

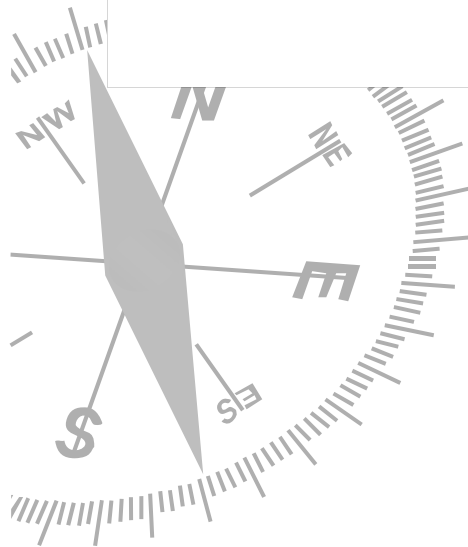
Substanzkonsum und soziale Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen

**Befunde der sozialepidemiologischen Forschung
in Deutschland**

**Prof. Dr. Dieter Henkel
Institut für Suchtforschung (ISFF)
Fachhochschule Frankfurt a.M.
University of Applied Sciences
E-mail: prof.dieter.henkel@t-online.de
Fachtagung/Berlin 7. Juni 2011**

Fragestellungen des Vortrags

- ▶ **Sind Substanzprobleme und Suchtrisiken unter Kindern und Jugendlichen sozial gleich oder ungleich verteilt?**
- ▶ **Welche sozialen Gruppen sind besonders betroffen?**
- ▶ **Gibt es hier Unterschiede zwischen den 3 Substanztypen: Tabak, Alkohol, illegale Drogen?**
- ▶ **Welche präventiven Schlussfolgerungen lassen sich aus den Ergebnissen ziehen?**



Thematik erst seit einigen Jahren in der deutschen Forschung bearbeitet

Epidemiologische Forschung war lange Zeit

- ▶ **weitgehend „sozial abstinent“, d.h. außer Geschlecht und Alter wurden keine weiteren soziodemographischen Merkmal erhoben und zudem**
- ▶ **auf Erwachsene begrenzt, d.h. berücksichtigte nur die Altersgruppen ab 18/25 Jahren**



Repräsentative deutsche Surveys 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

▶ 2. ESPAD-Studie 2007/IFT

Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen,

Deutschland N=12.448, 15-16 Jahre

▶ Drogenaffinitätsstudie/BZgA 2004/2009

N=3.032/3.001, 12-25 Jahre

Cannabisstudie/BZgA 2010

N=7.000, 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

Untersuchte Indikatoren der sozialen Lage/Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen

- ▶ **Einkommen: Armut/niedriges/mittleres/hohes Einkommen der Eltern**
- ▶ **Familiäres Wohlstandsniveau: nach finanzieller Lage der Familie, Anzahl der Autos/Computer/Bücher im Haushalt, Anzahl Urlaubsreisen mit Familie, (kein) eigenes Zimmer pro Kind**
- ▶ **Erwerbsstatus: arbeitslos/erwerbstätig**
- ▶ **Schulform/Bildungsgrad: Hauptschule/Realschule/Gymnasium**
- ▶ **Sozialschicht/sozioökonomischer Status (SES): nach Bildung/Einkommen/Berufsstatus der Eltern**
- ▶ **Migrationshintergrund: ja/nein**

Vortrag konzentriert sich auf Kinder/Jugendliche

- ▶ **in Einkommensarmut bzw. mit niedrigstem Wohlstandsniveau**

15 % der Kinder/Jugendlichen unter 18 Jahren leben in Deutschland in Einkommensarmut, 1.7 Mio. der Kinder unter 15 Jahren lebten 2010 in „Harz-IV“-Haushalten (DESTATIS, EU-SILC 2009, Lietzmann et al. 2011)

- ▶ **Arbeitslose Jugendliche**

- ▶ **Hauptschüler/innen im Vergleich zu Realschule/Gymnasium**

- ▶ **Kinder/Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischem Status (SES, Sozialschicht)**

- ▶ **Kinder/Jugendliche mit Migrationshintergrund**

**Gruppen, auf die sich schwerpunktmäßig
auch der Wettbewerb
„Kommunale Suchtprävention für Kinder und Jugendliche
in besonderen Lebenslagen“
richtete**

**Die epidemiologischen Befunde zeigen,
dass diese Schwerpunktsetzung vollkommen
gerechtfertigt ist**

Tabak

Höchste Raucher/innenquoten (%)

stets in den unteren Statusgruppen, gilt für Jungen und Mädchen gleichermaßen

Differenzen besonders ausgeprägt zwischen Schulformen

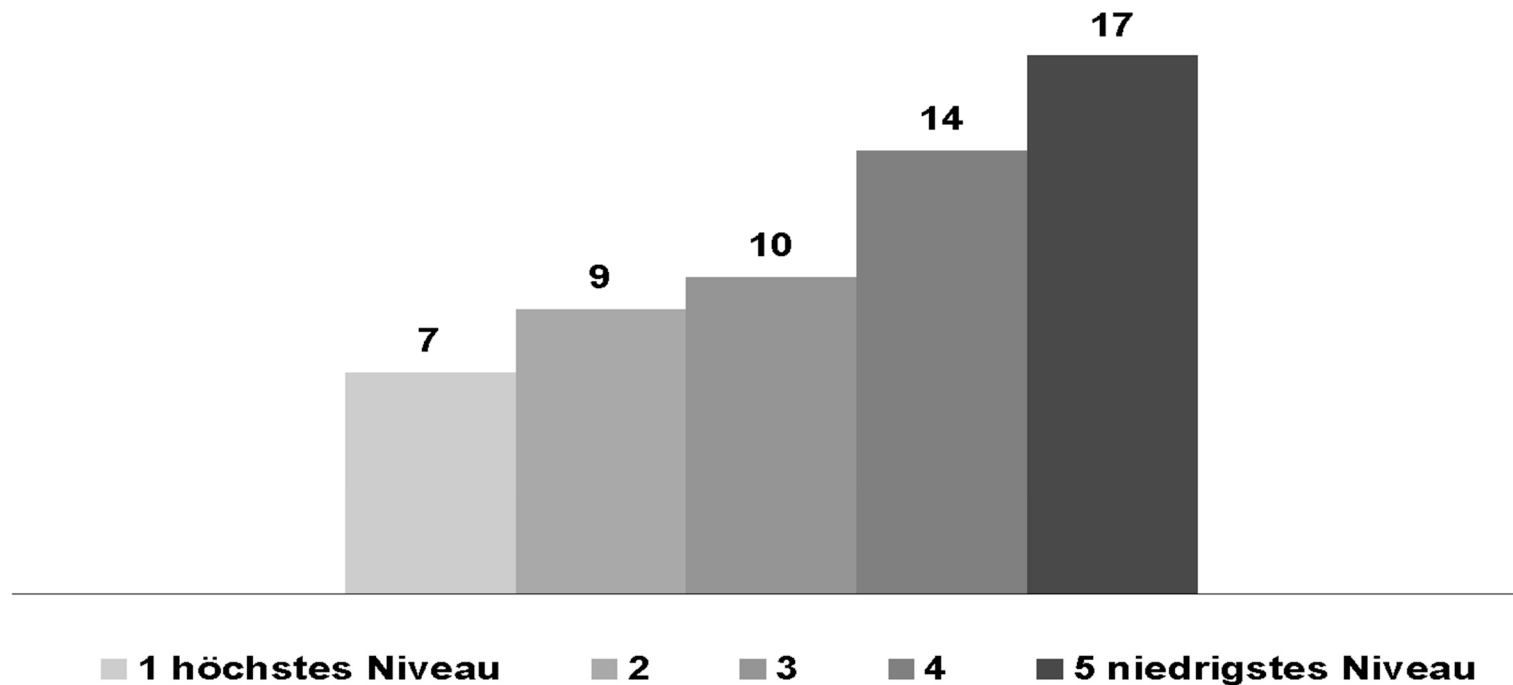
Spricht unter dem Aspekt der Nivellierung sozialer Ungleichheit für eine Favorisierung von schulbasierter Prävention

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

Betrachtet die Prävalenzverteilungen differenzierter, so zeigen sich ausgeprägte soziale Gradienten, d.h. Zunahmen der Prävalenzrate von der oberen hin zur unteren sozialen Position

Prävalenz (%) des täglichen/mehrmals wöchentlichen Tabakrauchens nach Wohlstandsniveau

11- bis 15-Jährige, Klocke & Hurrelmann 1995 (HBSC NRW, N=2.491)



