

Sucht und soziale Ungleichheit mit Schwerpunkt auf Kinder und Jugendliche

Prof. Dr. Dieter Henkel

Institut für Suchtforschung (ISFF)

Fachhochschule Frankfurt a.M.

University of Applied Sciences

prof.dieter.henkel@t-online.de

Landesdrogenkonferenz/Mainz 6.6.2014

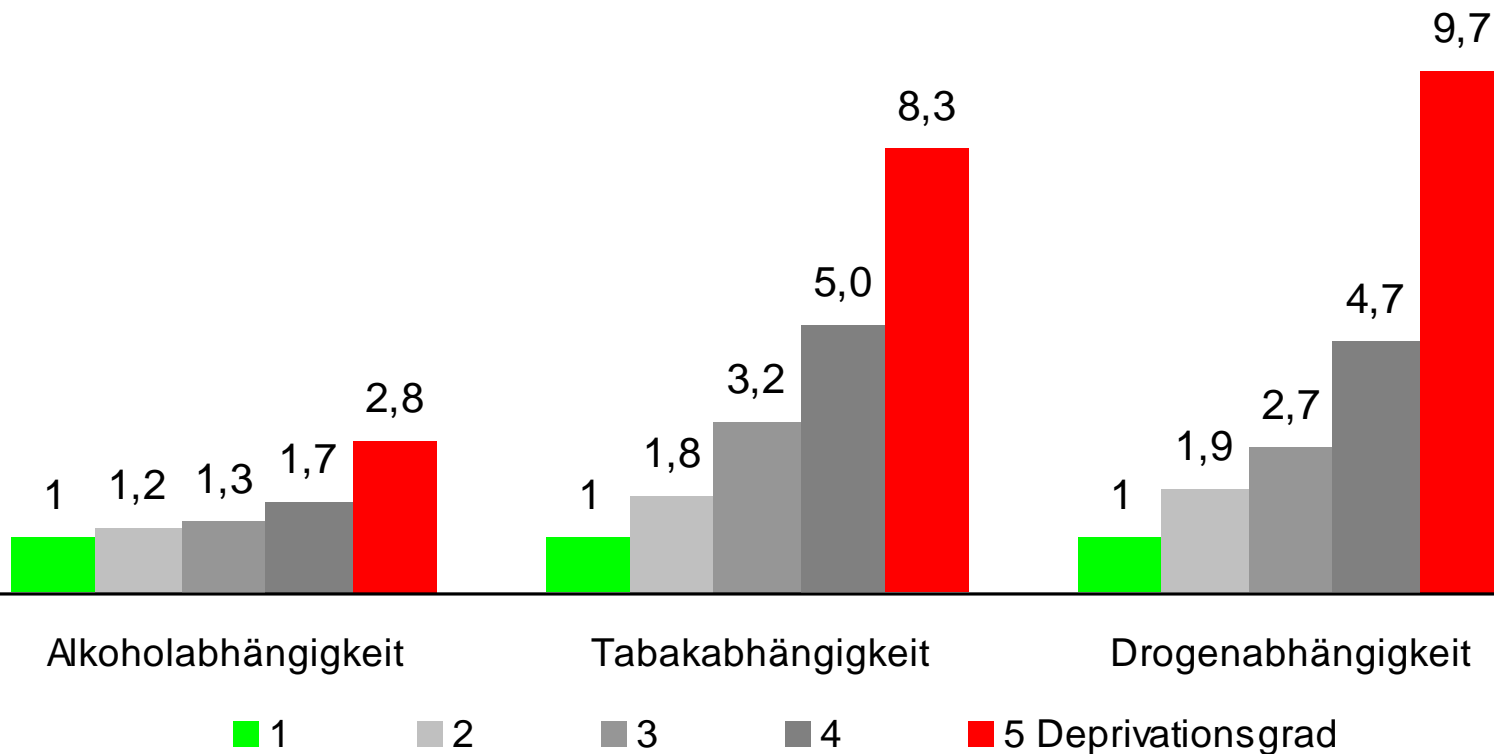
Zur sozialen Ungleichheit in der Häufigkeit und Verteilung von Suchtproblemen in der Bevölkerung lange Zeit keine empirische Forschung in Deutschland

Damit fehlte die Grundlage für eine evidenzbasierte sozial differenzierte Ausrichtung der Suchtprävention

Im Zuge der Verschärfung der sozialen Gegensätze in der Verteilung von Einkommen/Vermögen, (guter) Arbeit, Bildungs- und Gesundheitschancen u.a.m. zunehmendes Interesse auch in der Suchtforschung an sozialen Fragen, auch angeregt durch Forschung in anderen Ländern, z.B. Großbritannien:

Risiko für Alkohol-, Tabak- und Drogenabhängigkeit steigt mit dem Grad der sozialen Deprivation/Benachteiligung bei Einkommen, Arbeit, Bildung, Wohnen u.a.m.

Risiko (OR) für Abhängigkeit um das x-Fache höher in Relation zur Referenzgruppe (grün), adjustiert für Alter und Geschlecht
Wardle et al. 1999, Psychiatric Health Survey



Inzwischen auch in Deutschland zahlreiche bevölkerungsweite repräsentative epidemiologische Studien, besonders zu Kindern und Jugendlichen:

- ▶ **HBSC-Studien** (Health Behavior of School-aged Children), 11-15Jahre, seit 1993/94 im 4-Jahresabstand, jüngste Erhebung 2009/10 (HBSC-Team)
- ▶ **BZgA- Drogenaffinitätsstudien**, 12-25 Jahre, seit 2001-2012
- ▶ **ESPAD-Studien** (Europäische Schülerstudien zu Alkohol und anderen Drogen, 15-16 Jahre, 2003, 2007, 2011)
- ▶ **KiGGS-Studie** (Kinder- und Jugendgesundheitssurvey), 14-17 Jahre, 2003/06 (Robert-Koch-Institut)
- ▶ **SCHULBUSS-Studie** (Schüler- und Lehrerbefragung zum Umgang mit Suchtmitteln, Hamburg), 14-18 Jahre, 2009 (Baumgärtner)

Untersuchte Indikatoren sozialer Ungleichheit

▶ **Armut/Wohlstand/Reichtum:**

niedriges/mittleres/hohes Einkommen (bei Kinder/Jugendlichen: der Eltern)

▶ **familiäres Armuts- bzw. Wohlstandsniveau (Kinder/Jugendliche):** 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 (bei Kindern/Jugendlichen: der Eltern)

▶ **Migrationshintergrund:** ja/nein bzw. nach Herkunftsländern

▶ **Soziales Kapital:** Grad der sozialen Integration/Unterstützung in Nachbarschaft, Familie, Schule/Vereine/Organisationen

Untersuchtes Suchtverhalten

- ▶ **Tabakrauchen**
- ▶ **Binge Drinking (Rauschtrinken)**
- ▶ **Gesundheitlich riskanter Alkoholkonsum**
- ▶ **Problematischer Cannabiskonsum**
- ▶ **Glücksspiel mit Geldeinsatz**

Tabak

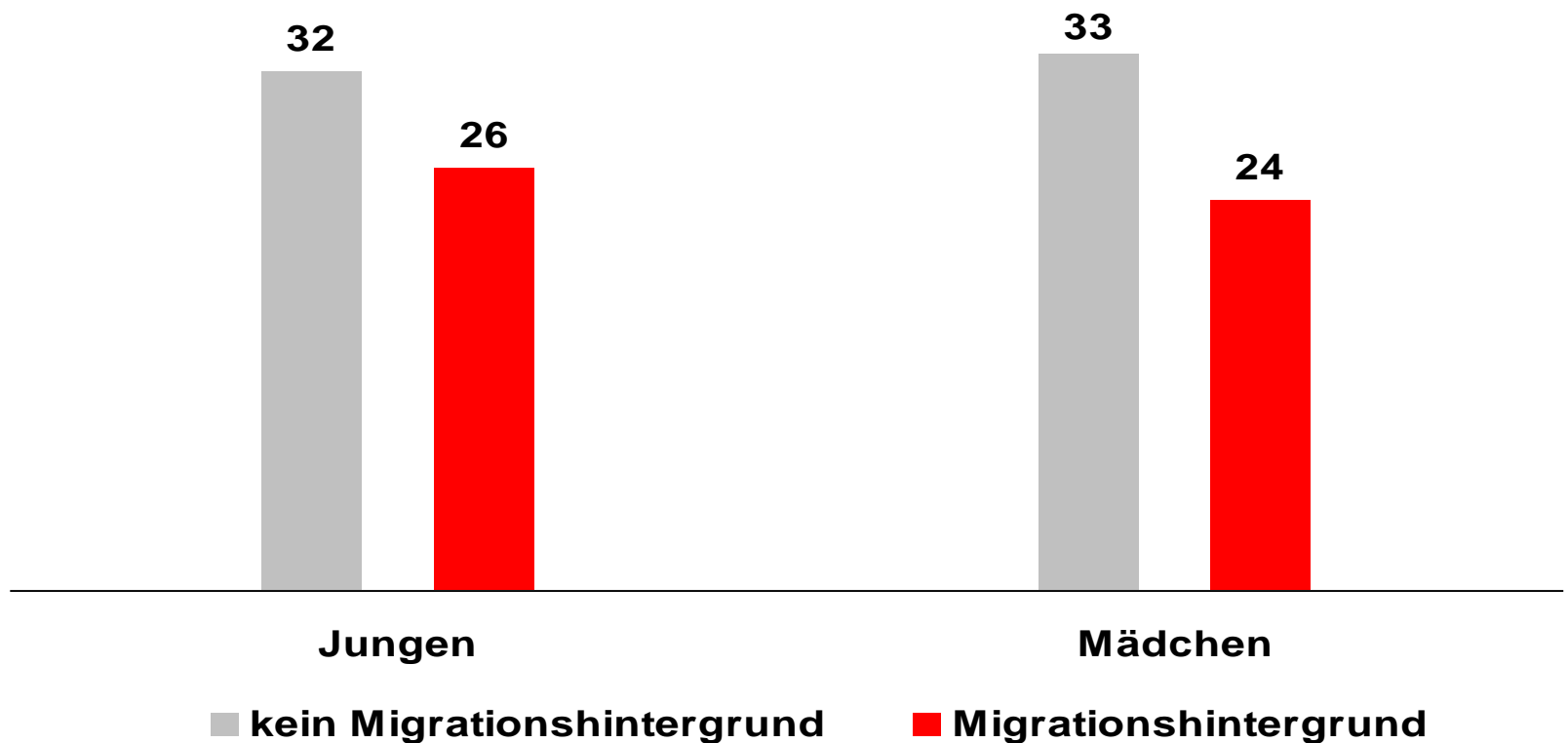
Höchste Raucherquoten (%) stets in den sozial am stärksten benachteiligten Gruppen

Sozialschicht	untere	obere	KiGGS 2007 aktuelles Rauchen 14-17 Jahre
Jungen	36	26	
Mädchen	39	22	
Schulform	Hauptschule	Gymnasium	KiGGS-Studie 2007 aktuelles Rauchen 14-17 Jahre
Jungen	42	18	
Mädchen	47	23	
Wohlstandsniveau	Armut	höchstes WN	HBSC Berlin 2003 tägliches Rauchen 11-15 Jahre HBSC Thüringen 2005 tägliches Rauchen 11-15 Jahre
Jungen	14	10	
Mädchen	20	10	
Soziales Kapital	am niedrigsten	am höchsten	HBSC Hessen 2002 Rauchen mindestens wöchentlich 10-16 Jahre
Jungen + Mädchen	28	7	
Erwerbsstatus	Arbeitslos	Erwerbstätig	BZgA 2009 18-25 Jahre
	60	37	

Ausnahme: Migrationshintergrund

Bei Jungen und Mädchen mit Migrationshintergrund signifikant niedrigere Raucherquoten

Prävalenz (%) Tabakrauchen nach Migrationshintergrund
(11-17 Jahre)
KiGGS 2007

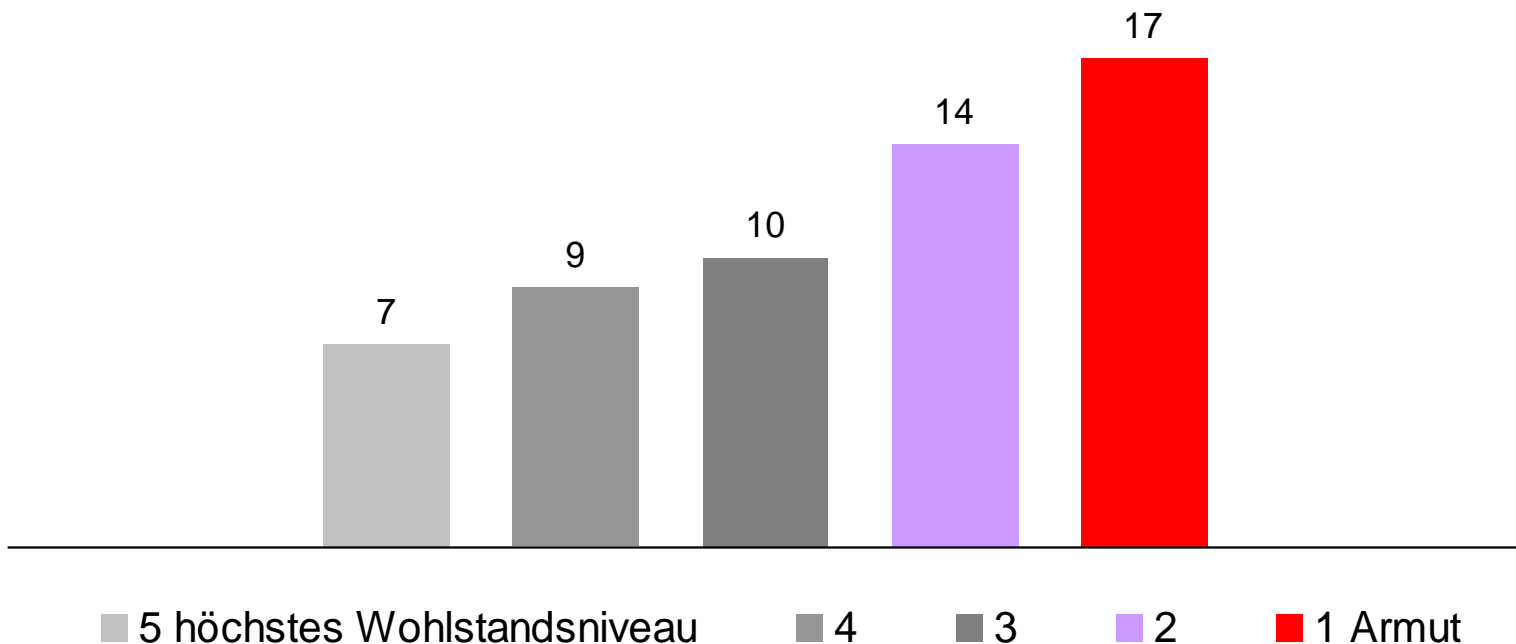


Soziale Gradienten,

d.h. kontinuierliche Zunahme der Prävalenzrate von der oberen hin zur unteren sozialen Position

Prävalenz (%) des täglichen/mehrmals wöchentlichen Tabakrauchens nach **Armuts-/Wohlstandsniveau**
11- bis 15-Jährige

Klocke & Hurrelmann 1995



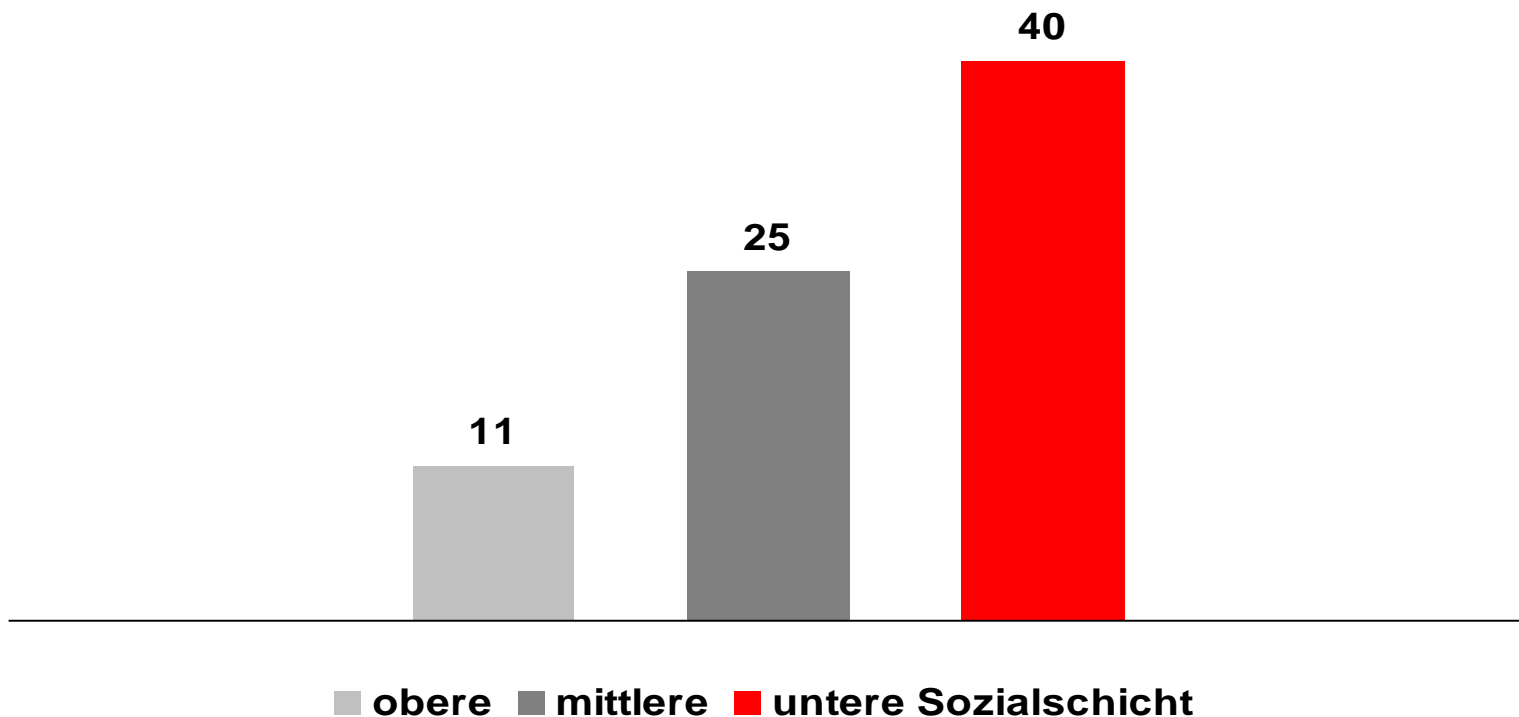
Sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche rauchen nicht nur häufiger und mehr sondern

- ▶ **auch früher**
spätestens mit **10 Jahren Hauptschule 21%,
Gymnasium 10%** (ESPAD 2007)
- ▶ **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)

Sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche sind auch am häufigsten dem **Passivrauchen** und den davon ausgehenden Gesundheitsgefahren ausgesetzt

Prävalenz (%) des Passivrauchens nach sozialer Schicht 11-17 Jahre (KiGGS 2007)

Passivrauchen = täglicher Aufenthalt in Räumen, in denen geraucht wird



Wie sind die sozialen Differenzen beim Rauchen zu erklären?

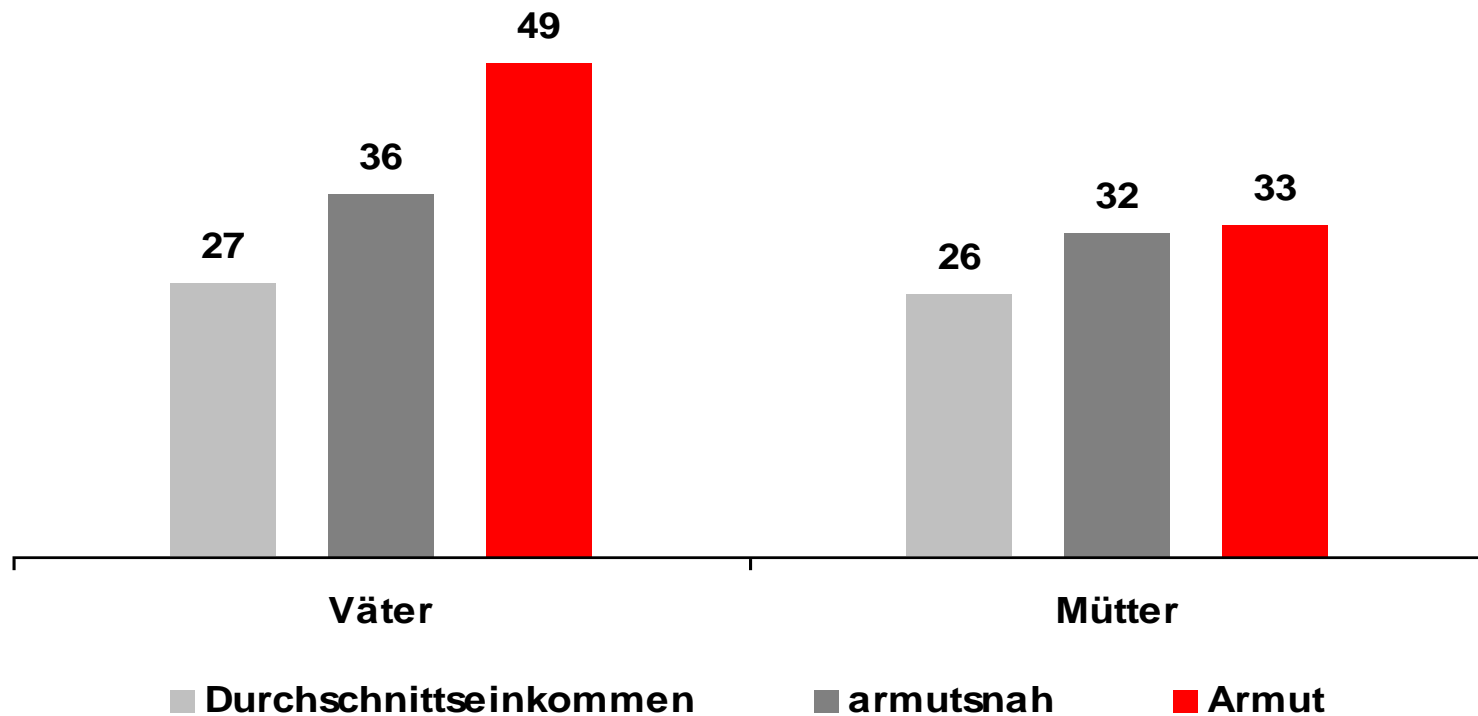
- ▶ keine empirischen Studien
- ▶ aber plausible Hypothesen

Wahrscheinliche Gründe, die den Einstieg in das Rauchen begünstigen und bei armen/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

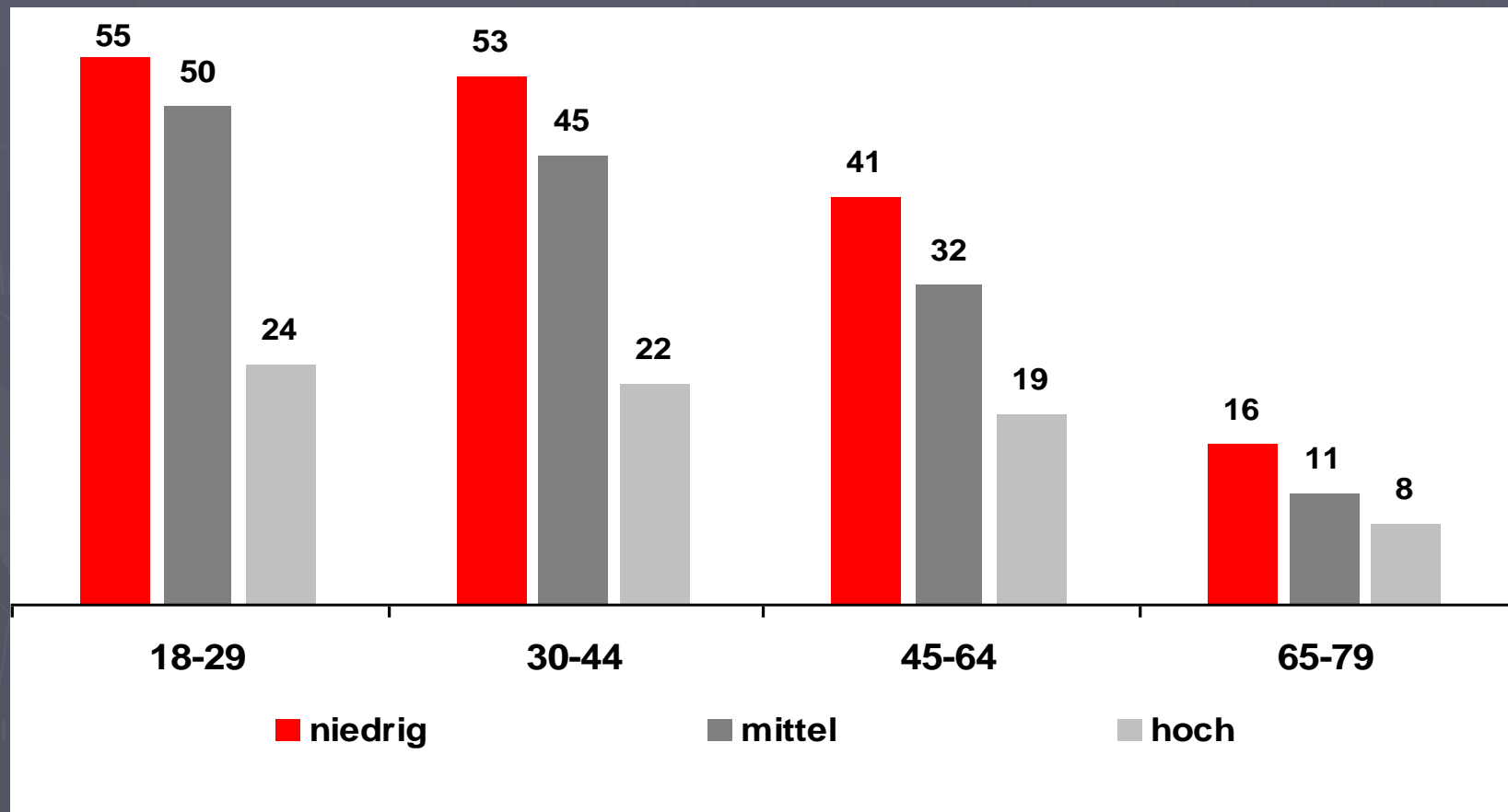


Kommen wahrscheinlich hinzu: Effekte der Werbung

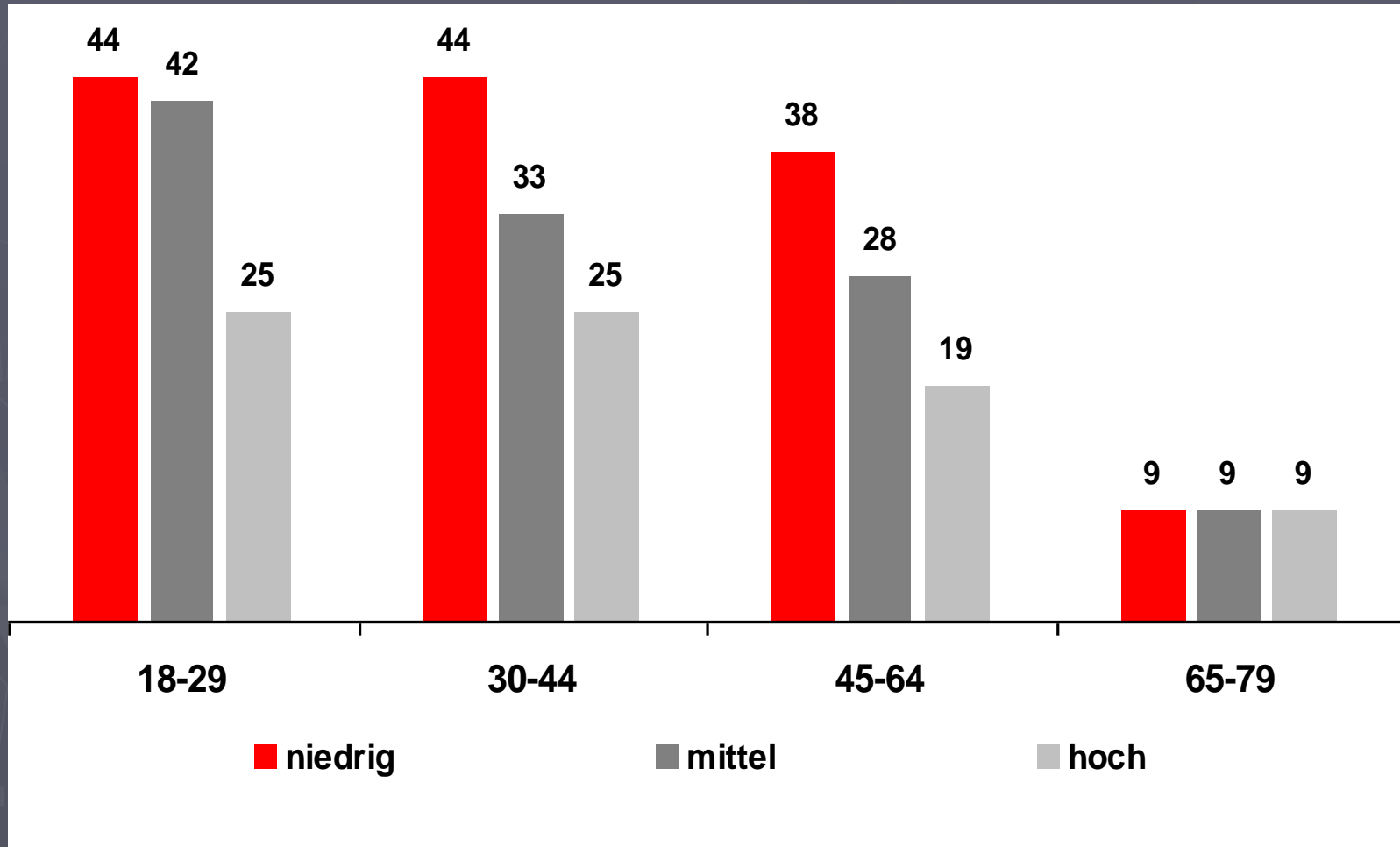
- ▶ **Tabakwerbung animiert nicht-rauchende Kinder und Jugendliche, mit dem Rauchen zu beginnen (Morgenstern et al. 2010)**
- ▶ **Vermutlich ist dieser Effekt bei sozial Benachteiligten besonders groß,**
- ▶ **denn die Werbung mit ihren verführerischen Bildern von Glück und unbeschwerter Lebensfreude, Freiheit und Abenteuer, Erfolg und Reichtum erzeugt wahrscheinlich gerade bei jenen die größte Resonanz, die all dies am stärksten entbehren**
- ▶ **Aber nicht überschätzen, zumal erheblicher Rückgang der Ausgaben für Tabakwerbung von 682 Mio. Euro in 1997 auf 200 Mio. Euro in 2011 (Lampert 2014)**

Sozial ungleiche Verteilung der Raucherquoten setzt sich von der Kindheit bis ins höhere Alter fort

Prävalenz (%) des Tabakrauchens nach Sozialstatus und Altersgruppen: **Männer** (Lampert 2014, GEDA 2008-11)



Prävalenz (%) des Tabakrauchens nach Sozialstatus und Altersgruppen: **Frauen** (Lampert 2014, GEDA 2008-11)



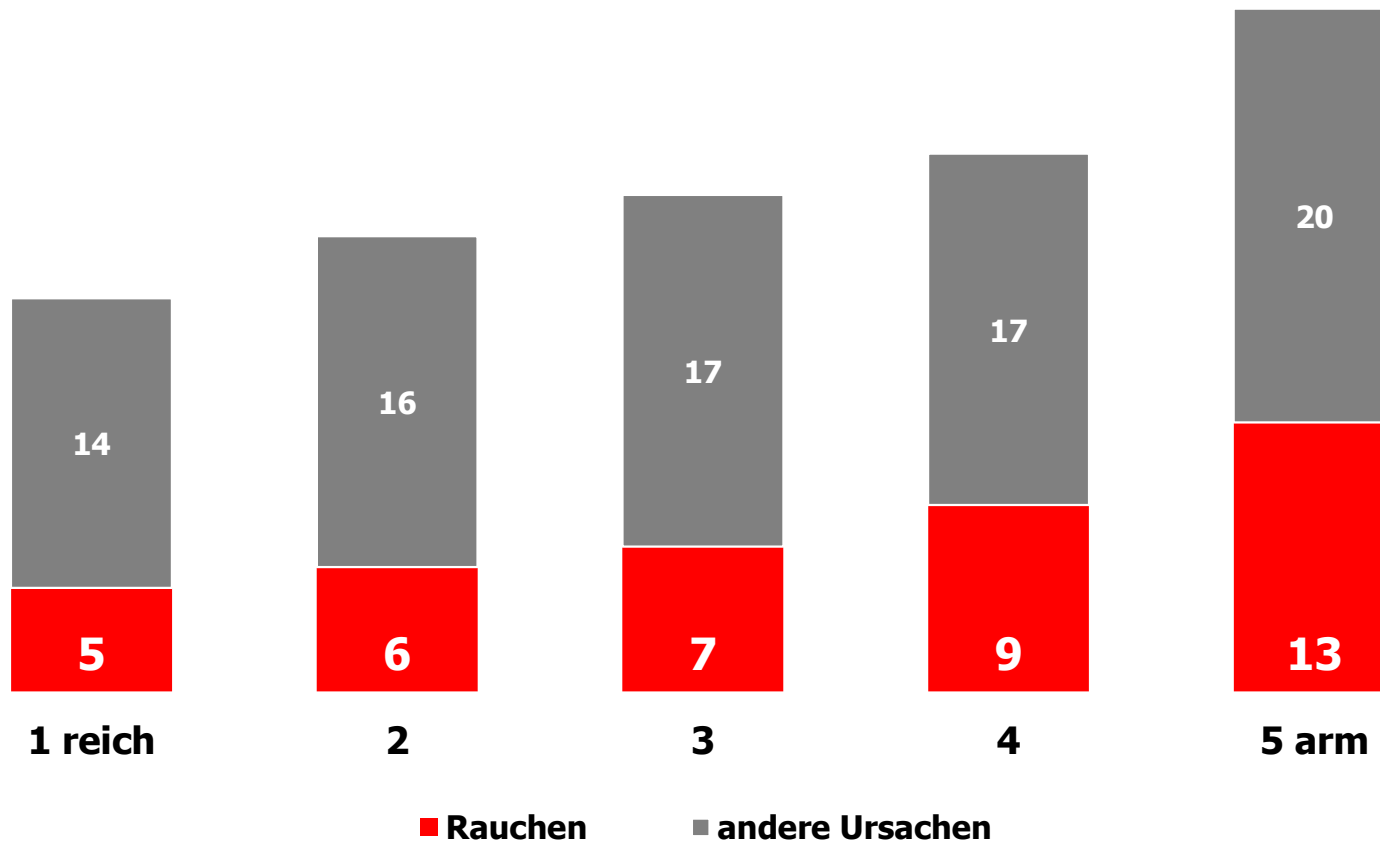
Nicht nur das Rauchen ist sozial ungleich verteilt, sondern infolgedessen auch die mit dem Risikofaktor „Rauchen“ assoziierten

- ▶ **körperlichen Erkrankungen** und
- ▶ **damit verbundenen Frühsterblichkeitsrisiken**

„Wenn Du arm bist, musst Du früher sterben“

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

Jha et al. 1991 (Canada)



Zwischenfazit

Zwischen Tabakrauchen und sozialer Lage bestehen enge Beziehungen

Die sozialen Gradienten zeigen stets die höchsten Prävalenzraten in den nach

- ▶ **Einkommen/Armut/Wohlstand**
- ▶ **Bildung/Schulform**
- ▶ **sozioökonomischem Status (SES)/Sozialschicht und**
- ▶ **Arbeit/Arbeitslosigkeit**

jeweils am stärksten benachteiligten Gruppen

**In Gesundheitswissenschaft und bei den Akteuren
im Bereich Gesundheitsförderung (BZgA, DKFZ, RKI u.a.)
schon lange Konsens**

- ▶ **Es besteht dringender Präventionsbedarf**
- ▶ **Wobei das Ziel sein muss:**
- ▶ **(1) Nivellierung der sozialen Ungleichheit im Tabakrauchen**
- ▶ **(2) auf einem für alle sozialen Gruppen möglichst niedrigen Niveau**
- ▶ **Was davon ist erreicht worden?**

Generell gesehen: sehr positive Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen

- ▶ Seit 2001 kontinuierliche Abnahme der Gesamt-Raucherquote in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen (12-17 Jahre)
- ▶ **von jeweils knapp 28% (2001) auf 11% bei den Jungen bzw. 12% bei den Mädchen (2012) (BZgA 2014)**
- ▶ Die mit weitem Abstand niedrigste Raucherquote seit der ersten epidemiologischen Erhebung im Jahr 1979

**Wahrscheinlicher Grund:
Einstellungswandel auch bei Kindern und Jugendlichen
gegenüber dem Rauchen
infolge verschiedener Maßnahmen:**

- ▶ **Schrittweise Erhöhung der Tabaksteuer, damit auch der Tabakpreise seit 2002**
- ▶ **Heraufsetzung der Altersgrenze für Kauf von Tabakprodukten von 16 auf 18 Jahre,**
- ▶ **Altersprüfung an Zigarettensautomaten**
- ▶ **Einschränkungen und Verbote der Tabakwerbung**
- ▶ **flächendeckende Rauchverbote in öffentlichen Gebäuden, Verkehrsmitteln usw. infolge der Nichtrauchererschutz-Gesetze seit 2007**
- ▶ **Gesundheitsbezogene Warnhinweise auf Zigarettenspackungen**
- ▶ **flankiert von Problematisierung des Rauchens in den Massenmedien**

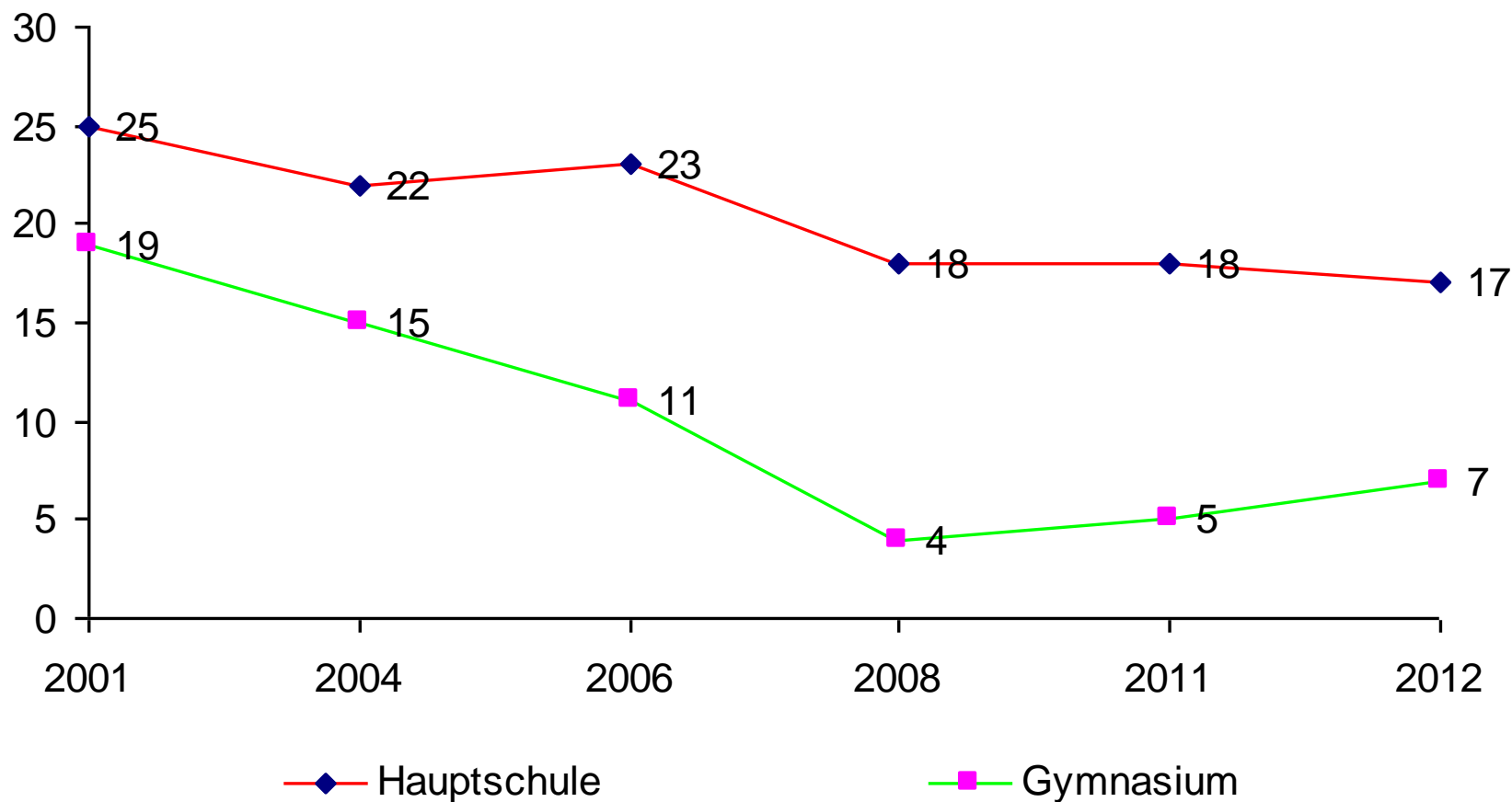
**Aber:
Schlagen sich diese Maßnahmen/Aktivitäten
auch in den sozialepidemiologischen Daten
nieder?**



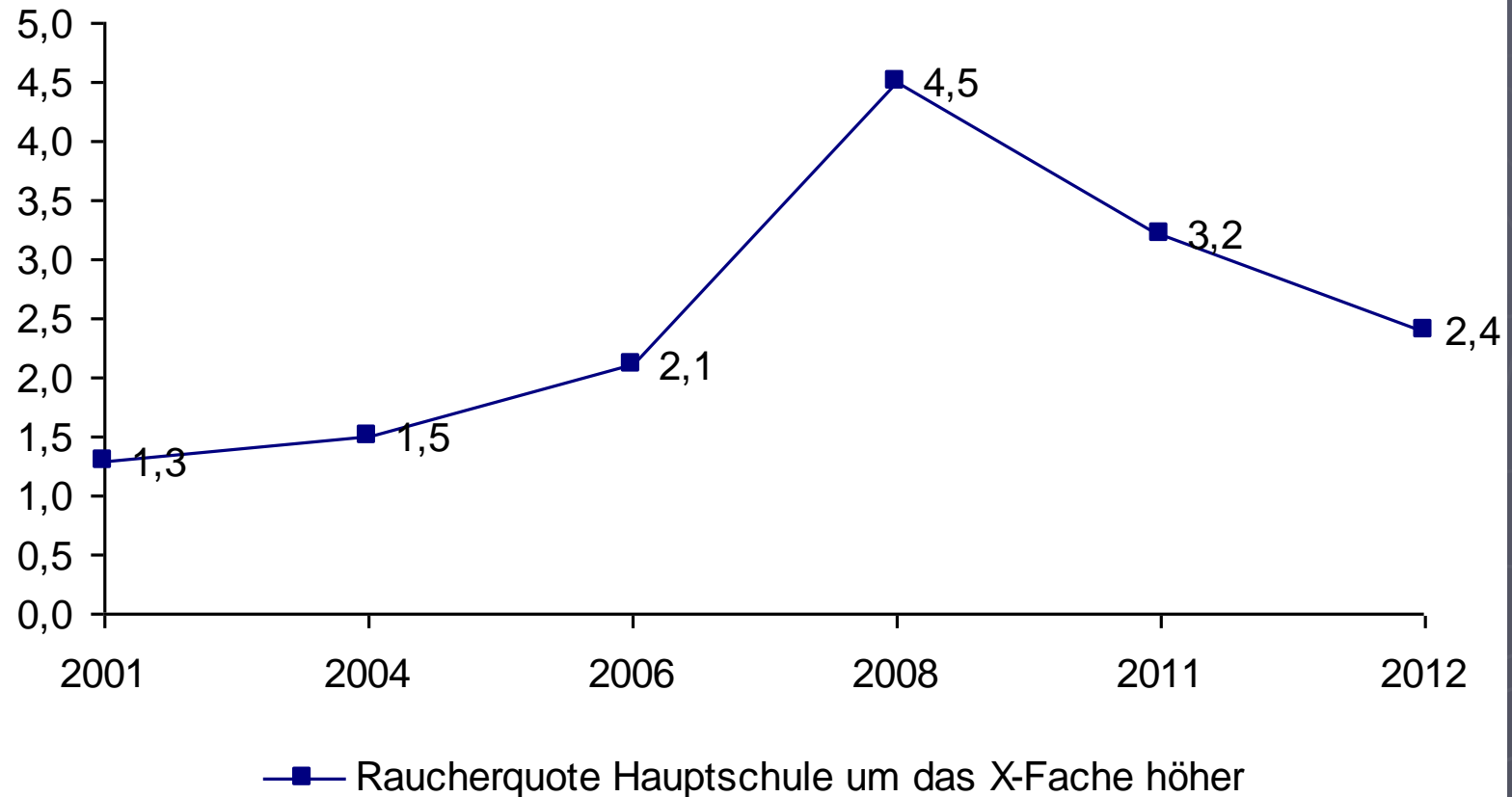
Tabakraucherquoten (% , gerundet) nach Schulform von 2001 bis 2012

Rauchen = täglich/gelegentlich

BZgA 2001-2014



**Relative soziale Ungleichheit (Quotient)
der Raucherquoten
zwischen Hauptschule vs. Gymnasium von 2001 bis 2012**
Rauchen = täglich/gelegentlich
BZgA 2001-2014



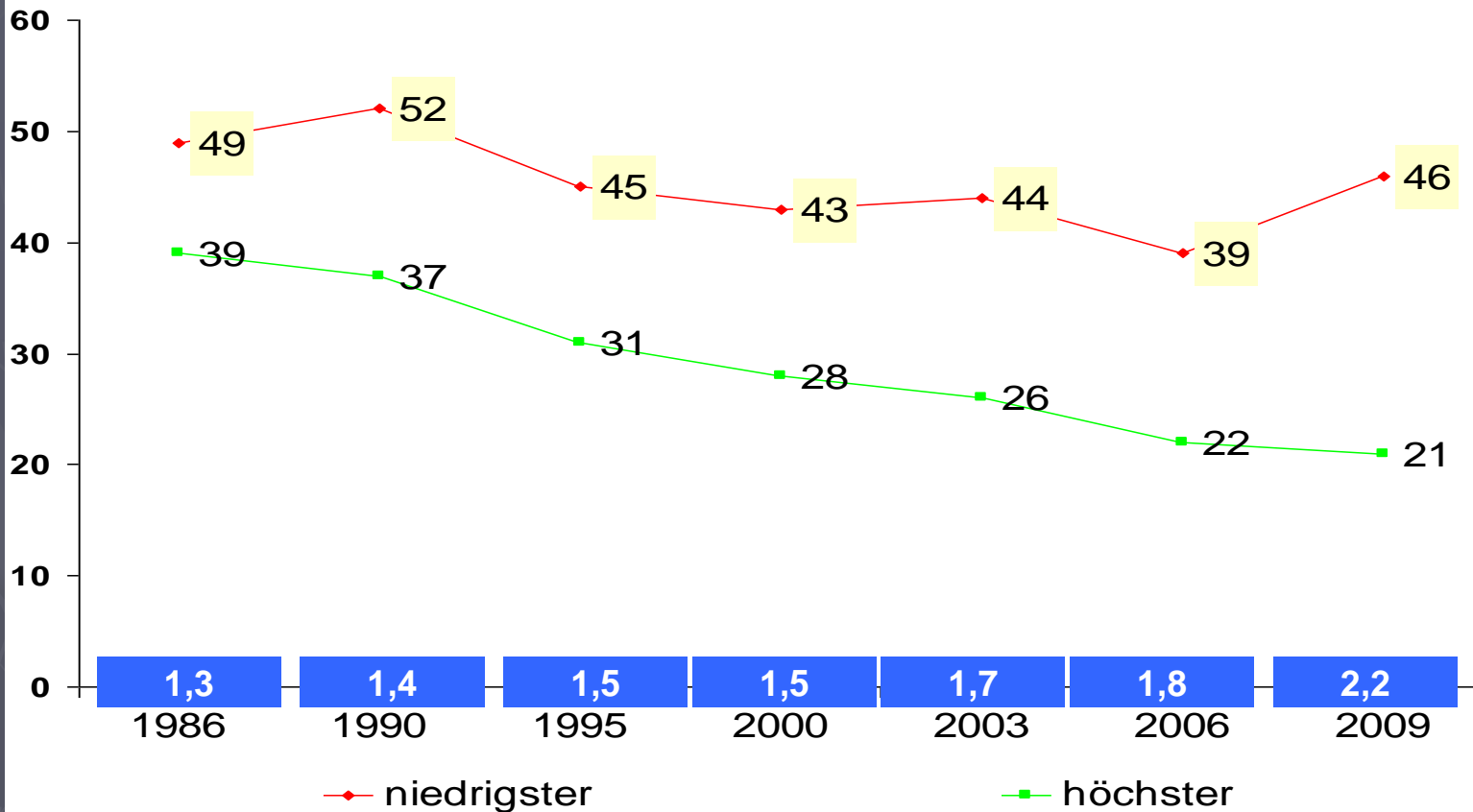
Auch bei den Erwachsenen (≥ 18 Jahre)

- ▶ deutliche **Zunahme der sozialen Ungleichheit** in der Raucherquote von 1986 bis 2009:

Entwicklung der Raucherquoten 1986-2009 nach Sozialstatus bei Erwachsenen (>18 Jahre)

30-Tage-Prävalenz (Piontek et al. 2010)

Prävalenzraten (%), in blau: relative soziale Ungleichheit (Quotient)



Fazit

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

- ▶ Kinder/Jugendliche: Substantielle Reduktion des Rauchens in allen sozialen Gruppen, aber **bei Zunahme der sozialen Ungleichheit** (ebenso ESPAD 2003.2007, 2011)
- ▶ Erwachsene: Substantielle Reduktion der Gesamtraucherquote, aber ebenfalls bei **Zunahme der sozialen Ungleichheit**,
- ▶ besonders stark ausgeprägt bei den **Frauen** (Maron et al. 2014, MONICA/KORA-Studie)

Fazit

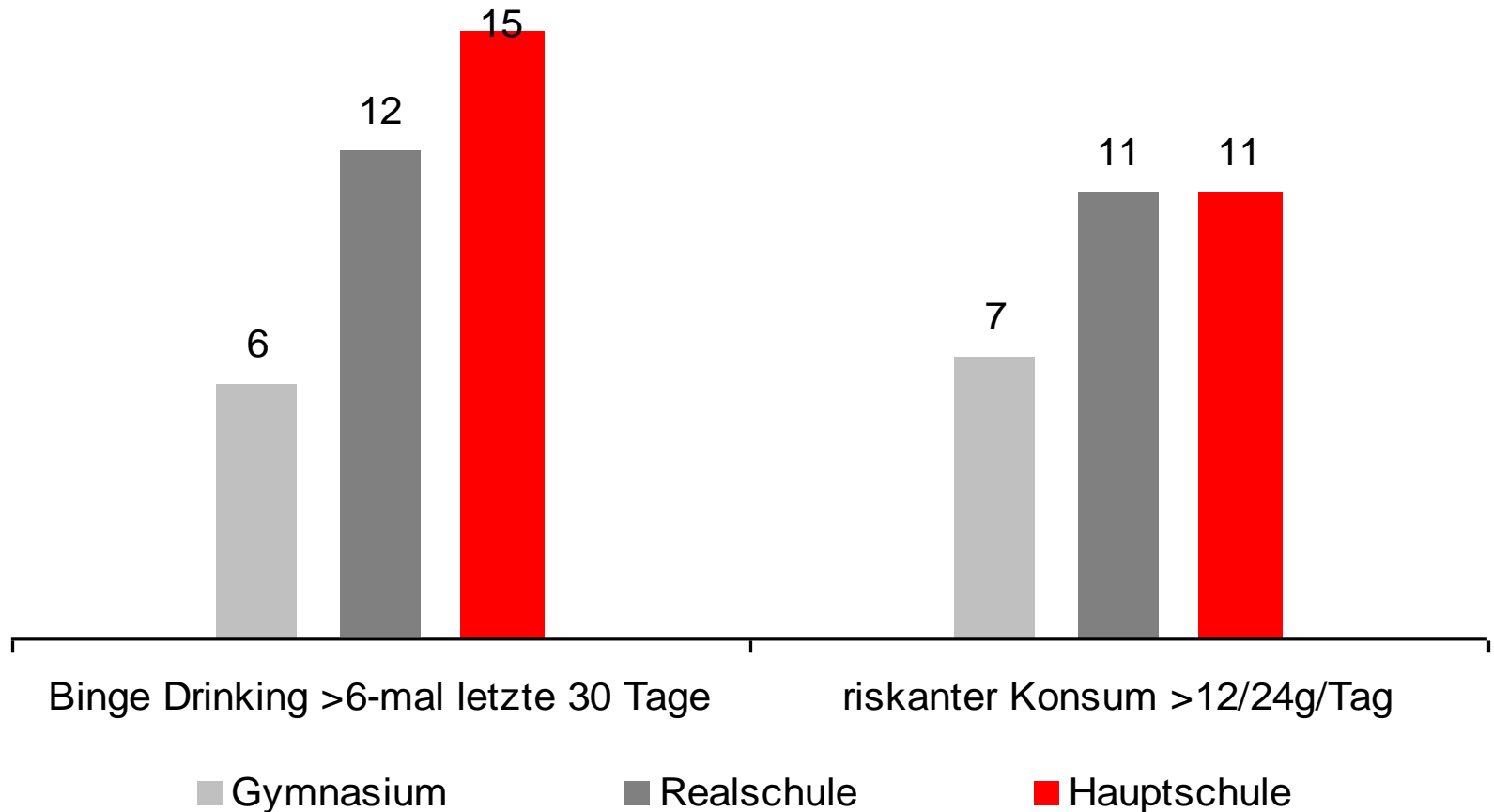
- ▶ **Somit besteht kein Anlass zu der Hoffnung, dass die soziale Ungleichheit im Rauchverhalten sich im Selbstlauf verringert und verschwindet**

Alkohol

2 problematische Alkoholkonsummuster

- ▶ **Binge Drinking (Rauschtrinken)**
- ▶ Konsum größerer Mengen bis zum Rauscherleben oder von >4 (Frauen) bzw. >5 (Männer) Alkoholeinheiten bei einer Trinkepisode (>1.8 L Bier, 0.6 L Wein oder 0,2 L Spirituosen)
- ▶ **Gesundheitlich riskanter Konsum**
- ▶ >12g (Mädchen) bzw. 24g (Jungen) Alkohol pro Tag

Prävalenz (%) des Binge Drinking und des riskanten Alkoholkonsums nach Schulform 15-16 Jahre ESPAD 2011 (Kraus et al. 2012)



Binge Drinking ist sozial auffällig und folgenreich

Dementsprechend berichten Kinder und Jugendliche in der Hauptschule deutlich häufiger als Gymnasiasten von gravierenden **alkoholassozierten Problemen:**

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

(ESPAD 2007, 90; Richter & Hurrelmann 2004)

Armut und Alkohol

Armut, konkret Hartz-IV, wird oft mit „Alkoholismus“ gleichgesetzt, eine historisch fest gefügte und aktuell virulente und populistisch oft benutzte Formel zur Diskreditierung berechtigter Ansprüche von Hartz-IV-Empfängern nach dem Motto „die versaufen ja nur alles“

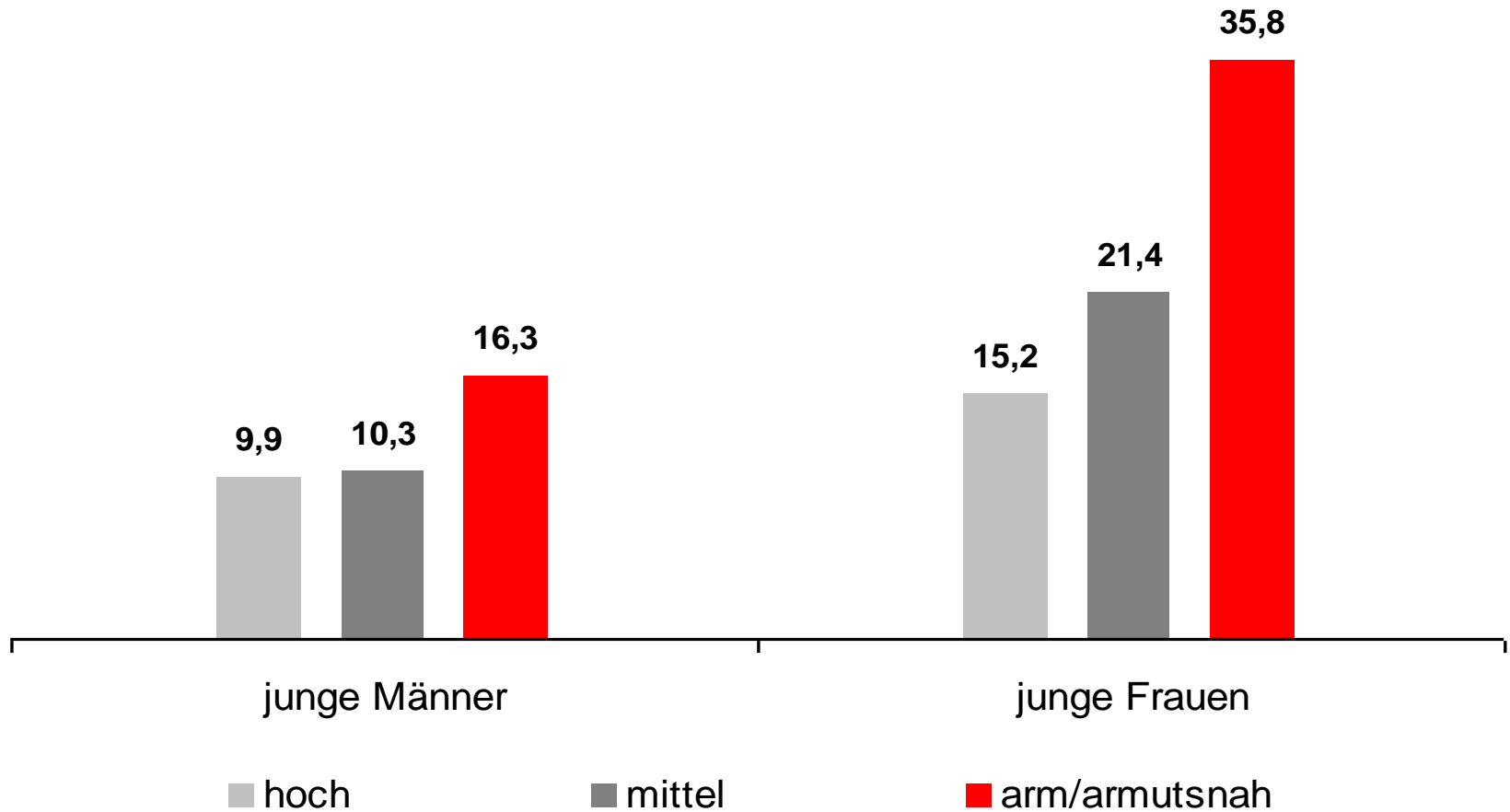
Aber nahezu bis völlig unbekannt in Öffentlichkeit:

- ▶ **Der Anteil der **Alkoholabstinenten****
- ▶ **nimmt mit abnehmendem Einkommen bzw. sozioökonomischem Status zu und**
- ▶ **ist in der Armutsbevölkerung am höchsten**

Alkoholabstinente (%) nach Einkommen und Geschlecht

18-29 Jahre

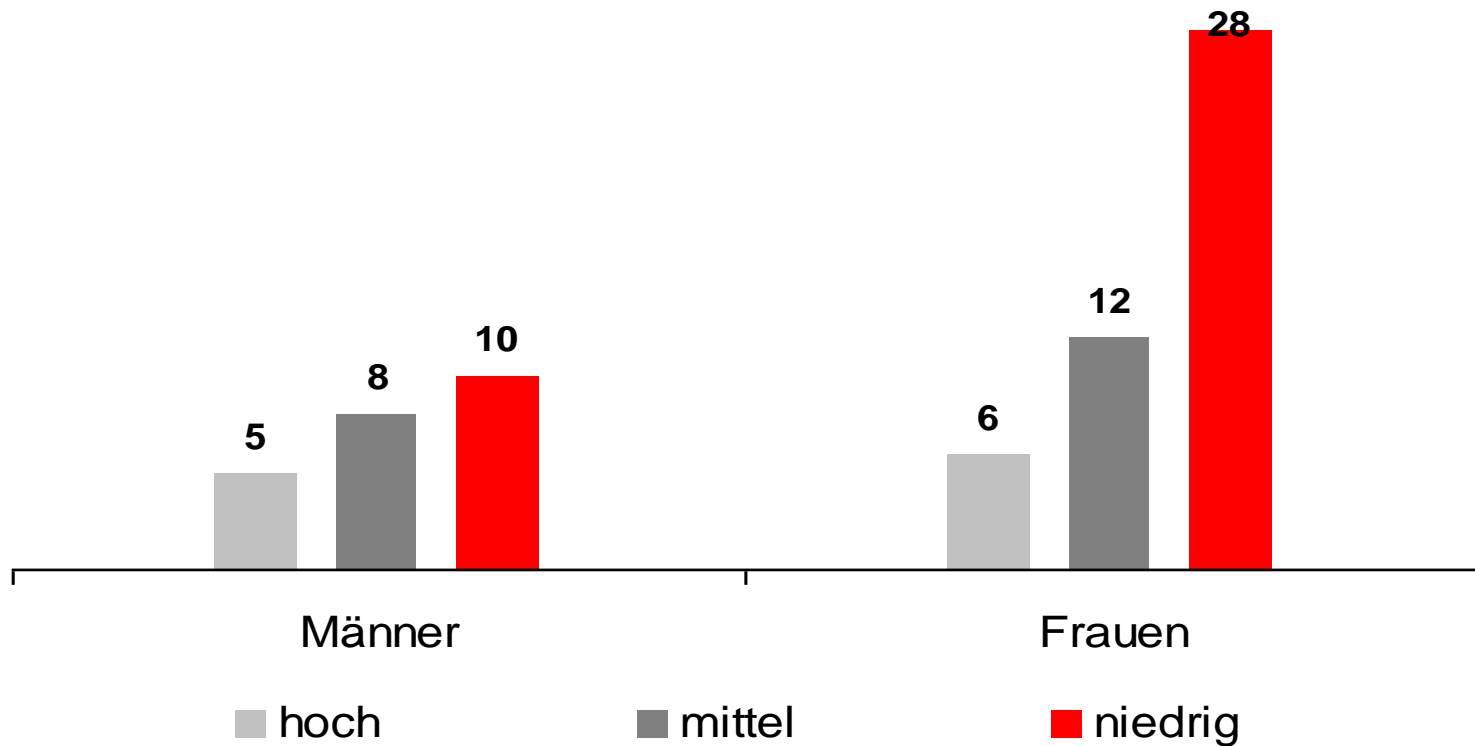
Henkel 2008



Alkoholabstinente (%) nach sozioökonomischen Status und Geschlecht

18-59 Jahre

Bloomfield et al. 2000



Mögliche Gründe für die hohen Abstinenzquoten in den unteren sozialen bzw. Armutsgruppen

- ▶ Einkommensdifferenzen nicht alleiniger Grund, denn dann müsste auch die Verteilung der **Tabakabstinenz** dieser ökonomischen Logik folgen, was nicht der Fall ist
- ▶ **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 Rauchen gefährdet nicht das Armutsmanagement (Haushalt, Kinder u.a.m.), das in aller Regel in der Hand der Frauen liegt
- ▶ Daher ist der Tabak, nicht der Alkohol das passende/bevorzugte Mittel zur Stressminderung

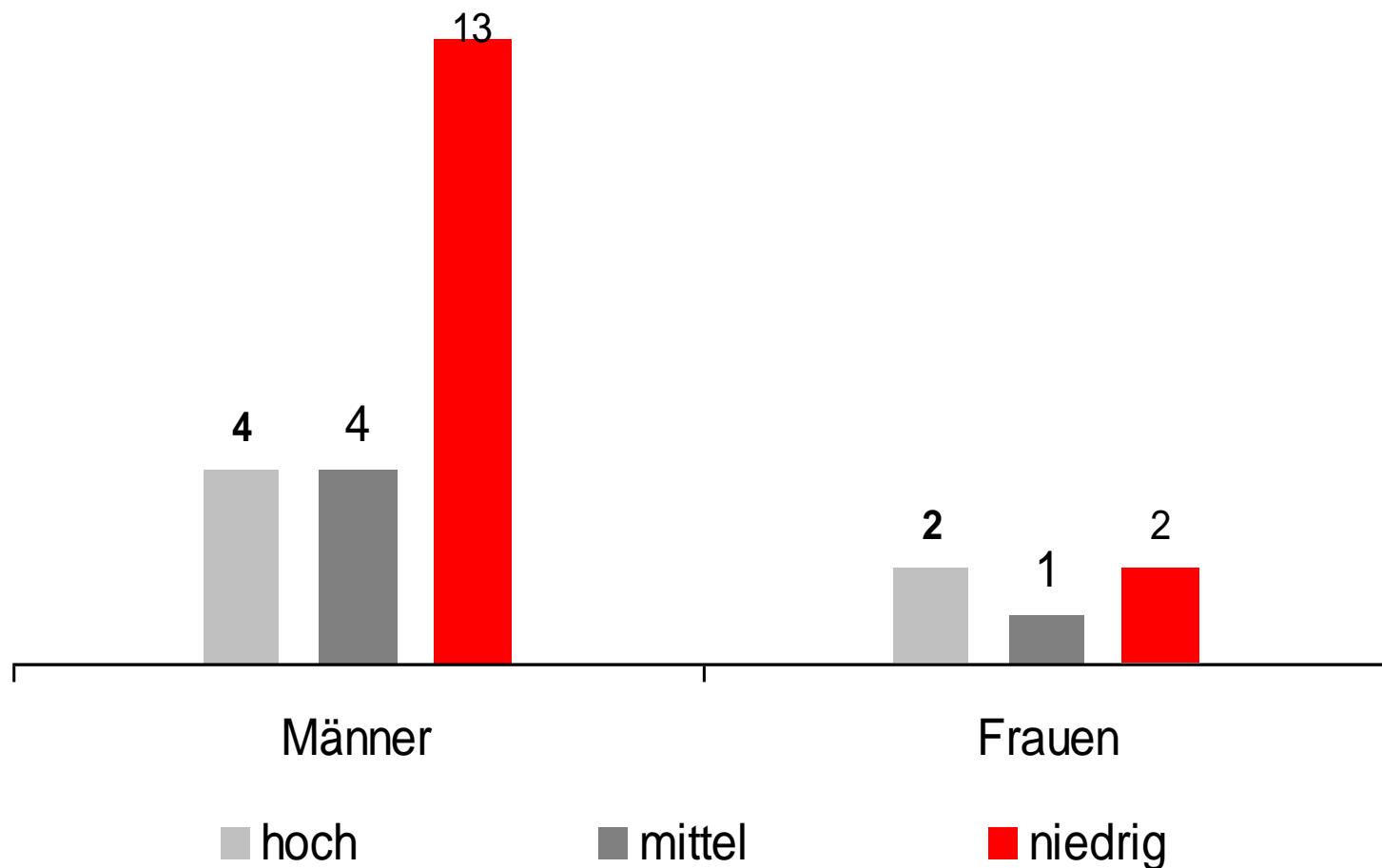
**Wie auch immer:
Kinder aus sozial benachteiligten
Verhältnissen haben überproportional häufig
alkoholabstinente Elternmodelle**

**Unter diesen Bedingungen ist Aufwachsen in Armut bzw.
in der unteren Sozialschicht ein
Schutzfaktor gegen Alkoholismus,**

aber...

Prävalenz (%) der Alkoholabhängigkeit (DSM IV) nach sozioökonomischem Status und Geschlecht 18-59 Jahre

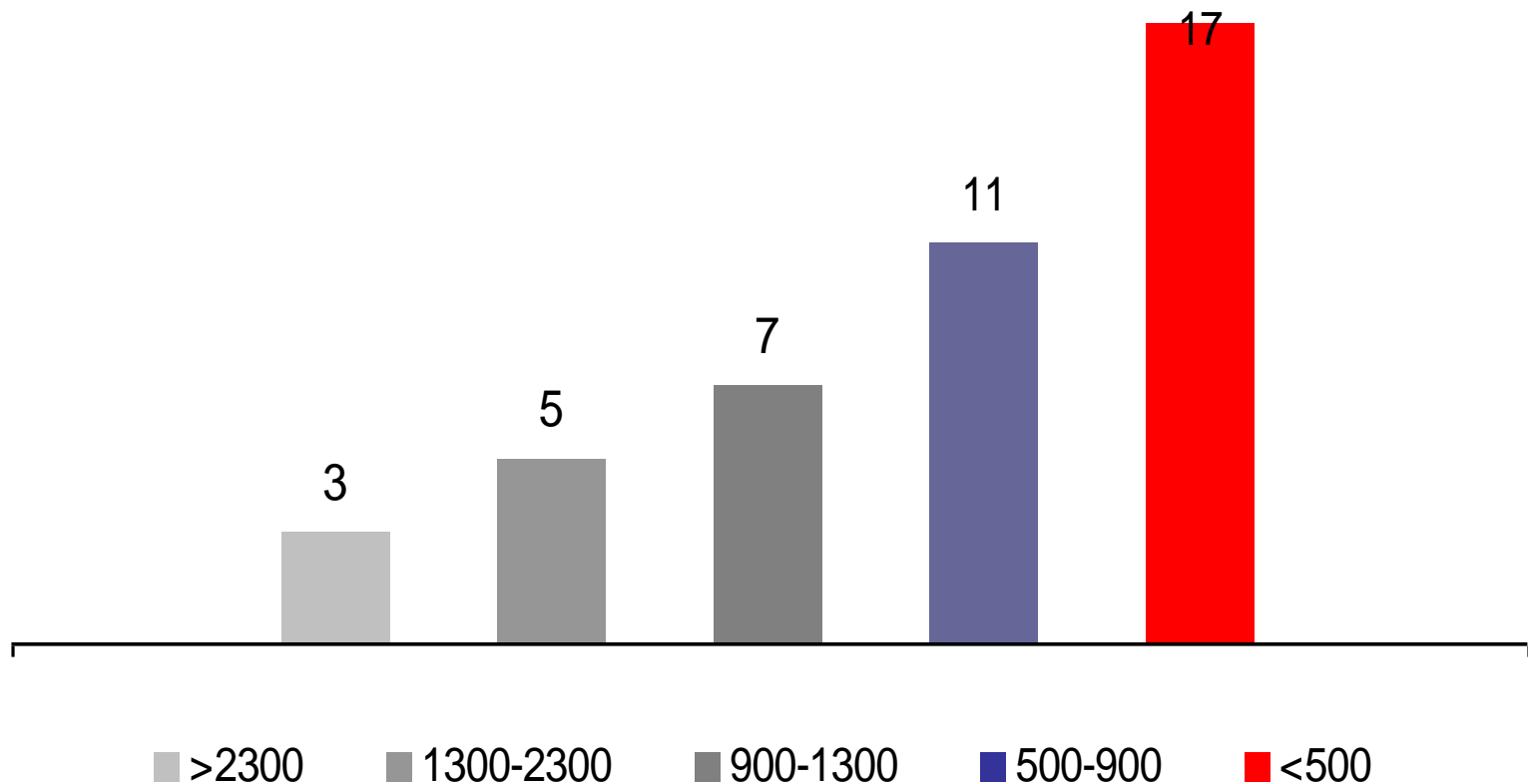
Bloomfield et al. 2000



Erwachsene

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

Freyer-Adam 2008 zit. n. John 2011



**Daher nicht verwunderlich:
Kinder aus sozial benachteiligten Verhältnissen
leben überproportional häufig in
alkoholsucht-belasteten Familien**

**Sie gehören damit häufig zu einer der vulnerabelsten Gruppen,
denn Kind in suchtblasteter Familie zu sein, bedeutet**

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

Armut und niedriger sozioökonomischer Status sind also mit einem stark polarisierten Verteilungsmuster assoziiert:

hohe Prävalenzraten von Alkoholabstinenz auf der einen und von Alkoholabhängigkeit auf der anderen Seite

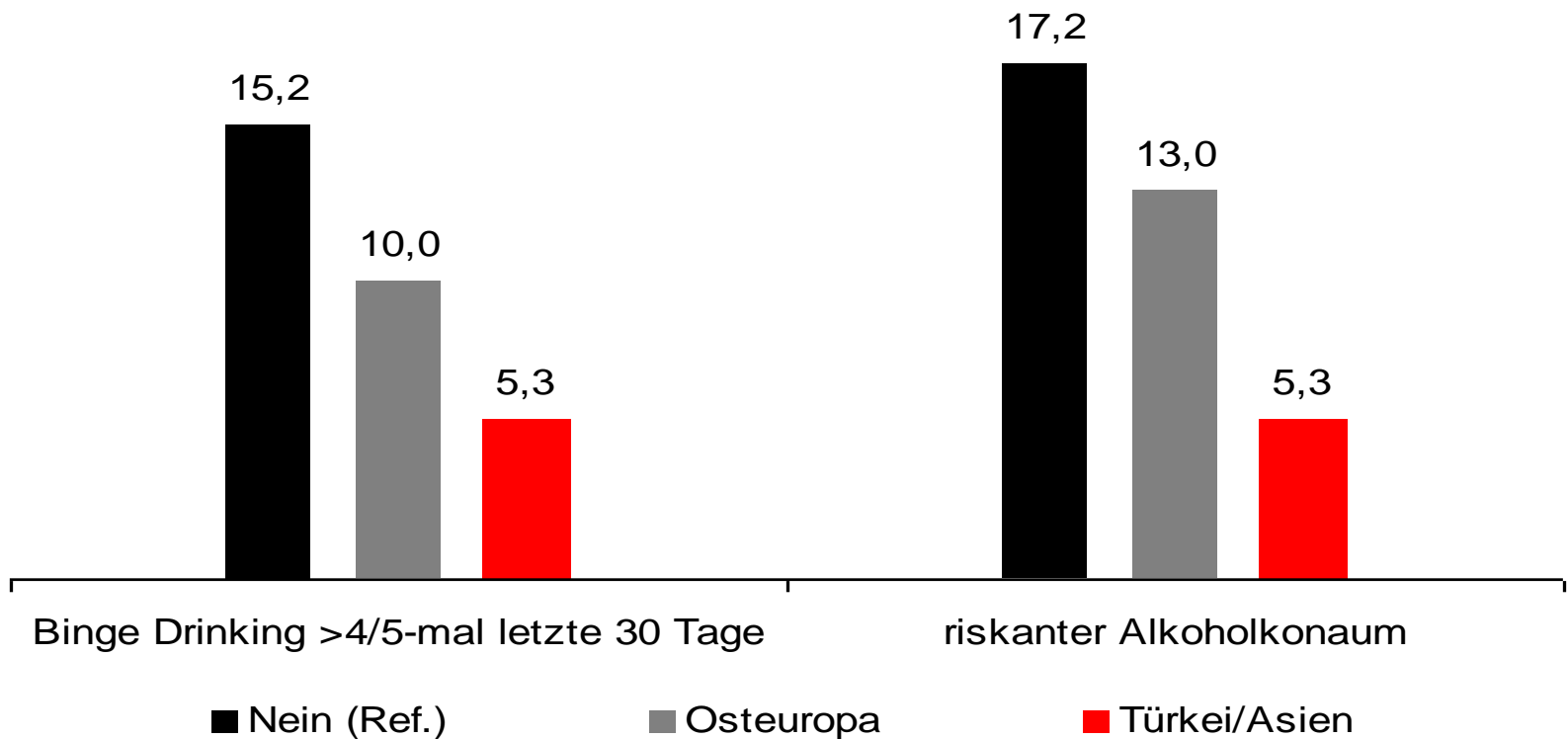
Migrationshintergrund und Alkoholkonsum

Unter Kindern und Jugendlichen mit **türkisch und asiatisch-arabischen Migrationshintergrund** sind problematische Formen des Alkoholkonsums relativ wenig verbreitet,

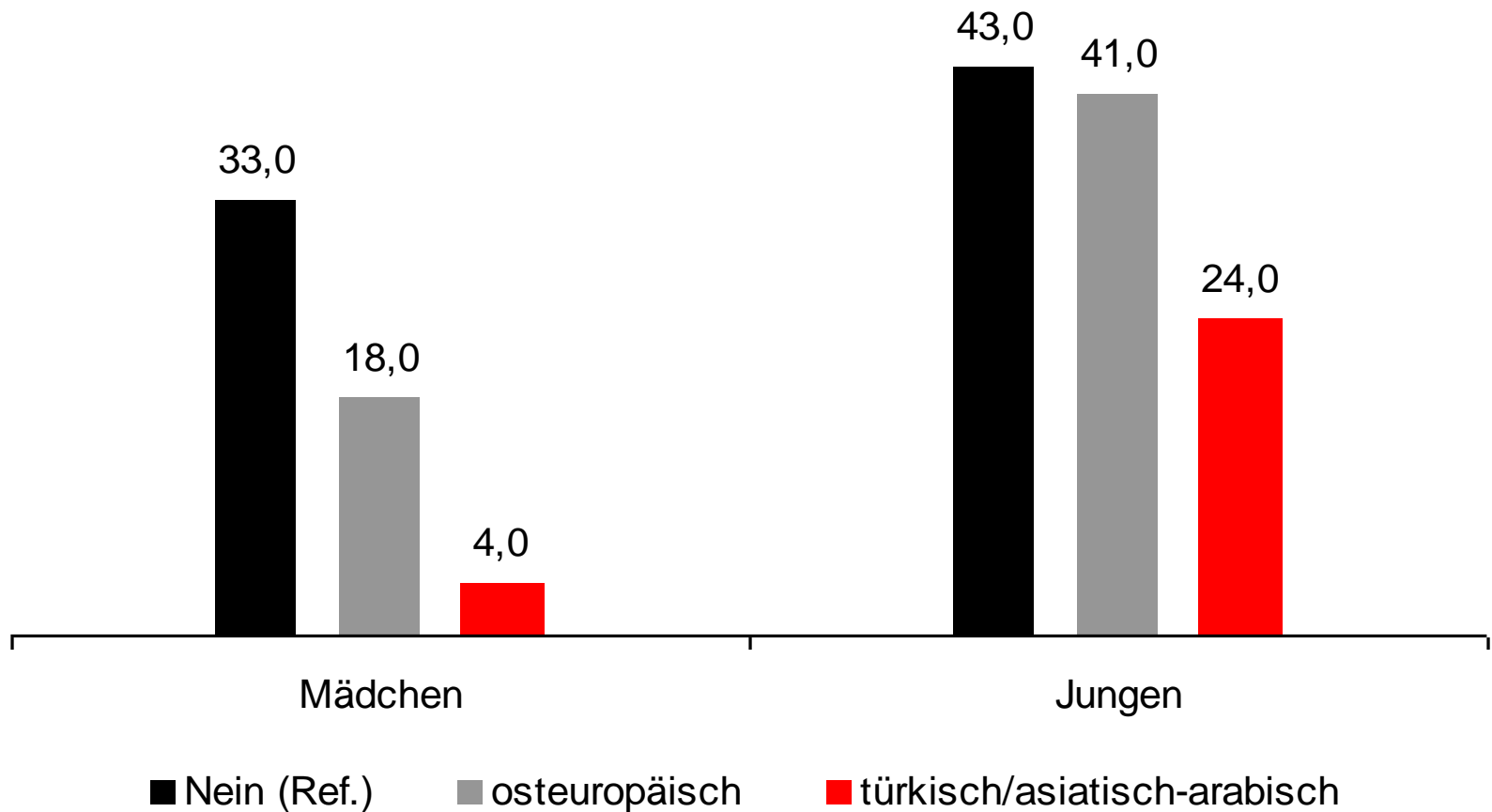
verweist auf Einflüsse der muslimisch geprägten Herkunftsländer, in denen der Konsum von Alkohol im globalen und europäischen Vergleich insgesamt gering ist

Prävalenz (%) Binge Drinking und riskanter Alkoholkonsum nach Migrationshintergrund (18-25 Jahre)

rot signifikant adj. Alter, Geschlecht
BZgA 2014



Prävalenz (%) Binge Drinking (≥ 1 -mal letzte 30 Tage) nach Geschlecht und Migrationshintergrund (14-18 Jahre) SCHULBUS 2009



Cannabis

Cannabis: Keine bedeutsamen Differenzen bei Kindern und Jugendlichen in 12-Monatsprävalenz

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	
Migrationshintergrund	Ja	Nein	KiGGS 2007 14-17 Jahre
Jungen	14	15	
Mädchen	8	10	

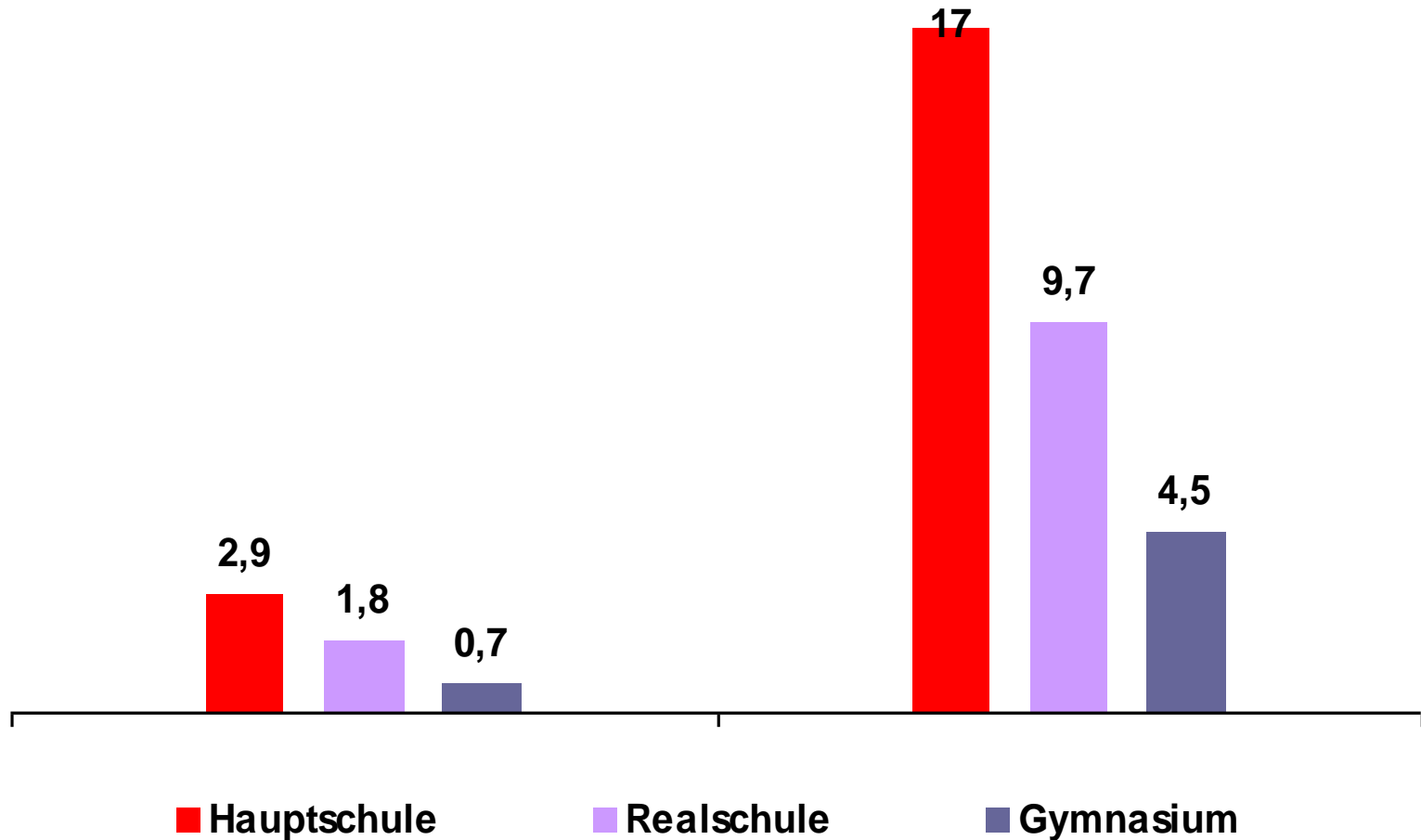
Aber wie ist der **problematische** Cannabiskonsum sozial verteilt?

CAST Cannabis Abuse Screening Test (Legleye et al. 2007)

- ▶ 6 Fragen = 6 Punkte, ab 4 Punkten „problematischer Konsum“, der zur Abhängigkeit führen kann
- ▶ Cannabiskonsum allein?
- ▶ Konsum am Vormittag?
- ▶ Probleme aufgrund des Konsums?
- ▶ Speziell Gedächtnisprobleme infolge des Konsums?
- ▶ Rat von Freunden oder Familie, den Konsum einzuschränken?
- ▶ Erfolgreiche eigene Reduktionsversuche?

Prävalenz (%) des **problematischen Cannabiskonsums (CAST)** nach Schulform

links alle Schüler, rechts 12-Monatskonsumenten
15-16 Jahre, ESPAD 2011



Diese Verteilung bedeutet:

Wer als Hauptschüler beginnt, Cannabis zu konsumieren, hat im Vergleich zu Gymnasiasten ein rund 4-fach höheres Risiko, ein problematisches Konsummuster zu entwickeln, dass zur Cannabisabhängigkeit führen kann

Risikofaktoren für die Entwicklung einer Cannabisabhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen

- ▶ **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 Kindern und Jugendlichen, die zu Untersuchungsbeginn
Cannabis konsumierten, aber nicht abhängig waren**

v. Sydow et al. (2002)

Risikofaktoren

Tod eines Elternteils vor 15. Lebensjahr

Konsum anderer illegaler Drogen

Schweregrad psychischer Symptome, Globalindex (SCL-90 GSI)

Niedriges Selbstwertgefühl

Niedriger sozioökonomischer Status (SES)

Schlechte finanzielle Situation

Es besteht aber auch der **umgekehrte**
Kausalzusammenhang

**Suchtprobleme, so auch problematischer
Cannabiskonsum,
können die soziale Lage erheblich verschlechtern**

- ▶ **Chronischer Cannabiskonsum ist, oft assoziiert mit schlechten Schulleistungen sowie Schul- und Ausbildungsabbrüchen**
- ▶ **Diese Probleme sind signifikante Risikofaktoren für deutlich reduzierte Arbeitsmarktchancen und längere Arbeitslosigkeit (Kaestner 1999, Shaw et al. 2007; Henkel 2011)**

**Längere Arbeitslosigkeit
wiederum ist ein Risikofaktor für
Suchtprobleme**

**Inzwischen international gut untersucht,
zahlreiche Längsschnittstudien
mit repräsentativen Stichproben und
robuster Untersuchungsmethodik
(Henkel Forschungsreview 2011)**

Weisen nach,

- ▶ **dass für arbeitslose Jugendliche (und Erwachsene)
in Relation zu Erwerbstätigen
substantiell höhere Risiken bestehen,**
- ▶ **damit zu beginnen, Tabak, Alkohol und/oder Cannabis zu
konsumieren bzw.**
- ▶ **schon bestehende Konsummuster zu intensivieren,
z.B. mehr zu rauchen oder mehr/öfters Cannabis zu
konsumieren**

Nicht verwunderlich angesichts der häufig eintretenden psychosozialen Folgen von Arbeitslosigkeit

- ▶ **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 aber nur für eine Minderheit der Arbeitslosen

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 sozialen Druck, die Arbeitslosigkeit schnell zu beenden
- ▶ **Langzeitarbeitslose:** Risiken nehmen mit Dauer der Arbeitslosigkeit zu und
- ▶ sind besonders hoch, wenn **schon vor Eintritt** der Arbeitslosigkeit problematische Konsummuster bestanden

Glücksspiele mit Geldeinsatz

Glücksspiele mit Geldeinsatz implizieren für Kinder und Jugendliche hohe Risiken für diverse negative soziale und psychische Folgen

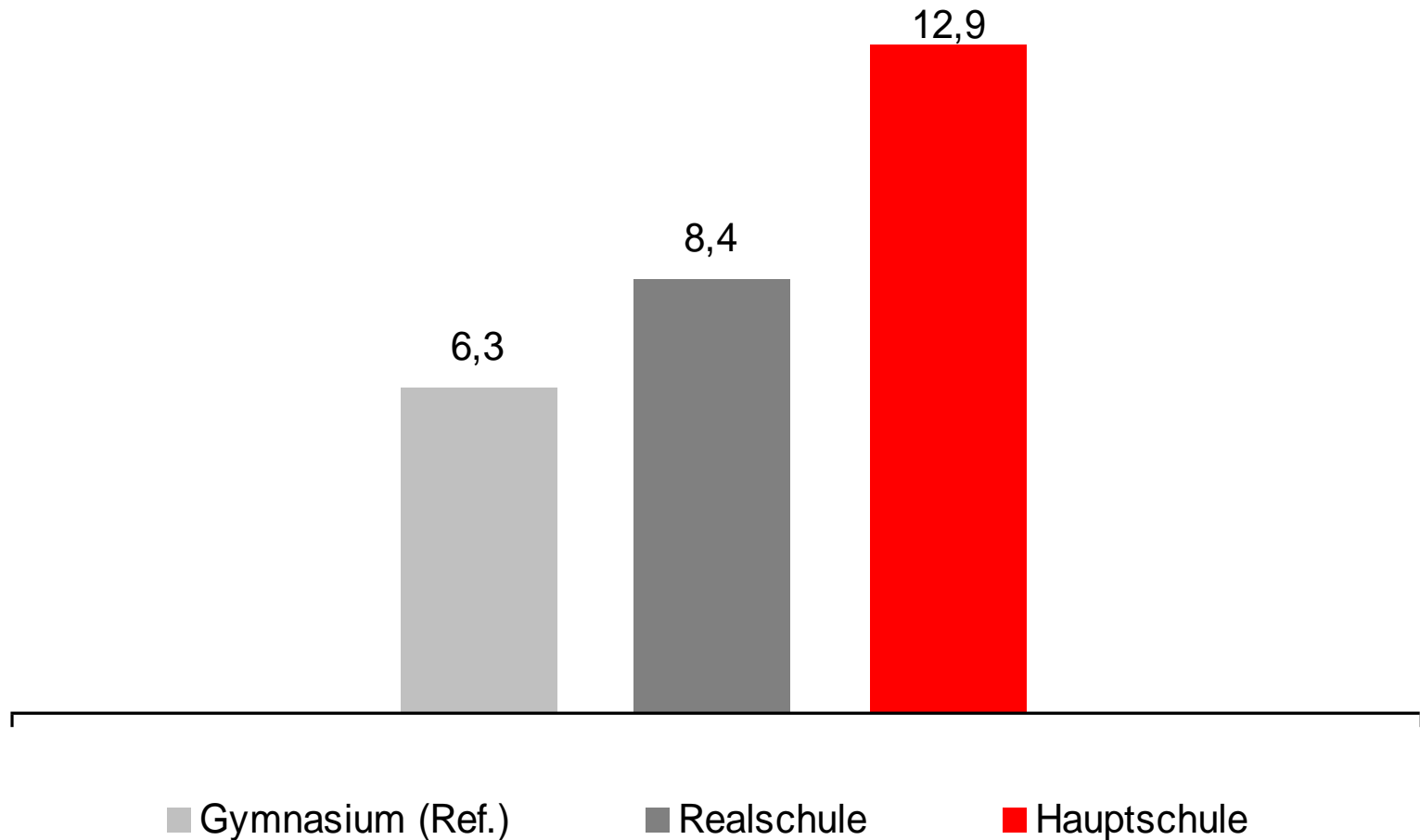
- ▶ **Verschuldung**
- ▶ **Stehlen/Betrügen**
- ▶ **Schulschwänzen, schlechte Schulleistungen, Schulabbruch**
- ▶ **Depressivität**
- ▶ **Suizidale Gedanken**
- ▶ **u.a.m.**
- ▶ **bis hin zur Entwicklung einer Glücksspiel-Abhängigkeit**

**Unter dem Aspekt der sozialen Ungleichheit fällt als erstes auf:
Glücksspiele mit Geldeinsatz sind eine
Männer-Domäne,
auch bei Kindern und Jugendlichen**

- ▶ **Anteil an pathologischen Glücksspielern**
- ▶ **Jungen – Mädchen: 82% zu 18%**
- ▶ **diagnostiziert mit DSM-IV-MR-J (Fisher 1999)**
- ▶ **eine auf das Glücksspiel adaptierte Version des DSM IV**
- ▶ **(HBSC-Studie 2002, Schmidt, Kähnert 2003)**

Prävalenz (%) problematischer Glücksspieler nach Schulform (7./9. Klasse)

Problem. Glückspiel DSM-IV-MR-J nach Fisher 1999) (HS-Gym si)
HBSC 2002, Schmidt, Kähnert 2003



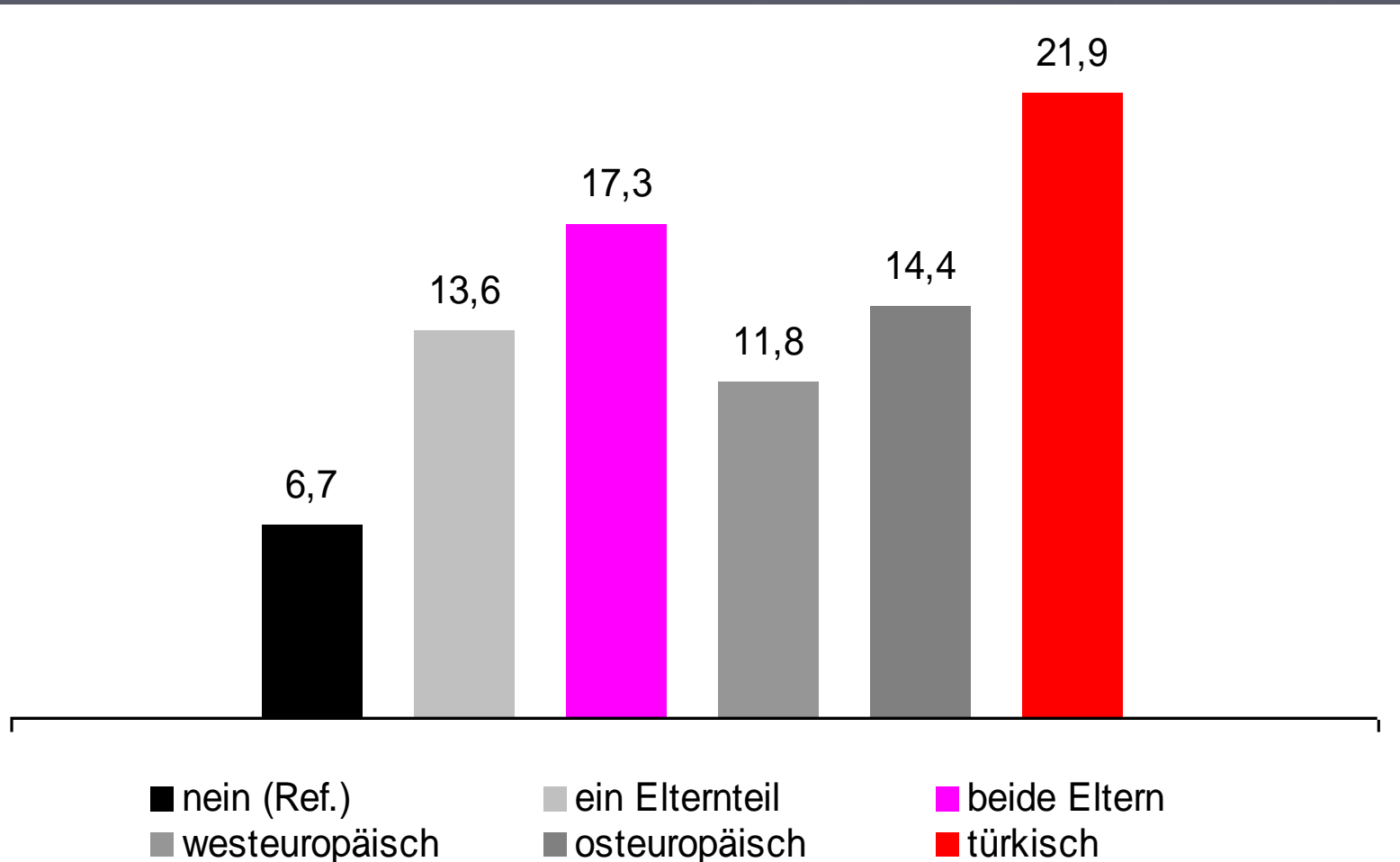
Der Prozentsatz der Schüler/innen, die an Glücksspielen teilnehmen, ist in der Hauptschule in Relation zum Gymnasium in allen untersuchten **Glücksspielarten um das 3- bis 4-Fache erhöht:**

- ▶ **Geldspielautomaten**
- ▶ **Poker/Kartenspiele im Internet**
- ▶ **Sportwetten**
- ▶ **Tischgeldspiele in Spielbanken**
- ▶ **Automatenspiel in Spielbanken**

Prävalenz (%) Problematisches Glücksspiel nach Migrationshintergrund (7./9. Klasse)

Problem. Glücksspiel DSM-IV-MR-J nach Fisher 1999)

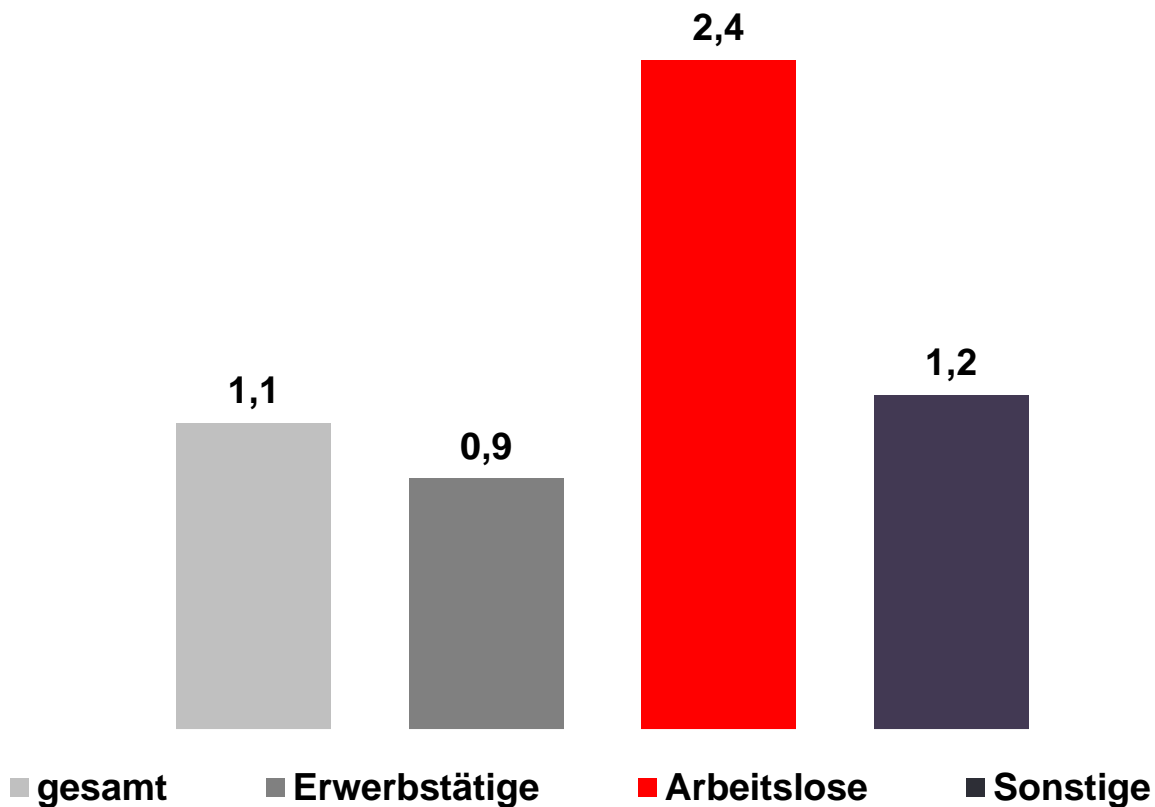
HBSC 2002, Schmidt, Kähnert 2003



Prävalenz (%) Problematisches Glücksspiel nach Erwerbsstatus (18-64 Jahre)

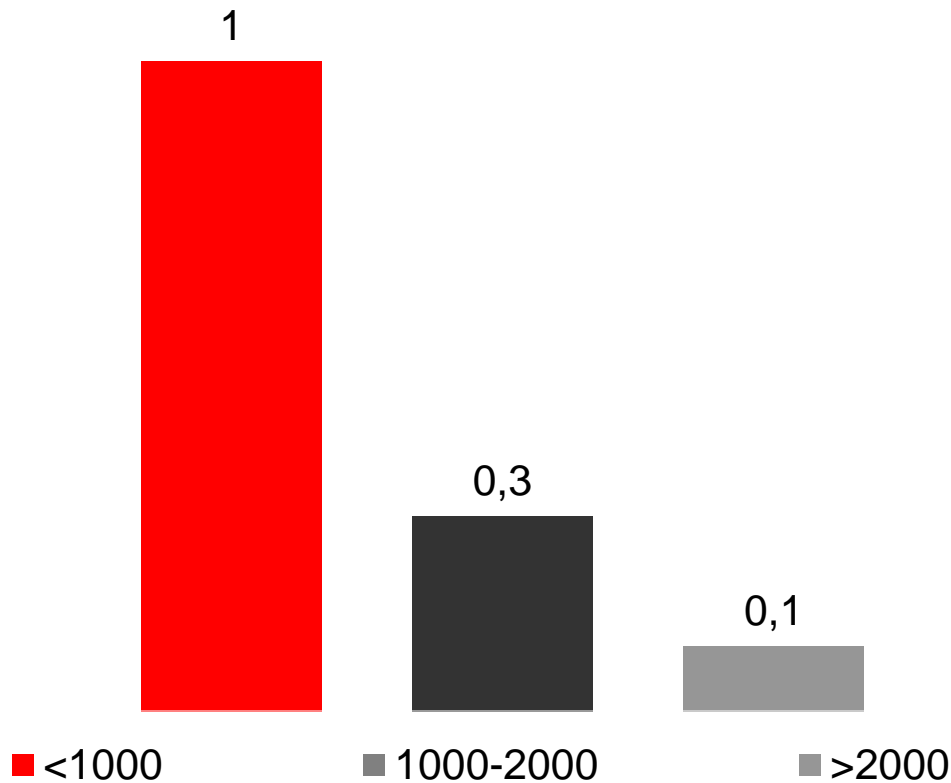
SOGS South Oaks Gambling Screen

BZgA 2009 (adj. Alter, Geschlecht)



Risiko für Pathologisches Glücksspiel nach Haushaltseinkommen (18-64 Jahre, 12-Monatsprävalenz)

Risiko (OR) um das X-Fache niedriger in Relation zur Gruppe <1.000, adj. für Alter, Gender, Erwerbsstatus, Nationalität, Ausbildungsniveau
Sassen, Kraus, Bühringer et al. 2011



**Dem Glücksspiel mit Geldeinsatz liegen verschiedene Motive zugrunde
Das zentrale ist (eingebettet in irrationale Erwartungshaltungen) darauf gerichtet, Geld zu gewinnen**

Geld bedeutet, sich mehr leisten und die soziale Benachteiligung kompensieren zu können, mehr Unabhängigkeit von Eltern usw.

Daher nicht verwunderlich, dass diejenigen, die am wenigsten davon haben, überproportional häufig zu den problematischen Glücksspielern gehören

- ▶ **die Hauptschüler in Relation zu den Gymnasiasten**
- ▶ **die Arbeitslosen und**
- ▶ **die Einkommensarmen**

Auch bei vielen Migranten/innen spielt das Motiv, im Zuwanderungsland durch Ausbildung und Arbeit ein besseres Leben zu führen, eine wesentliche Rolle

- ▶ **Bleibt dieses Ziel versperrt, ist die Versuchung groß, es durch riskantes Glückspielen doch noch zu erreichen**
- ▶ **Daher könnte die hohe Glückspielprävalenz unter den Migranten zu einem Teil Folge und Ausdruck unzureichender bzw. fehlgeschlagener Integration sein**

**Präventive
Schlussbemerkungen
für Kinder und Jugendliche**

Nötig ist eine Präventionspolitik/-praxis,

die die sozial ungleiche Verteilung der Suchtprobleme und Suchtrisiken systematisch und nachhaltig berücksichtigt, bei der Bedarfsanalyse, Planung, Implementierung und Evaluation

Bislang nicht zu erkennen, dass die Suchtprävention in Deutschland diesen Maximen folgt, von einigen lokalen Initiativen abgesehen

Die Identifizierung und schließlich Verringerung der sozialen Ungleichheit im Suchtmittelkonsum ist aus verschiedenen Gründen erforderlich:

- ▶ **(1) Aus Gründen der sozialen und gesundheitlichen Gerechtigkeit und Chancengleichheit**
- ▶ **(2) Soziale Ungleichheiten im Suchtmittelkonsum überdauern häufig die Jugendphase**
- ▶ **Somit kann eine frühzeitige Verringerung der Ungleichheiten im Kindes- und Jugendalter auch der Prävention der sozialepidemiologischen Ungleichheiten im Erwachsenenalter dienen**

**Bei Planung und Gestaltung
von Präventionsmaßnahmen sind unter dem Aspekt
der sozialen Ungleichheit 2 Zusammenhänge
besonders zu beachten:**

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

- ▶ **Geben seltener das Rauchen auf (Lampert 2008)**
- ▶ **Nehmen seltener an Suchtselbsthilfegruppen teil (z.B. Arbeitslose, Henkel et al. 2004)**
- ▶ **Nehmen seltener Früherkennungs-/Vorsorgeuntersuchungen und Angebote der Gesundheitsförderung in Anspruch**
- ▶ **Sozial Benachteiligte brauchen daher mehr noch als andere soziale Gruppen professionelle Assistenz**

(2) Um möglichst viele zu erreichen,

- ▶ **müssen Präventionsangebote vorzugsweise in solchen Institutionen implementiert werden,**
- ▶ **zu denen sozial Benachteiligte **ohnehin** häufig bzw. ständig Kontakt haben**
- ▶ **Nutzung bereits bestehender Kontaktdichte
= Niedrigschwelligkeit**

Daher hohe Priorität für schulbasierte Prävention

Wird seitens der Forschung schon lange und mit hohem Konsens gefordert,

- ▶ **da über die Schule alle Kinder/Jugendlichen gut und frühzeitig erreicht werden können,**
- ▶ **weil zwischen den Schulformen die sozialen Gradienten besonders stark ausgeprägt sind ,**
- ▶ **und die Schule selbst, d.h. bestimmte Elemente der Lebenswelt „Schule“ (z.B. Unterrichtsqualität, Schulfreude, Schulstress), den Einstieg in problematischen Suchtmittelkonsum begünstigen, und Prävention auch auf die Veränderung solcher Faktoren abzielen muss**

Schulbasiert, mit eindeutigem Schwerpunkt hin zur **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,
- ▶ einen **Migrationshintergrund** haben
- ▶ in **Armut bzw. auf niedrigem Wohlstandsniveau** leben
- ▶ und von **Arbeitslosigkeit** bedroht sind

Mit dem Grad der sozialen Benachteiligung nimmt die Notwendigkeit zu, über suchtspezifische Präventionsmaßnahmen hinauszugehen und die Lebenslage der Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien selbst positiv zu verändern, um die suchtbefugenen 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**

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



Literatur

Henkel D (2013). Soziale Ungleichheit und Konsum von psychoaktiven Substanzen und Glücksspielen bei Kindern und Jugendlichen: Stand der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland und präventive Schlussfolgerungen. In: Marschwacka M (Hg). Gesundheitsförderung im Setting Schule (S 49-82). Wiesbaden: Springer.

Henkel D (2014). Sucht und soziale Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen: Tabak, Alkohol, Cannabis und Glücksspiel. In Kastenbutt B, Schmieder A, Legnaro A (Hg.). Soziale Ungleichheit und Sucht, Jahrbuch Suchtforschung Bd 7 (S 67-88). Münster: Lit Verlag.