

**Sucht und soziale Ungleichheit**  
**Schwerpunkt: Kinder und Jugendliche**  
**Epidemiologische Befunde und präventive**  
**Schlussfolgerungen**

**Prof. Dr. Dieter Henkel**

**Institut für Suchtforschung (ISFF)**  
**Fachhochschule Frankfurt am Main**  
**University of Applied Sciences**  
**e-mail: [prof.dieter.henkel@t-online.de](mailto:prof.dieter.henkel@t-online.de)**

**Stuttgart 10.6.2009**

# Fragestellungen

- **Sind Sucht- bzw. Substanzprobleme unter sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen stärker verbreitet als unter sozial Privilegierten?**
- **Unterliegen sozial Benachteiligte höheren Risiken, Substanzprobleme zu entwickeln?**
- **Welche präventiven Schlussfolgerungen lassen sich aus der empirischen Forschung ziehen?**

# Untersuchte Indikatoren sozialer Ungleichheit/Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen

- **Einkommen:** Armuts- vs. hohes Einkommen der Eltern
- **Wohlstandsniveau:** anhand der finanziellen Lage der Familie, Anzahl der Autos, Computer, Bücher im Haushalt, Anzahl der Urlaubsreisen mit Familie, (kein) eigenes Zimmer pro Kind
- **Erwerbsstatus:** arbeitslos vs. erwerbstätig (Jugendliche)
- **Schulform/Bildungsgrad:** Hauptschule, Realschule, Gymnasium
- **Sozialschicht bzw. sozioökonomischer Status:** nach Bildung, Einkommen und Berufsstatus der Eltern

**Tabak**

## Höchste Raucherquoten (%) stets in den unteren sozialen Statusgruppen

<b>Sozialschicht</b>	<b>untere</b>	<b>obere</b>	<b>KiGGS 2007</b>
Jungen	36	26	aktuelles Rauchen
Mädchen	39	22	14-17 Jahre
<b>Schulform</b>	<b>Hauptschule</b>	<b>Gymnasium</b>	<b>ESPAD 2007</b>
Jungen+Mädchen	43	30	30-Tage-Prävalenz des Rauchens
Jungen	42	18	15-16 Jahre
Mädchen	47	23	KiGGS-Studie 2007
			aktuelles Rauchen
			14-17 Jahre
<b>Wohlstandsniveau</b>	<b>niedrigstes</b>	<b>höchstes</b>	<b>HBSC Berlin 2003</b>
Jungen+Mädchen	19	12	tägliches Rauchen
Jungen	14	10	11-15 Jahre
Mädchen	20	10	HBSC Thüringen 2005
			tägliches Rauchen
			11-15 Jahre

## Soziale Gradienten

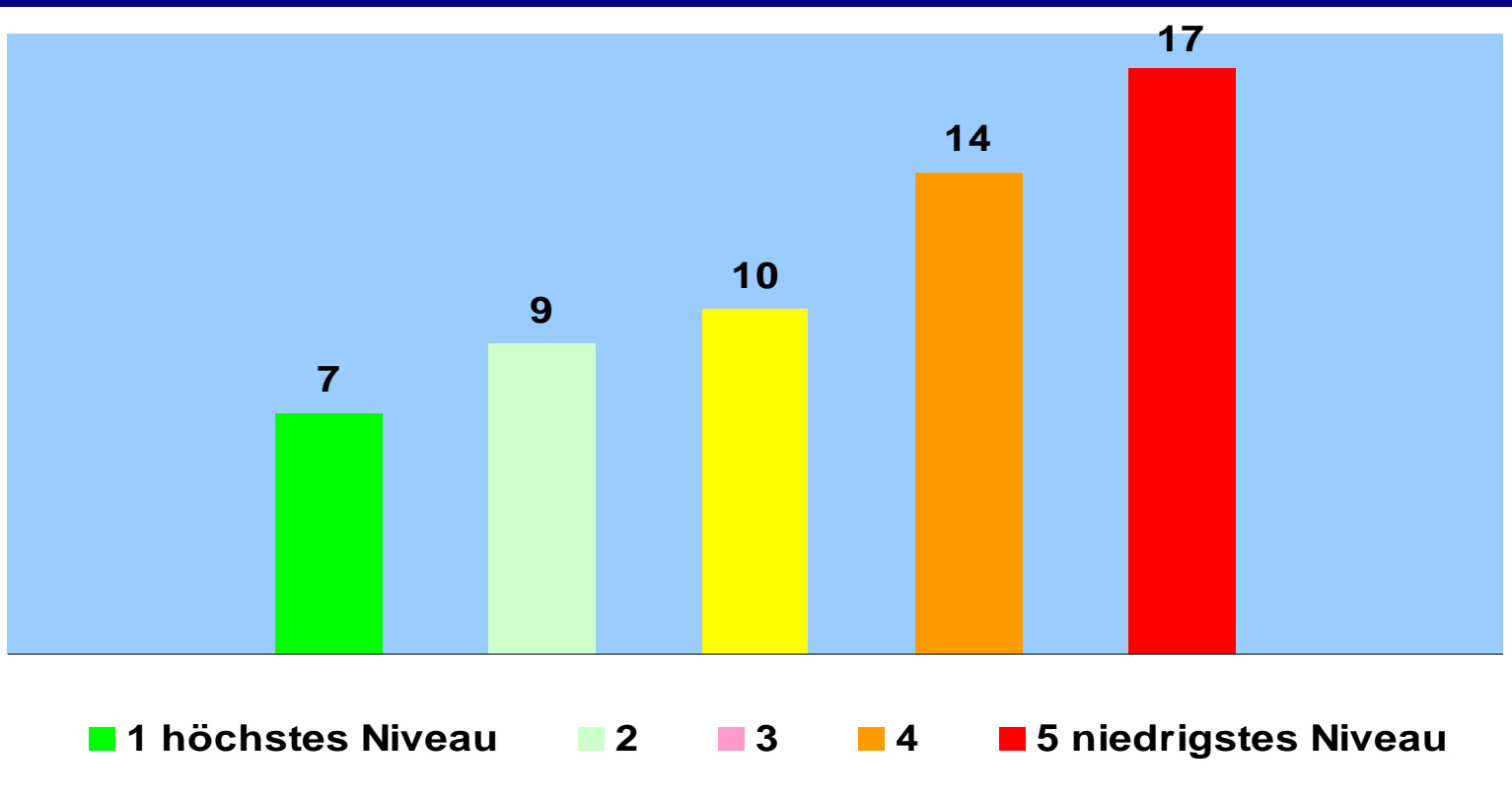
Betrachtet man das gesamte Kontinuum sozialer Ungleichheit, so zeigen sich deutlich ausgeprägte **soziale Gradienten**, d.h. kontinuierliche Anstiege der Raucherquoten mit abnehmendem sozioökonomischem Status

## Kontinuierlicher Anstieg der Raucherquoten hin zum niedrigsten **Wohlstandsniveau** (Armut)

Prävalenzraten (%) des täglichen bzw. mehrmals wöchentlichen Tabakrauchens nach Wohlstandsniveau

