

Bakkalaureats Arbeit

Katharina Paltauf

20.10.1988

Das Suchtverhalten von Jugendlichen

Medizinische Universität Graz

Begutachterin

Ao.Univ.-Prof. Dr.phil. Anna Gries

Harrachgasse 21/V

8010 Graz

Im Rahmen der Lehrveranstaltung

Physiologie

Abgabe am: 22.05.2013

Ehrenwörtliche Erklärung:

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebene Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz, am 22.05.2013

Katharina Paltauf

„60 Prozent der Jugendlichen blicken optimistisch in die Zukunft. 40 Prozent haben kein Geld für Drogen.“

<http://www.quotez.net/german/drogen.htm>

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung.....	1
2. Einleitung	2
3. Was ist Sucht.....	3
3.1 Merkmale von Sucht.....	4
3.2 Ursachen für eine Sucht.....	4
3.3 Theorien zur Entstehung von Sucht.....	6
3.4. Die Suchtspirale.....	8
4. Substanzen.....	10
4.1. Alkohol.....	10
4.1.1. Körperliche Wirkungen/ Risiken	11
4.1.2. Langzeitfolgen.....	11
4.2. Cannabis/ Hanf.....	12
4.2.1. Körperliche Wirkungen / Risiken	13
4.2.2. Langzeitfolgen.....	13
4.3. Energy Drinks.....	13
4.3.1. Körperliche Wirkungen/ Risiken	14
4.4. Schnüffelstoffe.....	14
4.4.1. Körperliche Wirkungen/ Risiken	14
4.4.2. Langzeitfolgen.....	14
4.5. Tabak	15
4.5.1. Körperliche Wirkungen/ Risiken	15
4.5.2. Langzeitfolgen.....	15
5. Verhaltenssüchte	16
6. Risikoverhalten von Jugendlichen	17
7. Entwicklung des Substanzkonsums Jugendlicher in den letzten Jahren	20
7.1. Vergleich der ESPAD Erhebungen von 2003 und 2007	20

7.2. Vergleich der Daten der ESPAD 2007 Erhebung mit den Daten der Repräsentativerhebung (GPS) von 2004	22
7.3. Darstellung der zeitlichen Entwicklung des Konsumverhaltens durch HBSC (Health Behaviour of School Aged Children).....	24
7.4. Darstellung des Konsumverhaltens über die letzten Jahre, getrennt nach Geschlechtern	26
8. Einflussfaktoren auf den Substanzkonsum von Jugendlichen	31
9. Resümee	33
10. Literaturverzeichnis.....	34
10.1. Internetquellen	35
10.2. Abbildungsverzeichnis.....	35

1. Zusammenfassung

In dieser Arbeit wird das Suchtverhalten von Jugendlichen untersucht. Im Zentrum steht die Forschungsfrage: *Wie hat sich der Suchtmittelkonsum Jugendlicher in den letzten Jahren verändert und welche geschlechtsspezifischen Unterschiede lassen sich erkennen?*

Zu Beginn wird erläutert, was unter dem Begriff „Sucht“ überhaupt zu verstehen ist. Dann werden einige Theorien zur Entstehung von Sucht behandelt, darunter das Ursachendreieck und unterschiedliche Perspektiven, wie die psychosoziale und die medizinische.

Im nächsten Kapitel geht es um verschiedene Substanzen, die eine wichtige Rolle bei süchtigem Verhalten von Jugendlichen einnehmen. Anschließend wird ein sehr kurzer Abriss über Verhaltenssüchte gegeben.

In den nächsten Kapiteln geht es nun konkreter um die Forschungsfrage. Einerseits wird auf das Gesundheits- und Risikoverhalten von Jugendlichen eingegangen, andererseits wird ein Trend über den Substanzkonsum in den letzten Jahren, nach Geschlechtern getrennt, geboten. Ein letztes Kapitel befasst sich mit Einflussfaktoren auf das Suchtverhalten Jugendlicher. Im Resümée wird schlussendlich die Forschungsfrage beantwortet.

2. Einleitung

"Der Trick ist, benutze die Drogen, um dort einmal hinzukommen. Möglicherweise brauchst du die nächsten zehn Jahre für den Versuch, ohne die Drogen zurückzukommen." - *Maynard James Keenan*

In dieser Arbeit geht es darum, wie Jugendliche mit suchtfährdenden Substanzen umgehen. Wie aus dem Zitat zu erkennen ist, sind Drogen verlockend und gefährlich. Gerade Jugendliche unterschätzen diese Gefahr leicht. Das Neue, das Gefährliche reizt – gerade in einer Zeit, in der das Leben so schwierig ist wie in der Pubertät. Alles ändert sich, man entdeckt neue Gefühle, wird mit neuen Anforderungen konfrontiert. In solchen Zeiten können Drogen helfen Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Gleichzeitig ist es aber auch eine wichtige Entwicklungsaufgabe den Umgang mit psychotropen Substanzen zu erlernen. Dazu zählen nicht nur so genannte harte Drogen, wie LSD, Kokain oder Heroin, sondern auch Alkohol und Tabak.

Im Folgenden wird ein Überblick gegeben, was Sucht überhaupt ist und wie sie sich entwickelt. Außerdem werden einige Theorien zur Entwicklung von Sucht vorgestellt, bevor es dann speziell um das Suchtverhalten von jugendlichen Burschen und Mädchen, die Entwicklung in den letzten Jahren und Einflussfaktoren geht. Dem Ganzen zu Grunde liegt die Forschungsfrage: *Wie hat sich der Suchtmittelkonsum Jugendlicher in den letzten Jahren verändert und welche geschlechtsspezifischen Unterschiede lassen sich erkennen?*

3. Was ist Sucht

Lange Zeit wurde der Begriff „Sucht“ vor allem mit der körperlichen Abhängigkeit von Substanzen gleichgesetzt. Es wird allerdings immer üblicher, diesen Begriff auch auf soziale und psychische Abhängigkeit sowie auf Verhaltenssüchte wie etwa Kaufsucht, Spielsucht oder Esssüchte auszudehnen.

Der Begriff „Sucht“ soll allerdings nicht beliebig verwendet werden. So ist es notwendig, auch bei nicht substanzgebundenen Süchten klare Grenzen zu ziehen. Suchtverhalten hat immer auch Krankheitscharakter und ist nicht gleichzusetzen mit Gewohnheit, oder zum Beispiel der natürlichen Abhängigkeit von Nahrung. Von Sucht sollte man nur sprechen wenn das zugrunde liegende Problemverhalten zu einem eigendynamischen, zwanghaften Verhalten wird. (vgl. vivid.at, Stand vom März 2013)

Es ist daher sinnvoll, den Konsum von Substanzen, aber auch den Einsatz von bestimmten Verhaltensweisen in folgende Kategorien einzuteilen:

- Experimenteller Konsum/ Probierkonsum: Häufig steht hier die Neugierde im Vordergrund. Vor allem Jugendliche testen gerne aus, wie Substanzen wirken. Allerdings sagt Probierkonsum nichts über die Gefahren einer möglichen gesundheitlichen Gefährdung oder Schädigung aus. Auch wenn keine Abhängigkeit oder süchtiges Verhalten vorliegt, kann es zum Beispiel zu einer Alkoholvergiftung kommen.
- Unschädlicher Konsum: Hierbei kann man zwischen „gelegentlichem, unschädlichen Konsum“ und „regelmäßigem, unschädlichen Konsum“ unterscheiden. Bei „gelegentlichem, unschädlichen Konsum“ ist oft Genuss das Hauptmotiv. Bei „regelmäßigem, unschädlichen Konsum“ steht eher die Gewohnheit im Vordergrund.
- Schädlicher Konsum: Von schädlichem Konsum, beziehungsweise Gebrauch kann man dann sprechen, wenn Risiken, Störungen, oder Schäden nach dem Konsum im körperlichen, seelischen oder sozialen Bereich auftreten. Solche Schäden sind beispielsweise im körperlichen Bereich Erbrechen oder Unfälle, im seelischen Bereich der Verlust anderer Interessen und im sozialen Bereich finanzielle Einbußen und Konflikte. Es liegt allerdings noch keine Sucht vor.
- Süchtiger Konsum (Sucht/Abhängigkeit): Der Begriff „Sucht“ beinhaltet sowohl psychische, physische als auch soziale Abhängigkeit.

Alle Definitionen haben gemeinsam, dass Sucht nicht von heute auf morgen auftritt sondern ein dynamischer Prozess ist. Dabei ist der Übergang zwischen den einzelnen Konsumformen fließend.

(vgl. vivid.at, Stand vom März 2013)

3.1 Merkmale von Sucht

Laut World Health Organisation (WHO) liegt ein Abhängigkeitssyndrom dann vor, wenn drei oder mehrere der folgenden Symptome während der letzten zwölf Monate gemeinsam erfüllt sind:

- Der starke oder gelegentlich übermächtige Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen einzunehmen.
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
- Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums.
- Nachweis einer Toleranz. Es sind zunehmend höhere Dosen nötig, um die gleiche Wirkung zu erreichen.
- Zunehmende Ausrichtung auf den Substanzkonsum, fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen.
- Fortgesetzter Konsum trotz negativer Folgen, zum Beispiel Leberschädigung durch exzessives Trinken, Depressionen.

(vgl. ICD – 10, International Classifications of Diseases, auf vivid.at)

3.2 Ursachen für eine Sucht

Ebenso wie eine Sucht nicht von heute auf morgen entsteht, gibt es auch nicht nur eine Ursache dafür. Die Ursachen für eine Sucht sind immer komplex, verschiedene Einflüsse und Faktoren spielen zusammen und Suchtentwicklung ist als dynamischer Prozess zu verstehen.

Als Erklärungsmodell wird oft das Ursachendreieck verwendet. Bei diesem Modell wird die Suchtentwicklung aus dem Spannungsfeld zwischen Person, sozialem Umfeld und Substanz / Verhalten erklärt. Bei der Entstehung von Sucht sind immer alle drei Dimensionen beteiligt.

Zu „Person“ zählen alle für die Wirkung wichtigen personenbezogenen Faktoren, wie etwa das Geschlecht, Körpergewicht oder die psychische Verfassung. Unter „Substanz“ beziehungsweise Verhalten fallen pharmakologische Eigenschaften der Substanz, oder die Art und Häufigkeit des Konsums. Auch das „soziale Umfeld“ spielt eine entscheidende Rolle.

Das Suchtverhalten von Jugendlichen, Katharina Paltauf

Hierzu zählen gesetzliche Bestimmungen, gesellschaftliche Werte oder die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Subkultur.

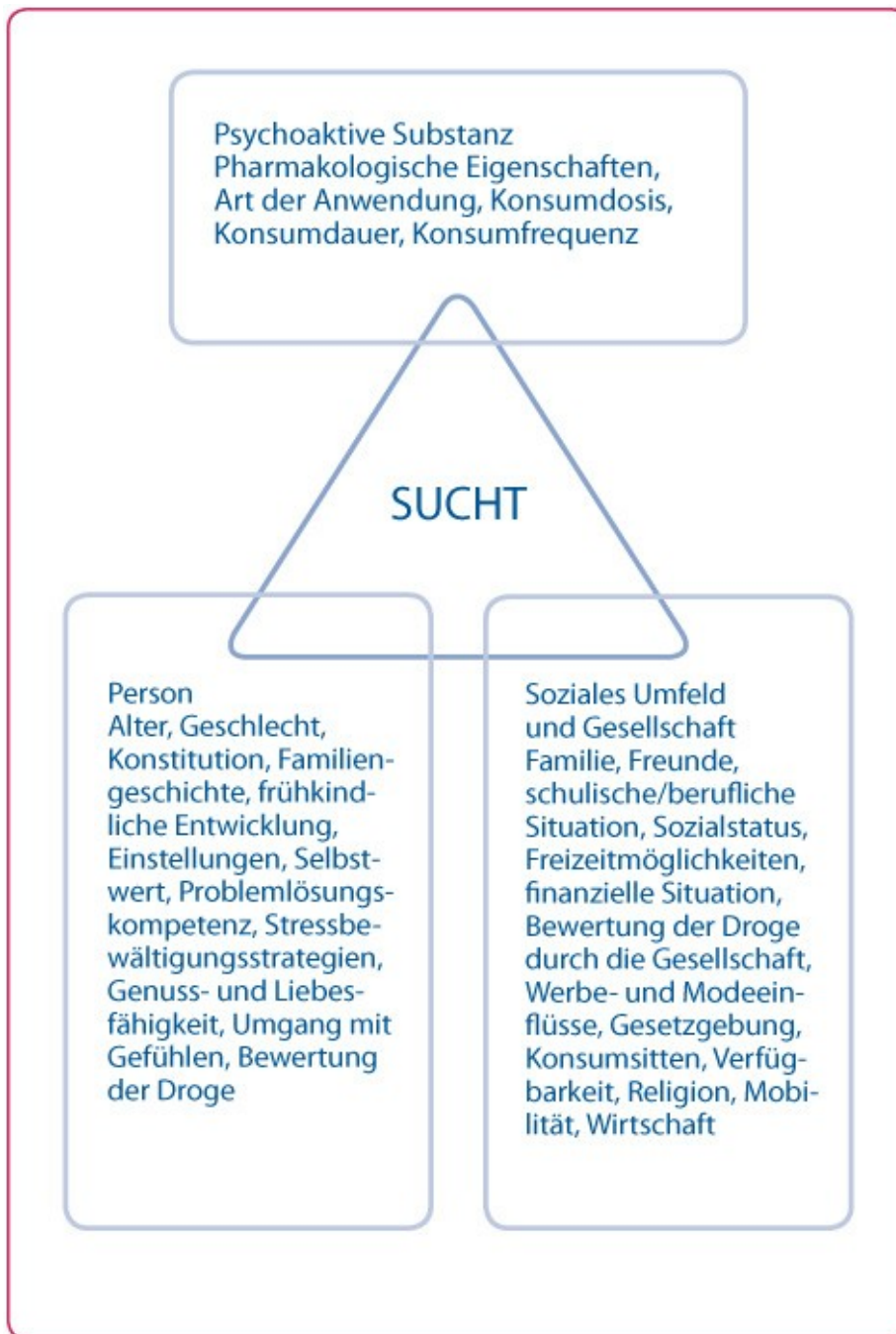


Abb. 1: Erklärungsmodell Ursachendreieck

3.3 Theorien zur Entstehung von Sucht

Eine erste Systematisierung zur Erklärung der Entstehung von Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit ergibt sich, wenn man sie aus den unterschiedlichen Blickwinkeln der betroffenen Berufsgruppen betrachtet:

