

Sucht und soziale Lage

Welche Risiken bestehen für welche Gruppen von Kindern und Jugendlichen?

Prof. Dr. Dieter Henkel

Fachhochschule Frankfurt am Main
University of Applied Sciences
FB 4 Soziale Arbeit und Gesundheit
Institut für Suchtforschung (ISFF)
e-mail: henk@fb4.fh-frankfurt.de

XVII. Niedersächsische Suchtkonferenz
Hannover, 18.10.2007

Gliederung des Vortrags: 3 Fragestellungen

1. Unterscheiden sich sozial benachteiligte von privilegierten Jugendlichen in der **Prävalenz** (Häufigkeit) des Konsums und der Abhängigkeit von **Tabak, Alkohol und Cannabis**?
2. Sind die verschiedenen Formen sozialer Benachteiligung **Risikofaktoren** für die Entstehung von Substanzproblemen?
3. Welche **präventiven Maßnahmen** wären angemessen?

Verschiedene Ansätze und Indikatoren zur Beschreibung der sozialen Lage/Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen

- ▶ **Einkommen:** arm vs. wohlhabend
- ▶ **Erwerbsstatus:** arbeitslos vs. erwerbstätig
- ▶ **Schulformen:** Hauptschule, Realschule, Gymnasium
- ▶ **Sozialschicht bzw. sozioökonomischer Status:** nach Bildung, Einkommen und Berufsstatus der Eltern
- ▶ **Wohlstandsniveau:** finanzielle Lage der Familie, Anzahl der Autos, Computer, Bücher im Haushalt, Anzahl der Urlaubsreisen mit Familie, (kein) eigenes Zimmer pro Kind
- ▶ **Soziales Kapital:** Einbindung in verschiedene soziale Netzwerke, Grad der sozialen Integration und Partizipation

Repräsentative deutsche Studien zum Konsum psychoaktiver Substanzen bei Kindern und Jugendlichen

▶ **KiGGs-Studie 2007/RKI**

Kinder- und Jugendgesundheitsurvey

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

▶ **ESPAD-Studie/IFT 2004**

Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen,
Deutschland N=11.043, 14-15 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

Tabakrauchen nach sozialer Lage

Höchste Raucherquoten (%) stets in den unteren sozialen Statusgruppen

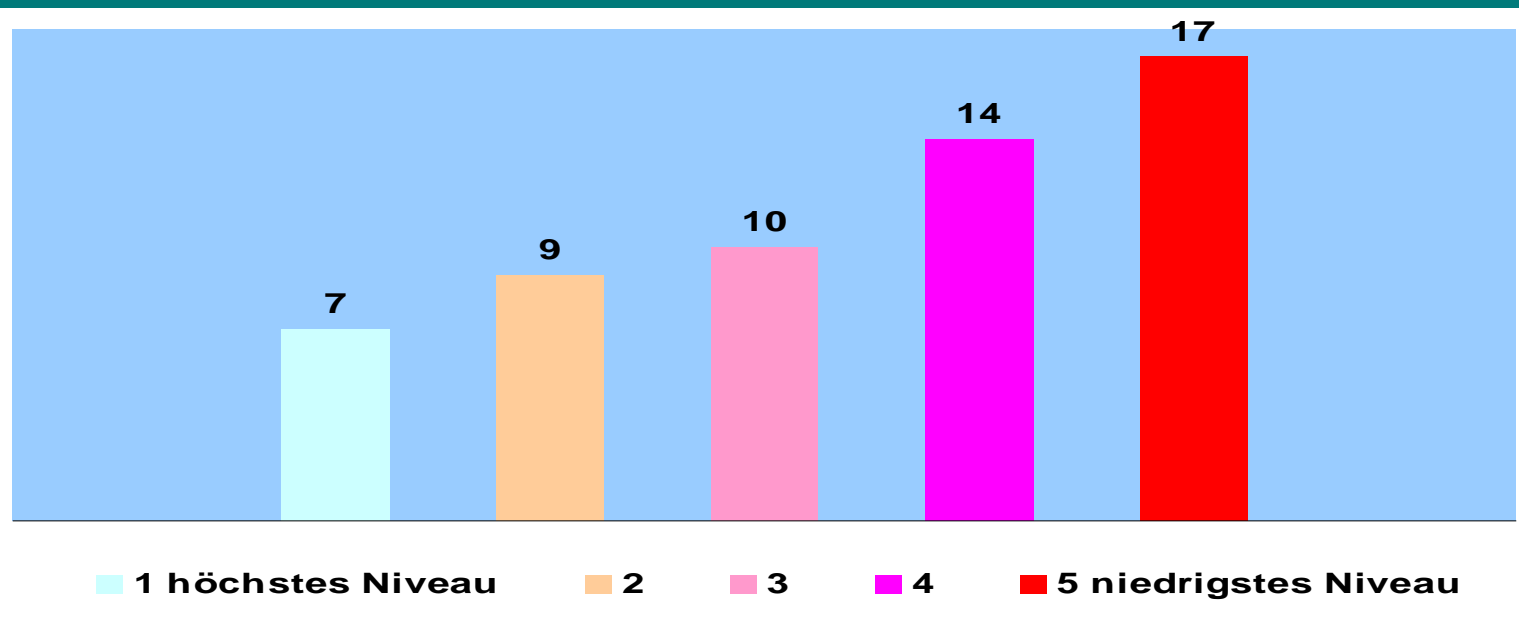
Sozialschicht	untere	obere	KiGGS 2007
Jungen	36	26	tägliches+gelegentliches Rauchen
Mädchen	39	22	14-17 Jahre
Schulform	Hauptschule	Gymnasium	ESPAD 2004
Jungen+Mädchen	46	23	tägliches Rauchen
Jungen	42	18	14-15 Jahre
Mädchen	47	23	KiGGS-Studie 2007
			tägliches+gelegentliches Rauchen, 14-17 Jahre
Wohlstandsniveau	niedrigstes	höchstes	HBSC Berlin 2003
Jungen+Mädchen	19	12	tägliches Rauchen
Jungen	14	10	11-15 Jahre
Mädchen	20	10	HBSC Thüringen 2005
			tägliches Rauchen
			11-15 Jahre
soziales Kapital	niedrigstes	höchstes	HBSC Hessen 2002
Jungen+Mädchen	14	9	tägliches Rauchen
			11-15 Jahre

Soziale Gradienten

Betrachtet man die soziale Ungleichheit nicht nur dichotom (z.B. untere vs. obere Sozialschicht), sondern differenzierter, so zeigen sich beim Tabakrauchen nahezu überall klar ausgeprägte soziale Gradienten, nachfolgend demonstriert am Beispiel des Wohlstandniveaus

