

Alkohol und Rauchen

Die COVID-19-Pandemie als idealer Nährboden für Süchte

Aus früheren Epidemien ist bekannt, dass der damit verbundene Stress Suchtverhalten und riskanten Alkohol- oder Tabakkonsum fördern kann. Eine vom ZI Mannheim und der Universitätsklinik Nürnberg initiierte Befragung zeigt erstmals, dass diese Gefahr auch heute besteht. Hilfen für Gefährdete sollten daher frühzeitig implementiert werden.

Der seit 22. März 2020 bundesweit wegen der SARS-CoV-2-Pandemie verhängte Lockdown limitiert den Aktionsradius des einzelnen Bürgers massiv und schränkt soziale Begegnungen erheblich ein: Kindergärten und Schulen sowie nahezu alle öffentlichen Einrichtungen und nicht systemrelevanten Geschäfte sind zunächst geschlossen worden. Außerdem gab es Grenzschließungen zu den Nachbarländern und Reiseverbote – auch innerhalb von Deutschland. Konzerte und Sportveranstaltungen wurden ebenso abgesagt wie andere öffentliche Veranstaltungen.

Die Kontaktbeschränkungen gelten auch für den privaten Umgang mit Personen, die nicht im gleichen Haushalt leben. Man kann vermuten, dass diese massiven Einschränkungen der persönlichen Freiheit auch Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Bürger haben. Wie sich dies auf die psychische Gesundheit der unter Quarantäne befindlichen Bürger auswirkt, wurde bereits in einem Review am Beispiel der SARS-, der Ebola- und der H1N1-Pandemie untersucht (1).

Als Quarantäne war in dieser Analyse die soziale Isolation von Personen, die Kontakt zu infizierten Personen hatten und daher selbst ansteckend sein konnten, definiert. Die meisten der eingeschlossenen Studien fanden bei den Studienteilnehmern eine erhöhte psychische Belastung nach der Quarantäne, oft mit Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung, wobei sich in einigen Studien auch eine längerfristige Persistenz der Symptome nachweisen ließ.



Foto: picture alliance/dpa/Klaus-Dietmar Gabbert

Eine andere Untersuchung aus Peking, China, an 549 Krankenhausmitarbeitern fand, dass während der SARS-Epidemie 2003 bei den Mitarbeitern, die in Quarantäne gewesen waren oder auf einer SARS-Infektionsstation gearbeitet hatten, die Anzahl der nachweisbaren Diagnosekriterien für eine Alkoholabhängigkeit oder einen Alkoholmissbrauch drei Jahre nach dem SARS-Ausbruch einen positiven Zusammenhang mit der Dauer der Quarantäne oder der Dauer der Arbeit auf der SARS-Infektionsstation hatte (2). Dieser Zusammenhang ließ sich auch nach Kontrolle für soziodemografische Einflussfaktoren weiter nachweisen.

Bereits zu Beginn des fast weltweiten Lockdowns warnte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) vor einem erhöhten Alkoholkonsum, der in der sozialen Isolation drohen könnte (3). Der Konsum von Alkohol ist in Zeiten persönlicher, aber

auch gesellschaftlicher Krisen ein bei vielen Menschen gelernter Bewältigungsmechanismus, da er Ängste und Sorgen abmildern, entspannen und beruhigen kann. Gleichzeitig entfallen durch fehlende soziale Aufgaben und Kontrollen etwa am Arbeitsplatz oder bei persönlichen Kontakten im privaten Umfeld während des Lockdowns Gründe nicht zu trinken. Man kann vermuten, dass auch für den Tabakgebrauch ähnliche Mechanismen von Bedeutung sind.

Mehr Gründe mehr zu trinken

Während des Lockdowns entsteht eine Situation, in der für manche Menschen subjektiv mehr Gründe für einen vermehrten Alkohol- oder Tabakkonsum sprechen als dagegen. Aufgrund des Abhängigkeitspotenzials von Alkohol und Tabak besteht jedoch die Gefahr, dass aus einem länger andauernden erhöhten Konsum während der Iso-

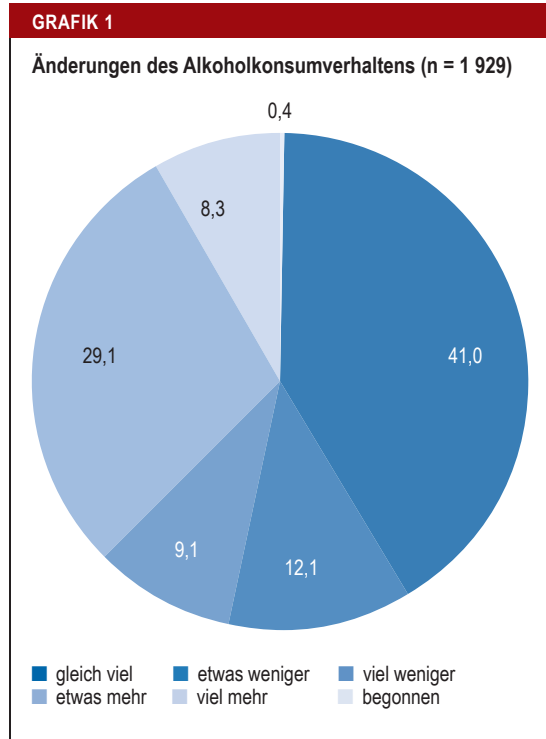
lation im Lockdown eine Gewohnheit entsteht, die nach dessen Ende nicht mehr zurückgefahren werden kann, und sich eine Abhängigkeit entwickelt (4). Zudem kann es durch die neurobiologischen Veränderungen im Rahmen eines chronisch erhöhten Alkoholkonsums in Kombination mit sozialem Stress und Ängsten zu einer Zunahme von Aggressionen kommen. Das lässt auch die Gefahren für das Umfeld derer, die mehr Alkohol konsumieren, steigen (5).

Dem aktuellen Consumer Panel der Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) zufolge sind die Umsätze aus Alkoholverkäufen an Privatpersonen am Beginn der Pandemie (9.–11. Kalenderwoche 2020) im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um 6,1 % gestiegen (6). Inwiefern diese Umsatzsteigerungen auch mit einer Steigerung des Alkoholkonsums in der Bevölkerung einhergehen oder ob sie eher Ausdruck einer verstärkten Vorratshaltung („Hamsterkäufe“) sind, wie sie auch bei anderen Lebensmitteln zu beobachten waren, lässt sich nicht sicher sagen.

Da ein erhöhter Alkoholkonsum mit der Missbrauchsfahr außer mit gesundheitlichen Folgen auch mit einem erhöhten Aggressionspotenzial verbunden ist, sind Daten zu Veränderungen des tatsächlichen Alkoholkonsums in der Allgemeinbevölkerung während des Lockdowns von hoher Bedeutung, um potenzielle Langzeitfolgen für die Gesellschaft einschätzen zu können.

Umfrage zu Suchtgewohnheiten

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Nürnberg und die Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI) Mannheim führen seit dem 8. April 2020 eine anonyme Online-Befragung zur Veränderung unter anderem der Alkohol- und Tabakkonsumgewohnheiten in der Allgemeinbevölkerung während des Lockdowns durch. Die Studie ist bei der zuständigen Ethikkommission II der Medizinischen Fakultät



Quelle: Universitätsklinik Nürnberg

Mannheim unter der Nummer 202–552N registriert. Frauen und Männer zwischen 18 und 80 Jahren können teilnehmen. Die Befragung wird mithilfe des SoSci.surveys umgesetzt, der eine anonyme Datenerhebung ohne Speicherung der IP-Adresse des Studienteilnehmers möglich macht (7).

Teilnahmeaufrufe zur Rekrutierung der Studienteilnehmer erfolgten über Radioberichterstattung und Werbung auf den Internetseiten der beteiligten Kliniken, auf Social-Media-Kanälen und in Printmedien. Die Fragen zum Konsumverhalten von Alkohol und Tabak sowie zu soziodemografischen Variablen sind in Form von kategorialen Auswahlfragen mit vorgegebenen Antworten strukturiert. Das Stresserleben durch die Ausgangseinschränkungen und die Angst um die eigene Gesundheit oder um die Gesundheit nahestehender Personen durch COVID-19 werden auf einer 11-Punkt-Likert-Skala abgefragt (0 = nein, überhaupt nicht, 10 = ja, sehr stark). Der Fragebogen wurde von den beteiligten Institutionen entwickelt und kann über das Internet auf den Seiten des *Deutschen Ärzteblatts* abgerufen werden (*eKasten als Supplement*).

Krisensituationen und ihre Folgen: Deutlich mehr als ein Drittel der Befragten gibt an, seit dem Lockdown mehr Alkohol zu konsumieren.

Bis zum 19. April 2020 24 Uhr lagen 2 150 Datensätze von Teilnehmern vor, die in die Auswertung einbezogen werden konnten. Die deskriptiven Daten zum Konsumverhalten von Alkohol und Tabak, die soziodemografischen Lebensverhältnisse und das emotionale Befinden der Befragungsteilnehmer durch die COVID-19 Pandemie sind im Supplementteil (*eTabelle 1*) dargestellt.

Konsum in der Pandemie

Von der Gesamtstichprobe gaben 173 (8,0 %) an, weder vor noch seit Beginn der Ausgangseinschränkungen Alkohol zu konsumieren. Von den übrigen 92 % (1 977 Personen) liegen von 1 929 Personen Informationen zu Veränderungen des Alkoholkonsumverhaltens vor. Von diesen gaben 8 (0,4 %) Personen an, erst mit Beginn der Ausgangseinschränkungen mit dem Alkoholkonsum begonnen zu haben. Bei 791 (41,0 %) Personen hat sich der Alkoholkonsum seit Beginn der Ausgangseinschränkungen nicht verändert. Bei 408 (21,2 %) Personen war er verringert: 233 Personen trinken etwas weniger und 175 Personen viel weniger Alkohol. 722 (37,4 %) Personen zeigen einen erhöhten Alkoholkonsum seit Beginn der Ausgangseinschränkungen: 561 Personen gaben einen etwas höheren und 161 Personen einen viel höheren Alkoholkonsum an (*Grafik 1*).

Personen mit einer Schulbildung, die weniger als 11 Jahre währte, hatten eine um 60,6 % (Odds Ratio [OR] 1,606; p < 0,001) und Personen mit einem erhöhten Stresserleben eine um 15,4 % (OR 1,154; p < 0,001) höhere Wahrscheinlichkeit, nach Beginn der Ausgangseinschränkungen mehr Alkohol zu konsumieren als zuvor. Die weiteren soziodemografischen Einflussfaktoren sind aus *eTabelle 2* im Supplementteil online ersichtlich.

Aus der Gesamtstichprobe gaben 1 527 (71,7 %) Personen an, weder vor noch seit Beginn der Ausgangseinschränkungen Tabak zu rauchen. Von den 603 (28,3 %) Personen, die Tabak konsumieren, liegen Informationen zu Veränderungen des

Konsums von 588 Personen vor. Von diesen gaben 21 (3,6 %) Personen an, seit Beginn der Ausgangseinschränkungen mit dem Rauchen begonnen zu haben, während 65 (11,0 %) Personen mit dem Rauchen aufgehört haben. Bei 198 (33,7 %) hat sich das Rauchverhalten nicht verändert. 251 (42,7 %) Personen rauchen seit Beginn der Ausgangseinschränkungen mehr: 188 Personen rauchen etwas mehr und 63 Personen viel mehr. 53 Personen (9,0 %) rauchen seit Beginn der Ausgangseinschränkungen weniger: 39 Personen rauchen etwas weniger und 14 Personen viel weniger.

Die Ergebnisse zeigen, dass Personen mit einer Schulbildung geringer als 11 Jahre eine um 106,5 % (OR 2,065; p = 0,004) und Personen mit erhöhtem Stresserleben eine um 12,0 % (OR 1,120; p < 0,001) höhere Wahrscheinlichkeit haben, nach Beginn der Ausgangseinschränkungen mehr zu rauchen. Die weiteren soziodemografischen Einflussfaktoren auf den Umfang des Tabakkonsums seit dem Lockdown sind ausführlich im Supplementmaterial unter eTabelle 3 aufgelistet.

Die Ergebnisse dieser ersten Befragung der Allgemeinbevölkerung in Deutschland zu ihrem Konsumverhalten zeigen, dass seit Beginn der Ausgangseinschränkungen mit 37,4 % für Alkohol und 42,7 % für Tabak ein nicht unerheblicher Anteil aller Studienteilnehmer seit Beginn der Ausgangseinschränkungen im Lockdown mehr trinken und/oder rauchen als zuvor. Der erhöhte Alkoholkonsum spricht zum einen dafür, dass die im aktuellen Consumer Panel der GfK gefundene Umsatzsteigerung im Bereich der alkoholischen Getränke nicht durch Vorratshaltung, sondern durch einen in Teilen der Bevölkerung vermehrten Alkoholkonsum hervorgerufen wurde.