- Psychosoziale Perspektive: Individuelle Funktionen des Substanzkonsums im Rahmen persönlicher Ressourcen beziehungsweise Defizite stehen im Vordergrund der Suchtentwicklung.
- Soziokulturelle Perspektive: Die Missbrauchs- und Abhängigkeitsentwicklung (auf gesellschaftlicher Ebene) steht in der reflexiven Untersuchung der soziostrukturellen und soziokulturellen Bedingungen im Vordergrund der Suchtentwicklung.
- Medizinische Perspektive: Die Abhängigkeit als Krankheit im Lichte der verschiedenen Suchtmittel und Risikofaktoren steht im Vordergrund der Suchtentwicklung.
- Ethisch- juristische Perspektive: Die jeweilige Substanz und ihre Verfügbarkeit stehen im Vordergrund der Suchtentwicklung.

(vgl. Laging, 2005, 127f)

Weitere wissenschaftliche Ansätze zur Entstehung von Sucht lassen sich in soziologische, biologische und psychologische Ansätze unterteilen. Allerdings reicht jeder dieser Ansätze für sich allein genommen oft nicht aus um das Phänomen „Sucht“ ausreichend zu erklären. Aus diesem Grund werden oft multifaktorielle Ansätze verwendet.

- Soziologische Erklärungsansätze: Diese Ansätze versuchen anhand gesellschaftlicher Einflüsse und Rahmenbedingungen die Entstehung von Suchtverhalten zu erklären. Aus soziologischer Sicht können Werte, die unsere Gesellschaft prägen, wie zum Beispiel Wettbewerb und Leistung, unter bestimmten Bedingungen einen Risikofaktor für manche Menschen darstellen ein Suchtverhalten zu entwickeln. So können Menschen, die in Schule oder Beruf massivem Leistungsdruck ausgesetzt sind, diesem mit dem Konsum von Substanzen begegnen. Auch schwierige wirtschaftliche Verhältnisse und damit verbundene mangelnde Zukunftsperspektiven und Zukunftsängste in Bezug auf Ausbildungsmöglichkeiten und Berufschancen können als Erklärung für die Entwicklung eines Suchtverhaltens herangezogen werden. Bestimmte Erziehungsstile und Familienstrukturen können den späteren Umgang mit Substanzen und bestimmte Verhaltensweisen ebenso beeinflussen. Hier haben vor

allen die Eltern die Chance, ihre Kinder mit sogenannten Schutzfaktoren auszustatten und ein positives Konsumverhalten vorzuleben.

- Psychologische Erklärungsansätze: Diese Ansätze suchen die Ursachen für süchtiges Verhalten vor allem beim einzelnen Menschen. Hierzu einige der wichtigsten psychologischen Theorien:
 - Lerntheoretisches Modell: Abhängigkeit gilt als erlerntes Verhalten. Die Suchtentwicklung passiert als Lernen am Erfolg oder Lernen am Modell. Ein Beispiel hierfür ist, wenn es einer schüchternen Person gelingt, mit Hilfe von Alkohol leichter auf andere Menschen zuzugehen und dies als Bereicherung empfunden wird, kann damit die Tendenz entstehen, bald wieder zu trinken. Lernen am Modell geschieht, wenn die Kinder das Verhalten ihrer Eltern nachahmen.
 - Psychoanalytisches Modell: Die Ursache der Sucht wird in einer Störung der Persönlichkeitsentwicklung gesehen. Die Psychoanalyse richtet ihren Blick besonders auf die Beziehungsstruktur zwischen Kleinkind und Eltern. Man geht davon aus, dass ungelöste, unbewusste Konflikte in diesem Beziehungsgefüge wesentlich zur Entstehung einer Sucht beitragen.
 - Systemische Theorien: Diese Theorien gehen davon aus, dass sich Sucht in gemeinsam gelebten Beziehungs- und Kommunikationsstrukturen entwickelt. Sie stellen die Dynamik und die Beziehungen zwischen Familienmitgliedern in den Mittelpunkt. Systemische Theorien befassen sich nicht in erster Linie mit der Entstehungsgeschichte von Sucht, sondern damit, welche familiären Mechanismen die Sucht zum gegebenen Zeitpunkt aufrechterhalten.
- Biologische Erklärungsansätze: Biologische Modelle gehen der Frage nach, wie psychoaktive Substanzen Stoffwechselforgänge im Gehirn beeinflussen können. Dabei werden bestimmte körperliche Eigentümlichkeiten, wie zum Beispiel Gene oder Stoffwechselstörungen als die Ursachen der Drogenabhängigkeit und Sucht gesehen. Auch bei den biologischen Modellen gibt es zwei Ansätze:
 - Neurobiologischer Ansatz: Man geht davon aus, dass körpereigene opiatähnliche Substanzen vorhanden sind, die als innere Belohnungstoffe vorhanden sind. Dies sind zum Beispiel Dopamin und Adrenalin. Die körpereigenen Substanzen gleichen in ihrer Wirkung psychoaktiven Substanzen und lösen in bestimmten Situationen im Belohnungssystem Euphorie und positive Gefühle aus. Unter natürlichen Bedingungen wird das

Belohnungssystem durch Prozesse wie Essen, Sexualität oder Zuneigung aktiviert. Wenn eine psychoaktive Substanz diese hirneigenen Prozesse aktiviert und ein subjektiv empfundenes Belohnungsgefühl erzeugt, kann dies zu Abhängigkeit führen.

- Genetischer Ansatz: Dieser Ansatz beschäftigt sich mit der Frage, ob es eine genetische Disposition bestimmter Menschen für die Entwicklung einer Abhängigkeit gibt.

(vgl. vivid.at, Stand vom Februar 2013)

3.4. Die Suchtspirale

Zu Genießen ist eine Kunst, die einen vor Sucht bewahren kann. Die Entwicklung einer Sucht geschieht fließend und prozesshaft. Es gibt unterschiedliche Stadien, die aber nicht klar voneinander zu trennen sind. Vielmehr sind die Übergänge fließend und unscharf.

(vgl. DB 2012k)

Grundsätzlich lassen sich aber vier Stadien unterscheiden:

1. Lebensbewältigung/ Genuss: Der Konsum geschieht selten und die Qualität ist wichtig. Es wird eine freie Entscheidung zum Konsum getroffen, dieser ist dann meistens in Rituale und Kultur eingebunden. Es werden nur geringe Mengen aufgenommen, das Erlebnis ist angenehm und führt weder zu negativen Folgen noch zu Schuldgefühlen.
2. Missbrauch: es wird eine größere Menge konsumiert, die Verwendung ist zweckentfremdet, sie entspricht nicht der gesellschaftlichen und gesetzlichen Norm und geht über ein gesundes Maß hinaus, Missempfindung ist die Folge, der Konsum ist Mittel zum Zweck
3. Gewohnheit: es wird ohne nachzudenken konsumiert, es besteht eine Regelmäßigkeit – diese kann aber noch geändert werden, in bestimmten Situationen wird immer etwas eingesetzt, hat kaum Missempfinden zur Folge
4. Sucht: der Konsum dient als Problemlöser, es werden große Mengen aufgenommen, ein Verlangen nach der Substanz ist da, es bestehen Zwang oder Drang, die Qualität ist egal, sozial wird das Verhalten nicht mehr anerkannt, aber der Körper braucht es – sonst kommt es zum Entzug, der Konsum/ das Verhalten ist nicht mehr steuerbar, es wird sehr oft beziehungsweise immer konsumiert, es kommt zu Kontrollverlust und Schuldgefühlen

(vgl. DB 2012k)

Am besten lässt sich der Prozess der Suchtentwicklung in einer dreidimensionalen, nach unten verlaufenden Spirale darstellen. Man kann hier gut die verschiedenen Stadien erkennen und auch, welche Schritte absolviert werden.

Vorab ist noch zu sagen, dass man sich beim Konsum von Alkohol oder Süßigkeiten oft schon im Bereich von Missbrauch und Gewohnheit bewegt. Hier ist eine Umkehr zum Genuss allerdings noch aus freien Stücken möglich. Befindet man sich aber an der Grenze zwischen Gewohnheit und Abhängigkeit beziehungsweise Sucht, ist es fraglich, ob einem eine Rückkehr ohne Hilfe von außen noch möglich ist.

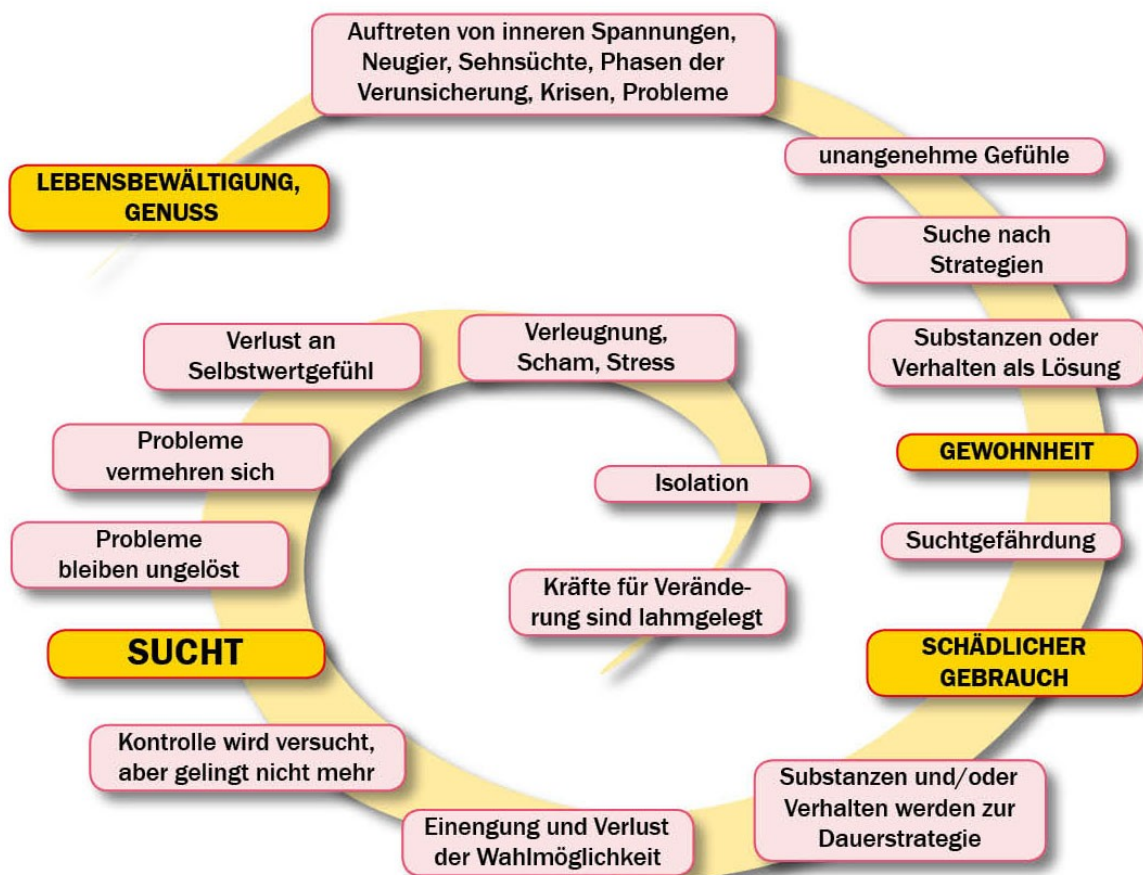


Abb. 2: die Suchtschnecke

4. Substanzen

In diesem Kapitel soll ein Überblick über die gängigsten, von Jugendlichen konsumierten Substanzen gegeben werden. Neben Informationen über die Risiken und Wirkungsweisen einzelner Substanzen sollen auch mögliche Kurz- und Langzeitfolgen aufgezeigt werden. Dadurch soll ein besseres Verständnis für Jugendliche erzeugt werden und außerdem werden die Gefahren, welchen diese durch den Missbrauch von Substanzen ausgesetzt sind, gezeigt.

4.1. Alkohol

Der Gebrauch von Alkohol ist historisch und kulturell sehr verschieden. Während beispielsweise im Islam Alkohol gänzlich verboten ist, herrscht in Österreich und dem Rest von Europa ein permissiver Umgang mit diesem. Österreich nimmt seit hundert Jahren einen prominenten Platz in der Weltrangliste zum Alkoholverbrauch pro Kopf ein. Allerdings kam es erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zu der Einsicht, dass die missbräuchliche Verwendung zu Abhängigkeit und Krankheit führt. (vgl. HBSC Factsheet Nr. 1/10, 2f)

Der Wirkstoff von Alkohol ist Ethylalkohol, ein giftiger Kohlenwasserstoff. Alkohol wird oral in Form von Getränken aufgenommen. Die Aufnahme ins Blut geschieht über die Mundschleimhaut, Magen und Dünndarm. Die maximale Blutalkoholkonzentration, gemessen in Promille, wird nach 30 bis 75 Minuten erreicht. Wie viel Alkohol vom Körper aufgenommen wird hängt von mehreren Faktoren ab und zwar von Körpergewicht, Alkoholmenge, Trinkgeschwindigkeit, Gewöhnung und Geschlecht. Frauen haben einen geringeren Körperwasseranteil als Männer, weswegen sie schneller betrunken werden. Außerdem wird Alkohol auf nüchternen Magen schneller aufgenommen, als wenn man gerade etwas gegessen hat.

In kleinen Mengen wirkt Alkohol enthemmend, euphorisierend, beruhigend und angstlindernd. In größeren Mengen erhöht er die Risikobereitschaft, teilweise die Aggressivität, ist schlafanregend und schmerzlindernd. Es kann zu motorischen und kognitiven Schwierigkeiten kommen. Die Fähigkeit sich fortzubewegen und zu artikulieren wird stark eingeschränkt. Reaktions- und Konzentrationsvermögen sowie die Kritikfähigkeit sinken. Durch übermäßigen Alkoholkonsum kann es zu einer komatösen Bewusstlosigkeit kommen, die auch zum Tod führen kann. Durch häufigen Alkoholkonsum kommt es zu einer Toleranzentwicklung, eine größere Menge Alkohol muss aufgenommen werden, um einen Rausch zu verursachen.

Der Abbau des Alkohols geschieht vorwiegend in der Leber. Ein sehr geringer Anteil des Alkohols wird nicht verstoffwechselt sondern direkt über Urin, Atem und Schweiß ausgeschieden. Die Abbaugeschwindigkeit beträgt konstant zwischen 0,1 und 0,2 Promille pro Stunde. Bei starken Alkoholikern konnten allerdings auch schon Abbaugeschwindigkeiten von 0,35 Promille pro Stunde gemessen werden.

(vgl. ADDICTionary, 8)

4.1.1. Körperliche Wirkungen/ Risiken

Typische Folgen übermäßigen Alkoholkonsums sind Übelkeit, Kopfschmerzen, Lichtempfindlichkeit und ein allgemeines Schwächegefühl. Diese Symptome sind bei gleicher Alkoholmenge bei unterschiedlichen Menschen verschieden stark ausgeprägt.

Alkohol erweitert die Blutgefäße. Dadurch wird dem Konsumenten/ der Konsumentin ein falsches Wärmegefühl vorgegaukelt, was in Folge leicht zu Unterkühlung führen kann. Durch übermäßigen Alkoholkonsum kann es zu einer komatösen Bewusstlosigkeit kommen; die Atmung ist verflacht, der Puls gering und es kommt zu unkontrollierten Ausscheidungen. Diese komatöse Bewusstlosigkeit kann auch tödlich enden. Es ist auch möglich, dass der Patient/ die Patientin erbricht und daran erstickt, oder gar nicht mehr in der Lage ist zu erbrechen. Erbrechen ist in diesem Fall eine Abwehrreaktion des Körpers, um das Gift - den Alkohol - zumindest aus dem Magen zu bekommen.

Durch die erhöhte Risikobereitschaft, Selbstüberschätzung und verminderte Reaktionsfähigkeit steigt auch die Unfallgefahr. Auch die Neigung zu leichtsinnigen Verhaltensweisen ist erhöht. Dadurch kann es zu sexuellen Kontakten kommen, die im Nachhinein bereut werden. Auch wird im alkoholisierten Zustand oft auf die Verhütung vergessen, was zu ungewollten Schwangerschaften oder zur Übertragung von Geschlechtskrankheiten führen kann.

4.1.2. Langzeitfolgen

Körperliche Schäden sowie die Entwicklung einer psychischen und physischen Abhängigkeit sind bei regelmäßigem Konsum die Regel.

Alkohol entzieht den Körperzellen Wasser. Dadurch kann es zu einer andauernden Schädigung aller Organsysteme kommen. Eine Verminderung des Tastsinns in den Händen, Lähmungen in den Beinen und Gangunsicherheit, meist durch das Absterben von Zellen im Kleinhirn, sind die Folge. Es kommt zu einem Nachlassen der Konzentrationsfähigkeit und

der intellektuellen Fähigkeiten. Außerdem können wahnhaftige und Psychose ähnliche Zustände auftreten. Es kann ebenfalls zur Ausbildung einer Fettleber mit anschließender Zirrhose kommen. Bei langjährigem Alkoholismus ist die Leberzirrhose die häufigste Todesursache. Auch das Risiko, an Krebs zu erkranken steigt drastisch an.

(vgl. ADDICTIONary,9)

4.2. Cannabis/ Hanf

Die Cannabispflanze wurde bereits in der mittelalterlichen Medizin wegen ihrer psychoaktiven Wirkung verwendet. Erst in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts wurde Cannabis zu einer Intellektuellen- und Protestdroge. Mittlerweile ist es eine weitverbreitete Alltagsdroge, auch wenn es illegal ist. (vgl. HBSC Factsheet, Nr. 1/10, 4)

Cannabis wird aus der Hanfpflanze gewonnen und enthält die psychoaktive Substanz THC (Tetrahydrocannabinol). In der Medizin wird synthetisch hergestelltes THC zur Appetitsteigerung und Schmerzlinderung bei KrebspatientInnen und PatientInnen mit Multipler Sklerose und Spastiken eingesetzt.

Cannabis kann in Form von Joints oder mit Pfeifen geraucht werden. Hierbei wird es mit Tabak vermischt. Eine andere Form des Konsums ist es, Cannabis zum Beispiel in Keksen zu backen und zu verzehren. Wird Cannabis geraucht, tritt die Wirkung innerhalb von Minuten ein und hält zwei bis drei Stunden an. Wird es verzehrt, tritt die Wirkung, je nach Magenfüllung, erst nach circa einer halben Stunde ein und kann bis zu fünf Stunden anhalten. Allerdings kann es bei dieser Konsumform leichter zu Überdosierungen kommen, da die Menge, die aufgenommen wird, nicht so leicht steuerbar ist.

Die Wirkung kann je nach Dosis, Konsumform, Konzentration, Merkmalen der konsumierenden Person und Konsumsituation sehr unterschiedlich sein. Grundsätzlich wirkt Cannabis entspannend. Es regt den Appetit an und verstärkt die vorliegende Gefühlslage. Neben Gelassenheit kann die Stimmung auch in grundlose Heiterkeit umschlagen. Visuelle und akustische Wahrnehmungen können gesteigert werden. Die Zeit scheint langsamer zu vergehen und das logische Denken ist gestört. Allerdings sind auch Angstzustände, Panikreaktionen und paranoide Wahnvorstellungen möglich.

THC wird innerhalb von acht Stunden über Darm, Nieren und oxidativ über die Leber abgebaut. THC ist sehr gut fettlöslich, daher lagern sich die nicht psychoaktiven Stoffe im

Fettgewebe des Körpers ab und sind dort noch länger nachweisbar. Im Haar ist THC über mehrere Monate nachweisbar.

4.2.1. Körperliche Wirkungen / Risiken

Das psychische Abhängigkeitspotential ist mittelgradig, eine physische Abhängigkeit wird vermutet, ist aber nicht erwiesen.

In seltenen Fällen kommt es zu wahnhaften Störungen, die über einige Tage andauern können. Bei manchen Personen kann durch eine Überdosierung eine drogeninduzierte Psychose ausgelöst werden.

Eine fast sichere körperliche Wirkung ist eine Augenrötung, außerdem Mundtrockenheit, Herzrasen, Übelkeit, Bewegungsunruhe und gesteigerter Appetit. Meist kommt es zu großer Müdigkeit, manche KonsumentInnen werden aber auch unruhig. Auch Aufmerksamkeit und Reaktionsfähigkeit sind eingeschränkt.

4.2.2. Langzeitfolgen

Nach langem Konsum kann es zu einer psychischen Abhängigkeit und einer Toleranzentwicklung kommen. Andere Nebenwirkungen werden erst erforscht und werden momentan noch sehr kontroversiell diskutiert.

Wie auch Tabak hat THC, wenn es geraucht wird negative Auswirkungen auf Atemwege und Lunge. Andere Langzeitfolgen konnten noch nicht mit Sicherheit festgestellt werden.

(vgl. ADDICTionary, S 19ff)

4.3. Energy Drinks

In den handelsüblichen Energy Drinks sind neben Wasser eine Menge Zusatzstoffe wie Süßstoffe, Guarana, teilweise Taurin und vor allem viel Koffein enthalten. Vor allem letzterem ist die aufputschende Wirkung zu verdanken.

Die aufputschende Wirkung setzt ungefähr zehn Minuten bis eine Stunde nach Konsum ein und hält zwei bis drei Stunden an.

Das Koffein wirkt anregend auf das zentrale Nervensystem, dadurch steigen Pulsfrequenz und Blutdruck. Energy Drinks muntern auf, vertreiben Müdigkeit und leichte Kopfschmerzen. In größerer Menge können sie auch euphorisierend wirken, können allerdings auch zu innerer Unruhe, Herzklopfen, Schwindel und Reizbarkeit führen.

4.3.1. Körperliche Wirkungen/ Risiken

Eine hohe Dosis Koffein kann zu Herzrasen und Nervosität führen. Bei sehr starkem Konsum (vier bis sechs Dosen täglich) kann es zu einer körperlichen Abhängigkeit kommen. Auch Entzugserscheinungen in Form von Kopfschmerzen, Nervosität, Konzentrationsstörungen und Reizbarkeit sind möglich.

(vgl. ADDICTionary, S 30)

4.4. Schnüffelstoffe

Schnüffelstoffe sind Lack-, Kleb- und Verdünnungsstoffe, die durch die Nase, oder seltener durch den Mund inhaliert werden. Die meisten Substanzen, die als Schnüffelstoffe missbraucht werden sind Substanzen aus dem Alltagsgebrauch. Sie unterliegen also nicht dem Suchtmittelgesetz.

Schnüffelstoffe werden über die Atemwege inhaliert. Der Rausch tritt nach Sekunden ein und dauert wenige Minuten bis eine halbe Stunde an. Durch wiederholtes Schnüffeln kann er verlängert werden.

Je nach Dosis, Konzentration, Konsumform, Merkmalen der konsumierenden Person und Konsumsituation, kann die Wirkung variieren. Fast alle Schnüffelstoffe wirken narkoseähnlich und verlangsamen Körper- und Gehirnfunktionen. Nach Konzentrationsstörungen treten meist Euphorie, Enthemmung und Halluzinationen auf.

4.4.1. Körperliche Wirkungen/ Risiken

Es können Schleimhautreizungen, Übelkeit, Erbrechen, Zerstörung der Atemwege und Verwirrtheit auftreten. Eine Vergiftung kann lebensgefährlich sein, da sie zu Atemlähmung, epileptischen Anfällen und Herzrhythmusstörungen bis hin zum Herzstillstand führen kann.

4.4.2. Langzeitfolgen

Schnüffelstoffe sind Gift für die inneren Organe und zerstören diese. Zusätzlich verursachen sie Nervenschäden, Leistungs- und Konzentrationsstörungen, schädigen das Hirn und verursachen Atemstillstand, Herz- und Kreislaufversagen. Bei Schwangeren können sie zu Beeinträchtigungen des Ungeborenen führen. Schnüffelstoffe haben ein starkes psychisches Abhängigkeitspotential.

(vgl. ADDICTionary, S 78f)

4.5. Tabak

Seine weite Verbreitung verdankt Tabak seinem Einsatz als Wundermittel gegen vielerlei Leiden und den europäischen Kriegen. Durch den 30-jährigen Krieg wurde die Pfeife modern, durch die napoleonischen Kriege die Zigarre und durch den Ersten Weltkrieg die Zigarette zur Modeerscheinung. Zuletzt vervierfachte sich der Zigarettenkonsum im Zweiten Weltkrieg. Heute werden aus Schwellen- und Entwicklungsländern die höchsten Zuwachsraten berichtet. Auch die Politik stand dem Konsum von Tabak immer ambivalent gegenüber. Einerseits werden Gesetze erlassen, die die Verbreitung eindämmen sollen, andererseits verdient der Staat an Tabaksteuern und fördert den Anbau von Tabak. (vgl. HBSC Factsheet, Nr. 1/10, 1)

Der Hauptwirkstoff von Tabak ist Nikotin. Dieses wird in Form von getrockneten, fermentierten Tabakblättern konsumiert. Nikotin ist eines der stärksten Gifte und macht in höchstem Maß psychisch abhängig. Wird reines Nikotin geschluckt, ist es innerhalb von Minuten tödlich.

Nikotin kann geraucht, geschnupft und gekaut werden. Wird es geraucht, erreicht es innerhalb weniger Sekunden das Gehirn. Die Wirkung hält für einige Minuten an.

Nikotin wirkt anregend, es erhöht Wachheit und Leistungsfähigkeit. Es unterdrückt leicht das Hungergefühl und wirkt leicht stimmungshebend. Das Herz schlägt schneller, der Blutdruck steigt und Haut und Blutgefäße werden schwächer durchblutet. Dadurch frieren Raucher schneller.

4.5.1. Körperliche Wirkungen/ Risiken

Körperliche Nebenwirkungen sind Übelkeit, Schwindel, Harndrang oder Magenbeschwerden.

4.5.2. Langzeitfolgen

Nikotin hat ein hohes Abhängigkeitspotential. Der Körper entwickelt rasch eine Toleranz und es kommt zu Entzugserscheinungen.

Durch dauerhaften Konsum steigt das Risiko, an Krebs zu erkranken stark an und auch Atemwege und Lunge werden geschädigt. Weitere Langzeitfolgen sind ein erhöhtes Risiko für Herz – Kreislauf – Erkrankungen, Potenzprobleme, eine geringere Neubildung von Geruchs- und Geschmackszellen und vorzeitige Hautalterung.

(vgl. ADDICTionary, S 87)

5. Verhaltenssüchte

Der Vollständigkeit halber sollen hier auch ein paar Worte zu den häufigsten Verhaltenssüchten gesagt werden. Vor allem unter jungen Mädchen sind Essstörungen verbreitet. Dazu zählen Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge – Eating – Disorder und Adipositas. Die höchste Prävalenz haben dabei Anorexie und Bulimie. Die Prävalenz von Anorexie liegt bei 0,5 bis 1 Prozent der Mädchen und jungen Frauen. Dabei darf man allerdings die Dunkelziffer nicht außer Acht lassen. (vgl. ADDICTionary, 93) Bulimie tritt meist erst später auf als Anorexie. Über die Zahlen liegen keine fundierten Aussagen für Österreich vor, man geht aber davon aus, dass 2 bis 4 Prozent der Frauen zwischen 20 und 30 Jahren betroffen sind (vgl. ADDICTionary, 99).

Eine hohe Problematik in Bezug auf Jugendliche zeigt sich bei der Internetsucht. Vor allem die unter 20-jährigen Buben, nämlich 7,2 Prozent, sind hiervon betroffen. Bei den über 20-Jährigen fällt die Zahl auf 2,3 Prozent ab und das Geschlechterverhältnis kehrt sich um (vgl. ADDICTionary, 104).

6. Risikoverhalten von Jugendlichen

Um über das Risikoverhalten Jugendlicher sprechen zu können, muss man erst verstehen, was mit Jugend überhaupt gemeint ist. Im Allgemeinen versteht man unter Jugend die Phase von ungefähr zwölf/ dreizehn Jahren bis 24/25. Straßegger – Einfalt (2008, 11) definiert den körperlichen Reifungsaspekt durch den Begriff Pubertät und den psychischen Entwicklungsaspekt durch den Begriff Adoleszenz. Die Pubertät ist ein Durchgangsstadium mit Anfang und Ende und gekennzeichnet durch Wandel, Veränderung und Entwicklung. Daraus können sich Krisen ergeben. Diese Krisen beinhalten allerdings auch Chancen, für den Jugendlichen, Eltern, Freunde und Bekannte (vgl. Straßegger – Einfalt 2008, 13). In dieser Lebensphase kommt auch der Gruppe der Gleichaltrigen, den peers, eine sehr große Bedeutung zu. Sie sind das Bindeglied zwischen Familie und Gesellschaft, privatem und öffentlichem Bereich (vgl. Zimmermann 2000 in Straßegger – Einfalt 2008, 46). Wiesner und Silbereisen (1996) haben festgestellt, dass Jungen in der Pubertät eher zu deviantem Verhalten neigen als Mädchen. Diese gehen eher sozial - romantischen Aktivitäten, wie Freunde zu treffen nach (vgl. Straßegger – Einfalt 2008, 47).

Das Risikoverhalten in der Jugend umfasst nicht nur problematische Verhaltensweisen wie Substanzkonsum oder delinquentes Verhalten, sondern auch andere Verhaltensweisen, die als problematisch empfunden werden, da sie mittelbar oder unmittelbar Wohlbefinden, Gesundheit und Persönlichkeitsentwicklung beeinflussen können. Problemverhalten wird vor allem deshalb mit der Jugend verbunden, da es in dieser Altersgruppe vermehrt auftritt und im Erwachsenenalter wieder abnimmt. Unter Problemverhalten versteht man hierbei allgemein Verstöße gegen soziale Normen und Gesetze. Das Verhalten ist also problematisch weil es sozial so definiert ist und als besorgniserregend wahrgenommen wird. (vgl. Bühler, 2011, Risikoverhalten in der Jugend) Allerdings sind Jugendliche entwicklungsbedingt in einem labilen psychischen und physischen Gleichgewicht. Dieser Zustand macht sie besonders anfällig für psychoaktive Substanzen (vgl. HBSC Factsheet Nr. 1/10, 1).

Wenn man die zeitliche Entwicklung des Risikoverhaltens von Jugendlichen über die letzten Jahre betrachtet, lässt sich feststellen, dass die Jugend heute stärker konsumiert als früher. Besorgniserregend ist hier vor allem das Zunehmen von Alkoholvergiftungen unter Jugendlichen (vgl. Bühler 2011, 192f). Trotzdem darf man nicht außer Acht lassen, dass die Mehrheit der Jugendlichen kein problematisches Verhalten zeigt (vgl. Bühler 2011, 192). Es gibt Altersspannen, in denen am häufigsten mit dem Konsum von Alkohol, Tabak, Cannabis oder anderen illegalen Substanzen begonnen wird. Diese Hauptinzidenzphasen liegen

zwischen 14 und 21 Jahren. Nach diesem Altersabschnitt fängt kaum noch jemand an, die entsprechende Substanz regelmäßig zu konsumieren (vgl. Wittchen et al. 2008, in Bühler 2011, 195). Auch Muthén und Muthén (2000) haben festgestellt, dass starker Alkoholkonsum im Jugendalter zunimmt, am stärksten im Alter von Anfang 20 ausgeprägt ist und Ende 20 langsam wieder abnimmt. (Bühler 2011, 195)

In Bezug auf die Entwicklung des Alkoholkonsums haben Maggs und Schulenberg (2005) durch Zusammenfassung mehrerer Studien sechs Typen des Verlaufs ausgemacht. Der erste Pfad, der je nach herangezogener Studie 20 bis 40% der Jugendlichen beschreibt, umfasst stabil abstinente und leichte Trinker sowie Konsumenten, die über Jugend und frühes Erwachsenenalter nur sehr selten besorgniserregend viel Alkohol zu sich nehmen. Der zweite Pfad beschreibt über diese Phase stabil moderate Trinker mit wenig starkem Konsum. Diesem sind ungefähr 30% zuzuschreiben. Den übrigen Pfaden sind eher kleinere Gruppen von circa 10% der Jugendlichen zuzuschreiben. Hier unterscheidet man die „fling – drinkers“, welche über einen kurzen Zeitraum einen sehr riskanten Konsum zeigen, sich also „austoben“. Die „decreasers“ konsumieren sehr frühzeitig, trinken aber bald immer weniger. Die „chronic- - heavy – drinkers“ sind gekennzeichnet durch einen frühzeitig einsetzenden und andauernden riskanten Konsum. Die letzte dieser Gruppen ist die Gruppe der „late – onset – heavy – drinkers“. Diese beginnen spät, Alkohol zu konsumieren, entwickeln aber sehr schnell einen riskanten Konsum. (vgl. Bühler 2011, 197)

Kandel und Chen (2000) haben empirisch vier Verlaufstypen des Cannabiskonsums anhand des Einstiegsalters, des Zeitintervalls fast täglichen Konsums und des Andauerns des Konsums von früher Jugend bis ins Erwachsenenalter bestimmt: früher Einstieg und starker Konsum, früher Einstieg und moderater Konsum, später Einstieg und starker Konsum, sowie später Einstieg und moderater Konsum. Interessant ist hierbei, dass die leichten Konsumenten den Großteil der Stichprobe ausmachten und die meisten mit Mitte 30 den Konsum einstellten. Ein kleiner Teil allerdings, der sich durch starken Konsum auszeichnete behielt diesen bei und war stärker belastet hinsichtlich Delinquenz und Psychopathologie. (vgl. Bühler 2011, 197f)

Wie vorhin schon erwähnt, kann das Risikoverhalten von Jugendlichen auch als Entwicklungsaufgabe für diese angesehen werden. Oft stellt es auch Mittel zum Zweck dar und hat einen instrumentellen Wert. Neben dem Erwerb von bestimmten Qualifikationen müssen Jugendliche eine eigenständige belastbare Persönlichkeit entwickeln. All dies soll im Spannungsfeld zwischen Anpassung und Abgrenzung an gesellschaftliche Normen

geschehen. Dabei können Familie und Schule Unterstützung oder zusätzliche Belastung darstellen. Hier setzt nun die Funktion von Suchtmitteln ein. Sie können scheinbar dabei helfen, Entwicklungsaufgaben zu lösen. Allerdings führt das hohe Suchtpotential psychoaktiver Substanzen gerade bei Jugendlichen rasch zu einer Gewohnheitsnutzung, wodurch sich dann alle negativen Effekte von Substanzkonsum entfalten können. (vgl. HBSC Factsheet Nr. 1/10, 1)

In der folgenden Tabelle werden nun Entwicklungsaufgaben und Funktionen des Substanzkonsums (nach Reese und Silbereisen 2001) dargestellt:

Entwicklungsaufgaben	Funktionen des Substanzkonsums
Wissen, wer man ist und was man will; Identität	<ul style="list-style-type: none"> • Ausdruck persönlichen Stils • Suche nach grenzüberschreitenden Erfahrungen und Erlebnissen
Aufbau von Freundschaften; Aufnahme intimer Beziehungen	<ul style="list-style-type: none"> • Erleichterung des Zugangs zu Peergruppen • Exzessiv – ritualisiertes Verhalten • Kontaktaufnahme mit gegengeschlechtlichen Peers
Individuation von den Eltern	<ul style="list-style-type: none"> • Unabhängigkeit von den Eltern demonstrieren • Bewusste Verletzung elterlicher Kontrolle
Lebensgestaltung und –planung	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme an subkulturellem Lebensstil • Spaß haben und Genießen
Eigenes Wertesystem entwickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Gewollte Normverletzung • Ausdruck sozialen Protests
Entwicklungsprobleme	<ul style="list-style-type: none"> • Ersatzziel • Stress- und Gefühlsbewältigung (Notfallreaktion)

Bühler 2011, 203

Jugendliches Risikoverhalten spielt also bei der Lösung von altersspezifischen Entwicklungsaufgaben und bei eventuellen Entwicklungsproblemen eine Rolle. Es ist wichtig diesen instrumentellen Wert bei der Prävention anzuerkennen. (vgl. Bühler 2011, 204) Allerdings ist es auch so, dass Risikoverhaltensweisen nicht unabhängig voneinander sind, sondern voneinander abhängen und sich zu einem anhaltend ungesunden Lebensstil verdichten können. (vgl. WHO HBSC Survey 2010, 35)

7. Entwicklung des Substanzkonsums Jugendlicher in den letzten Jahren

7.1. Vergleich der ESPAD Erhebungen von 2003 und 2007

In der ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) Erhebung von 2007 wurde die Entwicklung von Alkoholkonsum, Rauchverhalten und dem Konsumverhalten von Cannabis über die letzten Jahre untersucht. Als Vergleichswerte wurden die Daten der ESPAD Erhebung von 2003 herangezogen.

In den nachfolgenden Tabellen werden die Unterschiede der Ergebnisse von 2003 und 2007 dargestellt. Es lassen sich hier sowohl Unterschiede als auch Gemeinsamkeiten erkennen. Die Monatsprävalenz von Alkohol ist ziemlich gleich geblieben, sie ist leicht gesunken, von 80% auf 79%. Auch die Anzahl der Befragten, die mindestens 40mal im Leben Alkohol getrunken haben, hat sich nur wenig verändert, sie ist von 47% auf 51% gestiegen. Die deutlichste Veränderung zeigt sich am Indikator „mindestens 10mal im Monat getrunken“, hier hat eine Steigerung von 20% auf 29% stattgefunden.

		ESPAD 2003	ESPAD 2007
	Mindestens 40mal im Leben getrunken	47%	51%
Alkohol	Monatsprävalenz	80%	79%
	Mindestens 10mal im Monat getrunken	20%	29%

Quelle: Uhl, A. et al (2005b): ESPAD Austria 200

In Bezug auf den Nikotinkonsum zeigt sich in allen drei erhobenen Kategorien ein deutlicher Rückgang. Die Anzahl der Jugendlichen, die mindestens 40mal im Leben geraucht haben ist von 43% auf 35% gesunken. Auch die Monatsprävalenz und die Anzahl derer, die in den letzten 30 Tagen mindestens sechs Zigaretten pro Tag geraucht haben, ist um je sechs beziehungsweise fünf Prozent gesunken.

	Mindestens 40mal im Leben geraucht	43%	35%
Nikotin	Monatsprävalenz	49%	43%
	Mindestens 6 Zigaretten/ Tag in den letzten 30 Tagen geraucht	25%	20%

Quelle: Uhl, A. et al (2005b): ESPAD Austria 200

Auch die Angaben bezüglich des Cannabiskonsums zeigen einen leichten Rückgang. Allerdings ist dieser nicht so deutlich wie beim Nikotinkonsum. So sind die Werte in allen vier untersuchten Bereichen um nur ein bis drei Prozent gesunken.

(vgl. ESPAD 2007, 40)

	Lebenszeitprävalenz	22%	19%
Cannabis	Jahresprävalenz	18%	15%
	Monatsprävalenz	10%	7%
	Mindestens 6mal im letzten Monat Cannabis geraucht	3%	2%

Quelle: Uhl, A. et al (2005b): ESPAD Austria 200

Diese Schwankungen in den Angaben müssen allerdings nicht unbedingt auf ein verändertes Konsumverhalten der Jugendlichen hindeuten, sie können genauso Ausdruck eines veränderten Antwortverhaltens sein. So können die Unterschiede bei den Werten in Bezug auf den Zigarettenkonsum auf die verschärfte Politik in Bezug auf Jugendliche und Nikotin zurückzuführen sein.

Die höheren Werte beim Alkoholkonsum können der vermehrten Berichterstattung über das Komatrinken von Jugendlichen zugrunde liegen. Durch die erhöhte mediale Aufmerksamkeit kann es sozusagen „cool“ sein für Jugendliche, einen höheren Konsum anzugeben.

Leichte Unterschiede der Werte könnten auch durch eine veränderte Fragestellung entstanden sein.

(vgl. ESPAD 2007, 41)

7.2. Vergleich der Daten der ESPAD 2007 Erhebung mit den Daten der Repräsentativerhebung (GPS) von 2004

Vergleicht man die Daten der ESPAD Erhebung mit den Daten der Repräsentativerhebung muss man beachten, dass bei den beiden Studien unterschiedliche Forschungsdesigns angewendet wurden. Während bei der ESPAD Befragungen mittels Fragebögen im Klassensetting durchgeführt wurden, wurden die Interviews bei der repräsentativen Bevölkerungsbefragung (GPS) durch geschulte Interviewer in einer face – to – face Situation geführt. Dieser Unterschied in der Erhebung stellt einen wesentlichen Grund für die Unterschiede der Ergebnisse dar. Wenn es um heikle Themen geht, wie zum Beispiel den Konsum illegaler Substanzen, bekommt man in anonymen Fragebögen möglicherweise ehrlichere Antworten als in einem persönlichen Gespräch. Allerdings ist im Schulsetting eher mit absurden oder übertriebenen Antworten zu rechnen als im direkten Interview.

Vergleich: Cannabiskonsum

Prävalenzraten Cannabis	ESPAD 2007, 14 – 17 Jahre	GPS* 2004, Teilgruppe 14 – 17 Jahre
Lebenszeitprävalenz	19%	13%
Jahresprävalenz	15%	8%
Monatsprävalenz	7%	4%
n	5679	243

*Quelle: Uhl et al.(2005): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2004

ESPAD 2007, Band 1, 42

Tatsächlich zeigen sich große Unterschiede beim Vergleich der Daten. Die Lebenszeitprävalenz liegt in der ESPAD Erhebung bei 19%, wohingegen sie bei der GPS nur 13% beträgt. Auch bei der Jahresprävalenz (15% vs. 8%) und bei der Monatsprävalenz (7% vs. 4%) ist die Differenz groß. An diesem Punkt sei darauf hingewiesen, dass die Zahlen zwischen den ESPAD Erhebungszeitpunkten von 2003 und 2007 aber deutlich gesunken sind. (vgl. ESPAD 2007, Band 1, 42)

Vergleich: Nikotinkonsum

Prävalenzraten Nikotin	ESPAD 2007, 14 – 17 Jahre	GPS* 2004, Teilgruppe 14 – 17 Jahre
Lebenszeitprävalenz	74%	69%
Jahresprävalenz	–**	54%
Monatsprävalenz	43%	46%
6 Zigaretten oder mehr täglich (in den letzten 30 Tagen)	20%	35%
n	5679	243

**die Jahresprävalenz für Nikotin wurde bei ESPAD nicht erhoben

*Quelle: Uhl et al.(2005): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2004

ESPAD 2007, Band 1, 42

In Bezug auf den Konsum von Nikotin zeigt sich ein anderes Bild. Hier ist nur die Lebenszeitprävalenz von 69% (GPS) auf 74% (ESPAD) gestiegen. Die Werte für die Monatsprävalenz sind um drei Prozentpunkte gesunken und die Anzahl derer, die in den letzten 30 Tagen sechs Zigaretten oder mehr täglich geraucht haben ist gar um 15 Prozentpunkte gesunken. (vgl. ESPAD 2007, Band 1, 42)

Vergleich: Alkoholkonsum

Prävalenzraten Alkohol	ESPAD 2007, 14 – 17 Jahre	GPS* 2004, Teilgruppe 14 – 17 Jahre
Lebenszeitprävalenz	96%	91%
Jahresprävalenz	92%	65%
Monatsprävalenz	79%	58%
n	5679	243

*Quelle: Uhl et al.(2005): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2004

ESPAD 2007, Band 1, 42

Die deutlichsten Unterschiede der Werte ergeben sich hinsichtlich der Prävalenzraten für Alkohol. Bei der Lebenszeitprävalenz zeigt sich ein Unterschied von fünf Prozentpunkten. Bei ESPAD gaben 96% der Jugendlichen an, schon einmal in ihrem Leben Alkohol getrunken zu haben, bei GPS waren es 91%. Die größten Unterschiede ergeben sich, wenn man Jahres- und Monatsprävalenz betrachtet. Geben bei ESPAD 92% der Jugendlichen an, im letzten Jahr Alkohol getrunken zu haben, sind es bei GPS nur 65%. Ähnliche Differenzen erhält man für die Monatsprävalenz (79% vs. 58%).

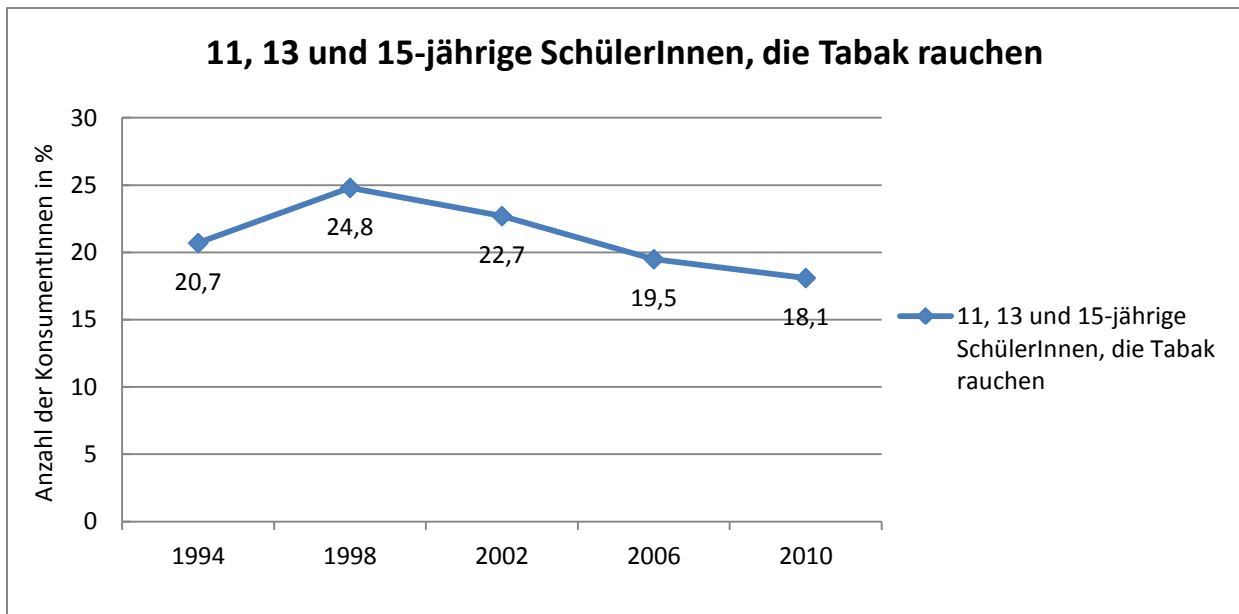
Derartige Unterschiede lassen sich schwer auf tatsächliche Veränderungen im Konsumverhalten der Jugendlichen zurückführen. Sie beruhen wohl eher auf der

unterschiedlichen Befragungsart – schriftlich bei ESPAD und face-to-face bei GPS. Unterschiede haben sich wahrscheinlich auch durch unterschiedliche Fragenformulierungen und daraus resultierenden Verständnisproblemen ergeben. (vgl. ESPAD 2007, Band 1, 42f)

7.3. Darstellung der zeitlichen Entwicklung des Konsumverhaltens durch HBSC (Health Behaviour of School Aged Children)

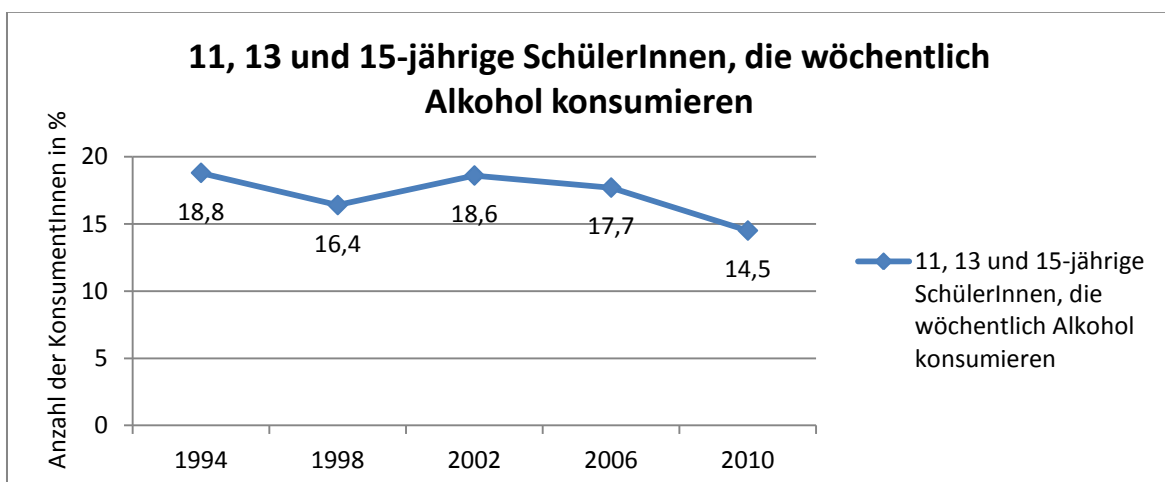
Auch in den HBSC Studien wurde das Konsumverhalten Jugendlicher im Alter von 11, 13, 15 und 17 Jahren untersucht. Im Jahr 2012 wurde dann der Trend über die letzten Jahre im HBSC Factsheet Nummer 4, 2012 dargestellt. Im Laufe der HBSC Studien hat sich ebenfalls gezeigt, dass es während der Pubertät, im Laufe der Identitätsbildung, oft zu Risikoverhalten kommt. Dazu zählen auch hier das Konsumverhalten, schlechtes Verhalten für die Gesundheit und Gewalt. Besonders beliebt unter Jugendlichen sind psychoaktive Substanzen wie Alkohol, Tabak und Cannabis.

Der Trend für den Konsum von Tabak zeigt, dass die Anzahl der konsumierenden SchülerInnen zwischen 1994 und 1998 stark zugenommen hat, seit damals gibt es einen kontinuierlichen Abwärtstrend. Zusätzlich hat sich herausgestellt, dass der Unterschied zwischen den Geschlechtern gering ist, obwohl Mädchen öfter angeben, zur Gruppe der Raucherinnen zu gehören als Burschen, allerdings konsumieren sie weniger intensiv. Die 15- und 17-jährigen SchülerInnen wurden zusätzlich dazu befragt, wann sie die erste Zigarette geraucht haben, unabhängig davon, ob sie zum Befragungszeitpunkt rauchten oder nicht. Der Großteil (39%) gab an, die erste Zigarette mit 12 bis 14 Jahren geraucht zu haben. In der nachfolgenden Tabelle fehlt der Trend für die 17-Jährigen, da diese erst seit 2010 befragt wurden. (vgl. HBSC Factsheet, Nr. 4/2012, 1f)



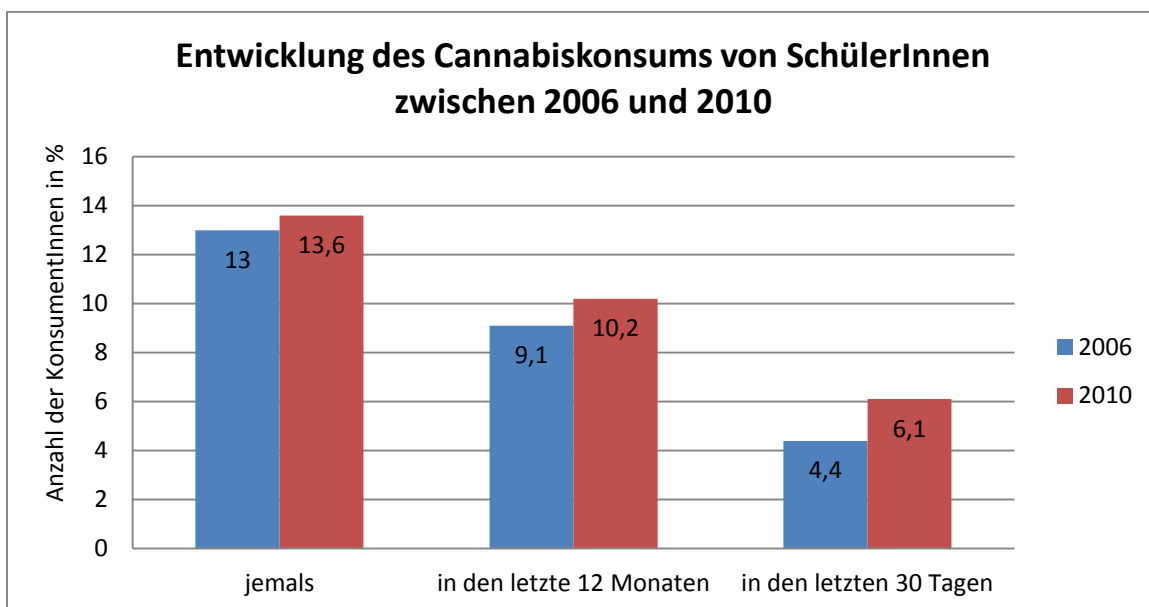
HBSC Factsheet Nr. 4/2012, 2

Betrachtet man, wie sich im selben Zeitraum der Alkoholkonsum entwickelt hat, ergibt sich ein anderes Bild. Dargestellt wird die Anzahl der SchülerInnen, die wöchentlich Alkohol konsumieren. Hier hat sich herausgestellt, dass es zwischen 1994 und 1998 einen Rückgang gegeben hat, dann stieg die Zahl wieder bis 2002 und seit damals geht sie kontinuierlich zurück. Am häufigsten trinken die untersuchten SchülerInnen Bier, Spirituosen und Alkopops. Spirituosen werden von beiden Geschlechtern gerne konsumiert, während die Burschen Bier den Alkopops vorziehen. Bei den Mädchen ist dies umgekehrt. In der unten stehenden Tabelle wird der Entwicklungstrend zwischen 1994 und 2010 dargestellt. Was sich daraus nicht ableiten lässt, ist die Menge, die wöchentlich konsumiert wird. (vgl. HBSC Factsheet, Nr. 4/2012, 3)



HBSC Factsheet Nr. 4/2012, 3

Da der Umgang von Jugendlichen mit Cannabis erst seit 2006 im Rahmen der HBSC Studien erforscht wird, lässt sich hierzu kein Trend darstellen. Man kann lediglich die Entwicklung im Zeitraum von 2006 bis 2010 abbilden. Die Anzahl der Jugendlichen, die angeben jemals in ihrem Leben Cannabis konsumiert zu haben ist annähernd gleich geblieben, sie ist lediglich von 13% auf 13,61% gestiegen. Das gleiche gilt für diejenigen, die in den letzten 12 Monaten Cannabis zu sich genommen haben, auch hier ist der Wert nur geringfügig gestiegen, von 9,1% auf 10,2%. Lediglich die Zahl der SchülerInnen, die in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert haben ist stärker gestiegen, von 4,4% auf 6,1%. Da aber nur die Werte von zwei Erhebungszeitpunkten vorliegen, kann man noch keine Aussage über einen möglichen Trend machen. (vgl. HBSC Factsheet, Nr. 4/2012, 3f)



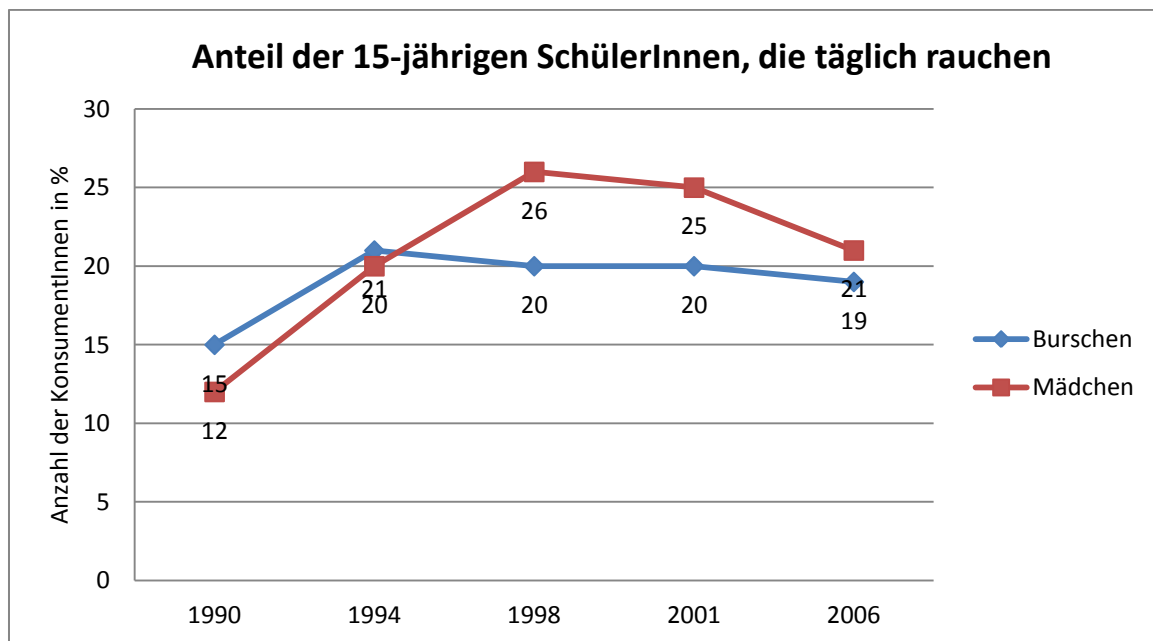
HBSC Factsheet, Nr. 4/2012, 3

7.4. Darstellung des Konsumverhaltens über die letzten Jahre, getrennt nach Geschlechtern

Wissenschaftliche Studien haben gezeigt, dass es in Bezug auf Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Jugendlichen alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede gibt. Diese Unterschiede können einerseits genetisch sein, physiologisch oder sozial vermittelt und antrainiert. Im Laufe der Pubertät verändern sich Verhalten und Kontext von Mädchen und Burschen. Die sozialen Rollenzuschreibungen driften auseinander und Unterschiede werden bedeutsamer. Diese Tatsachen machen es sinnvoll, das Verhalten von Mädchen und Burschen in dieser Zeit differenziert zu betrachten und zu erforschen. (vgl. HBSC Factsheet Nr. 1/2012, 1) Insgesamt zeigen Mädchen eher ein gesundheitsförderliches Verhalten als Burschen, dieses

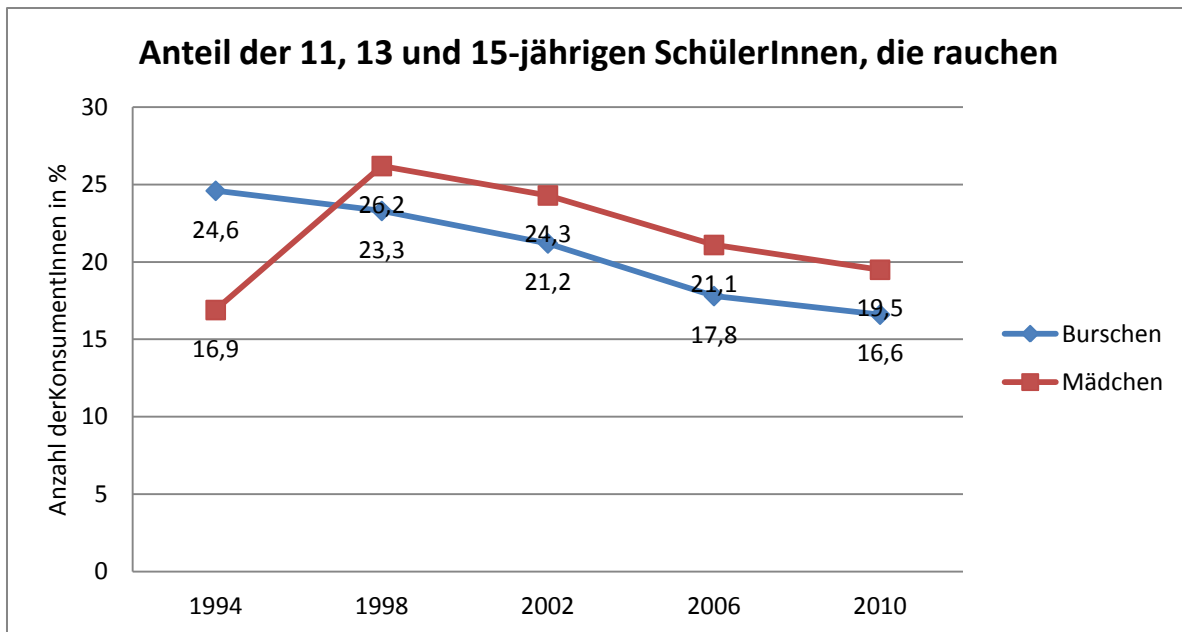
nimmt aber bei beiden Geschlechtern im Laufe der Zeit ab, während das gesundheitsgefährdende zunimmt. (vgl. HBSC Factsheet Nr. 1/2012, 2)

Die Zahl der rauchenden Erwachsenen hat sich in der EU zuletzt verringert, wohingegen sich die der rauchenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen generell erhöht hat. Bezogen auf Österreich zeigt sich, dass die Zahl der 15-Jährigen, die täglich rauchen, nach einem starken Anstieg zwischen 1990 und 1998, bei den Burschen zwischen 2002 und 2006 stabilisiert hat, während sie bei den Mädchen schwach gesunken ist. (vgl. HBSC Factsheet Nr. 1/10, 2)



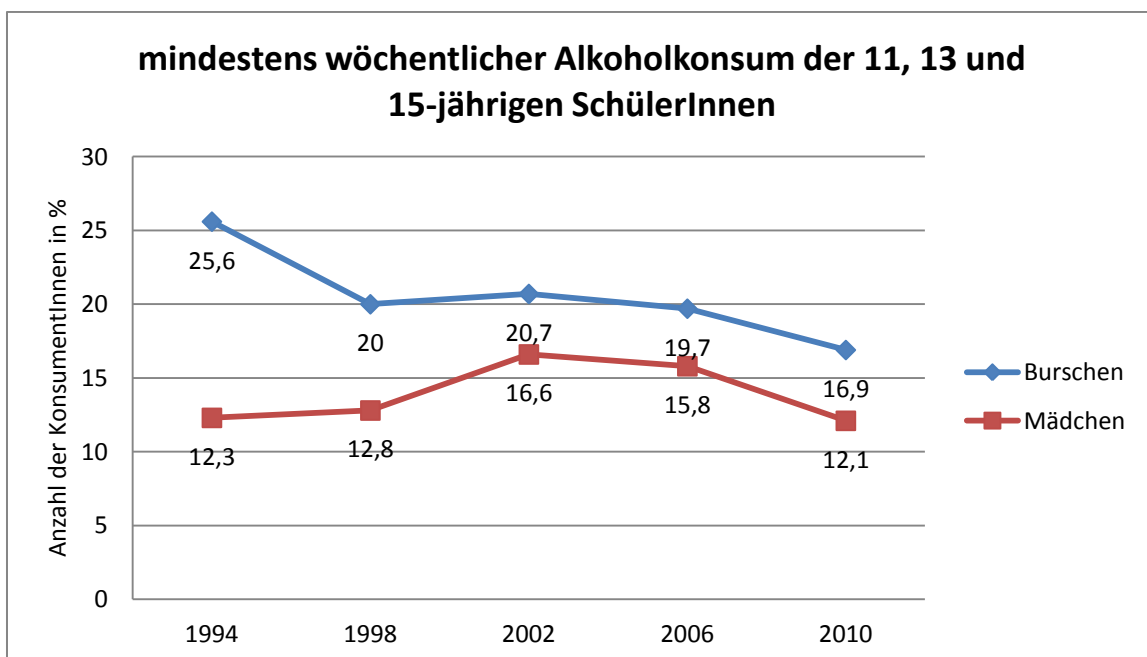
HBSC Factsheet Nr. 1/10

Schaut man sich nun die Zahl der Jugendlichen an, die überhaupt Tabak rauchen ergibt sich ein ähnliches Bild, wobei die Unterschiede zwischen Mädchen und Burschen noch etwas klarer hervortreten. Wie man in der Tabelle oberhalb sieht, war die Anzahl der Burschen und Mädchen, die 1994 täglich geraucht haben schon sehr nah beisammen, wohingegen bei den SchülerInnen, die 1994 überhaupt geraucht haben, noch ein großer Spalt zwischen den Geschlechtern klafft (16,9% vs. 24,6%). Allerdings haben die Mädchen die Burschen in beiden Kategorien bis 1998 deutlich überholt und seit damals die Führung behalten. Der Abwärtstrend, der bei den Burschen 1994 und bei den Mädchen 1998 begonnen hat, hält bis heute an. Ein wichtiger Schritt hierfür war auch die Einführung des Tabakverbots für unter 16-Jährige.



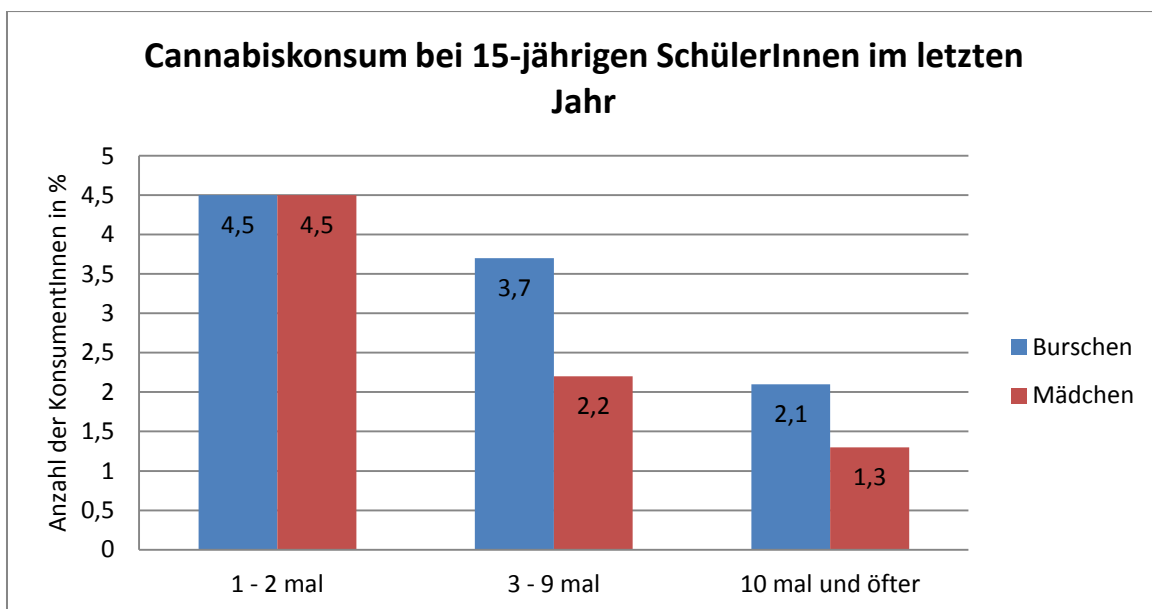
HBSC Factsheet, Nr. 1/2012, 4

Wie auch beim Rauchen hat beim Alkoholkonsum der 15-Jährigen in den 90er Jahren ein exzessiver Anstieg stattgefunden. Seit 2002 sind auf diesem Gebiet wieder leichte Rückgänge festzustellen. Betrachtet man zusätzlich den Alkoholkonsum der 11 und 13-Jährigen ergibt sich ein ähnliches Bild. Bei den Burschen ging der wöchentliche Alkoholkonsum zwischen 1994 bis 1998 stark zurück. Bis 2002 kam es wieder zu einem leichten Anstieg. Bei den Mädchen ist das Bild ein etwas anderes. Bei ihnen stieg der wöchentliche Konsum stetig von 1994 bis 2002, auch wenn er nie die Prozentzahlen der Burschen erreichte. Es kam zwar zu einer Annäherung, trotzdem bleibt der Konsum der Mädchen auch ab 2002 immer durchschnittlich vier Prozentpunkte unter dem der Burschen. (Factsheet Abhängigkeit und Substanzkonsum, Version 2.2, 2013, 14)



Factsheet Abhängigkeit und Substanzkonsum, Version 2.2, 2013, 14

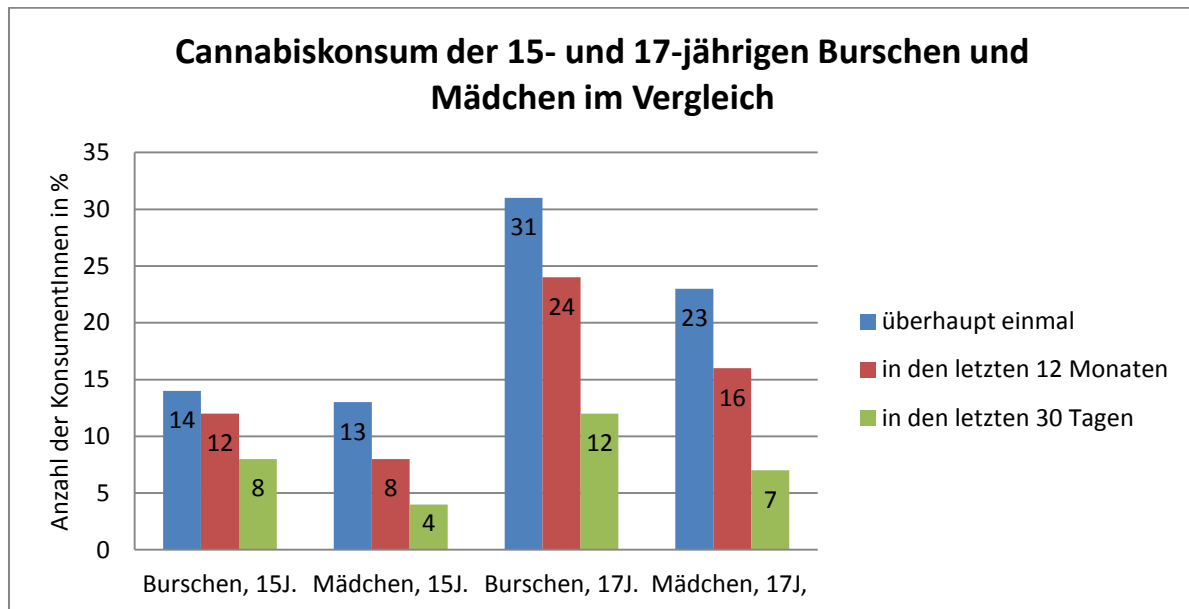
In Bezug auf den Konsum von Cannabis ist es schwer, eine zeitliche Entwicklung darzustellen. Vergleicht man die Ergebnisse der ESPAD Erhebungen von 2003 und 2007 sieht man einen leichten Rückgang. Nimmt man die Daten der ESPAD Erhebung von 2007 und vergleicht sie mit den Ergebnissen der GPS 2004 schaut es genau umgekehrt aus. Man kann also schwer Aussagen dazu treffen. Wozu man aber sehr wohl Aussagen machen kann ist der unterschiedliche Konsum von 15-jährigen Burschen und Mädchen im letzten Jahr. Aktuellen Studien nach konsumiert ein Drittel der 15- bis 29-Jährigen Cannabis. Damit ist Cannabis - nicht nur in Österreich - die meistkonsumierte illegale Droge. Im Gegensatz zu Alkohol und Nikotin gibt es hier nur marginale Unterschiede zwischen Mädchen und Burschen. Es ist aber deutlich zu erkennen, dass der Großteil der Jugendlichen Probierkonsum betreibt, nur 2,1% beziehungsweise 1,3% konsumieren regelmäßig. (vgl. HBSC Factsheet Nr. 1/10, 5)



HBSC Factsheet, Nr. 1/10, 5

Der Bericht zur Drogensituation von 2010 zeigt hier ein etwas anderes Bild. Auch hier wurden die Konsumerfahrungen mit Cannabis der 15- und 17-Jährigen untersucht. Es hat sich hier ebenfalls gezeigt, dass ein Unterschied zwischen den Geschlechtern besteht, auch wenn dieser nicht sehr groß ist. Unterscheidet sich bei den 15-Jährigen die Anzahl derjenigen, die Cannabis überhaupt einmal probiert haben noch kaum, erkennt man in den Kategorien „in den letzten 12 Monaten“ und „in den letzten 20 Tagen“ schon größere Unterschiede. Nimmt man dann die 17-Jährigen her, ist ganz klar zu erkennen, dass die Burschen in allen Kategorien die Nase deutlich vorne haben. Tatsächlich ist die Zahl der Burschen, die in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert haben (24%) höher als die Anzahl der Mädchen, die überhaupt einmal probiert haben (23%). Von den Burschen gibt sogar rund ein Drittel (31%) an, schon

einmal Cannabis konsumiert zu haben. Bei den Mädchen haben in den letzten 12 Monaten nur 16% konsumiert. In den letzten 30 Tagen konsumiert zu haben geben nur 12% der Buben und 7% der Mädchen an. (vgl. Bericht zur Drogensituation 2012, 14) Man sieht also, dass trotz des Rummels, der in den Medien betrieben wird, die Zahl der Jugendlichen, die wirklich regelmäßig Cannabis zu sich nehmen, sehr gering ist.



Bericht zur Drogensituation 2012, 14

Leider ist es nicht möglich, zu anderen Substanzen eine Aussage zu machen oder eine Entwicklung darzustellen. Auch wenn es in den Medien anders aussieht, liegen die Prävalenzraten für andere Substanzen als Alkohol, Nikotin und Cannabis nur bei höchstens 2%, sie sind also zu gering, um Entwicklungen zu erforschen und darzustellen. Bei so kleinen Zahlen würde jede zufällige, kleine Schwankung schon nach einer großen Veränderung ausschauen. Allerdings gibt es eine Reihe von Belegen, die auf eine zunehmende Differenzierung des Drogenkonsums hindeuten. Sowohl beim Probierkonsum als auch beim problematischen Konsum kommt eine Vielzahl an Substanzen zur Verwendung. Ein deutlicher Trend zeigt sich in Richtung Aufputschmittel, wie zum Beispiel Amphetamine und Kokain. Das könnte unter anderem am Preisverfall des Kokains liegen, aber auch an der gesellschaftlichen Entwicklung. Eine weitere Entwicklung der letzten Jahre ist der Trend hin zum polytoxikomanen Konsum, das heißt dass mehrere Substanzen gleichzeitig oder abwechselnd konsumiert werden. (vgl. Factsheet Abhängigkeit und Substanzkonsum 2013, 23) Gerade dieser Mischkonsum ist aber besonders gefährlich, da es durch den gemeinsamen Konsum verschiedener Substanzen oft zu ungeplanten Reaktionen kommt, die in weiterer Folge auch zum Tod führen können.

8. Einflussfaktoren auf den Substanzkonsum von Jugendlichen

Es gibt mehrere Faktoren, die Einfluss auf das Verhalten von Jugendlichen haben. Der wichtigste davon ist die Familie. Ein funktionierendes Familienleben beeinflusst die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen stark. Eine harmonische Eltern – Kind – Beziehung, offene Kommunikation und elterliche Unterstützung sind ausschlaggebend für eine gute mentale und physische Entwicklung von Kindern. Durch ein positives Verhältnis zu den Eltern verbessert sich das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen und das Risikoverhalten wird reduziert. (vgl. Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österr. Schülern und Schülerinnen Ergebnisse des WHO HBSC Survey 2010, 61f)

Familien, die einen offenen Umgang pflegen und gut mit Veränderungen und Problemen umgehen können, wirken sich protektiv auf junge Menschen aus. Anders ist es in Familien, die schlecht mit familiären Problemen umgehen können. Eine schlechte Kommunikation zwischen Eltern und Kindern kann zu psychologischen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder führen. Sie wirkt auch negativ auf das Risikoverhalten von Jugendlichen. Erfahren diese keinen Rückhalt in der Familie und bekommen wenig bis gar keine soziale Unterstützung durch die Eltern wirkt das begünstigend für riskantes Verhalten. (vgl. Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österr. Schülern und Schülerinnen Ergebnisse des WHO HBSC Survey 2010, 62)

Besonders starken Einfluss hat die psychosoziale Familiensituation auf das Rauchverhalten Jugendlicher und den Alkoholkonsum. Ist die Kommunikation zwischen Eltern und Jugendlichen sehr leicht und offen, greifen sie seltener zur Zigarette und trinken auch weniger Alkohol. Dabei hat die Kommunikation zur Mutter einen größeren Einfluss als die zum Vater. Eltern stellen mit ihrem Verhalten auch ein Vorbild dar. Sind sie Nichtraucher greifen auch die Jugendlichen eher nicht zur Zigarette. Erhalten sie allerdings wie vorhin schon erwähnt keine oder zu wenig Unterstützung durch die Eltern, bekommen zu wenig Freiräume und fühlen sich unverstanden, weisen sie eine zweieinhalbmal höhere Wahrscheinlichkeit auf, täglich zu rauchen als Jugendliche mit einer funktionierenden Familiensituation. (vgl. HBSC Factsheet Nr. 1/ 2010, 2)

Auch in Bezug auf Alkohol darf man die Vorbildwirkung der Familie nicht unterschätzen. Tatsächlich kommen die meisten Jugendlichen in der Familie erstmals in Kontakt mit Alkohol, und zwar auf Familienfesten. Auch hier wirkt der Alkoholkonsum der Eltern als Vorbild für die Jugendlichen. Ein wichtiger Punkt hier ist der Erziehungsstil der Eltern. Sind sie sehr permissiv und uninteressiert, greifen Jugendliche häufiger zu Alkohol. Wissen die

Eltern jedoch über die wichtigen Dinge im Leben ihrer Kinder Bescheid und zeigen Verständnis und Interesse, trinken die Jugendlichen weniger oft Alkohol. (vgl. HBSC Factsheet Nr. 1/ 2010, 4)

Die Beziehung zwischen Eltern und Jugendlichen hat auch Einfluss auf den Cannabiskonsum, er ist hier aber nicht so groß wie bei Alkohol und Zigaretten. (vgl. Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österr. Schülern und Schülerinnen Ergebnisse des WHO HBSC Survey 2010, 64)

Ein weiterer wichtiger Einflussfaktor im Leben von Jugendlichen ist die Schule. Herrscht ein gutes Schulklima, fühlen sich Schüler und Schülerinnen in der Schule wohl und haben einen guten Kontakt zu Mitschülern so wirkt sich das positiv auf ihr Gesundheits- und Risikoverhalten aus. Auch der Erfolg in der Schule wirkt sich schützend aus. Allerdings ist es so, dass es in der Schule auch einige gefährdende Faktoren gibt. Ein schlechtes Schulklima und Ausgrenzung wirken sich negativ auf Schülerinnen und Schüler aus. Außerdem können sie in der Schule leicht mit Zigaretten und Alkohol in Kontakt kommen. (vgl. Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österr. Schülern und Schülerinnen Ergebnisse des WHO HBSC Survey 2010, 66)

Bei einer sehr hohen Schulzufriedenheit und einer sehr guten Schulleistung steigt die Wahrscheinlichkeit, nicht zur Zigarette zu greifen signifikant an und die Wahrscheinlichkeit, wöchentlich Alkohol zu konsumieren sinkt deutlich. Der Effekt dieser Faktoren auf den Cannabiskonsum ist sehr gering. (vgl. Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österr. Schülern und Schülerinnen Ergebnisse des WHO HBSC Survey 2010, 72)

Des Weiteren hat auch der sozioökonomische Status einer Familie einen Einfluss auf das Risikoverhalten von Jugendlichen. Jugendliche, die aus einer Familie mit hohem bis mittlerem Wohlstand stammen, beginnen seltener zu rauchen, als jene aus finanziell schlechter gestellten Familien. Allerdings konsumieren diese seltener wöchentlich Alkohol als die wohlhabenderen Jugendlichen. Das Wohlstandsniveau hat kaum Einfluss auf den Konsum von Cannabis. (vgl. Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österr. Schülern und Schülerinnen Ergebnisse des WHO HBSC Survey 2010, 72)

9. Resümee

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich das Konsumverhalten jugendlicher Mädchen und Burschen durchaus unterscheidet. Und zwar konsumieren Burschen öfter wöchentlich Alkohol, wobei die Mädchen sich bis 2002 angenähert haben. Seit damals ist der Abstand geringer als in den Jahren davor. Beim Rauchverhalten zeigt sich ein etwas anderes Bild. Im Jahre 1998 haben die Mädchen die Burschen überholt und seit damals die Nase vorne. Beim Cannabiskonsum haben wieder die Burschen die Führung. Seit 2002/2003 ist ein deutlich abnehmender Trend bei Burschen und Mädchen beim Konsumverhalten von Alkohol, Tabak und Cannabis erkennbar. Insgesamt tendieren Burschen eher dazu, riskantes Verhalten in der Jugend an den Tag zu legen. Sie nehmen öfter Alkohol und Cannabis zu sich und neigen auch eher zu gewalttätigem Verhalten. Die Mädchen achten eher auf ihre Gesundheit und zeigen sich auch im Konsumverhalten – mit Ausnahme beim Rauchverhalten – zurückhaltender. Diese Unterschiede kann man unter anderem auf die unterschiedliche Sozialisation von Burschen und Mädchen zurückführen.

Trotzdem darf man das Risikoverhalten Jugendlicher nicht nur negativ sehen. Es zählt zu einer wichtigen Entwicklungsaufgabe dieses zu überwinden. Kritisch wird es erst, wenn sich das riskante Verhalten chronifiziert und auch im späteren Leben als Lösung gesehen wird. Tatsächlich ist der Substanzkonsum von Jugendlichen eher als Probierkonsum zu bezeichnen. In den meisten Fällen steigt der Konsum von Alkohol, Tabak und anderen Substanzen im Laufe des Jugendalters an und sinkt mit Mitte bis Ende 20 wieder. Nur bei vergleichsweise wenigen Jugendlichen entwickelt sich eine Abhängigkeit.

Hier zeigt sich die Wichtigkeit der Familie. Die Eltern – Kind – Beziehung und die Familiensituation allgemein sind die wichtigsten Schutz- oder Risikofaktoren für Jugendliche. Eine gute Kommunikation und ein offenes Verhältnis innerhalb der Familie wirken sich positiv auf das Verhalten von Jugendlichen aus und wirken schützend gegen riskantes Verhalten. Auch die Schule und die sozioökonomische Situation können sich sowohl positiv als auch negativ auf SchülerInnen auswirken.

Um die Forschungsfrage zu beantworten: das Konsumverhalten jugendlicher Burschen und Mädchen unterscheidet sich klar und zeitlich betrachtet ist nach einem Anstieg bis ca. 2002 seit damals ein Trend abwärts bei beiden Geschlechtern bezüglich der Konsumhäufigkeit von Alkohol, Tabak und Cannabis zu erkennen. In Bezug auf andere Substanzen lässt sich wenig sagen, da die Prävalenzraten so gering sind, dass man weder zeitliche Entwicklungen noch Unterschiede zwischen den Geschlechtern erkennen kann.

10. Literaturverzeichnis

Bühler Anneke: Risikoverhalten in der Jugend, in Uhlhaas, Peter J., Konrad, Kerstin (Hrsg.) (2011): Das adoleszente Gehirn, mit einem Geleitwort von Wolf Singer, W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

DB, Drogenberatung des Landes Steiermark (2012k): Arbeitsmaterialien. Handout - Konsum. Friedrichgasse 7, Graz.

Dür Wolfgang, Griebler Robert, Kremser Waldemar (2010): HBSC Factsheet, Nr. 1/ 10, Alkohol, Rauchen, Cannabis, Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research, Kopierstelle BMG, 1030 Wien, Radetzkystraße 2

Gschwandtner Franz, Lehner Roland, Paulik Richard, Seyer Seifried (Hrsg.)(2013): Factsheet Abhängigkeit und Substanzkonsum, Version 2.2, 15.03.2013, Überblick über statistische Kennzahlen zur Abhängigkeit, zum Konsum von psychoaktiven Substanzen und zu Verhaltenssüchten in Österreich, Institut Suchtprävention Pro Mente OÖ, Hirschgasse 44, 4020 Linz

Laging, Marion (2005): Riskanter Suchtmittelkonsum bei Jugendlichen. Entstehungszusammenhänge, Möglichkeiten der Identifizierung und Prävention. Verlag Dr. Kovač: Hamburg.

Ramelow Daniela, Griebler Robert, Hofmann Felix, Unterweger Katrin, Mager Ursula, Felder-Puig Rosemarie, Dür Wolfgang (2011): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen, Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010, Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research, Kopierstelle BMG, 1030 Wien, Radetzkystraße 2

Ramelow Daniela, Felder-Puig Rosemarie (2012): HBSC Factsheet Nr. 1/2012, Alters- und Geschlechtsunterschiede in der subjektiven Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern: Ergebnisse 2010 und Trends. Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research, Kopierstelle BMG, 1030 Wien, Radetzkystraße 2

Ramelow Daniela, Felder – Puig Rosemarie (2012): HBSC Factsheet Nr. 4/ 2012, Alkohol, Tabak, Cannabis, Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research Wien, Kopierstelle BMG, 1030 Wien, Radetzkystraße 2

Straßegger – Einfalt, Renate (2008): Brennpunkt Jugendalter, Schulisches und außerschulisches Selbstkonzept von Jugendlichen. Geschlechts- und Schultypunterschiede. Pädagogische Perspektiven Band 5. Leykam Buchverlagsgesellschaft m. b. H. Nfg. & Co. KG, Graz

Strizek, J.; Uhl, A.; Schmutterer, I.; Grimm, G.; Bohrn, K.; Fenk, R.; Kobrna, U.; Springer, A. (2008): ESPAD Austria 2007: Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen, Band 1: Forschungsbericht. Wien, Bundesministerium für Gesundheit

Weigl Marion, Busch Martin, Grabenhofer-Eggerth Alexander, Türscherl Elisabeth, Wirl Charlotte (2012): Bericht zur Drogensituation 2012, Im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon und des Bundesministeriums für Gesundheit

10.1. Internetquellen

Baumgartner Roswitha, Zeyringer Wolfgang, Thurner Bernd, Schmuckermair Lukas, Tiefenbacher Michaela (2011): ADDICTionary, VIVID – Fachstelle für Suchtprävention, vivid.at, Stand April 2013

Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur (Hrsg.)(2012): Suchtprävention in der Schule. Informationsmaterialien für die Schulgemeinschaft. Wien 2012, vivid.at, Stand April 2013

10.2. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Erklärungsmodell Ursachendreieck: Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur (Hrsg.)(2012): Suchtprävention in der Schule. Informationsmaterialien für die Schulgemeinschaft. Wien 2012, auf vivid.at, Stand April 2013

Abb. 2: Die Suchtspirale: www.hoelzel.at, Stand Mai 2013