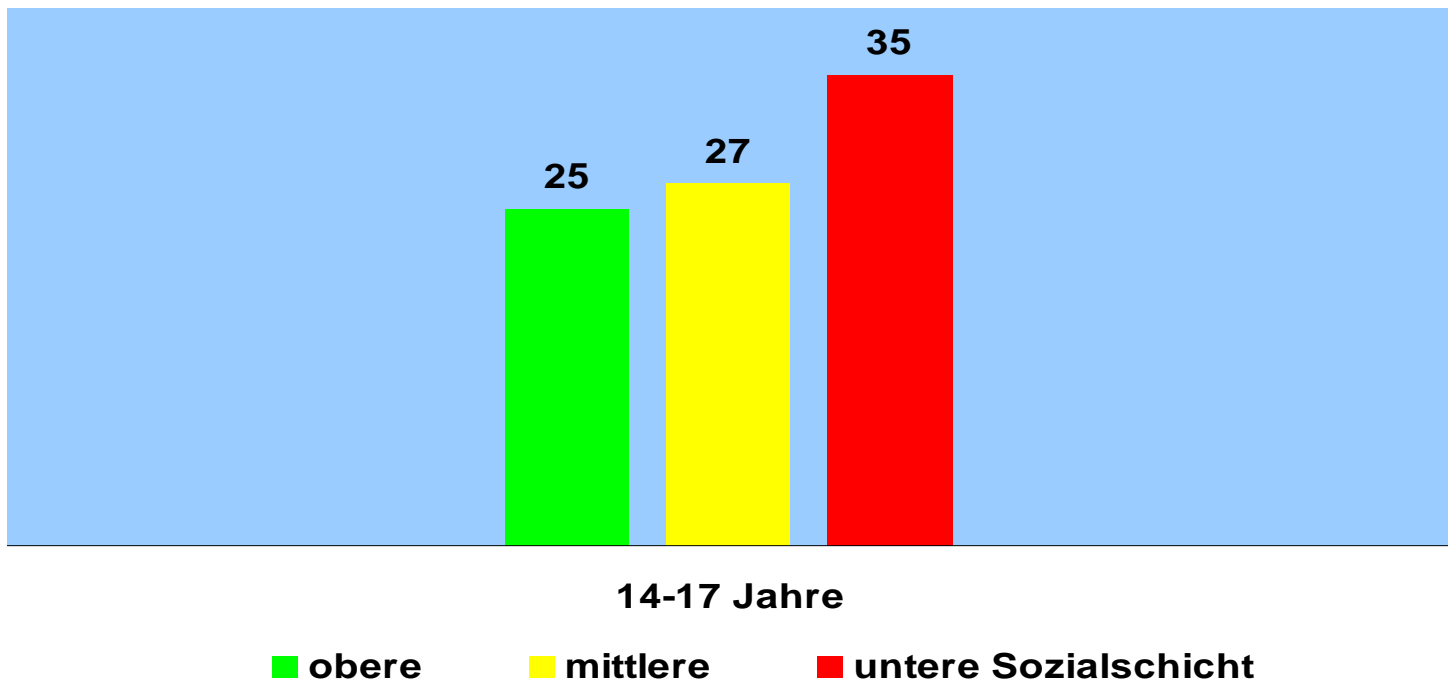
11- bis 15-Jährige

Klocke & Hurrelmann 1995 (HBSC NRW, N=2.491)



## Kontinuierlicher Anstieg der Raucherquoten mit abnehmendem **Sozialstatus**

Prävalenzraten (%) der regelmäßigen Raucher/innen  
nach sozialer Schicht bei 14-17-Jährigen  
KiGGS Modul Schleswig-Holstein 2007, 49

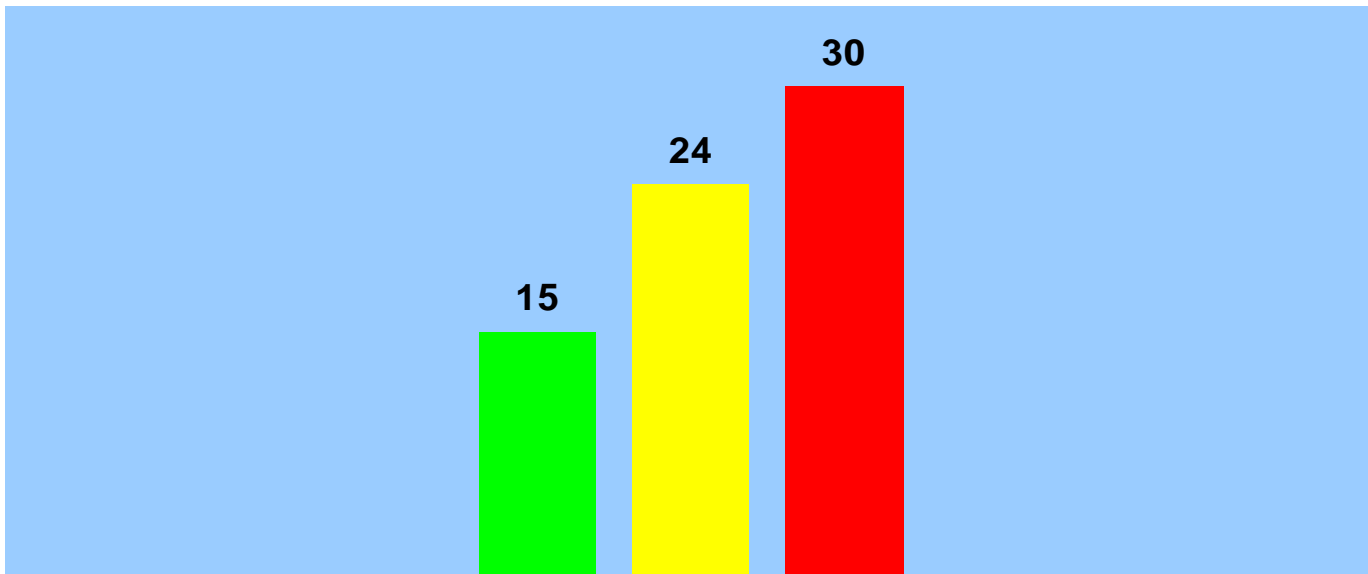


## Kontinuierlicher Anstieg des Anteils der starken Raucher/innen vom **Gymnasium zur Hauptschule**

Prävalenzraten (%) des Rauchens von >10 Zigaretten täglich nach Schulform (Konsumenten der letzten 30 Tage)

14-15-Jährige

ESPAD 2007, 49



15-16 Jahre

■ Gymnasium

■ Realschule

■ Hauptschule

## Sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche rauchen nicht nur häufiger und mehr sondern

- auch **früher**  
spätestens mit 10 Jahren Hauptschule 21%, Gymnasium 10% (ESPAD 2007)
- Und sie unterliegen damit viel häufiger hohen tabakbedingten **Gesundheits- und Abhängigkeitsrisiken**, denn je früher mit dem Tabakrauchen begonnen wird, umso höher ist das Risiko, körperlich zu erkranken und tabakabhängig zu werden (Breslau & Peterson 1996, Taioli & Wynder 1991, Everett et al. 1999, Bornhäuser 2003)

## Gründe, die den Einstieg in das Rauchen begünstigen und bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen viel häufiger vorkommen

- Beeinträchtigungen in der Bewältigung **jugendtypischer Entwicklungsaufgaben**: z.B. Rauchen zur Inszenierung eines Erwachsenenstatus, der infolge von Armut nur gebrochen und verzögert erreicht wird
- Aufwachsen und Leben in einem **sozialen Umfeld**, in dem das Tabakrauchen überproportional stark verbreitet ist: Familie, Schule, peers. Dadurch stärkere **Normalisierung** und **Imitation** des Rauchens

Dies gilt vor allem für Kinder und Jugendliche in Armut: Sie haben am häufigsten tabakrauchende Eltern (Henkel 2008)

## Dementsprechend

- sind sie häufiger dem Risiko ausgesetzt,
- **selbst mit dem Rauchen zu beginnen**
- denn das **elterliche Rauchen** ist generell ein starker **Prädiktor** für das Rauchen im Kindes- und Jugendalter

## Analoge Risikozusammenhänge nachgewiesen für

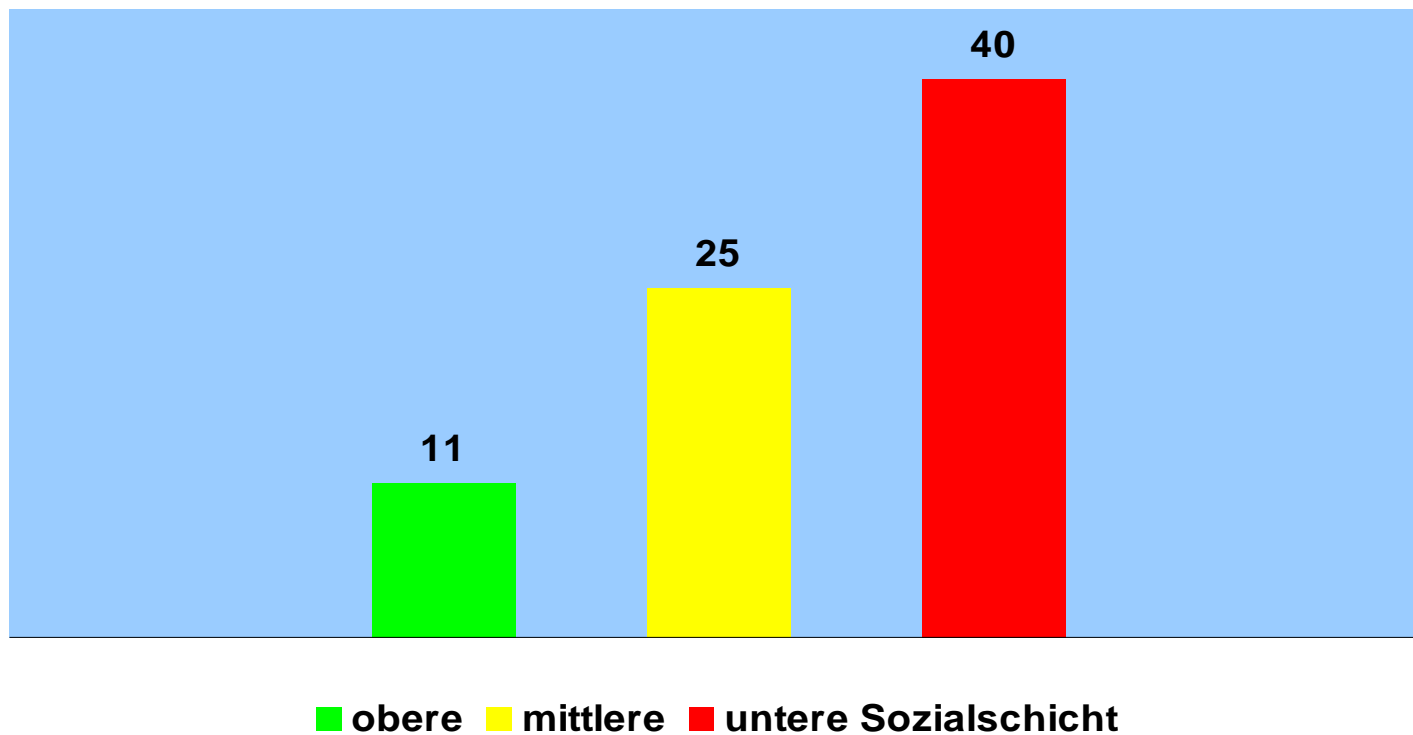
- **Hauptschüler/innen** (z.B. Scholz & Kaltenbach 1995, BZgA 2004) und
- **Kinder und Jugendliche aus der unteren Sozialschicht** (Gilman et al. 2003, Geckova et al. 2005)
- da auch sie in Relation zu den jeweiligen Referenzgruppen weit überproportional häufig **rauchende Eltern** haben und
- zudem wesentlich häufiger Kontakt zu **Gleichaltrigengruppen**, in denen das Rauchen stark verbreitet ist (ESPAD 2007, 57)
- Daraus folgt logischerweise, dass sozial Benachteiligte auch am häufigsten **Gesundheitsrisiken durch das Passivrauchen** unterliegen

## Passivrauchen (%)

Kontinuierlicher Anstieg von der oberen hin zur unteren  
Sozialschicht, 11- bis 17-Jährige

Passivrauchen = täglicher Aufenthalt in Räumen, in denen geraucht wird

KiGGS Modul Schleswig-Holstein 2007, 49



# Sozial ungleiche Verteilung der Raucherquoten auch bei Erwachsenen (Überblick Henkel 2008)

- Arbeitslose > Erwerbstätige (Männer, Frauen)
- untere > obere Sozialschicht (M, F)
- Arme > Wohlhabende (M, F)
- Arme rauchen nicht nur häufiger, sondern auch
- häufiger > 10 Zigaretten täglich
- beginnen mit dem Rauchen früher
- rauchen länger (niedrigste Exraucherquote)
- mit der Folge, dass die tabakbedingte Sterblichkeit bei Armen 2- bis 3-mal höher ist als bei wohlhabenden Bevölkerungsgruppen (Dt. Krebsforschungszentrum 2004)
- **„Wenn Du arm bist, musst Du früher sterben“**

# **Alkohol**

**Sind hier die sozialepidemiologischen  
Verteilungsmuster ähnlich wie beim  
Tabakrauchen?**

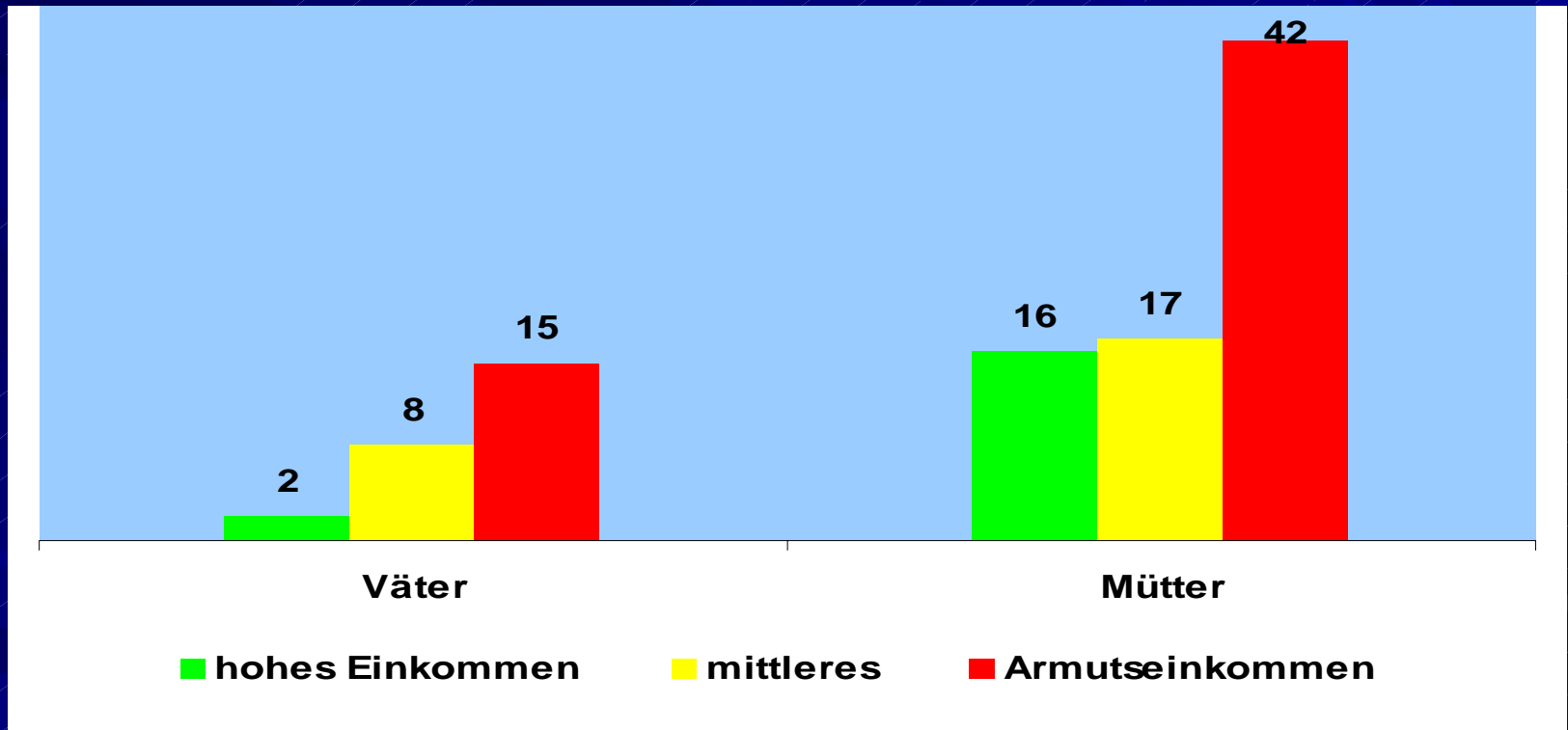
**Niedriger sozialer Status  
geht eher seltener einher mit einem regelmäßigen  
Alkoholkonsumverhalten,  
sondern häufiger mit sporadisch-exzessiven Trinkmustern  
(z.B. binge drinking),  
die sozial auffälliger und folgenreicher sind**

**Dementsprechend berichten Hauptschüler/innen  
auch deutlich häufiger als Gymnasiasten/innen  
von gravierenden **alkoholbedingten Problemen****

- schlechte Schulleistungen
  - Gewaltanwendung
  - Probleme mit der Polizei
  - Einweisung in Krankenhaus oder Notaufnahme
  - Sexualverkehr ohne Kondom
- (ESPAD 2007, 90)

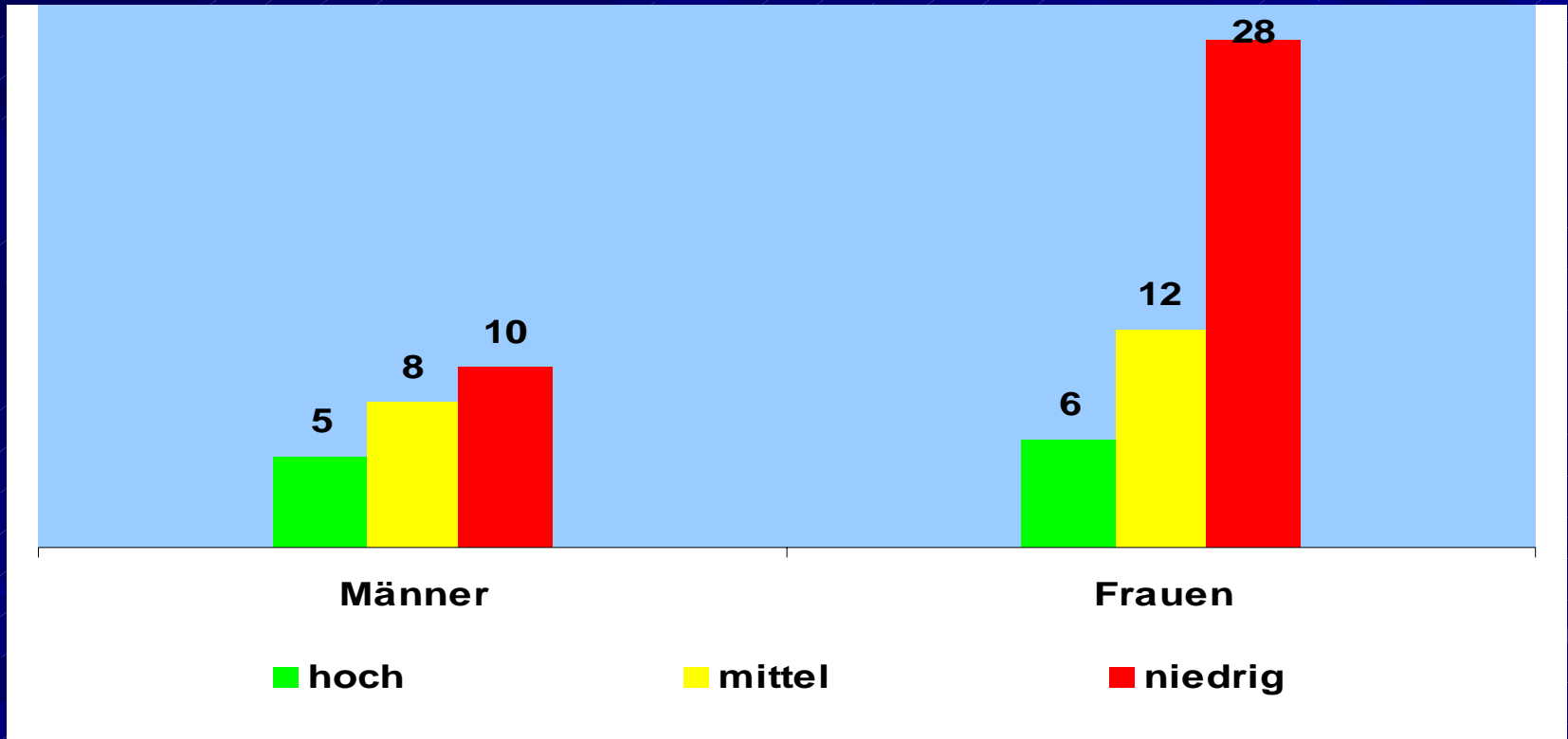
# Prävalenz (%) der Alkoholabstinenz bei Vätern und Müttern (25-50 Jahre) mit Kindern unter 15 Jahren nach Haushaltseinkommen

Henkel 2008 (Bundesgesundheitsurvey 1998)



# Prävalenz (%) der Alkoholabstinenz nach sozioökonomischen Status und Geschlecht

Bloomfield et al. 2000 (Suchtsurvey 1997, 18-59 Jahre)



## Wie sind die hohen Abstinenzquoten in den unteren sozialen Statusgruppen zu erklären?

- Es liegt nahe, die Abstinenzdifferenzen auf die unterschiedlichen **Einkommensressourcen** zurückzuführen
- Doch dann müssten auch die **Tabakraucherquoten** dieser ökonomischen Logik folgen, was nicht der Fall ist.
- Die Quoten der „**Tabakabstinenten**“ (noch nie geraucht) sind bei den Armen und in der unteren Sozialschicht am niedrigsten (Henkel et al. 2003)
- Armut geht einher mit geringer sozialer Teilhabe, damit wenig Anlässe für „geselliges“ Trinken z.B. in Gaststätten, Kneipen, Vereinen oder am Arbeitsplatz, so dass sich das Alkoholtrinken nur schwer zu einem Bestandteil des Lebensstils entwickeln kann
- Frauen aus unteren sozialen Schichten orientieren sich eher an einem traditionellen Frauenbild, zu dem es nicht ohne weiteres passt, Alkohol zu trinken

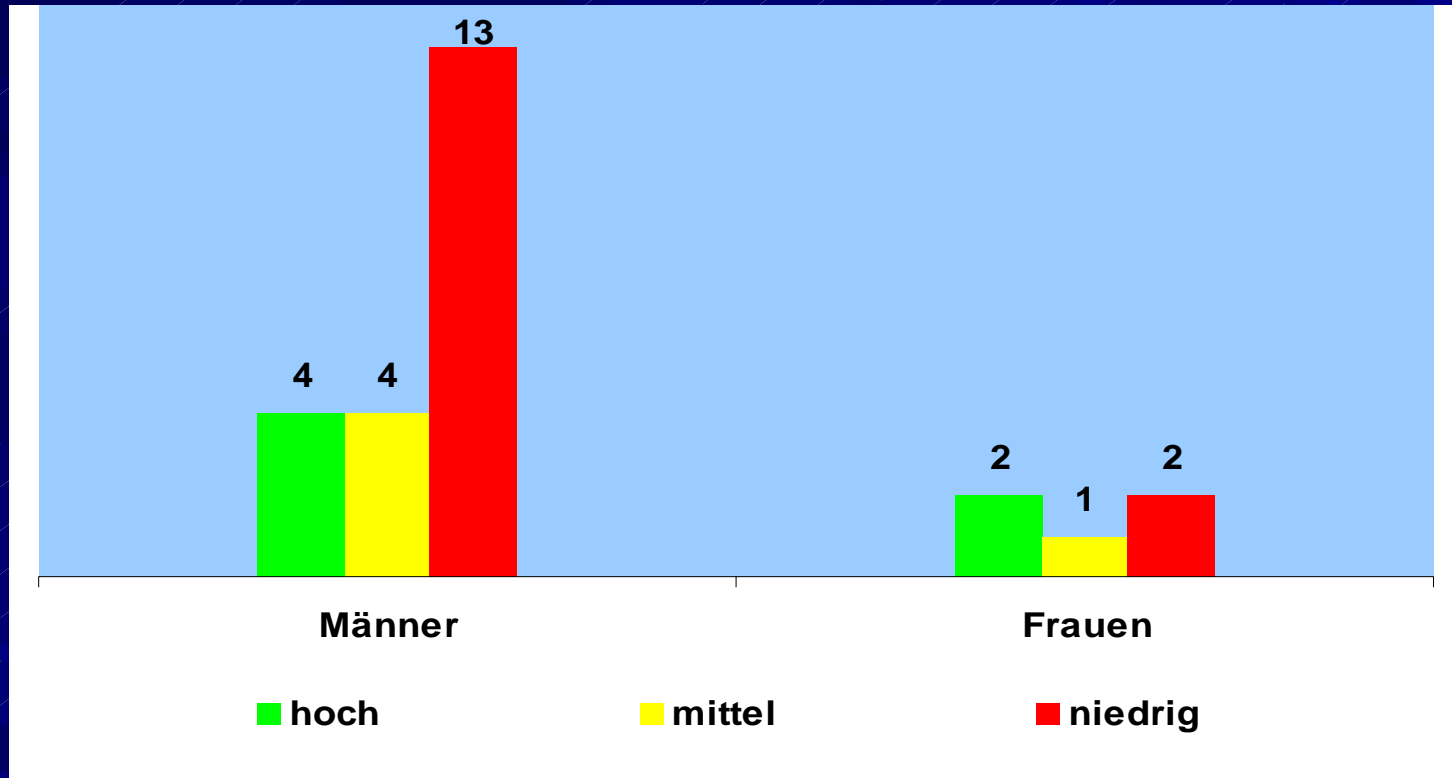
## Kinder aus sozial benachteiligten Verhältnissen haben also überproportional häufig alkoholabstinente Elternmodelle

Aufwachsen in Armut bzw. der unteren Sozialschicht ein **Schutzfaktor** gegen Alkoholismus?

- Ja und nein, denn dort besteht ein stark **polarisiertes** Verteilungsmuster, d.h.
- auf der einen Seite wird/bleibt ein in Relation zu den sozial höher positionierten Gruppen höherer Anteil **alkoholabstinent** und
- auf der anderen Seite ein ebenso überproportional hoher Anteil **alkoholabhängig** (Männer)

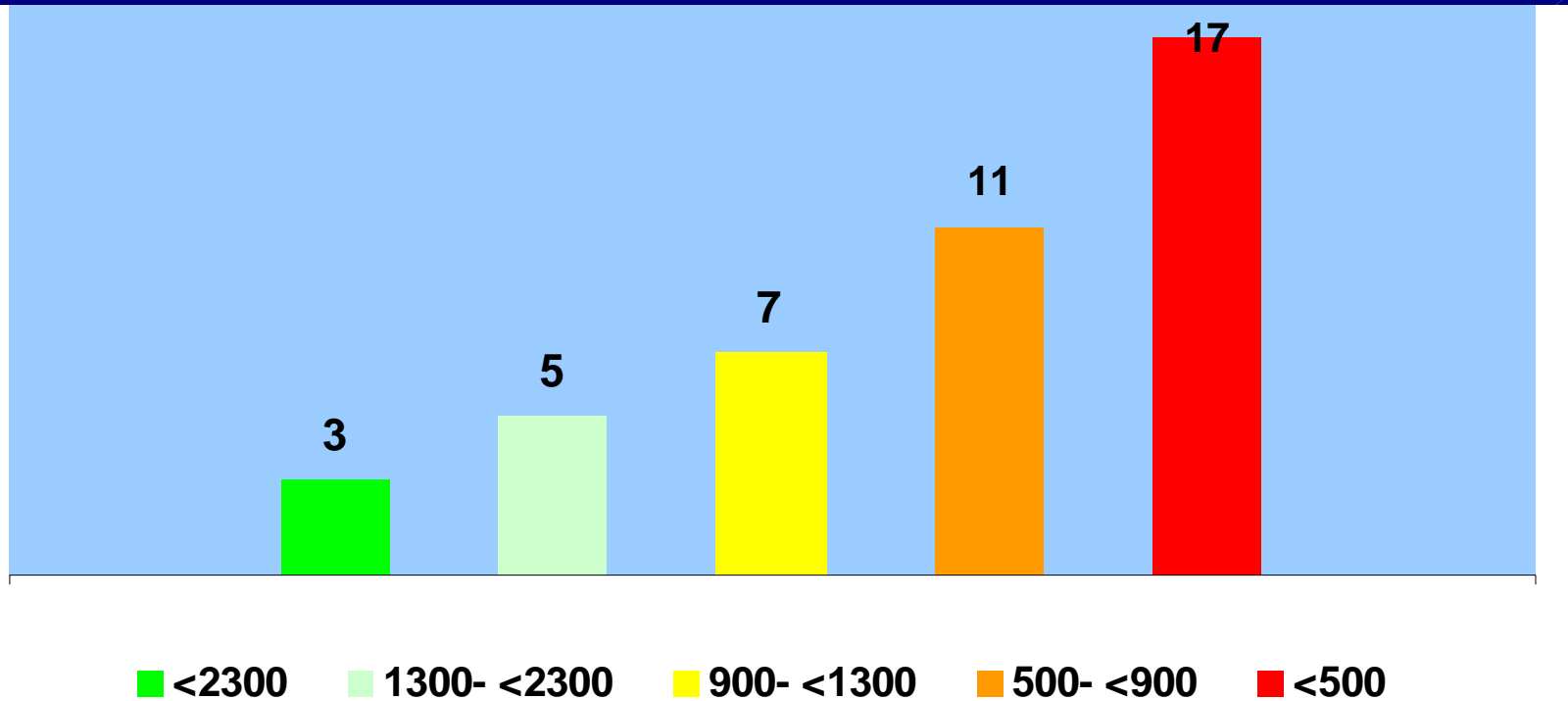
# Prävalenz (%) der Alkoholabhängigkeit (DSM IV) nach sozioökonomischem Status und Geschlecht

Bloomfield et al. 2000 (Suchtsurvey 1997, 18-59 Jahre)



# Lebenszeitprävalenz (%) der Alkoholabhängigkeit bei Patienten/innen in Allgemeinkrankenhäuser nach Haushaltseinkommen (Euro)

Freyer-Adam 2008 (N=10.962)



**Die präsentierten epidemiologischen Daten sind Querschnittsbefunde.**

**Sie lassen offen, welche kausalen Beziehungen zwischen der sozialen Lage und der Suchtproblematik bestehen**

**Beispiel:**

**Die bei den Armen erhöhte Prävalenzrate der Alkoholabhängigkeit könnte zurückgehen auf**

- **selektive Effekte: Alkoholabhängigkeit erhöht das Risiko, in Armut zu geraten**  
und/oder
- **kausale Effekte: Armut begünstigt die Herausbildung von Alkoholabhängigkeit**

# Kausalitätsfrage

- **Benötigt Längsschnittstudien**
- **Aber ganz unabhängig von der Frage nach der Kausalität gilt:**
- **Der Bedarf an alkoholbezogener Prävention und Behandlung nimmt mit abnehmendem sozioökonomischen Status zu**

# Illegale Drogen

## Sozial ungleiche Verteilung der Drogenaffinität

Lebenszeitprävalenzraten (%)  
des Konsums illegaler Drogen (außer Cannabis) und  
Schnüffelstoffen nach Schulform

15- bis 16-Jährige

ESPAD 2007, 121, 127

Substanz	Hauptschule	Realschule	Gymnasium
Schnüffelstoffe	16.4	12.3	9.3
Amphetamine	6.9	6.3	4.3
Ecstasy	5.9	4.1	1.9
Kokain	5.6	4.1	1.4
Drogenpilze	5.4	5.5	2.8
LSD	4.3	3.5	2.4
GHB	3.9	2.4	1.2
Crack	3.4	2.8	1.4
Heroin	2.6	1.0	0.6

**Keine großen Unterschiede  
in den 12-Monatsprävalenzraten (%),  
wenn man zwischen Schulformen, Sozialschichten und  
Wohlstandsniveaus differenziert**

<b>Sozialschicht</b>	<b>untere</b>	<b>obere</b>	
Jungen	14	13	KiGGS 2007 14-17 Jahre
Mädchen	9	11	
<b>Schulform</b>	<b>Hauptschule</b>	<b>Gymnasium</b>	
Jungen+Mädchen	15	18	ESPAD 2007 15-16 Jahre
Jungen	16	13	KiGGS 2007
Mädchen	12	10	14-17 Jahre
<b>Wohlstandsniveau</b>	<b>niedrigstes</b>	<b>höchstes</b>	
Jungen	6	6	HBSC Thüringen 2005 11-15 Jahre
Mädchen	9	9	

**Doch die Risiken  
für die Entwicklung einer Cannabisabhängigkeit  
sind sozial ungleich hoch**

- **Ergebnisse einer Längsschnittstudie**
- **v. Sydow et al. 2002**
- **Zeitspanne 4 Jahre, Alter 14-24, N=2.446**

# Risikofaktoren für die Entwicklung einer Cannabisabhängigkeit (DSM-IV) bei Jugendlichen, die zu Untersuchungsbeginn Cannabis konsumierten, aber nicht abhängig waren

OR gibt den Faktor an, um den das Risiko in Relation zur jeweiligen Referenzgruppe (z.B. hoher sozioökonomischer Status) erhöht ist, \* signifikant

<b>Risikofaktoren</b>	<b>Ausprägung</b>	<b>OR</b>
Tod eines Elternteils vor 15. Lebensjahr	ja	39.7*
sozioökonomischer Status	niedrig	24.2*
finanzielle Situation	schlecht	7.1*
Konsum anderer illegaler Drogen	ja	7.1*
Selbstwertgefühl	niedrig	1.9*
SCL-90 GSI (Globalindex Schweregrad psychischer Symptome)	hoch	1.7*
Alter	hoch	0.4*

# **Arbeitslosigkeit und Konsum psychoaktiver Substanzen**

**In den Medien immer wieder anzutreffende falsche,  
letztlich stigmatisierende Gleichsetzungen**

**arbeitslos = krank**

**arbeitslos = süchtig**

# Prävalenzraten der Arbeitslosen

\* in Relation zu Erwerbstätigen signifikant/deutlich erhöht

Rose, Jacobi 2004	<b>Alkoholabhängigkeit DSM IV (12-M-Präv.) Männer</b>	8.9*
Rose, Jacobi 2004	<b>Alkoholabhängigkeit DSM IV (12-M-Präv.) Frauen</b>	1.8
Pockrandt et al. 2007	<b>Rauchen täglich ALG I</b>	46.7*
Pockrandt et al. 2007	<b>Rauchen täglich ALG II</b>	57.0*
Pockrandt et al. 2007	<b>Riskanter Alkoholkonsum (Audit) ALG I</b>	25.6*
Pockrandt et al. 2007	<b>Riskanter Alkoholkonsum (Audit) ALG II</b>	26.1*
Pockrandt et al. 2007	<b>Drogenkonsum &gt;5-mal letzte 12 Monate ALG I</b>	3.5*
Pockrandt et al. 2007	<b>Drogenkonsum &gt;5-mal letzte 12 Monate ALG II</b>	6.8*

## Erhöhte Prävalenz kann zurückgehen auf

- **selektive Effekte = Suchtprobleme erhöhen das Risiko arbeitslos zu werden**
- **und/oder**
- **kausale Effekte = Arbeitslosigkeit erhöht das Risiko, Suchtprobleme zu entwickeln**

# Jugendliche

**Signifikant höhere Risiken für Arbeitslose als für Erwerbstätige, Substanzprobleme zu entwickeln, aber nur für männliche Jugendliche**

## Autoren (Land)

Peck, Plant 1986 (Schottland)  
Power, Estaugh 1990 (UK)  
Janlert, Hammarström 1992 (Schweden)  
Hammer 1992 (Norwegen)  
Hammarström, Janlert 1994 (Schweden)  
Fergusson et al. 1997 (Neuseeland)  
dto  
Montgomery et al. 1998 (UK)  
dto  
dto  
Fergusson et al. 2001 (Neuseeland)  
dto  
Dooley, Prause 2004 (USA)  
Christoffersen 2000 (Dänemark\*)  
Unger et al. 2004 (USA)\*

## Substanzprobleme

Konsum illegaler Drogen  
heavy drinking  
riskanter Alkoholkonsum  
Cannabiskonsum  
Einstieg in Tabakrauchen  
Nikotinabhängigkeit DSM-IV  
Drogenabhängigkeit DSM-IV  
Alkoholprobleme CAGE-Test  
heavy drinking  
Tabakrauchen  
Alkoholmissbrauch/Abhängigkeit DSM-IV  
Drogenmissbrauch/Abhängigkeit DSM-IV  
Alkoholmissbrauch/Abhängigkeit DSM-III  
Missbrauch Alkohol/Drogen DSM-IV  
Einstieg in Tabakrauchen

\*) Risiko bei Arbeitslosigkeit der Eltern

**Plausibel werden diese Befunde angesichts der psychosozialen Folgen länger anhaltende Arbeitslosigkeit (Paul & Moser 2001; Kieselbach & Beelmann 2007)**

- **Minderung des Selbstwertgefühls**
- **reduzierte soziale Wertschätzung, Verlust sozialer Kontakte**
- **Verlust der Lebensperspektive, Zukunftsängste**
- **Abnahme der Lebenszufriedenheit**
- **Zunahme familiärer Konflikte**
- **finanzieller Stress**
- **psychosomatische Beschwerden**
- **Zerfall von Zeitstrukturen, Monotoniestress**
- **erschwerte Bewältigung jugendtypischer Entwicklungsaufgaben, z.B. Gewinnung von Autonomie und Festigung der Identität infolge der verlängerten Abhängigkeit von den Eltern**

# **Präventive Schlussfolgerungen Kinder und Jugendliche**

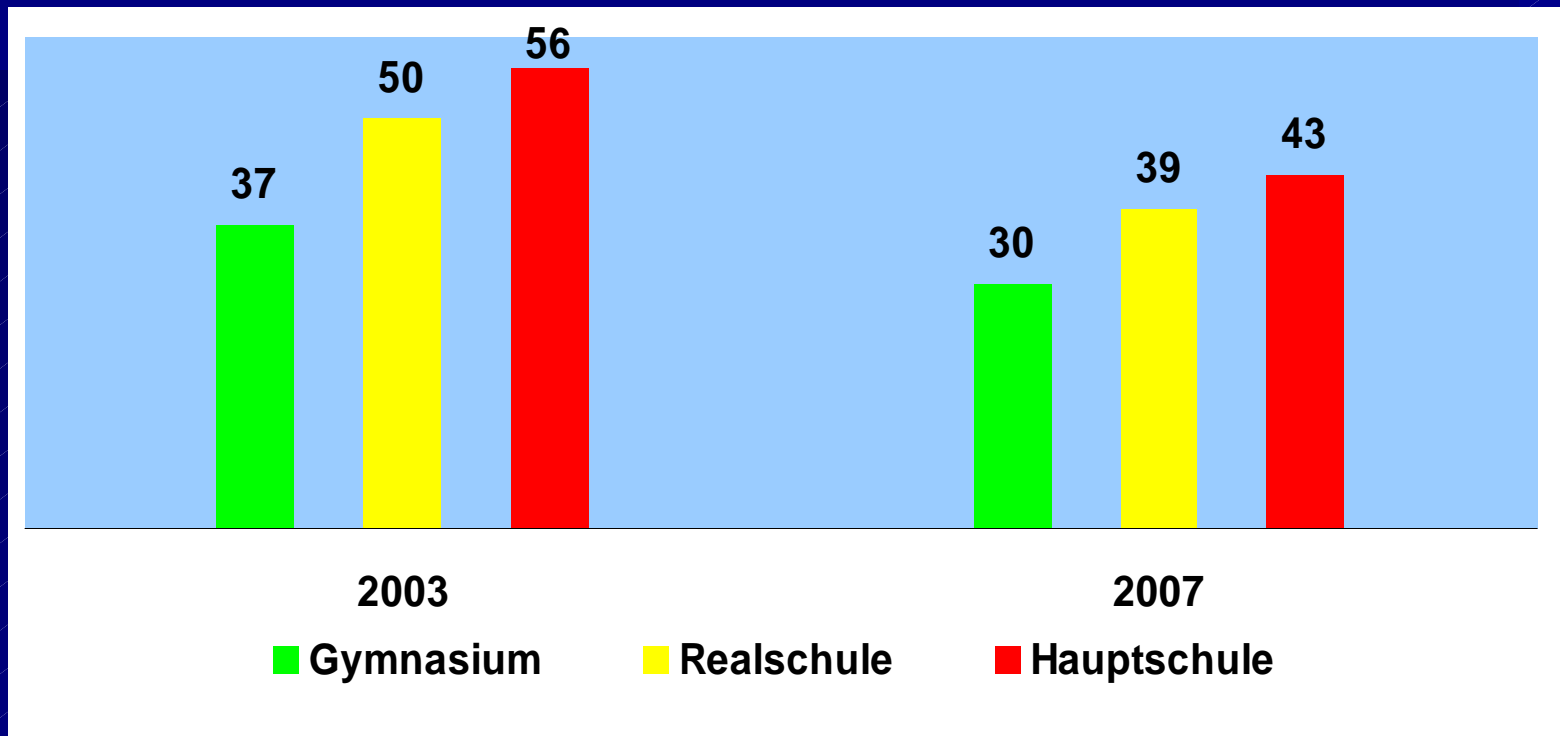
## **Im Bereich der Tabakprävention sind bereits wirksame Maßnahmen erfolgt**

### **Erhöhung der Tabaksteuer ab 2002**

- **Rauchverbote in öffentlichen Räumen: Restaurants, Schulen usw.**
- **Altersprüfung an Zigarettensautomaten ab 2007**

# Rückgang der Raucherquoten in allen Schulformen, aber bei Konstanz des Prävalenzgefälles zu Ungunsten der Hauptschule

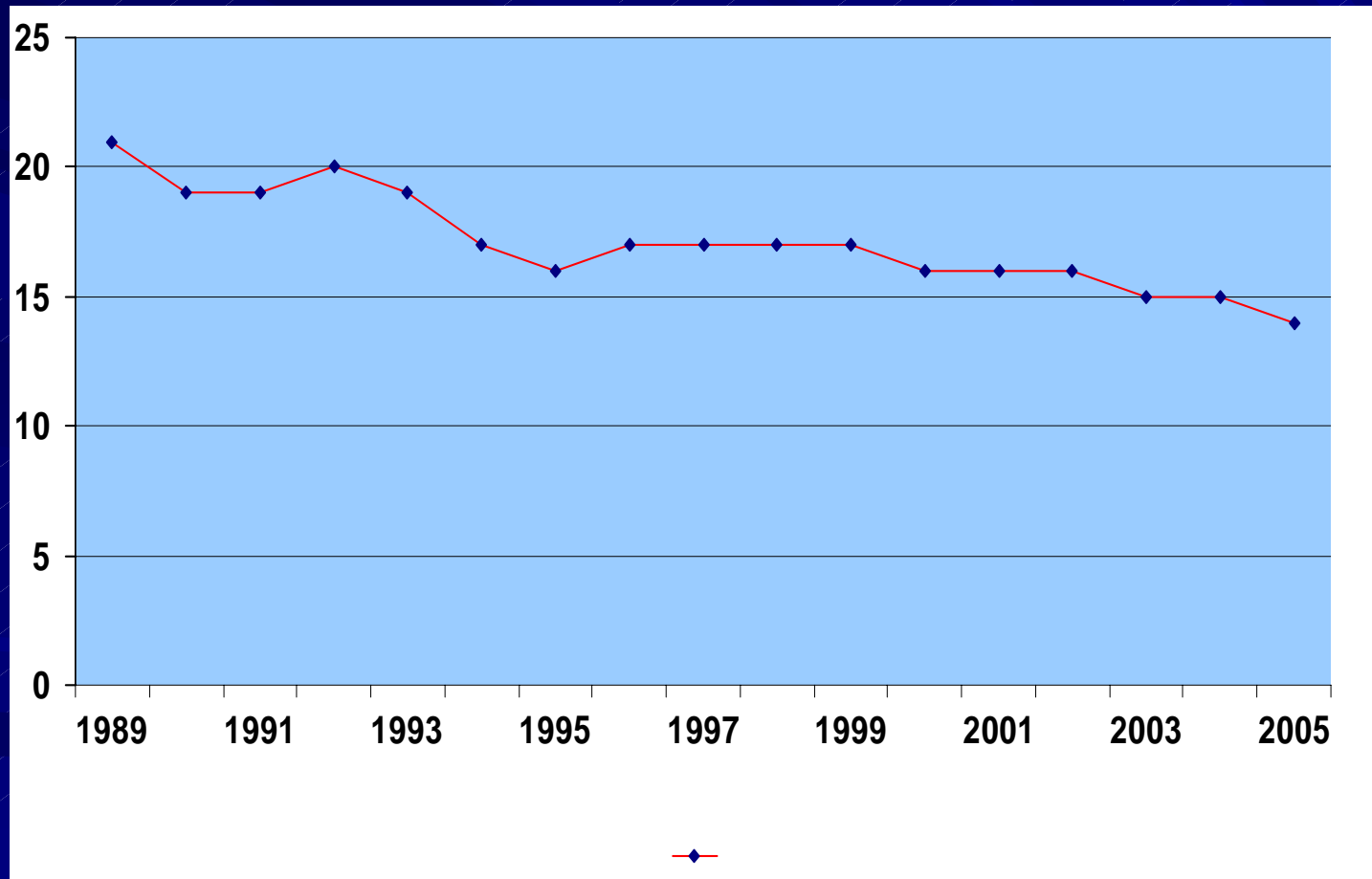
30-Tages-Prävalenzraten (%) des Tabakrauchens  
Rückgang von 2003 nach 2007  
nach Schulform, 15-16 Jahre  
ESPAD 2003, 2007, 57



## Blick in andere Länder: z.B. Kalifornien/USA

Entwicklung der Prävalenz (%) des Tabakrauchens  
in den Jahren 1989-2005 in Kalifornien

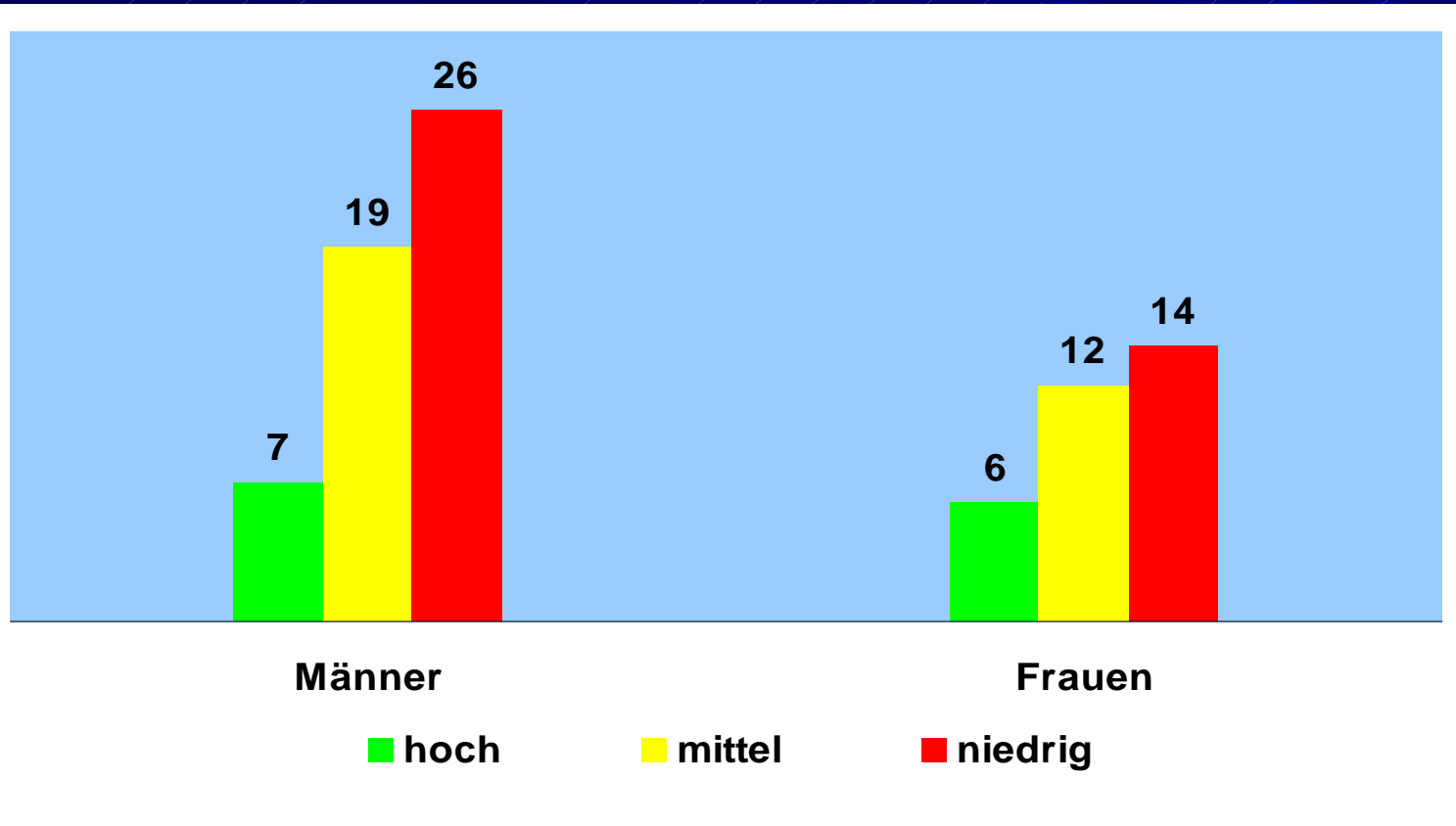
California Department of Health Services 2006



## Kalifornien/USA

### Prävalenz (%) des Tabakrauchens nach sozioökonomischem Status im Jahr 2005

California Department of Health Services 2006



## social mainstreaming

Präventive Maßnahmen müssen folgende zentrale Kriterien erfüllen:

- Sie müssen in ihrer Schwerpunktsetzung den **sozialen Gradienten** in der epidemiologischen Verteilung der Prävalenzen und Risiken entsprechen
- d.h. verstärkt auf die **sozial benachteiligten** Gruppen gerichtet und so wirksam sein,
- dass sie letztendlich zu einer **Reduktion bzw. Beseitigung der sozialen Gradienten** in der Suchtproblematik beitragen

## Eine zentrale Frage

Welche Institutionen könnten suchtbezogene Maßnahmen anbieten, von denen auch und sogar besonders die sozial benachteiligten Kinder und Jugendlichen profitieren könnte?

Es müssen Institutionen sein,

- 1) über die möglichst viele, sogar überproportional viele sozial Benachteiligte erreicht werden können (**niedrigschwellig**),
- 2) zu denen sozial benachteiligte Gruppen **ohnehin** sehr häufig Kontakt haben (**hohe Kontaktdichte**), und
- 3) die für **suchtbezogene Maßnahmen geeignet** sind

## Diese Kriterien erfüllen vor allem

### (1) die Schulen

Präventive Schwerpunktsetzung in der **Hauptschule**, da hier der Anteil der Risikogruppen überproportional hoch ist, d.h. der Kinder und Jugendlichen, die

- der **unteren Bildungs- und Sozialschicht** angehören,
- in **Armut bzw. auf niedrigem Wohlstandsniveau** leben
- und von **Arbeitslosigkeit** bedroht sind

## Diese Kriterien erfüllen...

(2) die TV-Massenmedien,

da **visualisierte** Präventionsbotschaften auch Jugendliche mit geringem Bildungsniveau gut erreichen und

das Fernsehen für sozial Benachteiligte (vor allem arme, arbeitslose) Kinder und Jugendliche eine weit überdurchschnittlich hohe Attraktivität ausübt (Klocke 2001, Shell-Studie 2003, KiGGS-Studie 2007)

Mediale Kampagnen sind wirksam, wenn sie genauso angelegt sind wie die Alkohol- und Tabakwerbung

- **zielgruppengenau**
- **langfristig implementiert**
- **vor allem alltäglich präsent**

**Flankiert durch eine deutliche Einschränkung der Alkoholwerbung und ein vollständiges Verbot der Tabakwerbung**

**Denn es ist anzunehmen, dass die Werbung mit ihren suggestiven Bildern von Freiheit und Abenteuer, Reichtum und unbeschwerter Lebensfreude gerade bei den Kindern und Jugendlichen die stärkste Resonanz erzeugt, die all dies am stärksten entbehren.**

# Repräsentative bevölkerungsweite deutsche Studien zum Konsum psychoaktiver Substanzen bei Kindern und Jugendlichen

## ■ **KiGGS-Studie 2007/RKI**

Kinder- und Jugendgesundheitssurvey

N=6.813, 14-17 Jahre, Modul Schleswig-Holstein N=1.931, 11-17 Jahre

## ■ **2. ESPAD-Studie 2007/IFT**

Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen,  
Deutschland N=12.448, 15-16 Jahre

## ■ **Drogenaffinitätsstudie/BZgA 2004**

N=3.032, 12-25 Jahre

## ■ **HBSC-Studien 1995-2005**

Health Behavior of School-aged Children, 11-15 Jahre

NRW 1995, N=2.491

Hessen 2002, N=3.614

Berlin 2003, N=9.596

Thüringen 2005, N=1.800

## ■ **Bundesgesundheitssurvey 1998/RKI (N=7.129)**

kinderbezogene Daten, Alter <15 Jahre

**Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit**