

Fazit.

ForschungsSpiegel von Sucht Schweiz

## **Soziodemographische Ungleichheiten beim problematischen Alkoholkonsum**

**Die Frage nach der Chancengleichheit ist eine der Kernfragen der heutigen Gesundheitspolitik. Zurzeit ist in der Schweiz das Wissen zu soziodemographischen Unterschieden beim Alkoholkonsum relativ gering. Dies wäre aber notwendig, wenn effektive Massnahmen zur Prävention, Intervention und Behandlung eingeführt werden sollen, die nicht zu einer Zunahme von Chancenungleichheiten führen. In ihrer aktuellen Studie zeigen Gmel und Kollegen u. a., dass junge Erwachsene und Pensionierte zwar häufig einen problematischen Alkoholkonsum haben, sich deswegen aber erstaunlich selten behandeln lassen.**

**Quelle:**

Gmel, G./Marmet, S./Maffli, E./Notari, L. (2018): Soziodemographische Ungleichheiten beim problematischen Substanzgebrauch und bei substanzunabhängigen problematischen Verhaltensweisen. Lausanne: Sucht Schweiz, Lausanne. [www.tinyurl.com/y9ed4ufc](http://www.tinyurl.com/y9ed4ufc), Zugriff 21.01.2019.

**Gerhard Gmel, Simon Marmet, Etienne Maffli, Matthias Wicki, Luca Notari**  
Sucht Schweiz, fazit@suchtschweiz.ch

**Einleitung**

Der einführend genannte Forschungsbericht versucht Hinweise auf mögliche Ungleichheiten in Bezug auf problematischen Alkoholkonsum zu finden. Dazu wurden soziale Determinanten der Allgemeinbevölkerung, von stark Konsumierenden (die wahrscheinlich eine Intervention benötigen) und von Personen, die aufgrund ihres Alkoholproblems in Behandlung sind, verglichen.<sup>1</sup>

Im Wesentlichen basiert die Studie auf zwei Datenquellen. Die Informationen zur Soziodemographie der Allgemeinbevölkerung und der Alkoholkonsumierenden stammen aus dem Schweizerischen Suchtmonitoring. Um möglichst grosse Fallzahlen zu erreichen, wurden die Daten der Jahre 2011 bis 2016 zusammengezogen und umfassen somit für die Alkoholkonsumfragen mehr als 66 000 Personen. Die 10 % der Befragten aus der Allgemeinbevölkerung mit dem höchsten Durchschnittskonsum (d. h. «stark Konsumierende») wurde als Gruppe betrachtet, welche am ehesten eine Behandlung braucht.<sup>2</sup>

Angaben zu den soziodemographischen Merkmalen von «Personen in Behandlung» basieren auf dem KlientInnenmonitoringsystem act-info (Akronym für addiction, care and therapy information). Um möglichst grosse Fallzahlen zu erreichen, wurden die Daten aus den Jahren 2013 bis 2016 berücksichtigt und die Angaben von etwa 16 000 Personen mit dem Hauptproblem «Alkohol» berücksichtigt (etwa drei Viertel davon befanden sich dabei in ambulanter und etwa ein Viertel in stationärer Behandlung).

Wichtig für das Verständnis dieses Beitrags ist, dass keine Aussage dazu gemacht werden kann, wie weit der Behandlungsbedarf von problematisch Alkoholkonsumierenden in der Schweiz abgedeckt ist. Aufgrund der freiwilligen Teilnahme liegt die Antwortrate im Suchtmonitoring und in act-info bei ca. 45 % respektive 40 %. Somit zeigt keine der beiden Studien wirklich ein vollständiges Bild und wir kennen weder den Zähler (Behandlungsplätze) noch den Nenner (Behandlungsbedürftige) für die Berechnung der Abdeckung. Aus diesem Grund

nähern wir uns dem Thema über die Frage an, ob es in den soziodemographischen Charakteristiken von Personen, die sehr wahrscheinlich einen Behandlungsbedarf haben («stark Konsumierenden»), und «Personen in Behandlung» Ungleichheiten gibt.

**Chancengleichheit nach Alter und Geschlecht**

Abbildung 1 zeigt die Altersverteilung der Allgemeinbevölkerung, der Personen mit einem starken Alkoholkonsum und derjenigen, die sich wegen des Hauptproblems «Alkohol» in einer ambulanten oder stationären Behandlung befanden. Während sich ein Grossteil der Personen in Behandlung im Alter zwischen 40 und 59 Jahren befindet, zeigen sich bei stark Konsumierenden zwei Spitzen, die im Behandlungssektor nicht auftauchen, nämlich die 20- bis 24-Jährigen und Personen im Rentenalter. Jüngere Personen und Personen im Rentenalter sind in der Behandlung also unterrepräsentiert. Viele junge Menschen werden den Konsum noch als entwicklungsbedingt begrenzte «Jugend-sünde» sehen, die keiner Behandlung bedarf. Bei den Seniorinnen und Senioren mag der im Rentenalter fehlende Druck, im Berufsleben funktionieren zu müssen, aber auch die geringere soziale Kontrolle (z. B. durch Mitarbeitende, Partnerin, Partner oder Kinder) und Vereinsamung dazu führen, dass der Leidensdruck, sich in Behandlung zu begeben, nicht mehr gross genug ist.

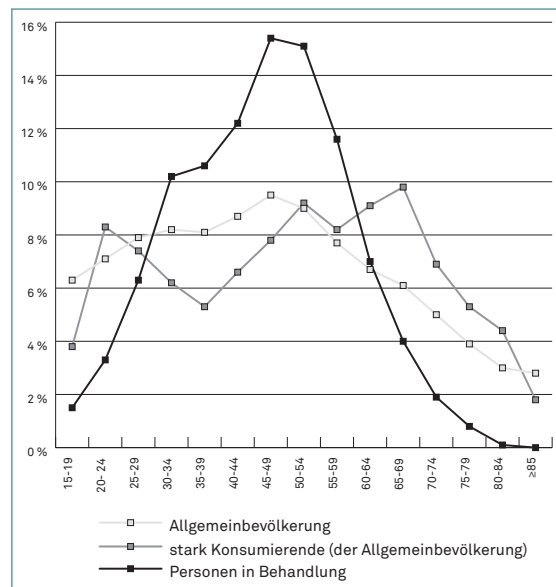


Abb. 1: Altersverteilung der Allgemeinbevölkerung, von stark Alkohol Konsumierenden und Personen in Behandlung wegen Alkoholkonsum.

Bezüglich Geschlechtsunterschiede zeigt sich (vgl. Gmel et al. 2018), dass der Frauenanteil in Behandlung in jungen Jahren (bis etwa 35 Jahre) bei etwa 25 % liegt und mit dem Alter auf etwa 35 % im Rentenalter steigt. Das sind anteilmässig mehr Frauen als es der Anteil stark Konsumierender in der Allgemeinbevölkerung vermuten lässt. Dort sind es in jungen Jahren etwa 20 % Frauen, im Rentenalter über 25 %. Frauen sind also in der Behandlung im Vergleich zum problematischen Konsum in der Allgemeinbevölkerung eher überrepräsentiert.

### **Weitere Ergebnisse zur Soziodemographie**

Da soziale Determinanten teilweise stark mit dem Alter zusammenhängen (so sind beispielsweise jüngere Personen seltener verheiratet) wurde bei den folgenden Betrachtungen die Altersspanne auf die 25- bis 64-Jährigen eingeschränkt.

In Bezug auf Zivilstand, Ausbildung und Erwerbstätigkeit zeigen sich Unterschiede zwischen der Allgemeinbevölkerung und stark Konsumierenden; diese Unterschiede werden für Personen in Behandlung noch akzentuierter.

Stark Konsumierende sind seltener verheiratet als dies für die Allgemeinbevölkerung der Fall ist (52 % vs. 60 %), bei Personen in Behandlung ist dieser Anteil (35 %) jedoch deutlich geringer.

In ähnlicher Weise ist die formal niedrige Bildungsschicht (keine oder nur obligatorische Ausbildung) bei Personen in Behandlung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung etwa doppelt so häufig vertreten (14 % vs. 7 %), während eine höhere Ausbildung wie Fachhochschule oder Universität bei Personen in Behandlung etwa halb so häufig ist wie in der Allgemeinbevölkerung (18 % vs. 40 %).

Noch deutlicher sind die Unterschiede bei der Erwerbstätigkeit. Es gibt prozentual deutlich mehr Nichterwerbstätige bei den Personen in Behandlung (34 %) als bei stark Konsumierenden (7 %) oder gar in der Allgemeinbevölkerung (5 %). Deutlich weniger Frauen in Behandlung sind teilzeitig erwerbstätig, als dies bei stark konsumierenden Frauen oder bei

Frauen der Allgemeinbevölkerung der Fall ist (19 % vs. 42 % vs. 50 %). Ähnliche Unterschiede finden sich auch bei Männern in Bezug auf die vollzeitige Erwerbstätigkeit: Nur 51 % der Männer in Behandlung sind vollzeitig erwerbstätig, während dies bei stark Konsumierenden zu 75 % und in der Allgemeinbevölkerung zu 79 % der Fall ist.

In Bezug auf Migrationshintergrund oder Urbanität fanden sich kaum Unterschiede. Ein Migrationshintergrund und das Leben in eher ländlichen Gebieten sind in der internationalen Literatur zwei Hauptbarrieren für den Zugang zu Behandlung. Dies scheint in der Schweiz nicht der Fall zu sein.

### **Interpretation und Diskussion**

Ganz allgemein spricht auf der einen Seite nicht viel für eine fehlende Chancengleichheit beim Zugang zur Behandlung, denn gerade die sozial eher Benachteiligten sind in der Behandlung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung übervertreten. Dies gilt für Nichterwerbstätige, aber auch für Personen mit niedriger formaler Bildung. Ebenso finden sich kaum Hinweise auf klassische Barrieren der internationalen Literatur, wie Migrationshintergrund oder das Leben in ländlichen Regionen.

Auf der anderen Seite mehrten sich Erkenntnisse in der internationalen Literatur, dass sozial Benachteiligte selbst bei gleichem Alkoholkonsum stärker unter den Folgen leiden. Dies weist auf andere Ungleichheiten (schlechtere Ernährung, grössere Stigmatisierung, schlechtere Krankenversicherungsleistungen etc.) hin und ist häufig durch kumulative Nachteile seit der Kindheit (schlechtere Ausbildung, unqualifizierte Berufe) bedingt. Diese höhere allgemeine Vulnerabilität könnte auch ein Grund für die Übervertretung (im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung) von sozial Benachteiligten im Behandlungssektor sein.

Eine andere mögliche Erklärung für unsere Ergebnisse ist, dass der Zugang zu Behandlungsleistungen nicht unbedingt erschwert ist, sondern zu spät erfolgt. Insbesondere die hohen Anteile an Nichterwerbstätigen im Be-

handlungsbereich könnten darauf hinweisen, dass erst ein «hit bottom», also das Ankommen am Tiefpunkt, eintreten muss, bis sich die alkoholranke Person zur Behandlung entschliesst; anscheinend muss beispielsweise erst der Arbeitsplatz verloren werden oder die Ehe zerbrochen sein, bis die Einsicht reift, dass man etwas gegen den übermässigen Alkoholkonsum unternehmen muss. Früherkennung und Frühinterventionen wären hier von besonderer Bedeutung. Was es sicherlich ebenfalls braucht, sind Ansätze für Senioren und Seniorinnen, die im Behandlungssektor angesichts ihrer Konsummuster deutlich unterrepräsentiert sind.

### Empfehlungen für die Prävention und Politik

Um sich dem Problem der Chancengleichheit im Alkoholbereich nähern zu können und eine angemessene Bedarfsanalyse und Allokation von Ressourcen für Prävention und Behandlung durchführen zu können, braucht man in der Schweiz im Wesentlichen eine bessere Datengrundlage in drei Dimensionen. Erstens benötigt man eine bessere Kenntnis darüber, wer Hilfe braucht und in welcher Art (Beratung, Frühintervention, ambulante Behandlung, stationäre Behandlung). Es gibt verschiedene Modelle, wie man diese Bedürfnislage erheben kann (z. B. Rush et al. 2014). Zu den Quellen zählen zwar Bevölkerungsbefragungen, aber auch andere Methoden (Befragungen in Gesundheitseinrichtungen, Register-Daten der medizinischen Statistik, indirekte Methoden) können herangezogen werden. Zweitens muss umfassend erhoben werden, wer aktiv welche Hilfe sucht, um im Vergleich mit jenen, die zwar Hilfe bedürfen, diese aber nicht suchen, die jeweiligen Barrieren für die Hilfesuche identifizieren und durch geeignete Früherkennung und präventive Massnahmen angehen zu können. Drittens muss die Verfügbarkeit von Angeboten erhoben werden, um durch geeignete Ressourcenallokation vorrangig dort zu agieren, wo die Kluft zwischen Angebot und Nachfrage am grössten ist.

Nicht zuletzt muss ein grösseres Augenmerk darauf gelegt werden, dass Prävention und Intervention so ausgerichtet sind, dass die Chancengleichheit erhöht wird. Viele Prä-

ventionsmassnahmen und Interventionen haben, wenn überhaupt, einen stärkeren Effekt bei sozial Privilegierten und erhöhen somit die Chancengleichheit (z. B. Loring 2014; Roche et al. 2015). Die Durchführung und Implementierung präventiver Massnahmen muss zukünftig verstärkt durch Begleitforschung gestützt werden, die speziell auf die Wirksamkeit dieser Massnahmen zur Reduktion der Chancengleichheit ausgerichtet ist. Manche Massnahmen sollten recht früh beginnen, teilweise bereits im Kindesalter ansetzen, um die kumulative Spirale der Chancengleichheit früh zu durchbrechen und zur individuellen Ressourcenerhöhung bei sozial Benachteiligten beizutragen.

### Literatur

- Boerma, T./AbouZahr, C./ Evans, D./Evans, T. (2014): Monitoring intervention coverage in the context of universal health coverage. *PLoS medicine* 11(9): e1001728.
- Loring, B. (2014): Alcohol and inequities: guidance for addressing inequities in alcohol-related harm. Copenhagen: World Health Organization.
- Roche, A./Kostadinov, V./Fischer, J./Nicholas, R./O'Rourke, K./Pidd, K./Trifonoff, A. (2015): Addressing inequities in alcohol consumption and related harms. *Health promotion international*: 30 (Suppl. 2): 20-35.
- Rush, B./Tremblay, J./Fougere, C./Behrooz, R./Perez, W./ Fineczko, J. (2014): Development of a needs-based planning model for substance use services and supports in Canada. Ontario, Canada: Centre for Addiction and Mental Health.
- 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(2): 10.

### Endnoten

- <sup>1</sup> Der Bericht enthält zudem weitere Analysen zum Rauchen, zu Cannabis-, Heroin- und Kokaingebrauch sowie zur problematischen Internetnutzung.
- <sup>2</sup> Um Behandlungsbedarf zu identifizieren, bedient man sich in der Regel repräsentativer Bevölkerungsstudien (Boerma et al. 2014). Screening-Instrumente wären eine einfache Methode um Personen, die Behandlung brauchen, zu identifizieren. Es gibt jedoch eine umfangreiche Literatur (z. B. Wakefield & Schmitz 2014), die zeigt, dass Screeninginstrumente, aber auch Fragenkataloge nach klinischem Vorbild (wie z. B. nach den Kriterien des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)), in Bevölkerungserhebungen häufig von den Befragten nicht in der klinisch intendierten Bedeutung verstanden werden. Für weiterführende Erklärungen siehe Gmel et al. (2018: 37ff).