

Soziale Unterschiede im Tabak- und Alkoholkonsum

Autor(en): **Lampert, Thomas / Kuntz, Benjamin**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **44 (2018)**

Heft 5

PDF erstellt am: **18.04.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-832361>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Soziale Unterschiede im Tabak- und Alkoholkonsum

2018-5
Jg. 44
S. 24 - 27

Auch in einem reichen Land wie Deutschland bestehen erhebliche soziale Unterschiede in der Gesundheit und Lebenserwartung. Diese sind u. a. auf ein unterschiedliches Gesundheitsverhalten zurückzuführen, wobei dem Tabak- und Alkoholkonsum grosse Bedeutung beigemessen wird. Epidemiologische Studien zeigen, dass in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen weitaus häufiger und stärker geraucht wird. Beim Alkoholkonsum sind die Ergebnisse uneinheitlich, weisen aber eher darauf hin, dass vor allem Frauen mit hoher Bildung überdurchschnittlich häufig regelmässig Alkohol konsumieren.

THOMAS LAMPERT

PD Dr., Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, FG 28 Soziale Determinanten der Gesundheit, General-Pape-Str. 62-66, D-12101 Berlin, t.lampert@rki.de, www.rki.de

BENJAMIN KUNTZ

Dr., Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, b.kuntz@rki.de

Gesundheit und Krankheit sind sozial ungleich verteilt

Sozial Benachteiligte berichten im Vergleich zu sozial Bessergestellten häufiger von körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen und weisen einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand auf. Auch schwerwiegende Erkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes, chronische Bronchitis, Depressionen und Suchterkrankungen treten bei sozial Benachteiligten vermehrt auf (Lampert et al. 2017). Die grössere Krankheitslast schlägt sich letztlich in einem höheren Risiko nieder, vorzeitig zu sterben. In Deutschland haben Männer mit niedrigem Einkommen bspw. eine um elf Jahre geringere Lebenserwartung als Männer mit hohem Einkommen; bei Frauen beträgt die entsprechende Kluft acht Jahre (Lampert et al. 2007).

Viele Erkrankungen, für die ausgeprägte soziale Unterschiede beobachtet werden, können auf Risikofaktoren zurückgeführt werden, die mit dem Gesundheitsverhalten in Zusammenhang stehen. Neben der Ernährung und der körperlichen Aktivität wird dabei insbesondere dem Tabak- und Alkoholkonsum grosse Bedeutung beigemessen. Im

Folgenden wird auf Basis aktueller epidemiologischer Daten für Deutschland gezeigt, wie stark die sozialen Unterschiede im Tabak- und Alkoholkonsum ausgeprägt sind. Dabei wird sowohl auf die Erwachsenenbevölkerung eingegangen als auch auf Kinder und Jugendliche sowie auf den Tabak- und Alkoholkonsum von Müttern während der Schwangerschaft.

Tabakkonsum im Erwachsenenalter – soziale Unterschiede nehmen zu

Wie die Tabaksteuerstatistik und bevölkerungsweite Studien zeigen, ist sowohl der Zigarettenabsatz als auch der Anteil der Erwachsenen, die rauchen, in den letzten 25 Jahren deutlich gesunken. Von 1991 bis 2016 ist der Absatz von Fertigzigaretten in Deutschland um fast die Hälfte zurückgegangen (Kuntz et al. 2017). Mit den Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys des Instituts für Therapieforchung (IFT) lässt sich für die 18- bis 59-jährige Bevölkerung ein deutlicher Rückgang der Rauchquoten belegen (Kraus et al. 2016a): Im Zeitraum von 1995 bis 2015 ging die Prävalenz des Rauchens bei Männern um 15 Prozentpunkte und bei Frauen

um 6 Prozentpunkte zurück. Auch die Ergebnisse der Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (RKI) und des Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes sprechen für einen Rückgang des Rauchens in der erwachsenen Bevölkerung (Kuntz et al. 2018a). Den Daten der Studie «Gesundheit in Deutschland aktuell» zufolge, die das RKI in den Jahren 2014 und 2015 durchgeführt hat – (GEDA 2014/15-EHIS) – rauchen jedoch noch immer 27,0% der Männer und 20,8% der Frauen ab 18 Jahren zumindest gelegentlich (Zeiger et al. 2017).

Trotz der insgesamt positiven Entwicklung lässt sich eine stark ausgeprägte, bisweilen sogar zunehmende soziale Polarisierung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung beobachten (Kuntz et al. 2018b). Zahlreiche Studien belegen, dass Personen mit geringer Bildung, niedrigem Berufsstatus und wenig Einkommen häufiger und stärker rauchen als sozial bessergestellte Personen (Lampert 2010; Kotz et al. 2018). Vor allem mit Blick auf das junge und mittlere Erwachsenenalter lässt sich feststellen, dass Angehörige sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen sowohl häufiger anfangen zu rauchen als

auch seltener mit dem Rauchen wieder aufhören (Kuntz et al. 2016). Die wiederholt durchgeführten Gesundheitsstudien des RKI und die Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) weisen zudem darauf hin, dass die sozialen Unterschiede im Rauchverhalten seit Beginn der 2000er-Jahre weiter zugenommen haben (Lampert et al. 2016; Hoebel et al. 2018). Während der Anteil der Männer und Frauen, die rauchen, in den oberen Bildungsgruppen gesunken ist, hat in den unteren Bildungsgruppen kein vergleichbarer Rückgang stattgefunden. Laut Mikrozensus haben sich die Unterschiede im Rauchverhalten zwischen den Berufsstatusgruppen im Zeitraum von 1999 bis 2013 ebenfalls deutlich ausgeweitet (Abb. 1): Während die Rauchprävalenz bei Erwerbstätigen mit hohem Berufsstatus zurückgegangen ist, blieb sie in der niedrigen Statusgruppe weitgehend stabil (Kuntz et al. 2018b).

Frauen mit niedrigem Sozialstatus rauchen häufiger in der Schwangerschaft

Das Rauchen während der Schwangerschaft schadet nicht nur der werdenden Mutter, sondern stellt auch für die Entwicklung des ungeborenen Kindes ein erhebliches Risiko dar. Aktuelle Daten zum mütterlichen Rauchen in der Schwangerschaft liefert die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) (Kuntz et al. 2018c). Der Vergleich der Daten der KiGGS-Basiserhebung (2003-2006; Geburtsjahrgänge 1996-2006) mit den Daten aus KiGGS Welle 2 (2014-2017; Geburtsjahrgänge 2007-2016) zeigt, dass der Anteil der Mütter, die während der Schwangerschaft geraucht haben, von 19,9% auf 10,9% gesunken ist (ebd.). Zwar ist ein Rückgang der Rauchprävalenzen sowohl in sozial bessergestellten als auch in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen festzustellen, die deutlich ausgeprägten sozialen Unterschiede im mütterlichen Tabakkonsum während der Schwangerschaft sind dabei jedoch weitgehend stabil geblieben. Demnach gilt: Je höher der soziale Status der Familie, desto geringer ist der Anteil der Kinder, deren Mutter während der Schwangerschaft geraucht hat. Während

mehr als jedes vierte Kind (27,2%) aus Familien mit niedrigem Sozialstatus mütterlichem Tabakkonsum in der Schwangerschaft ausgesetzt war, traf dies nur auf rund jedes elfte Kind (9,2%) aus der mittleren und lediglich auf sehr wenige Kinder (1,6%) aus der hohen Statusgruppe zu (ebd.).

Immer weniger Jugendliche rauchen – aber soziale Unterschiede bestehen fort

Der Anteil der Kinder und Jugendlichen in Deutschland, die rauchen, hat sich seit Beginn der 2000er-Jahre deutlich reduziert. Während den KiGGS-Daten zufolge in den Jahren 2003-2006 noch mehr als 20% der 11- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen rauchten, sank der entsprechende Anteil innerhalb von 10 bis 15 Jahren auf zuletzt 7,2% (KiGGS Welle 2, 2014-2017) (Zeiher et al. 2018). Einen vergleichbaren Rückgang der

Rauchprävalenzen belegen die regelmäßig durchgeführten Repräsentativerhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Orth 2016), die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) des IFT (Kraus et al. 2016b) und die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterstützte Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) (Kuntz et al. 2018d).

Wird die soziale Herkunft der Kinder und Jugendlichen berücksichtigt, zeigt sich, dass der Anteil der Jungen und Mädchen, die rauchen, in allen Statusgruppen zurückgegangen ist. Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien rauchen aber nach wie vor häufiger als Gleichaltrige aus sozial bessergestellten Familien (Kuntz & Lampert 2016; Zeiher et al. 2018). Besonders deutlich treten die Unterschiede im Rauchverhalten bei Kindern und Jugendlichen nach Art der

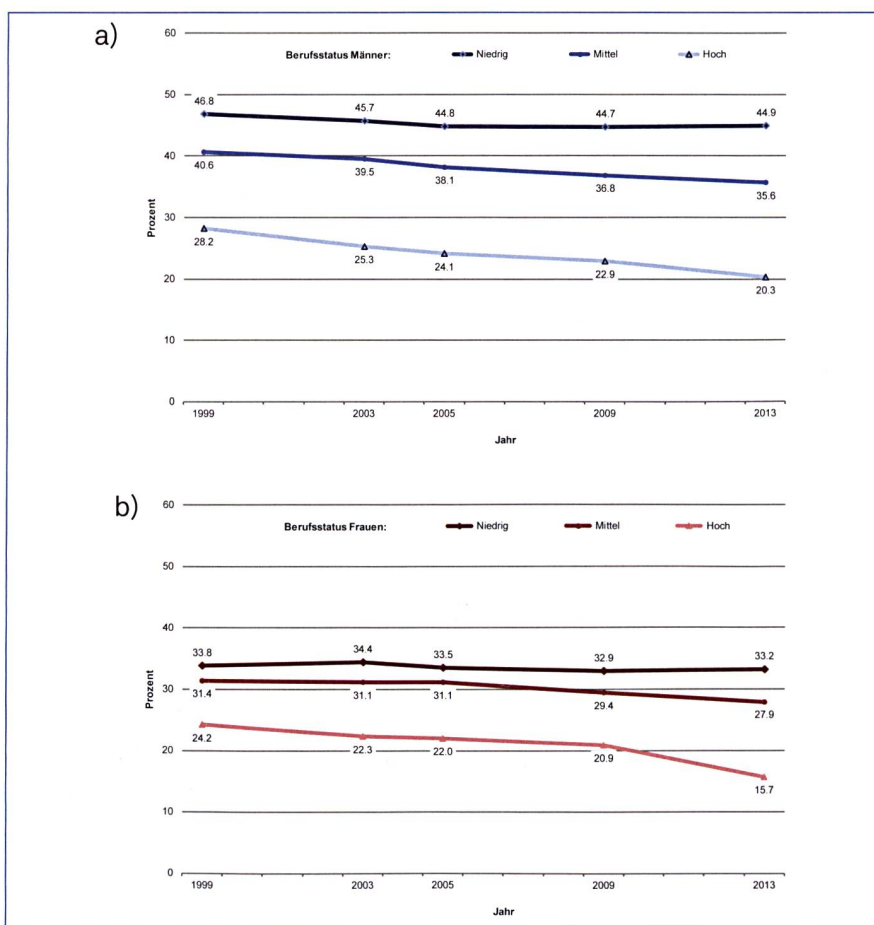


Abb. 1: Zeitliche Entwicklung des Rauchens bei 18- bis 64-jährigen erwerbstätigen Männern (a) und Frauen (b) in Deutschland nach Berufsstatus (ISEI-Klassifikation; Datenbasis: Mikrozensus 1999, 2003, 2005, 2009 und 2013) (Kuntz et al. 2018b).

besuchten weiterführenden Schulform zutage. Jugendliche an Gymnasien rauchen demzufolge deutlich seltener als Gleichaltrige an Haupt-, Real- und Gesamtschulen (Kuntz et al. 2018d).

Frauen mit hoher Bildung konsumieren häufiger alkoholische Getränke

Bezüglich des Alkoholkonsums stellen sich die Unterschiede zwischen den Statusgruppen anders als beim Rauchen dar. Dies verdeutlichen z. B. die Ergebnisse der Studie GEDA 2014/15-EHIS. Demnach trinken 10,3% der 18-jährigen und älteren Männer und 16,9% der gleichaltrigen Frauen nie Alkohol (Lange et al. 2017). Bei 18,2% der Männer und 13,8% der Frauen weisen die Ergebnisse hingegen auf einen Risikokonsum hin (ebd.). Bei Männern wird in dieser Studie von Risikokonsum bei mehr als 20g Reinalkohol pro Tag ausgegangen. Bei Frauen liegt der Grenzwert bei 10g Reinalkohol pro Tag. Das entspricht bei Männern einer täglichen Trinkmenge von etwa 0,5 Litern Bier oder 0,25 Liter Wein, bei Frauen jeweils der Hälfte. Die übrigen 71,5% der Männer bzw. 69,3% der Frauen trinken gelegentlich oder regelmässig Alkohol, aber unterhalb der für Risikokonsum angegebenen Mengen (ebd.). Differenziert nach Altersgruppen zeigt sich, dass der Anteil der Männer und Frauen mit Risikokonsum bei den 45- bis 64-Jährigen mit 21,7% bzw. 17,2% am höchsten ist (ebd.).

Bei Männern sind in Bezug auf den Risikokonsum keine Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen zu beobachten (Abb. 2). Bei Frauen zeigen sich allerdings deutliche Unterschiede zu Ungunsten von Frauen mit hoher Bildung. So ist bei 19,9% der Frauen mit hoher Bildung ein Risikokonsum festzustellen im Vergleich zu 9,4% der Frauen mit niedriger Bildung. Der Anteil der Männer und Frauen, die nie Alkohol trinken, ist in der niedrigen deutlich höher als in der hohen Bildungsgruppe (Abb. 2).

Dazu passen Studienergebnisse, die zeigen, dass Frauen mit hohem Sozialstatus häufiger während der Schwangerschaft Alkohol konsumieren. In der Basiserhebung der KiGGS-Studie gaben 20,3% der Frauen mit hohem Sozialsta-

tus an, dass sie während der Schwangerschaft Alkohol getrunken haben. Von den Frauen aus der niedrigen Statusgruppe traf dies lediglich auf 8,5% zu (Bergmann et al. 2007).

Nur relativ geringe soziale Unterschiede beim Alkoholkonsum von Jugendlichen

Bei Jugendlichen zeigen sich in Bezug auf den Alkoholkonsum nur relativ schwach ausgeprägte soziale Unterschiede (Kuntz et al. 2015). Die sozialen Unterschiede werden dabei oftmals an der besuchten Schulform festgemacht. Aussagekräftige Ergebnisse liegen z. B. aus der bereits erwähnten ESPAD-Studie vor. Nach den Daten aus dem Jahr 2015 haben 90,9% der SchülerInnen der 9. Klasse in Bayern schon einmal Alkohol getrunken, 87,0% in den letzten 12 Monaten und 70,9% auch in den letzten 30 Tagen. Dies stellt sich bei SchülerInnen auf Mittelschulen, Realschulen und Gymnasien ganz ähnlich dar (Kraus et al. 2016b).

Unterschiede nach der besuchten Schulform zeigen sich allerdings hinsichtlich des Rauschtrinkens. Auf die Frage, wie häufig sie in den letzten 30 Tagen fünf oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit konsumiert haben, antworten 29,2% der SchülerInnen auf Mittelschulen, dass dies dreimal oder noch häufiger der Fall war. Auf

SchülerInnen auf Realschulen und Gymnasien traf dies auf 24,9% bzw. 15,9% zu. Zu berücksichtigen ist dabei, dass das Rauschtrinken im Zeitraum von 2003 bis 2015 bei SchülerInnen aller Schulformen zurückgegangen ist (Kraus et al. 2016b).

Aufschlussreich sind darüber hinaus die Ergebnisse der ESPAD-Studie zu sozialen und psychosozialen Problemen, die nach Einschätzung der Jugendlichen in einem Zusammenhang mit ihrem Alkoholkonsum stehen. Viele der erfassten Probleme werden von SchülerInnen auf Mittelschulen häufiger genannt als von denen auf Realschulen und insbesondere als von denen auf Gymnasien. Dies gilt z. B. für die Verwicklung in eine Rauferei oder einen Kampf, einen Unfall oder eine Verletzung, Probleme mit der Polizei, die Einweisung in ein Krankenhaus oder eine Notaufnahme sowie für ungeschützten Geschlechtsverkehr (Kraus et al. 2016b).

Fazit

Die vorliegenden epidemiologischen Studien zeigen, dass nach wie vor erhebliche soziale Unterschiede im Tabakkonsum bestehen. Seit einigen Jahren rauchen zwar zunehmend weniger Menschen und diese positive Entwicklung ist in fast allen Bevölkerungsgruppen festzustellen. Die sozialen Unterschiede bestehen aber fort und weisen sozial Benachteiligte als wichtige Zielgruppe der Tabakprävention

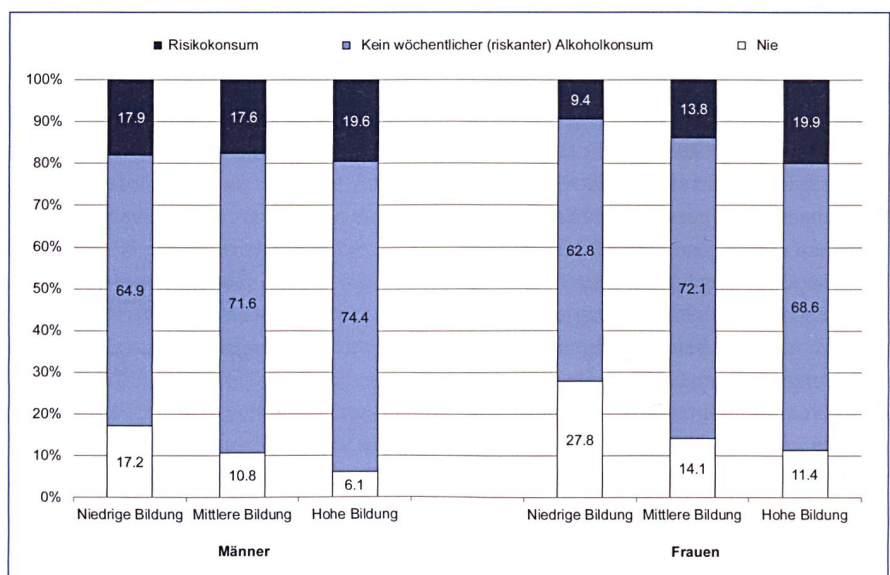


Abb. 2: Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland nach Bildung und Geschlecht (ISCED-Klassifikation; Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS) (Lange et al. 2017).

aus. Verhaltenspräventive Massnahmen kommen häufig den Gewohnheiten sozial besser gestellter Bevölkerungsgruppen stärker entgegen und bergen so die Gefahr, zur Ausweitung sozialer Unterschiede beizutragen. Massnahmen und Programme, die darauf zielen, den Tabakkonsum in der Bevölkerung weiter zu reduzieren und zugleich die sozialen Unterschiede im Rauchverhalten zu verringern, sollten daher eher verhältnispräventiv ausgerichtet sein und die Lebensumstände sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen mit berücksichtigen. In Bezug auf den Alkoholkonsum bestehen ebenfalls erhebliche Präventionspotenziale, und zwar auch in den sozial bessergestellten Bevölkerungsgruppen. Konkrete Handlungsfelder und Aufgaben für die Zukunft finden sich in den im nationalen Gesundheitszieleprogramm für Deutschland verankerten Zielen «Tabakkonsum reduzieren» (BMG 2015) und «Alkohol reduzieren» (GVG 2015).

Literatur

- Bergmann, K.E./Bergmann, R.L./Ellert, U./Dudenhausen, J.W. (2007): Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50(5-6): 670-676.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2015): Nationales Gesundheitsziel «Tabakkonsum reduzieren». Berlin: BMG.
- Hoebel, J./Kuntz, B./Kroll, L.E./Finger, J.D./Zeiber, J./Lange, C./Lampert, T. (2018): Trends in absolute and relative educational inequalities in adult smoking since the early 2000s: The case of Germany. *Nicotine & Tobacco Research* 20(3): 295-302.
- GVG – Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (2015): Nationales Gesundheitsziel «Alkoholkonsum reduzieren». Veröffentlicht am 19. Mai 2015. www.gesundheitsziele.de, Zugriff 01.10.2018.
- Kotz, D./Böckmann, M./Kastaun, S. (2018): Nutzung von Tabak und E-Zigaretten sowie Methoden zur Tabakentwöhnung in Deutschland. Eine repräsentative Befragung in 6 Wellen über 12 Monate (die DEBRA-Studie). *Deutsches Ärzteblatt International* 115(14): 235-242.
- Kraus, L./Piontek, D./Atzendorf, J./Gomes de Matos, E. (2016a): Zeitliche Entwicklungen im Substanzkonsum in der deutschen Allgemeinbevölkerung. *SUCHT* 62(5): 283-294.
- Kraus, L./Piontek, D./Seitz, N.-N./Schoeppe, M. (2016b): Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2015 (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern. IFT-Berichte Band 188. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Kuntz, B./Lange, C./Lampert, T. (2015): Alkoholkonsum bei Jugendlichen – Aktuelle Ergebnisse und Trends. *GBE kompakt* 6(2): o. S.
- Kuntz, B./Lange, C./Lampert, T. (2015): Alkoholkonsum bei Jugendlichen – Aktuelle Ergebnisse und Trends. Berlin: Robert Koch-Institut (Hrsg.), *GBE kompakt* 6(2). www.rki.de/gbe-kompakt, Zugriff: 02.10.2018.
- Kuntz, B./Zeiber, J./Starker, A./Lampert, T. (2018a): Tabak - Zahlen und Fakten zum Konsum. S. 50-84 in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), *DHS Jahrbuch Sucht 2018*. Lengerich: Pabst.
- Kuntz, B./Kroll, L.E./Hoebel, J./Schumann, M./Zeiber, J./Starker, A./Lampert, T. (2018b): Zeitliche Entwicklung berufsgruppenspezifischer Unterschiede im Rauchverhalten von erwerbstätigen Männern und Frauen in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus 1999-2013. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 61(11): X-X. doi: 10.1007/s00103-018-2818-8.
- Kuntz, B./Zeiber, J./Starker, A./Prütz, F./Lampert, T. (2018c): Rauchen in der Schwangerschaft – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3(1): 47-54.
- Kuntz, B./Waldhauer, J./Moor, I./Rathmann, K./Richter, M./Orth, B./Piontek, D./Kraus, L./Zeiber, J./Lampert, T. (2018d): Zeitliche Entwicklung von Bildungsunterschieden im Rauchverhalten von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus vier bevölkerungsweiten Studien. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 61(1): 7-19.
- Lampert, T./Kroll, L.E./Dunkelberg, A. (2007): Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. *Aus Politik und Zeitgeschichte* 42: 11-18.
- Lampert, T. (2010): Soziale Determinanten des Tabakkonsums bei Erwachsenen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 53(2): 108-116.
- Lampert, T./Kuntz, B./Hoebel, J./Müters, S./Kroll, L.E. (2016): Gesundheitliche Ungleichheit. S. 302-314 in: Statistisches Bundesamt (Destatis)/Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Zentrales Datenmanagement (Hrsg.), *Datenreport 2016. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Lampert, T./Hoebel, J./Kuntz, B./Müters, S./Kroll, L.E. (2017): Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: RKI.
- Lange, C./Manz, K./Kuntz, B. (2017): Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen. *Journal of Health Monitoring* 2(2): 66-73.
- Orth, B. (2016): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: BZgA.
- Zeiber, J./Kuntz, B./Lange, C. (2017): Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(2): 59-65.
- Zeiber, J./Starker, A./Kuntz, B. (2018): Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3(1): 40-46.