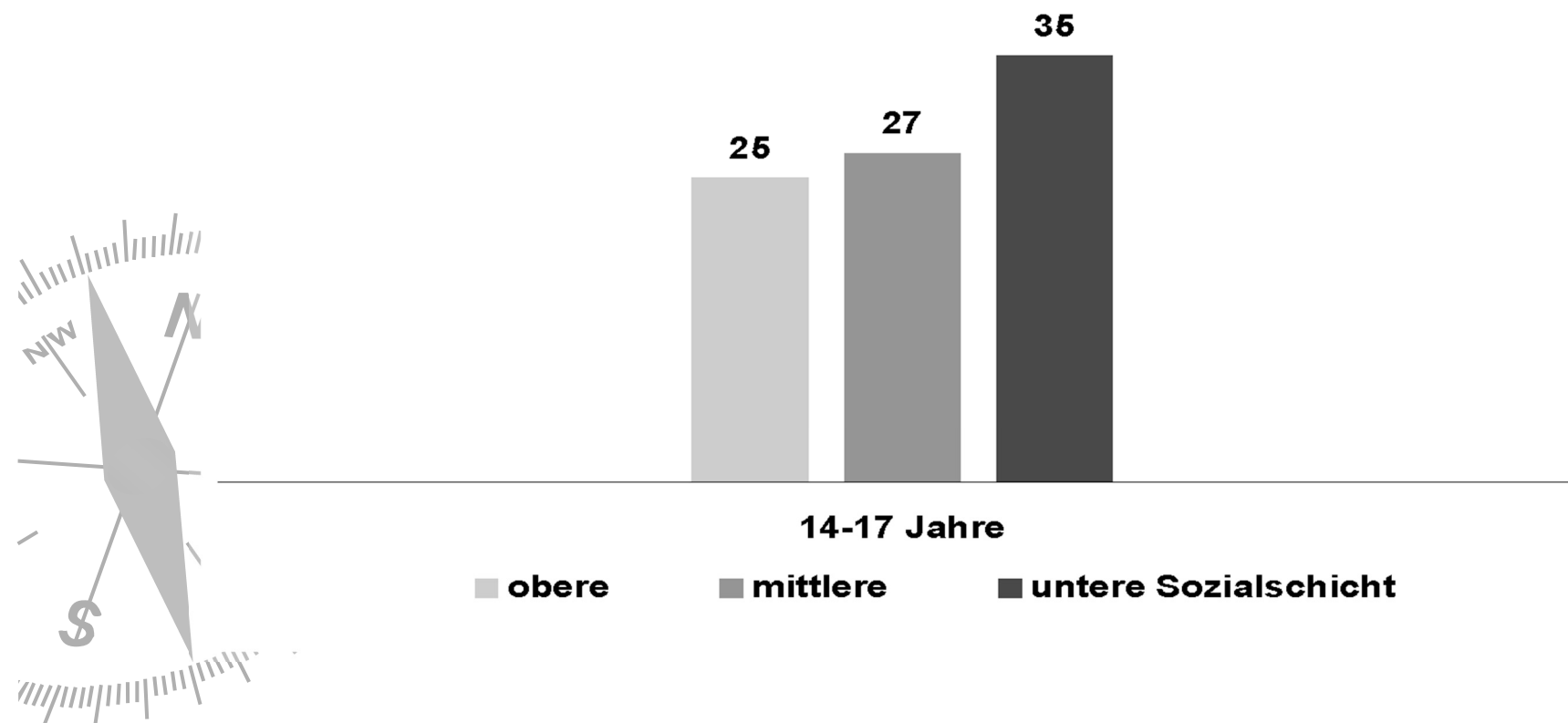
Sozioökonomischem Status

Prävalenz (%) des Rauchens nach sozioökonomischem Status

Regelmäßiges Rauchen

14- bis 17-Jährige

KiGGS Modul Schleswig-Holstein 2007, 49

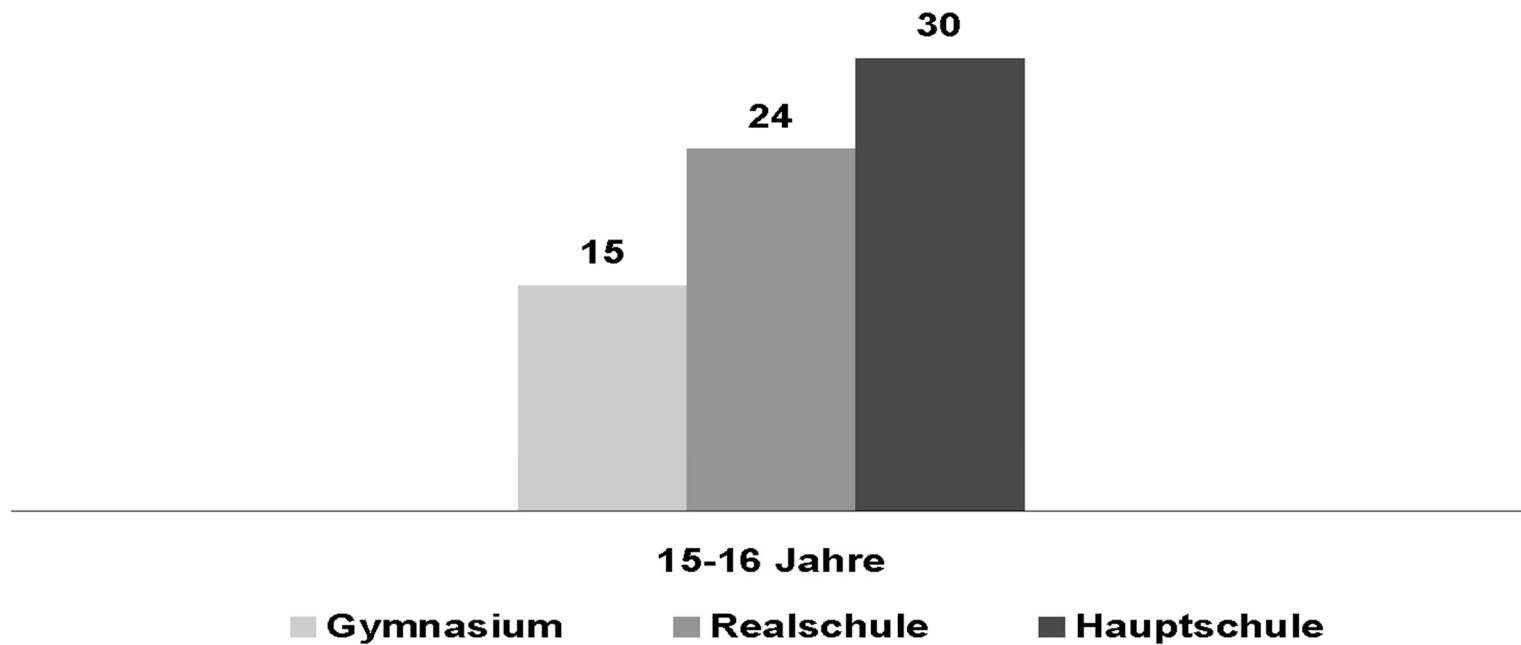


Schulform

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

14- bis 15-Jährige

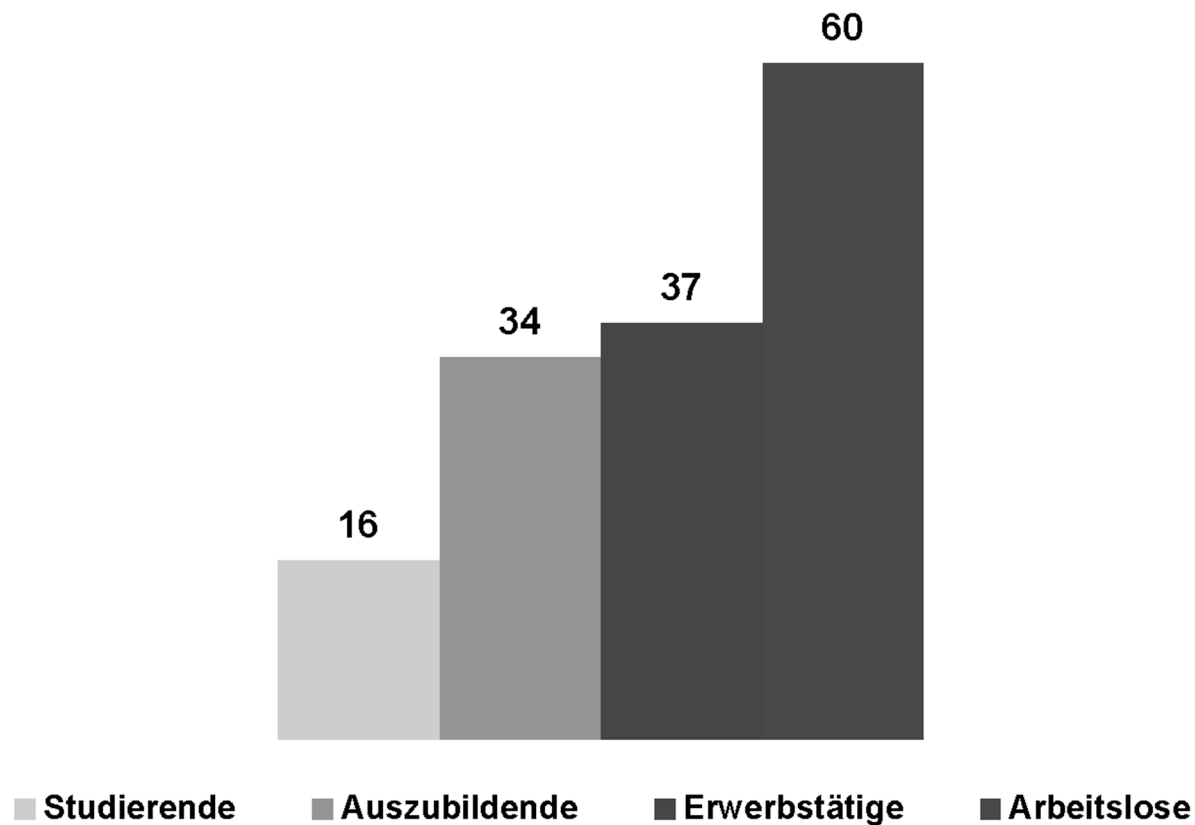
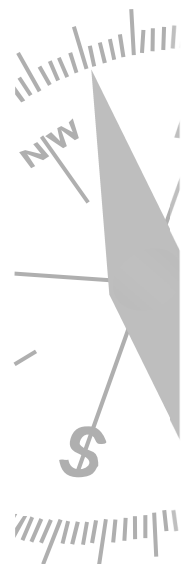
ESPAD 2007, 49



Erwerbs- und Ausbildungsstatus Prävalenz (%) des Tabakrauchens nach Erwerbs- und Ausbildungsstatus

18- bis 25-Jährige

BZgA-Drogenaffinitätsstudie 2009 (adj. Alter, Geschlecht)



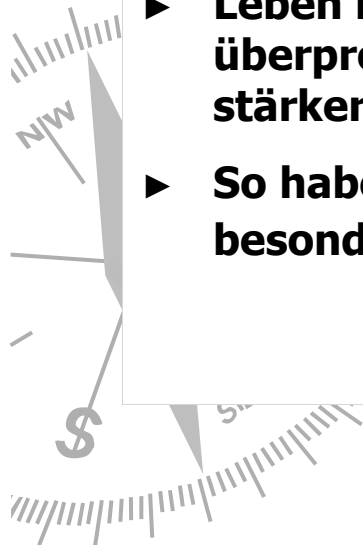
Sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche rauchen nicht nur häufiger und mehr sondern

- ▶ **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, Everett et al. 1999, Bornhäuser 2003)**



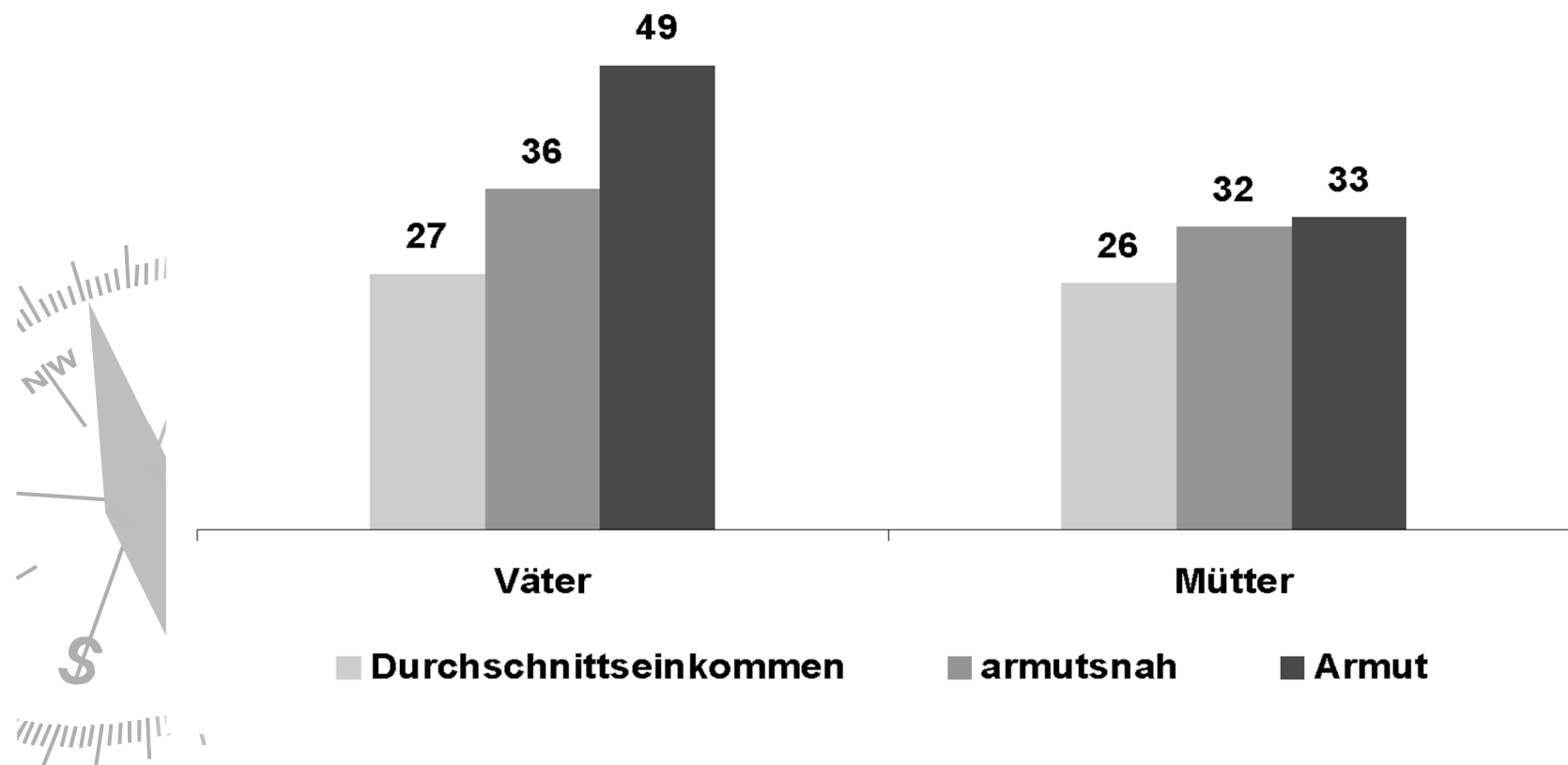
Wahrscheinliche Gründe, die den Einstieg in das Rauchen begünstigen und bei sozial benachteiligten Kindern/Jugendlichen häufiger/ausgeprägter vorkommen

- ▶ **Alltags-, Familien- und Schulstress**
- ▶ **Beeinträchtigungen in der Bewältigung jugendtypischer Entwicklungsaufgaben: z.B. Rauchen zur Inszenierung eines Erwachsenenstatus, der z.B. infolge von Armut/Arbeitslosigkeit nur gebrochen und verzögert erreicht wird**
- ▶ **Leben in einem sozialen Umfeld, in dem das Tabakrauchen überproportional stark verbreitet ist: Familie, Schule, peers. Dadurch stärkere Normalisierung, Imitation und Verstärkung des Rauchens**
- ▶ **So haben z.B. Kinder in Armut deutlich häufiger rauchende Eltern, besonders Väter**



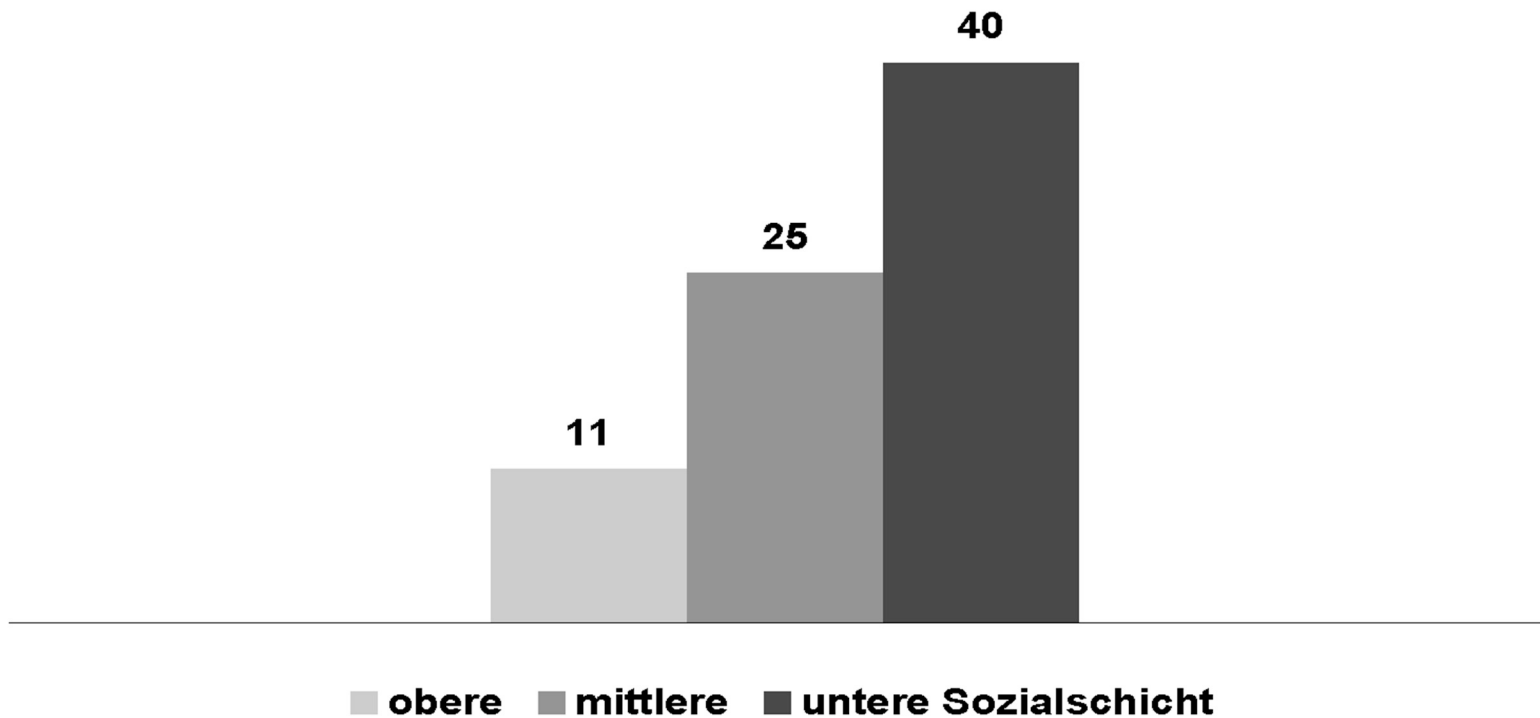
Prävalenz (%) des Tabakrauchens bei Vätern und Müttern (25-50 Jahre) mit Kindern unter 15 Jahren nach Haushaltseinkommen

Henkel 2008 (Bundesgesundheitsurvey 1998)



Daraus folgt logischerweise, dass sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche auch am häufigsten dem Passivrauchen und den davon ausgehenden Gesundheitsgefahren ausgesetzt sind

Prävalenz (%) des Passivrauchens nach sozialer Schicht
Passivrauchen = täglicher Aufenthalt in Räumen, in denen geraucht wird
11- bis 17-Jährige, KiGGS Modul Schleswig-Holstein 2007, 49



Nicht zu unterschätzen: Effekte der Werbung

- ▶ **Es ist konsistent nachgewiesen, dass die Tabakwerbung (trotz gesetzlicher Beschränkungen 130 Mio. Euro für Werbung in 2007) nicht-rauchende Kinder und Jugendliche animiert, mit dem Rauchen zu beginnen (Morgenstern et al. 2010)**
- ▶ **Vermutlich ist dieser Effekt bei sozial Benachteiligten besonders groß,**
- ▶ **denn anzunehmen ist, dass die Werbung mit ihren verführerischen Bildern von Glück und unbeschwerter Lebensfreude, von Freiheit und Abenteuer, Erfolg und Reichtum gerade bei jenen die größte Resonanz erzeugen, die all dies am stärksten entbehren**
- ▶ **Das Gleiche gilt für die Alkoholwerbung (Morgenstern et al. 2010), Aufwendungen in 2009: 500 Mio. Euro (DHS 2011)**



Zwischenfazit

**Zwischen Tabakrauchen und sozialer Lage
bestehen enge Beziehungen**

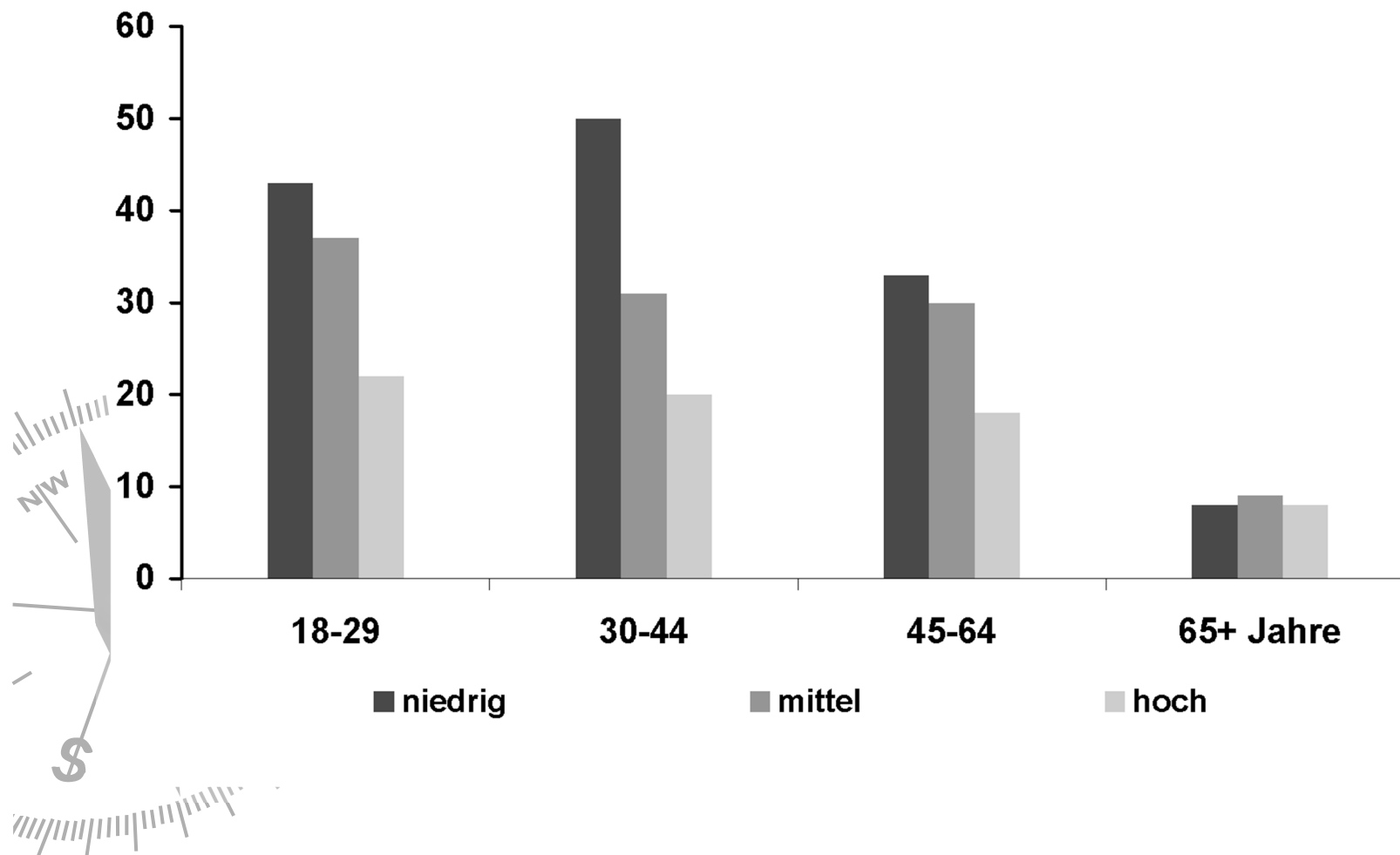
**Die sozialen Gradienten sind steil und zeigen stets
die höchsten Prävalenzraten
in den sozial benachteiligten Gruppen
(internationaler Befund)**

- ▶ **In Gesundheitswissenschaft und bei den Akteuren im Bereich Gesundheitsförderung (BZgA, DKFZ, RKI u.a.) schon lange Konsens:**
- ▶ **dringender Präventionsbedarf**
- ▶ **Ziel muss sein: Nivellierung der sozialen Ungleichheit im Tabakrauchen**
- ▶ **auf einem für alle sozialen Gruppen möglichst niedrigen Niveau**

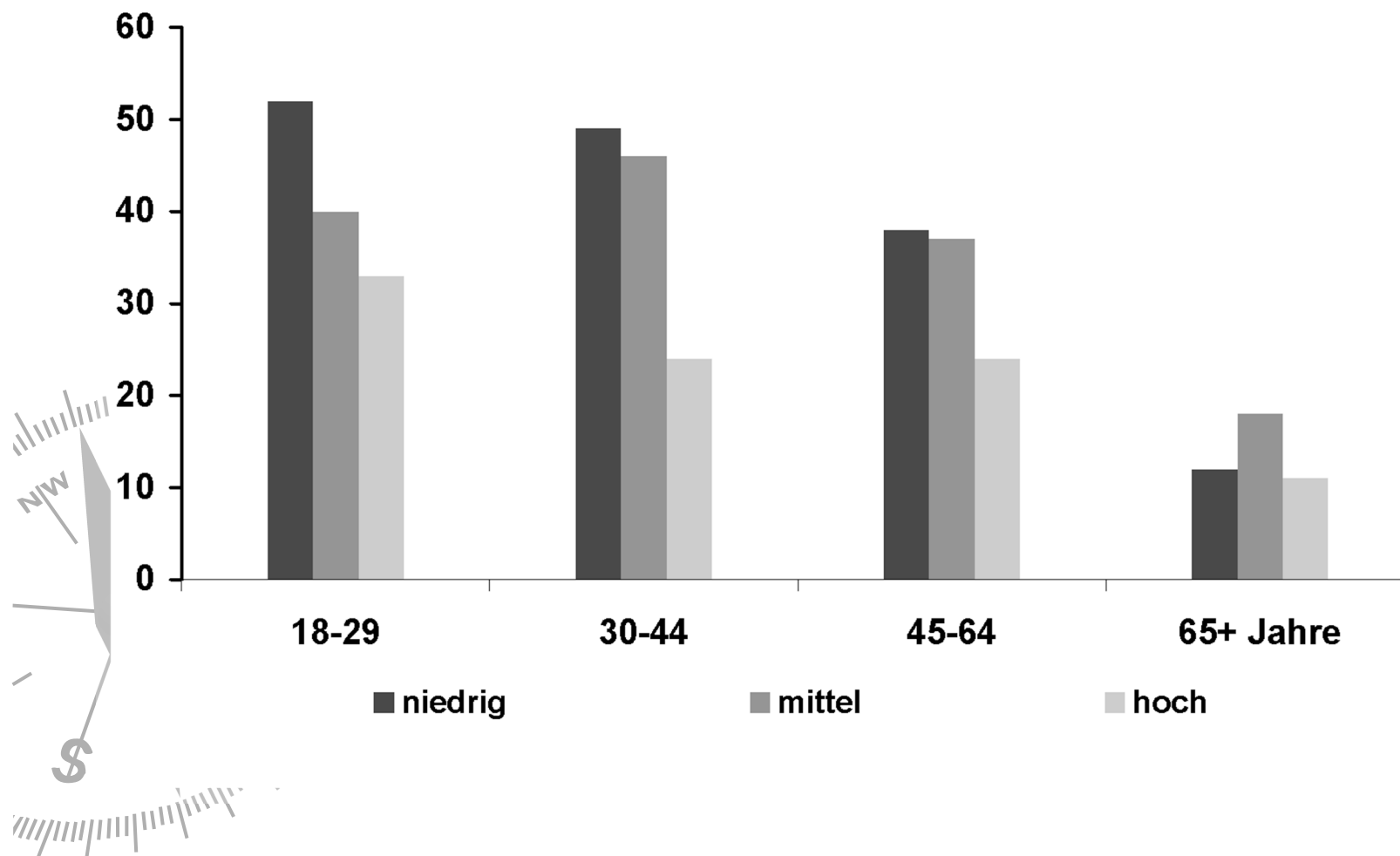
Frühzeitige Tabakprävention im Kindes- und Jugendalter auch deshalb wichtig

- ▶ **um zu verhindern, dass sich die soziale Ungleichheit im Tabakrauchen weiterhin über die gesamte Lebensspanne fortsetzt und**
- ▶ **in einer 2- bis 3-mal höheren tabakbedingten Frühsterblichkeit der Armen in Relation zu den Reichen/Wohlhabenden endet, wie das derzeit der Fall ist**

Prävalenz (%) des Tabakrauchens nach Bildung und Altersgruppen: Frauen Lampert 2011 (GEDA 2009)

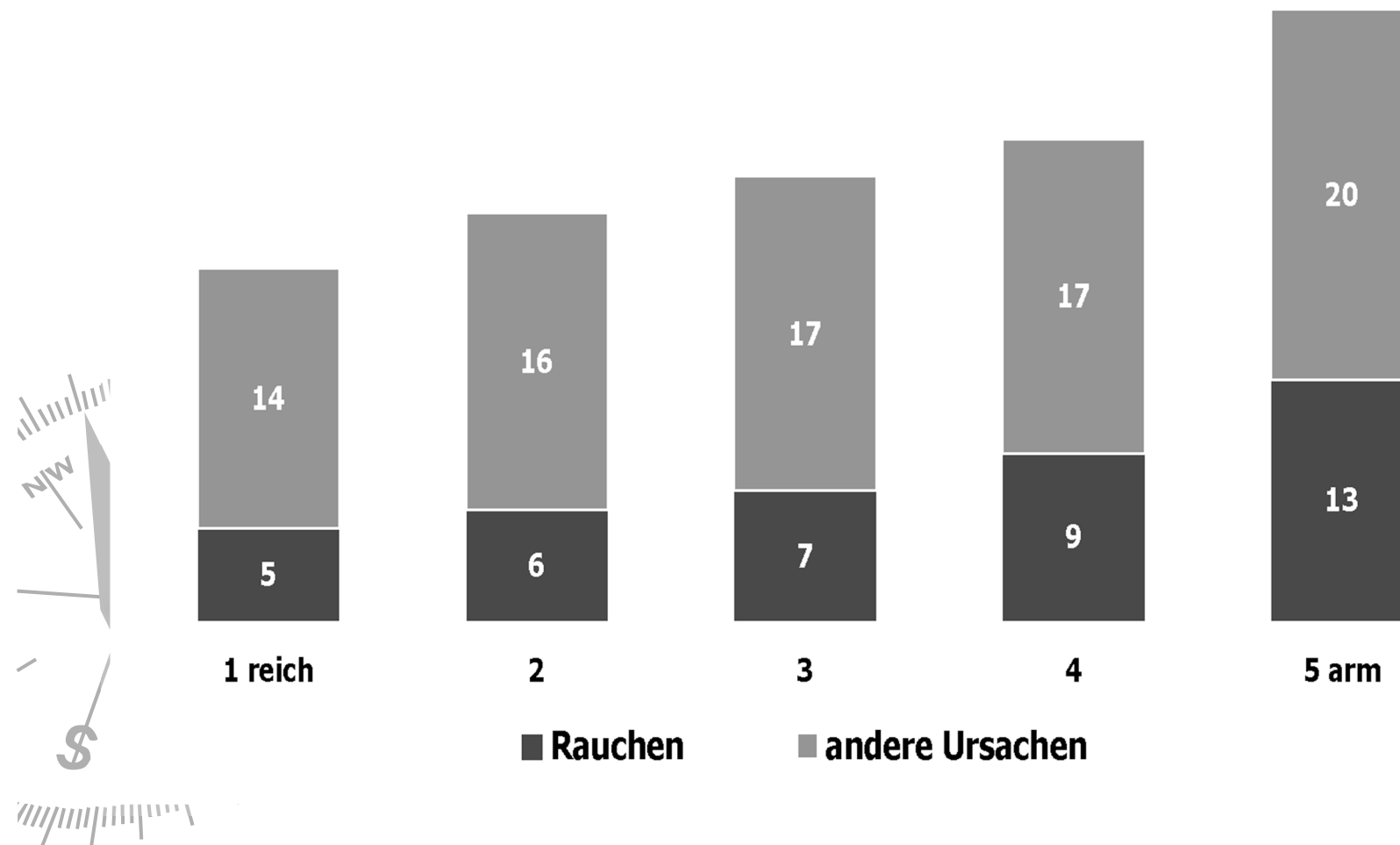


Prävalenz (%) des Tabakrauchens nach Bildung und Altersgruppen: Männer Lampert 2011 (GEDA 2009)



Risiko (%) im Alter zwischen 35-69 Jahren zu sterben nach Ursachen und Einkommen

Jha et al. 1991 (Canada)



Alkohol

Kaum soziale Differenzen beim regelmäßig-moderaten und gesundheitlich riskanten Alkoholkonsum (Richter & Hurrelmann 2003, Köhler et al. 2009), aber beim sporadisch-exzessivem Trinkverhalten, das sozial auffällig und folgenreich ist

Hauptschüler/innen berichten häufiger als Gymnasiasten/innen von gravierenden alkoholassoziierten Problemen

- ▶ **schlechte Schulleistungen**
- ▶ **Gewaltanwendung**
- ▶ **Probleme mit der Polizei**
- ▶ **Einweisung in Krankenhaus oder Notaufnahme**
- ▶ **Sexualverkehr ohne Kondom**

(ESPAD 2007, 90; Richter & Hurrelmann 2004)

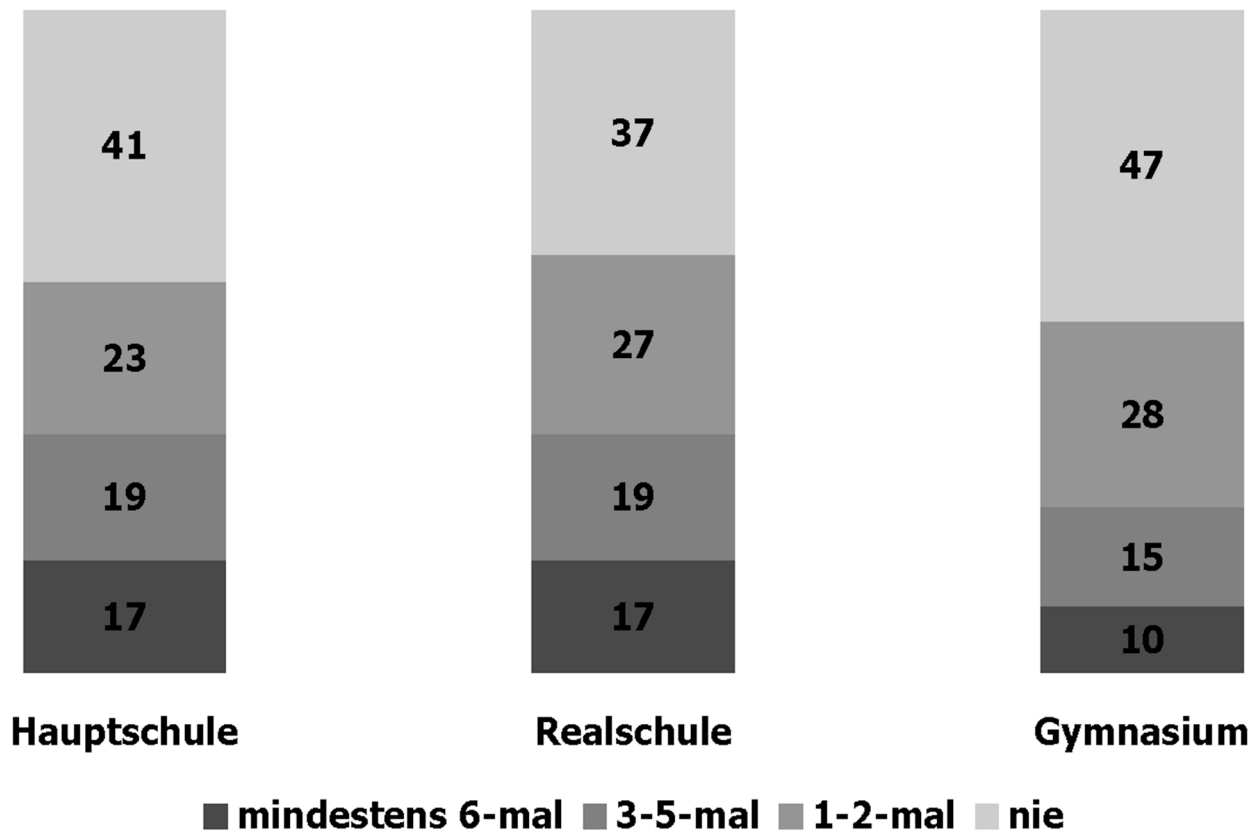
Dies verweist darauf, dass bei Kindern/Jugendlichen aus den unteren Bildungs- und Sozialgruppen ein deutlich breiteres Spektrum an alkoholassozierten gesundheitlichen und vor allem sozialen Problemen in den Gegenstandsbereich von Prävention/Intervention einbezogen werden muss

Ein sporadisch-exzessives Trinkmuster: binge drinking

- ▶ **ist definiert als 5 und mehr Alkoholeinheiten pro
Trinkgelegenheit
(z.B. mehr als 2.5 Liter Bier)**

Verteilung (%) der Frequenz des binge drinking in den letzten 30 Tagen nach Schulform

15- bis 16-Jährige, ESPAD 2007, 69



**Soziale Differenzen beim binge drinking
am größten zwischen den Schulformen (bei Mädchen
und Jungen)**

und deutlich schwächer zwischen

- ▶ **den verschiedenen familiären Wohlstandsniveaus und**
- ▶ **sozioökonomischen Positionen der Eltern**

(Richter & Hurrelmann 2004)

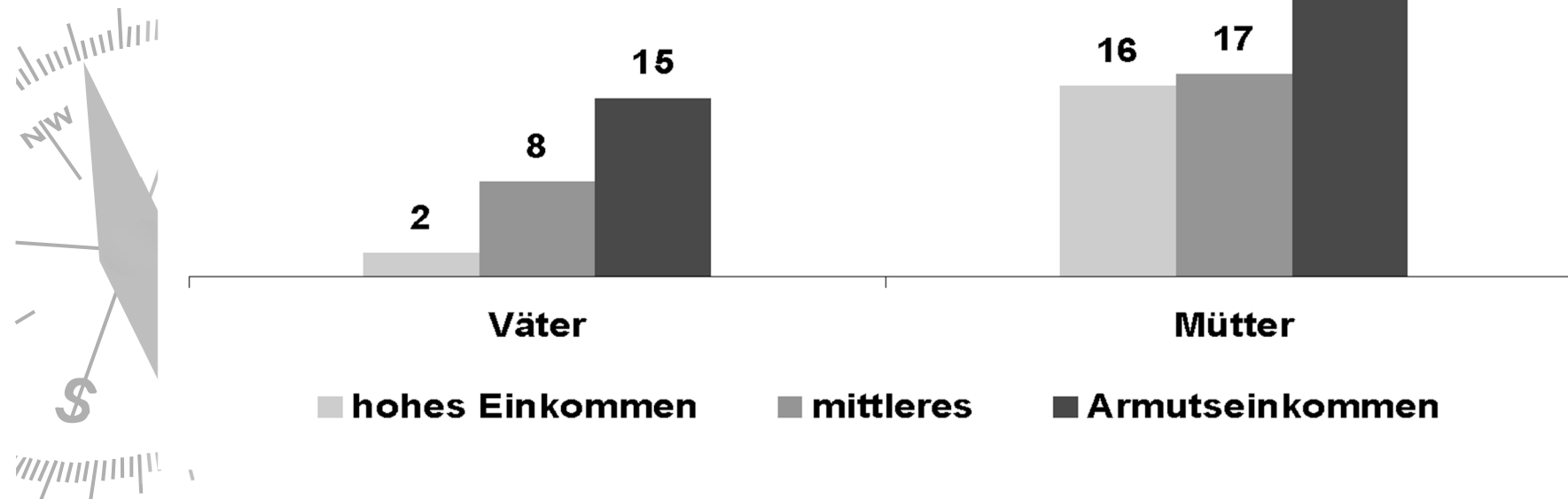
**Erneuter Befund, der unter dem Ziel der Nivellierung von
sozialer Ungleichheit für eine Favorisierung von schulbasierter
Prävention spricht**

**Armut, konkret Hartz IV,
wird oft mit Alkohol in Zusammenhang gebracht,
häufig mit diffamierendem Unterton**

Nahezu unbekannt in Öffentlichkeit:

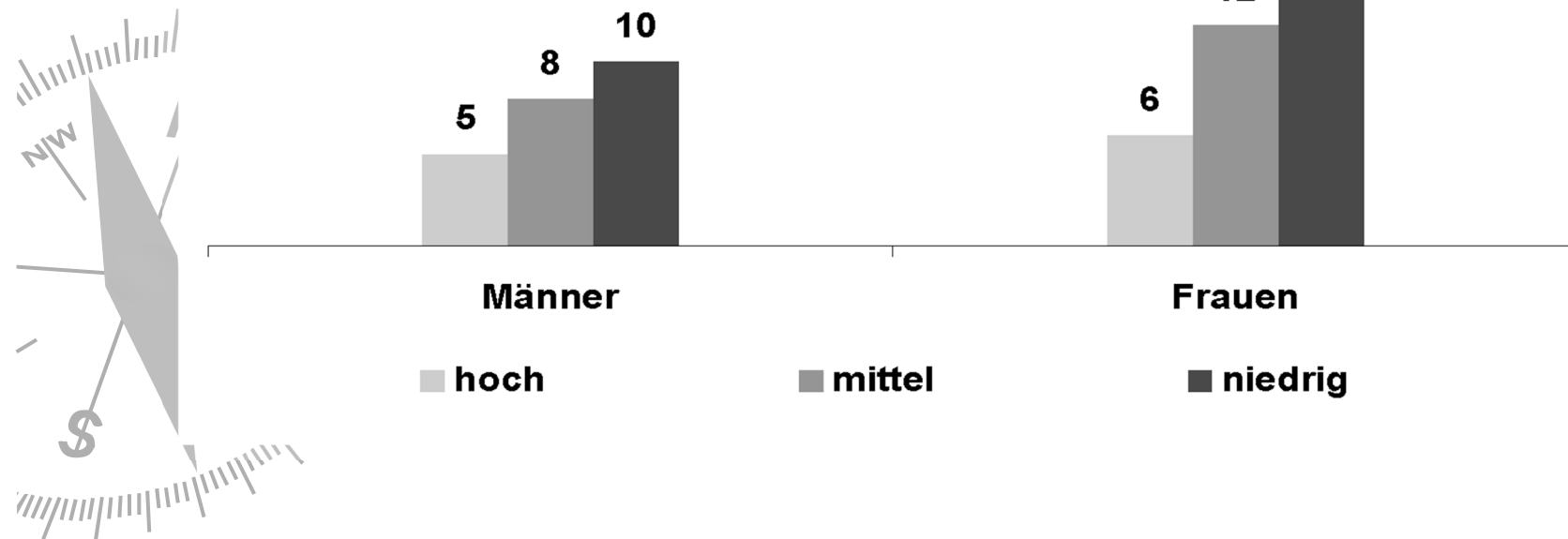
**Der Anteil der Alkoholabstinenten nimmt mit
abnehmendem sozioökonomischem Status (SES) deutlich zu
und ist in der Armutsbevölkerung am höchsten,
besonders ausgeprägt bei den Frauen**

**Prävalenz (%) der Alkoholabstinenz
bei Vätern und Müttern (25-50 Jahre) mit Kindern
unter 15 Jahren nach Haushaltseinkommen**
Henkel 2008 (Bundesgesundheitsurvey 1998)



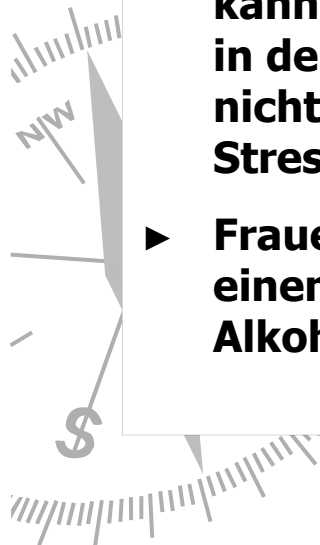
Alkoholabstinente (%) nach sozioökonomischen Status und Geschlecht, 18- bis 59-Jährige

Bloomfield et al. 2000 (Suchtsurvey 1997)



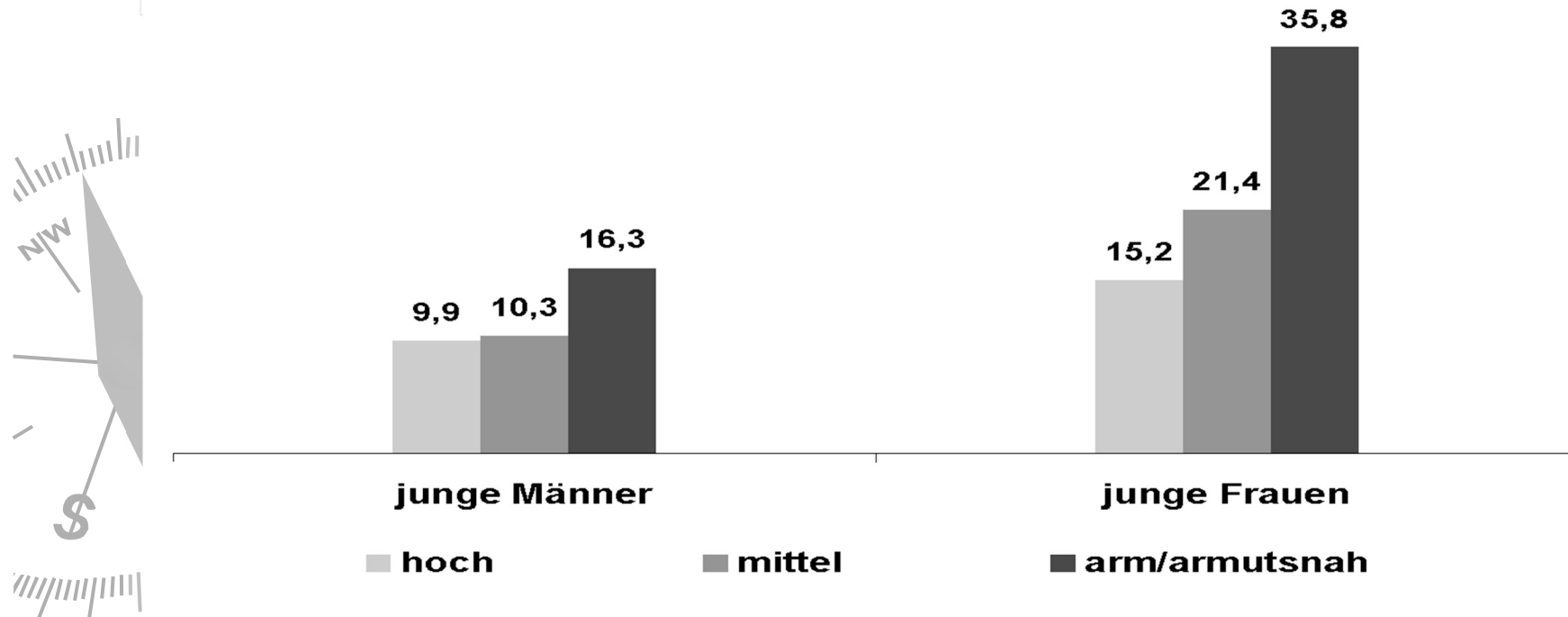
Mögliche Gründe für die hohen Abstinenzquoten in den unteren sozialen Statusgruppen, besonders bei den Frauen

- ▶ **Einkommensdifferenzen nicht alleiniger Grund, denn dann müsste auch die Verteilung der Tabakabstinenz dieser ökonomischen Logik folgen, was nicht der Fall ist (Henkel et al. 2003)**
- ▶ **Armut reduziert soziale Teilhabe, daher weniger gesellige Trinkanlässe (Arbeitsplatz, Verein, Gaststätte, usw.), so dass sich das Alkoholtrinken nur schwer zum kulturellen Lebensstil entwickeln kann**
- ▶ **Armut bedeutet hohe Stressbelastung, Stressreduktion durch Alkohol kann das Armutsmanagement (Haushalt, Kinder u.a.m.), das in der Regel in der Hand der Frauen liegt, existentiell gefährden. Daher ist der Tabak, nicht der Alkohol das passende/bevorzugte Mittel zur Stressminderung**
- ▶ **Frauen mit niedrigem sozioökonomischen Status orientieren sich eher an einem traditionellen Frauenbild, zu dem es nicht ohne weiteres passt, Alkohol zu trinken**



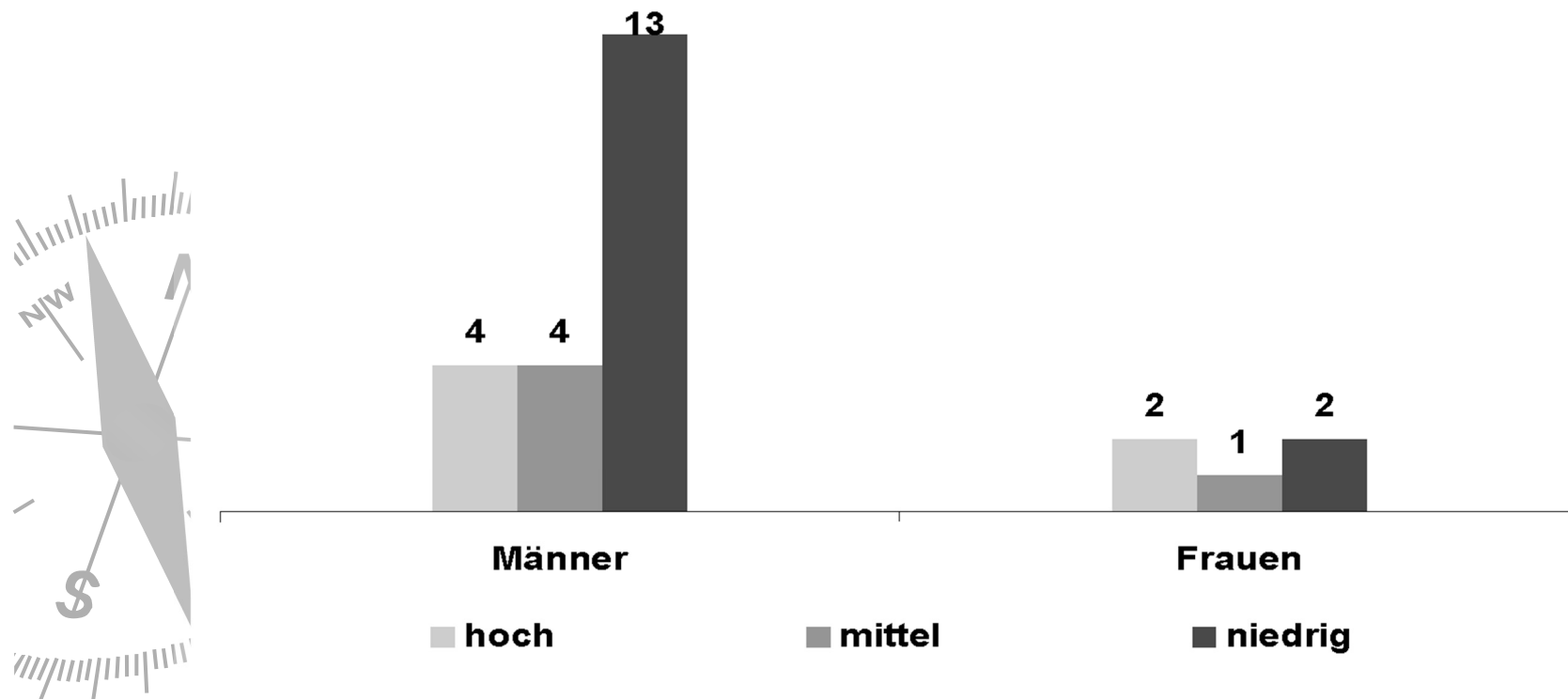
Wie auch immer: Kinder aus sozial benachteiligten Verhältnissen haben überproportional häufig alkoholabstinente Elternmodelle – Unter diesen Bedingungen ist Aufwachsen in Armut bzw. der unteren Sozialschicht ein Schutzfaktor gegen Alkoholismus

Alkoholabstinente (%) nach Einkommen und Geschlecht, 18- bis 29-Jährige, Henkel 2008 (Bundesgesundheitsurvey 1998)



**Aber: In der Armutsbevölkerung bzw. der unteren
Sozialschicht ist auch die Alkoholabhängigkeit
überproportional stark verbreitet (Männer)**

**Prävalenz (%) der Alkoholabhängigkeit (DSM IV)
nach sozioökonomischem Status und Geschlecht
Bloomfield et al. 2000 (Suchtsurvey 1997, 18-59 Jahre)**



**Vor diesem Hintergrund nicht verwunderlich:
Kinder aus sozial benachteiligten Verhältnissen
leben überproportional häufig in
alkoholsucht-belasteten Familien (s. auch Klein 2008)**

**Sie gehören damit überproportional häufig zu einer der
vulnerabelsten Gruppen**

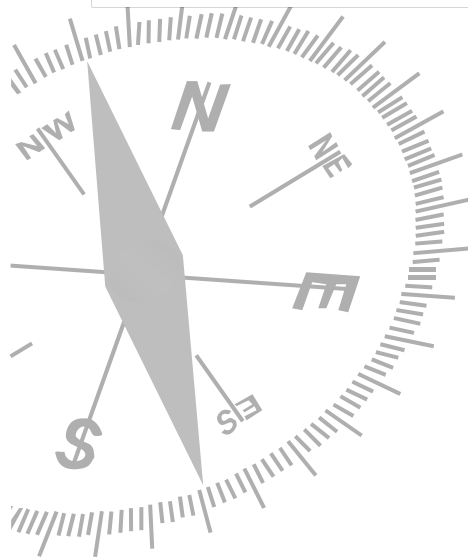
Denn Kind in einer suchtblasteten Familie zu sein, bedeutet:

- ▶ **hohes Risiko, selbst Alkoholprobleme zu entwickeln (Klein 2008)**
- ▶ **und unter weiteren Problemen zu leiden, vor allem:
psychische Störungen (Angst, Depression),
hohes familiäres Konfliktniveau,
elterliche (väterliche) Gewalt und
Vernachlässigung (ebda.)**



Armut und niedriger sozioökonomischer Status sind also mit einem stark polarisierten Verteilungsmuster assoziiert: hohe Prävalenzen von Alkoholabstinenz auf der einen *und* von Alkoholabhängigkeit auf der anderen Seite

Offene Frage: Welche Merkmale sind typisch für „alkoholabstinente“ Familien, und ist dieses Wissen präventiv nutzbar?



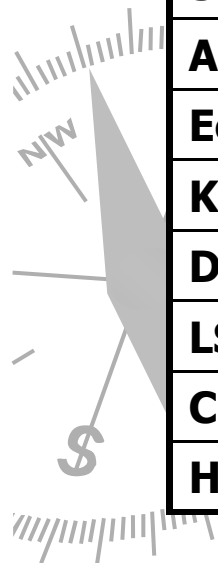
Illegale Drogen

Sozial ungleiche Verteilung der Drogenaffinität

Lebenszeitprävalenz (%)
des Konsums illegaler Drogen (außer Cannabis) und
Schnüffelstoffen nach Schulform
15- bis 16-Jährige

ESPAD 2007, 121, 127
(sehr ähnliche Resultate bei Speck & Reimers 1999)

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
Crack	3.4	2.8	1.4
Heroin	2.6	1.0	0.6



Cannabis

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

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

Auch beim „aktuellen regelmäßigen Cannabiskonsum“ zeigt die jüngste Cannabisstudie der BZgA (2010, N=7.000, 12- bis 25-Jährige) kaum statistisch bedeutsame Differenzen, wenn man die Prävalenz im Gymnasium als Referenz nimmt (regelmäßig: >10-mal letzte 12 Monate)

Soziale Gruppen	Prävalenz (%) adj. Geschlecht, Alter
Gymnasium (Referenz)	3.2
Berufsschule	2.1
Auszubildende	3.0
Studierende	3.4
Erwerbstätige	2.1 (signifikant)
Arbeitslose	6.7
Sonstige	3.0

**Doch sind auch die Risiken
für die Entwicklung einer Cannabisabhängigkeit
sozial ungleich verteilt?**

- ▶ **Längsschnittstudie (v. Sydow et al. 2002)**
- ▶ **Zeitspanne 4 Jahre, Alter 14-24, N=2.446**
- ▶ **Ergebnisse entsprechen den meisten internationalen Studien**

**Risikofaktoren
für die Entwicklung einer Cannabisabhängigkeit (DSM-IV)
bei Jugendlichen, die zu Untersuchungsbeginn
Cannabis konsumierten, aber nicht abhängig waren**
* signifikant, v. Sydow et al. (2002)

Risikofaktoren	OR
Tod eines Elternteils vor 15. Lebensjahr	*
Konsum anderer illegaler Drogen	*
Schweregrad psychischer Symptome, Globalindex (SCL-90 GSI)	*
Geschlecht/männlich	n.s.
Niedriges Selbstwertgefühl	*
Niedriger sozioökonomischer Status (SES)	*
Schlechte finanzielle Situation	*
Höheres Alter	*

Migrationshintergrund und Substanzkonsum

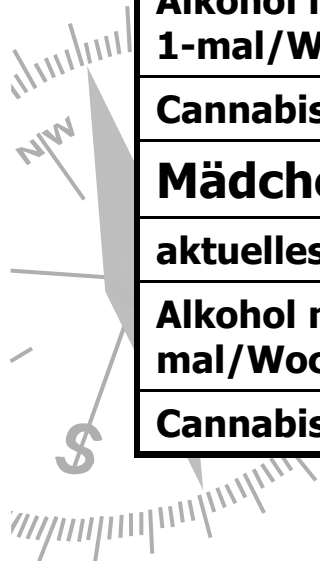
Migrationshintergrund

Prävalenz (%) des Konsums von Tabak, Alkohol und Cannabis

14- bis 17 Jahre, KiGGS-Studie 2007, 606

Keine Differenzen zu Ungunsten der Jungen/Mädchen mit Migrationshintergrund, aber erhebliche Präventionsdefizite und Zugangsbarrieren für Suchtberatung/Suchtbehandlung (Walter et al. 2007)

	Migrationshintergrund ja	Migrationshintergrund nein
Jungen		
aktuelles Rauchen	26	32
Alkohol mindestens 1-mal/Woche	37	48
Cannabis 12-Monatsprävalenz	14	15
Mädchen		
aktuelles Rauchen	24	33
Alkohol mindestens 1- mal/Woche	16	28
Cannabis 12-Monatsprävalenz	8	10



Arbeitslosigkeit als Risikofaktor für Suchtprobleme

Noch keine Studie aus Deutschland
Aus anderen Ländern (z.B. USA, Großbritannien, Neuseeland, Schweden)
liegen zahlreiche Längsschnittstudien
mit repräsentativen Stichproben vor

Weisen übereinstimmend nach,

- ▶ **dass für arbeitslose Jugendliche in Relation zu Erwerbstätigen**
substantiell höhere Risiken bestehen,
- ▶ **riskante Substanzkonsummuster zu entwickeln:**
Tabak, Alkohol, illegale Drogen (Henkel Forschungsreview 2011)

Häufig auftretende Folgen länger anhaltender Arbeitslosigkeit bei Jugendlichen (Kee-Ryan et al. 2005)

- ▶ **Minderung des Selbstwertgefühls**
- ▶ **reduzierte soziale Wertschätzung, Verlust sozialer Kontakte**
- ▶ **Bruch der Lebensperspektive, Zukunftsängste**
- ▶ **Gefühle des Ausgegrenztseins**
- ▶ **Zunahme familiärer Konflikte**
- ▶ **finanzieller Stress**
- ▶ **Zerfall von Zeitstrukturen, Monotoniestress**
- ▶ **erschwerte Bewältigung jugendtypischer Entwicklungsaufgaben,
z.B. Erwachsenwerden, Gewinnung von Autonomie/Festigung der
eigenen Identität**

Arbeitslosigkeitsbedingte Suchtrisiken bestehen nur für eine Minderheit der arbeitslosen Jugendlichen

Also muss es Risikogruppen geben:

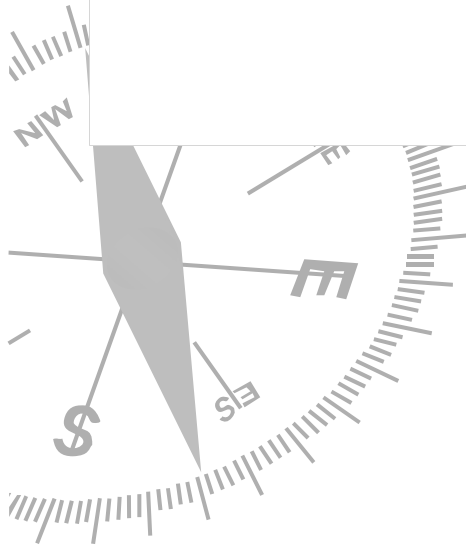
- ▶ **Höhere Risiken für männliche als weibliche Jugendliche, Gründe u.a.: arbeitslose Mädchen erfahren mehr soziale Unterstützung/Einbindung in der Familie und weniger Druck, die Arbeitslosigkeit schnell zu beenden**
- ▶ **Risiken nehmen mit Dauer der Arbeitslosigkeit zu und**
- ▶ **sind besonders hoch, wenn schon vor Eintritt der Arbeitslosigkeit problematische Konsummuster bestanden**
- ▶ **Weitere Erkenntnisse liegen bislang nicht vor**
- ▶ **Erschwert zielgerichtete Prävention**

Sucht als Ursache von Armut?

Suchtprobleme verschärfen die Armutslage

Konsum von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen ist generell kostspielig und geht unter Armutbedingungen voll zu Lasten der Finanzierung wichtiger/vitaler Lebensbereiche z.B. Ernährung, Bildung, Gesundheit, Kleidung

- ▶ **Arme geben z.B. zwischen 10% bis 20% ihres verfügbaren Einkommens für Tabakwaren aus (Deutsches Krebsforschungszentrum 2004),**
- ▶ **was zwangsläufig eine deutliche Verschärfung der Lebenslage für sie selbst und ihre Kinder bedeutet**



Suchtprobleme können Armut auch verursachen, vermittelt über Gesundheitsprobleme, Haftstrafen, Verschuldung und vor allem das Arbeitslosigkeitsrisiko

- ▶ **Suchtprobleme erhöhen das Risiko, keine Ausbildung/Arbeit zu finden bzw. arbeitslos zu werden (Henkel Forschungsreview 2011)**
- ▶ **Jeder zweite, der arbeitslos wird, lebt in Armut (3. Armuts- und Reichtumsbericht 2008)**
- ▶ **Zusammenhänge gelten auch für Jugendliche:**
- ▶ **Chronischer Alkohol-/Drogenmissbrauch während Schulzeit ist oft assoziiert mit schlechten Schulleistungen, Schulabbruch und Delinquenz (Drogen) (Lynskey & Hall 2002)**
- ▶ **Probleme sind signifikante Prädiktoren deutlich reduzierter Arbeitsmarktchancen und Arbeitslosigkeit (Kaestner 1999, Shaw et al. 2007)**
- ▶ **Bei Cannabis widersprüchliche (internationale) Forschungslage**



**Forschungslücken
und präventive
Schlussbemerkungen**

Sozialepidemiologische Forschung intensivieren und ausweiten

Es fehlen

- ▶ **Längsschnittstudien zur Analyse kausaler Zusammenhänge und zeitlicher Problemverläufe**
- ▶ **Studien zur Identifizierung konkreter Risikogruppen und konkreter Risiko- und Schutzfaktoren in Abhängigkeit von der je konkreten sozialen Lage der Kinder/Jugendlichen**
- ▶ **Und wir wissen zu wenig darüber, ob sich bestimmte Präventionsmaßnahmen auf die verschiedenen sozialen Gruppen gleich oder unterschiedlich auswirken**

Beispiel Tabakprävention

Bereits erfolgte verhältnispräventive Maßnahmen in Deutschland ab 2002:

- ▶ **Erhöhung der Tabaksteuer/Tabakpreise**
- ▶ **Rauchverbote in Schulen (und anderen öffentlichen Räumen),
Gesetze zum Schutz vor Passivrauchen**
- ▶ **Altersprüfung an Zigarettenautomaten**
- ▶ **Anhebung der Altersgrenze für Kauf/Konsum von Tabakwaren
von 16 auf 18 Jahre hoch gesetzt**
- ▶ **Gesundheitsbezogene Warnhinweise auf Zigarettenpackungen**
- ▶ **Einschränkungen/Verbote der Tabakwerbung**

**Schlagen sich diese Maßnahmen in den
epidemiologischen Daten nieder?**

**Rückgang der Raucher- und Raucherinnenquote
bei den 12- bis 17-Jährigen
in den Jahren 2001-2008 von 30% auf**

15 % bei den Jungen und

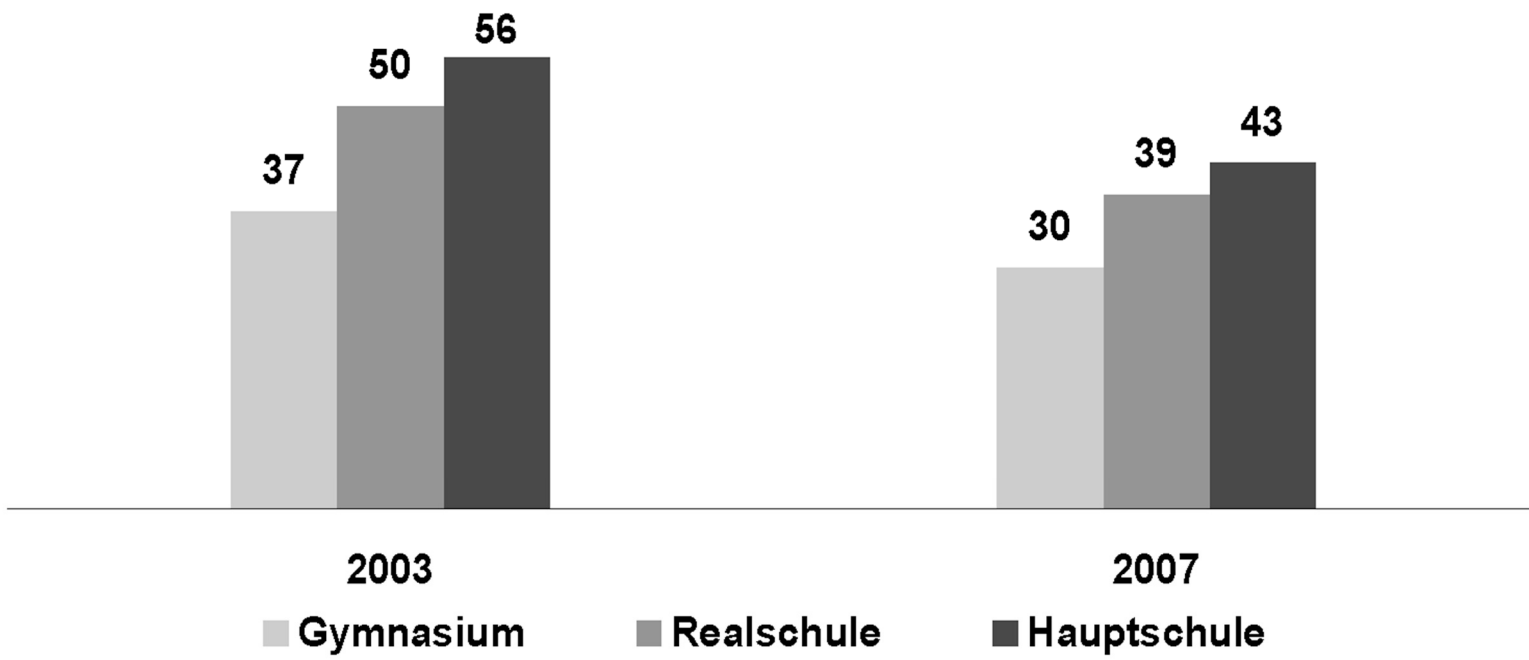
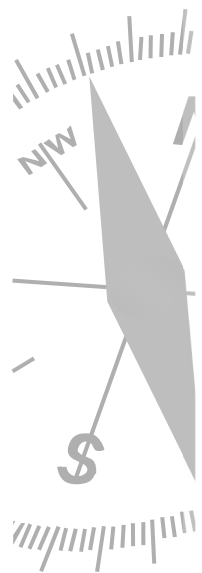
16 % bei den Mädchen

(Maschewsky-Schneider 2010; täglich/mehrmals wöchentliches Rauchen)

Aber sind auch die sozialen Gradienten verschwunden?

Rückgang der Raucher/innenquoten in allen Schulformen, aber bei nach wie vor starkem Prävalenzgefälle zu Ungunsten der Hauptschule

30-Tages-Prävalenzraten des Tabakrauchens
Rückgang von 2003 nach 2007
nach Schulform, 15- bis 16 Jährige
ESPAD 2003, 2007, 57

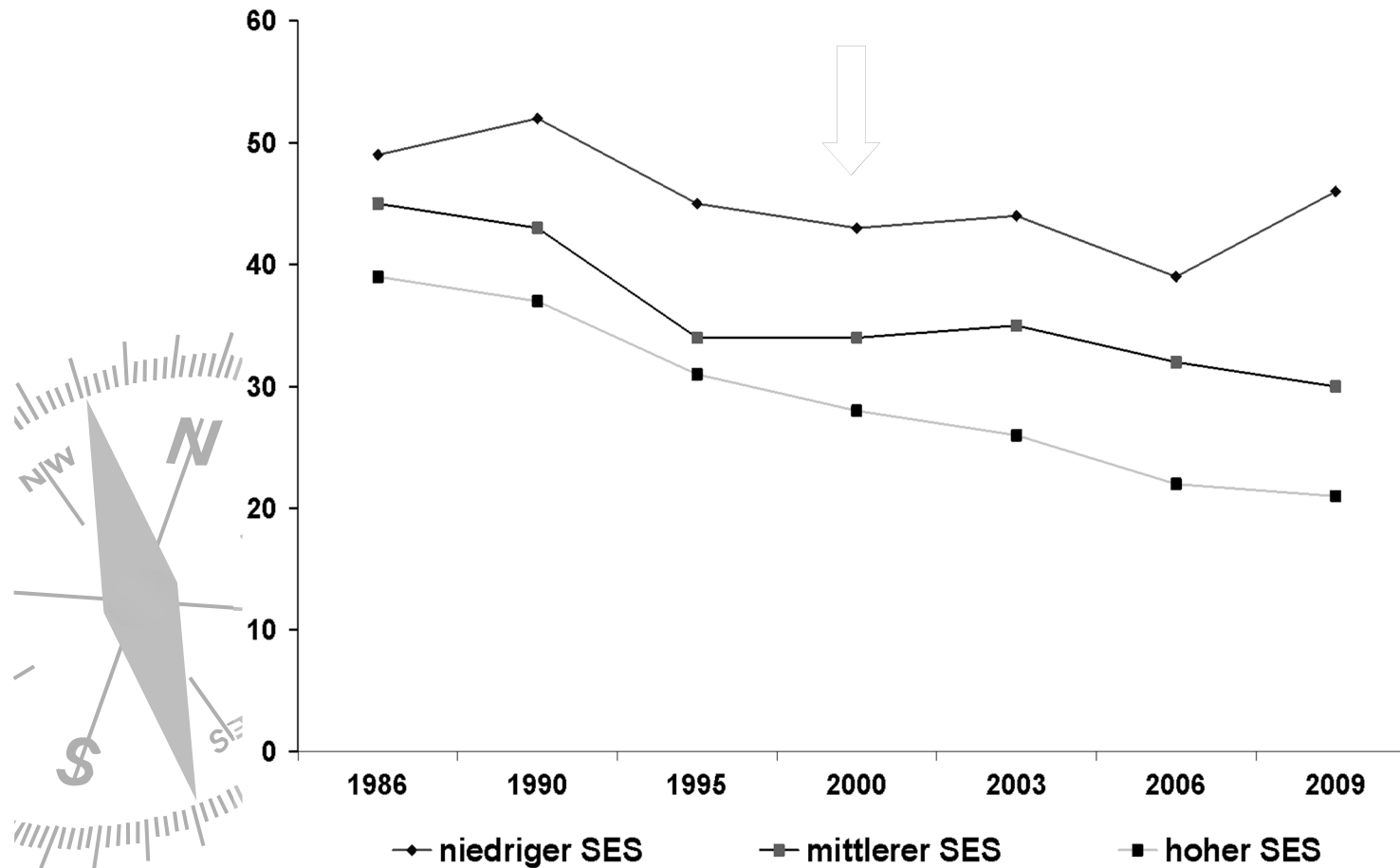


Bei den Erwachsenen (≥ 18 Jahre)

- ▶ **deutliche Zunahme der sozialen Ungleichheit in der Raucher/innenquote**

Entwicklung der Raucher/innenquote von 1986 bis 2009 nach sozioökonomischem Status (SES)

30-Tages-Prävalenz, 18 Jahre und älter (Piontek et al. 2010)



Fazit:

Die bisherige Tabakpräventionspolitik hat zu bedeutsamen positiven Effekten geführt, ist aber unter dem Aspekt der sozialen Ungleichheit kritisch zu bewerten:

- ▶ **Substantielle Reduktion des Rauchens in allen sozialen Gruppen, aber ohne die sozialen Gradienten aufzulösen**
- ▶ **Substantielle Reduktion der Gesamtraucher/innenquote, aber bei Vergrößerung der sozialen Ungleichheit**

Generelle Schlussfolgerung:

Die vorgestellten sozialepidemiologischen Befunde zeigen unmissverständlich:

Wir brauchen eine Präventionspolitik/-praxis, die der sozial ungleichen Verteilung der Suchtprobleme und Suchtrisiken ausreichend Rechnung trägt, bei der Bedarfsanalyse, Planung, Implementierung und Evaluation

und tatsächlich so wirksam ist, dass sie zu einer substantiellen Reduktion bzw. Beseitigung der sozialen Gradienten in der Suchtproblematik auf einem generell niedrigen Prävalenzniveau beiträgt



Was und wie konkret tun?

- ▶ **Prämierte Wettbewerbsbeiträge**
(s. Dokumentation „Kommunale Suchtprävention für Kinder und Jugendliche in besonderen Lebenslagen“)
- ▶ **Kriterien „guter Praxis“ in der**
„Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ (BZgA),
die auf Suchtprävention gut übertragbar sind

4 Aspekte sind besonders hervorzuheben:

(1) Sozial Benachteiligte haben es besonders schwer, präventiv zu handeln:

- ▶ **Geben seltener das Rauchen auf (Helmert 1999)**
- ▶ **Nehmen seltener an Suchtselbsthilfegruppen teil (z.B. Arbeitslose, Henkel et al. 2004)**
- ▶ **Nehmen seltener Früherkennungs-/Vorsorgeuntersuchungen und Angebote der Gesundheitsförderung in Anspruch (Langeness 2007, Kuhnert 2008)**

Gründe für schwächeres präventives Handeln

- ▶ **Sozial Benachteiligte leben in einem Milieu, in dem Tabak, Alkohol, Drogen stark verbreitet sind; das erschwert, das eigene Konsumverhalten zu problematisieren, sich gegen den sozialen Konformitätsdruck zu stellen und präventive Maßnahmen wahrzunehmen und durchzuhalten**
- ▶ **Besonders Armut und Arbeitslosigkeit haben zur Folge, keine oder nur wenige Zukunftsperspektiven zu haben, für die es sich lohnt, das eigene Verhalten zu ändern, z.B. den Alkoholkonsum einzuschränken (z.T. sogar Demoralisierung, fatalistische Einstellungen)**
- ▶ **Vor allem die Armut engt die Menschen auf die unmittelbare Bewältigung des „Hier und Jetzt“ ein, kein Platz für Vorausplanung und Vorsorge**
- ▶ **Armut/Arbeitslosigkeit untergraben die Selbstwirksamkeit, die man braucht, um das eigene Verhalten, z.B. das Rauchen, nachhaltig ändern zu können**
- ▶ **u.a.m.**

(2) Sozial Benachteiligte brauchen daher mehr noch als andere soziale Gruppen professionelle/institutionelle Assistenz

- ▶ **Daher: Präventionsangebote müssen vorzugsweise in solchen Institutionen implementiert werden,**
- ▶ **zu denen sozial Benachteiligte ohnehin häufig bzw. ständig Kontakt haben (Niedrigschwelligkeit, bereits bestehende hohe Kontaktdichte)**

(3) Daher hohe Priorität für schulbasierte Prävention

- ▶ **da über die Schule alle Kinder/Jugendlichen gut erreicht werden können, auch die sozial benachteiligten,**
- ▶ **und zudem frühzeitig, so dass die Entstehung sozial ungleicher Substanzkonsumprävalenzen und –risiken rechtzeitig verhindert werden kann,**
- ▶ **weil zwischen den Schulformen die sozialen Gradienten (Tabak, Alkohol, Drogen) am stärksten ausgeprägt sind, wesentlich stärker als z.B. beim familiären Wohlstandsniveau (Richter & Hurrelmann 2004, Richter & Leppin 2007, Lampert & Tamm 2007),**
- ▶ **und die Schule selbst, d.h. bestimmte Elemente der Lebenswelt „Schule“ (z.B. Unterrichtsqualität, Schulfreude, Schulstress), den Einstieg in problematische Substanzkonsummuster begünstigen, und Prävention auch auf die Veränderung solcher Faktoren abzielen muss**

...mit eindeutigem Schwerpunkt in der Hauptschule

- ▶ **da hier die Lebenswelt „Schule“ am häufigsten von belastenden Faktoren gekennzeichnet ist,**
- ▶ **und der Anteil der Risikogruppen am größten ist, d.h. der Kinder und Jugendlichen, die**
- ▶ **der unteren Bildungs- und Sozialschicht angehören,**
- ▶ **in Armut bzw. auf niedrigem Wohlstandsniveau leben**
- ▶ **und überproportional häufig von Arbeitslosigkeit bedroht sind**

(4) Mit dem Grad der sozialen Benachteiligung nimmt die Notwendigkeit zu, die Lebenslage der Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien selbst positiv zu verändern, um die suchtbezogenen Präventionseffekte zu verstärken und nachhaltig abzusichern

- ▶ **z.B. durch schulische Förderprogramme, freizeitpädagogische, Bildungs- und Kulturprojekte,**
- ▶ **bis hin zu Verbesserungen der sozialen und kulturellen Infrastruktur in Stadtteilen/Gemeinden mit hoher sozialer Benachteiligungsdichte, d.h. hoher Armuts- und Arbeitslosenquote.**
- ▶ **Das bedeutet: schulbasierte Prävention sollte mit präventiven kommunalen Ressourcen und Maßnahmen flankiert und vernetzt werden.**

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit