

Journal of Health Monitoring · 2020 5(3)

DOI 10.25646/6895

Robert Koch-Institut, Berlin

Irene Moor¹, Kristina Winter¹,
Katharina Rathmann², Ulrike Ravens-Sieberer³,
Matthias Richter¹

¹ Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Medizinische Fakultät,
Institut für Medizinische Soziologie

² Hochschule Fulda
Fachbereich Pflege und Gesundheit

³ Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
-psychotherapie und -psychosomatik,
Zentrum für Psychosoziale Medizin

Eingereicht: 26.02.2020

Akzeptiert: 09.06.2020

Veröffentlicht: 16.09.2020

Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum im Jugendalter – Querschnittergebnisse der HBSC-Studie 2017/18

Abstract

Tabak, Alkohol und Cannabis sind psychoaktive Substanzen, die oftmals im Jugendalter zum ersten Mal ausprobiert und im späteren Leben weiter konsumiert werden. Die gesundheitlichen Folgen eines regelmäßigen Tabak- und Cannabiskonsums oder des Alkoholmissbrauchs sind gravierend. Im Sinne der Gesundheitsberichterstattung ist es das Ziel, aktuelle Prävalenzen für den Substanzkonsum bei Heranwachsenden nach sozialen Determinanten auszuweisen. Datenbasis bilden die für Deutschland repräsentativen Daten der „Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC)“-Studie 2017/18 von Schülerinnen und Schülern im Alter von 11, 13 und 15 Jahren. Analysiert wird sowohl die Lebenszeit- und 30-Tages-Prävalenz des Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsums (letztere nur 15-Jährige) als auch alkoholbedingte Rauscherfahrten (Binge Drinking). Tabak und Alkohol wird unter 11- und 13-Jährigen noch vergleichsweise selten konsumiert, die Prävalenz steigt bei den 15-Jährigen jedoch deutlich an. Auch Cannabiskonsum ist bei 15-Jährigen recht weit verbreitet. Schülerinnen und Schüler, die nicht das Gymnasium besuchen, haben ein höheres Risiko zu rauchen. Schülerinnen und Schüler mit einem hohen familiären Wohlstand haben ein höheres Risiko Alkohol zu konsumieren, vor allem Mädchen. Heranwachsende mit Migrationshintergrund haben einerseits ein geringeres Risiko für einen regelmäßigen Alkoholkonsum oder Binge Drinking, andererseits jedoch ein erhöhtes Risiko für Cannabiskonsum (Mädchen mit einseitigem Migrationshintergrund). Die Ergebnisse verweisen darauf, dass Präventionsmaßnahmen vor allem früh ansetzen sollten, da die Prävalenzen bei älteren Schülerinnen und Schülern für den Substanzkonsum deutlich höher ausfallen. Es lassen sich je nach betrachteter Substanz unterschiedliche Risikogruppen identifizieren, die besonderer Berücksichtigung bei Präventionsmaßnahmen bedürfen.

📌 RAUCHEN UND TABAK · ALKOHOL · CANNABIS · KINDER UND JUGENDLICHE · SCHULE · HBSC · SUBSTANZ

1. Einleitung

Zigaretten und Alkohol sind in unserer Gesellschaft weit verbreitete „Alltagsdrogen“. Im Vergleich zu diesen legalen und in unserem Kulturkreis schon seit Jahrhunderten verbreiteten Substanzen wird die drogenpolitische Bewertung

von Cannabis bis heute kontrovers und nicht selten emotional geführt [1, 2]. Das Jugendalter verdient eine besondere Aufmerksamkeit, weil Jugendliche in dieser Lebensphase in der Regel zum ersten Mal mit diesen psychoaktiven Substanzen in Berührung kommen [3, 4]. Die Heranwachsenden müssen lernen – teils bewusst und teils unbewusst – mit

diesen Substanzen umzugehen. Parallel dazu wollen sich die Jugendlichen häufig von familiären oder schulischen Normen abgrenzen, eigenes Verhalten erproben, Grenzen überschreiten und Risiken austesten. In diesem Kontext werden zahlreiche gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen erprobt, verfestigt oder auch wieder verworfen [5]. Die überwiegende Anzahl der im Jugendalter „erfolgreich“ angenommenen Verhaltensweisen und Gewohnheiten werden im Erwachsenenalter fortgeführt und sind damit bestimmende Faktoren für den weiteren Gesundheitszustand [6]. Substanzkonsum ist vor allem dann problematisch, wenn er sehr früh oder exzessiv einsetzt oder wenn er in Kombination mit anderen problematischen Verhaltensweisen auftritt [7]. Exzessiver Alkoholkonsum ist nicht selten mit (tödlichen) Unfällen, (sexueller) Gewalt, aggressivem Verhalten, körperlichen und emotionalen Problemen sowie Entwicklungsgefährdungen, Suizid (-Versuchen), ungewollten Schwangerschaften, schulischen Leistungseinbrüchen, Schulschwänzen sowie dem Konsum anderer (illegaler) Substanzen assoziiert [8–13]. Alkoholmissbrauch und Tabakkonsum zählen weltweit zu den zentralen Risikofaktoren für Morbidität und frühzeitiger Sterblichkeit [14, 15]. Cannabis ist die am weitesten verbreitete (illegale) Droge in Europa unter Jugendlichen [16], die ebenfalls mit gravierenden Risiken für eine gesunde Entwicklung und Bewältigung von Entwicklungsaufgaben behaftet ist [17].

Im Substanzkonsum gab es in den letzten 15 Jahren drastische Veränderungen. So zeigen Daten der „Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC)“-Studie und der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) einen deutlich positiven Trend im

Tabak- und Alkoholkonsum [18]. Auch die Daten der Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) weisen einen vergleichbaren Trend aus: Der Anteil der rauchenden Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren ist stark rückläufig. Von insgesamt 27,5% im Jahr 2001 hat sich dieser Anteil auf 6,6% im Jahr 2018 verringert. Der Anteil an Nieraucherinnen und -rauchern ist im Jahr 2018 mit 82,7% so hoch wie nie zuvor [19]. Ebenso konnten diese Daten einen Rückgang für den regelmäßigen Alkoholkonsum und das Rauschtrinken (Binge Drinking) in dieser Altersgruppe in den letzten 15 Jahren verzeichnen [20]. Ein vergleichbarer Trend im Alkoholkonsum ist nach den Ergebnissen der HBSC-Studie auch für viele westeuropäische Länder erkennbar [21]. Beim Cannabiskonsum zeigt sich hingegen ein anderes Bild, wie die Ergebnisse der BZgA verdeutlichen: Nach einem deutlichen Anstieg der Lebenszeitprävalenz in der Gruppe der 12- bis 17-Jährigen von 1997 bis 2004 auf 15% zeichnete sich ein Rückgang auf 7% im Jahr 2011 ab. Danach stiegen die Prävalenzen erneut und betragen 2018 etwa 10% bei den Heranwachsenden dieser Altersgruppe. Insbesondere Jungen haben mehr Konsumerfahrung als Mädchen (12% vs. 7% im Jahr 2018) [22].

Für die Gesundheitsberichterstattung und die Überprüfung der Zielerreichung präventiver Strategien ist es wichtig, aktuelle Prävalenzen für den Substanzkonsum und für bestimmte Risikogruppen vorzulegen [23]. Die Daten der HBSC-Studie ermöglichen es, die regelmäßig generierten Ergebnisse mit der KiGGS- sowie den Drogenaffinitätsstudien, die auf unterschiedlichen Stichprobendesigns basieren, abzugleichen und nach umfassenden Hintergrundmerkmalen der Heranwachsenden zu

stratifizieren. Die genannten Studien zeigen, dass der Substanzkonsum deutlich mit dem Alter der Heranwachsenden ansteigt. In Hinblick auf Präventionsmaßnahmen ist es daher wichtig zu ermitteln, welche Altersgruppen insbesondere angesprochen werden müssen. Zudem zeigt sich, dass sich Mädchen und Jungen in ihrem Substanzkonsum unterscheiden [24, 25]. Auch andere soziale Merkmale wie der Bildungsgrad (Schulform), der sozioökonomische Hintergrund und die ethnische Herkunft scheinen eine Rolle bei dem Konsum psychoaktiver Substanzen zu spielen [18–20, 22, 24, 26]. Daher werden im vorliegenden Beitrag zum einen aktuelle Querschnittbefunde zur Prävalenz des Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsums bei 11-, 13- und 15-Jährigen berichtet, zum anderen wird untersucht, ob und inwieweit der Konsum dieser Substanzen mit dem Geschlecht, dem Alter, der Schulform, dem familiären Wohlstand der Familie und dem Migrationshintergrund variiert.

2. Methode

2.1 Stichprobendesign und Studiendurchführung

Die HBSC-Studie ist eine der weltweit größten Studien zur Kinder- und Jugendgesundheit. Sie erhebt alle vier Jahre Daten von Kindern und Jugendlichen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren. Die Durchführung erfolgt unter Einhaltung von international festgelegten Richtlinien. 1982 wurde die HBSC-Studie ins Leben gerufen, mittlerweile gehören 50 Länder dem HBSC-Netzwerk an. An der Erhebung 2017/18 beteiligten sich insgesamt 45 Länder. Deutschland beteiligt sich seit 1994 an der Studie, zunächst mit seinem einwohnerstärksten Bundesland Nordrhein-Westfalen (NRW). In den darauffolgenden Surveys schlossen sich weitere

Bundesländer an, seit 2013/14 findet die HBSC-Studie in allen Bundesländern statt und ist damit repräsentativ für Deutschland. Die genannten Altersgruppen entsprechen in Deutschland weitgehend der fünften, siebten und neunten Jahrgangsstufe. Bei der Stichprobe handelt es sich um eine geschichtete Klumpenstichprobe (Cluster Sample), das heißt die Untersuchungseinheiten sind in erster Linie Schulen und in zweiter Linie Schulklassen. Die Stichprobe wird repräsentativ für Deutschland nach Bundesland und Schulform gezogen. Die aktuelle Erhebung 2017/18 fand zudem mit zwei ergänzenden Länderstichproben in Brandenburg und Sachsen-Anhalt sowie einer städtischen Vollerhebung für die Stadt Stuttgart statt.

Die Studiendurchführung wurde im Vorfeld in allen Bundesländern (mit Ausnahme von NRW, hier obliegt die Entscheidung allein der Schulleitung) durch die zuständigen Bildungsministerien beziehungsweise Schulämter und je nach länderspezifischen Bestimmungen in Abstimmung mit den jeweiligen Datenschutzbeauftragten genehmigt. Die Planung und Koordination der standardisierten Erhebung erfolgten durch die Leitung des nationalen Teams in Halle (Saale), die Rekrutierung hingegen wurde dezentral von allen HBSC-Standorten in Deutschland durchgeführt. Für eine standardisierte Erhebung in den Schulen wurden der Schule und dem Lehrpersonal umfassende Informationen und Instruktionen zum Befragungstag zur Verfügung gestellt. Ausführliche Informationen zur Methodik der HBSC-Studie finden sich im Beitrag von [Moor et al.](#) in dieser Ausgabe des Journal of Health Monitoring.

2.2 Erhebungsinstrumente

Indikatoren des Substanzkonsums

Zur Erfassung des Tabak- und Alkoholkonsums wurden die Schülerinnen und Schüler gefragt, an wie vielen Tagen (wenn überhaupt) sie Zigaretten geraucht oder Alkohol getrunken haben. Es wurde jeweils nach der Lebenszeitprävalenz („in deinem ganzen Leben“) beziehungsweise der aktuellen Prävalenz („in den letzten 30 Tagen“) unterschieden. Die siebenstufige Antwortskala reichte dabei jeweils von „nie“ bis „30 Tage oder mehr“. Analysiert wurde die Lebenszeitprävalenz (Konsum mindestens einmal im Leben), die aktuelle Prävalenz (Konsum mindestens einmal in den letzten 30 Tagen) und das tägliche Rauchen (bezogen auf die letzten 30 Tage).

Binge Drinking wurde erfragt, indem die Schülerinnen und Schüler angaben, ob sie schon mal so viel Alkohol getrunken haben, dass sie betrunken waren. Die siebenstufige Antwortskala reichte von „nie“ bis „mehr als 10-mal“ [27]. Erneut wurde die Lebenszeitprävalenz (jemals im Leben betrunken) und die 30-Tages-Prävalenz (mindestens einmal in den letzten 30 Tagen) erfasst.

Der Cannabiskonsum wurde nur bei den 15-Jährigen erfragt. Die Heranwachsenden konnten Angaben dazu machen, ob sie schon einmal Cannabis, Haschisch oder Marihuana konsumiert haben. Die siebenstufige Antwortskala reichte von „nie“ bis „30 Tage oder mehr“. Auch hier wurde die Lebenszeitprävalenz (Konsum jemals im Leben) und die 30-Tages-Prävalenz (Konsum mindestens einmal in den letzten 30 Tagen) analysiert.

Soziodemografische und sozioökonomische Faktoren

Als soziodemografische und -ökonomische Faktoren wurden das Geschlecht, das Alter, der Migrationsstatus, die Schulform und der familiäre Wohlstand herangezogen.

Die Schulform wurde nicht im Fragebogen erhoben, sondern von den Schulen bei der Rücksendung der Erhebungsmaterialien angegeben. Aufgrund der großen Heterogenität der Schulformen in jedem Bundesland wurden diese für die Auswertungen in zwei Kategorien (Gymnasium vs. andere Schulform) zusammengefasst [28]. HBSC hat die Family Affluence Scale (FAS) entwickelt, welche den familiären Wohlstand der Familie abbildet und von den Schülerinnen und Schülern einfach zu beantworten ist [29–32]. In den vergangenen 20 Jahren wurde das Instrument kontinuierlich weiterentwickelt, um sich an die stetig verändernde Lebenssituation der Kinder und Jugendlichen anzupassen [32, 33]. Die FAS wurde mit Hilfe von sechs Items (Autobesitz, eigenes (Schlaf-)Zimmer, Urlaube mit der Familie, Computerbesitz, Anzahl an Badezimmern, Besitz einer Geschirrspülmaschine) operationalisiert, die bepunktet und aufsummiert werden. In den Auswertungen wurde ein relatives Maß verwendet, sodass die FAS in drei Kategorien eingeteilt wurde, welche einen niedrigen (untere 20% der Stichprobe), mittleren (mittlere 60% der Stichprobe) und hohen (obere 20% der Stichprobe) familiären Wohlstand angeben [27, 32]. Weiter wird in der HBSC-Studie auch der Migrationshintergrund der Schülerinnen und Schüler erfragt, wobei die Jugendlichen angeben konnten, in welchem Land sie selbst, ihre Mutter und ihr Vater geboren wurden. Heranwachsende, von denen ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist, werden als Heranwachsende mit einseitigem Migrationshintergrund bezeichnet.

Ein beidseitiger Migrationshintergrund liegt vor, wenn a) die Heranwachsenden selbst nicht in Deutschland geboren wurden und mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren wurde oder b) beide Eltern zugewandert sind beziehungsweise nicht in Deutschland geboren wurden. Andernfalls wurde kein Migrationshintergrund zugewiesen.

Die jeweiligen Operationalisierungen finden sich im Detail ebenfalls bei [Moor et al.](#) in dieser Ausgabe des Journal of Health Monitoring.

2.3 Statistische Analysen

Die deskriptiven Analysen des Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsums erfolgten differenziert nach Geschlecht, Alter und Schulform ([Tabelle 1](#) und [Tabelle 2](#)). Alle Berechnungen zum Cannabiskonsum wurden mit einer Substichprobe der 15-Jährigen berechnet. Zur Bestimmung des Zusammenhangs zwischen dem Substanzkonsum und soziodemografischen beziehungsweise sozioökonomischen Merkmalen wurden, nach Ausschluss fehlender Werte in den eingeschlossenen Variablen, binär-logistische Modelle berechnet. In Modell 1 wurden zunächst separate logistische Analysen unter Kontrolle der Altersvariable durchgeführt, in Modell 2 wurde für alle soziodemografischen und sozioökonomischen Variablen gegenseitig kontrolliert ([Tabelle 3](#) und [Tabelle 4](#)). Ausgewiesen wurden Odds Ratios (OR) mit 95%-Konfidenzintervallen. OR geben an, um welchen Faktor die statistische Chance bei der exponierten Gruppe für das Eintreten eines Outcomes (zum Beispiel regelmäßiger Tabak- und Alkoholkonsum, Binge-Drinking) im Vergleich zur Referenzgruppe erhöht ist. Da es bei dem Beitrag um Risikoverhaltensweisen geht, wird

zur besseren Einordnung der Ergebnisse von Risiko statt von der statistischen Chance gesprochen. Die jeweilige Referenzkategorie wurde in den Modellen angegeben. Mit Ausnahme der absoluten Fallzahlen wurde bei den Analysen eine Gewichtung zugrunde gelegt, die Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur hinsichtlich Alter, Geschlecht, Schulform und Bundesland korrigiert. Alle Analysen wurden mit IBM SPSS 25 und differenziert nach Geschlecht durchgeführt.

3. Ergebnisse

Die Stichprobenverteilung nach soziodemografischen und -ökonomischen Variablen (Alter, Geschlecht, familiärer Wohlstand, Schulform und Migrationshintergrund) kann dem Beitrag von [Moor et al.](#) in dieser Ausgabe des Journal of Health Monitoring entnommen werden. In [Tabelle 1](#) zeigt sich, dass 14,5% der Heranwachsenden mindestens einmal in ihrem Leben eine Zigarette geraucht haben, 6,7% in den letzten 30 Tagen. Nur ein sehr geringer Anteil von 1,3% raucht täglich, wobei die Geschlechterunterschiede insgesamt gering ausfallen. Etwas mehr als ein Drittel der Heranwachsenden hat im Leben mindestens einmal Alkohol probiert, nahezu ein Viertel hat in den letzten 30 Tagen mindestens einmal Alkohol konsumiert. 17,1% berichten über Erfahrungen mit Binge Drinking (Lebenszeitprävalenz), davon 7,4% der Mädchen und 8,5% der Jungen in den vergangenen 30 Tagen. Unter den 15-Jährigen haben 15,5% der Mädchen und 22,6% der Jungen im Leben mindestens einmal Cannabis konsumiert, in den letzten 30 Tagen waren es etwa halb so viele.

Tabelle 1
Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum
nach Geschlecht
(n=2.306 Mädchen, n=2.041 Jungen)*
 Quelle: HBSC-Studie Deutschland 2017/18

	Mädchen		Jungen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Tabakkonsum (n=4.281 – 4.285)						
Lebenszeitprävalenz ¹	337	14,2	295	14,8	632	14,5
30-Tages-Prävalenz ²	170	7,0	130	6,3	300	6,7
Täglich	28	1,3	24	1,4	52	1,3
Alkoholkonsum (n=4.261 – 4.267)						
Lebenszeitprävalenz	897	37,6	822	39,6	1.719	38,6
30-Tages-Prävalenz	589	24,3	483	22,9	1.072	23,6
Binge Drinking (n=4.267 – 4.278)						
Lebenszeitprävalenz	410	17,2	352	17,1	762	17,1
30-Tages-Prävalenz	182	7,4	173	8,5	355	7,9
Cannabiskonsum (nur 15-Jährige, n=1.468 – 1.481)						
Lebenszeitprävalenz	136	15,5	145	22,6	281	18,8
30-Tages-Prävalenz	72	8,3	64	10,1	136	9,2

¹ mindestens einmal im Leben

² mindestens einmal in den letzten 30 Tagen

* Prozentangaben beruhen auf gewichteten Daten, absolute Angaben beziehen sich auf die ungewichteten Häufigkeiten

Die Ergebnisse zeigen, dass Erfahrungen mit Tabak, Alkohol und Cannabis nach wie vor weit verbreitet sind.

Bei beiden Geschlechtern ist der Substanzkonsum deutlich vom Alter der Schülerinnen und Schüler abhängig (Tabelle 2). Beim Tabakkonsum sind es mit 11 Jahren 1,1 % der Mädchen, die mindestens einmal eine Zigarette geraucht haben, mit 13 Jahren sind es 8,2 % und mit 15 Jahren fast ein Drittel der Mädchen. 14,8 % der 15-Jährigen Mädchen rauchen aktuell (30-Tages-Prävalenz), jedoch raucht nur ein geringer Anteil von 3,3 % täglich. Sehr ähnliche Prävalenzen lassen sich auch bei Jungen identifizieren. Hinsichtlich des Alkoholkonsums ist ebenfalls ein deutlicher Anstieg der Prävalenz mit zunehmendem Alter zu verzeichnen, allerdings sind es bereits 4,5 % der Mädchen und 12,9 % der Jungen, die im Alter von 11 Jahren Alkohol probiert haben. Bereits mit 13 Jahren haben etwa ein Drittel der Jugendlichen mindestens einmal Alkohol getrunken, bei den 15-Jährigen beträgt die Lebenszeit-

prävalenz über 70 %. Rund die Hälfte der befragten 15-Jährigen gab an, in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken zu haben. Erfahrungen mit Binge Drinking machen im Alter von 11 Jahren unter 2 % der Heranwachsenden, mit 13 Jahren waren 5,3 % der Schülerinnen und 7,8 % der Schüler mindestens einmal betrunken. Dieser Wert steigt deutlich mit dem Alter, bei den 15-Jährigen sind es 40,4 % der Mädchen und 43,0 % der Jungen, die mindestens einmal in ihrem Leben betrunken waren. Davon waren 18,4 % der Mädchen und 22,8 % der Jungen mindestens einmal in den letzten 30 Tagen betrunken. Beim Cannabiskonsum der 15-Jährigen lassen sich Unterschiede zwischen den Geschlechtern finden: Hier sind es 15,5 % der Mädchen und 22,6 % der Jungen, die mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert haben, etwa die Hälfte davon konsumiert aktuell (30-Tages-Prävalenz).

Tabelle 2
Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum
nach Geschlecht und Alter
(n=2.306 Mädchen, n=2.041 Jungen)*
 Quelle: HBSC-Studie Deutschland 2017/18

	Mädchen			Jungen		
	11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre	11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre
	%	%	%	%	%	%
Tabakkonsum	n=2.273–2.275			n=2.008–2.010		
Lebenszeitprävalenz ¹	1,1	8,2	30,4	1,3	12,5	31,3
30-Tages-Prävalenz ²	0,7	4,1	14,8	0,0	4,7	14,5
Täglich	0,0	0,3	3,3	0,0	1,3	2,8
Alkoholkonsum	n=2.262–2.267			n=1.999–2.000		
Lebenszeitprävalenz	4,5	29,5	72,2	12,9	34,7	72,5
30-Tages-Prävalenz	2,4	13,9	51,7	3,6	14,7	51,9
Binge Drinking	n=2.263–2.273			n=2.004–2.005		
Lebenszeitprävalenz	1,5	5,3	40,4	1,6	7,8	43,0
30-Tages-Prävalenz	0,3	1,8	18,4	0,1	3,1	22,8
Cannabiskonsum (nur 15-Jährige)	n=835–840			n=633–641		
Lebenszeitprävalenz	–	–	15,5	–	–	22,6
30-Tages-Prävalenz	–	–	8,3	–	–	10,1

¹ mindestens einmal im Leben

² mindestens einmal in den letzten 30 Tagen

* Prozentangaben beruhen auf gewichteten Daten, absolute Angaben beziehen sich auf die ungewichteten Häufigkeiten

In [Abbildung 1](#) wird nur noch die 30-Tages-Prävalenz nach Schulform, familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund für Mädchen und Jungen ausgewiesen, da der aktuelle Konsum der Jugendlichen im Vordergrund stehen soll. Hinsichtlich des Tabakkonsums lassen sich für beide Geschlechter Unterschiede nach der Schulform erkennen. Jene Schülerinnen und Schüler, die kein Gymnasium besuchen, rauchen häufiger. Beim Alkohol- und Cannabiskonsum können geringe Unterschiede nach der Schulform festgestellt werden. In Hinblick auf den Alkoholkonsum zeigt sich, dass Heranwachsende mit einem hohen familiären Wohlstand – und dort vor allem Jungen – zu einem höheren Anteil zu Alkohol greifen als jene mit niedrigem familiären Wohlstand. Deutliche Differenzen sind hinsichtlich des Migrationshintergrunds erkennbar: Hier sind es Schülerinnen und

Schüler mit Migrationshintergrund, die weniger Alkohol konsumieren, jedoch häufiger Erfahrungen mit Cannabis machen (bei Mädchen nur bei einseitigem Migrationshintergrund) im Vergleich zu jenen ohne Migrationshintergrund.

Zusammenhänge zwischen Tabak-, Alkohol- sowie Cannabiskonsum und soziodemografischen/-ökonomischen Angaben

Die zuvor beschriebenen bivariaten Zusammenhänge wurden in Hinblick auf den aktuellen Konsum (30-Tages-Prävalenz) anschließend in logistischen Regressionsanalysen überprüft ([Tabelle 3](#) und [Tabelle 4](#)). Das Alter der Kinder und Jugendlichen spielt für den Tabak- und Alkoholkonsum die größte Rolle, unabhängig von anderen soziodemografischen und sozioökonomischen Variablen (Modell 1 und

Schülerinnen und Schüler, die kein Gymnasium besuchen, rauchen häufiger, während Mädchen mit einem hohen familiären Wohlstand ein höheres Risiko haben, Alkohol zu konsumieren.

Modell 2). Im Vergleich zu 11- oder 13-Jährigen steigt das Risiko Tabak und Alkohol zu konsumieren für 15-Jährige sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen stark an. Darüber hinaus zeigt sich, dass die besuchte Schulform für den Tabakkonsum bei beiden Geschlechtern eine signifikante Rolle spielt (Modell 2). Jene, die nicht das Gymnasium

besuchen, haben ein etwa doppelt so hohes Risiko aktuell zu rauchen. Bei Mädchen ist dieser Zusammenhang etwas stärker ausgeprägt. Für Alkohol und Cannabis konnten keine schulformspezifischen Unterschiede identifiziert werden. In Hinblick auf den familiären Wohlstand zeigt sich, dass Mädchen mit niedrigem familiären Wohlstand signifikant

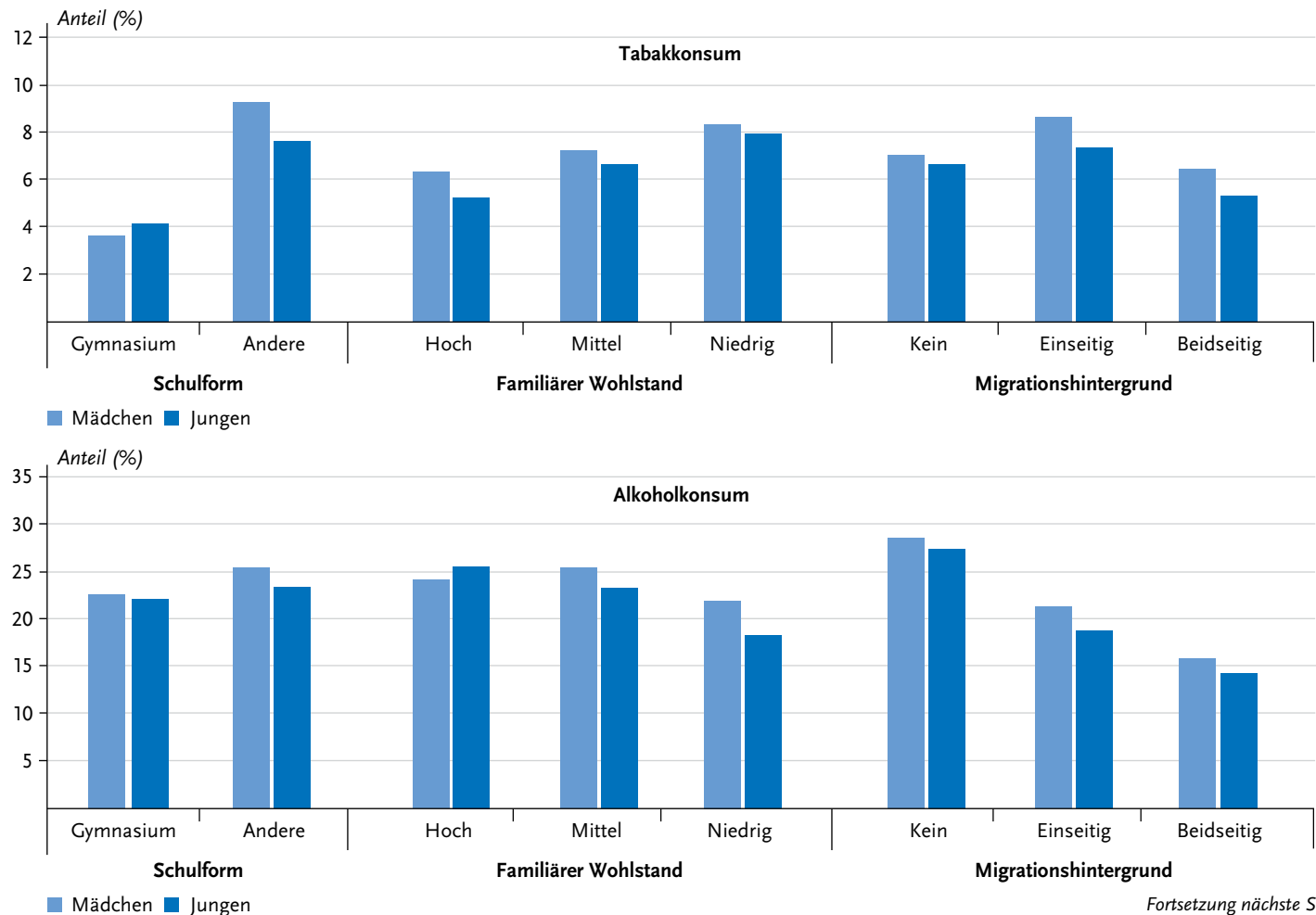
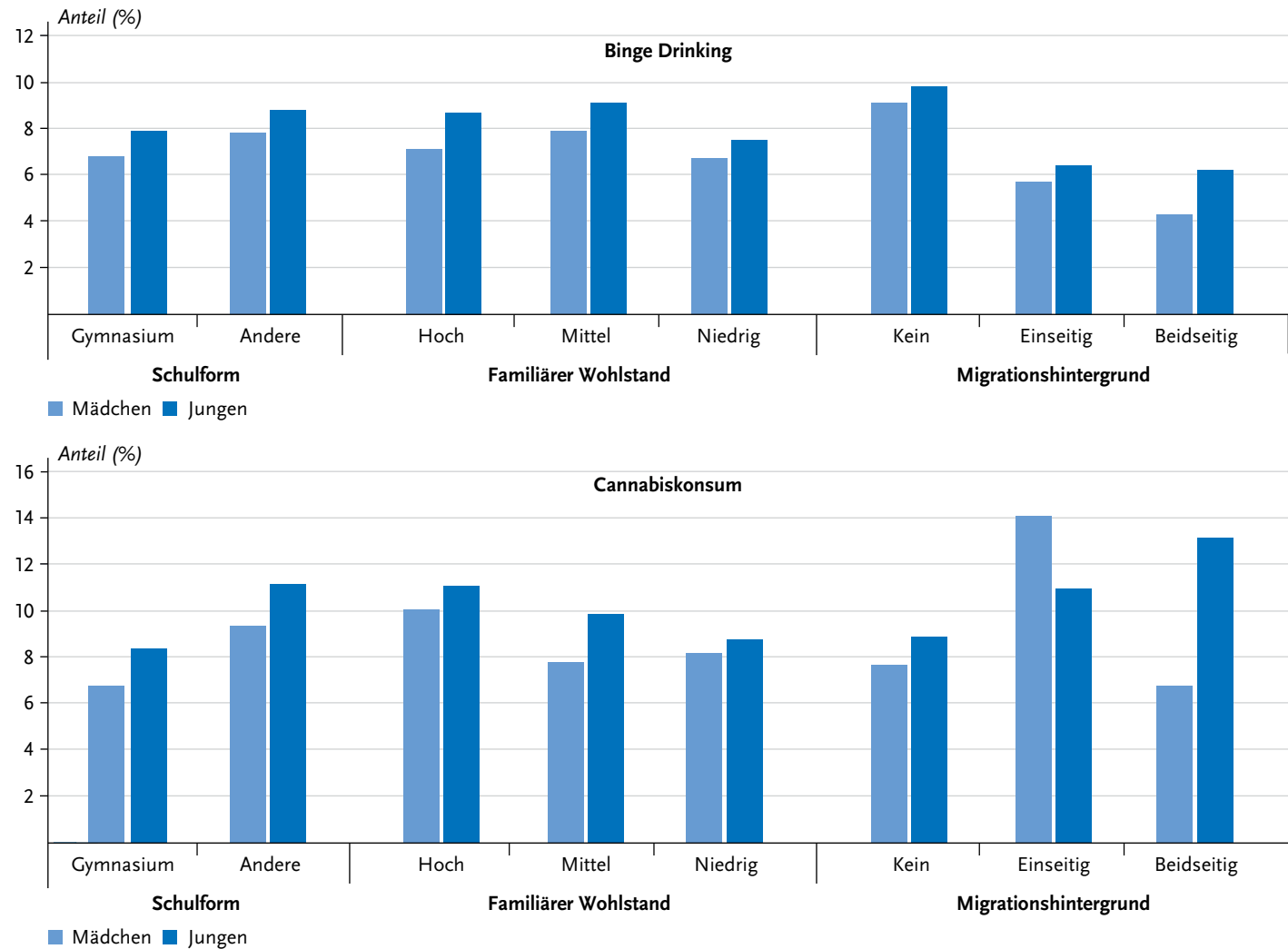


Abbildung 1
30-Tages-Prävalenz des Substanzkonsums nach Geschlecht, Schulform, familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund (n=2.306 Mädchen, n=2.041 Jungen)
Quelle: HBSC-Studie Deutschland 2017/18

Fortsetzung nächste Seite

Abbildung 1 Fortsetzung
30-Tages-Prävalenz des Substanzkonsums nach
Geschlecht, Schulform, familiärem Wohlstand
und Migrationshintergrund
(n=2.306 Mädchen, n=2.041 Jungen)
 Quelle: HBSC-Studie Deutschland 2017/18

Mit Ausnahme des Cannabiskonsums zeigen sich keine signifikanten geschlechterspezifischen Unterschiede im Substanzkonsum, jedoch deutliche altersspezifische Differenzen.



seltener Alkohol konsumieren als jene mit hohem familiärem Wohlstand. Auch bei Jungen zeigt sich dieser Unterschied (Modell 1), jedoch nicht mehr unter Berücksichtigung der Schulform und des Migrationshintergrunds (Modell 2). Bei allen anderen Substanzen kann kein Unterschied nach

familiärem Wohlstand identifiziert werden. Jedoch lassen sich Differenzen unter Berücksichtigung des Migrationshintergrunds feststellen, vor allem bei Mädchen. Mädchen mit einseitigem und beidseitigem Migrationshintergrund haben ein geringeres Risiko Alkohol zu konsumieren oder

auch Erfahrungen von Binge Drinking zu machen. Bei Jungen mit Migrationshintergrund trifft dies hinsichtlich des Alkoholkonsums zu, bei Binge Drinking zeigte sich, dass nur Jungen mit beidseitigem Migrationshintergrund seltener betrunken sind, verglichen mit jenen ohne oder einseitigem Migrationshintergrund. Mädchen mit einseitigem Migrationshintergrund haben im Vergleich zu Heranwachsenden ohne Migrationshintergrund ein doppelt so hohes

Risiko aktuell Cannabis zu konsumieren. Für Jungen konnte ein solcher Zusammenhang nicht gefunden werden.

4. Diskussion

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der HBSC-Studie zeigen, dass Erfahrungen mit Tabak, Alkohol und Cannabis insbesondere bei 15-Jähri-

	Tabakkonsum		Alkoholkonsum		Binge Drinking		Cannabiskonsum	
	Modell 1*	Modell 2**	Modell 1	Modell 2	Modell 1	Modell 2	Modell 1	Modell 2
	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)
Altersgruppe								
11 und 13 Jahre	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.		
15 Jahre	7,59 (4,81–11,99)	7,63 (4,81–12,10)	11,52 (8,79–15,10)	13,44 (10,13–17,85)	21,50 (11,31–40,85)	22,43 (11,76–42,79)		
Schulform								
Gymnasium	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Andere	2,38 (1,49–3,79)	2,49 (1,56–3,99)	0,94 (0,72–1,22)	1,09 (0,83–1,43)	1,09 (0,73–1,63)	1,21 (0,81–1,83)	1,47 (0,84–2,57)	1,52 (0,85–2,69)
Familiärer Wohlstand								
Hoch	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Mittel	0,85 (0,53–1,36)	0,82 (0,51–1,31)	0,74 (0,54–1,02)	0,75 (0,55–1,03)	0,99 (0,61–1,61)	1,00 (0,61–1,63)	0,77 (0,43–1,38)	0,71 (0,40–1,28)
Niedrig	0,79 (0,44–1,40)	0,72 (0,40–1,29)	0,38 (0,25–0,58)	0,41 (0,27–0,62)	0,59 (0,32–1,10)	0,63 (0,34–1,17)	0,78 (0,38–1,62)	0,71 (0,34–1,51)
Migrationshintergrund								
Kein	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Einseitig	0,96 (0,55–1,67)	0,90 (0,51–1,57)	0,49 (0,33–0,72)	0,48 (0,32–0,72)	0,53 (0,28–0,98)	0,52 (0,28–0,97)	2,00 (1,04–3,84)	1,97 (1,02–3,80)
Beidseitig	0,82 (0,52–1,29)	0,77 (0,48–1,22)	0,42 (0,31–0,57)	0,44 (0,32–0,60)	0,45 (0,27–0,75)	0,46 (0,28–0,77)	0,91 (0,47–1,77)	0,98 (0,45–1,74)

OR=Odds Ratio, Ref.=Referenz, KI=Konfidenzintervall, Fettdruck=signifikante Werte ($p < 0,001$)

* Modell 1=altersadjustiert (außer bei Cannabiskonsum, da nur 15-Jährige einbezogen wurden)

** Modell 2=adjustiert für Alter, Schulform, familiären Wohlstand, Migrationshintergrund

Tabelle 3
Logistische Regressionsmodelle des aktuellen Substanzkonsums (30-Tages-Prävalenz) nach soziodemografischen Angaben für Mädchen ($n=2.306$, Tabak- und Alkoholkonsum sowie Binge Drinking $n=1.811$, Cannabiskonsum $n=828$)
Quelle: HBSC-Studie Deutschland 2017/18

Tabelle 4
Logistische Regressionsmodelle des aktuellen Substanzkonsums (30-Tages-Prävalenz) nach soziodemografischen Angaben für Jungen (n=2.041, Tabak- und Alkoholkonsum sowie Binge Drinking n=1.618, Cannabiskonsum n=623)
 Quelle: HBSC-Studie Deutschland 2017/18

	Tabakkonsum		Alkoholkonsum		Binge Drinking		Cannabiskonsum	
	Modell 1*	Modell 2**	Modell 1	Modell 2	Modell 1	Modell 2	Modell 1	Modell 2
	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)
Altersgruppe								
11 und 13 Jahre	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.		
15 Jahre	8,78 (5,47–14,09)	8,82 (5,48–14,19)	11,41 (8,72–14,94)	12,33 (9,34–16,28)	22,38 (12,96–38,67)	22,38 (12,94–38,71)		
Schulform								
Gymnasium	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Andere	1,94 (1,20–3,12)	1,91 (1,18–3,09)	0,98 (0,75–1,29)	1,10 (0,83–1,46)	1,15 (0,77–1,71)	1,18 (0,79–1,77)	1,34 (0,77–2,31)	1,36 (0,78–2,37)
Familiärer Wohlstand								
Hoch	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Mittel	1,08 (0,61–1,92)	1,01 (0,56–1,80)	1,02 (0,72–1,43)	1,06 (0,75–1,51)	1,31 (0,78–2,19)	1,32 (0,79–2,22)	0,90 (0,50–1,61)	0,84 (0,47–1,51)
Niedrig	1,55 (0,84–2,87)	1,42 (0,76–2,67)	0,66 (0,44–0,99)	0,81 (0,54–1,24)	0,99 (0,55–1,80)	1,08 (0,59–1,98)	0,80 (0,38–1,67)	0,68 (0,32–1,45)
Migrationshintergrund								
Kein	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Einseitig	1,08 (0,56–2,08)	1,06 (0,55–2,05)	0,51 (0,33–0,80)	0,52 (0,33–0,82)	0,60 (0,30–1,16)	0,59 (0,30–1,16)	1,39 (0,63–3,08)	1,44 (0,65–3,20)
Beidseitig	0,95 (0,59–1,52)	0,83 (0,51–1,35)	0,31 (0,22–0,44)	0,32 (0,23–0,45)	0,60 (0,38–0,94)	0,60 (0,37–0,95)	1,42 (0,79–2,57)	1,47 (0,80–2,71)

OR=Odds Ratio, Ref.=Referenz, KI=Konfidenzintervall, Fettdruck=signifikante Werte ($p < 0,001$)

* Modell 1=altersadjustiert (außer bei Cannabiskonsum, da nur 15-Jährige einbezogen wurden)

**Modell 2=adjustiert für Alter, Schulform, familiären Wohlstand, Migrationshintergrund

gen nach wie vor weit verbreitet sind. Mit Ausnahme des Cannabiskonsums zeigen sich keine signifikanten geschlechterspezifischen Unterschiede im Substanzkonsum. Hingegen sind deutliche altersspezifische Differenzen beim Konsum von Alkohol und Tabak zu erkennen. Während der Anteil der 11-Jährigen beim Tabakkonsum eher gering ist, steigt sowohl die Lebenszeitprävalenz als auch der aktuelle Konsum (in den vergangenen 30 Tagen) bei 13-Jährigen und insbesondere bei 15-Jährigen deutlich an. Fast ein Drittel der

Mädchen und Jungen haben im Alter von 15 Jahren Zigaretten probiert, knapp jeder sechste Heranwachsende raucht aktuell (30-Tages-Prävalenz), jedoch nur etwa 3% täglich. Der höhere Anteil an Konsumentinnen und Konsumenten mit ansteigendem Alter ist insbesondere beim Alkoholkonsum erkennbar, bei welchem die Prävalenzen verglichen mit dem Tabakkonsum insgesamt höher ausfallen. Über 70% der 15-Jährigen haben mindestens einmal Alkohol getrunken und jeder zweite Jugendliche auch mindestens einmal in

Heranwachsende mit Migrationshintergrund haben ein geringeres Risiko für regelmäßigen Alkoholkonsum oder Binge Drinking, jedoch ein erhöhtes Risiko für Cannabiskonsum (Mädchen mit einseitigem Migrationshintergrund).

den vergangenen 30 Tagen. Betrunkene waren in diesem Alter bereits etwa 40% der Jugendlichen, etwa die Hälfte davon mindestens einmal im letzten Monat. Jedes sechste Mädchen und jeder fünfte Junge im Alter von 15 Jahren hat Erfahrungen mit Cannabis gemacht, davon konsumiert die Hälfte aktuell, das heißt in den vergangenen 30 Tagen, Cannabis. In Bezug auf die Schulform oder den familiären Wohlstand finden sich heterogene Ergebnisse. Die multivariaten Analysen konnten bezüglich des aktuellen (30-Tage-)Konsums aufzeigen, dass nur für den Tabakkonsum signifikante Unterschiede nach der besuchten Schulform vorliegen. Hier sind es Schülerinnen und Schülern, die kein Gymnasium besuchen, die häufiger rauchen als jene, die das Gymnasium besuchen. Für den familiären Wohlstand hingegen zeigte sich, dass Schülerinnen und Schüler mit einem hohen familiären Wohlstand ein höheres Risiko haben Alkohol zu konsumieren, dies war vor allem bei Mädchen ausgeprägt. Bei Jungen konnte dieser Zusammenhang nach Kontrolle für Alter, Schultyp und Migrationshintergrund jedoch nicht mehr festgestellt werden. Darüber hinaus verringert sich für Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund einerseits das Risiko für Alkoholkonsum oder Binge Drinking. Andererseits haben Mädchen mit einseitigem Migrationshintergrund ein erhöhtes Risiko für den Konsum von Cannabis.

Vergleich und Interpretation der Ergebnisse

Die Ergebnisse der HBSC-Studie 2017/18 für Deutschland decken sich weitgehend mit anderen Studien zum Substanzkonsum, wie den Drogenaffinitätsstudien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) oder auch der Studie zur Gesundheit von

Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) sowie mit den internationalen HBSC-Ergebnissen [16, 18–22, 26, 34]. Die hier berichteten altersspezifischen Unterschiede im Substanzkonsum wurden auch in vorangegangenen Studien vorgefunden und lassen sich insbesondere mit den lebensphasentypischen Entwicklungsaufgaben und Merkmalen des Jugendalters erklären, in der die Heranwachsenden sich zunehmend von ihrem Elternhaus abnabeln, sich in riskanten Verhaltensweisen probieren und ihre eigenen Grenzen ausloten – insbesondere im Rahmen der Peergroup – wodurch das Risiko für riskante Verhaltensweisen wie dem Substanzkonsum in dieser Zeit stark zunimmt [5, 35]. Geschlechterspezifische Unterschiede im Alkoholkonsum wurden in anderen Studien vorgefunden, mit einem höheren Alkoholkonsum bei Jungen [16, 25, 36]. Auch wurden in der letzten nationalen HBSC-Erhebung Unterschiede beim Tabakkonsum beispielsweise in Abhängigkeit der Schulform beobachtet, bei welchen Mädchen, die eine Hauptschule besuchen, doppelt so häufig rauchen wie Jungen der gleichen Schulform [24]. In unseren Ergebnissen zeigen sich dennoch geringe geschlechterspezifische Unterschiede.

Ergebnisse nach Schulform, familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund

Unsere multivariaten Ergebnisse zeigen, dass in der aktuellen Erhebung 2017/18 nur beim Tabakkonsum schulformspezifische Unterschiede vorliegen. Vergleichbare Ergebnisse wurden auch in vergangenen Studien hinsichtlich des Tabakkonsums gefunden [24, 26, 37]. Der Zusammenhang zwischen der Bildung und dem Tabakkonsum kann unter anderem darauf zurückgeführt werden, dass

gerade in anderen Schulformen als dem Gymnasium die Tabakprävalenz höher ist und Jugendliche, deren Freundeskreis überwiegend raucht, ebenfalls häufiger geneigt sind zu rauchen [38, 39]. Allerdings zeigen sich für den familiären Wohlstand keine Unterschiede im Tabakkonsum. Insbesondere für den Tabakkonsum konnte gezeigt werden, dass jene Indikatoren des sozioökonomischen Status, welche der jugendlichen Lebenswelt am nächsten sind (z. B. schulische Leistung oder Schulform) einen stärkeren Zusammenhang zum Rauchverhalten zeigen als elterliche Indikatoren für den sozioökonomischen Status [37]. Es zeigt sich ebenfalls, dass das Rauchverhalten oftmals stark von der Zusammensetzung der Peer-group und dem schulischen Kontext (Schulform) geprägt ist [40].

Im Gegensatz zum Tabakkonsum konnte in Hinblick auf den Alkoholkonsum eine höhere Lebenszeitprävalenz bei sozial bessergestellten Familien identifiziert werden. Mädchen mit einem niedrigen familiären Wohlstand trinken seltener Alkohol als jene mit einem hohen familiären Wohlstand. Der aktuelle Alkoholkonsum sowie Binge Drinking fallen jedoch bei Schülerinnen und Schülern von Gymnasien niedriger aus als bei jenen anderer Schulformen. Die schulformspezifischen Ergebnisse konnten in den multivariaten Ergebnissen jedoch nicht bestätigt werden. Diese heterogenen Zusammenhänge zwischen familiärem Wohlstand beziehungsweise der Bildung und Alkohol konnte auch im internationalen Raum anhand mehrerer Studien beobachtet werden [21, 41, 42]. Eine mögliche Erklärung könnte darin liegen, dass der erste Kontakt mit Alkohol häufig im Familienkontext stattfindet, während der erste Tabakkonsum weitgehend im Freundeskreis ausprobiert wird. Andere Studien weisen

darauf hin, dass in Familien mit höherem familiären Wohlstand die Verfügbarkeit von Alkohol höher ist, sodass Heranwachsende aus jenen Familien zwar häufiger, aber moderater Alkohol konsumieren, da sie dabei eher unter der Aufsicht und Kontrolle ihrer Eltern stehen [43].

Weiterhin konnten die HBSC-Ergebnisse verdeutlichen, dass für den Alkoholkonsum der Migrationshintergrund der Heranwachsenden eine Rolle spielt. Die Ergebnisse weisen für beide Geschlechter nach, dass Schülerinnen und Schüler mit ein- und beidseitigem Migrationshintergrund seltener Alkohol probieren und aktuell konsumieren, auch erleben sie seltener Binge Drinking (bei Jungen nur bei beidseitigem Migrationshintergrund). Dies kann durch kulturelle Unterschiede im Konsumverhalten erklärt werden, wobei die liberale Trinkkultur in Deutschland, in der Alkohol beispielsweise als selbstverständlicher Teil einer Feierlichkeit verstanden wird, ein äußerst konträres Bild zu anderen Kulturen darstellt. So sind Heranwachsende zum Beispiel aus arabischen Herkunftsländern aufgrund von kulturell und/oder religiös geprägtem Hintergrund eher dazu angehalten, keinen Alkohol oder andere Drogen zu konsumieren, da in ihrem Wertesystem eher eine Abstinenzkultur gelebt wird [44, 45].

Stärken und Limitationen

Die Ergebnisse basieren auf einer großen repräsentativen Stichprobe von Kindern und Jugendlichen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren in Deutschland. Die HBSC-Studie verwendet validierte und umfassende Items, um den Konsum verschiedener Substanzen sowie Determinanten des sozialen Kontextes zu erheben. Neben diesen Stärken sind auch einige Limitationen der Studie zu benennen.

Präventionsmaßnahmen sollten früh ansetzen und je nach Substanz unterschiedliche Risikogruppen berücksichtigen.

In der aktuellen HBSC-Studie Deutschland wurden keine Angaben zum Konsumverhalten in der Familie und unter Freunden erfasst. Aus anderen Studien ist hingegen bekannt, dass sowohl das Konsumverhalten der Freunde als auch das der Eltern einen entscheidenden Einfluss insbesondere auf das Rauchverhalten aber auch auf den Alkoholkonsum im Jugendalter haben [39, 40]. Darüber hinaus wurden keine Fragen zum Konsum von E-Zigaretten beziehungsweise zu Wasserpfeifen (Shishas) gestellt, die jedoch in jüngerer Zeit deutlich an Popularität gewonnen haben und ebenfalls gesundheitliche Risiken aufweisen [46, 47]. Die HBSC-Ergebnisse zeigen migrationsspezifische Unterschiede im Alkoholkonsum auf, die unter anderem aufgrund zu geringer Fallzahlen und aus datenschutzrechtlichen Gründen keinen bestimmten Ethnien zugeordnet werden konnten. Da die Gruppe von Menschen mit Migrationshintergrund jedoch sehr heterogen ist, wäre eine genauere Analyse der Unterschiede für zukünftige Studien empfehlenswert. Nichtsdestotrotz sind Schulsurveys wie HBSC für die Erhebung des Substanzkonsums im Jugendalter eine der wichtigsten und robustesten Methoden, um valide und aussagekräftige Informationen zu erhalten [48, 49].

Schlussfolgerungen für die Prävention

Aus den Ergebnissen des vorliegenden Artikels lassen sich folgende Hinweise für Präventionsmaßnahmen ableiten: 1) Prävention sollte möglichst früh ansetzen, denn ab dem 13. Lebensjahr steigen die Prävalenzen des Substanzkonsums deutlich an; 2) In Hinblick auf den Tabakkonsum sollten insbesondere Schülerinnen und Schüler, die nicht das Gymnasium besuchen, als Zielgruppe fokussiert

werden; 3) Ein verantwortungsbewusster Umgang mit Alkohol sollte in allen sozioökonomischen Statusgruppen thematisiert werden, vorrangig jedoch bei sozial bessergestellten Heranwachsenden; Schließlich sollten 4) Maßnahmen zur Cannabisprävention verstärkt Jungen und Heranwachsende mit Migrationshintergrund ansprechen.

Zwar zeigen Studien, dass ein deutlicher Rückgang des Tabak- und Alkoholkonsums in Deutschland [18, 26, 50] sowie international [21, 51] festgestellt wurde, dennoch verweisen die vorgefundenen Ergebnisse darauf, dass der Substanzkonsum im Jugendalter nach wie vor beliebt ist. Längsschnittliche Untersuchungen bestätigen beispielsweise, dass das Rauchverhalten beim Übergang vom Jugend- ins junge Erwachsenenalter relativ stabil bleibt. Das heißt, dass zum Beispiel der Großteil der Raucherinnen und Raucher, die im Jugendalter konsumieren, dies auch im Erwachsenenalter fortführen, während Nichtraucherinnen und Nichtraucher größtenteils abstinent bleiben [52]. Daher ist früh einsetzende Prävention und damit die Abstinenz beziehungsweise ein geringerer Konsum ein wichtiges Präventionsziel. In Hinblick auf den Alkoholkonsum wurde häufig zu einem moderaten Konsum angeraten. Es gibt jedoch auch Evidenz, dass ein Verzicht auf Alkohol der gesündere Weg ist, denn auch ein moderater Alkoholkonsum erhöht die Sterblichkeit [53]. Es wird seit längerer Zeit diskutiert, ob beziehungsweise inwiefern Cannabis als Einstieg in andere illegale psychotrope Substanzen und problematische Konsummuster gilt. Es häufen sich Studien, die diesen Zusammenhang belegen, aber auch jene, die bereits im Konsum von Tabak und Alkohol ein erhöhtes Risiko für einen problematischen Substanzkonsum im Erwachsenen sehen [54].

Für den Substanzkonsum im Jugendalter haben sich eine Vielzahl an unterschiedlichen Faktoren aus den direkten sozialen Kontexten von Heranwachsenden, wie weitere familiäre und schulische Determinanten (Familienstruktur, Eltern-Kind Beziehung oder auch schulische Belastung, Schulklima, Unterstützung in der Schule) als relevant erwiesen [55]. Insbesondere der Schule kommt eine wichtige Bedeutung für die Initiierung gesundheitsförderlicher Maßnahmen zu, da hier alle Kinder und Jugendlichen erreicht werden können und die Schule selbst förderliche oder auch hinderliche Faktoren für den Substanzkonsum darstellt. Ein systematisches Review über die Wirksamkeit von schulbasierten Interventionen zur Prävention beziehungsweise Reduktion von Substanzkonsum im Schulsetting kommt zu dem Schluss, dass Schulprogramme, die unter anderem das Selbstbewusstsein stärken und die Peer-Resistenz (Widersetzen des sozialen Drucks der Gruppe) berücksichtigen, erfolgreicher sind als Präventionsmaßnahmen, die dies nicht tun. Vor allem bezüglich des Alkohol- und Cannabiskonsums sind Interventionen, die auf mehreren Komponenten beruhen und unterschiedliche Ebenen (über die Individualebene hinaus auch organisationale Veränderungen) einschließen, wirkungsvoller [56]. Auch die BZgA hebt in ihrer Expertise zur Prävention des Substanzkonsums die Rolle der Schule, neben der Familie und der Politik, hervor. Während alleinige Informationsvermittlung (also edukative Programme im Sinne der Gesundheitserziehung), affektive Elemente oder nichtinteraktive Maßnahmen weniger empfohlen werden, sollten insbesondere interaktive, auf dem Modell des sozialen Einflusses (z. B. der Peergruppe) und der Lebenskompetenz orientierten Programme durchgeführt werden. Diese sind substanzunabhängig zu empfehlen [57].

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Substanzkonsum, insbesondere bei älteren Schülerinnen und Schülern nach wie vor weit verbreitet ist. Trotz des Rückgangs des Tabak- und Alkoholkonsums sollten weiterhin Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen flächendeckend Anwendung finden. Das Setting Schule eignet sich im Besonderen zur Etablierung gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen. Diese sollten sich an die unterschiedlichen Bedürfnisse der Jugendlichen – entsprechend ihrem Alter – richten [58].

Korrespondenzadresse

Dr. Irene Moor
 Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
 Medizinische Fakultät
 Institut für Medizinische Soziologie
 Magdeburger Straße 8
 06112 Halle (Saale)
 E-Mail: irene.moor@medizin.uni-halle.de

Zitierweise

Moor I, Winter K, Rathmann K, Ravens-Sieberer U, Richter M (2020) Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum im Jugendalter – Querschnittergebnisse der HBSC-Studie 2017/18. *Journal of Health Monitoring* 5(3): 73–92. DOI 10.25646/6895

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter:
www.rki.de/journalhealthmonitoring-en

Datenschutz und Ethik

Die Befragung erfolgte streng vertraulich, und die datenschutzrechtlichen Vorschriften wurden stets beachtet. Dazu wurde im Vorfeld der Studie ein datenschutzrechtliches Konzept in Abstimmung mit der Datenschutzbeauftragten der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg erarbeitet.

Dieses Konzept steht im Einklang mit den datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Zudem liegt für die Studie ein positives Ethikvotum der Ärztekammer Hamburg vor (Bearbeitungs-Nr. PV5671). Die Teilnahme an der Studie war auf Schul- und Schülerebene freiwillig, das heißt die Schule sowie die Kinder und Jugendlichen konnten eine Teilnahme ablehnen oder auch die Einwilligung bis zum Befragungstag widerrufen. Allen teilnehmenden Schülerinnen und Schülern stand es zudem frei, die Befragung jederzeit abzubrechen oder nur einzelne Fragen des Fragebogens auszufüllen. Es wurde das schriftliche Einverständnis für eine Studienteilnahme sowohl von den Erziehungsberechtigten als auch den Schülerinnen und Schülern eingeholt (active consent) und durch die Lehrerinnen und Lehrer kontrolliert.

Förderungshinweis

Zur Durchführung der dargestellten Studie wurden keine finanziellen Mittel Dritter verwendet. Die zugrundeliegenden Datenerhebungen wurden aus Eigenmitteln der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Prof. Dr. Richter), der Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus-Senftenberg (Prof. Dr. Bilz), der Pädagogischen Hochschule Heidelberg (Prof. Dr. Bucksch), der Universität Bielefeld (Prof. Dr. Kolip), der Eberhard Karls Universität Tübingen (Prof. Dr. Sudeck) und des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (Prof. Dr. Ravens-Sieberer) durchgeführt.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung

Die HBSC-Studie hätte nicht realisiert werden können ohne das große Engagement zahlreicher Kolleginnen und Kollegen an allen HBSC-Standorten in Deutschland sowie dem internationalem HBSC-Team unter der Leitung von Jo Inchley (Universität Glasgow) und dem HBSC Data Management Centre (DMC) der Universität in Bergen (Dr. Oddrun Samdal). Wir möchten uns auch bei allen Schulen, Lehrerinnen und Lehrern, Eltern und natürlich den Schülerinnen und Schülern bedanken, die uns mit der Teilnahme an der Studie wertvolle Informationen gegeben haben. Zudem danken wir allen Ministerien für die Genehmigung der HBSC-Studie in den jeweiligen Bundesländern, sodass bundesweit repräsentative Daten erhoben werden konnten. Unser Dank gilt auch Johanna-Marie Gabriel, Richard Hinrichs, Anna Jehle, Mirja Kuhlencord, Timo Leibold, Angelika Paul, Leyla Polat, Maike Saß, Anja Stanke, die uns als studentische Hilfskräfte bei der Datenerhebung unterstützt haben.

Literatur

1. Effertz T, Linder R, Verheyen F (2016) „Ökonomische und intangible Kosten des Cannabiskonsums in Deutschland“ – Ergänzende Bemerkungen und Antwort auf den Leserbrief von Manthey und Rehm. *SUCHT* 62(4):246–248
2. Pollähne H (2016) Cannabis-Legalisierung – Rechtliche und Justizielle Konsequenzen. *Suchttherapie* 17(02):77–80
3. Richter M (2010) Risk behaviour in adolescence – Patterns, determinants and consequences. Springer VS, Wiesbaden
4. Gray KM, Squeglia LM (2018) Research Review – What have we learned about adolescent substance use? *J Child Psychol Psychiatry* 59(6):618–627
5. Hurrelmann K, Quenzel G (2016) Lebensphase Jugend – Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung, 13. Auflage. *Grundlagentexte Soziologie*. Beltz Juventa, Weinheim, Basel

6. Akasaki M, Ploubidis GB, Dodgeon B et al. (2019) The clustering of risk behaviours in adolescence and health consequences in middle age. *J Adolesc* 77:188–197
7. Coban FR, Kunst AE, van Stralen MM et al. (2019) Nicotine dependence among adolescents in the European Union – How many and who are affected? *J Public Health (Oxf)* 41(3):447–455
8. Donath C (2016) Binge Drinking unter Jugendlichen – Wie drängend ist das Problem? In: Lenhard W (Hrsg) *Psychische Störungen bei Jugendlichen. Ausgewählte Phänomene und Determinanten*. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 167–184
9. Vieno A, Inchley J, Moor I et al. (2018) Introduction. In: Inchley J, Currie D, Vieno A et al. (Hrsg) *Adolescent alcohol-related behaviours. Trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014*. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, S. 1–7
10. Brown SA, McGue M, Maggs J et al. (2008) A developmental perspective on alcohol and youths 16 to 20 years of age. *Pediatrics* 121(Suppl 4):290–310
11. Schwendemann H, Kuttler H, Bitzer EM (2015) Entwicklungsgefährdung bei Jugendlichen mit Alkoholintoxikation prognostizieren. *SUCHT* 61(4):223–236
12. Dollinger B, Schmidt-Semisch H (2018) *Handbuch Jugendkriminalität*. Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden
13. Kraus L, Hannemann TV, Pabst A et al. (2013) Stationäre Behandlung von Jugendlichen mit akuter Alkoholintoxikation – Die Spitze des Eisbergs? *Gesundheitswesen* 75(7):456–464
14. WHO (2018) *Global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000–2025 – Second Edition*. World Health Organization, Genf
15. Lim SS, Vos T, Flaxman AD et al. (2012) A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010 – A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet* 380(9859):2224–2260
16. Kraus L, Leifman H, Vicente J et al. (2016) *ESPAD Report 2015 – Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. ESPAD Report. Publications Office of the European Union, Luxembourg
17. Hoch E, Preuss UW (2019) Cannabis, Cannabinoide und Cannabiskonsumstörungen. *PSYCH up2date* 13(05):395–409
18. Zeiher J, Lange C, Starker A et al. (2018) Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-Jährigen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3(2):23–44.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/5690> (Stand: 10.06.2020)
19. Orth B, Merkel C (2019) Rauchen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse des Alkoholsurveys 2018 und Trends – BZgA-Forschungsbericht. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
20. Orth B, Merkel C (2019) Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland – Ergebnisse des Alkoholsurveys 2018 und Trends – BZgA-Forschungsbericht. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
21. Moor I, Heilmann K, Currie D (2018) Inequalities in alcohol use and drunkenness. In: Inchley J, Currie D, Vieno A et al. (Hrsg) *Adolescent alcohol-related behaviours. Trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014*. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, S. 31–36
22. Orth B, Merkel C (2019) Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland – Ergebnisse des Alkoholsurveys 2018 und Trends – BZgA-Forschungsbericht. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
23. Meader N, King K, Moe-Byrne T et al. (2016) A systematic review on the clustering and co-occurrence of multiple risk behaviours. *BMC Public Health* 16:657
24. Moor I, Schumann N, Hoffmann L et al. (2016) Tabak-, Alkohol und Cannabiskonsum im Jugendalter. In: Bilz L, Sudeck G, Bucksch J et al. (Hrsg) *Schule und Gesundheit. Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheitsurveys 'Health Behaviour in School-aged Children'*, 1. Auflage. Beltz Juventa, Weinheim, S. 65–83
25. Inchley J, Currie D, Young T et al. (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*. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen
26. Kuntz B, Waldhauer J, Moor I et al. (2018) Zeitliche Entwicklung von Bildungsunterschieden im Rauchverhalten von Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse aus vier bevölkerungsweiten Studien. *Bundesgesundheitsbl* 61(1):7–19
27. Inchley J, Currie D, Cosma A et al. (2018) *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol – background, methodology and mandatory items for the 2017/18 survey*. CAHRU, St Andrews

28. Bucksch J, Finne E, Gohres H et al. (2016) Die Methodik des HBSC-Surveys 2013/14. In: Bilz L, Sudeck G, Bucksch J (Hrsg) Schule und Gesundheit. Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheitssurveys 'Health Behaviour in School-aged Children', 1. Auflage. Beltz Juventa, Weinheim, S. 35–46
29. Currie CE, Elton RA, Todd J et al. (1997) Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children Survey. *Health Educ Res* 12(3):385–397
30. Currie C, Molcho M, Boyce W et al. (2008) Researching health inequalities in adolescents: the development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) family affluence scale. *Soc Sci Med* 66(6):1429–1436
31. Currie C (2012) Social determinants of health and well-being among young people. Health policy for children and adolescents, No. 6. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen
32. Torsheim T, Cavallo F, Levin KA et al. (2016) Psychometric Validation of the Revised Family Affluence Scale – A Latent Variable Approach. *Child Indic Res* 9:771–784
33. Hartley JEK, Levin K, Currie C (2016) A new version of the HBSC Family Affluence Scale – FAS III – Scottish Qualitative Findings from the International FAS Development Study. *Child Indic Res* 9:233–245
34. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S et al. (2020) Spotlight on adolescent health and well-being – Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada – International report. VOLUME 1. KEY FINDINGS. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen
35. Rathmann K, Heilmann K, Moor I et al. (2016) Schulisches Wohlbefinden, Schulform und Tabakkonsum von Jugendlichen – Ergebnisse der SILNE-Studie. *SUCHT* 62(6):383–395
36. Inchley J, Currie D, Vieno A et al. (Hrsg) (2018) Adolescent alcohol-related behaviours – Trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen
37. Moor I, Kuipers MAG, Lorant V et al. (2019) Inequalities in adolescent self-rated health and smoking in Europe – Comparing different indicators of socioeconomic status. *J Epidemiol Community Health* 73(10):963–970
38. Robert PO, Kuipers MAG, Rathmann K et al. (2018) Academic performance and adolescent smoking in 6 European cities – The role of friendship ties. *Int J Adolesc Youth* 24(1):125–135
39. Moor I, Hoffmann L, Mlinarić M et al. (2020) Soziale Netzwerke, Gesundheit und gesundheitliche Ungleichheiten im Jugendalter. In: Klärner A, Gamber M, Keim-Klärner S et al. (Hrsg) Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten. Springer VS, Wiesbaden, S. 163–191
40. Brake A (2010) Familie und Peers – Zwei zentrale Sozialisationskontexte zwischen Rivalität und Komplementarität. In: Harring M, Böhm-Kasper O, Rohlfs C et al. (Hrsg) Freundschaften, Cliven und Jugendkulturen. Springer VS, Wiesbaden, S. 385–405
41. Hanson MD, Chen E (2007) Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature. *J Behav Med* 30(3):263–285
42. Inchley J, Currie D, Vieno A et al. (Hrsg) (2018) Adolescent alcohol-related behaviours – Trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen
43. Moore GF, Littlecott HJ (2015) School- and family-level socioeconomic status and health behaviors – Multilevel analysis of a national survey in wales, United Kingdom. *J Sch Health* 85(4):267–275
44. King V, Koller HC (2009) Adoleszenz – Migration – Bildung – Bildungsprozesse Jugendlicher und junger Erwachsener mit Migrationshintergrund, 2. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden, Wiesbaden
45. Baumgärtner T (2011) Jugendliche – Migration – Rauschmittelkonsum – Zusammenfassende Erkenntnisse aus der SCHULBUS-Studie. Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen, Hamburg
46. Gohlke H (2019) Gefahren des Konsums von E-Zigaretten im Kindes- und Jugendalter. Atemwegs- und Lungenerkrankungen 45(06):271–276
47. Kuntz B, Lampert T (2016) "Smoke on the water" – Wasserpfeifenkonsum bei Jugendlichen in Deutschland (Ergebnisse aus KiGGS Welle 1). *UMID* 1(2016):18–25
48. Bjarnason T, Adalbjarnardottir S (2000) Anonymity and Confidentiality in School Surveys on Alcohol, Tobacco, and Cannabis Use. *J Drug Issues* 30(2):335–343
49. Smit F, Zwart Wd, Spruit I et al. (2009) Monitoring Substance Use in Adolescents – School survey or household survey? *Drugs (Abingdon Engl)* 9(3):267–274
50. Moor I, Heilmann K, Hinrichs R et al. (2019) Ist Alkohol out? – Ergebnisse der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-Studie. *Public Health Forum* 27(4):269–272

51. Arnold P, Inchley J (2018) Trends in regular alcohol use, by gender and subregion. In: Inchley J, Currie D, Vieno A et al. (Hrsg) Adolescent alcohol-related behaviours. Trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, S. 9–12

52. Mauz E, Kuntz B, Zeiher J et al. (2018) Entwicklung des Rauchverhaltens beim Übergang vom Jugend- ins junge Erwachsenenalter – Ergebnisse der KiGGS-Kohorte. *Journal of Health Monitoring* 3(1):66–70.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/3038> (Stand: 10.06.2020)

53. Griswold MG, Fullman N, Hawley C et al. (2018) Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016 – A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet* 392(10152):1015–1035

54. Schneider M, Friemel CM, von Keller R et al. (2019) Cannabiskonsum zum Freizeitgebrauch – Epidemiologie, Konsumformen, Behandlung. In: Hoch E, Friemel CM, Schneider M (Hrsg) Cannabis. Potenzial und Risiko. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 65–264

55. Moor I, Rathmann K, Lenzi M et al. (2015) Socioeconomic inequalities in adolescent smoking across 35 countries: a multilevel analysis of the role of family, school and peers. *Eur J Public Health* 25(3):457–463

56. Pöttgen S, Samkange-Zeeb F, Brand T et al. (2016) Wie wirksam sind schulbasierte Interventionen zur Prävention und/oder Reduktion von Substanzkonsum bei Schülern/-innen in Grund- und Sekundarschulen? Eine systematische Übersicht vorhandener Reviews. *Gesundheitswesen* 78(4):230–236

57. Bühler A, Kröger CB (2006) Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Band 29. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA, Köln

58. Pinquart M (2019) Prävention und Gesundheitsförderung im Jugendalter. In: Tiemann M, Mohokum M (Hrsg) Prävention und Gesundheitsförderung. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 1–15

Impressum

Journal of Health Monitoring

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter, Dr. Franziska Prütz,
Dr. Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel, Dr. Livia Ryl,
Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling, Martin Thißen,
Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz

Gisela Dugnus, Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

ISSN 2511-2708

Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung 4.0
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit