool   | Internet  |
|--------------------------------|--|---|---|--|---|
| Âge                            | Pic : 20–29 ans, puis diminution               | Pic chez les 15-24 ans en fonction de la fréquence de leur consommation, puis diminution  | Pic entre 20 et 29 ans, puis forte diminution | Pic au sein de la population prise en charge : entre 40 et 60 ans.<br>Au sein de la population générale : premier pic chez les 20-24 ans, second pic chez les 40-74 ans  | Pic : entre 15 et max. 29 ans (plutôt jusqu'à 24 ans) |
| Sexe                           | Un peu moins que les hommes (40-45% de femmes) | Pourcentage entre 40% (12 mois, mais pas les derniers 30 jours) et légèrement plus de 10% (10 jours ou plus au cours du dernier mois) | Environ 1/3 de femmes                         | Pourcentage de femmes prises en charge : env. 20% – augmente avec l'âge jusqu'à 35%.<br><br>Pourcentage un peu plus faible au sein de la population (15-20%) mais augmente aussi avec l'âge (jusqu'à env. 25-30%). | Env. 45% de femmes                                    |

Suite Tableau 0.1

| Facteurs socio_<br>démographiques | Tabac   | Cannabis   | Cocaïne   | Alcool  | Internet  |
|-----------------------------------|---|--|---|---|---|
| Éducation formelle                | Effet conséquent : plus le niveau d'éducation est supérieur, plus la consommation de tabac est faible   | Effet faible et variable en fonction de la fréquence de consommation jusqu'à 20 ans ; dès 30 ans, l'éducation de niveau supérieur est un facteur de risque | Variable ; peu explicite et faible.   | Effet faible au sein de la population ; le cas échéant, les femmes qui consomment et qui ont reçu une éducation formelle de niveau supérieur présentent plus souvent une consommation problématique.<br><br>Surreprésentation explicite de la scolarisation obligatoire et intermédiaire au sein de la population prise en charge ou suivant un traitement ; éducation de niveau supérieur sous-représentée au sein de la population prise en charge ou suivant traitement. | Quasiment aucun effet chez les jeunes (utilisation ubiquiste).<br>Dès 30 ans, l'éducation de niveau supérieur constitue un facteur de risque. |
| État civil                        | Effets importants : la consommation de tabac est plus importante chez les célibataires (et les personnes séparées) et plus faible chez les personnes mariées. | Effets importants : la consommation est plus importante chez les célibataires (et les personnes séparées) et plus faible chez les personnes mariées.       | La consommation a tendance à être plus faible chez les personnes mariées que chez les célibataires. | Facteur de risque : être célibataire ou séparé(e) – ce dernier en particulier au sein de la population prise en charge ou suivant un traitement ; facteur protecteur : être marié(e)  | Facteur de risque : être célibataire ; facteur protecteur : être marié(e).  |

Suite Tableau 0.1

| Facteurs socio_ démographiques | Tabac   | Cannabis   | Cocaïne   | Alcool   | Internet   |
|--------------------------------|---|--|---|--|--|
| Degré d'urbanité               | Interactions peu nombreuses ou faibles.   | Interactions peu nombreuses ou faibles.  | Effets explicites : la consommation est plus importante dans les grands centres-villes que dans les zones rurales.        | Population : Les zones rurales constituent un facteur légèrement protecteur pour les femmes, mais sont surreprésentées au sein de la population prise en charge ou suivant un traitement.<br>Les zones urbaines constituent un facteur de risque mais sont sousreprésentées au sein de la population prise en charge                                     | Interactions peu nombreuses ou faibles.  |
| Antécédents migratoires        | Facteur de risque si d'origine des pays de l'UE, mais facteur protecteur si d'origine des pays hors de l'UE | La nationalité suisse est un facteur de risque, uniquement en comparaison avec les pays de l'UE  | Interactions peu nombreuses ou faibles.   | Interactions peu nombreuses ou faibles.  | Seulement dès l'âge de 30 ans : les antécédents migratoires sont un facteur de risque. À un âge plus jeune, les effets ne sont pas explicites. |
| Activité lucrative             | Le fait d'être sans activité lucrative est un facteur de risque.  | Le fait d'être sans activité lucrative est un facteur de risque de consommation tous les mois, en particulier à l'âge mûr (30-59 ans). | Le fait d'être sans activité lucrative est un facteur de risque à partir de l'âge de 25 ans, mais pas entre 15 et 24 ans. | Le fait d'être sans activité lucrative est un facteur de risque au sein de la population générale et de la population prise en charge ou suivant un traitement. Pratiquement pas d'effet chez les personnes actives professionnellement, mais ces dernières sont fortement sousreprésentées dans la population prise en charge ou suivant un traitement. | Le fait d'être sans activité lucrative est un facteur de risque.   |



## **L'utilisation problématique d'Internet en général et les comportements problématiques spécifiques en rapport avec Internet chez les jeunes hommes**

D'une part, l'utilisation problématique générale d'Internet a été analysée, ainsi que les utilisations spécifiques en rapport avec Internet, à savoir les jeux vidéo, le cybersexe et l'utilisation des smartphones problématiques. 4,7% des jeunes hommes présentent une utilisation problématique d'Internet en général. Et 6,9% des jeunes hommes rapportent une utilisation problématique tant des jeux vidéo que du cybersexe. Ils sont 8,2% à présenter une utilisation problématique des smartphones. L'utilisation problématique d'Internet en général présente le plus grand chevauchement (79,2%) avec les utilisations spécifiques problématiques. Les utilisations spécifiques problématiques sont majoritairement sporadiques. Seuls 39,9% des jeunes hommes dont l'utilisation des jeux vidéo est problématique, 43% de ceux dont l'utilisation de smartphones est problématique et 33,2% de ceux dont l'utilisation du cybersexe est problématique présentent également un autre comportement problématique. Dans l'ensemble, 19,9% des jeunes hommes présentent au moins un de ces comportements problématiques.

Ces quatre comportements problématiques (l'utilisation d'Internet en général, les jeux vidéo, le cybersexe et l'utilisation de smartphones) sont le plus souvent liés de façon très significative à la consommation problématique d'alcool et de cannabis. Alors que 6,9% des hommes ne présentant aucun des quatre comportements problématiques ont une consommation d'alcool problématique, 21,1% des jeunes hommes présentant une utilisation problématique d'Internet en général, 13,5% présentant une utilisation problématique des jeux vidéo, 19,8% présentant une utilisation problématique des smartphones et 18,6% présentant une utilisation problématique du cybersexe ont une consommation problématique d'alcool. En ce qui concerne la consommation de cannabis, 15,6% (Internet en général), 17,2% (jeux vidéo), 9,7% (smartphones) et 11,1% (cybersexe) des jeunes hommes présentent une consommation problématique de cannabis, alors que 6,8% des hommes qui ne présentent aucun des quatre comportements problématiques ont une consommation problématique de cannabis. En ce qui concerne la consommation problématique de tabac (mesurée à l'aide du test de Fagerström au regard de la dépendance à la nicotine), seule l'utilisation des jeux vidéo est significative (28,7% contre 15,9% parmi les personnes ne présentant aucun des quatre comportements problématiques).

Le fait d'endosser des rôles sociaux s'avère également être un facteur protecteur des comportements problématiques liés à Internet chez les jeunes hommes (âgés d'environ 25 ans). Le fait de vivre encore chez ses parents ou en collocation peut constituer un facteur de risque de ces comportements problématiques ; à l'inverse, le fait de vivre en couple ou d'être financièrement indépendant(e) – par exemple grâce à l'exercice d'une activité lucrative – est un facteur protecteur.

# 1 Ausgangslage

Die Nationale Strategie Sucht 2017 – 2024 definiert das strategische Ziel, Menschen in allen Lebensphasen darin zu unterstützen, einen risikoarmen Umgang mit Substanzen zu pflegen und die Früherkennung und Frühintervention bei Suchtgefährdung einschliesslich Verhaltenssuchten zu stärken.

Aus diesem Grund erhielt Sucht Schweiz ein Mandat vom Bundesamt für Gesundheit dieses Ziel aus der Perspektive eventuell bestehender Ungleichheiten näher zu beleuchten. Zwei Themen stehen im Vordergrund: (1) soziodemografische Fallzahlen zu Verhaltenssuchten wie problematisches Spielen (Gamen) via Internet- und Smartphone-Nutzung und (2) Zugang zu Leistungen der Suchthilfe im Alkoholbereich.

Das Forschungsprojekt untersucht auf Basis bestehender Daten die Zusammenhänge zwischen soziodemographischen Ungleichheiten und ausgewählten substanzbezogenen Süchten sowie Internetsucht. Dafür werden die Daten aus dem Suchtmonitoring 2011 – 2016 in Bezug auf das Rauchen, Cannabiskonsum und – soweit angesichts der Fallzahlen möglich - den Gebrauch von Heroin und Kokain herangezogen. Untersucht wird, wie sich problematisch Konsumierende hinsichtlich Alter, Geschlecht, formaler Bildung, Erwerbstätigkeit, Migrationshintergrund, Zivilstatus, und Urbanität unterscheiden.

Weiterhin wird anhand des Suchtmonitorings der problematische Alkoholkonsum sowie die problematische Internetnutzung betrachtet. Für diese beiden Verhaltensweisen werden vertiefend weitere Quellen herangezogen.

a) Beim Alkoholkonsum wird die Behandlungs- und Beratungsstatistik von *act-info* herangezogen. Die Forschungsfrage hierbei ist, wie sich die Klientel in Behandlung und Beratung von jener mit problematischen Konsummustern in der Allgemeinbevölkerung unterscheidet.

Die Vereinten Nationen haben in ihren Zielen für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals 2030; SDG 2030) im Ziel 3.5 die Stärkung der Behandlung und Prävention substanzbezogener Störungen festgelegt. Einer der Indikatoren (3.5.1) ist die Deckung (coverage), von Behandlungsinterventionen (pharmakologisch, psychosozial und Nachsorge). Um dies zu erreichen ist es wichtig, die Chancengleichheit beim Zugang zu solchen Angeboten bzw. die entsprechende Bedarfslage zu analysieren. In der Schweiz gibt es wenig Erkenntnisse über die Chancengleichheit bei Behandlung und Beratung von Suchtproblemen: Werden unterschiedliche Bildungsschichten, beide Geschlechter und alle Altersgruppen gleichermassen erreicht? Wer braucht Behandlung und Beratung und wer bekommt sie? Die vorliegende Studie bietet erste Ergebnisse zu diesen Fragen in Bezug auf Alkoholbehandlung und -beratung. Der Bericht spricht nur bei diesen Untersuchungen von "Chancengleichheit", da Vergleiche mit Behandlungsdaten vorliegen. Bei allen anderen Fragestellungen sprechen wir nur von soziodemographischen Ungleichheiten.

b) Bei der problematischen Internetnutzung liegen in der Allgemeinbevölkerung des Suchtmonitorings nur Daten basierend auf einem Messinstrument der sogenannten Compulsive Internet Use Scale (CIUS). Dieser misst allgemein problematisches Internetverhalten und geht nicht auf eventuelle spezifische Süchte (gaming, Cybersex, problematische Smartphone-Nutzung) ein. Spezifische problematische Verhaltensweisen wurden neben der allgemeinen problematischen Internetnutzung in der Schweiz bei 25-jährigen Männern im Rahmen der Studie C-SURF (Cohort Study on Substance Use Risk Factors) untersucht. Daneben wurden auch substanzspezifische problematische Verhaltensweisen in C-SURF untersucht.

Die zunehmende Technologisierung der Gesellschaft geht mit einer zunehmenden Suchtgefährdung durch diese Technologien für einige Nutzende einher. Darunter fallen eine problematische Internetnutzung, die sog. Smartphone Addiction, Internetpornographie, oder Spielsucht (Gamen). Auch bei diesen sog. Verhaltenssuchten ist wenig über die soziodemographischen Hintergründe (Geschlecht, Alter, Bildung) bekannt. Ebenso ist wenig bekannt darüber, wie sich junge Männer mit problematischen Internet-Verhaltensweisen von jenen mit problematischem Substanzgebrauch unterscheiden. Der vorliegende Bericht untersucht soziodemographische Hintergründe problematischer Internet-Verhaltensweisen mit einem speziellen Fokus auf junge Männer.

## 2 Datengrundlage und Methodik

Für diesen Bericht wurden verschiedene Datenquellen zur Beantwortung unterschiedlicher Fragen herangezogen. Es versucht den Zugang zu Leistungen am Beispiel Alkoholberatung und -behandlung zu analysieren. Zu diesem Zweck wurden soziodemographische Merkmale der Behandlungs- und Beratungsstatistik *act-info* mit jenen aus dem Suchtmonitoring verglichen. Neben dem problematischen Alkoholkonsum wurden soziodemografische Unterschiede beim problematischen Substanzkonsum (Tabak, Cannabis, Heroin, Kokain) sowie der compulsiven Internetnutzung in der Allgemeinbevölkerung (15 Jahre und älter) ebenfalls mit Daten aus dem Suchtmonitoring untersucht. Da die Daten des Suchtmonitorings im Hinblick auf substanzunabhängigen Verhaltenssüchten nur eingeschränkt verfügbar sind, wurden zusätzlich Daten aus der Studie C-SURF bei etwa 25-jährigen Männern herangezogen. Diese Datenquellen werden im Folgenden beschrieben.

### 2.1 Suchtmonitoring Schweiz

Die Telefonbefragung des Suchtmonitorings, welche ein Forschungskonsortium im Auftrag des BAG zwischen 2011 und 2016 durchgeführt hat, besteht aus einer Kernbefragung, die eine Stichprobe von 11'000 Personen hat. Halbjährlich (bzw. ganzjährig im Bereich Tabak) wurden wechselnde Modulfragen gestellt in zwei Splits (B für Tabak und A für andere Bereiche). Bei Modulfragen im Alkoholbereich liegen also für eine Befragungswelle etwa 2'500 Personen vor, beispielsweise wurden Fragen zum Alcohol Use Disorder Identifikation Test (AUDIT) bzw. zum CAGE (Akronym für Cut down, Annoyed, Guilty and Eye-opener) jeweils in einem Zeitraum von 6 Monaten in den Jahren 2013 und 2015) gestellt. Dagegen wurden die Fragen zum Alkoholkonsum im Kern erhoben und liegen so für die Jahre 2011 bis 2016 in der gesamten Stichprobe vor. Um möglichst grosse Fallzahlen zu erreichen wurden jeweils die maximale Anzahl an Daten über die Jahre von 2011 bis 2016 zusammengezogen.

Die Daten wurden im Dual-Frame-Ansatz erhoben. Dazu werden zwei unabhängige Stichproben gezogen: eine Stichprobe auf Basis von Mobiltelefonnummern und eine auf Basis von Festnetztelefonnummern, wobei ab 2014 bei der Festnetzstichprobe die Auswahl der Zielperson aus dem Stichprobenrahmen für Personen- und Haushaltserhebungen (SRPH) des Bundesamtes für Statistik erfolgt. Neu zieht das Bundesamt für Statistik anstelle des Festnetzteils also eine Personenstichprobe (im Gegensatz zu den Festnetzstichproben der Jahre 2011-2013, die Haushaltsstichproben entsprachen).

Da nicht sämtliche Haushalte in der Schweiz eine in Telefonregistern notierte Telefonleitung besitzen, werden in einer zweiten Stichprobe Personen mit Mobiltelefonen mit dem Random Digit Dialing (RDD) Verfahren angerufen. Mobiltelefonangaben liegen nur für die Kernbefragung vor, also nicht bei den Modulfragen. Über die Jahre wurde eine Teilnahmequote von etwas unter 50% erreicht. Die Stichproben wurden stratifiziert nach Alter, Geschlecht und Kantonen gezogen und entsprechend so gewichtet, dass ein repräsentatives Bild der Schweiz entsteht.

### 2.2 Das Monitoringsystem *act-info*

*act-info* (Akronym für addiction, care and therapy information) ist ein einheitliches, gesamtschweizerisches Klientenmonitoringsystem für den Bereich der Suchthilfe. Das nationale Dokumentationssystem, das den Status einer statistischen Erhebung des Bundes hat, umfasst Angebote der ambulanten und stationären Behandlung von Problemen mit legalen und illegalen Substanzen sowie von nichtsubstanzgebundener Abhängigkeit. Die beteiligten Forschungsinstitute (Sucht Schweiz, Lausanne und ISGF, Zürich) waren für die Datenerhebung und die Auswertungen in den einzelnen Behandlungssektoren verantwortlich. *act-info* wird durch das BAG finanziert. Die Verantwortung für das Gesamtprojekt *act-info* liegt ebenfalls beim BAG.

Allgemeines Ziel von *act-info* ist die Realisierung und Betreuung eines einheitlichen Statistik- und Informationsnetzwerkes im Bereich der ambulanten und stationären Suchthilfe (Beratung, Betreuung, Behandlung), welches der Praxis, der Forschung sowie Gemeinden, Kantonen und Bund als Basisinformation dient. Dies wurde durch eine Harmonisierung der Instrumente der bestehenden fünf Teilstatistiken im Suchthilfebereich erreicht. Die Datenerhebung wird über die für die Teilstatistiken verantwortlichen Forschungsinstitute sichergestellt. Die Datenerhebung ist seit 2013 identisch. Im Folgenden werden Daten von 2013 bis 2016 aus der stationären und ambulanten Statistik zusammengefügt, um eine grössere Stichprobe für Detailanalysen zu ermöglichen.

Act-info besteht aus 5 Teilstatistiken:

**act-info-FOS:** Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS (heute *act-info-FOS*) wurde von der Koordinationsstelle *act-info-FOS* am ISGF geführt und umfasst stationäre Einrichtungen zur Behandlung von Drogenabhängigkeit. *act-info-FOS* ist auf die Behandlung von Klienten und Klientinnen mit Problemen mit illegalen Substanzen spezialisiert. Nicht alle der ca. 50 (2014: 35 von 50, 2013: 46 von 54) Einrichtungen haben Daten geliefert, die Statistik ist also nicht erschöpfend. Die Beteiligungsquote liegt bei etwa 70%.

**act-info-Residalc:** Die Statistik wird von Sucht Schweiz geführt und umfasst stationäre soziotherapeutisch orientierte Institutionen (spezialisierte Kliniken und Rehabilitationszentren), die auf die Behandlung von Alkohol- und Medikamentenproblemen spezialisiert sind. Landesweit gibt es ca. 20 spezialisierte stationäre Einrichtungen dieser Art, von denen in etwa 80% (beispielsweise 2014 und 2013: 16 von 20) teilnehmen.

**act-info-SAMBAD:** Die Statistik im Bereich der ambulanten psychosozialen Suchthilfe (SAMBAD) wird ebenfalls von Sucht Schweiz geführt. Sie umfasst sowohl ambulante Behandlungs- und Beratungsstellen, welche auf Suchtprobleme spezialisiert sind, als auch polyvalente Stellen, welche neben anderen Zielgruppen auch Personen mit einer Suchtproblematik betreuen. Etwa zwei Drittel betreuen ausschliesslich Suchtproblematiken. Von den knapp 200 Stellen haben etwa 35% teilgenommen (beispielsweise 2014: 71 von 196; 2013: 72 von 193).

**act-info-HeGeBe:** Das Monitoring zur heroingestützten Behandlung (HeGeBe) wird vom ISGF geführt und umfasst etwas mehr als 20 (beispielsweise 2014 und 2013 22) ambulante Behandlungsstellen, wovon sich zwei (2014) Abgabeprogramme in Gefängnissen befinden. Die HeGeBe-Stellen sind zur Teilnahme am Klientenmonitoring per Gesetz verpflichtet.

**Nationale Methadonstatistik:** Die nationale Methadonstatistik wurde bisher vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) geführt. Sie umfasst KantonsärztInnen, Methadonbehandlungsstellen, PrivatärztInnen und Apotheken. Im Jahre 2014 und 2013 verwendeten beispielsweise 11 Kantone die zur Verfügung gestellte Software und konnten anonymisierte Individualdaten liefern.

## 2.3 Die Cohort Study on Substance Use Risk Factors (C-SURF)

Daten zu substanzunabhängigen Verhaltenssüchten und deren Zusammenhänge mit soziodemographischen Merkmalen und substanzbezogenen problematischen Konsum kommen aus der Studie C-SURF (Cohort Study on Substance Use Risk Factors), die vom Schweizerischen Nationalfonds finanziert worden ist. Um Personen an der Teilnahme zu bewegen, wurden 3 von 6 Rekrutierungszentren in der Schweiz mit Einverständnis des Militärs ausgewählt. Zum Zeitpunkt der Rekrutierung (also etwa im Alter von 20 Jahren, erhoben zwischen 2010 und 2011) wurden im Verlaufe eines Jahres junge Männer eingeladen, an dieser Längsschnitt-Studie teilzunehmen. Auch wenn die Einladung zur Teilnahme im Rahmen der Rekrutierungsprozeduren stattfand, so war die Teilnahme völlig unabhängig von der Armee, vom Militärdienst oder Zivildienst. Die einwilligenden Männer bekamen den Fragebogen privat nach Hause geschickt. An der Baseline-Befragung nahmen 5987 Männer teil. Die hier berichteten Daten stammen aus dem 2. Follow-up (Erhebung: April 2016 bis

September 2017), zu einem Zeitpunkt als die Männer in etwa 25 Jahre alt waren. Es nahmen immer noch 5287 Personen teil, was eine hervorragende Haltequote insbesondere bei jungen Männern bedeutet.

Der Grund Daten aus dem 2. Follow-up heranzuziehen, liegt in dem Umstand begründet, dass im 2. Follow-up eine Vielzahl von Instrumenten im Zusammenhang mit der Internetnutzung erfragt worden sind, die erstmalig beim 2. Follow-up eingesetzt worden sind. Da die Aushebung in der Schweiz für Männer verpflichtend ist, ist die Studie weitestgehend repräsentativ, wobei allerdings italienischsprachige Männer und Männer aus dem Gegend um Zürich fehlen. Insgesamt sind 21 von 26 Kantonen vertreten. Mehr Informationen finden sich auf der C-SURF Webseite ([www.c-surf.ch](http://www.c-surf.ch)). Der Hauptnachteil der Studie ist, dass nur Männer teilnahmen, einer der Vorteile ist das homogene Altersspektrum von etwa 25 Jahren.

## 2.4 Variablenbeschreibung

Neben Alter und Geschlecht wurden die folgenden Variablen in den jeweiligen Studien erhoben. Dabei wurde darauf geachtet, möglichst ähnliche Variablen zu bilden, soweit dies möglich war. Bei den Konsumvariablen wurde versucht, möglichst Abstufungen mit Schweregraden zu erheben, so dass Dosis-Wirkungsbeziehungen ermittelt werden konnten.

### **Erläuterung Dosis-Wirkungsbeziehung:**

Mit Dosis-Wirkungsbeziehungen meinen wir, dass sich mit zunehmender Dosis die Wirkung vergrößert. Gibt es beispielsweise beim Rauchen (Dosis) Bildungsunterschiede (Wirkung), so schauen wir nicht nur, ob Rauchende einen z.B. geringeren Bildungsstand als Nicht-Rauchende haben, sondern wir schauen, ob sich mit der Menge gerauchter Zigaretten dies Bildungsunterschiede vergrößern, d.h. gelegentlich Rauchende sollten geringere Unterschiede aufweisen, als täglich Rauchende weniger Zigaretten und täglich stark rauchende (z.B. 20 oder mehr Zigaretten). Dosis-Wirkungsbeziehungen deuten stärker als einfache Zusammenhänge darauf hin, ob eine kausale Wirkungsbeziehung besteht.

### 2.4.1 Variablen des Suchtmonitorings

#### 2.4.1.1 Konsumvariablen

Rauchen:

- 1) Gelegenheitsrauchen; kein tägliches Rauchen,
- 2) tägliches Rauchen von 1-9 Zigaretten,
- 3) tägliches Rauchen von 10-14 Zigaretten,
- 4) tägliches Rauchen von 15-19 Zigaretten,
- 5) tägliches Rauchen von 20 oder mehr Zigaretten.

Alkohol:

- a) 95. – 97.5. Perzentil mit dem höchsten Durchschnittskonsum
- b) Top 2.5% mit dem höchsten Durchschnittskonsum
- c) Positiver Screen auf dem Alcohol Use Disorder Identification Test (8 Punkte oder mehr) oder auf dem CAGE (1 Kriterium oder mehr)

Cannabis:

- a) Lebenszeitkonsum, aber kein Konsum in den letzten 12 Monaten (Ex-Konsumierende),
- b) Konsum in den letzten 12 Monaten, aber nicht in den letzten 30 Tagen,
- c) Konsum im letzten Monat an 1-9 Tagen,
- d) Konsum im letzten Monat an 10 oder mehr Tagen.

Heroin und Kokain:

- a) Lebenszeitkonsum, aber kein Konsum in den letzten 12 Monaten
- b) Konsum in den letzten 12 Monaten, aber nicht in den letzten 30 Tagen
- c) Konsum in den letzten 30 Tagen.

Internet (CIUS):

- a) Ein CIUS von 0-8 Punkte wird von den Autoren dieses Berichtes als **unauffällige** kompulsive Nutzung bezeichnet.
- b) Ein CIUS von 9-16 Punkten wird von den Autoren dieses Berichtes als **wenig ausgeprägte** kompulsive Nutzung bezeichnet.
- c) Ein CIUS von 17 oder mehr Punkten wird von den Autoren dieses Berichtes als **symptomatisch kompulsive** Nutzung bezeichnet.

Es ist wichtig, dass diese Begriffe nur Label der Autoren dieses Berichtes und keine in der internationalen Literatur verwendete Begriffe sind. Allgemein beginnt der Cut-off des CIUS bei 28 Punkten bzw. 20 Punkten. Uns war es wichtiger a) ggf. eine Dosis-Wirkungsbeziehung herstellen zu können, und b) noch halbwegs ausreichende Fallzahlen (also jeweils etwa 10% der Befragten in den beiden oberen Kategorien heranziehen zu können).

#### 2.4.1.2 Soziodemographische Variablen

Neben Alter und Geschlecht wurden die folgenden Variablen erhoben:

Formale Bildung:

- a) keine abgeschlossene Ausbildung oder obligatorische Ausbildung,
- b) mittlere Ausbildung (Übergangsausbildung, Allgemeinausbildung ohne Maturität, berufliche Grundausbildung oder Berufslehre, Maturität oder Lehrkräfte-Seminar),
- c) höhere Ausbildung (höhere Berufsbildung, Fachhochschule oder Universität, Doktorat oder Habilitation).

Erwerbsstatus:

- a) vollzeiterwerbstätig (90%-100%)
- b) teilzeiterwerbstätig (<90%; erwerbstätig ohne weitere Angaben)
- c) in Ausbildung (Lehrling; in Ausbildung (und nicht erwerbstätig))
- d) nicht erwerbstätig (vorübergehend nicht erwerbstätig (arbeitslos, invalide, krank); freiwillige Tätigkeit (und nicht erwerbstätig); übrige Nicht-erwerbstätigkeit)
- e) Hausfrau/Hausmann
- f) Rentner/Rentnerin

Zivilstand:

- a) ledig, das heisst niemals verheiratet oder nie in registrierter Partnerschaft gelebt
- b) verheiratet (einschliesslich registrierte Partnerschaft)
- c) verwitwet und nicht wiederverheiratet
- d) geschieden und nicht wiederverheiratet (einschliesslich aufgelöste registrierte Partnerschaften)

Nationalität:

- a) Schweiz
- b) Europa
- c) Andere (ausserhalb Europas)

Urbanität

- a) Grossstadtzentren
- b) Umland der Grossstadtzentren
- c) Mittelzentren
- d) Kleinzentren
- e) ruralen Gegenden

## 2.4.2 Variablen in act-info

### 2.4.2.1 Konsumvariablen:

Personen mit Hauptproblem "Alkohol" in Behandlung und Beratung

### 2.4.2.2 Soziodemographische Variablen

Neben Alter und Geschlecht wurden die folgenden Variablen erhoben:

Formale Bildung:

- a) keine abgeschlossene Ausbildung oder obligatorische Ausbildung,
- b) mittlere Ausbildung (Übergangsausbildung, Allgemeinausbildung ohne Maturität, berufliche Grundausbildung oder Berufslehre, Maturität oder Lehrkräfte-Seminar),
- c) höhere Ausbildung (höhere Berufsbildung, Fachhochschule oder Universität, Doktorat oder Habilitation).

Erwerbsstatus:

- a) vollzeiterwerbstätig (70%-100%)
- b) teilzeiterwerbstätig (<70%)
- c) in Ausbildung (Schule, Studium, Lehre)
- d) arbeitslos (Gelegenheitsjobs, arbeitslos (mit und ohne aktive Stellensuche)
- e) Hausfrau/Hausmann
- f) Rentner/Rentnerin

Zivilstand:

- a) ledig,
- b) verheiratet (verheiratet, getrennt (aber nicht geschieden), registrierte Partnerschaft)
- c) geschieden,
- d) verwitwet.

Nationalität:

- a) Schweiz,
- b) EU,
- c) andere (einschliesslich nicht-EU-Staaten in Europa).

Urbanität

- a) Grossstadtzentren,
- b) Umland der Grossstadtzentren,
- c) Mittelzentren,
- d) Kleinzentren,
- e) ruralen Gegenden.

Zusätzlich wurde noch die Wohnsituation erhoben, die es aber in den anderen Datenquellen nicht gab:

- f) stabile Wohnsituation.
- g) instabile Wohnsituation/obdachlos,
- h) in Haft,
- i) in therapeutischer Einrichtung/Heim/Spital/Klinik/anderes.

### 2.4.3 Variablen in C-SURF

#### 2.4.3.1 Problematische Verhaltensweisen im Zusammenhang mit dem Internet:

- a) die Compulsiv Internet Use Scale (CIUS), bestehend aus 14 Items mit Antwortformat 0 bis 4 (Cut-off für allgemeine Internet Addiction (CIUS): 28+ Punkte; Meerkerk et al., 2010; Meerkerk et al., 2009),
- b) die Game Addiction Scale (GAS), bestehend aus 7 Items mit Antwortformat von 0 bis 4 (validiert für C-SURF von Khazaal et al., 2016; Lemmens et al., 2009), 4 bejahte Antworten (Skalenwerte 1-4 pro Item) oder mehr gelten als Cut-off für gaming Addiction.
- c) die Smartphone Addiction Scale (SAS, Kwon et al., 2013, validiert für die Schweiz von ) (mit 10 Items mit Antwortformat 1 bis 6 und Cut-off für Smartphone Addiction von 31 oder mehr Punkten,
- d) die Internet Sex Addiction Scale (Carnes et al., 2009; Delmonico & Miller, 2003) bestehend aus 6 ja/nein Items mit 3 oder mehr Bejahungen als Cut-off für Cybersex Addiction.

#### 2.4.3.2 Problematische Verhaltensweisen im Substanzbereich

Parallel dazu wurde im Substanzbereich noch folgende Instrumente verwendet:

**Cannabis:** der revidierte Cannabis Use Disorder Identification Test (CUDIT; Adamson & Sellman, 2003; Annaheim et al., 2010) mit einem cut-off von 8 oder mehr Punkten

**Rauchen:** der Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND; Heatherton et al., 1991) eingesetzt. Beim FTND wurde eine Abhängigkeit bei 3 oder mehr Punkten gesetzt.

**Alkohol:** Alkoholgebrauchsstörungen wurden mit 11 Kriterien nach DSM-5 gemessen (Knight et al., 2002) und eine mittlere Störung (4 Punkte oder mehr) als Kriterium angesetzt.

Zusätzlich wurden für die Substanzen noch Konsummasse herangezogen. Nicht-Konsumierende der jeweiligen Substanz bekamen den Wert 0 auf diesen Massen.

**Cannabis:** Tage pro Woche mit Cannabiskonsum,

**Rauchen:** Anzahl gerauchter Zigaretten pro Tag,

**Alkohol:** Anzahl Standardgläser pro Woche.

#### 2.4.3.3 Soziodemographische Variablen

Folgende soziodemographischen Masse wurden im Zusammenhang mit den vier problematischen Verhaltensweisen untersucht.

Höchste abgeschlossene formale Bildung:

- Obligatorische Schule (obligatorische Schulbildung, Anlehre)
- Lehre (Berufslehre, Berufsschule)
- Höhere Schulausbildung (Diplommittelschule oder Fachmittelschule, Berufsmatura, Matura, Bachelor, Masters)



Wohnsituation:

- Mit Eltern (Vater und Mutter, nur ein Elternteil, Patchworkfamilie (ein Elternteil plus neuer Partner/Partnerin), soziale Institution (Waisenhaus, Heim etc.)),
- WG oder Wohnheim (WG mit Freunden, Bekannten, Mitbewohner/innen; Lehrlingsheim, Studentenwohnheim oder Internat),
- Alleine (in Wohnung, Studio oder Haus),
- Mit Partner/Partnerin (auch unverheiratet),

Erwerbstätige Entlohnung:

- Keine erwerbstätige Entlohnung,
- Entlohnung als Angestellter (Voll- und Teilzeit),
- Entlohnung als Selbstständiger,
- Lohn als Lehrling,
- gelegentlich erwerbstätig.

Finanzielle Unabhängigkeit wurde wie folgt erfragt:

- Ich decke meinen Lebensunterhalt selbst.
- Ich decke meinen Lebensunterhalt teilweise und erhalte zusätzlich externe Hilfe (z.B. von Eltern, Stipendium, Sozialhilfe, etc.).
- Meine Eltern oder andere (z.B. Stipendium, Sozialhilfe etc.) decken meinen Lebensunterhalt.

## 2.5 Altersbeschränkung bei Analysen

Die Aufgabe des Mandates war es, mit möglichst einfachen Abbildungen die Ergebnisse zu beschreiben. Es wurden deswegen keine komplexen statistischen Verfahren wie multiple polytome logistische Regressionen verwendet. Das Problem dabei ist, dass viele Variablen beispielsweise stark altersabhängig sind. Im Alter von 15-19 Jahren ist man selten verheiratet, geschieden oder verwitwet. Auch im Alter von 20-24 Jahren ist die formale Ausbildung selten abgeschlossen. Wenn nun, wie z.B. beim Cannabisgebrauch die Prävalenzen gerade in jüngeren Altersgruppen hoch sind, so sieht es aus, als wenn Cannabisgebrauchende eher aus niedrigeren Bildungsschichten kommen, bzw. Nichtgebrauchende öfter verheiratet sind. Dies sind häufig jedoch Alterseffekte bzw. Effekte, die vom Alter mitbestimmt sind. Aus diesem Grund – und um Abbildungen einfach zu halten - analysieren wir Zusammenhänge häufig getrennt in verschiedenen Altersgruppen, um so den Alterseffekt zumindest zu reduzieren.

## 2.6 Signifikanz und Bedeutsamkeit

Bei der Kernbefragung des Suchtmonitorings liegen für die Gesamtbevölkerung zwischen 2011 und 2016 Daten von über 66'000 Personen vor. Dies hat den Vorteil, sehr fein gegliederte (nach Alter und Geschlecht) Analysen durchführen zu können. Darüber hinaus hat man auch weniger Datensprünge aufgrund von Stichprobenschwankungen und somit verhältnismässig "glatte" Kurvenverläufe. Bei solch grossen Stichprobenumfängen werden nahezu alle Unterschiede statistisch signifikant. Das ist an sich kein Nachteil, sondern bedeutet nur, dass auch sehr kleine Unterschiede statistisch bedeutsam werden. Allerdings sind diese teilweise kleinen Unterschiede in der Regel praktisch nicht bedeutsam. Ähnlich hohe Fallzahlen werden auch im *act-info* erreicht.

Bei den Analysen der Daten der Kernbefragung im Suchtmonitoring bzw. *act-info* gehen wir deshalb nicht auf statistische Signifikanztests ein. Das führt dazu, dass Schlussfolgerungen der praktischen Bedeutsamkeit etwas subjektiv ausfallen müssen. Leider kann man auch keine Grenze im Sinne von Prozentpunkten angeben. Bei hohen Prävalenzen, beispielsweise bei Unterschieden zwischen 40% und 50% Prävalenz, stellen 10 Prozentpunkte einen Anstieg von 25% dar. Bei kleinen Prävalenzen

dagegen können kleinere Unterschiede an Prozentpunkten eine Verdoppelung oder Verdreifachung der Prävalenz darstellen. Beispielsweise bedeutet ein Anstieg um 5 Prozentpunkte von 5% auf 10% eine Verdoppelung. Bei einem Anstieg von 2.5% auf 7.5% wäre es sogar eine Verdreifachung.

Aus diesem Grund ziehen wir verschiedene Kriterien bei der Betrachtung von Unterschieden heran. Zum einen interpretieren wir Unterschiede als bedeutsam, wenn es nahezu Verdoppelungen der Prävalenz bei kleinen Prävalenzen sind bzw. in etwa 10 Prozentpunkte bei grösseren Prävalenzen darstellen. Zum anderen versuchen wir im Wesentlichen Dosis-Wirkungsbeziehungen zur Interpretation heranzuziehen. Dies bedeutet, dass wir Schweregrade beim Substanzkonsum bzw. problematischen Verhaltensweisen (Internet) bilden. Soziodemographische Ungleichheiten sind dann in unserer Betrachtung bedeutsam, wenn die Unterschiede mit zunehmendem Schweregrad zunehmen. Um ein Beispiel zu nennen: Wir sprächen von Dosis-Wirkungsbeziehung, nähme der Unterschied zwischen höheren und niedrigeren formalen Bildungsschichten mit der Menge an gerauchten Zigaretten zu; er wäre also kleiner bei Gelegenheitsrauchenden als bei täglich Rauchenden von weniger als 10 Zigaretten und dieser Unterschied wäre dann kleiner als bei täglich Rauchenden von 10 und mehr Zigaretten.

## 3 Ergebnisse

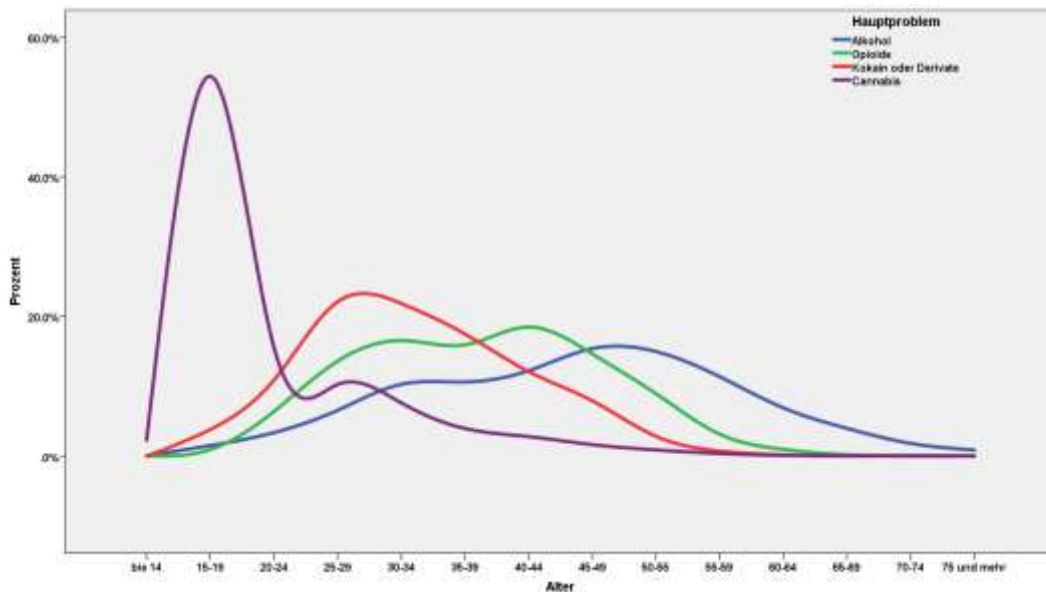
### 3.1 Vergleich problematischen Alkoholkonsums in der Allgemeinbevölkerung und im Behandlungs-/Beratungsbereich (*act-info*)

In diesem Kapitel geht es um den Vergleich problematisch Alkoholkonsumierender in der Allgemeinbevölkerung mit der Klientel in Behandlung und Beratung wegen Alkoholproblemen. Wir sehen soziodemographische Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen als Hinweis darauf, dass für bestimmte Bevölkerungsgruppen der Zugang zu Behandlung und Beratung erschwert bzw. erleichtert ist, also als einen Hinweis für oder gegen Chancengleichheit beim Zugang zu Behandlung und Beratung. Dies kann immer nur als Hinweis gesehen werden, da auch andere Faktoren eine Rolle spielen können. Beispielsweise könnten Personen mit behandlungsbedürftigen Alkoholproblemen selten an telefonischen Befragungen in der Allgemeinbevölkerung teilnehmen. Die Erhebungen in Behandlungs-/Beratungsinstitutionen schliessen auch Privatkliniken aus, so dass es Verzerrungen mit besser situierten Personen geben könnte, die sich das anonymere Umfeld in Privatkliniken leisten können.

#### 3.1.1 *Problematischer Alkoholkonsum in act-info*

Abbildung 3.1.1 stellt dar, welche Altersgruppe welchen Anteil an Klienten und Klientinnen in der Behandlungsstatistik stellt (100% = alle Klienten) und dies aufgeschlüsselt nach dem Hauptproblem Alkohol, Opioid, Kokain und Cannabis. Es werden geglättete Kurven (Spline-Glättung) zur besseren Übersichtlichkeit dargestellt. Die Behandlung/Beratung wegen Problemen mit dem Cannabiskonsum gipfelt in der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen. Die meisten Behandlungs-/Beratungsfälle fallen in der Altersgruppe zwischen 25 und 34 Jahren an. Der Gipfel für Heroin ist wesentlich breiter und die Klientel insbesondere im Alter zwischen 25 und 49 Jahren anzutreffen. Beim Alkohol steigen die Patientenzahlen zwischen 25 und 34 Jahren und erreichen den Höhepunkt zwischen 45 und 59 Jahren.

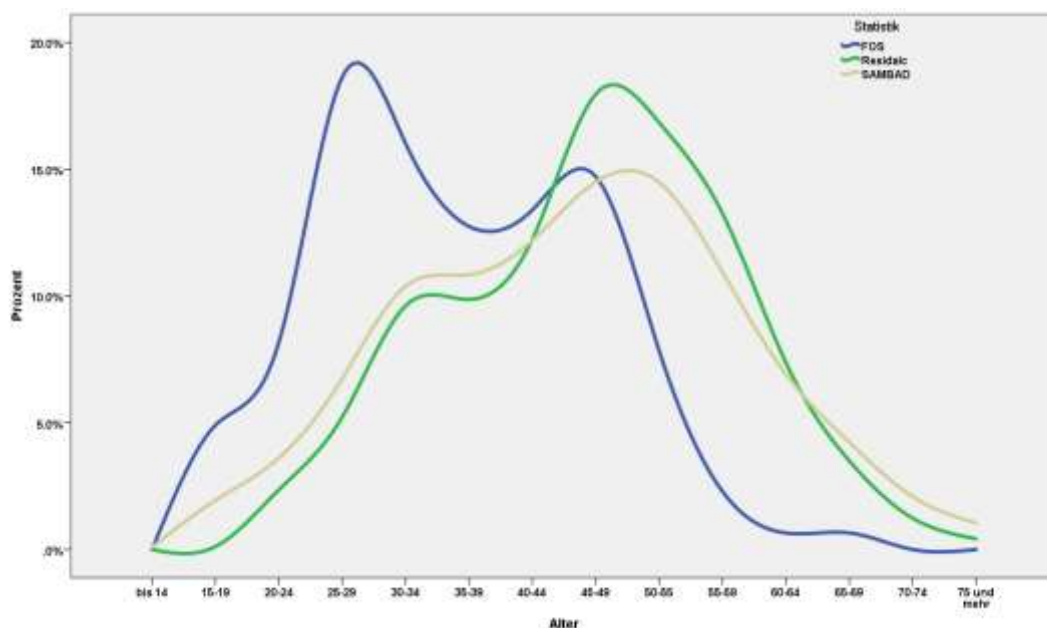
Abbildung 3.1.1 Anteil der Altersgruppen am Klientel nach Hauptproblem, act-info 2013 bis 2016, geglättete Kurven



**Bemerkung:** n=29681; fehlende Werte (kein Hauptproblem oder anderes Hauptproblem) = 3511; Opiode: Heroin, Methadon (missbräuchlich), Buprenorphin (missbräuchlich), andere Opiode; Kokain: Kokain-Pulver, Crack-Kokain, anderer Kokaintyp

Abbildung 3.1.2 gibt die Anteile der Altersgruppen für das Hauptproblem Alkohol nach Statistikstelle an. Die Anteile mit dem Hauptproblem Alkohol nehmen ab etwa 25 Jahren stark zu. Die meisten Patienten befinden sich in einem Alter zwischen 45 und 64 Jahren. Nur in der act-info-FOS Statistik gipfeln Patienten um die 25 bis 29 Jahre. Dies hängt damit zusammen, dass es sich hierbei um Patienten handelt, die wegen ihres problematischen Gebrauchs illegaler Drogen kommen, das noch stärkere Problem aber in der Anamnese im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum eingeschätzt wird. Wir beziehen uns im Folgenden deshalb nur auf die Statistiken act-info-Residalc und act-info-SAMBAD als die eher typische Alkoholklientel. Es sind in FOS aber über alle Jahre nur insgesamt 305 Personen, so dass die Fokussierung auf act-info-Residalc und act-info-SAMBAD mit über 16'000 Fällen keine Verzerrung darstellen dürfte.

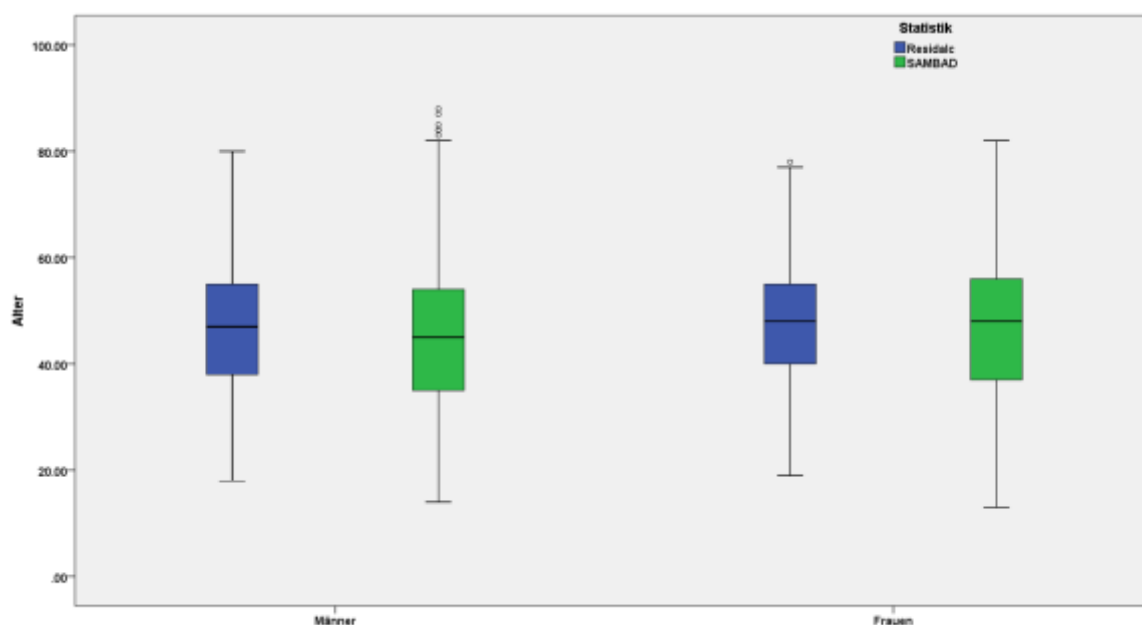
Abbildung 3.1.2 Anteil der Altersgruppen am Klientel für das Hauptproblem Alkohol nach Statistikstelle, act-info 2013 bis 2016



**Bemerkung:** n=16447 (FOS: 305; Residalc: 4287, SAMBAD: 11855)

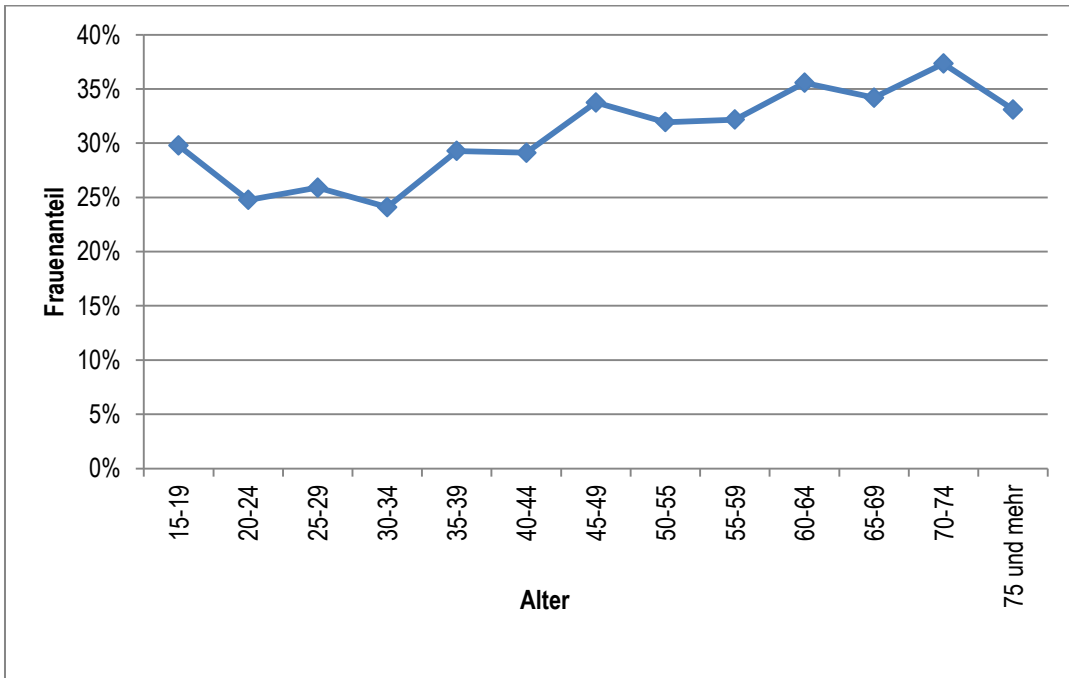
Insgesamt finden 30.6% der Behandlungen/Beratungen in act-info-Residalc (31.9%) und act-info-SAMBAD (30.2%) bei Frauen statt. Die Altersverteilung zwischen beiden Statistiken ist sehr ähnlich (Abbildung 3.1.3). Über alle Altersgruppen ist der Frauenanteil zum höheren Alter hin leicht ansteigend (Abbildung 3.1.4) bzw. fällt in den Altersgruppen zwischen 20 und 44 Jahren etwas niedriger aus, was zum Teil auch mit der Familiengründung zu tun haben dürfte. Aus diesem Grund ziehen wir in den folgenden Darstellungen die Daten aus act-info-Residalc und act-info-SAMBAD zusammen und berichten sie nicht separat.

Abbildung 3.1.3 Altersverteilung nach Geschlecht in act-info-Residalc und act-info-SAMBAD mit Hauptproblem Alkohol, 2013-2016



**Bemerkung:** n=16142

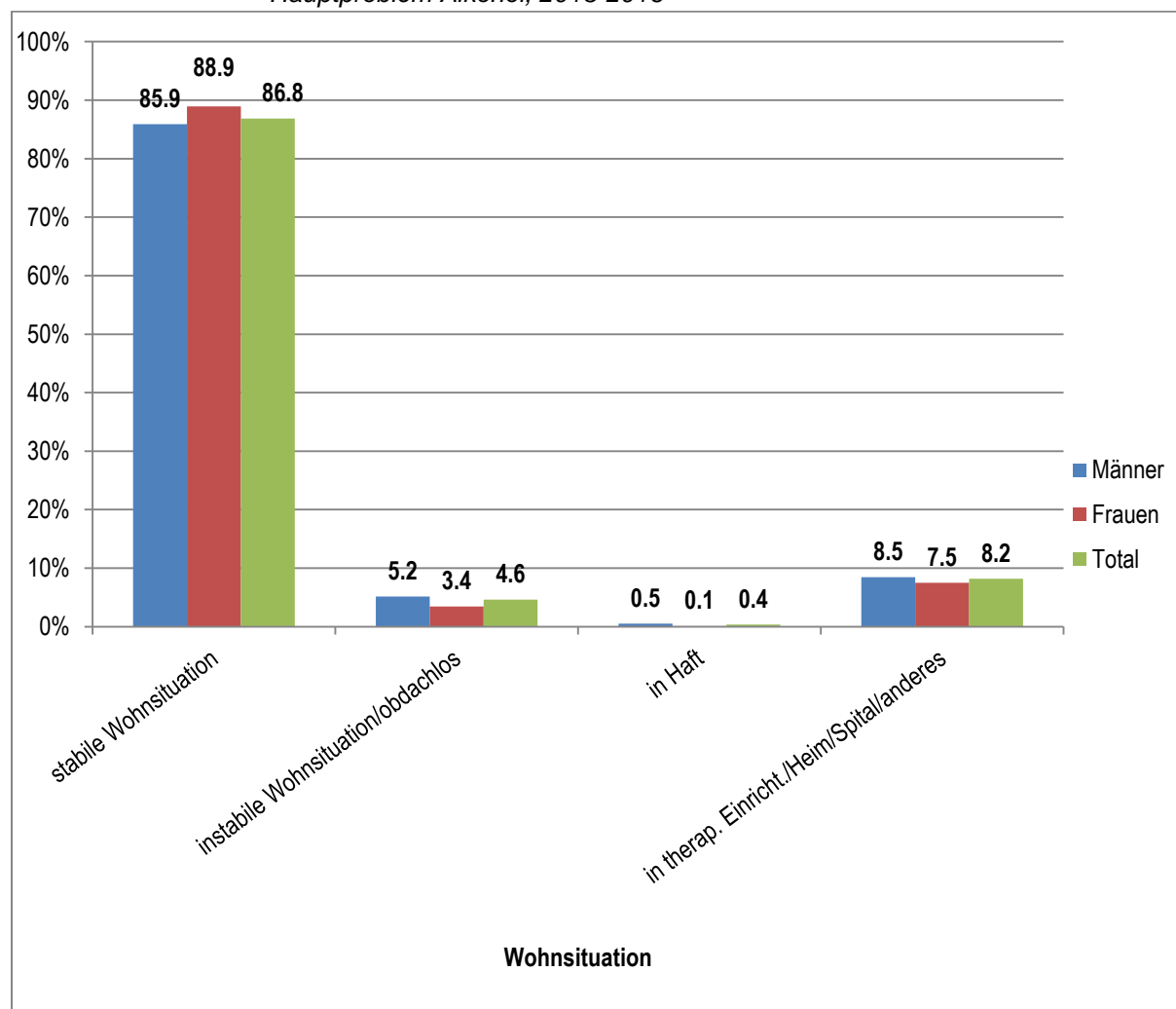
Abbildung 3.1.4 Frauenanteil nach Alter in act-info-Residalc und act-info-SAMBAD (zusammengenommen), 2013-2016



Bemerkung: 100% ergeben sich pro Altersklasse mit Männern.

Die Wohnsituation der Personen mit dem Hauptproblem Alkohol in Behandlung/Beratung (Abbildung 3.1.5) ist verhältnismässig gut. Knapp 90% haben eine stabile Wohnsituation, Frauen befinden sich seltener als Männer in einer instabilen Wohnsituation, in Haft oder Institutionen.

Abbildung 3.1.5 Wohnsituation der Klientel in act-info-Residalc und act-info-SAMBAD mit Hauptproblem Alkohol, 2013-2016



### 3.1.2 Problematischer Alkoholkonsum im Suchtmonitoring

Eine zentrale Frage für die Analyse der Daten aus dem Suchtmonitoring ist, wie man problematischen Alkoholkonsum definieren soll. Da es in diesem Bericht um den Vergleich zwischen Chancengleichheit beim Zugang zur Behandlung/Beratung wegen des Alkoholkonsums mit jener in der Allgemeinbevölkerung geht, sollte problematischer Konsum betrachtet werden. Dabei geht es in der Behandlung/Beratung in der Regel nicht um sporadisches Rauschtrinken sondern um regelmässig hohen Konsum. Aus diesem Grund wurde ein Indikator gebildet, der die 10% in der Bevölkerung mit dem höchsten Durchschnittskonsum betrachtet. Dieser ist noch unterteilt in den Konsum des annähernd 90.-97.5. Perzentsils und bei den top 2.5% mit dem höchsten Konsum. Der Vorteil dieser Herangehensweise ist, dass diese Daten für die Gesamtstichprobe (Kernfragen) im Suchtmonitoring erhältlich sind, und somit grosse Fallzahlen erlaubt.

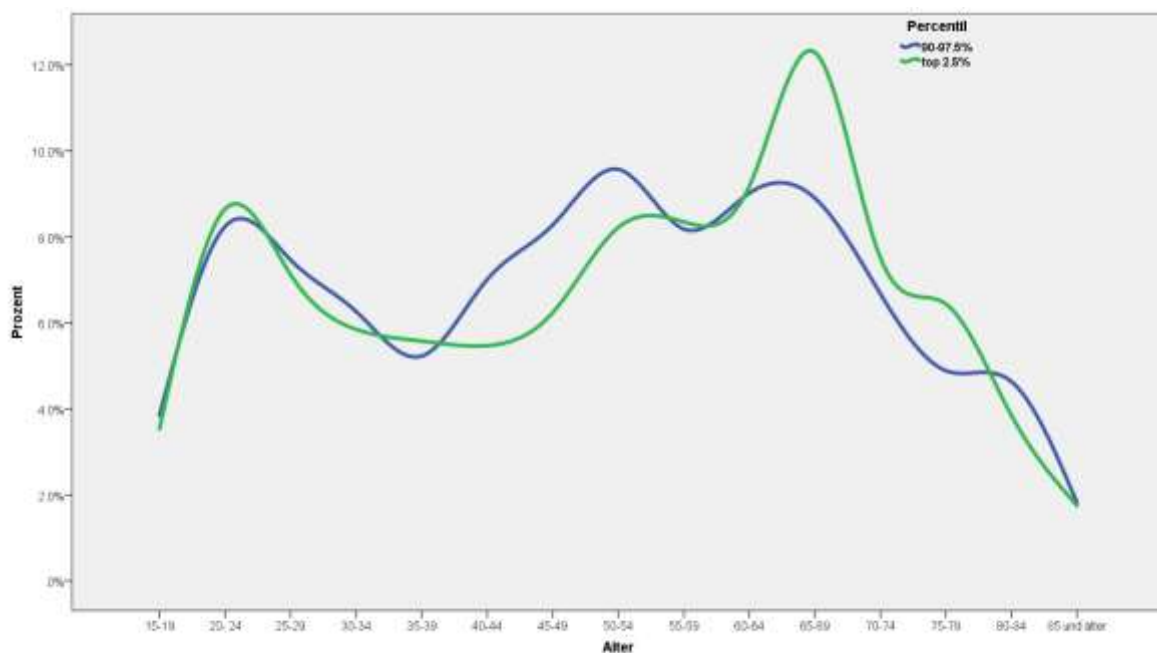
Darüber hinaus, wurden noch in 2 Halbjahren in einer Unterstichprobe der AUDIT bzw. der CAGE erfasst, die als Screeninginstrumente für problematischen Konsum gelten. Beim AUDIT wurden die

Cut-offs von 8-11 Punkten (problematischer Konsum), 12-15 Punkten (mögliche alkoholbezogene Störung bzw. Alkoholabhängigkeit und 16 und mehr Punkte (wahrscheinliche alkoholbezogene Störung/Alkoholabhängigkeit) herangezogen. Beim CAGE gilt die Bejahung eines Kriteriums als Hinweis auf Alkoholprobleme und die Bejahung von zwei oder mehr Kriterien als wahrscheinliche Störung angesehen. Ein grosser Nachteil dieser Indikatoren ist, dass er nur in 2 Halbjahren (2013 und 2015) in einer Teilstichprobe (Split A) erhoben worden ist und somit die Fallzahlen relativ klein sind.

Aus diesem Grund wurden noch die Ergebnisse aus dem CAGE und dem Audit zusammengezogen, d.h. Personen betrachtet die einen oder mehr Kriterien beim CAGE oder 8 und mehr Punkte auf dem AUDIT aufwiesen.

Abbildung 3.1.6 zeigt die Anteile der Altersgruppen der Personen mit dem 10% höchsten Konsum. Anders als bei der *act-info* Klientel gibt es einen ersten Gipfel bei den 20- bis 24-Jährigen. Danach gehen die Anteile mit dem höchsten Konsum zunächst zurück. Ähnlich wie bei *act-info* steigen dann die Anteile an Personen mit dem höchsten Konsum zu einem Alter von etwa 45 Jahren an und bleiben dann relativ hoch bis zu einem Alter von etwa 74 Jahren.

Abbildung 3.1.6 Anteil der Altersgruppen an Personen mit dem höchsten Alkoholkonsum, geglättete Kurven, Suchtmonitoring 2011-2016.



**Bemerkung:** N=4851 (90.-97.5. Perzentil); n= 2160 (top 2.5 Perzentil); total: 66983.

**Lesebeispiel:** Jede Kurve repräsentiert 100% alle Personen in der jeweiligen Kategorie, also alle Personen mit dem 90.-97.5% höchsten Konsum und alle Personen mit dem top 2.5% höchsten Konsum in der Gesamtbevölkerung. Etwa 9% finden sich in der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen sowohl im 90.-97.5. Perzentil als auch im top 2.5. Perzentil. Etwa 12% des top 2.5. Perzentil befinden sich in der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen. Dagegen sind in beiden Gruppen nur etwa 2% bei den 85-Jährigen und Älteren.

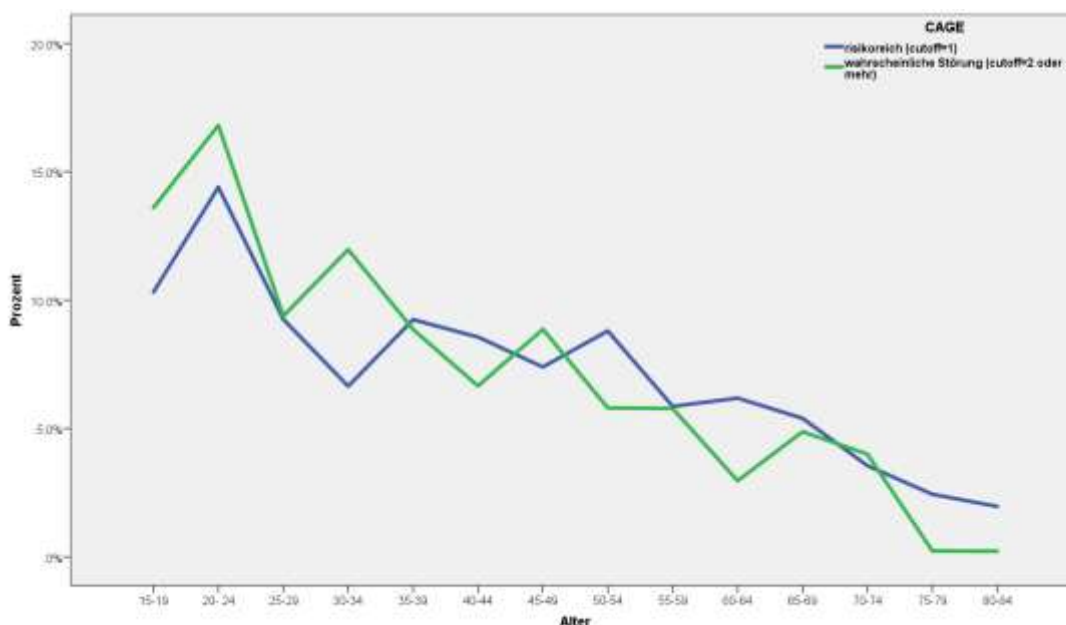


**Kommentar:**

Basierend auf den top 10% der Konsumierenden in den Bevölkerungsbefragungen lässt sich vermuten, dass gerade viele junge Erwachsene im Behandlungs- und Beratungssektor unterrepräsentiert sind. Das gleiche gilt für ältere Personen im Rentenalter. Womit das zusammenhängen mag, darüber kann nur spekuliert werden. Viele junge Menschen werden den Konsum noch als "Jugendsünden" (entwicklungsbedingt begrenzt, developmentally limited) sehen und der Rückgang zu einem Alter um die 35 Jahre scheint das zu bestätigen. Bei den Senioren mag der im Rentenalter jetzt fehlende Druck, im Berufsleben funktionieren zu müssen, eine Rolle spielen, so dass der Leidensdruck sich in Behandlung zu begeben nicht mehr gross genug ist. Ebenso mag die zunehmende Vereinsamung eine Rolle spielen, weil die soziale Kontrolle durch Partner und Kinder wegfällt. Beide Altersgruppen (Die Jüngeren um 20 bis 29 Jahre und die Senioren ab 65 Jahren) scheinen aber prädestiniert zu sein für verstärkte Anstrengungen, diese vermehrt in Behandlung und Beratung einzubeziehen.

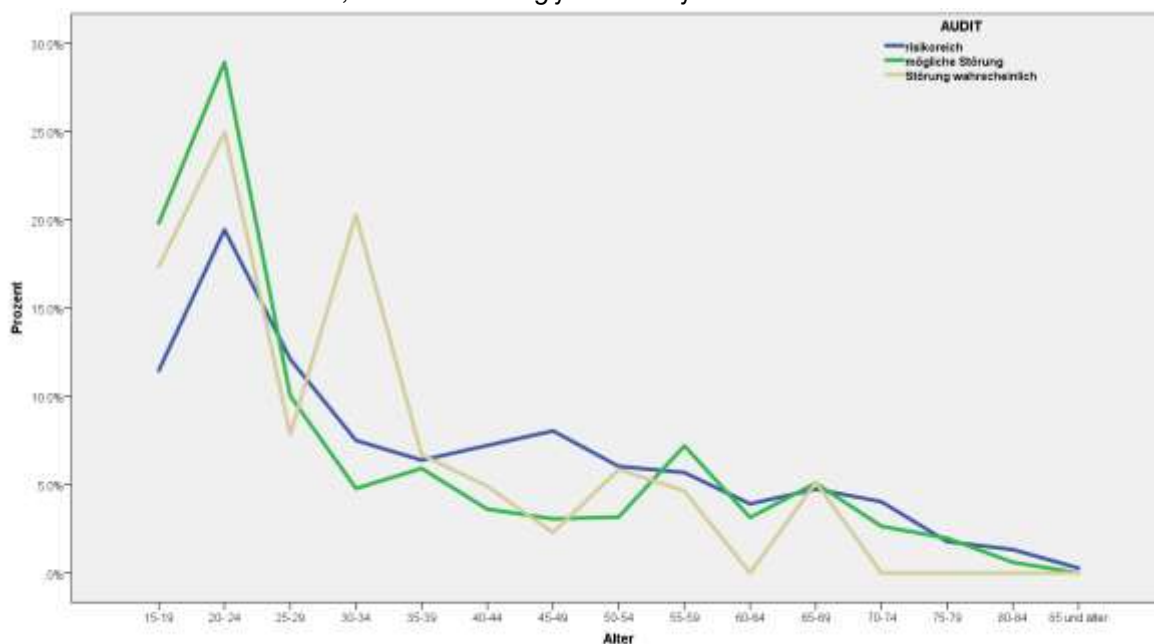
Abbildungen 3.1.7 bis 3.1.9 zeigen wie sich die Personen in den Altersgruppen verteilen, wenn sie gemäss AUDIT oder CAGE als problematisch Konsumierende eingestuft werden. Generell sieht man, dass dieses Screening-Verfahren insbesondere Personen im jungen Alter positiv sichtet (screened) und die Anteile dann ab einem Alter von 20 bis 24 Jahre abnehmen. Vereinzelt Spitzen wie z.B. bei den 30- bis 34-Jährigen mit wahrscheinlicher Störung nach AUDIT sollten hier nicht überinterpretiert werden, weil die Fallzahlen sehr klein sind. Insgesamt gibt es nur 49 Personen über alle Altersgruppen hinweg, die einen so hohen Cut-off (Audit 16+) angegeben haben, d.h. dass häufig eine Person mehr oder weniger in einer einzelnen Altersgruppe eine Spitze oder ein Tal darstellt. Klar ist, wenn man ein leichtes Kriterium nach AUDIT und CAGE zusammennimmt (Abbildung 9), dass die Anteile positiv gesichteter Personen deutlich mit dem Alter abnehmen. Dies hat verhältnismässig wenig mit den Anteilen nach Altersgruppen gemäss dem Durchschnittskonsum bzw. mit der Bevölkerung in Behandlung und Beratung zu tun.

Abbildung 3.1.7 Anteil der Altersgruppen an Personen mit Cut-off gemäss CAGE, ungeglättete Kurven, Suchtmonitoring je ein Halbjahr 2013 und 2015



**Bemerkung:** n=530 (Cage 1 Kriterium); n= 298 (CAGE 2 oder mehr Kriterien); total n =4895. **Lesebeispiel:** Jede Kurve repräsentiert 100% alle Personen in der jeweiligen Kategorie, also 17% aller Personen mit einem risikoreichen CAGE-Screen (grüne Linie) befinden sich in der Gruppe der 20- bis 24 Jährigen und etwa 8% aller Personen mit einer wahrscheinlichen Alkoholgebrauchsstörung (blaue Linie) befinden sich in der Gruppe der 50-54-Jährigen.

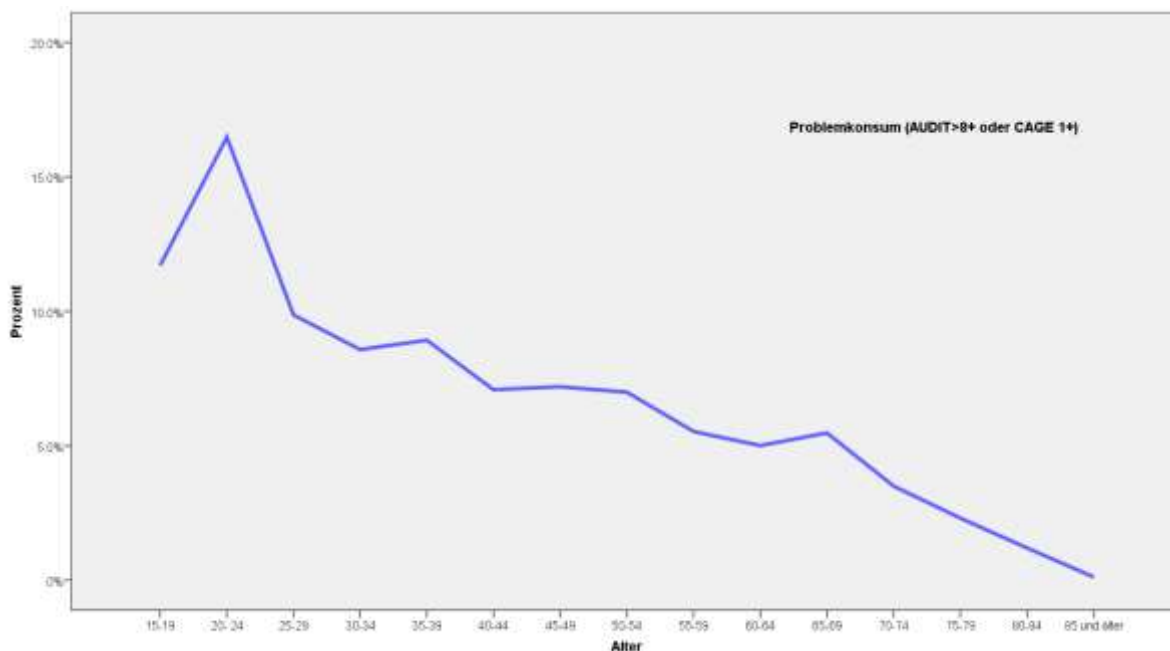
Abbildung 3.1.8 Anteil der Altersgruppen an Personen mit Cut-offs gemäss AUDIT, ungeglättete Kurven, Suchtmonitoring je ein Halbjahr 2013 und 2015



**Bemerkung:** n = 443 (risikoreich, AUDIT 8-11 Punkte), n = 107 (mögliche Störung, AUDIT 12-15 Punkte); n = 49 wahrscheinliche Störung, AUDIT 16 und mehr Punkte); total n = 489.

**Lesebeispiel:** Jede Kurve repräsentiert 100% alle Personen in der jeweiligen Kategorie, also fast 30% aller Personen mit einer möglichen Alkoholgebrauchsstörung gemäss AUDIT (grüne Linie) sind in der Gruppe der 20- bis 24 Jährigen und etwa 20% aller Personen mit einer wahrscheinlichen Alkoholgebrauchsstörung (ockerbraune Linie) sind in der Gruppe der 30- bis 34-Jährigen.

Abbildung 3.1.9 Anteil der Altersgruppen an Personen zusammengezogen nach Cut-offs gemäss AUDIT und CAGE (entweder AUDIT 8 oder mehr Punkte oder CAGE 1 oder mehr Kriterien), ungeglättete Kurven, Suchtmonitoring je ein Halbjahr 2013 und 2015



**Bemerkung:** n = 1025 (Problemkonsum gemäss AUDIT oder CAGE); total n = 4889.

**Lesebeispiel:** Die Kurve repräsentiert 100% alle Personen mit einem Problemkonsum entweder nach AUDIT oder CAGE. Über alle Altersgruppen hinweg befinden sich die meisten Personen mit einem Problemkonsum in der Gruppe der 20- bis 24 Jährigen (etwa 17%).

**Kommentar:**

Es gibt inzwischen eine grosse Literatur (Caetano & Babor, 2006; Karriker-Jaffe et al., 2015; Lane et al., 2016; Wakefield & Schmitz, 2014; Winters et al., 2011), die zeigt, dass Screeninginstrumente in Bevölkerungsbefragungen, aber auch Fragenkataloge nach klinischem Vorbild (wie z.B. nach ICD oder DSM Kriterien) zu viele falsch Positive hervorrufen (also Personen, die gemäss Screening problematisch konsumieren, es aber in Wirklichkeit nicht tun). Dies liegt zum einen daran, dass manche Fragen nicht so verstanden werden, wie sie klinisch intendiert sind. Dies gilt insbesondere für Jugendliche und junge Erwachsene, die sich erst am Anfang ihrer Konsumkarriere befinden, so dass beispielsweise Fragen zur Toleranz (man kann mehr Alkohol trinken als früher) eher anzeigen, dass Personen noch am Anfang ihrer Konsumkarriere stehen und deshalb etwas mehr trinken können als noch vor 1 bis 2 Jahren). Dies hat wenig mit Toleranzentwicklung im klinischen Sinne zu tun. Auch Fragen zu Entzugserscheinungen werden häufig im Sinne von Hangover-Symptomen nach einem Abend mit hohem Konsum interpretiert. Kriterien wie längerer Konsum bzw. mehr Konsum als ursprünglich beabsichtigt haben auch wenig mit Kontrollverlust im klinischen Sinne zu tun und sind eher auf sozialen Druck von Peers als auf Kontrollverlust zurückzuführen. Letztendlich haben solche Fragen auch mit der kulturellen Interpretation, Verleugnung oder mit Stigma zu tun. In der Schweiz wird die Frage nach dem Eye-Opener z.B. sehr selten beantwortet, weil Personen wissen, dass dies eine "Alkoholikerfrage" ist.

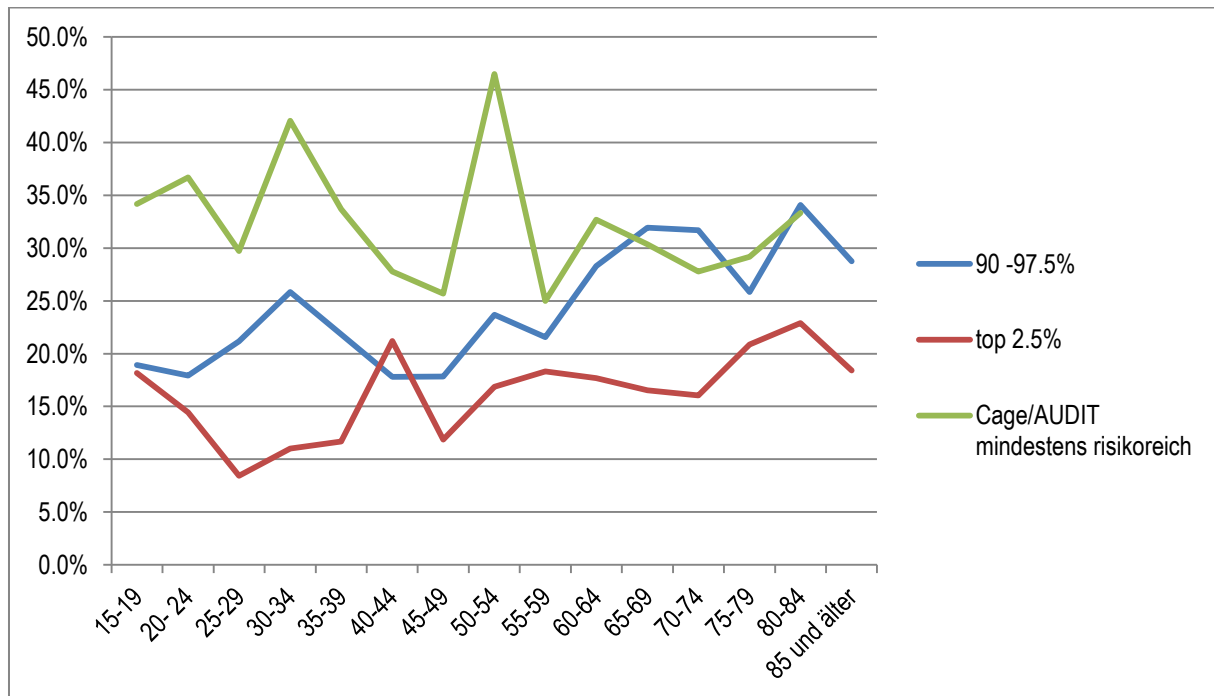
**Schlussfolgerung:**

Bei der Interpretation zu den Vergleichen zur Chancengleichheit (Allgemeinbevölkerung im Suchtmonitoring versus Klientel bei *act-info*) ziehen wir verstärkt Merkmale bei den top 10% mit dem höchsten Konsum heran. Der Vollständigkeit halber geben wir aber zusätzlich das zusammengefasste CAGE/Audit Kriterium mit an.

### 3.1.3 Chancengleichheit und Geschlecht

Abbildung 3.1.10 zeigt, dass der Frauenanteil ab etwa einem Alter von 40-45 Jahren für die Kriterien der top 10% Konsumierenden (90. bis 97.5. Perzentil) und top 2.5. Perzentil) leicht ansteigt, dagegen nimmt er beim CAGE/AUDIT Kriterium eher stabil jedoch gleichzeitig aufgrund der Fallzahlen stark schwankend. Auch im act-info Monitoring stieg der Frauenanteil mit dem Alter an, was wiederum zeigt, dass der Konsum ein vermutlich besseres Kriterium für den Vergleich mit dem Behandlungs-/Beratungssektor darstellt als Screeninginstrumente.

Abbildung 3.1.10 Frauenanteil der Indikatoren problematischen Konsums, Suchtmonitoring 2011-2016 (zwei Halbjahre 2013 und 2015 für das CAGE/AUDIT Kriterium)



**Bemerkung:** 90-97.5% und top 2.5% beziehen sich auf die Perzentile mit dem höchsten Konsum im Suchtmonitoring; CAGE/AUDIT bezeichnet risikoreichen Konsum mit mindestens einem Kriterium CAGE oder 8 und mehr Punkte auf dem AUDIT. Der Frauenanteil bei jenen mit dem top 2.5% höchsten Alkoholkonsum in der Gesamtbevölkerung (rote Linie) liegt bei den 40- bis 44-Jährigen bei etwas über 20% (entsprechend ist der Männeranteil bei etwas unter 80%). Bei den 50- bis 54-Jährigen mit einem positiven CAGE- oder AUDIT-Screen liegt der Frauenanteil bei über 45%, d.h. Personen dieser Altersgruppe mit einem positiven Screen sind zu über 45% Frauen.

Insgesamt liegt der Frauenanteil beim 90.-97.5. Perzentil bei 24.2%, beim top 2.5% Perzentil bei 16.0%. Dies liegt unter den Anteilen von act-info im Alkoholbereich. Dort lag der Frauenanteil bei 30.6%. Der Frauenanteil in act-info beim Hauptproblem Alkohol entspricht etwa jenem nach dem CAGE/AUDIT Kriterium mit 33.4%.

#### Schlussfolgerung:

Es gibt kaum Anzeichen dafür, dass Frauen mit Alkoholproblemen weniger im Behandlungs-/Beratungssektor vertreten sind als es ihre Konsumwerte in der Allgemeinbevölkerung andeuten. Zumindest was das Geschlecht angeht scheint es hier Chancengleichheit zu geben.

### 3.1.4 *Vergleiche zwischen der Klientel in act-info mit dem Hauptproblem Alkohol und problematisch Konsumierenden im Suchtmonitoring bei 25- bis 64-Jährigen*

Für die folgenden Vergleiche wurde der Altersbereich eingeschränkt. Die Gründe dafür sind folgende. Im Behandlungs-/Beratungssektor *act-info*-Residalc und *act-info*-SAMBAD befinden sich die Mehrzahl der Personen im Bereich zwischen 25 und 64 Jahren. Die Daten für das gesamte Altersspektrum unterscheiden sich in diesem Bereich kaum von jenen für die eingeschränkte Altersgruppe. Die Daten im Suchtmonitoring zeigen jedoch einen grossen Anteil mit problematischem Konsum in jungen Jahren und auch im Rentenalter. Dies würde Vergleiche stark beeinflussen. Ein Beispiel ist der Zivilstand: jüngere Personen sind seltener verheiratet und ältere Personen sind häufiger verwitwet. Andere Beispiele sind die Ausbildung oder der Erwerbsstatus. Jüngere Personen befinden sich häufiger noch in der Ausbildung und haben diese noch nicht abgeschlossen. Dagegen befinden sich ältere Personen häufiger nicht mehr in der entlohnten Erwerbstätigkeit.

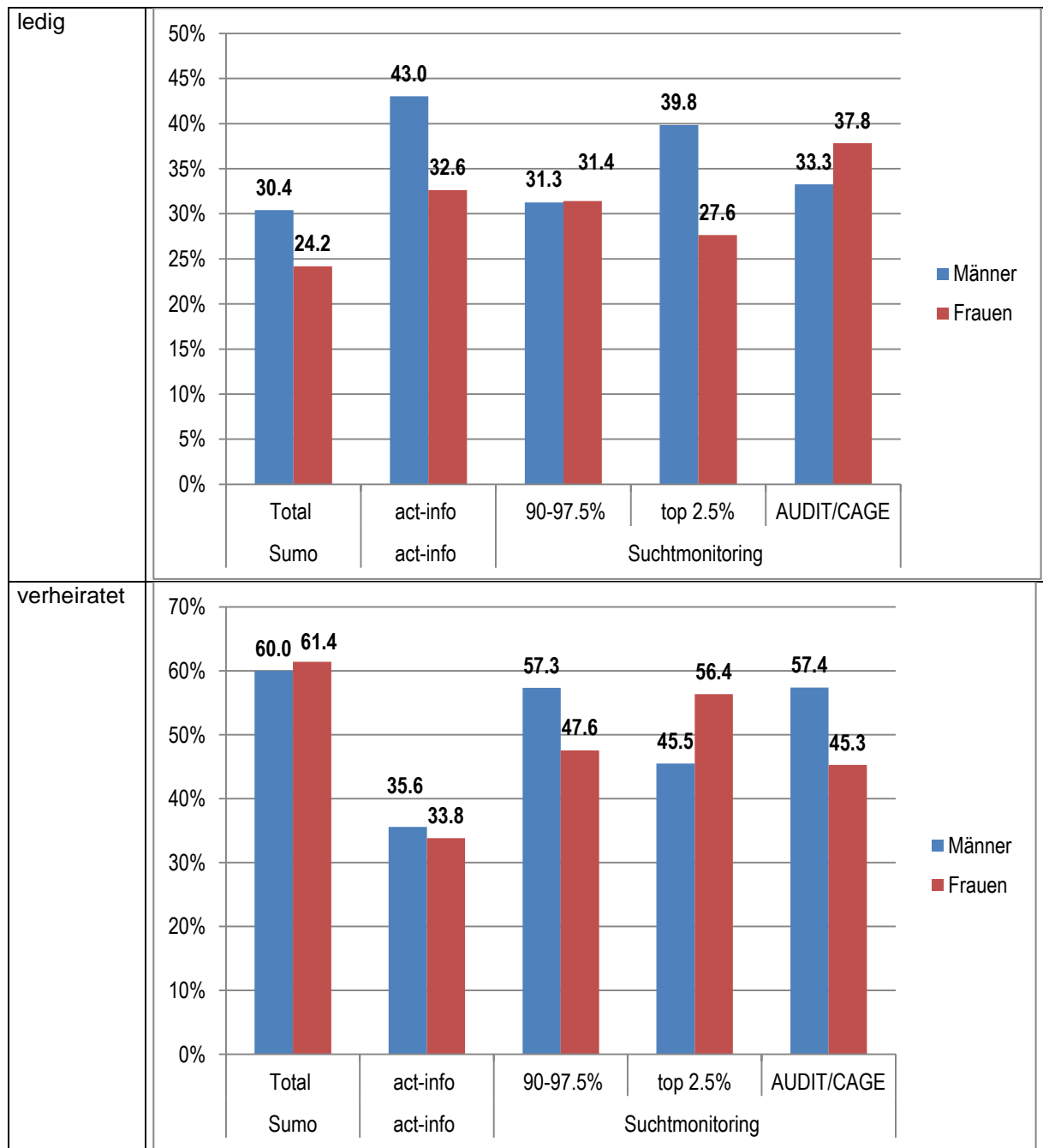
Zusätzlich wurde versucht die entsprechenden Variablen möglichst zwischen dem Suchtmonitoring und *act-info* anzugleichen. Ebenso werden nicht alle möglichen Kategorien graphisch dargestellt. Beispielsweise weisen wir beim Zivilstand nicht die Anteile verwitweter Personen im Alter zwischen 25 und 64 Jahren aus, weil diese sehr gering sind und somit die Abbildungen verzerren.

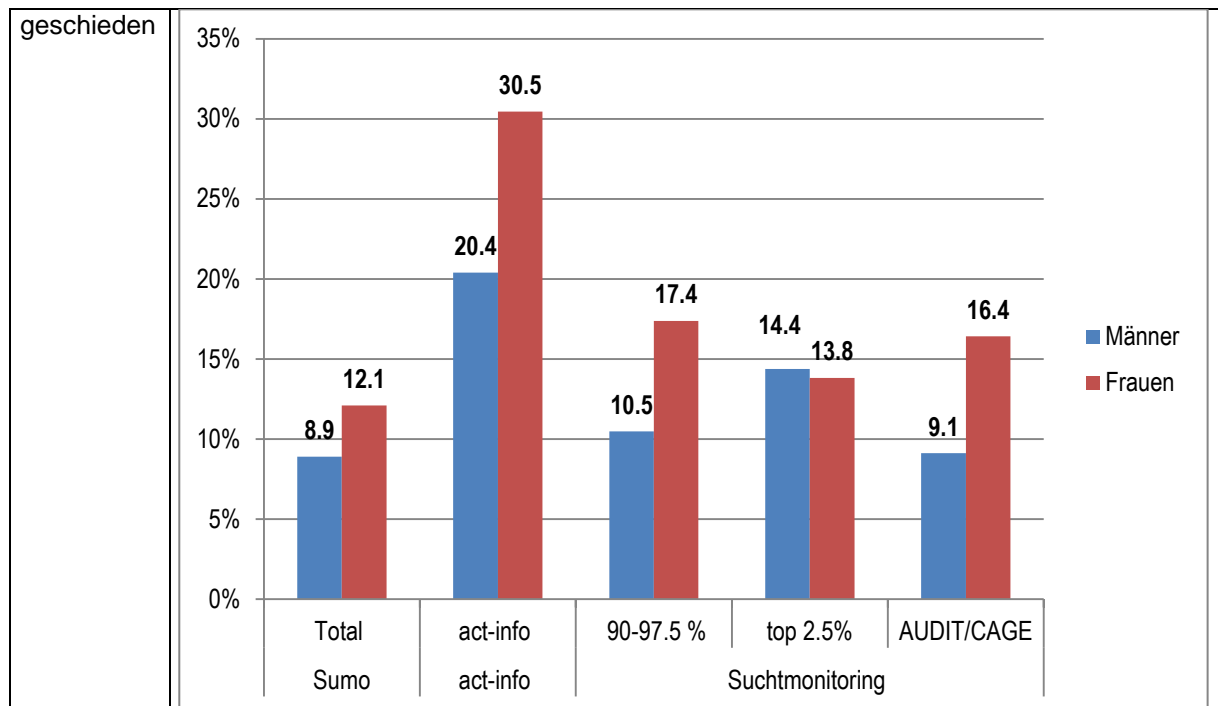
Die Abbildungen zeigen zum einen die entsprechenden Werte in der Gesamtbevölkerung der 25- bis 64-Jährigen gemäss Suchtmonitoring und zum anderen die entsprechenden Anteile gemäss den Indikatoren problematischen Konsums im Suchtmonitoring sowie die Anteile im Behandlungs-/Beratungssektor von *act-info*. Dies ermöglicht Vergleiche zum einen mit der Gesamtbevölkerung zum anderen Vergleiche von Personen mit problematischem Konsum in der Gesamtbevölkerung mit jenen in Behandlung oder Beratung.

#### 3.1.4.1 *Chancengleichheit und Zivilstand*

Ganz allgemein spiegeln sich die Unterschiede im Zivilstand zwischen den Geschlechtern in der Allgemeinbevölkerung auch in den Behandlungs-/Beratungsstatistiken wieder (Abbildung 3.1.11). Es gibt mehr ledige Männer als Frauen, etwa gleich viele verheiratete Männer und Frauen und mehr geschiedene Frauen als Männer.

Abbildung 3.1.11 Zivilstand in der Allgemeinbevölkerung und in act-info-Residualc/act-info-SAMBAD bei 25- bis 64-Jährigen, Suchtmonitoring 2011-2016, act-info 2013-2016





**Bemerkungen:** in *act-info* wird verheiratet und gerichtlich getrennt unterschieden (M: 5.4%; F: 5.5%) und hier zusammengefasst, im Suchtmonitoring gibt es getrennt (gerichtlich) nicht, so dass diese Personen noch als verheiratet und nicht geschieden gelten müssten. Ebenso wurde in *act-info* noch registrierte Partnerschaften (M und F: 0.5%) erhoben, nicht aber im Suchtmonitoring. Auch diese wurden zu den verheirateten Personen hinzugezählt. "Verwitwet" wird nicht angezeigt (kleine Prozentanteile). Sumo=Suchtmonitoring; 90-97.5% und top 2.5% beziehen sich auf die Perzentile mit dem höchsten Konsum im Suchtmonitoring; CAGE/AUDIT bezeichnet risikoreichen Konsum mit mindestens einem Kriterium CAGE oder 8 und mehr Punkte auf dem AUDIT. 100% ergeben pro Geschlecht und Kategorie die Prozentsätze über die Kategorien verwitwet (nicht angezeigt), ledig, verheiratet geschieden. Beispielsweise sind bei den 25- bis 64-jährigen Männern in Sumo total 30.4% ledig, 60.0% verheiratet, und 8.9% geschieden. Die Summe ergibt 99.3%, d.h. 0.7% sind verwitwet (nicht angezeigt).

Allerdings gibt es grosse Unterschiede für Männer und Frauen im Zivilstand, wenn sie sich in Behandlung/Beratung befinden im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Männer und Frauen in Beratung/Behandlung sind deutlich seltener verheiratet als in der Gesamtbevölkerung und das gilt auch für problematisch Konsumierende. Dafür sind sie häufiger ledig aber noch deutlich häufiger geschieden. Die Indikatoren für problematischen Konsum in der Allgemeinbevölkerung liegen in der Regel zwischen jenen der Allgemeinbevölkerung und der Klientel im Behandlungs-/Beratungssektor. Beispielsweise sind 8.9% der Männer in dieser Altersgruppe in der Gesamtbevölkerung geschieden. Beim problematischen Konsum sind es mehr geschiedene Männer (je nach Indikator zwischen 9.1% und 14.4%) jedoch deutlich mehr geschiedene Männer befinden sich im Beratungs-/Behandlungssektor (20.4%).

**Schlussfolgerung:**

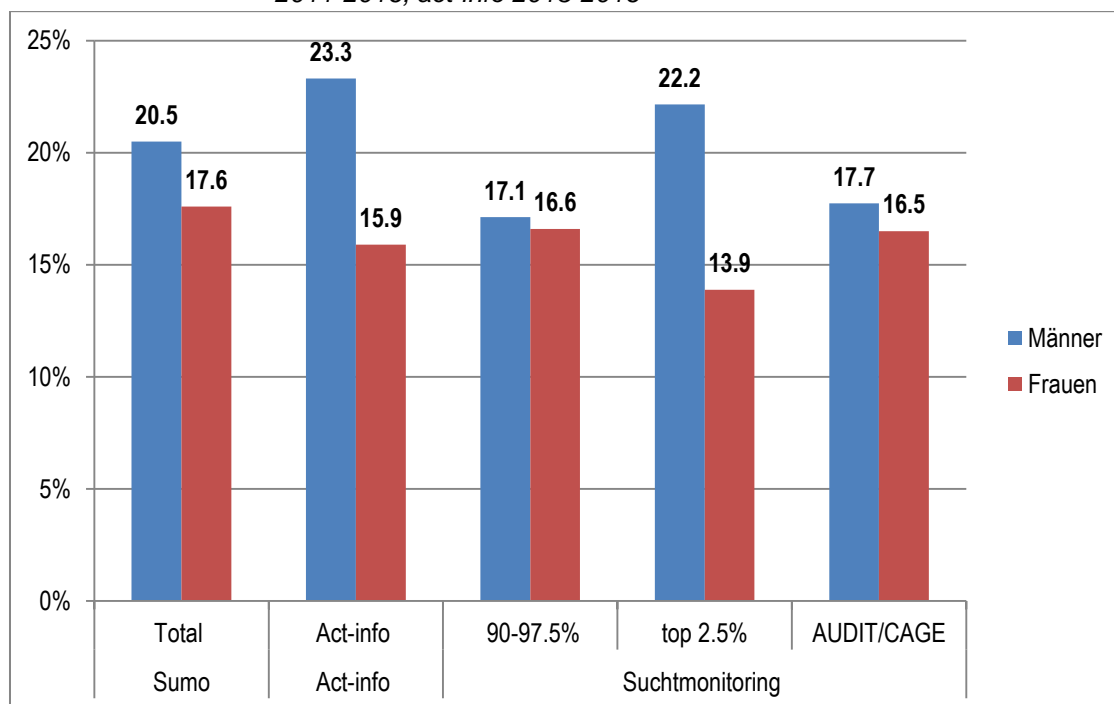
Der Zugang zu Behandlungs- und Beratungsangeboten gibt auch nach Zivilstand keine Hinweise für Chancenungleich zwischen Männern und Frauen. Allerdings gibt es für Männer und Frauen deutliche Unterschiede im Zivilstand im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, wenn sie sich in Beratung oder Behandlung befinden. Die Ergebnisse zum problematischen Konsum in der Allgemeinbevölkerung weisen auf bestehende Unterschiede im Zivilstand im Behandlungs-/Beratungssektor hin (z.B. höhere Anteile an geschiedenen und ledigen Personen, wie sie in Beratung und Behandlung vorkommen). Deutlich werden diese Unterschiede im Zivilstand jedoch erst im Behandlungs-/Beratungssektor. Insbesondere gibt es deutlich weniger verheirate Personen in Behandlung und Beratung. Dies kann bedeuten, dass die Ehe eher verhindert in Beratung zu gehen bzw. erst mit dem "hit-bottom", also der Scheidung, der Druck etwas zu ändern und Hilfe in Anspruch zu nehmen, gross genug wird, dieses auch zu tun. Es kann aber auch zumindest in Teilen bedeuten, dass sich Ehepartner mit ähnlichem problematischen Alkoholkonsum gegenseitig bestärken und so keine Notwendigkeit erzeugen, sich behandeln oder beraten zu lassen. Letztendlich kann aber der Problemkonsum in der Allgemeinbevölkerung noch nicht ausreichend deutlich jenen von Behandlungsbedürftigen widerspiegeln, auch weil Behandlungsbedürftige seltener an Telefonbefragungen teilnehmen. Es deutet sich jedoch an, dass Verheiratete seltener Zugang zur Behandlung und Beratung finden. Zu überlegen wäre, ob man diesen Personenkreis mit Paartherapien besser ansprechen könnte.



### 3.1.4.2 Chancengleichheit und Nationalität

Der Anteil von Frauen mit Migrationshintergrund in Behandlung ist geringer als jener von Männern. Dies gilt auch für die Indikatoren des problematischen Konsums in der Allgemeinbevölkerung aber auch für die Gesamtbevölkerung (Abbildung 3.1.12).

Abbildung 3.1.12 Anteil Personen mit Migrationshintergrund in der Allgemeinbevölkerung und in act-info-Residalc/act-info-SAMBAD bei 25- bis 64-Jährigen, Suchtmonitoring 2011-2016, act-info 2013-2016



**Bemerkung:** 100% ergeben sich zusammen mit der schweizerischen Wohnbevölkerung.

**Lesebeispiel:** 20.5% in der männlichen Allgemeinbevölkerung dieses Alters haben einen Migrationshintergrund, in der Klientel von act-info sind es 23.3% und die top 2.5% mit dem höchsten Alkoholkonsum in der Allgemeinbevölkerung bestehen zu 22.2% aus Männern mit Migrationshintergrund.

#### Schlussfolgerung:

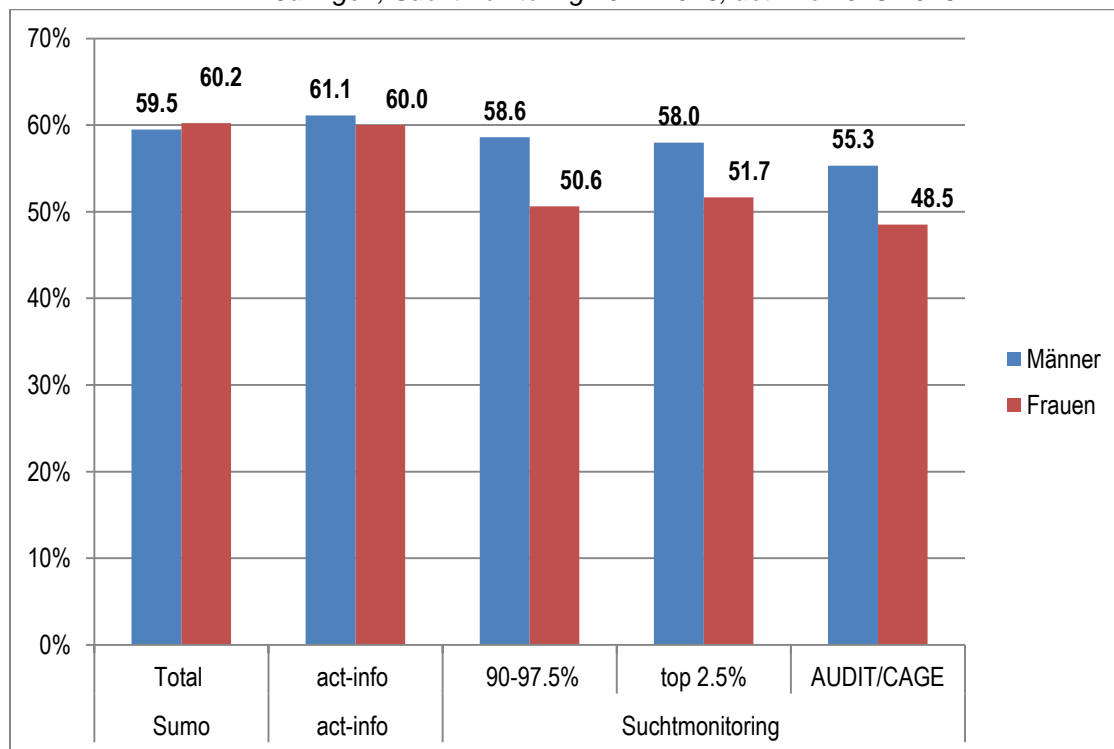
Es besteht Chancengleichheit für den Zugang zu Beratungs- und Behandlungsangeboten für Personen mit Migrationshintergrund. Ausländische Frauen und Männer befinden sich prozentual in etwa so häufig in Beratung und Behandlung wie sie in der Gesamtbevölkerung und der problematisch konsumierenden Gesamtbevölkerung anzutreffen sind.

### 3.1.4.3 Chancengleichheit und Urbanität

In Abbildung 3.1.13 werden zusammengefasst die Daten für Kleinzentren und ruralen Gegenden dargestellt. Es gibt nur geringe Unterschiede zwischen der Gesamtbevölkerung und der Klientel in act-info. Es leben etwa 60% der Gesamtbevölkerung in Kleinzentren und ruralen Gegenden (M: 59.5%; F: 60.2%) und dies gilt ebenso für die Klientel von act-info (M: 61.1%; F: 60.0%). Auffällig ist, dass weniger Frauen als Männer mit Angaben eines problematischen Konsums in der Allgemeinbevölkerung der 25- bis 64-Jährigen aus Kleinzentren oder ruralen Gegenden kommen (etwa um die 50%, wogegen es 60% in Behandlung/Beratung sind). Dies könnte bedeuten, dass Frauen mit problematischem Konsum aus Kleinzentren und ruralen Gegenden sogar eher Behandlungs- und Beratungsangebote nutzen, als wenn sie aus Grossstadt- und Mittelzentren bzw. dem Umland von Grossstadtzentren kommen. Entsprechend kommen problematisch konsumierende Frauen in der Gesamtbevölkerung häufiger aus Grossstadtzentren, dessen Umland und Mittelzentren

als sie in der Behandlung und Beratung anzutreffen sind. Man kann nur spekulieren, ob sich Frauen in der Anonymität von grösseren Städten eher besser zurückziehen können und so einem geringeren sozialen Druck zur Behandlungs- und Beratungsannahme ausgesetzt sind als in Kleinzentren und ruralen Gegenden.

Abbildung 3.1.13 Anteile Personen aus Kleinzentren und ruralen Gegenden in der Allgemeinbevölkerung und in act-info-Residalc/act-info-SAMBAD bei 25- bis 64-Jährigen, Suchtmonitoring 2011-2016, act-info 2013-2016



**Bemerkung:** 100% ergeben sich mit der Bevölkerung aus Grossstadtzentren, dem Umland von Grossstadtzentren und Mittelzentren; Sumo=Suchtmonitoring; 90-97.5% und top 2.5% beziehen sich auf die Perzentile mit dem höchsten Konsum im Suchtmonitoring; CAGE/AUDIT bezeichnet risikoreichen Konsum mit mindestens einem Kriterium CAGE oder 8 und mehr Punkte auf dem AUDIT.

**Lesebeispiel:** 60.0% der weiblichen Klientel in act-info leben in Kleinzentren oder ruralen Gegenden, in der Allgemeinbevölkerung (Sumo Total) sind es 60.2%. Bei Frauen mit positivem Screen auf Cage oder AUDIT kommen nur 48.5% aus Kleinzentren oder ländlichen Gegenden.

#### Schlussfolgerung:

Der Anteil Frauen aus Kleinzentren und ruralen Gegenden sind überproportional im Behandlungs-/Beratungssektor vertreten als es ihre problematischen Konsummuster in der Allgemeinbevölkerung vermuten lassen. Frauen aus Kleinzentren und ruralen Gegenden nutzen also eher Behandlungsangebote. Dies bedeutet, dass sich Frauen in und um Grossstadtzentren und in Mittelzentren eher seltener Behandlungs- und Beratungsangebote nutzen. Ein Grund dafür könnte die grössere Anonymität in den Städten im Vergleich zu eher ländlichen Gegenden sein, so dass der soziale Druck durch Bekannte und Nachbarn, Behandlung oder Beratung in Anspruch zu nehmen, geringer ist.

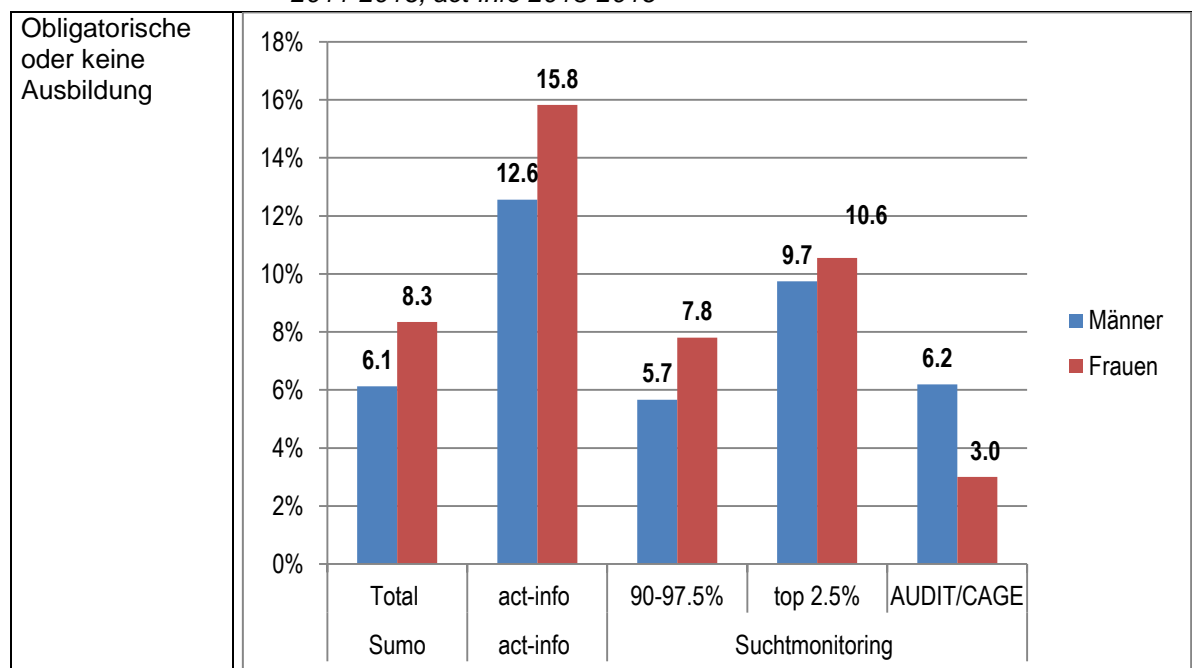
### 3.1.4.4 Chancengleichheit und formale Ausbildung

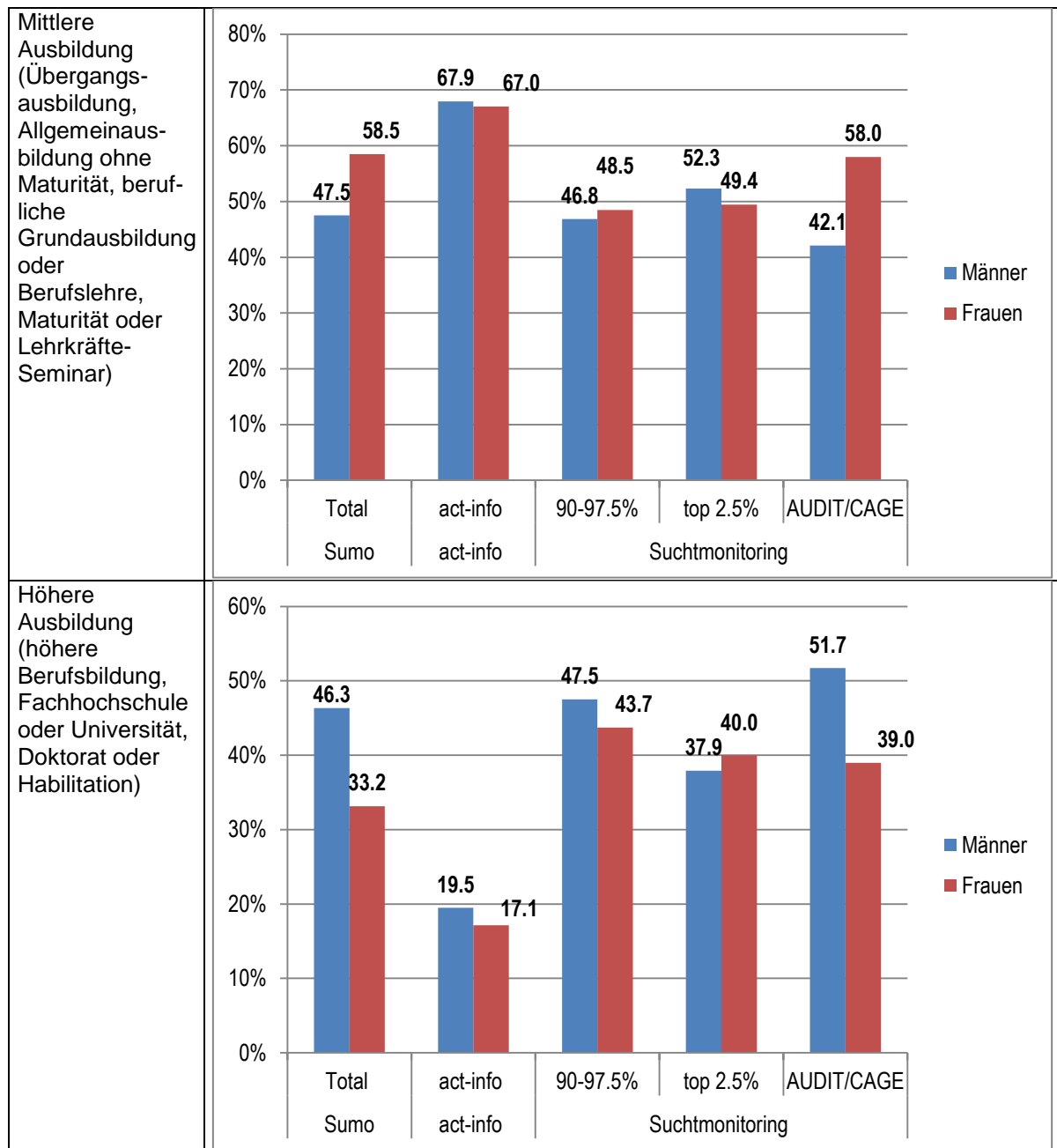
Erhoben worden ist die höchste abgeschlossene formale Ausbildung. Personen mit höherer formaler Ausbildung befinden sich deutlich seltener im Klientel von *act-info* als in der Gesamtbevölkerung. Dies gilt für Männer (19.5% versus 46.3%) noch stärker als für Frauen (17.1% versus 33.2%). Männer aus hohen Bildungsschichten gehen also seltener nicht in Behandlung/Beratung als Frauen. Jedoch ist bei beiden Geschlechtern der Anteil an höherer formaler Bildung in Beratung und Behandlung geringer als in der Gesamtbevölkerung, einschliesslich der problematisch Konsumierenden Gesamtbevölkerung. Da der Risikokonsum in der Allgemeinbevölkerung ganz allgemein sich im Bildungsniveau ähnlich verteilt wie das Bildungsniveau in der Gesamtbevölkerung (Frauen haben häufiger als Männer eine nur obligatorische Ausbildung und kommen seltener aus der höheren Bildungsstufe), kann festgehalten werden, dass diese Unterrepräsentierung der höhere Bildungsschichten in Behandlungs- und Beratungseinrichtungen nicht damit zu tun hat, dass Frauen seltener risikoreich oder problematisch Alkohol konsumieren als Männer.

Die allgemeinen Bildungsunterschiede zwischen Frauen und Männern finden sich in etwa auch bei problematisch Konsumierenden in der Allgemeinbevölkerung wieder, wobei dies nicht völlig konsistent über die verschiedenen Indikatoren des problematischen Alkoholkonsums hinweg ist. In der Allgemeinbevölkerung haben mehr Frauen als Männer eine obligatorische oder keine Ausbildung und dies ist auch bei *act-info* und in den Perzentilen mit dem höchsten Konsum der Fall (jedoch nicht auf dem AUDIT/CAGE-Indikator). Ebenso gibt es weniger Frauen als Männer mit höherer Ausbildung in der Gesamtbevölkerung und dies ist auch beim 90.-97.5. Perzentil mit dem höchsten Konsum und beim CAGE der Fall (jedoch nicht im top 2.5. Perzentil).

Mit anderen Worten sind Frauen und Männer aus höheren Bildungsschichten im Beratungs- und Behandlungssektor unterrepräsentiert, jene mit mittlerer und obligatorischer (oder keiner abgeschlossenen) Ausbildung sind überrepräsentiert.

Abbildung 3.1.14 Anteile Personen nach formaler Ausbildung in der Allgemeinbevölkerung und in *act-info*-Residual/*act-info*-SAMBAD bei 25- bis 64-Jährigen, Suchtmonitoring 2011-2016, *act-info* 2013-2016





**Bemerkungen:** 100% (bis auf Rundungsungenauigkeiten) ergeben die Summe über die Ausbildungen pro Kategorie (z.B. Total Frauen: 8.3% (obligatorisch) + 58.5% (mittlere Ausbildung) + 33.2% (höhere Ausbildung) = 100%); Sumo=Suchtmonitoring; 90-97.5% und top 2.5% beziehen sich auf die Perzentile mit dem höchsten Konsum im Suchtmonitoring; CAGE/AUDIT bezeichnet risikoreichen Konsum mit mindestens einem Kriterium CAGE oder 8 und mehr Punkte auf dem AUDIT.

100% ergeben pro Geschlecht und Kategorie die Prozentsätze über die Bildungsstufen obligatorische oder keine Ausbildung, mittlere und höhere Ausbildung. Beispielsweise haben bei den 25- bis 64-jährigen Männern im Sumo total 6.1% keine oder eine obligatorische Ausbildung, 47.5% eine mittlere und 46.3% eine höhere Ausbildung. Die Summe ergibt 99.9% (Rundungsungenauigkeiten).

**Lesebeispiel:** 15.8% der weiblichen Klientel in act-info haben eine obligatorische oder keine Ausbildung, in der Allgemeinbevölkerung (Sumo Total) sind es 8.3%.

**Schlussfolgerung:**

Personen mit höherer Ausbildung sind in Behandlung und Beratung deutlich unterrepräsentiert, entsprechend sind Personen mit obligatorischer oder keiner Ausbildung klar überrepräsentiert. Letzteres zeigt sich auch bei den top 2.5% mit dem höchsten Alkoholkonsum in der Allgemeinbevölkerung. Gerade in Bezug auf die formale Bildung könnte dies auf der einen Seite auf eine fehlende Chancengleichheit für problematisch konsumierende Personen mit höherer formaler Bildung beim Zugang zum Behandlungssektor hindeuten.

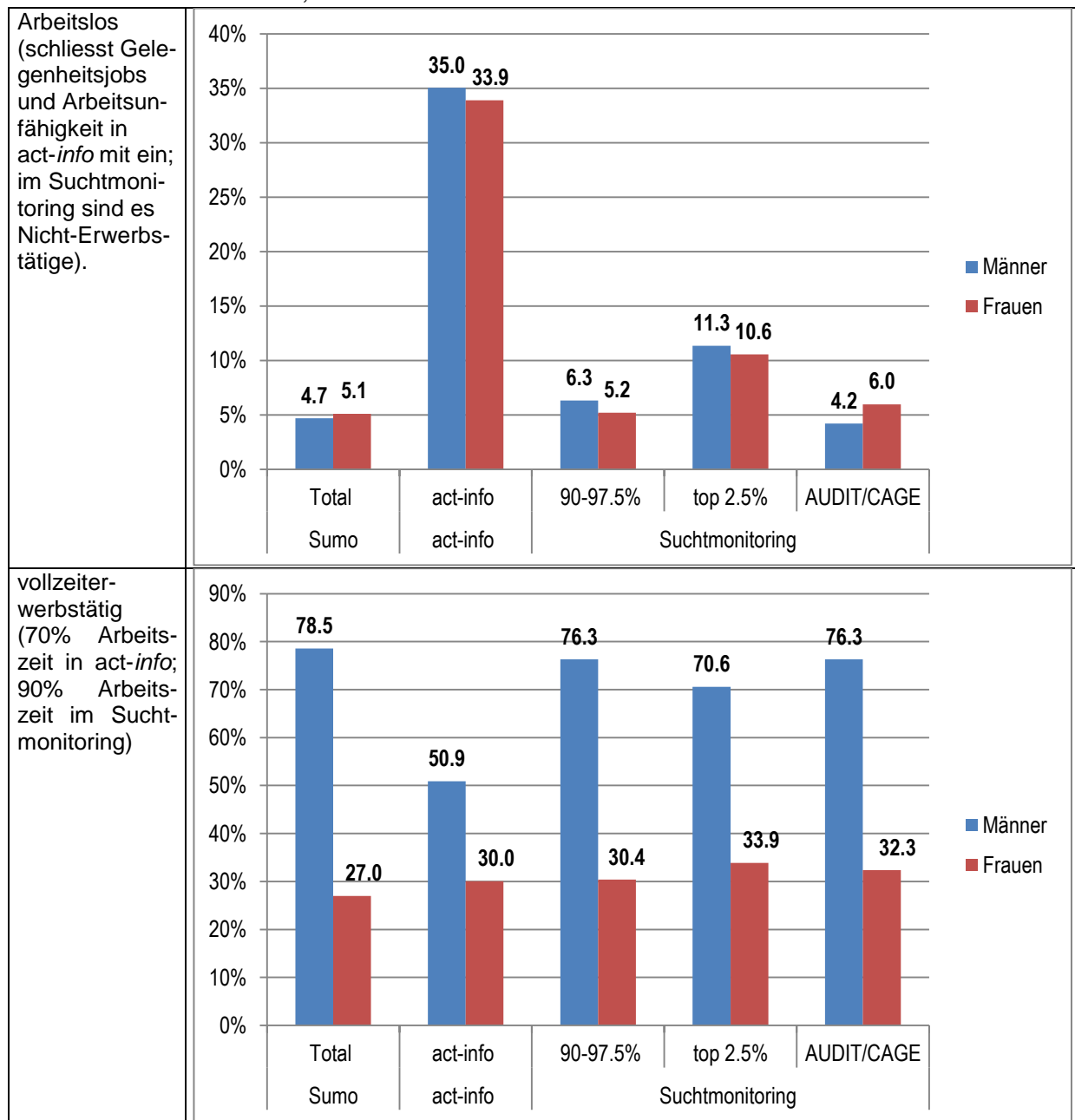
Auf der anderen Seite heisst das aber auch, dass für Personen mit niedriger und mittlerer formaler Bildung dieser Zugang gewährt ist. Es ist dabei auch zu bedenken, dass Personen mit höherer Bildung öfter auch mehr finanzielle Möglichkeiten haben, so dass sie vielleicht private Angebote nutzen, die nicht in die *act-info* Statistik einfließen. Zu vermuten ist aber auch, dass Personen mit höherer Ausbildung ihren Konsum besser kaschieren können. Eine Sensibilisierung höherer Bildungsschichten für die Annahme von Beratung und Behandlung könnte sinnvoll sein.

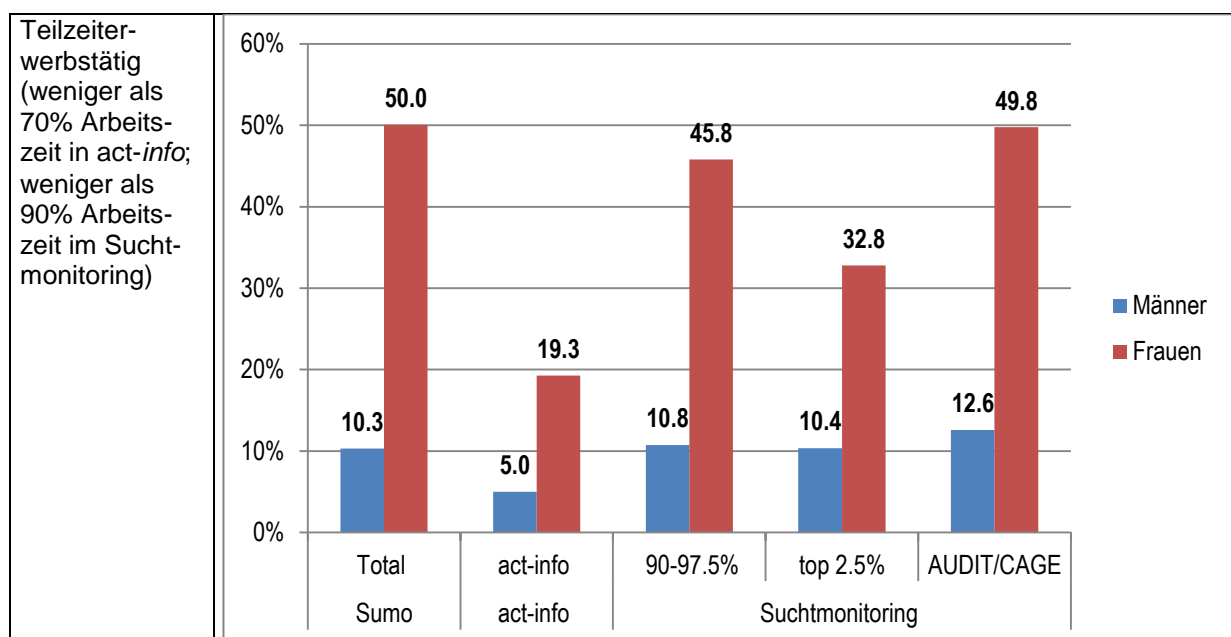
### 3.1.4.5 Chancengleichheit und Erwerbsstatus

Die Definitionen des Erwerbsstatus sind im Suchtmonitoring und in *act-info* nicht identisch. Vollzeitarbeit sind 70% oder mehr in *act-info*, jedoch 90% oder mehr im Suchtmonitoring. Im Suchtmonitoring wurde "nicht-erwerbstätig" neben "in Ausbildung", "Rentner/Rentnerin" und "Hausfrau/Hausmann" erfragt, in *act-info* wurde "arbeitslos", "Arbeitsunfähigkeit" und "Gelegenheitsjobs" als "Arbeitslosigkeit" zusammengefasst. Dieser Unterschiede in den Definitionen des Erwerbsstatus erklären jedoch nicht die teilweise enormen Unterschiede von Personen in der Allgemeinbevölkerung und im Behandlungs-/Beratungssektor.

Es zeigt sich, dass Arbeitslose im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in Beratung/Behandlung deutlich häufiger anzutreffen sind als in der Allgemeinbevölkerung (Abbildung 3.1.15). Entsprechend gibt es deutlich weniger Erwerbstätige (Vollzeit und Teilzeit), wobei diese Unterschiede sich im Wesentlichen bei der Vollzeitarbeit bei den Männern und der Teilzeitarbeit bei den Frauen zeigen. Frauen sind in der Schweiz generell wesentlich häufiger als Männer teilzeiterwerbstätig. Diese Unterschiede zeigen sich auch bei den Personen mit dem top 2.5% höchsten Alkoholkonsum in der Allgemeinbevölkerung, wobei sie weniger stark ausgeprägt sind als im Behandlungs-/Beratungssektor. Beispielsweise sind 50.0% der Frauen zwischen 25 und 64 Jahren in der Gesamtbevölkerung teilzeiterwerbstätig. Bei den top 2.5% mit dem höchsten Konsum sind es 32.8% in *act-info* nur 19.3%.

Abbildung 3.1.15 Anteile Personen nach Erwerbsstatus in der Allgemeinbevölkerung und in act-info-Residalc/act-info-SAMBAD bei 25- bis 64-Jährigen, Suchtmonitoring 2011-2016, act-info 2013-2016





**Bemerkungen:** 100% ergeben die Summe über den Erwerbsstatus pro Kategorie (z.B. für Total oder top 2.5%) zuzüglich dem Prozentsatz an Personen in Ausbildung, Hausfrau/Hausmann, Rentner und Rentnerinnen und "anderes", die wegen geringer Prozentanteile nicht berichtet werden.

Beispielsweise sind bei den 25- bis 64-jährigen Männern im Sumo total 4.7% arbeitslos, 78.5% vollzeiterwerbstätig und 10.3% teilzeiterwerbstätig. Die Summe ergibt 93.5%. Die restlichen 6.5% verteilen sich über die Kategorien Ausbildung, Hausfrau/Hausmann, Rentner und Rentnerinnen und "anderes".

**Lesebeispiel:** 33.9% der weiblichen Klientel in act-info sind arbeitslos, in der Allgemeinbevölkerung (Sumo Total) sind es 5.1%.

### Schlussfolgerung:

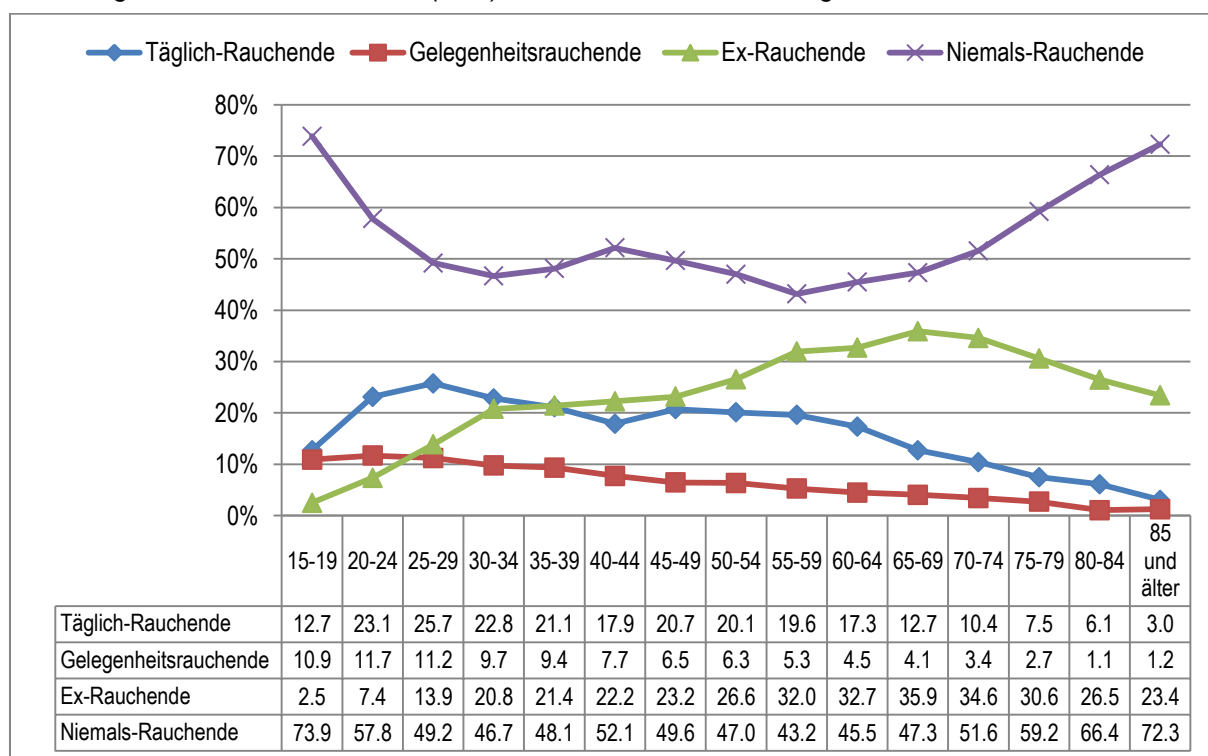
Problematisch Alkoholkonsumierende sind häufiger nicht erwerbstätig oder arbeitslos als die Gesamtbevölkerung. Dies gilt für die problematisch Konsumierenden in der Allgemeinbevölkerung (insbesondere für die top 2.5% mit dem höchsten Konsum) aber noch deutlich stärker für Personen im Beratungs-/Behandlungssektor. Dies bedeutet, dass die Überrepräsentierung von Arbeitslosen (bzw. Nicht-Erwerbstätigen) im Beratungs-/Behandlungssektor nicht alleine durch ungleiche Chancen für Nicht-Erwerbstätige beim Zugang zu diesen Institutionen entsteht, sondern auch darin begründet ist, dass Arbeitslose stärker Alkohol konsumieren (sich z.B. vermehrt in den top 2.5% mit dem höchsten Konsum befinden). Die Deutlichkeit des Unterschieds zwischen act-info und der Allgemeinbevölkerung legt jedoch die Vermutung nahe, dass Erwerbstätige entweder andere Zugänge zu Behandlung und Beratung haben (z.B. private Kliniken) oder der Leidensdruck durch noch nicht entstandene Erwerbslosigkeit nicht so hoch ist, sich in Beratung oder Behandlung zu begeben.

Dies kann auf der einen Seite als gutes Zeichen gesehen werden, nämlich das Erwerbslose kaum durch finanzielle Zwänge von Beratung- und Behandlung abgehalten werden. Auf der anderen Seite bedeutet das aber auch, dass Erwerbstätige mit problematischem Alkoholkonsum nicht ausreichend ermutigt werden, sich Hilfe zu suchen. Die Literatur gibt verschiedene Hinweise darauf, dass Erwerbstätige eher Hilfeangebote meiden; sei es, weil sie von Kollegen gedeckt werden, noch ausreichend auf der Arbeit funktionieren oder aber die Stigmatisierung fürchten und so ihren Konsum verschleiern.

### 3.2 Rauchen und soziodemographische Ungleichheiten

Zum Thema Rauchen werden nur die Daten des Suchtmonitorings betrachtet. Abbildung 3.2.1 zeigt, wie sich die Anteile Rauchender, Ex-Rauchender und Nie-Rauchender mit dem Alter entwickeln. Gelegenheitsraucher geht ab einem Alter von 20 Jahren zurück, hier entscheidet sich, ob die Personen zu täglich Rauchenden werden oder wieder mit dem Rauchen aufhören. Entsprechend stark steigt in jungen Jahren das tägliche Rauchen bzw. das Ex-Rauchen. Tägliches Rauchen geht dann ab etwa 30 Jahren zurück, was vermutlich viel mit der Familiengründung und dem Aufziehen von Kindern zu tun hat. Es bleibt dann aber zwischen 45 und 64 Jahren recht stabil. Ab etwa 65 bis 74 Jahren macht sich die erhöhte Sterblichkeit durch Rauchen bemerkbar, die selbst Ex-Rauchende betrifft. Ex-Rauchende sind Personen, die schon mal im Leben geraucht haben, aber nicht in den letzten 12 Monaten vor der Befragung. Die Anteile Nie-Rauchender in der Bevölkerung steigen ab diesem Alter stark an. Dagegen nehmen die Anteile an Jemals-Rauchenden (d.h., an Ex-Rauchenden und Rauchenden) ab.

Abbildung 3.2.1 Rauchstatus (in %) nach Alter, Suchtmonitoring 2011-2016

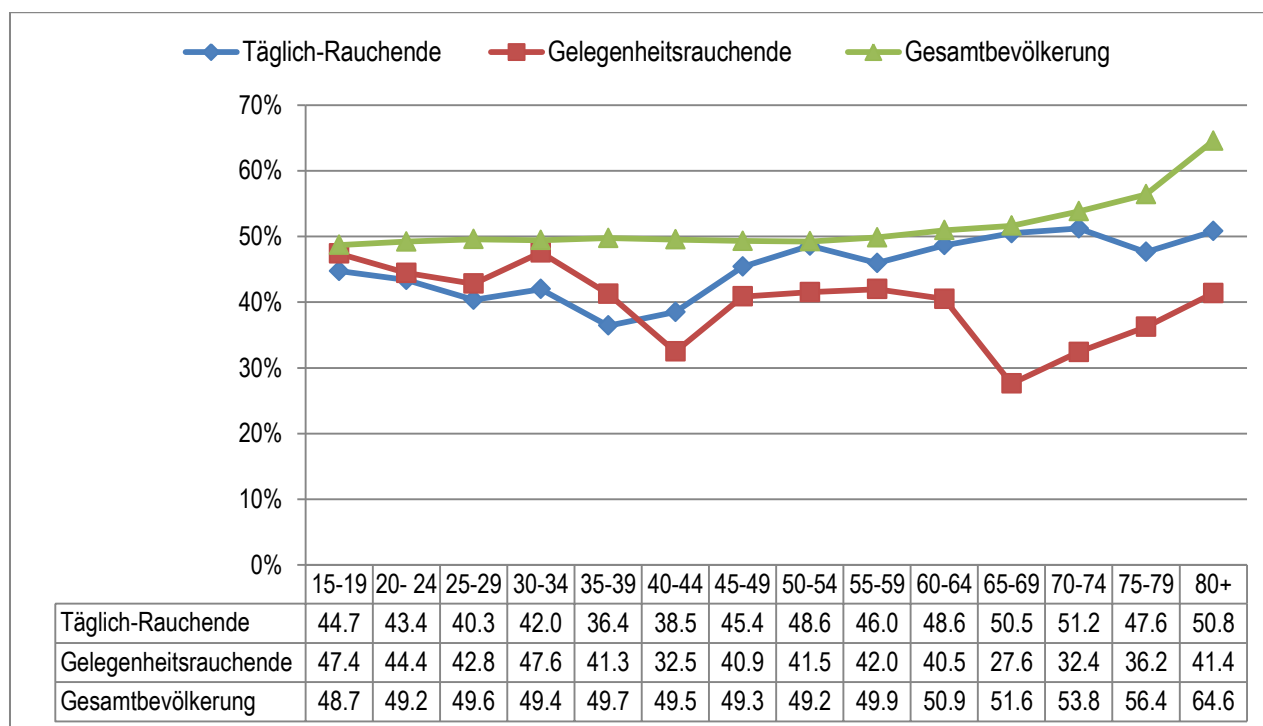




### 3.2.1 Rauchen nach Geschlecht und Alter

Der Anteil rauchender Frauen liegt in allen Altersgruppen unter jenem von Frauen in der Gesamtbevölkerung (Abbildung 3.2.2). Auffällig ist das bei täglich rauchenden Frauen im Alter zwischen 25 und 44 Jahren. Da dies vermutlich mit der Familiengründung zu tun haben dürfte, so könnte man daraus schliessen, dass sich Männer zumindest weniger in dieser Zeit an der Rücksichtnahme auf Kinder beteiligen. Auf der anderen Seite steigt dann gerade beim täglichen Rauchen ab 45 Jahren der Frauenanteil wieder an, was bedeuten könnte, dass Frauen mit dem Erwachsenwerden der Kinder wieder vermehrt zu den "alten" Rauchgewohnheiten zurückkehren.

Abbildung 3.2.2 Anteil an Frauen (in%) in der Gesamtbevölkerung und bei Täglich- und Gelegenheitsrauchenden, Suchtmonitoring 2011-2016



### 3.2.2 Rauchen nach soziodemographischen Merkmalen

Die folgenden Analysen beziehen sich aus den folgenden zwei Gründen nur auf 25- bis 64-Jährige. Zum einen steigt das tägliche Rauchen ab etwa 25 Jahren nicht mehr an und das Rauchen geht ab einem Alter von 64 Jahren stark zurück. Zum anderen sind verschiedene soziodemographische Indikatoren in jungen Jahren bei Anstiegen des Rauchens bzw. im Rentenalter bei Anstiegen von nie-rauchenden Personen weniger aussagekräftig. Beispielsweise sind die formale Bildung bzw. der berufliche Werdegang selten in jungen Jahren schon abgeschlossen. Bei den Senioren verzerrern zunehmend Verrentungen aber auch Verwitwungen klassische soziodemographische Indikatoren. Wir beziehen uns also auf eine Altersgruppe, in der zum einen das Rauchen relativ stabil ist, zum anderen aber auch Indikatoren zum Erwerbsstatus und Bildung aussagekräftig sind.

Um ggf. Dosis-Wirkungs-Beziehungen untersuchen zu können, wurde der Rauchstatus in vier Stufen unterteilt.

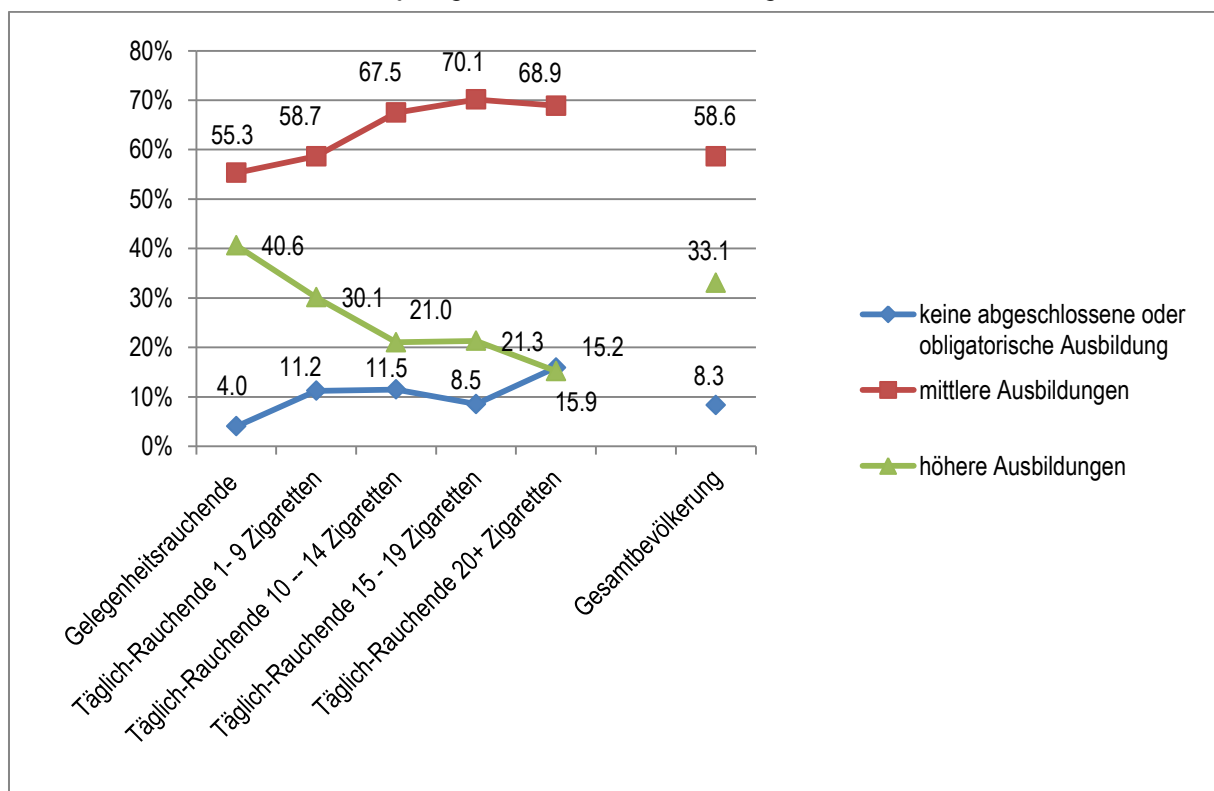
- 6) Gelegenheitsrauchen; kein tägliches Rauchen,
- 7) tägliches Rauchen von 1-9 Zigaretten,
- 8) tägliches Rauchen von 10-14 Zigaretten,
- 9) tägliches Rauchen von 15-19 Zigaretten,
- 10) tägliches Rauchen von 20 oder mehr Zigaretten.

### 3.2.2.1 Rauchen und formale Bildung

Abbildung 3.2.3. zeigt, welche Anteile Rauchender von verschiedenen Mengen (Gelegenheitsrauchende und Täglich-Rauchende nach Anzahl gerauchter Zigaretten), welche formale Bildungsstufe abgeschlossen haben. Es ist wichtig zu verstehen, dass dies keine Rauchenprävalenzen sind, sondern Anteile an Personen in verschiedenen abgeschlossenen Bildungsstufen nach Rauchstatus.

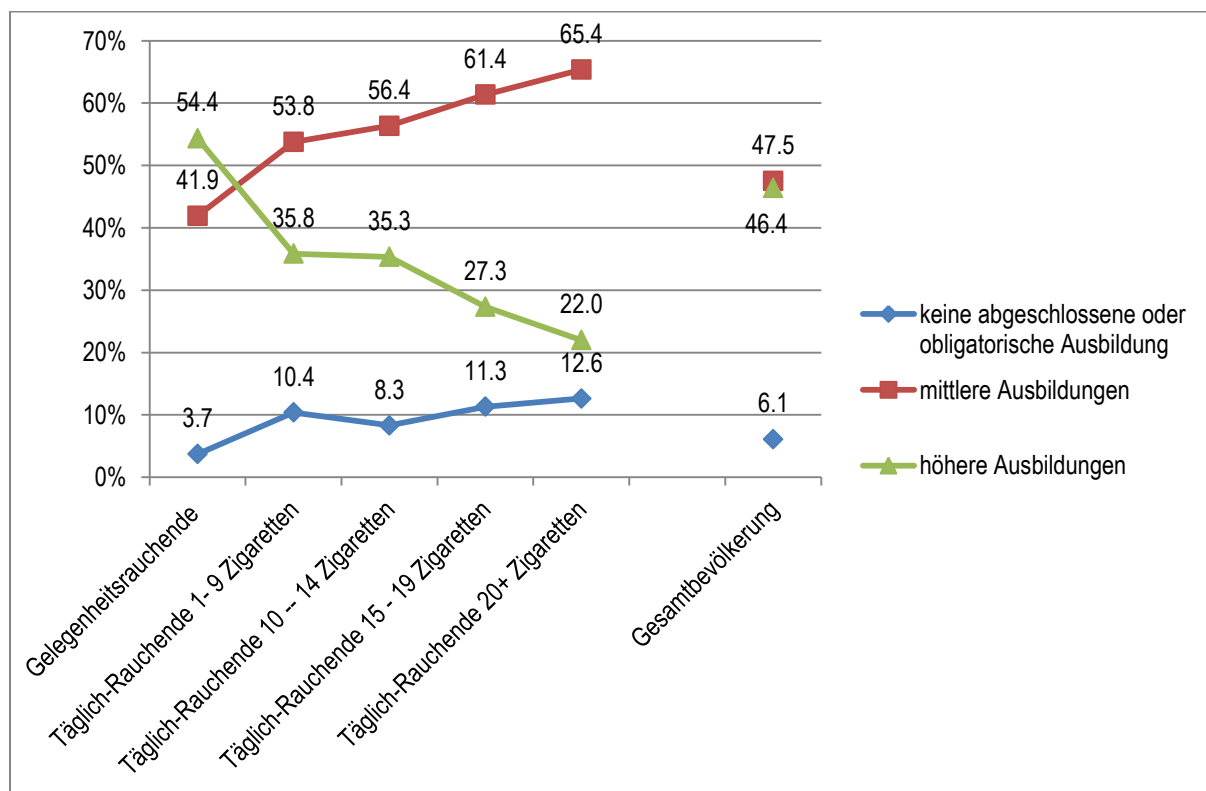
Wie Abbildungen 3.2.3. (Frauen) und 3.2.4 (Männer) zeigen, hat Rauchen eine starke Bildungskomponente und diese steht in einer Dosis-Wirkungsbeziehung. Ein Beispiel soll das verdeutlichen. Bei den Männern haben in der Gesamtbevölkerung 46.4% eine höhere Ausbildung. Bei den Gelegenheitsrauchern kommen 54.4%, also überproportional, aus den höheren Bildungsschichten. Beim täglichen Rauchen dreht sich dieses Verhältnis jedoch um und die Diskrepanz wird mit steigender Rauchmenge grösser. Täglich-Rauchende von 1-9 Zigaretten haben nur zu 35.8% eine höhere formale Ausbildung (gegenüber 46.4% der Gesamtbevölkerung) und bei den täglichen Rauchern von 20 oder mehr Zigaretten sind es 22.0%, die aus den höheren Bildungsschichten kommen. Entsprechend nehmen mit der Rauchmenge die Anteile an Männern mit keiner oder obligatorischer bzw. mittlerer Ausbildung zu. Beispielsweise gibt es in der Gesamtbevölkerung der 25- bis 64-jährigen Männer nur 6.1% mit keiner oder obligatorischer Ausbildung. Bei den Rauchern von 20 oder mehr Zigaretten ist der Anteil doppelt so hoch (12.6%). Vergleichbare Entwicklungen finden sich bei den Frauen.

Abbildung 3.2.3 Prozentanteile formaler Bildung (in %) nach Menge gerauchter Zigaretten, 25- bis 64-jährige Frauen, Suchtmonitoring 2011-2016



**Lesebeispiel:** In der weiblichen Gesamtbevölkerung dieses Alters haben 33.1% eine höhere Ausbildung. Bei Täglich-Rauchenden von 20 und mehr Zigaretten haben nur 15.2% eine höhere Ausbildung. Auf der anderen Seite haben in der Gesamtbevölkerung nur 8.3% keine abgeschlossene oder nur eine obligatorische Ausbildung. Bei rauchenden Frauen mit einem Konsum von 20 oder mehr Zigaretten sind es 15.2%. Täglich Rauchende kommen eher aus niedrigeren Bildungsschichten und seltener aus höheren Bildungsschichten. Pro Rauchenkategorie (und in der Gesamtbevölkerung) ergeben sich 100% über die Ausbildungsstufen.

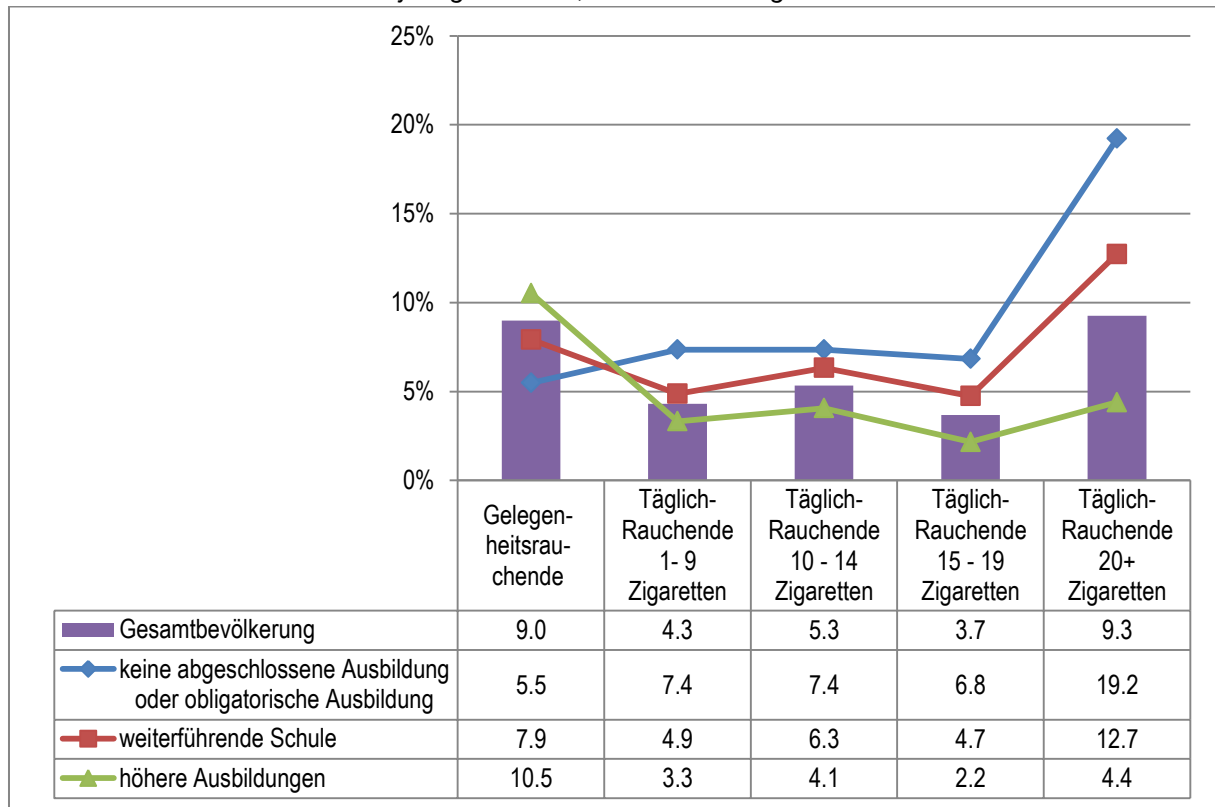
Abbildung 3.2.4 Prozentanteile formaler Bildung (in %) nach Menge gerauchter Zigaretten, 25- bis 64-jährige Männer, Suchtmonitoring 2011-2016



**Lesebeispiel:** In der männlichen Gesamtbevölkerung dieses Alters haben 46.4% eine höhere Ausbildung. Bei Täglich-Rauchenden von 20 und mehr Zigaretten haben nur 22.0% eine höhere Ausbildung. Auf der anderen Seite haben in der Gesamtbevölkerung nur 6.1% keine abgeschlossene oder nur ein obligatorische Ausbildung. Bei rauchenden Männern mit einem Konsum von 20 oder mehr Zigaretten sind es 12.6%. Täglich Rauchende kommen eher aus niedrigeren Bildungsschichten und seltener aus höheren Bildungsschichten. Pro Rauchenkategorie (und in der Gesamtbevölkerung) ergeben sich 100% über alle Ausbildungsstufen.

Die Darstellung von Anteilen verschiedener Bildungsstufen bei Rauchenden verschiedener Mengen mag etwas gewöhnungsbedürftig sein, sie ist aber nach unserem Empfinden wesentlich klarer als jene von Rauchenprävalenzen. Abbildung 3.2.5 zeigt die gleichen Daten wie in Abbildung 3.2.4 für die Männer, jedoch hier die Rauchenprävalenzen nach abgeschlossener formaler Bildung.

Abbildung 3.2.5 Prävalenzen des Rauchens verschiedener Mengen nach Bildungsstand (in %), 25- bis 64-jährige Männer, Suchtmonitoring 2011-2016

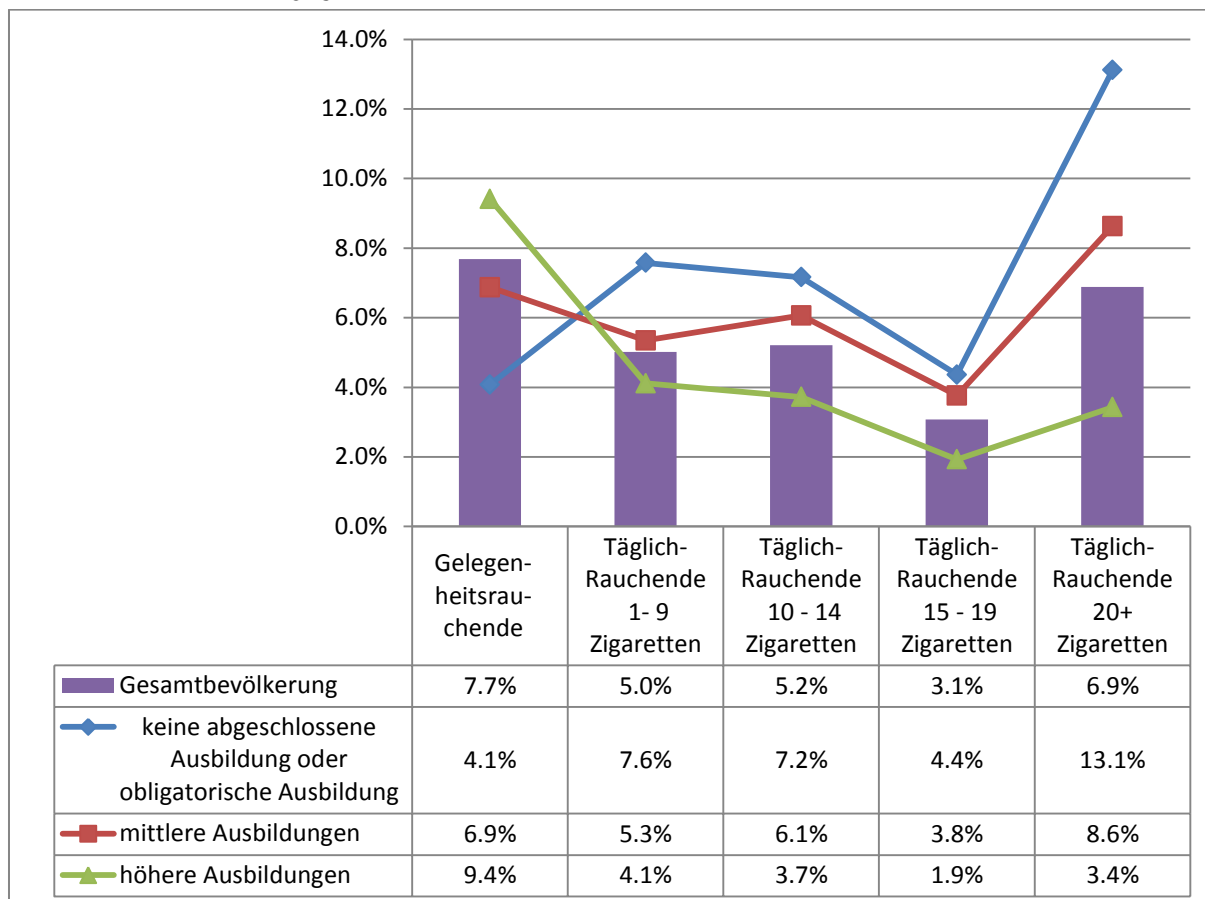


**Lesebeispiel:** In der männlichen Gesamtbevölkerung dieses Alters rauchen 9.3% 20 oder mehr Zigaretten. Bei Personen mit keiner oder obligatorischer Ausbildung sind 19.2% bei jenen mit höherer Ausbildung jedoch nur 4.4%. 100% ergeben sich pro Ausbildungskategorie zusammen mit den nicht dargestellten Nie-Rauchenden und Ex-Rauchenden.

Zwar lässt sich auch in Abbildung 3.2.5 erkennen, dass Männer mit höherer Schulbildung seltener täglich rauchen als Männer mit niedrigerer Schulbildung, jedoch ist die graduelle Zunahme mit der Rauchmenge schwer zu erkennen, weil diese vom relativen Ausgangsniveau abhängt. Die Prävalenz Täglich-Rauchender von 15-19 Zigaretten ist kleiner (3.7% in der Gesamtbevölkerung) als die von Täglich-Rauchern von 20 oder mehr Zigaretten (9.3%). Man müsste also die relative Veränderung vom Ausgangsniveau messen. Beispielsweise für Rauchende von 15-19 Zigaretten wären die relative Veränderung 83.8%  $((6.8\% - 3.7\%) / 3.7\%)$  bei Männern mit keiner oder obligatorischer Ausbildung; dagegen läge die relative Veränderung bei 106.5%  $((19.2\% - 9.3\%) / 9.3\%)$  bei Rauchenden derselben Bildungsschicht von 20 und mehr Zigaretten; ein steigender Gradient.

Abbildung 3.2.5b zeigt die entsprechenden Ergebnisse für Männer und Frauen zusammengenommen. Das Verhältnis zwischen keine/obligatorische und höhere Ausbildung steigt mit der Rauchmenge von 1.8 (7.6%/4.1%) bei Täglich-Rauchenden von 1-9 Zigaretten auf 3.8 (13.1%/3.4%) bei Täglich-Rauchenden von 20+ Zigaretten. Das heisst die Kluft zwischen den Bildungsstufen wird mit zunehmender Rauchmenge grösser.

Abbildung 3.2.5b Prävalenzen des Rauchens verschiedener Mengen nach Bildungsstand (in %), 25- bis 64-Jährige (Männer und Frauen zusammen), Suchtmonitoring 2011-2016



**Lesebeispiel:** In der Gesamtbevölkerung (Männer und Frauen) dieses Alters rauchen 6.3% 20 oder mehr Zigaretten. Bei Personen mit keiner oder obligatorischer Ausbildung sind es 13.1% bei jenen mit höherer Ausbildung jedoch nur 3.4%. 100% ergeben sich pro Ausbildungskategorie zusammen mit den nicht dargestellten Nie-Rauchenden und Ex-Rauchenden.

#### Kommentar:

Rauchen in der Schweiz hat eine klare Bildungskomponente. Je stärker Männer und Frauen rauchen, desto eher kommen sie aus den formal niedrigeren Bildungsschichten.

Die Anteile der Bildungsschicht nach dem Rauchstatus darzustellen, hat den Vorteil, direkt vergleichbar zu sein. Wir haben uns aus diesen Gründen entschieden, unsere Interpretationen weitestgehend nicht auf die Darstellung der Raucherprävalenzen zu basieren, sondern auf jene der Anteile der jeweiligen soziodemographischen Merkmale.

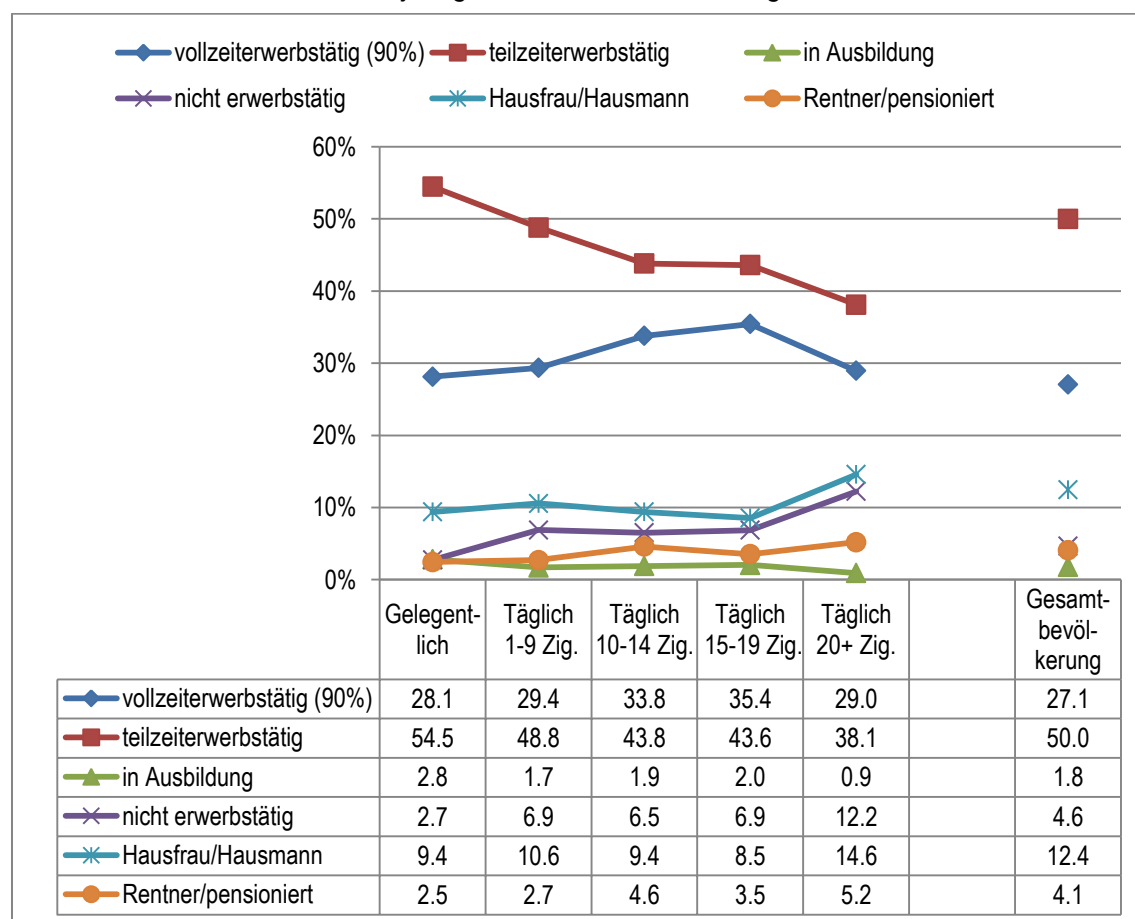
#### 3.2.2.2 Rauchen und Erwerbsstatus

Die Abbildungen 3.2.6 und 3.2.7 zeigen die Anteile von Frauen und Männern im jeweiligen Erwerbsstatus nach der Menge gerauchter Zigaretten. Bekanntermassen sind die meisten Frauen in der Schweiz teilzeiterwerbstätig (nämlich 50% in der Altersgruppe der 25- bis 64-Jährigen), Männer

dagegen (78.6%) sind in der Regel vollzeiterwerbstätig. Diese klassischen "Rollenbilder" sind mit dem Rauchen assoziiert. Es sind weniger Männer als in der Gesamtbevölkerung vollzeiterwerbstätig, wenn sie täglich Rauchen. Beispielsweise sind 75.6% vollzeiterwerbstätig (gegenüber 78.6% in der Gesamtbevölkerung), wenn sie täglich 1-9 Zigaretten rauchen, und 72.4% sind vollzeiterwerbstätig, wenn sie täglich 20 oder mehr Zigaretten rauchen. Bei den Frauen sind Teilzeiterwerbstätige seltener als in der Gesamtbevölkerung vertreten, wenn sie täglich rauchen. Der Unterschied zur Gesamtbevölkerung (50% teilzeiterwerbstätig) nimmt bei den Frauen in einer Dosis-Wirkungsbeziehung zu. So sind bei den täglich rauchenden Frauen von 1-9 Zigaretten 48.8% teilzeiterwerbstätig, jedoch nur noch 38.1%, wenn sie 20 Zigaretten oder mehr rauchen.

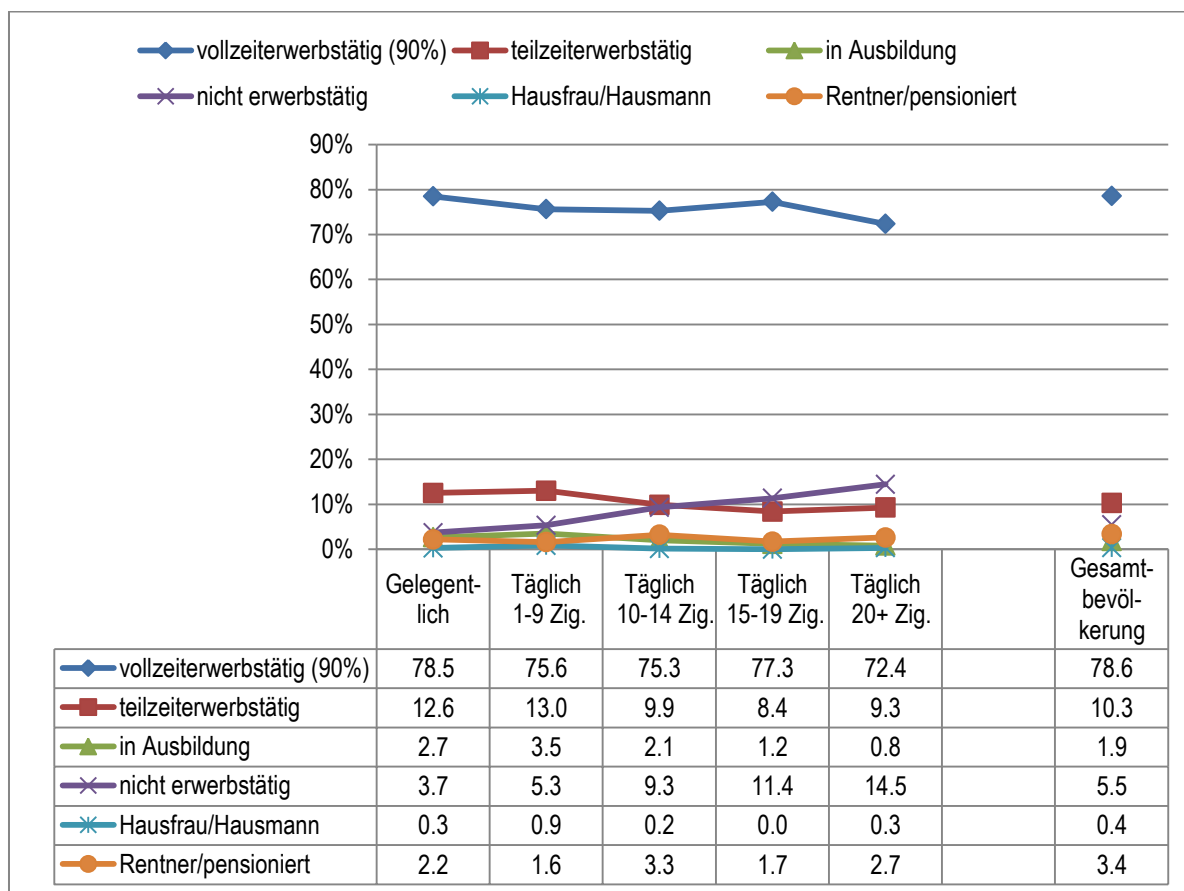
Dagegen sind rauchende Frauen bei den Vollzeiterwerbstätigen übervertreten. Dies nimmt auch mit der Rauchmenge mit Ausnahme des sehr starken Rauchens von 20 oder mehr Zigaretten zu. Ein Grund könnte die Übernahme männlicher Rollenbilder sein. Wenn Frauen vollzeiterwerbstätig sind und sich so eher männlichen Rollenbildern annähern, so rauchen sie auch häufiger. Stimmt diese Hypothese, so hätten die Frauen ein falsches Rollenbild, denn Männer rauchen zwar insgesamt häufiger als Frauen, aber vollzeiterwerbstätige Männer rauchen seltener als die Gesamtbevölkerung.

Abbildung 3.2.6 Prozentanteile des Erwerbsstatus (in %) nach Menge gerauchter Zigaretten, 25- bis 64-jährige Frauen, Suchtmonitoring 2011-2016



**Lesebeispiel:** In der weiblichen Gesamtbevölkerung dieses Alters sind 4.6% nicht erwerbstätig. Bei Täglich-Rauchenden von 15-19 Zigaretten sind es 6.9% bei jenen von 20 und mehr Zigaretten sind es 12.2%. Generell sind Täglich-Rauchende häufiger nicht erwerbstätig als die Gesamtbevölkerung, dagegen sind sie seltener teilzeiterwerbstätig. Pro Rauchenkategorie (und in der Gesamtbevölkerung) ergeben sich 100% über die Stufen des Erwerbsstatus.

Abbildung 3.2.7 Prozentanteile des Erwerbsstatus (in %) nach Menge gerauchter Zigaretten, 25- bis 64-jährige Männer, Suchtmonitoring 2011-2016

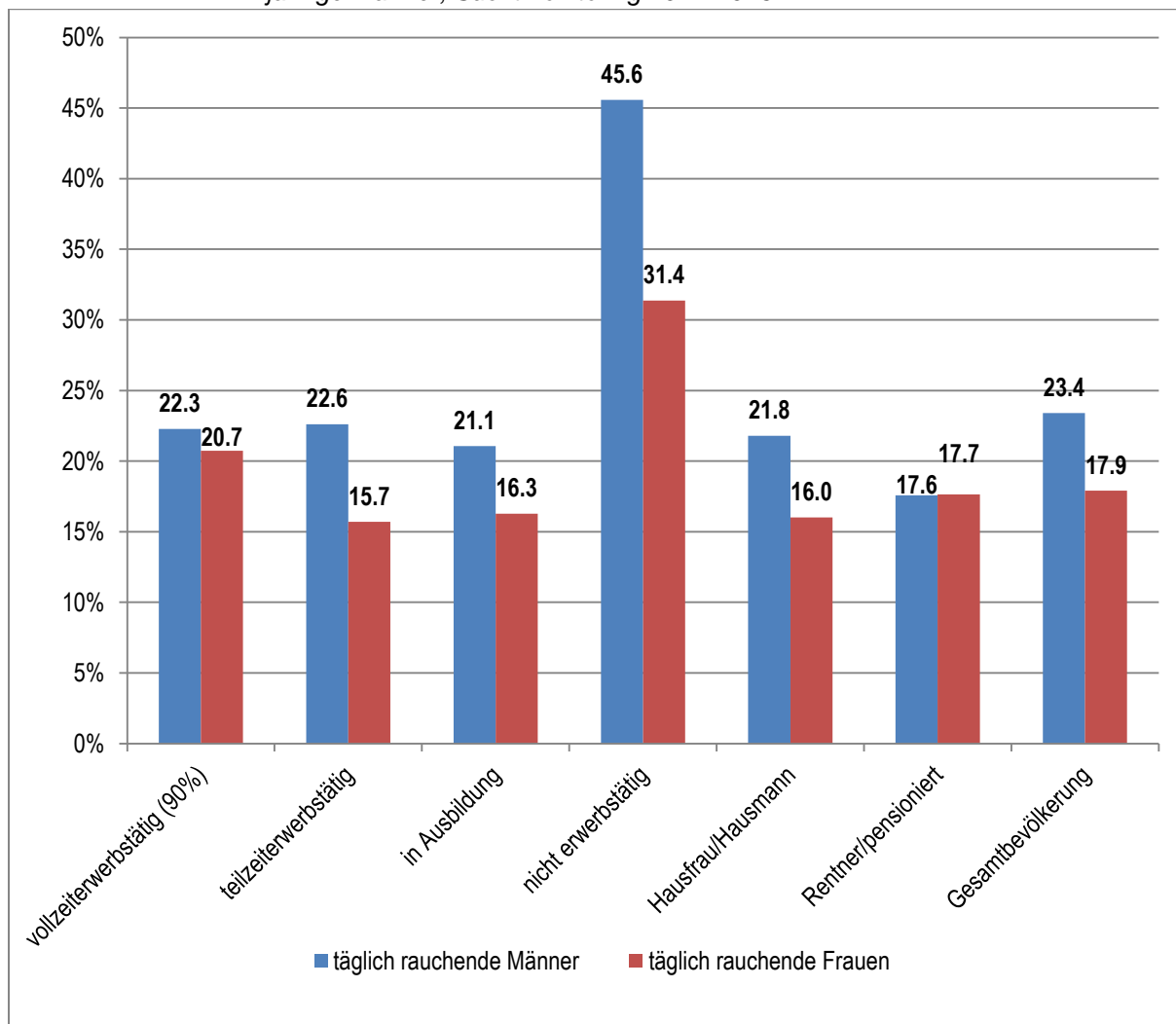


**Lesbeispiel:** In der männlichen Gesamtbevölkerung dieses Alters sind 5.5% nicht erwerbstätig. Bei Täglich-Rauchenden von 15-19 Zigaretten sind es 11.4% bei jenen von 20 und mehr Zigaretten sind es 14.5%. Generell sind Täglich-Rauchende häufiger nicht erwerbstätig als die Gesamtbevölkerung. Pro Rauchenkategorie (und in der Gesamtbevölkerung) ergeben sich 100% über die Kategorien des Erwerbsstatus.

Bei Männern und Frauen steigen die Anteile Nichterwerbstätiger mit der Menge gerauchter Zigaretten; d.h. Nichterwerbstätige rauchen also häufiger und zunehmend stark.

Abbildung 3.2.8 fasst die Ergebnisse nochmals mit den Prävalenzen täglich Rauchender zusammen. Insgesamt gibt es in der Schweiz 23.4% täglich Rauchende bei den 25- bis 64-Jährigen Männern. Über diesem Durchschnitt liegen nur nicht erwerbstätige Männer (mit einer Rauchenprävalenz von 45.6%). Bei den Frauen rauchen 17.9% täglich. Über diesem Durchschnitt in der Gesamtbevölkerung liegen nicht erwerbstätige und vollzeiterwerbstätige Frauen.

Abbildung 3.2.8 Prävalenzen des täglichen Rauchens (in %) nach Erwerbsstatus, 25- bis 64-jährige Männer, Suchtmonitoring 2011-2016



**Lesebeispiel:** In der Gesamtbevölkerung dieses Alters rauchen 23.4% der Männer und 17.9% der Frauen täglich. Bei Nichterwerbstätigen rauchen 45.6% der Männer und 31.4% der Frauen täglich. 100% ergeben sich pro Erwerbskategorie mit nicht Täglich-Rauchenden, Ex-Rauchenden und Nie-Rauchenden.

#### Kommentar:

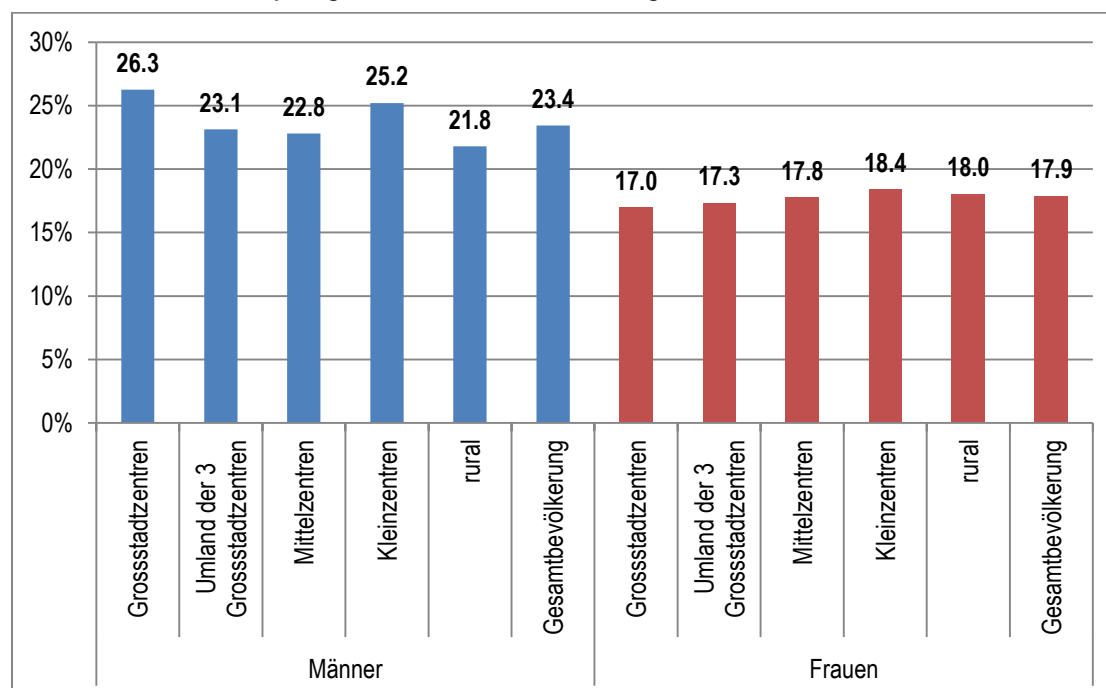
Rauchen hängt bei Männern und Frauen stark mit der Erwerbslosigkeit zusammen und dies in einer Dosis-Wirkungsbeziehung, d.h. je stärker Männer und Frauen rauchen, desto häufiger sind sie nicht-erwerbstätig. Bei den Frauen rauchen Vollzeiterwerbstätige häufiger als in der Gesamtbevölkerung. Wir können nur darüber spekulieren, dass dies mit klassischen Rollenbilder zusammenhängt. Je mehr Frauen in die Arbeitswelt integriert sind desto eher rauchen sie "wie Männer". In der "klassischen" Rolle der Teilzeiterwerbstätigen nehmen bei den Frauen die Anteile Rauchender relativ ab, d.h. es gibt mit zunehmender Rauchmenge anteilmässig immer weniger Frauen die teilzeiterwerbstätig sind.



### 3.2.2.3 Rauchen und Urbanität

Es gibt kaum Unterschiede im Rauchen nach der Urbanität. Frauen rauchen täglich etwas häufiger in ländlichen Gegenden und Kleinzentren, und etwas seltener täglich in Grosszentren und deren Umland (Abbildung 3.2.9). Dies gilt insbesondere für das starke Rauchen (15 Zigaretten und mehr; nicht abgebildet) jedoch nicht für das tägliche Rauchen von weniger als 15 Zigaretten. Bei den Männern ist es umgekehrt. Es rauchen mehr täglich in den Grosszentren, aber es gibt keine Dosis-Wirkungsbeziehung.

Abbildung 3.2.9 Prävalenzen des täglichen Rauchens (in %) nach Wohnsituation, 25- bis 64-jährige Männer, Suchtmonitoring 2011-2016



#### Kommentar:

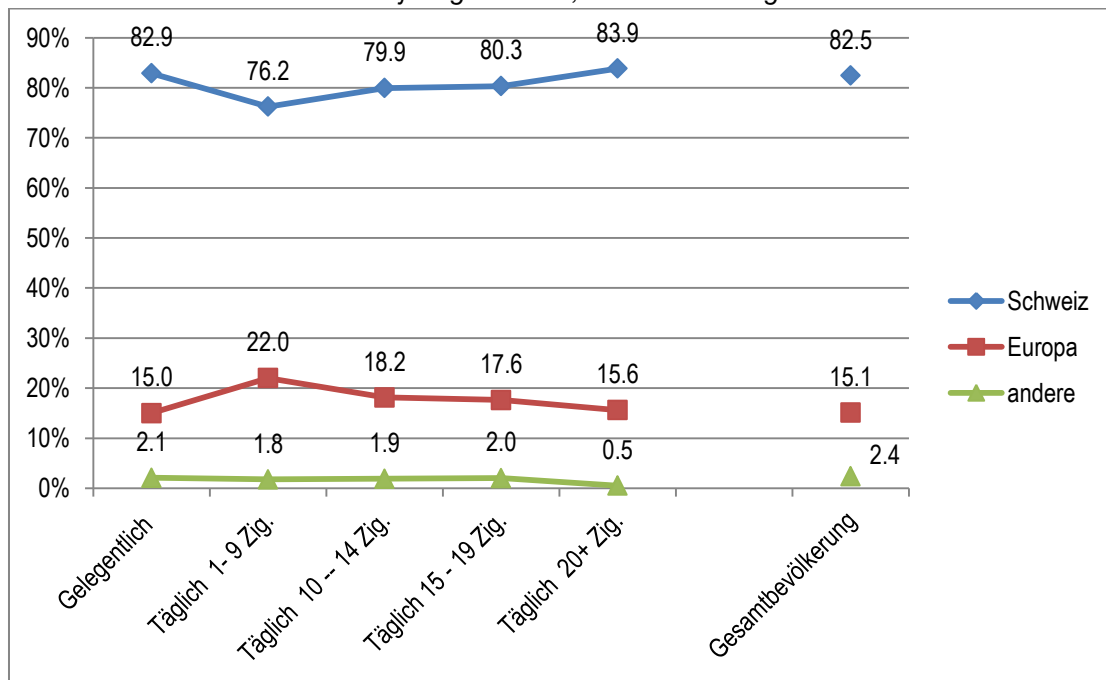
Rauchen zeigt kaum Zusammenhänge mit dem Urbanitätsgrad.

### 3.2.2.4 Rauchen und Migrationshintergrund

Die Anteile täglich rauchender Schweizer Frauen liegt bis auf die stark rauchenden Frauen von 20 oder mehr Zigaretten unter jener der Gesamtbevölkerung, er steigt jedoch mit der Rauchmenge an (Abbildung 3.2.10). Europäische Nicht-Schweizerinnen dagegen sind überproportional bei den Täglich-Rauchenden vertreten, ihre Anteile nehmen jedoch mit der Rauchmenge ab. Beispielsweise sind es 15.1 % Europäerinnen in der Gesamtbevölkerung. Unter den Täglich-rauchenden von 1- 9 Zigaretten sind es 22.0% und bei den Täglich-Rauchenden von 20 oder mehr Zigaretten sind es 15.6%.

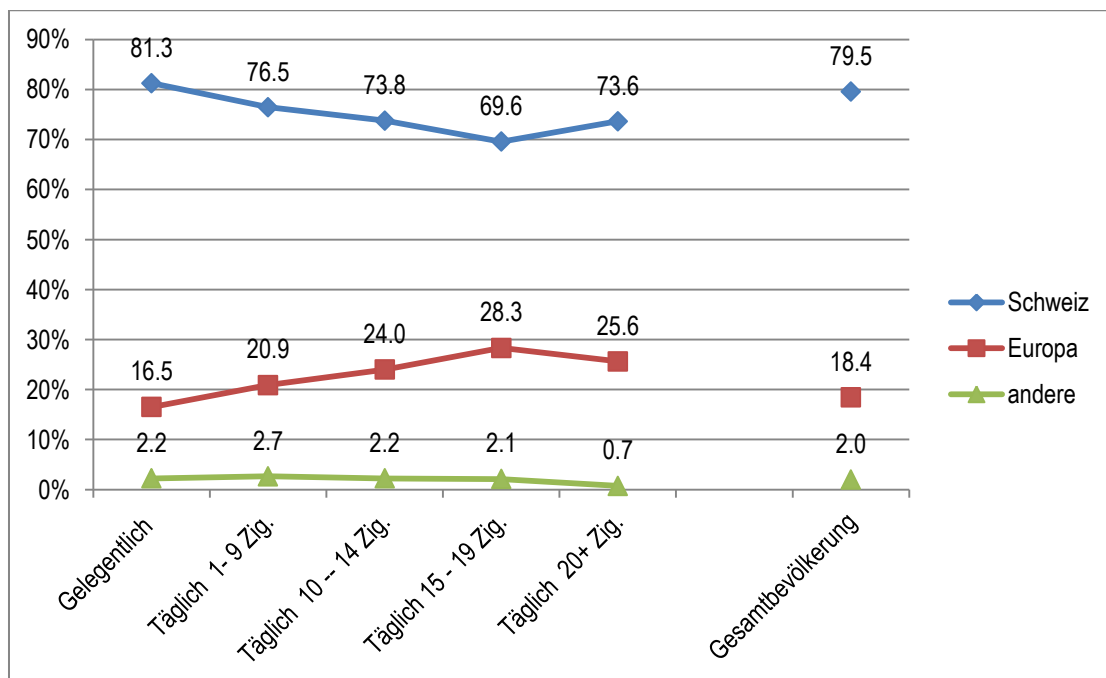
Bei den Männern gibt es dagegen einen recht klaren Trend (leicht eingeschränkt für die starken Raucher von 20 oder mehr Zigaretten): die Anteile Nicht-Schweizer Europäer ist bei Täglich-Rauchenden erhöht und nimmt mit der Rauchmenge zu (Abbildung 3.2.11). Bei den Täglich-Rauchenden nimmt der Anteil Schweizer Männer mit der Rauchmenge ab und alle Täglich-Rauchenden liegen unter dem Bevölkerungsschnitt von 79.5% Männern mit Schweizer Nationalität.

Abbildung 3.2.10 Prozentanteile der Nationalität (in %) nach Menge gerauchter Zigaretten, 25- bis 64-jährige Frauen, Suchtmonitoring 2011-2016



**Lesbeispiel:** In der weiblichen Gesamtbevölkerung dieses Alters kommen 15.1% aus dem Europäischen Ausland. Bei den Täglich-Rauchenden sind es mehr, beispielsweise kommen bei den Täglich-Rauchenden von 1-9 Zigaretten 22% aus dem Europäischen Ausland. Pro Rauchenkategorie (und in der Gesamtbevölkerung) ergeben sich 100% über die Kategorien der Nationalität.

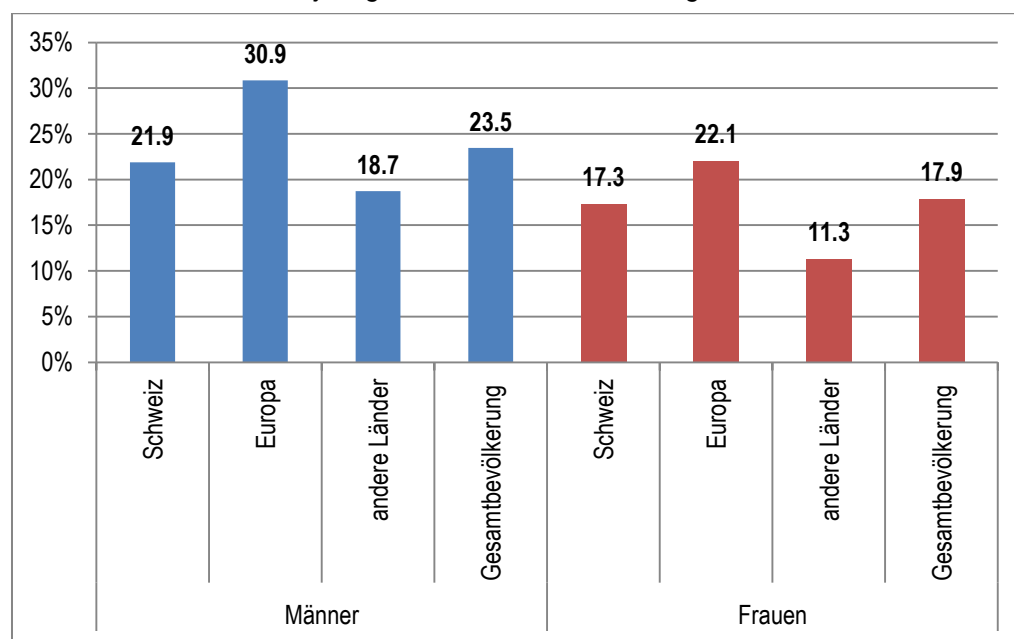
Abbildung 3.2.11 Prozentanteile der Nationalität (in %) nach Menge gerauchter Zigaretten, 25- bis 64-jährige Männer, Suchtmonitoring 2011-2016



**Lesbeispiel:** In der männlichen Gesamtbevölkerung dieses Alters kommen 18.4% aus dem Europäischen Ausland. Bei den Täglich-Rauchenden sind es mehr, beispielsweise kommen bei den Täglich-Rauchenden von 20 oder mehr Zigaretten 25.6% aus dem Europäischen Ausland. Pro Rauchenkategorie (und in der Gesamtbevölkerung) ergeben sich 100% über die Kategorien der Nationalität.

Abbildung 3.2.12 fasst die Ergebnisse für das tägliche Rauchen zusammen. In der Gesamtbevölkerung rauchen 23.5% der Männer und 17.9% der Frauen. Bei den Nicht-Schweizer Europäern sind diese Anteile höher (30.9% der Männer und 22.1% der Frauen). Bei Personen mit Migrationshintergrund aus anderen Ländern liegen die Anteile an Täglich-Rauchenden jedoch niedriger.

Abbildung 3.2.12 Prävalenzen des täglichen Rauchens (in %) nach Migrationshintergrund, 25- bis 64-jährige Männer, Suchtmonitoring 2011-2016



**Lebebeispiel:** In der Gesamtbevölkerung dieses Alters rauchen 23.5% der Männer und 17.9% der Frauen täglich. Bei Personen aus dem Europäischen Ausland rauchen 30.9% der Männer und 22.1% der Frauen täglich. 100% ergeben sich pro Nationalität mit nicht Täglich-Rauchenden, Ex-Rauchenden und Nie-Rauchenden.

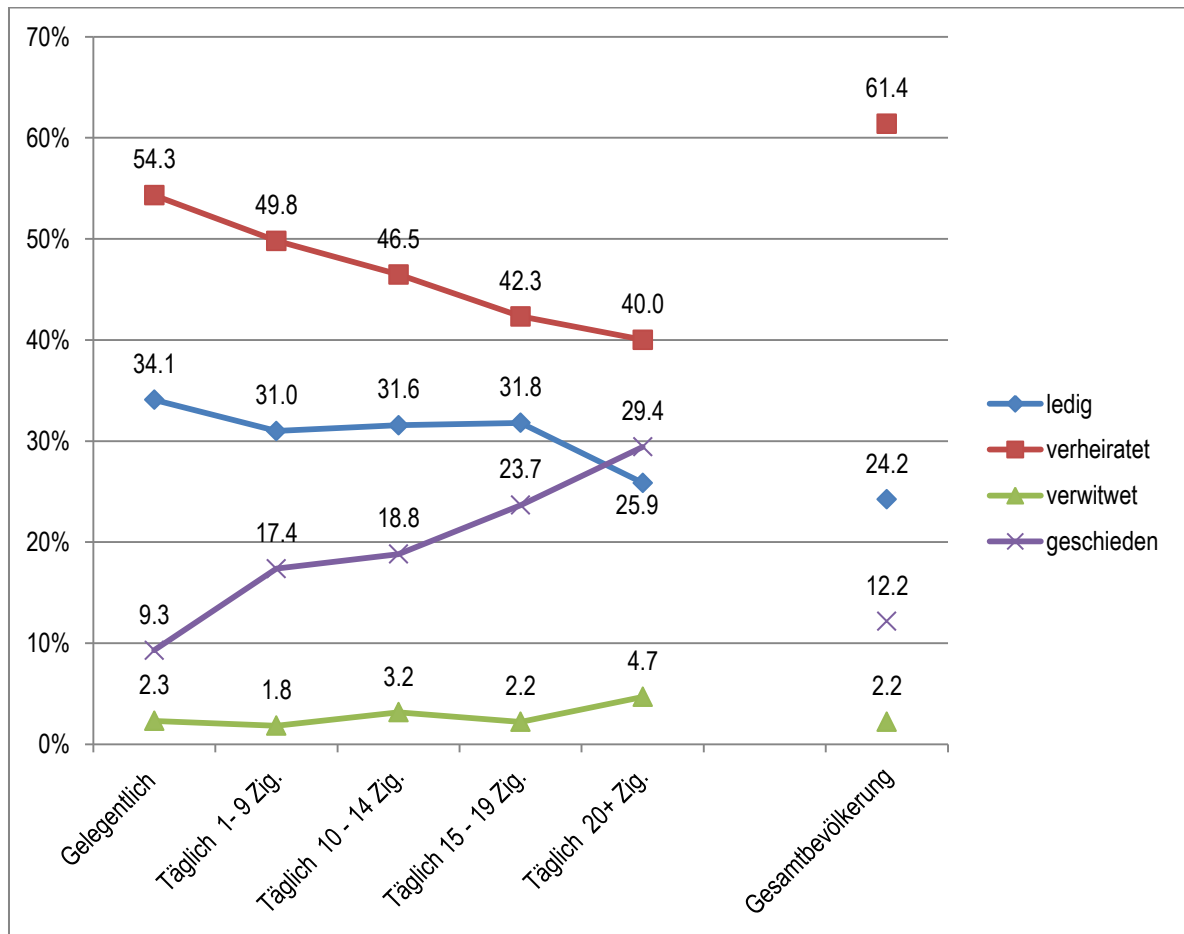
#### Kommentar:

Bei Frauen und Männern sollten vermehrt präventive Anstrengungen bei der Bevölkerung mit Europäischem Migrationshintergrund unternommen werden, da diese häufiger Täglich-Rauchende sind als Schweizer und Schweizerinnen.

#### 3.2.2.5 Rauchen und Zivilstand

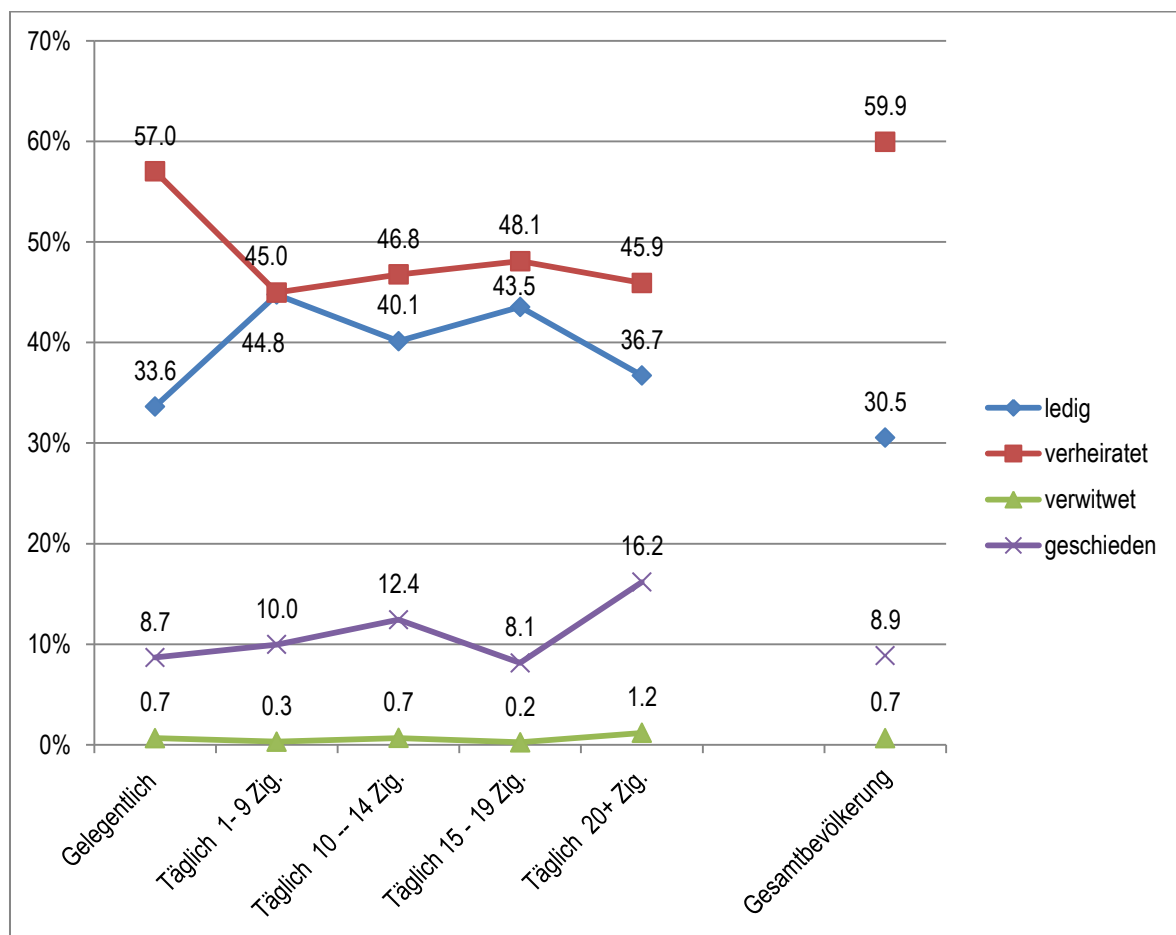
Wie Abbildungen 3.2.13 bis 3.2.15 belegen, ist die Ehe ein protektiver Faktor für das Rauchen. Alleine zu leben, egal ob geschieden, verwitwet oder ledig, ist dagegen ein Risikofaktor. Beispielsweise sind in der Gesamtbevölkerung 59.9% der Männer verheiratet bei den Rauchenden und insbesondere Täglich-Rauchenden sind weniger Männer verheiratet, zum Beispiel nur 45.9% bei den täglich 20 oder mehr Zigaretten Rauchenden. Anders als bei den Frauen sind bei den Männern dabei keine Dosis-Wirkungsbeziehungen zu erkennen. Bei den Männern sind 45.0% der Raucher von 1-9 Zigaretten verheiratet und 45.9% bei den Rauchern von 20 und mehr Zigaretten. Bei den Frauen gibt es dagegen eine klare Dosis-Wirkungsbeziehung. 61.4% aller Frauen im Alter zwischen 25 und 64 Jahren sind verheiratet. Bei den Gelegenheitsraucherinnen sind es 54.3% und der Anteil nimmt kontinuierlich auf 40.0% bei Raucherinnen von 20 und mehr Zigaretten ab. Umgekehrt ist es bei geschiedenen Frauen, wobei gesamthaft 12.2% der Frauen in dieser Altersgruppe in der Schweiz geschieden sind. Bei Raucherinnen von täglich 1.9 Zigaretten sind 17.4% geschieden und bei Raucherinnen von 20 oder mehr Zigaretten sind es fast 3-mal so viele wie in der Gesamtbevölkerung, nämlich 29.4%.

Abbildung 3.2.13 Prozentanteile der Zivilstände (in %) nach Menge gerauchter Zigaretten, 25- bis 64-jährige Frauen, Suchtmonitoring 2011-2016



**Lesebeispiel:** In der weiblichen Gesamtbevölkerung dieses Alters sind 12.2% geschieden. Bei Täglich-Rauchenden von 20 und mehr Zigaretten sind es 29.4%. Auf der anderen Seite sind in der Gesamtbevölkerung 61.4% verheiratet. Bei rauchenden Frauen mit einem Konsum von 20 oder mehr Zigaretten sind es nur 40.0%. Allgemein sind Täglich-Rauchende häufiger geschieden und seltener verheiratet als in der Gesamtbevölkerung. Pro Rauchenkategorie (und in der Gesamtbevölkerung) ergeben sich 100% über die Zivilstände.

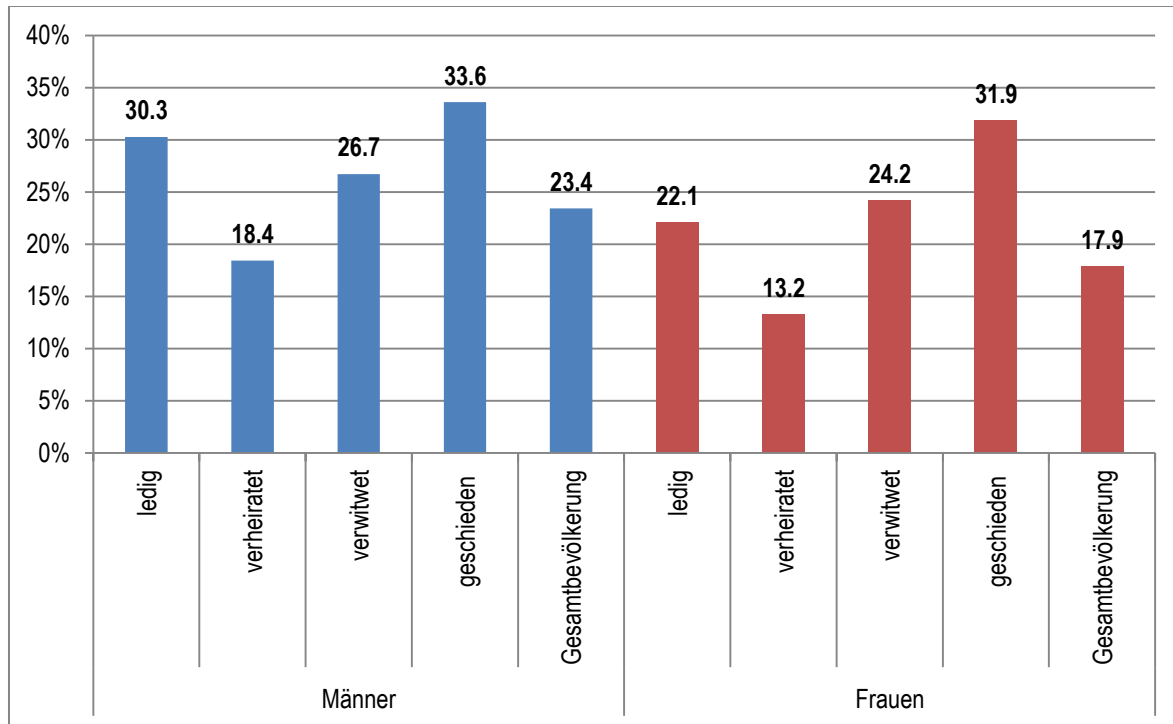
Abbildung 3.2.14 Prozentanteile der Zivilstände (in %) nach Menge gerauchter Zigaretten, 25- bis 64-jährige Männer, Suchtmonitoring 2011-2016



**Lesebeispiel:** In der männlichen Gesamtbevölkerung dieses Alters sind 8.9% geschieden. Bei Täglich-Rauchenden von 20 und mehr Zigaretten sind es 16.2%. Auf der anderen Seite sind in der Gesamtbevölkerung 59.9% verheiratet. Bei rauchenden Männern mit einem Konsum von 20 oder mehr Zigaretten sind es nur 45.9%. Allgemein sind Täglich-Rauchende häufiger geschieden und seltener verheiratet als in der Gesamtbevölkerung. Pro Rauchenkategorie (und in der Gesamtbevölkerung) ergeben sich 100% über die Zivilstände.

Abbildung 3.2.15 fasst die Ergebnisse in Form von Prävalenzen des täglichen Rauchens zusammen. Verheiratete rauchen deutlich seltener täglich. Insbesondere die Scheidung (beziehungsweise das Alleinleben generell) ist ein Risikofaktor bei Männern und Frauen. Wiederum können wir die Wirkungsrichtung nicht angeben. Ist Rauchen ein Grund für Scheidungen wegen beispielsweise einem nichtrauchenden Partner bzw. einer nichtrauchenden Partnerin oder fangen Leute nach der Scheidung wieder mit dem Rauchen an?

Abbildung 3.2.15 Prävalenzen des täglichen Rauchens (in %) nach Zivilstand, 25- bis 64-jährige Männer und Frauen, Suchtmonitoring 2011-2016



**Lesebeispiel:** In der Gesamtbevölkerung dieses Alters rauchen 23.4% der Männer und 17.9% der Frauen täglich. Bei verheirateten Personen aus rauchen 18.4% der Männer und 13.2% der Frauen täglich.. 100% ergeben sich pro Nationalität mit nicht Täglich-Rauchenden, Ex-Rauchenden und Nie-Rauchenden.

#### Kommentar:

Verheiratet zu sein ist ein protektiver Faktor für das Rauchen bei Männern und Frauen und hat bei Frauen sogar eine Dosis-Wirkungsbeziehung, d.h. der Ehestand ist zunehmend protektiv je stärker geraucht wird.

Insbesondere die Scheidung, aber generell das Alleinleben, ist dagegen ein Risikofaktor. Es deutet sich die Notwendigkeit spezifischer Prävention nach Lebensphasen an, da Ledige häufiger jünger sind, Scheidung häufiger im mittleren Alter und Verwitwung eher im zunehmenden Alter stattfinden.

### 3.3 Cannabiskonsum und soziodemographische Ungleichheiten

Auch beim Cannabiskonsum werden nur die Daten des Suchtmonitorings betrachtet. Um ggf. Dosis-Wirkungs-Beziehungen untersuchen zu können, wurde der Lebenszeitkonsum in vier Stufen unterteilt.

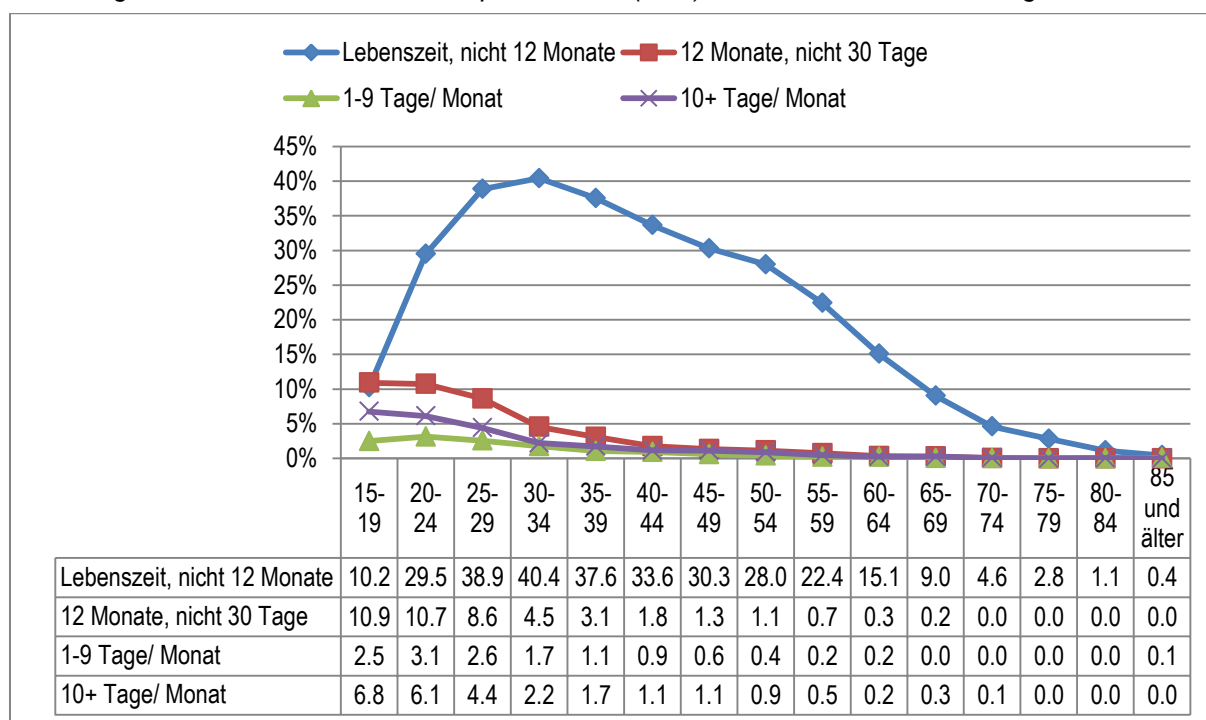
- 1) Lebenszeitkonsum, aber kein Konsum in den letzten 12 Monaten (Ex-Konsumierende)
- 2) Konsum in den letzten 12 Monaten, aber nicht in den letzten 30 Tagen
- 3) Konsum im letzten Monat an 1-9 Tagen,
- 4) Konsum im letzten Monat an 10 oder mehr Tagen.

Die Unterteilung der Monatsprävalenz mit einem Konsum an weniger als 10 Tagen und einem an 10 Tagen oder mehr wurde deshalb vorgenommen, weil ein Konsum an 10 Tagen oder mehr bedeutet, dass Cannabis nicht nur am Wochenende, sondern auch unter der Woche konsumiert werden muss.

#### 3.3.1 Cannabiskonsum nach Geschlecht und Alter

Abbildung 3.3.1 zeigt die Anteile Lebenszeit- (aber nicht in den letzten 12 Monaten), 12-Monats- (aber nicht in den letzten 30 Tagen) und 30-Tage-Konsumierenden. Bis in das Rentenalter geben ein nicht unerheblicher Teil der Bevölkerung an, schon mal Cannabis konsumiert zu haben.

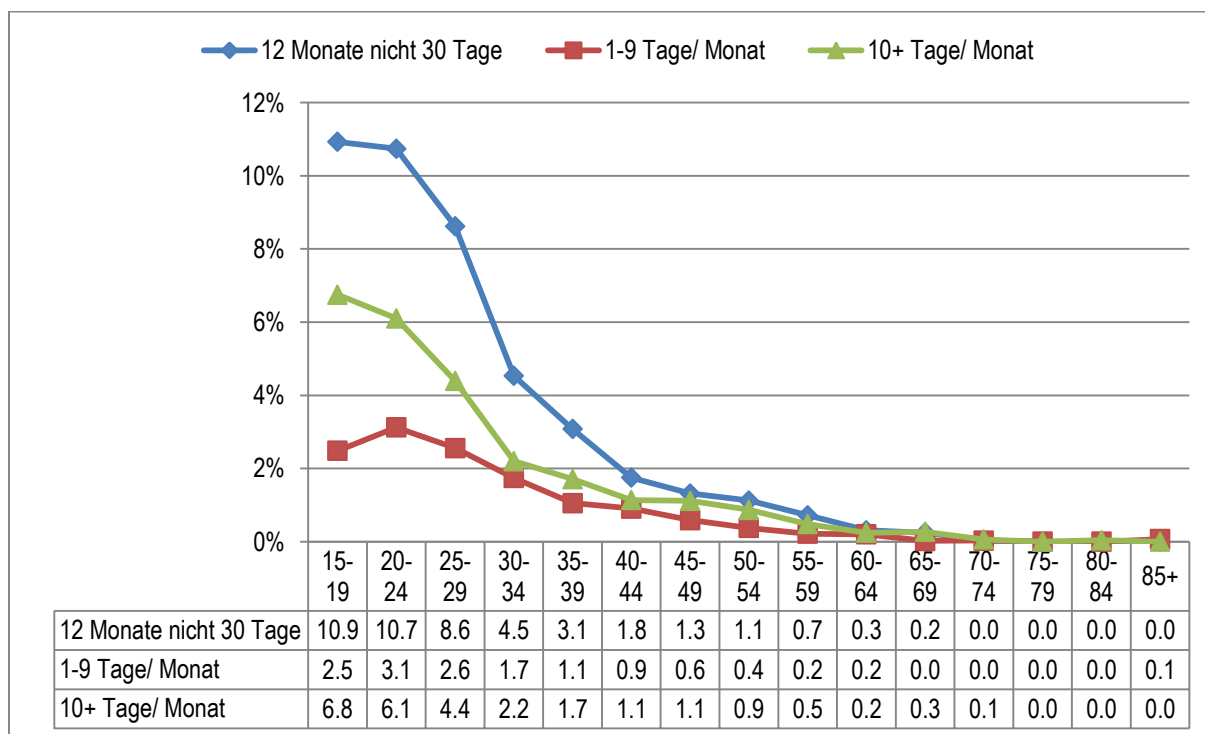
Abbildung 3.3.1 Cannabiskonsumprävalenzen (in %) nach Alter, Suchtmonitoring 2011-2016



Aus Sicht der Autoren ergibt es wenig Sinn, den Lebenszeitgebrauch zu untersuchen, da man nicht weiss, ob dieser im Wesentlichen Probierkonsum darstellte oder problematischer Konsum war, der aber inzwischen eingestellt worden ist.

Abbildung 3.3.2 stellt deshalb die Prävalenzen des "aktuellen" (mindestens in den letzten 12 Monaten) Konsums dar. Konsumprävalenzen gehen ab einem Alter von 24 Jahren zurück, wobei der Rückgang besonders stark nach 29 Jahren ist. Sie halbiert sich in etwa zwischen der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen zur Altersgruppe der 30- bis 34-Jährigen (Konsum 12 Monate aber nicht 30 Tage von 8.6% auf 4.5%; Konsum letzte 30 Tage an 1-9 Tagen: von 2.6% auf 1.7%; an 10 oder mehr Tagen in den letzten 30 Tagen von 4.4% auf 2.2%). Interessant ist jedoch, dass insbesondere bei den Jüngeren, die Prävalenz des "häufigeren" Cannabiskonsums (10 Tage oder mehr) in den letzten 30 Tagen höher liegt als jene des "selteneren" Konsums.

Abbildung 3.3.2 Konsumprävalenzen (in %) bei zumindest Konsum in den letzten 12 Monaten nach Alter, Suchtmonitoring 2011-2016



**Bemerkung:** Prävalenzwerte siehe Abbildung 3.3.1

Ab einem Alter von 55 Jahren werden die Fallzahlen trotz einer Stichprobe von über 66'000 Personen so klein, dass kaum noch verlässliche Aussagen möglich sind. So liegen die Prävalenzen des Konsums in den letzten 12 Monaten insgesamt, d.h. über alle drei Gruppen des Konsums in den letzten 12 Monaten und 30 Tagen, ab einem Alter von 55 Jahren unter 1.5%. Beispielsweise sind es in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen noch insgesamt 71 Personen (Männer und Frauen zusammengenommen), aber bereits in den Untergruppen des Konsums in den letzten 30 Tagen fallen die Fallzahlen in einen Bereich mit einem  $n < 30$  (1-9 Tage/Monat:  $n = 11$ ; 10+ Tage/Monat:  $n=24$ ).

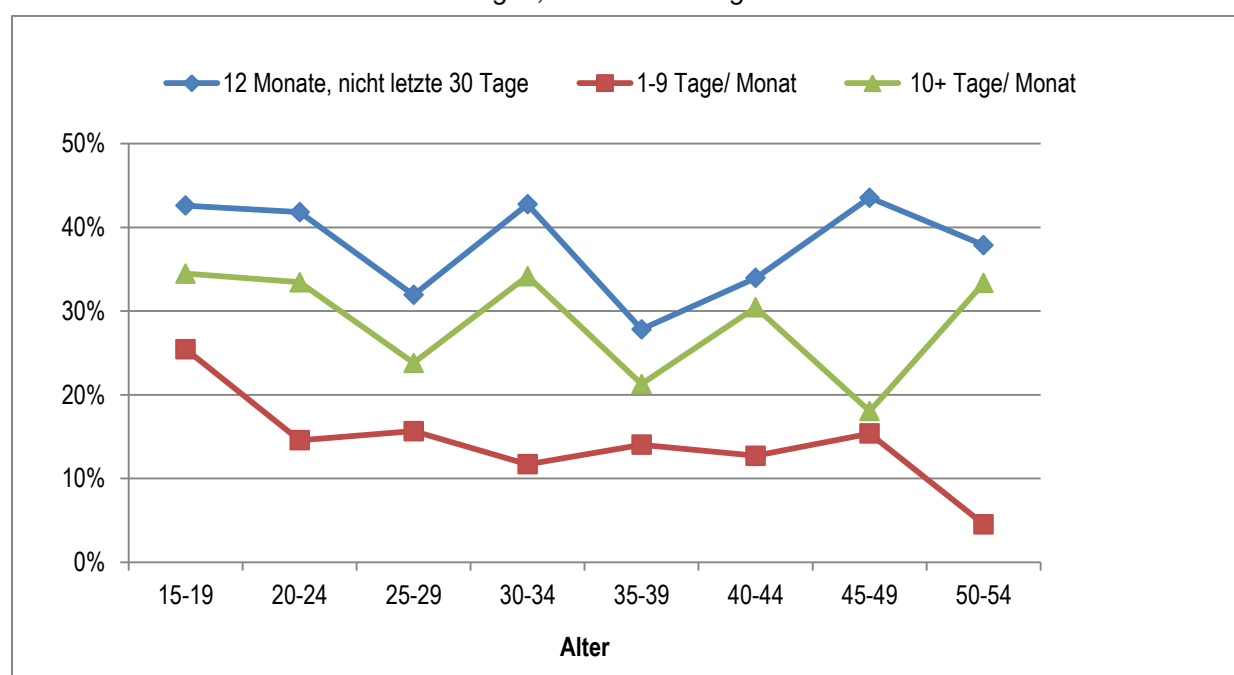
**Konsequenz aus der Altersverteilung:**

Ab 55 Jahren sind die Fallzahlen des aktuellen Konsums in den letzten 12 Monaten zu gering. Die folgenden Analysen beziehen sich deshalb nur auf die Altersgruppe der 15- bis 54-Jährigen. Da sich bestimmte soziodemographische Ausprägungen wie Erwerbstätigkeit, formale Bildung, Zivilstand im jungen Alter von jenen im höheren Alter unterscheiden, werden folgende Ergebnisse zu den soziodemographischen Merkmalen getrennt für die Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen und der Altersgruppe der 30- bis 54-Jährigen berichtet.



Deutlich ist, dass Frauen aktuell (in den letzten 12 Monaten) seltener Cannabis konsumieren als Männer. Dies gilt für den Konsum in den letzten 30 Tagen noch stärker als für den Konsum in den letzten 12 Monaten, aber nicht in den letzten 30 Tagen (Abbildung 3.3.3). Allerdings sieht man auch wie stark die Anteile an Frauen in den einzelnen Altersgruppen variieren. Das hängt nur zum Teil mit den kleinen Fallzahlen zusammen. Zumindest bis zur Altersgruppe der 30- bis 34-Jährigen sind die Fallzahlen für Frauen noch recht hoch (z.B.  $n=144$  bzw.  $n=106$  für den Konsum in den letzten 12-Monaten, aber nicht 30 Tagen in der Altersgruppe der 25-bis 29-jährigen bzw. 30- bis 34-jährigen Frauen), obwohl schon bei den 25- bis 34-jährigen starke Auf- und Abwärtsbewegungen im Frauenanteil zu erkennen sind. Im Alter ab 35 Jahren werden die Fallzahlen für Frauen besonders in Untergruppen (z.B. der an 1-9 Tagen im letzten Monat Konsumierenden) sehr klein.

Abbildung 3.3.3 Anteil an Frauen (in%) bei Cannabiskonsumierenden in den letzten 12 Monaten bzw. letzten 30 Tagen, Suchtmonitoring 2011-2016



#### Konsequenz aus der Altersverteilung:

Da die Anteile an Frauen teilweise sehr klein sind, werden in den folgenden Ergebnissen Männer und Frauen zusammengefasst.

### 3.3.2 Cannabiskonsum nach soziodemographischen Merkmalen

Wie oben erwähnt, werden die folgenden Ergebnisse getrennt für die Altersgruppen der 15- bis 19-Jährigen und der 30- bis 54-Jährigen dargestellt. Zum einen ist der aktuelle Cannabiskonsum ab 55 Jahren nur noch sehr selten. Zum anderen sind aber verschiedene soziodemographische Indikatoren in jungen Jahren von jenen im höheren Alter sehr unterschiedlich. Beispielsweise sind die formale Bildung bzw. der berufliche Werdegang selten in jungen Jahren abgeschlossen, und auch die Anteile an Ledigen und Verheirateten ändern sich schnell mit dem Alter.

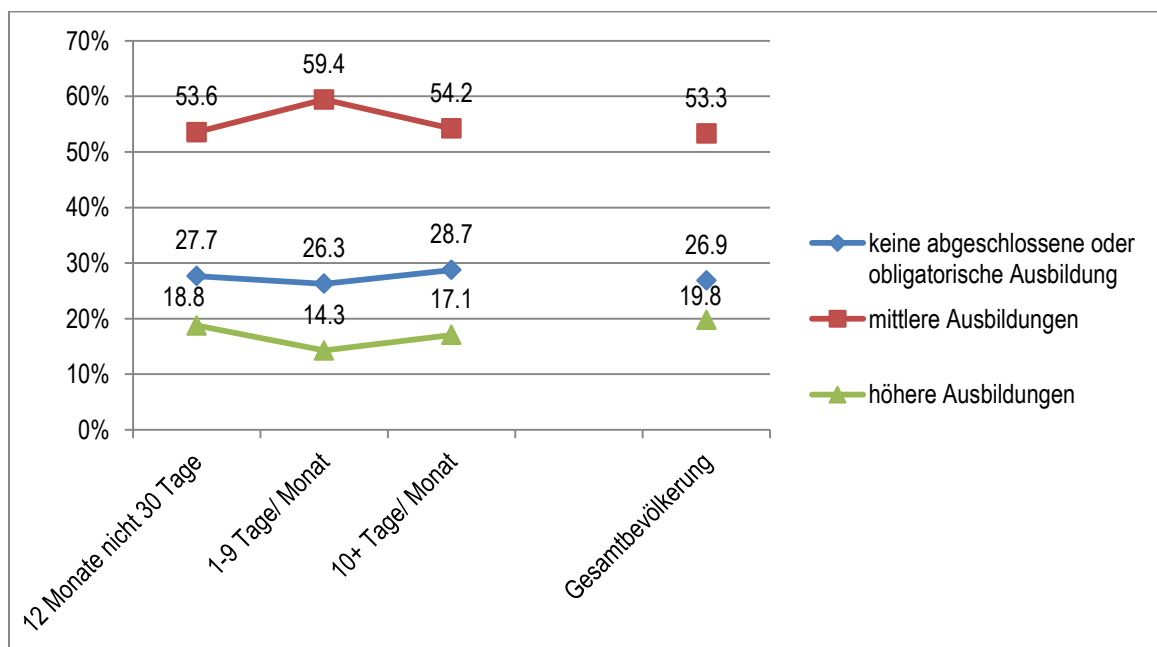
#### 3.3.2.1 Cannabiskonsum und formale Bildung

Abbildung 3.3.4 und 3.3.5 zeigen, welche formalen Bildungsstufen Cannabiskonsumierende abgeschlossen haben. Es ist wichtig zu verstehen, dass dies keine Prävalenzen des Cannabiskonsums sind, sondern Anteile an Personen in verschiedenen abgeschlossenen Bildungsstufen nach Stufen ihres Cannabiskonsums. Zur Definition der Bildungsstufen vgl. Abschnitt 2.4.

Abbildung 3.3.4 (15- bis 29-Jährige) zeigt zwei Hauptpunkte. Zum einen haben Cannabis-konsumierende in diesem Alter häufiger eine mittlere oder obligatorische (bzw. keine abgeschlossene) Ausbildung und dafür seltener eine höhere Ausbildung. Beispielsweise haben 19.8% in der Gesamtbevölkerung dieses Alters eine höhere Ausbildung, dagegen sind es bei den 10-mal oder häufiger im letzten Monat Konsumierenden 17.1%. Dieses Ergebnis muss vorsichtig interpretiert werden, da das Alter für die formale Bildung trotz der Einschränkung auf einen Altersbereich zwischen 15 und 29 Jahren immer noch eine grosse Rolle spielt. Der Cannabiskonsum ist im Alter bis 24 Jahre immer noch deutlich höher als im Alter von 25 bis 29 Jahren. Gleichzeitig ist aber die formale Ausbildung seltener bereits abgeschlossen.

Zum anderen deutet sich an, dass Personen mit einer mittleren Konsumfrequenz (1-9 Tage im letzten Monat) sich von Personen mit niedriger (letzte 12 Monate aber nicht letzter Monat) und hoher (10 oder mehr Tage im letzten Monat) unterscheiden. Sie kommen häufiger aus einer mittleren Ausbildung.

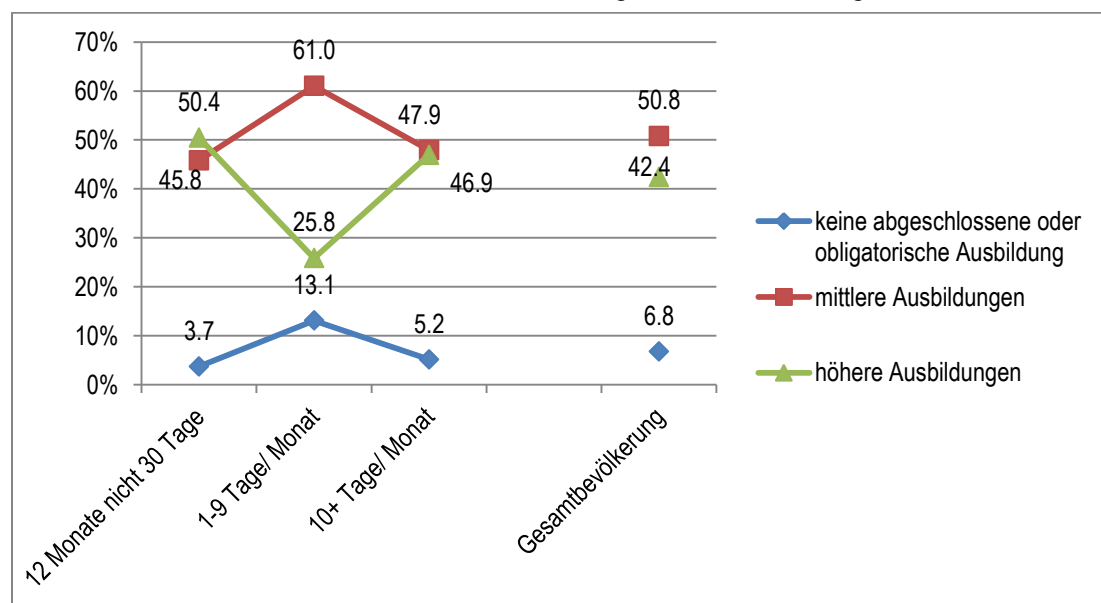
Abbildung 3.3.4 Prozentanteile formaler Bildung (in %) nach Cannabiskonsum in den letzten 12 Monaten bei 15- bis 29-Jährigen, Suchtmonitoring 2011-2016



**Lesebeispiel:** In der Gesamtbevölkerung dieses Alters haben 19.8% eine höhere Ausbildung. Bei Cannabiskonsumierenden an 1-9 Tagen pro Monat haben nur 14.3% eine höhere Ausbildung. Pro Konsumkategorie (und in der Gesamtbevölkerung) ergeben sich 100% über die Ausbildungsstufen.

Abbildung 3.3.5 (30- bis 54-Jährige) belegt, dass Personen mit dem mittleren Konsumspektrum sich auch im höheren Alter von jenen mit hoher oder niedriger aktueller Konsumfrequenz unterscheiden. Personen mit einem Konsum im letzten Monat von 1-9 Konsumtagen haben zu 61.0% eine mittlere Ausbildung, indes nur 50.8% in der Gesamtbevölkerung. Sie haben auch deutlich seltener eine höhere Ausbildung (25.8% versus 42.4% in der Gesamtbevölkerung). Allerdings ist zu betonen, dass hochfrequentig Cannabiskonsumierende häufiger eine höhere Ausbildung (46.9%) haben als die Gesamtbevölkerung der 30- bis 54-Jährigen.

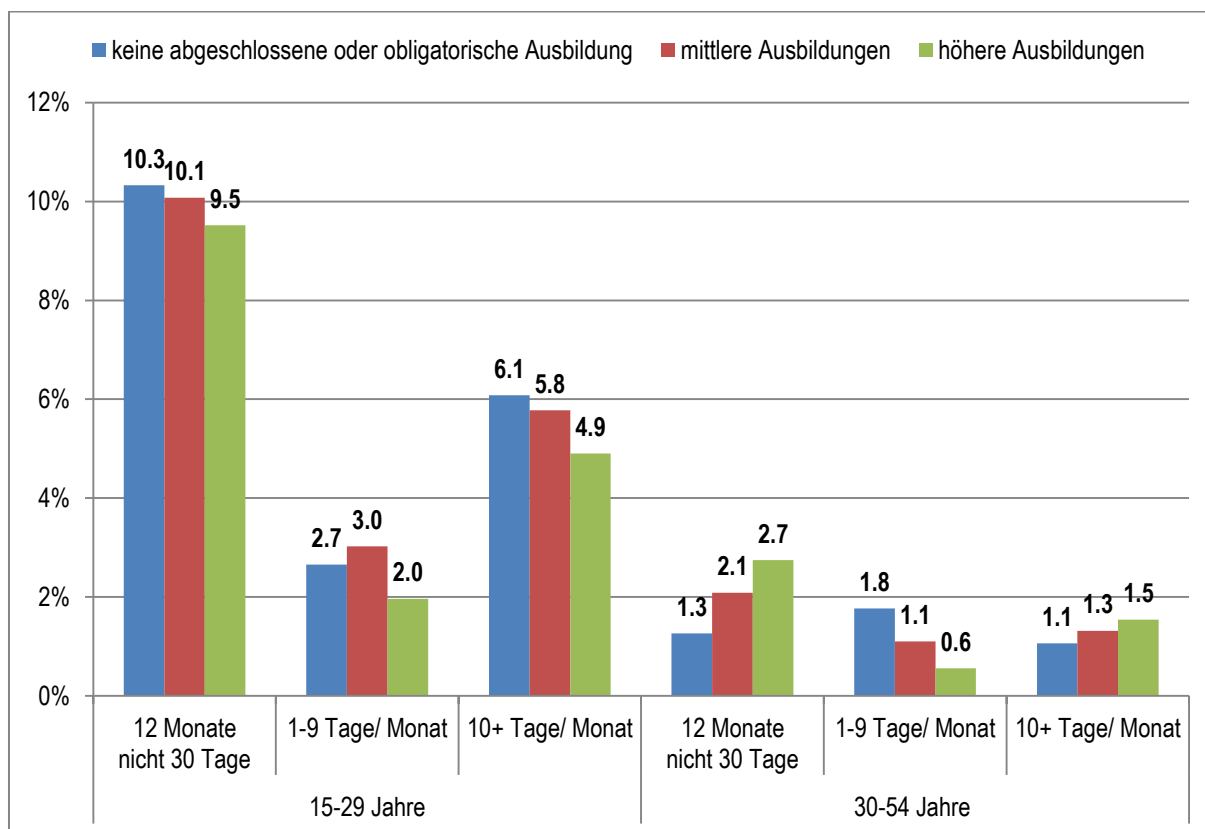
Abbildung 3.3.5 Prozentanteile formaler Bildung (in %) nach Cannabiskonsum in den letzten 12 Monaten bei 30- bis 54-Jährigen, Suchtmonitoring 2011-2016



**Lesebeispiel:** In der Gesamtbevölkerung dieses Alters haben 42.4% eine höhere Ausbildung. Bei Cannabiskonsumierenden an 1-9 Tagen pro Monat haben nur 25.8% eine höhere Ausbildung. Pro Konsumkategorie (und in der Gesamtbevölkerung) ergeben sich 100% über die Ausbildungsstufen.

In Abbildung 3.3.6 werden die Konsumprävalenzen berichtet. Es zeigt sich, wie wichtig es ist, das Alter zu berücksichtigen. Während in jungen Jahren Personen mit niedrigeren Ausbildungen häufiger Cannabis konsumieren, sind es im mittleren Alter (30 bis 54 Jahre) eher Personen mit höherer Ausbildung. Allerdings gibt es keine Dosis-Wirkungsbeziehung. Personen mit einer mittleren Konsumfrequenz unterscheiden sich von jenen mit einer seltenen bzw. hohen Konsumfrequenz. Es sind hier, auch im mittleren Alter jene mit höherer Ausbildung, die seltener Cannabis an 1-9 Tagen im Monat konsumieren.

Abbildung 3.3.6 Prävalenzen des Cannabisgebrauchs in den letzten 12 Monaten, 15- bis 54-Jährige, Suchtmonitoring 2011-2016



**Lesbeispiel:** Bei den 15- bis 29-Jährigen mit keiner/obligatorischer Ausbildung haben 10.3% in den letzten 12 Monaten, aber nicht in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert, 2.7% haben an 1-9 Tagen in den letzten 30 Tagen konsumiert und 6.1% an 10 oder mehr Tagen in den letzten 30 Tagen. 100% ergeben sich mit Nichtkonsumierenden in den letzten 12 Monaten pro Ausbildungsstufe.

#### Kommentar:

Es ist extrem schwierig, Schlussfolgerungen zum Zusammenhang zwischen aktuellem Cannabiskonsum und formaler Bildung zu ziehen. Die Zusammenhänge variieren stark mit dem Alter und der Konsumfrequenz. In jungen Jahren ist ohne komplexere statistische Verfahren, die z.B. für das Alter kontrollieren, nicht zu sagen, ob niedrigere Bildungsschichten häufiger Cannabis konsumieren als höhere Bildungsschichten, oder ob die Cannabiskonsumierenden noch häufiger jünger sind, so dass sie ihre Ausbildung noch nicht abgeschlossen haben.

Im mittleren Alter sind es dagegen eher die höheren Bildungsschichten, die noch Cannabis konsumieren. Dies kann bedeuten, dass der Cannabiskonsum kaum Einfluss auf die formale Bildung hat.

Allerdings zeigen Längsschnittstudien (Fergusson et al., 2003; Horwood et al., 2010; Macleod et al., 2004; Melchior et al., 2017; Silins et al., 2015) recht übereinstimmend, dass zumindest früher Cannabiskonsum mit schlechterer formaler Bildung einhergeht. Auch wenn der Begriff „amotivacionales Syndrom“ in der Forschung stark diskutiert und kritisiert wird, kann früh beginnender und dann häufiger Konsum zu geringer Leistungsmotivation und somit schlechter schulischer Entwicklung führen, die sich dann auch auf die berufliche Entwicklung auswirkt.

In diesem Lichte interpretiert, kann das Ergebnis aus dem Suchtmonitoring bedeuten, dass wenn Cannabiskonsumierende eine höhere formale Bildung erreichen, sie häufiger ihren Cannabiskonsum aufrechterhalten können.

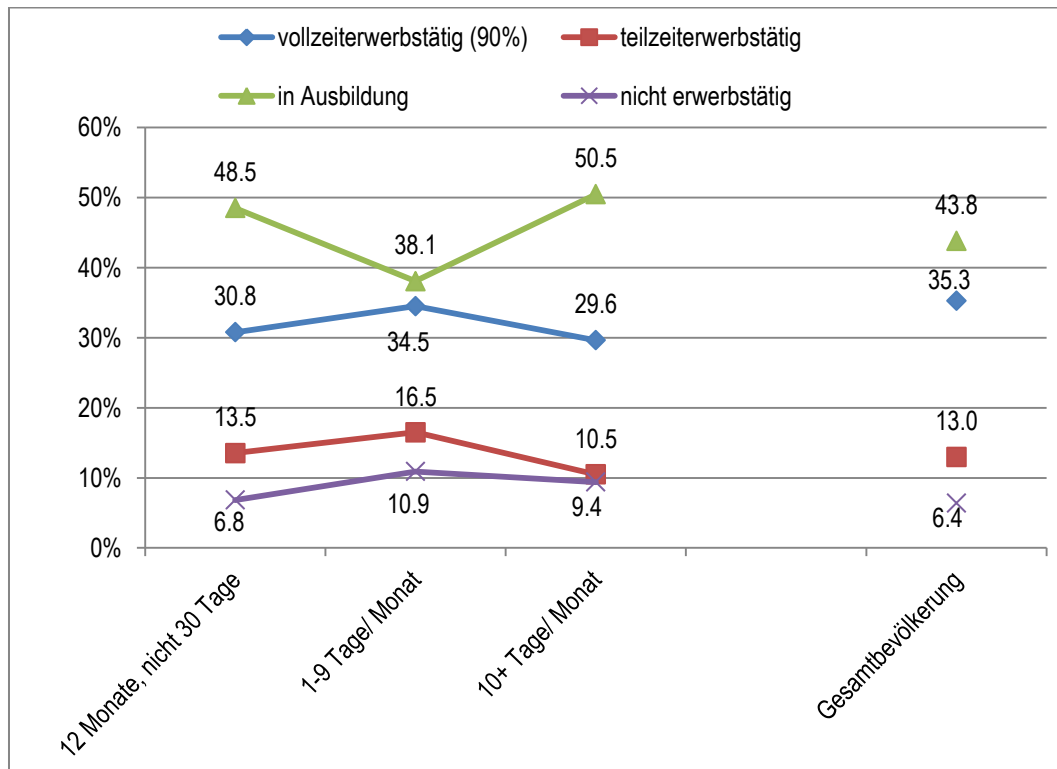
### 3.3.2.2 Cannabiskonsum und Erwerbsstatus

Die Abbildungen 3.3.7 und 3.3.8 zeigen die Anteile von 15- bis 29-Jährigen und 30- bis 54-Jährigen im jeweiligen Erwerbsstatus nach Kategorien des Cannabiskonsums. Wiederum zeigt sich, dass man beim Cannabisgebrauch unterschiedliche Altersgruppen berücksichtigen muss. Während die 15- bis 29-Jährigen noch am häufigsten in der Ausbildung sind, so sind Personen im Alter von 30 bis 54 Jahren am häufigsten vollzeiterwerbstätig.

Auch in Bezug auf den Erwerbstatus sind die Ergebnisse im Hinblick auf den Cannabiskonsum schwer zu interpretieren, da sie von der Konsumfrequenz und vom Alter abhängig sind. Es zeigt sich wie bei der formalen Bildung, dass die Konsumierenden von 1-9 Tagen verschieden sind von jenen, die im letzten Jahr aber nicht im letzten Monat konsumiert haben bzw. 10-mal und häufiger im letzten Monat konsumiert haben hier sind. Dies gilt für beide Altersgruppen. Es gibt also auch für den Erwerbstatus keine Dosis-Wirkungsbeziehung.

Während die jüngeren Cannabiskonsumierende seltener vollzeiterwerbstätig sind als die Gesamtbevölkerung dieses Alters (z.B. 29.6% bei den 10-mal und häufiger Konsumierenden versus 35.3% in der Gesamtbevölkerung), so ist das bei den 30- bis 54-Jährigen genau umgekehrt (57.7% versus 55.5%). Interpretationen sind auch schwierig, da die Vollzeiterwerbstätigkeit hauptsächlich bei Männern vorliegt, die Teilzeiterwerbstätigkeit jedoch bei Frauen. Im Alter von 30 bis 54 Jahren sind Cannabiskonsumierende seltener teilzeiterwerbstätig, was auf einen Effekt bei Frauen hinweist, weil diese häufiger als Männer teilzeiterwerbstätig sind. Gleiches gilt für Hausfrauen/-männer (nicht graphisch dargestellt). In der 30- bis 54-jährigen Gesamtbevölkerung sind 6.7% Hausfrauen, bei den Cannabiskonsumierenden weniger als die Hälfte (12 Monate, nicht 30 Tage: 2.7%; 1-9 Tage/Monat: 2.3%; 10+ Tage/Monat: 3.4%).

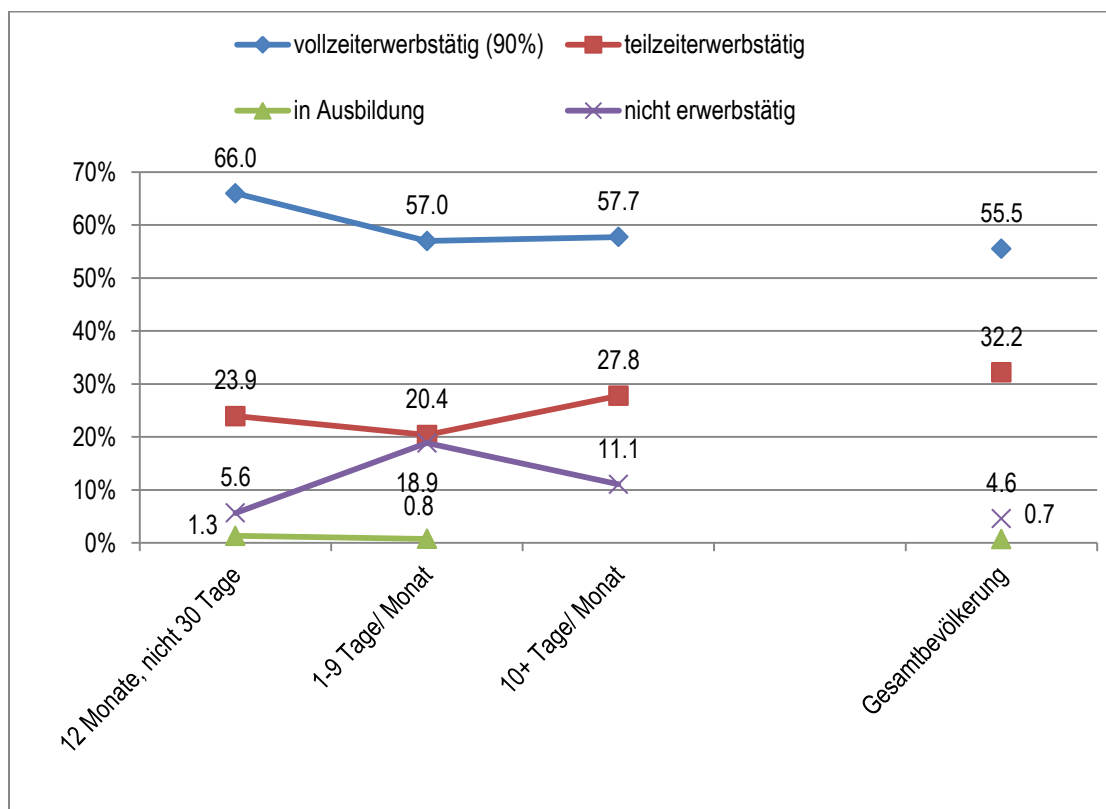
Abbildung 3.3.7 Prozentanteile des Erwerbsstatus (in %) nach Cannabiskonsum in den letzten 12 Monaten bei 15- bis 29-Jährigen, Suchtmonitoring 2011-2016



**Bemerkung:** keine Rentner-/Rentnerinnen und Hausfrauen/Hausmänner wegen geringer Fallzahlen dargestellt.

**Lesebeispiel:** In der Gesamtbevölkerung dieses Alters sind 6.4% nicht erwerbstätig. Bei Cannabiskonsumierenden sind es mehr, beispielsweise 9.4% bei jenen mit einem Konsum von 10Tagen oder häufiger im letzten Monat. Pro Konsumkategorie (und in der Gesamtbevölkerung) ergeben sich 100% über die Stufen des Erwerbsstatus, einschliesslich den nicht dargestellten Rentnern/Rentnerinnen und Hausfrauen/Hausmännern.

Abbildung 3.3.8 Prozentanteile des Erwerbsstatus (in %) nach Cannabiskonsum in den letzten 12 Monaten bei 30- bis 54-Jährigen, Suchtmonitoring 2011-2016



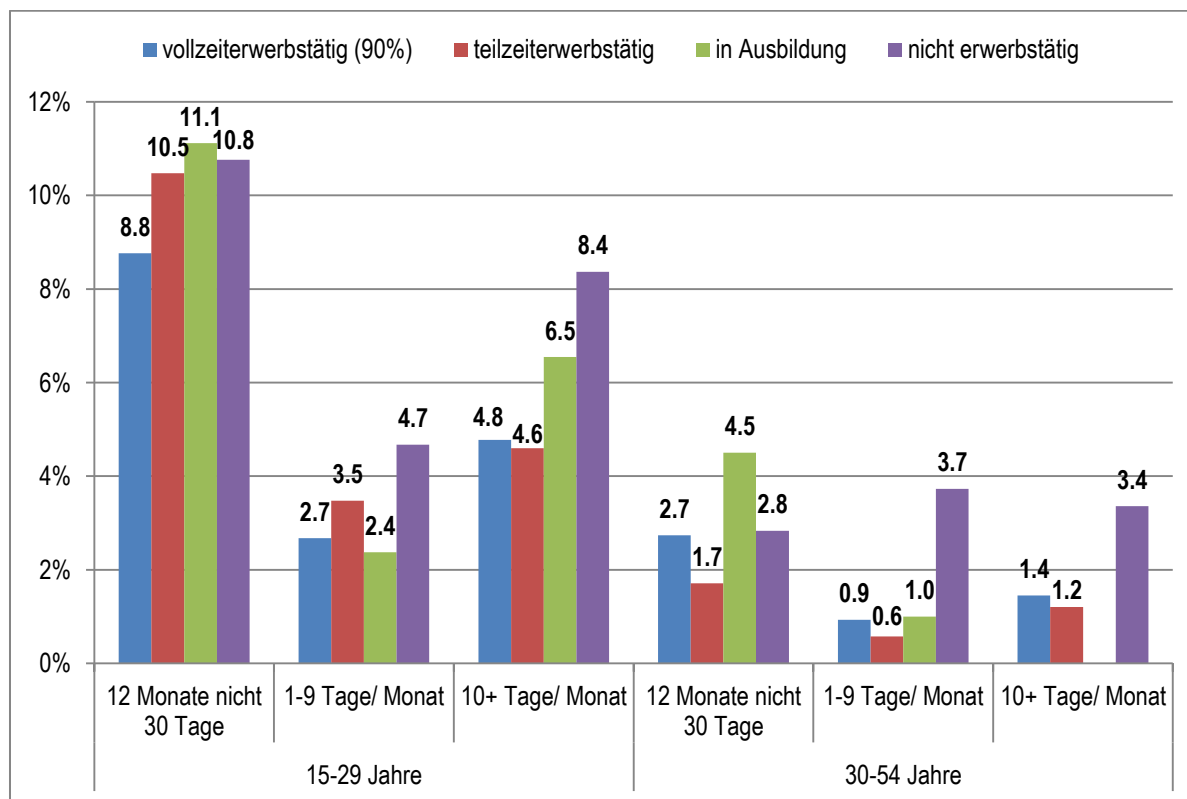
**Bemerkung:** keine Rentner-/Rentnerinnen und Hausfrauen/Hausmänner wegen Vergleichbarkeit mit Abbildung 3.3.7 dargestellt.

**Lesebeispiel:** In der Gesamtbevölkerung dieses Alters sind 0.7% nicht erwerbstätig. Bei Cannabiskonsumierenden sind es mehr, beispielsweise 11.1% bei jenen mit einem Konsum von 10 Tagen oder häufiger im letzten Monat. Pro Konsumkategorie (und in der Gesamtbevölkerung) ergeben sich 100% über die Stufen des Erwerbsstatus, einschliesslich den nicht dargestellten Rentnern/Rentnerinnen und Hausfrauen/Hausmännern.

In beiden Altersgruppen sind Cannabiskonsumierende häufiger nicht erwerbstätig. Allerdings gibt es auch hierbei keine Dosis-Wirkungsbeziehung. Bei den 30- bis 54-Jährigen sind in der Gesamtbevölkerung 4.6% nicht erwerbstätig. Bei den an 1-9 Tagen im Monat Konsumierenden sind es mehr als 3-mal so viele (18.9%) bei den 10-mal und häufiger Konsumierenden sind es etwas mehr als zweimal so viele (11.1%). Ähnlich wie beim Rauchen, könnten bei den Frauen in traditionellen Rollenbildern geringere Konsumprävalenzen vorliegen.

Abbildung 3.3.9 fasst die Ergebnisse nochmals mit den Prävalenzen Cannabiskonsumierender zusammen. Relativ eindeutig ist nur, dass Nichterwerbstätige höhere Prävalenzen des monatlichen Cannabiskonsums haben (1-9 Tage/Monat und 10 Tage oder mehr /Monat).

Abbildung 3.3.9 Prävalenzen des Cannabiskonsums nach Erwerbsstatus, 15- bis 54-Jährige, Suchtmonitoring 2011-2016



**Lesbeispiel:** Bei den 15- bis 54-Jährigen Vollzeiterwerbstätigen haben 8.8% in den letzten 12 Monaten, aber nicht in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert, 2.7% haben an 1-9 Tagen in den letzten 30 Tagen konsumiert und 4.8% an 10 oder mehr Tagen in den letzten 30 Tagen. 100% ergeben sich mit Nichtkonsumierenden in den letzten 12 Monaten pro Erwerbsstatus.

#### Kommentar:

Ergebnisse zum Erwerbsstatus bei Cannabiskonsumierenden lassen aufgrund des geringen Alters bei hoher Konsumprävalenz und somit seltener Erwerbstätigkeit bzw. geringen Konsumprävalenzen im höheren Alter mit häufiger Erwerbstätigkeit kaum Aussagen zu.

Nichterwerbstätig zu sein, ist ein Risikofaktor für monatlichen Cannabiskonsum, dies gilt insbesondere im Alter zwischen 30 und 54 Jahren

#### 3.3.2.3 Cannabiskonsum und Urbanität

Es gibt kaum Unterschiede im Cannabiskonsum nach der Urbanität. Allgemein lässt sich ein Trend von erhöhten Prävalenzen für alle Konsumfrequenzen mit abnehmender Urbanität feststellen, wobei die Unterschiede hauptsächlich zwischen Grosstadtzentren versus ländlichen Gegenden bestehen. Beispielsweise konsumieren in den Metropolen bei den 15- bis 29-Jährigen 8.6% 10-mal oder häufiger im letzten Monat Cannabis, wobei es nur 5.3% in ländlichen Gegenden sind. Dies dürfte im Wesentlichen mit der höheren Verfügbarkeit zusammenhängen.



Tabelle 3.3.1 Prävalenzen des Cannabisgebrauchs (in %) nach Wohnsituation, 15- bis 54-Jährige, Suchtmonitoring 2011-2016

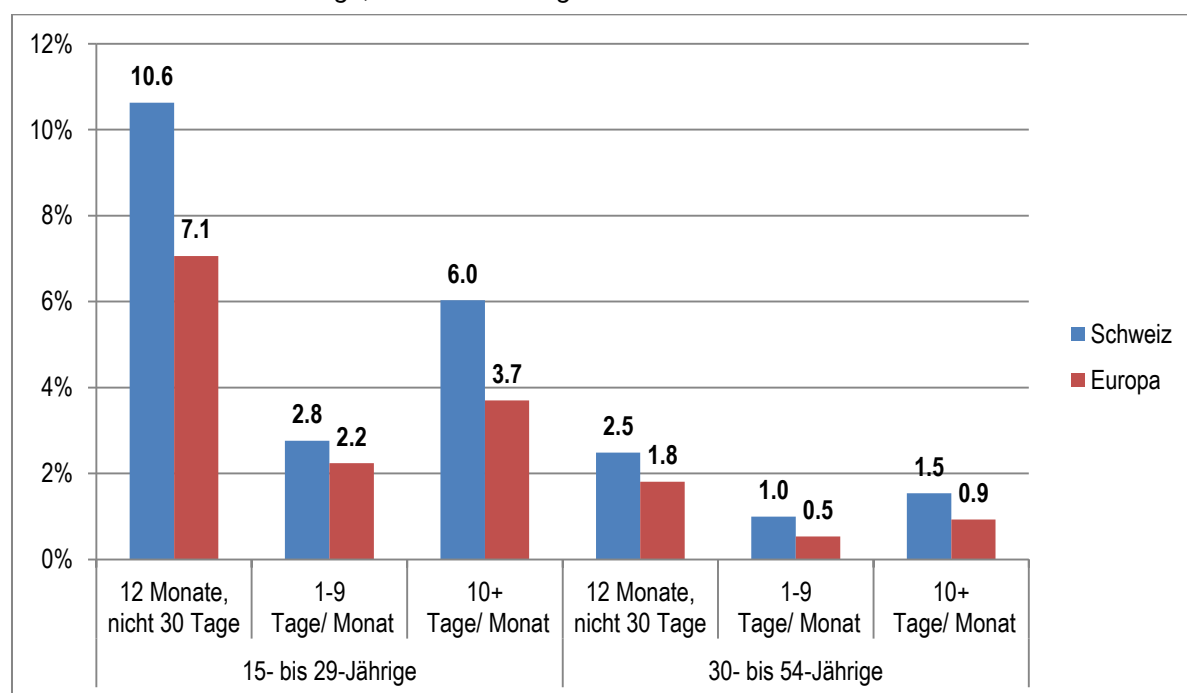
|                    |                                | 12 Monate,<br>nicht 30 Tage | 1-9<br>Tage/Monate | 10+<br>Tage/ Monat | n            |
|--------------------|--------------------------------|-----------------------------|--------------------|--------------------|--------------|
| 15- bis 29-Jährige | Grossstadtzentren              | 12.8%                       | 4.9%               | 8.6%               | 1093         |
|                    | Umland der 3 Grossstadtzentren | 11.3%                       | 3.6%               | 5.8%               | 2363         |
|                    | Mittelzentren                  | 11.0%                       | 2.6%               | 6.0%               | 2368         |
|                    | Kleinzentren                   | 9.2%                        | 2.6%               | 5.0%               | 3829         |
|                    | rural                          | 9.0%                        | 1.9%               | 5.3%               | 4797         |
|                    | <b>Total</b>                   | <b>10.0%</b>                | <b>2.7%</b>        | <b>5.7%</b>        | <b>14450</b> |
| 30- bis 54-Jährige | Grossstadtzentren              | 3.7%                        | 1.4%               | 1.9%               | 2362         |
|                    | Umland der 3 Grossstadtzentren | 2.1%                        | 1.2%               | 1.4%               | 4816         |
|                    | Mittelzentren                  | 3.1%                        | 1.0%               | 1.7%               | 4605         |
|                    | Kleinzentren                   | 2.0%                        | 0.8%               | 1.4%               | 7701         |
|                    | rural                          | 1.9%                        | 0.7%               | 1.1%               | 9801         |
|                    | <b>Total</b>                   | <b>2.3%</b>                 | <b>0.9%</b>        | <b>1.4%</b>        | <b>29285</b> |

### 3.3.2.4 Cannabiskonsum und Migrationshintergrund

Beim Migrationshintergrund wurde das nicht-schweizerische Europa von anderen Ländern ausserhalb Europas unterschieden. Allerdings sind die Fallzahlen für andere Länder ausserhalb Europas für alle Kategorien nach Alter und Konsumfrequenz kleiner als 10, so dass die Ergebnisse für Länder ausserhalb Europas nicht dargestellt werden.

Es ist eindeutig, dass in beiden Altersgruppen und für alle Konsumfrequenzen die schweizerische Wohnbevölkerung häufiger Cannabis konsumiert als die ausländische (Abbildung 3.3.10).

Abbildung 3.3.10 Prävalenzen des Cannabisgebrauchs nach Migrationshintergrund, 15- bis 54-Jährige, Suchtmonitoring 2011-2016

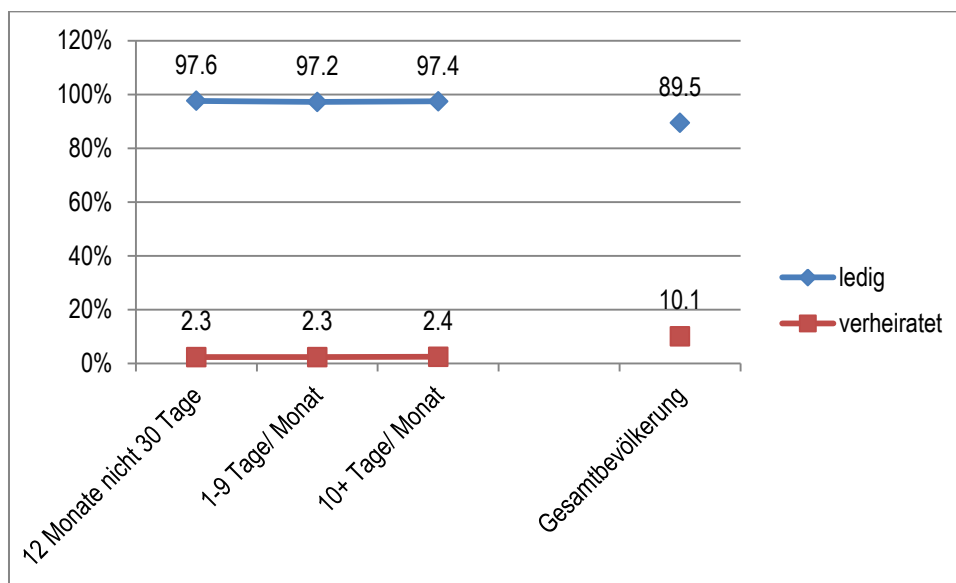


### 3.3.2.5 Cannabiskonsum und Zivilstand

Wie Abbildungen 3.3.11 bis 3.3.13 belegen, ist die Ehe ein protektiver Faktor für den Cannabiskonsum. Dies gilt bereits im Alter von 15-29 Jahren, in dem Ehen noch selten geschlossen werden. In jungen Jahren gibt es dabei keine Dosis-Wirkungsbeziehung (Abbildung 3.3.11). In der Gesamtbevölkerung der 15-29-Jährigen sind 10.1% verheiratet. Bei den Cannabiskonsumierenden sind es unabhängig von der Konsumfrequenz nur zwischen 2.3% und 2.4%. Entsprechend sind es bei den Cannabiskonsumierenden mehr ledige Personen als in der Allgemeinbevölkerung.

Dies könnte natürlich damit zusammenhängen, dass Cannabiskonsumierende in dieser Altersgruppe im Durchschnitt jünger und deshalb häufiger ledig sind als die Gesamtheit in dieser Altersgruppe. Allerdings gilt die Assoziation mit dem Zivilstand auch für die 30- bis 54-Jährigen. In dieser Altersgruppe findet man bei den Ledigen sogar eine Dosis-Wirkungsbeziehung (Abbildung 3.3.12). Sind in der Gesamtbevölkerung dieser Altersgruppe nur noch 24.5% ledig, so steigt der Prozentsatz von 47.8% bei den in den letzten 12 Monaten, jedoch nicht in den letzten 30 Tagen Konsumierenden, auf 49.1% bei den an 1-9 Tagen im letzten Monat Konsumierenden und auf 52.5% bei den 10-mal oder häufiger im letzten Monat Konsumierenden. Umgekehrt sind Cannabiskonsumierende seltener verheiratet und häufiger geschieden.

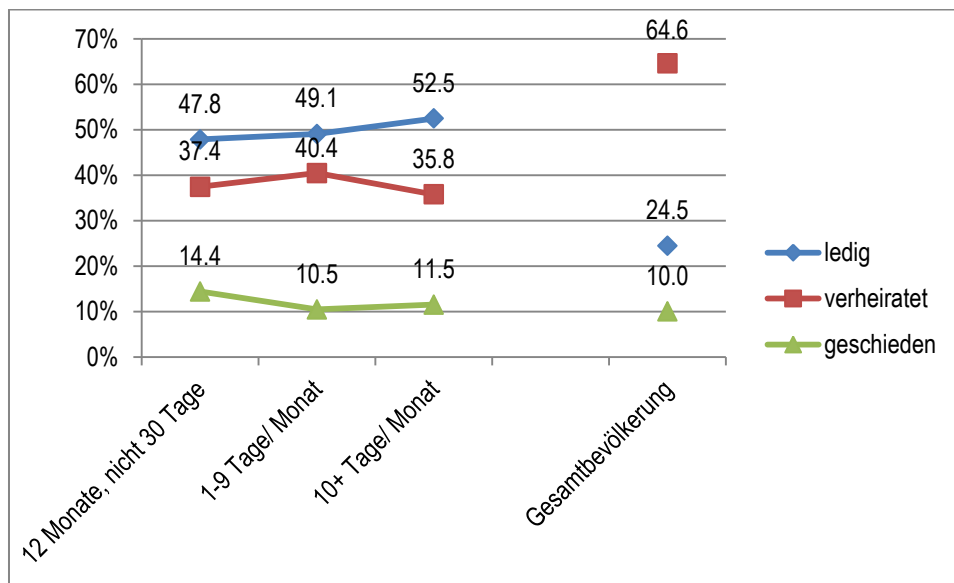
Abbildung 3.3.1. Prozentanteile der Zivilstände nach Cannabiskonsum, 15- bis 29-Jährige, Suchtmonitoring 2011-2016



**Bemerkung:** Geschiedene und verwitwete Personen werden wegen vernachlässigbarer Anteile nicht dargestellt, mit diesen ergäben sich 100% pro Konsumkategorie (und in der Gesamtbevölkerung).

**Lesbeispiel:** In der Gesamtbevölkerung dieses Alters sind 10.1% verheiratet. Bei Cannabiskonsumierenden sind es deutlich weniger, z.B. 2.4% bei den an 10 oder mehr Tagen im letzten Monat Konsumierenden, entsprechend sind Cannabiskonsumierende häufiger ledig.

Abbildung 3.3.12 Prozentanteile der Zivilstände nach Cannabiskonsum, 30- bis 54-Jährige, Suchtmonitoring 2011-2016

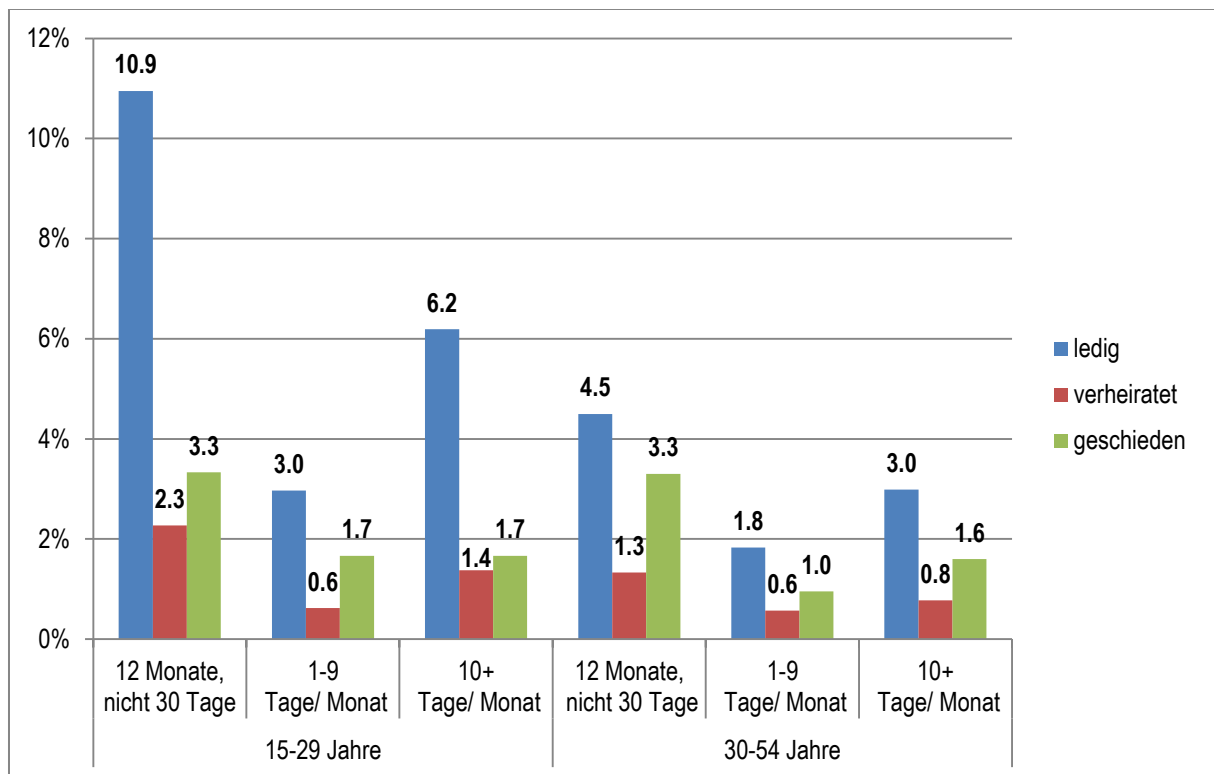


**Bemerkung:** Verwitwete Personen werden wegen vernachlässigbarer Anteile nicht dargestellt, , mit diesen ergäben sich 100% pro Konsumkategorie (und in der Gesamtbevölkerung).

**Lesebeispiel:** In der Gesamtbevölkerung dieses Alters sind 64.6% verheiratet. Bei Cannabiskonsumierenden sind es deutlich weniger, z.B. 35.8% bei den an 10 oder mehr Tagen im letzten Monat Konsumierenden, entsprechend sind Cannabiskonsumierende häufiger ledig.

Abbildung 3.3.13 fasst die Ergebnisse in Form von Prävalenzen des Cannabiskonsums zusammen. Verheiratete konsumieren deutlich seltener monatlich und insbesondere die Scheidung (aber das Alleinleben generell) ist ein Risikofaktor bei Männern und Frauen. Wiederum können wir die Wirkungsrichtung nicht angeben. Ist Rauchen ein Grund für Scheidungen wegen beispielsweise einem nichtrauchenden Partner bzw. einer nichtrauchenden Partnerin oder fangen Leute nach der Scheidung wieder mit dem Rauchen an?

Abbildung 3.3.13 Prävalenzen Cannabiskonsum nach Zivilstand, 15- bis 54-Jährige, Suchtmonitoring 2011-2016



**Lesebeispiel:** Bei den ledigen 15- bis 29-Jährigen haben 10.9% in den letzten 12 Monaten, aber nicht in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert, 3.0% haben an 1-9 Tagen in den letzten 30 Tagen konsumiert und 6.2% an 10 oder mehr Tagen in den letzten 30 Tagen. 100% ergeben sich pro Zivilstand mit Nichtkonsumierenden in den letzten 12 Monaten.

**Kommentar:**

Verheiratet zu sein ist ein protektiver Faktor für den Cannabiskonsum. Dies gilt für beide Altersgruppen und im Vergleich mit Geschiedenen aber insbesondere im Vergleich mit Ledigen. Je nach Alter und Konsumhäufigkeit ist das "Risiko" Cannabis zu konsumieren bei Ledigen im Vergleich zu Verheirateten etwa 3- bis 5-mal höher

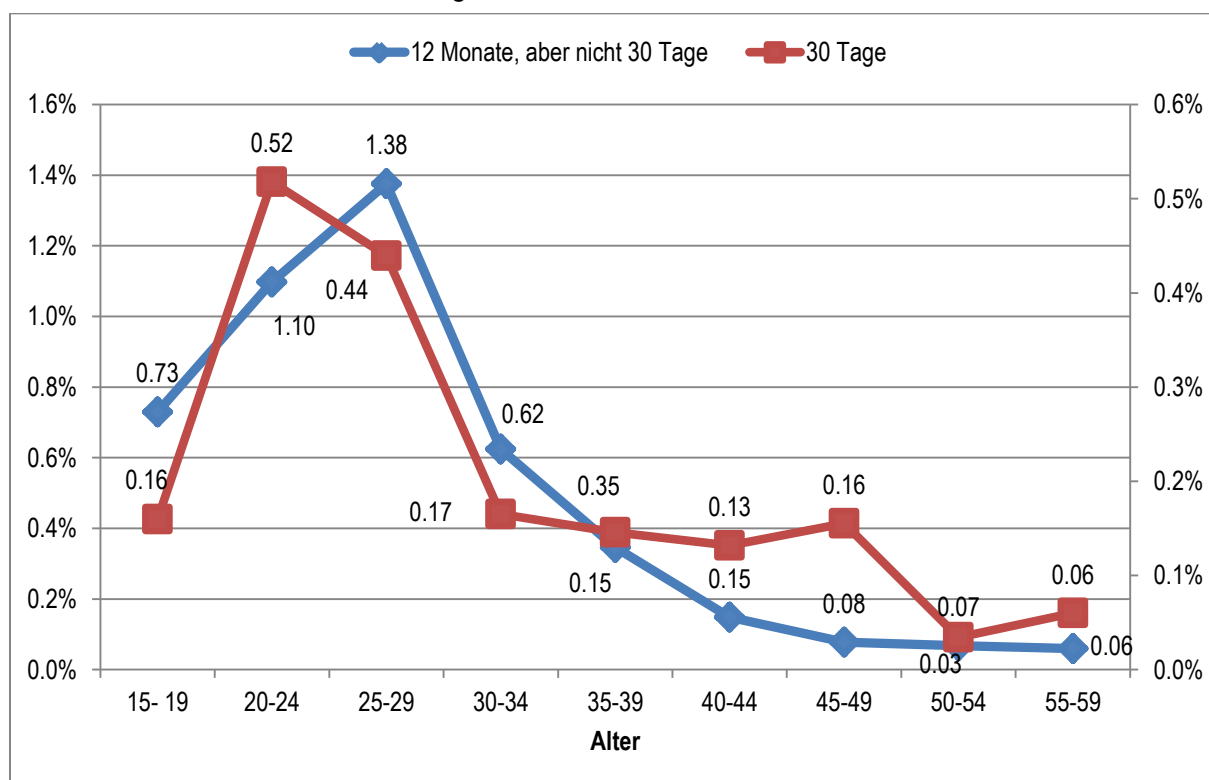
Die Übernahme der sozialen Rolle "Ehepartner oder Ehepartnerin" ist mit dem Prozess des maturing out aus dem Cannabiskonsum assoziiert. Die Nichtübernahme solcher Rollen war unabhängig vom Alter auch beim Erwerbsstatus ein Faktor für erhöhten Cannabiskonsum.

### 3.4 Heroin- und Kokaingebrauch und soziodemographische Ungleichheiten

Daten zum aktuellen Heroinkonsum sind sogar bei Zusammenlegung von 6 Jahren und somit über 66'000 Befragte schlichtweg nicht aussagekräftig. So gebrauchten 28 Personen in den 12 Monaten vor der Befragung Heroin und davon 17 Personen in den letzten 30 Tagen.

Auch beim Kokainkonsum werden die Daten trotz einer sehr grossen Ausgangsstichprobe schnell zu klein für Analysen nach soziodemographischen Merkmalen. Zwar gibt es im Alter von 15 bis 59 Jahre 2017 Personen mit einem Lebenszeitkonsum, beim aktuellen Konsum in den letzten 12 Monaten werden die Fallzahlen jedoch schnell sehr klein. Ab 60 Jahren gibt es nur noch eine Person mit einem Konsum in den letzten 30 Tagen. Wie Abbildung 3.4.1 zeigt, ist die Prävalenz des aktuellen Gebrauchs (letzte 12 Monate, einschliesslich letzte 30 Tage) im Alter von 25 bis 29 Jahren am höchsten. Dies gilt auch für den Lebenszeitgebrauch (ohne Konsum in den letzten 12 Monaten, nicht dargestellt).

Abbildung 3.4.1 Prävalenz des Kokaingebrauch in den letzten 12 Monaten, aber nicht 30 Tagen und in den letzten 30 Tagen vor der Befragung bei 15- bis 59-Jährigen, Suchtmonitoring 2011-2016



**Bemerkung:** linke Achse: Konsum in den letzten 12 Monaten, aber nicht 30 Tagen; rechte Achse: Konsum in den letzten 30 Tagen

Um ggf. annähernd Dosis-Wirkungs-Beziehungen untersuchen zu können, wurde der zumindest einmalige Konsum im Leben in drei Stufen unterteilt. Für weitere Unterteilungen nach der Konsumfrequenz in den letzten 30 Tagen, wie sie beim Cannabiskonsum vorgenommen worden sind, werden die Fallzahlen zu klein.

- 1) Lebenszeitkonsum, aber kein Konsum in den letzten 12 Monaten
- 2) Konsum in den letzten 12 Monaten, aber nicht in den letzten 30 Tagen
- 3) Konsum in den letzten 30 Tagen.

Wie bereits mehrfach erwähnt sind bestimmte soziodemographische Merkmale, wie letzte abgeschlossene Ausbildung, Erwerbsstatus oder Zivilstatus sehr altersabhängig. Aus diesem Grund wurden drei Altersgruppen gebildet, die noch halbwegs mit ausreichenden Fallzahlen auskommen: 15- bis 24-Jährige, die 25- bis 29-Jährigen und die 30- bis 59-Jährigen.

### 3.4.1 Kokaingebrauch und soziodemographische Merkmale

Da aufgrund der Fallzahlen Aussagen nur sehr eingeschränkte Interpretationen zulassen (obwohl fast alle Unterschiede in der Gesamtbevölkerung aufgrund der grossen Gesamtstichprobe einschliesslich nie Konsumierende signifikant werden), werden im Folgenden nur zusammenfassend einige Hauptpunkte berichtet (sowie die entsprechenden Einschränkungen).

- **Geschlecht:** Etwa ein Drittel der aktuell und jemals Konsumierenden sind Frauen; 32.3% sowohl bei der 12 Monatsprävalenz (ausschliesslich Konsumierende in den letzten 30 Tagen) als auch beim Konsum in den letzten 30 Tagen. Beim ehemaligen Konsum (Konsum in der Lebenszeit aber nicht in den letzten 12 Monaten) sind es 33.0%.
- **Formale Ausbildung:** Bei den 15- bis 24-Jährigen ist der aktuelle Gebrauch (12 Monate und 30 Tage) am höchsten bei jenen mit mittlerer Ausbildung (1.1% und 0.5%; insgesamt: 0.9% und 0.3%; vgl. Abschnitt 2.4 für die Definition), bei den 25- bis 29-Jährigen sind es jene mit höherer Ausbildung (1.6% und 0.5%; insgesamt: 1.4% und 0.4%) und bei den 30- bis 59-Jährigen sind es jene mit mittlerer Ausbildung (letzte 12 Monate aber nicht 30 Tage: 0.3%; insgesamt: 0.2%) bzw. jene mit keiner oder nur obligatorischer Ausbildung (letzte 30 Tage: 0.2%; insgesamt: 0.1%). Generell sind die Unterschiede aber recht klein, so dass von keiner klaren Tendenz mit dem Bildungsniveau gesprochen werden kann.
- **Zivilstatus:** Tendenziell sind ledige Personen häufiger ehemals Konsumierende und aktuell Konsumierende (12 Monate und 30 Tage zusammengenommen) als verheiratete. 25 bis 29 Jahre: 7.0% ledige ehemals Konsumierende und 1.9% aktuell in den letzten 12 Monaten Konsumierende versus 3.4% und 1.1% bei verheirateten Personen. 30-59 Jahre: 8.0% (1.0%) bei den Ledigen und 3.0% (0.1%) bei den Verheirateten. Es gibt jedoch Ausnahmen, so ist der Konsum in den letzten 30 Tagen bei den 25- bis 29-jährigen Verheirateten mit 0.7% leicht höher als bei den Ledigen der gleichen Altersgruppe (0.4%).
- **Migrationshintergrund:** Die Unterschiede zwischen der Schweizer Wohnbevölkerung und jener mit Migrationshintergrund sind vernachlässigbar.
- **Wohnsituation:** Eindeutige Unterschiede in allen Altersgruppen gibt es zwischen der Bevölkerung in Grossstadtzentren und jener in ländlichen Gebieten. Zusammengenommen für die 15- bis 59-Jährigen liegt die Prävalenz des ehemaligen Konsums in den Grossstadtzentren bei 8.9% versus 2.6% in ländlichen Gegenden; Konsum in den letzten 12 Monaten aber nicht 30 Tagen: 1.2% versus 0.4%; Konsum in den letzten 30 Tagen: 0.6% versus 0.1%. Das dürfte sicherlich mit der höheren Verfügbarkeit in den Grossstädten zusammenhängen.
- **Erwerbsstatus:** Nichterwerbstätige weisen ab einem Alter von 25 Jahren deutlich höhere Konsumprävalenzen auf als Vollzeit- und Teilzeiterwerbstätige. Das gilt insbesondere für den aktuellen Gebrauch.  
25- bis 29-Jährige: Konsum in den letzten 12 Monaten aber nicht in den letzten 30 Tagen: 4.7% (Nichterwerbstätige) versus 1.1% (Teilzeiterwerbstätige) und 1.2% (Vollzeiterwerbstätige); 30 Tage: 0.7% versus 0.1% und 0.6%.  
30- bis 59-Jährige: 12 Monate aber nicht 30 Tage: 1.1% versus 0.1% und 0.2%; 30 Tage: 1.2% versus 0.02% und 0.1%.  
Allerdings ist der Zusammenhang zwischen Kokainkonsum und Erwerbsstatus in der jüngeren Altersgruppe nicht wie bei den älteren. Zwar konsumieren Vollzeiterwerbstätige (0.9% und 0.4%) ebenfalls seltener aktuell Kokain als Nichterwerbstätige (1.1% und 0.5%), jedoch zeigen die höchsten Prävalenzen Teilzeiterwerbstätige (2.1% und 0.8%).

## 3.5 Kompulsive Internetnutzung und soziodemographische Ungleichheiten

Der Frage nach Ungleichheiten in der Internetnutzung wurde in zwei Richtungen nachgegangen. Im Suchtmonitoring wurde die kompulsive Internetnutzung mit der "Compulsive Internet Use Scale" (CIUS) erfasst, die allgemein problematisches Internetverhalten misst. Der Entwickler der Skala (Meerkerk) wollte Vergleiche mit substanzbezogenen Süchten wie "Abhängigkeit" vermeiden und wählte den Begriff "compulsive", den man vielleicht mit "zwanghaft" übersetzen könnte. Asugedrückt werden sollte damit, dass die Internetnutzung nicht mehr nur völlig freiwillig stattfindet, sondern ein gewisser, nahezu "zwanghafter" Druck bei den Nutzenden entsteht.

Im Suchtmonitoring wurde der CIUS nur in Modulfragen in der Gesamtbevölkerung der 15-Jährigen und Älteren erhoben. Das bedeutet zweierlei: zum einen werden die Fallzahlen, in der relevanten Altersgruppe (kompulsive Internetnutzung ist meist nur in der jüngeren Bevölkerung ausgeprägt) schnell sehr klein. Zum anderen sind in Modulbefragungen nur jeweils bestimmte Module erfasst, so dass man keine Querbezüge mit anderen problematischen Verhaltensweisen herstellen kann.

Aus diesem Grund wurde in einem zweiten Schritt eine weitere Stichprobe herangezogen, die Cohort Study on Substance Use Risk Factors (C-SURF). C-SURF hat mit über 5'000 Männern im Alter von etwa 25 Jahren ausreichend grosse Stichproben im für kompulsiver Internetnutzung relevanten Alter. C-SURF misst neben der allgemeinen problematischen Internetnutzung auch spezifische Verhaltensweisen, wie problematische Smartphone-Nutzung, Cybersex und problematisches Spielverhalten (auch im Internet). Daneben misst C-SURF problematischen Substanzgebrauch. Der Nachteil der Studie ist, dass es nur Männer sind.

### 3.5.1 *Kompulsive Internetnutzung im Suchtmonitoring*

Sowohl von Januar bis Juni 2013 als auch im gleichen Zeitraum 2015 wurde im Suchtmonitoring der CIUS erfasst. In diesem Zeitraum über die beiden Jahre wurden insgesamt 5098 Personen über das Festnetz telefonisch befragt. Der CIUS ist vor allem an die DSM-IV Kriterien für pathologisches Glückspiel (weder DSM-IV noch DSM-5 haben eine Diagnose für problematische Internetnutzung) angelehnt und wurde in den Niederlanden entwickelt. Die Skala besteht aus 14 Fragen nach z.B. Schwierigkeiten mit dem Internetgebrauch aufzuhören, Vernachlässigung von Pflichten wegen des Internetgebrauchs oder Schlafmangel aufgrund des Internetgebrauchs. Die Beantwortung der Fragen wird jeweils auf einer Skala von 0 bis 4 (nie, selten, manchmal, häufig, sehr häufig) gegeben. Problematische Internetnutzung liegt gemäss des Entwicklers bei 28 und mehr Punkten (also der Hälfte der maximalen Punktzahl).

Erhoben wurde der CIUS nur bei Personen, die entweder unter der Woche oder am Wochenende durchschnittlich täglich mindestens 1 Stunde aus privaten (nicht beruflichen) Gründen das Internet nutzten. Problematische Internetnutzung liegt gemäss dem Entwickler des CIUS (Meerkerk) ab einem Schwellenwert von 28 Punkten vor.

Bei einem Schwellenwert von 28 oder mehr Punkten gäbe es trotz der grossen Ausgangsstichprobe von über 5000 Personen gewichtet nur 50 Personen (1.0%), die einen problematische Internetnutzung aufweisen. Selbst bei einem anderen, in der Literatur vorgeschlagenen, geringeren Schwellenwerten (20 Punkte oder mehr, vgl. Berichte des Suchtmonitorings zur problematischen Internetnutzung auf [www.suchtmonitoring.ch](http://www.suchtmonitoring.ch)) wären es gewichtet nur 258 Personen oder 5.1%. Dies sind einfach zu geringe Fallzahlen, um Aussagen nach Geschlecht und Alter und dann noch weiteren soziodemographischen Merkmalen zu treffen.

Aus diesem Grund wurde im vorliegenden Bericht eine andere Herangehensweise an den CIUS im Suchtmonitoring gewählt. Es wird untersucht, ob es im Wesentlichen Dosis-Wirkungsbeziehungen gibt (zur Erläuterung von Dosis-Wirkungsbeziehungen vergleiche Abschnitt 2.4). Dazu wird, neben keiner bzw. weniger als 1 Stunde täglich, der CIUS in 3 Gruppen unterteilt, wobei die letzten beiden Gruppen in etwa bei jeweils etwa 10% der Bevölkerung vorliegt:

- Ein CIUS von 0-8 Punkte wird von den Autoren dieses Berichtes als **unauffällige** kompulsive Nutzung bezeichnet.
- Ein CIUS von 9-16 Punkten wird von den Autoren dieses Berichtes als **wenig ausgeprägte** kompulsive Nutzung bezeichnet.
- Ein CIUS von 17 oder mehr Punkten wird von den Autoren dieses Berichtes als **symptomatisch kompulsive** Nutzung bezeichnet.

Es ist wichtig, dass diese Begriffe nur Label der Autoren dieses Berichtes und keine in der internationalen Literatur verwendete Begriffe sind. Uns war es wichtiger a) ggf. eine Dosis-Wirkungsbeziehung herstellen zu können, und b) noch halbwegs ausreichende Fallzahlen (also jeweils etwa 10% der Befragten in den beiden oberen Kategorien heranziehen zu können. Bei dieser Stichprobengröße ergibt es auch Sinn, Signifikanztestungen heranzuziehen. Wir legen deshalb ein besonderes Augenmerk auf signifikante Ergebnisse, weisen aber auf Auffälligkeiten hin, auch wenn diese nicht signifikant sind.

### 3.5.1.1 Kompulsive Internetnutzung nach Alter und Geschlecht

Wie Abbildung 3.5.1 zeigt, steigt die Prävalenz keiner oder nur geringer (< 1 Stunde täglich) Internetnutzung stark mit dem Alter an. Abbildung 3.5.2 richtet den Fokus auf die 3 Stufen der kompulsiven Internetnutzung.

Abbildung 3.5.1 Prävalenz keiner/geringer Internetausnutzung und von 3 Stufen der kompulsiven Internetnutzung (CIUS) nach Alter, Suchtmonitoring Januar bis Juni 2013 und 2015

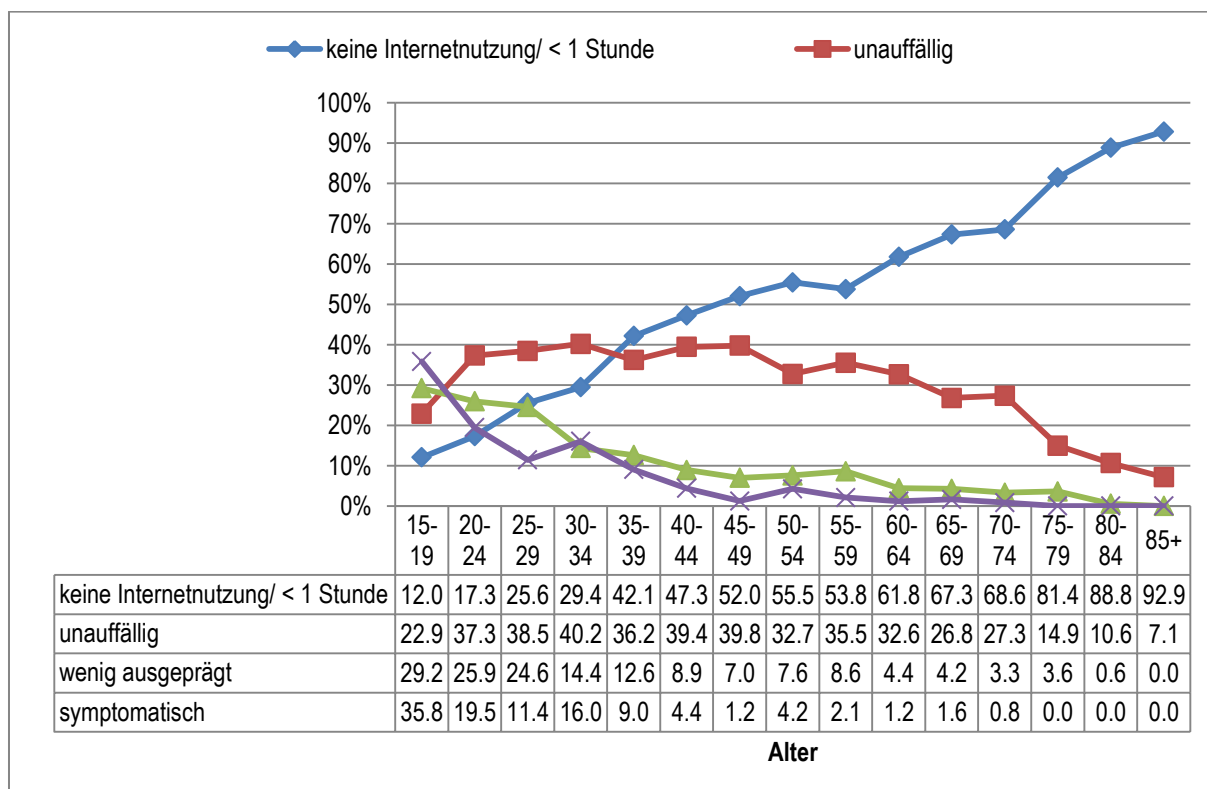
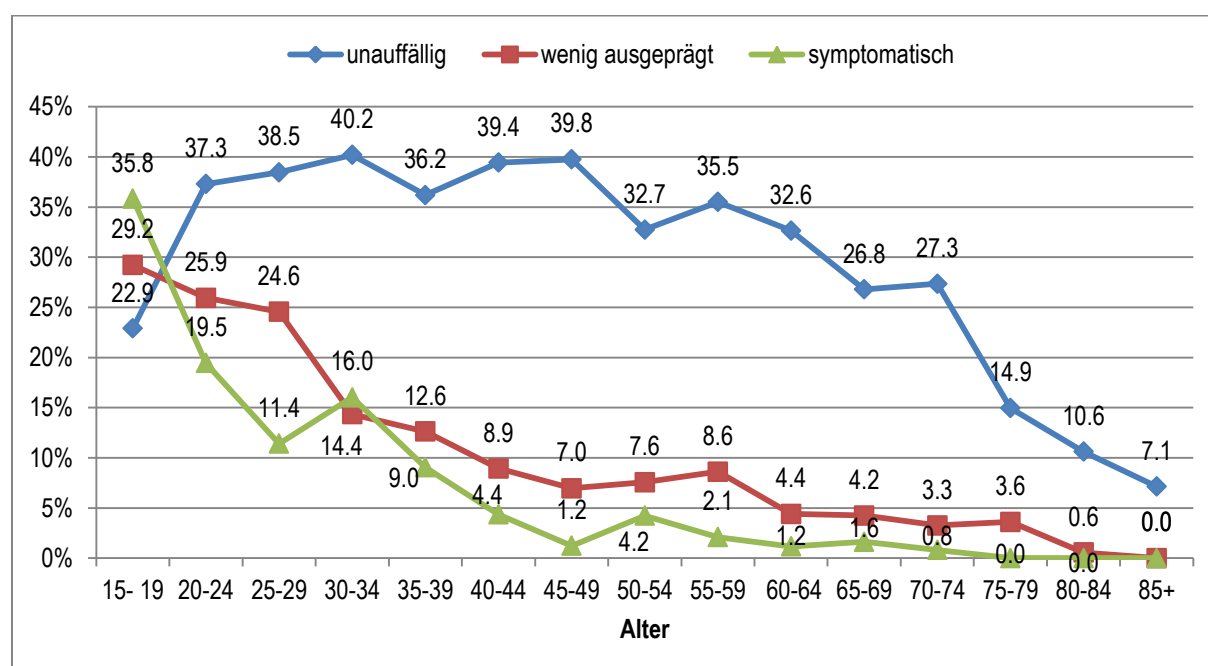




Abbildung 3.5.2 Prävalenz der 3 Stufen der compulsiven Internetnutzung (CIUS) nach Alter, Suchtmonitoring Januar bis Juni 2013 und 2015



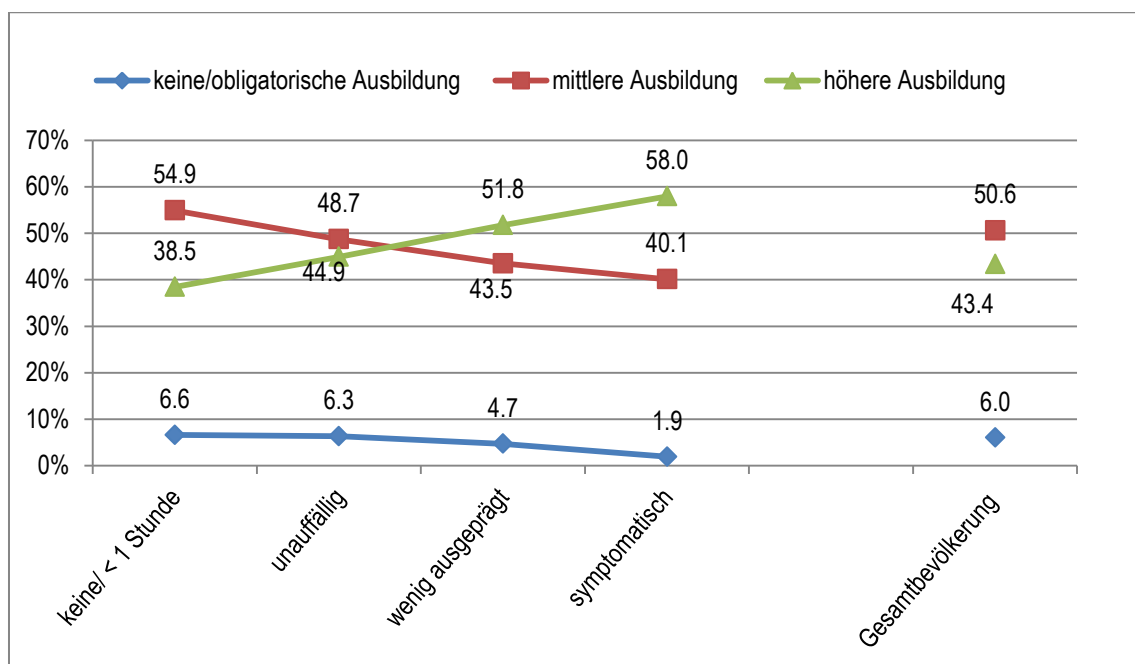
Die symptomatisch compulsive Internetnutzung (aber auch die mittlere Kategorie des CIUS) sinkt sehr rasch mit dem Alter. Die 15- bis 19-Jährigen haben eine ausreichend hohe Prävalenz um gesondert betrachtet werden zu können. Gleiches gilt für die zwei Altersgruppen der 20- bis 29-Jährigen und 30- bis 59-Jährigen. Ab 60 Jahren ist zumindest die symptomatische Internetnutzung nur selten. Wir unterscheiden deshalb 3 Altersgruppen. Die der 15- bis 19-Jährigen, 20- bis 29-Jährigen und 30- bis 59-Jährigen.

Der Frauenanteil ist in allen drei Stufen compulsiver Internetnutzung stabil (unauffällig: 47.6%; kaum auffällig: 48.9%; symptomatisch: 45.2%), so dass wir im folgenden Männer und Frauen zusammengefasst analysieren.

### 3.5.1.2 Kompulsive Internetnutzung und formale Bildung

Bei den 15- bis 19-Jährigen gibt es (hoch nicht-signifikant) keine Unterschiede in der formalen Bildung ( $p=.928$ ). Dies ist auch nicht zu erwarten, da über 80% noch keine weitere als die obligatorische Ausbildung abgeschlossen haben. Auch bei den 20- bis 29-Jährigen sind die Unterschiede nicht signifikant ( $p=.401$ ). Zur Definition der Bildungsstufen sei auf Abschnitt 2.4 hingewiesen. Hochsignifikante Unterschiede ( $p < 0.001$ ) gibt es in der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen (Abbildung 3.5.3). Je "problematischer" (kompulsiver) das Internet genutzt wird, desto häufiger kommen diese Personen aus den höheren Bildungsschichten und entsprechend seltener aus den mittleren und niedrigen Bildungsschichten. Haben beispielsweise in der Gesamtbevölkerung dieses Alters 43.4% eine höhere Ausbildung, so sind es 58.0% mit zumindest symptomatisch compulsiver Internetnutzung.

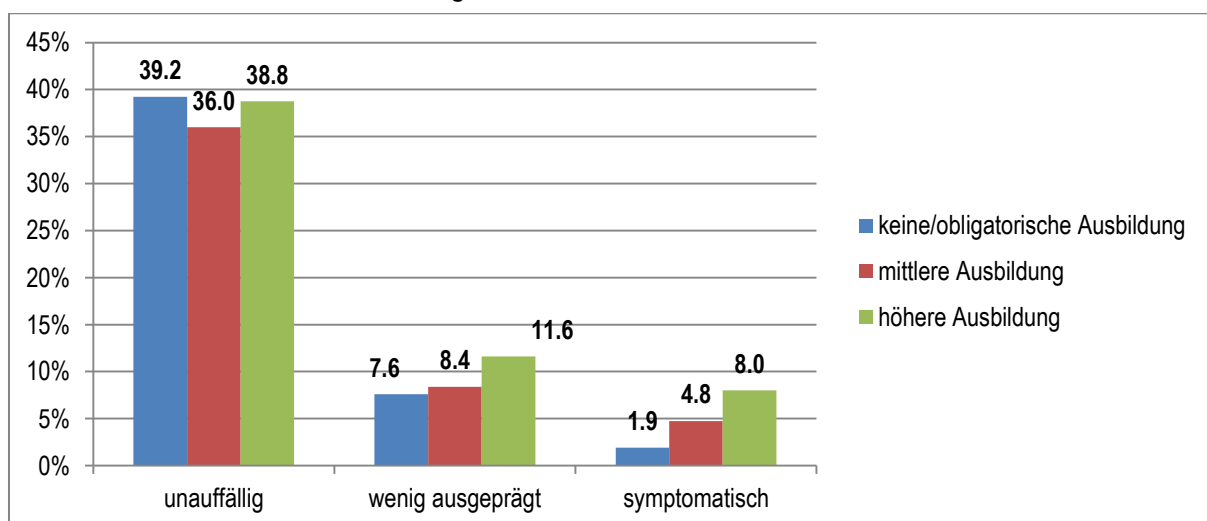
Abbildung 3.5.3 Anteile an Personen in den 3 formalen Bildungsniveaus nach Stufen Ihrer Internetnutzung und in der Gesamtbevölkerung, 30-59-Jährige, Suchtmonitoring Januar bis Juni 2013 und 2015



**Lesbeispiel:** In der Gesamtbevölkerung dieses Alters haben 43.4% eine höhere Ausbildung. Bei unauffällig Internetnutzenden sind es 44.9% und 58.0% der symptomatisch Nutzenden haben eine höhere Ausbildung. JE "problematischer" die Nutzung desto eher kommen die Nutzenden aus den höheren Bildungsschichten. Pro Kategorie der Internetnutzung (und in der Gesamtbevölkerung) ergeben sich 100% über die Ausbildungsstufen.

Abbildung 3.5.4 zeigt entsprechend die Prävalenzen kompulsiver Internetnutzung. Während nur 1.9% mit keiner oder obligatorischer Ausbildung das Internet symptomatisch nutzen, sind es 8% mit höherer Ausbildung.

Abbildung 3.5.4 Prävalenz der Stufen kompulsiver Internetnutzung bei 30-59-Jährigen, Suchtmonitoring Januar bis Juni 2013 und 2015



**Bemerkung:** 100% ergeben sich pro Ausbildungsstufe mit jenen, die keine private Internetnutzung oder weniger als eine Stunde Nutzung pro Tag aufweisen.

**Kommentar:**

In jungen Jahren gibt es keine Unterschiede in der formalen Bildung bezüglich kompulsiver Internetnutzung. Das mag damit zusammenhängen, dass bei den jungen Menschen die Nutzung des Internets praktisch vollumfassend, überall und zu jedem Zeitpunkt verbreitet ist.

Im mittleren Alter (30 bis 59 Jahre) sind es eher die höheren Bildungsschichten, die ggf. ein Problem mit ihrer Internetnutzung haben.

### 3.5.1.3 Kompulsive Internetnutzung und Erwerbsstatus

Bei den 15- bis 19-Jährigen gibt es keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Erwerbsstatus. Hochsignifikant ( $p < 0.001$ ) sind die Unterschiede indes in beiden Altersgruppen der 20- bis 29-Jährigen und der 30- bis 59-Jährigen. Allerdings finden sich praktisch keine Dosis-Wirkungsbeziehungen (Tabelle 3.5.1). Einzig bei den 20- bis 29-Jährigen nehmen die Anteile Vollzeiterwerbstätiger mit der Kompulsion der Internetnutzung ab. Personen mit wenig ausgeprägter (38.8%) und symptomatischer Kompulsion (37.3%) der Internetnutzung sind seltener vollzeiterwerbstätig als die Gesamtbevölkerung (43.5%). Doch diese Beziehung gilt nicht mehr bei den 30- bis 59-Jährigen. In dieser Altersgruppe sind die symptomatisch kompulsiv das Internet Nutzenden am häufigsten erwerbstätig, nämlich 59.2% versus 53.4% in der Gesamtbevölkerung. Auch scheinen symptomatisch Nutzende häufiger Nichterwerbstätige (12.7%) als in der Gesamtbevölkerung (6.6%) zu sein. Indes gilt dies nur eingeschränkt bei den 30- bis 59-Jährigen.

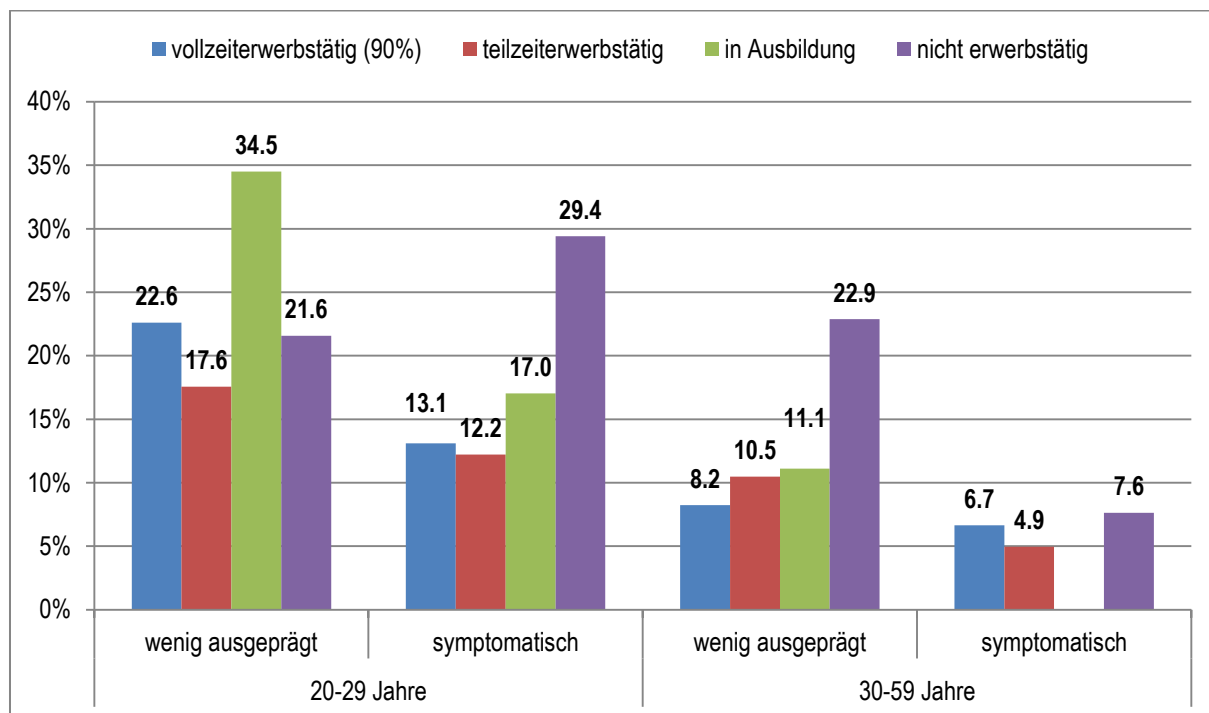
*Tabelle 3.5.1 Prozentanteile des Erwerbsstatus nach Stufen der Internetnutzung und in der Gesamtbevölkerung, 20-59-Jährige, Suchtmonitoring Januar bis Juni 2013 und 2015*

| Alter | Erwerbsstatus              | keine/ < 1 Stunde | unauffällig | wenig ausgeprägt | symptomatisch | Gesamtbevölkerung |
|-------|----------------------------|-------------------|-------------|------------------|---------------|-------------------|
| 20-29 | vollzeiterwerbstätig (90%) | 50.6%             | 45.2%       | 38.8%            | 37.3%         | 43.5%             |
|       | teilzeiterwerbstätig       | 21.7%             | 19.2%       | 11.7%            | 13.6%         | 17.0%             |
|       | in Ausbildung              | 17.5%             | 28.1%       | 40.3%            | 33.1%         | 29.7%             |
|       | nicht erwerbstätig         | 5.4%              | 5.5%        | 5.6%             | 12.7%         | 6.6%              |
| 30-59 | vollzeiterwerbstätig (90%) | 53.0%             | 55.2%       | 44.7%            | 59.2%         | 53.4%             |
|       | teilzeiterwerbstätig       | 34.2%             | 32.3%       | 35.4%            | 27.4%         | 33.2%             |
|       | in Ausbildung              | 0.1%              | 0.7%        | 0.4%             | 0.0%          | 0.3%              |
|       | nicht erwerbstätig         | 3.5%              | 4.0%        | 10.5%            | 5.7%          | 4.5%              |

**Bemerkung:** 100 % ergeben sich mit Hausfrauen/Hausmännern und Rentnern/Rentnerinnen, die aber in diesen Altersgruppen praktisch keine Rolle spielen. **Lesebeispiel:** Bei den 20—29-Jährigen symptomatisch Nutzenden sind 37.3% vollzeiterwerbstätig, 13.6% teilzeiterwerbstätig, 33.1% in Ausbildung und 12.7% nicht erwerbstätig. Dagegen sind in der Gesamtbevölkerung dieses Alters nur 6.6% nicht erwerbstätig.

Abbildung 3.5.5 zeigt die entsprechenden Prävalenzen der Stufen der compulsiven Internetnutzung. Es deutet sich an, dass zumindest bei der symptomatischen Internetnutzung Erwerbslose höhere Prävalenzen aufweisen. Beispielsweise sind es 29.4% symptomatisch Nutzender bei den 20- bis 29-Jährigen gegenüber 13.2% bei den Vollzeitbeschäftigten.

Abbildung 3.5.5 Prävalenz der Stufen compulsiver Internetnutzung bei 20- bis 59-Jährigen nach Erwerbsstatus, Suchtmonitoring Januar bis Juni 2013 und 2015



**Bemerkung:** Hausfrauen/Hausmänner und Rentner/Rentnerinnen sind nicht berücksichtigt wegen teilweise kleiner Fallzahlen. 100% ergeben sich pro Erwerbsstatus und Altersgruppe mit jenen, die keine Internetnutzung oder weniger als eine Stunde haben, oder deren Internetnutzung unauffällig ist.

#### Kommentar:

Es gibt kein klares Bild hinsichtlich des Erwerbsstatus und der Internetnutzung. Die Unterschiede variieren stark in verschiedenen Altersgruppen. Am ehesten kann gesagt werden, dass Erwerbslose sich eher im Internet in Richtung einer problematischen Nutzung aufhalten, und dass im jungen Erwachsenenalter (20-29 Jahre) die "symptomatische" Nutzung bei Erwerbstätigen geringer ist als bei Personen in der Ausbildung oder ohne Erwerbstätigkeit.

#### 3.5.1.4 Kompulsive Internetnutzung und Urbanität

Auch wenn es hochsignifikante ( $p < 0.001$ ) Unterschiede im Internetgebrauch nach Urbanität gibt, können wir keinerlei klare Tendenzen feststellen; mal ist die Prävalenz der symptomatischen Nutzung in den Mittelzentren am höchsten, mal im Umland der Grossstadtzentren. Mal ist sie in den Grossstadtzentren am niedrigsten, mal in den ruralen Regionen.

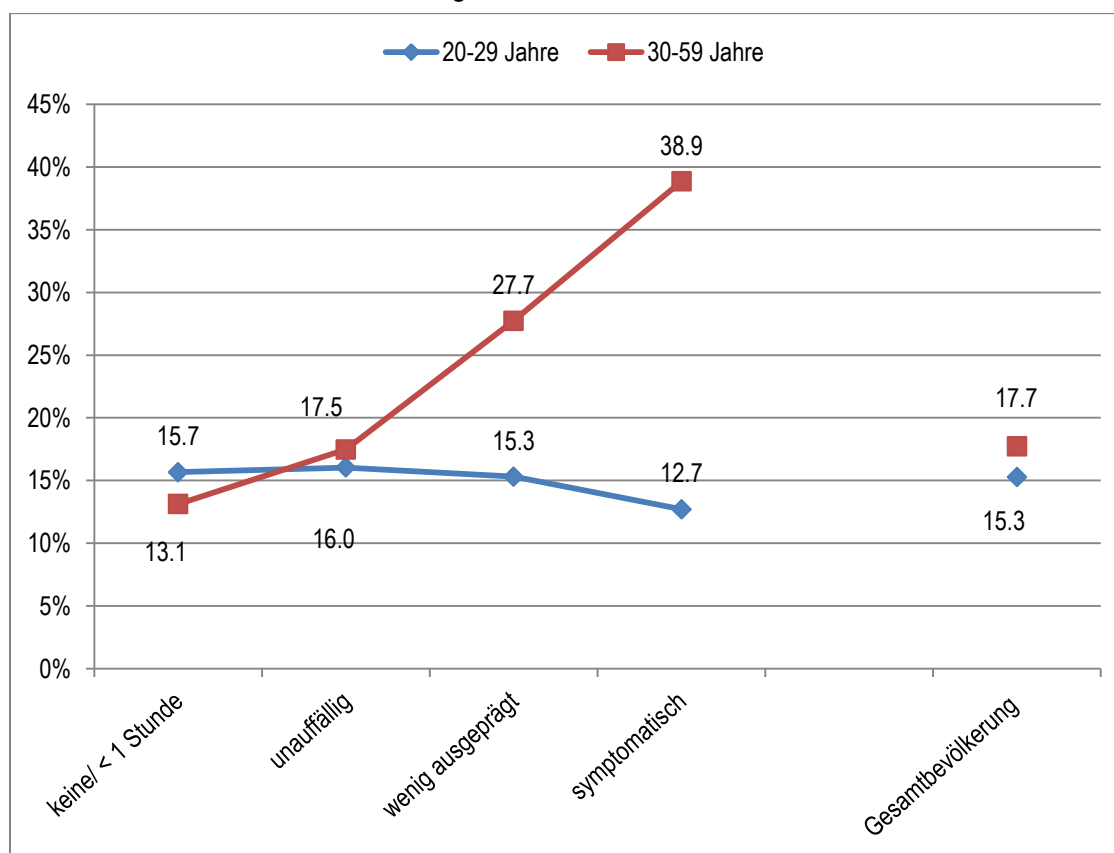
#### Kommentar:

Aus unserer Sicht, hängt der problematische Internetgebrauch trotz signifikanter Unterschiede nicht von der Urbanität ab. Es gibt auch keine Dosis-Wirkungsbeziehungen.

### 3.5.1.5 Kompulsive Internetnutzung und Migrationshintergrund

Kompulsive Internetnutzung bei den 30- bis 59-Jährigen ist stark vom Migrationshintergrund abhängig (Abbildung 3.5.6). In der Gesamtbevölkerung dieser Altersgruppe liegt der Ausländeranteil bei 17.7%. Bei den wenig ausgeprägt kompulsiv Nutzenden und den symptomatisch Nutzenden liegt der Ausländeranteil bei 27.7% bzw. 38.9%. Bei den 15- bis 19-Jährigen und 20- bis 29-Jährigen sind die Ergebnisse deutlich nicht signifikant ( $p > 0.3$ ), obwohl sich bei den 15- bis 19-Jährigen eine ähnliche Tendenz andeutet, jedoch sind die Fallzahlen von Personen mit Migrationshintergrund zu klein, um signifikant zu werden.

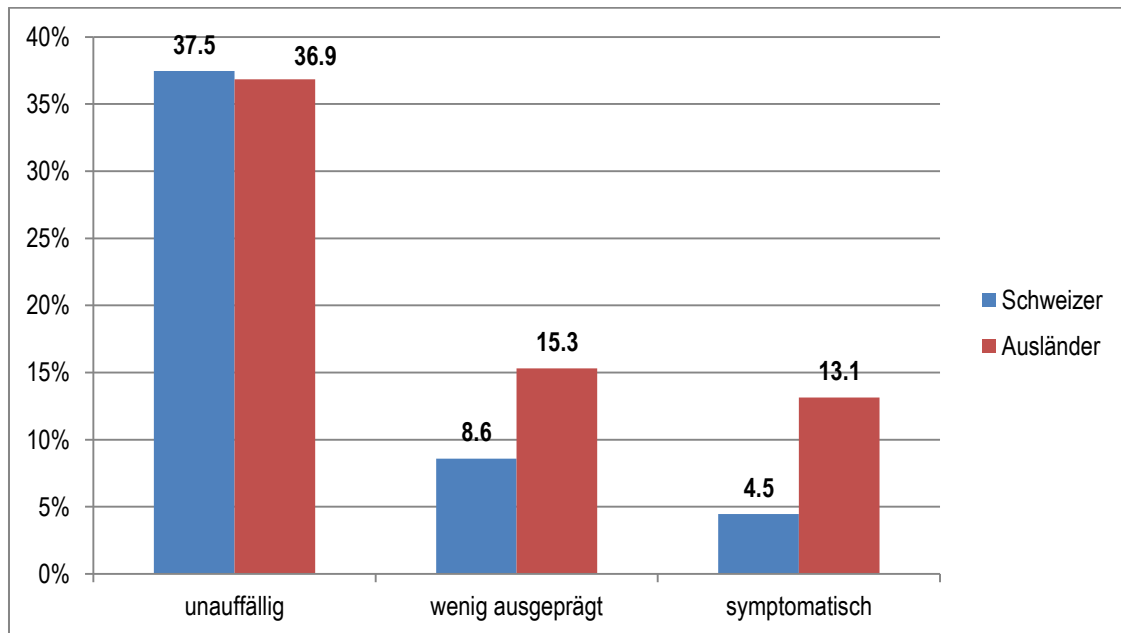
Abbildung 3.5.6 Prozentanteile von Personen mit Migrationshintergrund nach Stufen der Internetnutzung und in der Gesamtbevölkerung, 20- bis 59-Jährige, Suchtmonitoring Januar bis Juni 2013 und 2015



**Bemerkung:** 100% pro Nutzungsgruppe (und in der Gesamtbevölkerung) ergeben sich mit der Schweizer Bevölkerung.  
**Lesebeispiel:** Bei den 30- bis 59-Jährigen haben in der Gesamtbevölkerung 17.7% einen Migrationshintergrund. Bei den symptomatisch das Internet Nutzende sind es 38.9%. Je "problematischer" die Internetnutzung, desto höher wird der Anteil an Personen mit Migrationshintergrund in der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen

Abbildung 3.5.7 zeigt die entsprechenden Prävalenzen. Diese sind bei wenig ausgeprägter kompulsiver Nutzung bei Personen mit Migrationshintergrund etwa doppelt so hoch und bei symptomatischer Nutzung etwa dreimal so hoch.

Abbildung 3.5.7 Prävalenz der Stufen kompulsiver Internetnutzung nach Migrationsstatus bei 30- bis 59-Jährigen, Suchtmonitoring Januar bis Juni 2013 und 2015



**Bemerkung:** 100% ergeben sich für Schweizer bzw. für Ausländer zusammen mit jenen ohne private Internetnutzung bzw. einer Nutzung von weniger als einer Stunde täglich. Lesebeispiel: In der Schweizer Wohnbevölkerung der 30- bis 50-Jährigen nutzen 4.5% des Internet symptomatisch, Bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund sind es 13.1%

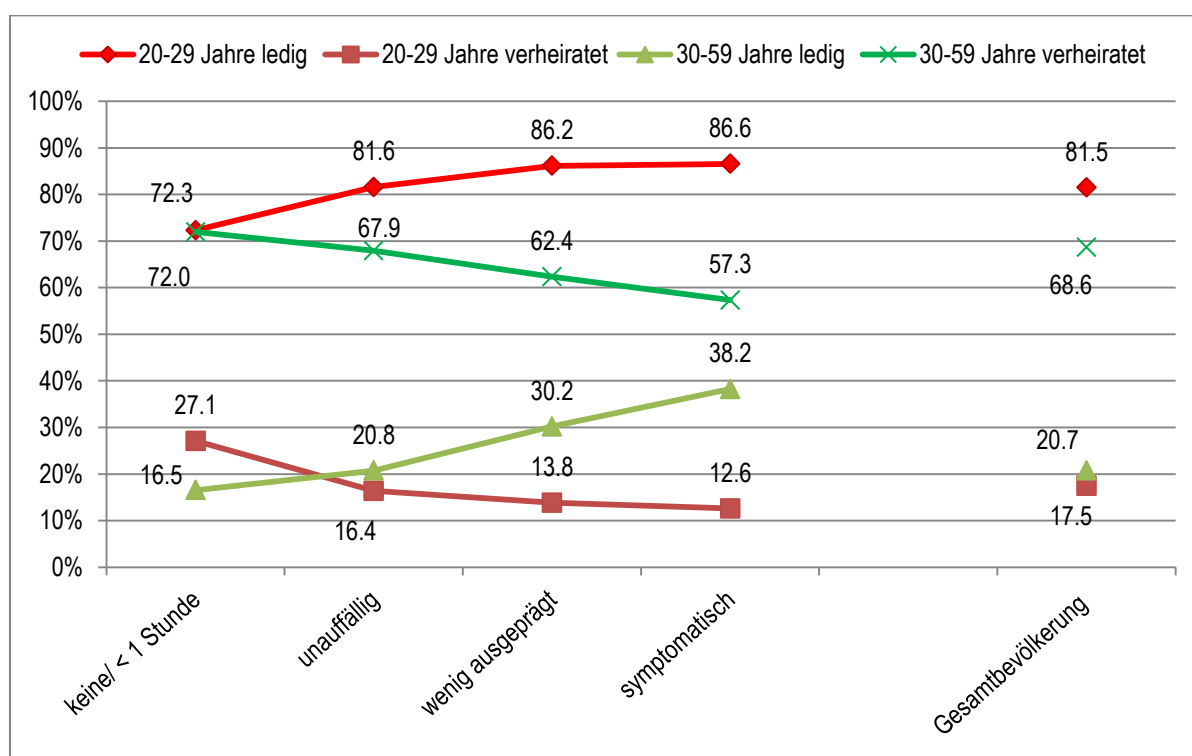
**Kommentar:**

Bei älteren Personen (30- bis 59 Jahre) ist ein Migrationshintergrund ein Risikofaktor für kompulsiven Internetnutzung. Über die Gründe kann nur spekuliert werden. Es könnte mit einem erhöhten Interesse der Nachrichten- und Informationsnutzung aus dem und über das Heimatland oder mit grösserer sozialen Isolation zusammenhängen. Aber auch andere Gründe sind denkbar.

### 3.5.1.6 Kompulsive Internetnutzung und Zivilstand

Bei den 15- bis 19-Jährigen gibt es praktisch nur Ledige, so dass keine Unterschiede im Zivilstand untersucht werden können. Sowohl bei den 20- bis 29-Jährigen als auch bei den 30- bis 59-Jährigen nehmen die Anteile an Ledigen mit der Stärke der compulsiven Internetnutzung zu. Die Ergebnisse sind bei beiden Altersgruppen signifikant ( $p < .01$ ). Entsprechend nehmen die Anteile an Verheirateten ab (Abbildung 3.5.8). Beispielsweise sind bei den 30- bis 59-Jährigen nur 20.7% in der Gesamtbevölkerung ledig, bei den symptomatisch Nutzenden sind fast doppelt so viele (38.2%) ledig.

Abbildung 3.5.8 Prozentanteile an Ledigen und Verheirateten nach Stufen der Internetnutzung und in der Gesamtbevölkerung, 20-59-Jährige, Suchtmonitoring Januar bis Juni 2013 und 2015

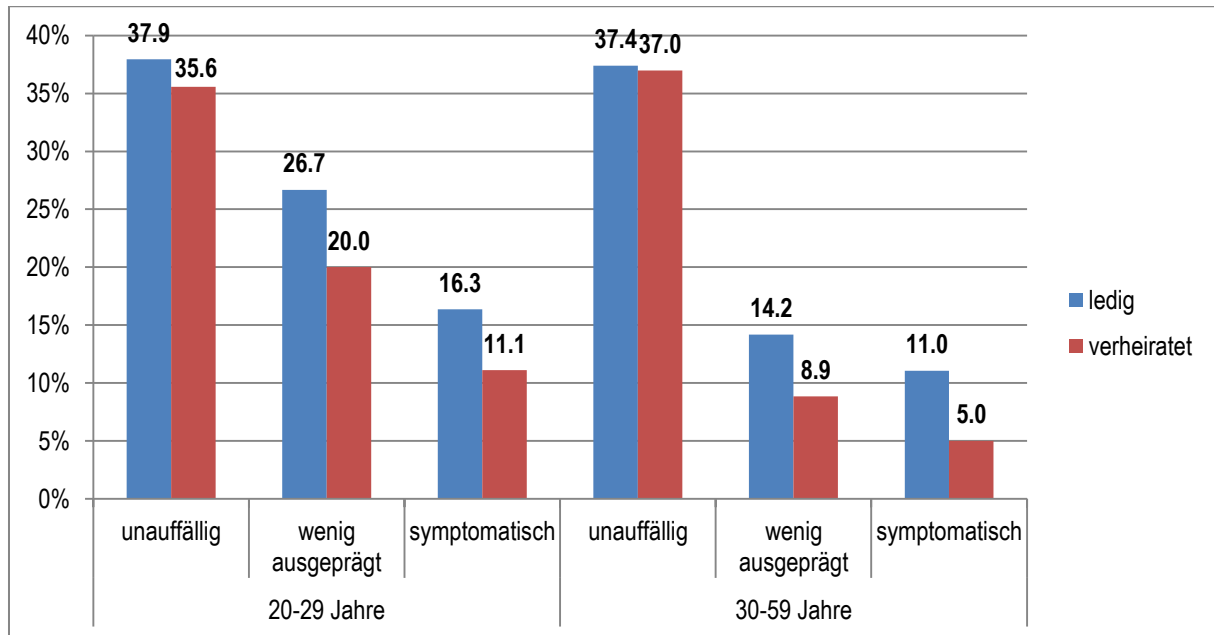


**Bemerkung:** Verwitwungen und Scheidungen sind nicht berücksichtigt wegen teilweise kleiner Fallzahlen. Ledig bedeutet niemals verheiratet gewesen zu sein oder in registrierter Partnerschaft gelebt zu haben. Verheiratet schliesst registrierte Partnerschaften mit ein. Pro Altersgruppe und Stufe der Internetnutzung ergeben sich 100% über den Zivilstatus. Beispielsweise sind bei 20- bis 29-Jährigen symptomatisch Nutzenden 12.6% verheiratet und 86.6% ledig. Die Summe ergibt 99.4%, d.h. 0.6% wären geschieden oder verwitwet.

**Lesebeispiel:** Bei den 30- bis 59-Jährigen sind in der Gesamtbevölkerung 68.6% verheiratet. Bei den symptomatisch Nutzenden sind nur 57.3% verheiratet.

Abbildung 3.5.9 zeigt die entsprechenden Prävalenzen der Stufen kompulsiver Internetnutzung, die bei Ledigen im Vergleich zu Verheirateten sowohl für die wenig ausgeprägte kompulsive Internetnutzung als auch die symptomatische Nutzung höher sind. Beispielsweise nutzen bei den 30- bis 59-Jährigen nur 5% das Internet symptomatisch, bei den Ledigen derselben Altersgruppe sind es mit 11.0% mehr als doppelt so viele.

Abbildung 3.5.9 Prävalenz der Stufen kompulsiver Internetnutzung nach Zivilstatus bei 20- bis 59-Jährigen, Suchtmonitoring Januar bis Juni 2013 und 2015



**Bemerkung:** Verwitwungen und Scheidungen sind nicht berücksichtigt wegen teilweise kleiner Fallzahlen. 100% ergeben sich pro Zivilstand und Altersgruppe mit jenen, die keine Internetnutzung oder weniger als eine Stunde haben, oder deren Internetnutzung unauffällig ist.

**Lesebeispiel:** Bei den ledigen 30-59-Jährigen nutzen 11.0% das Internet symptomatisch, bei den Verheirateten dieser Altersgruppe sind es nur 5.0%.

**Kommentar:**

Ledig zu bleiben ist ein deutlicher Risikofaktor für kompulsive Internetnutzung.



### 3.5.2 *Problematische Verhaltensweisen bei jungen Männern: Internetnutzung, Gaming, Smartphone-Nutzung und Cybersex*

Um die Daten des Suchtmonitorings zu erweitern, wurde die Studie C-SURF (Cohort Study on Substance Use Risk Factors) herangezogen. Die hier berichteten Daten stammen aus dem 2. Follow-up (Erhebung: April 2016 bis September 2017), zu einem Zeitpunkt als die Männer in etwa 25 Jahre alt waren. Es nahmen immer noch 5287 Personen teil, was eine hervorragende Haltequote insbesondere bei jungen Männern bedeutet.

#### 3.5.2.1 *Sprachregelung*

Es gibt keine klare begriffliche Regelung wie die hier verwendeten problematischen Verhaltensweisen (einschliesslich problematischen Substanzkonsum) im deutschen zu benennen sind: mentale Störungen, Abhängigkeit oder Sucht? Im Prinzip hat bei den sog. Verhaltenssuchten nur das Gaming Eingang in einschlägigen diagnostischen Systemen wie das DSM-5 oder das ICD-10 gefunden. Zunehmend warnen auch Wissenschaftler (z.B. Kardefelt-Winther et al., 2017) vor der Pathologisierung von Verhaltensweisen wie dem Internetgebrauch, der ja auch für viele Menschen Vorteile hat, Spass bringen kann oder einen Nutzen beispielsweise bei der privaten Weiterbildung hat. Letztendlich sind die hier verwendeten Instrumente auch nur Screening-Instrumente, die im Rahmen von Befragungen eingesetzt worden sind. Es liegen also keine klinischen Diagnosen beispielsweise durch Psychiater vor. Wir verwenden deshalb keine Begriffe wie Sucht, Abhängigkeit oder Addiction. Allerdings messen die verwendeten Instrumente mehr als nur die reine Nutzung, sondern ein gewisses Ausmass an Nutzung die zu Problemen führen kann. Aus diesen Gründen sprechen wir im Folgenden von problematischen Verhaltensweisen, problematischer Nutzung oder problematischem Konsum.

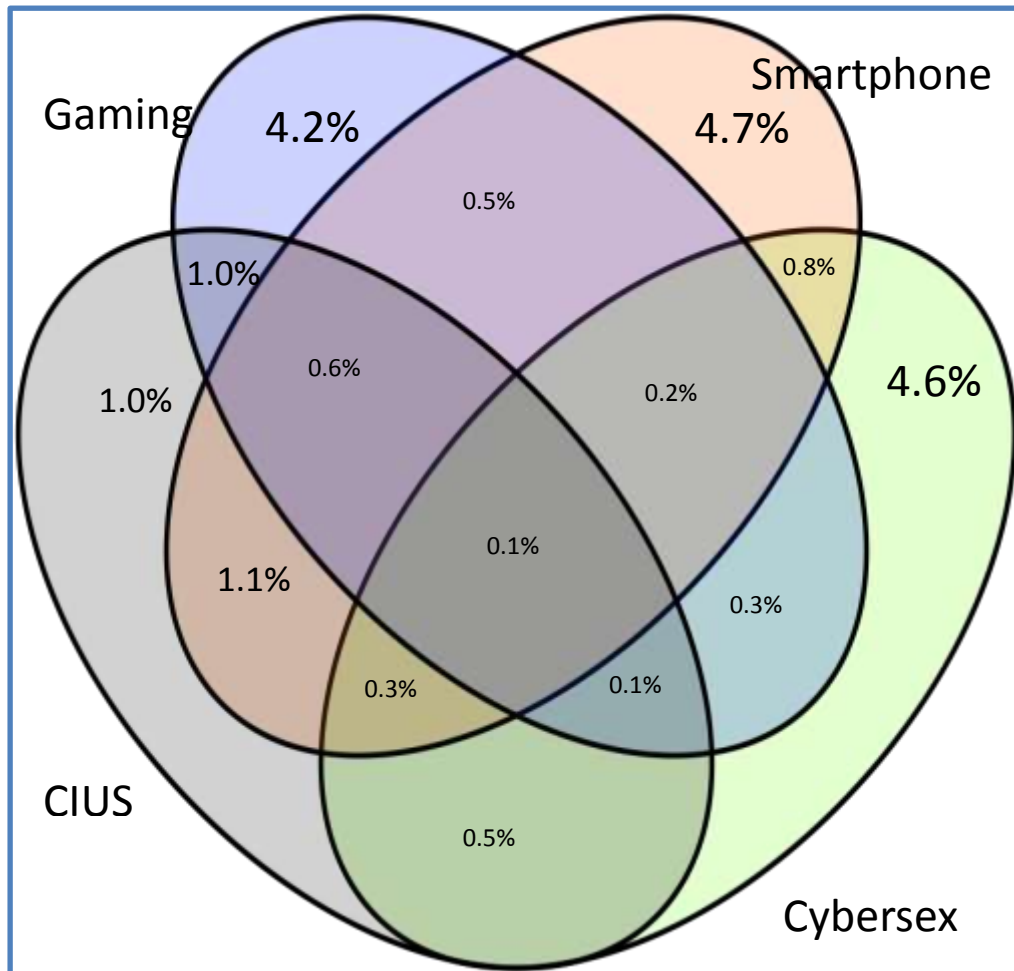
#### 3.5.2.2 *Überlappung problematischer Internetnutzung, Gaming, Smartphone-Nutzung und Cybersex*

4.7% der jungen Männer weisen eine allgemeine problematische Internetnutzung (CIUS) auf. Wir sprechen von allgemeiner problematischer Nutzung, weil mit dem CIUS keine spezifischen Nutzungen (wie soziale Medien, Cybersex oder Gaming) erhoben werden, sondern die Nutzung des Internets allgemein zu Problemen geführt hat. Beim Gaming und Cybersex sind es jeweils 6.9%, die eine problematische Nutzung angaben. Bei der problematischen Smartphone-Nutzung sind es 8.2%.

Allerdings überlappen sich diese vier problematischen Verhaltensweisen, d.h. es gibt Personen, die mehrere dieser problematischen Nutzungen aufweisen. Wie zu erwarten war, überlappt die allgemeine problematische Internetnutzung am stärksten. 79.2% jener mit einer allgemeinen problematischen Internetnutzung weisen zusätzlich zumindest eine der drei anderen problematischen Verhaltensweisen auf, d.h., dass nur 20.8% (1.0% von 4.7%, vgl. Abbildung 3.5.10) aller Personen mit allgemeiner problematischer Internetnutzung nur diese allgemeine problematische Internetnutzung angeben. Interessanter Weise gibt nur eine Minderheit der anderen drei spezifischen problematischen Verhaltensweisen auch eine allgemeine problematische Internetnutzung an. Dies könnte bedeuten, dass diese problematischen Verhaltensweisen nicht dem Internet als "Verursacher" zugeschrieben werden, sondern das Internet nur das Medium zur Befriedigung des Verhaltens darstellt. Die spezifischen problematischen Verhaltensweisen überlappen weit weniger stark. So weisen 60.1% aller mit problematischem Gaming ausschliesslich Gaming auf. Beim Smartphone liegen die Anteile bei 57.0% und beim Cybersex bei 66.8%.

Insgesamt weisen 19.9 % der 25-jährigen Männer zumindest eine der vier betrachteten problematischen Verhaltensweisen gemäss den obigen Kriterien auf (Abbildung 3.5.10). Da leider Abbildung 3.5.10 keine proportionale Darstellung erlaubt, werden in Abbildung 3.5.11 die 10 häufigsten Kombinationen mit Prävalenzwerten von mindestens 0.5% angegeben. Insgesamt ergeben diese 10 Kombinationen eine Prävalenz von 18.9%, machen also 95% aller möglichen Kombinationen aus.

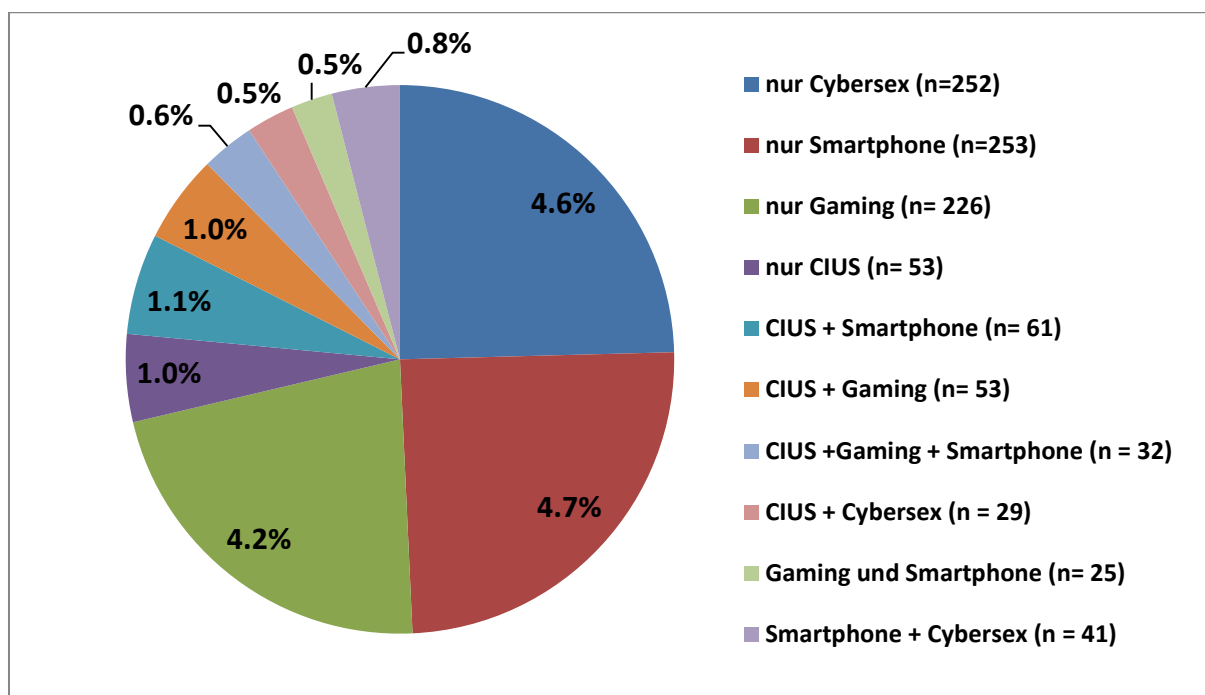
Abbildung 3.5.10 Venn-Diagramm der problematischen Verhaltensweisen, C-SURF 2016/2017



**Anmerkung:** keine der 4 problematischen Verhaltensweisen weisen 80.1% aller Männer (n=5430) auf. Die Prozentzahlen im Diagramm ergeben 19.1%. Die Flächen des Venn-Diagramms sind nicht proportional zum jeweiligen Prozentsatz.

**Lesebeispiel:** 4.6% der jungen Männer weisen problematischen Cybersex au, 0.8% zusätzlich noch problematische Smartphone-nutzung

Abbildung 3.5.11 Die 10 häufigste Kombinationen von einzelnen und multiplen problematischen Verhaltensweisen (in %), C-SURF 2016/2017

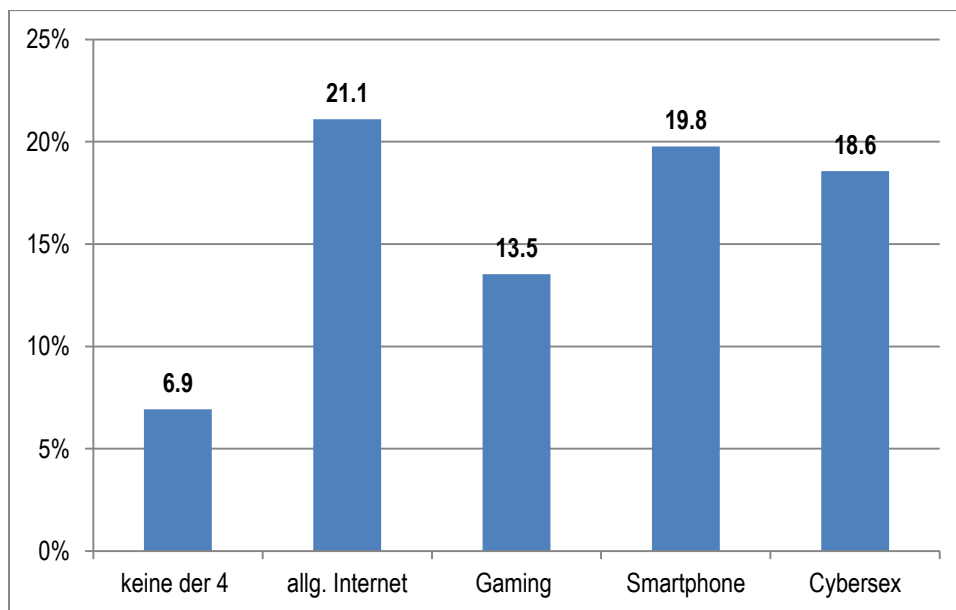


**Bemerkung:** Das Kuchendiagramm zeigt nur die 10 häufigsten Kombinationen, weitere Kombinationen sind sehr selten und nur bei vereinzelt Personen festzustellen. Diese 10 Kombinationen zeigen sich bei 18.9% der Männer. Insgesamt weisen 19.9% der jungen Männer mindestens eine der vier problematischen Verhaltensweisen auf.

### 3.5.2.3 Zusammenhang zwischen den 4 problematischen Verhaltensweisen und problematischem Substanzgebrauch

Abbildung 3.5.12 zeigt den Prozentsatz an Personen mit problematischem Alkoholkonsum nach den 4 problematischen Verhaltensweisen im Vergleich zu Personen, die keine dieser problematischen Verhaltensweisen aufweisen.

Abbildung 3.5.12 Prävalenz des problematischen Alkoholkonsums (in %) nach den vier problematischen Verhaltensweisen, C-SURF 2016/2017



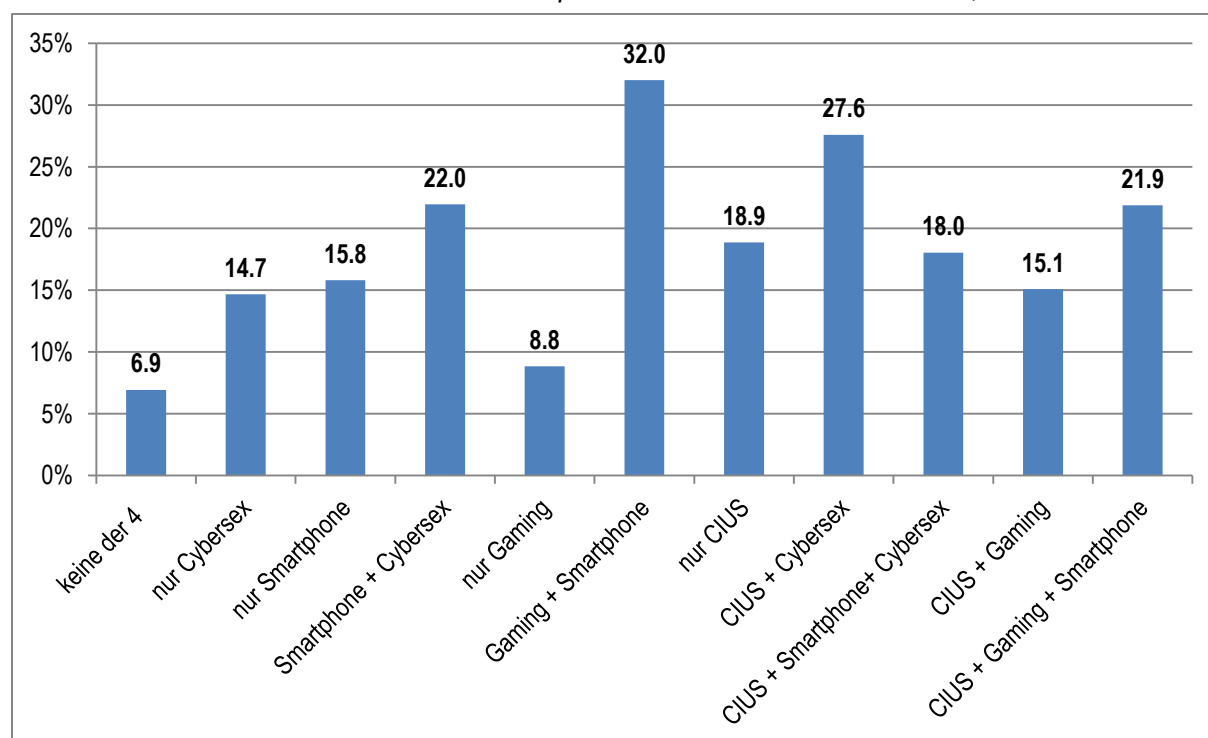
**Bemerkung:** Problematischer Alkoholkonsum liegt bei 4 oder mehr Kriterien gemäss DSM-5 vor. 100% ergeben sich pro Kategorie der Verhaltenssuchte mit jenen ohne problematischen Alkoholkonsum.

Es zeigt sich, dass bei Vorliegen einer problematischen Verhaltensweise die Prävalenz von problematischem Alkoholkonsum deutlich erhöht ist im Vergleich zu Personen ohne eine der 4 problematischen Verhaltensweisen. Dies ist hochsignifikant ( $p < 0.001$ ) für alle 4 Verhaltensweisen, also der allgemeinen Internetnutzung (CIUS), Gaming, Smartphone und Cybersex.

Dies gilt auch für das Konsummass "Anzahl Standardgetränke pro Woche" (nicht abgebildet), die bei Vorliegen der allgemein problematischen Internetnutzung ( $p = 0.003$ ), problematischem Gaming ( $p = 0.024$ ) und problematischer Smartphone-Nutzung ( $p = 0.001$ ) im Vergleich mit Personen ohne eine der vier problematischen Verhaltensweisen signifikant erhöht sind. Beim Cybersex überschreitet der Testwert knapp die übliche Signifikanzgrenze ( $p = 0.059$ ).

Da sich bestimmte Verhaltensweisen überlappen, zeigt Abbildung 3.5.13 die 10 häufigsten Kombinationen der problematischen Verhaltensweisen und deren Zusammenhang mit dem problematischen Alkoholkonsum. Es zeigt sich, dass bestimmte Kombinationen mit einer höheren Prävalenz des problematischen Alkoholkonsums assoziiert sind, als wenn man die Verhaltensweisen wie in Abbildung 3.5.12 gruppiert. In Abbildung 3.5.12 lag die Prävalenz des problematischen Alkoholkonsums bei problematisch Gamern bei 13.5%. Diese Prävalenz setzt sich zusammen aus allen Kombinationen, die Gaming enthalten. Weisen Personen "nur" problematisches Gamen (Abbildung 3.5.13) auf, liegt die Prävalenz des problematischen Alkoholkonsums bei 8.8% bei Personen die neben dem problematischen Gamen auch noch das Smartphone problematisch nutzen, liegt der problematische Alkoholkonsum bei 32.0%.

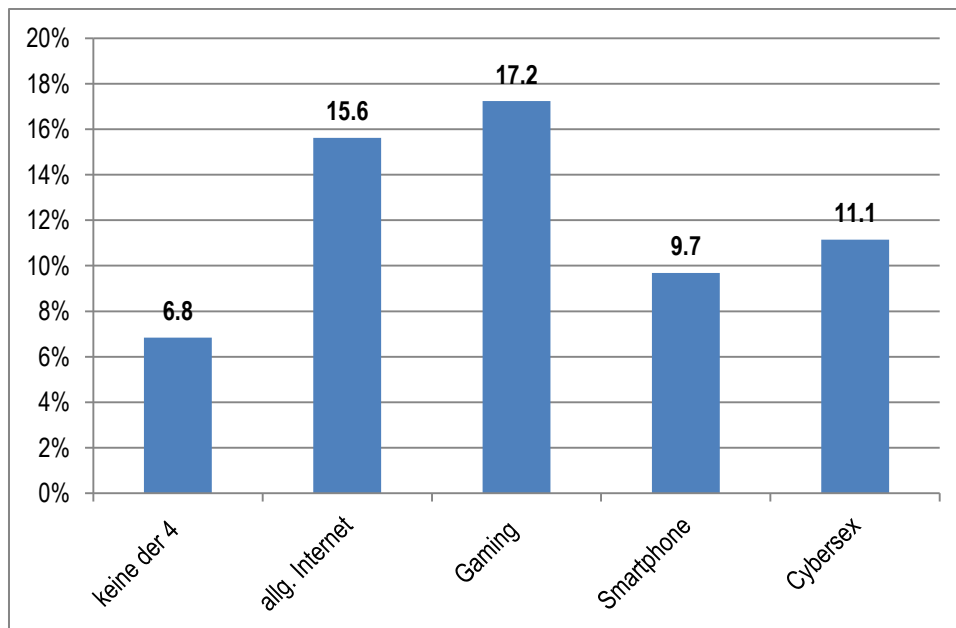
Abbildung 3.5.13 Prävalenz des problematischen Alkoholkonsums (in %) nach den 10 häufigsten Kombinationen der vier problematischen Verhaltensweisen, C-SURF 2016/2017



**Bemerkung:** CIUS steht für die allgemein problematische Internetnutzung; problematischer Alkoholkonsum liegt bei 4 oder mehr Kriterien gemäss DSM-5 vor. 100% ergeben sich pro Kombination der Verhaltenssüchte mit jenen ohne problematischen Alkoholkonsum.

Für den problematischen Cannabisgebrauch (Abbildung 3.5.14) zeigt sich ein ähnliches Bild, wobei hier insbesondere Gaming und die allgemeine problematische Internetnutzung am stärksten mit problematischem Cannabisgebrauch assoziiert sind. 6.8% der Personen ohne eine der vier problematischen Verhaltensweisen konsumieren Cannabis problematisch gemäss dem CUDIT, bei problematischen Gamern sind es dagegen 17.2%. Diese Unterschiede sind hochsignifikant für die allgemeine Internetnutzung und Gaming ( $p < 0.001$ ), stark signifikant auch für Cybersex ( $p = 0.002$ ) und signifikant für die problematische Smartphone-Nutzung ( $p = 0.026$ ). Entsprechend sind auch die Konsumtage pro Woche (nicht tabelliert) signifikant erhöht für Personen mit positivem CIUS ( $p = 0.008$ ), Gaming ( $p < 0.001$ ) und Cybersex ( $p = 0.047$ ), jedoch nicht für problematische Smartphone-Nutzung ( $p = 0.694$ ).

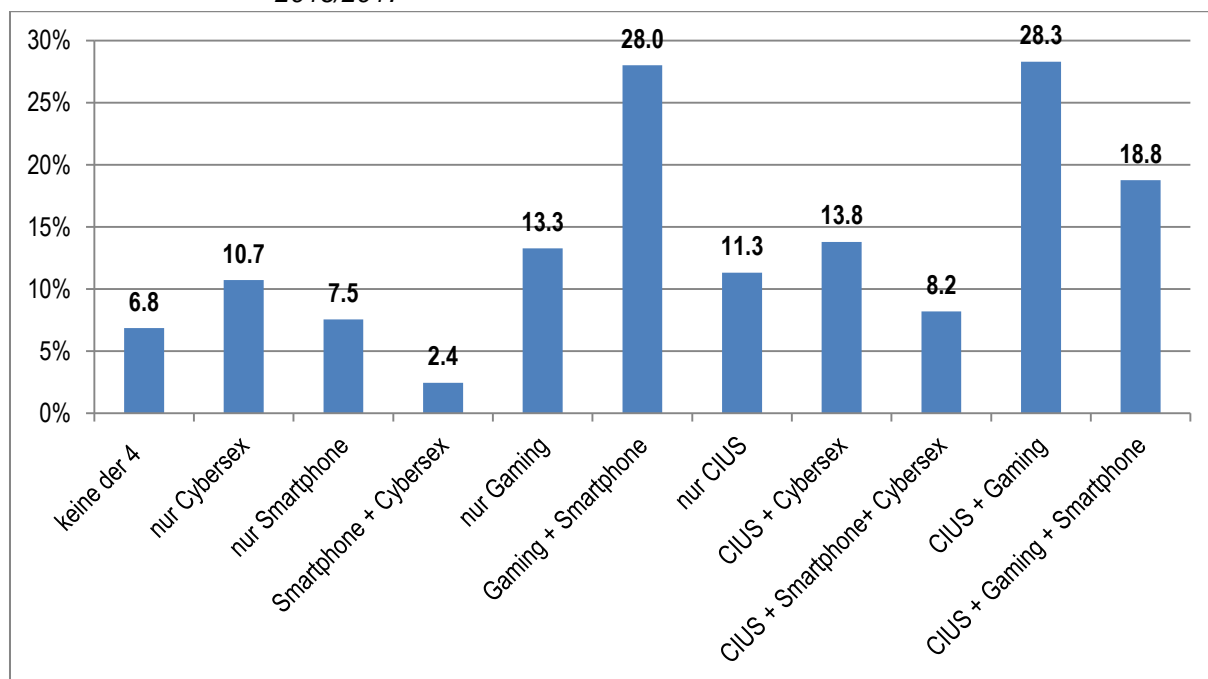
Abbildung 3.5.14 Prävalenz des problematischen Cannabisgebrauchs (in %) nach den vier problematischen Verhaltensweisen, C-SURF 2016/2017



**Bemerkung:** Problematischer Cannabisgebrauch wird gemäss revidiertem Cannabis Use Disorder Identification Test (CUDIT; Adamson & Sellman, 2003; Annaheim et al., 2010) bei einem Cut-off von 8 oder mehr Punkte angenommen. 100% ergeben sich pro Kombination der Verhaltenssüchte mit jenen ohne problematischen Cannabiskonsum.

Abbildung 3.5.15 zeigt, dass bestimmte Kombinationen mit Gaming und CIUS eine grössere Rolle spielen. Beispielsweise weisen 6.8% ohne eine der 4 problematischen Verhaltensweisen einen problematischen Cannabisgebrauch gemäss CUDIT auf. Bei jenen mit allgemeiner problematischer Internetnutzung kombiniert mit Gaming sind es 28.3%.

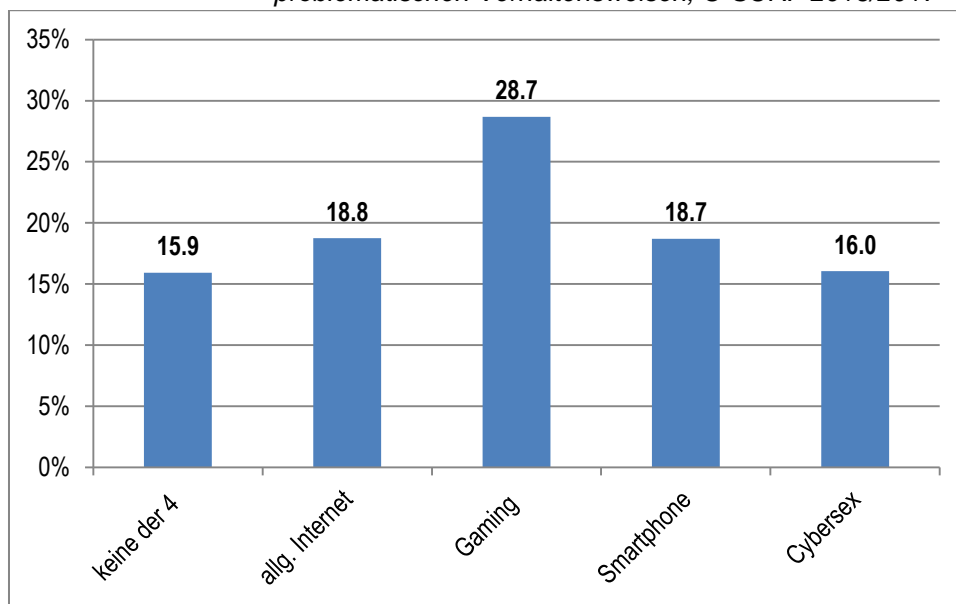
Abbildung 3.5.15 Prävalenz des problematischen Cannabisgebrauchs (in %) nach den 10 häufigsten Kombinationen der vier problematischen Verhaltensweisen, C-SURF 2016/2017



**Bemerkung:** CIUS steht für die allgemein problematische Internetnutzung ; problematischer Cannabisgebrauch wird gemäss revidiertem Cannabis Use Disorder Identification Test (CUDIT; Adamson & Sellman, 2003; Annaheim et al., 2010) bei einem Cut-off von 8 oder mehr Punkte angenommen. 100% ergeben sich pro Kombination der Verhaltenssüchte mit jenen ohne problematischen Cannabiskonsum.

Weniger eindeutig als beim Cannabis und Alkohol sind die Zusammenhänge beim problematischen Rauchen (gemäss dem Fagerström Test for Nicotine Dependence). Beim problematischen Rauchen (Abbildung 3.5.16) wird nur das problematische Gaming signifikant ( $p < 0.001$ ; CIUS:  $p = 0.231$ ; Smartphone:  $p = 0.130$ ; Cybersex:  $p = 0.950$ ). Entsprechend wird auch die Anzahl täglich geraucher Zigaretten als Konsummass nur bei jenen mit problematischem Gaming signifikant; die problematischen Gamer rauchen also durchschnittlich mehr täglich als Personen ohne eine der vier problematischen Verhaltensweisen. Bei den anderen drei Verhaltensweisen sind die Konsumwerte jener mit der problematischen Verhaltensweise deutlich nicht signifikant (alle  $p > 0.26$ ) verschieden von jenen Personen ohne eine der vier Verhaltensweisen (nicht tabelliert).

Abbildung 3.5.16 Prävalenz des problematischen Rauchens (in %) nach den der vier problematischen Verhaltensweisen, C-SURF 2016/2017

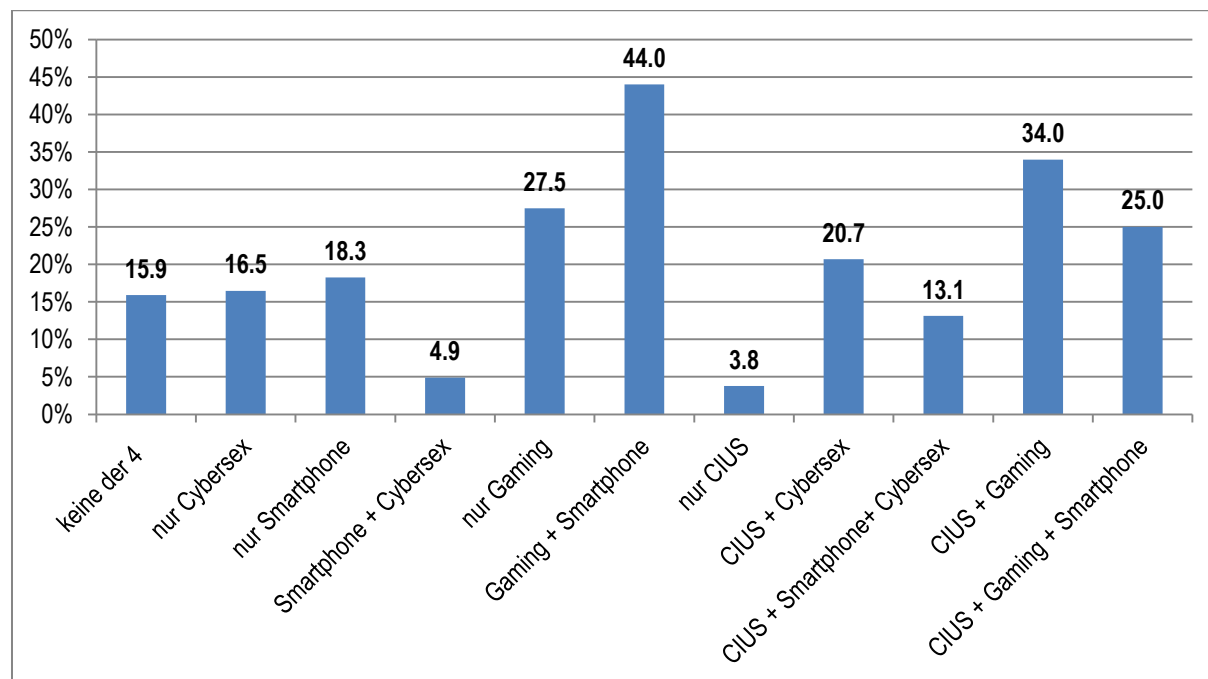


**Bemerkung:** Problematisches Rauchen wurde mit dem Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND; Heatherton et al., 1991) gemessen und bei 3 oder mehr Punkte gesetzt. 100% ergeben sich pro Kategorie der Verhaltenssüchte mit jenen ohne positiven FTND.



Bei den Kombinationen problematischer Verhaltensweisen (Abbildung 3.5.17) erkennt man, dass insbesondere Gaming und Kombinationen mit Gaming zu deutlich erhöhten Prävalenzen des starken Rauchens führen. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen ist, dass manche Prävalenzen (z.B. 44.0% starken Rauchens bei jenen mit kombiniertem problematischem Gaming und Smartphone-Nutzung) nur auf geringen Fallzahlen (in diesem Fall n= 25) beruhen.

Abbildung 3.5.17 Prävalenz des problematischen Rauchens (in %) nach den 10 häufigsten Kombinationen der vier problematischen Verhaltensweisen, C-SURF 2016/2017



**Bemerkung:** CIUS steht für allgemein problematische Internetnutzung; problematisches Rauchen wurde mit dem Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND; Heatherton et al., 1991) gemessen und bei 3 oder mehr Punkte gesetzt. 100% ergeben sich pro Kombination der Verhaltenssüchte mit jenen ohne positiven FTND.

#### Kommentar:

Personen, die zumindest eine der vier problematischen Verhaltensweisen im Zusammenhang mit der Internetnutzung aufweisen, zeigen auch problematischen Substanzkonsum. Dies gilt insbesondere für Alkohol und Cannabis. Beim Rauchen besteht eine problematische Co-Verhaltensweise nur für das Gaming. Dass diese Zusammenhänge mit substanzbezogenen Problemen keine Artefakte aufgrund von Items mit ähnlichem Wortlaut bei den verschiedenen Screeninginstrumenten sind (z.B. "hatten sie schon Probleme mit Verwandten und Freunden wegen ihres ..."), zeigt sich darin, dass einfache Konsummasse wie Standardgläser pro Woche, Cannabiskonsumtage pro Woche und Anzahl täglich gerauchter Zigaretten vergleichbare Zusammenhänge mit denen eines positiven Tests auf den Screeninginstrumenten (z.B. problematischer Cannabiskonsum) aufweisen. Das bedeutet, dass die Zusammenhänge nicht nur für die Dichotomien problematischen Substanzgebrauchs (positiver Test versus negativer Test) gelten, sondern auch für kontinuierliche Konsummasse, wie Anzahl Standardgläser oder Anzahl gerauchter Zigaretten.

#### 3.5.2.4 *Soziodemographische Hintergründe bei problematischer Internetnutzung, Gaming, Smartphone-Nutzung und Cybersex*

Folgende soziodemographischen Masse wurden im Zusammenhang mit den vier problematischen Verhaltensweisen untersucht.

Höchste abgeschlossene formale Bildung:

- Obligatorische Schule (obligatorische Schulbildung, Anlehre)
- Lehre (Berufslehre, Berufsschule)
- Höhere Schulausbildung (Diplommittelschule oder Fachmittelschule, Berufsmatura, Matura, Bachelor Masters)

Wohnsituation:

- Mit Eltern (Vater und Mutter, nur ein Elternteil, Patchworkfamilie (ein Elternteil plus neuer Partner/Partnerin), soziale Institution (Waisenhaus, Heim etc.)),
- WG oder Wohnheim (WG mit Freunden, Bekannten, Mitbewohner/innen; Lehrlingsheim, Studentenwohnheim oder Internat),
- Alleine (in Wohnung, Studio oder Haus),
- Mit Partner/Partnerin (auch unverheiratet),

Erwerbstätige Entlohnung:

- Keine erwerbstätige Entlohnung,
- Entlohnung als Angestellter (Voll- und Teilzeit),
- Entlohnung als Selbstständiger,
- Lohn als Lehrling,
- gelegentlich erwerbstätig.

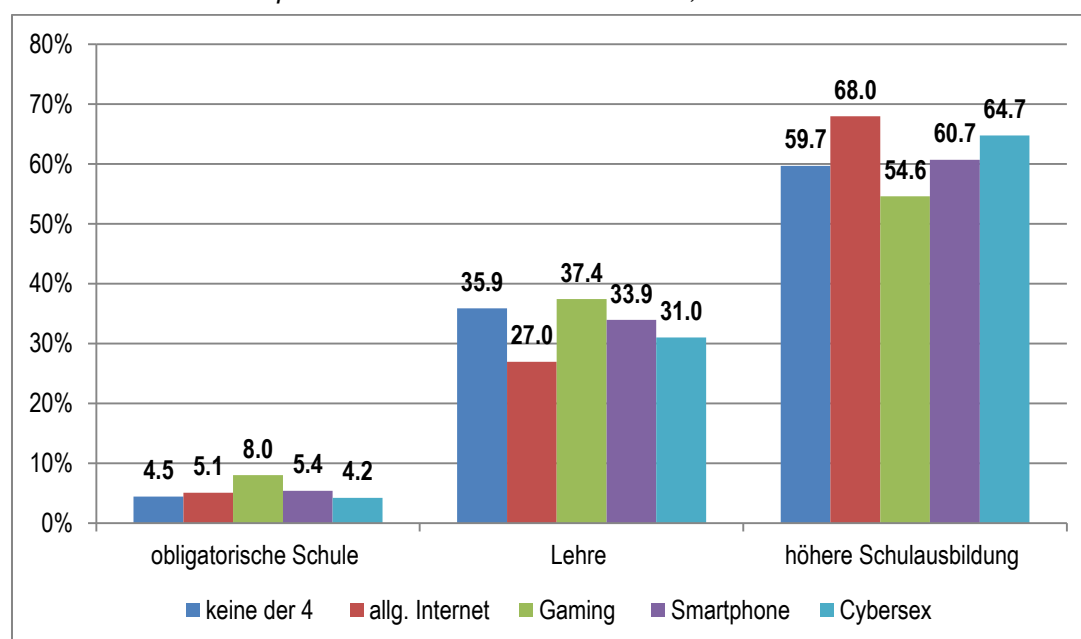
Finanzielle Unabhängigkeit wurde wie folgt erfragt:

- Ich decke meinen Lebensunterhalt selbst.
- Ich decke meinen Lebensunterhalt teilweise und erhalte zusätzlich externe Hilfe (z.B. von Eltern, Stipendium, Sozialhilfe, etc.).
- Meine Eltern oder andere (z.B. Stipendium, Sozialhilfe etc.) decken meinen Lebensunterhalt.

### 3.5.2.4.1 Problematische Internetnutzung, Gaming, Smartphone-Nutzung und Cybersex und formale Bildung

Im Hinblick auf die formale Bildung gibt es zwei signifikante Unterschiede (Abbildung 3.5.18), die aber gegenläufig sind. Personen mit einer allgemeinen problematischen Internetnutzung (CIUS) haben deutlich häufiger eine höhere formale Schulbildung als Personen ohne eine der vier problematischen Verhaltensweisen (68.0% versus 59.7%). Bei den Gamern verhält sich das umgekehrt. Sie haben häufiger eine nur obligatorisch formale Bildung (8.0% versus 4.5%) und dafür umgekehrt seltener eine höhere formale Bildung (54.6% versus 59.7%). Auch Personen mit den anderen problematischen Verhaltensweisen (Smartphone und Cybersex) haben tendenziell leicht häufiger eine bessere formale Bildung, diese Ergebnisse sind jedoch nicht signifikant.

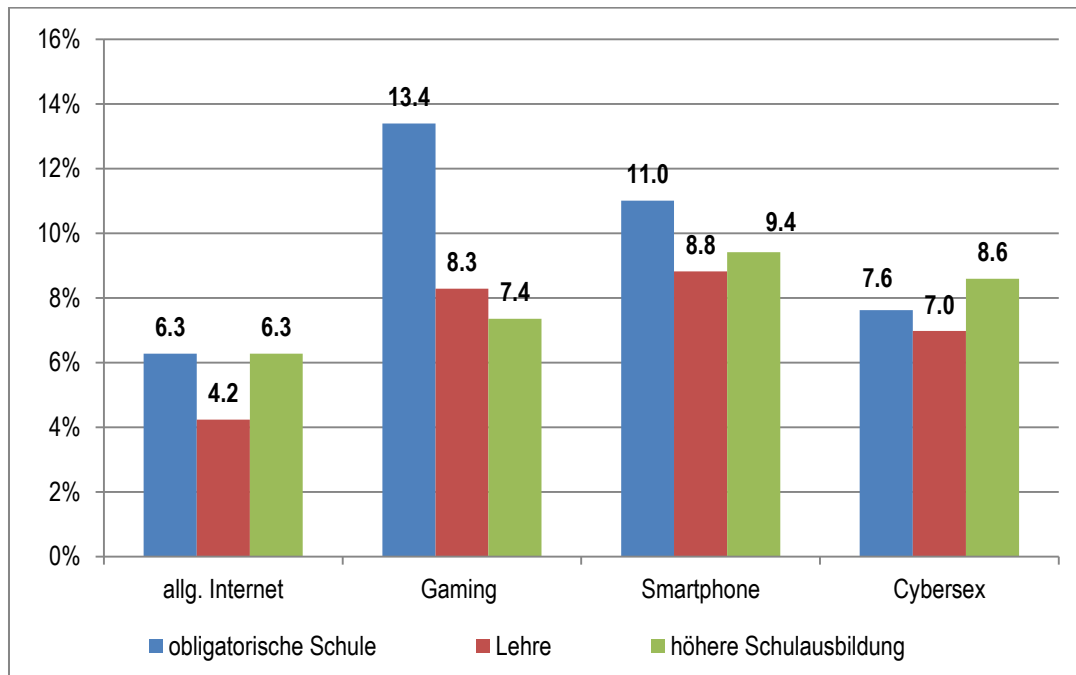
Abbildung 3.5.18 Höchste abgeschlossene formale Ausbildung (in %) nach den 4 problematischen Verhaltensweisen, C-SURF 2016/17



**Anmerkung:** Signifikanzniveau im Vergleich mit keiner der 4 problematischen Verhaltensweisen: CIUS:  $p = 0.015$ ; Gaming:  $p = 0.005$ ; Smartphone:  $p = 0.532$ ; Cybersex:  $p = 0.151$ . 100% ergeben sich (bis auf Rundungsungenauigkeiten) pro Verhaltensweise über die Ausbildungsstufen. Lesebeispiel: Bei jungen Männern haben 8% eine obligatorische Schulbildung, wenn sie gamen und ohne eine der vier problematischen Verhaltensweise haben nur 4.5% nur eine obligatorische Schulausbildung.

Abbildung 3.5.19 stellt die entsprechenden Prävalenzen der vier problematischen Verhaltensweisen nach Schulbildung dar. Bei den Prävalenzdarstellungen ist zu beachten, dass natürlich kein Vergleich mit der Gruppe ohne einer der vier Verhaltensweisen möglich ist. Zu erkennen ist aber, dass problematisches Gaming bei Personen mit nur obligatorischer Ausbildung häufig ist.

Abbildung 3.5.19 Prävalenz (in %) der 4 problematischen Verhaltensweisen nach höchster abgeschlossene formale Ausbildung, C-SURF 2016/17

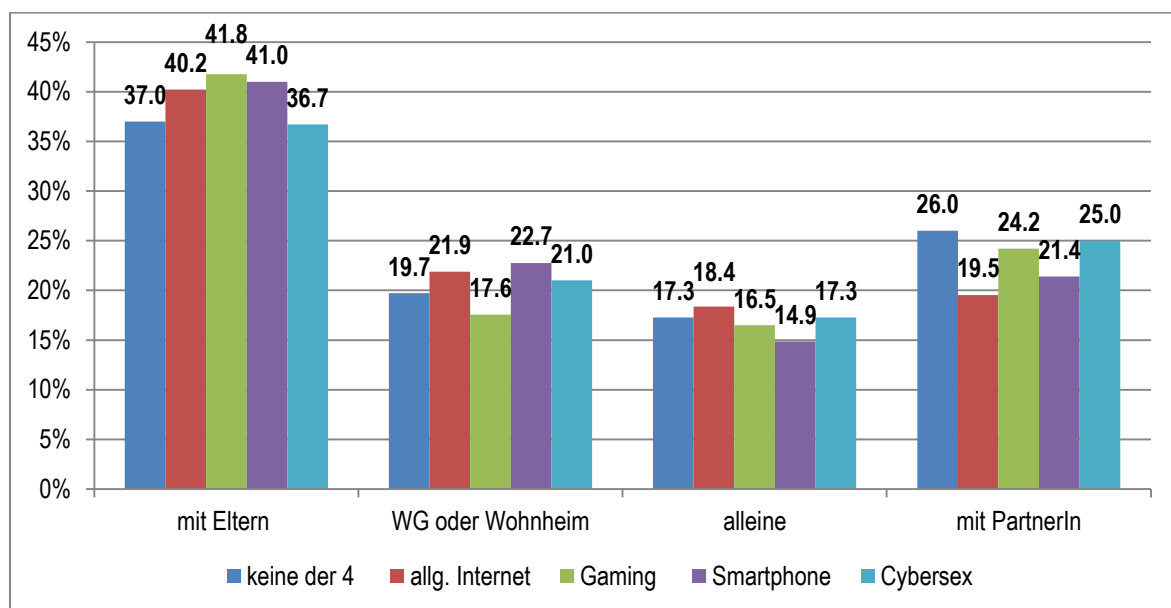


**Lesebeispiel:** Junge Männer mit nur obligatorischer Schulausbildung gamen 13.4% problematisch, jedoch nur 7.4% gamen problematisch, wenn sie eine höhere Schulausbildung haben.

### 3.5.2.4.2 Problematischer Internetnutzung, Gaming, Smartphone-Nutzung und Cybersex und Wohnsituation

Zwar scheinen Männer mit problematischen Verhaltensweisen seltener mit einem Partner oder einer Partnerin zusammenzuleben (Abbildung 3.5.20), aber die Ergebnisse zu den anderen Wohnsituationen variieren in Abhängigkeit von der jeweiligen Verhaltensweise, so dass man insgesamt kaum von bedeutsamen Unterschieden reden kann. In der Tat werden nur die Unterschiede für die problematische Smartphone-Nutzung knapp signifikant ( $p = 0.041$ ), was vermutlich auch damit zusammenhängt, dass die problematische Smartphone-Nutzung am prävalentesten ist und somit die höchsten Fallzahlen hat. Personen mit problematischer Smartphone-Nutzung leben häufiger noch bei den Eltern oder in Wohngemeinschaften und seltener mit Partner oder alleine. Sie haben also vermutlich weniger Ausgaben für ihre Wohnsituation

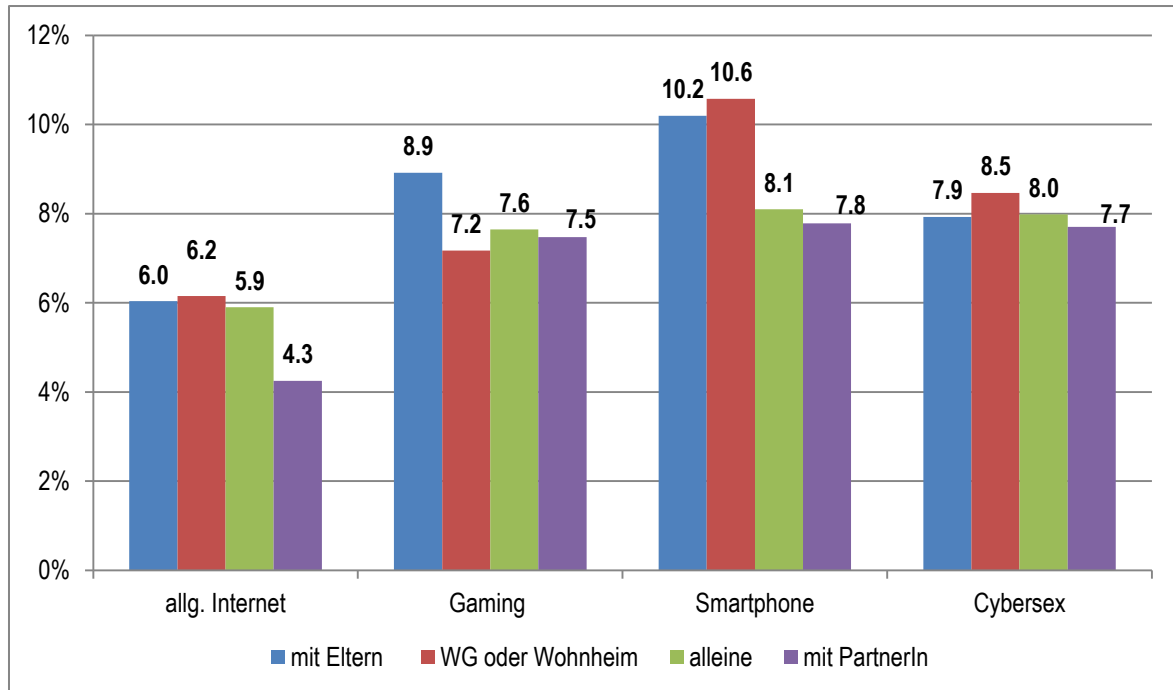
Abbildung 3.5.20 Wohnsituation (in %) nach den 4 problematischen Verhaltensweisen, C-SURF 2016/17



**Anmerkung:** Signifikanzniveau im Vergleich mit keiner der 4 problematischen Verhaltensweisen: CIUS:  $p = 0.148$ ; Gaming:  $p = 0.324$ ; Smartphone:  $p = 0.041$ ; Cybersex:  $p = 0.993$ . 100% ergeben sich (bis auf Rundungsungenauigkeiten) pro Verhaltensweise über die Ausbildungsstufen. Lesebeispiel: Bei jungen Männern leben 26.0% mit einer Partnerin, wenn sie keine der vier Verhaltensweisen aufweisen, jedoch 21.4%, wenn sie problematisch das Smartphone nutzen.

Abbildung 3.5.21 zu den Prävalenzen belegt, dass die Wohnsituation am ehesten für die Smartphone-Nutzung bedeutsam ist.

Abbildung 3.5.21 Prävalenzen (in %) der 4 problematischen Verhaltensweisen nach Wohnsituation, C-SURF 2016/17

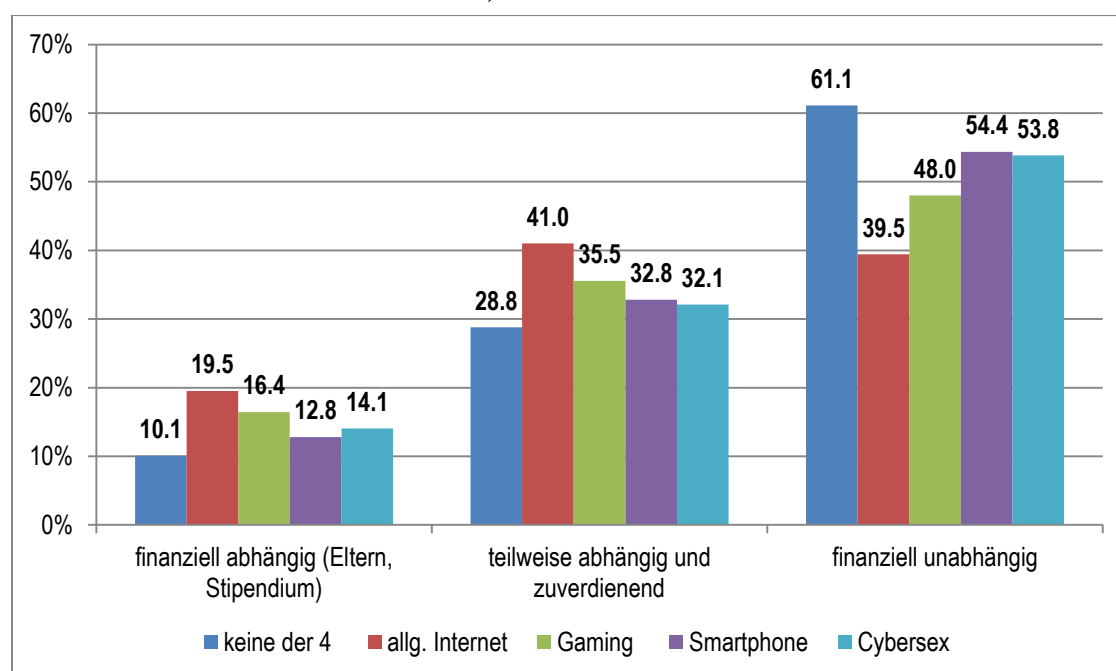


**Lesebeispiel:** Junge Männer nutzen zu 10.6% das Smartphone problematisch, wenn sie noch mit den Eltern leben, jedoch 7.8%, wenn sie mit der Partnerin leben.

### 3.5.2.4.3 Problematischer Internetnutzung, Gaming, Smartphone-Nutzung und Cybersex und finanzielle Unabhängigkeit

Abbildung 3.5.22 zeigt den Zusammenhang zwischen problematischer Verhaltensweise und der finanziellen Unabhängigkeit. Männer mit einer der problematischen Verhaltensweisen sind seltener finanziell unabhängig als Männer ohne eine der vier problematischen Verhaltensweisen. Entsprechend sind sie häufiger finanziell abhängig (in der Regel von den Eltern) bzw. werden über die Zuverdienste hinaus noch zum Teil mitfinanziert. Dieser Zusammenhang ist sehr stark für die allgemeine problematische Internetnutzung (CIUS) und Gaming ( $p < 0.001$ ), stark für problematische Smartphone-Nutzung ( $p < 0.01$ ) und statistisch bedeutsam für Cybersex ( $p = 0.017$ ).

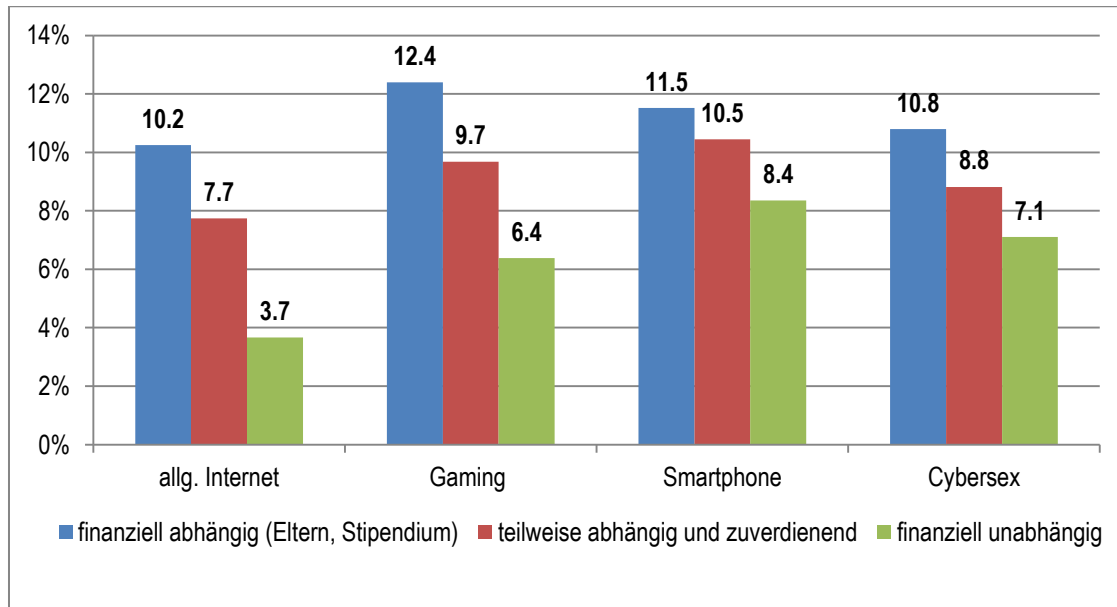
Abbildung 3.5.22 Finanzielle Unabhängigkeit (in %) nach den 4 problematischen Verhaltensweisen, C-SURF 2016/17



**Anmerkung:** Signifikanzniveau im Vergleich mit keiner der 4 problematischen Verhaltensweisen: CIUS:  $p = < .001$ ; Gaming:  $p = < .001$ ; Smartphone:  $p = 0.017$ ; Cybersex:  $p = 0.008$ . 100% ergeben sich (bis auf Rundungsungenauigkeiten) pro Verhaltensweise über die Stufen der finanziellen Unabhängigkeit. **Lesebeispiel:** Bei jungen Männern sind 48.0% finanziell unabhängig, wenn sie gamen; ohne eine der vier problematischen Verhaltensweise sind 61.1% finanziell unabhängig.

Abbildung 3.5.23 belegt die Erkenntnisse zur finanziellen Unabhängigkeit. Personen, die noch finanziell abhängig oder teilweise abhängig sind, haben deutliche höhere Prävalenzen – und das in einer Dosis-Wirkungsbeziehung – als Personen, die finanziell unabhängig sind. Beispielsweise zeigen 12.4% derjenigen, die finanziell abhängig sind problematisches Gaming, jedoch nur etwa die Hälfte (6.4%) jener, die finanziell unabhängig sind.

Abbildung 3.5.23 Prävalenz (in %) der 4 problematischen Verhaltensweisen nach finanzieller Unabhängigkeit, C-SURF 2016/17



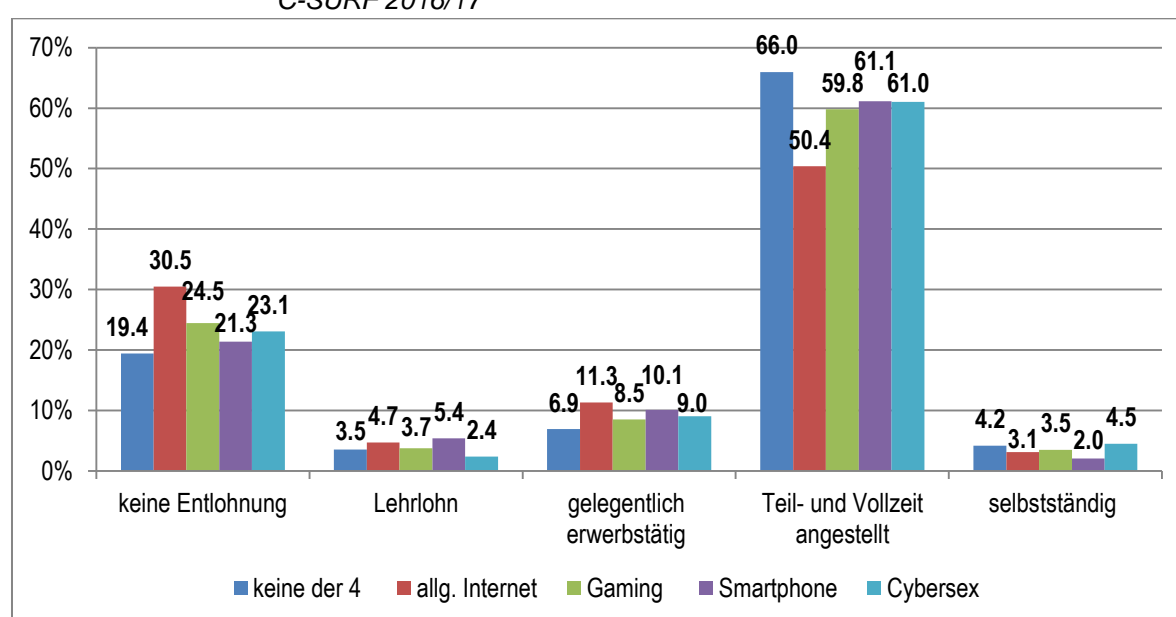
**Lesebeispiel:** Von den finanziell abhängige junge Männern gamen 12.4% problematisch, jedoch nur 6.4% gamen problematisch, wenn sie finanziell unabhängig sind.



### 3.5.2.4.4 Problematische Internetnutzung, Gaming, Smartphone-Nutzung und Cybersex und Arbeiten gegen Entlohnung

Die Ergebnisse zum Erverbslohn (einschliesslich Lehrlohn) in Abbildung 3.5.24 bestätigen in etwas abgeschwächter Form die Erkenntnisse zur finanziellen Unabhängigkeit. Insbesondere Männer mit allgemeiner problematischer Internetnutzung unterscheiden sich hochsignifikant von Männern ohne eine der vier problematischen Verhaltensweisen. So sind 66.0% der Männer ohne eine der vier problematischen Verhaltensweisen Teil- oder Vollzeit angestellt, jedoch nur 50.4% jener mit positivem Screening auf dem CIUS. Entsprechend erhalten 30.5% keine Entlohnung, wobei es bei Männern ohne eine der 4 Verhaltensweisen nur 19.4% sind. Tendenziell, aber deutlich weniger stark ausgeprägt gilt das auch für Gaming, Smartphone und Cybersex, wobei die Unterschiede vermutlich wegen der grösseren Fallzahlen nur für die problematische Smartphone-Nutzung signifikant werden ( $p = 0.002$ ).

Abbildung 3.5.24 Arbeit gegen Entlohnung (in %) nach den 4 problematischen Verhaltensweisen, C-SURF 2016/17

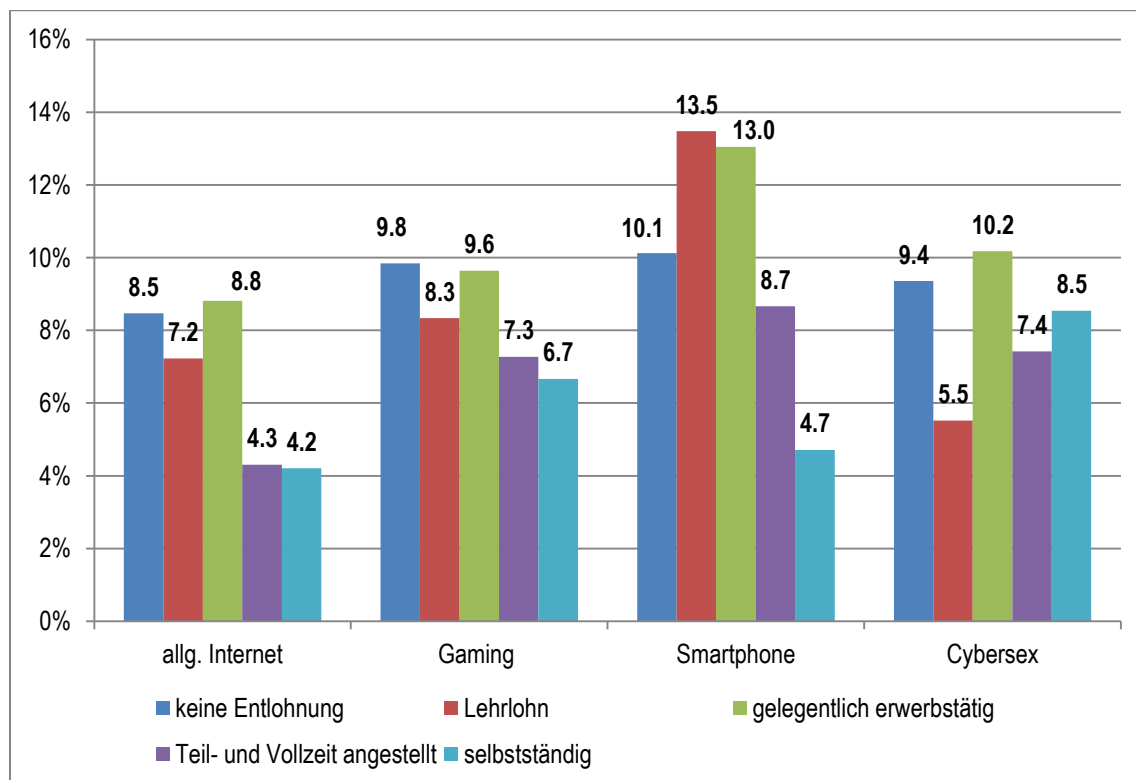


**Anmerkung:** Signifikanzniveau im Vergleich mit keiner der 4 problematischen Verhaltensweisen: CIUS:  $p = <.001$ ; Gaming:  $p = 0.083$ ; Smartphone:  $p = 0.002$ ; Cybersex:  $p = 0.120$ . 100% ergeben sich (bis auf Rundungsungenauigkeiten) pro Verhaltensweise über die Stufen der Erwerbstätigkeit.

**Lesebeispiel:** Bei jungen Männern, die eine allgemeine problematische Internetnutzung (CIUS) aufweisen sind 50 Teil oder Vollzeit angestellt; bei jenen ohne ein der vier problematischen Verhaltensweisen sind es 66.0%.

Abbildung 3.5.25 belegt, dass Männer die erwerbstätig oder selbstständig sind, geringere Prävalenzen der vier problematischen Verhaltensweisen aufweisen, als Männer die nicht oder nur gelegentlich gegen Entlohnung arbeiten. Beispielsweise sind Voll- oder Teilzeiterwerbstätige bzw. Selbstständige mit 4.3% bzw. 4.2% nur etwa halb so häufig problematisch Internetnutzende wie Männer, die nicht gegen Entlohnung arbeiten oder dies nur gelegentlich tun (8.5% bzw. 8.8%).

Abbildung 3.5.25 Prävalenz (in %) der 4 problematischen Verhaltensweisen nach Arbeit gegen Entlohnung, C-SURF 2016/17



**Lesbeispiel:** Junge Männer mit Teilzeit- oder Vollzeit-erwerbstätigkeit gamen zu 7.3% problematisch, jedoch 9.8% gamen problematisch, wenn sie nicht gegen Entlohnung arbeiten.

#### Kommentar:

Das Vorliegen problematischer Verhaltensweisen in Verbindung mit Internetnutzung scheint sich mit dem Erwerb von sozialen Rollen (Partner, Erwerbstätigkeit) zu reduzieren. Da die Daten aus einem Querschnitt kommen, ist prinzipiell auch die andere Wirkrichtung denkbar, nämlich, dass diese problematischen Verhaltensweisen die Übernahme sozialer Rollen einschränken.

Der Vorteil der C-SURF Studie ist, dass die Altersgruppe der Männer sehr homogen ist (um die 25 Jahre), so dass Altersunterschiede (ältere sind häufiger erwerbstätig oder verheiratet) die vorgefundenen Unterschiede nicht erklären können. Es kann also konstatiert werden, dass insbesondere finanzielle Unabhängigkeit (und damit in der Regel verbunden auch Erwerbstätigkeit) mit geringeren Prävalenzen von allgemeiner problematischer Internetnutzung, problematischem Gaming, problematischer Smartphone-Nutzung und Cybersex einhergeht.

Altersunterschiede können auch nicht die Bildungsunterschiede erklären. Gamer haben häufiger eine niedrigere Schulbildung als gleichaltrige Nichtgamer. Kompulsives, allgemeines Internetverhalten (gemessen mit dem CIUS) ist dagegen mit höherer Schulbildung assoziiert.

## 3.6 Zusammenfassender Überblick

Im Folgenden werden kurz die Ergebnisse zu den soziodemographischen Einflussfaktoren des problematischen Substanzgebrauchs und problematischer Internetnutzung zusammengefasst. In einem ersten Schritt beziehen wir uns auf die Verhaltensweisen in der Allgemeinbevölkerung, die sich auf das Suchtmonitoring beziehen bzw. für den Alkoholkonsum auch die Daten von act-info zum Vergleich mit dem Behandlungs- und Beratungssektor heranziehen. Detaillierter Erkenntnisse zum problematischen Internetgebrauch (Gaming, Smartphonnutzung, Cybersex) werden dann für die Untergruppe junger Männer basierend auf Daten der C-SURF Studie getrennt zusammengefasst.

### 3.6.1 *Problematischer Substanzgebrauch und problematische Internetnutzung in der Allgemeinbevölkerung*

Bis auf den Alkoholkonsum und eingeschränkt das Rauchen sind die meisten problematischen Verhaltensweisen am prävalentesten in der späten Adoleszenz und jungem Erwachsenenalter. Vieles davon wird entwicklungsmässig begrenzt sein. Beim problematischen Alkoholkonsum fallen in der Allgemeinbevölkerung zwei Altersspitzen auf. Die eine liegt bei etwa 20 bis 24 Jahren, die zweite Spitze ist relativ breit und reicht von etwa 40 bis 74 Jahre. Betrachtet man die Bevölkerung mit dem höchsten Alkoholkonsum, also die 2.5% mit dem höchsten Alkoholkonsum, so befindet sich die Spitze mit Beginn des Rentenalters also um die 65 bis 74 Jahre. Im Behandlungs-/Beratungssektor ist die Spitze konzentrierter um etwa ein Alter von etwa 40 bis 60 Jahren. Dies bedeutet, dass der Behandlungs-/Beratungssektor insbesondere junge Erwachsene und Senioren nicht ausreichend auffängt. Tägliches Rauchen zeigt zwar eine Spitze im Alter von 25 bis 29 Jahre (25.7% täglich Rauchende) und geht dann auf etwa 20% täglich Rauchende zurück, dieses Niveau bleibt dann aber bis zu etwa einem Alter von 64 Jahren (17.3%) stabil.

Männer weisen generell häufiger und mehr problematische Verhaltensweisen auf, wobei bei der Internetnutzung und dem Rauchen die Unterschiede nur noch gering sind. Beim Rauchen liegt der Frauenanteil Täglich-Rauchender in jungen Jahren (bis etwa 30-34 Jahre) bei etwas über 40% geht dann im mittleren Alter – vermutlich wegen Kindern und Familiengründung zurück, steigt dann aber wieder an und liegt ab etwa einem Alter von 50 Jahren bei 50%, also bei etwa gleich vielen Frauen wie Männern. Bei der problematischen Internetnutzung liegt der Frauenanteil relativ stabil bei etwas unter 50%.

Geringere formale Bildung ist hauptsächlich ein Risikofaktor für das Rauchen. Je stärker Personen rauchen, desto eher kommen sie aus niedrigen Bildungsschichten. Beim Alkoholkonsum gibt es kaum Bildungsunterschiede. Allerdings sind Personen mit geringerer formaler Bildung im Behandlungs- und Beratungssektor von act-info übervertreten, obwohl es kaum Hinweise in der Allgemeinbevölkerung für häufigeren Problemkonsum in niedrigeren Bildungsschichten gibt. Gründe dafür könnten sein, dass höhere Bildungsschichten eher ihren Konsum kaschieren können oder aber auch andere (private) Behandlungs- und Beratungseinrichtungen aufsuchen. Höhere Bildung ist ein Risikofaktor dafür, noch im mittleren Alter (30 bis 59 Jahre) das Internet problematisch zu nutzen oder häufiger Cannabis zu konsumieren.

Mit zu den klarsten Determinanten aller problematischen Verhaltensweisen gehört die Nicht-Erwerbstätigkeit in einem Alter, in dem Erwerbstätigkeit relevant wird (also z.B. nicht bei 15- bis 19-Jährigen). Allerdings kann nicht gesagt werden, ob Nicht-Erwerbstätigkeit der Grund oder die Ursache für problematische Verhaltensweisen ist. Stark Alkoholkonsumierende sind auch in der Allgemeinbevölkerung häufiger nicht-erwerbstätig (etwa 1.5- bis 2-mal so häufig wie in der Gesamtbevölkerung), allerdings sind sie im Behandlungs-/Beratungssektor etwa 6-bis 7-mal häufiger vertreten als in der Gesamtbevölkerung.

Ein deutlicher und über die Verhaltensweisen konsistenter Faktor ist der Zivilstand. Verheiratete konsumieren seltener problematisch und nutzen seltener problematisch das Internet als Ledige. Dies mag ein Grund sein, warum die meisten problematischen Verhaltensweisen ab Mitte 20 Jahre – Anfang 30 Jahre zurückgehen. Hier führt die vermehrte soziale Rollenübernahme (Partner, Erwerbstätigkeit, Elternteil) zunehmend zum Ausstieg aus den problematischen Verhaltensweisen. Jene, die diese Rolle als Ehepartner-/Partnerin nicht annehmen, verbleiben häufig in ihren problematischen Verhaltensweisen. Auch im Beratungs-/Behandlungssektor sind ledige im Vergleich zur Gesamtbevölkerung übervertreten (verheiratet untervertreten). Den deutlicheren Unterschied gibt im Vergleich zu ledigen es jedoch für geschiedene Personen, die sich überproportional im Beratungs-/Behandlungssektor befinden.

Die Urbanität und Migrationshintergrund sind selten Faktoren für problematische Verhaltensweisen. Am ehesten gilt dies noch für den illegalen Drogengebrauch, wobei die Erhältlichkeit von illegalen Drogen in städtischen Regionen grösser ist als in ländlichen. Der Migrationshintergrund spielt nur beim Rauchen und Cannabisgebrauch und - im mittleren Alter - bei der problematischen Internetnutzung eine Rolle, wobei es die Schweizer sind, die häufiger Cannabis konsumieren. Personen mit Migrationshintergrund dagegen nutzen ab einem Alter von 30 Jahren das Internet häufiger problematisch und Rauchen häufiger problematisch, wenn sie aus Europa kommen, jedoch nicht, wenn sie aus anderen Ländern als Europa stammen. Migrationshintergrund stellt keinen Hinderungsgrund beim Zugang zu Beratung- und Behandlung dar und ebenso nicht der Grad der Urbanität bei Männern. Frauen aus Grosszentren und deren Umgegend gegen dagegen etwas seltener in Behandlung und Beratung als es ihr problematischer Konsum in der Allgemeinbevölkerung vermuten lässt.

Tabelle 3.6.1 fasst die Ergebnisse zu soziodemographischen Einflussfaktoren des problematischen Substanzgebrauchs und problematischer Internetnutzung in der Allgemeinbevölkerung zusammen.

Tabelle 3.6.1 Überblick zu soziodemographischen Einflussfaktoren auf problematisches Rauchen, problematischen Cannabis-, Kokain-, Alkoholkonsum, und problematische Internetnutzung in der Bevölkerung 15 Jahre und älter

| Soziodemographische Faktoren | Rauchen  | Cannabis   | Kokain  | Alkohol   | Internet   |
|------------------------------|--|--|---|---|--|
| Alter                        | Spitze: 20-29 Jahre, dann abnehmend                    | Spitze, je nach Konsumfrequenz bei 15-24-Jährigen, dann stark abnehmend  | Spitze zwischen 20 und 29 Jahren, stark abnehmend | Spitze in Behandlung: zwischen 40 und 60 Jahren.<br>In Bevölkerung: erste Spitze bei 20-24 Jahre, dann 40-74 Jahre  | Spitze: 15 bis maximal 29 Jahre (eher nur bis 24 Jahre)  |
| Geschlecht                   | Etwas weniger als Männer (40-45% Frauen)               | Anteil zwischen 40% (12 Monate, aber nicht letzte 30 Tage) und etwas mehr als 10% (10 Tage oder mehr im letzten Monat) | Etwas 1/3 Frauen                                  | In Behandlung Frauenanteil etwa 20% steigend mit Alter auf 35%.<br><br>In Bevölkerung etwas geringer (15-20%) aber ebenso steigend mit dem Alter (auf etwa 25-30%)  | Etwas 45%  |
| Formale Bildung              | Starke Effekte: geringeres Rauchen mit höherer Bildung | Geringe Effekte und variierend mit Konsumfrequenz bis 29 Jahre; ab 30 Jahre höhere Bildung als Risikofaktor            | Variierend; nicht klar und nicht stark.           | Geringe Effekte in der Bevölkerung; ggf. konsumieren Frauen mit höherer formaler Bildung häufiger problematisch.<br><br>Klare Überrepräsentierung obligatorischer und mittlere Ausbildung in Behandlung/Beratung; höhere Ausbildung untervertreten in Behandlung/Beratung | Kaum Effekte in jungen Jahren (ubiquitäre Nutzung).<br>Ab 30 Jahren ist höhere Bildung ein Risikofaktor. |

Fortsetzung Tabelle 3.6.1

| Soziodemographische Faktoren | Rauchen  | Cannabis   | Kokain  | Alkohol  | Internet  |
|------------------------------|--|--|---|--|---|
| Zivilstand/                  | Starke Effekte zum mehr Rauchen bei Ledigen (und Geschiedenen) und weniger Rauchen bei Verheirateten | Starke Effekte zu mehr Konsum bei Ledigen (und Geschiedenen) und weniger Konsum bei Verheirateten            | Tendenziell weniger Konsum bei Verheirateten versus Ledigen   | Risikofaktor: ledig oder geschieden zu sein, letzteres insbesondere in Behandlung und Beratung; Schutzfaktor: verheiratet zu sein  | Risikofaktor: ledig zu sein; Schutzfaktor: verheiratet zu sein                                |
| Urbanität                    | Keine oder schwache Zusammenhänge.   | Keine oder schwache Zusammenhänge.   | Deutliche Effekte zu mehr Konsum in den Grosstadtzentren im Vergleich zu ruralen Gegenden           | Bevölkerung: Bei Frauen rurale Gegenden leichter Schutzfaktor, aber überrepräsentiert in Behandlung/Beratung. Städtische Gegenden Risikofaktor aber unterrepräsentiert in Behandlung.                                      | Keine oder schwache Zusammenhänge.  |
| Migrationshintergrund und    | Risikofaktor bei europäischen Ausländern, jedoch Schutzfaktor beim nicht-europäischen Ausland        | Schweizer Nationalität als Risikofaktor, nur im Vergleich zum europäischen Ausland                           | Keine oder schwache Zusammenhänge.  | Keine oder schwache Zusammenhänge.   | Nur ab 30 Jahren: Risikofaktor Migrationshintergrund, in jüngeren Jahren keine klaren Effekte |
| Erwerbstätigkeit             | Nicht-Erwerbstätigkeit ist Risikofaktor  | Nicht-Erwerbstätigkeit als Risikofaktor bei monatlichem Konsum insbesondere im mittleren Alter (30-59 Jahre) | Nicht-Erwerbstätigkeit als Risikofaktor ab einem Alter von 25 Jahren, nicht bei 15- bis 24-Jährigen | Nicht-Erwerbstätigkeit ist Risikofaktor in der Allgemeinbevölkerung und im Behandlungs-/Beratungssektor. Es gibt kaum Effekte bei Erwerbstätigen, aber Erwerbstätige sind stark unterrepräsentiert in Behandlung/Beratung. | Nicht-Erwerbstätigkeit ist Risikofaktor   |

### 3.6.2 *Problematische allgemeine Internetnutzung und spezifische problematische Verhaltensweisen im Zusammenhang mit dem Internet bei jungen Männern*

Beim Fokus auf Internet bezogene problematische Verhaltensweisen bei jungen Männern stellt man fest, dass diese problematischen Verhaltensweisen (allgemeine Internetnutzung, Gaming, Cybersex, Smartphone-Nutzung) auch mit problematischen Alkohol- und Cannabiskonsum zusammenhängen. Das Gamen ist zusätzlich noch mit problematischen Rauchen assoziiert.

Auch hierbei zeigt es sich, dass die Übernahme sozialer Rollen protektive Wirkung hat. Noch zu Hause zu leben oder in einer WG können Risikofaktoren für diese problematischen Verhaltensweisen sein, mit einem Partner zu leben oder finanziell bereits unabhängig zu sein (beispielsweise durch Erwerbstätigkeit) sind dagegen Schutzfaktoren.

## 4 Referenzen

- Adamson, S. J. & Sellman, J. D. (2003). A prototype screening instrument for cannabis use disorder: The Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol-dependent clinical sample. *Drug and Alcohol Review* 22, 309-315.
- Annaheim, B., Scotto, T. J. & Gmel, G. (2010). Revising the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) by means of item response theory. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 19, 142-55.
- Caetano, R. & Babor, T. F. (2006). Diagnosis of alcohol dependence in epidemiological surveys: an epidemic of youthful alcohol dependence or a case of measurement error? *Addiction* 101 Suppl 1, 111-114.
- Carnes, P. J., Delmonico, D. L. & Griffin, E. (2009). *In the shadows of the net: Breaking free of compulsive online sexual behavior*. Simon and Schuster.
- Delmonico, D. & Miller, J. (2003). The Internet Sex Screening Test: A comparison of sexual compulsives versus non-sexual compulsives. *Sexual and Relationship Therapy* 18, 261-276.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. & Beautrais, A. L. (2003). Cannabis and educational achievement. *Addiction* 98, 1681-92.
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C. & Fagerstrom, K. O. (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction* 86, 1119-1127.
- Horwood, L. J., Fergusson, D. M., Hayatbakhsh, M. R., Najman, J. M., Coffey, C., Patton, G. C., Silins, E. & Hutchinson, D. M. (2010). Cannabis use and educational achievement: Findings from three Australasian cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence* 110, 247-53.
- Kardefelt-Winther, D., Heeren, A., Schimmenti, A., van Rooij, A., Maurage, P., Carras, M., Edman, J., Blaszczynski, A., Khazaal, Y. & Billieux, J. (2017). How can we conceptualize behavioural addiction without pathologizing common behaviours? *Addiction* 112, 1709-1715.
- Karriker-Jaffe, K. J., Witbrodt, J. & Greenfield, T. K. (2015). Refining measures of alcohol problems for general population surveys. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 39, 363-70.
- Khazaal, Y., Chatton, A., Rothen, S., Achab, S., Thorens, G., Zullino, D. & Gmel, G. (2016). Psychometric properties of the 7-item game addiction scale among French and German speaking adults. *BMC Psychiatry* 16, 132.
- Knight, J. R., Wechsler, H., Kuo, M., Seibring, M., Weitzman, E. R. & Schuckit, M. A. (2002). Alcohol abuse and dependence among U.S. college students. *Journal of Studies on Alcohol* 63, 263-270.
- Kwon, M., Kim, D.-J., Cho, H. & Yang, S. (2013). The Smartphone Addiction Scale: Development and Validation of a Short Version for Adolescents. *PLoS ONE* 8, e83558.
- Lane, S. P., Steinley, D. & Sher, K. J. (2016). Meta-analysis of DSM alcohol use disorder criteria severities: Structural consistency is only 'skin deep'. *Psychological Medicine* 46, 1769-84.
- Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M. & Peter, J. (2009). Development and validation of a game addiction scale for adolescents. *Media Psychology* 12, 77-95.
- Macleod, J., Oakes, R., Copello, A., Crome, I., Egger, M., Hickman, M., Oppenkowski, T., Stokes-Lampard, H. & Davey Smith, G. (2004). Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *Lancet* 363, 1579-188.
- Meerkerk, G.-J., van den Eijnden, R. J., Franken, I. & Garretsen, H. (2010). Is compulsive internet use related to sensitivity to reward and punishment, and impulsivity? *Computers in Human Behavior* 26, 729-735.
- Meerkerk, G. J., Van Den Eijnden, R. J., Vermulst, A. A. & Garretsen, H. F. (2009). The Compulsive Internet Use Scale (CIUS): Some psychometric properties. *Cyberpsychology & Behavior* 12, 1-6.
- Melchior, M., Bolze, C., Fombonne, E., Surkan, P. J., Pryor, L. & Jauffret-Roustide, M. (2017). Early cannabis initiation and educational attainment: Is the association causal? Data from the French TEMPO study. *International Journal of Epidemiology* 46, 1641-1650.
- Silins, E., Fergusson, D. M., Patton, G. C., Horwood, L. J., Olsson, C. A., Hutchinson, D. M., Degenhardt, L., Tait, R. J., Borschmann, R., Coffey, C., Toumbourou, J. W., Najman, J. M. & Mattick, R. P. (2015). Adolescent substance use and educational attainment: An integrative data analysis comparing cannabis and alcohol from three Australasian cohorts. *Drug and Alcohol Dependence* 156, 90-96.
- Wakefield, J. C. & Schmitz, M. F. (2014). How many people have alcohol use disorders? Using the harmful dysfunction analysis to reconcile prevalence estimates in two community surveys. *Front Psychiatry* 5, 10.
- Winters, K. C., Martin, C. S. & Chung, T. (2011). Substance use disorders in DSM-V when applied to adolescents. *Addiction* 106, 882-4.