

«Kinder aus Familien mit risikoreichem Substanzkonsum»

Version vom 29. Mai 2020

Prof. Dr. Oliver Hümbelin, Jodok Läser, Dr. Dorian Kessler

Berner Fachhochschule
Departement Soziale Arbeit
Hallerstrasse 8
CH-3012 Bern
Tel: +41 (0)31 848 36 97
E-Mail: oliver.huembelin@bfh.ch

Inhaltsverzeichnis

Das Wichtigste in Kürze	6
1 Einleitung	8
1.1 Ausgangslage	8
1.2 Zielsetzung	8
1.3 Aufbau des Berichtes	8
2 Forschungsstand und Methode	9
2.1 Aufwachsen mit Eltern, die einen problematischen Konsum von Substanzen aufweisen	9
2.1.1 Prävalenz von Kindern in suchtbelasteten Familien	9
2.1.2 Generationale Transmission	11
2.1.3 Auswirkungen auf das Kind	12
2.1.4 Schlussfolgerungen für die Datenanalyse	12
2.2 Datenquellen zur Prävalenzschätzung in der Schweiz	13
2.3 Prävalenzschätzung mittels SGB	14
2.3.1 Untersuchungspopulation	14
2.3.2 Operationalisierung Indikatoren risikoreiche Konsummuster	16
2.3.3 Operationalisierung Indikatoren soziodemografische Ungleichheit	19
2.4 Methodische Überlegungen	20
2.4.1 Inferenzstatistik	20
2.4.2 Umgang mit fehlenden Werten	21
2.4.3 Unterschätzung als Folge des Befragungsdesigns	22
3 Schätzung der Prävalenz von Kindern in Familien mit risikoreichem Substanzkonsum	26
3.1 Konsum von Alkohol	26
3.1.1 Chronisch risikoreicher Konsum	26
3.1.2 Episodisch risikoreicher Konsums	26
3.1.3 Kombination der beiden Konsummuster	27
3.2 Konsum von Nikotin	28
3.2.1 Zigaretten	28
3.2.2 E-Zigaretten	29
3.2.3 Kombiniertes Konsum	29
3.2.4 Passivrauchen	30
3.3 Konsum von illegalen Drogen	31
3.3.1 Cannabis	31
3.3.2 Kokain	32
3.3.3 Ecstasy	33
3.3.4 Heroin	34
3.3.5 Andere Drogen	34
3.3.6 Kombiniertes Konsum	35
3.4 Anteil und Anzahl belasteter Kinder, Gesamtindex und Mehrfachkonsum	37
3.5 Darstellung mittels Venn-Diagramm	38
3.6 Fazit - Indikatorenbildung und Prävalenzschätzung	40
4 Durch Konsum der Eltern belastete Kinder im Kontext sozialer Ungleichheit	43
4.1 Demografie	43
4.1.1 Alkohol	43
4.1.2 Nikotin	44
4.1.3 Illegale Drogen	45
4.2 Determinanten sozialer Ungleichheit	46
4.2.1 Alkohol	46
4.2.2 Nikotin	47
4.2.3 Illegale Drogen	48
5 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	50
6 Literaturverzeichnis	55

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schema zur Bildung von Einzelindikatoren, kombinierten Indikatoren und des Gesamtindex	19
Abbildung 2: Prävalenz der drei Substanzkategorien und des jeweiligen Mischkonsums	39
Abbildung 3: Korrigierte Prävalenzschätzung der drei Substanzkategorien und des jeweiligen Mischkonsums	40
Abbildung 4: Risikoreicher Alkoholkonsum im Zusammenhang mit demografischen Merkmalen.....	44
Abbildung 5: Täglicher Nikotinkonsum im Zusammenhang mit demografischen Merkmalen.....	45
Abbildung 6: Konsum illegaler Drogen im Zusammenhang mit demografischen Merkmalen	46
Abbildung 7: Risikoreicher Alkoholkonsum im Zusammenhang mit Determinanten sozialer Ungleichheit	47
Abbildung 8: Täglicher Nikotinkonsum im Zusammenhang mit Determinanten sozialer Ungleichheit	48
Abbildung 9: Konsum illegaler Drogen im Zusammenhang mit Determinanten sozialer Ungleichheit	49
Abbildung 9: Anteil und Anzahl Kinder, die durch Alkohol, Nikotin und illegale Drogen belastet sind	51

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Datensätze zur Schätzung von Kindern aus suchtbelasteten Familien	14
Tabelle 2: Befragte und Kinder in Haushalten mit Kindern <15 Jahre, SGB 2017	15
Tabelle 3: Verteilung Haushaltstypen SGB 2017 und Strukturhebung (SE).....	16
Tabelle 4: Vergleich Altersverteilung von Kindern unter 15 Jahren zwischen SGB und STATPOP.....	21
Tabelle 5: Anzahl Fälle und fehlende Werte der Einzelindikatoren	22
Tabelle 6: Verteilung von Paaren mit risikoreichen Konsummustern aus Referenzstudien	24
Tabelle 7: Konsummuster: Chronischer Alkoholkonsum.....	26
Tabelle 8: Kinder in Familien mit chronisch risikoreichem Konsum	26
Tabelle 9: Konsummuster: Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum.....	27
Tabelle 10: Kinder in Familien mit episodisch risikoreichem Konsum	27
Tabelle 11: Übersicht Kinder in Familien mit risikoreichem Konsum von Alkohol	28
Tabelle 12: Kinder in Familien nach Anzahl Zigaretten pro Tag	28
Tabelle 13: Kinder in Familien mit täglichem Konsum von Zigaretten.....	29
Tabelle 14: Kinder in Familien mit täglichem Konsum von E-Zigaretten	29
Tabelle 15: Übersicht Kinder in Familien mit täglichem Konsum von Nikotin	30
Tabelle 16: Passivrauchen bei rauchenden Befragten mit und ohne Kinder.....	30
Tabelle 17: Kinder in Familien nach Häufigkeit des Konsums in den letzten 30 Tagen	31
Tabelle 18: Kinder in Familien nach Konsum von Cannabis	32
Tabelle 19: Kinder in Familien mit regelmässigem Konsum von Cannabis	32
Tabelle 20: Kinder in Familien nach Konsum von Kokain.....	32
Tabelle 21: Kinder in Familien nach Häufigkeit des Konsums von Kokain in den letzten 30 Tagen	33
Tabelle 22: Kinder in Familien mit Konsum von Kokain, 30-Tagesprävalenz	33
Tabelle 23: Kinder in Familien nach Konsum von Ecstasy	33
Tabelle 24: Kinder in Familien mit Konsum von Ecstasy, 12-Monatsprävalenz	34
Tabelle 25: Kinder in Familien nach Konsum von Heroin	34
Tabelle 26: Kinder in Familien mit Konsum von Heroin, 12-Monatsprävalenz	34
Tabelle 27: Kinder in Familien nach Konsum von anderen Drogen.....	35
Tabelle 28: Kinder in Familien mit Konsum von anderen Drogen, 12-Monatsprävalenz.....	35
Tabelle 29: Übersicht Kinder in Familien mit Konsum von illegalen Drogen.....	36
Tabelle 30: Kinder in Familien mit Konsum von harten Drogen	36
Tabelle 31: Kinder in Familien mit risikoreichem Substanzkonsum.....	37
Tabelle 32: Übersicht Kinder in Familien mit Mehrfachkonsum.....	38
Tabelle 33: Familiäre Risikofaktoren des risikoreichen Konsums von Substanzen	53
Tabelle 35: Risikoreicher Alkoholkonsum im Zusammenhang mit demografischen Merkmalen	58
Tabelle 36: Täglicher Nikotinkonsum im Zusammenhang mit demografischen Merkmalen.....	59
Tabelle 37: Konsum illegaler Drogen im Zusammenhang mit demografischen Merkmalen	60
Tabelle 38: Risikoreicher Alkoholkonsum im Zusammenhang mit Determinanten sozialer Ungleichheit	60
Tabelle 39: Täglicher Nikotinkonsum im Zusammenhang mit Determinanten sozialer Ungleichheit ..	61
Tabelle 40: Konsum illegaler Drogen im Zusammenhang mit Determinanten sozialer Ungleichheit ...	61

Das Wichtigste in Kürze

Ausgangspunkt des vorliegenden Berichtes ist die Nationale Strategie Sucht. Diese hat eine kohärente und wirksame Suchtpolitik zum Ziel. Damit dieses Ziel erreicht wird, ist eine Informationsgrundlage zu unterschiedlichen Erscheinungsformen von Sucht grundlegend. Der vorliegende Bericht steuert einen wichtigen Teil zur Zielerreichung bei. Er **beinhaltet eine Schätzung zur Anzahl und Anteil der Kinder in der Schweiz, die in Familien leben, in welchen die Eltern einen risikoreichen Substanzkonsum aufweisen**. Diese Kinder sind potenziell gefährdet. Der gesundheitlichen Chancengleichheit wird als Teil der Nationalen Strategie Sucht besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Deswegen zeigt ein Teil der Studie auf, inwiefern sich das Risikoverhalten bei ausgewählten Bevölkerungsgruppen unterscheidet.

Ein erster Schritt der Erfassung betroffener Kinder umfasst die konzeptionelle und definatorische Eingrenzung des Phänomens. Der **risikoreiche Substanzkonsum wurde in die drei Kategorien "Alkohol", "Nikotin" und "illegale Drogen"** aufgeteilt. In Abstützung auf **die Datengrundlage der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) 2017** wurden Messkonzepte erarbeitet, welche das Phänomen möglichst breit und gleichzeitig präzise erfassen sollen. Das bedeutet, dass bei den drei Substanzkategorien unterschiedliche Messkonzepte zur Anwendung kamen, da ein übergeordnetes Konzept, beispielsweise für Sucht, Substanzmissbrauch oder auch hinsichtlich der Auswirkungen auf das Kind, entweder fehlt oder mit den verfügbaren Daten nicht umgesetzt werden kann. So wird beim Alkohol auf das etablierte Konzept der WHO zum risikoreichen Konsum zurückgegriffen. Beim Nikotin kann auf Basis des täglichen Konsums mit der Definition von Abhängigkeit gearbeitet werden, wobei hier zusätzlich das Passivrauchen von Kindern als verschärfte Problematik des Rauchens berücksichtigt wird. Bei den illegalen Drogen wird, je nach Substanz, auf Monatsprävalenzen oder Jahresprävalenzen des Konsums zurückgegriffen. Beim Konsum von Cannabis als Subkategorie der illegalen Drogen sind die Erhebungsdaten differenzierter. Hierbei wird auf den mehrmals pro Woche bis täglichen Konsum abgezielt. Generell neigen Bevölkerungsbefragungen zum Konsum illegaler Drogen durch das Phänomen der sozialen Erwünschtheit und die geringere Erreichbarkeit von betroffenen Konsumentengruppen zu einer Unterschätzung der Prävalenz. Eine weitere Unterschätzung der Prävalenz ergibt sich aus dem Befragungsdesign der SGB und betrifft die Paarhaushalte. Da jeweils nur ein Elternteil befragt wird, bleibt das Konsumverhalten des anderen Elternteils unbekannt, was zu einer systematischen Unterschätzung der Anzahl betroffener Kinder führt. Mit einem eigens dazu entwickelten Verfahren konnten Korrekturwerte berechnet werden.

Ausgehend von diesen konzeptionellen Vorarbeiten und der Operationalisierung von Indikatoren auf Basis von definierten Schwellenwerten des Konsums konnte die Anzahl und der Anteil von Kindern in der Schweiz ermittelt werden, die von einem risikoreichen Substanzkonsum der Eltern betroffen sind. **5.8 Prozent aller Kinder bzw. 73'136 Kinder** wachsen in einer Familie mit **risikoreichem Alkoholkonsum** auf. **Gar 31.3 Prozent oder 396'621 Kinder** sind der potenziellen Belastung eines **täglichen Nikotinkonsums ihrer Eltern** ausgesetzt. Die Belastung des Passivrauches ist ausgeprägter, wenn der Nikotinkonsum regelmässig in den Wohnräumen erfolgt. **74'101 (5.8 Prozent der in der Schweiz wohnhaften Kinder)** sind von einer **Rauchexposition in ihrem zu Hause betroffen**. Der **Konsum illegaler Drogen bezieht sich auf die Substanzen Cannabis, Kokain, Ecstasy, Heroin und andere Drogen (z.B. Speed, Amphetamin, LSD oder halluzinogene Pilze)**. Die Berechnungen hierzu zeigen, dass **23'381 Kinder in der Schweiz (1.8 Prozent)** in einer Familie aufwachsen, in der die Eltern mindestens eine der genannten Substanzen konsumieren. Werden zur Differenzierung dieses Resultats Cannabis und harte Drogen separat betrachtet, zeigt sich, dass ein grösserer Teil auf den Konsum von Cannabis fällt. So wachsen **12'550 Kinder mit Eltern auf, die mehrmals pro Woche bis täglich Cannabis konsumieren**. 6'053 Kinder wachsen mit Eltern auf, die in letzter Zeit harte Drogen (ohne Cannabis) konsumierten. Bei 4'778 Kindern konsumieren die Eltern sowohl Cannabis als auch harte Drogen.

In einem zweiten Projektteil wurde untersucht, inwiefern einzelne demografische Merkmale sowie Determinanten sozialer Ungleichheit als Risikofaktoren eines risikoreichen Substanzkonsum auftreten. Hierbei zeigte sich, dass Einelter Haushalte mit Kind(ern) als Haushaltsform über alle Substanzkatego-

rien hinweg das höchste Risiko aufweisen. Am häufigsten davon betroffen sind Mütter, da Einelternhaushalte mit Kind(ern) grossmehrheitlich von ihnen geführt werden. Insgesamt gesehen haben die Väter jedoch ein deutlich höheres Risiko, einen problematischen Konsum von Alkohol, Nikotin oder illegalen Drogen aufzuweisen als die Mütter. Beim Alter der Eltern zeigt sich, dass in Bezug auf den Alkoholkonsum ein fortgeschrittenes Alter (ab 50 Jahren) als Risikofaktor gilt, in Bezug auf den Nikotinkonsum hingegen eher junge Eltern betroffen sind. Das Alter der Kinder steht ebenfalls im Zusammenhang mit der Prävalenz eines risikoreichen Konsums der Eltern. Es liess sich zeigen, dass Eltern mit jungen Kindern (0-9 Jahre) seltener risikoreich Alkohol konsumieren. Dasselbe gilt für Eltern mit Kindern von 0-4 Jahren hinsichtlich eines täglichen Nikotinkonsums. Etwas weniger eindeutig sind die Resultate bei den Determinanten sozialer Ungleichheit. Einzig in Bezug auf das Einkommen lässt sich erkennen, dass über alle Substanzkategorien hinweg Kinder aus Familien mit tiefen Einkommen einem höheren Risiko ausgesetzt sind. Dies verweist auf die Problematik der Vererbung von Armut. Zudem fällt auf, dass tiefe Bildung mit einem erhöhten Risiko des täglichen Nikotinkonsums einhergeht. Auch der Migrationshintergrund steht in Zusammenhang mit risikoreichen Konsummustern. Bei Eltern mit Migrationshintergrund ist tägliches Rauchen verbreiteter, während bei Schweizer Eltern risikoreicher Konsum von Alkohol und illegalen Drogen vergleichsweise häufiger vorkommt.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

In der Schweiz stellen nichtübertragbare Krankheiten (NCD) und Sucht eine grosse Herausforderung für die öffentliche Gesundheit dar. Ein gesunder Lebensstil kann das Auftreten solcher Krankheiten eindämmen und die Folgen lindern. Zur Verbesserung bzw. zur Erhaltung der Gesundheit der Schweizer Bevölkerung hat das Bundesamt für Gesundheit mit seinen Partnern nationale Strategien entwickelt. Das Schweizer Monitoring-System Sucht und nichtübertragbare Krankheiten (MonAM) begleitet die Umsetzung dieser Strategien und liefert eine evidenzbasierte Grundlage für die strategische Planung. Die MonAM-Website (www.monam.ch) präsentiert die Kennzahlen zu diesen Themen und stützt sich dabei auf eine Reihe von Indikatoren. Diese Indikatoren stehen in engem Bezug zu den Zielen und Massnahmen der beiden nationalen Strategien Sucht und Prävention nichtübertragbarer Krankheiten. Einer der Indikatoren lautet nach Konzept «Kinder aus suchtbelasteten Familien».

Kinder suchtkranker Eltern werden in ihrer körperlichen und seelischen Entwicklung stark beeinträchtigt. Die Erfahrung zeigt, dass viele dieser Kinder später eine eigene Suchtproblematik entwickeln. Dies ist mit ein Grund dafür, dass sich Armut vererben kann (Hümbelin 2018). Suchtbelastete Familien sind daher eine wichtige Zielgruppe für Präventions- und Unterstützungsmassnahmen. Einzelne Schätzungen zu diesem Thema existieren bereits. So vermutet Sucht Schweiz beispielsweise, dass in der Schweiz rund 100'000 Kinder und Jugendliche in Familien leben, die von der Alkoholabhängigkeit eines Elternteils betroffen sind. Wie viele weitere Kinder Eltern haben, die Probleme mit Tabak oder illegalen Substanzen haben, ist gegenwärtig aber nicht bekannt.

1.2 Zielsetzung

Der vorliegende Bericht erarbeitet Grundlagen für die Nationale Strategie Sucht in zweierlei Hinsicht.

1. Es wird überprüft, in welcher Form ein Indikator zum Thema «Kinder aus suchtbelasteten Familien» als Kennzahl für das Monitoring-System Sucht und nichtübertragbare Krankheiten gebildet werden kann. Dieser Indikator soll in regelmässigen Abständen anhand einer Datengrundlage berechnet werden und eine Grundlage zur Beobachtung der Situation in der Schweiz bilden. Ausgangspunkt für die Überlegungen des vorliegenden Berichts ist die Studie «Indikatoren-Set für das Monitoring-System Sucht» von Jäggi, Künzi & Gehrig (2018: 121f). In ihrem Bericht erscheint das Thema «Kinder aus suchtbelasteten Familien» als Zusatzindikator des Impactzieles 3 «Gesundheitliche und soziale Schäden werden vermindert». Der Indikator soll «Kinder aus Haushalten mit mindestens einem suchtkranken (abhängigen) Elternteil» erfassen (ebd.:121). Näher definiert ist der Indikator als «Anzahl und Anteil der Kinder, die in einem Haushalt mit Personen leben, die (a) alkoholabhängig, (b) nikotinsüchtig oder (c) drogenabhängig sind. «Die Definition fokussiert auf «Abhängigkeit», was bedeutet, dass eine Unterscheidung zwischen risikoreichem Konsum und Abhängigkeit vorgenommen wird» (ebd.:121). Davon ausgehend macht der vorliegende Bericht einen Vorschlag, wie der betreffende Indikator berechnet werden kann.
2. Das Thema gesundheitliche Chancengleichheit ist ein wichtiges Thema der Nationalen Strategie Sucht. Bei Kindern aus suchtbetroffenen Familien besteht die Gefahr, dass sie auf Grund der Suchtproblematik der Eltern Nachteile erfahren, die sie in ihrer Entwicklung beeinträchtigen und möglicherweise ein ganzes Leben lang begleiten. Deswegen ist ein zweites Ziel dieses Berichtes, erste Erkenntnisse zur Prävalenz von Familien mit kritischen Konsummustern nach sozialen Gruppen zu erarbeiten. Damit wird sichtbar, ob einzelne Bevölkerungsgruppen von dieser Problematik besonders betroffen sind und ob diese bei der Ausformulierung von Massnahmen besonders im Blick behalten werden müssen.

1.3 Aufbau des Berichtes

Der vorliegende Bericht ist in drei Hauptteile gegliedert. Im ersten Teil (Kapitel 2) wird der aktuelle Stand der Forschung zum Thema "Kinder aus suchtbelasteten Familien" beleuchtet und relevante Ergebnisse wiedergegeben, um daraus erste Schlussfolgerungen für die Datenanalyse zu ziehen. Anschliessend wird diskutiert, auf Grund welcher Datenquellen Prävalenzschätzungen zu diesem Thema in der Schweiz möglich sind und weshalb sich die SGB am besten für dieses Vorhaben eignet. Zudem

wird ausgeführt, wie die verwendeten Indikatoren gebildet werden und welche methodischen Herausforderungen bestehen, welche davon bewältigt werden können. Im nachfolgenden Teil (Kapitel 3) werden die Resultate der Prävalenzschätzungen aufgeführt. Die Resultate sind in die drei Hauptkategorien des Konsums, also Alkohol, Nikotin und illegale Drogen, sowie deren Subgruppen gegliedert. Anschliessend wird auf Basis eines Gesamtindex, der die differenzierten Konsumformen zusammenfasst, die übergeordnete Prävalenzschätzung der Kinder aus suchtbelasteten Familien ausgewiesen. Inwiefern einzelne soziodemografische Merkmale, wie beispielsweise Einkommen oder Migrationshintergrund, die Prävalenz beeinflussen und als Risikofaktoren identifiziert werden können, ist Thema von Kapitel 4.

2 Forschungsstand und Methode

2.1 Aufwachsen mit Eltern, die einen problematischen Konsum von Substanzen aufweisen

Nachfolgend soll ein Überblick über den aktuellen Wissensstand zum Thema "Kinder aus suchtbelasteten Familien" gegeben werden.¹ Entsprechend der Gliederung des Berichts, sowie der methodischen Herangehensweise wird zwischen den unterschiedlichen Formen des Substanzkonsums der Eltern unterschieden, was auch in den meisten Forschungsarbeiten der Fall ist. Ein überwiegender Teil der Studien beschäftigt sich mit dem Phänomen des elterlichen Alkoholkonsums. Weitere Studien beleuchten das Phänomen hinsichtlich des Konsums illegaler Drogen, wobei dies zumeist als Sammelkategorie verstanden wird. Teilweise wird der Fokus auch spezifisch auf Heroin und Opiate gelegt. Zum Nikotin werden einerseits Forschungsarbeiten aufgeführt, welche die Verbreitung rauchender Eltern im Allgemeinen untersuchen. Andererseits berücksichtigen wir Studien zum damit verbundenen Problem des Passivrauchens von Kindern.

Die Forschung zu Kindern in suchtbelasteten Familien erfährt im internationalen Vergleich sehr unterschiedliche Aufmerksamkeit. Klein (2001: 118) verweist darauf, dass diesbezügliche Forschungsarbeiten vorwiegend aus den USA und Skandinavien stammen. Mittlerweile finden sich aber auch für Deutschland entsprechende Studien. Systematische empirische Forschung zum Thema entwickelte sich erst in den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts (ebd.). An den bestehenden Arbeiten wird zudem kritisiert, dass sie zumeist auf klinischen Samples aus Hochrisikogruppen basieren und selten auf bevölkerungsbasierte Familiendaten zurückgreifen (Martikainen et al. 2018: 107).

2.1.1 Prävalenz von Kindern in suchtbelasteten Familien

2.1.1.1 Alkohol

In Bezug auf die vorliegende Arbeit sind insbesondere jene Studien von Interesse, welche die Prävalenz von Kindern in suchtbelasteten Familien schätzen und damit bereits eine anteilmässige Gröszenordnung für die jeweiligen Länder angeben. Was die Prävalenz von Kindern in Familien mit Alkoholmissbrauch betrifft so wird beispielsweise für die Europäische Union geschätzt, dass zwischen 6.8 – 11.7 Prozent aller Kinder unter 15 Jahren unter einem elterlichen Alkoholmissbrauch leiden (McNeill 1998). Für die USA wurde eine Prävalenz von 28.6 Prozent angegeben, wobei Kinder bis 18 Jahren berücksichtigt wurden (Grant 2000). Eine weitere Forschungsarbeit aus den USA untersuchte die Prävalenz von Kindern mit suchtbelasteten Elternteilen mit Fokus auf das Kleinkindalter bis 3 Jahren. Dabei resultierte, dass ungefähr 10 Prozent der Kleinkinder mindestens einen Elternteil haben, der Alkohol oder Drogen missbraucht (SAMHSA 2003). Klein (2001) bezieht sich wiederum auf den von Grant (2000) geschätzten Wert von 28.6 Prozent aus den USA und vermutet, dass dieser für Deutschland noch höher anzusetzen sei, da auch die Pro-Kopf-Verbrauchsquoten höher liegen (Klein 2001:119). McNamee und Offord (1994) schätzten den Anteil der COAs (Children of Alcoholics) für Kanada auf 12 Prozent. Auch für Schweden finden sich vergleichbare Zahlen. Eine Arbeit von Ljungdahl (2008) ge-

¹ Die vorangegangene Literaturrecherche konzentrierte sich auf die gängigen Suchmaschinen, Portale und Plattformen für wissenschaftliche Publikationen, wie google scholar, sciencedirect, jstor, researchgate u.ä. Die übergeordneten Schlagworte bzw. Suchanfragen waren: parental substance abuse, drug abuse, alcohol, children of alcoholics, familial transmission, generational transmission, prevalence, suchtbelastete Familien, suchtbelastete Eltern, Alkohol, Drogen, Epidemiologie etc.

langt zum Resultat, dass ungefähr 20 Prozent der Kinder in Familien aufwachsen, in denen mindestens ein Elternteil (oder Kinderbetreuer/in) einen risikoreichen Alkoholkonsum aufweist. Eine Studie der ambulanten Suchtberatungsstellen in Deutschland EBIS betrachtete die alkoholabhängigen Eltern als Population und erfasste den Anteil, welcher mit Kindern in einem Haushalt zusammenlebt. Für die Frauen resultierte ein Anteil von 45 Prozent, für die Männer betrug dieser 32 Prozent (Simon und Palazzetti 1998).

Was die Prävalenz in der Schweiz betrifft, so geht Suchtschweiz von 100'000 Kindern aus, die von der Alkoholabhängigkeit eines Elternteils betroffen sind.² Die Anzahl Kinder, deren Eltern einen problematischen Konsum illegaler Substanzen aufweisen, könne gegenwärtig nicht beziffert werden.³

Für die Schweiz existieren, mit Ausnahme einer Prävalenzschätzung von "Suchtschweiz", nach Kenntnisstand der Autoren keine Forschungsarbeiten, die sich mit der Prävalenz von Kindern aus suchtbelasteten Familien auseinandersetzen.

2.1.1.2 Illegale Substanzen

Im Vergleich zur relativ guten Datenlage zu den Kindern aus Familien mit einer Alkoholproblematik ist der Wissensstand zur Prävalenz von Kindern mit drogenkonsumierenden bzw. drogensüchtigen Eltern deutlich geringer. Für Deutschland wird in diesem Zusammenhang zumeist auf die Arbeit von Klein (2006) verwiesen. In dieser wird die Anzahl Kinder, die einen Elternteil haben, der Drogen missbraucht oder von diesen abhängig ist, auf 40'000-50'000 geschätzt, was einem Anteil von 0,1-0,5 Prozent der Kinder in Deutschland entspricht.

Spehr et al. (2017) haben entsprechende Zahlen für die USA geschätzt und geben an, dass ca. 2.1 Millionen Kinder mit mindestens einem Elternteil leben, der illegale Substanzen konsumiert. Gleichzeitig verweisen sie darauf, dass die Forschung in dieser Hinsicht noch zu wenig fortgeschritten sei und nationale Erhebungsdaten zum Thema fehlten.

Für die Schweiz fehlen entsprechende Zahlen ebenfalls. Auf Basis der Daten von act-info (vgl. 2.2), die auf Behandlungsstatistiken im Zusammenhang mit illegalen Drogen zurückgreifen, kann gesagt werden, dass von den 2017 neu eingetretenen Personen (n=483) 33.5 Prozent eigene Kinder haben. Von diesen wohnen wiederum 27.8 Prozent mit ihrem Kind bzw. ihren Kindern im gleichen Haushalt.⁴ Zudem sind die Lebenszeitprävalenzen sowie die 12-Monatsprävalenzen der unterschiedlichen illegalen Drogen bekannt. Diese lagen 2016 bei 33.8 und 7.3 Prozent für Cannabis, bei 4.2 und 0.7 Prozent für Kokain. Für Heroin ist nur die Lebenszeitprävalenz bekannt. Diese lag 2016 bei 0.7 Prozent (Gmel et al. 2017).

2.1.1.3 Nikotin

Zur Prävalenz von Kindern, die in einem Haushalt mit rauchenden Erwachsenen leben, kann die Studie von King et al. (2009) beigezogen werden. In dieser wird angegeben, dass 34.4 Prozent der Kinder in den USA mit mindestens einem erwachsenen Rauchenden leben, wobei nicht ausgewiesen wird, ob diese drinnen oder draussen rauchen. Unter den armen Kindern liegt dieser Anteil gar bei 49.4 Prozent.

Die schädigenden Auswirkungen, die rauchende Eltern auf ihre Kinder haben, stehen vor allem mit der Rauchexposition (Passivrauchen) der Kinder in Zusammenhang. Eine Studie von Yousey (2006), durchgeführt in den USA, konnte zum Thema der kindlichen Rauchexposition (environmental tobacco smoke, ETS) bedeutende Resultate aufzeigen. In den USA sind 31.2 Prozent der Kinder täglich von ETS in ihrem Zuhause betroffen. Eine Untersuchung aus Deutschland zeigt, dass von den unter 6-jährigen Kindern mit Eltern zwischen 25 und 29 Jahren über 60 Prozent in einem Raucherhaushalt leben (Thefeld 2002). Eine Publikation des deutschen Krebsforschungszentrums (2010) weist eine Anzahl von mehr als 1.7 Millionen Kinder aus, die zu Hause täglich Tabakrauch ausgesetzt sind.

² Unveröffentlichtes Manuskript "Estimation du nombre d'enfants touchés par la consommation d'alcool des parents" Gmel Gerhard, Suchtschweiz.

³ Vgl.: <https://www.suchtschweiz.ch/suchtbelastete-familien>

⁴ https://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/FOS-Jahresbericht-2017.pdf

Für die Schweiz existieren über das Tabakmonitoring Zahlen zum Passivrauchen. Bekannt ist beispielsweise, dass im Jahr 2013 35 Prozent der Bevölkerung eine oder mehr Stunden pro Woche dem Passivrauchen ausgesetzt sind. Bei 6 Prozent waren es gar 7 Stunden oder mehr. Besonders betroffen sind unter 25-Jährige. 19 Prozent der 15- bis 19-Jährigen und 20 Prozent der 20- bis 24-Jährigen sind eine Stunde oder mehr pro Tag dem Passivrauchen ausgesetzt. Gleichzeitig ist erkennbar, dass zu Hause immer weniger geraucht wird. Fast zwei Drittel der täglich Rauchenden geben an, zu Hause nie zu rauchen (Kuendig, Notari und Gmel 2014). Hinsichtlich der Passivrauchexposition von Kindern in Schweizer Haushalten kann gesagt werden, dass bei 3.1 Prozent der Befragten (ab 15 Jahren) Kinder oder Jugendliche zu Hause gelegentlich Tabakrauch ausgesetzt sind. Bei 1.2 Prozent ist dies gar täglich der Fall (Kuendig, Notari und Gmel 2014). Bekannt ist zudem der Anteil der Rauchenden in der Bevölkerung (ab 15 Jahren). Dieser lag 2016 bei 25.3 Prozent (Gmel et al. 2017).

2.1.2 Generationale Transmission

Kinder in suchtblasteten Familien haben ein erhöhtes Risiko selbst eine Suchtproblematik zu entwickeln. Zum Phänomen der generationalen Transmission existiert eine Reihe von Forschungsarbeiten, deren zentrale Erkenntnisse in der Folge umrissen werden.

2.1.2.1 Alkohol

In Bezug auf den Alkohol als Substanzkategorie kann resümierend gesagt werden, dass Kinder von alkoholabhängigen Personen als grösste Risikogruppe für die Entwicklung von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit aufzufassen sind (Klein 2001). Diese Kinder haben im Vergleich zu jenen mit Eltern ohne Alkoholproblematik "ein bis zu sechsfach höheres Risiko [...] selber abhängig zu werden oder Alkohol zu missbrauchen" (ebd.). Eine britische Langzeitstudie, welche Kinder aus Suchtfamilien über 33 Jahre hinweg betrachtete, konnte für das Erwachsenenalter zeigen, dass in 28 Prozent der Fälle eine Diagnose für Alkoholabhängigkeit vorlag (Drake und Vaillant 1988). Eine Forschungsarbeit von Lachner und Wittchen (1997) differenzierte die generationale Transmission nach dem Geschlecht sowohl der Eltern als auch der Kinder. Die Arbeit zeigt auf, dass bei einer Alkoholstörung des Vaters, das Risiko für eine Alkoholabhängigkeit der Söhne um das 2.01-fache, jene der Töchter um das 8.69-fache erhöht ist. Im Falle einer Alkoholstörung der Mutter steigt das Risiko für die Söhne um das 3.29-fache, für die Töchter gar um das 15.94-fache. Eine Alkoholstörung beider Elternteile erhöht diese Werte nochmals drastisch. Das Risiko einer eigenen Alkoholabhängigkeit liegt dann bei den Söhnen um das 18.77-fache, bei den Töchtern um das 28-fache höher.

2.1.2.2 Nikotin

Dass Kinder von rauchenden Eltern ein erhöhtes Risiko aufweisen, selbst Raucher zu werden, konnte in verschiedenen Studien aufgezeigt werden. Die amerikanische Studie von Farkas et al. (2000) erbrachte den Nachweis, dass Kinder, die in einem rauchfreien Haushalt aufwachsen ein um 26 Prozent geringeres Risiko haben zu rauchen verglichen mit Kindern, die in einem Raucherhaushalt aufwachsen. Den Effekt der generationalen Transmission zeigte auch die Untersuchung von Vuolo und Staff (2013) auf. Unter den Kindern von nichtrauchenden Eltern begannen 8 Prozent als Jugendliche zu rauchen. Bei den Kindern von rauchenden Eltern (unterschiedlichen Schweregrads) lag dieser Wert hingegen zwischen 23 und 29 Prozent. Zudem zeigen die Resultate von Mays et al. (2014), dass Kinder von abhängigen rauchenden Eltern ein um das 9.7-fach höhere Risiko haben frühe regelmässige Raucher zu werden im Vergleich zu Kindern von nichtrauchenden Eltern.

2.1.2.3 Illegale Substanzen

Hoffmann und Cerbone (2001) untersuchten in den USA das Risiko der generationalen Transmission bei drogenabhängigen Eltern (psychoactive substance use disorder, PSUD). Die Resultate zeigen, dass Kinder von Eltern mit einer PSUD im Vergleich zu Kindern aus Familien ohne Drogenproblematik in der Adoleszenz ein um mehr als das Zweifache erhöhte Risiko aufweisen, selbst Drogen zu konsumieren. Gleichzeitig zeigt sich, dass psychosoziale Faktoren, wie beispielsweise ein enger Familienzusammenhalt, das Risiko einer Transmission deutlich abschwächen können.

2.1.3 Auswirkungen auf das Kind

Die generationale Transmission ist auf die Weitergabe der elterlichen Suchtproblematik an die Nachkommen bezogen. Nebst dem Risiko der Ausprägung eines eigenen Suchtverhaltens lassen sich an der nachfolgenden Generation weitere ungünstige Folgeerscheinungen festmachen, die im Zusammenhang mit der elterlichen Suchtproblematik stehen. Beispielsweise können negative Folgeerscheinungen im Bereich der psychischen Gesundheit, dem Sozialverhalten, den kognitiven Fähigkeiten, den Bewältigungsstrategien u.v.m. auftreten. Martikainen et al. (2018) haben auf Basis eines repräsentativen Samples finnischer Familien das Auftreten von psychischen Erkrankungen bei jungen Erwachsenen infolge des Aufwachsens mit durch Substanzmissbrauch belasteten Eltern untersucht. Sie berichten, dass Kinder, die im Alter von 0-14 elterlichem Substanzmissbrauch exponiert waren, als junge Erwachsene doppelt so häufig psychische Erkrankungen entwickeln als Kinder ohne diese Exposition. Besonders sensible Altersabschnitte der Exposition konnten nicht festgestellt werden, jedoch verstärkt sich der Effekt mit wiederholter bzw. länger andauernder Exposition.

Eine deutsche Untersuchung von Karren-Derber und Hank (1999), in der suchtkranke Mütter das Verhalten ihrer Kinder (4-16 Jahre) nach der Systematik der Child Behavior Checklist (CBCL) beurteilten, kam zu relevanten Ergebnissen bezüglich negativer Verhaltensaussagen elterlicher Sucht. 29 Prozent der Kinder wurden durch ihre Mütter als verhaltensauffällig beschrieben. Bei 10 Prozent der Kinder wurden soziale Probleme festgestellt und ebenfalls 10 Prozent litten unter körperlichen Beschwerden. Bei einem Sechstel der Kinder zeigte sich aggressives Verhalten und wiederum bei einem Sechstel delinquentes Verhalten. Einem Fünftel wurde ängstliches, depressives Verhalten attestiert und 14 Prozent nästeten sich tagsüber ein.

Diese Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit einer durch die Suchtproblematik eingeschränkten elterlichen Fürsorge führen dazu, dass Kinder von Eltern mit einer Alkohol- oder Drogenproblematik häufiger fremdplatziert werden und häufiger unter Vernachlässigung leiden, wie Hogan (1998) in einer irischen Studie zeigen konnte. Bei Kindern von alkoholabhängigen Eltern liegt die Fremdplatzierungsquote bei 13,3 Prozent, während die Quote bei Kindern von drogenabhängigen Eltern bei ungefähr 50 Prozent liegt.

Zu den möglichen Konsequenzen des Passivrauchens von Kindern liefert die bereits erwähnte Studie von Yousey (2006) wichtige Erkenntnisse. Yousey weist darauf hin, dass Passivrauchen eine wichtige Ursache von Krankheiten im Kindesalter sein kann. In dieser Metastudie konnte ein Zusammenhang zwischen Passivrauchen und Krankheiten bzw. Gesundheitsschädigungen, wie verminderte Lungenfunktion, Asthma, Mittelohrentzündung, Plötzlicher Kindestod und Lungenkrebs dokumentiert werden. Darüber hinaus zeigte sich auch, dass Kinder, die Passivrauch ausgesetzt sind, doppelt so häufig eine ernste Atemwegsinfektion mit nötiger Hospitalisierung erleiden als Kinder von Nichtraucherern.

In der Gesamtschau der Prävalenzschätzungen, der Studien zu den Auswirkungen auf das Kind und insbesondere des Phänomens der generationalen Transmission zeigt sich, dass aus epidemiologischer Sicht eine Problematik von gesellschaftlicher Relevanz vorhanden ist, was die Bedeutung von präventiven Massnahmen hervorhebt.

2.1.4 Schlussfolgerungen für die Datenanalyse

Eine elterliche Suchterkrankung stellt ein schwerwiegendes Risiko für eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen dar. Weniger gut untersucht ist jedoch, wie viele Kinder betroffen sind. Klein et al. (2018) stellen beispielsweise für Deutschland fest, dass zwar verschiedene Studien versucht haben, die Anzahl der Kinder mit einem oder zwei suchtkranken Elternteilen zu erfassen. «Ein direkter Vergleich der Studienergebnisse ist aber nicht möglich, da a) unterschiedliche Definitionen von elterlicher Sucht zugrunde gelegt (Abhängigkeit v. Missbrauch vs. Riskanter Konsum vs. Rauschtrinken) und b) verschiedene Erhebungsmethoden angewendet wurden.» (ebd.: 4). Unseres Erachtens verweisen diese unterschiedlich gewählten methodischen Zugänge auf Messschwierigkeiten, die es bisher verhindert haben, dass sich ein De-facto-Standard bei der Schätzung der Zahl von belasteten Kindern etabliert hat.

Für die Schweiz kann festgestellt werden, dass mit Ausnahme der Schätzung von Sucht Schweiz zur Prävalenz von Kindern in alkoholbelasteten Haushalten, keine Studien zur Prävalenz und den Auswirkungen eines Aufwachsens in einem belasteten Haushalt vorliegen. Gleichzeitig lässt sich feststellen, dass fest etablierte Konzepte zur Messung von Abhängigkeit bestehen, die mittels befragungsbasierter Tests ermittelt werden können (z.B. AUDIT, Fagerström) (vgl. Kuendig (2010) oder Gmel et al. (2014)). Bezüglich des Konsums von Alkohol hat sich das alternative Konzept des risikoreichen Konsums etabliert, die auf Häufigkeiten und Mengen des Konsums abstützen und die auf einen Risikokonsum hinweisen (bspw. Gmel et al. 2017).

Ausgehend von diesen Überlegungen wird nachfolgend eruiert, welche Möglichkeiten in der Schweiz bestehen, im Rahmen einer repräsentativen Erhebung der Schweizer Bevölkerung Suchterkrankung zu messen oder ob bei Vorstufen von Abhängigkeitserkrankungen wie einem risikoreichen oder problematischen Konsummuster angesetzt werden muss.

2.2 Datenquellen zur Prävalenzschätzung in der Schweiz

Lauberau und Spörri (2014) haben die Möglichkeiten und Grenzen einer evidenzbasierten Beurteilung des illegalen Drogenkonsums in der Schweiz untersucht. Im vorliegenden Falle ist es zwar das Ziel sowohl den Konsum von legalen als auch illegalen Substanzen zu untersuchen, nichtsdestotrotz geben die Ausführungen der Autoren wichtige Anhaltspunkte zur Datenlage in der Schweiz und den Möglichkeiten der Prävalenzschätzungen von problematischem Substanzkonsum.

Laut Lauberau und Spörri (2014: 11) sind zur Beurteilung der Prävalenz des illegalen Drogenkonsums in der Bevölkerung kaum geeignete Daten vorhanden. Hinweise auf den illegalen Drogenkonsum sind aus der Analyse von Bevölkerungsbefragungen nur bedingt möglich. Als relevante Befragungen nennen sie drei Erhebungen (vgl. Tabelle 1): (1) Suchtmonitoring Schweiz: CoRoIAR, (2) Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB sowie (3) Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Für den vorliegenden Fall nicht geeignet ist die HBSC-Studie, weil sich diese Befragung auf 11-15-jährige Schülerinnen und Schüler beschränkt. Damit wäre keine gesamtschweizerische Schätzung aller Kinder möglich. Die Situation für Kinder, die jünger als 11 Jahre sind, könnte nicht untersucht werden. Möglich sind Schätzungen mithilfe von CoRoIAR und der SGB. Die CoRoIAR Befragung wurde allerdings nur von 2011-2016 durchgeführt. Eine Aktualisierung des Indikators wäre entsprechend nicht möglich.

Zusätzlich zu den vorhandenen Befragungsdaten haben wir überprüft, ob «act-info» als Datengrundlage in Frage kommt. Die Abklärungen ergaben, dass diese für das vorliegende Vorhaben nur bedingt geeignet wäre. «act-info» ist eine Zusammenführung von fünf bestehenden Behandlungsstatistiken. Als Teil von «act-info» wird eine harmonisierte Erhebung durchgeführt, die eine Klientenbefragung bei Eintritten und Austritten beinhaltet (Jordan & Kretschmann, 2018). Im Rahmen dieser Befragung wird zwar nach Kindern im Haushalt gefragt. Allerdings wäre eine Hochrechnung auf die Allgemeinbevölkerung nicht ohne weiteres möglich, da es sich um eine Befragung behandelter Klienten handelt und Konsumierende, die nicht in Behandlung sind, unberücksichtigt bleiben.

Werden die Vor- und Nachteile beschriebenen Datenquellen abgewogen, drängt sich für den überwiegenden Teil der Auswertungen die Verwendung der SGB-Daten auf. Anhand dieser Datenquelle können alle Subkategorien des Indikators «Kinder aus suchtbelasteten Familien» abgebildet werden. Es besteht die Möglichkeit, Kinder in Haushalten und Familien zu identifizieren. Gemäss Stichprobenplan liegt eine für die schweizerische Bevölkerung ab 15 Jahren repräsentative Erhebung vor (BFS, 2018). Zudem wird die SGB in regelmässigen Abständen wiederholt. Die Berechnung eines Indikators auf dieser Basis kann demnach wiederholt werden. All diese Gründe sprechen für eine Verwendung der SGB zur Berechnung des Indikators.

Tabelle 1: Datensätze zur Schätzung von Kindern aus suchtblasteten Familien

Name	Typ	Durchführung	Stichproben- grösse	Bemerkung
CoRoIAR ⁵	Bevölkerungsbefragung	2011 -2016 jährlich	11'000/Jahr	Fortlaufende telefonische Befragung der Bevölkerung mit dem Ziel die Datenlücke zur Entwicklung von Suchtverhalten zu schliessen. Befragt werden in der Schweiz wohnhafte Personen ab 15 Jahren.
Act-info ⁶	Zusammenführung bestehender Behandlungsstatistiken	Seit 2018 durch Sucht Schweiz	unbekannt	Act-info ist ein Monitoring-Netzwerk, das fünf Statistiken im Bereich der Suchtberatung und -therapie zusammenführt mit dem Ziel eine nationale Datenbank zu erstellen.
Schweiz. Gesundheitsbefragung (SGB)	Bevölkerungsbefragung	Alle fünf Jahre, 2017 (aktuellste)	21'000/ Jahr	Umfassende Information zum Gesundheitszustand und -verhalten, Identifikation von Familien möglich, Konsum von Alkohol, Nikotin und illegalen Drogen erhoben.

Da die SGB keine Screening-Instrumente zur Bestimmung der Abhängigkeit mittels anerkannter Messinstrumente wie AUDIT oder CAGE⁷ führt, drängt es sich auf, nicht auf «Abhängigkeit» und «Sucht» im engeren Sinn zu fokussieren, sondern stattdessen auf Vorstufen der Abhängigkeit auszuweichen. Entsprechen haben wir geprüft, welche alternativen Messkonzepte mittels SGB umgesetzt werden können, die auf einen risikoreichen Konsum verweisen. Risikoreich bedeutet in diesem Kontext, dass der elterliche Konsum von legalen und illegalen Substanzen mit potenziell nachteiligen Effekten für ihre Kinder verbunden ist. Ganz entscheidend ist dabei, wie «risikoreich» definiert wird. Dies wird in Abschnitt 2.3.2 besprochen. Zuerst widmen wir uns jedoch der Frage, wie gut anhand der SGB die Situation von Kindern in der Schweiz untersucht werden kann.

2.3 Prävalenzschätzung mittels SGB

Zum Zeitpunkt der Projektarbeiten stellte die SGB 2017 das aktuellste Erhebungsjahr dar. Nachfolgend wird mit Hilfe des Fragebogens der SGB (BFS, 2019) beschrieben, anhand welcher Merkmale Familien und Kinder identifiziert und welche Indikatoren zur Abbildung eines risikoreichen Konsums von (a) Alkohol (b) Nikotin und (c) illegalen Substanzen verwendet werden können.

2.3.1 Untersuchungspopulation

Zur Identifikation der Zahl der potenziell betroffenen Kinder verwenden wir die Frage nach dem Alter der im Haushalt lebenden Personen ("alter"). Auf diese Weise wird im Rahmen der Befragung ermittelt, ob im Haushalt Kinder unter 15 Jahren leben. Die Grenze von 15 Jahren, wie sie als Teil des Erhebungsplans der SGB zur Anwendung kommt, gibt somit die Alterslimite vor, welche im Rahmen der

⁵ <https://www.suchtmonitoring.ch/de/page/2.html#study8>

⁶ <https://www.suchtschweiz.ch/forschung/act-info/>

⁷ Bei AUDIT und CAGE handelt es sich um fragebogenbasierte Tests zur Bestimmung von Alkoholabhängigkeit (Vgl.: <https://www.suchtmonitoring.ch/de/page/2.html>)

Auswertungen angewendet wird. Um sicherzustellen, dass es sich bei den im Haushalt lebenden Personen entweder um die biologischen Kinder handelt oder um solche, die unter der Obhut der befragten Zielperson stehen, wird die Frage des Verwandtschaftsverhältnisses ("verw") hinzugezogen. Dabei werden alle Kinder berücksichtigt, die als "Tochter, Sohn" oder "Stieftochter, -sohn" ausgewiesen sind. Enkelkinder und Schwiegertöchter/-söhne, sowie die Kategorien "Andere verwandtschaftliche Beziehung" und "Keine verwandtschaftliche Beziehung" werden hingegen nicht dazugezählt. Jedes auf diese Weise identifizierte Kind ist somit einer befragten Zielperson mit dem genannten Verwandtschaftsverhältnis zugewiesen. Sind dieser Person mehrere Kinder zugewiesen, so erhöht sich auch die Anzahl der auszuwertenden Kinder. Für den verwendeten Ausgangsdatensatz der SGB bedeutet dies Folgendes: Es sind darin 4517 befragte Personen mit Kindern unter 15 Jahren im Haushalt vorhanden. Anhand dieser Personen kann die Situation von 7743 Kinder beschrieben werden. Diese bilden die Untersuchungspopulation für die nachfolgenden Auswertungen. Untenstehende Tabelle zeigt die Verteilung der Kinder pro befragte Person bzw. pro Haushalt auf.

Tabelle 2: Befragte und Kinder in Haushalten mit Kindern <15 Jahre, SGB 2017

Anzahl Kinder (<15 Jahre) in HH pro Befragte(r)	Befragte	Kinder
1 Kind	1962	1962
2 Kinder	1993	3986
3 Kinder	468	1404
4 Kinder	83	332
5 Kinder	9	45
6 Kinder	1	6
8 Kinder	1	8
Total	4517	7743

Bemerkungen: Quelle: SGB 2017, Berechnungen BFH.

Zentraler Bestandteil der nachfolgenden Auswertungen ist die Schätzung des Anteils und der Anzahl der Kinder, die in Familien mit risikoreichem Substanzkonsum aufwachsen. Wird bei der befragten Zielperson ein risikoreicher Konsum festgestellt, so bedeutet dies, dass das entsprechende Kind oder die entsprechenden Kinder in einer Familie mit risikoreichem Konsum aufwachsen. Die somit ermittelte Anzahl Kinder wird anschliessend ins Verhältnis zur Untersuchungspopulation, d.h. zur Gesamtheit der ausgewerteten Kinder, gesetzt und als Anteilswert ausgewiesen. Zur Schätzung der Anzahl betroffener Kinder in der Schweiz wird der Anteilswert mit der Anzahl der Kinder unter 15 Jahren in der Schweiz (STATPOP 2017) verrechnet (Weiterführende Informationen zur Methode befinden sich im Kapitel 2.4.)

Nachfolgend werden die Anteile der Haushaltstypen auf Basis der SGB-Daten mit jenen der Strukturhebung verglichen, um eine grobe Einordnung der SGB Stichprobe zu ermöglichen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Variablenausprägungen nicht exakt übereinstimmen. In der Gegenüberstellung zeigt sich, dass in der SGB alle Haushaltstypen in ausreichender Zahl befragt werden konnten. Die Einpersonenhaushalte sind dabei unterrepräsentiert, während Paare übervertreten sind.

Tabelle 3: Verteilung Haushaltstypen SGB 2017 und Strukturhebung (SE)

Haushaltstyp	SGB		SE ¹
	Anzahl	Anteil (%)	Anteil (%)
Mehrfamilienhaushalt	263	1.2	0.7
Einpersonenhaushalt	4'301	19.4	35.5
Nichtfamilienhaushalt mit mehreren Personen	645	2.9	2.3
Paare ohne Kinder	7'009	31.7	27.4
Paare mit Kind(ern)	8'512	38.5	28.0
Einelternhaushalte mit Kind(ern)	1'404	6.3	6.1
Total Befragte	22'134	100.0	100.0

Bemerkungen: Berechnungen BFH (gewichtet), Missings=1

¹ Quelle: Strukturhebung 2017, Privathaushalte nach Haushaltstyp, die Kategorien "Paare mit jüngstem Kind von 25 Jahren oder älter" und "Einelternhaushalte mit jüngstem Kind von 25 Jahren oder älter" haben wir Paaren bzw. Einelternhaushalte mit Kind(ern) zugewiesen

2.3.2 Operationalisierung Indikatoren risikoreiche Konsummuster

Nachfolgend führen wir aus, wie ein risikoreicher Konsum von Alkohol, Nikotin und illegalen Drogen anhand der SGB definiert und untersucht werden kann (eine Übersichtstabelle zu den verwendeten SGB-Variablen und der verwendeten Schwellenwerte findet sich im Anhang (vgl. 7.2))⁸.

Alkohol: Wir unterscheiden zwei Arten des Alkoholkonsums. Zum einen den *chronisch risikoreichen Konsum* und zum anderen den *episodisch risikoreichen Konsum*. Diese Konzepte sind gut etabliert und werden bereits für andere Indikatoren der MonAM-Website verwendet.

Zur Identifikation des *chronisch risikoreichen Konsums* orientieren wir uns an den Risikogruppen der WHO (vgl. bspw. Gmel et al. 2017). Dabei wird chronischer Konsum mit mittlerem Risiko als >20g/Tag Reinalkohol bei Frauen, sowie >40g/Tag Reinalkohol bei Männern definiert⁹. 10-12g Reinalkohol entsprechen dabei einer Stange Bier (3dl), einem Glas Wein (1dl) oder einem Glas Schnaps (0.3dl)¹⁰. Obengenannte Definition eines mittleren Risikos wurde auch in der vorliegenden Auswertung als Schwellenwert zur Messung eines chronisch risikoreichen Konsums verwendet. Als Messvariable wurde eine bereits existierende SGB-Indexvariable¹¹ eingesetzt ("alcchron5"). Diese Indexvariable ist so gebildet, dass sie die Konsummengen der einzelnen Alkoholika (Bier, Wein, Spirituosen, Alkopops) mittels Häufigkeit und Menge (letzte 12 Monate) ermittelt und aufgrund dessen die tägliche Konsummenge Reinalkohol berechnet. Die geschlechtsspezifischen Mengenunterschiede sind in der Indexvariable bereits berücksichtigt.

Auch zum *episodisch risikoreichen Konsum*, der als zweite Form des risikoreichen Alkoholkonsums untersucht wird, existiert eine SGB-Indexvariable ("alcbinge"). Sie entspricht der international gängigen Definition, die bei 5 Standardgläsern (Männer) bzw. 4 Standardgläsern (Frauen) bei einer Gelegenheit liegt. Ist dies einmal oder häufiger pro Woche der Fall, so gilt es als episodisch risikoreicher Konsum.¹² Ein Standardglas entspricht wiederum einer Stange Bier (3dl), einem Glas Wein (1dl) oder einem Glas Schnaps (0.3dl).

⁸ Die Autoren danken an dieser Stelle Wally Achtermann, Laure Curt, Gerhard Gmel, Walter Rohrbach, Mirjam Weber und Marc Wittwer für die wertvollen Inputs und Rückmeldungen im Rahmen der dreier Begleitgruppensitzungen.

⁹ <https://www.suchtmonitoring.ch/de/2/1-6.html?alkohol-pravalenz-risikokonsum-chronisch>

¹⁰ <http://www.alcohol-facts.ch/de/das-standardglas-alkohol>

¹¹ Bei den SGB-Indexvariablen handelt es sich um konstruierte Variablen auf Basis mehrerer Messvariablen. Diese Messvariablen entsprechen der Fragebogenkonstruktion und werden so zusammengefasst, dass sie die gängigen statistischen Auswertungskategorien des entsprechenden Themas abbilden.

¹² <https://www.suchtmonitoring.ch/de/2/1-7.html?alkohol-pravalenz-risikokonsum-episodisch>

Beide Einzelindikatoren des risikoreichen Alkoholkonsums wurden zunächst getrennt berechnet. Um risikoreichen Alkoholkonsum insgesamt zu erfassen, wurden die beiden Einzelindikatoren zu einem *kombinierten Indikator* aggregiert. Dieser weist die Fälle aus, bei denen bei mindestens einem Einzelindikator der definierte Schwellenwert überschritten wird, was bedeutet, dass das betreffende Kind in einer Familie mit risikoreichem Alkoholkonsum aufwächst.

Nikotin: Die Operationalisierung der Indikatoren für den Nikotinkonsum ist nicht auf das Konzept des risikoreichen Konsums abgestützt, wie dies beim Alkohol der Fall ist. Stattdessen kann hier direkt auf das Kriterium der Abhängigkeit abgezielt werden. Aus der Nikotinabhängigkeit der Eltern ergibt sich einerseits ein erhöhtes Risiko für die Kinder, später selbst mit dem Rauchen zu beginnen, andererseits geht damit auch ein erhöhtes Risiko für Passivrauchen einher.

Eine elaborierte Form zur Schätzung der Nikotinabhängigkeit, wie es bspw. mit dem Fagerström-Test häufig erfolgt, ist mit der SGB nicht möglich. Jedoch kann die Abhängigkeit in vereinfachter Form mittels des Kriteriums des täglichen Rauchens operationalisiert werden (vgl.: Gmel et al. 2017:73). Tägliches Rauchen kann auch mit den Variablen der SGB-Daten gemessen werden.

Die verbreitetste Form der Aufnahme von Nikotin ist nach wie vor das Rauchen von Tabakwaren wie der klassischen Zigarette. Hinzugezählt werden in der Auswertung aber auch Zigarren, Zigarillos und Pfeifen, da das Rauchen dieser Tabakprodukte ebenfalls mit einem für Kinder schädlichen Passivkonsum verbunden ist. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird der daraus hervorgehende Indikator verkürzt als "Nikotin " bezeichnet. Zusätzlich wurde ein Indikator zum Konsum von E-Zigaretten gebildet. Bei diesen ist der Passivkonsum vermutlich weniger schädlich. Allerdings fehlen Langzeitstudien, die dies zweifelsfrei belegen. In Anbetracht der Forschungslücke in Kombination mit der zunehmenden Beliebtheit dieser Form des Konsums von Nikotin, ist es angebracht, auch den Konsum von E-Zigaretten zu berücksichtigen. Für die Substanzkategorie Nikotin ergeben sich somit zwei Einzelindikatoren: "*Nikotin: Zigaretten*" und "*Nikotin: E-Zigaretten*".

Beim Indikator "*Nikotin: Zigaretten*" wurde dazu die SGB-Indexvariable "nikot5" verwendet. Diese rechnet die Anzahl an gerauchten Zigarren, Zigarillos und Pfeifen pro Tag zu Zigaretten-Äquivalenten und addiert sie zu der Anzahl gerauchten Zigaretten. Die dem Index zugrunde liegenden Messvariablen erfragen die durchschnittliche Anzahl an gerauchten Zigaretten, Zigarren etc. pro Tag. Als Schwellenwert wurde eine durchschnittliche Anzahl Zigaretten pro Tag von mindestens 1 eingesetzt.

Der Indikator "*Nikotin: E-Zigaretten*" wurde aus den Messvariablen "ttako02f" und "ttako23" gebildet. Diese geben an, ob die befragte Person E-Zigaretten raucht und wie oft sie dies tut. Ist dies täglich der Fall, so wird es als risikoreicher Konsum gewertet. Zudem wird beim Indikator E-Zigaretten auch der Konsum von erhitzten Tabakprodukten mitberücksichtigt. Die Messvariablen "ttako02h" und "ttako26" weisen aus, ob und wie viel erhitzte Tabakprodukte geraucht werden. Bei mindestens einer Zigarette dieser Art pro Tag, gilt der Schwellenwert als erreicht.

Analog zum Alkoholkonsum wurde ein kombinierter Indikator zum täglichen Nikotinkonsum gebildet. Dieser weist die Fälle aus, bei denen bei mindestens einer der zwei Konsumformen von Nikotin der definierte Schwellenwert überschritten wird, was bedeutet, dass das betreffende Kind in einer Familie mit täglichem Nikotinkonsum aufwächst.

Ein Indikator zur Belastung durch *Passivrauchen* der Kinder kann mit den SGB-Daten nicht direkt gebildet werden. Es liegen keine Informationen zum Rauchen innerhalb der Wohnräume vor. Allerdings wurde eine Zusatzauswertung mit den Daten der Erhebung «Gesundheit und Lifestyle 2018»¹³ durchgeführt. Anhand dieser kann der Anteil der Rauchenden mit Kindern

¹³ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/ressortforschung-evaluation/forschung-im-bag/forschung-nichtuebertragbare-krankheiten/monitoring-systemncd/erhebung-gesundheit-lifestyle.html>

abgeschätzt werden, die regelmässig zu Hause rauchen. Diese Anteilsberechnung wurde ausgehend von der Variable zum täglichen Rauchen gebildet. Die Gruppe der täglich Rauchenden bildet die Untersuchungspopulation. Die Variable "Haushaltstyp", die angibt, ob Kinder im Haushalt leben oder nicht wurde dann der Variable "Passivrauchen", die ausweist, ob zu Hause geraucht wird, gegenübergestellt.

Anhand dieser Zusatzauswertung kann die Schätzung zum täglichen Nikotinkonsum dahingehend korrigiert werden, dass nur der Anteil der Rauchenden miteinbezogen wird, die drinnen rauchen und somit ihre Kinder dem Passivrauchen aussetzen. Allerdings ist es nicht möglich, diese Korrektur direkt für die Zusatzanalysen zum Thema «soziodemografische Ungleichheiten» (vgl. Abschnitt 2.3.3) zu verwenden¹⁴.

Illegale Drogen: Die Indikatorenbildung im Bereich der illegalen Drogen ist in Abstimmung der jeweils betrachteten Substanz erfolgt. Bei den Substanzen Ecstasy, Heroin und andere Drogen (z.B. Speed, Amphetamin, LSD, oder halluzinogene Pilze) wurde auf die bestehenden SGB-Indexvariablen zurückgegriffen, mit denen die 12-Monatsprävalenz angegeben werden kann. Eine Berechnung der 30-Tageprävalenz wäre mit den SGB-Daten möglich, jedoch tendieren die berechneten Anteilswerte gegen Null, weshalb darauf verzichtet wurde. Beim Kokainkonsum liegt die 30-Tageprävalenz etwas höher, sodass deren Verwendung angebracht scheint. Die Prävalenz des Cannabiskonsum ist nochmals deutlich höher. Hierbei wurde der Schwellenwert des problematischen Konsums auf eine Konsumhäufigkeit von mehrmals pro Woche gelegt.

Der Einzelindikator zum Cannabiskonsum basiert auf der Variable "tdrog80". Dieser weist bei den Befragten, die in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert haben, aus, wie häufig sie dies getan haben. Ab einem mehrmaligen Konsum pro Woche wird dieser als risikoreich gewertet. Zur Messung des Kokainkonsums wurde die Variable "tdrog82" verwendet, welche angibt, ob in den letzten 30 Tagen Kokain konsumiert wurde, was zugleich der gesetzte Schwellenwert darstellt. Für die Bildung der Indikatoren zum Konsum von Ecstasy, Heroin und anderen Drogen wurden die SGB-Indexvariablen "ecstcons", "herocons" und "stupcons" verwendet, anhand derer abgelesen werden kann, ob die entsprechende Droge in den letzten 12 Monaten konsumiert wurde. Trifft dies zu, so wird dies als konsumierte Droge eingestuft.

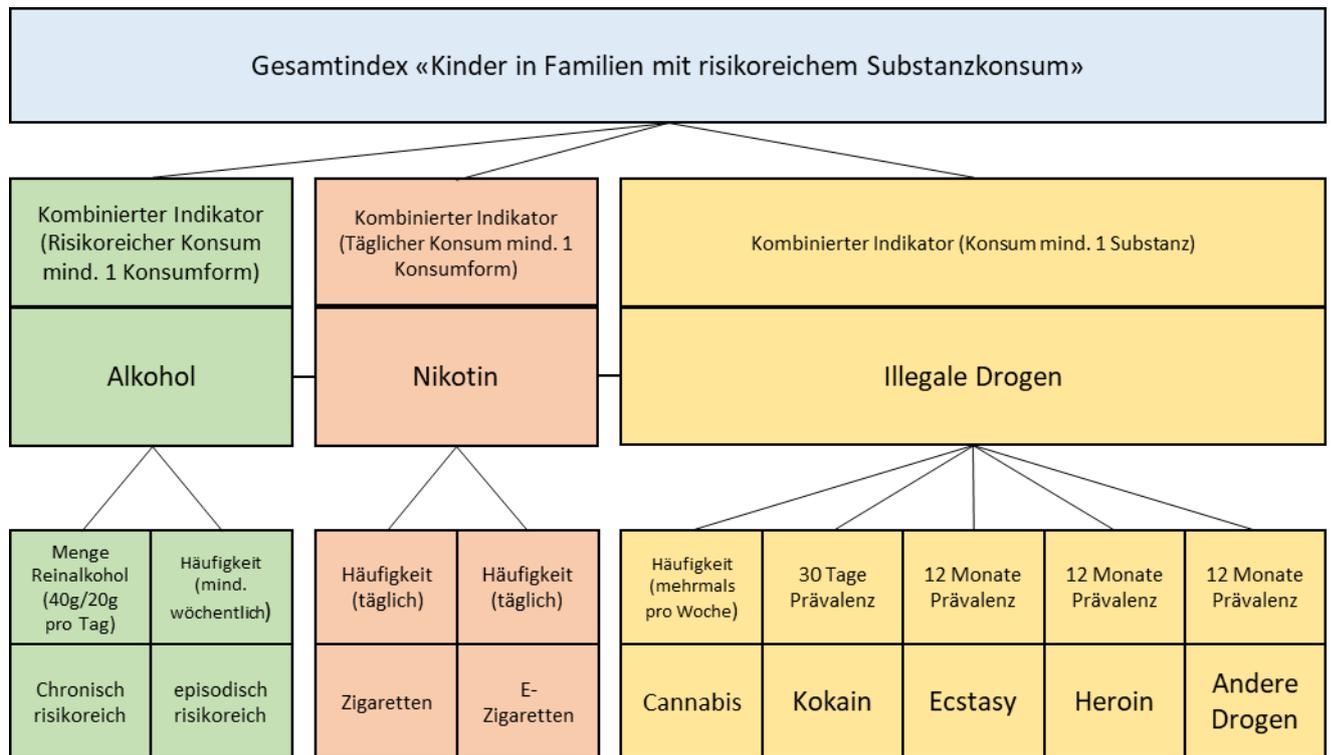
Auf Basis der fünf Einzelindikatoren der illegalen Drogen wurde der kombinierte Indikator berechnet. Er weist aus, ob bei mindestens einer Droge ein Konsum festgestellt werden kann.

Gesamtindex «Kinder in Familien mit risikoreichem Substanzkonsum»: Nachfolgende Übersicht zeigt zusammenfassend, wie der *Gesamtindex*, die *kombinierten Indikatoren* sowie die *Einzelindikatoren* miteinander in Verbindung stehen und wie sie anhand der SGB gemessen werden bzw. wie wir sie für die Indikatorbildung verwenden.

Bei den *Einzelindikatoren* definieren wir jeweils risikoreichen Konsum basierend auf Schwellenwerten zu Häufigkeit bzw. der Menge des Konsums. Wird der Schwellenwert überschritten, so gilt der betroffene Haushalt und deren Kinder als «Familie mit risikoreichem Substanzkonsum». Die *kombinierten Indikatoren* geben für die Kategorien Alkohol, Nikotin und illegale Drogen wieder, ob bei mindestens einem Einzelindikator ein risikoreicher Konsum vorliegt. Ist dies der Fall, so gilt der Haushalt und deren Kinder als «belastet durch die jeweilige Substanzkategorie. Der *Gesamtindex* bildet sich schliesslich aus der Zusammenfassung der kombinierten Indikatoren. Die betreffenden Familien sind einem risikoreichen Substanzkonsum von Alkohol, Nikotin oder illegalen Drogen ausgesetzt, ohne dass nach Substanzkategorie differenziert wird.

¹⁴ Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass regelmässiges Rauchen in den Wohnräumen unabhängig von den für die geplanten Zusatzauswertungen verwendeten Merkmalen auftritt. Entsprechend kann die Auswertung aus der Omnibus-Befragung nicht auf einfache Weise übertragen werden.

Abbildung 1: Schema zur Bildung von Einzelindikatoren, kombinierten Indikatoren und des Gesamtindex



Gegenstand des Berichtes sind Resultate auf der Ebene der Einzelindikatoren, der kombinierten Indikatoren sowie des Gesamtindex (hinzu kommen Zusatzauswertungen des Vertiefungsmoduls). D.h. für alle genannten Indikatoren wird die Zahl und der Anteil, der belasteten Kinder in der Schweiz ausgewiesen. Damit ist einwandfrei nachvollziehbar, aus welchen Komponenten sich der Gesamtindikator «Kinder in Familien mit risikoreichem Substanzkonsum» zusammensetzt.

Es war Gegenstand der Projektarbeiten zu klären, welche Vorgehensweise sich als Indikator der Mo-nAM-Website eignet. Die oben beschriebene Operationalisierung und die nachfolgend gezeigten Resultate wurden in mehreren Begleitgruppentreffen besprochen.

2.3.3 Operationalisierung Indikatoren soziodemografische Ungleichheit

Gemäss der zweiten Zielsetzung des Berichtes, ist es ein Zusatzziel Erkenntnisse zum Thema Chancengleichheit zu erlangen. Die Analysen werden zu soziodemografischen Merkmalen sowie zu Determinanten sozialer Ungleichheit durchgeführt und beziehen sich jeweils auf Alkohol, Nikotin und illegale Drogen als Auswertungskategorien. Nachfolgend ist beschrieben, welche Variablen und welche Operationalisierung diesen Analysen zugrunde liegen.

- **Demografie:** Auswertungen nehmen wir vor nach (i) *Alter der Kinder*, (ii) nach *Haushaltstyp* (Paar mit Kind(ern), Einelternhaushalt mit Kind(ern) und Mehrfamilienhaushalt)¹⁵, (iii) nach *Al-*

¹⁵ Paare mit Kind(ern): Zu den Paarhaushalten mit Kindern gehören Ehepaare oder nichteheliche Lebensgemeinschaften mit mindestens einem Kind. Einelternhaushalt mit Kind(ern): Dazu zählen die Haushalte, in denen ein Elternteil mit mindestens einem Kind und ohne Partner lebt. Mit der Kategorie Kind wird, unabhängig seines Alters oder seines Zivilstandes, ein leibliches Kind, ein Stiefkind oder ein Adoptivkind bezeichnet, das mit einem Elternteil bzw. den Eltern im selben Haushalt lebt und jenen weder mit einem Partner noch mit eigenen Kindern teilt. Mehrfamilienhaushalt: Mehrfamilienhaushalte enthalten mindestens zwei unabhängige Familienkerne. Ein Familienkern besteht mindestens aus a) einem Paar (verheiratet oder in eingetragener Partnerschaft oder keines von beiden, hetero- oder homosexuell) mit oder ohne Kind(ern) (in der vorliegenden Studie nur mit Kind(ern)) oder b) aus einem Elternteil mit mindestens einem Kind.

ter des befragten Elternteils sowie (iv) nach *Geschlecht des befragten Elternteils*. Die kontinuierlichen Altersvariablen werden dafür in kategoriale Variablen überführt, die eine Unterteilung in Altersgruppen vornehmen. Es werden bivariate Analysen je Subgruppe durchgeführt. Diese Auswertungen geben nähere Auskunft zur unmittelbaren Situation und zum Umfeld der belasteten Kinder. Daraus sind erste Erkenntnisse zu allfälligen Risikogruppen möglich.

- **Gesundheitsdeterminanten der sozialen Ungleichheit:** Gesundheitsverhalten und Konsummuster sind stark geprägt von übergeordneten Faktoren wie der Lebenslage und den Lebensbedingungen. Finanzielle Ressourcen, Bildungsstand, sozialer Status oder Migrationshintergrund haben einen grossen Einfluss auf Lebensstile und das Verhalten einer Person. Inwiefern soziale Ungleichheiten hinsichtlich der Prävalenz von Kindern aus Familien mit risikoreichem Substanzkonsum vorliegen, untersuchen wir anhand folgender Merkmale:
 - Migrationshintergrund* wird darüber definiert, dass der Elternteil entweder im Ausland geboren ist oder einen im Ausland geborenen Vater bzw. Mutter hat, wovon sich ein Migrationshintergrund der ersten oder zweiten Generation ableiten lässt. Dazu kann die in diesem Sinne gebildete SGB-Indexvariable "statmigr" eingesetzt werden. Einschränkung gilt es anzumerken, dass lediglich die Situation für den befragten Elternteil erhoben wird, nicht aber für den nicht-befragten Vater bzw. die nicht-befragte Mutter.
 - Einkommen:* Als Indikator für den sozioökonomischen Status stützen wir uns auf das berichtete monatliche Haushaltsnettoeinkommen ab ("tsode40"ff).¹⁶ Basierend auf der sortierten Verteilung aller Einkommen nehmen wir eine Quintilseinteilung vor, welche die Haushalte in fünf gleich grosse Gruppen einteilt. Im 1. Quintil befinden sich jene mit den tiefsten Einkommen und im 5. Quintil jene mit den höchsten. Dazwischen sind die Quintile mit mittleren Einkommen. Diese fünf Gruppen bilden die Grundlage der Analysen zum Einkommen.
 - Bildung:* Ein dritter Indikator setzt sich aus der Grundlage des höchsten Bildungsabschlusses zusammen und weist diesen in den drei Kategorien «tieferes Bildungsniveau» (obligatorische Schule), «mittleres Bildungsniveau» (Berufsbildung oder Maturität) und «höheres Bildungsniveau» (Tertiärstufe) aus. Die entsprechende Indexvariable "ausbild3" stimmt mit der internationalen ISCED-Klassifizierung überein.

Für die Analysen gilt es zu berücksichtigen, dass die Gesundheitsdeterminanten in Abhängigkeit des Lebenszyklus stehen. So sind insbesondere junge Menschen, die ihren Bildungsweg noch nicht abgeschlossen haben, häufiger in tiefen Bildungs- und Einkommensklassen. Zudem zeigt sich, dass erhebliche Geschlechterunterschiede bestehen, die auch in Bezug zu den untersuchten Kategorien stehen können. Diesbezüglich bietet es sich an, modellbasiert alters- und geschlechtsbereinigte soziodemografische Unterschiede zu ermitteln.

2.4 Methodische Überlegungen

Bei der SGB handelt es sich um eine stichprobenbasierte Bevölkerungsbefragung. Daraus ergeben sich einige methodische Fragen, die es für die Analysen zu klären gilt. Nachfolgend führen wir aus, welche inferenzstatistischen Überlegungen wir gemacht haben, wie wir mit fehlenden Werten umgehen und welche methodischen Schwierigkeiten aus dem Befragungsdesign der SGB einhergehen.

2.4.1 Inferenzstatistik

Die Angaben der schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017 sind repräsentativ für die schweizerische Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren. Zur Korrektur von selektiven Antwortausfällen werden Gewichte mitgeliefert. Diese berücksichtigen insbesondere die Wohnregion, das Geschlecht,

¹⁶ Mit einer Verknüpfung der SGB mit den individuellen Konten der AHV (vgl. Abschnitt 2.2), wäre es möglich, einen verlässlicheren Indikator zu bilden. In der SGB werden Nettoeinkommen erfragt. Die Angaben unterliegen daher voraussichtlich Ungenauigkeiten auf Grund von Erinnerungslücken, der Bereitschaft Auskunft zu geben und als Folge von sozialer Erwartung. Ein registerbasierter Indikator, der anhand der individuellen Konten der AHV gebildet würde, könnte ohne diese in der Literatur bekannten Messprobleme gebildet werden und wäre valider.

das Alter, die Staatsangehörigkeit, den Zivilstand und die Haushaltsgrösse. Für die nachfolgende Analyse stehen aber die Kinder im Fokus und demnach die Population unter 15 Jahren. Es stellt sich damit die Frage, ob die Population der Kinder unter 15 Jahren in der SGB angemessen abgebildet ist. Dass die Gewichte den Zivilstand und die Haushaltsgrösse berücksichtigen, trägt zu einer angemessenen Verteilung bei. Problematisch wäre, wenn bspw. Befragte mit Kleinkindern eine geringere Befragungswahrscheinlichkeit aufweisen. Ein Vergleich der Altersverteilung zwischen SGB 2017 und STATPOP 2017 zeigt jedoch, dass keine auffälligen Über-/Unterrepräsentationen vorhanden sind (vgl. **Tabelle 4**). Gleichzeitig ist ebenso wichtig, die Population der Eltern repräsentativ abzubilden, da sich die Situation der Kinder aus den Angaben der Eltern ergibt. Eine nachträgliche Korrektur der Gewichte müsste entsprechend sicherstellen, dass dadurch die Repräsentativität der Bevölkerung ab 15 Jahren nicht tangiert wird. Eine Nachgewichtung wäre möglich, müsste aber in enger Abstimmung mit der Methodensektion der SGB und unter Einsicht der Methodik der SGB-Gewichte erfolgen. Da zum jetzigen Zeitpunkt kein dringender Verdacht besteht, dass die Kinder in der SGB nicht angemessen repräsentiert sind, wird auf eine Neugewichtung verzichtet.

Tabelle 4: Vergleich Altersverteilung von Kindern unter 15 Jahren zwischen SGB und STATPOP

Alter	SGB		STATPOP	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
0-4	2'652	34.3	433'743	34.2
5-9	2'311	29.8	426'484	33.6
10-14	2'780	35.9	408'828	32.2
Total	7'743	100.0	1'269'055	100.0

Quelle: SGB 2017 (gewichtet), STATPOP 2017, Berechnungen BFH

Für nachfolgende Analysen verwenden wir jeweils die Gewichte gemäss telefonischer Befragung (WGHT). Damit Kinder in kinderreichen Familien nicht überrepräsentiert sind, werden die Gewichte gemäss der Zahl der Kinder je befragter Person korrigiert. Um der stichprobenbasierten statistischen Unsicherheit Rechnung zu tragen, werden nachfolgende Ergebnisse stets inklusive 95%-Konfidenzintervalle ausgewiesen.

Anhand der SGB ist es möglich, den Anteil der Kinder zu schätzen, die durch den elterlichen Konsum ausgewählter Substanzen belastet sind. Da neben dem Anteil auch die Zahl der belasteten Kinder interessiert, nehmen wir eine Umrechnung mit Hilfe der Zahl der Kinder unter 15 Jahren anhand einer Auswertung von STATPOP vor. Gemäss dieser Vollerhebung lebten in der Schweiz im Erhebungsjahr der SGB 1'269'055 Kinder (Jahresendbestand 2017).

2.4.2 Umgang mit fehlenden Werten

Der SGB-Datensatz beinhaltet bei den hier verwendeten Variablen fehlende Werte, sogenannte Missings, in unterschiedlicher Anzahl. Der überwiegende Teil der Missings kommt durch das Fehlen von Antworten (non-response) infolge von Stellvertreterinterviews (Proxy-Interviews) zustande. Diese finden bei Zielpersonen statt, die das Interview "aus Alters- oder Gesundheitsgründen nicht direkt am Telefon oder mittels CAPI-Interviews beantworten konnten sowie bei Personen, welche nicht in der Lage waren, das Interview in einer der drei Interviewsprachen durchzuführen" (BFS 2018:14). Die Stellvertreterinterviews wurden zu 62% aus Gründen des mangelnden Sprachverständnisses durchgeführt (vgl. ebd.). Sie wurden in leicht gekürzter Form geführt, das heisst, die betreffenden Fragen wurden nicht gestellt, was letztlich zu den fehlenden Werten führte. In der untenstehenden «Tabelle 5: Anzahl Fälle und fehlende Werte der Einzelindikatoren» lassen sich die Anzahl fehlender Werte der Einzelindikatoren ablesen. Die ersten fünf Einzelindikatoren beinhalten jeweils 370 fehlende Werte, die auf diese Weise entstanden sind. Sie betreffen jeweils die gleichen Fälle des Datensatzes. Fehlende Antworten, die sich aus der Logik des Fragebogendesign ergeben (nicht gestellte Fragen aufgrund von Fragefiltern) wurden nicht als Missings gewertet.

Bei der Indikatorenbildung bzw. den vorgenommenen Aggregationen im Zuge der Zusammenführung von Variablen wird mit den fehlenden Werten folgendermassen vorgegangen. Bei der Zusammenführung mehrerer Variablen wird ein Fall als Missing gewertet, sobald auf einer der Ausgangsvariablen ein Missing vorhanden ist. Dies führt dazu, dass die Anzahl Missings mit jedem Aggregationsschritt ansteigt. Diese Herangehensweise hat zur Folge, dass die Populationen auf der gleichen Auswertungsebene (Ebene der Einzelindikatoren/ Ebene der kombinierten Indikatoren) nicht identisch sind. Bei der Zusammenführung der Ausgangsvariablen werden die Unterschiede aufgehoben, indem nur jene Fälle einbezogen werden, die auf allen Ausgangsvariablen gültige Werte aufweisen. Dementsprechend besteht der Gesamtindex nur aus einer Population, die aus den Fällen besteht, welche auf allen einbezogenen Variablen gültige Werte aufweisen (N=7315, Missings=428).

Tabelle 5: Anzahl Fälle und fehlende Werte der Einzelindikatoren

	N	Missings
Alkohol Chronisch risikoreich	7373	370
Alkohol Episodisch risikoreich	7356	387
Nikotin Zigaretten	7339	404
Nikotin E-Zigaretten	7373	370
Illegale Drogen Cannabis	7373	370
Illegale Drogen Kokain	7735	8
Illegale Drogen Ecstasy	7733	10
Illegale Drogen Heroin	7735	8
Illegale Drogen Andere Drogen	7734	9

Quelle: SGB 2017

2.4.3 Unterschätzung als Folge des Befragungsdesigns

Das Erhebungsdesign der SGB sieht die Befragung einer Person je Haushalt vor. Entsprechend sind bei Paarhaushalten die Konsummuster des Partners unbekannt. Als Folge davon wird ein Teil der Paarhaushalte mit Kind(ern) fälschlicherweise als "unbelastet" eingestuft, da der befragte Elternteil keinen risikoreichen Substanzkonsum aufweist, obwohl beim/bei der Partner/in ein solcher vorliegt. Das Befragungsdesign der SGB führt entsprechend zu einer Unterschätzung der Zahl der belasteten Kinder.

Nachfolgend zeigen wir anhand der Prävalenzschätzung der durch Alkohol belasteten Kinder beispielhaft auf, wie gravierend diese Unterschätzung ausfällt und wie sie plausibel korrigiert werden kann. Dafür benötigen wir soweit als möglich empirisch gewonnene Informationen direkt aus der SGB 2017, d.h. wir greifen an dieser Stelle etwas vor. Wir benötigen zusätzlich Information zu den Konsummustern von Paaren. Für die nachfolgenden Ausführungen haben wir die Studie von Mudar et al. (2001) verwendet. Die Korrektur kann jedoch ohne grossen Aufwand auf Resultate anderer Studien angepasst werden.

Szenario 1 folgt der Annahme, dass ein risikoreicher Konsum in Paarhaushalten stets beide Partner betrifft. Entsprechend spielt es keine Rolle, dass nur eine Person des Haushaltes befragt wird. Mit dieser Annahme resultiert eine Prävalenzschätzung von **3.6 Prozent**. Dieser Anteil an Kinder gilt als

durch risikoreichen Alkoholkonsum belastet (vgl. Abschnitt 3.1 ausführlicher). Da in der SGB die Konsummuster beider Elternteile unbekannt sind, lässt sich – ohne Korrektur – mittels SGB lediglich dieser Wert ermitteln.

Szenario 2 folgt der Annahme, dass ein risikoreicher Konsum in Paarhaushalten stets eine Folge des übermässigen Konsums einer Person ist. Wäre dies der Fall, dann würde die unkorrigierte Prävalenzschätzung um genau 50 Prozent zu tief ausfallen, weil – gegeben einer Zufallsbefragung – mit 50 Prozent Wahrscheinlichkeit, die «falsche» Person im Haushalt befragt wird. Wie Szenario 1 ist Szenario 2 unrealistisch, aber es gibt uns eine Vorstellung davon, wie stark die Unterschätzung maximal ausfallen kann. Somit kann eine Obergrenze für den geschätzten Anteilswert von durch risikoreichen Alkoholkonsum belasteten Kinder berechnet werden:

$$(1) \text{ Obergrenze} = \text{PaarPr} * \text{PaarAnt} * 2 + \text{EinelternPr} * \text{EinelternAnt}$$

Da bei Paarhaushalten obiger Annahme folgend jede zweite Problemkonstellation übersehen wird, müssen wir die unkorrigierte Schätzung verdoppeln (*2). Da Kinder nicht nur in Paarhaushalten wohnen und bei Einelternhaushalten keine Unterschätzung vorliegt, reduziert sich der Fehler um den Anteil der Kinder, die in Einelternhaushalten aufwachsen¹⁷. Laut SGB 2017 leben 93 Prozent der Kinder in Paarhaushalten (*PaarAnt*) und 7% in Einelternhaushalten (*EinelternAnt*). Ferner sind aus der SGB die Problemwahrscheinlichkeiten je Haushaltstyp bekannt. Bei Kindern in Paarhaushalten liegt die Wahrscheinlichkeit in einem Problemhaushalt aufzuwachsen bei 3.4 Prozent (*PaarPr*). Bei Einelternhaushalten ist die Wahrscheinlichkeit beinahe doppelt so hoch (*EinelternPr* = 6.6 Prozent). Dieser Unterschied kann als Folge eines erhöhten Risikos von Einelternhaushalten gelesen werden. Unseres Erachtens ist der Unterschied aber grösstenteils eine Folge des hier beschriebenen Messproblems. Werden diese Werte in obige Formel eingesetzt, so resultiert eine **Obergrenze für den geschätzten Anteilswert von 6.8 Prozent**.

Szenario 3 startet bei der Überlegung, dass beide Annahmen in Szenario 1 und 2 unrealistisch sind. Es ist bekannt, dass geschlechterspezifische Unterschiede im risikoreichen Substanzkonsum bestehen, dass Lebensstile bereits bei der Partnerwahl eine Rolle spielen und dass sich Partner in einer Beziehung gegenseitig in ihrem Trinkverhalten beeinflussen. Lassen sich diese Zusammenhänge für unsere Thematik beziffern und nutzen? Laut der Studie von Mudar et al. (2001) konsumiert bei 12 Prozent aller Paare ausschliesslich der Mann übermässig Alkohol. Dass ausschliesslich die Frau Alkohol in risikoreichem Umfang konsumiert, ist seltener (5 Prozent). Bei 4 Prozent der Paarhaushalte weisen beide Partner risikoreiche Konsummuster auf. Mit diesen Wahrscheinlichkeiten können wir das Verhältnis der «Einproblem»- zu den «Paarproblem»-Familien abschätzen. Wenn ein Alkoholproblem vorliegt, sind es meist die Väter. In etwa jeder fünften Problemfamilie (bzw. 19%) sind es beide Elternteile.

Mit diesem Wissen und der geschlechtsspezifischen Wahrscheinlichkeit eines risikoreichen Konsums von Vätern (4.7 Prozent) und Müttern (2.1 Prozent) aus der SGB 2017 resultieren folgende Wahrscheinlichkeiten, die für die Korrektur verwendet werden können:

- Beide trinken zu viel (*beidePr*): 1.1 Prozent¹⁸

¹⁷ Mehrfamilienhaushalte werden zu den Einelternhaushalten hinzugezählt, da nicht gesagt werden kann, ob es sich dabei um Paare handelt oder nicht und deshalb keine Korrektur vorgenommen werden soll. Ihr Anteil an den Haushalten ist aber mit 1.6 % sehr gering.

¹⁸ Die Wahrscheinlichkeit von 1.1 Prozent für eine Familie mit Paarproblem errechnet sich mit Hilfe von Algebra und einem Gleichungssystem mit zwei Gleichungen und zwei Unbekannten:

$$\begin{aligned} (1) \quad & 19\% * y = x \\ (2) \quad & (4.7 - x) + (2.1 - x) + x = y \end{aligned}$$

Gleichung (1) definiert x als Wahrscheinlichkeit der Paarhaushalte in der SGB, in welchen beide Paarmitglieder risikoreichen Konsum aufweisen (entspricht *beidePr*). Mit Hilfe der Studie von Mudar et al. können wir festlegen, dass diese Wahrscheinlichkeit x 19% der Gesamtwahrscheinlichkeit (y) von Problemfamilien entspricht (=4 / (4+12+5)). Diese Gesamtwahrscheinlichkeit (y) definieren wir in Gleichung (2) als Summe der Wahrscheinlichkeit der befragten Väter (4.7)

- Nur der Vater trinkt zu viel (*VatPr*): 3.6 Prozent (4.7 Prozent - 1.1 Prozent)
- Nur die Mutter trinkt zu viel (*MutPr*): 1.0 Prozent (2.1 Prozent - 1.1 Prozent)

$$(2) \text{ korrigierte Schätzung} = (\text{VatPr} + \text{MutPr} + \text{beidePr}) * \text{PaarAnt} + \text{EinelternPr} * \text{EinelternAnt}$$

Werden die Wahrscheinlichkeiten in die Formel eingesetzt, so resultiert eine korrigierte Schätzung von **5.8 Prozent**.

In absoluten Zahlen sieht der Vergleich wie folgt aus:

- Szenario 1, unkorrigiert: 45'686
- Szenario 2, Obergrenze: 86'118
- Szenario 3, korrigiert: 73'136

Wie die Ausführungen zeigen, führt die Befragung von nur einem Elternteil zu einer nicht unerheblichen Unterschätzung der gefährdeten Kinder. Zusätzlich zur unkorrigierten Ausgangsschätzung eine korrigierte Schätzung auszuweisen, erscheint vor diesem Hintergrund sinnvoll und wird deshalb nicht nur für den risikoreichen Alkoholkonsum, sondern auch für die zwei weiteren Substanzkategorien Nikotin und illegale Drogen durchgeführt. Die entsprechenden korrigierten Schätzungen sind im Abschnitt 3.4 des Berichts aufgeführt. Die Methodik unterscheidet sich dabei nicht von der oben beschriebenen. Allerdings liegen den Berechnungen andere Werte zugrunde hinsichtlich der Frage, wie gross der Anteil der Paare ist, bei denen beide Partner einen risikoreichen Konsum aufweisen, bzw. nur der Mann oder nur die Frau einen solchen aufweist. Damit das Gleichungssystem (vgl. Fussnote 18) gelöst werden kann, ist wiederum eine externe Quelle nötig, damit abgeschätzt werden kann, wie gross der Anteil der Paarhaushalte ist, in welchen beide Partner risikoreiche Konsummuster aufweisen. Nachfolgend sind die verwendeten Anteilswerte der einzelnen Substanzkategorien aufgeführt.

Tabelle 6: Verteilung von Paaren mit problematischen Konsummustern aus Referenzstudien

Alkohol / Mudar et al. (2001)	Beide Partner	19 %
	Nur Vater oder Mutter	81 %
Nikotin / Gmel et al. (2017)	Beide Partner	29 %
	Nur Vater oder Mutter	31 %
Illegale Drogen / Cunradi et al. (2015)	Beide Partner	23 %
	Nur Vater oder Mutter	77 %

Die Anteilswerte zum Nikotinkonsum sind den Zahlen des Schweizer Suchtmonitorings (Gmel et al. 2017) entnommen, jene zum Konsum illegaler Drogen der amerikanischen Studie von Cunradi et al.

minus die Väter in «Paarproblem»-Familien plus die Wahrscheinlichkeit der befragten Mütter (2.1 Prozent) minus die Mütter in «Paarproblem»-Familien plus die Wahrscheinlichkeit von «Paarproblem»-Familien. Auflösen nach x und y ergibt 5.7 Prozent für y und 1.1 Prozent für x.

(2015). Hierbei gilt es anzumerken, dass sich in der Studie der Konsum illegaler Drogen auf den Cannabiskonsum beschränkt. Dieser wurde hier stellvertretend für die übergeordnete Kategorie der illegalen Drogen eingesetzt.

3 Schätzung der Prävalenz von Kindern in Familien mit risikoreichem Substanzkonsum

Nachfolgend werden die Resultate der Prävalenzschätzungen je Substanz vorgestellt und vor dem Hintergrund des Forschungsstandes und methodischer Überlegungen besprochen.

3.1 Konsum von Alkohol

Wie eingangs beschrieben, bilden wir risikoreichen Alkoholkonsum mit den Konzepten des chronisch risikoreichen und des episodisch risikoreichen Konsums ab.

3.1.1 Chronisch risikoreicher Konsum

Für die Berechnung dieses Indikators wurde die Indexvariable "alcchron3" des SGB-Datensatzes verwendet. Die genannte Indexvariable weist aus, ob die befragte Person abstinent ist, ein Trinkverhalten mit geringem Risiko oder ein Trinkverhalten mit mittlerem/hohem Risiko aufweist. Liegt ein Trinkverhalten mit mittlerem/hohem Risiko vor, wird dies als chronisch risikoreicher Konsum gewertet.

In der nachfolgenden Tabelle sind Anzahl und Anteile der drei Ausprägungen der Indexvariable "alcchron3" zum chronischen Alkoholkonsum ersichtlich.

Tabelle 7: Konsummuster: Chronischer Alkoholkonsum

	Anzahl SGB	Anteil (%)
Abstinent	1389	18.8
Geringes Risiko	5815	78.9
<i>Mittleres oder hohes Risiko</i>	<i>169</i>	<i>2.3</i>
Total	7373	100.0

Quelle: SGB 2017, gewichtet, N= 7373, Berechnung BFH

Die daraus hervorgehende Schätzung ergibt, dass **2.3% der Kinder in der Schweiz** mit einem Elternteil aufwächst, der einen chronisch risikoreichen Alkoholkonsum aufweist. Dies bedeutet, dass **29'063 Kinder in der Schweiz** davon betroffen sind.

Tabelle 8: Kinder in Familien mit chronisch risikoreichem Konsum

	Anteil (%)	Anzahl CH
Chronisch risikoreicher Konsum	2.3	29'063
95%-KI	1.9 - 2.7	24'289 - 34'748

Quelle: SGB 2017, N=7373 (gewichtet), absolute Prävalenz mittels STATPOP 2017, Berechnungen BFH

3.1.2 Episodisch risikoreicher Konsums

Dem Indikator zum episodisch risikoreichen Konsum liegt die Indexvariable "alcbinge" zugrunde. Diese gibt die Häufigkeit an, mit der bei einer Gelegenheit 5 Standardgläser (Männer) bzw. 4 Standardgläser (Frauen) getrunken wurden. Ist dies einmal oder häufiger pro Woche der Fall, so gilt es als episodisch risikoreicher Konsum.

In der nachfolgenden Tabelle sind Anzahl und Anteile der Kategorien der Indexvariable "alcbinge" ersichtlich.

Tabelle 9: Konsummuster: Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum

	Anzahl SGB	Anteil (%)
Abstinent	1388	18.9
Nicht in den letzten 12 Monaten	2444	33.2
Weniger als ein Mal pro Monat	2550	34.7
Jeden Monat	835	11.4
<i>Ein Mal oder mehr pro Woche</i>	<i>139</i>	<i>1.9</i>
Total	7356	100.0

Quelle: SGB 2017, gewichtet, N= 7356, Berechnung BFH

Als risikoreiches Konsummuster bezeichnen wir einen episodisch risikoreichen Konsum von einem Mal oder mehr pro Woche. Die Prävalenzschätzung für diesen Indikator ergibt einen Anteil von **1.9% der Kinder in der Schweiz**, was der Anzahl von **24'035 Kindern** entspricht.

Tabelle 10: Kinder in Familien mit episodisch risikoreichem Konsum

	Anteil (%)	Anzahl CH
Episodisch risikoreicher Konsum	1.9	24'035
95%-KI	1.5 - 2.4	19'335 - 29'849

Quelle: SGB 2017, N=7373 (gewichtet), absolute Prävalenz mittels STATPOP 2017, Berechnungen BFH

3.1.3 Kombination der beiden Konsummuster

Die zwei Konsummuster "chronisch risikoreich" und "episodisch risikoreich" sind als Einzelindikatoren operationalisiert und stellen die Ebene der Messvariablen dar. Um risikoreichen Alkoholkonsum insgesamt zu erfassen, werden die beiden Einzelindikatoren zu einem kombinierten Indikator aggregiert. Dieser weist die Fälle aus, bei denen bei mindestens einem Einzelindikator der definierte Schwellenwert überschritten wird, was bedeutet, dass das betreffende Kind mit einem Elternteil mit risikoreichem Alkoholkonsum aufwächst. Die Prävalenzschätzung auf Basis des kombinierten Indikators ergibt, dass **3.6% der Kinder in der Schweiz** unter diesen Umständen aufwachsen. Dies entspricht einer Anzahl von **45'568**.

Bei **0.6% der Kinder** weist ein Elternteil sowohl einen chronisch risikoreichen als auch einen episodisch risikoreichen Alkoholkonsum auf. Dies entspricht einer Anzahl von **7'581**.

Tabelle 11: Übersicht Kinder in Familien mit risikoreichem Konsum von Alkohol

	Anteil (%)	Anzahl CH
Chronisch risikoreicher Konsum	2.3	29'063
95%-KI	1.9 - 2.7	24'289 - 34'748
Episodisch risikoreicher Konsum	1.9	24'035
95%-KI	1.5 - 2.4	19'335 - 29'849
Alkohol kombiniert: Schnittmenge	0.6	7'581
95%-KI	0.4 - 0.9	5'105 - 11'246
Alkohol kombiniert: mind. ein risikoreiches Konsummuster	3.6	45'568
95%-KI	3.1 - 4.2	39'317 - 52'769

Quelle: SGB 2017, N=7373 (gewichtet), absolute Prävalenz mittels STATPOP 2017, Berechnungen BFH

3.2 Konsum von Nikotin

Das Messkriterium des täglichen Konsums von Nikotin wird hinsichtlich des Rauchens von "Zigaretten" und "E-Zigaretten" eingesetzt. Der tägliche Konsum als Messkriterium ist auf das Konzept der Nikotinabhängigkeit abgestützt. Ergänzend wurde die Problematik des Passivrauchens untersucht.

3.2.1 Zigaretten

Auch bei diesem Indikator kann auf eine bestehende Indexvariable des SGB-Datensatzes zurückgegriffen werden. Die verwendete Indexvariable "nicot5" gibt an, wie viele Zigaretten pro Tag geraucht werden (Zigarren, Zigarillos und Pfeifen werden in Zigaretten-Äquivalenten umgerechnet und zu der Anzahl gerauchten Zigaretten hinzuaddiert). Der Schwellenwert für die Auswertung liegt bei mindestens einer Zigarette pro Tag.

Die Anzahl und Anteile der Kategorien der zugrundeliegenden Indexvariable "nicot5" präsentieren sich wie folgt.

Tabelle 12: Kinder in Familien nach Anzahl Zigaretten pro Tag

	Anzahl SGB	Anteil (%)
Nichtraucher	5287	72.0
Weniger als eine Zigarette pro Tag	511	7.0
1-9 Zigaretten pro Tag	606	8.3
10-19 Zigaretten pro Tag	567	7.7
20 und mehr Zigaretten pro Tag	367	5.0
Total	7339	100.0

Quelle: SGB 2017, gewichtet, N= 7339, Berechnung BFH

Ausgehend von dieser Definition liegt die Prävalenzschätzung bei einem Anteil von **21% der Kinder in der Schweiz**, die einen Elternteil mit entsprechendem Zigarettenkonsum haben. Dies entspricht einer Anzahl von **266'514**.

Tabelle 13: Kinder in Familien mit täglichem Konsum von Zigaretten

	Anteil (%)	Anzahl CH
Zigaretten tägliches Konsum	21.0	266'514
95%-KI	19.8 - 22.3	251'022 - 282'697

Quelle: SGB 2017, N=7373 (gewichtet), absolute Prävalenz mittels STATPOP 2017, Berechnungen BFH

3.2.2 E-Zigaretten

Der problematische Konsum von E-Zigaretten wird an der Regelmässigkeit des Konsums festgemacht. Dabei ist ein täglicher Konsum ausschlaggebend. Ausgehend von dieser Definition ergibt sich ein geschätzter Anteil von **0.9%** der Kinder in der Schweiz, die einen Elternteil mit einem täglichen E-Zigarettenkonsum haben, was einer Anzahl von **12'025** entspricht.

Tabelle 14: Kinder in Familien mit täglichem Konsum von E-Zigaretten

	Anteil (%)	Anzahl CH
E-Zigaretten tägliches Konsum	0.9	12'025
95%-CI	0.7 - 1.3	8'876 - 16'277

Bemerkung: Erhitzte Tabakprodukte sind mitberücksichtigt.

Quelle: SGB 2017, N=7373 (gewichtet), absolute Prävalenz mittels STATPOP 2017, Berechnungen BFH

3.2.3 Kombiniertes Konsum

Der kombinierte Indikator entspricht wiederum der Zusammenführung der zwei Konsumformen von Nikotin (Zigaretten und E-Zigaretten). Er gibt an, ob bei mindestens einer Konsumform der definierte Schwellenwert überschritten wird. Die entsprechende Prävalenzschätzung ergibt einen Anteil von **21%** respektive **267'017 betroffene Kinder in der Schweiz**.

Die Schnittmenge der zwei Konsumformen, also jene Fälle, bei denen beide Konsumformen zugleich über dem Schwellenwert liegen, beläuft sich auf einen Anteil von **0.5%**. Das entspricht der Anzahl von **6'342 Kindern in der Schweiz**.

Tabelle 15: Übersicht Kinder in Familien mit täglichem Konsum von Nikotin

	Anteil (%)	Anzahl CH
Zigaretten Täglicher Konsum	21.0	266'514
95%-CI	19.8 - 22.3	251'022 - 282'697
E-Zigaretten Täglicher Konsum	0.9	12'025
95%-CI	0.7 - 1.3	8'876 - 16'277
Nikotin kombiniert: Schnittmenge	0.5	6'342
95%-CI	0.3 - 0.8	4'173 - 9'629
Nikotin kombiniert: mind. eine Konsumform	21.0	267'017
95%-CI	19.8 - 22.3	251'520 - 283'203

Quelle: SGB 2017, N=7373 (gewichtet), absolute Prävalenz mittels STATPOP 2017, Berechnungen BFH

3.2.4 Passivrauchen

Nebst der Auswertung zum Nikotinkonsum wurde mittels der Erhebung «Gesundheit und Lifestyle 2018» eine Zusatzauswertung zum Passivrauchen der Kinder durchgeführt. Auf Basis der Erhebung «Gesundheit und Lifestyle 2018» kann eruiert werden, wie gross der Anteil der rauchenden Eltern ist, die zu Hause rauchen, was für Kinder als besonders problematisch anzusehen ist. Aufgrund dieser Resultate kann die Prävalenzschätzung des täglichen Nikotinkonsums entsprechend korrigiert werden.

Die Befragten, die täglich rauchen (N=790) bilden die Population dieser Auswertung. Auf Basis der Variable "Haushaltstyp" (hh_typ) wurde eine Variable gebildet, die angibt, ob Kinder im Haushalt leben oder nicht. Zudem wurde die Variable "Passivrauchen" (B27.00) hinzugezogen, wobei zwei Kategorien zusammengefasst wurden (nur ausnahmsweise bzw. nie zu Hause rauchen). Die nachfolgende Kreuztabelle weist die Anteile als Zeilenprozent aus. Daraus lässt sich ablesen, dass von den Befragten, die rauchen und mit Kind(er) im Haushalt leben, 18.7% zu Hause rauchen. 81.3% rauchen nie oder nur ausnahmsweise zu Hause.

Tabelle 16: Passivrauchen bei rauchenden Befragten mit und ohne Kinder

Raucher	Es wird drinnen geraucht (%)	Es wird nie oder nur ausnahmsweise drinnen geraucht (%)	Total (%)
Ohne Kind(er) im Haushalt	30.3	69.7	100
Mit Kind(er) im Haushalt	18.7	81.3	100

N=790, Omnibus-Befragung «Gesundheit und Lifestyle 2018»

Der Anteil von 18.7% kann nun mit der Prävalenzschätzung der Kinder, die mit Eltern mit einem täglichen Nikotinkonsum aufwachsen, verrechnet werden. Der kombinierte Indikator für Nikotin beläuft

sich auf einen Anteil von 21.0% der Kinder in der Schweiz, was der Anzahl von 266'775 entspricht. Werden davon die 81.3% abgezogen, die nie oder nur ausnahmsweise drinnen rauchen, liegt der Anteil bei **3.9%** bzw. **49'887 Kinder in der Schweiz**. Da in der Erhebung «Gesundheit und Lifestyle 2018» keine Daten zu der Anzahl Kinder in den Haushalten zur Verfügung stehen bezieht sich die Anteilsberechnung auf die befragten Zielpersonen und nicht auf die Kinder, wie dies bei den Berechnungen mit dem SGB-Datensatz der Fall ist. Die nach unten korrigierten Werte sind deshalb nur insoweit korrekt, als die befragten Personen der Gruppe "Raucher, die drinnen rauchen mit Kind(er) im Haushalt" im Schnitt gleich viele Kinder im Haushalt haben wie die Gruppe "Raucher, die nie oder nur ausnahmsweise drinnen rauchen, mit Kind(er) im Haushalt". Hinzu kommt, dass bei der verwendeten Variablen "Haushaltstyp" das Alter der Kinder im Haushalt nicht berücksichtigt wird, wohingegen der SGB-Datensatz so aufbereitet wurde, dass nur Kinder unter 15 Jahre in die Auswertung einbezogen werden. Es ist davon auszugehen, dass der Anteil der Raucher, die drinnen rauchen mit Kind(er) im Haushalt, geringer ausfallen würde, wenn nur Kinder unter 15 Jahre im Haushalt berücksichtigt würden.

3.3 Konsum von illegalen Drogen

Die Berechnung des Konsums illegaler Drogen erfolgt entlang der in der SGB erhobenen fünf Substanzen. Die Konzeptualisierung der Konsumindikatoren orientiert sich an den vorhandenen Messvariablen und ist noch nicht als endgültig zu betrachten, da – im Gegensatz zum Konsum von Alkohol – nicht auf eine bestehende Definition von risikoreichem Konsum zurückgegriffen werden kann.

3.3.1 Cannabis

Die hier verwendete Messvariable (tdrog80) gibt die Häufigkeit des Cannabiskonsums an. Als Schwellenwert wird der mehrmalige Konsum pro Woche eingesetzt.

Die Kategorien der Messvariable "tdrog80" weisen folgende Verteilung auf. (Die Anzahl jener, die in den letzten 30 Tagen Cannabis genommen haben, wurden befragt, wie häufig sie dies tun. Das heisst, die weiteren Kategorien sind als Anteile davon zu verstehen.)

Tabelle 17: Kinder in Familien nach Häufigkeit des Konsums in den letzten 30 Tagen

	Anzahl SGB	Anteil (%)
In den letzten 30 Tagen Cannabis genommen	199	2.6
Täglich oder fast täglich	45	0.6
Mehrmals pro Woche	22	0.3
Einmal pro Woche	32	0.4
Seltener	101	1.4

Quelle: SGB 2017, gewichtet, N= 7373, Berechnung BFH

Auch zum Cannabiskonsum existiert im SGB-Datensatz eine Indexvariable (hachcons). Anhand dieser lässt sich jedoch maximal die Monatsprävalenz ablesen. Der mehrmalige Konsum pro Woche lässt sich damit nicht berechnen.

Tabelle 18: Kinder in Familien nach Konsum von Cannabis

	Anzahl SGB	Anteil (%)
Noch nie Drogen genommen	5317	68.7
Noch nie Cannabis genommen	21	0.3
Vor mehr als 12 Monaten Cannabis genommen	2034	26.3
In den letzten 12 Monaten Cannabis genommen	164	2.1
In den letzten 30 Tagen Cannabis genommen	199	2.6
Total	7735	100.0

Quelle: SGB 2017, gewichtet, N= 7735, Berechnung BFH

Die Prävalenzschätzung auf Basis des Schwellenwerts des mehrmaligen Konsums pro Woche ergibt einen Anteil von **0.9% der Kinder**. Das heisst, dass **11'516 Kinder in der Schweiz** mit einem Elternteil aufwachsen, der mehrmals pro Woche Cannabis konsumiert.

Tabelle 19: Kinder in Familien mit regelmässigem Konsum von Cannabis

	Anteil (%)	Anzahl CH
Cannabis Mehrmals pro Woche bis fast täglich	0.9	11'516
95%-KI	0.6 - 1.3	8'211 - 16'135

Quelle: SGB 2017, N=7373 (gewichtet), absolute Prävalenz mittels STATPOP 2017, Berechnungen BFH

3.3.2 Kokain

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Verteilung der SGB-Indexvariable "cocacons". Sie zeigt den Konsum von Kokain in relativ groben Zeiträumen,

Tabelle 20: Kinder in Familien nach Konsum von Kokain

	Anzahl SGB	Anteil (%)
Noch nie Drogen genommen	5317	68.7
Noch nie Kokain genommen	1957	25.3
Vor mehr als 12 Monaten Kokain genommen	421	5.4
In den letzten 12 Monaten Kokain genommen	41	0.5
Total	7735	100

Quelle: SGB 2017, gewichtet, N= 7735, Berechnung BFH

Differenzierte Aussagen sind mit der Variablen "tdrog83" möglich. Sie bildet die Häufigkeit des Konsums in den letzten 30 Tagen ab. Wie auf der untenstehenden Tabelle deutlich wird, sind die Fallzahlen so gering, dass eine Fokussierung auf einen häufigeren Konsum als in den letzten 30 Tagen wenig sinnvoll erscheint.

Tabelle 21: Kinder in Familien nach Häufigkeit des Konsums von Kokain in den letzten 30 Tagen

	Anzahl SGB	Anteil (%)
In den letzten 30 Tagen Kokain genommen	10	0.12
Täglich oder fast täglich	0	0.00
Mehrmals pro Woche	0	0.00
Einmal pro Woche	4	0.05
Seltener	6	0.00

Quelle: SGB 2017, gewichtet, N= 7373, Berechnung BFH

Als sinnvoll erscheint ein Schwellenwert eines Konsums in den letzten 30 Tagen. Mit dieser Operationalisierung ergibt sich ein geschätzter Anteil von **0.12% der Kinder in der Schweiz**, die mit einem Elternteil aufwachsen, welcher in den letzten 30 Tagen (vor der Befragung) Kokain konsumiert hat. Dies entspricht einer Anzahl von **1'581 Kindern**.

Tabelle 22: Kinder in Familien mit Konsum von Kokain, 30-Tagesprävalenz

	Anteil (%)	Anzahl CH
Kokain 30-Tagesprävalenz	0.12	1'581
95%-KI	0.06 - 0.27	740 - 3375

Quelle: SGB 2017, N=7373 (gewichtet), absolute Prävalenz mittels STATPOP 2017, Berechnungen BFH

3.3.3 Ecstasy

Bei der Berechnung des Indikators zum Konsum von Ecstasy wurde die SGB-Indexvariable "ecstcons" verwendet. Als Schwellenwert wurde ein Konsum von Ecstasy in den letzten 12 Monaten eingesetzt. Der SGB-Datensatz beinhaltet keine Variable zur Häufigkeit des Ecstasykonsums auf Basis der 30-Tage-Prävalenz.

Die verwendete Indexvariable "ecstcons" weist folgende Häufigkeitsverteilung auf.

Tabelle 23: Kinder in Familien nach Konsum von Ecstasy

	Anzahl SGB	Anteil (%)
Noch nie Drogen genommen	5319	68.8
Noch nie Ecstasy genommen	2031	26.3
Vor mehr als 12 Monaten Ecstasy genommen	353	4.6
In den letzten 12 Monaten Ecstasy genommen	30	0.4
Total	7733	100

Quelle: SGB 2017, gewichtet, N= 7733, Berechnung BFH

Die Prävalenzschätzung mit dem genannten Schwellenwert ergibt einen Anteil von **0.4% der Kinder in der Schweiz**, die mit einem Elternteil mit Ecstasykonsum aufwachsen. Dies entspricht einer Anzahl von **4'877 Kindern**.

Tabelle 24: Kinder in Familien mit Konsum von Ecstasy, 12-Monatsprävalenz

	Anteil (%)	Anzahl CH
Ecstasy 12-Monatsprävalenz	0.4	4'877
95%-KI	0.22 - 0.67	2'810 - 8'452

Quelle: SGB 2017, N=7373 (gewichtet), absolute Prävalenz mittels STATPOP 2017, Berechnungen BFH

3.3.4 Heroin

Bei der Berechnung des Indikators zum Konsum von Heroin wurde die SGB-Indexvariable "herocons" verwendet. Als Schwellenwert wurde ein Konsum von Heroin in den letzten 12 Monaten eingesetzt. Die verwendete Indexvariable "herocons" weist folgende Häufigkeitsverteilung auf.

Tabelle 25: Kinder in Familien nach Konsum von Heroin

	Anzahl	Anteil (%)
Noch nie Drogen genommen	5317	68.74
Noch nie Heroin genommen	2345	30.32
Vor mehr als 12 Monaten Heroin genommen	70	0.91
In den letzten 12 Monaten Heroin genommen	3	0.04
Total	7735	100

Quelle: SGB 2017, gewichtet, N= 7735, Berechnung BFH

Die Prävalenzschätzung mit dem genannten Schwellenwert ergibt einen Anteil von **0.04% der Kinder in der Schweiz**, die mit einem Elternteil mit Heroinkonsum aufwachsen. Dies entspricht einer Anzahl von **465 Kindern**.

Tabelle 26: Kinder in Familien mit Konsum von Heroin, 12-Monatsprävalenz

	Anteil (%)	Anzahl CH
Heroin 12-Monatsprävalenz	0.04	465
95%-KI	0.01 - 0.26	65 - 3'295

Quelle: SGB 2017, N=7373 (gewichtet), absolute Prävalenz mittels STATPOP 2017, Berechnungen BFH

3.3.5 Andere Drogen

Entsprechend dem SGB-Fragebogen gelten als "andere Drogen" z.B. Speed, Amphetamin, LSD oder haluzinogene Pilze. Bei der Berechnung des Indikators zum Konsum anderer Drogen wurde die SGB-Indexvariable "stupcons" verwendet. Als Schwellenwert wurde ein Konsum von anderen Drogen in den letzten 12 Monaten eingesetzt.

Die verwendete Indexvariable "stupcons" weist folgende Häufigkeitsverteilung auf.

Tabelle 27: Kinder in Familien nach Konsum von anderen Drogen

	Anzahl SGB	Anteil (%)
Noch nie Drogen genommen	5317	68.8
Noch nie andere Drogen genommen	2068	26.7
Vor mehr als 12 Monaten andere Drogen genommen	328	4.2
In den letzten 12 Monaten andere Drogen genommen	21	0.3
Total	7734	100

Quelle: SGB 2017, gewichtet, N= 7734, Berechnung BFH

Die Prävalenzschätzung mit dem genannten Schwellenwert ergibt einen Anteil von **0.3% der Kinder in der Schweiz**, die mit einem Elternteil aufwachsen, welcher in den letzten 12 Monaten (vor der Befragung) andere Drogen konsumiert hat. Dies entspricht einer Anzahl von **3'478 Kindern**.

Tabelle 28: Kinder in Familien mit Konsum von anderen Drogen, 12-Monatsprävalenz

	Anteil (%)	Anzahl CH
Andere Drogen 12-Monatsprävalenz	0.3	3'478
95%-KI	0.16 - 0.48	1'982 - 6'101

Quelle: SGB 2017, N=7373 (gewichtet), absolute Prävalenz mittels STATPOP 2017, Berechnungen BFH

3.3.6 Kombiniertes Konsum

Der kombinierte Indikator entspricht der Zusammenführung der zuvor dargestellten fünf Einzelindikatoren zum Konsum illegaler Drogen (Cannabis, Kokain, Ecstasy, Heroin, andere Drogen). Er gibt an, ob bei mindestens einer der illegalen Drogen der definierte Schwellenwert überschritten wird, was bedeutet, dass das betreffende Kind mit einem Elternteil mit Drogenkonsum aufwächst. Die Prävalenzschätzung auf Basis des kombinierten Indikators ergibt, dass **1.23% der Kinder in der Schweiz** unter diesen Umständen aufwachsen. Dies entspricht einer Anzahl von **15'560**.

Tabelle 29: Übersicht Kinder in Familien mit Konsum von illegalen Drogen

	Anteil (%)	Anzahl CH
Cannabis Mehrmals pro Woche	0.91	11'516
95%-KI	0.64 - 1.27	8'211 - 16'135
Kokain 30-Tagesprävalenz	0.12	1'581
95%-KI	0.06 - 0.27	740 - 3375
Ecstasy 12-Monatsprävalenz	0.38	4'877
95%-KI	0.22 - 0.67	2'810 - 8'452
Heroin 12-Monatsprävalenz	0.04	465
95%-KI	0.01 - 0.26	65 - 3'295
Andere Drogen 12-Monatsprävalenz	0.27	3'478
95%-KI	0.16 - 0.48	1'982 - 6'101
Illegale Drogen kombiniert: mind. 1 Substanz	1.23	15'560
95%-KI	0.22 - 0.67	11'521 - 20'992

Quelle: SGB 2017, N=7373 (gewichtet), absolute Prävalenz mittels STATPOP 2017, Berechnungen BFH

Zusätzlich wurde ein kombinierter Indikator gebildet, der nur die harten Drogen beinhaltet. Das heisst, der Cannabiskonsum wird darin nicht berücksichtigt¹⁹. In der Operationalisierung entspricht er dem kombinierten Indikator der illegalen Drogen, wobei der Einzelindikator zum Cannabis entfernt wurde. Die Prävalenzschätzung zum elterlichen Konsum von harten Drogen in den letzten 12 Monaten ergibt einen Anteil von **0.54% der Kinder in der Schweiz**. Dies entspricht einer Anzahl von **6'843**.

Tabelle 30: Kinder in Familien mit Konsum von harten Drogen

	Anteil (%)	Anzahl CH
Illegale Drogen kombiniert (ohne Cannabis): mind. 1 Substanz	0.54	6'843
95%-CI	0.34 - 0.84	4'362 - 10'723

Quelle: SGB 2017, N=7733 (gewichtet), absolute Prävalenz mittels STATPOP 2017, Berechnungen BFH

Zur Einordnung der Anzahl Kinder in Familien mit Konsum von harten Drogen kann die Datenerhebung von "act-info" beigezogen werden. Diese Vollerhebung erfasst die stationäre Behandlung für

¹⁹ Er stellt aber auch kein Ausschlusskriterium dar. D.h., ein allfälliger Mischkonsum von harten Drogen und Cannabis ist mitenthalten.

Probleme mit illegalen Drogen, wobei die Behandlungsgründe vorwiegend harte Drogen betreffen. Laut Klientinnen- und Klientenbefragung der stationären Behandlung für Probleme mit illegalen Drogen 2017 können 44 behandelte Klienten und Klientinnen ausgemacht werden, die mit ihrem Kind oder ihren Kindern wohnen (Delgrande & Kretschmann 2018). Angenommen diese Klienten haben in Entsprechung zu den Befragten der SGB (mit Kindern bis 15 Jahren) im Durchschnitt 1.7 Kinder, so ergibt dies 75 betroffene Kinder. Diese einfache Extrapolation einer bestehenden Auswertung resultiert in einer deutlich tieferen Zahl der durch harte Drogen belasteten Kindern. Allenfalls würde eine Auswertung aller behandelten Fälle des Jahres 2017 zu anderen Ergebnissen führen. Es ist aber davon auszugehen, dass sich nicht alle Eltern mit illegalem Drogenkonsum in eine stationäre Behandlung begeben.

3.4 Anteil und Anzahl belasteter Kinder, Gesamtindex und Mehrfachkonsum

Als weiterer Auswertungsschritt wurden die kombinierten Indikatoren der drei Substanzkategorien Alkohol, Nikotin und illegale Drogen zu einem Gesamtindikator aggregiert. Dieser gibt an, ob bei mindestens einer Substanzkategorie ein risikoreicher Konsum vorliegt. Anhand dessen wird somit der Anteil und die Anzahl von Kindern in der Schweiz ausgewiesen, die mit einem Elternteil mit risikoreichem Konsumverhalten aufwachsen. Auf dieser Auswertungsebene wird folglich keine Differenzierung der Substanzkategorien mehr vorgenommen. Die Prävalenzschätzung auf Basis des Gesamtindex ergibt einen Anteil von **23.5% der Kinder in der Schweiz**, die mit einem Elternteil mit risikoreichem Konsumverhalten in Bezug auf mindestens eine der untersuchten Konsumformen aufwachsen. Dies entspricht **298'714 Kindern in der Schweiz**.

Tabelle 31: Kinder in Familien mit risikoreichem Substanzkonsum

	Anteil (%)	Anzahl CH
Gesamtindex risikoreicher Konsum	23.5	298'714
95%-CI	22.3 - 24.9	282'622 - 315'430

Quelle: SGB 2017, N=7373 (gewichtet), absolute Prävalenz mittels STATPOP 2017, Berechnungen BFH

Zusätzlich wurde berechnet, wie gross die Schnittmengen zwischen den einzelnen Konsumformen sind. Dies zeigt auf, wie umfangreich der Anteil mit Mehrfachkonsum ist, was bedeutet, dass bei mindestens zwei Substanzkategorien ein risikoreicher Konsum vorliegt. Die Prävalenzschätzungen des Mehrfachkonsums ergeben folgende Resultate: **1.4% der Kinder in der Schweiz** wachsen mit einem Elternteil auf, der sowohl einen risikoreichen Alkoholkonsum als auch einen täglichen Nikotinkonsum aufweist. Beim Mischkonsum von Alkohol und illegalen Drogen liegt der Anteil bei **0.2%** und beim Mischkonsum von Nikotin und illegalen Drogen bei **0.8%**. Ein risikoreicher Konsum eines Elternteils bei allen drei Substanzkategorien betrifft **0.2%** der Kinder in der Schweiz.

Tabelle 32: Übersicht Kinder in Familien mit Mehrfachkonsum

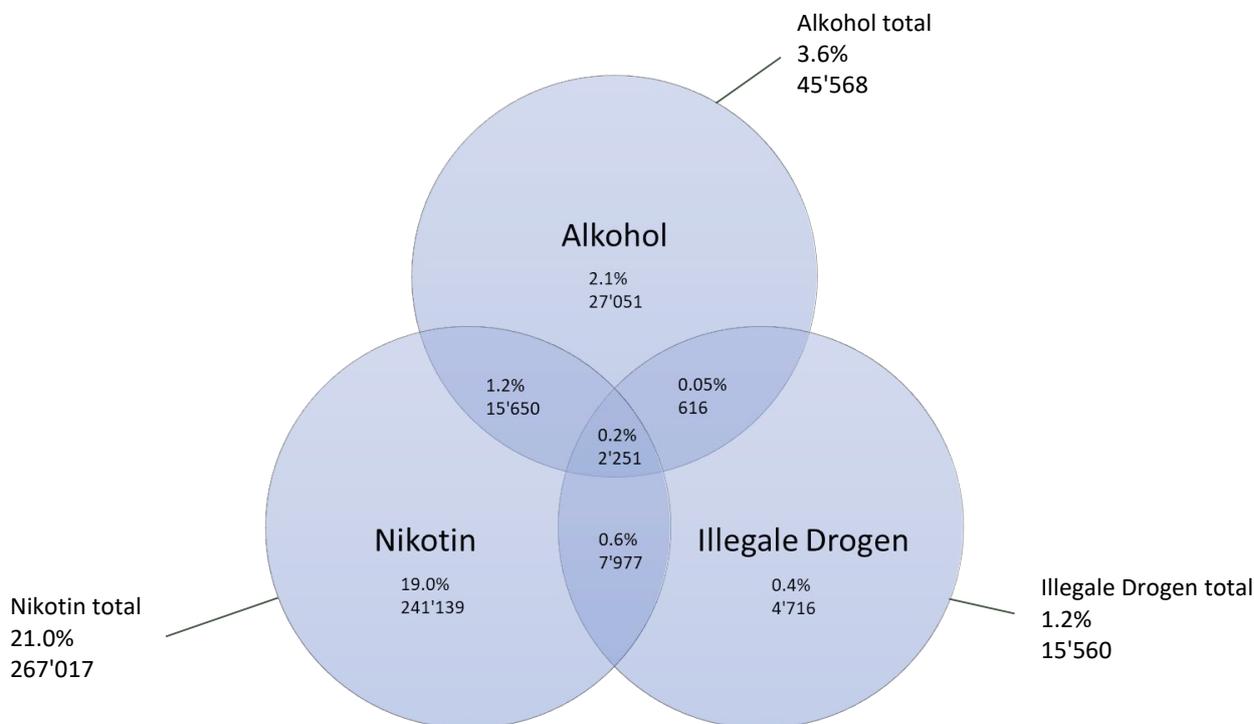
	Anteil (%)	Anzahl CH
Alkohol und Nikotin	1.4	17'901
95%-KI	1.1 - 1.8	14'008 - 22'856
Alkohol und Illegale Drogen	0.2	2'867
95%-KI	0.1 - 0.5	1'352 - 6'070
Nikotin und Illegale Drogen	0.8	10'228
95%-KI	0.5 - 1.2	6'936 - 15'063
Alkohol & Nikotin & ill. Drogen	0.2	2'251
95%-KI	0.1 - 0.4	914 - 5'535

Quelle: SGB 2017, gewichtet, absolute Prävalenz mittels STATPOP 2017, Alkohol und Nikotin N=7322, Alkohol und Illegale Drogen N=7349, Nikotin und Illegale Drogen N=7332, Alkohol und Nikotin und illegale Drogen N=7315, Berechnungen BFH

3.5 Darstellung mittels Venn-Diagramm

Untenstehende Venn-Diagramme visualisieren die Anteile der Kinder in der Schweiz (Prozentangabe) bzw. die absoluten Zahlen der betroffenen Kinder in der Schweiz hinsichtlich der drei Substanzkategorien sowie des Mischkonsums. Ersteres weist die unkorrigierten Werte aus, Zweiteres beinhaltet die Werte nach Durchführung der Schätzungskorrektur. Die Angaben zum Mengentotal (ausserhalb der Kreise) der drei Substanzkategorien Alkohol, Nikotin und illegale Drogen entsprechen jenen der kombinierten Indikatoren.

Abbildung 2: Prävalenz der drei Substanzkategorien und des jeweiligen Mischkonsums



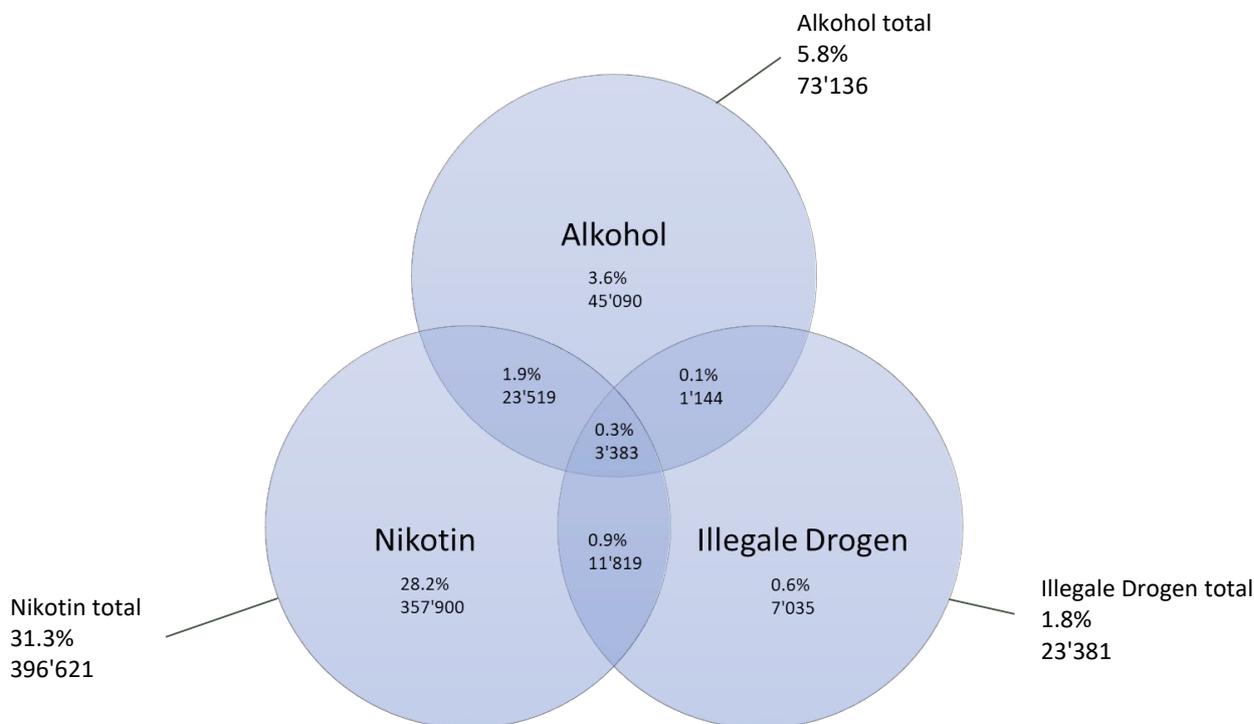
Quelle: SGB 2017, gewichtet, absolute Prävalenz mittels STATPOP 2017, Berechnungen BFH. Die Mengen innerhalb des Kreises sind Differenzmengen und Schnittmengen. Die Schnittmengen geben somit die Anzahl mehrfachbelasteter Kinder wieder. Die Mengen ausserhalb der Kreise bezeichnen das Mengentotal und beinhalten die Zahl und den Anteil der belasteten Kinder, wenn die Substanzen einzeln betrachtet werden.

Nachfolgendes Venn Diagramm zeigt den Anteil bzw. die Anzahl betroffener Kinder in der Schweiz, die mithilfe der Schätzungskorrektur ermittelt wurden (vgl. Abschnitt 2.4.3). Entsprechend dem Ansatz, dass die systematische Unterschätzung aufgrund der Unkenntnis über das Konsumverhalten des nicht befragten Elternteils behoben werden soll, kommen die Werte nach Durchführung der Korrektur deutlich höher zu liegen. Das Ausmass der Korrektur unterscheidet sich dabei je nach Anteilswerten der Paarkonstellationen aus den verwendeten Referenzstudien zum Konsum von Alkohol, Nikotin und illegalen Drogen (vgl. Mudar et al. 2001, Gmel et al. 2017, Cunradi et al. 2015).

Nicht im Diagramm aufgeführt sind die korrigierten Schätzungen der Zusatzauswertung zum Passivrauchen sowie zur separaten Betrachtung von Cannabis und harten Drogen. Hierzu lassen sich folgende Werte ausweisen. Der Anteil der Kinder, die von einer Passivrauchexposition in ihrem Zuhause betroffen sind, liegt bei 5.8 Prozent. Er ist damit deutlich tiefer als die 31.3 Prozent, die insgesamt in Familien mit täglichem Nikotinkonsum aufwachsen. Wird der Konsum von Cannabis und harten Drogen gesondert analysiert, so zeigt sich, dass ein Prozent der Kinder in Familien mit einem Konsum (ausschliesslich) von Cannabis aufwächst. Demgegenüber sind 0.5 Prozent einem Konsum (ausschliesslich) von harten Drogen ihrer Eltern ausgesetzt. Bei 0.4 Prozent der Kinder konsumieren die Eltern sowohl Cannabis als auch harte Drogen.

Die Autoren empfehlen, die untenstehend aufgeführten Schätzungen in dieser Form als MonAm-Indikator zu nutzen.

Abbildung 3: Korrigierte Prävalenzschätzung der drei Substanzkategorien und des jeweiligen Mischkonsums



Quelle: SGB 2017, gewichtet, absolute Prävalenz mittels STATPOP 2017. Schätzungskorrekturen erfolgten gemäss der in Abschnitt 2.4.3 beschriebenen Vorgehensweise, Berechnungen BFH. Die Mengen innerhalb des Kreises sind Differenzmengen und Schnittmengen. Die Schnittmengen geben somit die Anzahl mehrfachbelasteter Kinder wieder. Die Mengen ausserhalb der Kreise bezeichnen das Mengentotal und beinhalten die Zahl und den Anteil der belasteten Kinder, wenn die Substanzen einzeln betrachtet werden.

3.6 Fazit – Indikatorenbildung und Prävalenzschätzung

Anhand der SGB 2017 haben wir analysiert, wie viele Kinder in der Schweiz in Familien mit einem risikoreichen Konsum von Substanzen aufwachsen. Dafür haben wir den Konsum von Alkohol, Nikotin und illegale Substanzen der Befragten mit Kindern untersucht und geprüft, wie gross der Anteil und die Zahl der belasteten Kinder je Substanz ausfällt. Auf Grund welcher Merkmale und welcher Schwellenwerte der Indikator für das Monitoring-System Sucht und NCD erstellt werden soll, war Gegenstand der Projektarbeiten. Eine Grundherausforderung bei der Bildung der Indikatoren liegt darin, dass Messinstrumente zur Identifikation von Sucht in der SGB nicht durchgehend vorliegen und wir uns teilweise auf alternative Konzepte abstützen. Eine weitere methodische Herausforderung stellt das Erhebungsdesign der SGB dar, welches die Befragung von nur einem Haushaltsmitglied vorsieht. Durch die Befragung von nur einem Elternteil resultiert eine Unterschätzung der belasteten Kinder. Im Rahmen der Projektarbeiten haben wir ein Verfahren entwickelt, welches diese Unterschätzung korrigiert. Nachfolgend besprechen wir das Resultat der Prävalenzschätzung, die methodischen Herausforderungen und Schlussfolgerungen betreffend den Konsum von Alkohol, Nikotin und illegalen Drogen.

Alkohol: Wir haben überprüft, ob Eltern risikoreich Alkohol konsumieren. Dabei gehen wir davon aus, dass ein Kind gefährdet ist, wenn Eltern regelmässig Alkohol in grossen Mengen zu sich nehmen. Wir gehen von einer potentialen Gefährdungssituation für das Kind aus, wenn die Messinstrumente auf chronisch risikoreichen Konsum mittleren bis hohen Grad verweisen bzw. wenn der Konsum regelmässiges ein- bis mehrmaliges Rauschtrinken pro Woche beinhaltet. Gemäss diesen Kriterien gab es im Jahr 2017 **73'136 gefährdete Kinder**. Dies entspricht **5.8 Prozent der Kinder unter 15 Jahren**.

Diese Kinder wachsen in einem Haushalt auf, in welchen die Eltern risikoreiche Konsummuster aufweisen.

Während sich die Konzepte des chronischen und des episodisch risikoreichen Konsums auf etablierte Messinstrumente und Grundlagenpapiere der WHO abstützen, lässt sich nicht mit Sicherheit sagen, ab welcher Schwelle tatsächlich eine Gefährdung für das Kind vorliegt. Die Wahl des Schwellenwertes beeinflusst aber die Zahl der potenziell gefährdeten Kinder. Eine Schätzung von Sucht Schweiz kam bspw. zum Ergebnis, dass rund 100'000 durch einen risikoreichen Konsum von Alkohol ihrer Eltern gefährdet sind²⁰. Da die vorliegende Schätzung tiefer als jene von Sucht Schweiz ausfällt, kann vermutet werden, dass die hier vorgeschlagene Vorgehensweise eher konservativ ist.

Nikotin: Während verschiedene Studien die negativen Folgen des elterlichen Konsums von Alkohol und illegalen Drogen für Kinder belegen, ist die Sachlage hinsichtlich der Auswirkungen des Konsums von Nikotin weniger gut untersucht. Abhängigkeit von Nikotin kann in einer standardisierten Befragung zwar gut gemessen werden, wenn bei täglichem Rauchen von Sucht ausgegangen wird, wie es in der Literatur häufig erfolgt. Welche nachteiligen Folgen damit für Kinder verbunden sind, ist aber weniger klar. Grundsätzlich kann vermutet werden, dass Kinder von rauchenden Eltern in der Tendenz häufiger Rauch ausgesetzt sind als Kinder nichtrauchender Eltern. Einige Studien weisen zudem auf ein erhöhtes Risiko der generationalen Transmission von Suchtmustern hin. Wird dies als engeres Risiko des Rauchens aufgefasst, so können gemäss SGB 396'621 (31.3 Prozent) **potenziell gefährdete Kinder mit täglich rauchenden Eltern** ausgemacht werden. Dabei werden herkömmliche Tabakwaren als auch E-Zigaretten berücksichtigt, wobei letztere einen verschwindend kleinen Anteil ausmachen.

Ein bekanntes Risiko des Rauchens betrifft schädigendes Passivrauchen. Ob Kinder diesem tatsächlich ausgesetzt sind, lässt sich nicht ohne weiteres ermitteln. In der SGB werden keine Angaben diesbezüglich erhoben. Anhand einer im Rahmen der vorliegenden Projektarbeiten durchgeführten Auswertung der Omnibusbefragung «Gesundheit und Lifestyle» lässt sich feststellen, dass nur etwa jede fünfte täglich rauchende Person mit Kind regelmässig zu Hause raucht. **Wird die durch Nikotin belastete Zahl der Kinder entsprechend korrigiert, resultiert eine Prävalenzschätzung von 74'101 betroffenen Kindern (5.8 Prozent).**

Illegale Drogen: Der Konsum von illegalen Drogen wird in der SGB detailliert erhoben. Es liegen Angaben zum Konsum von Cannabis, Kokain, Ecstasy, Heroin und anderen Drogen (z.B. Speed, Amphetamin, LSD oder halluzinogene Pilze) vor. Allerdings ist als Folge der eingeschränkten Teilnahmebereitschaft bei standardisierten Befragungen und aufgrund von sozialer Erwünschtheit davon auszugehen, dass das Ausmass des tatsächlichen Konsums unterschätzt wird. Weniger von diesen Messschwierigkeiten betroffen ist bekannterweise der Konsum von Cannabis. Werden diese Überlegungen berücksichtigt, so können **23'381 (1.8 Prozent) Kinder mit Eltern ausgemacht werden, die einen Konsum von mind. einer Substanz aufweisen** (Cannabis: Mehrmals pro Woche. Kokain: in den letzten 30 Tagen. Ecstasy, Heroin, andere Drogen: in den letzten 12 Monaten). Von einem **Konsum von ausschliesslich Cannabis sind 12'550 Kinder betroffen. 6'053 Kinder sind einem elterlichen Konsum von ausschliesslich harten Drogen ausgesetzt. Bei 4'778 Kindern konsumieren die Eltern sowohl Cannabis als auch harte Drogen.**

Eine wichtige Schlussfolgerung der Arbeiten zur Indikatorenbildung beinhaltet, dass die Zahl der belasteten Kinder nach Alkohol, Nikotin und illegalen Drogen unbedingt unterschieden ausgewiesen werden sollte. Die mit dem Konsum von Substanzen einhergehende Belastung für die Kinder ist zu verschieden, als dass sie - ohne die Gefahr von Fehlinterpretationen - zusammengefasst ausgewiesen werden könnte. Auch sind Messprobleme unterschiedlich gelagert. Das Ausmass eines risikoreichen Konsums von Substanzen ist in Bevölkerungsbefragungen schwierig zu erfassen. Die Problematik der Erreichbarkeit von Risikogruppen und der sozialen Erwünschtheit verschärft sich zusätzlich, wenn Kinder involviert sind. So ist zu vermuten, dass die ausgewiesenen Prävalenzen eher etwas zu tief liegen und dass besonders der Konsum von illegalen Drogen unterschätzt wird.

²⁰ Die Schätzung verwendet die Kriterien des DSM-IV (Abhängigkeit- und Missbrauch) und fokussiert nicht auf den risikoreichen Konsum.

Als Kennzahl des MonAM-Systems empfehlen wir deswegen, die Prävalenzen separiert für die Substanzkategorien Alkohol, Nikotin und illegale Drogen auszuweisen. Auch die nachfolgend präsentierte Vertiefungsanalyse zum Thema gefährdete Kinder im Kontext sozialer Ungleichheit ist für die drei Einzelindikatoren Alkohol, Nikotin und illegale Drogen separat vorgenommen.

4 Durch Konsum der Eltern belastete Kinder im Kontext sozialer Ungleichheit

Soziodemografische Merkmale und Determinanten sozialer Ungleichheit können bedeutsame Risikofaktoren hinsichtlich des Auftretens von risikoreichem Suchtverhalten darstellen (vgl. Spiess & Schnyder-Walser 2018). Um die Rolle dieser übergeordneten Faktoren hinsichtlich der Prävalenz von Familien mit risikoreichem Substanzkonsum zu untersuchen und somit mögliche Risikogruppen identifizieren zu können, wurden Modellschätzungen vorgenommen.²¹ Die Analysen werden für demografische Merkmale der Familien sowie hinsichtlich der Determinanten sozialer Ungleichheit vorgenommen.

4.1 Demografie

Als soziodemografische Merkmale wurden das Alter der Kinder, das Alter sowie das Geschlecht des befragten Elternteils und der Haushaltstyp in ihrem Einfluss auf die Prävalenz des risikoreichen Konsums der drei Substanzkategorien untersucht.

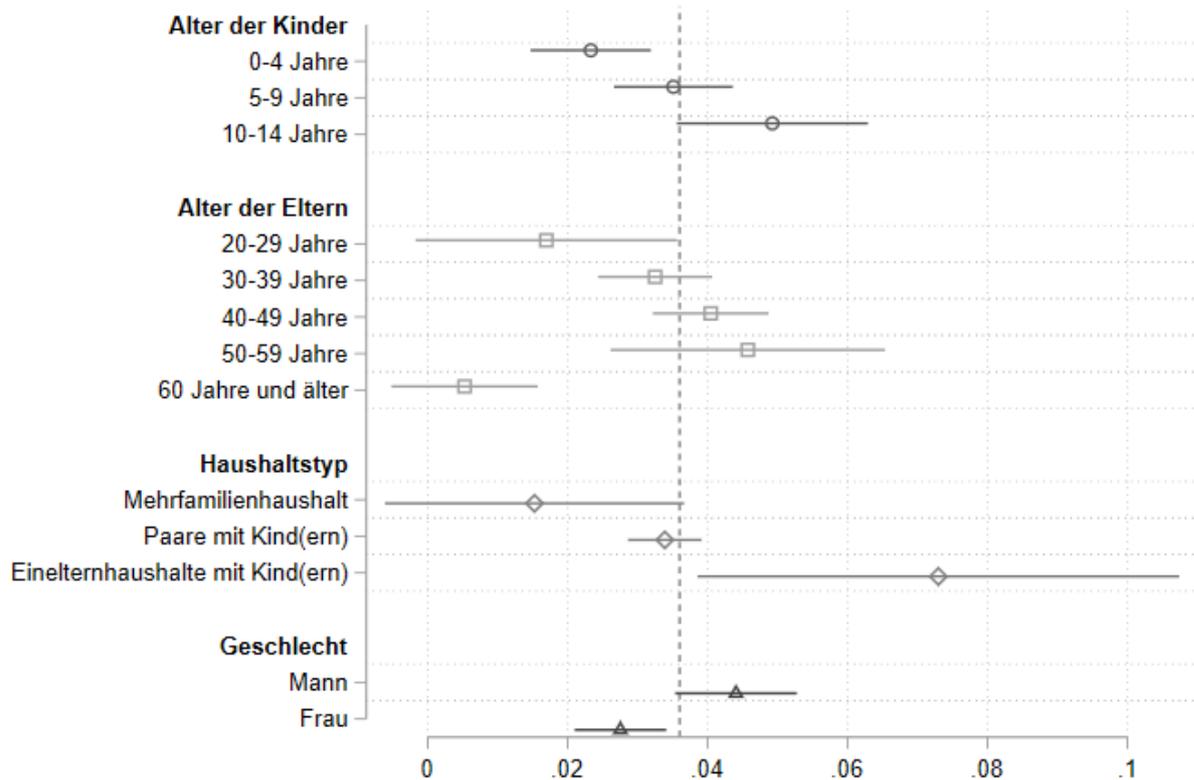
4.1.1 Alkohol

Soziodemografische Merkmale stehen teilweise in einem starken Zusammenhang mit der Prävalenz von risikoreichem Alkoholkonsum. Am deutlichsten zeigt sich dieser in Bezug auf den Haushaltstyp. So tritt ein risikoreicher Alkoholkonsum bei Einelternhaushalten fünf Mal häufiger auf als bei Mehrfamilienhaushalten. Auch gegenüber den Paarhaushalten zeigen Einelternhaushalte ein höheres Risiko für risikoreichen Alkoholkonsum²². Auch das Geschlecht ist ein Merkmal, welches das Auftreten eines risikoreichen Alkoholkonsums beeinflusst. Der geschätzte Anteil risikoreich konsumierender Väter (4.5%) ist deutlich höher als jener der Mütter (2.7%). Die höhere Prävalenz bei Vätern konnte erwartet werden, da auch in der Gesamtbevölkerung die Männer häufiger risikoreich konsumieren als die Frauen (vgl. Gmel et al. 2017). Das Alter der Kinder steht ebenfalls im Zusammenhang mit der Häufigkeit eines risikoreichen Alkoholkonsums der Eltern. Hierbei zeigt sich, dass sich mit zunehmendem Alter der Kinder auch die Prävalenz des risikoreichen Konsums erhöht. Dieser Effekt zeigt sich in ähnlicher Weise auch in Bezug auf das Alter der Eltern. Bei jungen Eltern tritt ein risikoreicher Alkoholkonsum seltener auf. Die Prävalenz steigt mit zunehmendem Alter, wobei die Alterskategorie der über 60-Jährigen eine Ausnahme bildet. Wird der Vergleich mit der Gesamtbevölkerung herangezogen, so fällt der Anteil an risikoreich konsumierenden jungen Eltern überraschend tief aus. In der Gesamtbevölkerung lässt sich feststellen, dass junge Erwachsene hinsichtlich des risikoreichen Alkoholkonsums eine überdurchschnittliche Prävalenz aufweisen.

²¹ Zur Modellierung des Auftretens von Familien mit risikoreichen Konsummustern wurde eine logistische Regression verwendet. Bei der Berechnung der Modelle wurde ein spezifischer Faktor untersucht, während moderierende Einflüsse kontrolliert wurden. Kontrolliert wurden, je nach Modell, das Geschlecht und das Alter des befragten Elternteils. Die daraus hervorgehenden modellbasierten bereinigten Effekte lassen sich in den Grafiken als merkmalsbezogene Prävalenzschätzungen in ihrer relativen Lage zur unkorrigierten Ausgangsschätzung (gestrichelte Linie) lesen. Zusätzlich zum Punktschätzer werden 95%-Konfidenzintervalle dargestellt. Damit kann auf einfache Weise abgelesen werden, ob die Abweichungen hinreichend gross sind, damit sie als statistisch gesichert gelten. Die Resultate sind gewichtet. Die zu den Grafiken gehörenden Werte sind im Anhang aufgeführt.

²² Hierzu gilt es anzumerken, dass es sich bei den hier aufgezeigten Prävalenzen um Werte ohne die Korrektur handelt, die als Folge des Befragungsdesigns nötig ist (vgl. Abschnitt 2.4.3). Das heisst, die Prävalenz bei den Paarhaushalten liegt de facto etwas höher. Allerdings ist selbst nach Einbezug der Schätzungskorrektur die Prävalenz bei den Einelternhaushalten noch um einen Sechstel höher als bei den Paarhaushalten.

Abbildung 4: Risikoreicher Alkoholkonsum im Zusammenhang mit demografischen Merkmalen

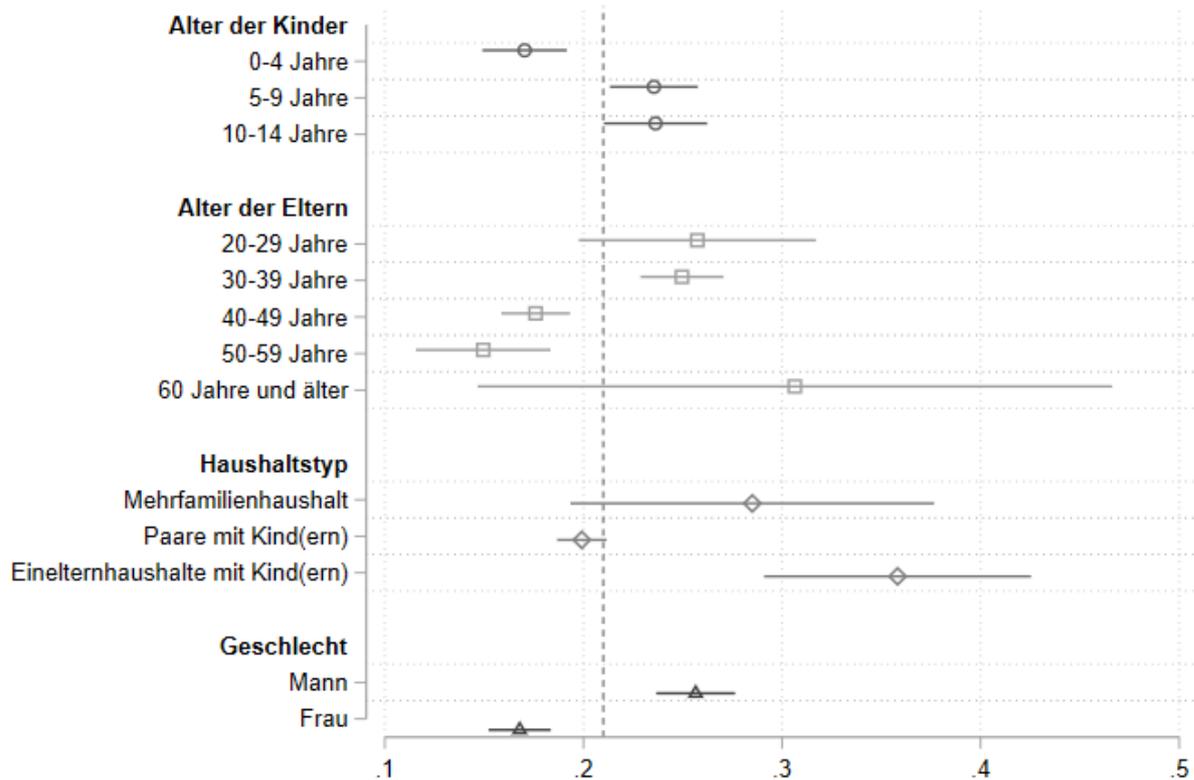


Ausgangsschätzung risikoreicher Alkoholkonsum (gestrichelte Linie): 0.036 (3.6%). Quelle: SGB 2017, gewichtet. Kontrollvariablen: Alter der Kinder (Alter und Geschlecht des befragten Elternteils kontrolliert), Alter der Eltern (Geschlecht des befragten Elternteils kontrolliert), Haushaltstyp (Alter und Geschlecht des befragten Elternteils kontrolliert), Geschlecht (Alter des befragten Elternteils kontrolliert). 95% Konfidenzintervall. Berechnungen BFH

4.1.2 Nikotin

Die Effekte der untersuchten soziodemografischen Merkmale auf die Prävalenz von täglichem Nikotinkonsum sind ebenso markant wie beim risikoreichen Alkoholkonsum, jedoch lassen sich teilweise Unterschiede in den Ergebnismustern erkennen. So nimmt die Prävalenz des täglichen Nikotinkonsums mit zunehmendem Alter der Eltern ab, wobei die Kategorie der über 60-Jährigen wiederum eine Ausnahme bildet und (unter Vorbehalt des grossen Vertrauensintervalls) mit einer hohen Prävalenz einhergeht. Eine mit steigendem Alter abnehmende Prävalenz von täglichem Nikotinkonsum kann auch in der Normalbevölkerung festgestellt werden (vgl. Gmel et al. 2017). Auch der Haushaltstyp steht in einem starken Zusammenhang mit der Prävalenz des Nikotinkonsums. Wiederum zeigt sich, dass der Einelternhaushalt mit Kind(ern) als Haushaltstyp ein bedeutsamer Risikofaktor darstellt. Mehrfamilienhaushalte stehen ebenso mit einem stark erhöhten Risiko eines täglichen Nikotinkonsums in Verbindung, während Paare mit Kind(ern) am seltensten betroffen sind. Auch hier gilt, dass die Prävalenz bei den Paaren mit Kind(ern) unterschätzt wird. Jedoch ist auch unter Berücksichtigung der Schätzungs-korrektur das Risiko bei Einelternhaushalten um einen Viertel höher als bei Paarhaushalten. Beim Alter der Kinder zeigt sich erneut, dass Eltern mit Kleinkindern (0-4 Jahre) die geringste Prävalenz aufweisen (17%). Eltern mit Kindern von 5-9 Jahren sowie von 10-14 Jahren weisen deutlich häufiger einen täglichen Nikotinkonsum auf (je 23.5%). Bezüglich des Geschlechts zeigt sich, dass Männer ein markant höheres Risiko aufweisen, täglich zu rauchen.

Abbildung 5: Täglicher Nikotinkonsum im Zusammenhang mit demografischen Merkmalen



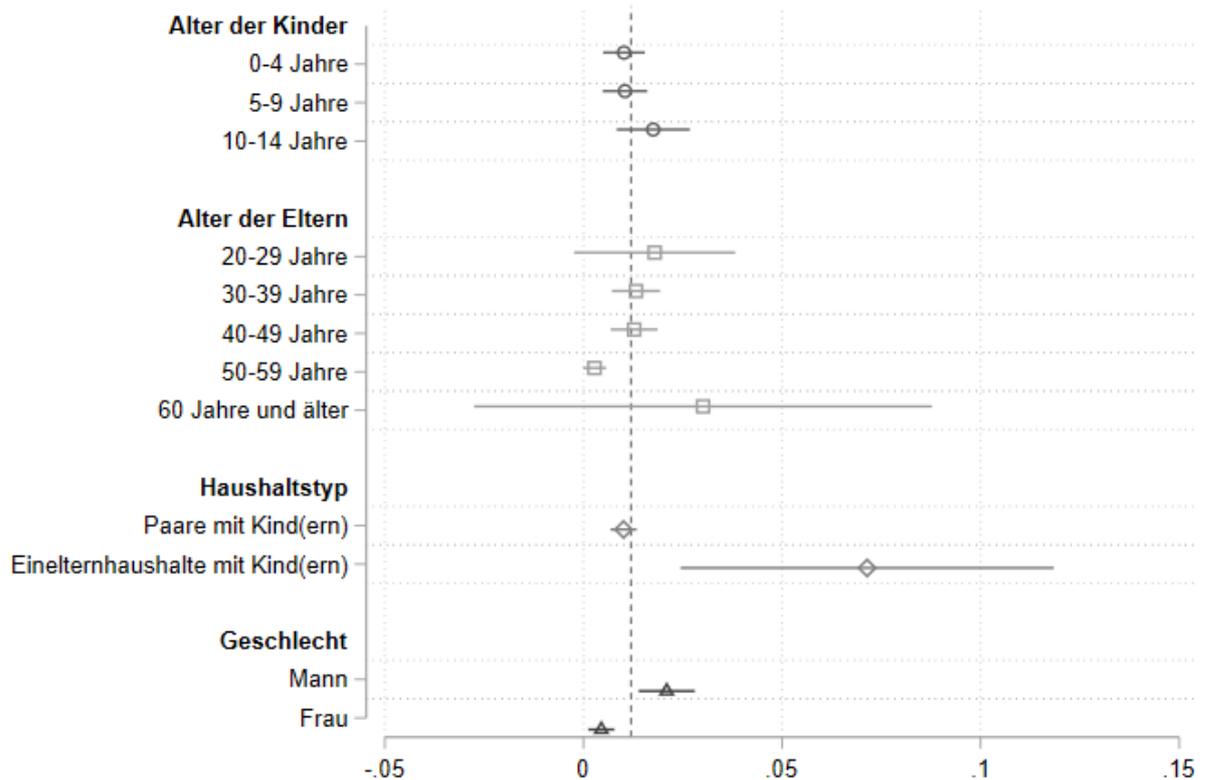
Ausgangsschätzung täglicher Nikotinkonsum (gestrichelte Linie): 0.21 (21%). Quelle: SGB 2017, gewichtet. Kontrollvariablen: Alter der Kinder (Alter und Geschlecht des befragten Elternteils kontrolliert), Alter der Eltern (Geschlecht des befragten Elternteils kontrolliert), Haushaltstyp (Alter und Geschlecht des befragten Elternteils kontrolliert), Geschlecht (Alter des befragten Elternteils kontrolliert). 95% Konfidenzintervall. Berechnungen BFH

4.1.3 Illegale Drogen

Das Alter der Kinder sowie das Alter des befragten Elternteils scheinen nicht in Bezug zum Konsum von illegalen Drogen zu stehen. Einzig bei Eltern im Alter von 50 – 59 Jahren ist ein Vergleich zur Ausgangsschätzung unterdurchschnittliches Risiko feststellbar. Jedoch lässt sich feststellen, dass der Haushaltstyp ein starker Einflussfaktor auf den Drogenkonsum darstellt. Es zeigt sich, dass Einelternhaushalte deutlich häufiger von einem Konsum illegaler Drogen betroffen sind als Paare mit Kind(ern). Wenn die Unterschätzung bei den Paarhaushalten korrigiert wird, ist das Risiko eines Konsums bei Einelternhaushalten noch immer mehr als doppelt so hoch. Somit lässt sich dieser Haushaltstyp bei allen drei Substanzkategorien als Risikofaktor identifizieren. Auch das Geschlecht beeinflusst die Prävalenz des Drogenkonsums. Erwartungsgemäss ist bei den Vätern ein höheres Risiko als bei den Müttern feststellbar.

Die Grundlage der gezeigten Analyse bildet der Konsum verschiedener illegaler Drogen, der zusammengefasst untersucht wurde. Auf Grund geringer Fallzahlen ist es nicht möglich, vertiefende Analysen nach einzelnen Drogen vorzunehmen. Möglicherweise unterscheiden sich aber die Risikomuster, wenn Detailanalysen vorgenommen werden. Zur Vertiefung haben wir deswegen separate Analysen zu Cannabis sowie zu harten Drogen, d.h. illegale Drogen ohne Cannabis, vorgenommen, um allfällige Diskrepanzen in den Resultaten erkennbar zu machen. Da die Resultate nicht nennenswert von der übergeordneten Kategorie der illegalen Drogen abweichen, wurde auf deren Darstellung aber verzichtet.

Abbildung 6: Konsum illegaler Drogen im Zusammenhang mit demografischen Merkmalen



Ausgangsschätzung Konsum illegaler Drogen (gestrichelte Linie): 0.0123 (1.23%). Quelle: SGB 2017, gewichtet. Kontrollvariablen: Alter der Kinder (Alter und Geschlecht des befragten Elternteils kontrolliert), Alter der Eltern (Geschlecht des befragten Elternteils kontrolliert), Haushaltstyp (Alter und Geschlecht des befragten Elternteils kontrolliert), Geschlecht (Alter des befragten Elternteils kontrolliert). 95% Konfidenzintervall. Berechnungen BFH

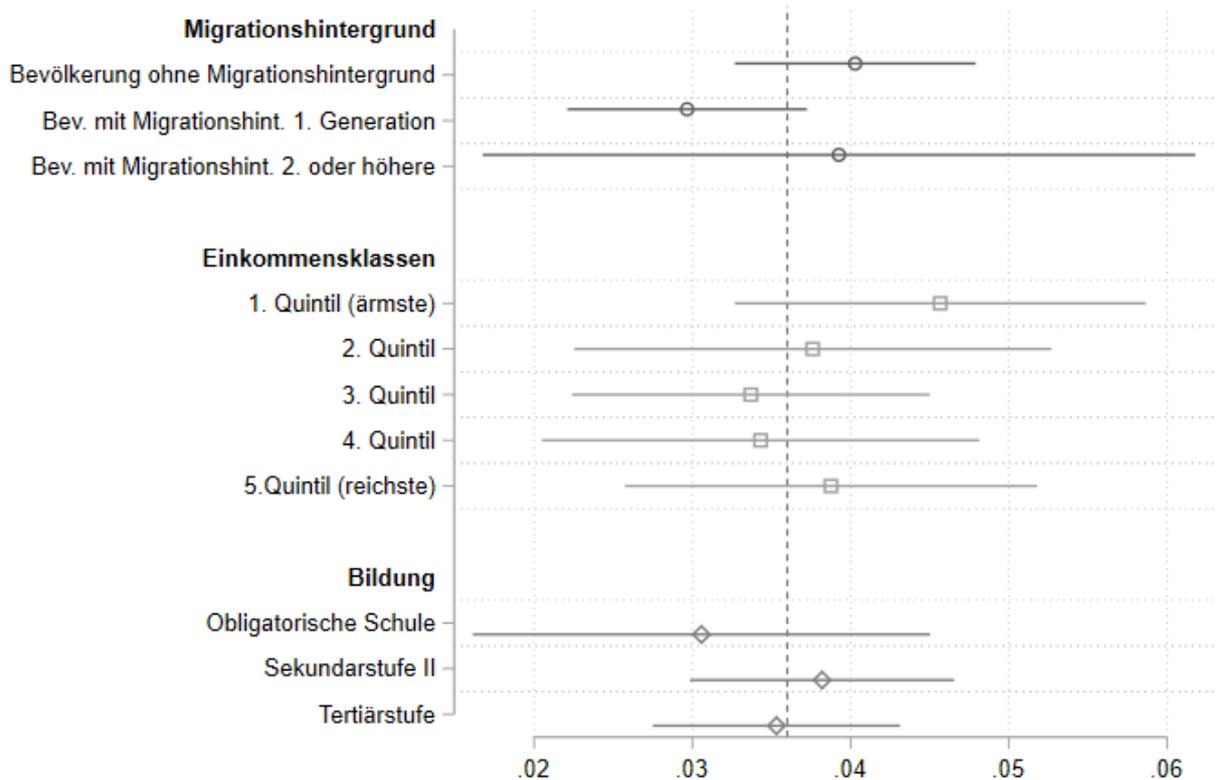
4.2 Determinanten sozialer Ungleichheit

Als Determinanten sozialer Ungleichheit wurden der Migrationshintergrund, Einkommensklassen und der Bildungsstand untersucht. Die Operationalisierung der verwendeten Variablen ist in Absatz 2.3.3 beschrieben.

4.2.1 Alkohol

Der Einfluss der Determinanten sozialer Ungleichheit auf die Prävalenz des risikoreichen Alkoholkonsums kann aufgrund der geringen Genauigkeit der Lageschätzungen lediglich als Tendenz gelesen werden. So kann angenommen werden, dass Eltern ohne Migrationshintergrund ein höheres Risiko eines risikoreichen Konsums aufweisen als Eltern mit Migrationshintergrund der ersten Generation. Der Effekt des Einkommens auf den risikoreichen Alkoholkonsum ist auf Basis der vorgenommenen Modellschätzung wenig eindeutig. Schätzungen, die sich auf die Gesamtbevölkerung beziehen, zeigen, dass ein höheres Einkommen mit einem stärkeren Alkoholkonsum einhergeht (vgl. Spiess & Schnyder-Walser 2018). Dieser Zusammenhang scheint sich hier allerdings nicht zu bestätigen. Befragte aus tiefen Einkommensschichten, weisen hier eher eine etwas höhere Gefährdung aus. Auch hinsichtlich der Bildung sind die Resultate wenig deutlich.

Abbildung 7: Risikoreicher Alkoholkonsum im Zusammenhang mit Determinanten sozialer Ungleichheit

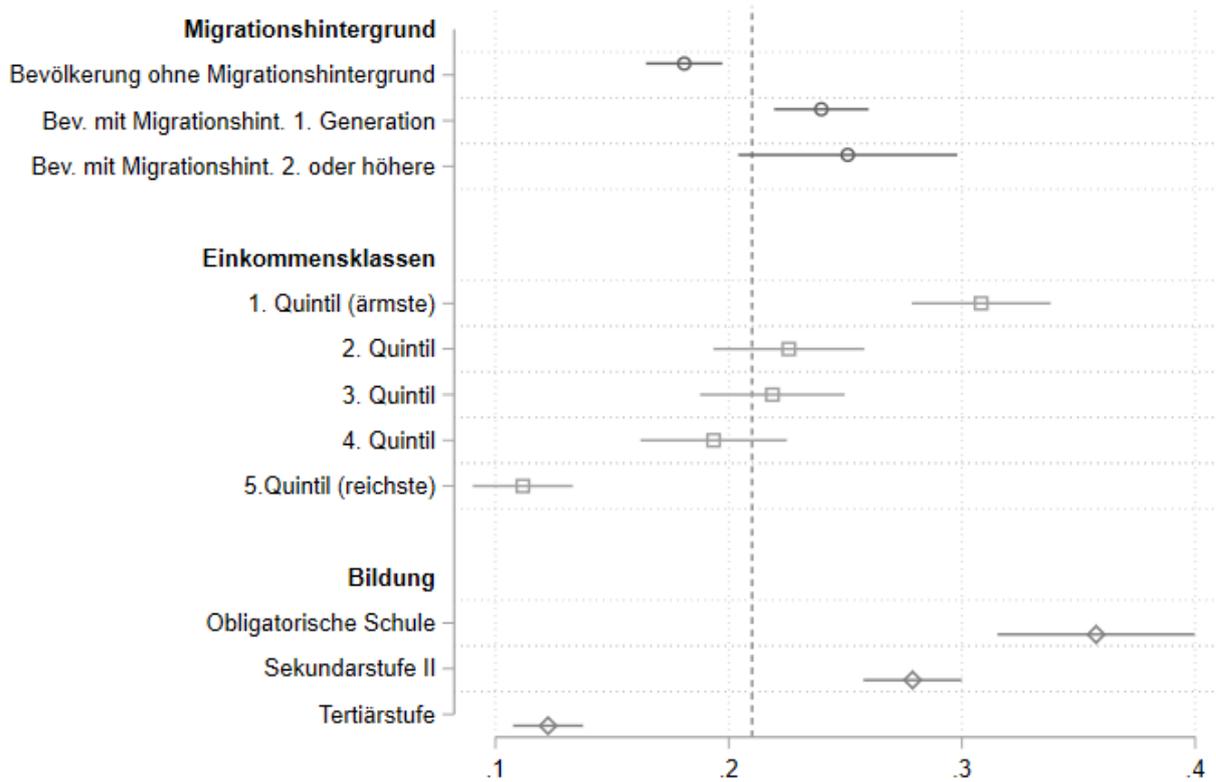


Ausgangsschätzung risikoreicher Alkoholkonsum (gestrichelte Linie): 0.036 (3.6%). Quelle: SGB 2017, gewichtet. Kontrollvariablen: Alter und Geschlecht des befragten Elternteils. 95% Konfidenzintervall. Berechnungen BFH

4.2.2 Nikotin

Die Determinanten sozialer Ungleichheit stehen in einem starken Zusammenhang mit dem Auftreten von täglichem Nikotinkonsum. Eltern mit Migrationshintergrund, sowohl der ersten als auch der zweiten Generation, weisen eine deutlich höhere Prävalenz auf im Vergleich zu Eltern ohne Migrationshintergrund. Besonders markante Unterschiede zeigen sich beim Einkommen. So kann ein geringes Einkommen als gewichtiger Risikofaktor für täglichen Nikotinkonsum identifiziert werden. Eltern mit geringem Einkommen (ärmstes Quintil) weisen drei Mal häufiger einen täglichen Nikotinkonsum auf als Eltern mit hohem Einkommen (reichstes Quintil). Die mittleren Einkommensklassen reihen sich in diesen Zusammenhang ein, das heisst, mit steigendem Einkommen verringert sich die Prävalenz des täglichen Nikotinkonsums. Auch die Bildung kann als Merkmal identifiziert werden, welches einen starken Zusammenhang zur Prävalenz des Nikotinkonsums zeigt. Bei Eltern mit obligatorischem Schulabschluss ist der Anteil der täglich Rauchenden drei Mal höher als bei jenen mit tertiärem Bildungsabschluss. Während die hier festgestellten Zusammenhänge sowohl hinsichtlich des Migrationshintergrunds als auch der Bildung zu erwarten waren, da sie in dieser Form auch in der Gesamtbevölkerung vorhanden sind, so erstaunt die Stärke des Zusammenhangs hinsichtlich des Einkommens. Zwar zeigt sich der Effekt des Einkommens auf das Rauchen auch bei Schätzungen zur Gesamtbevölkerung, allerdings sind die Unterschiede nur marginal (vgl. Spiess & Schnyder-Walser 2018). Möglicherweise spielt hierbei der schichtspezifische Erfolg des Rauchstopps bei Geburt eines Kindes eine Rolle

Abbildung 8: Täglicher Nikotinkonsum im Zusammenhang mit Determinanten sozialer Ungleichheit



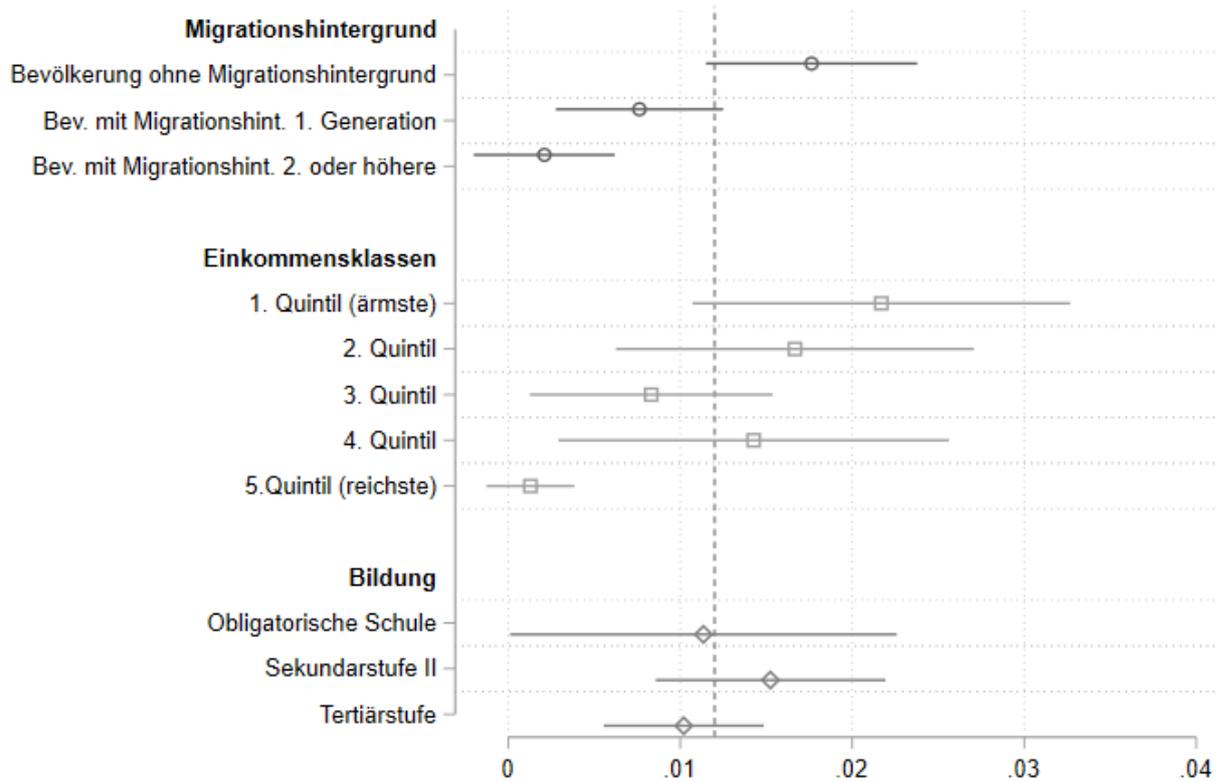
Ausgangsschätzung täglicher Nikotinkonsum (gestrichelte Linie): 0.21 (21%). Quelle: SGB 2017, gewichtet. Kontrollvariablen: Alter und Geschlecht des befragten Elternteils. 95% Konfidenzintervall. Berechnungen BFH

4.2.3 Illegale Drogen

Im Gegensatz zum Rauchen zeigt sich beim Drogenkonsum, dass Eltern ohne Migrationshintergrund eine deutlich höhere Prävalenz aufweisen als Eltern mit Migrationshintergrund. Das Einkommen hingegen scheint bei den illegalen Drogen einen ähnlichen Effekt zu haben wie beim Nikotin. In der Tendenz sinkt die Prävalenz des Drogenkonsums mit zunehmendem Einkommen. Beim Merkmal der Bildung kann kein eindeutiger Effekt festgestellt werden.

Zusätzlich wurden separate Analysen zu Cannabis sowie zu harten Drogen, d.h. illegale Drogen ohne Cannabis, vorgenommen, um allfällige Diskrepanzen in den Resultaten erkennbar zu machen. Da die Resultate nicht nennenswert von der übergeordneten Kategorie der illegalen Drogen abweichen, wurde auf deren Darstellung verzichtet.

Abbildung 9: Konsum illegaler Drogen im Zusammenhang mit Determinanten sozialer Ungleichheit



Ausgangsschätzung Konsum illegaler Drogen (gestrichelte Linie): 0.0123 (1.23%). Quelle: SGB 2017, gewichtet. Kontrollvariablen: Alter und Geschlecht des befragten Elternteils. 95% Konfidenzintervall. Berechnungen BFH

5 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Ausgangslage und Zielsetzung

Wie mit dem Konsum von legalen und illegalen Substanzen umgegangen werden soll, muss jeder einzelne für sich aber auch die Gesellschaft als Ganzes klären. Liegen risikoreiche Konsummuster oder gar Abhängigkeiten vor, ist das zunächst eine Belastung für die betroffene Person. Auch für das Umfeld ist damit in der Regel Leid verbunden. Als besonders problematisch ist es anzusehen, wenn Kinder im Haushalt leben. Ihre gesunde Entwicklung ist gefährdet. Sie können sich ihre Familie nicht aussuchen und doch besteht das Risiko, dass sie – auf Grund ungünstiger familiärer Bedingungen – ein Leben lang Nachteile hinnehmen müssen. Ist ein Eingriff ins Familienleben nötig? Das ist eine schwierige Frage. Solche und ähnliche Fragen werden im Rahmen der Nationalen Strategie Sucht vom Bundesamt für Gesundheit und seinen Partnern angegangen. Der vorliegende Bericht ist in Zusammenhang mit dieser Strategie zu sehen. Es werden darin Grundlagen erarbeitet, die es ermöglichen sollen, mehr darüber zu erfahren, wie viele Kinder in der Schweiz durch risikoreiche Konsummuster ihrer Eltern belastet sind und welche sozialen Gruppen eher davon betroffen sind. Die im vorliegenden Bericht beschriebenen Arbeiten verfolgten zwei Ziele:

1. Es wurde geprüft, inwiefern ein Indikator für das Monitoring-System Sucht und NCD gebildet werden kann. Dieser soll Auskunft über den Anteil und die Zahl der Kinder in der Schweiz geben, die durch den elterlichen Konsum von (a) Alkohol (b) Nikotin und (c) illegalen Substanzen belastet sind. Damit soll eine Grundlage zur Beobachtung des Phänomens geschaffen werden.
2. Gesundheitliche Chancengleichheit ist ein wichtiges Sub-Thema der Nationalen Strategie Sucht, das bei der vorliegenden Thematik besondere Dringlichkeit erfährt. Jedes Kind sollte die gleiche Chance haben, sich gesund zu entwickeln. Deswegen erarbeitet der Bericht Grundlagen darüber, in welchen familiären Konstellationen und sozialen Gruppen häufiger risikoreiche Konsummuster auftreten.

Methodisches Fazit zur Indikatorbildung

Ein wichtiger Teil der Projektarbeiten bestand darin, methodische Fragen der Indikatorenbildung zu klären. Als erstes stand die Überprüfung geeigneter Datenquellen an, die für eine Schätzung des erwähnten Indikators in Frage kommen. Mit der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) liegt in der Schweiz eine repräsentative Bevölkerungsbefragung vor, mit welcher die familiäre Situation und insbesondere Haushalte mit Kindern abgebildet werden können und es werden detailliert Konsummuster der interessierenden legalen und illegalen Substanzen erhoben. Zudem wird die SGB in regelmässigen Abständen wiederholt, so dass eine erneute Berechnung des Indikators zu einem späteren Zeitpunkt im Sinne eines Monitorings möglich ist. Mit der Wahl der SGB als Grundlage eines Indikators sind einige methodische Herausforderungen verbunden, die teilweise aber nicht abschliessend gelöst werden können:

- *Identifikation von Suchtmustern:* Sucht im Sinne eines zwanghaften, unkontrollierten Verhaltens, mit negativen individuellen gesundheitlichen und sozialen Folgen, kann nicht auf einfache Weise gemessen werden. Zwar existieren diagnostische Instrumente, deren Nutzung im Rahmen einer Bevölkerungsbefragung aber zu aufwendig sind. Entsprechend wurde auf deren Implementierung in der SGB verzichtet. Mit Ausnahme des Rauchens (tägliches Rauchen gilt als Abhängigkeit) lassen sich Suchtproblematiken im engeren Sinne mit der SGB nicht direkt operationalisieren. Das betrifft Alkoholsucht und Sucht in Bezug auf illegale Drogen. Deswegen wird in diesem Zusammenhang häufig auf alternative Konzepte ausgewichen, die als Vorstufe eines suchtbedingten Konsums betrachtet werden können. Dazu gehören Formen des regelmässigen Konsums, Missbrauchs, riskanten Konsums oder Rauschtrinkens. Für die vorliegende Indikatorenbildung sind wir deswegen beim Alkohol auf den risikoreichen Konsum ausgewichen. Bei den illegalen Drogen ist es lediglich möglich zu prüfen, ob in letzter Zeit überhaupt ein Konsum stattfand. Entsprechend lässt sich nicht eindeutig ermitteln, ob die betroffenen Kinder tatsächlich belastet sind. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass dort ein erhöhtes Belastungsrisiko besteht.
- *Unterschätzung als Folge von sozialer Erwünschtheit und geringer Erreichbarkeit von Risikogruppen:* Es ist bekannt, dass risikoreiche Konsummuster über Bevölkerungsbefragungen

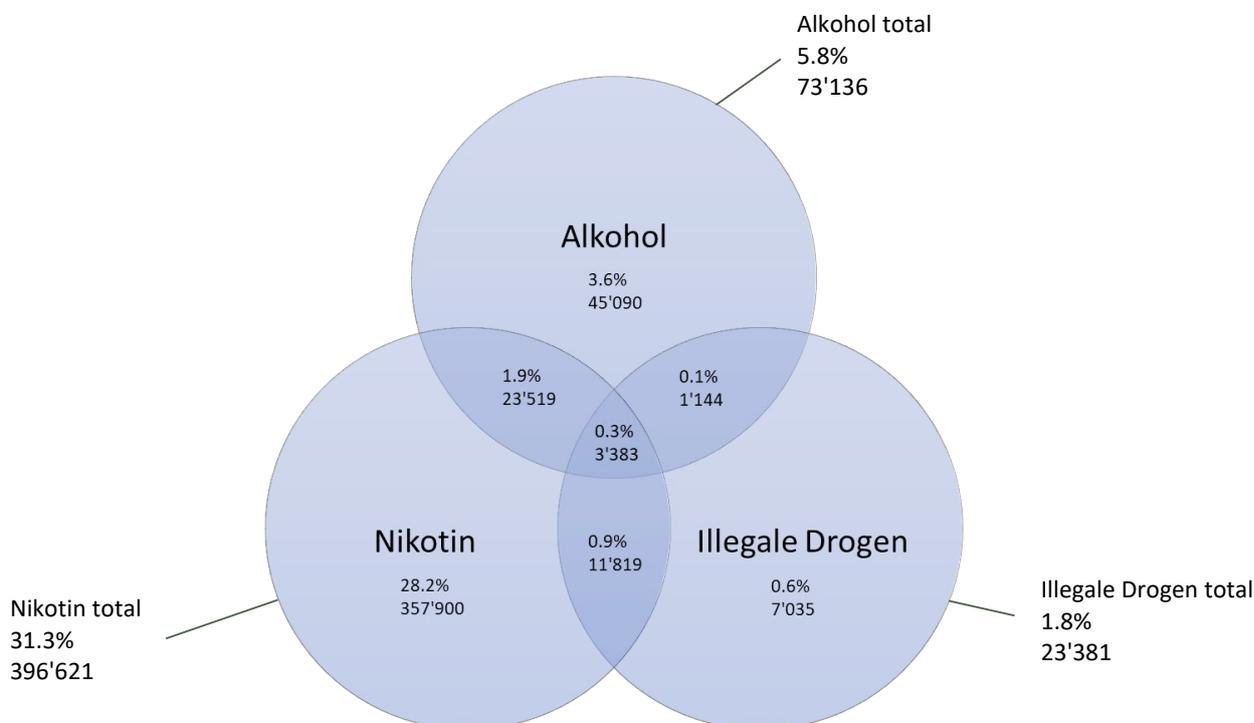
schwierig zu messen sind, weil Risikogruppen bei Befragungen generell schwieriger zu erreichen sind und weil auf Grund von sozialer Erwünschtheit Angaben zum Konsum von illegalen Substanzen und insbesondere in Zusammenhang mit Kindern weniger ehrlich gemacht werden. Entsprechend ist davon auszugehen, dass dies zu einer Unterschätzung des Phänomens führt, die wir für die vorliegenden Analysen nicht korrigieren können. Diesbezüglich sehen wir es als vielversprechende Möglichkeit für einen späteren Zeitpunkt mittels Verknüpfung der SGB mit Registerdaten bspw. aus act-info oder mit Daten von Krankenversicherern die Populationsgewichte der SGB für ähnliche Fragestellungen wie die vorliegende zu optimieren.

- *Unterschätzung als Folge des Befragungsdesigns:* Da im Rahmen der SGB lediglich ein Elternteil befragt wird, greift eine Analyse zur Situation der Kinder zu kurz, weil die Situation für den zweiten Elternteil stets unbekannt bleibt. Diesem Umstand haben wir bei der Prävalenzschätzung mittels einer eigens entwickelten Korrektur Rechnung getragen. Die Korrektur lässt sich auf einfache Weise auch für einen späteren Zeitpunkt anwenden. Sie ist im Abschnitt 2.4.3 beschrieben. Nichtsdestotrotz empfehlen wir das Befragungsdesign der SGB dahingehend zu prüfen, ob eine Optimierung hinsichtlich der Analysemöglichkeiten von Familien und Kindern erreicht werden könnte, beispielsweise mit Befragungsteilen, die von beiden Elternteilen beantwortet werden.

Anzahl gefährdeter Kinder in der Schweiz

Unter Einbezug von diesen methodischen Einschränkungen haben wir berechnet, wie viele Kinder in der Schweiz durch den Konsum von Alkohol, Nikotin und illegale Drogen belastet sind. Die Resultate sind in folgendem Diagramm dargestellt.

Abbildung 10: Kinder, die durch Alkohol, Nikotin und illegale Drogen belastet sind



Quelle: SGB 2017, gewichtet, absolute Prävalenz mittels STATPOP 2017. Schätzungs-korrekturen erfolgten gemäss der in Abschnitt 2.4.3 beschriebenen Vorgehensweise, Berechnungen BFH. Die Mengen innerhalb des Kreises sind Differenzmengen und Schnittmengen. Die Schnittmengen geben somit die Anzahl mehrfachbelasteter Kinder wieder. Die Mengen ausserhalb der Kreise bezeichnen das Mengentotal und beinhalten die Zahl und den Anteil der belasteten Kinder, wenn die Substanzen einzeln betrachtet werden.

Alkohol: Gemäss dem entwickelten Indikator gelten Kinder als durch den Konsum ihrer Eltern belastet, wenn die Messinstrumente der SGB auf einen chronisch risikoreichen Konsum mittleren bis hohen Grades verweisen oder die Eltern ein bis mehrmals pro Woche Rauschtrinken. In der Schweiz wachsen **5.8 Prozent aller Kinder bzw. 73'136 Kinder** in solch familiären Umständen auf.

Nikotin: Als potenziell belastet im weiteren Sinne gelten Kinder täglich rauchender Eltern. Dies trifft auf **31.3 Prozent oder 396'621 Kinder** in der Schweiz zu. Eingang in diesen Indikator finden sowohl herkömmliche Tabakwaren als auch E-Zigaretten bzw. erhitzte Tabakprodukte, wobei letztere im Vergleich zum Konsum herkömmlicher Tabakwaren einen verschwindend kleinen Anteil ausmachen. Als belastet im engeren Sinne gelten Kinder, wenn sie regelmässigem Passivrauchen ausgesetzt sind. Davon wird ausgegangen, wenn Eltern zu Hause rauchen. Dieser Form der Belastung durch Nikotin sind weit weniger Kinder ausgesetzt. **74'101 oder 5.8 Prozent aller in der Schweiz wohnhaften Kinder wachsen mit Eltern auf, die regelmässig innerhalb der eigenen vier Wände rauchen.**

Illegale Drogen: Im Rahmen der SGB wird nach dem Konsum von illegalen Drogen unterschiedlicher Art gefragt. Dazu gehören Cannabis, Kokain, Ecstasy, Heroin und andere Drogen (z.B. Speed, Amphetamin, LSD oder halluzinogene Pilze). Gemäss unseren Berechnungen gelten in der Schweiz **23'381 (1.8 Prozent aller Kinder) als durch den elterlichen Konsum von mind. einer dieser Substanzen gefährdet.** Da wir die Messung des Konsums illegaler Drogen im Rahmen einer Bevölkerungsbefragung als besonders schwierig erachten, sehen wir die Prävalenzschätzung als Annäherungen an die Realität. Eine Zusatzauswertung zeigt, dass es sich bei der Mehrheit der als problematisch erachteten Familien um den Konsum von Cannabis handelt. **So wachsen 12'550 Kinder mit Eltern auf, die ausschliesslich Cannabis konsumieren. 6'053 Kinder wachsen mit Eltern auf, die harte Drogen (ohne Cannabis) konsumieren. Bei 4'778 Kindern konsumieren die Eltern sowohl Cannabis als auch harte Drogen.**

Ungleichheiten des risikoreichen Konsums bei Eltern

Der zweite Teil der Projektarbeiten bestand aus einer Zusatzanalyse auf der Grundlage der im Rahmen des ersten Teils erarbeiteten Indikatoren. Dabei haben wir untersucht, ob ein risikoreicher Konsum der Eltern in Abhängigkeit von Charakteristiken der Familie steht. Da es sich bei der uns zu Grunde liegenden Datenquelle um Querschnittsdaten handelt, können keine direkten Rückschlüsse auf Ursache - Wirkungsbeziehungen gemacht werden. Vielmehr sehen wir die Analyse als eine Grundlage, Risikofaktoren zu identifizieren.

Demografie: Es können Merkmale der Familie ausgemacht werden, die mit einem erhöhten Risiko einhergehen. Generell tritt ein risikoreicher Konsum häufiger bei Einelternfamilien auf. Möglicherweise führen die erschwerten Lebensumstände bei Einelternhaushalten (vermutlich vorwiegend alleinerziehende Eltern) dazu, dass diese häufiger in einer Form zu Substanzen greifen, die in risikoreiche Konsummuster münden. Diese Vermutung wird durch den Umstand bestärkt, dass bei Einelternhaushalten im Vergleich zu den Paarhaushalten auch dann ein deutlich höherer Anteil mit risikoreichem Konsum vorliegt, wenn die durch das Befragungsdesign bedingte Unterschätzung bei den Paarhaushalten korrigiert wird. Nach Einbezug dieser Korrektur liegt der Anteil an Einelternhaushalten mit risikoreichem Konsum beim Alkohol um 16 Prozent, beim Nikotin um 27 Prozent und bei den illegalen Drogen gar um 135 Prozent über dem entsprechenden Anteilswert bei Paarhaushalten.²³ Zusätzlich wurde untersucht, wie die Geschlechterverteilung bei den Einelternhaushalten ausfällt. Erwartungsgemäss sind die Mütter mit einem Anteil von 88 Prozent deutlich übervertreten, was sich auch in der Häufigkeit des risikoreichen Substanzkonsums niederschlägt. Beispielsweise zeigt sich am risikoreichen Alkoholkonsum in Einelternhaushalten, dass zu 84 Prozent Mütter davon betroffen sind. Ungeachtet des Haushaltstyps zeigt sich jedoch über die verschiedenen Substanzen hinweg, dass es häufiger die Väter sind als die Mütter, die risikoreich konsumieren. Hier zeigen sich Geschlechterunterschiede des Konsums, die generell gültig und entsprechend auch in Familien wiedererkennbar sind. Unterschiedlich sind die Muster, was das Alter

²³ Diese Angaben basieren nicht auf den in diesem Kapitel aufgezeigten Regressionsmodellen, sondern auf der Methodik der zuvor angewendeten gewichteten Prävalenzschätzung.

der Eltern bzw. der Kinder anbelangt. Grundsätzlich weniger betroffen sind Kleinkinder bis 5 Jahre. Möglicherweise sind Eltern in der ersten Phase nach der Geburt, wenn die Kinder besonders auf die Betreuung der Eltern angewiesen viel sensibler, was den Konsum von Substanzen anbelangt. Sobald das Kind das 6 Lebensjahr erreicht hat, steigt aber die Wahrscheinlichkeit, dass Eltern täglich Rauchen. Erreichen Kinder das Teenageralter, so geht dies mit einem erhöhten Risiko einher, dass Eltern übermässig Alkohol konsumieren. Entscheidend ist unseres Erachtens jedoch weniger das Alter der Kinder, sondern vielmehr das Alter der Eltern. Hierbei lässt sich nämlich feststellen, dass ein risikoreicher Konsum von Alkohol eng mit dem Alter der Eltern verknüpft ist. So nimmt der Konsum von Alkohol mit zunehmendem Alter zu und somit auch das Risiko, dass sich risikoreiche Konsummuster einspielen. Möglicherweise ist dieses Resultat aber auch eine Folge unterschiedlicher Konsummuster in Alterskohorten. Auf Grund der vorliegenden Analyse lässt sich diese Unterscheidung nicht machen. In Bezug auf das Rauchen verhält es sich genau andersherum. Junge Eltern rauchen eher. Ab dem 40 Lebensjahr sinkt die Wahrscheinlichkeit rauchender Eltern deutlich.

Tabelle 33: Familiäre Risikofaktoren des risikoreichen Konsums von Substanzen

		Alkohol	Nikotin	Illegale Drogen
Demografie	<i>Alter des Kindes</i>	Teenager	Kind ab 5	-
	<i>Alter der Eltern</i>	Eltern ab 50	Junge Eltern (20-39)	-
	<i>Haushaltstyp</i>	Einelternhaushalt	Einelternhaushalt	Einelternhaushalt
	<i>Vater/Mutter</i>	Vater	Vater	Vater
Determinanten sozialer Ungleichheit	<i>Migrationshintergrund</i>	Eher Schweizer/innen	Mit Migrationshintergrund	Schweizer/innen
	<i>Einkommensklassen</i>	Eher tiefe Einkommen	Tiefe Einkommen (+)	Tiefe Einkommen
	<i>Bildung</i>	-	Wenig Bildung (+)	-

Determinanten sozialer Ungleichheit: Wir haben untersucht, ob Familien mit oder ohne Migrationshintergrund stärker belastet sind und welche Zusammenhangsmuster sich nach Einkommensklassen und Bildungsschichten zeigen. Konstant über alle drei Substanzkategorien zeigt sich, dass Kinder aus Familien mit tiefen Einkommen sehr viel häufiger als belastet gelten. Dies verweist auf die Problematik der Vererbung von Armut. Eltern aus tiefen Einkommensschichten sind häufiger in Lebenslagen, die mit risikoreichen Konsummustern verbunden sind. Damit schaden sie sich selbst, sie behindern gleichzeitig aber auch die Entwicklung ihrer Kinder. Diese haben bereits zu Beginn ihres Lebens Nachteile. Bezüglich Bildungsschichten ist dieses Muster weniger stark zu erkennen. Einzig in Bezug auf den Konsum von Tabakwaren weisen Eltern aus tiefen Bildungsschichten ein deutlich erhöhtes Risiko auf. Uneinheitlich ist das Muster schliesslich, was den Vergleich von Eltern mit und ohne Migrationshintergrund anbelangt. Kinder von Eltern mit Migrationshintergrund sind eher dem Risiko des Rauchens ausgesetzt. In Bezug auf den risikoreichen Konsum von Alkohol und illegalen Drogen sind es allerdings eher Schweizer Eltern, die sich abheben. Resultate einer Untersuchung, bei der die Population unabhängig einer Elternschaft zusammengesetzt ist, zeigen ein ähnliches Bild (vgl. Guggisberg et al. 2020). Ein Unterschied kann jedoch hinsichtlich des Alkoholkonsums festgestellt werden. Hier sind Personen mit Migrationshintergrund tendenziell häufiger vertreten als solche ohne Migrationshintergrund. Die Studie verweist jedoch darauf,

dass weniger der Migrationshintergrund insgesamt ein Kriterium darstellt, sondern vor allem spezifische, herkunftsabhängige Konsumgewohnheiten eine Rolle spielen.

Mit der vorliegenden Arbeit ist es erstmals möglich, gesamtheitlich zu beurteilen, wie viele Kinder in der Schweiz als Folge des Konsums von Alkohol, Nikotin oder illegale Drogen ihrer Eltern einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind. Damit liegen wichtige Grundlagen zur Beobachtung der Entwicklung in der Schweiz vor. Dies kann für eine zielgerichtete Gesundheitspolitik zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung genutzt werden.

6 Literaturverzeichnis

- BFS (2018): Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017 in Kürze. Konzept, Methode, Durchführung. Neuchâtel: BFS
- BFS (2019): Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Telefonischer und schriftlicher Fragebogen. Neuchâtel: BFS
- Cunradi, C. B., Todd, M., Mair, C. (2015): Discrepant Patterns of Heavy Drinking, Marijuana Use, and Smoking and Intimate Partner Violence: Results From the California Community Health Study of Couples. *Journal of drug education*, 45(2), 73-95
- Delgrande Jordan M., Kretschmann A. (2018): Stationäre Behandlung für Probleme mit illegalen Drogen. Ergebnisse der Klientinnen und Klientenbefragung 2017 – Kerndaten. Lausanne: Sucht Schweiz
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2010): Schutz der Familie vor Tabakrauch. Heidelberg
- Drake RE, Vaillant GE. (1988): Predicting alcoholism and personality disorder in a 33-year longitudinal study of children of alcoholics. *British Journal of Addiction*; 83: 799-807
- Farkas AJ, Gilpin EA, White MM, Pierce JP (2000). Association Between Household and Workplace Smoking Restrictions and Adolescent Smoking. *JAMA*. 2000;284(6):717-722
- Gmel G., Kuendig H., Notari L., Gmel C. (2017): Suchtmonitoring Schweiz - Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016. Sucht Schweiz, Lausanne, Schweiz
- Grant BF. (2000): Estimates of US children exposed to alcohol abuse and dependence in the family. *American Journal of Public Health*;90:112-5
- Guggisberg J., Bodory H., Bischof S., Höglinger D., Rudin M. (2020): Gesundheit der Migrationsbevölkerung – Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017 (provisorischer Schlussbericht). Bern: Büro BASS
- Hoffmann, J., Cerbone, F. (2002): Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse: An event history analysis. *Drug and alcohol dependence*. 66. 255-264
- Hogan D.M. (1998): The psychological development and welfare of children of opiate and cocaine users: Review and research needs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 39: 609-620
- Hümbelin, O. (2018): Die gesundheitliche Kluft in der Gesellschaft beginnt ab der Geburt. ZESO 3/18 S. 26/27 https://skos.ch/fileadmin/user_upload/skos_main/public/pdf/grundlagen_und_positionen/themendossiers/Gesundheit/ZESO_3-18_26-36.pdf
- Jäggi, J., Künzi, K., Gehrig, M. (2016): Indikatoren-Set für das Monitoring-System Sucht. Bericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit. Bern: Büro BASS
- Karren-Derber U, Hank P. (1999): Wissenschaftliche Begleitung von frauenspezifischen Suchtberatungsangeboten in Rheinland-Pfalz. Mainz: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz
- King, K., Martynenko, M., Bergman, M. H., Liu, Y. H., Winickoff, J. P., Weitzman, M. (2009): Family composition and children's exposure to adult smokers in their homes. *Pediatrics*, 123(4), e559-e564. 2008-2317
- Klein M. (2006): Kinder drogenabhängiger Mütter. Risiken, Fakten, Hilfen. Regensburg: S. Roderer
- Klein M. (2001): Kinder aus alkoholbelasteten Familien - Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven

- Klein M., Thomasius R., Moesgen D. (2008): Kinder aus suchtblasteten Familien. Broschüre herausgegeben von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Broschueren/Broschuere_Kinder_aus_suchtblasteten_Familien.pdf
- Kuendig H., Notari L., Gmel G. (2014). Le tabagisme passif en Suisse en 2013 – Analyse des données du Monitoring suisse des addictions. Lausanne: Addiction Suisse
- Lachner, G., Wittchen, H.-U. (1997): Familiär übertragene Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. In H. Watzl, & B. Rockstroh (Hrsg.), Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen (pp. 43-90). Göttingen: Hogrefe
- Lauberau B., Spörri M. (2014): Möglichkeiten und Grenzen einer evidenzbasierten Beurteilung des illegalen Drogenkonsums in der Schweiz. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Luzern: Interface
- Ljungdahl S. (2008): Children in families having alcohol and drug problems – prevalence and analysis. Östersund: Sweden, R 2008:28
- Martikainen, P., Korhonen, K., Moustgaard, H., Aaltonen, M., Remes, H. (2018). Substance abuse in parents and subsequent risk of offspring psychiatric morbidity in late adolescence and early adulthood: A longitudinal analysis of siblings and their parents. *Social Science & Medicine*, 217, 106-111
- Mays D., Gilman S.E., Rende R., Luta G., Tercyak K.P., Niaura R.S. (2014). *Pediatrics* June 2014, 133 (6) 983-99
- McNamee, J.E., Offord, D.R. (1994): Children of alcoholics. In: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care*. Ottawa: Health Canada, 470-485
- McNeill A. (1998): Alcohol problems in the family. A report to the European Union. London, U.K.: Eurocare (European Alcohol Policy Alliance) and COFACE (Confederation of Family Organisations in the EU)
- Mudar P., Leonard K.E., Soltysinski K. (2001): Discrepant substance use and marital functioning in newlywed couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 69:130–134
- SAMHSA (2003): Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies. National Household Survey on Drug Abuse: Children living with substance-abusing or substance-dependent parents. Washington DC: Author
- SGB (2018): Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017 in Kürze. Konzept, Methode, Durchführung. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik
- Simon, R, Palazzetti M. (1998): Jahresstatistik 1998 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland. EBIS-Bericht für den Zeitraum 1.1.-31.12.1998. *Sucht* 1999; 45 (Sonderheft 1)
- Spehr MK., Coddington J., Ahmed AH., Jones E. (2017): Parental Opioid Abuse: Barriers to Care, Policy, and Implications for Primary Care Pediatric Providers. *Journal of Pediatric Health Care*. 2017 Nov - Dec;31(6):695-702
- Spiess M., Schnyder-Walser K. (2018): Chancengleichheit und Gesundheit – Zahlen und Fakten für die Schweiz – Hintergrunddokument. Bern: socialdesign ag, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)
- Thefeld W. 2002: Rauchen und Kinder: Rauchverhalten von Frauen im gebärfähigen Alter, von Eltern und Erwachsenen. In: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin

Vuolo M, Staff J. (2013): Parent and child cigarette use: a longitudinal, multigenerational study. *Pediatrics*. 2013;132(3):e568–e577

Yousey, Yvonne K. Household Characteristics, Smoking Bans, and Passive Smoke Exposure in Young Children. *Journal of Pediatric Health Care*, Volume 20, Issue 2, 98 – 105

7 Anhang

7.1 Zusatztabelle Soziodemografische Ungleichheiten, Punktschätzer und Konfidenzintervalle

Tabelle 34: Risikoreicher Alkoholkonsum im Zusammenhang mit demografischen Merkmalen

	Punktschätzer	KI (tief)	KI (hoch)
Alter der Kinder			
0-4 Jahre	2.33%	1.47%	3.19%
5-9 Jahre	3.51%	2.66%	4.36%
10-14 Jahre	4.93%	3.56%	6.29%
Alter der Eltern			
20-29 Jahre	1.70%	-0.17%	3.56%
30-39 Jahre	3.25%	2.44%	4.06%
40-49 Jahre	4.05%	3.22%	4.87%
50-59 Jahre	4.58%	2.61%	6.54%
60 Jahre und älter	0.53%	-0.52%	1.57%
Haushaltstyp			
Mehrfamilienhaushalt	1.53%	-0.61%	3.66%
Paare mit Kind(ern)	3.39%	2.86%	3.91%
Einelternhaushalte mit Kind(ern)	7.30%	3.86%	10.70%
Geschlecht			
Mann	4.41%	3.54%	5.28%
Frau	2.75%	2.10%	3.41%

Ausgangsschätzung risikoreicher Alkoholkonsum: 3.6%. Quelle: SGB 2017, gewichtet. Kontrollvariablen: Alter der Kinder (Alter und Geschlecht des befragten Elternteils kontrolliert), Alter der Eltern (Geschlecht des befragten Elternteils kontrolliert), Haushaltstyp (Alter und Geschlecht des befragten Elternteils kontrolliert), Geschlecht (Alter des befragten Elternteils kontrolliert) 95% Konfidenzintervall. Berechnungen BFH

Tabelle 35: Täglicher Nikotinkonsum im Zusammenhang mit demografischen Merkmalen

	Punktschätzer	KI (tief)	KI (hoch)
Alter der Kinder			
0-4 Jahre	17.0%	14.9%	19.2%
5-9 Jahre	23.5%	21.3%	25.8%
10-14 Jahre	23.6%	21.0%	26.2%
Alter der Eltern			
20-29 Jahre	25.7%	19.8%	31.7%
30-39 Jahre	25.0%	22.9%	27.0%
40-49 Jahre	17.6%	15.9%	19.3%
50-59 Jahre	15.0%	11.6%	18.3%
60 Jahre und älter	30.6%	14.7%	46.6%
Haushaltstyp			
Mehrfamilienhaushalt	28.5%	19.3%	37.7%
Paare mit Kind(ern)	19.9%	18.7%	21.2%
Einelternhaushalte mit Kind(ern)	35.8%	29.1%	42.5%
Geschlecht			
Mann	25.7%	23.7%	27.6%
Frau	16.8%	15.2%	18.4%

Ausgangsschätzung täglicher Nikotinkonsum: 21%. Quelle: SGB 2017, gewichtet. Kontrollvariablen: Alter der Kinder (Alter und Geschlecht des befragten Elternteils kontrolliert), Alter der Eltern (Geschlecht des befragten Elternteils kontrolliert), Haushaltstyp (Alter und Geschlecht des befragten Elternteils kontrolliert), Geschlecht (Alter des befragten Elternteils kontrolliert). 95% Konfidenzintervall. Berechnungen BFH

Tabelle 36: Konsum illegaler Drogen im Zusammenhang mit demografischen Merkmalen

	Punktschätzer	KI (tief)	KI (hoch)
Alter der Kinder			
0-4 Jahre	1.02%	0.50%	1.55%
5-9 Jahre	1.05%	0.49%	1.61%
10-14 Jahre	1.76%	0.84%	2.67%
Alter der Eltern			
20-29 Jahre	1.79%	-0.23%	3.82%
30-39 Jahre	1.32%	0.72%	1.93%
40-49 Jahre	1.28%	0.69%	1.86%
50-59 Jahre	0.28%	-0.01%	0.57%
60 Jahre und älter	3.01%	-2.75%	8.77%
Haushaltstyp			
Mehrfamilienhaushalt			
Paare mit Kind(ern)	1.01%	0.68%	1.34%
Einelternhaushalte mit Kind(ern)	7.14%	2.44%	11.80%
Geschlecht			
Mann	2.10%	1.39%	2.80%
Frau	0.45%	0.12%	0.78%

Ausgangsschätzung Konsum illegaler Drogen: 1.23%. Quelle: SGB 2017, gewichtet. Kontrollvariablen: Alter der Kinder (Alter und Geschlecht des befragten Elternteils kontrolliert), Alter der Eltern (Geschlecht des befragten Elternteils kontrolliert), Haushaltstyp (Alter und Geschlecht des befragten Elternteils kontrolliert), Geschlecht (Alter des befragten Elternteils kontrolliert). 95% Konfidenzintervall. Berechnungen BFH

Tabelle 37: Risikoreicher Alkoholkonsum im Zusammenhang mit Determinanten sozialer Ungleichheit

	Punktschätzer	KI (tief)	KI (hoch)
Migrationshintergrund			
Bevölkerung ohne Migrationshintergrund	4.03%	3.27%	4.79%
Bev. mit Migrationshint. 1. Generation	2.97%	2.21%	3.72%
Bev. mit Migrationshint. 2. oder höhere	3.93%	1.68%	6.18%
Einkommensklassen			
1. Quintil (ärmste)	4.57%	3.27%	5.86%
2. Quintil	3.76%	2.25%	5.27%
3. Quintil	3.37%	2.24%	4.50%
4. Quintil	3.43%	2.05%	4.81%
5. Quintil (reichste)	3.88%	2.57%	5.18%
Bildung			
Obligatorische Schule	3.06%	1.61%	4.50%
Sekundarstufe II	3.82%	2.99%	4.66%
Tertiärstufe	3.53%	2.75%	4.31%

Ausgangsschätzung risikoreicher Alkoholkonsum: 3.6%. Quelle: SGB 2017, gewichtet. Kontrollvariablen: Alter und Geschlecht des befragten Elternteils. 95% Konfidenzintervall. Berechnungen BFH

Tabelle 38: Täglicher Nikotinkonsum im Zusammenhang mit Determinanten sozialer Ungleichheit

	Punktschätzer	KI (tief)	KI (hoch)
Migrationshintergrund			
Bevölkerung ohne Migrationshintergrund	18.1%	16.5%	19.7%
Bev. mit Migrationshint. 1. Generation	24.0%	21.9%	26.0%
Bev. mit Migrationshint. 2. oder höhere	25.1%	20.4%	29.8%
Einkommensklassen			
1. Quintil (ärmste)	30.8%	27.8%	33.8%
2. Quintil	22.6%	19.3%	25.8%
3. Quintil	21.9%	18.8%	25.0%
4. Quintil	19.4%	16.2%	22.5%
5. Quintil (reichste)	11.2%	9.0%	13.3%
Bildung			
Obligatorische Schule	35.8%	31.5%	40.0%
Sekundarstufe II	27.9%	25.8%	30.0%
Tertiärstufe	12.3%	10.8%	13.8%

Ausgangsschätzung täglicher Nikotinkonsum: 21%. Quelle: SGB 2017, gewichtet. Kontrollvariablen: Alter und Geschlecht des befragten Elternteils. 95% Konfidenzintervall. Berechnungen BFH

Tabelle 39: Konsum illegaler Drogen im Zusammenhang mit Determinanten sozialer Ungleichheit

	Punktschätzer	KI (tief)	KI (hoch)
Migrationshintergrund			
Bevölkerung ohne Migrationshintergrund	1.76%	1.15%	2.38%
Bev. mit Migrationshint. 1. Generation	0.76%	0.28%	1.25%
Bev. mit Migrationshint. 2. oder höhere	0.21%	-0.20%	0.62%
Einkommensklassen			
1. Quintil (ärmste)	2.17%	1.07%	3.27%
2. Quintil	1.67%	0.63%	2.71%
3. Quintil	0.83%	0.13%	1.54%
4. Quintil	1.43%	0.29%	2.56%
5. Quintil (reichste)	0.13%	-0.13%	0.39%
Bildung			
Obligatorische Schule	1.14%	0.01%	2.26%
Sekundarstufe II	1.52%	0.86%	2.19%
Tertiärstufe	1.02%	0.56%	1.49%

Ausgangsschätzung Konsum illegaler Drogen: 1.23%. Quelle: SGB 2017, gewichtet. Kontrollvariablen: Alter und Geschlecht des befragten Elternteils. 95% Konfidenzintervall. Berechnungen BFH

7.2 SGB-Indikatoren, Verwendete Konzepte, Messvariablen und Schwellenwerte

Alkohol						
Konzept	Variable SGB	Ausprägung	Bildung des Index	Schwellenwert	Kommentar	
Chronisch risikoreicher Konsum	ALCCHRON3	3 = Mittleres oder hohes Risiko	Die Konsummengen der einzelnen Alkoholika werden mittels Häufigkeit und Menge (letzte 12 Monate) ermittelt und aufgrund dessen die tägliche Konsummenge Reinalkohol berechnet. Das Geschlecht wird miteinbezogen	Männer=40g Alkohol pro Tag, Frauen=20g Alkohol pro Tag.		
Episodisch risikoreicher Konsum	ALCBINGE	5= Einmal oder häufiger pro Woche	Die Antwortkategorien "Jede Woche" und "Jeden Tag oder fast jeden Tag" wurden zusammengefasst. Ansonsten identisch mit der Ausgangsvariable "TALKO23", welche die Häufigkeit dieses Trinkverhaltens erfragt.	Dies entspricht der Konsummenge von 5 Gläsern (Männer) bzw. 4 Gläsern (Frauen) bei einem Anlass oder einer Gelegenheit einmal pro Woche oder mehr.		

Nikotin						
Konzept	Variable SGB	Ausprägung	Bildung des Index	Schwellenwert	Kommentar	
Abhängigkeit, herkömmliche Zigaretten	NICOT5	>= 3 = 1 bis 9 Zigaretten pro Tag	Die Anzahl an gerauchten Zigarren, Zigarillos und Pfeifen pro Tag wird zu Zigaretten-Äquivalenten umgerechnet und zu der Anzahl gerauchten Zigaretten hinzuaddiert. Die Ausgangsvariablen erfragen die durchschnittliche Anzahl an gerauchten Zigaretten, Zigarren etc. pro Tag.	Tägliches Rauchen von Nikotin	Mit der Verwendung des SGB-Indikators werden auch Zigarren, Zigarillos und Pfeifen berücksichtigt	
Abhängigkeit, E-Zigaretten (inkl. erhitzte Tabakprodukte)	ttako23 if ttako02f=1, ttako26 if ttako02h>=1	1 = täglich, >= 1 Zigarette pro Tag	Person gibt an E-Zigaretten zu Rauchen und sie gibt an wie oft sie dies tut. Person gibt an erhitzte Tabakprodukte zu Rauchen und sie gibt an wie oft sie dies tut.	Tägliches Rauchen von Nikotin		

Illegale Drogen						
Konzept	Variable SGB	Ausprägung	Bildung des Index	Schwellenwert	Kommentar	
Nutzung von illegalen Drogen, Cannabis	TDROG80	<= 2= mehrmals pro Woche / täglich oder fast täglich	Personen, die in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert haben, nennen wie häufig sie Cannabis (Haschisch/Marihuana) genommen haben	Mind. mehrmals pro Woche	Tieferer Schwellenwert im Vergleich zu MonAM (Monatsprävalenz).	
Nutzung von illegalen Drogen, Kokain	TDROG82	1 = Ja = in den letzten 30 Tagen	Personen, die in den letzten 12 Monaten Kokain genommen haben, geben an ob sie dies in den letzten 30 Tagen genommen haben.	Konsum in den letzten 30 Tagen	Tieferer Schwellenwert im Vergleich zu MonAM (Jahresprävalenz).	
Nutzung von illegalen Drogen, Ecstasy	ECSTCONS	4 = Ja = in den letzten 12 Monaten	Personen, die im Verlauf des Lebens bereits Ecstasy genommen haben, geben an, ob sie dies in den letzten 12 Monaten genommen haben.	Konsum in den letzten 12 Monaten	Als Teil der SGB werden Indizes zu illegalen Drogen berechnet, die mit den entsprechenden	
Nutzung von illegalen Drogen, Heroin	HEROCONS	4 = Ja = in den letzten 12 Monaten	Personen, die im Verlauf des Lebens bereits Heroin genommen haben, geben an, ob sie dies in den letzten 12 Monaten genommen haben.	Konsum in den letzten 12 Monaten	MonAM-Indikatoren vergleichbar sind. Diese stützen sich auf Jahresprävalenzen. Wir verwenden diese bei Ecstasy, Heroin und illegalen Drogen.	
Nutzung von illegalen Drogen, andere Drogen	STUPCONS	4 = Ja = in den letzten 12 Monaten	Personen, die im Verlauf des Lebens bereits andere Drogen (z.B. Speed, Amphetamin, LSD oder halluzinogene Pilze) genommen haben, geben an, ob sie dies in den letzten 12 Monaten genommen haben.	Konsum in den letzten 12 Monaten		