

HBSC Factsheet 04

Gesundheitliches Risikoverhalten österreichischer Schülerinnen und Schüler: Rauchen, Alkohol- und Cannabiskonsum - HBSC Ergebnisse 2014

Mit dem Konsum von Tabak, Alkohol und/oder Cannabis wird oft schon im Jugendalter begonnen. Dieser verringert sich üblicherweise mit dem Erreichen des Erwachsenenalters wieder, bei manchen setzt er sich jedoch unvermindert fort. Schwierig wird es speziell dann, wenn der Konsum dieser Substanzen zur Gewohnheit wird und sich als Verhaltensmuster verfestigt. Solche erweisen sich dann gegenüber Veränderung als äußerst resistent und können potentiell in ein Abhängigkeitsverhältnis führen. [1,2,3].



Die Auswirkungen von Rauchen, Alkohol- und Cannabiskonsum

Rauchen, Alkohol- und Cannabiskonsum haben eine Reihe von negativen Auswirkungen auf die Gesundheit, wie in zahlreichen Studien nachgewiesen werden konnte:

- **Erhöhtes Krebsrisiko**
Tabak- [4,5], Alkohol- [4] oder Cannabiskonsum [6,7] erhöhen das Risiko für bestimmte Krebserkrankungen, und je früher mit dem Konsum dieser Substanzen begonnen wird, umso höher wird das Risiko [8].
- **Erhöhtes Risiko für sexuell übertragbare Krankheiten**
Es gibt einen Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und der Infektion mit HIV sowie anderen sexuell übertragbaren Krankheiten, da Alkoholkonsum die Wahrscheinlichkeit von ungeschütztem Geschlechtsverkehr erhöht [9,10].
- **Kognitive Probleme**
Regelmäßiger Alkoholkonsum bei Jugendlichen ist verbunden mit einem erhöhten Risiko für neurokognitive Schäden [11,12] sowie einer Beeinträchtigung der Lernfähigkeit und der intellektuellen Entwicklung.
Neurotoxische Effekte von Nikotin sind stärker, wenn die Exposition bereits in früheren Entwicklungsphasen auftritt. Folgen können eine Beeinträchtigung des verbalen Gedächtnisses und der kognitiven Leistungsfähigkeit sein [13]. Cannabiskonsum kann zu neuropsychologischen und kognitiven Problemen führen [14].

- **Erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen**

Ein übermäßiger Alkoholkonsum steigert das Risiko für erhöhten Blutdruck, Vorhofflimmern und Schlaganfälle [15,16,17].

Herz-Kreislauf-Erkrankungen können auch als Spätfolgen von Tabak- und/oder Cannabiskonsum auftreten [18,19,20].

- **Einschränkung der Lungenfunktion**

Bereits nach relativ kurzer Zeit des Tabakkonsums können eine Einschränkung von Lungenfunktion, Kurzatmigkeit, Husten und asthmatische Probleme (Keuchen) festgestellt werden [19,21].

- **Erhöhte Unfallgefahr durch Alkohol- und Cannabiskonsum**

Durch das im Cannabis enthaltene THC (Tetrahydrocannabinol) werden Rauschzustände erzeugt, die die Unfallgefahr erhöhen; Konzentrations- und Merkfähigkeit werden verringert [22,23].

Alkoholkonsum steigert ebenfalls die Unfallgefahr wie auch die Wahrscheinlichkeit für Verletzungen [10].

- **Erhöhtes Risiko für alkoholbedingte Krankheiten**

Rein einem übermäßigen Alkoholkonsum zuzuschreibende Krankheiten sind die Alkoholabhängigkeit, die alkoholische Leberzirrhose und die alkoholinduzierte Pankreatitis, die sich allesamt als Spätfolgen manifestieren können [24].

Zusätzlich zu den beschriebenen gesundheitlichen Problemen, Schäden und Erkrankungen wird Alkoholkonsum mit der Entstehung von mehr als 200 Krankheitsbildern nach ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) in Verbindung gebracht [10].

Darüber hinaus wird angenommen, dass rund die Hälfte aller Menschen, die Tabak konsumieren, auch an dessen direkten oder indirekten Folgen sterben, was dem Ge- und Missbrauch von Tabak weltweit den ersten Platz der vermeidbaren Todesursachen einräumt [25]. Laut WHO sterben derzeit insgesamt rund 6 Millionen Menschen jährlich an den Folgen von Tabakkonsum, 600.000 davon durch Passivrauchen [26].

Wie häufig österreichische Schülerinnen und Schüler rauchen

15,8 % der befragten 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schülerinnen und Schüler geben an, derzeit zu rauchen, wobei dies 7,1 % täglich tun, 3,4 % zumindest einmal in der Woche und 5,2 % seltener (Detailergebnisse siehe Abbildung 1).

Das Rauchverhalten hängt - wenig überraschend - stark vom Alter ab: Bei den 11-Jährigen liegt der Anteil der Nichtraucherinnen und -raucher noch bei über 99 %. Bei den 17-Jährigen geben rund 69 % an, gar nicht zu rauchen. Zwischen den Geschlechtern ist nur ein geringer Unterschied festzustellen. Während von den Burschen aller untersuchten Altersgruppen 14,5 % rauchen, liegt der entsprechende Anteil der Raucherinnen bei 16,1 %.

Abbildung 1: Raucherstatus der österreichischen Schüler/innen nach Alter und Geschlecht

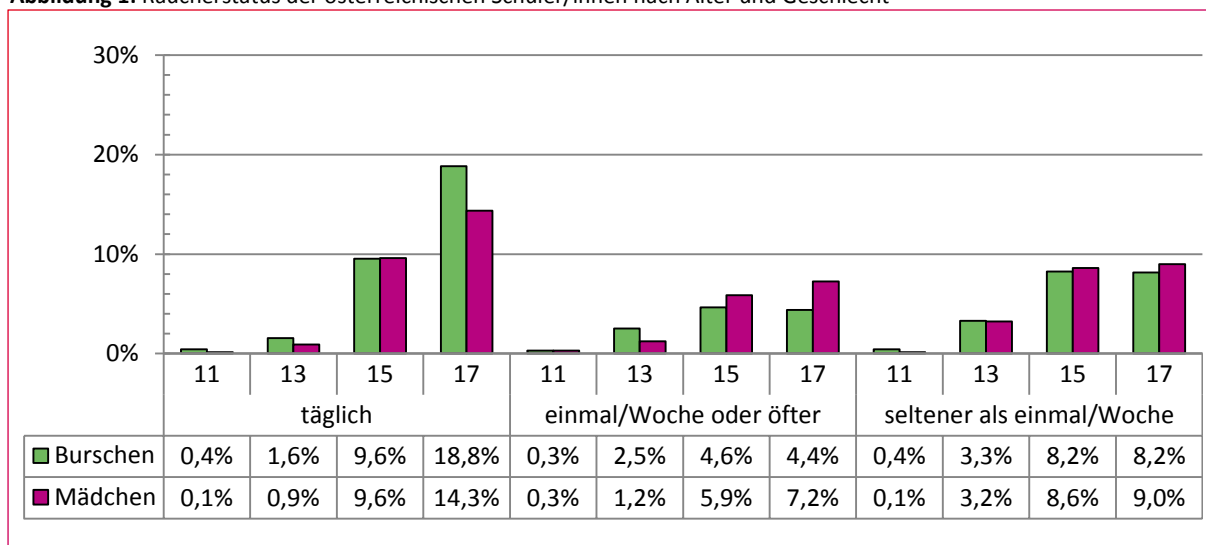
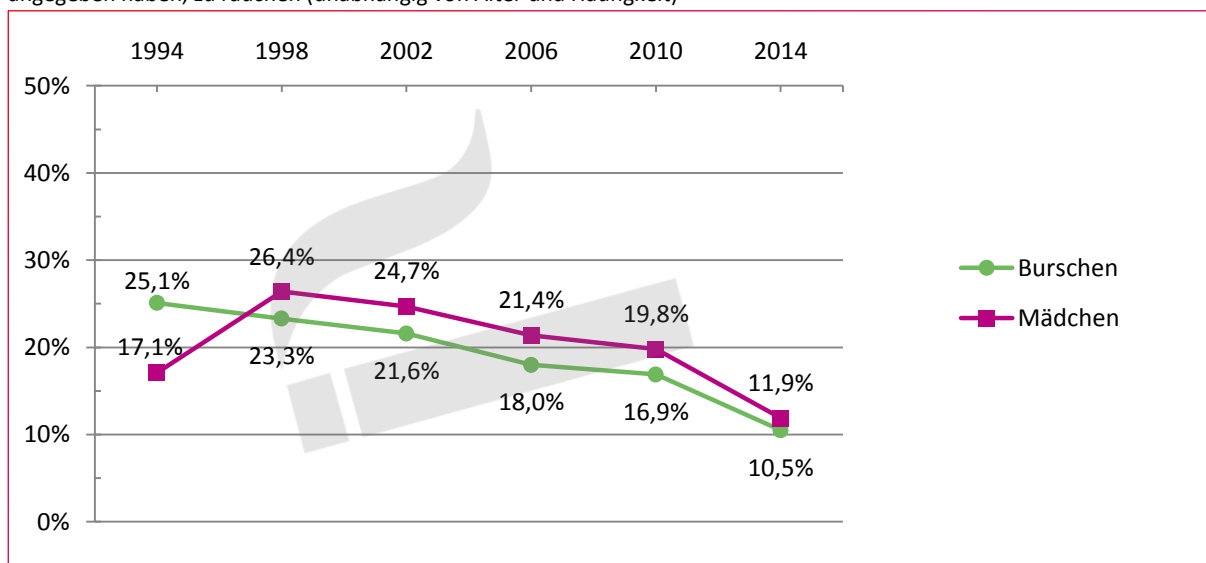


Abbildung 2: Wie viele der 11- bis 15-jährigen österreichischen Schüler/innen bei den HBSC-Erhebungen seit 1994 angegeben haben, zu rauchen (unabhängig von Alter und Häufigkeit)



Der Anteil der österreichischen Schülerinnen und Schüler im Alter von 11 bis 15 Jahren (17-Jährige werden erst seit 2010 in HBSC erfasst und sind daher in Trendanalysen nicht inkludiert), die angeben zu rauchen (unabhängig davon wie oft), ist nach einem Anstieg zwischen 1994 und 1998 kontinuierlich gesunken (Abbildung 2). Insgesamt hat sich die Rate bei den 11- bis 15-Jährigen Raucherinnen und Rauchern innerhalb der letzten 20 Jahre von 20,8 % auf 11,3 % um etwa die Hälfte reduziert. Dieser Trend ist auch international zu beobachten.

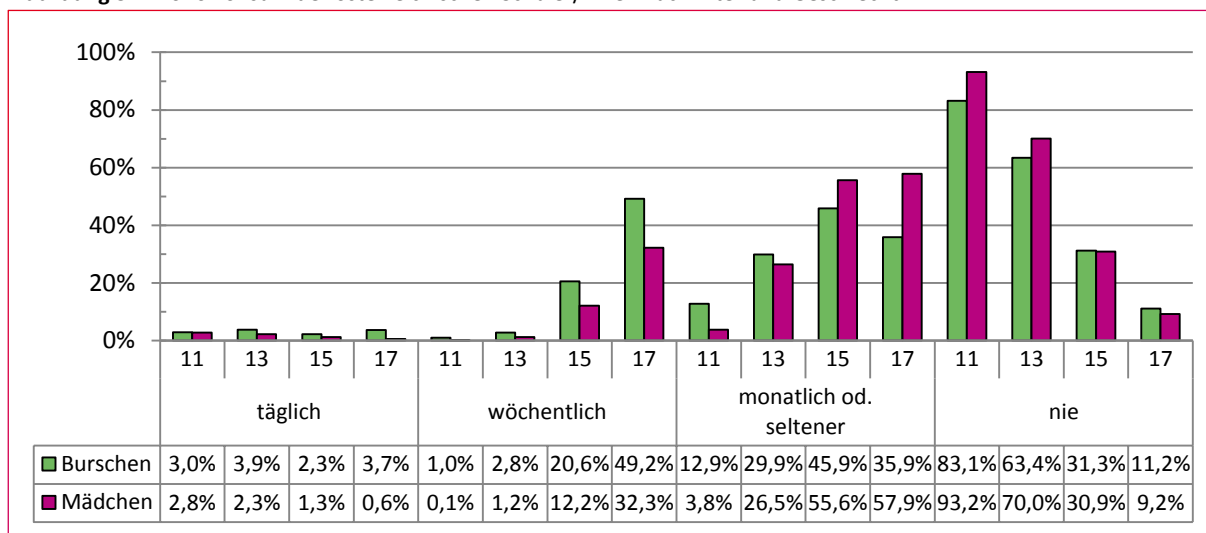
Wie häufig österreichische Schülerinnen und Schüler Alkohol trinken

Der Alkoholkonsum der österreichischen Schüler/innen wird durch die Häufigkeit erfasst, mit der sie berichten, bestimmte alkoholische Getränke (Bier, Wein, Spirituosen, Alkopops, Most und andere) zu konsumieren. Die Häufigkeit des Alkoholkonsums wird durch Zusammenfassung dieser sechs Items zu einem Index errechnet.

Laut diesem geben 48,7 % der 11- bis 17-jährigen Schülerinnen und Schüler an, nie Alkohol zu konsumieren. Umgekehrt berichten 2,5 % von täglichem Konsum, 13,8 % von wöchentlichem und 35,1 % von gelegentlichem (monatlich oder seltener). Am häufigsten (einmal pro Woche oder öfter) trinken österreichische Schülerinnen und Schüler Bier, knapp gefolgt von Spirituosen und Alkopops.

In Summe trinken Burschen häufiger regelmäßig Alkohol als Mädchen (Detailergebnisse siehe Abbildung 3). Erwartungsgemäß steigt der Alkoholkonsum bei beiden Geschlechtern mit dem Alter an.

Abbildung 3: Alkoholkonsum der österreichischen Schüler/innen nach Alter und Geschlecht



Aussagen über die konsumierten Alkoholmengen lassen sich auf Grundlage des errechneten Index keine treffen. Am ehesten Aufschluss darüber geben die Antworten auf die Frage nach der Häufigkeit von Betrunkeneheit.

67,4 % der befragten 11- bis 17-Jährigen geben an, noch nie betrunken gewesen zu sein. Folglich waren knapp ein Drittel (32,6 %) zumindest einmal betrunken und 14,8 % berichten, dies in den letzten 30 Tagen zumindest einmal gewesen zu sein.

Rauscherfahrungen werden, analog zur Häufigkeit des Alkoholkonsums, ab dem Alter von 15 Jahren deutlich häufiger (Abbildung 4). Zwischen den Geschlechtern besteht nur ein kleiner Unterschied: so geben Burschen in allen Altersgruppen tendenziell etwas häufiger an, betrunken gewesen zu sein.

Abbildung 4: Wie viele der 11- bis 17-jährigen österreichischen Schüler/innen angegeben haben, zumindest einmal in den letzten 30 Tagen bzw. jemals betrunken gewesen zu sein.

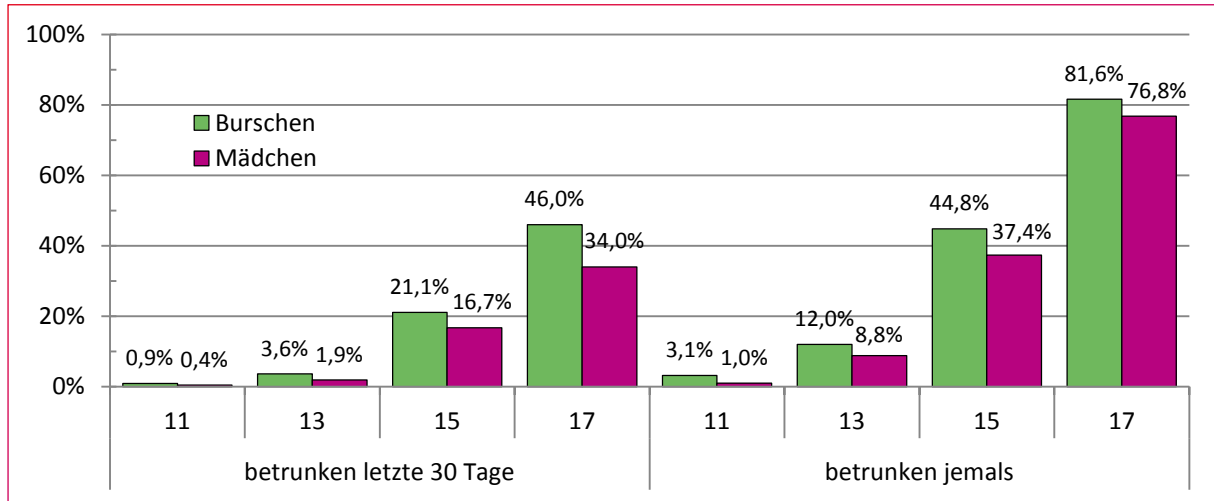
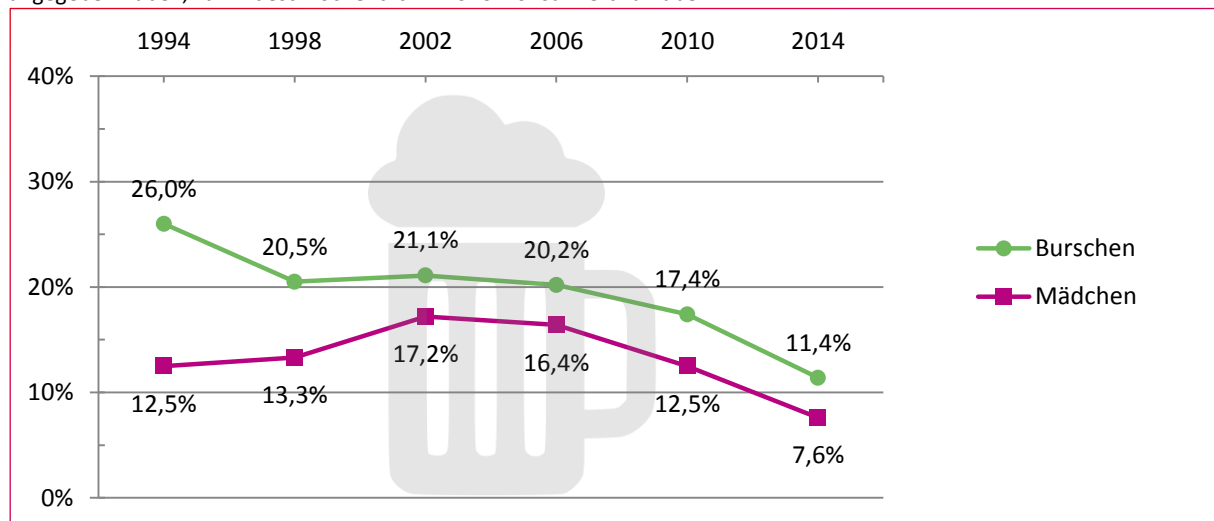


Abbildung 5: Wie viele der 11- bis 15-jährigen österreichischen Schüler/innen bei den HBSC-Erhebungen seit 1994 angegeben haben, zumindest wöchentlich Alkohol konsumiert zu haben

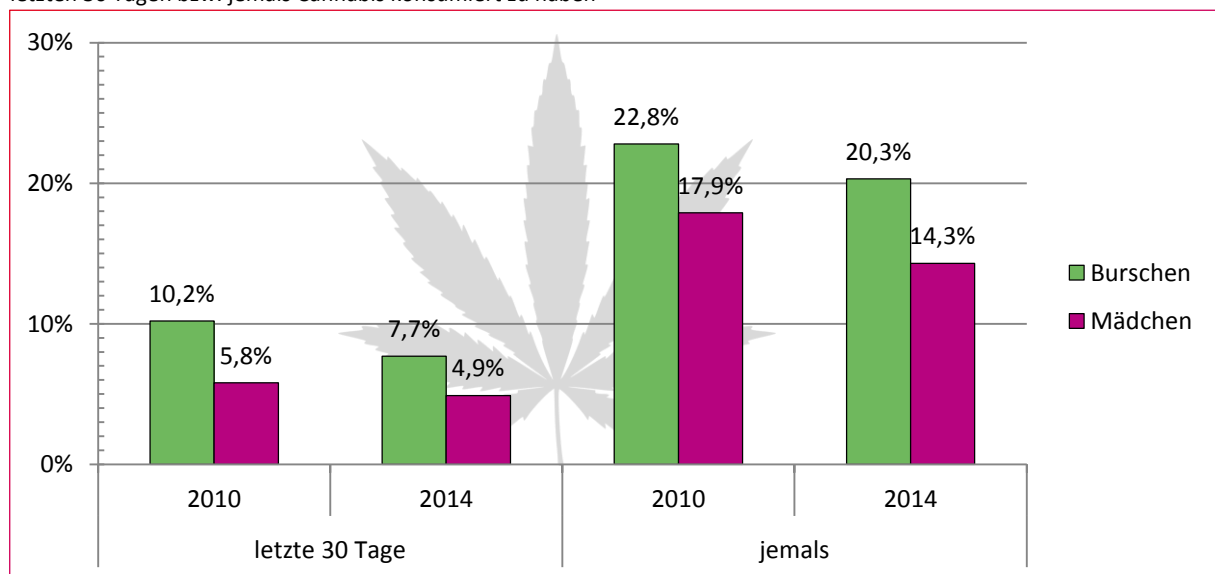


Im Trend zeigt sich, dass der Alkoholkonsum der österreichischen Schülerinnen und Schüler seit 2002 relativ stark gesunken ist. Haben 2002 noch 19 % zumindest wöchentlich Alkohol getrunken, so waren es 2014 weniger als die Hälfte, nämlich 9,4 % (vgl. Abbildung 5).

Wie häufig österreichische Schülerinnen und Schüler Cannabis konsumieren

Knapp 17 % der befragten 15- und 17-jährigen Schülerinnen und Schüler berichten, zumindest einmal in ihrem Leben Cannabis konsumiert zu haben. 6,4 % taten dies häufiger als fünf Mal und 6 % geben an, in den letzten 30 Tagen zumindest einmal Cannabis zu sich genommen zu haben. Somit dürfte die aktuelle Rate an Cannabiskonsumierenden in dieser Altersgruppe bei ca. 6 % liegen. Zwischen 2010 und 2014 (erst seit der Erhebung 2010 werden auch 17-jährige Schüler/innen befragt) gibt es keinen statistisch signifikanten Rückgang des Cannabiskonsums. Zu beiden Zeitpunkten gab es mehr männliche als weibliche Konsumierende.

Abbildung 6: : Wie viele der 15- und 17-jährigen österreichischen Schüler/innen angegeben haben, zumindest einmal in den letzten 30 Tagen bzw. jemals Cannabis konsumiert zu haben



Fazit

Tabak- und Alkoholkonsum bei Kindern und Jugendlichen haben in Österreich in den letzten Jahren erfreulicherweise abgenommen, ein Trend, der auch in der österreichischen Gesamtbevölkerung zu beobachten ist [27].

Im internationalen Vergleich der HBSC-Länder rangiert Österreich bei den Raucher/innenraten im Mittelfeld, verhältnismäßig hoch ist jedoch der Anteil der 15-jährigen Schülerinnen und Schüler, die mit 13 Jahren oder früher zu rauchen begonnen haben. Ähnliches gilt auch für den Anteil der 15-Jährigen, die zumindest einmal wöchentlich Alkohol trinken bzw. angeben, in den letzten 30 Tagen öfter als zweimal betrunken gewesen zu sein: Bei beiden findet sich Österreich im europäischen Vergleich im oberen Mittelfeld wieder. Der Cannabiskonsum von österreichischen Schülerinnen und Schülern ist vergleichsweise gering [28].

Gesundheitliches Risikoverhalten erfüllt in der Jugend viele Funktionen: Es kann der Identitätsbildung, der Bewältigung von Stress oder der Anerkennung in der Peer-Gruppe dienen [29]. Der Rückgang von Tabak- und Alkoholkonsum bei Jugendlichen könnte auf einen Wandel in der Jugendkultur zurückzuführen sein. Dieser wurde unterstützt durch die technologische Entwicklung in den letzten 10 Jahren. So erfolgt der Aufbau sozialer Kontakte und die Selbstdarstellung der eigenen Person als „erwachsen“ nun weniger über das gemeinsame Konsumieren von Tabak, Alkohol und/oder Cannabis, sondern über soziale Medien.

Ein weiterer Grund für den vorliegenden Trend ist mit Sicherheit auch in der vermehrten Umsetzung von gesundheitspolitischen Maßnahmen zu sehen. Neben nationalen Schritten, wie Rauchverboten in Lokalen und öffentlichen Gebäuden, gibt es Bemühungen zur Entwicklung und Umsetzung von länderübergreifenden Strategien, wie etwa das „MPOWER“-Policy-Paket zur Tabakprävention der WHO [25] oder die „EU-Alkoholstrategie“ [30].

Die beständige Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen, die Kinder und Jugendliche schützen und ihnen dabei helfen, Tabak, Alkohol, Cannabis und anderen Drogen vernünftig zu begegnen, ist demnach eine grundlegende Voraussetzung, den momentanen Trend fortzusetzen.

Die HBSC Studie:



Die „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“-Studie ist eine regelmäßig alle vier Jahre stattfindende Erhebung der WHO und eine der größten Kinder- und Jugendgesundheitsstudien in Europa. Im Schuljahr 2013/14 haben 43 Länder teilgenommen. Alle präsentierten Ergebnisse basieren auf dem österreichischen Datensatz von 2013/14. Die HBSC-Studie wird vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen beauftragt und in seiner Umsetzung vom Bundesministerium für Bildung unterstützt. Nähere Informationen zur Studie unter: <http://www.hbsc.org/>

Autor/inn/en dieses Factsheets:

Gunter Maier, Friedrich Teutsch, Rosemarie Felder-Puig
Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (IfGP) Wien
Oktober 2017
Kontakt: gunter.maier@ifgp.at



- [1] Botvin, G.J. & Griffin, K.W. (2007) School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *International Review of Psychiatry*, 19 (6), 607–615.
- [2] Due, P., Krølner, R., Rasmussen, M., Andersen, A., Damsgaard, M.T., Graham, H., et al. (2011) Pathways and mechanisms in adolescence contribute to adult health inequalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39 (6 suppl), 62–78.
- [3] Stone, A.L., Becker, L.G., Huber, A.M., & Catalano, R.F. (2012) Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, 37 (7), 747–775.
- [4] Enzinger PC, Mayer RJ. Esophageal cancer. *N Engl J Med* 2003;349(23):2241-2252.
- [5] Freedman ND, Abnet CC, Leitzmann MF, et al. A prospective study of tobacco, alcohol, and the risk of esophageal and gastric cancer subtypes. *Am J Epidemiol* 2007;165(12):1424-1433.
- [6] Feng, B. J., Khyatti, M., Ben-Ayoub, W., Dahmoul, S., Ayad, M., Maachi, F., ... & Jalbout, M. (2009). Cannabis, tobacco and domestic fumes intake are associated with nasopharyngeal carcinoma in North Africa. *British journal of cancer*, 101(7), 1207-1212.
- [7] Chacko, J. A., Heiner, J. G., Siu, W., Macy, M., & Terris, M. K. (2006). Association between marijuana use and transitional cell carcinoma. *Urology*, 67(1), 100-104.
- [8] Evinger, M., Caruso, E., Nazir, A., Coyne, M., Nagee, K., & Liu, J. (2017). Nicotine promotes tumorigenesis in mammary tissues of adolescent rats. *The FASEB Journal*, 31(1 Supplement), 178-9.
- [9] Rehm, J., Shield, K. D., Joharchi, N., & Shuper, P. A. (2012). Alcohol consumption and the intention to engage in unprotected sex: systematic review and meta-analysis of experimental studies: Alcohol and intention for unprotected sex. *Addiction*, 107(1), 51–59.
- [10] WHO. (2014). *Global status report on alcohol and health, 2014*. Geneva, Switzerland: WHO Publishing.
- [11] Zeigler, D. W., Wang, C. C., Yoast, R. A., Dickinson, B. D., McCaffree, M. A., Robinowitz, C. B., & Sterling, M. L. (2005). The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. *Preventive medicine*, 40(1), 23-32.
- [12] Spear LP, Varlinskaya EI. Adolescence: Alcohol sensitivity, tolerance, and intake. *Recent Dev Alcohol* 2005; 17:143–159.
- [13] Jacobsen, L. K., Krystal, J. H., Mencl, W. E., Westerveld, M., Frost, S. J., & Pugh, K. R. (2005). Effects of smoking and smoking abstinence on cognition in adolescent tobacco smokers. *Biological psychiatry*, 57(1), 56-66.
- [14] Meier, M. H., Caspi, A., Ambler, A., Harrington, H., Houts, R., Keefe, R. S., ... & Moffitt, T. E. (2012). Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(40), E2657-E2664.
- [15] Patra J et al. (2010). Alcohol consumption and the risk of morbidity and mortality from different stroke types – a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 10: 258
- [16] Samokhvalov AV, Irving HM, Rehm J (2010). Alcohol as a risk factor for atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* , 17:706– 712.
- [17] Taylor B et al. (2009). Alcohol and hypertension: gender differences in dose–response relationships determined through systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 104:1981–1990.
- [18] Reece, A. S., Norman, A., & Hulse, G. K. (2016). Cannabis exposure as an interactive cardiovascular risk factor and accelerant of organismal ageing: a longitudinal study. *BMJ open*, 6(11), e011891.
- [19] U.S.Department of Health and Human Services (Ed.) (2004). *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*.
- [20] World Health Organization (Ed.) (2008). *Report on the Global Tobacco Epidemic*. Geneva: World Health Organization
- [21] Gold, D. R., Wang, X., Wypij, D., Speizer, F. E., Ware, J. H., & Dockery, D. W. (1996). Effects of cigarette smoking on lung function in adolescent boys and girls. *New England Journal of Medicine*, 335(13), 931-937.
- [22] Hall, W., Degenhardt, L. (2009). Adverse health effects of non-medical cannabis use. *The Lancet*, 374 (9698), 1383-1391.
- [23] Kalant, H. (2004). Adverse effects of cannabis on health: an update of the literature since 1996. *Prog.Neuropsychopharmacol.Biol.Psychiatry*, 28 (5), 849-863.
- [24] Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawat-tananon, Y., Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet*, 373 (9682), 2223-2233.
- [25] WHO (2008) MPOWER: a policy package to reverse the tobacco epidemic. WHO, Geneva, Switzerland.
- [26] WHO (2015) WHO report on the global tobacco epidemic, 2015: raising taxes on tobacco. WHO, Geneva, Switzerland.
- [27] Strizek, J., Uhl, A. (2016): *Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2016*. Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- [28] WHO (2016). *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people’s health and well-being*. Health Behaviour in School-aged Children study: international report from the 2013/2014 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- [29] Hurrelmann, K. (1990). Health promotion for adolescents. Prevention and corrective strategies against problem behavior. *Journal of Adolescence* 13(2):231-250.
- [30] Europäische Kommission. (2006). *Eine EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden*. Brüssel.