



**Katholische  
Fachhochschule** ● ● ● ●  
**Nordrhein-Westfalen**

*University of Applied Sciences*

**Fachbereich Sozialwesen  
Studienrichtung Sozialarbeit**

# **DIPLOMARBEIT**

**Epidemiologie des Substanzkonsums  
bei Jugendlichen:  
Eine Analyse unter Stadt-Land-Perspektive**

<b>Studentin</b>	<b>:</b>	<b>Claudia Metzler</b>
<b>Matr. Nr.</b>	<b>:</b>	<b>210703</b>
<b>Erstprüfer</b>	<b>:</b>	<b>Prof. Dr. Michael Klein</b>
<b>Zweitprüferin</b>	<b>:</b>	<b>Dipl. Sozialpädagogin Anne Pauly</b>
<b>Abgabedatum</b>	<b>:</b>	<b>08. Januar 2003</b>

---

---

### **Erklärung**

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig angefertigt und keine als die angegebenen und bei Zitaten kenntlich gemachten Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Köln, den 06. Januar 2003

---

Claudia Metzler

---

# INHALT

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Lebensphase Jugend</b>	<b>11</b>
2.1	Begriff und Bedeutung	11
2.2	Entwicklungsaufgaben im Jugendalter im Kontext mit psychotropen Substanzen	13
<b>3</b>	<b>Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit</b>	<b>17</b>
3.1	Diagnostische Kriterien	17
3.2	Substanzbedingte Folgeschäden	19
3.2.1	Alkohol	20
3.2.2	Tabak	21
3.2.3	Illegale psychoaktive Substanzen	21
3.3	Störungen durch Substanzkonsum nach DSM-IV-Kriterien bei Jugendlichen	23
<b>4</b>	<b>Ätiologie zum missbräuchlichen Konsum psychotroper Substanzen</b>	<b>26</b>
4.1	Schutzfaktoren	29
4.1.1	Protektive Umweltfaktoren	29
4.1.2	Individuelle protektive Faktoren	32
4.2	Risikofaktoren	33
4.2.1	Umweltbedingte Risikofaktoren	33
4.2.2	Individuelle Risikofaktoren	38
4.3	Schutz- und Risikofaktoren nach den strukturellen Besonderheiten von Stadt und Land	40
4.4	Erklärungsansätze zur Entwicklung riskanten Drogenkonsums: Theorien jugendlichen Risikoverhaltens	46
4.4.1	Biologische Erklärungsansätze	47
4.4.2	Psychologische Erklärungsansätze	48
4.4.3	Soziologische Erklärungsmodelle	52
4.4.4	Übergreifende Erklärungsmodelle	55
<b>5</b>	<b>Aktueller Stand der Forschung</b>	<b>57</b>
5.1	Die Drogenaffinitätsstudie 2001	57
5.1.1	Alkoholkonsum	58
5.1.2	Rauchen	62
5.1.3	Illegale Substanzen	66
5.2	No Place to Hide	70
5.2.1	Jugendliche	71
5.2.2	Weitere Ergebnisse der Studie	74

<b>6</b>	<b>Forschungsablauf</b>	<b>78</b>
6.1	Vorbereitung der Untersuchung	78
6.1.1	Fragestellungen	78
6.1.2	Untersuchungsziel	79
6.1.3	Hypothesen	80
6.2	Planung der Untersuchung	81
6.2.1	Erhebungsmethode	81
6.2.2	Verfahren der Datenerhebung	81
6.2.3	Stichprobenbeschreibung	82
6.2.4	Befragungszeitraum	83
6.3	Durchführung	84
6.3.1	Gewinnung der Untersuchungsgruppe	84
6.3.2	Ablauf der Befragung	85
6.4	Auswertung	86
6.4.1	Demographische Merkmale der Stichprobe	86
6.4.2	Freizeitverhalten	87
6.4.3	Alkohol	90
6.4.4	Nikotin	98
6.4.5	Illegale Substanzen	102
6.5	Interpretation und Diskussion	108
6.5.1	Auslegung der Daten	108
6.5.2	Mögliche Konsequenzen für die Praxis	116
<b>7</b>	<b>Schlusswort</b>	<b>121</b>
<b>8</b>	<b>Kurz-Zusammenfassung (Abstract)</b>	<b>123</b>
<b>9</b>	<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>124</b>
<b>10</b>	<b>Glossar</b>	<b>125</b>
<b>11</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>127</b>
<b>12</b>	<b>Anhang</b>	<b>133</b>
12.1	Anschreiben	133
12.2	Informationsschrift des Forschungsschwerpunktes	135
12.3	Fragebogen für Jugendliche	138
12.4	Kodierschema des Fragebogens	146

---

## ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1-1	Flaschenkind im Karneval	8
Abbildung 4-1	Risikoerhöhende und risikomindernde Faktoren und Bedingungen	26
Abbildung 4-2	Gesundheitsmodell	28
Abbildung 4.2-1	„Wie Sie Ihre Kinder ermutigen können, Drogen zu nehmen!“	35
Abbildung 4.4.4-1	Bedingungsfaktoren einer Abhängigkeitsentwicklung	55
Abbildung 5.1.1-1	Alkoholkonsum der 12- bis 25-Jährigen im letzten Jahr	58
Abbildung 5.1.1-2	Häufigkeit des Alkoholkonsums bei 12- bis 25-Jährigen	59
Abbildung 5.1.1-3	Alkoholkonsum der 12- bis 25-Jährigen nach Alter	60
Abbildung 5.1.1-4	Rauscherfahrungen der 12- bis 25-Jährigen nach Alter	62
Abbildung 5.1.2-1	Raucherquote unter den 12- bis 25-Jährigen	63
Abbildung 5.1.2-1	Prozentuale Anteile beim Tabakkonsum nach Alter	64
Abbildung 5.1.2-1	Zigarettenkonsum pro Tag nach Alter	65
Abbildung 5.1.3-2	Lebenszeitprävalenz	66
Abbildung 5.1.3-2	Lebenszeitprävalenz	67
Abbildung 5.1.3-3	Ablehnung illegaler Drogen durch Drogenunerfahrene	69
Abbildung 5.2.1-1	Alkohol- und Tabakkonsum bei Achtklässlern (Monatsprävalenz)	71
Abbildung 5.2.1-2	Konsum illegaler Substanzen (Monatsprävalenz)	72
Abbildung 5.2.1-3	Konsum illegaler Substanzen (Jahresprävalenz)	73
Abbildung 5.2.1-4	Regionale Unterschiede bei den Risikofaktoren	74
Abbildung 6.4.2-1	Kontakthäufigkeit Jugendtreff	88
Abbildung 6.4.2-2	Außerhäusliches Freizeitverhalten/ Ausgehen	89
Abbildung 6.4.3-1	Konsumhäufigkeit Alkohol (Jahresprävalenz)	92
Abbildung 6.4.3-2	Häufigkeit des Alkoholkonsums beider Schulen im Vergleich (Jahresprävalenz)	95
Abbildung 6.4.3-3	Alkohol-Bezugsquellen	97
Abbildung 6.4.4-1	Konsumverhalten/Selbsteinschätzung	98
Abbildung 6.4.4-2	Zigaretten pro Tag	100
Abbildung 6.4.5-1	Probierkonsum illegaler Drogen	103
Abbildung 6.4.5-2	Häufigkeit des Drogenkonsums (Jahresprävalenz)	104
Abbildung 6.4.5-3	Umschlagsorte und Bezugsquellen illegaler Substanzen	107

## TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 3.3-1	Häufigkeiten von Störungen nach DSM-VI laut BJS	24
Tabelle 5.1.3-1	Illegaler Drogen- vom Kontakt zum Konsum	68
Tabelle 5.2.2-1	Beschaffung illegaler Drogen	75
Tabelle 6.4.1-1	Anzahl der Schüler pro Klasse (Mädchen / Jungen)	86
Tabelle 6.4.3-1	Alkoholisches Lieblingsgetränk	91
Tabelle 6.4.3-2	Alkoholkonsums pro Klasse (Jahresprävalenz)	93
Tabelle 6.4.3-3	Alkoholkonsum nach Geschlecht (Jahresprävalenz)	94
Tabelle 6.4.3-4	Rauscherfahrungen der Befragten nach Geschlecht	96
Tabelle 6.4.4-1	Selbsteinschätzung zukünftiger Konsum	101
Tabelle 6.4.5-1	Angebot von illegalen Substanzen	102
Tabelle 6.4.5-2	Beschaffungsmöglichkeit illegaler Substanzen	106

## 1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit untersucht den Substanzkonsum bei Jugendlichen. Der Fokus der Analyse liegt auf der Berücksichtigung der Stadt-Land-Perspektive.

Laut dem Endbericht über „Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist gerade im Bereich des Alkoholkonsums sowohl die Konsumhäufigkeit als auch die Konsummenge in den letzten zwanzig Jahren rückläufig (BZgA, 2001).

Im Vergleich mit den Ergebnissen der Studien 1993 und 1997 lassen sich die Ergebnisse aus 2001 weiter differenzieren. So wird vor allem unter den älteren männlichen Jugendlichen zwischen 18 und 25 Jahren weniger Alkohol getrunken, die Zahlen bei den 12- bis 17-Jährigen scheinen eher zu stagnieren (BZgA, 2001).

Die Ergebnisse dieser Studie werfen bezüglich des Substanzkonsums in ländlichen Gegenden einige Fragen auf. Sie decken sich keineswegs mit Beobachtungen und Berichten der lokalen Presse. Gerade nach den Wochenenden bzw. großen Festen und in den Ferien häufen sich die Presseberichte über tragische Unfälle im Zusammenhang mit exzessivem Alkoholkonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

In der Berichterstattung ist inzwischen von 12- und 13-Jährigen die Rede, die wegen übermäßigem Alkoholkonsum sowie dem Konsum von illegalen psychoaktiven Substanzen auffällig werden.

Nach den Karnevalstagen im Februar 2002 berichtete der Kölner Stadtanzeiger im Lokalteil für die Region Eifel von vorher nie aufgetretenen Problemen. Die Notärzte und Rettungsdienste des Kreises Euskirchen lieferten zahlreiche Jugendliche und junge Erwachsene ab 14 Jahren wegen starker Alkoholintoxikation ins Krankenhaus ein. Die Jugendlichen mussten zur Ausnüchterung auf der Kinderstation untergebracht werden (Kölner Stadtanzeiger, 2002).



**Abbildung 1-1 Flaschenkind im Karneval  
(KRAMP, 2002)**

In der US-amerikanischen Forschung wurde im Jahr 2000 eine Studie mit dem Titel „No Place to Hide: Substance Abuse in Mid-Size Cities and Rural America“ veröffentlicht. Diese Untersuchung zum Missbrauch von legalen und illegalen Substanzen differenziert in ihren Ergebnissen zwischen Großstadt-, Kleinstadt- und Landbevölkerung. Die Forscher fanden heraus, dass es vor allen Dingen bei den Konsummengen sowohl bei legalen als auch illegalen Substanzen große regionale Unterschiede gibt. Gerade in den ländlichen Regionen liegt danach der Substanzkonsum höher als in den städtischen Gebieten (CASA, 2000).

In den großen repräsentativen Jugendstudien deutscher Forschungsinstitute legte man bezüglich des Substanzkonsums bisher Wert auf die geschlechtsspezifische Differenzierung und die Unterscheidung von west- und ostdeutschen Jugendlichen.

Eine repräsentative Studie für das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland, die dagegen nach Stadt- und Land-Jugendlichen unterscheidet, gibt es nicht. Dabei ist die Unterschiedlichkeit der



Lebenswelten und deren Auswirkung auf jegliche Art von Konsum offensichtlich.

Die vorliegende Diplomarbeit ist als ein Versuch zu verstehen, den Gebrauch und Missbrauch psychotroper Substanzen von Jugendlichen für zwei regional unterschiedliche Gebiete der BRD unter Stadt-Land-Perspektive aufzuschlüsseln.

In dem ersten Teil dieser Diplomarbeit wird das theoretische Hintergrundwissen vermittelt, das zum Verstehen der anschließenden empirischen Untersuchung sowie zum Nachvollziehen der Auswertung und Interpretation wichtig ist. Dieser theoretische Teil hat vier Schwerpunkte:

1. Zunächst wird die Lebens- und Entwicklungsphase des Jugendalters und das darin eine Rolle spielende Experimentieren mit legalen und illegalen psychotropen Substanzen beleuchtet.
2. Danach werden diagnostische Kriterien zur Erkennung von Substanzstörungen sowie einzelne Substanzen, ihre Wirkung und deren Folgen erläutert.
3. Anschließend wird die Ätiologie zum missbräuchlichem Konsum psychotroper Substanzen im Jugendalter ausführlich dargestellt. Insbesondere werden Schutz- und Risikofaktoren sowie verschiedene theoretische Erklärungsmodelle zur Entstehung von missbräuchlichem Konsum und Substanzabhängigkeit zusammengetragen und erklärt.
4. Im Anschluss daran wird ein Einblick in den aktuellen Stand der Forschung zum Thema Substanzkonsum bei Jugendlichen gegeben. Dies wird an der bereits genannten Erhebung „Drogenaffinitätsstudie 2001“ der BZgA sowie der amerikanischen Studie „No Place to Hide“ dargestellt.

Im empirischen Teil dieser Arbeit liegt der Fokus auf den regionalen Unterschieden der Epidemiologie des Substanzkonsums bei Jugendlichen. Insgesamt wurden 207 Schülerinnen und Schüler vom

siebten bis zum zehnten Schuljahr einer Realschule in Köln und einer Realschule in der Eifel befragt.

Als Vergleichs- und Kontrollstudie dient hierbei die Drogenaffinitätsstudie 2001, deren Erhebungsinstrument zur Erstellung des verwendeten Fragebogens genutzt wurde.

Abschließend werden die Ergebnisse dieser Untersuchung und deren mögliche Konsequenzen für die Praxis diskutiert und interpretiert. Dabei soll ein Ausblick auf die anstehenden Aufgaben in der präventiven Jugendarbeit, mit dem Schwerpunkt der sekundären Prävention, gegeben werden.

## 2 Lebensphase Jugend

Die Entwicklung im Jugendalter ist eine Phase innerhalb des Lebenszyklus, die durch das Zusammenspiel biologischer, intellektueller und sozialer Veränderungen zur Quelle vielfältiger Erfahrungen wird.

Im Alltagsdenken wird Jugend oft mit Erwachsenwerden assoziiert. Die Zuschreibung der Attribute „nicht mehr Kind“ und „noch nicht Erwachsener“ zeigt die Zwischenposition des Jugendlichen auf, die beides umfasst: Verhaltensformen und Privilegien der Kindheit aufzugeben sowie Merkmale und Kompetenzen zu erwerben, welche die Aufgaben und den Status des Erwachsenen begründen (OERTER & DREHER, 1998).

### 2.1 Begriff und Bedeutung

Der Begriff der Jugend hat folgende Bedeutungsdimensionen:

- *Jugend als Entwicklungsstadium* im individuellen Lebenslauf, in dem sich das Individuum den altersspezifischen Entwicklungsaufgaben stellen muss.
- *Jugend als Altersgenossen* der Gesamtbevölkerung einer Gesellschaft und Kultur: Der Begriff Jugendkultur ist Teilkultur der Gesellschaft und somit Bestandteil als soziokulturelle Lebensform.
- *Jugend als Kohorten* im zeitgeschichtlichen Wandel: Jugend verkörpert einen epochalen, generationstypischen Lebensstil (z.B. die „Kritische Generation“ in den 60er/70er Jahren des letzten Jahrhunderts).
- *Jugend als Ideal* bzw. *Idol* der „Jugendlichkeit“: Der Begriff Jugend ist Leitbild und Wertebegriff. Er verkörpert Lebensgefühle wie Vitalität, Spontanität, Flexibilität, Unkonventionalität und Zukunftsorientierung, die auch die Erwachsenenwelt als erstrebenswert ansieht

(OERTER & DREHER, 1998).

Die Lebens- und Entwicklungsphase Jugend beginnt mit dem Eintreten der Geschlechtsreife. Der gesamte Körper ist dabei in anatomischer, physiologischer und hormonaler Veränderung, die sich auf die Ausbildung

der Körper- und Geschlechtsmerkmale, Gefühlslagen, Denkweisen etc. auswirkt. Zugleich werden enorme soziokulturelle Anpassungs- und sozioökonomische Qualifizierungsleistungen vom Heranwachsenden verlangt (HURRELMANN, 1999).

Im Sinne eines Entwicklungsstadiums bedeutet die Adoleszenz eine Phase der Vorbereitung, in welcher der Jugendliche Zeit hat, sich auf die Anforderungen seines sozialen Umfeldes an eine erwachsene Persönlichkeit vorzubereiten (KOHNSTAMM, 1999).

Die Gesellschaft, in der Jugendliche in westlichen Kulturkreisen heute aufwachsen, wird als „pluralistisch“ bezeichnet. Pluralistisch bedeutet, dass nur wenige Aufgaben, Rollen und Verantwortlichkeiten vorgegeben sind oder durch Modell-Lernen übermittelt werden. Die pluralistische Gesellschaftsform bringt viele Möglichkeiten für das Individuum mit sich, sein Leben nach den eigenen Vorstellungen zu gestalten (ENGEL & HURRELMANN, 1994).

Neugierde und Experimentierfreude sind wichtig für die Auseinandersetzung mit den vielen Gestaltungsmöglichkeiten und daher in dieser Lebensphase besonders ausgeprägt. Doch dauert wegen der vielfältigen Möglichkeiten und den wenigen Vorgaben der Entwicklungsprozess und somit auch die Phase der Vorbereitung heute länger (B. SCHMIDT, 1998).

Das „Endprodukt“ der vielfältigen Veränderungen in der Jugendphase ist der Aufbau einer vollkommen neuen und eigenen Identität des Individuums. Die Jugendphase markiert somit einen tiefgreifenden Einschnitt in der Persönlichkeitsentwicklung eines Menschen.

Die im Jugendalter angesiedelten Entwicklungsaufgaben sind nicht als Aufgaben zu verstehen, die das Kind zu erfüllen hat. Vielmehr sind sie als Erwartungen zu verstehen, die von außen an den Jugendlichen herangetragen werden. Indem der Heranwachsende sich mit den Normen und Werten der Gesellschaft auseinandersetzt, arbeitet er an den Anforderungen der sozialen Umwelt an seine Person. Die Bewältigung

dieser Erwartungen haben auf den weiteren Verlauf des Lebens und Werdegang des Menschen großen Einfluss (HAVIGHURST, 1982).

## **2.2 Entwicklungsaufgaben im Jugendalter im Kontext mit psychotropen Substanzen**

Entwicklungsaufgaben sind, wie bereits beschrieben, als Anforderungen und Erwartungen zu verstehen, die an Personen in einem bestimmten Lebensabschnitt gestellt werden. Die Entwicklungsaufgaben definieren für jedes Individuum in bestimmten sozialen Lebenslagen die vorgegebenen Anpassungs- und Entwicklungsprobleme, denen es sich stellen muss (HURRELMANN, 1999).

Ihre erfolgreiche Bewältigung führt zu Glück und Erfolg, während Versagen das Individuum unglücklich macht, auf Ablehnung durch die Gesellschaft stoßen lässt und zu Schwierigkeiten bei der Bewältigung späterer Aufgaben führt (HAVIGHURST, 1982).

Nach Erikson sind die Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz von „Identitätsfindung vs. Rollendiffusion“ bestimmt. Der Jugendliche<sup>1</sup> muss die unterschiedlichen Facetten seines Selbstkonzeptes aufbauen und in ein eigenes konsistentes Selbstbild integrieren, das seine persönliche Identität ausmacht (MONTADA, 1998).

Die entscheidenden Entwicklungsaufgaben zur Identitätsfindung in der Jugendphase lassen sich in vier große Entwicklungsbereiche einordnen:

1. Die Entwicklung einer intellektuellen und sozialen Kompetenz, um selbstverantwortlich schulischen und beruflichen Anforderungen nachzukommen, die für die spätere Sicherung einer ökonomischen und materiellen Basis für die unabhängige Existenz als Erwachsener von Bedeutung sind.

---

<sup>1</sup> Im Folgenden wird überwiegend die männliche Schreibweise verwendet.

2. Die Entwicklung der eigenen Geschlechtsrolle und des sozialen Bindungsverhaltens zu Gleichaltrigen des eigenen und anderen Geschlechts.
3. Entwicklung eigener Handlungsmuster für die Nutzung des kulturellen Konsum- und Freizeitmarktes einschließlich der Medien mit dem Ziel, den eigenen Lebensstil zu finden sowie zu einem gesteuerten, bedürfnisorientierten Umgang mit dem Angebot zu kommen.
4. Entwicklung eines eigenen Werte- und Normsystems sowie ethnischen und politischen Bewusstseins, das eine Partizipation am gesellschaftlichen Leben ermöglicht

(HURRELMANN, 1999).

Versagt der jugendliche Mensch bei diesen Entwicklungsaufgaben, kann nach Erikson daraus eine „Rollendiffusion“ resultieren. Rollendiffusion bedeutet Unverträglichkeit und Unausgewogenheit zwischen Haltungen und Werten sowie die Instabilität von Zielen. Sie führt nach Eriksons Meinung nicht selten zu abweichendem Verhalten, wie z.B. Drogengebrauch (MONTADA, 1998).

Drogengebrauch an sich ist kein abweichendes Verhalten. Alkohol- und Drogengebrauch gehören in unserem Kulturkreis zu den alltäglichen und weitverbreiteten Erfahrungen. Schon Dreijährige kennen die grundlegenden Normen und Motive, die Alkoholgebrauch sozial regulieren. Sie wissen, dass üblicher Weise auf einer Party und nicht zum Frühstück getrunken wird. Sie bemerken und verstehen, dass Alkohol zum Abschalten aber auch zur Bewältigung von Angst dient (vgl. SILBEREISEN, 1998).

Der Gebrauch von legalen und illegalen Drogen gilt heute als Bestandteil des üblichen Entwicklungsverlaufs (B. SCHMIDT, 1998). Erste eigene Erfahrungen mit Alkohol-, Tabak- und Drogengebrauch beginnen mit dem zweiten Lebensjahrzehnt. Diese Zeit ist durch das Hineinwachsen in Vorrechte und Verantwortungen von Erwachsenen geprägt. Folglich zählt der verantwortliche Umgang mit psychoaktiven Substanzen, wie Alkohol, Tabak und Drogen, zu den Entwicklungsaufgaben (SILBEREISEN, 1998).

Im Entwicklungsprozess können psychoaktive Substanzen auch die Funktion einer Anpassungsleistung haben.

Aus Sicht der Entwicklungspsychologie nimmt der Konsum von legalen und illegalen Substanzen eine Reihe bestimmter Funktionen bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben eines Jugendlichen ein.

Sechs solcher Funktionen haben SILBEREISEN & KASTNER auf der Grundlage internationaler Forschungsergebnisse entwickelt:

- Jugendliche begehen demnach mit dem Konsum psychotroper Substanzen eine bewusste Normverletzung, um damit eine nicht konforme Haltung gegenüber der Gesellschaft zum Ausdruck zu bringen.
- Jugendliche nehmen legale und illegale Substanzen, um ihr Erwachsensein zu demonstrieren.
- Konsum kann eine Spielart exzessiv-ritualisierten Verhaltens sein.
- Das unkontrollierte Einnehmen von Drogen ist Ausdruck mangelnder Selbstkontrolle, der durch mangelnde Problemlösungskompetenz und frustrierende Situationen zustande kommt.
- Alkohol- und Drogenkonsum ebnet den Zugang und ist Zeichen der Zugehörigkeit zu Peer-Gruppen.
- Ge- und Missbrauch von psychoaktiven Substanzen können eine Notfallreaktion der Jugendlichen auf Entwicklungsstress sein. In den Drogen suchen sie ein Ersatzziel für nicht bewältigbare Entwicklungsanforderungen

(SILBEREISEN & KASTNER, 1984).

Diese Aufzählung kann um weitere solcher Funktionen ergänzt werden. Gesundheitsriskantes Verhalten, zu dem der Konsum von psychotropen Substanzen gehört, kann

- eine bewusste Verletzung von elterlichen Kontrollvorstellungen zum Ausdruck bringen;
- ein „Instrument“ bei der Suche nach grenzüberschreitenden, bewusstseinsweiternden Erfahrungen und Erlebnissen sein;
- dem Versuch dienen, sich auf einfache Weise Entspannung durch Genuss und Verdrängung von Langeweile zu verschaffen;

- eine Ohnmachtsreaktion sein, wenn Konflikte und Spannungen im sozialen Nahraum überhand nehmen;
- eine Reaktion auf heftige psychische und soziale Entwicklungsstörungen sein

(ENGEL & HURRELMANN, 1994).

Diese oben genannten Funktionen von psychoaktiven Substanzen im Entwicklungsprozess gehören zur Jugendphase genau so wie der Konsum dieser Substanzen an sich. Sie sind wichtig für die kognitive, emotionale und soziale Entwicklung von Jugendlichen (B. SCHMIDT, 1998).

Dieser Konsum kann die Entwicklung des Heranwachsenden jedoch nachhaltig beeinträchtigen, nämlich dann, wenn der Gebrauch in riskanten Gebrauch von Drogen, bzw. in einen missbräuchlichen Konsum umschlägt. Diese schädigende Form von Substanzkonsum gilt als nonkonforme Verhaltensweise. Sie entspricht nicht den in der Gesellschaft üblichen Verhaltensnormen und kann somit als abweichendes Verhalten bezeichnet werden (LAMNEK, 1999).

Was riskanter, bzw. missbräuchlicher Gebrauch psychoaktiver Substanzen im Jugendalter bedeutet, wird im folgenden Kapitel ausführlich erläutert.



### **3 Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit**

Im folgenden Kapitel werden Substanzmissbrauch und -abhängigkeit bei Jugendlichen nach diagnostischen Kriterien definiert. Die Folgen bzw. die Schäden, die durch missbräuchlichen Konsum entstehen, sind von Substanz zu Substanz unterschiedlich. Wie viele Jugendliche überhaupt von Substanzmissbrauch und dessen schädlichen Folgen betroffen sind, lässt sich anhand der im Anschluss zitierten „Bremer Jugendstudie“ nachvollziehen.

#### **3.1 Diagnostische Kriterien**

„Missbrauch unterscheidet sich von Gebrauch hinsichtlich des Ausmaßes abträglicher physiologischer und psychologischer Effekte der Substanz, des ungenügenden Entwicklungsstands der Person und ihrer Lebensumstände, der möglichen physischen Abhängigkeit sowie der schädigenden Folgen für Personen und Sachen“ (SILBEREISEN, 1998, 1057f).

Die Grenzen zwischen Gebrauch und Missbrauch sind fließend. Sie lassen sich aus entwicklungspsychologischer Sicht keineswegs durch die Legalität einer Substanz oder das Altersprivileg zum Konsum entscheiden. In der Forschung sind deshalb pragmatische Festlegungen unverzichtbar.

Eine moderne Klassifikation von Abhängigkeitserkrankungen ist das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ in der 4. Fassung, kurz als DSM-IV bezeichnet. Im Gegensatz zu älteren diagnostischen Manualen unterscheidet das DSM-IV<sup>2</sup> Missbrauch bzw. schädlichen Gebrauch und Abhängigkeit als zwei voneinander unabhängige Störungen (vgl. L. G. SCHMIDT, 1999).

---

<sup>2</sup> Das ICD-10 der WHO zählt ebenfalls zu den modernen Klassifikationen, die zwischen missbräuchlichem Konsum und Substanzabhängigkeit unterscheiden. Anders als im DSM-IV wird bei ICD-10 die Beschreibung negativer sozialer Folgen nicht miteinbezogen (vgl. L.G. SCHMIDT, 1999, 70). Ein weiterer Grund das DSM-IV in dieser Arbeit zu verwenden, ist die vorliegende Bremer Jugendstudie. In dieser wurden Substanzstörungen bei Jugendlichen nach DSM-IV-Kriterien erhoben.

Nach den diagnostischen Kriterien des DSM-IV liegt missbräuchlicher Konsum psychotroper Substanzen vor, wenn sich mindestens eines der folgenden Merkmale innerhalb desselben 12-Monats-Zeitraums manifestiert:

- „1. Wiederholter Substanzkonsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt. (z.B. wiederholtes Fernbleiben von der Arbeit und schlechte Arbeitsleistungen in Zusammenhang mit dem Substanzkonsum, Schulschwänzen, Einstellen des Schulbesuchs oder Ausschluss von der Schule in Zusammenhang mit Substanzkonsum, Vernachlässigung von Kindern und Haushalt).
2. Wiederholter Substanzkonsum in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann (z.B. Alkohol am Steuer oder das Bedienen von Maschinen unter Substanzeinfluss).
3. Wiederholte Probleme mit dem Gesetz im Zusammenhang mit Substanzkonsum (Verhaftung aufgrund ungebührlichen Betragens in Zusammenhang mit dem Substanzkonsum).
4. Fortgesetzter Substanzkonsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer und zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen der psychotropen Substanz verursacht oder verstärkt werden (z.B. Streit mit dem Ehegatten über die Folge von Intoxikation, körperliche Auseinandersetzungen)“

(SASS et al., 1998, 103)

Eine Substanzabhängigkeit besteht, wenn mindestens 3 der folgenden DSM-IV-Kriterien zu irgendeiner Zeit in demselben 12-Monats-Zeitraum auftreten:

- „1. Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien:
  - a) Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder erwünschten Effekt herbeizuführen,
  - b) deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis.

2. Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern:
  - a) charakteristisches Entzugssyndrom der jeweiligen Substanz [...],
  - b) dieselbe (oder eine sehr ähnliche) Substanz wird eingenommen, um die Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.
3. Die Substanz wird häufig in großen Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.
4. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzkonsum zu verringern oder zu kontrollieren.
5. Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen [...], sie zu sich zu nehmen [...] oder sich von ihrer Wirkung zu erholen.
6. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzkonsums aufgegeben oder eingeschränkt.
7. Fortgesetzter Substanzkonsum trotz der Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch die Substanz verursacht oder verstärkt wurde“

(SASS et al., 1998, 99f).

Um zu bestimmen, ob eine körperliche Abhängigkeit besteht, muss Kriterium 1 oder 2, Toleranzentwicklung oder Entzugserscheinungen, vorliegen (SASS et al., 1998).

Entsprechend den Kriterien des DSM-IV schließt die Diagnose einer Störung durch Substanzabhängigkeit die gleichzeitige Diagnose einer Störung durch Substanzmissbrauch aus (ESSAU et al., 1998 a).

### **3.2 Substanzbedingte Folgeschäden**

Folgeschäden durch den unsachgemäßen oder übermäßigen Konsum von illegalen und legalen Substanzen sind sehr unterschiedlich sowie von der Art der Substanz und der Konsumhäufigkeit, bzw. Konsummenge abhängig.

Im folgenden wird jeweils einzeln auf die legalen Substanzen Alkohol und Tabak sowie anschließend allgemein auf illegale Substanzen eingegangen.

### **3.2.1 Alkohol**

Alkohol, als psychoaktive Substanz, verändert und beeinflusst während und nach der Einnahme die Chemie des Körpers, insbesondere die Wirkung auf neuronale Mechanismen konnte in Untersuchungen nachgewiesen werden. Folgen der durch Alkoholeinnahme bedingten Veränderungen sind beispielweise die Abnahme neuronaler Erregbarkeit. Chronische Einnahme führt zur Gewöhnung des Körpers und Toleranzentwicklung gegenüber der sedierenden Wirkung des Alkohols (ROMMELSPACHER, 2000).

Eine Alkoholintoxikation lässt sich nach DSM-IV an Symptomen wie verwaschener Sprache, Koordinationsstörungen, unsicherem Gang, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen u.a., festmachen. Bedeutend dabei sind besonders die Verhaltens- und psychischen Veränderungen, die sich während oder kurz nach dem Alkoholkonsum entwickeln (SASS et al., 1998).

Alkoholgebrauch gilt als problematisch, wenn schweres Trinken regelmäßig erfolgt, d.h. wenn mindestens fünf typische Einheiten eines Getränks mehrmals im Monat konsumiert werden. Gleichzeitig muss dieses Trinkverhalten negative Verhaltensweisen zur Konsequenz haben, beispielweise zu Schuleschwänzen bei Jugendlichen oder Delinquenz führen (SILBEREISEN, 1998).

Trunkenheit und häufiges, starkes Trinken führt zu einem beträchtlichen Prozentsatz der Unfälle und Störungen der öffentlichen Ordnung. Es ist jedoch schwierig festzustellen, in welchem Maße der jugendliche Alkoholkonsum neben den physischen Symptomen auch soziale Probleme verursacht. Eine Person reagiert je nach Stimmung, physischem und sozialen Umfeld, Zeitraum des Trinkens etc. immer unterschiedlich auf die gleiche Alkoholmenge. „Dennoch hängen starkes Trinken und Trunkenheit weitgehend mit kriminell und antisozialen Verhalten von Jugendlichen zusammen“ (ANDERSON, 1997, 14).

### **3.2.2 Tabak**

Eine Sonderstellung im Tabakrauch nimmt das Nikotin ein. Es gilt als gesichert, dass es sich dabei um die Substanz handelt, wegen der entgegen allen wirtschaftlichen und gesundheitlichen Bedenken geraucht wird. Durch Nikotin werden zahlreiche Neurotransmitter, wie z.B. Dopamin, Noradrenalin und Serotonin, freigesetzt, deren Wirkung sehr unterschiedlich ist, so dass die Gesamtwirkung des Nikotins uneinheitlich ausfällt (ADLKOFER, 2000).

Die akuten Nikotinwirkungen betreffen den gesamten Organismus, da die durch das Nikotin freigesetzten Neurotransmitter die Funktionen verschiedenster Organe im Körper beeinflussen. Direkte Folgen sind eine erhöhte Herzfrequenz, erhöhter Blutdruck, Minderdurchblutung und Abkühlung der Haut, eine erhöhte Stoffwechselrate, Hemmung des Appetits u.v.m. (vgl. ADLKOFER, 2000, 46).

Tatsächliche Gesundheitsschäden, wie Krebserkrankungen, chronischer Bluthochdruck u.a., infolge des Tabakkonsums treten eher bei Personen mittleren und höheren Alters mit entsprechend langer Konsumzeit auf. Bei manchen Jugendlichen manifestieren sich jedoch bereits einige gesundheitliche Folgen des Rauchens. Sie erkranken häufiger an Bronchitis und anderen Atemwegsbeschwerden, Husten, Erkältungen und Atemnot als die nichtrauchenden Gleichaltrigen. Sie fehlen wegen diesen gesundheitlichen Folgen häufiger in der Schule. Rauchende Jugendliche sind stärker gefährdet, illegale Substanzen zu gebrauchen und stark zu trinken. Der Konsum von Tabak bedeutet demnach für einige jugendliche Raucher den Einstieg in den missbräuchlichen Konsum von Alkoholika, bzw. in den Konsum illegaler Substanzen (ANDERSON, 1997).

### **3.2.3 Illegale psychoaktive Substanzen**

Illegale psychoaktive Substanzen können in folgende Kategorien unterteilt werden:

- Cannabis;
- Stimulantien (Kokain, Khat, Amphetamine);
- Designer-Drogen (MDA, XTC);

- Halluzinogene (LSD, PCP);
- Opiate und Opioide (Heroin, Methadon);
- Sedativa/ Hypnotika (Benzodiazepine, Barbiturate) und
- Schnüffelfstoffe (Alkohole, Lösungsmittel, Lachgas)

(UCHTENHAGEN & ZIEGLGÄNSBERGER, 2000).

Die psychischen und physischen Auswirkungen durch den Konsum illegaler psychotroper Substanzen hängen von der Art und Zusammensetzung der jeweiligen Droge ab. Der langfristige, häufige Gebrauch fast aller illegalen Drogen birgt jedoch das Risiko einer Dauerschädigung der körperlichen und geistigen Gesundheit.

Eine Sonderstellung unter den illegalen psychoaktiven Substanzen nimmt das Cannabis ein. Selbst bei einer kritischen Interpretation des heutigen Forschungsstandes „müsste Cannabis aufgrund der niedrigen Risiken anderen legalen Genussmitteln wie Alkohol und Nikotin gleichgestellt werden“ (KRAUSZ & LAMBERT, 2000, 82). Die Konsummuster der Cannabiskonsumenten sind extrem variabel und in der Regel zeitlich im Sinne eines kurzfristigen Probierkonsums begrenzt.

Cannabis ist entgegen der weitläufigen Meinung keine Einstiegsdroge. Zwar konsumieren Drogenabhängige mit problematischen Konsummustern in den meisten Fällen auch Cannabinoide, doch haben diese keine besondere Bedeutung. Gerade bei Mehrfachabhängigen steht Cannabis in einer Reihe mit anderen Substanzen wie Alkohol, Nikotin, Benzodiazepinen und Amphetaminen (KRAUSZ & LAMBERT, 2000). Häufig übersehen wird dagegen, dass der Konsum der legalen Substanzen, Alkohol, Nikotin und Koffein, dem Einstieg in den Konsum der illegalen Substanzen in der Regel vorausgeht.

Nur wenige Jugendliche gebrauchen illegale Drogen regelmäßig und über einen längeren Zeitraum. Schädlicher bzw. missbräuchlicher Konsum von illegalen Substanzen kann familiäre und soziale Beziehungen sowie schulische Leistungsbereitschaft und Leistungsvermögen beeinträchtigen. Jugendliche begehen unabhängig von der Häufigkeit des Drogengebrauchs oder der Art der illegalen Substanz eine Straftat. Der

Wunsch nach Drogen oder die Abhängigkeit von ihnen wiederum kann zu Beschaffungskriminalität wie Diebstahl, Drogenhandel, Hehlerei und Prostitution führen (ANDERSON, 1997).

Während der Gebrauch von psychoaktiven Substanzen vor allem durch soziale Erfahrungen in der Jugendphase beeinflusst zu sein scheint, überwiegen bei Missbrauch interne psychische Faktoren einschließlich psychopathologischer Prozesse, deren Wurzel meist in der Kindheit liegt. So wird der Jugendliche, der keine besondere physischen oder psychosozialen Beeinträchtigungen aus der Kindheit mitbringt und sich auf sein soziales Netzwerk als Protektionsfaktor verlassen kann, problematischen Alkohol- und Drogengebrauch mit Übernahme der Erwachsenenrolle wieder ablegen (SILBEREISEN, 1998).

### **3.3 Störungen durch Substanzkonsum nach DSM-IV-Kriterien bei Jugendlichen**

Um einen Überblick über die Bedeutung der Störungen durch Substanzkonsum für die Jugendphase zu geben, wird im folgenden die Bremer Jugendstudie von ESSAU, KARPINSKI, PETERMANN & CONRADT (1998 a) zitiert.

„Die Bremer Jugendstudie ist eine Längsschnittstudie an 12- bis 17-jährigen Jugendlichen zur Erhebung von Prävalenzraten psychischer Störungen nach den Kriterien des DSM-IV, zur Identifikation von Risikofaktoren zur Untersuchung damit einhergehender psychosozialer Beeinträchtigungen sowie Inanspruchnahme von Hilfsangeboten des Gesundheitswesens“ (ESSAU et al., 1998 a).

Für diese Befragung wurden insgesamt 1035 Jugendliche aus 36 Schulen (allgemein- und berufsbildende Schulen des Landes Bremen) rekrutiert. Die Teilnahme der Jugendlichen erfolgte freiwillig.

Die Datenerhebung fand in den Schulen in Form von computergeschützten Einzelinterviews statt. Als Erhebungsinstrument diente das „Münchener Diagnostic Interview Schedule (M-CIDI)“, dass

insgesamt drei unterschiedliche Sektionen erfasst. Im Rahmen der Bremer Jugendstudie wurden die Sektion I, welche die Diagnose von Störungen durch Alkoholkonsum ermöglicht, und die Sektion L, zur Diagnose von Konsumstörungen im Zusammenhang mit illegalen psychoaktiven Substanzen, eingesetzt.

Laut dem Ergebnis dieser Stichprobe wiesen insgesamt 12,3% der befragten Schüler eine Störung durch Substanzkonsum nach den Kriterien des DSM-IV auf.

Alkoholmissbrauch bzw. –abhängigkeit war mit 9,3% die häufigste Ursache für eine Störung durch Substanzkonsum, gefolgt von Cannabissmissbrauch/-abhängigkeit mit insgesamt 6,4%.

Missbrauch bzw. Abhängigkeit von Opiaten, Amphetaminen und Halluzinogenen traten mit Raten unter 1% auf. Störungen, die auf den Konsum von Sedativa, Inhalantien oder Kokain zurückzuführen sind, konnten in keinem Fall diagnostiziert werden.

In der folgenden Tabelle sind die Ergebnisse der Bremer Jugendstudie bezüglich der substanzbezogenen Störungen aufgeschlüsselt nach der Unterscheidung von Substanzmissbrauch und –abhängigkeit dargestellt.

	Insgesamt	Missbrauch	Abhängigkeit
Alkohol	9,3%	5,7%	3,6%
Cannabis	6,4%	3,1%	3,3%
Opiate	0,4%	0,2%	0,2%
Amphetamine	0,4%	0,2%	0,2%
Halluzinogene	0,6%	0,3%	0,3%

**Tabelle 3.3-1 Häufigkeiten von Störungen nach DSM-VI laut BJS (ESSAU et al., 1998 a)**

Bei den in der Tabelle 3.3-1 aufgeführten Häufigkeiten ist zu beachten, dass es sich hier um absolute Auftretenshäufigkeiten handelt, da einige Jugendliche gleichzeitig mehrere Störungen zeigten:



66,9% der Jugendlichen mit Störungen im Substanzkonsum wiesen nur eine einzige substanzbedingte Störung auf (8,2% der Gesamtstichprobe); 26,8% (bzw. 3,3%) erfüllten die diagnostischen Kriterien für zwei Störungen; 5,5% (bzw. 0,7%) wiesen die Kriterien für drei Störungen auf. Bei einem Jugendlichen wurden gleichzeitig Kriterien einer Störung für vier unterschiedliche Substanzen erfüllt.

Bei der Betrachtung von Störungskombinationen wurde als häufigste Störung der Konsum von Alkohol und Cannabis und deren Kombination festgestellt.

Bei der Ergebnisbetrachtung ist zu bedenken, dass der Konsum von Nikotin in der Bremer Jugendstudie nicht berücksichtigt wurde. Wie unter 3.2.3 bereits erwähnt, geht der Konsum legaler psychotroper Substanzen, wie Nikotin, dem Konsum illegaler Substanzen meist voraus. Gerade bei Mehrfachabhängigkeiten ist Nikotin eine der Substanzen, die neben anderen konsumiert wird.

## 4 Ätiologie zum missbräuchlichen Konsum psychotroper Substanzen

Der Erklärung des missbräuchlichen Konsums psychotroper Substanzen liegt die Beobachtung zu Grunde, dass die Reaktion verschiedener Personen unter den gleichen Einflüssen wie z.B. Stress, Milieu oder Unglücksfälle auf einem breiten Spektrum stattfinden: Einige nehmen überhaupt keinen Schaden, andere werden schwer geschädigt. (KÜNZEL-BÖHMER et al. 1993)

Grund für die verschiedenartigen Reaktionen, bzw. unterschiedlich schweren Schädigungen, die Personen unter gleichen Einflüssen davontragen, sind die bei jedem Individuum anders ausgeprägten Schutz- und Risikofaktoren.

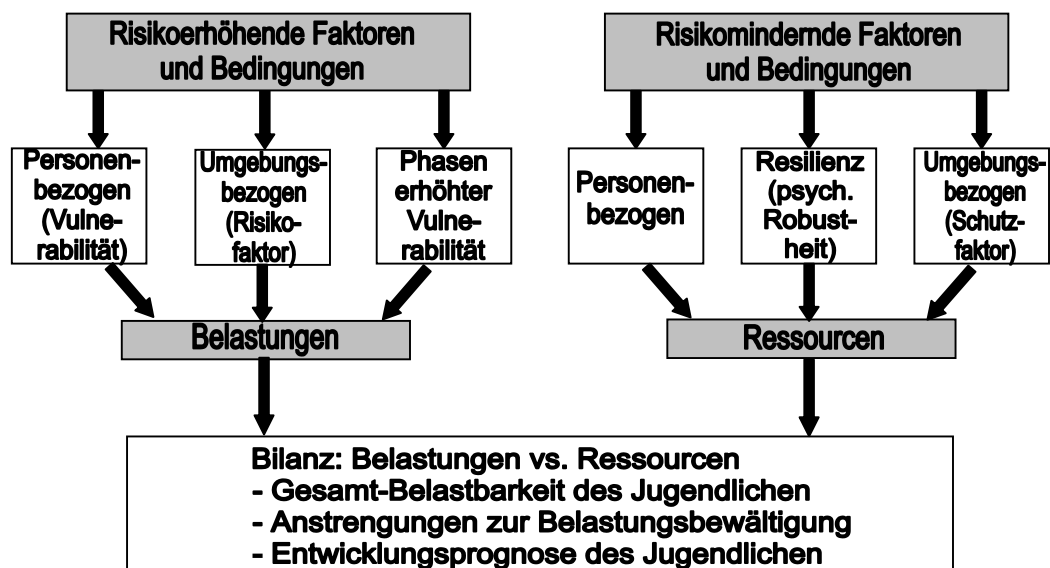


Abbildung 4-1 Risikoe erhöhende und risikomindernde Faktoren und Bedingungen  
(modifiziert nach PETERMANN, 2000, 12)

Abbildung 4-1 illustriert zum einen risikoe erhöhende Faktoren und Bedingungen auf Seiten des Jugendlichen. Die personenbezogenen Faktoren beziehen sich sowohl auf die genetische Disposition und chronische Krankheiten als auch auf persönliche Merkmale. Die Vulnerabilität resultiert aus den personenbezogenen Risikofaktoren. Sie gibt die Verletzlichkeit des Jugendlichen gegenüber äußeren (ungünstigen) Einflussfaktoren an.

Negative sozioökonomische Bedingungen gehören zu den risikoe erhöhenden Faktoren in der Umgebung. Ein schlechtes familiäres Klima sowie belastende Faktoren im weiteren sozialen Umfeld können sich negativ auf die Entwicklung des Jugendlichen auswirken.

Mit „Phasen erhöhter Vulnerabilität“ sind Bedingungen im Entwicklungsverlauf gemeint, die durch soziale Entwicklungsübergänge gegeben sind. Im Jugendalter sind dies „Übergänge, die durch die kognitive Entwicklung, zum Beispiel ein differenziertes Urteils- und Selbstreflexionsvermögen“, oder die körperliche Reifung bedingt sind (PETERMANN, 2000, 12).

Auf der anderen Seite werden in der Abbildung 4-1 die risikomindernden Faktoren und Bedingungen illustriert. Positive personenbezogene Faktoren liegen vor, wenn ein Jugendlicher beispielsweise positives Sozialverhalten zeigt oder ein stabiles Selbstwertgefühl besitzt.

Günstige umgebungsbezogene Bedingungen resultieren aus stabilen Beziehungen im sozialen Umfeld und einer hinreichenden Unterstützung des Jugendlichen seitens der Familie (vgl. PETERMANN, 2000).

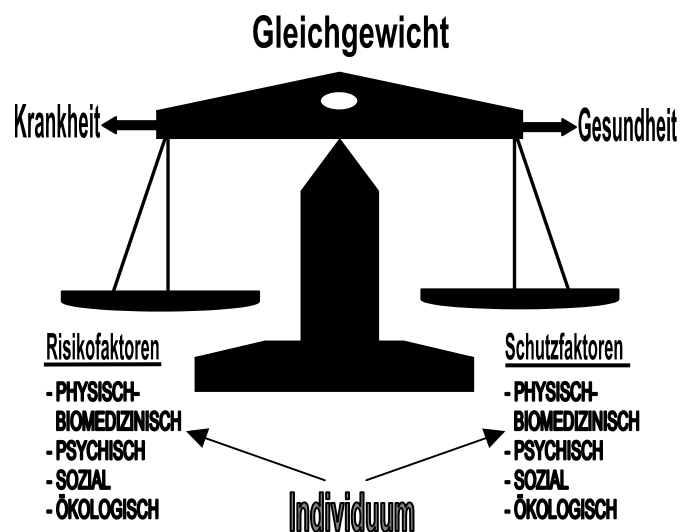
Risikomindernde Faktoren und Bedingungen tragen dazu bei, dass bestimmte Belastungen nicht zu Störungen führen. Die Widerstandsfähigkeit, die gegenüber extremen Belastungen aufgebaut werden kann, wird als Resilienz bezeichnet. „Resilienz ist nicht angeboren, sondern entwickelt sich allmählich im Kontext der Kind-Umwelt-Interaktion“ (PETERMANN, 2000, 13).

Bei der Erklärung zur Entstehung individueller Verhaltensweisen rückt nach diesem Modell nicht nur in den Fokus, was sich risikoe erhöhend auf das Dasein und die Entwicklung des Individuums auswirkt, ihm schadet und es krank macht. Sondern vor allen Dingen werden auch die Faktoren betrachtet, die es schützen und gesund erhalten sowie eine ernsthafte Störung der Entwicklung verhindern können.

Während sich früher das Interesse auf die Risikofaktoren richtete, befasst sich die Forschung heute mit den protektiven Faktoren. Diese Faktoren steigern die Wahrscheinlichkeit für wünschenswertes oder positives

Verhalten in verschiedenen Lebensbereichen, einschließlich im Bereich der Gesundheit und des Wohlbefindens. Gleichzeitig mildern sie die negativen Einflüsse von Risikofaktoren (EICKHOFF & ZINNECKER, 2000, 15).

Risikomindernde Faktoren sowie die Bedingungen, die eine Entwicklung von Resilienz ermöglichen, sind besonders wichtig für die Entwicklung neuer Konzepte zur Prävention von missbräuchlichem Konsum und Suchtverhalten.



**Abbildung 4-2 Gesundheitsmodell**  
(modifiziert von: JAHN, 2001, 32)

Eine Belastung durch Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit droht, wenn es zu einer Verkettung früherer Risikofaktoren genetischer, personaler, sozialer und ökologischer Art kommt. Die Risikofaktoren verstärken im Zusammenspiel ihre Wirkung. Die Gefahr einer Erkrankung besteht, wenn Protektionsfaktoren dieser erhöhten Risikokumulation nicht die Waage halten können (SILBEREISEN, 1998).

Doch ist nicht eindeutig zu bestimmen, in welchem Verhältnis Risiko- und Schutzfaktoren zu einander stehen und welche Folgen unterschiedliche Konstellationen der Faktoren zueinander haben. So schützt eine geringe Ausprägung an Risikofaktoren beispielsweise nicht automatisch vor missbräuchlichem Konsum von Drogen, wenn eine positive Ausprägung

von protektiven Faktoren nicht vorhanden ist (KÜNZEL-BÖHMER et al., 1993).

Epidemiologisch indizierte Risikofaktoren und Schutzfaktoren sind variabel, gelten nicht für alle Zeiten und nicht für alle Bevölkerungen. Risikokonstellationen verändern sich mit der Veränderung von Lebensumständen und Lebensstilen, die als erstrebenswerte Ziele und Wertsetzungen anerkannt werden (UCHTENHAGEN, et al., 2000, 196).

## 4.1 Schutzfaktoren

„Als Schutz- oder protektive Faktoren sind Bedingungen zu verstehen, die eine Person davor bewahren, eine bestimmte Krankheit bzw. negative Verhaltensweisen, wie zum Beispiel Substanzmissbrauch, zu entwickeln“ (KÜNZEL-BÖHMER et al., 1993, 27).

Die Schutzfaktoren werden im folgendem nach ihrer unterschiedlichen Art in Umweltfaktoren und individuelle Faktoren unterteilt. Die Umweltfaktoren, auch als exogene Faktoren bezeichnet, sind die in Abbildung 4-1 illustrierten umgebungsbedingten Schutzfaktoren. Zu ihnen gehören alle von außen auf das Individuum einwirkenden Einflüsse. Die individuellen oder auch endogenen Faktoren sind personenbezogene Schutzfaktoren (vgl. Abbildung 4-1). Sie umfassen unter anderem die persönlichen Eigenschaften sowie die Einstellungen des Individuums.

### 4.1.1 *Protektive Umweltfaktoren*

Zu den protektiven Umweltfaktoren gehören ein entsprechender Bildungsstand und spezielle Kenntnisse über Gesundheit und deren Gefährdung. Wichtig ist daher der **Zugang zu Information und Bildung**. Ebenso wichtig ist für den Bedarfsfall, wenn sich erste Anzeichen einer gesundheitlichen Störung zeigen, ein **Zugang zu Gesundheitseinrichtungen** und die Möglichkeit einer professionellen Beratung in Anspruch nehmen zu können (UCHTENHAGEN, 2000).

Als Schutzfaktoren gelten günstige sozioökonomische Bedingungen. Diese bestimmen die **Lebensqualität**, die sich in **Wohnqualität** und positiv erlebten **Milieu** in Schule, Nachbarschaft und später auch im Beruf protektiv auf Heranwachsende auswirkt. Für den Zusammenhang zwischen dem Konsum psychoaktiver Substanzen und der sozialen Schicht wurden in bisherigen Untersuchungen keine eindeutigen Tendenzen festgestellt. Doch steht die Schichtzugehörigkeit meist im Zusammenhang mit den oben genannten Faktoren Wohnumfeld und Bildungsniveau. Somit ist auch als Einfluss der Schichtzugehörigkeit ein guter **Sozialstatus** als Schutzfaktor anzunehmen (SCHMIDT, 1999).

Zur Lebensqualität gehört ein **soziales Beziehungs- und Bindungsnetz**, dass gerade in der Jugendphase und ihren besonderen Krisensituationen **Unterstützung** für den Jugendlichen leisten kann (UCHTENHAGEN, 2000). Durch ein solches Netzwerk wird eine „**soziale Kontrolle**“ auf jedes integrierte Individuum ausgeübt. Das richtige Maß dieser Kontrolle ermöglicht unerwünschtes Verhalten frühzeitig zu erkennen und zu verhindern.

Eine **intakte Familie** steht an erster Stelle eines sozialen Netzes. Sie ist die primäre Sozialisationsinstanz für das Kind: Die Familie gilt als Institution, in der die Grundlagen für die psychische, soziale und intellektuelle Entwicklung von Kindern und Jugendlichen geschaffen werden. Sie hat im Hinblick auf die Vermittlung von Normen, Werten und Verhaltensmustern eine besondere Bedeutung.

Drogenkonsumgewohnheiten und drogenbezogene **Werte und Normen** werden wie die meisten Verhaltensweisen und **Einstellungen** in der Familie erlernt. Das Verhalten und die Einstellungen von Eltern und Geschwistern gelten als Vorbild und werden von Kindern und Jugendlichen im Sinne des Modelllernens übernommen (vgl. 4.4.2).

„Die Weltsicht des Kindes wie auch das Bild, welches das Kind von sich selber entwickelt, werden von der **Atmosphäre** und dem **Beziehungsstil** der Familie geprägt“ (EICKHOFF & ZINNECKER, 2000, 14). Generell wirkt es sich protektiv aus, wenn Heranwachsende mit beiden biologischen

Eltern zusammenleben und dieses Zusammenleben harmonisch verläuft. Ein positiv erlebtes Familienklima hängt nachweislich mit niedrigen Konsumraten bei Jugendlichen zusammen (EICKHOFF & ZINNECKER, 2000; B. SCHMIDT, 1998).

Eine große Rolle spielt der elterliche Erziehungsstil. Kinder und Jugendliche, die in einem **autoritativen Erziehungsstil** erzogen werden, sind akademisch erfolgreicher und neigen weniger zu Substanzkonsum als andere Kinder. Der autoritative Erziehungsstil ist gekennzeichnet durch klare Verhaltenserwartungen sowie der offenen Erklärung und Begründung dieser Regeln. Die Eltern geben den Heranwachsenden viel positives Feedback, liebevolle Unterstützung und zeigen große Anteilnahme am Leben ihrer Kinder (vgl. LEPPIN, 2000). Zu diesem Erziehungsstil gehört eine **Offenheit** im Umgang miteinander und die Möglichkeit, in Konflikten gemeinsame Entscheidungen auszuhandeln (EICKHOFF & ZINNECKER, 2000).

Die Anwendung des autoritativen Stiles und der entsprechenden Methoden ist kein starres und erfolgsgarantierendes Konzept für die Erziehung. Kinder und Jugendliche sind individuell verschieden. Aus geschlechtsspezifischer Sicht gelten beispielweise unterschiedliche Aspekte als protektiv: „Für Jungen ist eine traditionelle Familienstruktur mit behütendem Erziehungsstil und verbindlichen Regeln protektiv, für Mädchen gelten nahezu umgekehrte Bedingungen“ (B. SCHMIDT 1999, 68).

**Gesetzliche Regelungen** zeigen unterschiedlich starke, aber durchweg protektive Wirkung gerade auf den Konsum legaler psychotroper Substanzen. Preiserhöhungen, z.B. in Form der Erhebung von höheren Steuern, regulieren den Konsum legaler Drogen. Gerade jugendliche Konsumenten, die in der Regel nur über begrenzte finanzielle Mittel verfügen, können durch hohe Preise vom Kauf und somit vom Konsum der Substanzen abgehalten werden. Die Erhöhung von Altersgrenzen für den Erwerb und Konsum legaler Substanzen wirkt sich ebenfalls protektiv aus (B. SCHMIDT, 1998).

**Entwicklungs- und Zukunftsperspektiven** sind abhängig vom Zugang zu Bildungsmöglichkeiten, dem sozialen Milieu und den familiären Bedingungen, unter denen Kinder und Jugendliche aufwachsen (UCHTENHAGEN, 2000). Positive Perspektiven, individuelle, schulische und berufliche Ziele und die Möglichkeit zu haben, diese zu verwirklichen, sind wichtig für eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen.

#### **4.1.2 Individuelle protektive Faktoren**

Individuellen Schutzfaktoren sind Faktoren, die Ausdauer, Stabilität und Durchsetzungsfähigkeit des Jugendlichen verbessern. Je günstiger die personenbezogenen Schutzfaktoren sind, desto weniger ist eine Person auf soziale Netze und soziale Unterstützung angewiesen. (UCHTENHAGEN, 2000).

Es gibt empirische Evidenzen, nach denen es protektiv wirkt, wenn ein **Individuum sich selbst wertschätzt**. Die Wertschätzung der eigenen Person ist unter anderem davon abhängig, ob der Jugendliche von seinen Fähigkeiten und Erfahrungen, **Probleme aktiv angehen und bewältigen** zu können, überzeugt ist. Erfolge bei der Problembewältigung im Alltag stützen die Selbstwirksamkeitserwartung (KÜNZEL-BÖHMER et al., 1993).

Eins der bedeutendsten Motive aus dem individuellen Bereich ist die **Sorge um die eigene Gesundheit**. Ein gutes Risikobewusstsein und ein entsprechendes **Gesundheitsverhalten** sind entscheidende protektive Faktoren, die den Einstieg in den Drogenkonsum verhindern können. Eine Reduktion jugendlicher Konsumbereitschaft nur durch Information, warnende Hinweise und Abschreckung kann empirisch nicht bestätigt werden. Vermutet wird, dass gerade jugendliche Menschen dazu neigen, ihr persönliches Risiko, das sie subjektiv und unreflektiert wahrnehmen, zu unterschätzen. (TOSSMANN & PILGRIM, 2001).



Empirische Untersuchungen belegen übereinstimmend die protektive Wirkung von **Religiosität**. Gemeint ist Religionszugehörigkeit, religiöse Aktivitäten und das Selbstverständnis, religiös zu sein.

Religiosität und geringer Drogenkonsum korrelieren mit **Konventionalität und konservativen Einstellungen**. Jugendliche, die diese Werte vertreten, sind stärker geschützt als andere. Sie leben meist in enger Anbindung an Erwachsene und geringer Anbindung an Gleichaltrige (B. SCHMIDT, 1998).

## 4.2 Risikofaktoren

CLAYTON et al. definieren den Begriff Risikofaktor als eine individuelle Eigenschaft, eine individuelle Besonderheit, eine situative Bedingung oder umweltbedingten Kontext, wodurch sich die Möglichkeit des Ge- oder Missbrauchs von Drogen oder der Übergang in eine Abhängigkeit von Drogen erhöht (In: B. SCHMIDT, 1998, 40, übersetzt durch C. M.).

Im folgenden werden die Risikofaktoren wie die Schutzfaktoren nach ihrer unterschiedlichen Art in Umweltfaktoren (umgebungsbezogene Risikofaktoren) und individuelle Faktoren (personenbezogene Risikofaktoren) unterteilt (vgl. Abbildung 4-1 nach PETERMANN, 2000).

### 4.2.1 Umweltbedingte Risikofaktoren

**Soziale Schichtzugehörigkeit** stellt keinen generellen Risikofaktor dar, doch nimmt diese, wie bereits oben erwähnt, Einfluss auf die Lebensqualität des Individuums (UCHTENHAGEN, 2000). Die in niedrigeren sozialen Schichten erlebte **Armut** wirkt gerade auf Jungen bedrohlich und belastend. Sie führt nachweislich zu massivem Nikotin- und Alkoholkonsum.

Sozioökonomische Merkmale spielen eine Rolle für den Substanzkonsum im Jugendalter. Ihr Einfluss scheint jedoch nicht linear: Ein höherer **sozioökonomischer Status** hängt einerseits positiv mit Alkoholkonsum zusammen. Die verfügbaren, finanziellen Mittel ermöglichen, dass mehr konsumiert werden kann. Andererseits tritt Problemverhalten speziell im

Kontext mit Alkohol eher bei Jugendlichen aus Familien mit geringerem sozioökonomischen Status auf (LEPPIN, 2000). Dies lässt sich dadurch erklären, dass das Wohnumfeld und das **Milieu**, in dem Kinder und Jugendliche aufwachsen, diese im Sinne der Sozialisation prägt. Schlechte Einflüsse des erlebten Umfeldes können durch Modellernen negativen Einfluss nehmen.

Als Ergebnis verschiedener Untersuchungen zum Konsumverhalten von Jugendlichen stellt sich heraus, dass für den Tabakkonsum die Schulform die bedeutendste Variable ist: Regelmäßige und gelegentliche RaucherInnen sind an Hauptschulen doppelt so häufig anzutreffen wie an Gymnasien. Dieses Ergebnis lässt sich mit der sozialen Schicht- und Milieuzugehörigkeit der Jugendlichen erklären (KOLIP, 2000).

**Schulen** beeinflussen den Substanzkonsum negativ, wenn sie eine Umgebung bieten, die bei einigen Jugendlichen zu schulischem Versagen führt. Konflikte in der Schule und ein negatives Lernklima, in dem keine vertrauensvollen Beziehungen aufgebaut werden können, steigern die Bereitschaft bei Jugendlichen, psychoaktive Substanzen zu konsumieren (B. SCHMIDT, 1998).

Geringe Leistungsmotivation, schlechte Schulleistungen und Schulabbruch werden sowohl als Ursache für deviantes Verhalten als auch für den Beginn von Substanzkonsum vermutet (ESSAU et al., 1998 b).

Wie bereits im Kapitel über die umweltbezogenen Schutzfaktoren (4.1.1) beschrieben, ist die **Familie** eine besonders wichtige Institution. Sie hat entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Ist dieser Einfluss überwiegend negativ, erhöht sich die Gefahr der Ausbildung von abweichendem Verhalten wie Substanzkonsum. Die Familie stellt dann einen Risikofaktor dar.

Für das Elternhaus gilt das Prinzip des Modellernens (vgl. 4.4.2). Als primäre Sozialisationsinstanz vermittelt die Familie auf diesem Wege Auffassungen, Einstellungen, Werte und Normen. Die **elterlichen Einstellungen zum Alkohol** und Alkoholkonsum allgemein spielen nachweislich eine Rolle für die späteren Konsumgewohnheiten der Kinder

und Jugendlichen. Am stärksten dabei prägt, wie die Eltern mit dem Konsum ihrer Kinder umgehen. Wahrgenommene Permissivität der Eltern gegenüber Alkoholkonsum begünstigt Initiation und Missbrauch (LEPPIN, 2000, 69). Besonders negativ auf die Einstellung Jugendlicher zu psychoaktiven Substanzen wirkt sich aus, wenn Eltern selbst ihren Kindern diese anbieten, z.B. Alkohol im Rahmen einer Familienfeier. Es gilt als nachgewiesen, dass elterliche Anleitung von Kindern, Alkohol zu trinken, sich später konsumsteigernd auswirkt (SCHMIDT, 1998)

Jugendliche, die Alkohol häufig konsumieren, unterscheiden sich schon während der Kindheit von ihren Altersgenossen im **elterlichen Erziehungsverhalten**. Kinder, deren Eltern diese „in einer Kombination von geringer Konventionalität, wenig Aufsicht und Herausforderung, geringer Einflussnahme und wenig Unterstützung“ erziehen, entwickeln eher einen missbräuchlichen Konsum als andere Kinder (SILBEREISEN, 1998, 1064). Sowohl fehlende Verhaltensregeln, in Form eines permissiven Erziehungsstils, als auch eine extrem strenge Disziplin mit autoritärem Hintergrund haben negative Auswirkungen.

**„Wie Sie Ihre Kinder ermutigen können, Drogen zu nehmen!“**

- Setzen Sie sich niemals als Familie zusammen.
- Vermeiden Sie familiäre Traditionen, die sich wöchentlich, monatlich oder jährlich wiederholen, auf die sich die Kinder freuen könnten.
- Hören Sie Ihren Kindern niemals zu- sprechen Sie über sie, aber nicht mit ihnen.
- Lassen Sie Ihre Kinder keine Erfahrungen mit Kälte, Müdigkeit, Abenteuern, Kränkung, Risiken, Herausforderungen, Experimenten, Fehlern, Schwierigkeiten usw. machen.
- Überzeugen Sie Ihre Kinder von den Gefahren illegaler Drogen während Sie exzessiv rauchen und trinken.
- Geben Sie Ihren Kindern keine geistigen Anregungen: Betonen Sie statt dessen religiöse Rituale, das äußere Erscheinungsbild und die Buchstaben des Gesetzes.
- Wenn Sie vor der Frage stehen, ob Sie Ihre Zeit und Ihr Geld entweder in eine materielle Sache oder eine familiäre Aktivität investieren sollten, wählen Sie immer die materielle Sache.
- Erzählen Sie in Anwesenheit Ihrer Kinder anderen, welche großartigen Sachen Ihre Kleinen vollbringen- erwarten Sie von ihnen, dass sie immer gewinnen.
- Zeigen sie Ihren Kindern, dass Sie „kleinere“ Regeln und Gesetze Ihres Landes nicht beachten, weil es ohnehin keiner bemerkt.
- Korrigieren Sie nicht das Verhalten Ihrer Kinder in geeigneter Weise, aber schützen Sie sie vor gesetzlichen Folgen, vor Folgen in der Schule und im Freundeskreis unter dem Motto: „Mein Kind würde so etwas nie tun“.
- Untergraben Sie die Rolle des Ehepartners in der Familie- lassen Sie ihn keinen Einfluss gewinnen, halten Sie mit den Kindern um der Kinder willen zusammen.
- Besuchen sie regelmäßig wegen jeder Kleinigkeit den Arzt.
- Kümmern Sie sich um alle Angelegenheiten Ihrer Kinder, lassen Sie sie niemals Verantwortung übernehmen.
- Lösen Sie die Probleme Ihrer Kinder- treffen Sie für sie die Entscheidungen.“

**Abbildung 4.2-1 „Wie Sie Ihre Kinder ermutigen können, Drogen zu nehmen!“  
(Jahn, 2001, 191)**

Ein **negatives Familienklima**, Zurückweisung und Vernachlässigung durch die Eltern stellen eine Belastung für den Heranwachsenden dar. Ein zerrüttetes Elternhaus und ungeklärte bzw. unbeständige Beziehungsverhältnisse im sozialen Nahfeld können sich schädlich auf die Entwicklung auswirken.

Körperliche und seelische **Misshandlungen** durch die Eltern, insbesondere sexuelle Missbrauchserfahrungen oder inzestuöse Verhältnisse, sind ebenfalls Risikofaktoren (SCHULZ & REMSCHMIDT, 1999).

Kinder von **Eltern mit Suchtproblematik** sind besonders schweren Bedingungen ausgesetzt. Die Umstände, unter denen diese Kinder und Jugendlichen aufwachsen, lassen sich am Beispiel so genannter „Alkoholeffekte“ erklären (vgl. ZOBEL, 2000). Diese Effekte sind durch den Alkoholkonsum bedingte Beeinträchtigungen des sozialen Nahfeldes, insbesondere der Familie. Substanzabhängige Elternteile beeinflussen durch ihr Verhalten das Zusammenleben der Familie nachhaltig. Die starken Stimmungsschwankungen des Abhängigen provozieren massive Ehekonflikte, Trennung und Scheidung der Eltern („Familieneffekte“ nach ZOBEL, 2000). Eine Abhängigkeitserkrankung führt in den meisten Fällen zum Arbeitsplatzverlust. Die Folge sind finanzielle Schwierigkeiten für die Familie und dadurch bedingter sozialer Abstieg. Eine massive Sucht kann zum Tod eines Elternteils führen.

In suchtblasteten Familien geht vom Modelllernerffekts eine besondere Gefahr aus. Meist besteht in suchtblasteten Familien eine geringere emotionale Bindung und es mangelt an angemessener Unterstützung und Kontrolle der Kinder durch die Eltern (ZOBEL, 2000).

Abgesehen von den verstärkten Risikoauswirkungen auf den eigenen Substanzkonsum sind Kinder von substanzkonsumierenden Müttern besonders gesundheitlich gefährdet. Substanzkonsum während der Schwangerschaft schädigt den Embryo im Mutterleib. Bei Alkoholmissbrauch nennt man diese Schädigung Alkoholembryopathie. Die häufigsten Symptome bei einem alkoholembryopathisch geschädigten Kind sind Missbildungen, Gesichtsabnormalitäten und

Missbildungen der Gliedmaßen. Nicht selten kommt das Kind schwerstmehrfachbehindert zur Welt. Nach Schätzungen der Universitäts-Kinderklinik Münster ist jedes 300. Neugeborene von Alkoholembryopathie betroffen. Dies wären in Deutschland jährlich 2200 Kinder (KLEIN, 2002; ZOBEL, 2000).

Zum Netzwerk sozialer Beziehungen gehört ebenso die **Peergroup**. Diese gewinnt in der Jugendphase immer mehr Bedeutung und Einfluss auf die Heranwachsenden. Zahlreiche Autoren und Untersuchungen machen darauf aufmerksam, dass häufige und enge Kontakte zum Freundeskreis sich nicht protektiv auf die Konsumgewohnheiten Jugendlicher auswirken. Ein intensiver außerhäuslicher Freizeitkontakt mit Gleichaltrigen erhöht deutlich die Wahrscheinlichkeit, Drogen zu konsumieren (vgl. LEPPIN, 2000; SILBEREISEN, 1998; HURRELMANN, 1999; et al.).

Neben der Familie gelten gleichaltrige Freunde als die Personengruppe, die den meisten Einfluss auf den Drogenkonsum nimmt. Während die Eltern in den frühen Phasen die Entwicklung entscheidend beeinflussen, werden Peers in der frühen Adoleszenz wichtiger. In diesem Alter zeigen Jugendliche eine besonders starke Tendenz zu gruppenkonformen Verhalten.

Die Gruppe der Gleichaltrigen ist eher als Risikofaktor zu sehen, da sich Jugendliche gerade in kritischen Perioden in ihren Verhaltensweisen weniger von ihren Eltern als von ihren Freunden beeinflussen lassen (LEPPIN, 2000). „Gleichaltrige geben emotionalen Rückhalt und Unterstützung, können aber auch das Milieu für eine Sozialisation in Devianz und Drogenkonsum bieten“ (ESSAU et al., 1998 b, 760). Nachweislich suchen gerade Jugendliche mit schlechten elterlichen Bindungen eher deviante Freunde als andere Gleichaltrige (ESSAU et al., 1998 b).

Gleichaltrige fördern die Einführung in den Konsum und das Experimentieren mit psychotropen Substanzen. Mit ihnen testen Jugendliche den Konsum von Zigaretten, Alkoholika und illegalen Drogen. Die Peergroup übernimmt hier eine **Modellfunktion** für die Aufnahme von Konsum sowie die Übernahme von Konsummustern. Der Peer-Einfluss

und weniger das elterliche Verhalten hat eine Auswirkung auf das Image, dass psychotrope Substanzen bei Jugendlichen einnehmen (LEPPIN, 2000).

Im Prozess der **Akzeptanzfindung** spielt „das Element demonstrativen Konsums“ eine entscheidende Rolle (FREITAG & HURRELMANN, 1994). Sowohl mit dem Konsum als Statussymbol geschätzter Güter als auch mit dem Konsum von psychotropen Substanzen setzen Jugendlichen ein sichtbares Zeichen des Lebensstils. Der soziale Status einer Person beruht nach Meinung der Autoren nicht unerheblich auf dem Eindruck, den Jugendliche bei ihren gleichaltrigen Freunden hinterlassen.

Ein Hauptgrund für jugendlichen Substanzkonsum liegt in der erleichterten **sozialen Integration** in die Gruppe Gleichaltriger. Erwiesenermaßen steht überdurchschnittlicher Substanzkonsum im Zusammenhang mit Lebensstilen, die durch überdurchschnittliche Sozialkontakte zu Gleichaltrigen sowie gesellige und außerhäusliche Freizeitbeschäftigung geprägt sind. Jugendliche mit überdurchschnittlichem Substanzkonsum verfügen über stärker entwickelte soziale Kompetenzen als durchschnittliche Konsumenten bzw. Abstinente (B. SCHMIDT, 1998).

#### **4.2.2 Individuelle Risikofaktoren**

Zum Bereich der individuellen Risikofaktoren gehört die **genetische Disposition**. Verschiedene Studien aus der Adoptions-, Zwillings- und Familienforschung konnten zeigen, dass genetische Faktoren für die Ausbildung süchtigen Verhaltens mitverantwortlich sind (KÜNZEL-BÖHMER et al., 1993; SILBEREISEN, 1998). Es ist anzunehmen, dass eine erbliche Vorbelastung das Risiko für Jugendliche, eigene missbräuchliche Verhaltensmuster zu entwickeln, erhöht. (Siehe dazu: 4.4.1 Biologische Erklärungsansätze)

**Physiologische Reife** führt zu stärkerem Risikoverhalten. Hierfür werden als Ursache die mit der körperlichen Frühreife einhergehenden sozialen Kontakte mit älteren Jugendlichen angenommen. Der häufige Kontakt führt zur Übernahme nicht altersgemäßer Verhaltensgewohnheiten. Dies geschieht vermutlich einerseits, um dazuzugehören. Andererseits können

Jugendliche mit dem Konsum die Irritation wegen der körperlichen Entwicklung bewältigen (SILBEREISEN, 1998).

Ebenso kann für die Risikosteigerung eine verzögerte Entwicklung verantwortlich sein. Diese geht mit Unterlegenheitsgefühlen einher, die durch Substanzkonsum zu kompensieren versucht werden (B. SCHMIDT, 1998).

**Probleme mit der Selbststeuerung**, in Form von Aufmerksamkeitsstörungen, mangelnder Impulskontrolle und Aggressivität, während der Kindheit sind Persönlichkeitsmerkmale, die künftigen Alkohol- und Drogengebrauch begünstigen können. Ursachen dafür können ein schwieriges Temperament sowie angeborene und erlernte Verhaltensmuster (z.B. antisoziales Verhalten) sein (SILBEREISEN, 1998; ESSAU et al. 1998 b).

**Geringes Selbstwertgefühl** und geringe Selbstwirksamkeitserwartung sowie externale Kontrollüberzeugung und damit verbunden mangelndes Durchsetzungsvermögen gelten als Risikofaktoren für die Übernahme von Risikoverhalten (ENGEL & HURRELMANN, 1994).

Der **Mangel an Bewältigungskompetenz** bei Belastungen sowie eine geringe Widerstandsfähigkeit gegenüber sozialem Druck und emotionalem Stress kann der Auslöser für den missbräuchlichen Konsum sein. Ziel und Zweck der Einnahme psychoaktiver Substanzen ist es, den unangenehmen Befindlichkeitszustand zu verbessern (KÜNZEL-BÖHMER et al., 1993).

Individuelle positive **Einstellungen** zum Drogenkonsum stehen im Zusammenhang mit tatsächlichem Drogenkonsum bei Jugendlichen. Je positiver die Einstellungen zum Drogenkonsum, desto stärker ist in der Regel auch der Drogenkonsum (B. SCHMIDT, 1998; ESSAU, 1998 b).

Für Jugendliche wirkt sich eine **Störung der psychischen Gesundheit**, in Form von Psychosen und Persönlichkeitsstörung (z.B. Angst und Depressionen), risikosteigernd auf den Konsum legaler und illegaler Drogen aus (ESSAU et al., 1998 b; UCHTENHAGEN et al., 2000).

Bei sexuellen Missbrauchserfahrungen laufen Kinder und Jugendliche Gefahr, im Konsum psychoaktiver Substanzen eine Milderung oder Heilung zu verspüren. Inzestuöse Verhältnisse und andere Formen des **Missbrauchs im Kindesalter** haben eine Schwächung des Selbstwertgefühls zur Folge. Daher erhöht das traumatische Erlebnis einer Missbrauchserfahrung die Risikobelastung für die weitere Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (UCHTENHAGEN et al., 2000; ZOBEL, 2000).

#### **4.3 Schutz- und Risikofaktoren nach den strukturellen Besonderheiten von Stadt und Land**

So unterschiedlich wie die Lebenskulturen in der Stadt und auf dem Land sind, so sehr variieren auch die Bedingungen, unter denen Jugendliche in ihrem spezifischen Lebensraum aufwachsen.

Die Auswirkungen unterschiedlicher Lebenssituationen auf die Entwicklung wurden 1986 in der Schweiz von Müller & Spinatsch anhand einer repräsentativen Umfrage unter Schulkindern im Alter von 10 bis 16 Jahren untersucht. Ziel dabei war es, die Differenzen im Lebensstil von Heranwachsenden aufzuzeigen. Dabei wurden die drei Sprachregionen der Schweiz, die auch geographisch klar voneinander abgegrenzt sind, als drei unterschiedliche Kulturen definiert. Unter anderem kamen die Autoren zu dem Ergebnis, dass bei Alkoholkonsum und Rauchverhalten hochsignifikante Interaktionseffekte zwischen Kultur, Geschlecht und Alter bestehen. Zwischen den einzelnen Kulturen wurden signifikante Unterschiede bei Konsummustern, Konsumalter, Konsummengen u.a. für alle untersuchten psychotropen Substanzen festgestellt (KÜNZEL-BÖHMER et al., 1993).

Der Begriff „Kultur“ bedeutet das Ganze der sozialen Einrichtungen, Gebräuche und Lebensordnungen. Ein „Kulturareal“ ist das Gebiet gleicher Kulturentwicklung und gleicher Lebensart der Menschen. Es setzt sich aus Kulturelementen, einzelnen Kulturgütern materieller Art (z.B.



Baustil, Infrastruktur) und geistiger Art (z.B. Glaubensvorstellungen, Lebenseinstellungen) zusammen, die es von anderen Kulturarealen unterscheidet. Nach dieser Begriffdefinition von Kultur lassen sich ländliche und städtische Regionen als zwei unterschiedliche Kulturreale einordnen. Laut Müller & Spinatsch (in: KÜNZEL-BÖHMER et al., 1993) würde dies bedeuten, dass die kulturell und strukturell unterschiedlichen Bedingungen von städtischem und ländlichem Gebiet sich auf die Schutz- und Risikofaktoren im Kontext des Konsums legaler und illegaler Substanzen auswirken.

OETTING, EDWARDS, KELLY & BEAUVAIS (1997) untersuchten anhand einer Befragung von Schülern aus ländlichen Regionen der USA den Drogenkonsum von Jugendlichen. Im Vergleich mit anderen Erhebungen fanden sie heraus, dass Drogenkonsum bei Jugendlichen aus städtischen und ländlichen Regionen generell durch ähnliche Risikofaktoren, wie Peer-Kontexte, familiäre und häusliche Situation etc., verursacht wird.

Jedoch zeigen die Ergebnisse Unterschiede in der Belastung mit diesen Risikofaktoren zwischen großen Metropolen und den Kleinstädten im ländlichen Gebiet.

Die Autoren stellten fest, dass in den Großstädten, in denen viele verschiedene Menschen leben, immer die gleichen Probleme auftreten. Somit gibt es auch bei der Quantität und Qualität von Risikofaktoren zwischen den Metropolen des Landes keine großen Unterschiede. Die in großstädtischen Gebieten lebenden Jugendlichen wachsen also mit einer ganzen Bandbreite ähnlicher Risikofaktoren auf.

In den kleineren Städten in ländlichen Gebieten dagegen leben weniger Menschen, die sich weitestgehend homogen verhalten und regional bedingt sehr ähnlich Voraussetzungen und Möglichkeiten haben. Daher treten in den einzelnen Kleinstädten eher spezifische Probleme auf. Kleinstädte bzw. ländliche Regionen unterscheiden sich in der Dichte und im Niveau ihrer Probleme. Dies hat zur Folge, dass die Jugendlichen in den ländlichen Regionen auch im Vergleich zu den Jugendlichen aus Ballungsgebieten mit unterschiedlichen Chancen und Problemen aufwachsen.

OETTING et al. stellten als eine Konsequenz aus ihrer Forschung einen großen Bedarf fest, in den ländlichen Gebieten die Forschung zum Substanzkonsum Jugendlicher auf die Zusammenhänge zwischen Beschaffenheit der Gemeinden, anderen Risikofaktoren und dem Drogenkonsum zu fokussieren. Weiter vermuten die Autoren, dass gerade der Charakter einer Gemeinde, weil sie als Sozialisationsinstanz die Prägung und Entwicklung der Jugendlichen entscheidend mitbestimmt, den Konsum psychoaktiver Substanzen maßgeblich beeinflusst (OETTING, EDWARDS, KELLY & BEAUVAIS, 1997).

Die Auswirkung struktureller Unterschiede und Einflüsse auf die Lebens- und Entwicklungsbedingungen der Jugendlichen im Kontext mit dem Konsum psychotroper Substanzen lassen sich auch in Bezug auf die im empirischen Teil dieser Arbeit untersuchten Regionen, Köln und Eifel, beobachten.

Mit Eifel ist im Zusammenhang mit dieser Arbeit das Höhengebiet des Kreises Euskirchen gemeint. Der Kreis Euskirchen ist mit 1250 km<sup>2</sup> Grundfläche der größte Landkreis im Bundesland Nordrhein-Westfalen. Im Kreisgebiet wohnen insgesamt 190.581 Menschen, davon 100.523 Menschen in den acht Gemeinden des Höhengebietes (LDS NRW, 2002; BROCKHAUS, 2003). Jede dieser Gemeinden umfasst zwischen 8 und 15 kleinere Dörfer.

Der Stadtkreis Köln umfasst 405 km<sup>2</sup> und dort leben insgesamt 1.019.049 Menschen in neun verschiedenen Stadtbezirken (Stadt Köln, 2002; BROCKHAUS, 2003).

Rechnet man die Bevölkerungsdichte auf die Grundfläche um, so kommt auf 6558,9 m<sup>2</sup> eine Person im Kreis Euskirchen und auf 397,4 m<sup>2</sup> eine Person in Köln. Daraus wird ersichtlich, dass der Kreis Euskirchen im Gegensatz zur Großstadt Köln ein sehr dünn besiedeltes Gebiet ist.

Die dünne Besiedlungsdichte, gerade im Höhengebiet des Landkreises Euskirchen, wirkt sich auf den strukturellen Ausbau und die Versorgung der Bevölkerung aus. Das Verbundsystem öffentlicher Verkehrsmittel ist schlecht ausgebaut. In den kleinen Ortschaften fahren beispielweise nur

zweimal am Tag Busse, um die Schüler zu den Schulen und wieder nach Hause zu befördern. Für Besorgungen jeglicher Art sind die Menschen auf ein eigenes Fahrzeug angewiesen.

Dadurch sind die Freizeitmöglichkeiten gerade für die Jugendlichen ohne Fahrerlaubnis und ohne eigenes Fahrzeug sehr gering. Angebote, die es für Jugendliche gibt, sind Aktivitäten in Sport-, Musik- oder Junggesellenvereinen. Grundsätzlich ist es sicherlich als positiv zu bewerten, dass sich Jugendliche in Vereinen engagieren. Problematisch dagegen ist jedoch, dass in den meisten Vereinen die Geselligkeit und damit auch der Alkohol eine große Rolle spielt.

Die Freizeitkultur der ländlichen Dorfgemeinschaften ist durch zahlreichen kleinere Feste geprägt. Jeder der Dorfvereine veranstaltet im Jahr eins oder mehrerer dieser Feste in Form von Konzerten, Ball- oder Diskoabenden zur Aufbesserung der Vereinskasse. Für viele Jugendliche sind sie die einzige Möglichkeit auszugehen. Daher sind auf den abendlichen Veranstaltungen viele Teenager bis in die frühen Morgenstunden anzutreffen. Seitens der Veranstalter gibt es keine oder nur halbherzige Kontrollen bezüglich des Alters der Besucher.

Wird den Jugendlichen der Kauf von Alkohol und Zigaretten an der Theke verweigert, werden sie von älteren Freunden und Bekannten damit versorgt. Kontrollen durch die Polizei oder andere Ordnungshüter betreffend der Einhaltung des Jugendschutzgesetzes finden nicht statt.

Auf großen Dorffesten feiern mehrere Generationen zusammen. So kommt es vor, dass Eltern und Kinder unabhängig voneinander das gleiche Fest besuchen. Der Umgang mit psychoaktiven Substanzen sowie die Einstellung der Eltern zum Substanzkonsum der eigenen Kinder ist für deren Entwicklung von Bedeutung (vgl. 4.2.1). Gerade auf öffentlichen Festen verhalten sich Erwachsene anders als auf Familienfeiern. So besteht die Gefahr, dass die Jugendlichen die Haltung ihrer Eltern als ambivalent und deshalb nicht glaubwürdig wahrnehmen bzw. sie dieses Verhalten in ihren eigenen Einstellungen prägt.

Einige größere Ortschaften verfügen über einen eigenen Jugendraum. Diese Räume sind oft nur ein- bis zweimal die Woche geöffnet, da sie

hauptsächlich ehrenamtlich betreut werden oder dem zuständigen Sozialarbeiter / Sozialpädagogen zeitlich nicht mehr Kapazität für diesen Raum zur Verfügung steht.

Die Verantwortung für die Jugendräume liegt in den meisten Einrichtungen bei kirchlichen Trägern, Kirchengemeinden und Pfarrgemeinderäten. Deren Mitglieder begegnen den Jugendlichen mit konservativem Argwohn und haben selten Verständnis für jugendliche Eigenarten und Bedürfnisse. In den Jugendtreffs gilt oft Alkohol- und manchmal sogar Rauchverbot, um die jugendlichen Besucher der Einrichtungen vor negativen Einflüssen zu schützen. Dies hat zur Folge, dass sich viele der Jugendlichen zumindest bei gutem Wetter einen anderen Treffpunkt ausmachen. Gerade die (Problem-) Jugendlichen verbringen ihre Freizeit an Bushaltestellen und öffentlichen Plätzen. Sie konsumieren und experimentieren sichtbar mit Alkohol, Tabak sowie im Verborgenen mit illegalen Substanzen. Gerade Jugendlichen, für die aus diesem Grund eine öffentliche Anlaufstelle von großer Wichtigkeit wäre, werden durch Abstinenz-Regelungen von diesen Angeboten ausgeschlossen.

Insgesamt gibt es im Höhengebiet des Kreises Euskirchen wenige Jugendhelfer angesichts der Größe des zu betreuenden Gebiets. Viele der kleineren Gemeinden können sich keinen eigenen Jugendhelfer bzw. den Unterhalt eines Jugendraumes leisten.

Das Jugendreferat der Regionalstelle Schleiden / Eifel setzt seit zwei Jahren einen Bus in diesen Gemeinden ein, der den Jugendlichen einen betreuten Treffpunkt bieten soll. Dieses Projekt der aufsuchenden Sozialen Arbeit wird von einem Sozialarbeiter betreut. Doch die Kapazitäten sind stark begrenzt. So kann dieser Bus nur wenige Ortschaften regelmäßig im 14-tägigen Rhythmus ansteuern.

Für feste Angebote, beispielsweise mit einem präventiven Konzept, fehlt Geld. Der Bedarf und die Chancen von Prävention, gerade im sekundärpräventiven Bereich, werden sowohl von den regionalen Politikern als auch von verschiedenen Institutionen verkannt.

Kleine Ortschaften im Höhengebiet des Kreises Euskirchen verfügen meist über ein recht gut funktionierendes Netz nachbarschaftlicher Beziehung und sozialer Bindung. Die Familie lebt in den meisten Fällen in der konventionellen Form zusammen. Die Scheidungsraten sind verhältnismäßig niedrig und die gesamte Familie lebt im engen Umkreis. Dies wirkt sich im Sinne eines funktionierenden sozialen Netzes positiv auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen aus (vgl. Kapitel 4.1.1).

In Köln dagegen wachsen die Jugendlichen eher in der Anonymität einer Großstadt auf. Hier gibt es viele verschiedene Formen der Familie, alleinerziehende Elternteile und zusammen gewürfelte Familien mit unterschiedlichen verwandtschaftlichen Beziehungen, auch Patchwork-Familien genannt, die in der Eifel eher vereinzelt anzutreffen sind. Diese Umstände geben den Jugendlichen weniger Möglichkeiten für den Ausbau beständiger sozialer Bindungen.

Köln verfügt über ein reiches Kultur- und Freizeitangebot auch für Jugendliche. Das Netz der öffentlichen Verkehrsmittel ermöglicht den Jugendlichen, ihre Zielorte problemlos zu erreichen. Dies ist allerdings nicht nur positiv zu bewerten, da gerade der intensive außerhäusliche Freizeitkontakt mit Gleichaltrigen als Risikofaktor gilt (vgl. 4.2.1).

Köln hat, wie jede große Stadt, so genannte Brennpunktstadtteile mit überdurchschnittlich vielen Sozialhilfeempfängern, hoher Kriminalitätsrate und hohem Ausländeranteil (Stadt Köln, 2002). Dieses soziale Umfeld kann sich auf Jugendliche, die dort aufwachsen bzw. sich dort in ihrer Freizeit überwiegend aufhalten, negativ auswirken und ein Risiko für ihre gesunde Entwicklung darstellen (vgl. 4.2.1).

Auf der anderen Seite und gerade aus dem Grunde ist die Präsenz und die Kontrolle durch die Ordnungsorgane, wie die Polizei, viel stärker gegeben. Diskotheken, Clubs und Kneipen werden kontrolliert und deshalb wird das Jugendschutzgesetz in diesen Lokalisationen eher aus eigenen Interessen beachtet, als dies in ländlichen Gebieten der Fall ist.

Köln verfügt im Bereich der professionellen städtischen und kirchlichen Jugendarbeit über ganz andere finanzielle und somit auch personelle

Kapazitäten als der Kreis Euskirchen. Jeder der neun Stadtbezirke verfügt über mehrere Offene Jugendeinrichtungen; die wenigsten Einrichtungen, nämlich acht, befinden sich in Porz, die meisten, insgesamt 24, befinden sich im Stadtbezirk Mühlheim (Stadt Köln, 2002). Zusätzlich werden an bekannten Treff- und Brennpunkten so genannte Streetworker eingesetzt, um die Situation für Jugendliche dort zu entschärfen bzw. um diesen alternative Angebote zu bieten.

Trotzdem gibt es Jugendliche, die durch die vorhandenen Angebote nicht erreichbar sind. Diese Jugendlichen haben kein Interesse an den bestehenden Einrichtungen und dem Kontakt bzw. befürchten dort die Kontrolle durch einen Erwachsenen. Die Möglichkeiten der Arbeit mit (Problem-) Jugendlichen sind zudem nicht ausreichend. Hier fehlen ebenso wie im Kreis Euskirchen die Gelder und das öffentliche Interesse.

#### **4.4 Erklärungsansätze zur Entwicklung riskanten Drogenkonsums: Theorien jugendlichen Risikoverhaltens**

„Das Jugendalter ist wie kein anderer Abschnitt des menschlichen Lebens mit Neugierde, Experimentierfreudigkeit und riskanten Verhaltensweisen in Verbindung zu bringen“ (TOSSMANN & PILGRIM 2001, 23).

Aus welchen Gründen verhalten sich einige Jugendliche risikoreich, während andere Jugendliche dies nicht tun? Einige Jugendliche vermeiden Risiken, andere experimentieren mit ihrem Risikoverhalten, während wiederum andere ihre Zukunft aufs Spiel setzen, indem sie gesundheitsgefährdende Lebensstile entwickeln.

„Riskanter Drogenkonsum gilt als multifaktorielles Geschehen“ (B. SCHMIDT, 1998, 64). Um diesen zu erklären, wurden unterschiedliche wissenschaftliche Modelle entwickelt, in denen der Einfluss von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren bzw. Umweltfaktoren beschrieben und diskutiert wird.

Im folgenden werden vier verschiedene Ansatzrichtungen beschrieben. Den einzelnen Richtungen sind unterschiedliche Theorien zugeordnet. Es gibt zahlreiche Theorien über Suchtursachen. „In der Vielzahl offenbart sich aber gerade ihre Schwäche: die Tatsache nämlich, dass es jedenfalls bislang keine allgemein anerkannte Erklärung der Sucht gibt“ (SCHEERER, 1995, 39).

#### **4.4.1 Biologische Erklärungsansätze**

Genetische Prädisposition und neuropsychologische Einflüsse bilden die Erklärungsfaktoren biologischer Theorien.

Verschiedene Studien aus der Adoptions-, Zwillings-, und Familienforschung konnten zeigen, dass genetische Faktoren für die Ausbildung süchtigen Verhaltens mitverantwortlich sind.

Genetische Einflüsse können zumindest Ansatzweise das gehäufte Auftreten von Substanzkonsum in bestimmten Familien und die ähnlichen Verhaltensmuster bei getrennt voneinander aufgewachsenen Zwillingen erklären (H. SCHMIDT, 1997). Danach haben eineiige Zwillinge häufig ein signifikant höheres Risiko für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit als zweieiige Zwillingspaare, unter der Voraussetzung, dass die biologischen Eltern alkoholkrank waren. Allerdings zeigte sich bei dieser Untersuchung auch ein geschlechtsspezifischer Unterschied darin, dass diese Aussage primär für die männlichen Kinder gilt (KÄHNERT, 1999 a).

In sogenannte Adoptionsstudien konnte ebenfalls nachgewiesen werden, dass die genetischen Faktoren bei der Entwicklung süchtigen Verhaltens eine Rolle spielen. Wiesen die biologischen Eltern in ihrer Biographie eine Belastung durch Alkohol auf, so fand sich bei den in nicht blutsverwandten Familien adoptierten Kindern späterer Alkoholmissbrauch allerdings nur dann, wenn die Adoptionsfamilie einen niedrigen sozialen Status hatte (SILBEREISEN 1998). Daher geht man heute von einer Kombination verschiedener genetischer Merkmalsanlagen und Umweltfaktoren aus, um Sucht und Abhängigkeit zu erklären.

„Generell kann gesagt werden, dass genetische Faktoren zur Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit beitragen, sie jedoch nicht vollständig erklären kann“ (KÄHNERT, 1999 b, 66). Es gibt kein Gen, dass nach den

klassischen Vererbungsregeln eine Suchterkrankung an die nächste Generation weitergibt. An der Erforschung sogenannter Kandidatengene, die eine Relevanz auf die Entstehung süchtigen Verhaltens haben könnten, wird derzeit gearbeitet.

Kenntnisse über neuro- und molekularbiologische Einflüsse bei der Entstehung von missbräuchlichem und süchtigem Verhalten wurden in tierexperimentellen Verfahren gewonnen. Neurobiologische Erklärungsansätze legen nahe, Suchterkrankungen auch auf neurochemischem Wege zu therapieren, beispielsweise durch so genannte „Anti-Craving-Substanzen“, die das Verlangen nach der Suchtsubstanz vermeiden oder lindern sollen (KRUSE et al., 2000).

#### **4.4.2 Psychologische Erklärungsansätze**

Psychologische Erklärungsmodelle zur Entwicklung von Substanzgefährdung nehmen die spezifischen Persönlichkeitsmerkmale als Risiko- und Schutzeigenschaften in den Fokus. Ebenso eine Rolle spielen psychoanalytische, entwicklungspsychologische sowie kognitiv orientierte Ansätze.

- *Das Persönlichkeitspsychologische Modell*

versucht, bestimmte menschliche Persönlichkeitsstrukturen als ursächlich für eine Suchtentwicklung auszumachen.

Es gibt bestimmte Persönlichkeitsmerkmale, die bei verschiedenen Individuen mit missbräuchlichem Substanzkonsum bzw. einer Suchtproblematik empirisch nachgewiesen wurden. So sind diese Menschen an Unabhängigkeit und Unkonventionalität interessiert, weniger an konventionellen Leistungen. Sie besitzen eine geringe Erfolgserwartung und Religiosität, dafür aber eine höhere Toleranz für Fehlverhalten wie Lügen, Stehlen, Schwindeln und Aggression. Im Vordergrund steht ein erhöhtes Bedürfnis nach kurzfristigen Erfolgen und impulsiven Aktionen. Ursache dieser Verhaltensweisen sind offenbar häufig, ihre tiefer liegenden Kümernisse und Störungen



auszuagieren, die auf gestörte soziale Beziehungen zurückgeführt werden (SCHEERER, 1995).

Doch charakteristische Persönlichkeitseigenschaften oder -strukturen im Sinne einer prämorbidem Persönlichkeit konnten in der Forschung bisher nicht belegt werden (KRUSE et al., 2000, 160).

Dieses Konzept hat wegen seiner Eindimensionalität an Bedeutung verloren. Persönlichkeitseigenschaften spielen nur noch im größeren Kontext als Risikofaktoren eine Rolle.

- *Der Psychoanalytische Ansatz zur Suchtentstehung*

deutet Drogengebrauch als Begleitstörung einer primären Erkrankung. Sucht entsteht demnach aufgrund einer gestörten Persönlichkeitsentwicklung, die ihren Ursprung aus negativen frühkindlichen Erfahrungen in zwischenmenschlichen Beziehungen nimmt (KÜNZEL-BÖHMER et al., 1993).

Bei einer gestörten Persönlichkeitsentwicklung werden die „Ich-Funktionen“, wie z.B. Frustrationstoleranz, Fähigkeit zum Aufschub einer Belohnung, nicht hinreichend entwickelt. Diese Ich-Funktionen werden aus psychoanalytischer Sicht als bedeutsam für die Realitätsanpassung eines Menschen angesehen. „Der Alkoholkonsum entspricht bei unterentwickelten Ich-Funktionen einem Selbstheilungskonsum“ (KRUSE et al., 2000, 162).

Sucht wird in diesem Zusammenhang auch mit einem „Abhängigkeitsbedürfnis“ bei den Betroffenen erklärt. Demnach versuchen Menschen, durch die Flucht in ein Abhängigkeitsverhältnis ihre Defizite an Nähe und Beziehung aus der Kindheit zu kompensieren (SCHEERER, 1995).

- *Entwicklungspsychologisches Modell*

Grundlage dieses Ansatzes ist die Annahme, dass zur Jugendphase das Experimentieren in zahlreichen Lebensbereichen gehört. Substanzgebrauch erfüllt, wie bereits zuvor beschrieben, wichtige Funktionen für die kognitive, emotionale und soziale Entwicklung von Jugendlichen. Ziele können leichter erreicht und Oppositionshaltungen

gegenüber Erwachsenen demonstriert werden. Auch die Freizeit kann interessanter gestaltet werden (B. SCHMIDT 1998).

Risikoverhalten besitzt angesichts seiner Funktionalität im Zusammenhang mit Entwicklungsaufgaben eine attraktive Bedeutungsfülle bei phasenspezifischen Problemen. Aus der Sicht der Jugendlichen kann diesem Verhalten demnach durchaus „eine subjektive Vernunft“ zugestanden werden. Es gilt als Zeichen der Bereitschaft Jugendlicher zum Erwachsenwerden und ist als Ausdruck der wachsenden Teilhabe an der Erwachsenenkultur zu verstehen (SILBER & KASTNER, 1984; ENGEL & HURRELMANN, 1994).

Die zahlreichen Anforderungen der Jugendphase führen zu einer erhöhten Belastung. Drogen wirken entspannend oder beruhigend, aber auch anregend und aktivierend und können somit bei der Bewältigung von Belastungen und Stress hilfreich sein. In der Regel führt Drogenkonsum nicht zwangsläufig zu Problemen. Substanzgebrauch gilt erst dann als problematisches Verhalten, wenn es eine unproduktive Art des Copings ist und die Gefahr der Suchtentstehung und Gesundheitsschädigung nicht begrenzt werden kann (ENGEL & HURRELMANN, 1994).

- *Lerntheoretisches Modell*

Das Lerntheoretische Modell baut auf den allgemeinen Lerntheorien auf. Ausgangspunkt für die Erklärung abweichenden Verhaltens ist, dass dieses ebenso wie konforme Verhaltensweisen erlernt wird.

„Lernen“ meint in dieser Theorie die „Prozesse, die in Interaktion mit anderen Gesellschaftsmitgliedern (oder spezifischen Gruppen in einer Gesellschaft) in Kommunikationsbeziehungen ablaufen und die individuelle Folgen in der Form der Übernahme oder Ablehnung der in diesen Interaktionen gezeigten Verhaltensweisen“ (LAMNECK, 1999, 186).

Gewohnheiten bezüglich des Drogenkonsums werden zunächst modellhaft, also bei der Interaktion mit Eltern, Freunden oder Idolen, erlernt und später selbst erlebt. Missbräuchlicher Konsum bzw. Substanzabhängigkeit kann nach dieser Theorie entstehen, wenn der

Einsatz psychoaktiver Substanzen als Mittel zur Bewältigung sozialer Situationen erlernt wurde (SCHEERER, 1995). Ebenso werden Substanzen wegen der erwarteten positiven Wirkung zur Stress- und Problembewältigung eingesetzt, weil etwaige Bewältigungsalternativen nicht erlernt wurden. (KRUSE et al., 2000).

Die soziale Lerntheorie hat große Bedeutung in der Prävention gewonnen. Zahlreiche Präventionsansätze beruhen demnach auf dieser Theorie (B. SCHMIDT, 1998).

- *Sozialpsychologische Konzepte*

Unter dieser Überschrift ist besonders die „Theorie des Problemverhaltens“ zu nennen. Ihre Komponenten sind die Persönlichkeit, die Umwelt und das Verhalten, aus deren Wechselbeziehung ein dynamischer Zustand resultiert, der als „Anfälligkeit für Problemverhalten“ bezeichnet wird (KÜNZEL-BÖHMER et al., 1993).

Diese Theorie basiert auf dem Grundgedanken, dass das Auftreten von Problemen mit der Selbststeuerung im frühen Kindesalter es ermöglicht, antisoziales Verhalten und späteren Drogenkonsum vorherzusagen. Hierbei wird davon ausgegangen, dass problematisches Verhalten auf einer individuellen Bereitschaft für dieses Verhalten beruht. Diese Bereitschaft zeigt sich bereits in früher Kindheit (vgl. SILBEREISEN, 1998).

Problemverhalten resultiert, wie bereits beschrieben, aus der Wechselbeziehung der Persönlichkeits- und Umweltvariablen. Keiner dieser Variablen wird eine ursächliche Priorität zugeschrieben (KÜNZEL-BÖHMER et al., 1993).

- *Theory of Reasoned Action*

Diese ausschließlich kognitiv orientierte Theorie basiert auf der Annahme, dass Handlungen durch den erwarteten Wert dieser Handlung motiviert werden. Gesundheitshandlung wird also mit den außerdem erwarteten Konsequenzen verrechnet.

Daraus folgt, dass jugendlicher Substanzgebrauch auf der rationalen Entscheidung für den Gebrauch beruht. „Abhängig von den persönlichen Konsequenzen [...], der subjektiven Bewertung dieser sowie den subjektiven Normen gegenüber Drogengebrauch werden Substanzen konsumiert oder eben nicht“ (B. SCHMIDT, 1998, 70).

#### **4.4.3 Soziologische Erklärungsmodelle**

Die soziologischen Erklärungsansätze fokussieren auf das gesellschaftliche Umfeld des Individuums und dessen Auseinandersetzung damit.

Drogenkonsum und Drogenmissbrauch werden als „sozialinduzierte Verhaltensweisen verstanden, zum einen als Reaktion auf soziokulturelle Gegebenheiten und zum anderen als Ausdruck von Konformität bzw. Devianz gegenüber gesellschaftlichen Normen und Wertvorstellungen“ (B. SCHMIDT, 1998, 71).

- *Die Soziale Kontroll-Theorie*

basiert auf der Annahme, dass Jugendliche, die in ein soziales Netzwerk eingebunden sind, weniger drogengefährdet sind als andere Jugendliche. Starke familiäre und freundschaftliche Beziehungen sowie Respekt vor moralischen und gesellschaftlichen Werten binden das Individuum an die Gesellschaft. Zwangsläufig ergibt sich aus dieser Bindung eine gegenseitige soziale Kontrolle, ohne die ein solches Netzwerk nicht funktionieren könnte (B. SCHMIDT, 1999).

Die Kontrolltheorie wurde in Hinblick auf den Zusammenhang zwischen mangelnder sozialer Beziehung und Drogenkonsum für Jugendliche noch nicht hinreichend überprüft. Jedoch ist sie das theoretische Fundament für viele Ansätze in der Suchtprävention. Die Kontrolle durch die Gruppen, die diese im therapeutischen Kontext als Einfluss auf Einstellungen des Einzelnen ausüben, ist ein geeignetes Mittel der Tertiärprävention (BÖNNER, 2000).

- *Anomie-Theorie*

Die zugrundeliegende Annahme der Anomie-Theorie ist, dass es sowohl kulturell vorgegebene Ziele als auch institutionell vorgegebene Wege gibt, auf welchen die Ziele zu erreichen sind. Das Entstehen von abweichendem Verhalten wird mit dem „Auseinanderklaffen“ von Verhaltenserwartungen und den Möglichkeiten des Individuums, diese Erwartungen zu erfüllen, erklärt (BÖNNER, 2000, 56f).

Je nach individueller Einstellung gegenüber kulturellen Zielen und Werten ergeben sich Typen der Anpassung als Lösungsformen der Desorientierung, auch anomische Spannung genannt. Eine davon ist der Rückzug. Drogenkonsum als Teil dieses Rückzugsmusters ist eine Reaktion auf das Nichterreichen eines angestrebten Lebenszieles (LAMNECK, 1999).

Eine Erweiterung der Anomie-Theorie ist die Chancen-Struktur-Theorie. Nach diesem Ansatz ist davon auszugehen, dass nicht nur die gesellschaftlich akzeptierten, sondern auch die gesellschaftlich nicht akzeptierten Mittel zur Erreichung eines Zieles ungleich verteilt sind (LAMNECK, 1999). Somit ist Erfolg abhängig von der gesellschaftlichen Position und lässt sich für manche demzufolge gar nicht erreichen, was zur Aufgabe und zum Rückzug in den Substanzmissbrauch führen kann.

- *Nach der Theorie der differentiellen Assoziation*

gelten soziale Verhaltensweisen nicht nur als in der Gesellschaft erworben, sondern werden auch nach deren Normen und Werten als angepasst oder nicht angepasst klassifiziert. Entscheidend sind die Häufigkeit und die Intensität der Kontakte des Individuums mit abweichenden und nicht abweichenden Verhaltensmustern. Diese sind für die Übernahme dieser Verhaltensmuster entscheidend (LAMNECK, 1999).

Verhaltensweisen werden in sozialen Bezugsgruppen spezifisch als akzeptabel und angepasst oder nicht akzeptabel und unangepasst bewertet. Drogenkonsum wird daher nach dieser Theorie nicht generell als abweichendes Verhaltensmuster klassifiziert (B. SCHMIDT, 1999).

- *Der Subkultur-Ansatz*

stellt sowohl einen Bezug zur Anomie-Theorie als auch zum Subkultur-Ansatz her. Unter Subkulturen werden Zusammenschlüsse von Personen und Gruppen verstanden, in denen in Abweichung zu den allgemeingültigen gesamtgesellschaftlichen Werten und Normen, eigene Anschauungen und Regeln definiert werden. Durch die Ablehnung der gängigen gesellschaftlichen Anschauungen und deren Ersetzen durch eigene Werte lassen sich die „anomischen Spannungen“ reduzieren (LAMNEK, 1999).

- *Ansätze sozialer Etikettierung,*

auch Labeling-Approach-Theorie genannt, bietet nicht primär eine Erklärung für die Entstehung von süchtigem Verhalten sondern für dessen Aufrechterhaltung. Die Vorstellung ist hier, dass der Drogenkonsument von der Gesellschaft als solcher etikettiert bzw. stigmatisiert wird (LAMNEK, 1999).

Der Mensch, dem ein negativer Stereotyp zugeschrieben wird, kämpft nahezu aussichtslos gegen diese negativen Erwartungen gegenüber seiner Person. Seine positiven Leistungen werden in der Regel übersehen und seine schlechten als Bestätigung der negativen Erwartungen eingeschätzt (BÖNNER, 2000).

Dadurch wird er mit bestimmten Reaktionsformen konfrontiert und verstrickt sich immer weiter in seine abweichende Rolle, bis er schließlich resigniert, sich ihr anpasst und damit identifiziert.

#### 4.4.4 Übergreifende Erklärungsmodelle

Die folgenden übergreifenden Theorien betrachten jugendlichen Substanzmissbrauch unter den Bedingungsfaktoren der Trias Person – Droge – Umwelt.

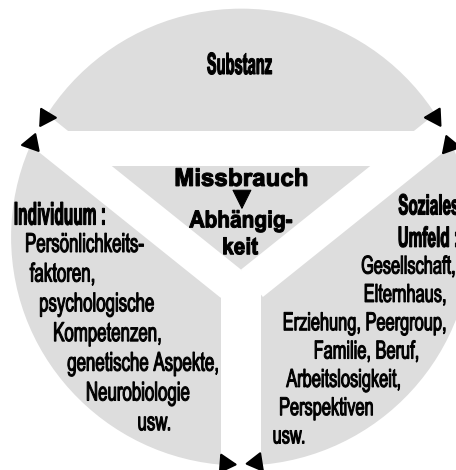


Abbildung 4.4.4-1 Bedingungsfaktoren einer Abhängigkeitsentwicklung (KRUSE, 2000)

Die Bedingungsfaktoren beeinflussen wechselseitig die Initiierung und Habitualisierung von Drogenkonsummustern.

- *Nach dem Social Ecology Model*

entsteht jugendlicher Drogenkonsum aus dem Zusammenwirken biologischer, psychologischer und sozialer Aspekte. Somit werden bei diesem Ansatz also auch die Umwelteinflüsse berücksichtigt. Die Bedeutung der Auseinandersetzung von Jugendlichen mit ihrer internen und externen Umwelt bei der Entstehung von Drogenmissbrauch werden betont.

Ursachen für Substanzmissbrauch und -abhängigkeit liegen nach diesem Modell dabei im erlebten Stress, Misserfolg sowie der geringen Selbstwirksamkeitserwartung der Jugendlichen. Mögliche Folgen sind ein vermindertes akademisches Interesse sowie der Rückzug aus schulischen und familiären Bezügen. Ein solcher Rückzug kann zur Solidarisierung mit Gleichgesinnten und somit zu einer Integration in abweichende jugendliche Subkulturen führen (B. SCHMIDT, 1998).

- *Biopsychosoziales Modell des Risikoverhaltens*

Dieses Modell versucht eine Vielzahl von Einflussfaktoren zu integrieren: Es soll einen Rahmen bilden, in dem soziale und Umweltfaktoren neben biologischen und psychologischen Faktoren z.B. Substanzmissbrauch erklären.

Die biologische Reife der Jugendlichen bestimmt zahlreiche Erlebens- und Verhaltensaspekte, die das Auftreten von Risikoverhalten steuern. Der Einstieg in jugendliches Risikoverhalten wird bestimmt durch endogene und exogene Schutz- und Risikofaktoren. Zu den endogenen Risikofaktoren gehört z.B. ein geringes Selbstvertrauen oder männliches Geschlecht. Exogene Risikofaktoren sind Religiosität oder Leistungsstreben. Zusätzlich bewirken verstärkende Faktoren, wie sozialer Druck oder die Bereitschaft von Jugendlichen, legale oder illegale Substanzen zu konsumieren (B. SCHMIDT, 1998).



## **5 Aktueller Stand der Forschung**

Im folgenden werden die Ergebnisse der beiden Studien die „Drogenaffinitätsstudie 2001“ (BZgA, 2001) und „No Place to Hide“ (CASA, 2000) dargestellt.

Die Drogenaffinitätsstudie ist eine traditionsreiche Repräsentativerhebung zum Substanzkonsum bei deutschen Jugendlichen. Substanzkonsum wird unter alters- und geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten sowie nach der Differenzierung von alten und neuen Bundesländern analysiert.

In der US-amerikanischen Studie „No Place to Hide“ liegt der Schwerpunkt auf der Differenzierung von Lebensräumen, jedoch nicht nach rein geographischer Zuordnung, sondern orientiert an der Bevölkerungsdichte. Die Studie ermöglicht somit einen Vergleich zwischen amerikanischen Großstädten, kleineren Metropolen und ländlichen Regionen.

### **5.1 Die Drogenaffinitätsstudie 2001**

Seit 1973 führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in regelmäßigen Abständen eine Repräsentativerhebung zur Drogenaffinität Jugendlicher und junger Erwachsener im Alter von 12 bis 25 Jahren durch. Bisher wurden neun Wiederholungsbefragungen veranlasst, die letzte davon, die Drogenaffinitätsstudie 2001, im Zeitraum von November 2000 bis Januar 2001.

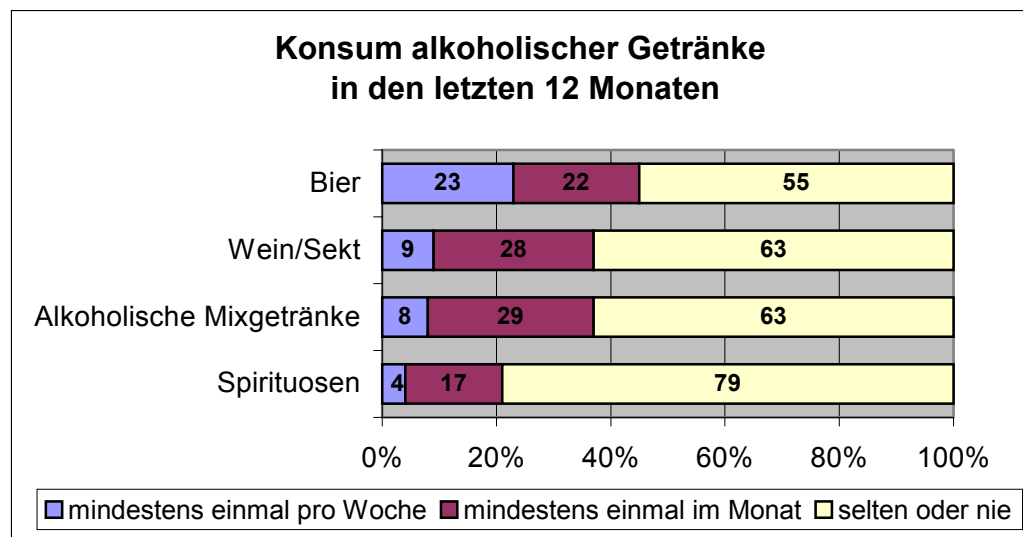
Der Begriff „Drogenaffinität“ bezieht sich nicht nur auf die illegalen Rauschmittel, sondern auch auf Alkohol- und Zigarettenkonsum (BZgA, 2001). Die Studie erhebt Daten über den Gebrauch legaler und illegaler Substanzen. Die wichtigsten Rahmendaten werden in getrennten Berichtsteilen für Alkoholkonsum, Tabakkonsum und den Gebrauch illegaler Drogen dargestellt.

Die gewonnen Daten sind für die Planung und Durchführung von Präventionsmaßnahmen von Bedeutung. Zudem ermöglicht der Vergleich und die Bezugnahme auf früherer Ergebnisse eine Trendentwicklung von mehr als einem Vierteljahrhundert aufzuzeigen.

### 5.1.1 Alkoholkonsum

92% der 12- bis 25-Jährigen in der Bundesrepublik Deutschland haben in ihrem bisherigen Leben schon einmal Alkohol probiert, bzw. mehr oder weniger häufig getrunken; nur 8% lebten im Hinblick auf Alkohol vollkommen abstinert.

Am häufigsten wird von den Jugendlichen Bier getrunken, 23% trinken es mindestens einmal in der Woche. Es folgen Wein (9%) und alkoholhaltige Mixgetränke (8%), die deutlich weniger häufig getrunken werden. Regelmäßig Spirituosen trinken 4% der Jugendlichen.

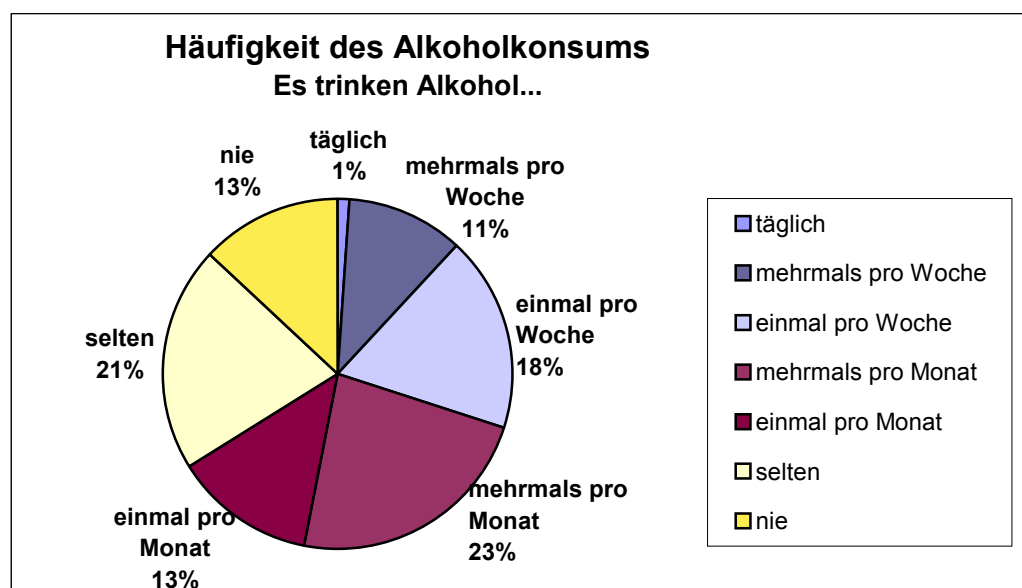


**Abbildung 5.1.1-1 Alkoholkonsum der 12- bis 25-Jährigen im letzten Jahr  
(BZgA, 2001, 10)**

Bei den Ergebnissen fällt unter geschlechtsspezifischer Betrachtungsweise auf, dass männliche Jugendliche außer Wein alle alkoholischen Getränke wesentlich häufiger regelmäßig konsumieren als ihre weiblichen Altersgenossen. So sind es beim Bier mit 34% gegenüber 10% mehr als dreimal so viele männliche wie weibliche Konsumenten. Bei alkoholischen Mixgetränken, mit 10% zu 6%, und Spirituosen, mit 6% zu 3%, sind es doppelt so viele männliche Jugendliche. Wein dagegen trinken 11% weibliche gegenüber 8% männlichen Konsumenten regelmäßig.

„Es fällt auf, dass bei jeder einzelnen Alkoholart die Anteile derer, die sie nur selten oder gar nicht trinken, sehr hoch sind. Dieses Ergebnis spricht dafür, dass viele Jugendliche eine relativ ausgeprägte Präferenz für jeweils eine Alkoholart besitzen und die anderen Getränke nur gelegentlich oder überhaupt nicht trinken“ (BZgA, 2001, 10).

Damit erkennbar wird, wie häufig Jugendliche überhaupt Alkohol trinken, wurden die Häufigkeiten der einzelnen untersuchten Alkoholika aufsummiert. Diese Gesamthäufigkeiten machen deutlich, dass obwohl bei den einzelnen Alkoholarten die Anteile für geringen Konsum recht hoch liegen, insgesamt nur 34%, also ungefähr ein Drittel der Probanden nie oder selten Alkohol trinkt. 36% der Jugendlichen trinken ein- oder mehrmals im Monat. Weitere 30 % der 12- bis 25-Jährigen nimmt regelmäßig, mindestens einmal die Woche Alkohol zu sich, wovon 1% täglich (überwiegend Bier trinkt) und 11% mehrmals die Woche.

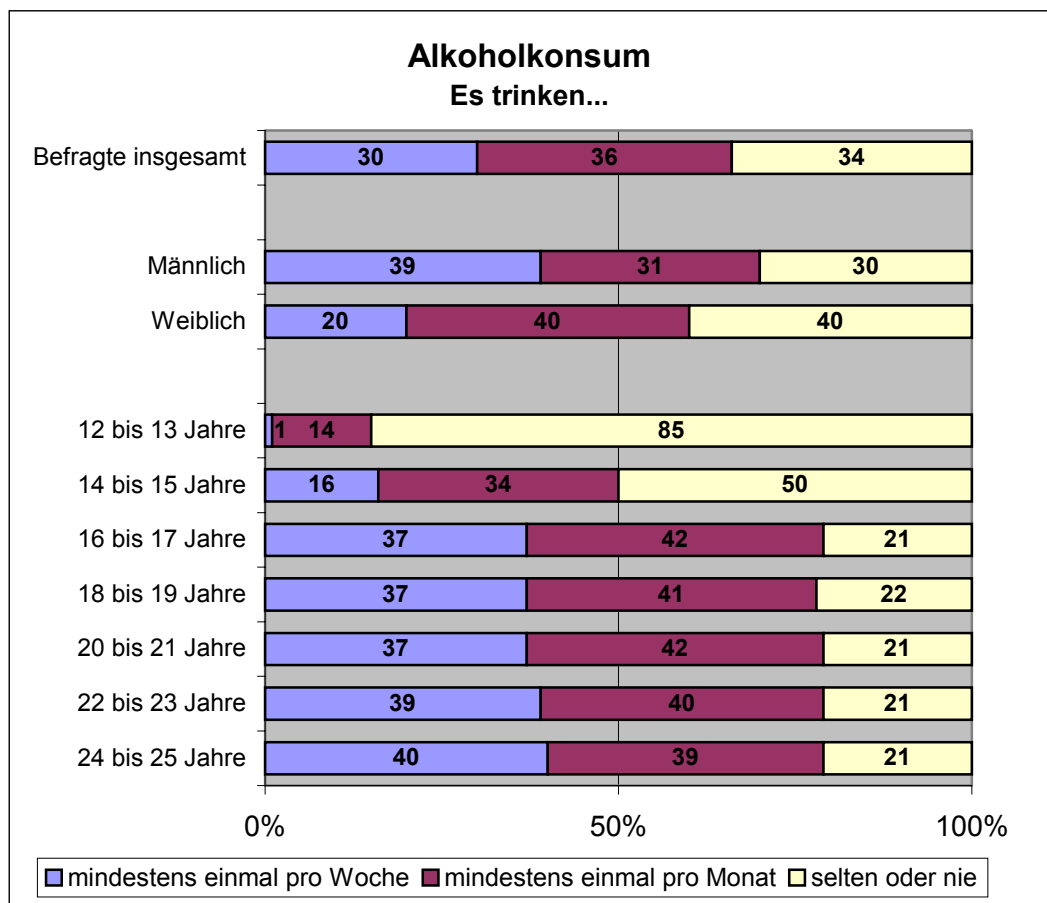


**Abbildung 5.1.1-2 Häufigkeit des Alkoholkonsums bei 12- bis 25-Jährigen (BZgA, 2001, 11)**

Bei den männlichen Probanden ist der Anteil der regelmäßigen Konsumenten mit 39% gegenüber 20% bei den weiblichen Probanden fast doppelt so hoch. Bei letzteren ist der Anteil mit 30 % beim geringen Konsum dagegen um 10 Prozentpunkte höher als bei den jungen Männern (20%).

Wird der Gesamtkonsum nach den Altersgruppen aufgegliedert, lässt sich anhand der Unterschiede feststellen, in welchem Alter sich regelmäßiger und geringer Alkoholkonsum manifestiert.

12- bis 13-Jährige trinken laut Ergebnis kaum regelmäßig Alkohol (1%) und 85% selten oder nie. In der Alterstufe der 14- bis 15-Jährigen liegt offensichtlich die Übergangsphase von weitgehender Abstinenz (50%) zum regelmäßigen Alkoholkonsum (16%). Ab 16 Jahren haben sich die Trinkgewohnheiten größtenteils herausgebildet: Bei dieser und allen älteren Altersgruppen trinken ungefähr zwei Fünftel regelmäßig Alkohol, jeweils ein Fünftel selten oder nie.



**Abbildung 5.1.1-3 Alkoholkonsum der 12- bis 25-Jährigen nach Alter (BZgA, 2001, 12)**

Die Zahlen und Ergebnisse der Drogenaffinitätsstudie 2001 sowie eine Entwicklung lassen sich nur im Vergleich mit früheren Studien einschätzen und bewerten. Für diesen Zweck existieren Zeitreihen für den Anteil der regelmäßigen Trinker:

- Der regelmäßige Bierkonsum ist von 38% im Jahr 1979 kontinuierlich um insgesamt 15% auf 23% im Jahr 2001 gefallen.
- Der Weinkonsum von 1979 ging von 17% um mehr als die Hälfte auf 8% in 2001 zurück.
- Regelmäßiger Spirituosenkonsum ging am stärksten von ehemals 20% in 1979 auf 4% im Jahr 2001 zurück.
- Der Konsum alkoholhaltiger Mixgetränke wird erst seit 1986 verfolgt; der regelmäßige Konsum hat sich seitdem nicht wesentlich (von 10% auf 9%) verändert.

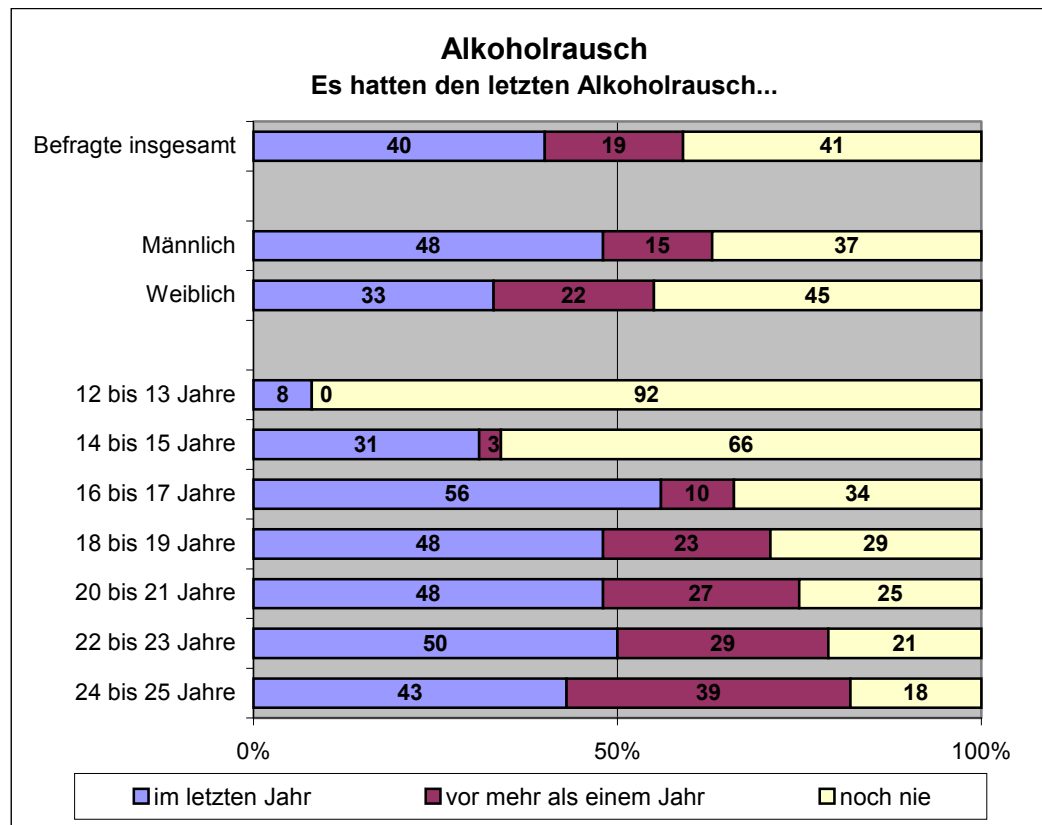
Abgesehen von den alkoholhaltigen Mixgetränken hat sich somit der Anteil regelmäßiger Alkohol-Konsumenten deutlich verringert.

Die Verbreitung riskanteren Alkoholtrinkens wird in der Drogenaffinitätsstudie 2001 anhand des Ausmaßes von bisherigen Alkoholrausch-Erfahrungen der Probanden definiert. 40% der befragten Jugendlichen im Alter von 12 bis 25 Jahren gaben an, im letzten Jahr mindestens einmal betrunken gewesen zu sein. 21% hatten in ihrem Leben sechsmal oder häufiger einen Alkoholrausch. 41% der insgesamt Befragten waren noch nie betrunken. Bei den 24- bis 25-Jährigen sind dies nur noch 28%.

Das Durchschnittsalter der 12- bis 25-Jährigen für den ersten Alkoholrausch liegt bei 15,6 Jahren. Am stärksten verbreitet sind Rauscherfahrungen bei den 16- bis 17-Jährigen. Offenbar ist dies das Alter, in dem Jugendliche mit dem Alkoholtrinken experimentieren und manchmal auch auf unangenehme Weise erfahren, wie Alkohol wirkt.

Der Anteil der Jugendlichen mit Alkoholräuschen im letzten Jahr steigt zunächst, parallel zum Rückgang der Alkoholrausch-Abstinenten, an. Mit steigendem Alter, ab 18 Jahren, gibt es jedoch immer mehr Jugendliche, die offenbar so trinken, dass sie einen Alkoholrausch vermeiden.

Mehr männliche (48%) als weibliche Probanden (33%) hatten im letzten Jahr einen Alkoholrausch. Von den weiblichen Jugendlichen war wiederum die Hälfte, 45%, noch nie betrunken.



**Abbildung 5.1.1-4 Rauscherfahrungen der 12- bis 25-Jährigen nach Alter (BZgA, 2001, 27)**

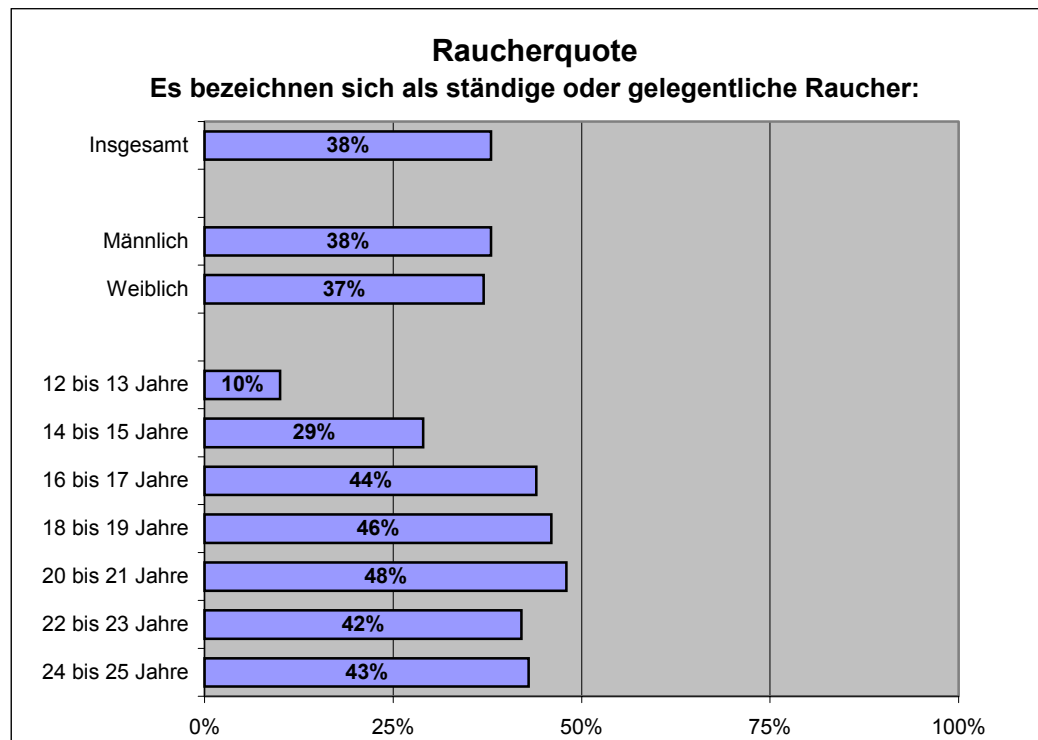
Langfristig gesehen gibt es trotz dokumentiertem Rückgang des regelmäßigen Alkoholkonsums keinen abnehmenden Trend im riskanten Trinkverhalten. Die Zahlen variieren von Wiederholungsbefragung zu Wiederholungsbefragung um jeweils mehrere Prozentpunkte: So waren es im Jahr 1993 insgesamt 20% der Jugendlichen, die mehr als 6 Alkoholräusche angaben. Im Jahr 1997 fiel diese Zahl auf 14% und stieg bei der letzten Befragung in 2001 wieder auf 21% an.

### 5.1.2 Rauchen

Von den befragten 12- bis 25-jährigen Jugendlichen rauchen laut den Ergebnissen der Drogenaffinitätsstudie 38%. Davon sind 39% gemessen an ihrem Zigarettenkonsum Gelegenheitsraucher und 61% ständige Raucher.

Die Raucherquote bei Jugendlichen variiert stark mit dem Alter. Sie ist keine stabile Größe sondern offenbar „das Ergebnis länger andauernder Experimentier- und Lernprozesse“, in denen sich das Rauchverhalten

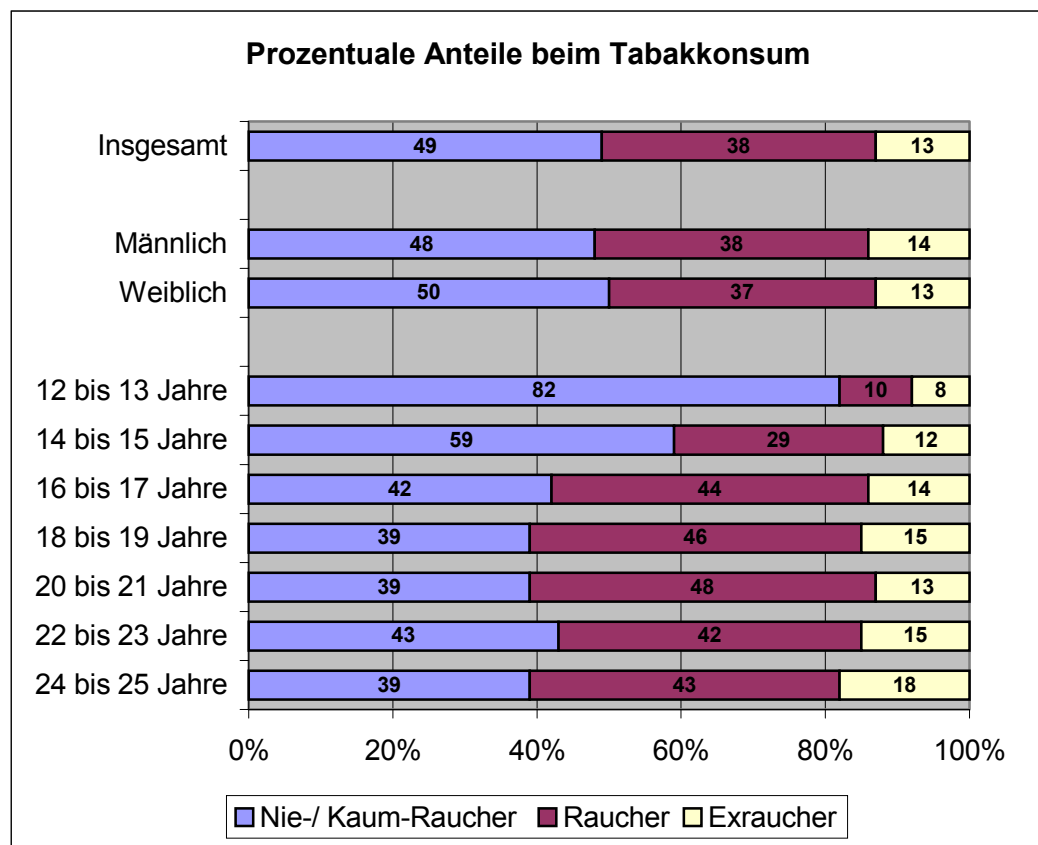
entscheidet (BZgA, 2001). Von den 12- bis 13-Jährigen rauchen 10%. Ab diesem Alter steigt der Anteil der Raucher bis zu Alter von 16 Jahren um das Dreifache an. Danach variiert die Raucherquote nur noch relativ gering. Die höchste Raucherquote erreichen die 20- bis 21-Jährigen mit 48%, dann geht der Raucheranteil wieder etwas zurück.



**Abbildung 5.1.2-1 Raucherquote unter den 12- bis 25-Jährigen (BZgA, 2001, 32)**

Zwischen 1979 und 2001 besteht ein Unterschied zwischen den erhobenen Raucherquoten von 8 Prozentpunkten. Der Trend ist also fallend, jedoch mit 1,2 Prozentpunkten pro Erhebungszeitpunkt nicht sehr stark ausgeprägt bzw. statistisch nicht signifikant.

Ein großer Teil der Jugendlichen (69%) probiert durchschnittlich im Alter von 13,6 Jahren das Tabakrauchen. Viele davon fangen nicht endgültig an zu rauchen, so sind mit 49% fast die Hälfte aller 12- bis 25-Jährigen Nie- oder Kaum-Raucher. Der größte Teil davon bleibt es auch bis zum Alter von 25 Jahren (39%). Mit steigendem Alter steigt auch die Zahl der „früheren“ Raucher, von den der 24- bis 25-Jährigen sind 18% bereits Exraucher.



**Abbildung 5.1.2-1 Prozentuale Anteile beim Tabakkonsum nach Alter (BZgA, 2001, 35)**

Der Anteil der 12- bis 25-Jährigen Nie- oder Kaum-Raucher ist seit 1979 um insgesamt 19% stetig angestiegen. Der durchschnittliche Anstieg von Erhebungszeitpunkt zu Erhebungszeitpunkt liegt bei 3,4% und ist damit statistisch signifikant.

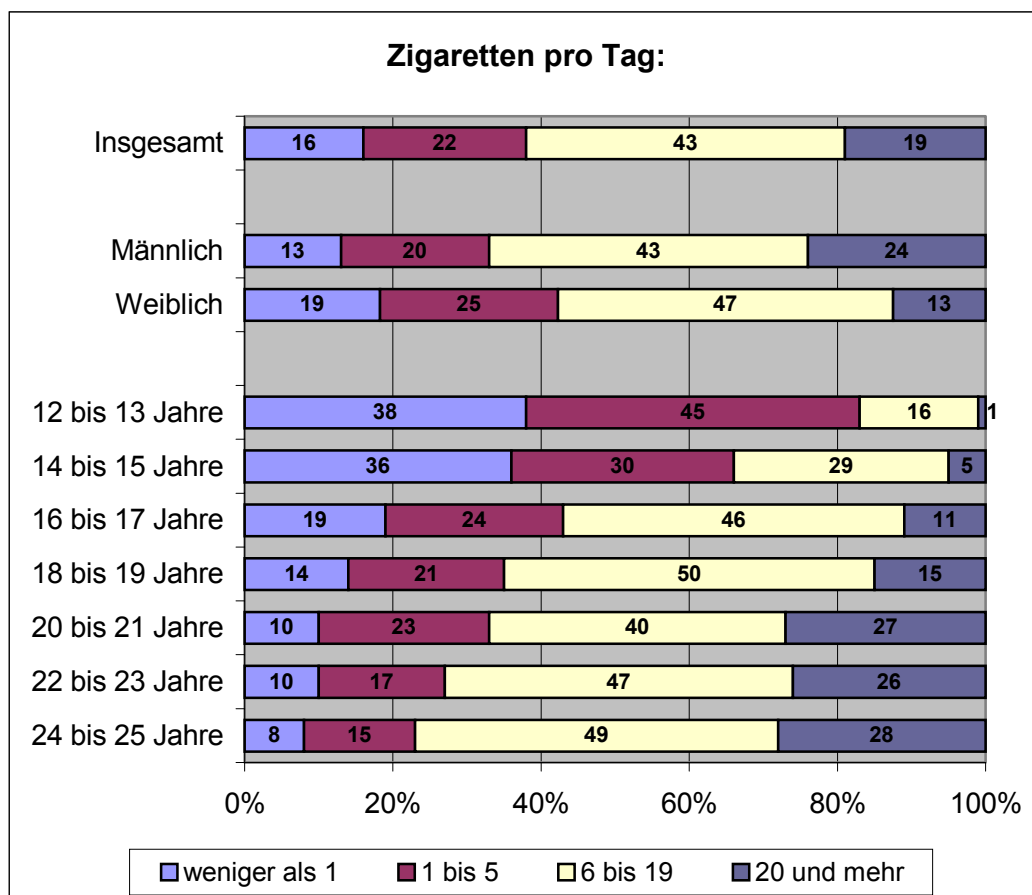
Diejenigen, die im jungen Alter zu rauchen beginnen, fangen zunächst als Gelegenheitsraucher an und rauchen im Durchschnitt nur wenige Zigaretten am Tag. Mit steigendem Alter nimmt die Zahl der ständigen Raucher zu und von den ständigen Rauchern werden mehr und mehr zu starken Rauchern mit 20 und mehr Zigaretten am Tag.

Insgesamt konsumieren jugendliche Raucher durchschnittlich 10,3 Zigaretten am Tag. Von den insgesamt 38% der Wenigraucher rauchen 16% weniger als eine, 22% weniger als 5 Zigaretten am Tag. Von allen Rauchern sind 19% starke Raucher. Dieser Anteil steigt stetig bis zu einem Höchststand bei den 24- bis 25-Jährigen von 29%. Gleichzeitig



sinkt die Anzahl der Wenigraucher, so dass, wer mit dem Rauchen angefangen hat, offenbar mit steigendem Alter immer mehr raucht.

Der Anteil der starken Raucher ist bei den männlichen Probanden mit 24% nahezu doppelt so hoch wie bei den weiblichen Probanden.

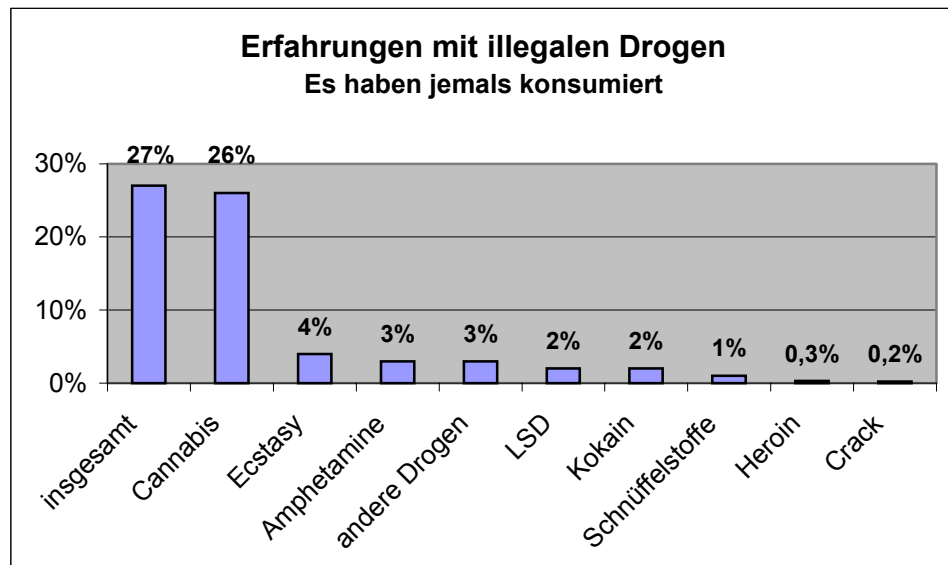


**Abbildung 5.1.2-1 Zigarettenkonsum pro Tag nach Alter  
(BZgA, 2001, 34)**

Insgesamt ist die Zahl der starken Raucher (19%) im Vergleich zu den letzten beiden Erhebungen (1993: 34% und 1997: 28%) zurückgegangen.

### 5.1.3 Illegale Substanzen

Als Ergebnis der Drogenaffinitätsstudie 2001 stellte sich heraus, dass viele Jugendliche mit illegalen Drogen in Kontakt kommen und verhältnismäßig viele diese auch ausprobieren oder damit experimentieren. Aktueller und regelmäßiger Konsum ist dagegen eher selten und konzentriert sich sehr stark auf Cannabisprodukte.



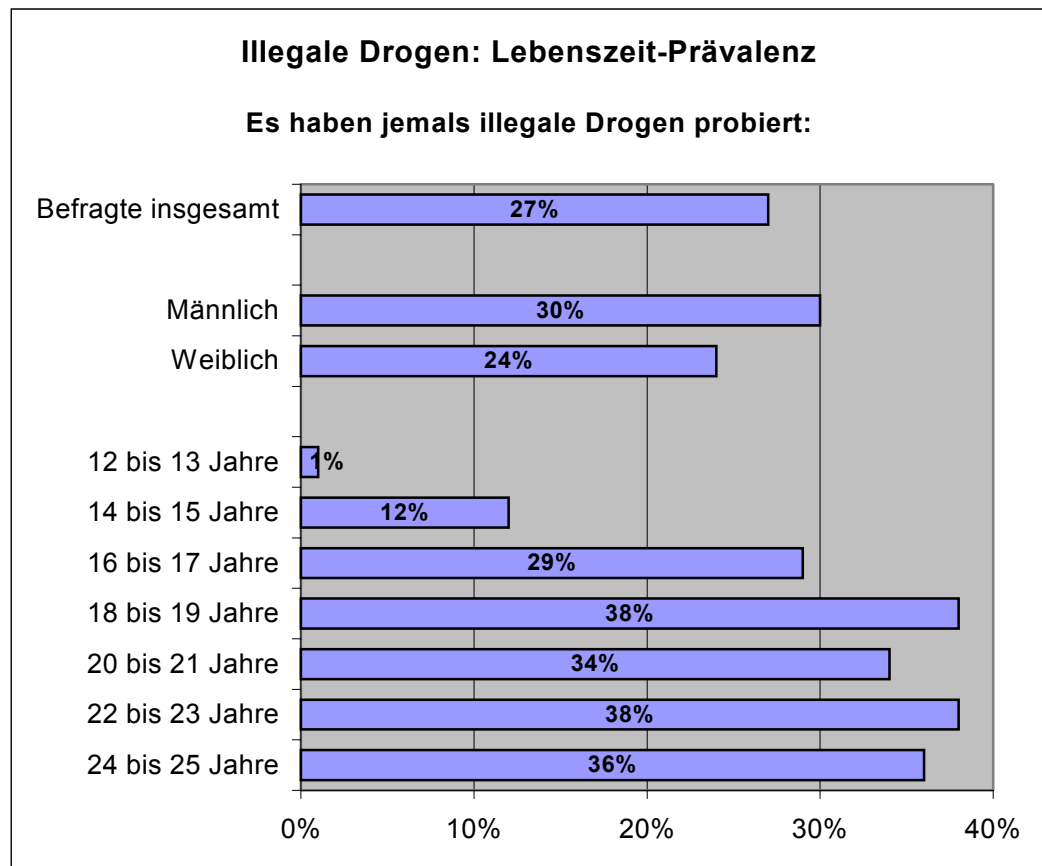
**Abbildung 5.1.3-2 Lebenszeitprävalenz**  
(BZgA, 2001, 47)

Mehr als ein Viertel (27%) der 12- bis 25jährigen Befragten hat in ihrem bisherigen Leben mindestens einmal illegale Drogen genommen. Fast alle Jugendlichen (26%), die schon einmal illegale Substanzen probiert haben, haben diese Erfahrung mit Cannabis gemacht. 4% gaben an, einmal Ecstasy probiert zu haben, 3% Amphetamine, 2% LSD, 2% Kokain. 0,3% gaben den Konsum von Heroin und 0,2% den Konsum von Crack an. Weitere 3% probierten andere Substanzen (z.B. Pilze oder Substanzen mit speziellen „Markennamen“).

Laut Drogenaffinitätsstudie sind die meisten Jugendlichen (84%) beim Erstkonsum zwischen 16 und 18 Jahre alt. Das durchschnittliche Alter beträgt 16,4 Jahre. Fast identisch ist das Alter des ersten Cannabiskonsums mit 16,5 Jahren. Erster Ecstasy-Konsum findet im Durchschnitt mit 17,4 Jahren statt, bei fast allen anderen Substanzen liegt der Erstkonsum zwischen 17 und 18 Jahren. Nur Kokain wird im

Durchschnitt ein Jahr später konsumiert. Schnüffelfstoffe dagegen werden bereits mit 15 Jahren zum ersten Mal ausprobiert.

Männliche Jugendliche haben eher Drogenerfahrungen als weibliche. Ähnlich wie beim Alkoholkonsum und Rauchen nimmt in der Alterphase von 14 bis 18 Jahren der Kontakt zu illegalen Substanzen zu.



**Abbildung 5.1.3-2 Lebenszeitprävalenz**  
(BZgA, 2001, 47)

Fast die Hälfte (48%) aller Probanden gab an, schon einmal illegale Substanzen angeboten bekommen zu haben. Männliche Jugendliche (54%) erhalten häufiger ein Angebot als weibliche (41%). Die 18- bis 25-Jährigen geraten doppelt so häufig (61% gegenüber 30%) in eine Angebotssituation als die jüngere Altersgruppe.

Die 27%, die irgendwann einmal Drogen konsumiert haben, macht ungefähr die Hälfte derer aus, denen einmal Drogen angeboten wurden. 81% dieser Gruppe hatten zum Zeitpunkt der Befragung bereits wieder aufgehört zu konsumieren. 15% der Jugendlichen haben in ihrem Leben bisher mehr als zweimal illegale Substanzen konsumiert.

	Insgesamt	Männlich	Weiblich	12-17 Jahre	18-25 Jahre
Es haben Drogen angeboten bekommen	48%	54%	41%	30%	61%
Lebenszeitprävalenz	27%	30%	24%	14%	37%
Es haben mehr als zweimal Drogen genommen	15%	18%	13%	7%	22%
12-Monatsprävalenz	13%	15%	11%	10%	15%
Aktueller Konsum	5%	6%	4%	3%	6%
Regelmäßiger Konsum	3%	3%	2%	2%	4%

**Tabelle 5.1.3-1 Illegaler Drogen- vom Kontakt zum Konsum (BZgA, 2001, 50)**

In den letzten 12 Monaten vor der Befragung hatten 13% illegale Substanzen genommen. Etwa die Hälfte davon probierte nur ein- oder zweimal, 3% nahmen in diesem Zeitraum 10mal oder häufiger Drogen.

5% aller Jugendlichen konsumierten aktuell zum Zeitpunkt der Befragung. Laut Drogenaffinitätsstudie 2001 ist langfristig keine kontinuierliche Auf- oder Abwärtsbewegung beim Gebrauch illegaler Substanzen zu erkennen. Zwar steigt der Drogengebrauch seit der Befragung seit 1989 von 17% auf 28% in 2001 kontinuierlich an, doch wird dieser Anstieg als statistisch nicht signifikant bewertet (vgl. BZgA, 2001, 53).

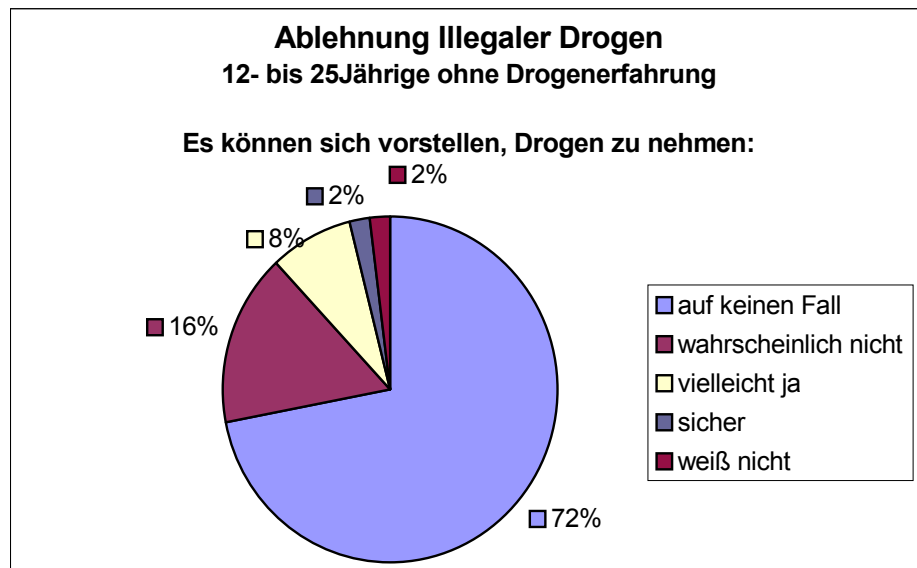
Der aktuelle Drogengebrauch, also der Konsum zur Zeit der Befragung, dagegen ist rückläufig. Nach einem Anstieg von 5% auf 9% Mitte der 90er Jahre, als Begleiterscheinung einer sich entwickelnden Partykultur verbunden mit dem Konsum von Ecstasy und Cannabis, ist der aktuelle Drogengebrauch von 10% in 1997 wieder auf 5% in 2001 zurückgegangen.

Zur Ablehnung von illegalen Drogen wurden sowohl drogenerfahrene als auch drogenunerfahrene Jugendliche befragt.

Bei den Drogenerfahrenen haben insgesamt 60%, davon 59% männliche und 63% weibliche Jugendliche, nicht vor, Drogen weiterhin zu nehmen. Die Verteilung nach dem Alter zeigt, dass die Ablehnungsmotivation von 67% bei den 12- bis 13-Jährigen auf 53% bei den 16- bis 17-Jährigen

zurückgeht. Danach steigt sie wieder an bis auf einen Höchststand von 68% bei den 24- bis 25-jährigen Jugendlichen.

72% der Probanden ohne Drogenerfahrung können sich auf keinen Fall vorstellen, irgendwann einmal illegale Substanzen oder Rauschmittel auszuprobieren. 16% wollen wahrscheinlich keine Drogen probieren, 8% dagegen könnten es sich vorstellen. Weitere 2% der Befragten waren zum Zeitpunkt der Befragung fest entschlossen, illegale Drogen zu nehmen.



**Abbildung 5.1.3-3 Ablehnung illegaler Drogen durch Drogenunerfahrene (BZgA, 2001, 61)**

Auch bei den drogenunerfahrenen Jugendlichen ist die Bereitschaft zur konsequenten Ablehnung illegaler Substanzen bei der Altersgruppe der 16- bis 17-Jährigen am niedrigsten.

96% derjenigen, die schon einmal Drogen genommen haben, meinen, man solle auf keinen Fall Heroin nehmen. Zwischen 84% und 90% liegt die Ablehnung bei Kokain, Amphetaminen, LSD und Ecstasy. Die drogenerfahrenen unterscheiden sich in dieser hohen Ablehnungsquote nur geringfügig von den drogenunerfahrenen Jugendlichen, von denen noch mehr Befragte diese Drogen konsequent ablehnen.

Völlig anders ist die Einstellung der Jugendlichen zu Cannabis. Bei den Drogenerfahrenen ist Cannabis bei mehr als 78% akzeptiert, 22% meinen, dass man Cannabis auf keinen Fall (weiter) probieren sollte. Jugendliche ohne Drogenerfahrung dagegen lehnen Cannabis zu 68% ab, ungefähr

ein Drittel (31%) sind der Meinung, man könnte Cannabis vielleicht einmal versuchen.

Die wesentlichen Gründe dafür, Drogen abzulehnen, sind für Jugendliche Desinteresse am Drogengebrauch sowie die Angst bzw. Unsicherheit vor gesundheitlichen Schäden, dem Entstehen einer Sucht und vor dem Rausch. Soziale Sanktionen, wie schlechtes Ansehen von Drogenkonsumenten, Bekanntwerden zu Hause, in der Schule oder am Arbeitsplatz sowie Strafverfolgung, spielen eine verhältnismäßig geringe Rolle.

## **5.2 No Place to Hide**

In der US-amerikanischen Studie „No Place to Hide“ wird Substanzkonsum unter dem Gesichtspunkt regionaler Unterschiede zwischen Großstadt-Metropolen, mittelgroßen Städten und ländlichen Regionen analysiert.

Herausgeber dieser Erhebung ist „The National Center on Addiction and Substance Abuse“ (CASA). Daran mitgearbeitet haben zahlreiche nationale Einrichtungen sowie Institutionen unterschiedlicher Staaten der USA, die Befragungen durchführten bzw. vorhandene Statistiken und Studien zur Verfügung stellten. Zusätzlich wurden eine Reihe von Interviews mit lokalen Ordnungshütern und Drogenexperten geführt.

Insgesamt flossen über 300 gesichtete und ausgewertete Artikel und Veröffentlichungen in diese Studie mit ein. Das Ergebnis ist die erste umfassende Erhebung und Gegenüberstellung der Verbreitung von Substanzmissbrauch und –abhängigkeit gemessen an der Bevölkerungsdichte basierend auf einer solch breiten Vielfalt von Daten (CASA, 2000, 1, übersetzt durch C. M.).

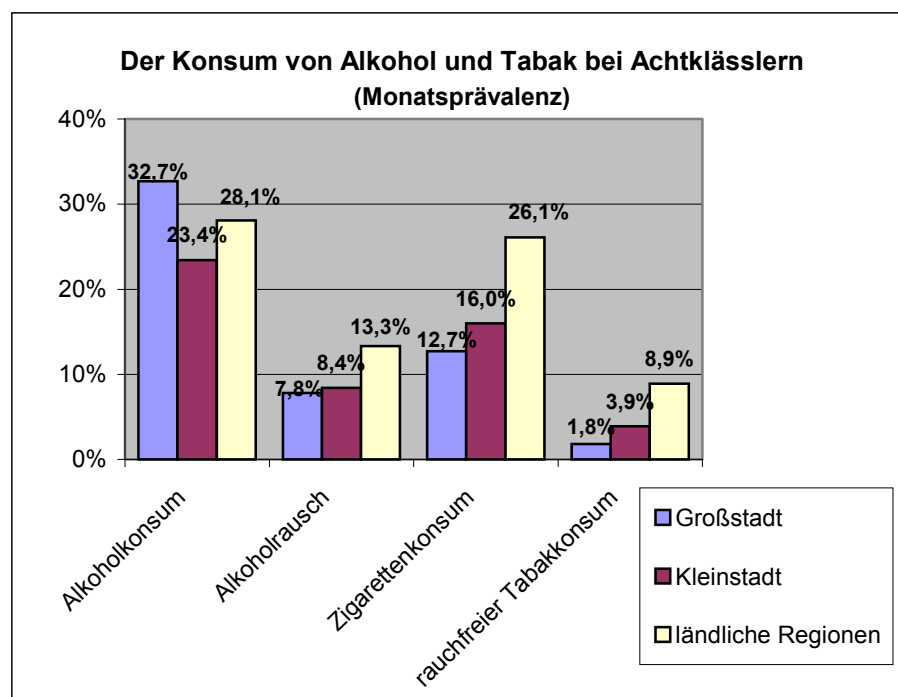
Untersucht wurde in dieser Studie der Substanzkonsum von Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren (8., 10. und 12. Schulklasse) sowie von Erwachsenen unterteilt in zwei Altersgruppen von 18 bis 25 und 26 bis 34 Jahren.

In der Auswertung und Darstellung der Studie wurden die Jugendlichen bzw. Erwachsenen nach der Bevölkerungsdichte in ihrem Wohnumfeld in folgende Gruppen unterteilt:

- Großstadt (large metropolitan area, large urban, big city) mit mehr als einer Millionen Einwohnern,
- Stadt, bzw. Kleinstadt oder Bezirk mit einer zentralen Stadt über 50.000 Einwohnern (small metropolitan area) und
- Ländliche Region mit weniger als 50.000 Einwohnern ohne größerer Stadt (rural area).

### 5.2.1 Jugendliche

Die Studie „No Place to Hide“ untersucht unter anderem den Konsum von Alkohol, Nikotin und illegalen Drogen bei Schülern der 8., 10. und 12. Klasse (zwischen 12 und 17 Jahre) aller Schulformen nach den Unterschieden von Großstadt, Kleinstadt und ländlichem Gebiet.



**Abbildung 5.2.1-1 Alkohol- und Tabakkonsum bei Achtklässlern (Monatsprävalenz)**  
(CASA, 2000, 3)

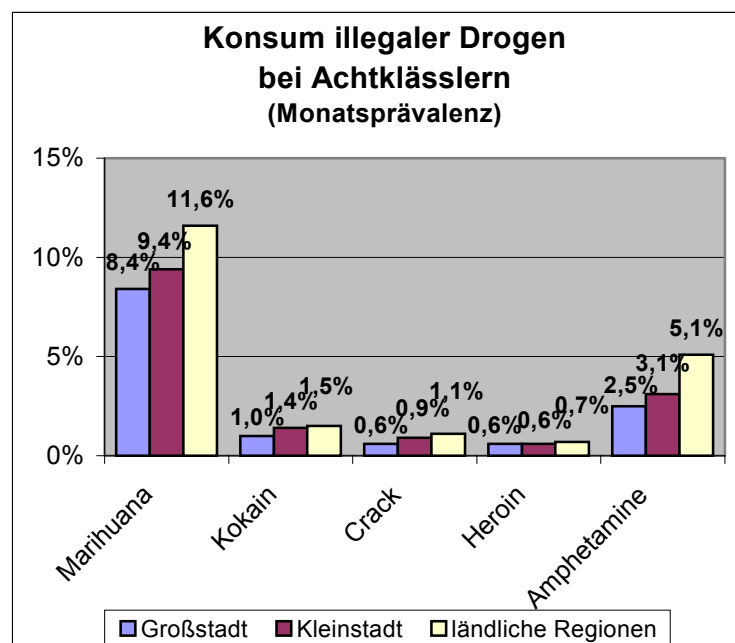
Bei den Jugendlichen der 8. Klasse (12 bis 14 Jahre) stellte sich heraus, dass der Konsum im letzten Jahr sowohl bei Alkohol und Tabak als auch

bei zahlreichen illegalen Substanzen in den ländlichen Regionen höher lag als in den Metropolen des Landes.

Im letzten Monat vor der Erhebung konsumierten 28,1% der Achtklässler aus ländlichen Gegenden Alkohol gegenüber 21,7% aus Großstädten. 13,3% der ländlichen waren gegenüber 7,8% der großstädtischen Jugendlichen im letzten Monat betrunken.

Doppelt so viele Schüler der 8. Klasse aus ländlichen Gegenden rauchten Tabak und mehr als fünfmal so viele konsumierten rauchfreien Tabak gegenüber denen aus den großen Metropolen.

Wie oben bereits erwähnt lagen die Achtklässler aus ländlichen Regionen auch im Konsum illegaler psychotroper Substanzen prozentual über dem Konsum der großstädtischen Gleichaltrigen: Der Konsum lag im letzten Monat vor der Erhebung bei Marihuana um 34%, bei Kokain 50%, bei Crack 83% und bei Amphetaminen 104% über dem der Großstädter.

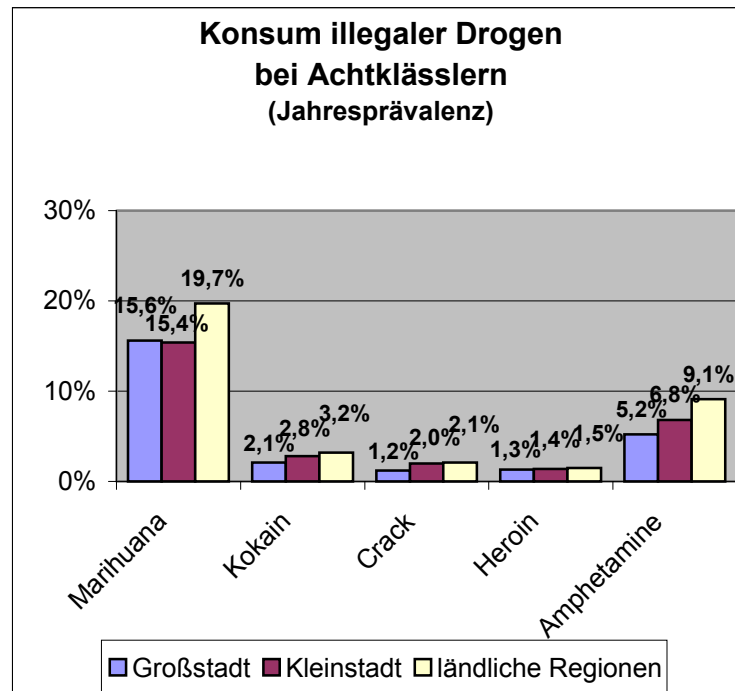


**Abbildung 5.2.1-2 Konsum illegaler Substanzen (Monatsprävalenz)**  
(CASA, 2000, 2)

Die prozentualen Unterschiede im Konsum sind in Hinblick auf die Jahresprävalenz nicht mehr ganz so groß, doch lag der Durchschnitt der ländlichen Gebiete auch im letzten Jahr vor der Erhebung deutlich vor dem der Jugendlichen aus den großen Metropolen. Es konsumierten mit



19,7% gegenüber 8,6% insgesamt 26% mehr Jugendliche aus ländlichen Regionen Marihuana. Der Konsum von Kokain lag 52% über dem der großstädtischen Gleichaltrigen (3,2% vs. 2,1%). Bei Crack waren es 75% (2,1% vs. 1,2%) und bei den Amphetaminen 79% (9,3% vs. 5,3%).



**Abbildung 5.2.1-3 Konsum illegaler Substanzen (Jahresprävalenz)  
(CASA, 2000, 2)**

Achtklässler aus Kleinstädten konsumierten sowohl im letzten Monat als auch im Jahr vor der Erhebung mehr legale und illegale psychotrope Substanzen als gleichaltrige Jugendliche aus Großstädten. Doch lagen diese Prävalenzen gleichzeitig unter den durchschnittlichen Konsumraten der Achtklässler aus ländlichen Regionen.

Bei den älteren Schülern (der 10. und 12. Klasse) war der Alkoholkonsum bei den Kleinstädtern im letzten Monat mit 52,8% höher als bei Jugendlichen aus der Großstadt mit 48,9%. Im letzten Jahr lag der prozentuale Anteil der Rauscherfahrten bei den ländlichen Zehntklässlern mit 43,3% gegenüber 39,4% höher als bei den großstädtischen Gleichaltrigen.

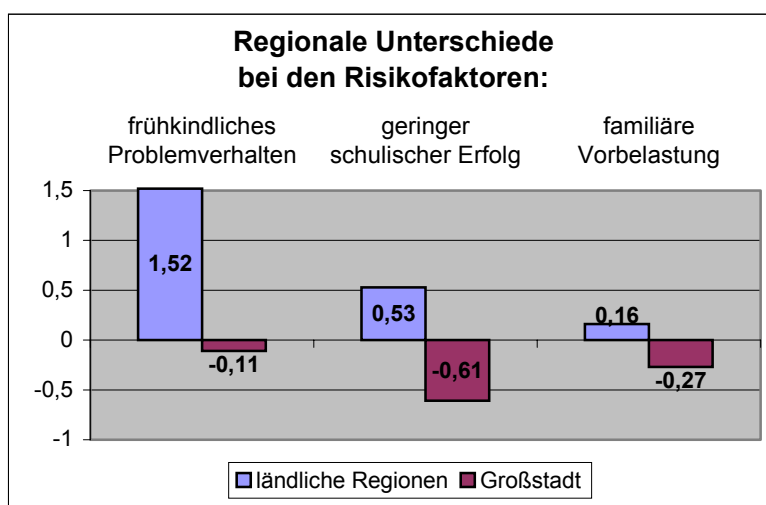
Für den Tabakkonsum bei Jugendlichen gilt allgemein, je kleiner die Gemeinden sind, in denen die Heranwachsenden leben, desto höher liegt die Konsumrate von Tabakprodukten.

Der Konsum illegaler Rauschmittel bei ländlichen Jugendlichen der 10. Klasse übertraf den der Großstädter bei den Substanzen Kokain, Crack LSD, Heroin, bei Amphetaminen, Barbituraten, Inhalantien, Halluzinogenen, Stereoiden und Tranquilizern. Beim Konsum von Ecstasy und Marihuana dagegen lagen die großstädtischen Konsumenten vorne. Unter den Zwölfklässlern überragte die übliche Konsumrate in ländlichen Regionen die der Großstädte bei folgenden illegalen Substanzen: Kokain, Crack, Amphetamine, Tranquilizer, Barbiturate und Inhalantien. In den Großstädten wurden dagegen häufiger Marihuana, Halluzinogene, LSD, Ecstasy und Steroide konsumiert. Im Konsum von Heroin lagen beide Regionen gleich auf.

Eine kleine Stichproben-Größe macht es unmöglich zu bestimmen, ob die gemessenen Unterschiede im Konsum illegaler Substanzen bei Zehn- und Zwölfklässlern statistisch signifikant sind.

### 5.2.2 Weitere Ergebnisse der Studie

Die Entstehung einer Missbrauchs- oder Abhängigkeitserkrankung ist bedingt durch das Zusammenspiel verschiedener Risikofaktoren. Anhand einer Reihe ausgewählter Risikofaktoren wurde deren regionale Verteilung



**Abbildung 5.2.1-4 Regionale Unterschiede bei den Risikofaktoren (CASA, 2000, 9)**

und die damit verbundene Belastung der dort lebenden Jugendlichen erhoben. Untersucht wurden die Risikofaktoren „frühkindliches Problemverhalten“, „geringer schulischer Erfolg“ und „familiäre Vorbelastung durch eine Suchterkrankung“.

Als Ergebnis stellte sich heraus, dass die Risikofaktoren-Belastung in den ländlichen Gebieten signifikant höher lag als die durchschnittliche Rate des gesamten Staates. Die mit den ländlichen Gebieten verglichene Metropole Seattle lag in der Risikobelastung leicht, aber nicht signifikant unter dieser Staatsrate.

Die Verfügbarkeit ist die Voraussetzung für das Probieren bzw. den Einstieg in den Konsum von illegalen Substanzen. Um die Voraussetzungen für die einzelnen Lebensumfelder zu erforschen, wurden Probanden ab einem Alter von 12 Jahren befragt, welche illegale Substanz sie sehr leicht bzw. ziemlich einfach beschaffen könnten. Die nach Regionen aufgeschlüsselten Ergebnisse finden sich in der folgenden Tabelle.

	Marihuana	Kokain	Crack	Heroin
Großstadt	59,3%	39%	37,5%	30,2%
Kleinstadt	61,1%	41,8%	40,9%	32,4%
ländliche Regionen	59,9%	39,6%	38%	29,9%

**Tabelle 5.2.2-1 Beschaffung illegaler Drogen**  
(CASA, 2000, 10, übersetzt durch C. M.)

In den dargestellten Werten lässt sich eine Rangfolge erkennen: Am einfachsten zu beschaffen sind illegale Drogen in Kleinstädten, gefolgt von den ländlichen Regionen und den Großstädten. Die Unterschiede sind jedoch sehr gering und daher nicht signifikant.

Weiter wurde die Rolle von Marihuana, Tabak und Alkohol als Einstiegsdroge untersucht. Von den Teenagern, die keine problematischen Verhaltensauffälligkeiten zeigten, jedoch im letzten Monat vor der Erhebung Alkohol tranken und Zigaretten rauchten, konsumierten 30% mehr Marihuana als unter den Alkohol- und Zigarettenabstinenten. Die Jugendlichen, die im letzten Monat vor der Erhebung Alkohol, Zigaretten und Marihuana konsumierten, probierten 17

Mal häufiger andere illegale Drogen, wie Kokain, Heroin oder LSD, als abstinente Gleichaltrige. Daraus folgt, dass sie, obwohl die meisten Marihuana konsumierenden Jugendlichen nie Heroin und Kokain ausprobieren werden, wesentlich häufiger zu harten Drogen greifen als andere.

Es gibt biomedizinische Untersuchungen, die auf der Hypothese aufbauen, dass dem Konsum von Marihuana, Alkohol und Tabak deshalb in manchen Fällen der Konsum harter Drogen, wie Heroin und Kokain folgt, weil alle diese psychoaktiven Substanzen die Ausschüttung des Glückshormons Dopamin auslösen (CASA, 2000, 4, übersetzt durch C. M.).

Sozialgeschlechtliche, ethnische und rassische Unterschiede wirken sich sowohl im großstädtischen als auch im ländlichen Gebiet ähnlich aus. Untersuchungsergebnisse von 1992 stellten heraus, dass manche Bevölkerungsgruppen stärker zum Konsum von psychoaktiven Substanzen neigen als andere (CASA, 2000, 7, übersetzt durch C.M.).

In diesem Kontext fällt in ländlichen Gebieten die Gruppe der in Reservaten lebenden amerikanischen Ureinwohner besonders auf. Proportional gesehen leben auf dem Land mehr Menschen dieser Bevölkerungsgruppe als in den Städten. Die amerikanischen Ureinwohner sind besonders anfällig für eine zerstörerische Art von Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum: Die Rate der alkoholbedingten Todesfälle ist 5,2-mal höher als in der allgemeinen Bevölkerung. Die Raten des illegalen Drogenkonsums von jugendlichen Ureinwohnern liegen bei fast allen untersuchten Substanzen über dem nationalen Durchschnitt. Der Probierkonsum bei Stimulantien ist 5,8-mal so hoch wie der Durchschnitt, bei Heroin liegt er 8,3-mal so hoch.

Der Alkoholkonsum von Erwachsenen unterscheidet sich nicht signifikant nach der Größe der Gemeinden, abgesehen von der konsumierten Menge oder dem Konsumalter.

Der Konsum von Tabakwaren ist in Kleinstädten und ländlichen Gegenden größer als in Großstädten. Von den jungen Erwachsenen, zwischen 18

und 25 Jahren, rauchten im letzten Monat vor der Erhebung in ländlichen Regionen 30% mehr als in den großen Metropolen.

Für den Bereich der illegalen Drogen gibt es bei den über 18-Jährigen außer beim Marihuana keine signifikanten Konsumunterschiede zwischen Großstadt-, Kleinstadt- und Landbevölkerung.

## **6 Forschungsablauf**

### **6.1 Vorbereitung der Untersuchung**

In Deutschland gibt es zwar Erhebungen, die auf regionale Unterschiede fokussieren, jedoch keine umfassende Untersuchung, die den Substanzkonsum Jugendlicher unter Stadt-Land-Perspektive analysiert.

Verschiedene internationale Forschungen haben gerade zwischen unterschiedlich dicht besiedelten Gebieten starke Abweichungen beim Substanzkonsum von Jugendlichen festgestellt. So wurden regionale Unterschiede in der Konstellation, Dichte und dem Niveau von Schutz- und Risikofaktoren nachgewiesen (OETTING et al., 1997). Andere Untersuchungen stellten regional bedingte Besonderheiten bei den Konsummustern von Jugendlichen aus unterschiedlich dicht besiedelten Gebieten fest (vgl. CASA, 2000; u.a.).

Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit dem Konsum psychotroper Substanzen bei Jugendlichen, insbesondere mit den Unterschieden zwischen Stadt- und Landbevölkerung in deutschen Regionen.

Mit Hilfe der gewonnenen Ergebnisse soll ein Ausblick auf die Möglichkeiten und Grenzen einer für unterschiedliche Regionen spezifische Prävention, besonders im Bereich der Sekundärprävention, gegeben werden.

#### **6.1.1 Fragestellungen**

Aktuelle nationale und internationale Forschungsergebnisse werfen eine Reihe von Fragen auf, die sich mit dem Einfluss der verschiedenen Lebenswelten auf den Konsum psychotroper Substanzen von Jugendlichen beschäftigen.

In dieser empirischen Arbeit sollen folgende Fragestellungen besonders berücksichtigt werden:

- Sind Häufigkeit und Menge konsumierter legaler und illegaler Substanzen in städtischen und ländlichen Gebieten unterschiedlich?

- Wie sind die Tendenzen für unterschiedliche Regionen aus geschlechtsspezifischer Sicht?
- Differiert die Belastung durch Risikofaktoren zwischen Stadt und Land?
- Unterscheiden sich die regionalen Zugangsmöglichkeiten zu Alkohol und illegalen Substanzen für Jugendliche?
- Wie stark beeinflussen kulturelle Unterschiede den Konsum psychotroper Substanzen?
- Wie ist die Versorgung der städtischen und ländlichen Jugend durch Offene Angebote?

Ob die genannten Fragestellungen für die Entwicklung einer erfolgreichen Prävention auf dem Gebiet der BRD von Bedeutung sind, ließe sich anhand einer breitangelegten Querschnittsstudie, welche die regional bedingten Unterschiede erfasst, überprüfen. Eine entsprechende Untersuchung würde den vorgegebenen Rahmen einer Diplomarbeit sowohl durch den zeitlichen als auch organisatorischen und finanziellen Aufwand übersteigen.

Die durchgeführte Untersuchung kann daher keine allgemeingültige Aussage über Stadt-Land-Unterschiede beim jugendlichen Konsum psychoaktiver Substanzen geben und erhebt nicht den Anspruch einer repräsentativen Forschungsarbeit. Jedoch kann der empirisch fundierte Vergleich des Konsumverhaltens zweier Befragungsgruppen aus städtischem und ländlichem Gebiet bei der Erstellung von Prognosen helfen.

### **6.1.2 Untersuchungsziel**

Ziel der Untersuchung ist es, die Unterschiede beim Substanzkonsums von Jugendlichen aus städtischen und ländlichen Regionen zu ermitteln. Die gewonnenen Ergebnisse sollen Anlass für die weitere Erforschung von Stadt-Land-Unterschieden im Kontext mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen geben. Zudem sollen die Ergebnisse Anlass und Grundlage für die Entwicklung oder Veränderung und Anpassung spezieller Präventionskonzepte sein.

### 6.1.3 Hypothesen

Aktuelle Konsumraten legaler und illegaler psychotroper Substanzen von Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland sind bekannt. Aber gelten die Konsumraten allgemeingültig- sowohl für städtische als auch ländliche Gebiete? Sind Jugendliche, die in einer bestimmten Gegend aufwachsen, stärker durch Substanzkonsum gefährdet als Gleichaltrige, die in anderen Regionen leben? Sind regionale Unterschiede bei Konsummustern substanz-spezifisch?

Da diese Fragen durch aus vorhandenen Untersuchungen gewonnene Ergebnisse für städtische und ländliche Regionen in Deutschland nicht spezifisch beantwortet werden können, ergibt sich daraus ein Forschungsbedarf. Folgende Hypothesen werden in dieser Erhebung untersucht:

1. Jugendliche aus ländlichen Gebieten haben ein ausgeprägteres kommerzielles Freizeitverhalten als Jugendliche aus der Stadt.
2. Jugendliche aus ländlichen Gebieten sind stärker an Vereine angebunden als Jugendliche aus Stadtgebieten.
3. Auf dem Land ist die flächendeckende Versorgung durch Offene Jugendeinrichtungen schlechter als in der Stadt.
4. Jugendlicher Alkoholkonsum beginnt in ländlichen Regionen früher als in städtischen Gebieten.
5. Jugendliche aus ländlichen Regionen trinken häufiger und größere Mengen Alkohol als Gleichaltrige aus städtischem Gebiet.
6. Jugendlicher Alkoholkonsum wird in ländlichen Regionen stärker toleriert; dadurch ist der Zugang zur Substanz leichter als in der Stadt.
7. Der Zigarettenkonsum städtischer Jugendlicher liegt, bedingt durch sozioökonomische Unterschiede zwischen den Regionen, über dem der ländlichen Gleichaltrigen.
8. Die Zugangsmöglichkeiten zu illegalen Drogen sowie der Konsum sind in ländlichen und städtischen Regionen ähnlich.
9. Der Ausländeranteil in der regionalen Bevölkerung beeinflusst die Konsumraten von psychoaktiven Substanzen.



## **6.2 Planung der Untersuchung**

### **6.2.1 Erhebungsmethode**

Für die Erhebung wurden Jugendliche, die das 7. bis 10. Schuljahr besuchen und in unterschiedlich dicht besiedelten Gebieten leben, einmalig befragt. Um Jugendliche mit vergleichbaren und durchschnittlichen Voraussetzungen, sozioökonomischer und intellektueller Art, für diese Studie zu gewinnen, wurden Schülerinnen und Schüler desselben Schultyps über jeweils eine ländliche und eine städtische Realschule gewonnen.

### **6.2.2 Verfahren der Datenerhebung**

Für die Befragung der Schülerinnen und Schüler wurde ein Fragebogen mit insgesamt 114 Items entwickelt. Der größte Teil der Fragen wurden aus dem Erhebungsinstrument der Drogenaffinitätsstudie 2001 (BZgA, 2001) übernommen, um die Praktikabilität des Fragebogens zu sichern und die Ergebnisse vergleichen zu können. Die zusätzlichen Items wurden anhand der Ergebnisse der US-amerikanischen Studie „No Place to Hide“ (CASA, 2000) entwickelt. Mit diesen zusätzlichen Fragen sollten Zusammenhänge erforscht werden, die unter Stadt-Land-Perspektive besonders interessant erschienen.

Alle zu befragenden Schüler erhielten identische Fragen in einer geschlossenen Form und festgelegten Reihenfolge. Geschlossene Fragen sind Fragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten, somit muss der Befragte seine Antwort im Gegensatz zu offenen Fragen nicht selbst formulieren. Geschlossene Fragen sind dadurch in der Durchführung und Auswertung objektiver sowie zuverlässiger und somit den offenen Fragestellungen überlegen (KNAPP, 1999).

Um die Möglichkeit einer Beeinträchtigung der Untersuchung zu minimieren, wurden in der Interviewsituation insgesamt nur zwei Interviewerinnen eingesetzt, die zusammen die Klassenverbände aufsuchten.

Insgesamt wurden mit dem entworfenen Fragebogen 285 Schüler einer Hauptschule, eines Gymnasiums und einer Realschule aus der Eifel sowie einer Kölner Realschule befragt.

Die beiden ersten Befragungstermine fanden in der Hauptschule und dem Gymnasium statt. Diese gewonnenen Daten wurden zwar aufbereitet, jedoch wurden sie, um den Rahmen einzuhalten, nicht ausgewertet und nicht weiter in diese Arbeit miteinbezogen.

Die Durchführung der Befragungen an den ersten beiden Schulen, Gymnasium und Hauptschule, hatte eine Pretest-Funktion für die folgenden Termine an den beiden Realschulen. Dabei erwiesen sich sowohl die übernommen als auch die zusätzlich entworfenen Fragen sowie die Methode weitestgehend als praktikabel und wurden daher beibehalten.

### **6.2.3 Stichprobenbeschreibung**

Zu insgesamt 16 Schulen, davon 13 Realschulen in Köln und jeweils eine Realschule, eine Hauptschule und ein Gymnasium in der Eifel (Höhengebiet des Kreises Euskirchen), wurde Kontakt aufgenommen. Die Adressen der einzelnen Schulen konnten durch das Internet und telefonische Auskünfte der Stadt Köln in Erfahrung gebracht werden.

Vier Schulen nahmen mit insgesamt 285 Jugendlichen an der Befragung teil. 207 Fragebögen aus den Erhebungen an den beiden Realschulen wurden ausgewertet und fließen in diese Erhebung mit ein.

Die Nichtteilnahme von zwölf Realschulen aus Köln hatte unterschiedliche Gründe:

Auf Nachfrage begründeten vier Schulen ihre Absage damit, dass sie in den letzten Monaten von zu vielen Instituten wegen einer Umfrage kontaktiert worden seien. Daher hätten sie sich dazu entschlossen, jede weitere Anfrage abzulehnen.

Zwei Direktoren verwiesen darauf, dass an ihrer Schule keine Drogenproblematik bestehe und deshalb eine Umfrage zu diesem Thema für sie uninteressant sei. Eine Schule lehnte den Fragebogen ab, da dieser für die Schülerinnen und Schüler des siebten Schuljahres

ungeeignet sei. Jugendliche im Alter von 13 Jahren hätten noch keine Ahnung von den erfragten Substanzen, eine Befragung zu dem Thema würde sie daher nur verwirren. Weiter Ablehnungen durch Schulen hatten organisatorische Gründe. Zwei Schulen wurden abgelehnt, da diese vor der Befragung auf die mit großem Aufwand verbundene Einholung einer Einverständniserklärung der Eltern bestanden. Weiteren zwei Schulen wurde abgesagt, nachdem eine andere Schule definitiv zugesagt hatte.

Die Durchführung der Schülerbefragungen an den drei ländlichen Schulen verliefen weitestgehend unproblematisch. Der Kontakt zu den Schulen, jedoch nicht zu einzelnen Klassen oder Schülern, bestand bereits vor den Anfragen bezüglich einer Erhebung.

Die Befragung an der Kölner Realschule dagegen gestaltete sich schwierig. Außer dem schriftlichen und telefonischen Kontakt zu dem Direktor war von dieser Schule im Vorfeld nichts bekannt gewesen. Ausgewählt wurde diese Schule, da sie im „Severinsviertel“ liegt, das als ein „gewachsener“ Stadtteil Kölns ohne besondere Brennpunkt-Problematiken bekannt ist.

Die Schule machte jedoch auf die Interviewerinnen den Eindruck einer „Brennpunktschule“. Das Schulgebäude war in einem sehr schlechten Zustand. Deutliche Spuren von Vandalismus waren zu beobachten. Teilweise waren Türen aus den Angeln getreten, überall Löcher in den Putz geschlagen, Wände und Inventar beschmiert. Der Umgangston zwischen Direktor, Lehrern und Schülern war sehr rau. Auffallend war, dass der Direktor sich in Anwesenheit von Schülern und Interviewerinnen über „Kifferpersönlichkeiten“ der Schule ausließ.

Der Umgang mit den Schülern in der Befragungssituation war anstrengend und schwierig, doch ließen sich die meisten darauf ein. Einige Schüler konnten wegen mangelnder Sprachkenntnisse den Fragebogen nicht ausfüllen.

#### **6.2.4 Befragungszeitraum**

In den Monaten Mai und Juni 2002 wurden insgesamt 285 Jugendliche innerhalb ihrer Klassenverbände an ihrer Schule befragt.

## 6.3 Durchführung

### 6.3.1 *Gewinnung der Untersuchungsgruppe*

Der Kontakt zu den drei Schulen aus dem Gebiet Eifel wurde zunächst durch ein Telefonat mit den Direktoren bzw. der Konrektorin hergestellt. In diesen Telefongesprächen wurde erklärt, dass der Zweck dieser Erhebung die Erstellung einer empirischen Diplomarbeit sei. Ebenso wurden die Ziele der Untersuchung und der geplante Ablauf der Erhebung vorgestellt.

Mit den Direktoren des Gymnasiums und der Realschule konnte ein Vorgespräch vereinbart werden, in dem die Erhebungsmethode und das Erhebungsinstrument genauer vorgestellt sowie offene Fragen geklärt wurden. Die Konrektorin der Hauptschule schlug beim telefonischen Erstkontakt sofort einen Befragungstermin vor. Die vorherige Ansicht des Fragebogens hielt sie nicht für notwendig.

Aus Erfahrungen des „Forschungsschwerpunkt Sucht“ an der KFH NW in der Problematik, geeignete Schulen in Köln für Befragungen zu gewinnen, wurde für die Akquisition einer Kölner Realschule eine andere Vorgehensweise gewählt.

Die Kölner Realschulen wurden zunächst auf schriftlichem Wege kontaktiert. In diesem Anschreiben wurde, mit dem Einverständnis von Herrn Prof. Dr. Michael Klein, die Umfrage als ein Forschungsprojekt des Forschungsschwerpunktes Sucht der KFH NW Abteilung Köln ausgegeben.

Der Brief an die Direktoren der Realschulen umriss die Ziele und eine Beschreibung zur Durchführung der Untersuchung. Als Anlagen wurde eine Informationsbroschüre über den Forschungsschwerpunkt Sucht und ein Exemplar des entworfenen Fragebogens beigelegt (Anschreiben, Informationsbroschüre und Erhebungsinstrument sind im Anhang einzusehen). In dem Anschreiben wurde ein telefonischer Kontakt angekündigt, der innerhalb der darauffolgenden Tage hergestellt wurde. In den Telefongesprächen wurden Ziel und Durchführung der Befragung noch einmal erläutert. Im Gespräch mit einem Direktor konnte die weitere Umsetzung geplant werden. Ein Vortermin in der Schule fand nicht statt.

Nach § 107 BGB muss für die Befragung Minderjähriger die Einwilligung eines gesetzlichen Vertreters vorliegen. Die Schulleiter der befragten Schüler verzichteten, teils nach Ansicht den entworfenen Fragebogens, auf die Einwilligung. Die Schulleiter des Gymnasiums und der Realschule/Eifel baten um einen vertraulichen Umgang mit den gewonnenen Daten und die Anonymisierung ihrer Schule in der Auswertung.

### **6.3.2 Ablauf der Befragung**

Die Interviews fanden im Klassenverband ohne die Anwesenheit von Lehrkräften statt. Als Zeitvorgabe galt eine Schulstunde.

Nach einer kurzen Vorstellung der Interviewer wurden den Jugendlichen zunächst die Ziele der Untersuchung kurz dargelegt. Ausführlich wurde die Anonymität der Befragung sowie die Schweigepflicht der Interviewer gegenüber Lehrkräften, Eltern u.a. erläutert und den Probanden zugesichert. Die Schüler wurden um eine ehrliche, vollständige und eigenständige Beantwortung der Fragen gebeten und auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen.

Anschließend wurde der Fragebogen anhand von an die Wand projizierten Folien vorgestellt und Frage für Frage durchgegangen. Fragen seitens der Jugendlichen waren auch während der Bearbeitungszeit von etwa 30 Minuten möglich. Die Interviewerinnen gingen, um diese leise zu klären, zum Pult des fragenden Schülers.

Vor der Abgabe wurde jeder der Jugendlichen noch einmal um die Vollständigkeit der Antworten gebeten und die Möglichkeit angeboten, ungeklärte Dinge zu erfragen.

Zur Abgabe falteten die Schüler ihren Fragebogen einmal und warfen ihn dann in einen eingeschlitzten Karton. Waren alle Bögen eingesammelt, wurde der Karton geschüttelt und anschließend geöffnet. Die Bögen kamen, wie im Vorfeld angekündigt, in einen großen Umschlag, der verschlossen und versiegelt wurde.

## 6.4 Auswertung

Nach der Erhebung der Daten wurde ein Kodiersystem entwickelt. Den einzelnen Fragen des Fragebogens wurde ein Variablenname zugeordnet und die zugehörigen Antwortmöglichkeiten numerisch kodiert. Beispielsweise erhielt die Frage nach dem Bierkonsum in den letzten zwölf Monaten den Variablennamen „bier12m“ (max. acht Zeichen). Die Antwortmöglichkeit „täglich“ wurde mit der Zahl 1 kodiert, „mehrmals in der Woche“ erhielt die 2 und so weiter. Mit dem erstellten Kodeplan wurde im Anschluss eine Datei über die erhobenen Daten der Schülerinnen und Schüler in dem Computerprogramm SPSS 10.07 angelegt. Die verschlüsselten Daten wurden abschließend mit Hilfe von SPSS 10.07 ausgewertet.

### 6.4.1 Demographische Merkmale der Stichprobe

Die Befragungsgruppen der beiden Realschulen bestanden aus insgesamt 207 Probanden. Die befragten Klassen der Realschule Eifel umfassten 112 und die der Realschule Köln 95 Schülerinnen und Schüler.

	7. Klasse		8. Klasse		9. Klasse		10. Klasse	
RS Eifel	31		26		28		27	
	11	20	7	19	6	22	18	9
RS Köln	29		21		25		20	
	12	17	7	14	11	14	7	13

**Tabelle 6.4.1-1 Anzahl der Schüler pro Klasse (Mädchen / Jungen)**

Das Durchschnittsalter der Befragten Jugendlichen beträgt 14,6 Jahre, wobei dies zwischen den beiden Schulen um 0,2 Jahre variiert. Das Durchschnittsalter der Klassen eines Jahrgangs bei beiden Schulen ist im 7., 8. und 9. Schuljahr fast gleich. Der Durchschnitt im 10. Schuljahr der Kölner Schule liegt mit 16,6 Jahren fast ein ganzes Jahr über dem Alter der Eifeler Schüler<sup>3</sup> mit 15,7 Jahren.

<sup>3</sup> Im Folgenden wird statt des Begriffspaares „Schülerinnen und Schüler“ der Begriff Schüler verwendet.

Von den 112 Schülern der RS Eifel haben 98,2% die deutsche Staatsangehörigkeit. Ein Schüler ist türkischer und eine Schülerin irischer Herkunft. Weniger als die Hälfte (48,4%) der Schüler der RS Köln haben die deutsche Staatsbürgerschaft. 32,6% sind türkischer, 8,4% italienischer Abstammung. Weitere 10,6% setzen sich aus anderen Staatsbürgerschaften, griechisch, tunesisch, russisch, bosnisch, iranisch oder indisch, und doppelter Staatsbürgerschaft, deutsch-türkisch und deutsch-tunesisch, zusammen.

Die meisten der Schüler der RS Eifel wohnen in den südlichen Gemeinden, Blankenheim, Nettersheim und Dahlem, des Landkreises Euskirchen. Diese Gemeinden liegen im Höhengebiet des Kreises und gehören zur Eifel. Fast alle Schüler der RS Köln leben in der Südstadt, der Altstadt-Süd und dem Stadtteil Bayenthal.

#### **6.4.2 Freizeitverhalten**

Der zweite Teil des Fragebogens befasste sich mit dem Freizeitverhalten von Jugendlichen.

Bei der Frage, was die Schüler in ihrer Freizeit besonders gerne machen, kristallisieren sich sechs Beschäftigungen heraus, die bei beiden Befragungsgruppen mit Abstand am beliebtesten sind:

An erster Stelle steht „Musikhören“ (80% in Köln; 76,8% Eifel), gefolgt von „Fernsehen“ (83,2% Köln; 72,3% Eifel). An dritter Stelle steht „mit Freunden/ Clique treffen, zusammen sein, weggehen“ (73,7% Köln; 78,6% Eifel). Eine weitere beliebte Freizeit-Beschäftigung ist das „Kino“ (75,8% Köln; 69,6% Eifel). „Sport“ (73,7% Köln; 70,5% Eifel) steht in der Rangfolge vor der Beschäftigung mit dem „Computer“ (69,5 % Köln; 62,5% Eifel).

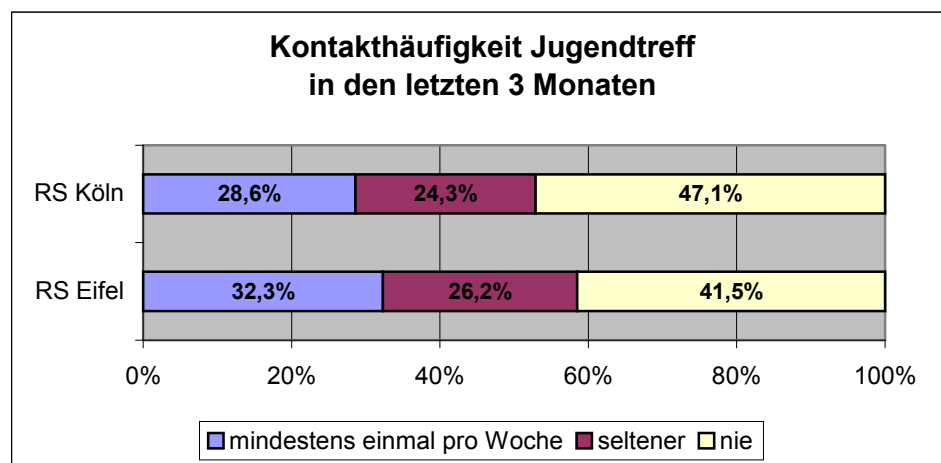
Die anderen erhobenen Beschäftigungen sind nicht so sehr gefragt und die Unterschiede in der Beliebtheit zwischen den Schülern der beiden Realschulen nicht signifikant.

Es gibt jedoch einige Freizeitbeschäftigungen, bei denen sich signifikante Unterschiede zwischen den Befragungsgruppen zeigen. So gehen die Schüler der RS Köln lieber „Wandern“ als die der RS Eifel. Beim „Spazieren gehen“ zeigt sich eine ähnliche Tendenz; hier ist der

Unterschied zwischen der RS Köln mit 43,2% gegenüber der RS Eifel mit 7,1% höchst signifikant. „Mit Partnerin/ Partner zusammen sein“ (35,8% vs. 20,5%) sowie das Anschauen von „Videos“ (62,1% vs. 47,3%) und das „Tanzen“ (37,9% vs. 25%) erreichen bei den Kölner Schülern signifikant höhere Werte als bei denen aus der Eifel.

Die Schüler der RS Eifel beschäftigen sich dagegen mit 29,5% gegenüber 16,8% der RS Köln signifikant lieber mit Tieren. Signifikant häufiger wird der Besuch der „Kneipe“ angegeben. Der Unterschied zwischen den beiden Befragungsgruppen bezüglich der „Disco“ gilt mit 49,1% bei den Schülern der RS Eifel gegenüber 30,5% bei der RS Köln als sehr signifikant.

Nach Angabe der Befragten gibt es bei 76,8% der Schüler der RS Köln ein Jugendhaus, Jugendzentrum oder einen Jugendclub am Wohnort. Damit besteht ein höchst signifikanter Unterschied zu den Schülern der RS Eifel, von denen 54,5% die Existenz einer solchen Einrichtung im Wohnort angeben.



**Abbildung 6.4.2-1 Kontakthäufigkeit Jugendtreff**

Aus der Abbildung 6.4.2-1 lässt sich erkennen, dass von den Jugendlichen der RS Köln, denen die Möglichkeit eines Jugendtreffs geboten ist, ungefähr die Hälfte dieses Angebot nutzen. Regelmäßigen Kontakt haben 28,6%, weitere 24,3% suchen die Einrichtungen nur sporadisch auf. Die Schüler der RS Eifel besuchen die öffentlichen Räume etwas aber nicht wesentlich häufiger.



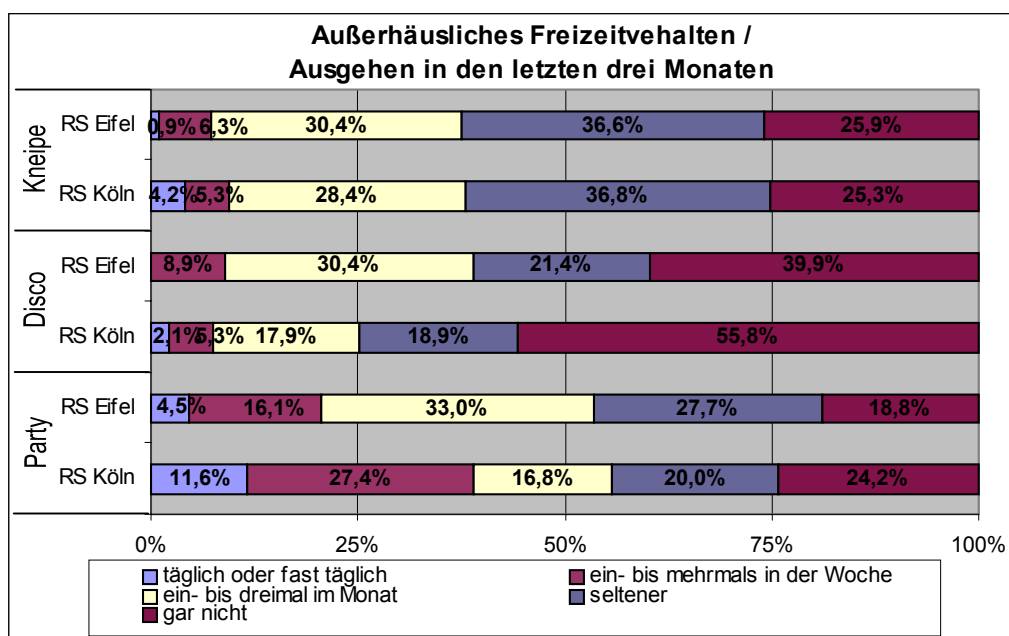
Die Jugendlichen wurden nach einer Mitgliedschaft in einem Verein befragt. 71,4% der RS Eifel gegenüber 50,5% der RS Köln geben eine Mitgliedschaft an. Dieser Unterschied gilt als sehr signifikant.

Von der RS Eifel sind die meisten Jugendlichen mit einer Vereinsmitgliedschaft in einem Sportverein (42,5%). 13,6% gehören einem Musikverein an, 12,5% einem Verein des Rettungswesens und 12,5% einem Junggesellenverein. Des weiteren werden kirchliche Vereine, Parteien etc. genannt.

Drei Viertel der vereinsangehörigen Schüler der RS Köln sind in einem Sportverein. 12,5% nennen einen türkischen Kulturverein. Weitere Vereine waren kirchlicher Art oder Karnevalsvereine.

Insgesamt werden von den Schülern der RS Eifel zehn, von den Schülern der RS Köln fünf verschiedene Vereinsarten angegeben.

Weiter wurden die Jugendlichen befragt, wie häufig sie in den letzten drei Monaten ausgegangen sind. So sollten die Jugendlichen angeben, wie häufig sie in den letzten drei Monaten in einer Lokalität oder auf einer Veranstaltung waren.



**Abbildung 6.4.2-2 Außerhäusliches Freizeitverhalten/ Ausgehen**

Die Abbildung 6.4.2-2 lässt erkennen, dass die beiden Befragungsgruppen sich im Besuch von Kneipen, Bistros und Cafés kaum unterscheiden. Ein

Viertel der Schüler kehrte im letzten Vierteljahr nie in solche Lokalitäten ein. Knapp 40% der Schüler gingen regelmäßig (mindesten einmal im Monat), die übrigen seltener dort hin.

Beim Besuch von Discos unterscheiden sich die beiden Befragungsgruppen dagegen deutlich von einander. Ungefähr 40% der RS Eifel gegenüber 25% der RS Köln besuchten regelmäßig eine Disco. Das Durchschnittsalter der regelmäßigen Discobesucher liegt bei beiden Schulen bei 15 Jahren. Die Zahl derjenigen, die seltener dorthin gingen, liegt bei beiden Gruppen bei ca. 20%. Doch unterscheiden sich diese Gruppen im Durchschnittsalter, das bei der RS Eifel mit 14,6 Jahren ein halbes Jahr unter dem Alter der RS Köln mit 15,1 Jahren liegt. Von den Schülern der RS Köln gingen 55,8% gegenüber 39,9% der RS Eifel in den letzten drei Monaten vor der Befragung nie in eine Diskothek. Diese Zahlen bestätigen den bezüglich der Freizeit-Vorliebe „Disco“ erhobenen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Befragungsgruppen.

Die Gruppen der regelmäßigen Party-Besucher und derjenigen, die seltener oder nie zu einer Party gingen, unterscheiden sich prozentual zwischen den beiden Schulen nicht wesentlich. Doch innerhalb der Gruppen, die regelmäßig, d.h. mehr als einmal im Monat, eine Party besuchten, ist die Anzahl der Kölner, die dies mindestens einmal die Woche taten, mit 39% doppelt so hoch wie bei den Eifeler Schülern.

Sowohl Technoclubs bzw. –Events als auch Konzerte spielen beim kommerziellen Freizeitverhalten beider Schülergruppen kaum eine Rolle. Nur von einer Minderheit der Schüler besucht solche Veranstaltungen nur unregelmäßig oder selten.

#### **6.4.3 Alkohol**

Im dritten Teil der Befragung wurde zunächst erhoben, ob die Jugendlichen schon einmal Alkohol probiert haben.

111 der 112 Schüler der RS Eifel haben zum Zeitpunkt der Befragung mindestens schon einmal Alkohol in ihrem Leben konsumiert. Das Durchschnittsalter des Erstkonsums von Alkohol liegt bei 11,5 Jahren.

Bei der RS Köln haben 68 von 95 Schülern zum Zeitpunkt der Befragung mindestens einmal Alkohol probiert. Das durchschnittliche Alter beim Erstkonsum liegt insgesamt bei 11,9 Jahren, bei den ausländischen Schülern bei 12,1 Jahren. Von den 27 Jugendlichen, die noch nie Alkohol getrunken haben, sind 33,3% deutsch, 55,6% türkisch, 7,4% tunesisch und 3,7% griechischer Staatsbürgerschaft.

Die befragten Jugendlichen sollten angeben, welches ihr alkoholisches Lieblingsgetränk ist. Sie konnten zwischen vier Antwortmöglichkeiten wählen: Bier, dazugehörig auch gemischtes Bier, Sekt und Wein, auch als Schorle, Schnaps, hochprozentig und pur, sowie Mixgetränke, Longdrinks und Cocktails.

Aus der Tabelle 6.4.4-1 wird ersichtlich, dass es zwischen den Schülerinnen und Schülern der RS Köln keine großen Unterschiede in der Wahl des Lieblingsgetränk gibt.

	RS Eifel		RS Köln	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich
Bier	17,1%	67,1%	34,6%	35,7%
Wein/Sekt	22%	5,7%	26,9%	26,2%
Schnaps	4,9%	1,4%	0%	0%
Mixgetränke	56,1%	25,7%	38,5%	38,1%

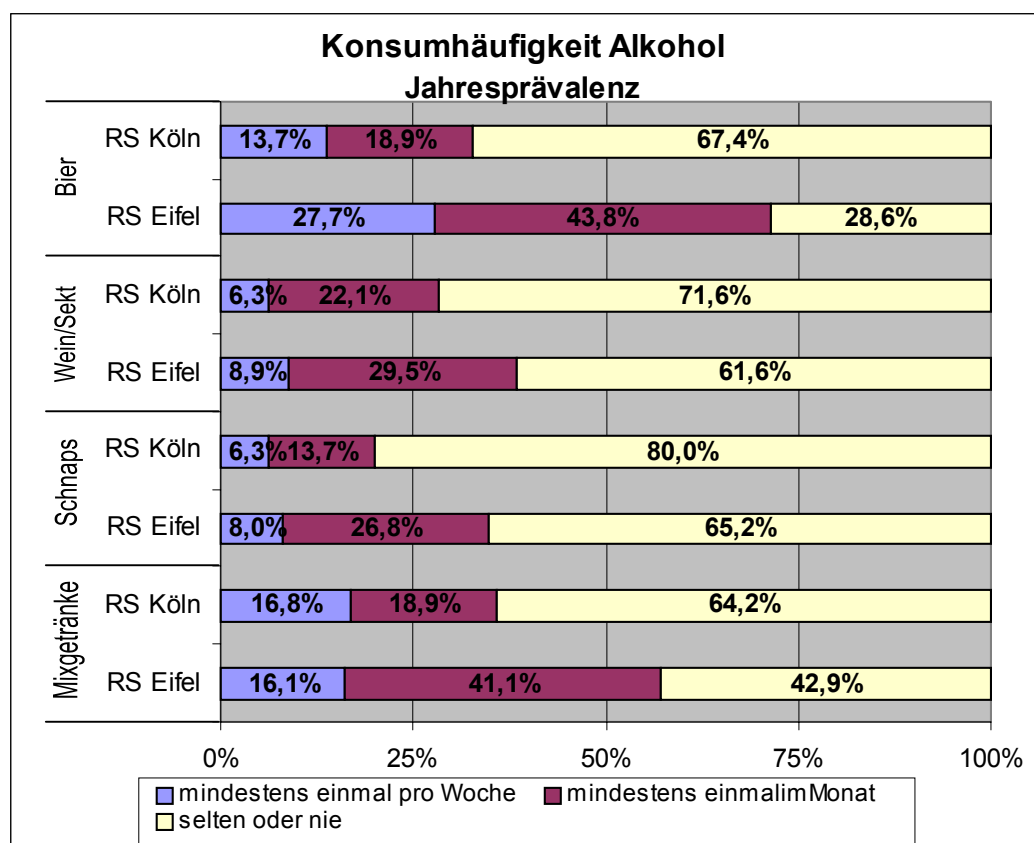
**Tabelle 6.4.3-1 Alkoholisches Lieblingsgetränk**

So steht bei beiden Geschlechtern an erster Stelle der Konsum von alkoholischen Mixgetränken mit knapp 40%. An zweiter Stelle steht der Konsum von Bier mit ca. 35%, gefolgt vom Konsum von Wein und Sekt mit etwas über 26%. Keiner der Schüler der RS Köln gibt Schnaps als Lieblingsgetränk an.

Die Schüler der RS Eifel unterscheiden sich in der Wahl ihres Alkoholischen Lieblingsgetränks sowohl untereinander als auch von den Schülern der RS Köln. Mit 67,1% der männlichen Probanden der RS Eifel geben über zwei Drittel und somit doppelt so viele im Vergleich zu den Kölner Schülern Bier als ihr Lieblingsgetränk an. Bei den Mädchen sind dies 17,1%. Wein oder Sekt geben bei den weiblichen Probanden 22% als

Lieblingsgetränk an. Mit 5,7% favorisieren deutlich weniger Jungen als Mädchen bzw. als die Schüler der RS Köln Wein oder Sekt. Schnaps spielt sowohl bei den Mädchen mit 4,9% als auch bei den Jungen mit 1,4% eine geringe Rolle. Bei über der Hälfte der Mädchen standen mit 56,1% die alkoholischen Mixgetränke an erster Stelle. Dies waren mehr als doppelt so viele wie unter den Jungen mit 25,7% und deutlich mehr als bei den Befragten der RS Köln.

Die Schüler wurden weiterhin bezüglich der unterschiedlichen Alkoholgruppierungen auf die Häufigkeit ihres Konsums in den letzten zwölf Monaten befragt.



**Abbildung 6.4.3-1 Konsumhäufigkeit Alkohol (Jahresprävalenz)**

An der Abbildung 6.4.4-1 ist zu erkennen, dass die Schüler der RS Eifel alle Alkoholsorten im letzten Jahr häufiger tranken als die der RS Köln. So ist die Zahl der Schüler, die Bier mindestens einmal die Woche tranken, ebenso die Zahl derer, die mindestens einmal im Monat tranken, doppelt

so hoch. Die Unterschiede im Bierkonsum zwischen den beiden Befragungsgruppen gilt als höchst signifikant.

Beim wöchentlichen Konsum von Wein und Sekt sowie Schnaps liegen die Befragten der RS Eifel nicht wesentlich auseinander. Auch der Unterschied zwischen den beiden Schulen beim Weinkonsum mindestens einmal im Monat gilt als nicht signifikant. Der monatliche Schnapskonsum war bei den Schülern der RS Eifel mit 26,8% in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung doppelt so hoch wie bei den Schülern der RS Köln. Diese Unterschied gilt als signifikant.

Beim wöchentlichen Konsum von alkoholischen Mixgetränken liegen beide Schulen ungefähr gleich. Jedoch konsumierten mit 41,1% mehr als doppelt so viele Schüler der RS Eifel mindestens einmal im Monat gegenüber 18,9% der Kölner Schüler. Dies und der Unterschied zwischen 42,9% und 64,2% bei den Jugendlichen, die im letzten Jahr selten oder nie konsumierten, gilt als sehr signifikant.

Damit erkennbar wird, wie häufig die Schüler beider Schulen im letzten Jahr vor der Befragung überhaupt Alkohol getrunken haben, wurden die Häufigkeiten für Bier, Wein/Sekt, Schnaps und alkoholhaltige Mixgetränke aufsummiert.

			mindestens einmal pro Woche	mindestens einmal im Monat	selten oder nie
7. Klasse	RS Eifel	Anzahl	8	17	6
		% von Klasse	25,8%	54,8%	19,4%
	RS Köln	Anzahl	2	7	20
		% von Klasse	6,9%	24,1%	69,0%
8. Klasse	RS Eifel	Anzahl	11	13	2
		% von Klasse	42,3%	50,0%	7,7%
	RS Köln	Anzahl	5	5	11
		% von Klasse	23,8%	23,8%	52,4%
9. Klasse	RS Eifel	Anzahl	19	9	0
		% von Klasse	67,9%	32,1%	0%
	RS Köln	Anzahl	8	9	8
		% von Klasse	32%	36%	32%
10. Klasse	RS Eifel	Anzahl	13	12	2
		% von Klasse	48,1%	44,4%	7,4%
	RS Köln	Anzahl	8	8	4
		% von Klasse	40%	40%	20%

**Tabelle 6.4.3-2 Alkoholkonsums pro Klasse (Jahresprävalenz)**

An der Tabelle 6.4.3-2 wird ersichtlich, wie sehr sich die Jahrgangsstufen der beiden Schulen im Alkoholkonsum voneinander unterscheiden. Im letzten Jahr konsumierten im siebten Schuljahr die Schüler der RS Eifel zu über 80% regelmäßig Alkohol, während die Schüler der RS Köln zu ca. 70% selten oder nie konsumierten.

Im achten Schuljahr tranken an der RS Eifel über 90% aller Befragten regelmäßig Alkohol, 50% mindestens einmal im Monat und 42,3% mindestens einmal pro Woche. Von den Kölner Schülern konsumierten in den letzten zwölf Monaten 52,4% selten oder nie, ein Viertel trank mindestens einmal im Monat und ein Viertel wöchentlich.

Im neunten Schuljahr der RS Eifel sind zum Zeitpunkt der Befragung keine Schüler, die im letzten Jahr selten oder nie Alkohol konsumierten. Zwei Drittel der Schüler tranken mindestens einmal die Woche und ein Drittel monatlich. Die Befragten der RS Köln geben an, jeweils ungefähr zu einem Drittel selten oder nie, monatlich und wöchentlich Alkohol getrunken zu haben.

Bei den Schülern der beiden zehnten Schuljahre nähert sich der Konsum an. Mindestens einmal die Woche tranken an der RS Eifel 48,1% an der RS Köln 40%. Beim monatlichen Konsum waren es 44,4% gegenüber 40%. Bei den Schülern, die selten oder nie tranken, besteht mit 7,4% gegenüber 20% der größte Unterschied in diesem Schuljahrgang.

Bei der Aufgliederung des aufsummierten Alkoholkonsums nach geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten bilden sich Unterschiede sowohl zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen als auch zwischen den beiden verschiedenen Befragungsgruppen ab.

		mindestens einmal pro Woche	mindestens einmal im Monat	selten oder nie
RS Eifel	weiblich	38,1%	45,2%	16,7%
	männlich	50%	45,7%	4,3%
RS Köln	weiblich	10,8%	35,1%	54,1%
	männlich	32,8%	27,6%	39,7%

**Tabelle 6.4.3-3 Alkoholkonsum nach Geschlecht (Jahresprävalenz)**

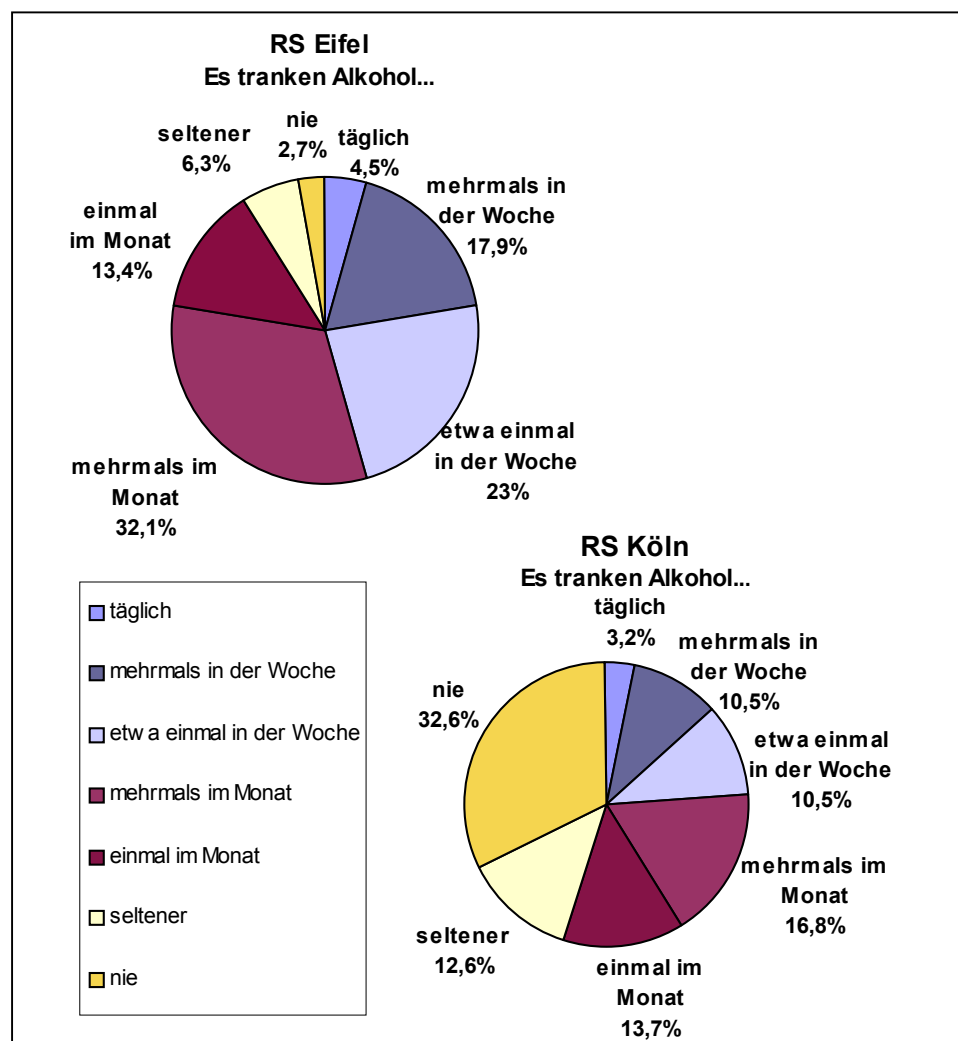
Die weiblichen Befragten der RS Eifel konsumierten im letzten Jahr zu 38,1% gegenüber 50% bei den Jungen mindestens einmal pro Woche. Der

monatliche Konsum liegt bei beiden Geschlechtern an dieser Schule gleich. Demzufolge ist die Gruppe der Mädchen, die selten oder nie konsumierten, ca. 12% größer als die der Jungen.

Von den Mädchen der RS Köln tranken im letzten Jahr 10,8% einmal die Woche, 35,1% etwa einmal im Monat und 54,1% selten oder nie. Bei den männlichen Probanden tranken dreimal so viele mindestens einmal die Woche. Der monatliche Konsum liegt dagegen mit 27,6% unter dem der Mädchen. 39,7% tranken selten oder nie.

Sowohl die Mädchen als auch die Jungen der RS Eifel tranken im letzten Jahr vor der Erhebung mehr als die weiblichen und männlichen Probanden der RS Köln.

Abbildung 6.4.3-2 zeigt die aufsummierten Ergebnisse beider Schulen optisch aufgliedert nach den Antwortmöglichkeiten des Fragebogens.



**Abbildung 6.4.3-2 Häufigkeit des Alkoholkonsums beider Schulen im Vergleich (Jahresprävalenz)**

Die Frage, ob sie schon einmal ein Rauscherlebnis im Zusammenhang mit Alkoholkonsum gehabt haben, bejahen 33,7% der Schüler der RS Köln gegenüber 60,7% der Befragten der RS Eifel. Diese Differenz gilt als höchst signifikant.

Das Durchschnittsalter der ersten Rauscherfahrung liegt bei den Eifeler Jugendlichen bei 13,7 Jahren. Zwei der Probanden dieser Befragungsgruppe waren im Alter von 4 und 6 Jahren zum ersten Mal betrunken. Ab dem Alter von 12 Jahren steigt der Anteil der Rauscherfahrenen sprunghaft auf 16,7%. Über 50% machten ihre erste Rauscherfahrung im Alter von 14 oder 15 Jahren. Bei 7,6% geschah dies mit 16.

Das Durchschnittsalter der ersten Rauscherfahrung liegt bei der RS Köln bei 13,6 Jahren. Zwei Probanden waren mit 9 bzw. 11 Jahren zum ersten Mal betrunken. Die Zahl der ersten Rauscherfahrten steigt auch hier bei einem Alter von 12 Jahren stark an. Ein Drittel der Schüler mit Rauscherlebnis machten diese Erfahrung im Alter 14 Jahren. Danach geht die Tendenz wieder zurück.

Geschlechtsspezifisch differenziert fallen weitere Unterschiede zwischen beiden Befragungsgruppen auf:

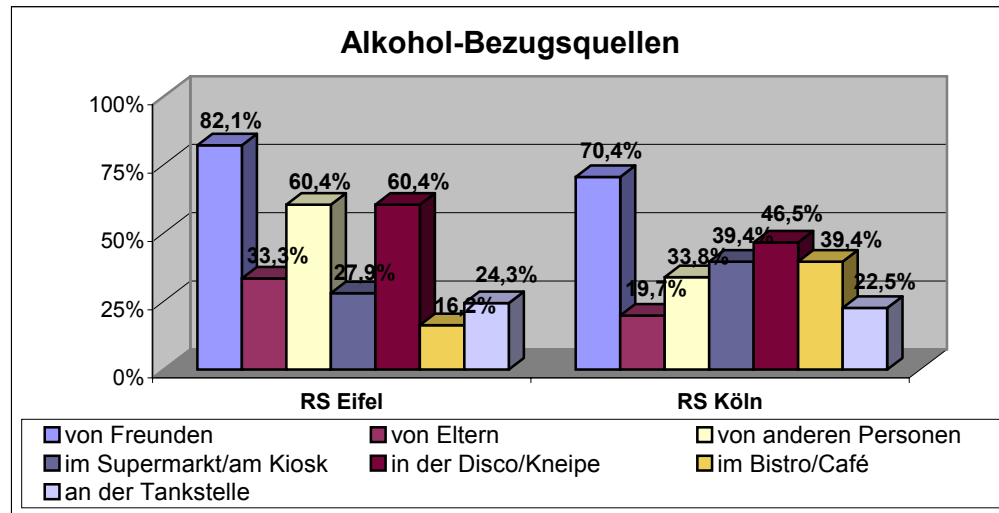
		weiblich	männlich
RS Eifel	Anzahl	24	44
	% der Rauscherfahrenen	35,3%	64,7%
	% des Geschlechts	57,1%	62,9%
RS Köln	Anzahl	7	25
	% der Rauscherfahrenen	21,9%	78,1%
	% des Geschlechts	18,9%	43,1%

**Tabelle 6.4.3-4 Rauscherfahrten der Befragten nach Geschlecht**

Das Verhältnis zwischen weiblichen und männlichen Probanden mit Rauscherfahrung beträgt an der RS Eifel ungefähr ein Drittel zu zwei Drittel. Auch an der RS Köln liegt die Quote der Rauscherfahrten der männlichen Befragten mit 78,1% höher als bei den Mädchen mit 21,9%. 57,1% der Schülerinnen der RS Eifel gegenüber 18,9% der Schülerinnen der RS Köln waren schon einmal betrunken. 62,9% der Jungen an der RS Eifel gegenüber 43,1% der Jungen der RS Köln sind Rauscherfahren.



Es gibt verschiedene Möglichkeiten, an alkoholische Getränke zu gelangen. Die beiden Befragungsgruppen wurden nach ihren Zugangsmöglichkeiten befragt, ob sie Alkohol von Personen in ihrem Umfeld angeboten bekommen oder ob sie den Alkohol selbst irgendwo käuflich erwerben. Mehrere Antworten waren möglich.



**Abbildung 6.4.3-3 Alkohol-Bezugsquellen**

Beide Befragungsgruppen geben zu einer hohen Prozentzahl an, Alkohol von ihren Freunden zu erhalten. Ein Drittel der Schüler der RS Eifel gegenüber einem Viertel der RS Köln erhalten alkoholische Getränke von ihren Eltern. Zur Erläuterung des Begriffes „von anderen Personen“ war als Beispiel in Klammer „z.B. im Verein“ angegeben. Fast zwei Drittel der Probanden der RS Eifel geben an, von solchen Personen Alkohol zu erhalten. Bei den Kölner Jugendlichen ist dies ein Drittel.

Schüler der RS Köln kaufen Alkohol mit 39,4% sowohl im Supermarkt oder am Kiosk als auch im Bistro oder Café häufiger als die Befragten der RS Eifel mit 27,9% bzw. 16,2%. 60,4% der Probanden der RS Eifel erwerben Alkohol gegenüber 46,5% der Vergleichsgruppe selbst in einer Diskothek oder Kneipe. Beim Kauf von Alkohol an einer Tankstelle liegen zwischen beiden Befragungsgruppen mit 24,3% und 22,5% keine deutlichen Unterschiede vor.

#### 6.4.4 Nikotin

Schon einmal an einer Zigarette gezogen haben 59,4% der Schüler beider Realschulen. Das Durchschnittsalter des Erstkonsums für beide Befragungsgruppen liegt bei 11,9 Jahren.

An der RS Eifel haben 62,5% der Schüler das Rauchen mindestens einmal probiert, das Durchschnittsalter für den Erstkonsum liegt bei 11,8 Jahren. 69% der Mädchen gegenüber 58,6% der Jungen haben mindestens schon einmal geraucht.

55,8% der Probanden der RS Köln haben schon einmal geraucht. Das Durchschnittsalter der deutschen Schüler liegt wie bei den Schülern der RS Eifel bei 11,8 Jahren. Die Jugendlichen mit ausländischer Staatsbürgerschaft probieren im Durchschnitt ein halbes Jahr später die erste Zigarette mit 12,3 Jahren. An der RS Köln haben 70,2% der Mädchen gegenüber 46,6% der Jungen mindestens einmal probiert. 34,8% der deutschen und 53,1% der ausländischen Schüler, davon 64,5% der türkischen Jugendlichen, haben noch nie geraucht. Die Anteile der anderen ausländischen Schüler sind wegen der niedrigen Anzahl der Zellen nicht aussagekräftig.

Die Jugendlichen sollten im Fragebogen angeben, wie sie selbst ihr derzeitiges Nikotin-Konsumverhalten einschätzen. Die Anzahl derer, die sich als „Nichtraucher“ einstufen, liegt mit annähernd 54% an beiden Schulen prozentual gleich.

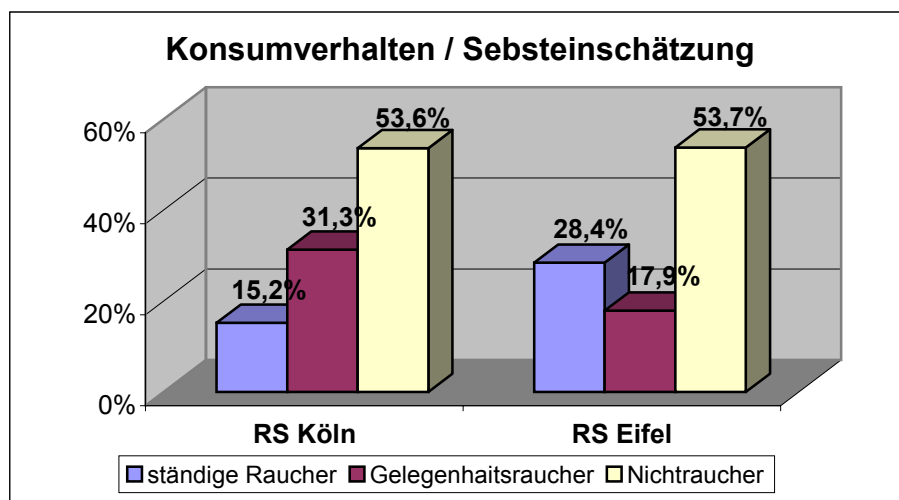


Abbildung 6.4.4-1 Konsumverhalten/Selbsteinschätzung

Die Anzahl der „ständigen Raucher“ ist mit 28,4% an der RS Köln fast doppelt so hoch wie an der RS Eifel. Bei den „Gelegenheitsrauchern“ ist dies umgekehrt: mit 31,3% ist der Anteil der „Gelegenheitsraucher“ an der RS Eifel fast doppelt so groß wie an der RS Köln mit 17,9%. Diese Unterschiede gelten als signifikant.

Geschlechtsspezifisch aufgegliedert zeigen sich folgende Unterschiede: An der RS Eifel geben 11,5% der weiblichen gegenüber 17,1% der männlichen Probanden an, „ständige Raucher“ zu sein. Als „Gelegenheitsraucher“ bezeichnen sich 33,3% der Mädchen gegenüber 30% der Jungen. Die Anzahl der „Nichtraucher“ liegt bei den Schülerinnen mit 54,8% prozentual gegenüber 52,9 % bei den Schülern etwas höher.

Die weiblichen Probanden der RS Köln geben mit 27% prozentual häufiger an, „ständige Raucher“ zu sein, als die der RS Eifel. Die männlichen „ständigen Raucher“ liegen mit 29,3% etwas höher als ihre Mitschülerinnen und auch über den Angaben der Jungen der RS Eifel. 27% der weiblichen Probanden der RS Köln bezeichnen sich als „Gelegenheitsraucher“, ca. 5% weniger als bei denen der RS Eifel. Bei den männlichen Probanden der RS Köln bezeichnen sich mit 12,1% weniger als halb so viele als Gelegenheitsraucher. An der RS Köln gibt es mit 45,9% weniger weibliche als männliche „Nichtraucher“ mit 58,6% und somit auch weniger weibliche und mehr männliche Nichtraucher als an der RS Eifel.

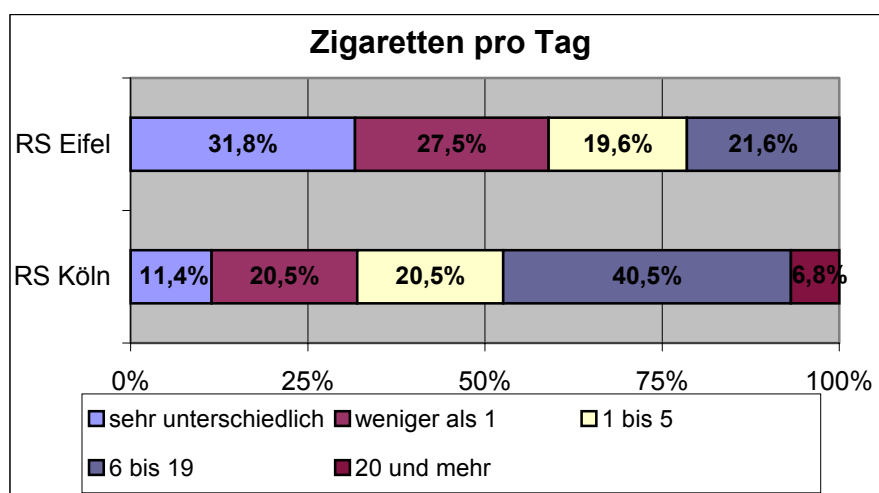
An der RS Köln bezeichnen sich von den Probanden mit deutscher Staatsbürgerschaft 32,6% als „ständiger Raucher“, 21,7%, als „Gelegenheitsraucher“ und 45,7% geben an, „Nichtraucher“ zu sein. Unter den ausländischen Schülern bezeichnen sich mit 24,5% und 14,3% prozentual weniger als „ständiger Raucher“ und als „Gelegenheitsraucher“. Die Zahl der „Nichtraucher“ liegt mit 61,2% dementsprechend höher als bei den deutschen Mitschülern.

Das Durchschnittsalter der „Nichtrauchern“ liegt bei beiden Schulen ungefähr gleich bei 14,4 (RSE) und 14,5 Jahren (RSK). Das Alter der „Gelegenheitsraucher“ differiert zwischen den beiden Schulen um 0,2 Jahre, durchschnittlich 14,5 Jahre bei den Schülern RS Eifel und 14,7

Jahre bei den Schülern der RS Köln. Der Unterschied bei den „ständigen Rauchern“ zeigt sich deutlicher: Unter den Probanden der RS Köln sind diese mit 15,1 Jahren ein halbes Jahr jünger als bei den Probanden der RS Eifel mit 15,6 Jahren.

Von den Rauchern der RS Eifel bezeichnen sich 25,5% selbst als abhängig von Zigaretten, jeweils ein Viertel der weiblichen und der männlichen Raucher. Von den rauchenden Schülern der RS Köln bezeichnen sich insgesamt 56,8% als abhängige Raucher. Nach Geschlechtern aufgeschlüsselt sind dies 45% der rauchenden Mädchen und 62,5% der rauchenden Jungen.

Die Raucher und Gelegenheitsraucher beider Befragungsgruppen wurden zu ihrem Zigarettenkonsum pro Tag befragt:



**Abbildung 6.4.4-2 Zigaretten pro Tag**

31,8% der rauchenden Schüler der RS Eifel legen sich nicht auf einen Zigarettenkonsum fest. An der RS Köln sind dies mit 11,4% weniger Raucher. Auch die Gruppe der Konsumenten, die weniger als 1 Zigarette am Tag rauchen, ist zum Zeitpunkt der Befragung an der RS Eifel mit 27,5% größer als an der RS Köln mit 20,5%. Der prozentuale Teil derjenigen, die 1 bis 5 Zigaretten am Tag konsumieren, ist an beiden Schulen mit ca. 20% gleich groß. 40,5% der rauchenden Schüler der RS Köln konsumieren 6 bis 19 Zigaretten am Tag. An der RS Eifel ist diese Rauchergruppe halb so groß. Die Gruppe derer, die mindestens 20

Zigaretten am Tag rauchen, liegt an der RS Köln bei 6,8%. In der Untersuchungsgruppe der RS Eifel gibt es zum Zeitpunkt der Befragung keinen Schüler mit dieser Konsumrate.

In der folgenden Tabelle ist dargestellt, wie die Probanden beider Untersuchungsgruppe ihren zukünftigen Zigarettenkonsum (in fünf Jahren) zum Zeitpunkt der Befragung einschätzen.

	sicher rauchen		wahrscheinlich rauchen		wahrscheinlich nicht rauchen		sicher nicht rauchen	
	RS Eifel	RS Köln	RS Eifel	RS Köln	RS Eifel	RS Köln	RS Eifel	RS Köln
ständige Raucher	11,7%	36,7%	58,8%	36,7%	11,7%	10%	17,6%	16,7%
Gelegenheitsraucher	0%	0%	42,9%	29,4%	42,9%	23,5%	14,3%	47,1%
Nichtraucher	1,7%	0%	1,7%	3,9%	40%	29,4%	56,7%	66,7%

**Tabelle 6.4.4-1 Selbsteinschätzung zukünftiger Konsum**

Unter den „ständigen Rauchern“ beider Befragungsgruppen halten es ca. 70% der Schüler für möglich und wahrscheinlich, auch in den nächsten fünf Jahren noch zu rauchen. Dabei ist die Gruppe derer, die sich dessen sicher sind, an der RS Köln mit 36,7% dreimal so groß wie an der RS Eifel. Bei den „Gelegenheitsrauchern“ halten es 42,9% der Probanden der RS Eifel gegenüber 29,4% der RS Köln für wahrscheinlich, in fünf Jahren zu rauchen. Ähnlich ist hier auch die Relation in der Antwort, dann wahrscheinlich nicht zu rauchen. Fast die Hälfte der „Gelegenheitsraucher“ an der RS Köln ist sich sicher, in Zukunft nicht mehr zu konsumieren. An der RS Eifel sind dies 14,3% dieser Gruppe. Fast alle Schüler beider Befragungsgruppen halten es für unwahrscheinlich, in den nächsten fünf Jahren mit dem Rauchen anzufangen. 40% der RS Eifel und 29,4% der RS Köln gaben an, dann wahrscheinlich nicht zu rauchen. 56,7% gegenüber 66,7% waren sich darin sicher.

Weiter wurde die derzeitige Konsumabsicht der Raucher (zum Zeitpunkt der Befragung) inquireiert. 37,3% der rauchenden Probanden der RS Eifel geben an, „ganz aufhören“ zu wollen. Jeweils 31,4% der Befragten wollen ihren Konsum reduzieren bzw. das Konsumverhalten nicht verändern.

40% der Raucher an der RS Köln und somit mehr als an der RS Eifel wollen zum Zeitpunkt der Befragung das Rauchen aufgeben. 34,1% haben vor, ihren Konsum zu reduzieren. 25% geben an, weiter rauchen zu wollen wie bisher.

#### 6.4.5 *Illegale Substanzen*

Im fünften Teil der Befragung zum Themenbereich der illegalen Drogen wurden die Schüler beider Untersuchungsgruppen zunächst befragt, ob und welche illegale Substanz ihnen schon einmal angeboten worden sei.

	Haschisch/ Marihuana	Ecstasy	Amphetamine/ Aufputschmittel	LSD	Kokain	Crack	Heroin	Schnüffelfstoffe
RS Eifel	22,3%	6,3%	8%	1,8%	5,4%	3,6%	0,9%	9,8%
RS Köln	37,9%	10,5%	9,5%	6,3%	10,5%	3,2%	4,2%	6,3%

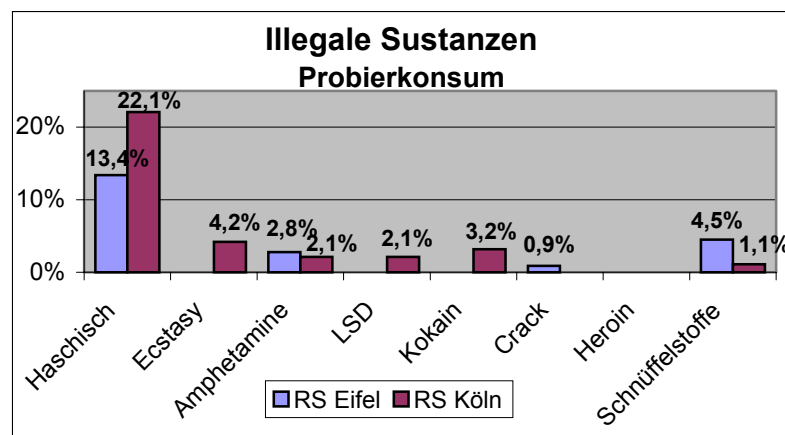
**Tabelle 6.4.5-1 Angebot von illegalen Substanzen**

22,3% der Schüler der RS Eifel gegenüber 37,9% der Schüler der RS Köln geben an, dass ihnen schon einmal Haschisch oder Marihuana angeboten worden sei. Dieser Unterschied gilt als statistisch signifikant. Bei den anderen illegalen Substanzen, außer Crack und Schnüffelfstoffen, geben wie beim Haschisch prozentual mehr Probanden der RS Köln an, diese schon einmal angeboten bekommen zu haben. Die Unterschiede in den Prozentsätzen zwischen den beiden Schülergruppen gelten jedoch in keinem der Fälle als signifikant.

Die Jugendlichen beider Befragungsgruppen wurden weiterhin befragt, ob sie schon einmal eine illegale Droge probiert haben. Insgesamt 13,4% der Schüler, in Zahlen drei Mädchen und zwölf Jungen, der RS Eifel geben an, Haschisch oder Marihuana probiert zu haben. An der RS Köln sind dies 22,1% der Probanden, davon drei Mädchen und 18 Jungen. 66,7% der Schüler, die bereits einmal Haschisch probiert haben, sind deutscher Nationalität und 23,8% haben die türkische Staatsbürgerschaft. Jeweils 4,8% sind russischer bzw. bosnischer Herkunft.

Das Durchschnittsalter beim Erstkonsum liegt an der RS Eifel bei 14,7 Jahren. Bei den Schülern der RS Köln liegt der Durchschnitt bei 14 Jahren. Das Durchschnittsalter der deutschen liegt mit 13,8 Jahren unter dem der ausländischen Mitschüler mit 14,5 Jahren.

An der RS Köln haben zum Zeitpunkt der Befragung 4,2% der Schüler, davon ein Mädchen und drei Jungen im Alter von 14 und 15 Jahren, einmal Ecstasy probiert. An der RS Eifel gibt kein Schüler Ecstasy-Konsum an.



**Abbildung 6.4.5-1 Probierkonsum illegaler Drogen**

2,8% der Schüler der RS Eifel gegenüber 2,1% der Probanden der RS Köln haben Amphetamine, Aufputschmittel oder Speed probiert. In Zahlen sind dies drei männliche Schüler der RS Eifel im Alter von 13 bis 15 Jahren und zwei männliche Schüler der RS Köln im Alter von 13 und 15 Jahren.

Zwei männliche Schüler, 2,1% der RS Köln, probierten im Alter von 13 und 16 Jahren zum ersten Mal LSD. Drei männliche Probanden und somit 3,2% der Schüler der RS Köln geben ihren Erstkonsum von Kokain im Alter von 13 und 15 Jahren an. An der RS Eifel gibt es keinen Schüler, der zum Zeitpunkt der Befragung LSD oder Kokain bereits ausprobiert hat.

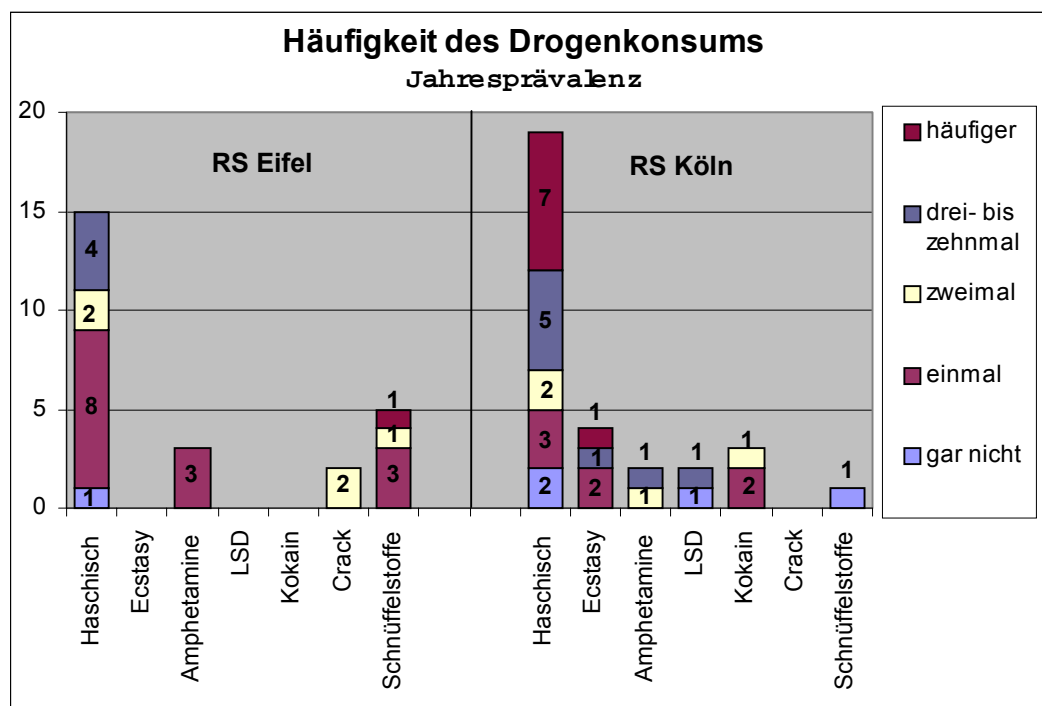
Ein männlicher Proband, 0,9% der Schüler der RS Eifel, gibt an, Crack im Alter von 12 Jahren probiert zu haben. An der RS Köln hat dies kein Schüler ausprobiert. Mit dem Konsum von Heroin hat kein Jugendlicher beider Untersuchungsgruppen bisher Erfahrungen gemacht.

Schnüffelfstoffe konsumierten bereits mindestens einmal fünf männliche Schüler, insgesamt 7,1%, der RS Eifel im Alter von 13 und 14 Jahren und ein Schüler, somit 1,1%, der RS Köln im Alter von 14 Jahren.

Unter den Schülern der RS Köln, die so genannte „harte Drogen“ mindestens einmal probierten, war keiner mit ausländischer Staatsbürgerschaft.

Insgesamt 19 Schüler an der RS Eifel geben an, illegale Substanzen konsumiert zu haben, drei aus dem 7., sechs aus dem 8., acht aus dem 9. sowie zwei aus dem 10. Schuljahr. 15 der Schüler probierten eine der Substanzen, drei probierten zwei verschiedene und einer drei unterschiedliche illegale Substanzen. Insgesamt 22 Probanden der RS Köln probierten illegale Substanzen, jeweils drei aus dem 7. und 8. sowie jeweils acht aus dem 9. und 10. Schuljahr. Davon konsumierten 16 Schüler eine der Substanzen, vier versuchten zwei und jeweils einer vier bzw. fünf unterschiedliche illegale Drogen.

In der folgenden Abbildung wird verdeutlicht, wie häufig die drogenerfahrenen Probanden die einzelnen illegalen Substanzen in den letzten zwölf Monaten konsumierten.



**Abbildung 6.4.5-2 Häufigkeit des Drogenkonsums (Jahresprävalenz)**



Beim Konsumverhalten im letzten Jahr sind folgende Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen auffällig:

Unter den Probanden der RS Eifel sind insgesamt 15 Schüler, die Konsumerfahrungen mit Haschisch bzw. Marihuana angeben. Einer davon konsumierte in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung gar nicht, acht Schüler konsumierten einmal, zwei konsumierten zweimal und vier Probanden konsumierten zwischen drei- und zehnmal. Ein Schüler der RS Eifel konsumierte Schnüffelfstoffe häufiger als zehnmal. Konsum anderer Stoffe fand bei den einzelnen Probanden maximal zweimal im letzten Jahr statt.

Unter den Befragten der RS Köln sind 19 Schüler mit Konsumerfahrungen mit Haschisch bzw. Marihuana. Zwei von diesen nahmen im Zeitraum des letzten Jahres gar nichts davon. Drei Schüler konsumierten einmal und zwei zweimal. Fünf Probanden konsumierten drei- bis zehnmal und sieben häufiger als zehnmal. Somit konsumieren anteilig mehr Schüler der RS Köln als an der RS Eifel häufiger Haschisch und Marihuana. Jeweils ein Proband der RS Köln konsumierte die Substanzen Ecstasy, Amphetamine/ Aufputschmittel/ Speed und LSD drei- bis zehnmal im letzten Jahr. Ein Konsument nahm häufiger als zehnmal Ecstasy zu sich.

Die Jugendlichen wurden befragt, wie leicht bzw. schwer es für sie wäre, innerhalb von 24 Stunden die Rauschmittel Haschisch/ Marihuana, Ecstasy, Amphetamine/ Aufputschmittel/ Speed und Kokain zu beschaffen. Um eine Tendenz herauszustellen, wurden die Kategorien „sehr leicht“ und „ziemlich leicht“ sowie „ziemlich schwierig“ und „sehr schwierig“ jeweils zusammengefasst.

Nach Angaben der Schüler beider Untersuchungsgruppen fällt es den Probanden der RS Köln mit 47,4% tendenziell leichter, Haschisch zu beschaffen, als denen der RS Eifel mit 39,2%. Eine solche Tendenz zeichnet sich auch bei der Beschaffung von Kokain mit 23,1% gegenüber 17,9% ab. Beide Schülergruppen geben mit ungefähr 25% an, dass es ihnen sehr bis ziemlich leicht fällt, Ecstasy zu besorgen. Die Beschaffung von Amphetaminen/ Aufputschmitteln und Speed fällt den Schülern der RS Eifel mit 29,5% gegenüber 23,1% der RS Köln leichter.

21,1% der Schüler aus Köln gegenüber 25% aus der Eifel finden es ziemlich bis sehr schwierig, Haschisch zu erwerben. Insgesamt 33,1% der Probanden der RS Eifel im Vergleich zu 24,2% der Probanden der RS Köln finden es ziemlich bis sehr schwierig aber nicht unmöglich, Ecstasy innerhalb von 24 Stunden zu besorgen. Die Beschaffung von Amphetaminen/ Aufputschmitteln/ Speed finden die Schüler der RS Eifel mit 27,7% gegenüber 24,2% der RS Köln ziemlich bis sehr schwierig. Bei Kokain sind es 23,2% der RS Köln im Vergleich zu 21,3% der RS Eifel.

		Haschisch / Marihuana	Ecstasy	Amphetamine Aufputschmittel	Kokain
sehr leicht	RS Köln	33,7%	11,6%	8,4%	4,2%
	RS Eifel	19,6%	8%	11,6%	5,4%
ziemlich leicht	RS Köln	13,7%	13,7%	14,7%	18,9%
	RS Eifel	19,6%	17%	17,9%	12,5%
ziemlich schwierig	RS Köln	13,7%	15,8%	15,8%	11,6%
	RS Eifel	10,7%	17%	8,9%	13,4%
sehr schwierig	RS Köln	7,4%	8,4%	8,4%	11,6%
	RS Eifel	14,3%	16,1%	18,8%	17,9%
gar nicht möglich	RS Köln	31,6%	50,5%	52,6%	53,7%
	RS Eifel	35,7%	42%	42,9%	50,9%

**Tabelle 6.4.5-2 Beschaffungsmöglichkeit illegaler Substanzen**

Außer bei Haschisch und Marihuana geben prozentual mehr Schüler der RS Köln als der RS Eifel an, dass es für sie unmöglich ist, eine illegale Substanz zu besorgen. Bei Ecstasy liegt die Anzahl der Schüler der RS Köln 7,5% über dem Anteil der RS Eifel; bei Amphetaminen/ Aufputschmitteln/ Speed sind es ungefähr 10%.

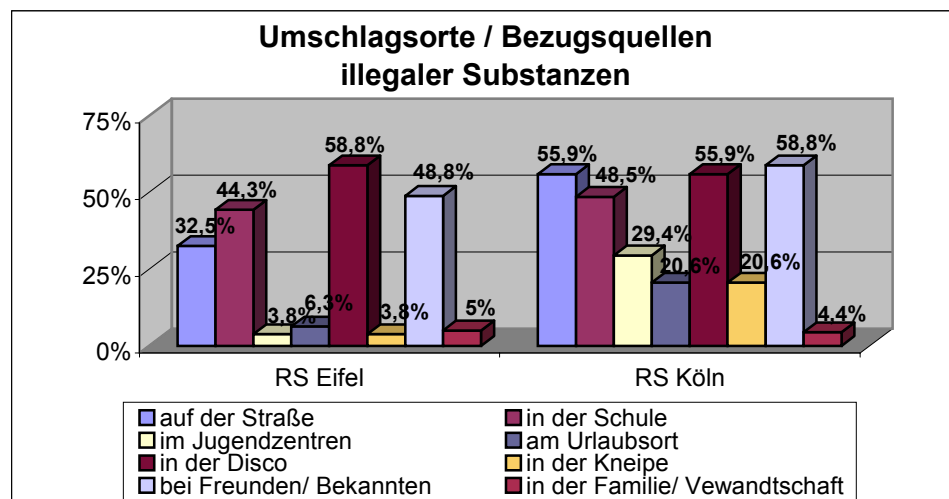
28,6% der Schüler der RS Eifel und 28,4% der Schüler der RS Köln geben an, keine der vier Substanzen in den nächsten 24 Stunden besorgen zu können.

Die Probanden, die es nicht als unmöglich ansehen, innerhalb von 24 Stunden Drogen zu besorgen, sollten beantworten, wo sie diese bekommen können.

Aus dieser Gruppe geben 55,9% der Schüler der RS Köln gegenüber 32,5% der RS Eifel an, Drogen auf der Straße kaufen zu können. Mit

44,3% im Vergleich zu 48,5% können weniger Schüler der RS Eifel als der RS Köln Drogen in ihrer Schule besorgen. Mit ca. 30% gegenüber 3,8% der RS Eifel geben Probanden aus Köln Jugendzentren als Drogenumschlagsplatz an.

20,6% der Kölner gegenüber 6,3% der Eifeler Jugendlichen sehen eine Möglichkeit, Drogen am Urlaubsort zu erwerben. In dieser Gruppe geben 58,8% der Probanden der RS Eifel im Vergleich zu 55,9% der RS Köln an, illegale Substanzen in der Diskothek bekommen zu können. Der Erwerb von Drogen in Kneipen ist für 20,6% der Schüler der RS Köln möglich, ebenso für 3,8% der Schüler der RS Eifel.



**Abbildung 6.4.5-3 Umschlagsorte und Bezugsquellen illegaler Substanzen**

Mit 58,8% geben 10% mehr Probanden aus Köln an, Freunde oder Bekannte zu haben, über die sie Drogen beziehen könnten. Die Gruppe der Schüler, in deren Familie oder Verwandtschaft jemand illegale Substanzen für sie besorgen könnte, liegt bei beiden Befragungsgruppen mit 5% und 4,4% ungefähr gleich.

Alle Probanden beider Untersuchungsgruppen wurden gefragt, ob sie daran interessiert wären, wenn es die Möglichkeit gäbe, Drogen geschützt, also ohne das Risiko entdeckt zu werden, zu konsumieren, dies zu tun. Zehn männliche Jugendliche, insgesamt 8,9% der RS Eifel, geben an, daran interessiert zu sein. Neun Schüler, 9,5% der RS Köln, geben an,

Interesse am geschützten Konsum von Drogen zu haben. Darunter sind drei und somit 8,1% der Mädchen sowie mit 10,3% sechs der Jungen.

Die bis zum Zeitpunkt der Befragung abstinenten Jugendlichen wurden befragt, ob sie neugierig auf die Wirkung von Drogen sind. Insgesamt elf Jugendliche, drei Mädchen und acht Jungen, der 84 Drogenabstinenten der RS Eifel geben an, neugierig zu sein. Neun der insgesamt 73 abstinenten Probanden der RS Köln sind neugierig auf die Wirkung von Drogen. Darunter sind acht Jungen und ein Mädchen.

## 6.5 Interpretation und Diskussion

### 6.5.1 Auslegung der Daten

In Bezug auf die in Kapitel 5.1.3 aufgestellten Hypothesen ergeben sich folgende Resultate:

#### Hypothese 1: Kommerzielles Freizeitverhalten

Die sechs beliebtesten Freizeitinteressen der Schüler beider Schulen sind die gleichen und stehen in ihrer Beliebtheit bei beiden Befragungsgruppen in der gleichen Rangfolge. Bei anderen Freizeitinteressen gibt es zwischen den ländlichen und städtischen Jugendlichen einige signifikante bis höchst signifikante Unterschiede. Auffällig ist hier das signifikant höhere Interesse an Kneipen- und das sehr signifikant höhere Interesse an Disco-Besuchen bei den Jugendlichen aus der Eifel.

Dieses Interesse der Schüler der RS Eifel spiegelt sich auch in den Angaben zum kommerziellen Freizeitverhalten<sup>4</sup> wieder. Bei der Besuchshäufigkeit von Kneipen, Bistros und Cafés bestehen zwischen beiden Schülergruppen keine wesentlichen Unterschiede. Die Ergebnisse der Frage nach den Disco-Besuchen sind dagegen eindeutig: Von der RS Eifel gehen mehr Jugendliche regelmäßiger in eine Disco. Disco-Besucher in der Eifel sind im Schnitt ein halbes Jahr jünger als die der städtischen

---

<sup>4</sup> Kommerzielles Freizeitverhalten bedeutet in diesem Zusammenhang das mit Kosten verbundene außerhäusliche Freizeitverhalten der Jugendlichen. Mit der Antwortmöglichkeit „Party“ sind Privatfeiern gemeint, daher gehört diese nicht zum kommerziellen Freizeitverhalten.

Befragungsgruppe (s. Abb. 6.4.2-2). Daraus folgt, dass das kommerzielle Freizeitverhalten bei Jugendlichen aus dem Gebiet der Eifel stärker ausgeprägt ist als bei den städtischen Jugendlichen. Die Hypothese gilt somit als bestätigt.

Mit ungefähr 60% haben deutlich mehr Schüler der RS Eifel als der RS Köln angegeben, Alkohol in der Disco zu kaufen (s. Abb. 6.4.3-3). Dieses Ergebnis in Kombination mit den regelmäßigeren Besuchen von Diskotheken deutet auf eine stärkere Risikobelastung der ländlichen Jugend hin (Hinweis auf Hypothese 6: Toleranz jugendlichen Alkoholkonsums).

#### Hypothese 2: Vereinsangehörigkeit

Von den Kölner Jugendlichen gehören wesentlich weniger einem Verein an von den Probanden der RS Eifel. Dadurch bestätigt sich die entsprechende Hypothese. Auch die Vielfalt der Vereine, denen die Jugendlichen angehören, ist in der Stadt geringer.

Über 60% der Jugendlichen der RS Eifel geben als Bezugsquelle für Alkohol „andere Personen“ mit dem Erklärungszusatz „z.B. im Verein“ an (s. Abb. 6.4.3-3). Alkoholkonsum gehört in vielen Vereinen zur Geselligkeit dazu. Die Jugendlichen übernehmen den Umgang der Erwachsenen mit Alkohol im Sinne der Theorie des Modelllernens. Dies bedeutet eine erhöhte Risikobelastung für vereinsangehörige Jugendliche (Hinweis auf Hypothese 6: Toleranz jugendlichen Alkoholkonsums).

#### Hypothese 3: Versorgung durch Offenen Jugendeinrichtung

Ungefähr drei Viertel der Jugendlichen aus Köln geben an, eine Offene Jugendeinrichtung in ihrem Wohnumfeld zu kennen. Nach den Zahlen der Stadt Köln existieren jedoch in jedem Kölner Stadtteil zwischen neun und 24 solcher Einrichtungen. Dies lässt darauf schließen, dass viele der Einrichtungen unter den Jugendlichen nicht bekannt sind.

Etwas weniger als 30% der Probanden, denen Jugendeinrichtungen bekannt sind, geben an, regelmäßig eine solche aufzusuchen. Dies kann darauf zurückzuführen sein, dass die Angebote der Einrichtungen nicht bekannt sind oder die Jugendlichen kein Interesse an diesen haben. 30%

der Probanden der RS Köln geben Jugendräume als einen Ort an, an dem sie innerhalb von 24 Stunden Drogen beschaffen könnten. Dieser Ruf könnte für Jugendliche ebenfalls ein Grund sein, entsprechende Einrichtungen zu meiden.

Von der Befragungsgruppe Eifel geben nur die Hälfte aller Jugendlichen einen Jugendtreff in ihrem Wohnort an. Da die Orte, in denen sie leben, sehr klein sind, kann davon ausgegangen werden, dass die Jugendlichen alle vorhandenen Einrichtungen kennen und angeben haben. Damit bestätigt sich die Hypothese, dass die flächendeckende Versorgung durch Offene Jugendeinrichtungen in der Stadt besser ist als auf dem Land.

Die vorhandenen Einrichtungen in der Eifel werden nicht wesentlich regelmäßiger besucht als die Offenen Treffs in Köln. Grund dafür können die eingeschränkten Öffnungszeiten der Jugendräume sein. Häufig darf hier nicht geraucht oder Alkohol getrunken werden. Die meisten Räume stehen wie unter Kapitel 4.3 beschrieben unter der Aufsicht ortsansässiger Kirchenvorständen und sind ehrenamtlich betreut. Der Umgang mit den Verantwortlichen ist in vielen Fällen kompliziert, da ein grundsätzliches Verständnis für die Lage der Jugendlichen und deren Verhalten fehlt. Viele der Jugendlichen haben keine Lust auf die vorhandenen Vorschriften bzw. auf die Kontrolle ihres Verhaltens. Daher bleiben sie den Einrichtungen, die nicht wirklich als „Offen“ bezeichnet werden können, fern.

#### Hypothese 4: Einstiegsalter Alkoholkonsum

Die Zahl der Jugendlichen, die bereits Alkohol probiert haben, unterscheidet sich bei den beiden Befragungsgruppen deutlich: 99% der Schüler der RS Eifel gegenüber 71% der Schüler der RS Köln tranken mindestens einmal in ihrem Leben Alkohol. Das Alter des Erstkonsums liegt bei den Jugendlichen aus der Eifel mit 11,5 Jahren fast ein halbes Jahr unter dem der Probanden der RS Köln. Somit bestätigt sich die Hypothese, dass der Einstieg in den Alkoholkonsum in der ländlichen Region früher stattfindet.

Deutlich beeinflusst wird die Anzahl der Konsumenten in Köln durch den Anteil der ausländischen Mitschüler. Zwei Drittel der bisher abstinenten Schüler der RS Köln haben die Nationalität überwiegend muslimischer

Staaten. Die Religiosität ist hier als präventiver Faktor zu vermuten. Bei ausländischen Schülern, die Alkohol probieren, findet der Erstkonsum im Durchschnitt im Alter von 12,1 Jahren statt (Hinweis auf Hypothese 9: Einfluss des Ausländeranteils).

#### Hypothese 5: Häufigkeit und Menge des Alkoholkonsums

Die Häufigkeiten des Konsums aller untersuchten alkoholischen Getränke liegt bei den Jugendlichen aus der Region Eifel deutlich über dem Konsum der Kölner Probanden (s. Abb. 6.4.3-1 und 6.4.3-2). Die Jugendlichen der RS Eifel beginnen früher mit regelmäßigem Konsum alkoholischer Getränke. In der 7. Klasse Eifel liegen die Häufigkeiten bei den Schülern der RS Eifel bereits deutlich über denen der RS Köln. Auch wenn die Schüler der RS Köln mit dem Alter ihren Konsum von Alkohol steigern, erreichen sie nicht das Niveau der Jugendlichen aus dem ländlichen Gebiet (s. Tab. 6.4.3-1).

Die Alkoholmenge pro Konsumgelegenheit der einzelnen Schüler war nicht auswertbar, da die Jugendlichen beider Befragungsgruppen erhebliche Schwierigkeiten hatten, diese in Gläsern oder Volumeneinheiten selbst einzuschätzen. Da die Schülern der RS Eifel jedoch wesentlich häufiger und regelmäßiger Alkohol trinken, ist, auch wenn die Ergebnisse dies nicht eindeutig bestätigen konnten, davon auszugehen, dass die konsumierten Mengen insgesamt höher sind als bei den Schülern der RS Köln.

Einen weiteren Hinweis auf die Unterschiede bei den Konsummengen von Alkohol geben die Ergebnisse zu den Rauscherfahrungen in beiden Untersuchungsgruppen. Zwei Drittel der Schüler der RS Eifel gegenüber einem Drittel der Schüler der RS Köln geben an, bereits einmal einen Alkoholrausch erlebt zu haben. Dabei liegt der Anteil der Mädchen mit einem solchen Erlebnis an der RS Eifel 40% über dem der weiblichen Probanden der RS Köln. Bei den Jungen macht dieser Unterschied 20% aus (s. Tab. 6.4.3-4). Diese Ergebnisse bestätigen die Hypothese des häufigeren und mengenmäßig größeren Konsums von Alkohol auf dem Land.

#### Hypothese 6: Toleranz gegenüber jugendlichem Alkoholkonsum

Auffällig bei der Benennung von Alkohol-Bezugsquellen ist, dass die Schüler aus dem ländlichen Gebiet bei fast allen Antwortmöglichkeiten prozentual über dem Anteil der städtischen Schüler liegen (s. Abb. 6.4.3-3). Die Daten und Zusammenhänge sprechen dafür, dass der Zugang zu alkoholischen Getränken für die Jugendlichen in der Eifel leichter ist als für die Schüler der RS Köln:

Die Jugendlichen der RS Eifel geben zu einem Drittel an, Alkohol von ihren Eltern zu erhalten. Bei den Schülern der RS Köln sind dies ca. 15% weniger. Die Toleranz bezüglich des Alkoholkonsums ihrer Kinder bzw. Angebot von Alkohol an diese seitens der Eltern gilt als Risikofaktor für die Entwicklung von Substanzmissbrauch und Abhängigkeitserkrankungen (vgl. Kap. 4.2.1).

Wie bereits oben erwähnt, erhalten 60% der Jugendlichen der RS Eifel Alkohol von anderen Personen (z.B. im Verein), sowie zu 60% auf Disco-Abenden. Für diese Veranstaltungen werden Firmen, die mit entsprechender Ausrüstung für die Musik sorgen, von Vereinen bestellt. Den Verkauf von Getränken und den Eintritt organisieren die Vereinsmitglieder selbst. Folglich wird von diesen Personen Alkohol an Jugendliche auch unter 16 Jahren verkauft. Der jugendliche Alkoholkonsum in den ländlichen Regionen wird somit nicht nur toleriert, sondern auch gefördert. Das Ergebnis bestätigt die entsprechende Hypothese.

#### Hypothese 7: Zigarettenkonsum und sozioökonomische Bedingungen

Laut den Ergebnissen der Umfrage ist der Probierkonsum an Zigaretten unter den Probanden der RS Eifel höher als bei den städtischen Schülern. Der Anteil der Mädchen, die mindestens schon einmal geraucht haben, ist mit 70% an beiden Schulen gleich. Der Probierkonsum der männlichen Jugendlichen der RS Eifel liegt 12% über dem der RS Köln.

Ebenso wie beim Alkohol beeinflusst der Anteil der ausländischen Schüler die Ergebnisse beim Nikotinkonsum. Die Gruppe derer, die noch nie das Rauchen probiert haben, besteht aus 53% der ausländischen, überwiegend muslimischen Schüler, der RS Köln. Deren Anteil liegt somit



fast 20% über dem der deutschen Mitschüler. Das Durchschnittsalter der ausländischen Erstkonsumenten liegt ein halbes Jahr über dem der deutschen Probierer und verändert dadurch den Durchschnitt der Gesamtgruppe (Hinweis auf Hypothese 9: Einfluss des Ausländeranteils). Unter den Befragten der RS Eifel bezeichnen sich doppelt so viele als Gelegenheitsraucher wie unter den Schülern der RS Köln. Umgekehrt geben doppelt so viele Probanden aus Köln wie in der Eifel an, ständige Raucher zu sein. Die ständigen Raucher der Kölner Befragungsgruppe sind im Schnitt ein halbes Jahr jünger als an der RS Eifel. In Köln bezeichnen sich mehr Mädchen als ständige Raucherinnen als in der Eifel.

Die Zahl der konsumierten Zigaretten pro Tag liegt bei den Rauchern der RS Köln deutlich über dem Konsum der Vergleichsgruppe. Doppelt so viele Kölner Schüler bezeichnen sich selbst als von Nikotin abhängig wie unter den Probanden aus der Eifel. Sie sind sich insgesamt sicherer, was die Beibehaltung ihres Konsums angeht.

Die Ergebnisse der Befragung sprechen dafür, dass die Jugendlichen der RS Köln trotz des Einflusses durch den hohen Ausländeranteil früher mit dem Konsum beginnen, sowie insgesamt häufiger und stärker rauchen als die Jugendlichen der RS Eifel.

Begründung für diese Ergebnisse könnte das unterschiedliche soziale Umfeld sein, in dem die Schüler beider Befragungsgruppen leben. So wurde bei verschiedenen Studien die Schulform als die bedeutendste Variable für den Nikotinkonsum festgestellt (vgl. Kap. 4.2.1)- je niedriger die Schulform desto höher der Zigarettenkonsum an der Schule. Beide Befragungsgruppen dieser Untersuchung gehören dem Schultyp der Realschule an, daher müsste die Nikotin-Konsumrate eigentlich ähnliche Werte hervorbringen. Doch, wie oben berichtet, stellten die Interviewerinnen beim Befragungstermin in Köln eine bei diesem Schultyp nicht erwartete negative Atmosphäre und ein vergleichsweise niedriges soziales Niveau fest. Die milieuspezifischen Divergenzen könnten daher die Konsumunterschiede zwischen den beiden Schulen begründen.

Ein Grund für den niedrigeren Konsum von Zigaretten unter den Schülern der RS Eifel könnte die stärkere Ausübung von sozialer Kontrolle der Jugendlichen durch ihr Umfeld sein (vgl. Kap. 4.1.1).

Die Hypothese des stärkeren Zigarettenkonsums in der Stadt lässt sich mit den gewonnen Ergebnissen zwar bestätigen, dass dieser jedoch durch die sozioökonomischen Unterschiede bedingt ist, lässt sich nur vermuten.

#### Hypothese 8: Zugang und Konsum illegaler Substanzen

Bei der Frage, ob ihnen schon einmal bestimmte illegale Substanzen angeboten worden seien, geben dies für alle erfragten Drogen prozentual mehr Schüler der RS Köln als der RS Eifel an. Demnach ist davon auszugehen, dass in der Stadt das Angebot illegaler Drogen größer und die Beschaffung leichter ist als auf dem Land (s. Tab. 6.4.5-1).

Nach Aussagen der Schüler ist die Beschaffung von Haschisch und Marihuana als auch von Kokain in Köln einfacher als in der Eifel. Bei Ecstasy schätzen beide Befragungsgruppen die Beschaffungsmöglichkeit gleich ein. Amphetamine, Aufputschmittel und Speed könnten die Schüler der RS Eifel leichter besorgen als die Schüler der RS Köln (s. Tab. 6.4.5-2).

Die Angaben der beiden Schülergruppen bezüglich der Umschlagsorte, Schule und Disco bzw. der Bezugsquelle „Freunde und Bekannte“ sind von der Tendenz her gleich. Dies sind gleichzeitig die drei Hauptbeschaffungsquellen der Schüler aus der Eifel. Die Drogen-Bezugsquellen Straße (56% vs. 33%), Kneipe (20% vs. 4%), Urlaubsort (20% vs. 6%) und Jugendzentrum (30% vs. 4%) geben deutlich mehr Kölner als Eifeler Schüler an (s. Abb. 6.4.5-3). Da den städtischen Schülern damit deutlich mehr Quellen bekannt sind, ist anzunehmen, dass auch die Beschaffung von Drogen dementsprechend einfacher ist.

Die deutschen Schüler der RS Köln sind beim Erstkonsum von illegalen Drogen im Durchschnitt 13,8 Jahre und somit fast ein ganzes Jahr jünger als die Schüler der RS Eifel. Selbst die ausländischen Drogenkonsumenten der Schule sind, wenn sie zum ersten Mal illegale Substanzen probieren, 0,2 Jahre jünger als die der RS Eifel. Die mit Abstand am häufigsten probierten Substanzen in beiden

Befragungsgruppen sind die nach Angaben der Schüler am einfachsten zu besorgenden Drogen Haschisch und Marihuana. Auffällig bei der Untersuchungsgruppe Eifel ist die Konsumrate an Schnüffelfstoffen. Vermutlich konsumieren die Schüler der RS Eifel diese mehr als die städtischen Jugendlichen, weil im ländlichen Gebiet andere illegale Drogen schwieriger zu beschaffen sind. Schnüffelfstoffe können sich die Schüler im Geschäft legal kaufen, sie könnten ein Ersatz für nicht erreichbare andere Substanzen sein (s. Abb. 6.4.5-1).

Unter den Kölner Schülern wurden bis zum Zeitpunkt der Befragung sechs, unter den Probanden der RS Eifel vier verschiedene illegale Substanzen konsumiert. An der RS Köln gibt es prozentual eine größere Gruppe von Jugendlichen mit Mehrfachkonsum als an der RS Eifel. Insgesamt sind unter den städtischen Probanden mehr Schüler mit regelmäßigem Konsum von illegalen Substanzen (s. Abb. 6.4.5-2). Diese Ergebnisse könnten auf das größere Angebot illegaler Substanzen in Köln zurückzuführen sein. Als weitere Erklärungen sind der Einfluss der Schule sowie des Milieus auf die Schüler, vielleicht auch ein nicht intaktes soziales Netzwerk, möglich (vgl. Kap. 4.2.1). Die gesammelten Ergebnisse widersprechen der aufgestellten Hypothese: Sowohl Zugangsmöglichkeiten als auch Konsum illegaler Substanzen sind regional unterschiedlich.

#### Hypothese 9: Einfluss des Ausländeranteils

Der Konsum illegaler Substanzen bei den ausländischen Jugendlichen beschränkt sich allein auf Haschisch und Marihuana. Die Konsumentengruppe dieser Substanz besteht zu einem Drittel aus Schülern mit ausländischer Staatsbürgerschaft, davon 69% Muslime. Die Ergebnisse bei den legalen psychotropen Substanzen, dass ausländische Jugendliche zum Teil später, weniger regelmäßig und geringere Mengen konsumieren, bestätigen sich bei den legalen Substanzen.

Die gewonnenen Daten sprechen somit für die Richtigkeit der Hypothese: Durch ihr eher gemäßigtes Konsumverhalten nehmen die ausländischen Jugendlichen, besonders die Muslime, Einfluss auf die regionale Konsumrate.

### **6.5.2 Mögliche Konsequenzen für die Praxis**

Aus den oben aufgeführten Darstellungen der unterschiedlichen Problemlagen Jugendlicher aus städtischen und ländlichen Gebieten ergibt sich die Notwendigkeit, angemessen präventiv zu intervenieren. Die Ansatzpunkte der Interventionen sind unterschiedlich und hängen von den spezifischen Bedürfnissen der Zielgruppen ab.

Suchtpräventive Maßnahmen sind auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelt, um sinnvolle und gezielte Interventionen zu ermöglichen. Es werden drei Arten unterschieden: Die Primärprävention zielt auf die Verhinderung des Konsums ab. Die Sekundärprävention versucht, eine Abhängigkeitserkrankung zu verhindern. Die Tertiärprävention umschreibt Maßnahmen zur Rehabilitation und Rückfallprophylaxe im Falle einer vorliegenden Abhängigkeitserkrankung.

Bei den meisten Schülern der Befragungsgruppen aus Köln und aus der Eifel hat der Konsum bereits begonnen, doch ist es eher unwahrscheinlich, dass unter den Schülern Abhängigkeitssymptomatiken vorliegen. Vielmehr lassen die Ergebnisse der Erhebung vermuten, dass bei einer Reihe der befragten Jugendlichen ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit besteht.

In sekundärpräventiven Programmen geht es zum einen darum, die Jugendlichen mit problematischen Konsummustern zu identifizieren, und zum anderen, die negativen Konsequenzen des Konsums zu reduzieren. Es handelt sich im Gegensatz zur Primärprävention um konkrete Hilfsangebote an die betroffenen Jugendlichen, die einer professionellen Begleitung bedürfen.

Gezielte Intervention liegt daher bei den Jugendlichen aus den Befragungsgruppen im Bereich der sekundären Suchtprävention. Die Tätigkeit im sekundärpräventiven Bereich basiert auf folgenden Grundsätzen:

- Freiwilligkeit. Der Jugendliche entscheidet, worauf er sich einlässt. Verhaltensänderungen basieren auf der eigenen Überzeugung und können durch Druck und Zwang nicht erreicht werden. Die Akzeptanz

der Verhaltensweisen des Jugendlichen als Teil seiner derzeitigen Lebensrealität sind notwendig für eine Auseinandersetzung.

- Kontinuität bezogen auf Angebot und Personal, damit Alltagsbegleitung und die persönliche Auseinandersetzung („Beziehungsarbeit“) mit den Jugendlichen möglich ist.
- Lebensweltkenntnisse oder auch „sozialräumliche Kompetenzen“. Für die Arbeit mit Jugendlichen ist es wichtig, dass professionelle Kräfte sehr viel über das soziale Umfeld der Jugendlichen, Szenen, jugendkulturelle Entwicklungen, Trends etc. wissen.
- Vertrauensschutz. Seine Garantie ist die Vorraussetzung dafür, dass Jugendliche die Angebote überhaupt annehmen. Zudem ist eine Schweigepflicht in Beratungssituationen gesetzlich vorgeschrieben und geschützt.
- Flexibilität. Um Jugendliche erreichen zu können, müssen Angebotsstrukturen, Angebotszeiten, Methoden und Arbeitsschwerpunkte auf sie ein- und abgestimmt sein (vgl. FARKE, 1999).

In Köln gibt es das „Netzwerk Sekundärprävention“ zur Versorgung drogenkonsumierender Jugendlicher und junger Erwachsener. Für diese Zielgruppe gibt es eine Reihe miteinander vernetzte, niederschwellige Angebote der Krisenintervention und umfangreichen Betreuung. Es bestehen Kontakt- und Beratungsstellen, auch anonyme Angebote im Internet, Angebote der medizinischen Grundversorgung sowie Übernachtungsmöglichkeiten. Der Schwerpunkt des Netzwerkes liegt in Angeboten für Personen mit illegalem Substanzkonsum (BAARS, 2003).

Über Sekundärprävention im Bereich des legalen Substanzmissbrauchs im Raum Köln fand sich keine Literatur. Dies legt die Vermutung nahe, dass es für die Jugendlichen mit dieser Problematik kein derart ausgereiftes Hilfesystem gibt. Hier spiegelt sich wieder, dass vorderrangig der Konsum illegaler Drogen als gefährlich gilt. Alkohol- und Nikotinmissbrauch dagegen wird kaum als Bedrohung einer gesunden Entwicklung bei Jugendlichen wahrgenommen. Raucher fallen erst bei einer ernsthaften Erkrankung, wie Lungenkrebs, im fortgeschrittenen Alter auf und werden mit der Kritik ihres unvernünftigen Verhaltens konfrontiert.

Eine Alkoholproblematik findet dann Beachtung, wenn sie den Menschen in seinem Alltagsgeschäft aus der Bahn wirft, er nicht mehr als gesellschaftsfähig gilt und seine Gesundheit schwerwiegend durch die Folgeschäden des jahrelangen Missbrauchs beeinträchtigt ist.

Eine Chance, missbräuchliches Verhalten früh- und rechtzeitig zu erkennen und damit zu arbeiten, liegt in der Offenen Jugendarbeit. Sie bietet von ihren Strukturen, Bedingungen und Arbeitsprinzipien günstige Voraussetzungen für die sekundärpräventive Arbeit mit drogenkonsumierenden Jugendlichen. Nach Angaben der Stadt Köln existieren in allen Stadtgebieten Offene Jugendeinrichtungen mit professionellen Mitarbeitern. Für diese Einrichtungen ließen sich nach einer Evaluation von Konsumverhalten des Publikums und der Wirksamkeit bestehender Konzepte spezifisch abgestimmte Angebote und neue Konzepte für diese Einrichtungen entwickeln, die sekundärpräventive Aspekte berücksichtigen. Durch eine Abstimmung der Einrichtungen Offener Jugendarbeit untereinander sowie der Vernetzung mit kirchlichen Verbänden, Vereinen, Ärzten, der Polizei und anderen Versorgungsinstitutionen könnten bestehende Kapazitäten (Gelder, Räume etc.) effektiv genutzt werden.

In der Eifel werden für die Zielgruppe der sekundärpräventiven Maßnahmen bisher keine Hilfen initiiert. Eine flächendeckende sekundärpräventive Versorgung suchtgefährdeter Jugendlicher ist auf dem traditionellen Wege und auch durch mobile Angebote für ein großflächiges und dünnbesiedeltes Gebiet wie die Eifel nicht leistbar.

Sekundärpräventive Konzepte können in den meisten Jugendräumen der Region Eifel nicht eingeführt werden. Nur wenige Räume werden professionell betreut und ehrenamtliche Jugendraum-Leiter sind Laien und für die Durchführung sekundärpräventiver Maßnahmen nicht ausgebildet. Doch wäre es ein Gewinn, wenn die Verantwortlichen überzeugt werden könnten, alle Einrichtungen auch für konsumierende Jugendliche zu öffnen. Die Jugendlichen wären von der Straße und könnten die Betroffenen wenigstens in andere Tätigkeiten als „Rumhängen“ und

Konsumieren miteinbezogen werden. Außerdem wäre so die Abwanderung weiterer Jugendlicher zu den Straßen-Treffpunkten und die dadurch bedingte schlechte Nutzung der Jugendräume zu verhindern.

Eine Versorgungsmöglichkeit für diese Region stellt die Einrichtung einer professionell betreute Internetseite dar. Mit Hilfe einer Homepage wäre es Anbietern der Jugend- und Suchthilfe möglich, drogen- und suchtspezifische Informationen ins Netz zu stellen und über Hilfsangebote zu informieren. Denkbar wäre auch durch einen geschützten, thematischen Chat oder E-Mail-Kontakte, die anonym gestellten Fragen von Jugendlichen zu Drogen und Sucht durch geschulte Mitarbeiter beantworten zu lassen.

Die für die Sekundärprävention so wichtige Beziehungsarbeit bleibt bei einem Internet-Angebot jedoch zwangsweise auf der Strecke. Auch kann eine Internetberatung eine direkte Intervention oder therapeutische Maßnahmen nicht ersetzen. Vor allen Dingen werden die Jugendlichen, so lange sie ihren legalen aber auch illegalen Substanzkonsum nicht als problematisch betrachten, ein sekundärpräventives Angebot im Internet nicht nutzen.

Abgesehen von den fehlenden Mitteln für gezielte Maßnahmen fehlt in den ländlichen Gebieten der Blick für die Notwendigkeit der Sekundärprävention. Der überdurchschnittliche Alkoholkonsum unter den Jugendlichen wird nicht als „unnormal“ oder „abweichend“ wahrgenommen. Daher ist es hier nicht nur mit sekundärpräventiven Maßnahmen für Jugendliche getan. Vielmehr muss die ganze Region durch primärpräventive Maßnahmen, eine umfassende Aufklärung über Alkoholkonsum und die Entstehung von Missbrauch, erreicht werden.

Besonders wichtig ist die Sensibilisierung der Eltern, Vereinsvorstände und anderen Erwachsenen für ihre Verantwortung, die sie als Vorbild („Modell“) gegenüber Heranwachsenden haben. Ebenso von Bedeutung ist der Appell an alle Personen, die in irgendeiner Funktion Alkohol an Jugendliche ausgeben. Eine flächendeckende Aufklärung und Information ließe sich über Elternabende in Kindergärten und Schulen organisieren.

Das frühe Erreichen der Eltern ist wichtig, da sich Kinder bereits im Kleinkind- und Vorschulalter den Umgang mit Alkohol in ihrem sozialen Umfeld einprägen. Vereine könnten durch die überregionalen Verbände erreicht werden. Ebenso denkbar sind Kampagnen über die regionalen Medien.

So lange sich die Einstellung und der Umgang mit Alkohol in der Region nicht grundlegend ändern, ist die Wirksamkeit und der Erfolg sekundärpräventiver Maßnahmen zweifelhaft.



## 7 Schlusswort

Die Ergebnisse dieser Erhebung zeigen die Notwendigkeit, die Angemessenheit von Suchtprävention, besonders im sekundären Bereich, nach regionalen Besonderheiten zu überprüfen. Hierfür bedarf es aussagekräftigen Forschungen über das Konsumverhalten Jugendlicher aus den verschiedenen Regionen der BRD. Ebenso ist die Evaluation regionaler sekundärpräventiver Interventionen dringend vonnöten, da nur durch eine Wirksamkeitsprüfung die Effektivität und Effizienz einer Maßnahme für die Region, in der sie durchgeführt wird, festgestellt werden kann.

Besondere Aufmerksamkeit sollte auf eine Kosten-Nutzen-Analyse mit der Berücksichtigung regionale Einflüsse gerichtet sein. Es ist sicher davon auszugehen, dass auf lange Sicht durch spezifische sekundärpräventive Maßnahmen erhebliche Kosten im Gesundheitssystem eingespart werden könnten.

Die Koordination und Kooperation aller an der Prävention beteiligten Personen und Institutionen ist angesichts der angespannten Finanzsituation von Kommunen notwendig und sinnvoll. Mit der Umstrukturierung vorhandener Institutionen und deren Angeboten sowie der Einführung von Vernetzungsmodellen könnten die Effekte und die Effizienz der Prävention gesteigert werden.

Es fällt auf, dass die Sekundär- und auch Tertiärprävention bislang überwiegend auf die Veränderung des Verhaltens von Suchtgefährdeten oder Substanzabhängigen abzielt. Wie soll aber eine solche Verhaltensänderung erreicht und aufrecht erhalten werden, wenn sich an den Verhältnissen im Umfeld nichts verändert? Eine wirkungsvolle Prävention muss daher auch immer die regional spezifischen Rahmenbedingungen, die im Zusammenhang mit Risikofaktoren der Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung stehen, miteinbeziehen.

Konkret im Zusammenhang mit den Ergebnissen dieser Diplomarbeit bedeutet dies, dass sich die Erwachsenen im Umfeld der Jugendlichen mit

sich selbst ehrlich und für die Jugendlichen glaubwürdig mit dem Thema Substanzkonsum auseinandersetzen müssen.

Verhältnisprävention steht ebenso im Zusammenhang mit regionalpolitischen Entscheidungen. Langeweile und Perspektivlosigkeit, aber auch Überforderung führen zu erhöhtem Risikoverhalten bei Jugendlichen. Gegenmaßnahmen wären die Schaffung von attraktiven und sinngiebenden Freizeitangeboten und die Beschränkung und Kontrolle der Zugänglichkeit von legalen Substanzen wie Alkohol und Tabak.

Zu den drogenpolitischen Maßnahmen gehört der Aufbau eines jugendgerechten Beratungs- und Versorgungsdienstes bei Sucht- und Drogenproblemen, um eine adäquate Versorgung dieser vergessenen Zielgruppe zu gewährleisten.

## 8 Kurz-Zusammenfassung (Abstract)

Die Drogenaffinitätsstudie der BZgA liefert im Vierjahres-Rhythmus aktuelle Daten zum jugendlichen Substanzkonsum in der Bundesrepublik Deutschland. In dieser Erhebung werden umweltbedingte Schutz- und Risikofaktoren, die bei der Ätiologie missbräuchlichen Konsums eine wesentliche Rolle spielen, nicht berücksichtigt. Vorliegende internationale Forschungen verweisen auf starke regionale und kulturelle Unterschiede bei jugendlichen Konsummustern bezüglich legaler und illegaler Substanzen. Um gezielte Präventionsmaßnahmen zu entwickeln, werden genaue Daten über die regional differierenden Konsumgewohnheiten Jugendlicher in Deutschland benötigt. Ebenso sind die Evaluation und Vernetzung vorhandener Angebote und Konzepte unabdinglich, wenn ohnehin knappe Ressourcen effizient und effektiv genutzt werden sollen. In der Vorliegenden Untersuchung wurden jeweils vier Jahrgänge einer städtischen und ländlichen Schule zu ihrem eigenen Konsumverhalten legaler und illegaler Substanzen befragt. Darüber hinaus wurden Daten über das Freizeitverhalten der Jugendlichen erhoben. Beim Vergleich der Ergebnisse stellt sich heraus, dass die Jugendlichen aus ländlichen Gebieten auffallend häufiger und regelmäßiger Alkohol konsumieren. Die Toleranz gegenüber diesem Verhalten ist auf dem Land deutlich größer als in der Stadt. Bezüglich Zigaretten und illegalen Drogen liegt der jugendliche Konsum in den städtischen Gebieten höher. Nur die Hälfte der Schüler aus dem ländlichen Gebiet haben Zugangsmöglichkeiten zu einem Jugendraum. Beide Schülergruppen zeigten ein geringes Interesse an vorhandenen Jugendtreffs und deren Angeboten. Diese Ergebnisse bestärken die Forderung nach spezifischen Präventionsmaßnahmen, die das regionale jugendliche Konsumverhalten sowie die regionalen Gegebenheiten und Ressourcen berücksichtigen.

## 9 Abkürzungsverzeichnis

BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BJS	Bremer Jugendstudie
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CASA	The National Center on Addiction and Substance Abuse
DSM-IV	Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, 4. Version
ICD-10	International Classification of Diseases, 10. Auflage
LDS NRW	Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen
RS	Realschule
RSE	Realschule Eifel
RSK	Realschule Köln
SPSS 10.07	Superior Performing Statistical Software, Version: 10.07
WHO	Weltgesundheitsorganisation

## 10 Glossar

Delinquenz <fachspr.> für Sprachfähigkeit (DUDEN, 1996, 205)

---

Irrtumswahrscheinlichkeit → Vertrauensintervall (HÄCKER & STAPF 1998, 417)

Irrtumswahrscheinlichkeit		Bedeutung
p>	0,05	Nicht signifikant
p<=	0,05	Signifikant
p<=	0,01	Sehr signifikant
p<=	0,001	Höchst signifikant

(BÜHL & ZÖFEL, 1994, 90)

---

Item Einzelaufgabe, Element; einzelne Aufgabe innerhalb eines Tests (BROCKHAUS, 2003, 497)

---

Nullhypothese Abk.:  $H_0$ , statistische Hypothese, in der angenommen wird, dass sich aus den Stichproben gewonnene Statistiken voneinander und von entsprechenden Parametern der Population nicht oder nur zufällig unterscheiden. Wird N. auf Grund eines statistischen Tests zurückgewiesen, muss die Alternativhypothese ( $H_1$ ) angenommen werden. Wird N. verworfen, obwohl sie tatsächlich richtig ist, so spricht man von einem Fehler erster Art (Typus I,  $\alpha$ -Fehler). Wird die N. beibehalten, obwohl sie falsch ist, dann spricht man von einem Fehler zweiter Art (Typus II,  $\beta$ -Fehler) (HÄCKER & STAPF, 1998, 585)

---

Prävalenz Häufigkeit des Vorkommens einer best. Erkrankung in einer best. Population zu einer best. Zeit oder einer best. Zeitperiode (HÄCKER & STAPF, 1998, 656)

---

Signifikant ... wichtig, bedeutsam; ... typisch (DROSDOWSKI et al. 1997, 792) → Signifikanztest.

---

Signifikanztest Verfahren zur Ermittlung der statistischen Signifikanz von Stichprobenergebnissen. S. prüfen gewöhnlich die Wahrscheinlichkeit für das in der Stichprobe aufgefundene Ergebnis unter der Annahme der Nullhypothese (HÄCKER & STAPF, 1998, 932).

**Vertrauensintervall**

In der Statistik der Bereich, in dem ein Wert mit einer vorgegebenen Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist und der durch die Vertrauens- oder Sicherheitsgrenzen (Konfidenzgrenzen) abgegrenzt wird. Die Wahrscheinlichkeit, dass der Wert innerhalb des V. liegt, wird statistische Sicherheit oder Signifikanz genannt, während die Gegenwahrscheinlichkeit (d.h. die Wahrscheinlichkeit das V. zu überschreiten) Grenz-, Irrtums-, Überschreitungswahrscheinlichkeiten, Sicherheitsschwelle oder –schranke genannt wird (HÄCKER & STAPF, 932)

## 11 Literaturverzeichnis

- ADLKOFER, F. (2000). Tabakkonsum und seine gesundheitlichen Auswirkungen. In: UCHTENHAGEN, A. & ZIEGLGÄNSBERGER, W.. Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. S.39-63. München, Jena: Urban & Fischer.
- ANDERSON, K. (1997). Jugendliche und Alkohol, Drogen, Tabak. Regionale Veröffentlichungen der WHO. Europäische Schriftenreihe Nr. 66. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro Europa.
- BAARS, M. (2003). Die Versorgung drogenkonsumierender Jugendlicher am Beispiel Köln. In: FARKE, W., GRASS, H. & HURRELMANN, K. (2003). Drogen bei Kindern und Jugendlichen: legale und illegale Substanzen in der ärztlichen Praxis. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- BÖNNER, K.-H. (2000). Sozialpsychologische Aspekte der Suchttheorien. In: Sucht aktuell. Zeitschrift des Fachverbandes Sucht e.V., 7. Jahrgang, Heft 1/ 2000. Bonn: Fachverband Sucht e.V..
- BROCKHAUS, (2003). Der große Brockhaus in einem Band. Leipzig, Mannheim: Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG. (1.Auflage).
- BÜHL, A. & ZÖFEL, P. (1997). SPSS für Windows, Version 6. Praxisorientierte Einführung in die moderne Datenanalyse. Bonn: Addison-Wesley.
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (2001). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Endbericht. Köln: BZgA. [www.bzga.de/studien/daten/stud.htm](http://www.bzga.de/studien/daten/stud.htm)
- DUDEN, (1996). Duden, Rechtschreibung der deutschen Sprache. Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: Dudenverlag. (21., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage)

- DROSDOWSKI, G., SCHOLZE-STUBENRECHT, W. & WERMKE, M. (1997). Bd. 5 Duden Fremdwörterbuch. Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: Dudenverlag. (6. überarbeitete und erweiterte Auflage)
- EICKHOFF, C. & ZINNECKER, J. (2000). Schutz oder Risiko?: Familienumwelten im Spiegel der Kommunikation zwischen Eltern und ihren Kindern; eine Studie im Auftrag der BZgA. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; Band 11. Köln: BZgA.
- ENGEL, U., HURRELMANN, K. (1994). Was Jugendliche wagen: eine Längsschnittstudie über Drogenkonsum, Stressreaktion und Delinquenz im Jugendalter. Weinheim, München: Juventa-Verlag. (2. Auflage, 1994).
- ESSAU, C.A., KARPINSKI, N.A., PETERMANN, F. & CONRADT, J. (1998 a). Störungen durch Substanzkonsum bei Jugendlichen. In: Kindheit und Entwicklung. Heft 4/1998. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag.
- ESSAU, C.A., BASCHTA, M., KOGLIN, U., MEYER, L. & PETERMANN, F. (1998 b). Substanzmissbrauch und -abhängigkeit bei Jugendlichen. In: LEHMKUHL, U. & STREECK-FISCHER, A.. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie- Ergebnisse aus Psychoanalyse, Psychologie und Familientherapie. 47. Jahrgang, Heft 4. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- FARKE, W. (1999). Die vergessene Zielgruppe. Zum aktuellen Stand der Sekundärprävention in der BRD. In: KAMMERER, B. (Hrsg.) (1999). Jugend Sucht Hilfe. Sekundärprävention in der Jugendhilfe. Nürnberg: emwe-Verlag.
- HÄCKER, H. & STAPF, K.H. (1998). Dorsch Psychologisches Wörterbuch. Bern: Hans Huber.
- HAVIGHURST, R.J. (1982). Developmental tasks and education. New York: Longman. (1. Auflage: 1948).
- HURRELMANN, K. (1999). Lebensphase Jugend: Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. Unter Mitarbeit von ROSEWITZ, B. UND WOLF, H. Weinheim, München: Juventa- Verlag. (6. Auflage).



- JAHN, M. (2001). Jugend und Sucht. Aufklären, Verhüten, Erkennen, Helfen. Wien: öbv & htp Verlag.
- KÄHNERT, H. (1999 a). Wie wirken illegale psychoaktive Substanzen? In: FREITAG, M. & HURRELMANN, K.: Illegale Alltagsdrogen: Cannabis, Ecstasy, Speed und LSD im Jugendalter. Weinheim, München: Juventa- Verlag.
- KÄHNERT, H. (1999 b). Biologische Faktoren. In: FREITAG, M. & HURRELMANN, K.: Illegale Alltagsdrogen: Cannabis, Ecstasy, Speed und LSD im Jugendalter. Weinheim, München: Juventa- Verlag.
- KLEIN, M. (2003). Kinder und Jugendliche in suchtblasteten Familien. In: FARKE, W., GRASS, H. & HURRELMANN, K. (2003). Drogen bei Kindern und Jugendlichen: legale und illegale Substanzen in der ärztlichen Praxis. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- KNAPP, R. (1999). Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. In: BADRY, E., BUCHKA, M. & KNAPP R. (Hrsg.). Pädagogik Grundlagen und Arbeitsfelder. Neuwied: Luchterland. (3. überarbeitete Auflage).
- KOHNSTAMM, R. (1999). Praktische Psychologie des Jugendalters. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber. (1. Auflage der deutschen Ausgabe 1999).
- KOLIP, P. (2000). Tabak- und Alkoholkonsum bei Jugendlichen: Entwicklungstrends, Prävalenzen und Konsummuster in den alten Bundesländern. In: LEPPIN, A., HURRELMANN, K. & PETERMANN, H.. Jugendliche und Alltagsdrogen: Konsum und Perspektiven der Prävention. Neuwied, Berlin: Luchterland.
- KÖLNER STADT-ANZEIGER (2002). Kölnische Zeitung. Lokalteil: Eifel. Ausgabe vom 14.02.2002. Köln: DuMont Schauberg.
- KRAMP, R. (2002). Flaschenkind im Karneval. In: Kölner Stadt-Anzeiger. Kölnische Zeitung. Lokalteil: Eifel. Ausgabe vom 12.02.2002. Köln: DuMont Schauberg.
- KRAUSZ, M. & LAMBERT, M. (2000). Cannabis. In: UCHTENHAGEN, A. & ZIEGLGÄNSBERGER, W.. Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. S.77-82. München, Jena: Urban & Fischer.

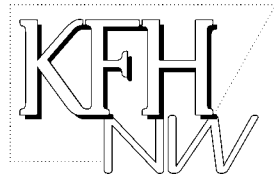
- KRUSE, G., KÖRKEL, J. & SCHMALZ, U. (2000). Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln/ mit literarischen Beispielen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- KÜNZEL-BÖHMER, J., BÜHRINGER, G. & JANIK-KONECNY, TH. (1993). Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs. In: Band 20 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- LAMNEK, S. (1999). Theorien abweichenden Verhaltens. Eine Einführung für Soziologen, Psychologen, Pädagogen, Juristen, Politologen, Kommunikationswissenschaftler und Sozialarbeiter. München: Wilhelm Fink Verlag. (7. Auflage).
- LDS NRW, (2002). Jahresbericht 2001. Düsseldorf: LDS NRW.
- LEPPIN, A. (2000). Alkoholkonsum und Alkoholmissbrauch bei Jugendlichen: Entwicklungsprozesse und Determinanten. In: LEPPIN, A., HURRELMANN, K. & PETERMANN, H.. Jugendliche und Alltagsdrogen: Konsum und Perspektiven der Prävention. Neuwied, Berlin: Luchterland.
- MONTADA, L. (1998). Fragen, Konzepte, Perspektiven. In: OERTER, R. & MONTADA, L. (Hrsg.). Entwicklungspsychologie. S.1-83. Weinheim: Psychologie Verlag Union. (4. Korrigierte Auflage).
- CASA, (2000). No Place to Hide: Substance Abuse in Mid-Size Cities and Rural America. Comissioned by The United States Conference of Mayors. Funded by the Drug Enforcement Administration with support from the National Institute on Drug Abuse. Columbia: The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University.
- OERTER, R., DREHER, E. (1998). Jugendalter. In: OERTER, R. & MONTADA, L. (Hrsg.). Entwicklungspsychologie. S.84-127. Weinheim: Psychologie Verlag Union. (4. Korrigierte Auflage).
- OETTING, E. R., EDWARDS, R. W., KELLY, K. & BEAUVAIS, B. (1997). Risk and Protective Factors for Drug Use Among Rural American Youth. In: ROBERTSON, E. B., SLOBODA, Z., BOYD, G. M., BEATTY, L. & KOZEL, N. J. (1997). Rural Substance Abuse: State of Knowledge and Issues. National Institute on Drug Abuse. Fishers Lane, Rockville.

- PETERMANN, F. (2000). Grundbegriffe und Trends der Klinischen Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie. In: PETERMANN, F. (Hrsg.) Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag. (4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage).
- ROMMELSPACHER, H. (2000). Alkohol. In: UCHTENHAGEN, A. & ZIEGLGÄNSBERGER, W.. Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. S.30-39. München, Jena: Urban & Fischer.
- SASS, H., WITTCHEN, H.-U., ZAUDIG, M. & HOUBEN, I. (1998). Diagnostische Kriterien DSM-IV. Deutsche Bearbeitung. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag.
- SCHEERER, S. (1995). Special: Sucht. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- SCHMIDT, B. (1998). Suchtprävention bei konsumierenden Jugendlichen: sekundärpräventive Ansätze in der geschlechtsbezogenen Drogenarbeit. Weinheim, München: Juventa-Verlag.
- SCHMIDT, B. (1999). Wie kommt es zum Konsum und Missbrauch von illegalen Substanzen? In: FREITAG, M., HURRELMANN, K. (1999). Illegale Alltagsdrogen: Cannabis, Ecstasy, Speed und LSD im Jugendalter. Weinheim, München: Juventa-Verlag.
- SCHMIDT, H. (1997). Sozialpsychologie des Risikoverhaltens. Subjektive und objektive Risikoeinschätzung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen. Schweizerische Fachstelle für Alkohol und andere Drogenprobleme, Forschungsbericht No. 30.
- SCHMIDT, L. G. (1999). Diagnostik der Abhängigkeitserkrankungen. In: GASTPAR, M., MANN, K. & ROMMELSPACHER, H. (Hrsg.) Lehrbuch der Suchterkrankungen. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- SCHULZ, E. & REMSCHMIDT, H. (1999). Substanzmissbrauch und Drogenabhängigkeit im Kindes- und Jugendalter. Neuere Befunde der Forschung. In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 7/ 99. Köln: Deutsches Ärzteblatt.

- SILBEREISEN, R. K. (1998). Entwicklungspsychologische Aspekte von Alkohol und Drogengebrauch. In: OERTER, R. & MONTADA, L. (Hrsg.). Entwicklungspsychologie. S. 1056-1068. Weinheim: Psychologie Verlag Union. (4. korrigierte Auflage).
- SILBEREISEN, R. K. & KASTNER, P. (1984). Entwicklungstheoretische Perspektiven für die Prävention des Drogengebrauchs Jugendlicher. In: BRANDSTÄTTER, J. & GRÄSER. (Hrsg.) Entwicklungsberatung unter dem Aspekt der Lebensspanne. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- STADT KÖLN, (2002). Köln Information. Zahlen-Daten-Fakten für die Kölner Stadtbezirke Innenstadt, Rodenkirchen, Lindenthal, Ehrenfeld, Nippes, Chorweiler, Porz, Kalk & Mülheim. Köln: Der Oberbürgermeister; Bürgerämter der Stadtbezirke, Amt für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit; Amt für die Stadtentwicklung und Statistik.
- TOSSMANN, P., PILGRIM, C. (2001). Drogenkonsum und Risikoeinschätzung in längsschnittlicher Perspektive. In: Suchttherapie. Prävention, Behandlung, wissenschaftliche Grundlagen. Zeitschrift der deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin e.V., Heft 2/ 2001. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- UCHTENHAGEN, A. (2000). Suchtkonzepte: Theoretische Modelle zu Erklärung von Abhängigkeit. In: UCHTENHAGEN, A. & ZIEGLGÄNSBERGER, W.. Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. S.193-205. München, Jena: Urban & Fischer.
- UCHTENHAGEN, A. & ZIEGLGÄNSBERGER, W. (2000). Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München, Jena: Urban & Fischer.
- ZOBEL, M. (2000). Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und –chancen. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag.

## 12 Anhang

### 12.1 Anschreiben



**Katholische  
Fachhochschule** ○ ○ ○ ○  
**Nordrhein-Westfalen**  
*University of Applied Sciences*

**Forschungsschwerpunkt  
Sucht**

Wörthstraße 10 · 50668 Köln

KFH NW · Abteilung Köln ·

Anschrift der Schule

**Leitung:** Prof. Dr. M. Klein  
**Durchwahl:** 0221/7757-156  
**Auskunft erteilen:** Dipl.-Soz.Arb. q. a. a.  
Claudia Metzler  
Dipl.-Psych. Tatjana Ferrari  
Dipl.-Psych. Katrin Kürschner  
**Durchwahl:** 0221/7757-155  
**Telefax:** 0221/7757-180  
**E-Mail:** claudia.metzler@gmx.de  
t.ferrari@kfhnw-koeln.de  
k.kuerschner@kfhnw-koeln.de  
**Datum:** 08.04.2002

**Durchführung einer empirischen Untersuchung an Ihrer Schule  
zum Einstieg in den Konsum psychotroper Substanzen und  
Suchtprävention**

Sehr geehrte(r) ,

wir führen zur Zeit eine empirische Untersuchung in weiterführenden Schulen durch, die sich auf die Problematik des Einstiegs in den Konsum psychotroper Substanzen bei Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 17 Jahren bezieht. Die Studie findet im Rahmen des Forschungsschwerpunktes Sucht an der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen (KFH NW) statt, der sich schwerpunktmäßig mit Problemen der Suchtprävention beschäftigt.

Der Forschungsschwerpunkt Sucht an der KFH NW ist ein vom Land Nordrhein-Westfalen finanziertes Forschungsprojekt, das sich aus einem multidisziplinären Team von Hochschullehren zusammensetzt, die an den Abteilungen Aachen, Köln, Münster sowie Paderborn lehren und forschen. Einen Überblick über die Arbeit und den Inhalt der Forschung gibt Ihnen die in der Anlage befindliche Informationsschrift „Forschungsschwerpunkt Sucht an der KFH NW“.

Ein Teilziel des Forschungsschwerpunktes ist die Erforschung von Früh- und Verlaufsformen von Suchtstörungen. Dazu gehört der Bereich „Kinder - Nikotin, Alkohol und andere Drogen“,

Katholische  
Fachhochschule  
Nordrhein-Westfalen  
www.kfhnw.de

Abteilung Aachen  
Robert-Schuman-Str. 25  
52066 Aachen  
FB Sozialwesen

Abteilung Köln  
Wörthstraße 10  
50668 Köln  
FB Sozialwesen  
FB Gesundheitswesen

Abteilung Münster  
Piusallee 89  
48147 Münster  
FB Sozialwesen

Abteilung Paderborn  
Leostraße 19  
33098 Paderborn  
FB Sozialwesen  
FB Theologie

Hochschulleitung  
Zentralverwaltung  
Wörthstraße 10  
50668 Köln



Katholische  
Fachhochschule ○○○○  
Nordrhein-Westfalen

Seite 2

welcher von Prof. Dr. Michael Klein, Sprecher des Forschungsschwerpunktes und Klinischer Psychologe, betreut wird. Im Gegensatz zu Forschungsdaten aus den Vereinigten Staaten von Amerika liegen in Deutschland kaum Daten vor die im Bezug auf den Missbrauch von Nikotin, Alkohol und anderen Drogen bei Zwölf- bis Siebzehnjährigen nach Stadt- und Landbevölkerung differenziert. Auch sind die Determinanten des Einstiegs in den Konsum dieser Substanzen weitgehend unklar.

Da eine den Lebensumständen angepasste, geeignete Prävention nur auf der Grundlage von validen Basisdaten möglich ist, steht für uns nun also im Vordergrund, die weitergehende Forschung zu etablieren, wie dies auch im Landesprogramm gegen Sucht des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen für die Jahre 2000 bis 2005 gefordert wird.

Ziel unserer Befragung sind aus den genannten Gründen Schüler verschiedener Schulformen der Klassen 7 bis 10. Mittels eines anonymisierten Fragebogens (siehe Anlage) soll ermittelt werden, wie viele Schüler bereits in Kontakt mit den Themen Suchtmittel und Abhängigkeit gekommen sind.

Die Befragung selbst wird von geschulten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Forschungsschwerpunktes Sucht durchgeführt, die an einem zu vereinbarenden Tag in die Schule kämen, dort die Fragebögen an 25-30 Schüler pro Jahrgangsstufe verteilen und deren Bearbeitung beaufsichtigen würden. Der zeitliche Rahmen für diese Befragung beträgt durchschnittlich eine Schulstunde pro Schülergruppe. Die Teilnahme ist freiwillig, anonym und bedarf des Einverständnisses der Eltern.

Wir bitten Sie um eine wohlwollende Prüfung mit der Bitte, die Kurzbefragung auch an Ihrer Schule zu ermöglichen. Unsere Mitarbeiterin Frau Claudia Metzler wird sich in den nächsten Tagen telefonisch bei Ihnen melden, um offene Fragen zu beantworten und gegebenenfalls den weiteren Ablauf zu vereinbaren.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Michael Klein

- Anlage:       - Infofaltblatt zum Forschungsschwerpunkt Sucht
- Fragebogen für Jugendliche

## 12.2 Informationsschrift des Forschungsschwerpunktes



Katholische  
Fachhochschule  
Nordrhein-Westfalen  
University of Applied Sciences

**Forschungsschwerpunkt Sucht**



**Information  
zum  
Forschungsschwerpunkt  
Sucht  
an der KFH NW**

**Forschungsschwerpunkt Sucht an der KFH NW**

*Überblick :*

Der Forschungsschwerpunkt Sucht an der KFH NW geht auf eine Initiative von Professorinnen und Professoren aus dem Jahre 1996 zurück. Seit Januar 1999 wurde er aufgrund eines Senatsbeschlusses als Forschungsschwerpunkt institutionalisiert und wird seit Januar 2000 vom Land NRW finanziell gefördert. Am Forschungsschwerpunkt Sucht an der KFH NW sind sechs wissenschaftlich qualifizierte Kolleginnen und Kollegen beteiligt.

Somit ist nicht nur eine breite Forschungsbasis mit Beteiligung vieler Praxisinstitutionen sichergestellt, sondern auch allen Studierenden der KFH NW, den künftigen Berufspraktikern frühzeitig und umfassend auf wissenschaftlicher Basis für Suchtfragen zu qualifizieren.

Die sechs beteiligten Kolleginnen und Kollegen sind in 10 Projekten, z.T. in Zweierkombinationen und hierbei wiederum auch aus unterschiedlichen Standorten, engagiert.

Das Team des Forschungsschwerpunktes Sucht in Köln:



*Ziele:*

**Oberziel** ist die **Entwicklung und Verbesserung von Hilfen für Kinder, Jugendliche und Jung- erwachsene im Umfeld von Suchtgefahren durch legale und illegale Drogen**. Nach Untersuchungen des Max-Planck-Instituts für Psychologische Forschung ist jede siebte Familie durch Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit wenigstens eines Elternteils betroffen. Die Gesamtsituation bezüglich der Hilfen für diese Klientel ist immer noch sehr unbefriedigend, wobei die notwendigen Chancen für Frühintervention und Prävention bislang kaum genutzt werden, obwohl in NRW schon einige innovative Praxisansätze entwickelt wurden, und das Land im Bereich der Hilfeentwicklung auf Bundesebene führend ist. Durch den Forschungsschwerpunkt an der KFH NW sollen die vorhandenen Ansätze im Land evaluiert und weiter entwickelt werden. Dadurch ergeben sich Chancen des ökonomischen Mittel- und Ressourceneinsatzes und der frühzeitigen Qualifizierung von Sozialarbeitern und Sozialpädagogen (SA/SP) in den verschiedensten Hilfebereichen.

Mit dem ersten Teilziel **„Früh- und Verlaufsförmungen von Suchtstörungen und -erkrankungen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen“** soll durch angewandte psychosoziale Forschungsprojekte, speziell zu defizitären Bereichen, wie z.B. der Bedeutung frühen Nikotinmissbrauchs, der Rolle von Essstörungen bei Mädchen, aktuelles Wissen für innovative Projekte generiert und für Praxisprojekte bereitgestellt werden. Diese Forschungsprojekte fokussieren auf Aspekte der Frühentwicklung von Suchtstörungen, die für konkrete Hilfeansätze (Teilziel II) und Weiterbildung/Training (Teilziel III) von größter Wichtigkeit sind.

Das zweite Teilziel **„Entwicklung und Evaluation von innovativen Maßnahmen zur Sekundärprävention, Behandlung und**

**Rehabilitation von suchtmittelmissbrauchenden und -abhängigen Kindern und Jugendlichen“** stellt zum einen die schon entwickelten Präventions- und Interventionsmodelle (stationär/ ambulant) im Land in den Vordergrund evaluativer Untersuchungen, will zum anderen aber auch - gestützt auf die Forschungsprozesse und -ergebnisse des Teilziels I - neue Konzepte entwickeln, Mehrkosten durch ineffektive Ansätze verhindern und eine gemeinsame Basisdokumentation als Qualitätsstandard entwickeln.

Das dritte Teilziel **„Entwicklung und Evaluation von Trainings- und Kompetenzförderungsmaßnahmen im Bereich Suchtprävention und Suchttherapie im Rahmen beruflicher und postgradualer Fort- und Weiterbildung für SA/SP“** hat -ähnlich wie Teilziel II - die Umsetzung von Basiswissen und -kompetenzen im Umgang mit der Problemklientel zum Ziel, konzentriert sich dabei aber auf die Berufsanfänger (Sozialarbeiter/Sozialpädagogen) im Rahmen postgradualer Ausbildungsgänge. Auch hier sollen die innovativen Forschungsergebnisse aus den anderen Teilzielen (vor allem I und II) in die praktische Arbeit einfließen.

Mit dem vierten und letzten Teilziel **„Förderung und Vernetzung psychosozialer, pädagogischer und medizinischer Hilfsdienste und Verbesserung der öffentlichen Gesundheitsinformation“** wird die Perspektive auf die europäische Behandlungs- und Versorgungssituation gerichtet. Durch die Dokumentation und Erforschung der europäischen Situation sollen die lokalen Ansätze in NRW bereichert und in ihrem Bestreben nach Vernetzung effektiv unterstützt werden. Dass sich dadurch die Innovationsfähigkeit, und Produktivität der Ansätze im Land entscheidend erhöhen kann, ist naheliegend.



### Beteiligte Professorinnen und Professoren:

<b>Prof. Dr. Martin Hörnig</b>	Abtlg. Paderborn, Lehrgebiete: Sozialmedizin, Psychiatrie. Schwerpunkte in der Forschung: Nikotinmissbrauch- und abhängigkeit, betriebliche Suchtprävention.
<b>Prof. Dr. Michael Klein</b>	Abtlg. Köln, Sprecher des Forschungsschwerpunktes Lehrgebiete: Psychologie, insbesondere Klinische Psychologie Sozialpsychologie und Forschungsmethoden. Schwerpunkte in der Forschung: Suchtforschung: Kinder von Suchtkranken, Suchtmittel und Gewaltverhalten, Rückfallprävention, Diagnostik und Katamnese.
<b>Prof. Dr. Rudolf Knapp</b>	Abtlg. Köln, Lehrgebiete: Theorien Der Erziehung sowie Didaktik / Methodik der Sozialpädagogik (Arbeit mit Kindern und Jugendlichen) im Kontext des Studienschwerpunktes Soziale Arbeit. Schwerpunkte bisheriger Entwicklungsarbeiten Thema Suchtprävention: Konzept- und Materialentwicklungen für Lehrkräfte an Schulen sowie Elternarbeit.
<b>Prof. Dr. Lothar Krapohl</b>	Abtlg. Aachen, Lehrgebiete: Grundlagen der Sozialpädagogik, Didaktik / Methodik der Sozialpädagogik, Jugend- und Erwachsenenbildung und Supervision. Schwerpunkte in der Forschung: Soziale Arbeit mit Jugendlichen, Empowerment, lokale Vernetzung und Case-Management.
<b>Dipl. Soz.arb. Ute A. Lammel</b>	Abtlg. Aachen, Lehrgebiete: Konzepte und Methoden Sozialer Arbeit Schwerpunkte in der Forschung: Drogen und Jugendkultur
<b>Prof. Dr. Alexander Trost</b>	Abtlg. Aachen, Lehrgebiete: Kinder- und Jugendpsychiatrie, Heilpädagogik. Schwerpunkte in der Forschung: Babyforschung, Familien(therapie)-forschung.

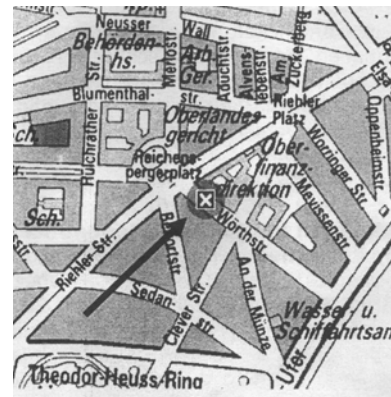
### Beteiligte Professorinnen und Professoren

#### Kontakt:

Forschungsschwerpunkt Sucht  
KFH NW, Abt. Köln  
Wörthstr. 10  
D – 50668 Köln

Tel. : +49 (0)221 7757 157/156  
Fax.: +49 (0)221 7757 180  
eMail: sucht@kfhnw-koeln.de  
URL: www.addiction.de

Und hier finden Sie uns:



Ab Köln Hauptbahnhof U-Bahn Linie 5  
und 16 Richtung Ebertplatz, Haltestelle  
Reichenspergerplatz

### Kontakt

## 12.3 Fragebogen für Jugendliche

### Fragebogen für Jugendliche

Liebe Schülerin, lieber Schüler!

Auf den folgenden Seiten werden Dir einige Fragen über Dich, Deine Gewohnheiten und Erfahrungen gestellt. Dir wird auffallen, dass es sich hauptsächlich um den Konsum von Zigaretten, Alkohol und anderen Drogen dreht.

Du kannst Dir sicher sein, dass alle Deine Antworten anonym bleiben, niemand anders außer Dir wird erfahren, wie Du geantwortet hast.

Das Ausfüllen des Fragebogens ist ganz einfach: Lies Dir die Fragen und Antwortmöglichkeiten in Ruhe durch. Wenn keine Antwort genau für Dich passt, kreuze die an, die am ehesten zutrifft. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig, versuche aber bitte, den Bogen so vollständig wie möglich auszufüllen.

Vielen Dank für Deine Hilfe!

#### I. Zu Deiner Person

- 1) Bist Du... ☐ weiblich ☐ männlich?
- 2) Wann bist Du geboren? Im.....(Monat) .....(Jahr)
- 3) Welche Staatsangehörigkeit besitzt Du? .....
- 4) Welche Staatsangehörigkeit besitzen Deine Eltern?  
Deine Mutter: .....  
Dein Vater: .....
- 5) Notiere bitte die Postleitzahl Deines Wohnortes: .....

#### II. Was machst Du in Deiner Freizeit?

- 1) Was machst Du in Deiner Freizeit besonders gerne? Kreuze bitte die entsprechenden Begriffe an!

Sport	Spazieren gehen	mit Freunden/ Clique treffen, zusammen sein, weggehen			
Disco	Kino	Musik machen	Fitness	Ausgehen	Wandern
Parties	Vereinsaktivitäten	Funsportarten	Mit Partnerin/ Partner zusammen sein		Kneipe
Tanzen	Musik hören	Computer	Fernsehen	Tiere	Konzerte
Internet	Relaxen Ausruhen Schlafen		Auto, Motorrad, Mofa fahren oder reparieren		
Pflanzen	Lesen	Video	sonstige Hobbys ( Basteln, Foto, Malen)		

Sonstiges:.....

- 2) Gibt es in Deinem Wohnort ein Jugendhaus, ein Jugendzentrum oder ein Jugendclub?  
☐ ja ☐ nein

Wenn ja: Wie oft warst Du in den letzten drei Monaten dort?

- ☐ täglich oder fast täglich ☐ einmal oder mehrmals in der Woche  
☐ ein- bis dreimal die Woche ☐ seltener ☐ nie

- 3) Bitte denk noch einmal an die letzten drei Monate. Wie oft warst Du in diesem Zeitraum...

	auf einer privaten Party	in einer Disco	in Technoclubs oder auf Techno-Events	auf einem Rock-, Pop- oder Jazzkonzert	in einer Kneipe, einem Bistro oder Café
Täglich oder fast täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein-/ mehrmals in der Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein- dreimal im Monat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seltener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 4) Bist Du aktives Mitglied, d.h. engagierst Du Dich durch Deinen persönlichen Einsatz in einem Verein?  
☐ ja ☐ nein

Wenn ja, in welchem? (mehrere Nennungen möglich)

- ☐ Sportverein ☐ kirchlicher Verein ☐ Bürgerinitiative  
☐ Gewerkschaft ☐ Partei ☐ Rettungswesen (z.B. Feuerwehr, Malteser, etc.)  
☐ anderer Verein, nämlich:.....

- 5) Gibt es in Deinem Wohnort genug Freizeitangebote für Jugendliche oder gibt es nicht genug?  
☐ genug Freizeitangebote ☐ nicht genug Freizeitangebote

### III. Kontakt zu Nikotin

- 1) Kannst Du Dich noch erinnern, in welchem Alter Du zum ersten Mal geraucht hast?  
☐ mit.....Jahren und .....Monaten ☐ habe nie geraucht
- 2) Wie würdest Du Dich gegenwärtig bezeichnen?  
 Als: ☐ ständiger Raucher ☐ Gelegenheitsraucher ☐ Nichtraucher

- 3) Wie viele Zigaretten rauchst Du zur Zeit, bzw. wie viele Zigaretten hast Du zuletzt, als Du geraucht hast im Durchschnitt geraucht?

Täglich	<input type="checkbox"/> 1-5 Zig.	<input type="checkbox"/> 6-10 Zig.	<input type="checkbox"/> 11-15 Zig.	<input type="checkbox"/> 16-19 Zig.	<input type="checkbox"/> mehr als 19 Zigaretten
Wöchentlich	<input type="checkbox"/> 1-5 Zig.	<input type="checkbox"/> 6-10 Zig.	<input type="checkbox"/> 11-15 Zig.	<input type="checkbox"/> 16-19 Zig.	<input type="checkbox"/> mehr als 19 Zigaretten
Monatlich	<input type="checkbox"/> 1-5 Zig.	<input type="checkbox"/> 6-10 Zig.	<input type="checkbox"/> 11-15 Zig.	<input type="checkbox"/> 16-19 Zig.	<input type="checkbox"/> mehr als 19 Zigaretten
<input type="checkbox"/> sehr unterschiedlich					

- 4) Wie viele Zigaretten hast Du insgesamt in Deinem Leben geraucht?  
☐ weniger als 100 Zigaretten (ca. 5 Päckchen)   ☐ mehr als 100 Zigaretten  
☐ habe nie richtig mit dem Rauchen angefangen

- 5) Wie ist es mit der Aussage:

	stimme sehr stark zu	stimme stark zu	stimme eher zu	lehne eher ab	lehne stark ab	lehne sehr stark ab
a) Rauchen hilft schwierige Situationen zu überstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Rauchen beruhigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Rauchen schmeckt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Rauchen steckt an, wenn man mit anderen zusammen ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Wenn man raucht, kann man sich gut konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Mit einer Zigarettenpause schafft man sich Wohlbefinden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Wer raucht, wirkt sympathisch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 6) Was meinst Du: Wirst Du in ca. fünf Jahren rauchen? Wirst Du dann...  
☐ sicher rauchen   ☐ wahrscheinlich rauchen   ☐ wahrscheinlich nicht rauchen  
☐ sicher nicht rauchen
- 7) Falls Du derzeit rauchst: Würdest Du Dich als ‚abhängig‘ von Zigaretten bezeichnen?  
☐ ja   ☐ nein
- 8) Möchtest Du zur Zeit mit dem Rauchen ganz aufhören oder weniger rauchen als bisher?  
☐ ganz aufhören   ☐ weniger rauchen   ☐ weder noch, weiter rauchen wie bisher
- 9) Hast Du schon einmal versucht mit dem Rauchen ganz aufzuhören?  
☐ ja   ☐ nein

- 10) Für Nie- bzw. Exraucher: Kannst Du Dir vorstellen Mit dem Rauchen (wieder) anzufangen?  
☐ ja ☐ nein

#### IV. Kontakt zu Alkohol

- 1) Hast Du selbst schon einmal Alkohol getrunken?  
 a) Bier (auch gemixt)?  
☐ nie probiert ☐ einmal probiert ☐ ab und zu ☐ oft ☐ ziemlich regelmäßig  
 b) Wein/ Sekt (auch als Schorle)  
☐ nie probiert ☐ einmal probiert ☐ ab und zu ☐ oft ☐ ziemlich regelmäßig  
 c) Schnaps (Wodka, Whiskey, etc. pur)  
☐ nie probiert ☐ einmal probiert ☐ ab und zu ☐ oft ☐ ziemlich regelmäßig  
 d) Mixgetränke (z.B. Wodka mit O-Saft)?  
☐ nie probiert ☐ einmal probiert ☐ ab und zu ☐ oft ☐ ziemlich regelmäßig
- 2) Wann hast Du zum ersten Mal Alkohol getrunken? Mit..... Jahren und ..... Monaten.
- 3) Welches alkoholische Getränk trinkst Du am liebsten?  
☐ Bier (auch gemixt) ☐ Schnaps (Wodka, Whiskey etc. pur)  
☐ Wein/ Sekt (auch als Schorle) ☐ Mixgetränke (z.B. Wodka mit O-Saft)
- 4) Wie oft hast Du in den letzten zwölf Monaten die folgenden alkoholischen Getränke getrunken?

	Bier	Wein/ Sekt	Schnaps	Mixgetränke
Täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mehrmals in der Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
etwa einmal in der Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mehrmals im Monat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einmal im Monat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
seltener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 5) Wie viel hast Du im allgemeinen pro Mal getrunken?

Bier	..... Gläser	bzw. in Litern .....
Wein/ Sekt	..... Gläser	bzw. in Litern .....
Schnaps	..... Gläser	bzw. in Litern .....
Mixgetränke	..... Gläser	bzw. in Litern .....

- 6) Warst Du schon einmal betrunken, so dass Du gelallt hast, getorkelt bist oder erbrechen musstest? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja: Wie alt warst Du, als das zum ersten Mal passiert ist? .....Jahre .....Monate.

Wann ist es Dir zuletzt passiert, dass Du so einen richtigen Alkoholrausch hattest?

Ist das länger als drei Monate her? ☐ ja ☐ nein

Ist das länger als zwölf Monate her? ☐ ja ☐ nein

- 7) Kannst Du „Stop“ sagen, wenn Du dabei bist zu viel zu trinken?

☐ ja ☐ nein ☐ nicht immer

- 8) Wie ist es mit der Aussage: ...

	stimme sehr stark zu	stimme stark zu	stimme eher zu	lehne eher ab	lehne stark ab	lehne sehr stark ab
a) Nach einem anstrengenden Tag schafft Alkohol die richtige Entspannung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Alkohol gehört dazu, wenn man das Leben genießen will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Alkohol sorgt für gute Stimmung, wenn man mit anderen zusammen ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Wenn man allein ist, kann man mit Alkohol gut die Langeweile vertreiben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Alkohol in Maßen fördert die Gesundheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Wenn man deprimiert ist, helfen ein oder zwei Gläser Alkohol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Wenn man mit anderen Menschen zusammen ist und mehr aus sich herausgehen möchte, sollte man etwas Alkohol trinken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 9) Wie kommst Du an alkoholische Getränke? (mehrere Nennungen möglich)

a) Alkohol wird mir von anderen angeboten, ausgegeben, gekauft, nämlich  
☐ von Freunden ☐ von meinen Eltern ☐ von anderen Personen (z.B. im Verein)

b) Ich kaufe mir den Alkohol selber,  
☐ im Supermarkt/ am Kiosk ☐ in der Disko/ Kneipe ☐ im Bistro/ Café  
☐ an der Tankstelle ☐ woanders, nämlich .....

- 10) Wenn jemand unter Freunden eine Runde Alkohol ausgibt und alle nehmen Bier oder Wein, fällt es Dir dann schwer, Mineralwasser oder Limo zu bestellen?

☐ sehr schwer ☐ schwer ☐ weniger schwer ☐ gar nicht schwer

**V. Kontakt zu anderen Drogen**

- 1) Hier sind einige Drogen und Rauschmittel notiert. Kreuze an, ob Dir diese Bezeichnungen bekannt sind!

bekannt	nicht bekannt	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marihuana/ Haschisch
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ecstasy
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amphetamine, Aufputschmittel, auch Speed genannt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LSD
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kokain
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crack
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heroin
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schnüffelfstoffe

- 2) Welche dieser Drogen/ Rauschmittel wurden Dir schon einmal angeboten? (mehrere Nennungen möglich)

☐ Marihuana/ Haschisch    ☐ Ecstasy    ☐ Amphetamine/ Aufputschmittel/ Speed  
☐ LSD    ☐ Kokain    ☐ Schnüffelfstoffe  
☐ Heroin    ☐ Crack    ☐ andere, nämlich: .....

- 3) Hast Du schon einmal selbst eine oder mehrere dieser Drogen probiert, und sei es um nur einmal zu erfahren, wie sie wirkt? (mehrere Nennungen möglich)

☐ Marihuana/ Haschisch    ☐ Ecstasy    ☐ Amphetamine/ Aufputschmittel/ Speed  
☐ LSD    ☐ Kokain    ☐ Schnüffelfstoffe  
☐ Heroin    ☐ Crack    ☐ andere, nämlich: .....  
 .....

- 4) Wie alt warst Du, als Du zum ersten Mal das jeweilige Rauschmittel probiert hast?

☐ bei Haschisch/ Marihuana? ..... Jahre und ..... Monate.  
☐ bei Ecstasy? ..... Jahre und ..... Monate.  
☐ bei Amphetaminen/ Aufputschmittel/ Speed? ..... Jahre und ..... Monate.  
☐ bei LSD? ..... Jahre und ..... Monate.  
☐ bei Kokain? ..... Jahre und ..... Monate.  
☐ bei Heroin? ..... Jahre und ..... Monate.  
☐ bei Crack? ..... Jahre und ..... Monate.  
☐ bei Schnüffelfstoffen? ..... Jahre und ..... Monate.  
  
☐ bei anderen Drogen, nämlich .....  
 ..... Jahre und ..... Monate.  
 ..... Jahre und ..... Monate.

5) Wie oft hast Du in den letzten 12 Monaten die folgende/n Droge/n zu dir genommen?

	gar nicht	einmal	zweimal	3-10 mal	häufiger
Haschisch/ Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine/ Aufputschmittel/ Speed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnüffelfstoffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6) Wie leicht wäre es für Dich, innerhalb von 24 Stunden an folgende Rauschmittel heranzukommen?

	sehr leicht	ziemlich leicht	ziemlich schwierig	sehr schwierig	gar nicht möglich
Haschisch/ Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufputschmittel/ Amphetamine/ Speed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7) Wo kannst Du die Drogen bekommen? (mehrere Nennungen möglich)

- ☐ Auf der Strasse      ☐ In der Schule      ☐ In Jugendzentren  
☐ Am Urlaubsort      ☐ Disco      ☐ Bei Freunden/ Bekannten  
☐ In der Familie oder Verwandtschaft      ☐ Kneipen

8) Falls du die Möglichkeit hättest, eine oder mehrere Drogen kostenlos und geschützt (,ohne dem Risiko entdeckt zu werden,) auszuprobieren, hättest Du Interesse dies zu tun?

- ☐ ja      ☐ nein

Falls ja: welche? (mehrere Nennungen möglich)

- ☐ Haschisch/ Marihuana    ☐ Ecstasy    ☐ Amphetamine/ Aufputschmittel/ Speed  
☐ LSD    ☐ Kokain    ☐ Crack    ☐ Heroin    ☐ Schnüffelfstoffe



- 9) Falls Du noch nie eine illegale Droge probiert hast:  
Bist Du neugierig auf die Wirkung einer bestimmten/ verschiedener Droge/n?  
☐ ja ☐ nein

Falls ja: Auf welche(n) ? (mehrere Nennungen möglich)

- ☐ Haschisch/ Marihuana ☐ Ecstasy ☐ Amphetamine/ Aufputschmittel/ Speed  
☐ LSD ☐ Kokain ☐ Crack ☐ Heroin ☐ Schnüffelfstoffe

- 10) Wie ist es mit der Aussage: ...

	stimme sehr stark zu	stimme stark zu	stimme eher zu	lehne eher ab	lehne stark ab	lehne sehr stark ab
a) Wer Drogen nimmt, lernt sich selbst besser kennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Mit Drogen erreicht man, dass man alles viel stärker erlebt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Drogen helfen, die Probleme des Alltags zu vergessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Drogen verschaffen Glücksgefühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Mit Drogen kann man sich gut entspannen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Mit Drogen kann man Hemmungen überwinden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Es macht Spass mit Freunden Drogen zu nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### VI. Zu Deinen Schulleistungen

- 1) Wie schätzt Du selbst Deine Schulleistungen ein? Als:  
☐ sehr gut ☐ gut ☐ mittelmäßig ☐ mäßig ☐ schlecht
- 2) Wie waren Deine Schulnoten auf dem letzten (Halbjahres-) Zeugnis in den Hauptfächern?  
Deutsch ..... Mathe ..... Englisch ..... Französisch ..... Latein .....
- 3) a) Welches war auf dem letzten Zeugnis Dein bestes Fach? ..... Note: .....  
b) Welches war auf dem letzten Zeugnis Dein schlechtestes Fach? ..... Note: .....
- 4) Wie häufig hast Du in den letzten 12 Monaten den Unterricht geschwänzt?  
☐ täglich ☐ mehrmals in der Woche ☐ etwa einmal die Woche  
☐ mehrmals im Monat ☐ einmal im Monat ☐ seltener ☐ nie

Du hast es geschafft! 😊

Vielen Dank noch einmal für Deine Mitarbeit!

## 12.4 Kodierschema des Fragebogens

Abschn.	Frage	Nr. Va.	Variable	Variablenlabel	Kodierung
	CODE	1.	schultyp	Schultyp	01 = HS Eifel 02 = Gym Eifel 03 = RS Eifel 04 = RS Köln
		2.	klasse	Klassenstufe	07 = 7. Klasse 08 = 8. Klasse 09 = 9. Klasse 10 = 10. Klasse
I	1)	3.	geschlec	Geschlecht	01 = weiblich 02 = männlich
	2)	4.	alter	Alter	12 = 12 Jahre 13 = 13 Jahre 14 = 14 Jahre 15 = 15 Jahre 16 = 16 Jahre 17 = 17 Jahre 18 = 18 Jahre 19 = 19 Jahre
	3)	5.	staatki	Staatsangehörigkeit	01 = deutsch 02 = türkisch 03 = italienisch 04 = griechisch 05 = tunesisch 06 = russisch 07 = kasachisch 08 = kroatisch 09 = bosnisch 10 = albanisch 11 = pakistanisch 12 = iranisch 13 = belgisch 14 = indisch 15 = spanisch 16 = französisch 17 = irisch 18 = deutsch-tunesisch 19 = deutsch-türkisch
	4)	6.	staatmu	Staatsangehörigkeit der Mutter	siehe oben
		7.	staatva	Staatsangehörigkeit des Vaters	siehe oben

Abschn.	Frage	Nr. Va.	Variable	Variablenlabel	Kodierung
I	5)	8.	plz	PLZ des Wohnortes	50672 = K.-Neustadt Nord 50674 = K.-Altstadt Süd 50676 = K.-Altstadt Süd 50677 = K.-Neustadt Süd 50678 = K.-Altstadt Süd 50737 = K.-Longerich 50935 = K.-Lindenthal 50968 = K.-Bayenthal 50969 = K.-Zollstock 50997 = K.-Meschenich 51063 = K.-Mühlheim 51065 = K.-Buchforst 51105 = K.-Poll 51145 = K.-Elsdorf 53520 = Hümmel 53879 = Euskirchen Stadt 53881 = Euskirchen Umland 53894 = Mechernich 53902 = Bad Münstereifel 53909 = Zülpich 53919 = Weilerswist 53925 = Kall 53937 = Schleiden 53940 = Hellenthal 53945 = Blankenheim 53947 = Nettersheim 53949 = Dahlem
II	1)	9.	sport	Sport	01 = ja 02 = nein
		10.	spazier	Spazieren gehen	siehe oben
		11.	clique	mit Freunden/ Clique treffen zusammen sein, weggehen	s.o.
		12.	disco	Disco	s.o.
		13.	kino	Kino	s.o.
		14.	musimach	Musik machen	s.o.
		15.	fitness	Fitness	s.o.
		16.	ausgehen	Ausgehen	s.o.
		17.	wandern	Wandern	s.o.
		18.	parties	Parties	s.o.
		19.	evaktivi	Vereinsaktivitäten	s.o.
		20.	funsport	Funsportarten	s.o.
		21.	partner	mit Partner/in zusammen sein	s.o.
		22.	kneipe	Kneipe	s.o.
		23.	tanzen	Tanzen	s.o.
		24.	musihör	Musik hören	s.o.
		25.	computer	Computer	s.o.
		26.	fernsehn	Fernsehen	s.o.
		27.	tiere	Tiere	s.o.
		28.	konzerte	Konzerte	s.o.
		29.	internet	Internet	s.o.
		30.	relax	Relaxen/ Ausruhen/ Schlafen	s.o.
		31.	automofa	Auto, Motorrad, Mofa fahren oder reparieren	s.o.
		32.	pflanzen	Pflanzen	s.o.
		33.	lesen	Lesen	s.o.
		34.	video	Video	s.o.

Abschn.	Frage	Nr. Va.	Variable	Variablenlabel	Kodierung
II	2)	35.	jgdtreff	Jugendzentrum am/ im Wohnort	01 = ja 02 = nein
		36.	besuchjt	Kontakthäufigkeit Jugendtreff i.d. letzten 3 Monaten	00 = nie 01 = täglich oder fast täglich 02 = ein- bis dreimal die Woche 03 = seltener 04 = nicht zutreffend
	3)	37.	party	Party-Besuche i.d. letzten 3 Monaten	00 = gar nicht 01 = täglich oder fast täglich 02 = ein- bis mehrmals in der Woche 03 = ein- bis dreimal im Monat 04 = seltener
		38.	discobes	Disco-Besuche i.d. letzten 3 Monaten	siehe oben
		39.	techno	Technoclub/-event-Besuche i.d. letzten 3 Monaten	s.o.
		40.	konzert	Konzertbesuche i.d. letzten 3 Monaten	s.o.
		41.	kneipbes	Kneipen-, Bistro-, Café-Besuche in den letzten 3 Monaten	s.o.
	4)	42.	mitglev	Mitgliedschaft in einem Verein	01 = ja 02 = nein
		43.	verein	Art des Vereins	00 = nicht zutreffend 01 = Sportverein 02 = kirchlicher Verein 03 = Bürgerinitiative 04 = Gewerkschaft 05 = Partei 06 = Rettungswesen ( z.B. Feuerwehr, Malteser etc.) 07 = Musikverein 08 = Karnevalsverein 09 = Spielvereinigung 10 = JGV/ Maigesellschaft 11 = Theaterverein 12 = türkischer Kulturverein 13 = türkischer Kulturverein
	5)	44.	fangebot	Freizeitangebot am/ im Wohnort	01 = ausreichend 02 = nicht ausreichend

Abschn.	Frage	Nr. Va.	Variable	Variablenlabel	Kodierung
III	1)	45.	nikalter	Alter beim Nikotin-Erstkonsum	00 = nie probiert 03 = 3 Jahre 04 = 4 Jahre 05 = 5 Jahre 06 = 6 Jahre 07 = 7 Jahre 08 = 8 Jahre 09 = 9 Jahre 10 = 10 Jahre 11 = 11 Jahre 12 = 12 Jahre 13 = 13 Jahre 14 = 14 Jahre 15 = 15 Jahre 16 = 16 Jahre 17 = 17 Jahre 18 = 18 Jahre 19 = 19 Jahre
	2)	46.	rauchtyp	derzeitiges Konsumverhalten (Selbsteinschätzung)	01 = ständiger Raucher 02 = Gelegenheitsraucher 03 = Nichtraucher
	3)	47.	zigtä	tägliche Konsummenge Zigaretten	00 = Nichtraucher 01 = 1- 5 Zigaretten 02 = 6-10 Zigaretten 03 = 11-15 Zigaretten 04 = 16-19 Zigaretten 05 = mehr als 19 Zigaretten 06 = sehr unterschiedlich 07 = kein täglicher Konsum
		48.	zigwö	wöchentliche Konsummenge Zigaretten	siehe oben 07 = kein wöchentlicher Konsum
		49.	zigmo	monatliche Konsummenge Zigaretten	siehe oben 07 = kein monatlicher Konsum
		50.	zgtäwömo	Konsummenge Zigaretten	00 = Nichtraucher 01 = 1- 5 Zigaretten 02 = 6-10 Zigaretten 03 = 11-15 Zigaretten 04 = 16-19 Zigaretten 05 = mehr als 19 Zigaretten 06 = 1-5 Zigaretten wöchentlich 07 = 6-10 Zigaretten wöchentlich 08 = 11-15 Zigaretten wöchentlich 09 = 16-19 Zigaretten wöchentlich 10 = mehr als 19 Zigaretten wöchentlich 11 = 1-5 Zigaretten monatlich 12 = 6-10 Zigaretten monatlich 13 = 11-15 Zigaretten monatlich 14 = 16-19 Zigaretten monatlich 15 = mehr als 19 Zigaretten monatlich 16 = sehr unterschiedlich

Abschn.	Frage	Nr. Va.	Variable	Variablenlabel	Kodierung
III	4)	51.	zicleben	Konsummenge Zigaretten insgesamt	00 = nie probiert 01 = weniger als 100 Zigaretten 02 = mehr als 100 Zigaretten 03 = nie richtig mit dem Rauchen angefangen
	5)	52.	übersteh	Aussage: "Rauchen hilft schwierige Situationen zu überstehen."	01 = stimme sehr stark zu 02 = stimme stark zu 03 = stimme eher zu 04 = lehne eher ab 05 = lehne stark ab 06 = lehne sehr stark ab
		53.	beruhigt	Aussage: "Rauchen beruhigt."	siehe oben
		54.	schmeckt	Aussage: "Rauchen schmeckt."	s.o.
		55.	stecktan	Aussage: "Rauchen steckt an, wenn man mit anderen zusammen ist."	s.o.
		56.	konzentr	Aussage: "Wenn man raucht, kann man sich gut konzentrieren."	s.o.
		57.	wohlfühl	Aussage: "Mit einer Zigarettenpause schafft man sich wohlzufinden."	s.o.
		58.	sympath	Aussage: "Wer raucht, wirkt sympathisch."	s.o.
	6)	59.	nikzukun	Selbsteinschätzung zukünftiger Konsum	01 = sicher rauchen 02 = wahrscheinlich rauchen 03 = wahrscheinlich nicht rauchen 04 = sicher nicht rauchen
	7)	60.	abhängig	Selbsteinschätzung Abhängigkeit	00 = Nichtraucher 01 = ja 02 = nein
	8)	61.	nikaufhö	derzeitige Konsumabsicht	00 = Nichtraucher 01 = ganz aufhören 02 = weniger rauchen 03 = weder noch, weiter rauchen wie bisher
	9)	62.	versaufh	Aufhörversuche	00 = Nichtraucher 01 = ja 02 = nein
	10)	63.	anfangen	Einstellung zum Konsum bei Nichtraucher	00 = Raucher 01 = ja 02 = nein

Abschn.	Frage	Nr. Va.	Variable	Variablenlabel	Kodierung
IV	1)	64.	bier	Bierkonsum	00 = nie probiert 01 = einmal probiert 02 = ab und zu 03 = oft 04 = ziemlich regelmäßig
		65.	weinsekt	Wein-/ Sektkonsum	00 = nie probiert 01 = einmal probiert 02 = ab und zu 03 = oft 04 = ziemlich regelmäßig
		66.	schnaps	Schnapskonsum	00 = nie probiert 01 = einmal probiert 02 = ab und zu 03 = oft 04 = ziemlich regelmäßig
		67.	mixgeträ	Mixgetränke-Konsum	00 = nie probiert 01 = einmal probiert 02 = ab und zu 03 = oft 04 = ziemlich regelmäßig
	2)	68.	alkalter	Alter Erstkonsum Alkohol	00 = nie probiert 03 = 3 Jahre 04 = 4 Jahre 05 = 5 Jahre 06 = 6 Jahre 07 = 7 Jahre 08 = 8 Jahre 09 = 9 Jahre 10 = 10 Jahre 11 = 11 Jahre 12 = 12 Jahre 13 = 13 Jahre 14 = 14 Jahre 15 = 15 Jahre 16 = 16 Jahre 17 = 17 Jahre 18 = 18 Jahre 19 = 19 Jahre
	3)	69.	liebgetr	alkoholhaltiges Lieblingsgetränk	00 = nie probiert 01 = Bier 02 = Wein/ Sekt 03 = Schnaps 04 = Mixgetränke
	4)	70.	bier12m	Konsumhäufigkeit Bier i.d. letzten 12 Monaten	00 = nie 01 = täglich 02 = mehrmals in der Woche 03 = etwa einmal in der Woche 04 = mehrmals im Monat 05 = einmal im Monat 06 = seltener 07 = nicht zutreffend
		71.	bierneu	Bierkonsum in den letzten 12 Monaten	01 = mindestens einmal pro Woche 02 = mindestens einmal im Monat 03 = selten oder nie

Abschn.	Frage	Nr. Va.	Variable	Variablenlabel	Kodierung
IV	4)	72.	wese12m	Konsumhäufigkeit Wein/ Sekt i.d. letzten 12 Monaten	00 = nie 01 = täglich 02 = mehrmals in der Woche 03 = etwa einmal in der Woche 04 = mehrmals im Monat 05 = einmal im Monat 06 = seltener 07 = nicht zutreffend
		73.	weseneu	Wein-/Sektkonsum in den letzten 12 Monaten	01 = mindestens einmal pro Woche 02 = mindestens einmal im Monat 03 = selten oder nie
		74.	schna12m	Konsumhäufigkeit Schnaps i.d. letzten 12 Monaten	00 = nie 01 = täglich 02 = mehrmals in der Woche 03 = etwa einmal in der Woche 04 = mehrmals im Monat 05 = einmal im Monat 06 = seltener 07 = nicht zutreffend
		75.	schnaneu	Schnapskonsum in den letzten 12 Monaten	01 = mindestens einmal pro Woche 02 = mindestens einmal im Monat 03 = selten oder nie
		76.	mix12m	Konsumhäufigkeit Mixgetränke i.d. letzten 12 Monaten	00 = nie 01 = täglich 02 = mehrmals in der Woche 03 = etwa einmal in der Woche 04 = mehrmals im Monat 05 = einmal im Monat 06 = seltener 07 = nicht zutreffend
		77.	mixneu	Mixgetränkekonsum in den letzten 12 Monaten	01 = mindestens einmal pro Woche 02 = mindestens einmal im Monat 03 = selten oder nie
		78.	alk12m	Konsumhäufigkeit Alkohol i.d. letzten 12 Monaten	00 = nie 01 = täglich 02 = mehrmals in der Woche 03 = etwa einmal in der Woche 04 = mehrmals im Monat 05 = einmal im Monat 06 = seltener 07 = nicht zutreffend
		79.	alkneu	Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten	01 = mindestens einmal pro Woche 02 = mindestens einmal im Monat 03 = selten oder nie



Abschn.	Frage	Nr. Va.	Variable	Variablenlabel	Kodierung
IV	5)	80.	bierglas	Konsummenge Bier	00 = nicht zutreffend 01 = 1 Glas 02 = 2 Gläser 03 = 3 Gläser 04 = 4 Gläser 05 = 5 Gläser 06 = 6 Gläser 07 = 7 Gläser 08 = 8 Gläser 09 = 9 Gläser 10 = 10 Gläser 11 = 11 Gläser 12 = 12 Gläser 13 = 13 Gläser 14 = 14 Gläser 15 = 15 Gläser 16 = 16 Gläser 17 = 17 Gläser 18 = 18 Gläser 19 = 19 Gläser 20 = 20 Gläser 21 = 21 Gläser 22 = 22 Gläser 23 = 23 Gläser 24 = 24 Gläser 25 = 25 Gläser
		81.	weseglas	Konsummenge Wein/ Sekt	siehe oben
		82.	schnagla	Konsummenge Schnaps	s.o.
		83.	mixglas	Konsummenge Mixgetränke	s.o.
	6)	84.	rausch	Rauscherlebnis	00 = nie getrunken 01 = ja 02 = nein
		85.	raualter	Alter beim ersten Rauscherlebnis	00 = nie probiert 03 = 3 Jahre 04 = 4 Jahre 05 = 5 Jahre 06 = 6 Jahre 07 = 7 Jahre 08 = 8 Jahre 09 = 9 Jahre 10 = 10 Jahre 11 = 11 Jahre 12 = 12 Jahre 13 = 13 Jahre 14 = 14 Jahre 15 = 15 Jahre 16 = 16 Jahre 17 = 17 Jahre 18 = 18 Jahre 19 = 19 Jahre 20 = nicht zutreffend
	7)	86.	stopsage	Konsumkontrolle (Selbsteinschätzung)	00 = trinke nie 01 = ja 02 = nein 03 = nicht immer

Abschn.	Frage	Nr. Va.	Variable	Variablenlabel	Kodierung
IV	8)	87.	entspann	Aussage: "Nach einem anstrengenden Tag verschafft Alkohol die richtige Entspannung"	01 = stimme sehr stark zu 02 = stimme stark zu 03 = stimme eher zu 04 = lehne eher ab 05 = lehne stark ab 06 = lehne sehr stark ab
		88.	legenieß	Aussage: "Alkohol gehört dazu, wenn man das Leben genießen will"	siehe oben
		89.	posstimm	Aussage: "Alkohol sorgt für gute Stimmung, wenn man mit anderen zusammen ist"	s.o.
		90.	gglangew	Aussage: "Wenn man alleine ist, kann man mit Alkohol gut die Langeweile vertreiben"	s.o.
		91.	progesun	Aussage: "Alkohol in Maßen fördert die Gesundheit"	s.o.
		92.	ggdepres	Aussage: "Wenn man deprimiert ist, helfen ein oder zwei Gläser Alkohol"	s.o.
		93.	ggschüch	Aussage: "Wenn man mit anderen Menschen zusammen ist und mehr aus sich herausgehen möchte, sollte man etwas Alkohol trinken"	s.o.
	9)	94.	vonfreun	Alkoholbezug von Freunden	00 = trinke nie 01 = ja 02 = nein
		95.	vonelter	Alkoholbezug von Eltern	siehe oben
		96.	vonander	Alkoholbezug von anderen Personen	s.o.
		97.	selbsmki	Alkoholbeschaffung im Supermarkt/ am Kiosk	s.o.
		98.	selbdikn	Alkoholbeschaffung i.d. Disco/ Kneipe	s.o.
		99.	selbbica	Alkoholbeschaffung im Bistro/ Café	s.o.
		100.	selbtank	Alkoholbeschaffung a.d. Tankstelle	s.o.
	10)	101.	grzwang	Gruppenzwang und Alkoholkonsum	00 = trinke nie 01 = sehr schwer 02 = schwer 03 = weniger schwer 04 = gar nicht schwer

Abschn.	Frage	Nr. Va.	Variable	Variablenlabel	Kodierung
V	1)	102.	haschmar	Haschisch/ Marihuana	01 = bekannt 02 = nicht bekannt
		103.	xtc	Ecstasy	siehe oben
		104.	speed	Amphetamine/ Aufputschmittel/ Speed	s.o.
		105.	lsd	LSD	s.o.
		106.	kokain	Kokain	s.o.
		107.	crack	Crack	s.o.
		108.	heroin	Heroin	s.o.
		109.	sneef	Schnüffelfstoffe	s.o.
	2)	110.	angebhm	Angebot Haschisch/ Marihuana	01 = ja 02 = nein
		111.	angebxtc	Angebot Ecstasy	siehe oben
		112.	angebspe	Angebot Amphetamine/ Aufputschmittel/ Speed	s.o.
		113.	angeblsd	Angebot LSD	s.o.
		114.	angebkok	Angebot Kokain	s.o.
		115.	angebcrac	Angebot Crack	s.o.
		116.	angebher	Angebot Heroin	s.o.
		117.	angebsne	Angebot Schnüffelfstoffe	s.o.
	3)	118.	probbhm	Haschisch/ Marihuana probiert	01 = ja 02 = nein
		119.	probxtc	Ecstasy probiert	siehe oben
		120.	probspee	Amphetamine/ Aufputsch- mittel/ Speed probiert	s.o.
		121.	problsd	LSD probiert	s.o.
		122.	probkoka	Kokain probiert	s.o.
		123.	probcrac	Crack probiert	s.o.
		124.	probhero	Heroin probiert	s.o.
		125.	probsnee	Schnüffelfstoffe probiert	s.o.
	4)	126.	hamaalt	Alter beim Erstkonsum Haschisch/ Marihuana	00 = nicht zutreffend 03 = 3 Jahre 04 = 4 Jahre 05 = 5 Jahre 06 = 6 Jahre 07 = 7 Jahre 08 = 8 Jahre 09 = 9 Jahre 10 = 10 Jahre 11 = 11 Jahre 12 = 12 Jahre 13 = 13 Jahre 14 = 14 Jahre 15 = 15 Jahre 16 = 16 Jahre 17 = 17 Jahre 18 = 18 Jahre 19 = 19 Jahre
		127.	xtcalt	Alter beim Erstkonsum Ecstasy	siehe oben
		128.	speedalt	Alter beim Erstkonsum Amphetamine/ Aufputschmittel/ Speed	s.o.
		129.	lsdalt	Alter beim Erstkonsum LSD	s.o.
		130.	kokaalt	Alter beim Erstkonsum Kokain	s.o.
		131.	heroalt	Alter beim Erstkonsum Heroin	s.o.
		132.	crackalt	Alter beim Erstkonsum Crack	s.o.
		133.	sneefalt	Alter beim Erstkonsum Schnüffelfstoffe	s.o.

Abschn.	Frage	Nr. Va.	Variable	Variablenlabel	Kodierung
<b>V</b>	<b>5)</b>	134.	hama12m	Haschisch-/ Marihuana-Konsum i.d. letzten 12 Monaten	00 = nicht zutreffend 01 = gar nicht 02 = einmal 03 = zweimal 04 = drei- zehnmal 05 = häufiger
		135.	xtc12m	Ecstasy-Konsum i.d. letzten 12 Monaten	siehe oben
		136.	speed12m	Amphetamin-/ Aufputschmittel-/ Speed-Konsum i.d. letzten 12 Monaten	s.o.
		137.	lsd12m	LSD-Konsum i.d. letzten 12 Monaten	s.o.
		138.	koka12m	Kokain-Konsum i.d. letzten 12 Monaten	s.o.
		139.	crack12m	Crack-Konsum i.d. letzten 12 Monaten	s.o.
		140.	hero12m	Heroin-Konsum i.d. letzten 12 Monaten	s.o.
		141.	sneef12m	Schnüffelfestoff-Konsum i.d. letzten 12 Monaten	s.o.
	<b>6)</b>	142.	hama24h	Möglichkeit Haschisch/ Marihuana zu besorgen	00 = gar nicht möglich 01 = sehr leicht 02 = ziemlich leicht 03 = ziemlich schwierig 04 = sehr schwierig
		143.	xtc24h	Möglichkeit Ecstasy zu besorgen	siehe oben
		144.	speed24h	Möglichkeit Amphetamine/ Aufputschmittel/ Speed zu besorgen	s.o.
		145.	koka24h	Möglichkeit Kokain zu besorgen	s.o.
	<b>7)</b>	146.	besostr	Umschlagsort Strasse	00 = nicht zutreffend 01 = ja 02 = nein
		147.	besoschu	Umschlagsort Schule	siehe oben
		148.	besojgdt	Umschlagsort Jugendzentrum	s.o.
		149.	besourla	Umschlagsort Urlaubsort	s.o.
		150.	besodisc	Umschlagsort Disco	s.o.
		151.	besofreu	Dealer Freunde/ Bekannte	s.o.
		152.	besofam	Dealer Familienmitglied	s.o.
		153.	besoknei	Umschlagsort Kneipe	s.o.

Abschn.	Frage	Nr. Va.	Variable	Variablenlabel	Kodierung
V	8)	154.	ausprobi	Drogen geschützt ausprobieren	01 = ja 02 = nein
		155.	hmauspr	Haschisch/ Marihuana geschützt ausprobieren	00 = nicht zutreffend 01 = ja 02 = nein 03 = schon ausprobiert
		156.	xtcauspr	Ecstasy geschützt ausprobieren	siehe oben
		157.	speauspr	Amphetamine/ Aufputschmittel/ Speed geschützt ausprobieren	s.o.
		158.	lsdauspr	LSD geschützt ausprobieren	s.o.
		159.	kokausr	Kokain geschützt ausprobieren	s.o.
		160.	craauspr	Crack geschützt ausprobieren	s.o.
		161.	herauspr	Heroin geschützt ausprobieren	s.o.
		162.	sneauspr	Schnüffelfstoffe geschützt ausprobieren	s.o.
	9)	163.	neugier	Neugierde auf Wirkung von Drogen	01 = ja 02 = nein 03 = schon ausprobiert
		164.	neughm	Neugierde auf Haschisch/ Marihuana	00 = nicht zutreffend 01 = ja 02 = nein 03 = schon ausprobiert
		165.	neugxtc	Neugierde auf Ecstasy	siehe oben
		166.	neugspee	Neugierde auf Amphetamine/ Aufputschmittel/ Speed	s.o.
		167.	neuglsd	Neugierde auf LSD	s.o.
		168.	neugkoka	Neugierde auf Kokain	s.o.
		169.	neugcrac	Neugierde auf Crack	s.o.
		170.	neughero	Neugierde auf Heroin	s.o.
		171.	neugsnee	Neugierde auf Schnüffelfstoffe	s.o.
	10)	172.	selberfa	Aussage: "Wer Drogen nimmt, lernt sich selbst besser kennen"	01 = stimme sehr stark zu 02 = stimme stark zu 03 = stimme eher zu 04 = lehne eher ab 05 = lehne stark ab 06 = lehne sehr stark ab
		173.	intenerl	Aussage: "Mit Drogen erreicht man, dass man alles viel stärker erlebt"	siehe oben
		174.	ggprobl	Aussage: "Drogen helfen, die Probleme des Alltags zu vergessen"	s.o.
		175.	glückerl	Aussage: "Drogen verschaffen Glücksgefühle"	s.o.
		176.	proentsp	Aussage: "Mit Drogen kann man sich gut entspannen"	s.o.
		177.	gghemmun	Aussage: "Mit Drogen kann man Hemmungen überwinden"	s.o.
		178.	späßmifr	Aussage: "Es macht Spaß mit Freunden Drogen zu nehmen"	s.o.

Abschn.	Frage	Nr. Va.	Variable	Variablenlabel	Kodierung
<b>VI</b>	<b>1)</b>	179.	schleist	Schulleistung insgesamt (Selbsteinschätzung)	01 = sehr gut 02 = gut 03 = mittelmäßig 04 = mäßig 05 = schlecht
	<b>2)</b>	180.	deutsch	letzte Zeugnisnote Deutsch	01 = 1 02 = 2 03 = 3 04 = 4 05 = 5 06 = 6
		181.	mathe	letzte Zeugnisnote Mathe	siehe oben
		182.	englisch	letzte Zeugnisnote Englisch	siehe oben
	<b>3)</b>	183.	bestfach	bestes Schulfach	01 = Deutsch 02 = Mathe 03 = Englisch 04 = Französisch 05 = Sport 06 = Musik 07 = Kunst 08 = Chemie 09 = Biologie 10 = Physik 11 = Geschichte 12 = Politik 13 = Erdkunde 14 = Informatik 15 = Streit schlichten 16 = Latein 17 = Religion 18 = Ernährungslehre 19 = Technik 20 = Sozialwissenschaften 21 = Türkisch
		184.	bestnot	Note bestes Schulfach	01 = 1 02 = 2 03 = 3 04 = 4 05 = 5 06 = 6

Abschn.	Frage	Nr. Va.	Variable	Variablenlabel	Kodierung
VI	3)	185.	schlfach	schlechtestes Schulfach	01 = Deutsch 02 = Mathe 03 = Englisch 04 = Französisch 05 = Sport 06 = Musik 07 = Kunst 08 = Chemie 09 = Biologie 10 = Physik 11 = Geschichte 12 = Politik 13 = Erdkunde 14 = Informatik 15 = Streit schlichten 16 = Latein 17 = Religion 18 = Ernährungslehre 19 = Technik 20 = Sozialwissenschaften 21 = Türkisch
		186.	schlnot	Note schlechtestes Schulfach	01 = 1 02 = 2 03 = 3 04 = 4 05 = 5 06 = 6
	4)	187.	gschwänz	Häufigkeit Schulschwänzen	00 = nie 01 = täglich 02 = mehrmals in der Woche 03 = etwa einmal in der Woche 04 = mehrmals im Monat 05 = einmal im Monat 06 = seltener