Begründete Befürchtung

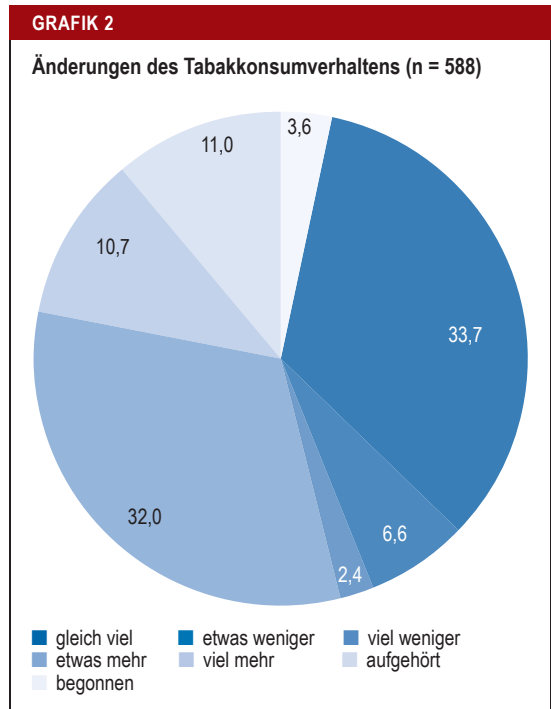
Des Weiteren deuten diese Beobachtungen darauf hin, dass die Befürchtung hinsichtlich des Risikos einer Alkoholkonsumsteigerung in der Allgemeinbevölkerung, wie sie von der WHO und in einem Kommentar in der Zeitschrift *Lancet Pu-*

blic Health geäußert worden ist, zumindest für Deutschland nicht unbegründet ist (4).

Personen, die ihre Tagesstruktur weitgehend durch die berufliche Beschäftigung beibehalten konnten, scheinen weniger von einem erhöhten Konsum von Alkohol und Tabak betroffen zu sein. Hingegen scheinen besonders diejenigen Personen gefährdet zu sein, die vor Beginn der Ausgangseinschränkungen regelmäßig Alkohol konsumiert haben. Personen mit einer geringen Schulbildung zeigen ein erhöhtes Risiko sowohl für einen vermehrten Alkohol- als auch Tabakkonsum.

Ursächlich für das erhöhte Risiko für eine Konsumsteigerung und das erhöhte Stresserleben hinsichtlich der Konsequenzen der COVID-19-Pandemie gerade in dieser Bevölkerungsgruppe könnten neben der geringeren Schulbildung auch der niedrigere sozioökonomische Status (geringeres Einkommen, beengte Wohnverhältnisse) sowie die geringer ausgebildeten unterstützenden sozialen Netzwerke der Betroffenen sein. Gleichzeitig führt auch ein erhöhter Alkoholkonsum selbst zu Veränderungen in der neuroendokrinen Stressantwort mit Dysregulation der Cortisolausschüttung und Defiziten in der Emotionsregulation (8).

Auch Raucher reagieren im Lockdown: Mehr als 40 Prozent von ihnen greifen aufgrund der veränderten Lebensbedingungen häufiger zur Zigarette oder zur E-Zigarette.



Neurobiologische Veränderungen im Rahmen eines chronisch erhöhten Alkoholkonsums vermitteln in Kombination mit sozialem Stress und Ängsten die Zunahme von Aggressionen. Infolge des Lockdowns könnte sich gerade in der Gruppe der Studienteilnehmer mit einem niedrigen sozioökonomischen Status nicht nur die potenzielle Gefahr für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit erhöhen, sondern auch eine damit einhergehende Gefahr für das enge persönliche Umfeld der Konsumenten.

Hilfsangebote ausbauen

Es scheint uns daher wichtig, schon während der Akutphase der COVID-19-Pandemie die Bevölkerung über die Risiken und mögliche Langzeitfolgen eines vermehrten Alkohol- und Tabakkonsums während dieser Ausnahmesituation zu informieren und niederschwellige medizinische und soziale Hilfsangebote aufzubauen. Dies kann beispielsweise in Form von (anonymen) telefonischen oder Online-Beratungsangeboten erfolgen. Gleichzeitig ist es aus unserer Sicht wichtig, dass sich alle im Gesundheitssystem Tätigen dessen bewusst sind und bereits bei ersten Anzeichen für eine Steigerung des Alkohol- oder Tabakkonsums Patienten in der aktuellen Situation offen darauf ansprechen und an entsprechende Hilfsangebote weitervermitteln.

- Dr. rer. biol. hum. Ekaterini Georgiadou,**
Prof. Dr. med. Thomas Hillemacher
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Paracelsus Medizinische Privatuniversität Nürnberg
- Prof. Dr. med. Dr. phil. Astrid Müller**
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover
- PD Dr. med. Anne Koopmann,**
PD Dr. sc. hum. Tagrid Leménager,
Prof. Dr. med. Falk Kiefer
Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim Universität Heidelberg

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen. Dieser Artikel unterliegt nicht dem Peer-Review-Verfahren.

eTabellen und eKasten im Internet:
www.aerzteblatt.de/201251

Literatur im Internet:
www.aerzteblatt.de/lit2520
oder über QR-Code.



Quelle: Universitätsklinik Nürnberg

Zusatzmaterial Heft 25/2020, zu:

Alkohol und Rauchen

Die COVID-19-Pandemie als idealer Nährboden für Süchte

Aus früheren Epidemien ist bekannt, dass der damit verbundene Stress Suchtverhalten und riskanten Alkohol- oder Tabakkonsum fördern kann. Eine vom ZI Mannheim und der Universitätsklinik Nürnberg initiierte Befragung zeigt erstmals, dass diese Gefahr auch heute besteht. Hilfen für Gefährdete sollten daher frühzeitig implementiert werden.

Literatur

1. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al.: The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet* 2020; 395: 912–920.
2. Wu P, Liu X, Fang Y, et al.: Alcohol Abuse/Dependence Symptoms Among Hospital Employees Exposed to a SARS Outbreak. *Alcohol Alcohol*. 2008; 43(6): 706–12.
3. Weltgesundheitsorganisation (WHO): Psychische Gesundheit und Covid-19. <http://www.euro.who.int/de/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov-technical-guidance/coronavirus-disease-covid-19-outbreak-technical-guidance-europe/mental-health-and-covid-19> (last accessed on 27. April 2020).
4. Clay JM, Parker MO: Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: a potential public health crisis? *The Lancet Public Health* 2020;5(5):e259.
5. Beck A, Heinz A: Alkoholbezogene Aggression – Soziale und neurobiologische Faktoren *Dtsch Arztebl Int* 2013;110(42): 711–5.
6. Gesellschaft für Konsumforschung (GfK): Consumer Panel FMCG März 2020.
7. <https://www.soscisurvey.de/Konsum20>.
8. Koob G, Kreek MJ: Stress, dysregulation of drug reward pathways, and the transition to drug dependence. *Am J Psychiatry* 2007;164: 1149–59.

eTABELLE 1

Deskriptive Statistik

Deskriptive Variablen	Gesamtstichprobe (N = 2150)	
	N	%
Alter		
18–24 Jahre alt	279	13.0
25–34 Jahre alt	615	28.6
35–44 Jahre alt	494	23.0
45–54 Jahre alt	405	18.8
55–64 Jahre alt	286	13.3
> 65 Jahre alt	71	3.3
Geschlecht		
Weiblich	1 406	65.4
Männlich	735	34.2
Divers	9	0.4
Wohnformen		
Alleine	501	23.3
Mit (Ehe-)Partner/-in	732	34.0
Mit Kind(ern)	90	4.2
Mit (Ehe-)Partner/-in und Kind(ern)	485	22.6
Mit Verwandten/Bekanntnen/anderen	112	5.2
Sonstige	225	0.2
Keine Antwort	5	10.5
Schulabschluss		
keiner	6	0.3
Hauptschulabschluss	161	7.5
Realschulabschluss	556	25.9
(Fach-)Abitur	504	23.4
Hochschulabschluss	903	42.0
Keine Antwort	20	0.9
Beschäftigung vor den Ausgangseinschränkungen		
Student/-in/Schüler/-in/Auszubildende/r	256	11.9
Vollzeit erwerbstätig	1 148	53.4
Teilzeit erwerbstätig	490	22.8
Berentet/Pensioniert	123	5.7
Arbeitslos	23	1.1
Hausfrau/-mann	47	2.2
Sonstiges	60	2.8
Keine Antwort	3	0.1
Änderungen in der Beschäftigungsart nach den Ausgangseinschränkungen		
Nein	1 021	47.5
Ja, Schule/Universität geschlossen	216	10.0
Ja, beurlaubt/Betrieb geschlossen	140	6.5
Ja, an COVID-19 erkrankt	8	0.4
Ja, an anderen Erkrankungen krank	21	1.0
Ja, im Homeoffice	484	22.5
Sonstige	245	11.4
Keine Antwort	15	0.7
	M	SD
Angst	6,13	2,78
Stress	5,38	3,30

eTABELLE 2

Binäre logistische Regressionen für den Alkoholkonsum nach Beginn der Ausgangseinschränkungen

	Alkoholkonsum-Gruppe (1 = weniger, 2 = gleich, 3 = mehr)*					
	3 vs. (1 und 2)			1 vs. (2 und 3)		
	OR	B (95%-KI)	p	OR	B (95%-KI)	p
Geschlecht						
Männlich	Referenzkategorie			Referenzkategorie		
Weiblich	0,984	-0,16 (0,78–1,24)	0,895	0,923	-0,8 (0,71–1,20)	0,546
Alter						
18–24	Referenzkategorie			Referenzkategorie		
25–34	1,125	0,12 (0,75–1,69)	0,572	0,752	-0,28 (0,49–1,16)	0,193
35–44	1,158	0,15 (0,73–1,85)	0,537	0,590	-0,53 (0,35–0,99)	0,590
45–54	0,659	-0,42 (0,41–1,01)	0,090	0,572	-0,56 (0,34–0,97)	0,038
55–64	0,563	-0,58 (0,33–0,95)	0,031	0,640	-0,45 (0,37–1,12)	0,118
> 65	0,577	-0,55 (0,23–1,44)	0,239	0,488	-0,72 (0,17–1,34)	0,173
Schuljahre						
< 11 Jahre	1,606	0,47 (1,25–2,01)	< 0,001	0,642	-0,44 (0,48–0,86)	0,003
11 < x ≤ 13 Jahre	1,247	0,22 (0,95–1,64)	0,115	0,763	-0,27 (0,56–1,04)	0,088
> 13 Jahre	Referenzkategorie			Referenzkategorie		
Wohnform						
Alleine	0,850	-0,16 (0,61–1,18)	0,329	1,654	0,50 (1,12–2,44)	0,011
Mit (Ehe-)Partner/-in	0,744	-0,30(0,55–1,01)	0,058	1,089	0,08 (0,75–1,59)	0,660
Mit Kind(ern)	0,765	-0,27 (0,43–1,36)	0,361	1,223	0,20 (0,61–2,45)	0,571
Mit (Ehe-)Partner/-in und Kind(ern)	Referenzkategorie			Referenzkategorie		
Mit Verwandten/Bekanntem/Sonstigen	0,820	-0,21(0,54–1,24)	0,351	1,822	0,60 (1,14–2,90)	0,011
Beschäftigung vor Ausgangseinschränkungen						
Aktuell nicht erwerbstätig	0,948	-0,05 (0,58–1,55)	0,832	0,793	-0,23 (0,43–1,15)	0,451
Schule/Ausbildung/Universität	0,668	-0,40 (0,44–1,02)	0,061	0,173	0,31 (0,87–2,11)	0,173
Teilzeit-erwerbstätig	0,823	-0,20 (0,62–1,10)	0,181	0,976	-0,02 (0,70–1,37)	0,886
Vollzeit-erwerbstätig	Referenzkategorie			Referenzkategorie		
Änderungen in der Beschäftigungsart seit Ausgangseinschränkungen						
Nein	0,635	-0,45 (0,50–0,80)	< 0,001	1,048	0,05 (0,80–1,37)	0,734
Ja	Referenzkategorie			Referenzkategorie		
Sonstiges	0,848	-0,16 (,60–1,20)	0,351	1,015	0,15 (0,67–1,53)	0,942
Alkoholkonsum vor Ausgangsbeschränkungen						
< 1 Mal pro Monat	0,229	-1,47 (0,14–0,37)	< 0,001	0,514	-0,67 (0,30–0,89)	0,017
≈ 1 Mal pro Monat	0,428	-0,85 (0,26–0,70)	0,001	0,918	-0,09 (0,53–1,59)	0,758
2–4 Mal pro Monat	0,744	-0,30 (0,50–1,12)	0,156	1,141	0,13 (0,72–1,81)	0,577
2–3 Mal pro Woche	1,425	0,35 (0,95–2,15)	0,090	0,671	-0,40 (0,41–1,01)	0,105
≥ 4 Mal pro Woche	Referenzkategorie			Referenzkategorie		
Stress	1,154	0,14 (1,12–1,19)	< 0,001	0,932	-0,07 (0,90–0,97)	< 0,001
Angst	1,004	0,00 (0,96–1,00)	0,853	1,057	0,06 (1,01–1,11)	0,015
Model fit statistics						
-2 Log Likelihood (-2LL)	2 143,749 (p < 0,001)			1 763,147 (p < 0,001)		
Nagelkerke Pseudo R Square	0,189			0,087		
Effektstärke f nach Cohen (1992)	0,19 (schwach bis mittel)			0,09 (schwach)		

*Aufgrund von geringen Zellenbesetzungen in den Gruppen wurden diese in Kategorien zusammengefasst und 2 binäre logistische Regressionen gerechnet.

eTABELLE 3

Binäre logistische Regressionen für den Tabakkonsum nach Beginn der Ausgangseinschränkungen

	Tabakkonsum-Gruppe (1 = weniger, 2 = gleich, 3 = mehr)*					
	3 vs. (1 und 2)			1 vs. (2 und 3)		
	OR	B (95%-KI)	p	OR	B (95%-KI)	p
Geschlecht						
Männlich	Referenzkategorie			Referenzkategorie		
Weiblich	1,310	0,27 (0,84–2,03)	0,228	0,599	–0,51 (0,35–1,04)	0,067
Alter						
18–24	Referenzkategorie			Referenzkategorie		
25–34	1,244	0,22 (0,63–2,47)	0,534	1,259	0,23 (0,37–4,33)	0,715
35–44	1,031	–0,03 (0,46–2,30)	0,941	0,936	–0,07 (0,34–2,54)	0,896
45–54	0,756	–0,28 (0,31–1,83)	0,536	1,003	0,00 (0,36–2,77)	0,996
55–64	0,760	–0,27 (0,29–1,97)	0,572	1,189 **	0,17 (0,39–3,60)**	0,759 **
> 65	0,830	–0,22 (0,10–6,20)	0,830			
Schuljahre						
< 11 Jahre	2,065	0,72 (1,27–3,37)	0,004	0,433	–0,84 (0,23–0,82)	0,010
11 < x ≤ 13 Jahre	1,236	0,21 (0,72–2,11)	0,438	0,949	–0,05 (0,51–1,75)	0,867
> 13 Jahre	Referenzkategorie			Referenzkategorie		
Wohnform						
Alleine	1,600	0,47 (0,87–2,96)	0,134	0,649	–0,43 (0,28–1,50)	0,310
Mit (Ehe-)Partner/-in	1,007	0,01 (0,54–1,89)	0,983	1,613	0,48 (0,75–3,48)	0,222
Mit Kind(ern)	1,206	0,19 (0,48–3,03)	0,691	0,668	–0,40 (0,17–2,65)	0,566
Mit (Ehe-)Partner/-in und Kind(ern)	Referenzkategorie			Referenzkategorie		
Mit Verwandten/Bekanntem/Sonstigen	1,508	0,41 (0,70–3,24)	0,292	1,358	0,31 (0,54–3,44)	0,519
Beschäftigung vor Ausgangseinschränkungen						
Aktuell nicht erwerbstätig	1,525	0,42 (0,69–3,35)	0,293	0,286	–1,25 (0,06–1,33)	0,111
Schule/Ausbildung/Universität	0,814	–0,21 (0,40–1,64)	0,564	1,114	0,11 (0,49–2,50)	0,794
Teilzeit erwerbstätig	0,924	–0,08 (0,54–1,59)	0,775	1,263	0,23 (0,64–2,5)	0,502
Vollzeit erwerbstätig	Referenzkategorie			Referenzkategorie		
Änderungen in der Beschäftigungsart seit Ausgangseinschränkungen						
Nein	0,588	–0,53 (0,37–0,93)	0,024	0,892	–0,12 (0,51–1,57)	0,691
Ja	Referenzkategorie			Referenzkategorie		
Sonstiges	0,858	–0,15 (0,44–1,68)	0,655	1,196	0,18 (0,50–2,87)	0,689
Zigarettenkonsum vor Ausgangsbeschränkungen						
< 10 Zigaretten am Tag	1,477	0,39 (0,96–2,26)	0,072	0,552	–0,60 (0,31–0,97)	0,038
≥ 11 Zigaretten am Tag	Referenzkategorie			Referenzkategorie		
Art des Nikotinkonsums						
Nur Zigaretten	0,990	–0,01 (0,45–2,18)	0,981	0,848	–0,17 (0,30–2,42)	0,758
E-Zigaretten/E-Zigaretten und Zigaretten	Referenzkategorie			Referenzkategorie		
Stress	1,120	0,12 (1,06–1,19)	<0,001	1,032	0,03 (0,96–1,11)	0,418
Angst	1,019	0,02 (0,95–1,09)	0,602	0,996	–0,00 (0,91–1,09)	0,939
Model fit statistics						
–2 Log Likelihood (–2LL)	607,642 (p<0,001)			416,889 (p<0,001)		
Nagelkerke Pseudo R Square	0,137			0,138		
Effektstärke f nach Cohen (1992)	0,14 (schwach bis mittel)			0,14 (schwach bis mittel)		

*Aufgrund von geringen Zellenbesetzungen in den Gruppen wurden diese in Kategorien zusammengefasst und 2 binäre logistische Regressionen gerechnet.

**Aufgrund der geringen Zellenverteilung wurden die Kategorien 55–64 und > 65 als eine Kategorie (> 55) zusammengefasst.

Fragen aus der Online-Befragung, die für die Analysen verwendet wurde

Wie waren Sie vor den Ausgangseinschränkungen beruflich/schulisch beschäftigt?

- SchülerIn
- Auszubildende/r
- Student/-in
- Vollzeit berufstätig
- Teilzeit berufstätig
- Arbeitslos
- Hausfrau/-mann
- Rentner/-in
- Dauerhaft erwerbsunfähig
- Sonstiges:
- Keine Antwort

Hat sich an Ihrer beruflichen/schulischen Situation durch die Ausgangseinschränkungen etwas verändert?

- Nein
- Ja, Schule/Uni geschlossen
- Ja, beurlaubt/Betrieb geschlossen
- Ja, krank an COVID-19
- Ja, krank an andere Erkrankungen
- Ja, Homeoffice
- Sonstiges:
- Keine Antwort

Fragen zu Alkohol

Haben Sie vor den Ausgangseinschränkungen Alkohol konsumiert?

- Nie
- Weniger als 1 Mal pro Monat
- Ca. 1 Mal pro Monat
- Ca. 2–4 Mal pro Monat
- 2–3 Mal pro Woche
- Mehr als 4 Mal pro Woche

Wie hat sich der Alkoholkonsum seit den Ausgangseinschränkungen verändert?

- Etwas mehr als zuvor
- Viel mehr als zuvor
- Gleich viel/wenig
- Etwas weniger als zuvor
- Viel weniger als zuvor
- Trifft nicht zu

Fragen zu Tabak

Haben Sie vor den Ausgangseinschränkungen Zigaretten oder E-Zigaretten geraucht?

- Nein
- Ja, Zigaretten
- Ja, E-Zigaretten
- Ja, Zigaretten und E-Zigaretten

Wie viele Zigaretten haben Sie vor den Ausgangseinschränkungen im Allgemeinen geraucht? (Filter: falls Zigaretten oder Zigaretten und E-Zigaretten vorher geraucht)

- Weniger als 5 Zigaretten in der Woche
- 1 bis 10 am Tag
- 11 bis 20 am Tag
- 21 bis 30 am Tag
- 31 und mehr am Tag

Hat sich Ihr Nikotinkonsum und/oder Konsum von E-Zigaretten seit Beginn der Ausgangseinschränkungen verändert?

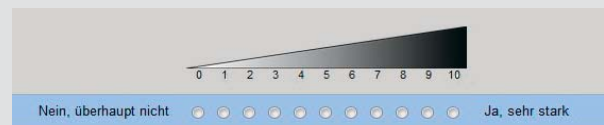
- Etwas mehr als zuvor
- Viel mehr als zuvor
- Gleich viel/wenig
- Etwas weniger als zuvor
- Viel weniger als zuvor
- Trifft nicht zu

Rauchen Sie seit Beginn der Ausgangseinschränkungen Zigaretten oder E-Zigaretten?

- Nein
- Ja, Zigaretten
- Ja, E-Zigaretten
- Ja, Zigaretten und E-Zigaretten

Allgemeine Fragen

Haben Sie Angst um Ihre Gesundheit oder um die Gesundheit von Personen, die Ihnen nahestehen?



Fühlen Sie sich durch die Ausgangseinschränkungen gestresst?

