

Tabakprävention bei Jugendlichen

Jugendliche entwickeln schnell eine Abhängigkeit

Tabakabhängigkeit ist eine diagnostizierbare Suchterkrankung und mit Abstand die häufigste Form der Suchterkrankungen: Die Entstehung einer Abhängigkeit von Tabak, insbesondere einer verminderten Kontrolle über das Rauchen, kann bei Jugendlichen schon innerhalb weniger Wochen und Monate auftreten.¹ Wissenschaftlich erwiesen ist auch die Tatsache, dass schon das Rauchen weniger Zigaretten pro Monat zu einer Abhängigkeit führen kann,² die in Folge den täglichen Tabakkonsum begünstigt.

Das junge Gehirn wird eher beeinträchtigt

Da die Entwicklung des Gehirns bei Jugendlichen noch nicht abgeschlossen ist, kann der Tabakkonsum die normale Gehirnentwicklung beeinträchtigen und zu Störungen der kognitiven Fähigkeiten, z. B. im Bereich der Impulskontrolle und Aufmerksamkeit im Erwachsenenalter führen.³ Je früher mit dem Rauchen begonnen wird, umso stärker sind diese schädlichen Auswirkungen auf das Gehirn.⁴

Je später der Beginn, desto leichter der Ausstieg

Ein ausschlaggebendes Kriterium zur Entwicklung der Rauchgewohnheiten ist das Alter, in dem mit dem Rauchen begonnen wird. Je früher Jugendliche mit dem Rauchen anfangen, desto schwerer fällt es ihnen später, sich das Rauchen abzugewöhnen, und umso höher ist der Tabakkonsum im Erwachsenenalter.⁵

Laut den Ergebnissen der ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs)-Erhebung zu Konsum und Einstellung von SchülerInnen zu legalen und illegalen psychoaktiven Substanzen aus dem Jahr 2015 rauchen 20% der 14- bis 17-Jährigen (20% der Buben und 21 % der Mädchen) täglich. Während 12% der 14-Jährigen angeben, täglich zu rauchen, sind es bereits 43% der 17-Jährigen. 29% haben in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung mindestens einmal geraucht.⁶ Den Ergebnissen einer Gesundheitsbefragung an SchülerInnen (Health Behaviour in School-aged Children - HBSC-Studie 2014) zufolge, rauchen in Österreich 14,3% der 17-Jährigen Schülerinnen und 18,8% der 17-Jährigen Schüler täglich.⁷

Laut Gesundheitsbefragung 2014 haben in Österreich 55% der täglich rauchenden Frauen und 59,5% der täglich rauchenden Männer vor dem 18. Lebensjahr mit dem Rauchen begonnen.⁸

Ein wichtiges Ziel der Tabakprävention ist es, das Einstiegsalter nach hinten zu verschieben, denn wer bis zum Alter von 25 Jahren nicht mit dem Rauchen angefangen hat, wird mit großer Wahrscheinlichkeit auch nicht mehr damit beginnen.

Jugendschutzgesetze: Starke präventive Wirkung nur gemeinsam mit anderen Maßnahmen

Starke präventive Wirkung hat die Anhebung des Jugendschutzes vor Tabak nur in jenen Ländern gezeigt, die gleichzeitig auch rauchfreie Gastronomie eingeführt haben oder die Tabaksteuer deutlich anhaben. Die Studie von Kuipers et al. 2015⁹ konnte anhand der Daten der ESPAD Studie aus den Jahren 2003, 2007 und 2011 zeigen, dass in allen drei Untersuchungswellen strengere Maßnahmen

¹Vgl. Deutsches Krebsforschungszentrum (2008): Rauchende Kinder und Jugendliche in Deutschland – Leichter Einstieg, schwerer Ausstieg. Rote Reihe Tabakprävention und Entwöhnung Bd. 8. Heidelberg.

²Vgl. DiFranza JR (2015): A 2015 Update on the Natural History and Diagnosis of Nicotine Addiction. *Curr Pediatr Rev.*

³Vgl. Counotte DS et al. (2009): Long-lasting cognitive deficits resulting from adolescent nicotine exposure in rats. *Neuropsychopharmacology.* 34 (2):299-306.
Leslie FM et al. (2004): Adolescent development of forebrain stimulant responsiveness: Insights from animal studies. *Annals of the New York Academy of Sciences.* 1021(1): 148-159.

⁴Vgl. DeBry SC, Tiffany ST (2008): Tobacco-induced neurotoxicity of adolescent cognitive development of impulsivity in nicotine dependence. *Nicotine & Tobacco Research.* 10(1): 11-25.

⁵Vgl. Deutsches Krebsforschungszentrum (2008): Rauchende Kinder und Jugendliche in Deutschland – leichter Einstieg, schwerer Ausstieg. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle. Band 8. Heidelberg.

⁶Vgl. Strizek J et al.(2016): ESPAD Österreich. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich, Wien.

⁷Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2015): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern – Ergebnisse des WHO-Survey 2014. Zu beachten ist, dass aufgrund geringer Fallzahlen die Daten der BerufsschülerInnen aus der Auswertung ausgeschlossen wurden.

⁸Vgl. Statistik Austria (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014.

⁹Vgl. Kuipers MAG et al. (2015): Tobacco control and socioeconomic inequalities in adolescent smoking in Europe. *American Journal of Preventive Medicine* 49(5):e64-72.

zur Eindämmung des Tabakkonsums¹⁰ mit geringeren Raucherraten bei den Jugendlichen in Zusammenhang stehen. D.h. Länder mit umfassenderen Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums haben tendenziell auch geringere RaucherInnenraten bei den Jugendlichen.

Rauchfreie Gastronomie: Wirksame Maßnahmen in der Tabakprävention und im Jugendschutz
Ein in Gastronomie umgesetztes Rauchverbot ohne Ausnahmen gilt als sehr wirksame Maßnahme der Tabakkontrolle.¹¹ Selten ist etwas so gut belegt wie die positive Wirkung des Rauchverbots auf die Bevölkerung.

Suchtpräventive Wirkung: Es unterstützt die „Kultur des Nichtrauchens“. Kinder und Jugendliche werden durch eine rauchfreie Umgebung nicht nur vor Passivrauch geschützt, sondern diese kann sie auch davon fernhalten, mit dem Rauchen zu beginnen oder dazu anregen, den Tabakkonsum zu reduzieren.

Ein Rauchverbot in der Gastronomie schützt Jugendliche davor, mit dem Rauchen anzufangen und beeinflusst ihr eventuell bestehendes Rauchverhalten.¹²

Wirksame Tabakprävention ist ein Maßnahmenbündel aus den Bereichen Tabakprävention, Tabakkontrolle und Tabakentwöhnung¹³

Eine widerspruchsfreie NichtraucherInnenenschutz-Gesetzgebung ist eine Voraussetzung für wirksame Präventionsmaßnahmen.

Sinnvolle Verhaltenspräventive Maßnahmen (wie z.B. Lebenskompetenzprogramme) brauchen gesetzlich widerspruchsfreie Rahmenbedingungen: Die Beispiele Kalifornien und Massachusetts zeigen, dass die Wirkung von Lebenskompetenzprogrammen erhöht wird, wenn sie Teil und Begleitung einer umfassenden Gesetzgebung zu struktureller Tabakprävention sind.¹⁴

NichtraucherInnenenschutzgesetze mit Ausnahmen haben eine deutlich geringere Wirkung als ein absolutes Rauchverbot in der Gastronomie, das den Tabakkonsum innerhalb aller gastronomischen Räume ausnahmslos verbietet.¹⁵

Ein absolutes Rauchverbot in der Gastronomie senkt nachweislich sowohl die Raucheinstiegsrate als auch die Anzahl gerauchter Zigaretten.¹⁶

Ein Rauchverbot in der Gastronomie führt dazu, dass auch zu Hause weniger geraucht wird.¹⁷

Tabakprävention für Jugendliche beginnt bei den Erwachsenen

Kinder und Jugendliche orientieren sich stark an den Personen in ihrem familiären und sozialen Umfeld.¹⁸

Am wichtigsten ist bei erwachsenen Bezugspersonen die ablehnende Haltung gegenüber dem Rauchen ihrer Kinder – auch wenn sie selbst rauchen. Diese Grundeinstellung kann dazu beitragen, dass Kinder gar nicht erst mit dem Rauchen beginnen oder erst viel später.¹⁹

¹⁰Z.B. Preis, Rauchfrei-Gesetze, Verbote für Werbung, Gesundheitswarnungen auf Tabakprodukten, Unterstützungsmaßnahmen für Personen, die mit Rauchen aufhören wollen, Ausgaben für öffentliche Informationskampagnen.

¹¹Vgl. World Health Organization (2003): WHO Framework Convention on Tobacco Control; World Health Organization (2008): WHO report on the global tobacco epidemic. The MPOWER package; World Health Organization (2013): WHO report on the global tobacco epidemic 2013. Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship.

¹²Vgl. Siegel M, Albers AB, Cheng DM, Biener L & Rigotti NA (2005): Effect of local restaurant smoking regulations on progression to established smoking among youths. Tobacco Control 14: 300–306; Siegel M, Albers AB, Cheng DM, Hamilton WL & Biener L (2008): Local restaurant smoking regulations and the adolescent smoking initiation process: results of a multilevel contextual analysis among Massachusetts youth. Arch Pediatr Adolesc Med 162: 477-483; Hawkins SS, Bach N, Baum CF (2016): Impact of tobacco control policies on adolescent smoking. J Adolesc Health 58(6): 679–685.

¹³Vgl. U.S. Department of Health and Human Services (2012): Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults.

¹⁴Vgl. Hersey JC, Niederdeppe J, Ng SW et al. (2005): How state counter-industry campaigns help prime perceptions of tobacco industry practices to promote reductions in youth smoking. Tobacco Control, 14, 377–383

¹⁵Vgl. Anger S, Kvasnicka M & Siedler T (2011): One last puff? Public smoking bans and smoking behavior. J Health Econ 30: 591–601.

¹⁶Vgl. Deutsches Krebsforschungszentrum (2010b): Nichtraucherschutz wirkt. Eine Bestandsaufnahme aus der deutschen und der internationalen Gastronomie. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Bd. 15.

¹⁷Vgl. Vivid, Pressemitteilung 4.10.2018: "Weniger junge Raucher durch Rauchverbot"

¹⁸Vgl. Langeder, A. (2016). Beeinflussung des Rauchverhaltens von BesucherInnen von Jugendlokalen in Graz durch die Folgen der Tabakgesetznovelle. Diplomarbeit, Medizinische Universität Graz

¹⁹Vgl. Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH (2018): Wie schütze ich mein Kind vor Sucht – Information für Eltern, S.24 f.