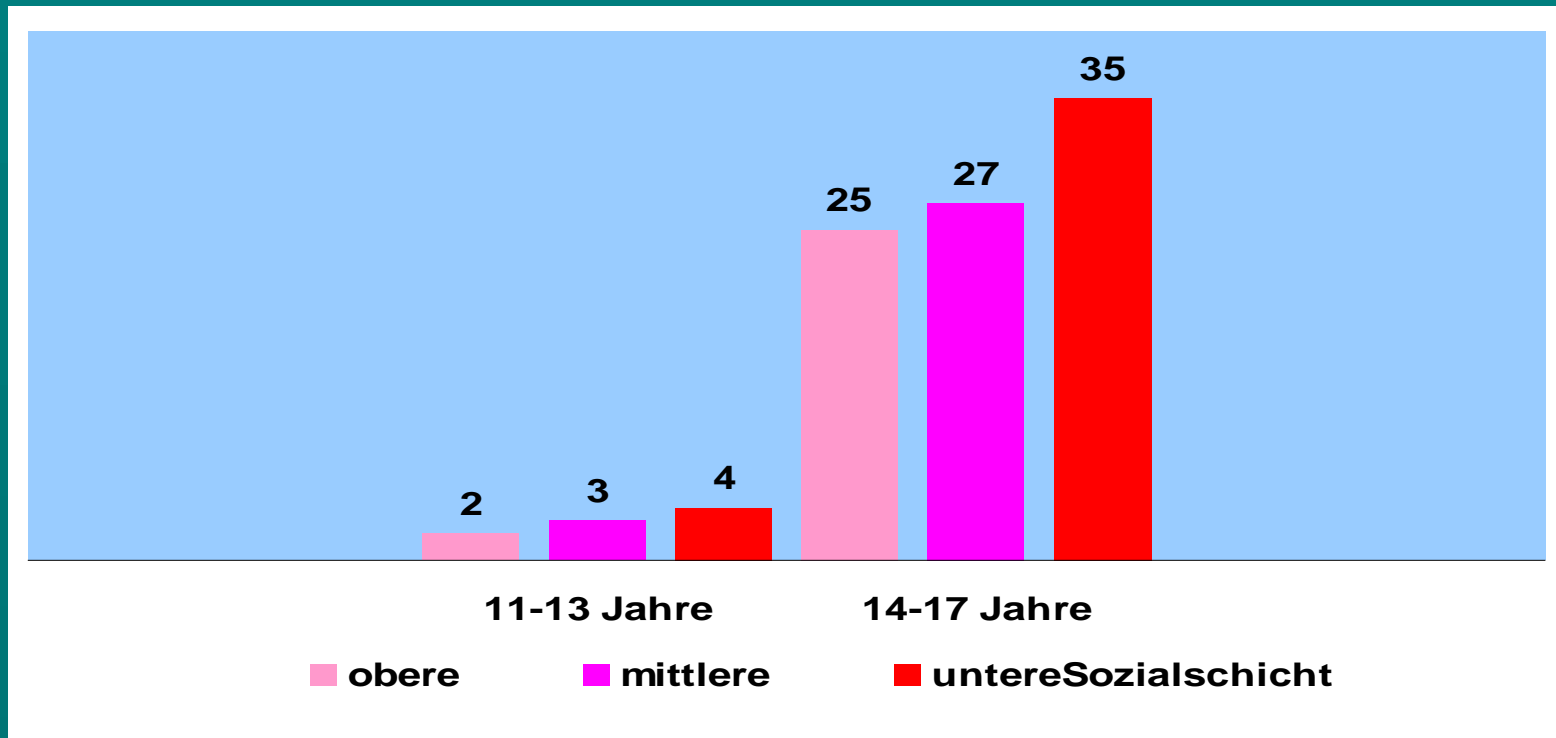
Prävalenzraten (%) des täglichen bzw. mehrmals wöchentlichen Tabakrauchens nach Wohlstandsniveau 11- bis 15-Jährige

Klocke & Hurrelmann 1995 (HBSC NRW, N=2.491), signifikant bei Adjustierung für Alter und Geschlecht



Prävalenzraten (%) der regelmäßigen Raucher/innen nach sozialer Schicht und Altersgruppen

KiGGS Modul Schleswig-Holstein 2007, 49

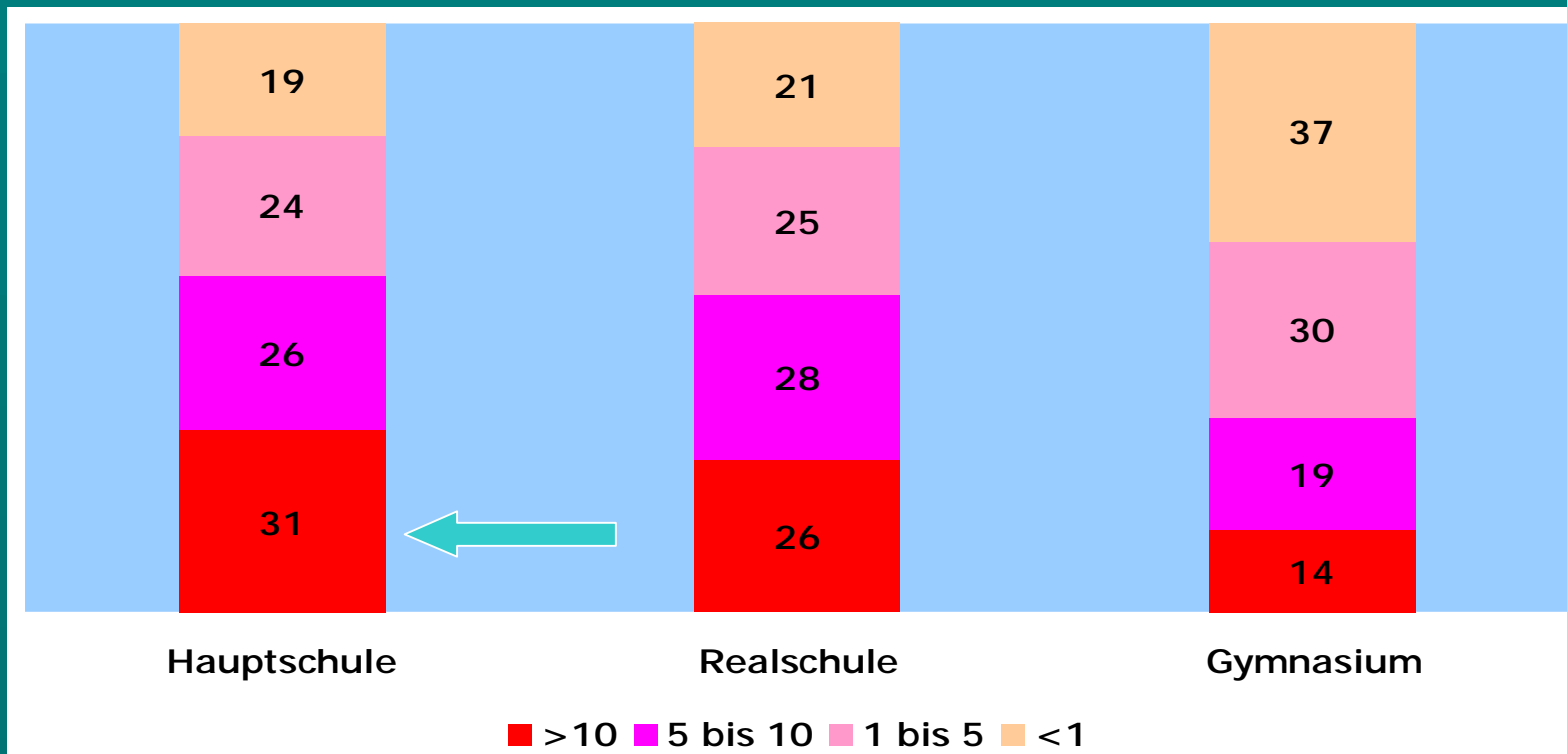


Sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche rauchen nicht nur häufiger sondern

- ▶ haben erste Raucherfahrungen auch deutlich **früher** (spätestens mit 11 Jahren Hauptschule 30%, Gymnasium 17%, ESPAD 2004)
- ▶ 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 (KiGGS-Studie 2007) und tabakabhängig zu werden (z.B. Bornhäuser 2003)
- ▶ Und sie rauchen auch mehr Zigaretten pro Tag:

Durchschnittliche Anzahl gerauchter Zigaretten pro Tag
in den letzten 30 Tagen nach Schulform
14- bis 15-Jährige (aktuelle Raucher/innen)
Angaben in %

ESPAD 2004, 35



Grundsätzlich betrachtet,
können die höheren Prävalenzraten der unteren sozialen
Statusgruppen darauf zurückgehen

- ▶ dass Personen mit Substanzproblemen ein höheres Risiko haben, in sozial benachteiligte Lebenslagen zu geraten (**Selektionshypothese**)
oder darauf
- ▶ dass soziale Benachteiligungen die Entstehung von Substanzproblemen begünstigen (**Kausalitätshypothese**)

Prüfung dieser Hypothesen
ist nur durch Längsschnittstudien möglich, die
Entwicklungsprozesse über einen längeren Zeitraum
analysieren

Doch wendet man diese Hypothesen auf Kinder an

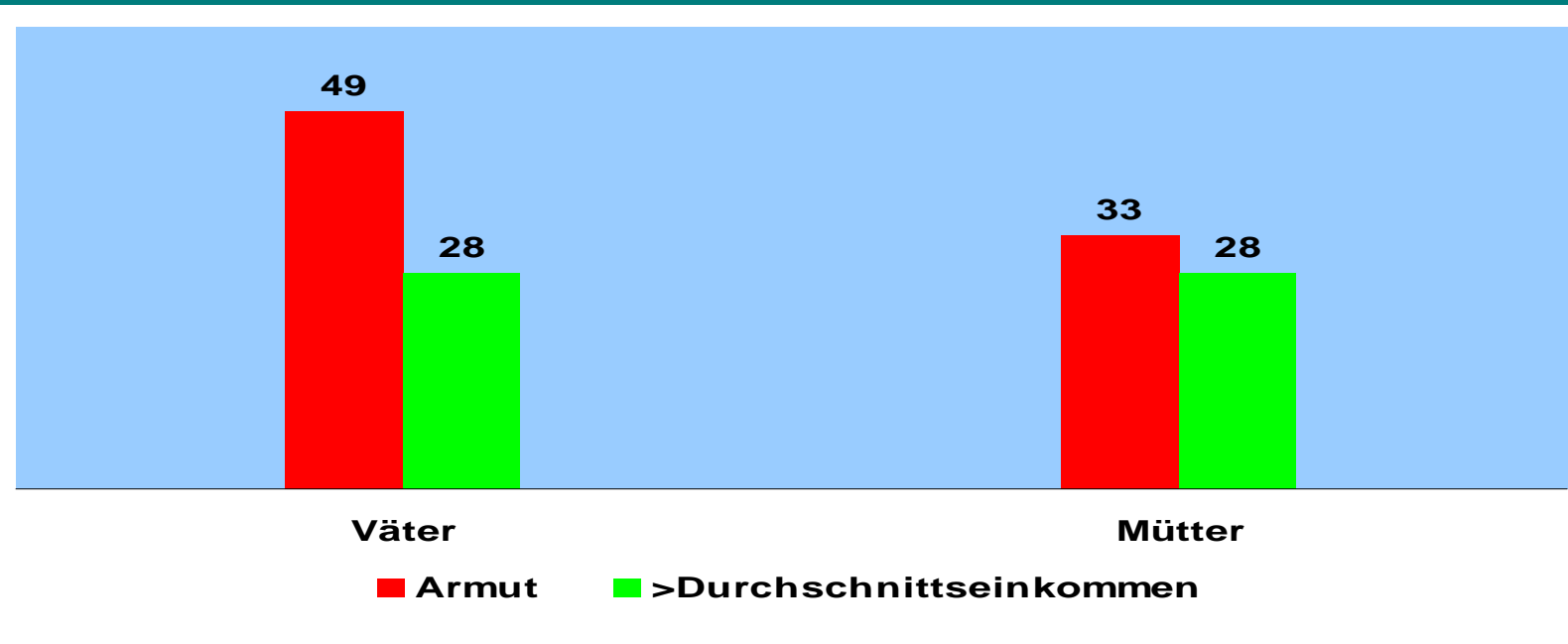
- ▶ so sind **Selektionsprozesse** auszuschließen, da nicht das Rauchen die Ursache ihrer sozialen Benachteiligung ist sondern die soziale Lage ihrer Eltern
- ▶ Insofern legen die Daten nahe, dass das Aufwachsen in sozial benachteiligten Lebenslagen **Risikofaktoren impliziert (Kausalitätshypothese)**
- ▶ die bereits in einer **frühen biographischen Phase** den Einstieg in das Rauchen und auch das starke Rauchen erheblich begünstigen

Die konkreten Risikofaktoren können in einer Reihe von psychosozialen Problemen liegen, die bei sozial schwachen Kindern nachweislich häufiger auftreten als bei Gleichaltrigen aus privilegierten Verhältnissen und wahrscheinlich zur starken Verbreitung des Tabakrauchens beitragen, unter anderem:

- ▶ geringes **Selbstwertgefühl und Gefühle des Ausgegrenztseins**: Rauchen zur Demonstration von Selbstsicherheit und zur Integration bzw. höheren sozialen Positionierung in peer-groups
- ▶ **Leistungsversagen und Stressbelastungen** in der **Schule**
- ▶ **konfliktvolle Beziehungen** zu den **Eltern**
- ▶ Beeinträchtigungen in der Bewältigung **jugendtypischer Entwicklungsaufgaben**: Rauchen zur Inszenierung eines Erwachsenenstatus, der z.B. infolge von Armut nur gebrochen und verzögert erreicht wird
- ▶ Und vor allem leben sozial benachteiligte Kinder in einem **sozialen Umfeld**, in dem das Tabakrauchen besonders weit verbreitet ist (Familie, Schule, peers): dadurch stärkere **Normalisierung** und **Imitation** des Rauchens
- ▶ dazu nachfolgend Daten zum **Rauchen der Eltern** in Armutsfamilien

Prävalenzraten (%) des täglichen Tabakrauchens bei Eltern (25-50 Jahre, N=1.478) mit Kindern unter 15 Jahren nach Armut (50%-Schwelle)/Einkommen

Henkel 2003 (Bundesgesundheitsurvey 1998), signifikant bei Altersadjustierung (Väter)



Durch die überproportional hohe Prävalenz des elterlichen Rauchens haben Kinder in Armutsfamilien

- ▶ ein über Normalisierungs- und Imitationsprozesse vermitteltes höheres Risiko, **selbst mit dem Rauchen zu beginnen**
- ▶ denn das **elterliche Rauchen** ist generell einer der stärksten **Prädiktoren** für das Rauchen im Kindes- und Jugendalter
- ▶ Zudem unterliegen Kinder in Armut höheren Gesundheitsrisiken durch das **Passivrauchen**

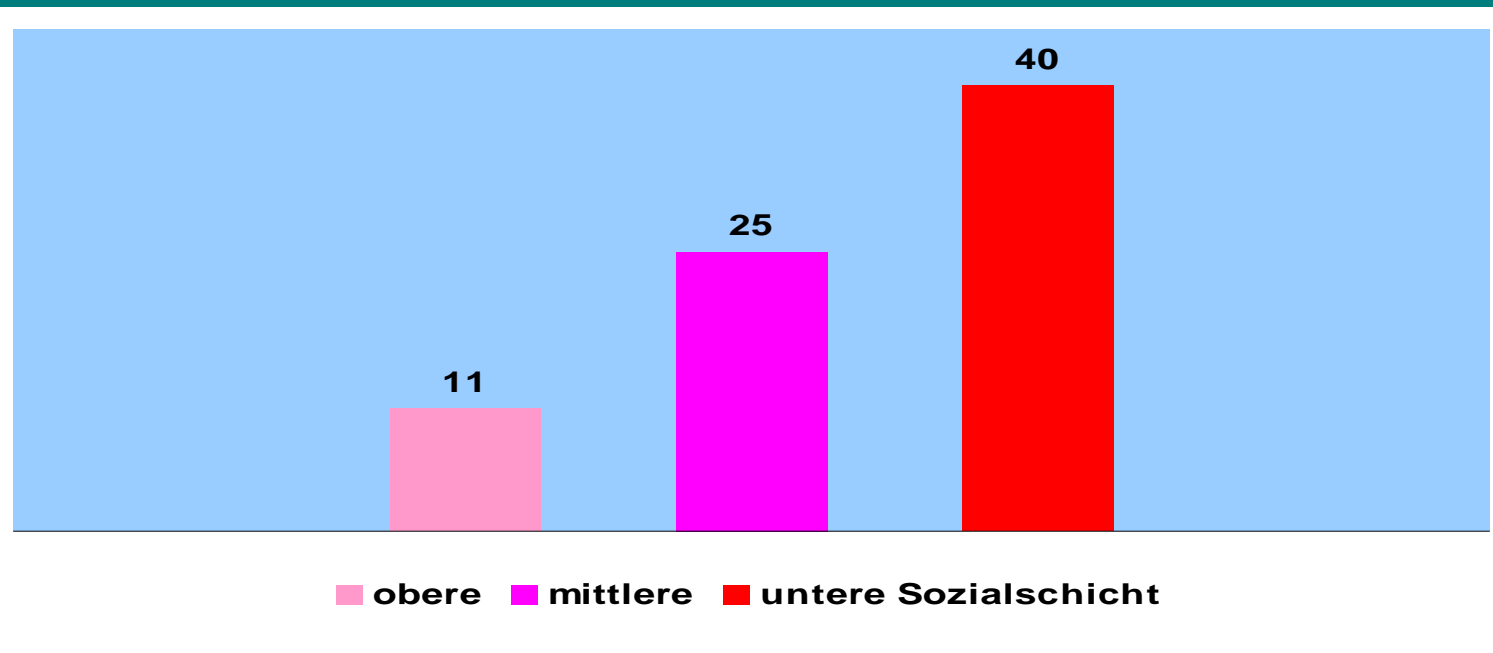
Analoge Risikozusammenhänge sind nachgewiesen für

- ▶ **Hauptschüler/innen** (z.B. Scholz & Kaltenbach 1995, BZgA 2004) und
- ▶ **Kinder und Jugendliche aus der unteren Sozialschicht** (z.B. Gilman et al. 2003, Geckova et al. 2005 und nächste Folie)
- ▶ da auch sie in Relation zu den Referenzgruppen (Gymnasium, obere Schicht) weit überproportional häufig **rauchende Eltern** haben und
- ▶ zudem wesentlich häufiger Kontakt zu **Gleichaltrigengruppen**, in denen das Rauchen stark verbreitet ist
- ▶ Auch dem **Passivrauchen** sind sie wesentlich häufiger ausgesetzt:

Passivrauchen (%) nach sozialer Schicht

Passivrauchen = täglicher Aufenthalt in Räumen, in denen geraucht wird
11- bis 17-Jährige

KiGGS Modul Schleswig-Holstein 2007, 49



Alkoholkonsum nach sozialer Lage

Untersucht man,
wie viele Kinder und Jugendliche Alkohol konsumieren,
so zeigen die Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-
Prävalenzraten keine wesentlichen Unterschiede,
wenn man nach

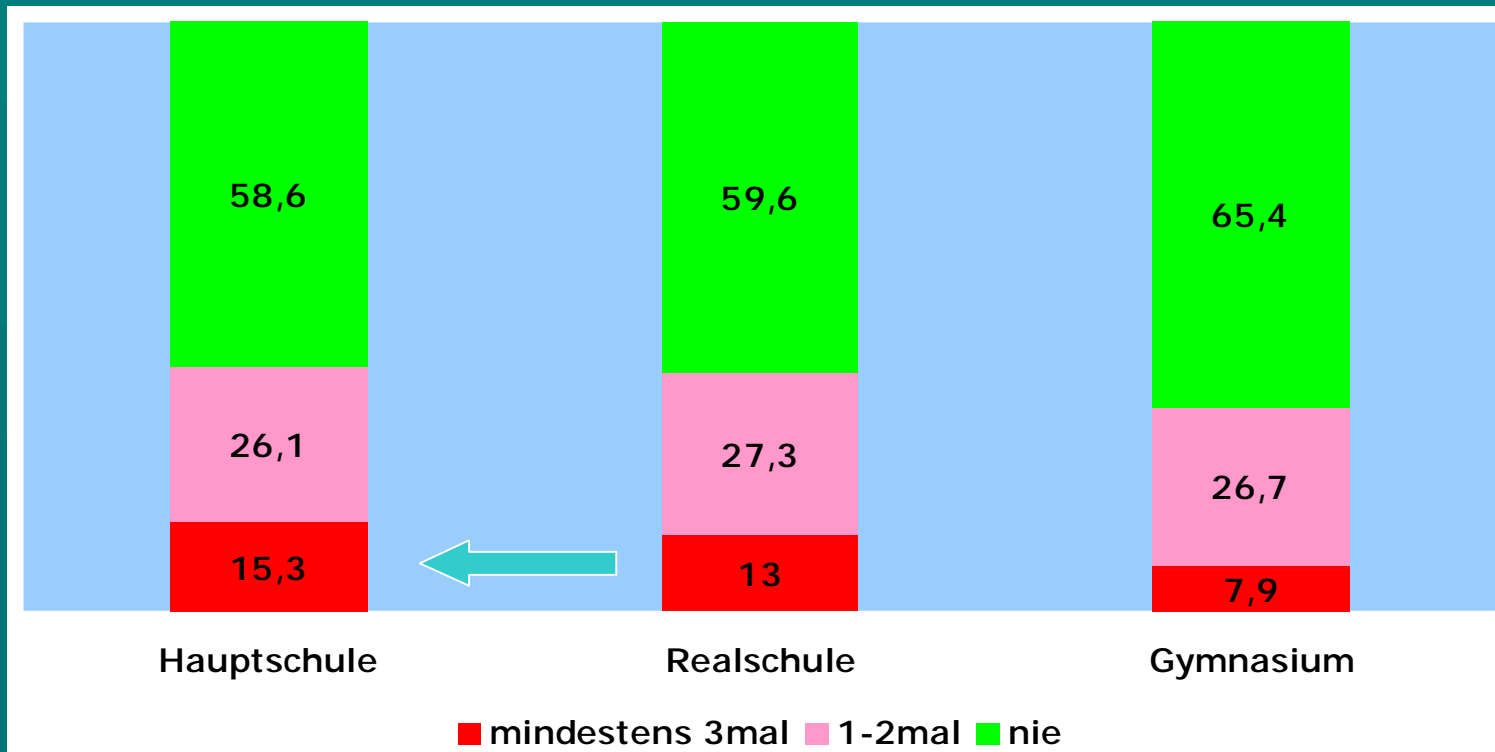
- ▶ **Schulformen** (HBSC, ESPAD, BZgA)
- ▶ **Sozialschicht** (KiGGS) und
- ▶ **Wohlstandsniveau** (HBSC)
differenziert

Deutliche Unterschiede werden erkennbar, wenn man die Prävalenzverteilung von riskanten Konsummustern zwischen den Schulformen betrachtet

- ▶ **Rauscherfahrten** nach subjektiver Einschätzung und
- ▶ **binge drinking**
=5 und mehr Alkoholeinheiten pro Trinkgelegenheit
(z.B. mehr als 2.5 Liter Bier)
als objektiver Indikator für problematischen und gesundheitsschädigenden Alkoholkonsum

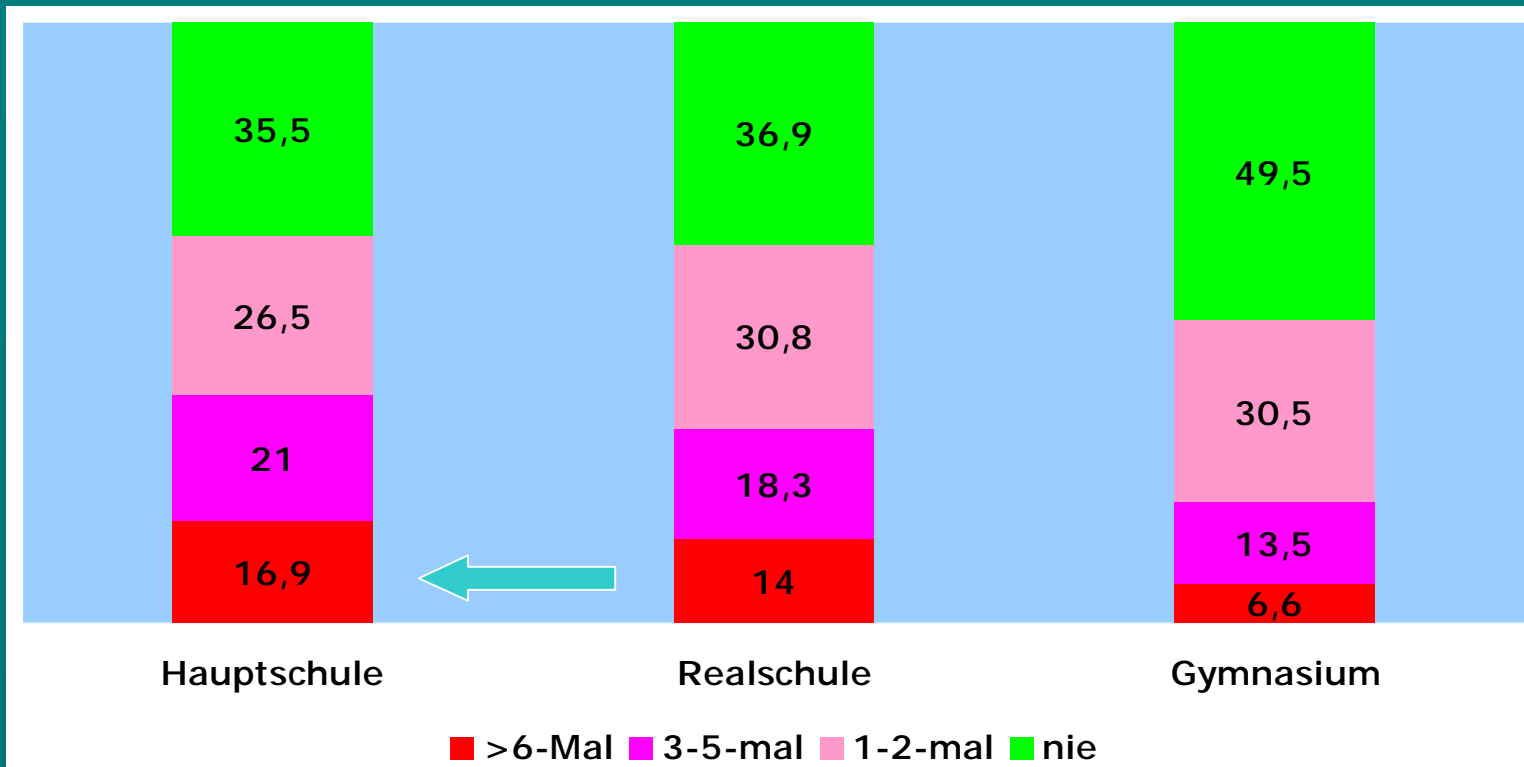
Frequenz der Alkoholrauscherfahrungen in den letzten 30 Tagen nach Schulform 14- bis 15-Jährige Angaben in %

ESPAD 2004, 69



Frequenz des binge drinking
in den letzten 30 Tagen nach Schulform
14- bis 15-Jährige
Angaben in %

ESPAD 2004, 54



Es ist also beim Alkohol genauso wie beim Tabak

Die **hochriskanten** Konsummuster

- ▶ >10 Zigaretten täglich und
- ▶ das hochfrequente binge drinking
sind unter **Hauptschülern/innen** am weitesten verbreitet

Allerdings fehlen hierzu bislang Daten, die zwischen den Geschlechtern differenzieren

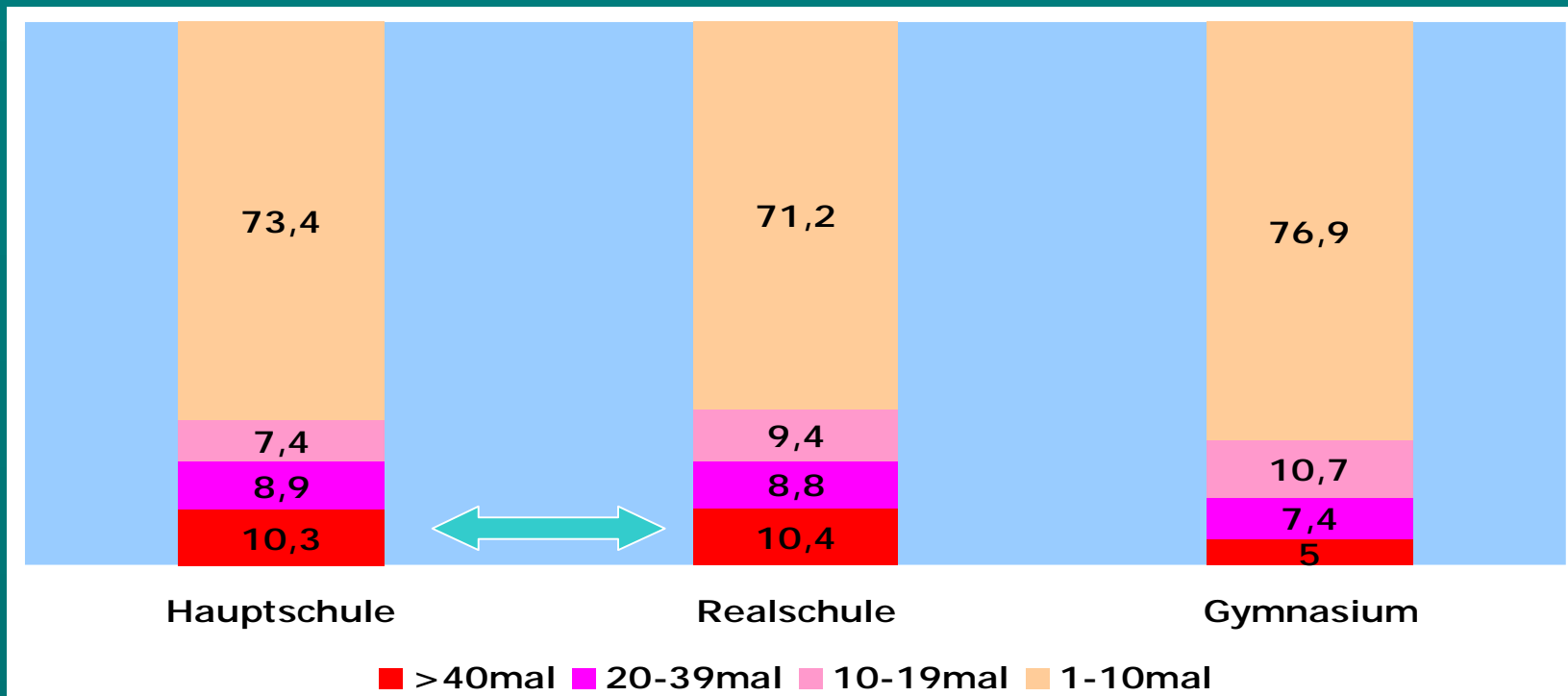
Konsum und Abhängigkeit von Cannabis nach sozialer Lage

12-Monatsprävalenzraten (%) des Cannabiskonsums

Sozialschicht	untere	obere	
Jungen	14	13	KiGGS 2007
Mädchen	9	11	14-17 Jahre
Schulform	Hauptschule	Gymnasium	
Jungen+Mädchen	23	25	ESPAD 2004
Jungen	16	13	14-15 Jahre
Mädchen	12	10	KiGGS 2007 14-17 Jahre
Wohlstandsniveau	niedrigstes	höchstes	
Jungen	6	6	HBSC Thüringen 2005
Mädchen	9	9	11-15 Jahre

Frequenz des Cannabiskonsums in den letzten 30 Tagen nach Schulform (30-Tage-Konsumenten) 14- bis 15-Jährige Angaben in %

ESPAD 2004, 94



Risikofaktoren für Cannabisabhängigkeit: Ergebnisse einer Längsschnittstudie

Prädiktoren der Cannabisabhängigkeit (DSM-IV) bei Jugendlichen, die zu Untersuchungsbeginn Cannabis konsumierten, aber nicht abhängig waren (Zeitraum 4 Jahre, 14-24 Jahre, N=2.446)

von Sydow et al. 2002

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

Prädiktoren	Ausprägung	OR
Risikofaktoren		
Geschlecht	männlich	4.3
Selbstwertgefühl	niedrig	1.9*
sozioökonomischer Status	niedrig	24.2*
finanzielle Situation	schlecht	7.1*
Konsum anderer illegaler Drogen	ja	7.1*
SCL-90 GSI (Globalindex Schweregrad psychischer Symptome)	hoch	1.7*
Tod eines Elternteils vor 15. dem Lebensjahr	ja	39.7*
Schutzfaktor		
Alter	hoch	0.4*

Cannabis

Zusammenfassend zeigt sich

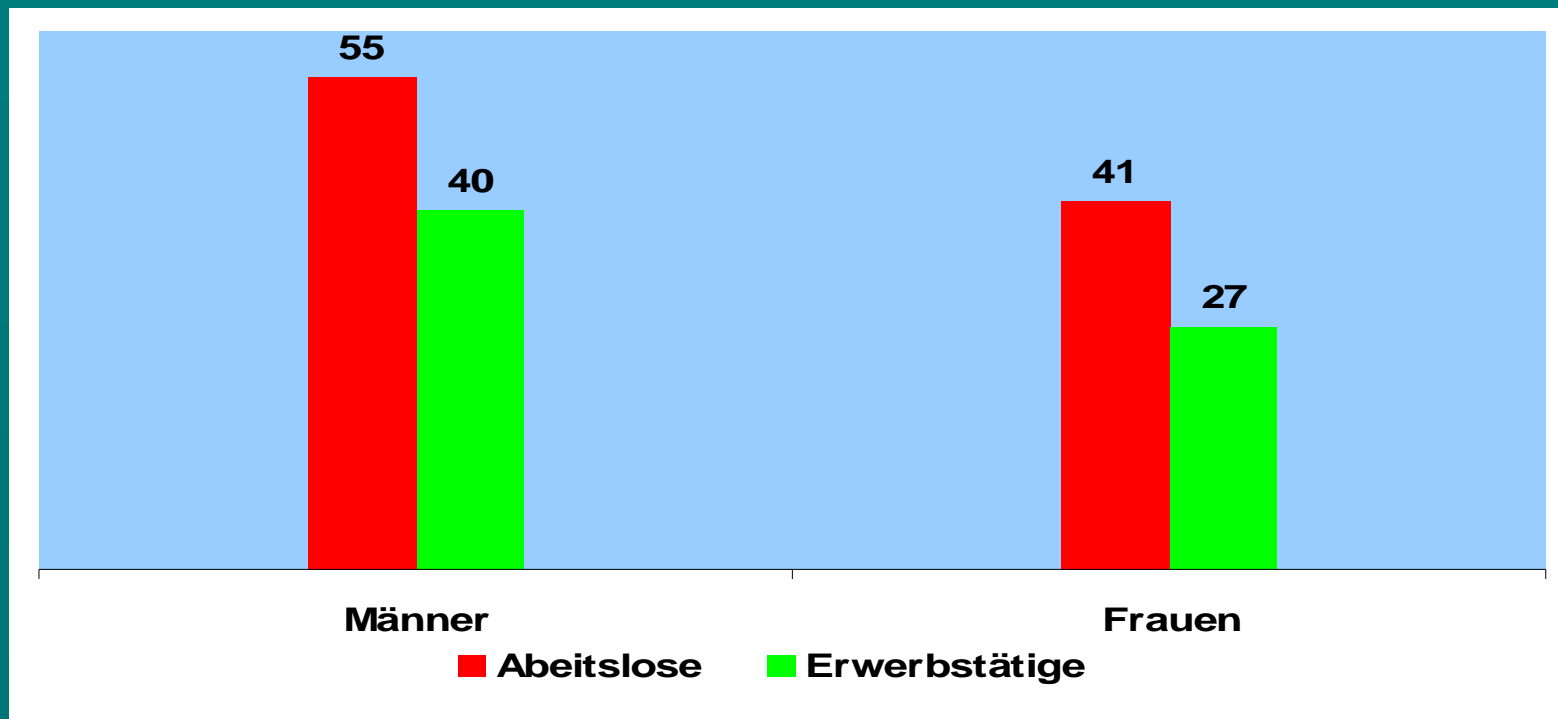
- ▶ Die Prozentsätze der Kinder und Jugendlichen, die Cannabis konsumieren, sind bei beiden Geschlechtern **sozial relativ gleich** verteilt
- ▶ Allerdings ist der **hochfrequente und damit hochriskante** Konsum in der Gruppe der Cannabiskonsumenten unter Haupt- und Realschülern deutlich stärker verbreitet als unter Gymnasiasten (geschlechterdifferenzierende Daten liegen nicht vor)
- ▶ Das **Risiko, von Cannabis abhängig zu werden**, ist für Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischem Status am höchsten

Dieser Befund stimmt mit den allermeisten internationalen Studien überein (von Sydow et al. 2002)

Arbeitslosigkeit und Konsum psychoaktiver Substanzen

Prävalenzraten (%) des Zigarettenrauchens nach Erwerbsstatus und Geschlecht 18- bis 29-Jährige

Helmert 1999 (Mikrozensus 1995, N=185.822)



Zum Konsum von Alkohol und Cannabis
differenziert nach arbeitslosen und erwerbstätigen
Jugendlichen gibt es für Deutschland
bislang keine repräsentativen Daten

Zur Frage, ob die Arbeitslosigkeit für Jugendliche ein Risikofaktor darstellt, liegen aus verschiedenen anderen Ländern zahlreiche methodisch gut angelegte Längsschnittstudien mit repräsentativen Stichproben vor

Sie weisen übereinstimmend nach,

- ▶ dass vor allem für **männliche** arbeitslose in Relation zu erwerbstätigen Jugendlichen signifikant höhere Risiken bestehen,
- ▶ riskante Substanzkonsummuster und Substanzabhängigkeiten zu entwickeln

Ergebnisse aus 11 Längsschnittstudien: Jugendliche

In Relation zur Erwerbstätigkeit war die Arbeitslosigkeit mit einem signifikant höheren Risiko für die Entwicklung folgender Substanzprobleme assoziiert:

Autoren, Land	Substanzprobleme	Risiko Männer/Frauen
Peck, Plant 1986 (Schottland)	Konsum illegaler Drogen	für M nicht F
Power, Estaugh 1990 (UK)	heavy drinking	für M nicht F
Janlert, Hammarström 1992 (Schweden)	riskanter Alkoholkonsum	für M nicht F
Hammer 1992 (Norwegen)	Cannabiskonsum	für M nicht F
Hammarström, Janlert 1994 (Schweden)	Einstieg in Tabakrauchen	für M und F
Fergusson et al. 1997 (Neuseeland)	Nikotinabhängigkeit DSM-IV	für M nicht F
dto	Drogenabhängigkeit DSM-IV	für M nicht F
Montgomery et al. 1998 (UK)	Alkoholprobleme CAGE-Test	Stichprobe nur M
dto	heavy drinking	Stichprobe nur M
dto	Tabakrauchen	Stichprobe nur M
Fergusson et al. 2001 (Neuseeland)	Alkoholmissbrauch/Abhängigkeit DSM-IV	M+F
dto	Drogenmissbrauch/Abhängigkeit DSM-IV	M+F
Dooley, Prause 2004 (USA)	Alkoholmissbrauch/Abhängigkeit DSM-III	M+F
Christoffersen 2000 (Dänemark)*)	Missbrauch Alkohol/Drogen DSM-IV	für M > F
Unger et al. 2004 (USA)*)	Einstieg in Tabakrauchen	M+F

Anmerkungen

*) Risiko bei Arbeitslosigkeit der Eltern

M+F keine Geschlechterdifferenzierung

Plausibel werden diese Befunde, wenn man die gut dokumentierten psychosozialen Folgen betrachtet, die länger anhaltende Arbeitslosigkeit bei Jugendlichen (und Erwachsenen) hervorrufen kann (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

Risikogruppen

Nur bei einem **relativ kleinen Teil** der arbeitslosen Jugendlichen entwickeln bzw. intensivieren sich Substanzprobleme infolge der Arbeitslosigkeit

Also muss es **Risikogruppen** geben, die aber noch wenig untersucht sind

Bislang zeichnen sich ab:

- ▶ männliche und
- ▶ langzeitarbeitslose Jugendliche sowie
- ▶ Jugendliche mit arbeitslosen Eltern

Präventive Ansätze

Welche Schlussfolgerungen und Maßnahmen lassen sich aus den präsentierten Daten ableiten?

Präventive Maßnahmen müssen

- ▶ der **sozialepidemiologischen Verteilung** der Prävalenzen und Risiken entsprechen
- ▶ d.h. verstärkt auf die **sozial benachteiligten** Gruppen gerichtet sein und sich konzentrieren auf
- ▶ das **Tabakrauchen** und
- ▶ **riskante Alkohol- und Cannabiskonsummuster**

Präventive Effekte bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen könnten erzielt werden durch

- ▶ Abbau der **Kinderarmut** (derzeit 1.8-2.5 Millionen in Armut)
- ▶ Verhinderung von **Jugendarbeitslosigkeit**
- ▶ Ausbau der **Kinder- und Jugendarbeit** vor allem in Gemeinden und Stadtteilen mit hoher sozialer Benachteiligungsdichte
- ▶ Beeinflussung des Rauchverhaltens der Eltern und damit der **familiären Tradierung** des Rauchens, die bei sozial Benachteiligten besonders stark ausgeprägt ist
- ▶ Verstärkung **schulbasierter** Suchtprävention, besonders in **Hauptschulen**
- ▶ effektivere Nutzung **massenmedialer** Prävention
- ▶ weitere Erhöhungen der **Tabaksteuer**

Eindeutig notwendig wäre

eine 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

Eine solche Schwerpunktsetzung ist in Deutschland bislang nicht erkennbar

Soweit überhaupt schulbasierte Suchtprävention stattfindet, ist sie zudem weitgehend **lebenslagenneutral**, d.h. nicht an der je **spezifischen sozialen Lage** der Kinder und Jugendlichen orientiert

Massenmedien

Vor allem die TV-Medien könnten für eine Suchtprävention für sozial benachteiligte Jugendliche besonders effektiv genutzt werden

- ▶ da **visualisierte** Präventionsbotschaften auch Jugendliche mit geringem Bildungsniveau gut erreichen und
- ▶ das Fernsehen besonders für sozial benachteiligte Jugendliche (arme, arbeitslose, untere Sozialschicht) eine weit überdurchschnittlich **hohe Attraktivität** ausübt (Klocke 2001; Shell-Studie 2003; KiGGS-Studie 2007)

Mediale Präventionskampagnen sind dann effektiv, wenn sie die gleichen Kriterien wie die Alkohol- und Tabakwerbung erfüllen

- ▶ **zielgruppengenau**
- ▶ **langfristig angelegt und**
- ▶ **vor allem alltäglich präsent**

Tabakprävention durch weitere Steuererhöhungen

- ▶ Nach den meisten bislang vorliegenden Studien sind deutliche Tabaksteuer- und damit Preiserhöhungen geeignet, die sozialen Differenzen im Tabakkonsum zu verringern
- ▶ da sozial Benachteiligte aufgrund ihres knappen Finanzbudgets besonders **preiselastisch, d.h. konsumeinschränkend** reagieren (Hanewinkel & Ivensee 2003, Deutsches Krebsforschungszentrum 2004)
- ▶ Über diesen Weg wäre auch das Rauchverhalten sozial benachteiligter Eltern positiv zu beeinflussen und somit auch die **familiäre Tradierung des Rauchens** und das **Passivrauchen der Kinder** zu reduzieren

Zusammenfassung: die 5 wichtigsten Punkte

- ▶ Hin zu den nach Einkommen, Arbeit, Bildung und Wohlstand jeweils am stärksten benachteiligten Jugendlichen nehmen die Risiken für die Entwicklung von Substanzproblemen deutlich zu
- ▶ Daher besteht für sie ein entsprechend erhöhter Präventionsbedarf
- ▶ Die epidemiologischen Daten verweisen eindeutig auf die Notwendigkeit einer präventiven Schwerpunktbildung in der Hauptschule
- ▶ flankiert durch Ausbau der Kinder- und Jugendarbeit, massenmediale Prävention, weitere Erhöhungen der Tabaksteuer
- ▶ und Maßnahmen zur Verringerung der Kinderarmut und Verhinderung von Jugendarbeitslosigkeit

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit