



# Neue Drogenkonsummuster im Jugendalter?



Niedersächsisches Ministerium  
für Soziales, Frauen, Familie und  
Gesundheit

# Neue Drogenkonsummuster im Jugendalter?



**VORWORT**

SABINE BRÄGELMANN-TAN

**Neue Drogenkonsummuster im Jugendalter?**

04

Herausforderungen für zielgruppengenaue Prävention  
und effektive Kooperation unterschiedlicher Hilfesysteme**VORTRÄGE**

PROF. DR. MANFRED LAUCHT

Suchtprobleme im Jugendalter – Ergebnisse der Mannheimer  
Risikokinderstudie

6

PROF. DR. DIETER HENKEL

Sucht und soziale Lage – Welche Risiken bestehen für welche  
Gruppen von Kindern und Jugendlichen in Bezug auf Tabak,  
Alkohol und Cannabis?

20

DR. BJÖRN HAGEN

Drogen in den Erziehungshilfen – Kinder und Jugendliche  
erreichen

30

DORIS FREUDENSTEIN,  
RAINER SCHUBERT

Alkoholkonsum in 10. Klassen in Braunschweig

38

**VERZEICHNIS DER REFERENTEN**

50

## Neue Drogenkonsummuster im Jugendalter?

### Herausforderungen für zielgruppengenaue Prävention und effektive Kooperation unterschiedlicher Hilfesysteme

Seit Inkrafttreten des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (SGB VIII) wurde zwar die rechtliche Situation von Kindern verbessert, aber die Schnittstellenprobleme zwischen den unterschiedlichen Sektoren der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe, Suchthilfe und Schule nicht grundlegend behoben. Kommunikationsstörungen und nicht ausreichende Kooperation zwischen Institutionen und Handelnden sowie auch konkurrierende Einrichtungs- bzw. Trägerinteressen erschweren noch immer den Zugang der Betroffenen zu adäquaten Hilfeangeboten.

Damit ist eine adäquate Versorgung von Kindern mit Suchtproblemen und anderen psychischen Auffälligkeiten häufig nicht gegeben, insbesondere auch weil unterschiedliche Kostenträger für die Finanzierung der Behandlung zuständig sind. Viele Kinder und Jugendliche werden deshalb noch zu häufig zwischen den beteiligten Institutionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe hin- und hergereicht, mit der Folge, dass sie oftmals keine kontinuierliche Betreuung erleben oder phasenweise sogar gänzlich ohne sozialpädagogische oder therapeutische Anbindung bleiben.

Die XVII. Niedersächsische Suchtkonferenz zeigte anhand der in der Öffentlichkeit verstärkt diskutierten Alkoholproblematik bei Kindern und Jugendlichen (u.a. das so genannte „Flatrate“-Trinken) auf, welche Vernetzungsaufgaben zwischen den unterschiedlichen Fachdisziplinen in den Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Jugendhilfe, der Suchthilfe und dem Schulbereich bestehen und welche erfolgreichen Beispiele Anregungscharakter für eine verbesserte Versorgungspraxis haben könnten. Dabei geht es nicht nur um effektive Behandlung suchterkrankter Kinder und Jugendlicher, sondern auch um die Prävention von Suchtverhalten und die Möglichkeiten, die Konsumkompetenz von Kindern und Jugendlichen positiv zu beeinflussen.

Wenn man sich die Entwicklungen im Konsum psychoaktiver Substanzen insgesamt in Deutschland anschaut, so zeigen sich zwei interessante und scheinbar widersprüchliche Muster:

- auf der einen Seite sehen wir über die Jahre eher einen langsamen, aber doch sichtbaren Rückgang des Konsums, sowohl von Tabak und Alkohol, als auch von illegalen Drogen in der Bevölkerung

- auf der anderen Seite werden uns zunehmende Trends von riskanter werdenden Konsummustern bei Jugendlichen berichtet.

Die Drogenaffinitätsstudien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zeigen, dass es eine Vielzahl von Ursachen und Umständen gibt, die den Substanzgebrauch bei Jugendlichen initiieren, motivieren und aufrecht erhalten. Gleichzeitig existieren aber auch Schutzmechanismen, die verhindern, dass aus Probieren oder Experimentieren regelmäßiger Konsum wird oder die dazu führen, dass kaum oder überhaupt nicht konsumiert wird.

Die Zahlen und Daten verkünden somit einerseits Erfolge; Erfolge – die nicht zuletzt auch die Erfolge präventiver Arbeit vieler Beratungsstellen, Schulen, Kliniken und Jugendhilfeeinrichtungen sind. Diese präventive Arbeit, aber auch der gelebte Alltag als Bürgerin und Bürger dieser Gesellschaft berichten Dinge, die die erhobenen Zahlen nicht bzw. schwer zum Ausdruck bringen können. Ich will ihnen einige Beispiele dafür nennen:

- der Pro-Kopf-Alkoholkonsum in der Bundesrepublik ging über die Jahre leicht zurück;  
**aber: die Krankenhäuser berichten von einer deutlichen Zunahme der stationären Aufnahme von schwer – insbesondere mit Alkohol – intoxikierten Jugendlichen und im laufenden Jahr verging kaum ein Monat, in dem nicht auch in unserer hiesigen Presse auf das so genannte „Flatrate-Trinken“ oder „Binge-Drinking“ bei Jugendlichen hingewiesen wurde;**
- der Tabakkonsum geht insgesamt zurück und die Zahl der Nichtrauchenden steigt;  
**aber: das Einstiegsalter ist nach wie vor sehr niedrig und insbesondere bei jungen Mädchen gehört das Rauchen zum positiven Image;**
- der überwiegende Teil der Cannabis-konsumierenden bleibt beim Probieren und wächst mit Verantwortungsübernahmen aus diesem Verhalten heraus;  
**aber: die Zahl der Cannabiskonsu-mierenden, die Behandlung nachfragen, hat sich in den letzten Jahren deutlich erhöht und die Kinder- und Jugendpsychiatrien und Einrichtun-gen der Jugendhilfe und Suchthilfe berichten über zunehmend jüngere Konsumierende und auffällige Konsummuster.**

Als Ärztin finde ich besonders bedenklich, dass aus der medizinischen Fachwelt zunehmend über gleichzeitige, ggf. sogar durch Cannabis ausgelöste psychiatrische Erkrankungen berichtet wird.

In den Einrichtungen der Suchthilfe, der Jugendhilfe, in den Schulen aber auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist der Missbrauch von Drogen und Suchtmitteln – und leider auch die Abhängigkeit – in den unterschiedlichsten Facetten ein wichtiges Thema.

Wir haben uns als Land gerade in einem interministeriellen Arbeitskreis mit der Suchtprävention und den vielfältigen Aktivitäten in Niedersachsen im Rahmen der Bearbeitung einer Landtagsentschließung befasst.

Wir konnten einerseits sehen, dass in vielen Bereichen in unserem Land kontinuierlich und gut zum Thema Suchtprävention und Suchtbehandlung gearbeitet wird.

Im Rahmen der Fachtagung konnten wir deshalb höchstens beispielhaft aus der Fülle der positiven Möglichkeiten hierzu Arbeiten vorstellen.

Andererseits wissen wir aber auch, dass gerade die Vernetzung zwischen den einzelnen Fachdisziplinen erhebliche Probleme im Alltag bereitet – und dieses trotz gutem Willen zur Kooperation.

Die XVII. Niedersächsische Suchtkonferenz sollte ein Forum der Information und Kommunikation schaffen, wo zum Thema „Neue Drogenkonsummuster im Jugendalter?“ die Schnittstelle Jugendhilfe und Suchthilfe durch Fachvorträge, Diskussion und Gespräche beleuchtet wird.

Eine Fokussierung der Veranstaltung galt der aktuellen Datenlage zu Konsumtrends und dem Thema, welche sozialen Wirklichkeiten Kinder und Jugendliche in den Missbrauch und in die Abhängigkeit führen. Ein weiteres Thema war, welche Faktoren verhindern, dass Kinder abhängig werden, und wie kann man diese präventiv nutzen.

Nach wie vor besteht ein enormer Bedarf, über Möglichkeiten einer handlungsfähigen Kooperation von Jugendhilfe und Suchthilfe – insbesondere in der Prävention – zu diskutieren und sich über die alltäglichen Erfahrungen, die vielfältigen Hindernisse aber auch die enormen Chancen einer solchen Zusammenarbeit auszutauschen.

Obwohl – und gerade weil – vereinzelt gute Kooperationen und funktionierende Kooperationsstrukturen bestehen, benötigen wir diesen alten und neuen fachlichen Austausch im heutigen Thema, um die Herausforderung einer zielgruppengenauen Suchtprävention und Suchtbehandlung durch eine effektive Kooperation unterschiedlicher Hilfesysteme anzunehmen.

Allen Mitwirkenden und Teilnehmenden gilt mein besonderer Dank, weil sie dazu beigetragen haben, vorhandene Defizite kritisch unter die Lupe zu nehmen, neue Handlungsperspektiven aufzuzeigen und notwendige Kooperationen anzubahnen.

## Suchtprobleme im Jugendalter Ergebnisse der Mannheimer Risikokinderstudie

### Jugendalter – kritische Altersperiode für die Entwicklung des Substanzkonsums

Das Experimentieren mit legalen Drogen ist unter den Jugendlichen westlicher Industrieländer weit verbreitet (Johnston et al., 2003; Kraus et al., 2004; Richter & Settertobulte, 2003). In aktuellen Erhebungen berichten zwei Drittel der 18-jährigen Deutschen jemals geraucht zu haben und mehr als 90% geben an, Alkohol getrunken zu haben. Im Verlauf des Jugendalters steigt die Rate der regelmäßigen Konsumierenden von 1–2% bei den 12- bis 13-Jährigen auf 20–30% unter den 18- bis 19-Jährigen an (BZgA, 2004a; 2004b). Am Ende des Jugendalters erfüllen fast 20% die Kriterien einer Tabakabhängigkeit und 17% der männlichen und 6% der weiblichen Jugendlichen die Kriterien von Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit (Nelson & Wittchen, 1998a; 1998b). Im Vergleich zu Erwachsenen trinken Jugendliche zwar durchschnittlich weniger Alkohol, neigen

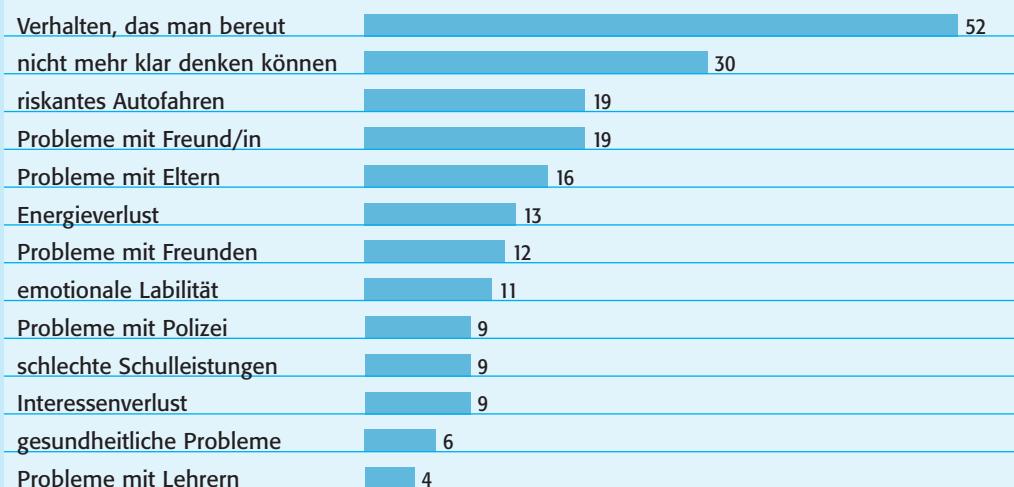
jedoch eher zu Exzessen (Colder et al., 2002). Monatliche Episoden von Rauschtrinken, d.h. der Konsum von mindestens 5 (beim weiblichen Geschlecht 4) Standardgetränken bei einer Gelegenheit, werden von fast der Hälfte aller 16- bis 19-Jährigen berichtet (BZgA, 2004a). Im letzten Jahrzehnt nahmen in fast allen westlichen Ländern die Prävalenzraten für den Substanzkonsum Jugendlicher zu oder stagnierten auf hohem Niveau. Gleichzeitig zeigte sich ein Trend zu immer exzessiverem Konsum (Rauschtrinken, hoher Tagesverbrauch). Damit einher ging eine Senkung des Einstiegsalters. Diese Entwicklung ist aus gesundheitspolitischer Perspektive in doppelter Hinsicht bedenklich. Zum einen, weil ein früher Beginn des Konsums das Risiko für eine spätere Abhängigkeit deutlich erhöht (Grant & Dawson, 1997; Jackson, 1998), zum anderen weil Tabak und Alkohol als

Einstiegsdrogen für den Gebrauch illegaler Suchtmittel gelten (Kandel & Yamaguchi, 1993).

Aktuelle epidemiologische Daten zum Tabakkonsum in Deutschland lassen bei den jüngeren Altersgruppen eine Trendwende erkennen (BZgA, 2004b; 2005; 2007a; Kraus et al., 2004; Settertobulte et al., 2001). Nach einer drastischen Zunahme der Zahl jugendlicher Konsumierenden in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts zeigen jüngste Erhebungen einen Abfall der Raucherquote. Seit dem Höchststand im Jahr 2001 sank die Rauchrate der 12- bis 17-Jährigen kontinuierlich von 28% über 23% in den Jahren 2003/4 bis auf 18% in der jüngsten Erhebung im Jahr 2007. Diese Trendumkehr war in gleicher Weise bei Jungen und Mädchen zu beobachten. Momentan rauchen ca. 17,8% der männlichen und 17,5% der weiblichen

**ABB. 1: PROBLEME DURCH ALKOHOLKONSUM**

Ergebnisse einer Befragung an US-amerikanischen Schülerinnen und Schülern (Johnston et al. 1998)



Angaben von Schülerinnen und Schülern der 12. Klassen, die bei wenigstens 10 Gelegenheiten Alkohol konsumiert hatten (in %)

Jugendlichen. Im gleichen Zeitraum verminderte sich das Einstiegsalter ab dem Jahr 1993 kontinuierlich und liegt seit 2001 geschlechtsunabhängig bei etwa 13 Jahren: Zwei Drittel aller 14- bis 15-Jährigen berichten über erste Konsumerfahrungen (die jüngsten davon mit 7 Jahren). Ein Sechstel dieser Altersgruppe raucht regelmäßig und ca. 7% sind nach DSM-IV Kriterien (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) als nikotinabhängig zu beurteilen (Nelson & Wittchen, 1998b).

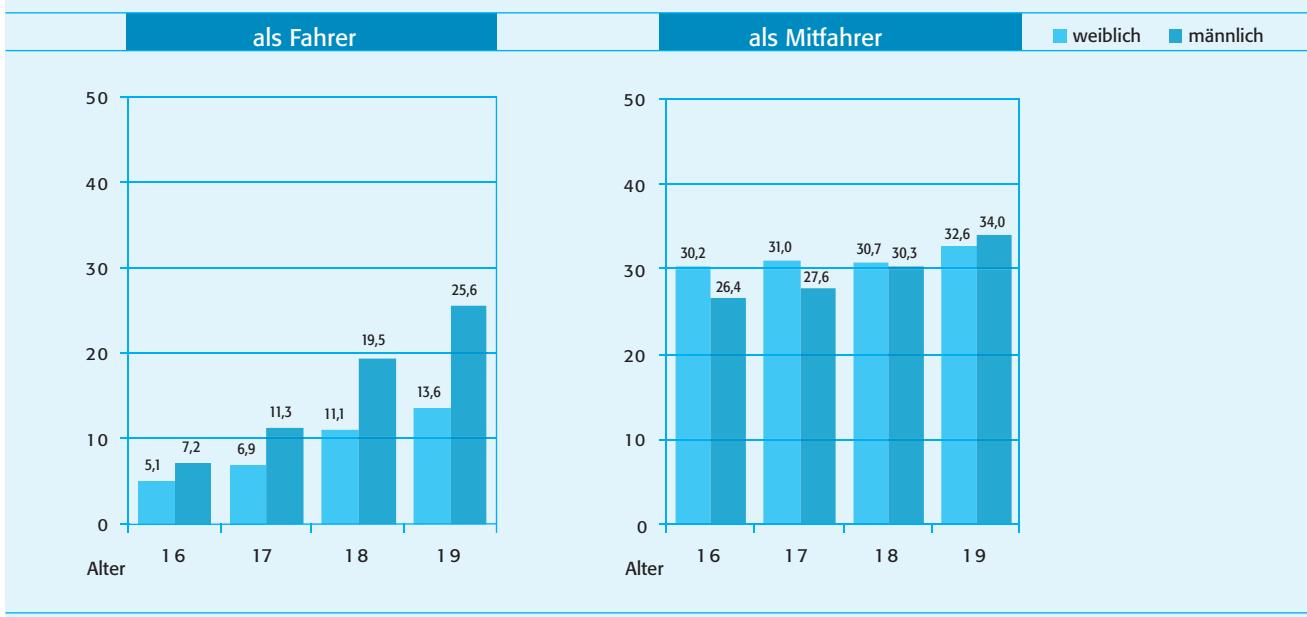
Auf eine weniger günstige Entwicklung deuten die aktuellen epidemiologischen Daten zum Alkoholkonsum bei Jugendlichen hin. Das Erstkonsumalter eines ganzen Glases Alkohol liegt heute zwischen 12 und 15 Jahren, wobei weibliche Jugendliche mit durchschnittlich 14,2 Jahren nur minimal später als männliche Jugendliche

(mit 14,0) beginnen. Besorgniserregend ist dabei die Zunahme sowohl der Häufigkeit als auch der Menge konsumierter alkoholischer Getränke: Von 2001 bis 2004 stieg die wöchentliche Trinkmenge reinen Alkohols bei den 12- bis 19-Jährigen um fast die Hälfte an (BZgA, 2004a). Der Anteil 13- bis 15-Jähriger mit wöchentlichem Alkoholkonsum erhöhte sich von 1993 bis 2002 um zwei Drittel (Hurrelmann et al., 2003). Die Rate der Jugendlichen mit mehrmaligen Rauscherfahrungen stieg europaweit in den 90er Jahren deutlich an (Settertobulte et al., 2001). Auch in Deutschland wurde von 1997 bis 2004 mit einer Zunahme von 13 auf 21% fast eine Verdoppelung des Anteils junger Menschen mit mehr als sechs Alkoholrüssen beobachtet (BZgA, 2004a). 40% der im Rahmen der „Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen“ (ESPAD) befragten

15- bis 16-Jährigen gaben an, in den letzten 30 Tagen mindestens einmal betrunken gewesen zu sein, bei 11% der Jugendlichen kam dies häufiger als zwei Mal vor (Kraus et al., 2004). Diese Entwicklung hat sich – nach einem kurzzeitigen Rückgang im Jahr 2005 – in den aktuellen Erhebungen fortgesetzt (BZgA, 2007b).

**ABB. 2: ALKOHOL UND STRAßENVERKEHR: FAHREN UNTER ALKOHOLEINFLUSS BEI JUGENDLICHEN  
(% IM LETZTEN MONAT)**

(Centers for Disease Control and Prevention, 2004)



## Folgen des Substanzkonsums im Jugendalter

Der übermäßige Konsum von Suchtmitteln ist auch bei jungen Menschen mit vielfältigen Gesundheitsrisiken verknüpft (Perkins, 2002). Dabei sind den Jugendlichen die negativen Konsequenzen des Missbrauchs durchaus bewusst. In Abbildung 1 ist das Ergebnis einer in den USA durchgeföhrten Befragung zu Problemen im Zusammenhang mit dem Konsum von Alkohol unter Schülerinnen und Schülern der 12. Klassen dargestellt (Johnston et al., 1998). An erster Stelle nannten die Jugendlichen riskantes oder peinliches Verhalten (z.B. im Straßenverkehr oder in der Sexualität) sowie kognitive Beeinträchtigungen („nicht mehr klar denken können“). Aufge-

führt wurden ferner zahlreiche soziale Beeinträchtigungen (z.B. Probleme mit den Eltern), psychische Folgeerscheinungen (emotionale Labilität) und gesundheitliche Komplikationen. Neben den Auswirkungen in verschiedenen Lebensbereichen unterscheiden die Jugendlichen zwischen akuten Konsequenzen („Verhalten, das man bereut“) und solchen, die sich langfristig manifestieren („Interessenverlust“).

Zu den in der Öffentlichkeit mit großer Aufmerksamkeit registrierten gesundheitlichen Konsequenzen des Substanzkonsums zählen *Todesfolgen*. Während in den Mortalitätsstatistiken

Erwachsener das Aktivrauchen als Todesursache unangefochten die Spitzensposition einnimmt, stehen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen Verkehrsunfälle an erster Stelle. Weniger bekannt ist dabei, dass 30 – 40% dieser Unfälle alkoholbedingt sind (Jernigan, 2001). Fahren unter Alkoholeinfluss – mit den bekannten Beeinträchtigungen der Fahrtüchtigkeit – ist bei jungen Menschen weit verbreitet. Einer Untersuchung in den USA (mit Fahrerlaubnis schon ab 16 Jahren) zufolge gaben ca. ein Viertel der befragten 19-Jährigen an, im letzten Monat alkoholisiert Auto gefahren zu sein und etwa ein Drittel berichtete, bei einem alkoholisierten Fahrer mitgefah-

ren zu sein (s. Abbildung 2, Centers for Disease Control and Prevention, 2004). Die Folgen dieser Praxis schlagen sich nachdrücklich in den Unfallstatistiken nieder. In Deutschland wies jeder 5. verunglückte Autofahrende zwischen 18 und 21 Jahren eine erhöhte Blutalkoholkonzentration auf (Statistisches Bundesamt, 2002). Das Risiko eines tödlichen Unfalls unter Alkoholeinfluss war bei jüngeren Fahrenden (< 20 Jahre) mehr als doppelt so hoch wie bei älteren (> 20 Jahre). Bemerkenswert ist dabei der Geschlechtsunterschied: Nur 6% der jungen „Todesfahrer“ waren weiblichen Geschlechts. Als typischer tödlicher Autounfall unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen gilt der „Disco-Unfall“, definiert als „schwerer Alleinunfall“ durch Kontrollverlust, der sich auf einer Freizeitfahrt mit Freunden unter Alkoholeinfluss bei hoher Geschwindigkeit am Wochenende in der Nacht ereignet“ (Limbourg et al., 2001). Weitere Kennzeichen des Disco-Unfalls, die das Unfallrisiko zusätzlich erhöhen, sind die mangelnde Erfahrung der Fahrzeugführenden, die Ablenkung durch Mitfahrende sowie Impioniergehabe.

Übermäßiger Substanzkonsum ist bei Jugendlichen mit einer erhöhten Suizidalität assoziiert. In den letzten 30 Jahren hat der Tod durch Suizid unter jungen Menschen deutlich zugenommen und liegt inzwischen an dritter Stelle in der Mortalitätsstatistik. Drei mal so viele jugendliche Alkoholkonsumierende berichteten in einer Studie des National Household Survey on Drug Abuse (2002) von Suizidgedanken oder -handlungen während des letzten Jahres im Vergleich zu Nicht-

konsumierenden. Zusätzlicher Konsum illegaler Drogen war mit einer weiteren Erhöhung der Suizidalität verknüpft. In einer Untersuchung von Windle (2004) lag die Suizidversuchsrate bei weiblichen Jugendlichen mit starkem Alkoholkonsum 3–4 mal höher als in der Vergleichsgruppe ohne Alkoholkonsum. Auch *gewalttäiges und delinquentes Verhalten* steht bei Jugendlichen in enger Verbindung mit dem Substanzkonsum. Dabei gilt die Regel, je exzessiver der Konsum desto stärker die Verwicklung in derartige Verhaltensmuster. Einer Studie des National Survey on Drug Use and Health (2005) zufolge fielen Jugendliche mit exzessivem Alkoholkonsum 2–4 mal häufiger durch aggressives und delinquentes Verhalten auf als ihre Altersgenossen mit „normalem“ Konsum.

Nicht zuletzt geht Alkohol- und Drogenkonsum bei Jugendlichen mit *risikantem Sexualverhalten* einher. In einer in Großbritannien durchgeföhrten Studie berichtete 1/7 der befragten 16- bis 24-Jährigen von ungeschütztem Geschlechtsverkehr nach dem Konsum von Alkohol (Health Education Authority, 1997). Jede/r 10. konnte sich nach dem Konsum von Alkohol nicht mehr daran erinnern, ob er/sie in der Nacht davor Sex hatte. 40% der befragten 13- bis 14-Jährigen gaben an, beim Geschlechtsverkehr „bekifft“ oder betrunken gewesen zu sein (Wight et al., 2000). Auch vermehrte sexuelle Übergriffe, insbesondere ein erhöhtes Vergewaltigungsrisiko, gelten als typische substanzbedingte Folgen im Zusammenhang mit Sexualität.

Exzessiver Substanzkonsum im Jugendalter steht darüber hinaus im Zusam-

menhang mit einer Vielzahl weiterer Beeinträchtigungen der sozial-emotionalen Entwicklung, die als *Scheitern in der Bewältigung jugendtypischer Entwicklungsaufgaben* umschrieben und hier nur kurz erwähnt werden können. Dazu zählen schulische Misserfolge, instabile Ausbildungs-/Beschäftigungsverhältnisse, gescheiterte Partnerbeziehungen, Gewalttätigkeit in der Beziehung, Teenage Schwangerschaft und „falsche“ Freunde.

## Erhöhte Anfälligkeit für Substanzwirkungen im Jugendalter

In jüngster Zeit wird intensiv diskutiert, ob Jugendliche eine erhöhte biologisch (und/oder psychologisch) bedingte Anfälligkeit für die Wirkung psychoaktiver Substanzen aufweisen. Für eine besondere Gefährdung Jugendlicher sprechen Befunde, wonach der frühzeitige Beginn des Substanzkonsums einen der besten Prädiktoren späterer substanzbezogener Probleme darstellt. Zahlreiche US-amerikanische Studien haben einen engen Zusammenhang zwischen dem Einstiegsalter des Tabak- und Alkoholkonsums und dem Auftreten einer Substanzabhängigkeit belegt. Mit dem früheren Erstkonsum nahm das Risiko einer späteren Suchterkrankung und körperlicher Folgeschädigungen drastisch zu. In einer Untersuchung des National Longitudinal Alcohol Epidemiology Survey an 27.000 Erwachsenen ermittelten Grant & Dawson (1997), dass 40% derjenigen, die Alkohol erstmals vor dem 14. Lebensjahr konsumiert hatten, alkoholabhängig wurden. Das Lebenszeitrisiko einer Alkoholerkrankung lag damit in dieser Gruppe viermal höher als bei Personen mit einem ersten Alkoholkonsum nach dem 20. Lebensjahr. Mit jedem Jahr, um das der Erstkonsum verzögert wurde, verminderte sich das Abhängigkeitsrisiko um 14% (s. Abbildung 3).

Belege für einen schädlichen Effekt einer frühzeitigen Alkohol- oder Tabakexposition auf das unreife Zentrale Nervensystem (ZNS) mit langfristigen Folgen liefert die aktuelle neurobiologische Forschung. Nach deren Erkenntnissen ist das Jugendalter als Entwicklungsperiode anzusehen, in der sich

massive Veränderungen in der Struktur und Funktion des ZNS vollziehen, die mit einer erhöhten Anfälligkeit des Gehirns durch externe Einflüsse einhergehen. Zu den Gehirnarealen, die besonders ausgeprägte Veränderungen erfahren, zählen der präfrontale Kortex, die mesolimbischen Regionen des Frontalhirns und die dopaminerge Aktivierung dieser Regionen (Spear, 2002). Berücksichtigt man die wichtige Rolle dieser Areale bei der Modulation der belohnenden Wirkung psychoaktiver Substanzen, lässt sich postulieren, dass Eigenschaften des adoleszenten Gehirns Jugendliche besonders anfällig machen können für die abhängig machende Wirkung von Drogen (Chambers et al., 2003).

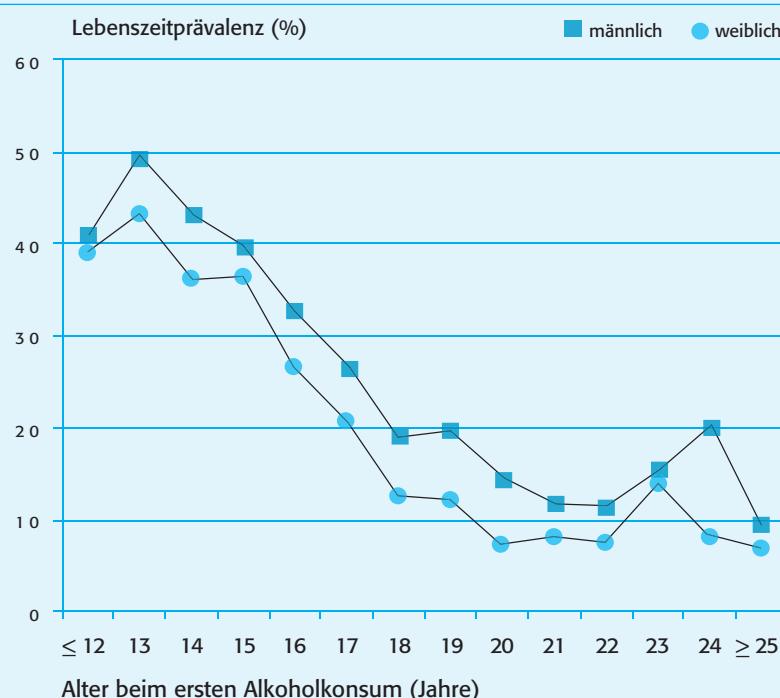
Zahlreiche tierexperimentelle Untersuchungen zeigen, dass sich sowohl akute als auch chronische Effekte des Substanzkonsums bei jugendlichen und erwachsenen Tieren bedeutsam unterscheiden (Adriani et al., 2004; Smith, 2003). Bereits eine kurzzeitige Exposition mit Nikotin führte bei adoleszenten Ratten zu einer dauerhaften Veränderung cholinriger Systeme in Gehirnregionen, die im Zusammenhang mit der Entwicklung einer Tabakabhängigkeit stehen (Abreu-Villaca et al., 2003). Entwicklungsbedingt unterschiedliche Reaktionen fanden sich auch bei der Exposition mit Alkohol: Adoleszente Ratten waren zum einen empfänglicher gegenüber der belohnenden Wirkung des Alkohols als ältere Tiere, zum anderen reagierten sie weniger empfindlich auf dessen negative Effekte (Slawecki et al., 2001). Nach einer länger dauernden Exposition mit Alkohol traten bei jugendli-

chen Ratten ausgeprägtere Schädigungen im Bereich des Frontalhirns und stärkere Beeinträchtigungen des Arbeitsgedächtnisses auf als bei erwachsenen Tieren (Crews et al., 2000; White et al., 2000).

Die Ergebnisse der tierexperimentellen Forschung stehen im Einklang mit Befunden im Humanbereich. Im Vergleich zu Erwachsenen sind bei Jugendlichen Perioden exzessiven Trinkens („Rauschtrinken“) weiter verbreitet und der Übergang zu einer Alkoholabhängigkeit erfolgt außergewöhnlich schnell (Clark et al., 1998). Trotz der sehr viel kürzeren Dauer des Alkoholkonsums bei Jugendlichen ist die Rückfallquote bei jugendlichen und erwachsenen Trinkern ungefähr gleich hoch (Brown, 1993). In neueren Studien zeigten sich bei jugendlichen Trinkern verschiedene kognitive Beeinträchtigungen in den Bereichen Lernen und Gedächtnis sowie Aufmerksamkeit und Visuomotorik (Brown et al., 2000; Tapert et al., 2002). So erinnerten alkoholabhängige Jugendliche Wörter und einfache geometrische Figuren nach einem 10-minütigem Intervall signifikant schlechter als gesunde. Die Reproduktionsleistung fiel umso schlechter aus, je stärker der Missbrauch war und je mehr Entzugssymptome auftraten. Wie die Autoren in einer Follow-up Untersuchung 8 Jahre später belegen konnten, blieben die kognitiven Defizite keine temporäre Erscheinung sondern bestanden bis ins Erwachsenenalter fort. Beeinträchtigungen der Gedächtnisfunktion bei jugendlicher Alkoholabhängigkeit ließen sich auch mit Hilfe von Methoden funktioneller Bildgebung nachweisen.

**ABB. 3: ALTER DES ERSTKONSUMS ALS PRÄDIKATOR EINER SPÄTEREN ALKOHOLABHÄNGIGKEIT**

(nach Grant &amp; Dawson 1997)

**TABELLE 1: ERFASSUNG ERSTER ZEICHEN VON NIKOTINABHÄNGIGKEIT MIT DER „HOOKED ON NICOTINE CHECKLIST“**

(DiFranza et al., 2000)

1. Have you ever *tried to quit*, but couldn't?
2. Do you smoke now because it is really *hard to quit*?
3. Have you ever *felt* like you were *addicted* to tobacco?
4. Do you ever have strong *cravings* to smoke?
5. Have you ever felt like you *really needed* a cigarette?
6. Is it *hard to keep from smoking* in places where you are not supposed to, like school?

*When you tried to stop smoking (or, when you haven't used tobacco for a while . . .)*

7. did you find it *hard to concentrate* because you couldn't smoke?
8. did you feel *more irritable* because you couldn't smoke?
9. did you feel a *strong need or urge* to smoke?
10. did you feel *nervous, restless or anxious* because you couldn't smoke?
11. did you feel *sad, blue, or depressed* because you couldn't smoke?

**TABELLE 2: KENNWERTE DES TABAK- UND ALKOHOLKONSUMS  
DER 15-JÄHRIGEN DER MANNHEIMER RISIKOKINDERSTUDIE**

N = 337 (m: 151, w: 176); Alter 15,0 (SD: 0,4; Range: 14,0–16,4)

	Gesamt	Jungen	Mädchen
<b>Tabakkonsum</b>			
Lebenszeitprävalenz (%)	46,3	44,1	48,3
30-Tage-Prävalenz (%)	29,4	25,5	33,0
Tägliches Rauchen (%)	16,6	13,7	19,3
Erstkonsumalter (M, SD)	12,5 (1,7)	12,6 (1,6)	12,5 (1,7)
<b>Alkoholkonsum</b>			
Lebenszeitprävalenz (%)	73,3	72,7	73,9
30-Tage-Prävalenz (%)	57,0	60,9	53,4
Wochenprävalenz (%)	14,2	17,4	11,4
Jemals Betrunken (%)	40,4	43,5	37,5
Jemals Rauschtrinken (%)	21,4	20,5	22,2
Erstkonsumalter (M, SD)	13,2 (1,0)	13,3 (1,1)	13,1 (1,0)

So zeigten alkoholabhängige junge Frauen in einer Studie von Tapert et al. (2001) bei der Bewältigung einer Gedächtnisaufgabe, die das räumliche Arbeitsgedächtnis beansprucht, eine geringere Aktivierung verschiedener Hirnareale, insbesondere rechtsseitig im fronto-parietalen Bereich. Zwar ist bislang noch nicht hinreichend geklärt, auf welche Weise Alkohol das ZNS Jugendlicher schädigt, man vermutet jedoch, dass der Hippocampusregion und dem Arbeitsgedächtnis dabei eine wichtige Rolle zukommt.

Eine besondere Verletzlichkeit des Jugendalters offenbart sich auch im Bezug auf den Tabakkonsum. Studien

von DiFranza et al. (2002) zufolge weisen einige jugendliche Rauchende bereits nach einer kurzen Raucherkarriere (manchmal schon nach wenigen Tagen gelegentlichen Konsums) Symptome einer Tabakabhängigkeit auf. Die Autoren untersuchten den Einstieg in den Tabakkonsum an einer Stichprobe von über 700 Jugendlichen im Alter von 12 bis 13 Jahren und begleiteten die Jugendlichen in ihrer Entwicklung über den Zeitraum eines Jahres. Dabei befragten sie diejenigen, die mit dem Rauchen begonnen hatten, ausführlich nach ersten Zeichen einer Abhängigkeit (s. Tabelle 1). Es zeigte sich, dass die Rauchnovizen über verschiedene Abhängigkeitssymptome

berichteten, die schon frühzeitig aufgetreten waren (bei einem Fünftel der Anfänger bereits innerhalb eines Monats nach Rauchbeginn) und dies auch dann, wenn die Jugendlichen nicht regelmäßig geraucht hatten. Nach DiFranza et al. können diese Befunde als Beleg dafür angesehen werden, dass Jugendliche besonders anfällig sind für die abhängig machende Wirkung von Nikotin.

## Mannheimer Risikokinderstudie

Vor 20 Jahren hat eine Forschergruppe am Mannheimer Zentralinstitut für Seelische Gesundheit damit begonnen, sich intensiver mit Kindern zu beschäftigen, die in ihrer Entwicklung durch frühe Belastungen wie eine komplikationsreiche Geburt oder die psychische Erkrankung von Mutter oder Vater gefährdet sind (sogenannte Risikokinder). Im Rahmen einer prospektiven Längsschnittstudie zur langfristigen Entwicklung von Risikokindern (Mannheimer Risikokinderstudie) wird einer Vielzahl von Fragestellungen nachgegangen, wie z.B.: Welche Kinder sind besonders gefährdet? Wie und wann manifestieren sich psychische Störungen? Wie dauerhaft sind solche Störungen und welche Folgen haben sie? Zur Untersuchung dieser Fragen begleitet die Mannheimer Risikokinderstudie eine Kohorte von 384 Kindern (199 Mädchen und 185 Jungen der Geburtsjahrgänge 1986–88) in ihrer psychischen Entwicklung seit der Geburt. Dazu wurden in regelmäßigen Abständen Erhebungen durchgeführt, beginnend im frühen Säuglingsalter über alle wichtigen Stadien der Entwicklung hinweg bis zuletzt im Alter von 19 Jahren. Die Stichprobe der Studie ist so zusammengestellt, dass sie mit Risiken angereichert ist: zum einen durch Kinder mit organischen Risiken (prä- und perinatale Komplikationen), zum anderen durch Kinder mit psychosozialen Belastungen (ungünstige familiäre Lebensverhältnisse). Nähere Angaben zur Stichprobenauswahl und zum Design können verschiedenen Veröffentlichungen, u.a. Laucht et al. (2000), entnommen werden.

## Epidemiologie des Substanzkonsums im Jugendarter

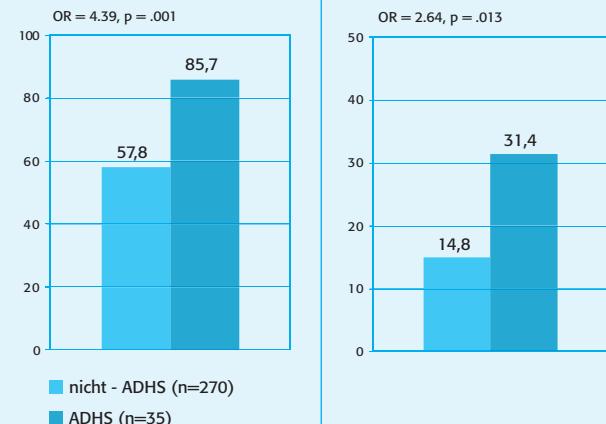
Die Untersuchung der 15-Jährigen der Mannheimer Risikokinderstudie erbrachte epidemiologische Daten über eine Reihe von Merkmalen des frühen Tabak- und Alkoholkonsums (s. Tabelle 2). Knapp die Hälfte der Jugendlichen berichtete, schon einmal eine Zigarette probiert zu haben, 30% waren aktuelle Tabakkonsumenten und etwa ein Sechstel gehörte der Gruppe der täglich Rauchenden an. Signifikante Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen bestanden nicht, allerdings fanden sich unter den Mädchen tendenziell vermehrt aktuelle und tägliche Konsumenten. Wer täglich rauchte, konsumierte durchschnittlich 10,5 Zigaretten, die Jungen (11,6) etwas mehr als die Mädchen (9,9). Mit ca. 12,5 Jahren probierten die 15-jährigen Rauchenden durchschnittlich zum ersten Mal eine Zigarette, ein knappes halbes Jahr später folgte der erstmalige Konsum einer ganzen Zigarette und wer zum täglich Rauchenden wurde, tat dies im Schnitt ein gutes Jahr nach dem ersten Zigarettenzug. Wie bei den Prävalenzzahlen ergaben sich keine signifikanten Geschlechtsunterschiede bezüglich des Rauchbeginns (Hohm et al., 2007). Damit stehen die für die untersuchte Stichprobe ermittelten Tabakkonsumdaten im Einklang mit den Ergebnissen vergleichbarer Surveys (z.B. BZgA, 2004b). Im Vergleich zu den BZgA-Daten begannen die Jugendlichen unserer Risikostichprobe früher mit dem Rauchen und wiesen eine höhere Zahl starker Rauender (> 20 Zigaretten/Tag) auf. Beim Alkoholkonsum betrug die Lebenszeitprävalenz 73,3% und die 30-

Tage-Prävalenz 57,0%. Etwa ein Achtel der Jugendlichen gab an, wöchentlich Alkohol zu konsumieren. 40% waren schon mal betrunken gewesen und ca. ein Fünftel berichteten von episodischem Rauschtrinken. Das Erstkonsumalter für ein ganzes Getränk lag bei 13,2 Jahren. Durchschnittlich konsumierten die 15-Jährigen 2,2 mal im Monat Alkohol. Die männlichen Jugendlichen tranken signifikant häufiger als die weiblichen Signifikanten. Geschlechtsunterschiede ergaben sich auch beim Vergleich der durchschnittlichen bzw. maximalen Trinkmengen (Hinckers et al., 2006). Ähnlich wie beim Tabakkonsum bestand in den wesentlichen Häufigkeits- und Mengenangaben Übereinstimmung mit aktuellen repräsentativen Erhebungen zum Alkoholkonsum Jugendlicher (Kraus et al., 2004).

**ABB. 4: RAUCHVERHALTEN 15-JÄHRIGER IN ABHÄNGIGKEIT VON ADHS DIAGNOSE**

(Lebenszeitdiagnose 8–15 Jahre)

% jemals geraucht      % tägliches Rauchen



## Risikofaktoren für jugendlichen Substanzkonsum

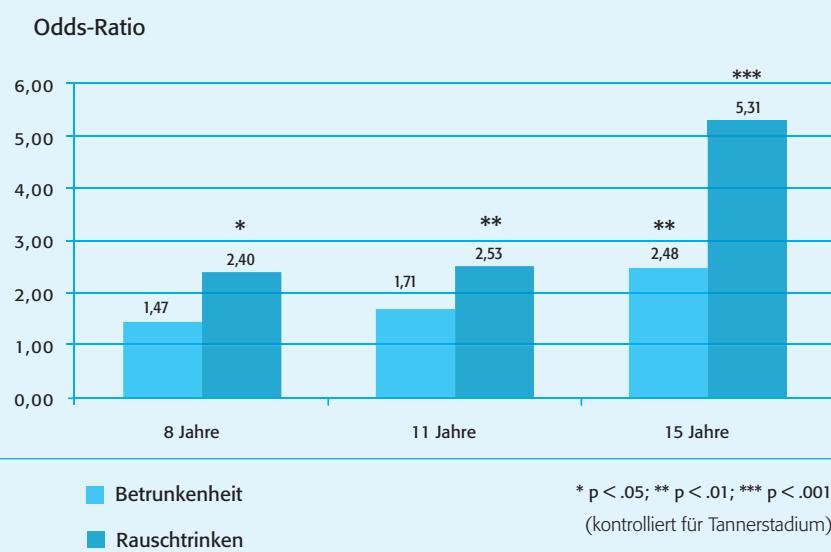
Dass substanzmissbrauchende Jugendliche häufiger unter psychischen Problemen leiden, ist durch klinische Beobachtungen und empirische Studien hinlänglich bekannt. Eine Vielzahl von Studien hat auf eine hohe *Komorbidität* zwischen psychischen Störungen und Substanzmissbrauch im Jugendalter hingewiesen (s. Übersicht bei Schulz & Remschmidt, 1999). Eine Gruppe von Jugendlichen, die im Hinblick auf einen frühzeitigen, regelmäßigen und abhängigen Konsum besonders gefährdet ist, stellen Kinder und Jugendliche mit sog. externalen Störungen dar, die sich durch vermehrtes hyperaktives, impulsives, aggressives und dissoziales Problemverhalten auszeichnen. Im Bereich der

Kinder- und Jugendpsychiatrie zählen Störungsbilder mit dieser Symptomatik (Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörungen [ADHS] bzw. hyperkinetischen Störungen [HKS] und Störungen des Sozialverhaltens [SSV]) zu den am häufigsten diagnostizierten Auffälligkeiten. Aktuelle Erhebungen in Deutschland berichten Prävalenzraten von bis zu 15% im Jugendalter (Schmidt, 1998).

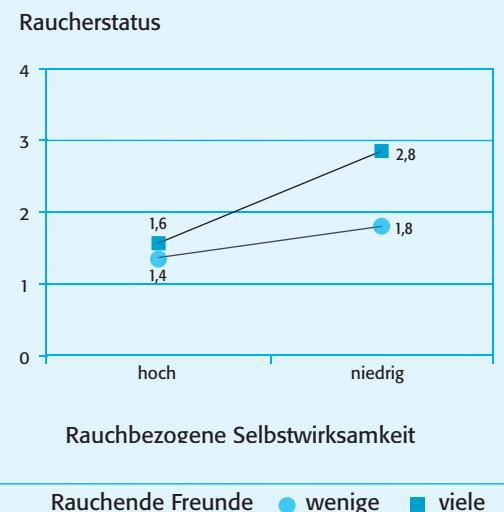
Eigenen Untersuchungen zufolge stehen externe Störungen bei Jugendlichen im Zusammenhang mit einem frühzeitigeren Beginn und einer erhöhten Rate des Rauchens (Laucht et al., 2005) sowie mit einem exzessiven Alkoholkonsum (Blomeyer et al.,

2007). Im Rahmen der Mannheimer Risikokinderstudie ermittelten wir, dass Jugendliche, die im Verlauf ihrer Entwicklung von 8 bis 15 Jahren externe Auffälligkeiten aufwiesen, häufiger und intensiver rauchten als ihre unauffälligen Altersgenossen. Unter den 15-Jährigen mit der Diagnose einer ADHS fanden sich signifikant mehr Jemals-Rauchende und mehr als doppelt so viele täglich Rauchende als in der Vergleichsgruppe (s. Abbildung 3). Ein ähnlicher Zusammenhang bestand mit der Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens (SSV): Signifikant mehr Jugendliche mit dieser Diagnose gaben an, jemals geraucht zu haben bzw. täglich zu rauchen, als Jugendliche ohne diese Störung. Jugendliche

**ABB. 5: TRINKVERHALTEN 15-JÄHRIGER IN ABHÄNGIGKEIT VON ADHS/SSV-DIAGNOSE (VON 8 BIS 15 JAHREN)**



**ABB. 6: RAUCHVERHALTEN 15-JÄHRIGER IN ABHÄNGIGKEIT VON RAUCHBEZOGENER SELBSTWIRKSAMKEIT UND ANZAHL RAUCHENDER FREUNDE.**



mit externalen Störungen zählen auch zu den stärkeren Alkoholkonsumierenden. Wie aus Daten der Mannheimer Risikokinderstudie hervorgeht (s. Abbildung 4), war das Vorliegen einer ADHS- bzw. SSV-Diagnose ab dem Alter von 8 Jahren mit riskantem Trinkverhalten im Alter von 15 Jahren verknüpft. Träger dieser Diagnosen wiesen ein gegenüber der Vergleichsgruppe signifikant erhöhtes Risiko für Betrunkenheit und Rauschtrinken auf.

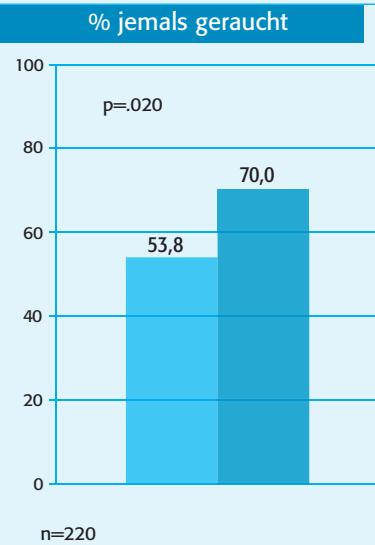
Weitere Analysen unterstreichen die Bedeutung *sozialer Einflussfaktoren* beim Einstieg in den Alkohol- und Tabakkonsum. In Übereinstimmung mit der Literatur zählte der Kontakt zu sozial auffälligen Gleichaltrigen zu ei-

nem der Hauptsrisikofaktoren in der von uns untersuchten Altersgruppe. Eine besondere Rolle spielte dabei, neben dem leichteren Zugang zu Suchtmitteln und dem erhöhten sozialen Druck zu konsumieren, die positive Bewertung des Konsums durch die Freunde. Allerdings zeigte sich, dass der Einfluss der Peers von interpersonalen Faktoren abhängig ist: Besonders gefährdet waren Jugendliche mit einem hohen Konsum im Freundenkreis, die sich zugleich als wenig selbstwirksam beschrieben (s. Abbildung 5). Umgekehrt bedeutet dieser Befund aber auch, dass Jugendliche mit hoher Selbstwirksamkeit vor den negativen Einflüssen eines rauchenden Umfelds geschützt waren – eine

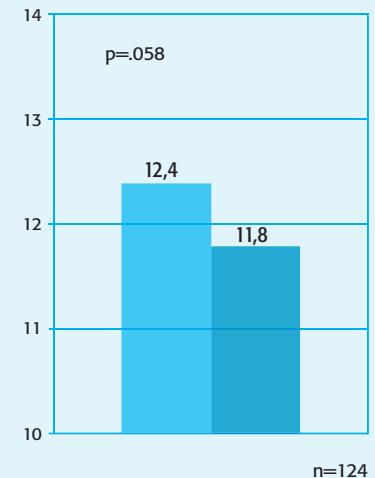
empirische Unterstützung für Suchtpräventionsansätze, die auf die Stärkung des kindlichen und jugendlichen Selbstkonzepts abzielen.

Zahlreiche verhaltensgenetische Studien belegen, dass *genetischen Faktoren* eine wichtige Rolle bei der Entwicklung des Suchtverhaltens Jugendlicher zukommt. In Zwillings- und Adoptionsstudien zeigte sich sowohl für das Rauchen als auch für den Alkoholkonsum eine hohe Erblichkeit mit Schätzwerten von durchschnittlich 53% für die Tabakabhängigkeit und 64% für die Alkoholabhängigkeit. Nicht nur die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit unterliegt genetischen Einflüssen, auch für das Alter

**ABB. 7: RAUCHVERHALTEN  
15-JÄHRIGER IN ABHÄNGIGKEIT  
VOM DRD4 GENOTYP:  
WER FÄNGT AN?**

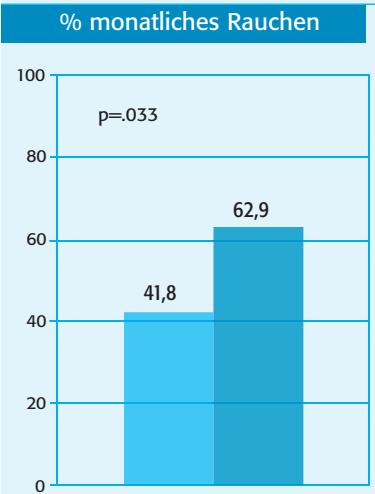


Alter bei Erstkonsum

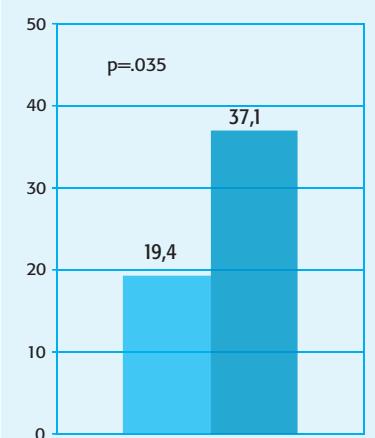


■ DRD4 \*/\* (n=120/66)  
■ DRD4 7r \*/\* (n=90/58)

**ABB. 8: RAUCHVERHALTEN  
15-JÄHRIGER IN ABHÄNGIGKEIT  
VOM DRD2 GENOTYP:  
WER RAUCHT WEITER?**



% tägliches Rauchen



■ DRD2 C/C (n=98)  
■ DRD2 T/\* (n=35)

Jemals Probierer (n = 133)

bei Beginn des Konsums sowie für die Häufigkeit und Menge des Konsums wurden beträchtliche Erbeinflüsse nachgewiesen. Allerdings hat die moderne molekulargenetische Forschung deutlich gemacht, dass sich der Einfluss von Erbfaktoren nicht auf einige wenige Gene oder gar ein einzelnes Gen beschränken lässt. Vielmehr wirken zahlreiche Gene zusammen, um den jeweiligen Phänotyp des Suchtverhaltens hervorzubringen.

Auf der Suche nach Genen, die möglichen Unterschieden im Suchtverhalten zugrunde liegen (sog. Kandidatengene), haben wir uns im Rahmen der Mannheimer Risikokinderstudie mit Genen des dopaminergen Neurotransmittersystems intensiver befasst. Ein Grund dafür ist, dass die Aktivierung dieses Systems durch Suchtmittel eine wichtige Rolle bei der „Verstärkerwirkung“ psychoaktiver Substanzen wie Tabak und Alkohol im ZNS spielt. Unsere Analysen zeigen, dass das Gen, das für den Dopamin D4 Rezeptor (DRD4) kodiert und in Hirnarealen des zentralnervösen Verstärkungssystem besonders stark exprimiert ist, im Zusammenhang mit dem Beginn des Tabak- und Alkoholkonsums bei Jugendlichen steht. Träger einer Variante dieses Gens haben als 15-Jährige häufiger jemals geraucht und haben früher mit dem Rauchen begonnen (s. Abbildung 7). Ein anderes Gen des Dopaminsystems, das für den Dopamin D2 Rezeptor (DRD2) kodiert ist, ist dagegen unseren Ergebnissen zufolge mit der Fortsetzung des Konsums verknüpft. Träger einer Variante dieses Gens gehören vermehrt zu denjenigen, die im letzten Monat täglich geraucht haben (s. Abbildung 8).

## Schlussbemerkung

Die legalen Suchtmittel Tabak und Alkohol zählen nach Einschätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu den gefährlichsten Gesundheitsrisiken weltweit. In Deutschland sterben jährlich über 40.000 Menschen infolge ihres Alkoholkonsums und über 110.000 an tabakbedingten Erkrankungen. Dies zu wissen sollte Anlass genug sein, um der Vorbeugung und Früherkennung von Suchtproblemen unter Kindern und Jugendlichen oberste gesundheitspolitische Priorität einzuräumen. Wie schwer sich allerdings Politik und Gesellschaft in Deutschland allein mit dem Nichtrauerschutz tun, konnte man in den letzten Monaten verfolgen. Die Konsequenzen dieser Gesundheitspolitik sind auch im Kinder- und Jugendbereich nicht zu übersehen. In einer kürzlich veröffentlichten Studie der UNICEF „On child well-being in rich countries“ schneidet Deutschland – wie schon von PISA gewohnt – schlecht ab (UNICEF, 2007). Unter den Jugendlichen aus 21 Industrieländern nehmen deutsche im Rauchen den letzten Platz ein (in keinem anderen Land rauchen so viele 11- bis 15-Jährige) und auch beim Alkoholkonsum werden deutsche Jugendliche nur von wenigen Ländern übertroffen. Diese Zahlen verdeutlichen, dass der Konsum psychoaktiver Substanzen durch junge Menschen eine wachsende Herausforderung und eine dauerhafte Aufgabe für die Gesellschaft und das Gesundheitssystem in Deutschland darstellt.

## Literatur

- ABREU-VILLACA, Y., SEIDLER, F. J., QIAO, D., TATE, C. A., COUSINS, M. M., THILLAI, I. & SLOTKIN, T. A. (2003). Short-term adolescent nicotine exposure has immediate and persistent effects on cholinergic systems: critical periods, patterns of exposure, dose thresholds. *Neuropsychopharmacology* 28, 1935–1949.
- ADRIANI, W., GRANSTREM, O., MACRI, S., IZYKE-NOVA, G., DAMBINOVA, S. & LAVIOLA, G. (2004). Behavioral and neurochemical vulnerability during adolescence in mice: studies with nicotine. *Neuropsychopharmacology* 29, 869–878.
- BLOMEYER, D., LAUCHT, M., HOHM, E., DYER, A. S. & SCHMIDT, M. H. (2007). Exzessiver Alkoholkonsum bei 15-Jährigen mit externalen Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 55, 145–154.
- BROWN, S. A. (1993). *Recovery patterns in adolescent substance abuse*. In: BAER, J. S., MARLAT, G. A. & MCMAHON, R. J. *Addictive behaviors across the life span. prevention, treatment, and policy issues* (pp 161–183). Thousand Oaks: Sage.
- BROWN, S. A., TAPERT, S. F., GRANHOLM, E. & DELIS, D. C. (2000). Neurocognitive functioning of adolescents: effects of protracted alcohol use. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 24, 164–171.
- BZgA (2004a). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004 – Teilband Alkohol*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- BZgA (2004b). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004 – Teilband Rauchen*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- BZgA (2005). *Neue Ergebnisse zur Entwicklung des Rauchverhaltens von Jugendlichen*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- BZgA (2007a). *Förderung des Nichtrauchens bei Jugendlichen 2007, Kurzbericht Mai 2007*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- BZgA (2007b). *Alkoholkonsum der Jugendlichen in Deutschland 2004 bis 2007, Kurzbericht Juni 2007*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Centers for Disease Control and Prevention (2004). *Youth Online: Unintentional injuries and violence questions, United States 2003*. United States Department of Health and Human Services: <http://apps.nccd.cdc.gov/yrbs/>.
- CHAMBERS, R. A., TAYLOR, J. R. & POTENZA, M. N. (2003). Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: a critical period of addiction vulnerability. *American Journal of Psychiatry* 160, 1041–1052.
- CLARK, D. B., KIRISCI, L. & TARTER, R. E. (1998). Adolescent versus adult onset and the development of substance use disorders in males. *Drug and Alcohol Dependence* 49, 115–121.
- COLDER, C. R., CAMPBELL, R. T., RUEL, E., RICHARDSON, J. L. & FLAY, B. R. (2002). A finite mixture model of growth trajectories of adolescent alcohol use: predictors and consequences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70, 976–985.
- CREWS, F. T., BRAUN, C. J., HOPLIGHT, B., SWITZER, R. C., III & KNAPP, D. J. (2000). Binge ethanol consumption causes differential brain damage in young adolescent rats compared with adult rats. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 24, 1712–1723.
- DIFRANZA, J. R., RIGOTTI, N. A., MCNEILL, A. D., OCKENE, J. K., SAVAGEAU, J. A., ST CYR, D. & COLEMAN, M. (2000). Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. *Tobacco Control* 9, 313–319.
- DIFRANZA, J. R., SAVAGEAU, J. A., RIGOTTI, N. A., FLETCHER, K., OCKENE, J. K., MCNEILL, A. D., COLEMAN, M. & WOOD, C. (2002). Development of symptoms of tobacco dependence in youths: 30 month follow up data from the DANDY study. *Tobacco Control* 11, 228–235.
- GRANT, B. F. & DAWSON, D. A. (1997). Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Substance Abuse* 9, 103–110.
- Health Education Authority (1997). *Health update – alcohol*. London: Health Education Authority.
- HINCKERS, A. S., FRANK, J., HEINZ, A., SCHUMANN, G., SCHMIDT, M. H. & LAUCHT, M. (2006). Einflussfaktoren auf den Alkoholkonsum Jugendlicher: Zur Rolle von Gen-Umwelt Wechselwirkungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 34, 329–339.
- HOHM, E., BLOMEYER, D., SCHMIDT, M. H., ESSER, G. & LAUCHT, M. (2007). Jugendliche, die frühzeitig rauchen und trinken – eine Risikogruppe? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 55, 155–165.
- HURRELMANN, K., KLOCKE, A., MELZER, W. & RAVENS-SIEBERER, U. (2003). *Jugendgesundheitssurvey*. Weinheim: Juventa.
- JACKSON, C. (1998). Cognitive susceptibility to smoking and initiation of smoking during childhood: a longitudinal study. *Preventive Medicine* 27, 129–134.
- JERNIGAN, D. H. (2001). *Global Status Report: Alcohol and Young People*. Geneva: World Health Organization.
- JOHNSTON, L. D., O'MALLEY, P. M. & BACHMAN, J. G. (1998). *National survey results on drug use from the Monitoring the Future Study 1975–1997*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services.

- JOHNSTON, L. D., O'MALLEY, P. M. & BACHMAN, J. G. (2003). *Teen smoking continues to decline in 2003, but declines are slowing*. Ann Arbor, MI: University of Michigan News and Information Services (On-line). Available: [www.monitoringthefuture.org](http://www.monitoringthefuture.org).
- KANDEL, D. & YAMAGUCHI, K. (1993). From beer to crack: developmental patterns of drug involvement. *American Journal of Public Health* 83, 851–855.
- KRAUS, L., HEPPEKAUSEN, K., BARRERA, A. & ORTH, B. (2004). *Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen*. München: Institut für Therapieforschung.
- LAUCHT, M., ESSER, G. & SCHMIDT, M. H. (2000). Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Ergebnisse der Mannheimer Risikokinderstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 29, 246–262.
- LAUCHT, M., HOHM, E., ESSER, G. & SCHMIDT, M. H. (2005). Erhöhtes Raucherrisiko von Kindern mit Aufmerksamkeits- und Verhaltensstörungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 34, 266–276.
- LIMBOURG, M., RAITHEL, J. & REITER, K. (2001). Risikoverhaltensweisen Jugendlicher und junger Erwachsener im Straßenverkehr. *Verkehrszeichen* 3, 15–20.
- National Household Survey on Drug Abuse (2002). *Substance use and the risk of suicide among youths*. Office of Applied Studies, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).
- National Survey on Drug Use and Health (2005). *Alcohol use and delinquent behaviors among youths*. Office of Applied Studies, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).
- NELSON, C. B. & WITTCHEN, H. U. (1998a). DSM-IV alcohol disorders in a general population sample of adolescents and young adults. *Addiction* 93, 1065–1077.
- NELSON, C. B. & WITTCHEN, H. U. (1998b). Smoking and nicotine dependence. Results from a sample of 14- to 24-year-olds in Germany. *European Addiction Research* 4, 42–49.
- PERKINS, H. W. (2002). Surveying the damage: a review of research on consequences of alcohol misuse in college populations. *Journal of Studies on Alcohol Supplement* 91–100.
- RICHTER, M. & SETTERTOBULTE, W. (2003). *Gesundheits- und Freizeitverhalten von Jugendlichen*. In: Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W. & Ravens-Sieberer, U. *Jugendgesundheitssurvey* (pp 99–157). Weinheim: Juventa.
- SCHMIDT, M. H. (1998). Dissozialität und Aggressivität: Wissen, Handeln und Nichtwissen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 26, 53–62.
- SCHULZ, E. & REMSCHMIDT, H. (1999). Substanzmißbrauch und Drogenabhängigkeit im Kindes- und Jugendalter. *Deutsches Ärzteblatt* 96, 302–306.
- SETTERTOBULTE, W., JENSEN, B. B. & HURRELmann, K. (2001). *Drinking among young Europeans*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- SLAWECKI, C. J., BETANCOURT, M., COLE, M. & EHHLERS, C. L. (2001). Periadolescent alcohol exposure has lasting effects on adult neurophysiological function in rats. *Brain research. Developmental brain research* 128, 63–72.
- SMITH, R. F. (2003). Animal models of periadolescent substance abuse. *Neurotoxicology and Teratology* 25, 291–301.
- SPEAR, L. P. (2002). The adolescent brain and the college drinker: biological basis of propensity to use and misuse alcohol. *Journal of Studies on Alcohol Supplement* 14, 71–81.
- Statistisches Bundesamt (2002). *Fachserie 8, Reihe 7, Verkehr, Verkehrsunfälle 2001*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- TAPERT, S. F., BROWN, G. G., KINDERMANN, S. S., CHEUNG, E. H., FRANK, L. R. & BROWN, S. A. (2001). fMRI measurement of brain dysfunction in alcohol-dependent young women. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 25, 236–245.
- TAPERT, S. F., GRANHOLM, E., LEEDY, N. G. & BROWN, S. A. (2002). Substance use and withdrawal: neuropsychological functioning over 8 years in youth. *Journal of the International Neuropsychology Society* 8, 873–883.
- UNICEF (2007). *Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries, Innocenti Report Card 7*. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre.
- WHITE, A. M., GHIA, A. J., LEVIN, E. D. & SWARTZ-WELDER, H. S. (2000). Binge pattern ethanol exposure in adolescent and adult rats: differential impact on subsequent responsiveness to ethanol. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 24, 1251–1256.
- WIGHT, D., HENDERSON, M., RAAB, G., ABRAHAM, C., BUSTON, K., SCOTT, S. & HART, G. (2000). Extent of regretted sexual intercourse among young teenagers in Scotland: a cross sectional survey. *BMJ* 320, 1243–1244.
- WINDLE, M. (2004). Suicidal behaviors and alcohol use among adolescents: a developmental psychopathology perspective. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 28, 29S–37S.

## Sucht und soziale Lage

### Welche Risiken bestehen für welche Gruppen von Kindern und Jugendlichen in Bezug auf Tabak, Alkohol und Cannabis?

#### Vorbemerkung

Zur Beschreibung der sozialen Lage bzw. sozialer Ungleichheit und Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen werden in der Forschung verschiedene Indikatoren verwendet:

- Finanzielle Lage anhand des Einkommens der Eltern: z.B. arm/ wohlhabend
- Wohlstands niveau: mehrdimensional, gemessen an der finanziellen Lage der Eltern, Anzahl der Autos, Computer und Bücher im Haushalt, Anzahl der Urlaubsreisen pro Jahr mit der Familie, (kein) eigenes Zimmer pro Kind
- Erwerbsstatus von Jugendlichen: arbeitslos/erwerbstätig
- Schulform: Hauptschule/Realschule/Gymnasium

- Sozialschicht: in der Regel unterteilt in untere, mittlere und obere Sozialschicht anhand des Einkommens, Bildungsgrads und Berufsstatus der Eltern
- Soziales Kapital: Grad und Vielfalt der Einbindung in soziale Netzwerke (z.B. Freunde, Nachbarn, Vereine)

#### Fragestellungen

Bezogen auf diese Indikatoren werden im vorliegenden Beitrag folgende drei Fragestellungen untersucht:

1. Unterscheiden sich sozial benachteiligte von privilegierten Kindern und Jugendlichen in der Prävalenz des Konsums und der Abhängigkeit von Tabak, Alkohol und Cannabis?
2. Sind die verschiedenen Formen sozialer Benachteiligung Risikofaktoren für die Entstehung von Substanzproblemen?
3. Welche präventiven Maßnahmen wären angemessen?

#### Repräsentative Studien

Die dazu vorgestellten empirischen Daten stammen im Wesentlichen aus folgenden Studien:

- Lampert, Thamm 2007: KiGGS-Studie (Kinder- und Jugendgesundheitssurvey) des Robert-Koch-Instituts (RKI), N=6.813, 14–17 Jahre; RKI 2007: KiGGS-Studie, Modul Schleswig-Holstein, N=1.911, 11–17 Jahre.

- Kraus et al. 2004: ESPAD-Studie (Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen), Deutschland N=11.043, 14–15 Jahre, Institut für Therapieforschung (IFT).
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Drogenaffinitätsstudie 2004, N=3.032, 12–25 Jahre.
- HBSC-Studien (Health Behavior of School-aged Children), Altersgruppe jeweils 11–15 Jahre; (1) Klocke, Hurrelmann 1995: HBSC-Studie Nordrhein-Westfalen 1995, N=2.491; (2) Becker 2002: HBSC-Studie Hessen 2002, N=3.614; (3) Ravens-Sieberer, Thomas 2003: HBSC-Studie Berlin 2002, N=9.596; (4) Bilz, Melzer 2005: HBSC-Studie Thüringen 2005, N=1.800.

**TABELLE 1: HÖCHSTE RAUCHERQUOTEN (%)  
STETS IN DEN UNTEREN SOZIALEN STATUSGRUPPEN**

<b>Sozialschicht</b>	<b>untere</b>	<b>obere</b>	
Jungen	36	26	KiGGS 2007 tägliches + gelegentliches Rauchen, 14–17 Jahre
Mädchen	39	22	
<b>Schulform</b>	<b>Hauptschule</b>	<b>Gymnasium</b>	<b>ESPAD 2004</b> tägliches Rauchen, 14–15 Jahre
Jungen + Mädchen	46	23	<b>KiGGS 2007</b> tägliches + gelegentliches Rauchen, 14–17 Jahre
Jungen	42	18	
Mädchen	47	23	
<b>Wohlstandsniveau</b>	<b>niedrigstes</b>	<b>höchstes</b>	<b>HBSC Berlin 2003</b> tägliches Rauchen, 11–15 Jahre
Jungen + Mädchen	19	12	<b>HBSC Thüringen 2005</b> tägliches Rauchen, 11–15 Jahre
Jungen	14	10	
Mädchen	20	10	
<b>soziales Kapital</b>	<b>niedrigstes</b>	<b>höchstes</b>	<b>HBSC Hessen 2002</b> tägliches Rauchen, 11–15 Jahre
Jungen + Mädchen	14	9	

## Tabakrauchen

Beim Tabakrauchen sind Ergebnisse über alle Studien und alle soziale Indikatoren hinweg konsistent: Die höchsten Raucherquoten findet man stets in den unteren sozialen Statusgruppen. Das gilt für Mädchen und Jungen gleichermaßen (Tabelle 1).

Sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche rauchen nicht nur häufiger, sie haben auch ihre ersten Raucheraufahrungen wesentlich früher: spätestens mit 11 Jahren 30% der Hauptschülerinnen und -schüler, hingegen nur 17% der Gymnasiasten (ESPAD-Studie 2004). Sie unterliegen damit viel häufiger hohen tabakbedingten Gesundheits- und Abhängigkeitsrisiken. Denn je früher mit dem Tabakrauchen begonnen wird, desto höher ist das Risiko, körperlich zu erkranken und tabakabhängig zu werden (Bornhäuser 2003; KiGGS-Studie 2007). Hinzu kommt, dass unter ihnen auch der Anteil der stark Rauchenden überproportional hoch ist. Das zeigt sich, wenn man nach der Schulform differenziert (Abbildung 1).

Betrachtet man die soziale Lage nicht nur dichotom, wie in Tabelle 1 (z.B. untere vs. obere Sozialschicht), sondern differenzierter, so sind beim Tabakrauchen nahezu überall klar ausgeprägte soziale Gradienten, d.h. mit dem Grad der sozialen Benachteiligung kontinuierlich ansteigende Raucherquoten, festzustellen, wie dies Abbildung 2 und 3 am Beispiel des Wohlstandsniveaus bzw. der Sozialschichtzugehörigkeit demonstrieren.

Grundsätzlich betrachtet können die erhöhten Prävalenzraten der unteren Statusgruppen darauf zurückgehen, dass Personen mit Substanzproblemen ein höheres Risiko haben, infolge ihrer Suchtproblematik in sozial benachteiligte Lebenslagen zu geraten (Selektionshypothese) oder, dass soziale Benachteiligungen die Entstehung von Substanzproblemen begünstigen (Kausalitätshypothese). Eine Prüfung dieser Hypothesen erfordert Längsschnittstudien, die Entwicklungsprozesse während eines längeren Zeitraums analysieren. Doch wendet man diese Hypothesen auf Kinder und Jugendliche an, so sind

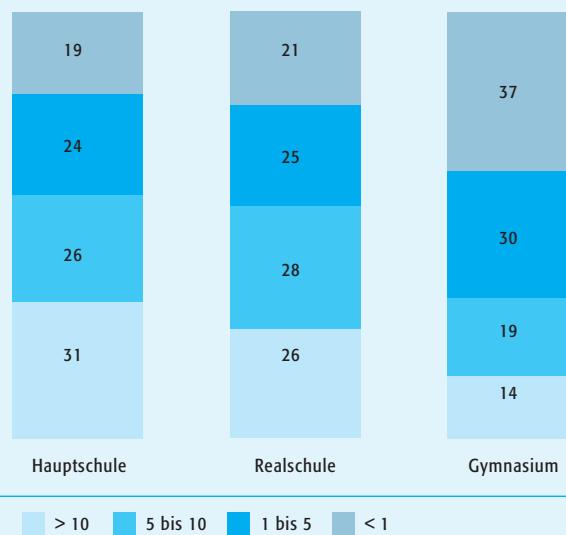
Selektionsprozesse auszuschließen, da nicht das Rauchen die Ursache ihrer sozialen Benachteiligung (z.B. Armut) ist, sondern die soziale Lage ihrer Eltern. Insofern legen die präsentierten Daten nahe, dass das Aufwachsen in benachteiligten Lebenslagen Risikofaktoren impliziert (Kausalitätshypothese), die bereits in einer frühen biographischen Phase den Einstieg in das Rauchen und auch das starke Rauchen erheblich begünstigen.

Die konkreten Risikofaktoren können in einer Reihe von psychosozialen Problemen liegen, die bei sozial schwachen, z.B. in Armut lebenden Kindern nachweislich häufiger auftreten als bei Gleichaltrigen aus privilegierten Verhältnissen und wahrscheinlich zur stärkeren Verbreitung des Tabakrauchs beitragen, unter anderem:

- Geringes Selbstwertgefühl und Gefühle des Ausgegrenztseins: Rauchen zur Demonstration von Selbstsicherheit und zur Integration oder höheren Positionierung in peer-groups

**ABB. 1: VERTEILUNG DER DURCHSCHNITTLICHEN ANZAHL GERAUCHTER ZIGARETTEN PRO TAG IN DEN LETZTEN 30 TAGEN NACH SCHULFORM  
14- BIS 15-JÄHRIGE (AKTUELL RAUCHENDE)**

Angaben in %, Säulensumme 100%, ESPAD 2004, 35



- Leistungsversagen und Stressbelastungen in der Schule: Rauchen zur Stressreduktion
- Beeinträchtigung in der Bewältigung jugendtypischer Entwicklungsaufgaben: Rauchen zur Inszenierung eines Erwachsenenstatus, der z.B. infolge von Armut nur gebrochen und verzögert erreicht wird.
- Vor allem leben sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche in einem sozialen Umfeld, in dem das Tabakrauchen besonders weit verbreitet ist (Eltern bzw. Familie, Schule, peers). Dadurch unterliegen sie einem höheren Konformitätsdruck und es erfolgt eine stärkere Normalisierung und Imitation des Rauchens.

Zu diesem letztgenannten Zusammenhang gibt es Daten zum elterlichen Rauchen (Abbildung 4). Sie zeigen, dass Kinder in Armutsfamilien wesentlich häufiger Eltern – vor allem Väter – haben, die rauchen. Sie unterliegen damit einem höheren Risiko, selbst mit dem Rauchen zu beginnen. Denn das elterliche Rauchen ist einer der stärksten Prädiktoren für den Einstieg in das Rauchen im Kindes- und Jugendalter (Geckova et al. 2005). Zudem sind sie viel häufiger Gesundheitsrisiken durch das Passivrauchen ausgesetzt.

Analoge Zusammenhänge sind nachgewiesen für Hauptschülerinnen und -schüler (Scholz, Kaltenbach 1995; BZgA 2004) sowie für Kinder und Jugendliche aus der unteren Sozial-

schicht (Gilman et al. 2003; Geckova et al. 2005), da auch sie in Relation zu den Referenzgruppen (Gymnasium, obere Sozialschicht) weit überproportional häufig rauchende Eltern und zudem wesentlich häufiger Kontakt zu Gleichaltrigengruppen haben, in denen das Rauchen stark verbreitet ist. Zudem weist auch das Passivrauchen nach sozialer Schicht eine höchst ungleiche Verteilung auf (Abbildung 5). Auch dies bringt zum Ausdruck, dass Kinder und Jugendliche aus den unteren Statusgruppen viel häufiger in einem Tabak rauchenden sozialen Umfeld leben, was Normalisierungs- und Imitationsprozesse und damit den Einstieg in das Rauchen begünstigt.

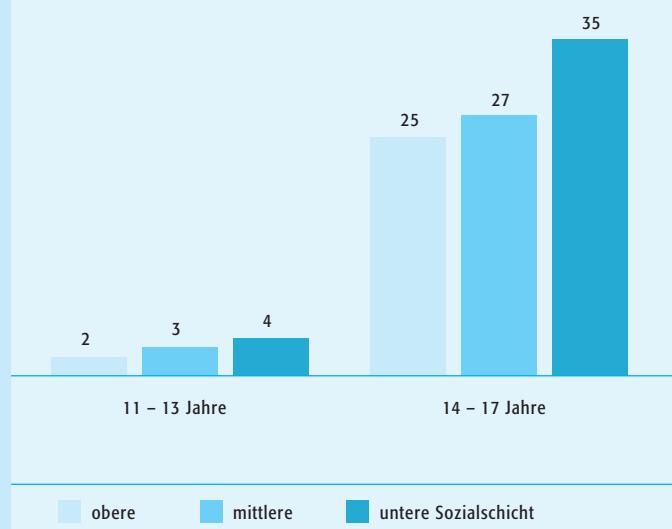
**ABB. 2: PRÄVALENZRATEN (%) DES TÄGLICHEN BZW.  
MEHRMALS WÖCHENTLICHEN TABAKRAUCHENS NACH  
WOHLSTANDSNIVEAU, 11- BIS 15-JÄHRIGE**

HBSC NRW 1995, N=2.491, signifikant bei Adjustierung für Alter und Geschlecht



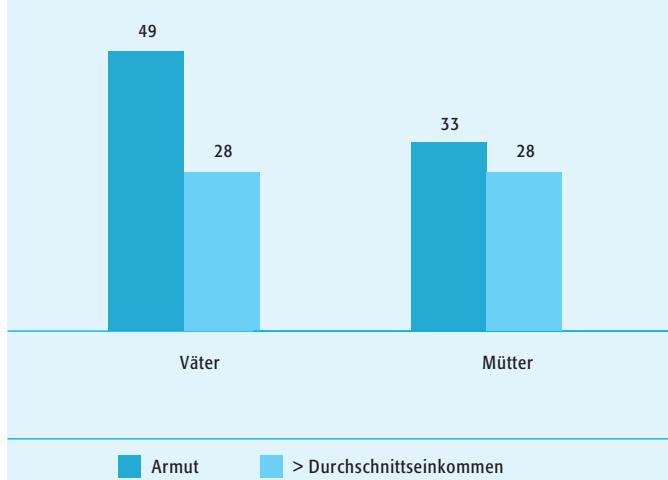
**ABB. 3: PRÄVALENZRATEN (%) DER REGELMÄßIG  
RAUCHENDEN NACH SOZIALER SCHICHT UND  
ALTERSGRUPPEN**

KiGGS Modul Schleswig-Holstein 2007, 49



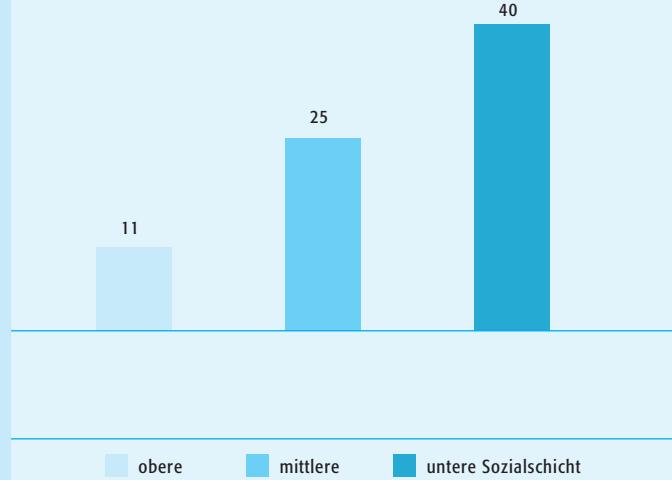
**ABB. 4: PRÄVALENZRATEN (%) DES TÄGLICHEN TABAK-  
RAUCHENS BEI ELTERN (25-50 JAHRE, N=1.478)  
MIT KINDERN UNTER 15 JAHREN NACH ARMUT  
(50%-SCHWELLE)/EINKOMMEN**

Henkel 2007 (Bundesgesundheitssurvey 1998),  
signifikant bei Altersadjustierung (Väter)



**ABB. 5: PASSIVRAUCHEN (%) NACH SOZIALER SCHICHT  
11- BIS 17-JÄHRIGE**

Passivrauchen = täglicher Aufenthalt in Räumen, in denen geraucht wird  
KiGGS Modul Schleswig-Holstein 2007, 49



## Alkoholkonsum

Untersucht man, wie viele Kinder und Jugendliche Alkohol konsumieren, so zeigen die Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzraten keine wesentlichen Unterschiede, wenn man differenziert nach

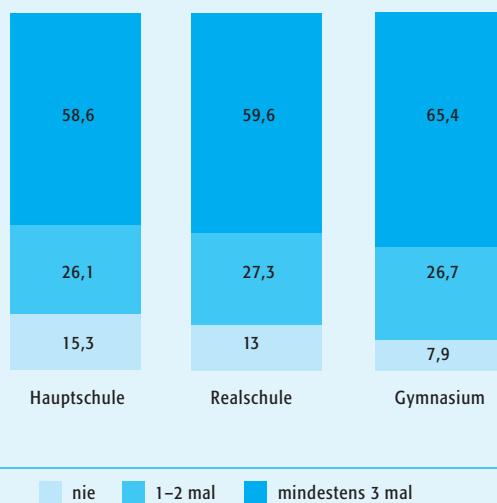
- Schulform  
(HBSC-Studien 1995–2005, ESPAD-Studie, BZgA-Studie 2004)
- Sozialschicht  
(KiGGS-Studien) und
- Wohlstandsniveau  
(HBSC-Studien).

Klare Unterschiede allerdings werden erkennbar, wenn man die Prävalenzverteilung von riskanten Konsummustern zwischen den Schulformen betrachtet und zwar bei den Alkoholrauscherfahrungen und dem „binge drinking“, das als fünf oder mehr Alkoholeinheiten von Bier, Wein oder Spirituosen pro Trinkepisode (z.B. 2,5 oder mehr Liter Bier) definiert ist und in der Forschung häufig als Indikator für problematischen und gesundheitsschädigenden Alkoholkonsum verwendet wird (Abbildung 6 und 7). Bei beiden Konsummustern sind die Prävalenzraten bei den Hauptschüle-

rinnen und -schülern in Relation zu den Gymnasiasten erheblich erhöht, beim „binge drinking“ sogar um mehr als das Doppelte. Vergleichbare Daten differenziert nach sozialer Schicht, Armut oder Wohlstandsniveau liegen bislang nicht vor.

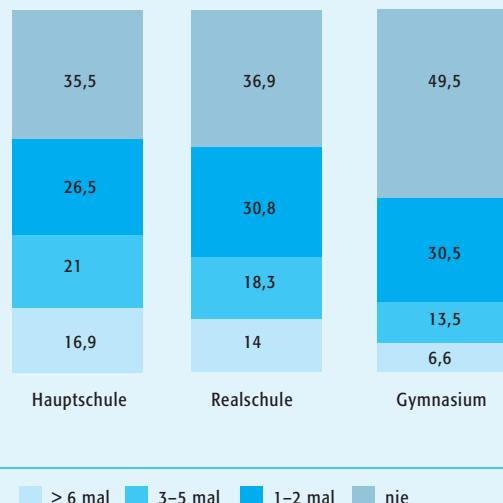
**ABB. 6: VERTEILUNG DER FREQUENZ DER ALKOHOLRAUSCHERFAHRUNGEN IN DEN LETZTEN 30 TAGEN NACH SCHULFORM  
14- BIS 15-JÄHRIGE**

Angaben in %, Säulensumme 100% | ESPAD 2004, 69



**ABB. 7: VERTEILUNG DER FREQUENZ DES BINGE DRINKING IN DEN LETZTEN 30 TAGEN NACH SCHULFORM, 14- BIS 15-JÄHRIGE**

Angaben in %, Säulensumme 100% | ESPAD 2004, 54



## Cannabiskonsum und -abhängigkeit

Cannabis ist in allen sozialen Gruppen annähernd gleich stark verbreitet (Tabelle 2). Allerdings zeigen sich in der Frequenz des Konsums markante Differenzen: Während nur 5% der Gymnasiasten in den letzten 30 Tagen Cannabis häufiger als 40-mal konsumierten, waren es bei den Schülerinnen und Schülern der Haupt- und Realschulen doppelt so viele (Abbildung 8).

Beim Cannabiskonsum ist es also offensichtlich ähnlich wie bei Alkohol und Tabak: Hochfrequente und damit für eine mögliche Abhängigkeitsentwicklung hochriskante Konsummuster sind in den unteren sozialen Statusgruppen deutlich stärker verbreitet. Dem entspricht der Befund von Sydow et al. (2002), die in einer vierjährigen Längsschnittstudie mit 2.466 Kindern und Jugendlichen (12–24 Jahre) feststellten, dass ein niedriger sozioökonomischer Status das Risiko einer Cannabisabhängigkeit (DSM-IV) erheblich erhöhte (Tabelle 3). In Relation zu den übrigen ermittelten Prädiktoren erwies sich der soziale Status sogar als der zweiteinflussreichste Faktor.

## Arbeitslosigkeit und Substanzkonsum

Zur Frage, ob die Arbeitslosigkeit für Jugendliche ein Risikofaktor für die Entwicklung von Substanzproblemen darstellt, liegen zahlreiche Längsschnittstudien aus verschiedenen Ländern vor (Tabelle 4). Sie weisen übereinstimmend nach, dass für arbeitslose Jugendliche in Relation zu Erwerbstätigen gleichen Alters signifikant höhere Risiken bestehen, problematische Substanzkonsummuster und Substanzabhängigkeiten zu entwickeln. Das gilt für die Alkohol-, Tabak- und Drogenproblematik. Eine ausführliche Darstellung der Forschungslage und die Literaturangaben der in Tabelle 4 aufgelisteten Studien findet man bei Henkel (2008).

Plausibel werden diese Befunde, wenn man die inzwischen gut dokumentierten psychosozialen Folgen betrachtet, die länger anhaltende Arbeitslosigkeit bei Jugendlichen (und Erwachsenen) hervorrufen können (Paul, Moser 2001; Kieselbach, Beelmann 2006):

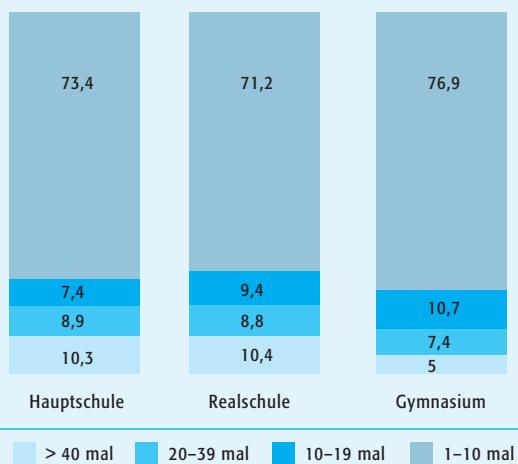
- Minderung des Selbstwertgefühls, reduzierte soziale Wertschätzung
- Verlust sozialer Kontakte, Gefühle des Ausgegrenztseins
- Verlust von Lebensperspektiven, Zukunftsängste
- Abnahme der Lebenszufriedenheit
- Zunahme familiärer Konflikte
- finanzieller Stress
- Zerfall von Zeitstrukturen, Monotoniestress sowie
- erschwerte und verzögerte Bewältigung jugendtypischer Entwicklungsaufgaben, z.B. Gewinnung von Autonomie und Festigung der Identität, unter anderem infolge der verlängerten Abhängigkeit von den Eltern.

Doch nur bei einem relativ kleinen Teil der arbeitslosen Jugendlichen entwickeln oder intensivieren sich Substanzprobleme infolge der Arbeitslosigkeit. Also muss es Risikogruppen geben, die aber bislang noch wenig untersucht sind. Bislang zeichnen sich lediglich ab: männliche Jugendliche, langzeitarbeitslose Jugendliche sowie Kinder und Jugendliche mit arbeitslosen Eltern (Tabelle 4).

Die Arbeitslosenforschung spricht hier von „Opfern durch Nähe“, wenn sich negative Effekte der Arbeitslosigkeit im engeren sozialen Umfeld (Familie, Partnerschaft) auf Personen übertragen, die selbst nicht von Arbeitslosigkeit betroffen sind. Kinder und Jugendliche aus Arbeitslosenfamilien weisen unter anderem ein geringeres Selbstwertgefühl auf, leiden häufiger unter depressiven Verstimmungen, zeigen schlechtere Schulleistungen, sind einsamer und weniger in der Lage, Stress zu bewältigen (Kieselbach, Beelmann 2006). Solche Probleme können zum Konsum psychoaktiver Substanzen motivieren, wenn andere Formen der Bewältigung nicht zur Verfügung stehen.

**ABB. 8: VERTEILUNG DER FREQUENZ DES CANNABISKONSUMS IN DEN LETZTEN 30 TAGEN NACH SCHULFORM (30-TAGE-KONSUMENTEN) 14- BIS 15-JÄHRIGE**

Angaben in %, Säulensumme 100% | ESPAD 2004, 94



**TABELLE 2: 12-MONATSPRÄVALENZRATEN (%) DES CANNABISKONSUMS**

Sozialschicht	untere	obere	
Jungen	14	13	KiGGS 2007
Mädchen	9	11	14–17 Jahre
Schulform	Hauptschule	Gymnasium	
Jungen + Mädchen	23	25	ESPAD 2004
Jungen	16	13	14–15 Jahre
Mädchen	12	10	KiGGS 2007 14–17 Jahre
Wohlstands niveau	niedrigstes	höchstes	
Jungen	6	6	HBSC Thüringen 2005
Mädchen	9	9	11–15 Jahre

**TABELLE 3: PRÄDIKATOREN DER CANNABISABHÄNGIGKEIT (DSM-IV)  
BEI JUGENDLICHEN, DIE ZU UNTERSUCHUNGSBEGINN CANNABIS  
KONSUMIERTEN, ABER NICHT ABHÄNGIG WAREN.**

(Zeitraum 4 Jahre, 14–24 Jahre, N=2.446) von Sydow et al. 2002

OR gibt den Faktor an, um den das Risiko in Relation zur jeweiligen Referenzgruppe (z.B. hoher sozioökonomischer Status) erhöht ist \* signifikant

Prädiktoren	Ausprägung	OR
Risikofaktoren		
Geschlecht	männlich	4.3
Selbstwertgefühl	niedrig	1.9*
Sozioökonomischer Status	niedrig	24.2*
finanzielle Situation	schlecht	7.1*
Konsum anderer illegaler Drogen	ja	7.1*
SCL-90 GSI (Globalindex Schweregrad psychischer Symptome)	hoch	1.7*
Tod eines Elternteils vor dem 15. Lebensjahr	ja	39.7*
Schutzfaktor		
Alter	hoch	0.4*

**TABELLE 4: ERGEBNISSE AUS 11 LÄNGSSCHNITTSTUDIEN: JUGENDLICHE**

In Relation zur Erwerbstätigkeit war die Arbeitslosigkeit mit einem signifikant höheren Risiko für die Entwicklung folgender Substanzprobleme assoziiert:

Autoren, Land	Substanzprobleme	Risiko Männer/Frauen
Peck, Plant 1986 (Schottland)	Konsum illegaler Drogen	für M nicht F
Power, Estaugh 1990 (UK)	heavy drinking	für M nicht F
Janlert, Hammarström 1992 (Schweden)	riskanter Alkoholkonsum	für M nicht F
Hammer 1992 (Norwegen)	Cannabiskonsum	für M nicht F
Hammarström, Janlert 1994 (Schweden)	Einstieg in Tabakrauchen	für M nicht F
Fergusson et al. 1997 (Neuseeland)	Nikotinabhängigkeit DSM-IV	für M nicht F
dto	Drogenabhängigkeit DSM-IV	für M nicht F
Montgomery et al. 1998 (UK)	Alkoholprobleme CAGE-Test	Stichprobe nur M
dto	heavy drinking	Stichprobe nur M
dto	Tabakrauchen	Stichprobe nur M
Fergusson et al. 1997 (Neuseeland)	Alkoholmissbrauch/Abhängigkeit DSM-IV	M + F
dto	Drogenmissbrauch/Abhängigkeit DSM-III	M + F
Dooley, Prause 2004 (USA)	Alkoholmissbrauch/Abhängigkeit DSM-IV	M + F
Christoffersen 2000 (Dänemark)*	Missbrauch Alkohol/Drogen DSM-IV	für M > F
Unger et al. 2004 (USA)*	Einstieg in Tabakrauchen	M + F

Anmerkungen: \* Risiko bei Arbeitslosigkeit der Eltern; M + F keine Geschlechterdifferenzierung

## Präventive Ansätze

Aus den präsentierten Daten ist als erste Schlussfolgerung zu ziehen: Präventive Maßnahmen müssen

- der sozialepidemiologischen Verteilung der Prävalenzen und Risiken entsprechen, d.h. verstärkt auf die sozial benachteiligten Gruppen gerichtet sein,
- sich auf das Tabakrauchen und riskante Alkohol- und Cannabiskonsummuster konzentrieren und
- sich daran messen lassen, ob sie geeignet sind, die sozialen Differenzen im Substanzkonsum substantiell zu verringern.

Präventive Effekte wären zu erwarten durch

- Abbau der Kinderarmut, von der derzeit in Deutschland nach verschiedenen Schätzungen 1,8 bis

2,5 Millionen Kinder unter 15 Jahren betroffen sind,

- Verhinderung der Jugendarbeitslosigkeit,
- Ausbau der Kinder- und Jugendarbeit vor allem in Stadtteilen und Gemeinden mit hoher sozialer Benachteiligungsdichte,
- Verstärkung schulbasierter Suchtprävention, besonders in Hauptschulen,
- effektivere Nutzung massenmedialer Prävention bei gleichzeitiger Einschränkung der Alkohol- und Verbot der Tabakwerbung und
- weitere Erhöhungen der Tabaksteuer.

Eine präventive Schwerpunktsetzung in der Hauptschule begründet sich darin, dass hier der Anteil der Risikogruppen überproportional hoch ist, d.h. der Kinder und Jugendlichen, die

der unteren Bildungs- und Sozialschicht angehören, in Armut bzw. auf niedrigem Wohlstands niveau leben, arbeitslose Eltern haben oder selbst von Arbeitslosigkeit bedroht sind. Eine solche Schwerpunktsetzung ist bislang nicht erkennbar. Soweit überhaupt schulbasierte Suchtprävention stattfindet, ist sie zudem weitgehend lebenslagenneutral, d.h. nicht an der je spezifischen sozialen Lage der Kinder und Jugendlichen orientiert.

Massenmedien, vor allem die TV-Medien, bieten sich deshalb an, weil visualisierte Präventionsbotschaften auch Jugendliche mit geringem Bildungsniveau gut erreichen und das Fernsehen für sozial benachteiligte Jugendliche (arme, arbeitslose, untere Sozialschicht) eine weit überdurchschnittlich hohe Attraktivität ausübt (Klocke 2001; Shell-Studie 2003; KiGGS-Studie 2007). Diese hohe TV-

Medienkontakte dichte muss genutzt werden. Mediale Präventionskampagnen sind allerdings nur dann effektiv, wenn sie mindestens drei Kriterien erfüllen: Sie müssen zielgruppengenau, d.h. an den konkreten Bedürfnissen sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher orientiert, langfristig angelegt und alltäglich präsent sein (Schulze, Lampert 2006).

Solche Initiativen hat es hierzulande noch nicht gegeben. Zudem werden die potentiellen Effekte massenmedialer Prävention immer wieder zu nichte gemacht durch die Alkohol- und Tabakwerbung, die eindrucksvoll vorführt, wie stark und nachhaltig wirksam permanent präsente und zielgruppengenue Medienkampagnen sein können, und die mit ihren suggestiven Bildern und Symbolen von Glück und unbeschwerter Lebensfreude, Freiheit und Abenteuer, Erfolg und Reichtum wahrscheinlich gerade bei jenen Bevölkerungsgruppen die größte Resonanz erzeugt, die all dies am stärksten entbehren. Daher erscheint es auch aus der Perspektive der vorliegenden Thematik geboten, die Alkoholwerbung deutlich einzuschränken und die Tabakwerbung vollständig zu verbieten.

Nach den meisten bislang vorliegenden Studien sind deutliche Tabaksteuer- und damit Preiserhöhungen geeignet, die sozialen Differenzen im Tabakkonsum zu verringern, da sozial Benachteiligte aufgrund ihres knappen Finanzbudgets besonders preiselastisch, d.h. konsumeinschränkend reagieren (Hanewinkel, Ivensee 2003;

Deutsches Krebsforschungszentrum 2004). Über diesen Weg wäre auch das Rauchverhalten sozial benachteiligter Eltern positiv zu beeinflussen und damit auch die familiäre Tradition des Rauchens und das Passivrauchen der Kinder zu reduzieren.

### Zusammenfassung: Die 5 wichtigsten Punkte

- Hin zu den nach Bildung, Arbeit, Einkommen und Wohlstand jeweils am stärksten benachteiligten Kinder und Jugendlichen nehmen die Risiken für die Entwicklung von Substanzproblemen deutlich zu.
- Daher besteht für sie ein entsprechend erhöhter Präventionsbedarf.
- Die epidemiologischen Daten verweisen auf die Notwendigkeit einer präventiven Schwerpunktsetzung in der Hauptschule,
- flankiert durch Ausbau der Kinder- und Jugendarbeit, massenmediale Prävention, Einschränkungen der Alkohol- und Verbot der Tabakwerbung, weitere Erhöhungen der Tabaksteuer und
- Maßnahmen zur Verringerung der Kinderarmut und Verhinderung von Jugendarbeitslosigkeit.

## Literatur

- BILZ L, MELZER W: Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der HBSC-Gesundheitsstudie 2005 im Freistaat Thüringen. TU Dresden, Fakultät Erziehungswissenschaften, Forschungsgruppe Schulevaluation, 2005.
- BORNHÄUSER A: Tabakkonsum im Kindes- und Jugendalter. In: Farke W, Graß H, Hurrelmann K (Hrsg.). Drogen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Thieme, 2003: 68–80.
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZgA): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Köln: BZgA, 2004.
- DEUTSCHE SHELL (Hrsg): Jugend 2002: Zwischen pragmatischem Idealismus und robustem Materialismus. Frankfurt a.M.: Fischer, 2003.
- DEUTSCHES KREBSFORSCHUNGZENTRUM (dkfz): Rauchen und soziale Ungleichheit. Heidelberg: dkfz, 2004.
- GECKOVA A et al.: Influence of socio-economic status, parents and peer on smoking behavior of adolescents. European Addiction Research, 2005, 11: 204–209.
- GILMAN S, ABRAMS D, BUKA S: Socioeconomic status over life course and stages of cigarette use: initiation, regular use and cessation. J. of Epidemiology and Community Health, 2003, 57: 802–808.
- HANEWINKEL R, ISENSEE B: Der Zusammenhang zwischen Preis und Konsum von Zigaretten: Eine Analyse vorliegender Studien und Implikationen für die Tabakkontrollpolitik. In: Rumpf HJ, Hüllinghorst R (Hrsg.). Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen. Freiburg: Lambertus, 2003: 395–411.
- HENKEL D: Armut – Suchtrisiken für Kinder und Jugendliche. In: Klein M (Hrsg.). Kinder und Suchtgefährden. Stuttgart: Schattauer Verlag, 2007: 309–318.
- HENKEL D: Stand der internationalen Forschung zur Prävalenz von Substanzproblemen bei Arbeitslosen und zur Arbeitslosigkeit als Risikofaktor für die Entwicklung von Substanzproblemen: Alkohol, Tabak, Medikamente, Drogen. In: Henkel D, Zemlin U (Hrsg.). Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag/Verlag für angewandte Wissenschaften, 2008: 10–69.
- KIESELBACH T, BEELMANN G: Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Stand der Forschung. In: Hollederer A, Brand H (Hrsg.). Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Göttingen: Huber, 2006: 13–34.
- KLOCKE A, HURRELmann K: Armut und Gesundheit. Inwieweit sind Kinder und Jugendliche betroffen? Zeitschrift f. Gesundheitswissenschaften, 2. Beiheft: 1995: 138–151.
- KLOCKE A: Armut bei Kindern und Jugendlichen. Berlin: Robert-Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 3/01, 2001.
- KRAUS L, HEPPEKAUSEN K, BARRERA A, ORTH B: Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD). Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. München: IFT, IFT-Berichte Bd. 141, 2004.
- LAMPERT T, THAMM M: Tabak- Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Gesundheitsschutz 50, 2007: 600–608.
- PAUL K, MOSER K: Negatives psychisches Befinden als Wirkung und Ursache von Arbeitslosigkeit: Ergebnisse einer Metaanalyse. In: Zempel J et al. (Hrsg.). Erwerbslosigkeit. Ursachen, Auswirkungen und Interventionen. Opladen: Leske und Budrich, 2001: 83–110.
- RAVENS-SIEBERER U, THOMAS CH: Gesundheitsverhalten von Schülern in Berlin. Ergebnisse der HBSC-Jugendgesundheitsstudie 2002 im Auftrag der WHO. Berlin: Robert-Koch-Institut, 2003.
- ROBERT-KOCH-INSTITUT (RKI): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI, 2007.
- SCHOLZ M, KALTENBACH M: Zigaretten- Alkohol- und Drogenkonsum bei 12- bis 13-jährigen Jugendlichen – eine anonyme Befragung bei 2.979 Schülern. Gesundheitswesen 1995, 57: 339–344.
- SCHULZE A, LAMPERT T: Bundes-Gesundheitssurvey: Soziale Unterschiede im Rauchverhalten und in der Passivrauchbelastung in Deutschland. Berlin: Robert-Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2006.
- VON SYDOW K, LIEB R, PFISTER H, HÖFLER M, WITTCHEN H-U: What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. Drug and Alcohol Dependence 2002; 68: 49–64.

## Drogen in den Erziehungshilfen – Kinder und Jugendliche erreichen

„Nachdem wir im Rahmen der mobilen Betreuung ein 17jähriges Mädchen in einer eigenen Wohnung betreuten und es dort offensichtlich immer wieder zum Konsum von Haschisch gekommen ist und diese Wohnsituation des Mädchens für Jugendliche aus Wohngruppen, die zu Besuch bei dem Mädchen waren, als außerordentlich attraktiv erlebt wurde, kam es zu massivem Druck der Mitarbeiter auf die pädagogische Leitung, nun doch endlich handeln zu müssen.“

Das Programm der diesjährigen Nds. Suchtkonferenz hat verschiedene Fragestellungen aufgeworfen. So zum Beispiel Fragen zur Schnittstellenproblematik und zur Klärung der Zuständigkeit für Kinder und Jugendliche mit Abhängigkeiten.

Dazu die Fortführung des Eingangszitates:

„In der Auseinandersetzung um diesen Fall wurde deutlich, dass keiner in der Einrichtung eine konstruktive Lösung dieses Problems sah. Aus Ohnmacht wurde dann schlicht der Rauswurf dieses Mädchens aus der Einrichtung gefordert. Wohin sie allerdings ‚geworfen‘ werden sollte, war unklar. Es blieb die ‚Freie Wildbahn‘ und damit Obdachlosigkeit, Kriminalisierung, eventuell Prostitution.“

Dieses Zitat ist inzwischen schon selbst jugendlich. Mit seinen 16 Jahren stammt es aus einer Schriftenreihe des Evangelischen Erziehungsverbands von 1991 „Im Mittelpunkt: Jugendliche Drogenkonsumenten – Ausgrenzen oder Handeln?“

Heute, 16 Jahre später, haben wir die Veröffentlichung „Jugendhilfe und Drogenhilfe“ mit dem Titel „Gemeinsam Handeln“ in einem Zusammenschluss von drei Verbänden herausgegeben. Sie knüpft an das 16 Jahre alte Zitat an, indem heute unter dem Titel „Problemaufriss“ aus Sicht der Erziehungshilfe konstatiert wird: „Seit zirka zehn Jahren wird die Abschiebepraxis der Erziehungshilfe in immer spezialisierteren Einrichtungen indes kritisch gesehen – nicht nur in Bezug auf Drogen konsumierende Jugendliche. Aufgrund der Leitideen „Lebensweltorientierung“ und „Entspezialisierung“ ist ein größeres Bemühen da, sich konkret an ihren persönlichen Bedürfnissen zu orientieren und auch gezielter mit den Eltern zusammenzuarbeiten.“

Genau hier knüpfe ich mit meinem Referat an. Es kommt in den Erziehungshilfen darauf an, die Kinder unabhängig von ihren Symptomen zu

erreichen. Das schließt das Erkennen von Grenzen der eigenen Handlungsmöglichkeiten genauso ein wie die sich hieraus ergebenden Konsequenzen, die als einzigen Ausweg eben nicht nur das Zappen zwischen verschiedenen Hilfeformen kennen. Ich habe zu den Fragestellungen anlässlich der XVII. Niedersächsischen Suchtkonferenz „Neue Drogenkonsummuster im Jugendalter“ Anregungen für Antworten entwickelt. Diese können die Fragen nicht abschließen, da gerade die Diskussion zu Drogen immer vor dem aktuellen gesellschaftlichen Hintergrund zu sehen ist, wie die Eingangszitate unterstrichen haben.

Hinzu kommt: So komplex die Lebenslagen so differenziert die Antworten. Die drei gezeigten Bilder verdeutlichen, wie unterschiedlich Kinder ihre Lebenswelt betrachten. Entstanden sind sie im EREV (Evangelischer Erziehungsverband e.V.) Malwettbewerb „Die Welt mit meinen Augen“. (s. Seite 31)

Aufgrund dieser Unterschiede in der Lebenswelt und den Wirklichkeiten von Kindern ist eine differenzierte Bedarfserfassung, eine Problembeobachtung und -beschreibung sowie eine Klärung erforderlich, die in die Ent-

### Malwettbewerb „Die Welt mit meinen Augen“



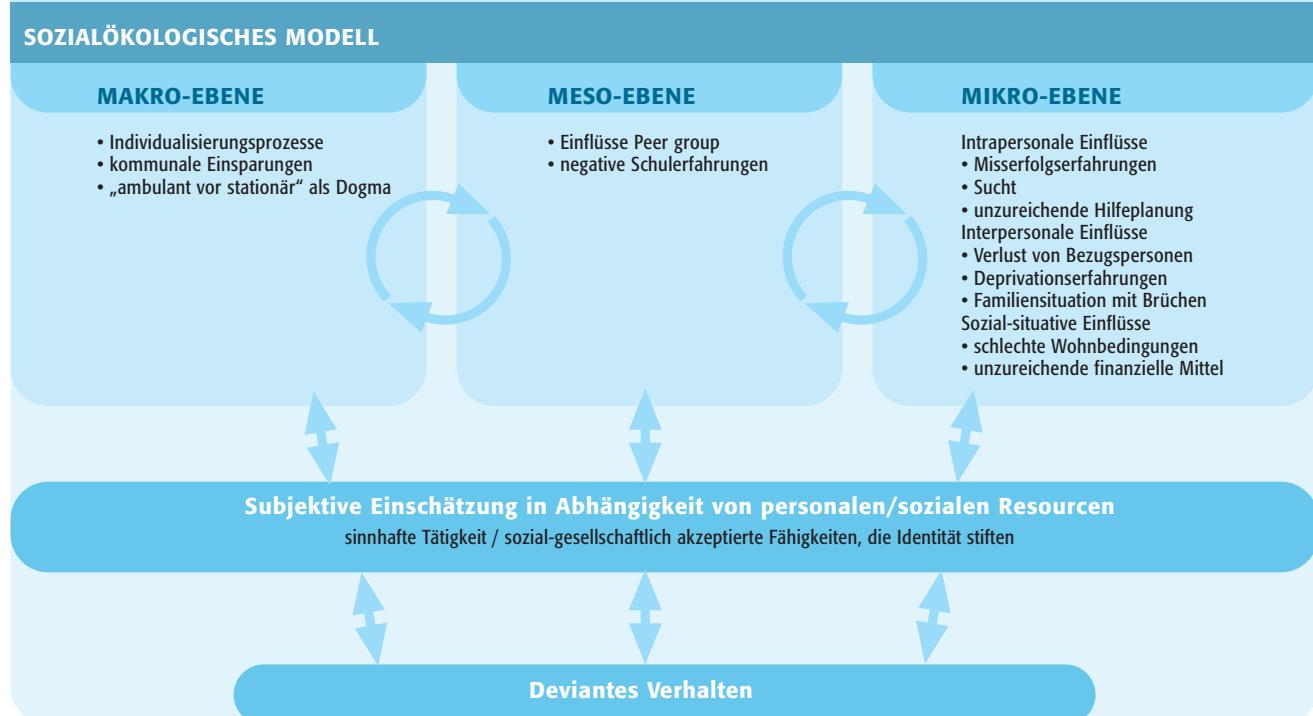


wicklung adäquater Ziele im Hilfeplan und in einer Maßnahmenplanung münden.

Zu Beginn ein Beispiel von Stefan, an dem die Einflussfaktoren der biographischen Entwicklung deutlich werden: Der Kontakt zum Jugendamt bestand seit der Geburt von Stefan, da ihn die Kindesmutter häufig allein ließ und Nachbarn sich über Lärm beschwerten, der aus der Wohnung kam. Der Vater von Stefan ist unbekannt und die Kindesmutter alleinerziehend mit damals Sozialhilfebezug. Der Kontakt zur Familienhilfe kam über den Kindergarten zustande, da der damals

dreijährige Stefan nur unregelmäßig den Kindergarten besuchte und dort durch aggressives Verhalten auffiel. Neben der Familienberatung wurde die ambulante sozialpädagogische Familienhilfe eingesetzt. Das Verhalten von Stefan änderte sich nicht. Als die Mutter eine neue Partnerschaft mit Herrn F. einging, entstand zwischen den beiden eine enge Bindung, fast als wären sie Vater und Sohn. Als Stefan sechs war, trennte sich die Mutter von Herrn F.. Die Verhaltensauffälligkeiten nahmen zu: Einnässen, gelegentliches Einkoten, Streunen sowie erste Diebstähle und Aggressionen in der Familie und in der Schule. Die

ambulante Betreuung von Stefan konnte einen Kontakt zu ihm herstellen. Da die Mutter mit Stefan überhaupt nicht mehr klar kam, sollte er in eine Pflegefamilie gegeben werden und zwar zu Herrn F., der inzwischen verheiratet war und in seiner Familie zwei Stiefkinder und ein leibliches Kind erzog. Das enge Verhältnis von Herrn F. und Stefan belastete nun den Umgang in dieser Familie sehr. Die Ehefrau fühlte sich und ihre Kinder zurückgesetzt und benachteiligt. Sie wandte sich an das Jugendamt, weil sie das Pflegeverhältnis nicht fortsetzen konnte.



Stefan kam daraufhin im Alter von 12 Jahren in eine stationäre Wohngruppe. Weiterhin nässte und kotete er ein. Schulschwierigkeiten und massive Konflikte in der Gruppe mit Alkoholkonsum und Cannabisgebrauch führten dazu, dass die Hilfe in der Wohngruppe beendet werden musste. Das Jugendamt wandte sich an das Familiengericht, um eine geschlossene Unterbringung für Stefan durchzusetzen. Die Kindesmutter willigte ein.

An diesem Beispiel werden die Einflussfaktoren deutlich, von denen ich einige anhand des sozialökologischen Modells aufgreife (Abb. Sozialökologisches Modell).

»Nicht gegen den Fehler, sondern für das Fehlende. Erst verstehen, dann erziehen.«

(Paul Moor) <sup>[2]</sup>

Da die gezeigten Einflüsse nicht als Säulen nebeneinander stehen, sind die gegenseitigen Wechselwirkungen wesentlich. Anhand Stefans Geschichte wird dies besonders deutlich: erst die leibliche Mutter, dann der Lebensgefährte, der Wechsel in die Pflegefamilie, die Wohngruppe und die Peer-Group mit Gewalttätigkeiten.

Der Gedanke des sozialökologischen Modells knüpft an die Bundesfachtagung des evangelischen Erziehungsverbands im Mai 2007 in Leipzig an. Im Mittelpunkt stand die Thematik „Kinder erreichen! Eine Auseinandersetzung mit den Lebenswelten von Kindern“.

Wenn der Lebensweltbegriff nach diesem Verständnis mit Leben gefüllt wird, muss eine Orientierung an der Person und an der subjektiven Sichtweise erfolgen. Jedes Kind, jede/r Jugendliche ist ein Experte für seine Lebenswelt. Sie haben das Wissen um Erfolge und Misserfolge, Gefühle, Erfahrungen und Lebensschwierigkeiten. Sie müssen mit diesen Rahmenbedingungen klar kommen, das Leben gestalten und handeln. Die Rahmenbedingungen können wie bei Stefan anders aussehen, als wir uns das wünschen: Die Mutter, die nicht nach Hause kommt, das Gefühl, Verantwortung für die Familie zu haben und doch ohnmächtig zu sein, die wirtschaftlich angespannte Situation der

Mutter und die beengte Wohnung in einem Satellitenstadtteil von Hannover ohne gewachsene Infrastruktur von Unterstützungssystemen wie zum Beispiel Kirchengemeinden, pädagogischem Mittagstisch oder ehrenamtlichen Patenschaften.

Erziehungshilfen können die Jugendlichen unterstützen, einen Sinn zu finden (der gesellschaftlich akzeptiert ist). Hierzu können auch intensivpädagogische Maßnahmen gehören. Zusätzlich kann die Lebenswelt mit ihren Ressourcen in den Blick genommen werden. Bei Stefan wäre so eine Ressource zum Beispiel der Tischler im Stadtteil, bei dem er hospitieren kann, oder der Unterstand, der gemeinsam gebaut wird, um einen anderen Treffpunkt als die Bushaltestelle zu haben.

Es gilt, wie Alfred Schütz es genannt hat, die Frage zu beantworten: Wie kann unter den Lebensbedingungen ein gelingender Alltag zustande kommen? Die Konzentration auf den Alltag legt pragmatische Lösungen nahe. Diese Alltagsorientierung ist verknüpft mit der Lebensweltorientierung. Erlauben Sie mir in diesem Zusammenhang einen kleinen Exkurs in meine Zeit bei der Familienhilfe, die im Laufe der Jahre in Bezirkssozialarbeit, Allgemeiner Sozialdienst und Kommunaler Sozialdienst umbenannt wurde. Am Anfang waren wir für Stra-

ßen zuständig, die in der Nähe der Dienststelle lagen. Das Büro befand sich in einer Hochhauswohnung. Wenn wir über den Markt gingen, sahen wir die Treffpunkte der Jugendlichen – zum Beispiel vor Edeka, wo sie nach der Schule (manchmal auch stattdessen) standen und rauchten. Ebenso hatten wir die Obdachlosen im Blick, die keine Toilette hatten und an die Bäume auf dem Markt pinkelten. Wie Peter Pantucek <sup>[1]</sup> formulierte, war die Annäherung an die Kinder und Jugendlichen möglich. Der Zugang zu den Wohnungen und in ihr familiäres Leben war möglich durch die Allgemeinzuständigkeit für Sozial-, Wohnungs- und Jugendamt.

Im Laufe der Jahre erfolgte die Spezialisierung und damit Abkehr von der Allgemeinzuständigkeit. Die Bezirke waren nicht mehr fußläufig erreichbar – mit dem Auto sieht man nun mal nicht, was hinter der Kirche passiert. Das Wissen um die Lebenswelten ging zurück und die Zugänge zu den Alltäglichkeiten waren nicht mehr gegeben, weil wir nur noch für die Erziehungshilfe zuständig waren. Der Alltag der Familien wurde bestimmt durch Arbeitslosigkeit, Wohnungsnot und zum Teil Perspektivlosigkeit. Die Unterstützungsmöglichkeiten waren nun eingeschränkt, weil die konkreten materiellen Hilfen nicht mehr zum Aufgabenbereich des Kommunalen

Sozialdienstes gehören. In diesem Zusammenhang ist es meiner Meinung nach unverständlich, warum bestehende Regelstrukturen zerschlagen werden und die Nutzung von vorhandenen Ressourcen in den Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen nur unzureichend erfolgt. Stattdessen wird nun versucht, die notwendige Nähe zu den Familien mühsam in Modellprojekten herzustellen. Das System der Polizei hat die Bedeutung der Kontaktbeamten erkannt, die nun wieder zu Fuß oder mit dem Fahrrad unterwegs sind. Soziale Arbeit muss diese Nähe herstellen, um helfen zu können. So forderte der Deutsche Verein anlässlich der Jugendministerkonferenz am 1. Juni 2007: Nur wenn ein niedrigschwelliges und differenziertes Netz von frühen Hilfen besteht, kann es gelingen, den Schutz von Kindern nachhaltig zu verbessern. Einzelne Leuchttürme reichen hierfür nicht aus.

Doch zurück auf die Alltagsorientierung von Alfred Schütz. Ich meine, dass wir in den Erziehungshilfen über den pragmatischen Blick auf den Alltag hinausgehen müssen. Es geht um das Recht auf Förderung der Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit. Das bedeutet eben für das Beispiel Stefan, sich nicht ausschließlich an den Lebensumständen zu orientieren und sie als gege-

ben hinzunehmen sowie die Hilfen nicht einfach pragmatisch zuzuordnen und schließlich zu dem Ergebnis zu kommen, dass mit Sozialpädagogischer Familienhilfe (SPFH), Einzelbetreuung und Wohngruppe alles getan ist.

Um einen Zugang zu Stefan zu finden, der nicht über seinen Alltag definiert wird und durch die Lebenswelt mit ihren Einflüssen wie Freunde und Drogen blockiert ist, kann die individuelle Hilfeplanung und Kooperation zwischen Jugend- und Drogenhilfe den Weg ebnen, um eine sinnhafte Gestaltung seines Lebens voranzubringen.

So banal das klingt, so schwieriger ist es zu akzeptieren, dass es keine Patentrezepte im Umgang mit Drogenproblematiken geben kann und geben wird.

Das Sozialökologische Modell hat es verdeutlicht. Die Komplexität der Lebenswelten erfordert individuelle Erziehung und vor allen Dingen verlässliche Pädagoginnen und Pädagogen. Lassen Sie mich in diesem Zusammenhang einen Seitenblick auf die Thematik der Wirkungsorientierung werfen. Erziehung wird, wie unser Vorsitzender Herr Knorr es ausgedrückt hat, ein Mysterium bleiben. Der Glaube, monokausale Zusammen-

hänge zwischen Ursache und Wirkung herstellen zu können, irrt.

„Nicht gegen den Fehler, sondern für das Fehlende. Erst verstehen, dann erziehen.“  
(Paul Moor) <sup>[2]</sup>

Der 1977 verstorbene Schweizer Pädagoge Paul Moor geht nicht vom augenfälligen Fehler, sondern von den Stärken des Klienten aus. Wie in der heilpädagogischen Behandlung werden Kinder, Jugendliche und Familien unterstützt, diese Fähigkeiten in sich zu entdecken und zu nutzen.

Diese Erziehung setzt eine Beziehung voraus, in der der Klient vorbehaltlos angenommen und in seiner Einzigartigkeit akzeptiert und verstanden wird.

Moor hat diese heilpädagogischen Grundsätze nicht nur theoretisch entwickelt, sondern auch in Fürstenwalde praktisch gelebt. Er leitete ein, wie es damals hieß, Kinderheim mit psychopathischen Knaben und Mädchen. Lassen Sie mich die Aussagekraft des oben genannten Zitats mit einem Artikel von Cordula Zywicki <sup>[3]</sup> verdeutlichen, der in der Evangelischen Jugendhilfe veröffentlicht wurde.

Unter dem Titel „Wollen Sie nicht oder können Sie nicht anders?“ geht sie auf die Traumaforschung und die Möglichkeiten der Pädagogik ein. Zu Beginn zeichnet sie diese Kurzportraits von Kindern:

Julia ritzt.  
 Christiane quält andere Kinder.  
 Jana macht den Erzieher an und mischt die Gruppe auf.  
 Sonja rastet aus.  
 Melanie leidet unter Albträumen und Schlafstörungen.  
 Daniela wäscht sich nicht.  
 Tanja vermüllt ihr Zimmer.  
 Tina will nach Hause, obwohl dort die Hölle los ist.  
 Janine säuft und kifft.  
 Denise hortet Lebensmittel in ihrem Zimmer.  
 Martina haut ständig ab.

Wollen diese Kinder nicht oder können sie nicht anders? Die Antwort gibt Cordula Zywicki anhand der vollständigen Portraitiierung der Kinder.

Julia ritzt.  
 Sie kann sich manchmal nicht spüren. Das war mal sinnvoll, aber es macht auch Angst.  
 Christiane quält andere Kinder.  
 In einer Welt, wo es nur Prügelnde und Geprügelte gibt, ist es schlau, auf der Seite der Täter zu stehen.  
 Jana macht den Erzieher an und mischt die Gruppe auf.  
 Es ist gut, die Kontrolle zu behalten. In Sachen Missbrauch und Gewalteskalationen ist sie als Opfer Fachfrau.  
 Sonja rastet aus.  
 Sonja rastet aus, wenn man zu laut mit ihr spricht. So fing es ja auch früher an, bevor ihr Vater ihre Mutter bis zur Bewusstlosigkeit schlug.  
 Melanie leidet unter Albträumen und Schlafstörungen.  
 Nachts kommen die Bilder und außerdem ist es schlau, mitzukriegen, wenn jemand kommt.  
 Daniela wäscht sich nicht.  
 Daniela hasst ihren Körper und außerdem kriegt sie so komische Angst, wenn sie sich berührt.  
 Tina will nach Hause, obwohl dort die Hölle los ist.  
 Sie will ihre Geschwister und ihre Mutter schützen. Außerdem: Vielleicht hat sich ihr Stiefvater geändert, dann würde sie ihm alle Jahre der Gewalt verzeihen und könnte auch noch eine normale Kindheit haben.  
 Janine säuft und kifft,  
 damit die Bilder und schlechten Gefühle weggehen.  
 Denise hortet Lebensmittel in ihrem Zimmer.  
 Es ist schlau zu hamstern, wenn man nicht weiß, ob es die nächsten Tage etwas zu Essen gibt.

Sie haben hier in komprimierter Form Beispiele für das Verstehen von Kindern. Paul Moors erster heilpädagogischer Grundsatz heißt: „Erst verstehen – dann erziehen“. Junge Menschen müssen jedoch häufig genau das Gegenteil erfahren: Erst kommt die Erziehung, dann das Verstehen. Wenn die Fremdunterbringung in einer Einrichtung über Tag und Nacht oder in einer intensivpädagogischen Maßnahme das Ergebnis einer Konfliktentladung oder mindestens eines Konfliktmanagements ist, wird es umso wichtiger, dass sich diese Erfahrung nicht wiederholt und wiederholt und wiederholt. Das wichtigste Erziehungsziel ist die Vermittlung des Gefühls, angenommen und verstanden zu sein – nicht das Erzielen eines bestimmten Verhaltens oder das Erreichen eines Schulbesuchs etc.. Die JULE-Studie (Studie zu Leistungen und Wirkungen der Jugendhilfe des Evangelischen Erziehungsverbandes) hat gezeigt, dass die Wahrscheinlichkeit für ein gelingendes Leben nach dem Ende der Erziehungshilfe im Verhältnis von 1:5 steigt, wenn es nicht mehr als drei Stationen in der Erziehungshilfe gegeben hat. Hier kann ich die Frage „Wie werden Kinder und Jugendliche mit Drogenproblemen erreicht?“ zusammenfassend beantworten: Die Methoden kommen erst an dritter Stelle. An ers-

ter und zweiter Stelle stehen das Verstehen und das Halt-geben. Ange-sichts der Vielzahl unterschiedlicher Lebenswelten und Sichtweisen können zum Beispiel freiheitsentziehende Maßnahmen und intensivpädagogische Hilfen im Einzelfall die adäquaten Methoden und der Lebenssituation des jungen Menschen angemessen sein.

Analog zum sozialökologischen Modell hier auszugsweise Gesichtspunkte zum Erreichen von jungen Menschen:

#### **Makroebene**

- Förderung einer suchtmittelfreien Entwicklung
- Umdenken, d.h. z.B. das Gefährdungspotential von Cannabis- und Mischkonsum hervorheben  
(Stw. Sensitisierung)
- Hilfen für seelisch Behinderte, SGB VIII
- Hilfen für junge Volljährige, SGB VIII
- durchlässige Finanzierungsformen für die Jugend- und Drogenhilfe

#### **Mesoebene**

- nachbarschaftliche Unterstützungs-systeme: Hinschauen statt Umwege
- Kooperation der Helfersysteme: Jugendhilfe, Schule, Justiz, Psychiatrie, Medizin, Drogenhilfe
- soziale Bindungen
- unentgeltlicher Zugang zu Beratungsstellen

#### **Mikroebene**

- rechtzeitige Unterstützung – frühzeitige Intervention
- ambulante Erziehungshilfen nicht als Dogma anwenden
- Kontinuität der Hilfen
- Erst verstehen, dann erziehen!

„Dem zu Erziehenden das Erlebnis zu geben, ich sorge für Dich und ich sorge mich um Dich. Sich um einen Menschen Sorge machen, ist die erste Voraussetzung, die uns die Berechtigung gibt, zu erziehen.“

Ich denke dieser Satz, den Schwester Ingeborg Prigge vor 40 Jahren in einer Schrift des EREV veröffentlicht hat, passt abschließend zu dem gestellten Referatstitel: „Kinder- und Jugendliche erreichen.“

[1] Pantucek, Peter: Lebensweltbezogene Methoden in der Kinder- und Jugendarbeit als Handlungsorientierung und -anleitung in: „Handbuch Methoden der Kinder- und Jugendarbeit“, Hrsg. von Karl-Heinz Braun, Bernd Dobesberger, Konstanze Wetzel u.a., LIT-Verlag, Münster/Wien, 2005

[2] Moor, Paul: Heilpädagogik. Ein pädagogisches Lehrbuch. Huber, Bern [u.a.], 1974

[3] Zywicki, Cordula: Wollen sie nicht oder können sie nicht anders. In: Zeitschrift Evangelische Jugendhilfe, 1/2006, S. 57–61

## Alkoholkonsum in 10. Klassen in Braunschweig

Im Herbst 2006 wurden 554 Schülerinnen und Schüler (20% Stichprobe) aus den 10. Klassen aller Braunschweiger Schulformen zu ihrem Alkoholkonsum befragt. Beteiligt waren Hauptschulen, Realschulen, Gymnasien, integrierte Gesamtschulen, Förderschulen und Berufsschulen (Berufsvorbereitungsjahr-Klassen). Die Stichprobe besteht je zur Hälfte aus 15-jährigen und 16-jährigen Jugendlichen. Die Befragung erfolgte anonym mithilfe eines vierseitigen Fragebogens in den Schulen durch Mitglieder des Arbeitskreises Suchtprävention. Es wurde darauf geachtet, dass die Schülerinnen und Schüler ihre Bögen eigenständig und anonym ausfüllen konnten. Die Teilnahme war ausdrücklich freiwillig. Der Rücklauf betrug 100%. Der Fragebogen animierte in vielen Fällen zu einer weitergehenden Auseinandersetzung mit dem Thema im Nachgang zur Befragung.

Eine Studie von Dr. Settertobulte (Health behaviour in school-aged children, 2002) weist Deutschland in Bezug auf regelmäßigen Alkoholkonsum bei 15-Jährigen im europäischen Vergleich (24 Länder) den 4. Rang zu. Demnach konsumieren 39,3% der 15-jährigen Jungen und Mädchen in Deutschland regelmäßig Alkohol; die

Braunschweiger Werte unterscheiden sich nur unwesentlich: **40,6% trinken regelmäßig mit 15 Jahren!** England nahm den Spaltenplatz mit dem höchsten Wert von 52% ein.

- Deutlich mehr Jungen (32,2%) als Mädchen (15,4%) haben einen riskanten Alkoholkonsum (= 5 oder mehr Getränke an einem Nachmittag oder Abend).

### Zusammenfassung

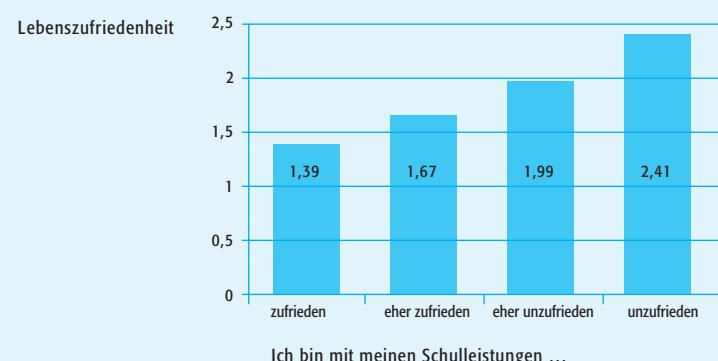
- Mädchen trinken seltener regelmäßig (d.h. jede Woche oder häufiger) Alkohol als Jungen (Mädchen 38%; Jungen 53%), was immerhin einen Unterschied von 15% ausmacht.
- Bier wird am häufigsten getrunken, gefolgt von anderen alkoholischen Getränken (z.B. eigene Mixgetränke). Jungen trinken mehr Bier als Mädchen. Süße Mixgetränke sind bei Mädchen beliebter.
- Jedes 10. Mädchen (10,5%) und jeder 6. Junge (16,5%) besuchen 1 mal bis mehrmals die Woche private Partys, wobei regelmäßig Alkohol konsumiert wird (90%).
- Typische Anlässe für Alkohol: Geburtstagsfeiern, Diskobesuche, Freunde treffen sowie Familienfeiern, aber auch „Abhängen“ (noch 41%).

**Das heißt: Jeder dritte Junge und jedes sechste Mädchen praktiziert Rauschtrinken mindestens einmal in der Woche.**

### ABB. 1: AUSWIRKUNGEN DER SCHULLEISTUNGEN FÜR DIE LEBENZUFRIEDENHEIT

#### Alkoholkonsum in den 10. Klassen

- 20% Stichprobe an allen Schulformen (N=554)
- (Hauptschule, Realschule, Gymnasium, Förderschule, IGS, Berufsschule BVJ)
- Anonyme Befragung durch Teilnehmende des Ak Suchtprävention
- 100% Rücklauf



#### Die Auswirkungen der Schulleistungen für die Lebenszufriedenheit

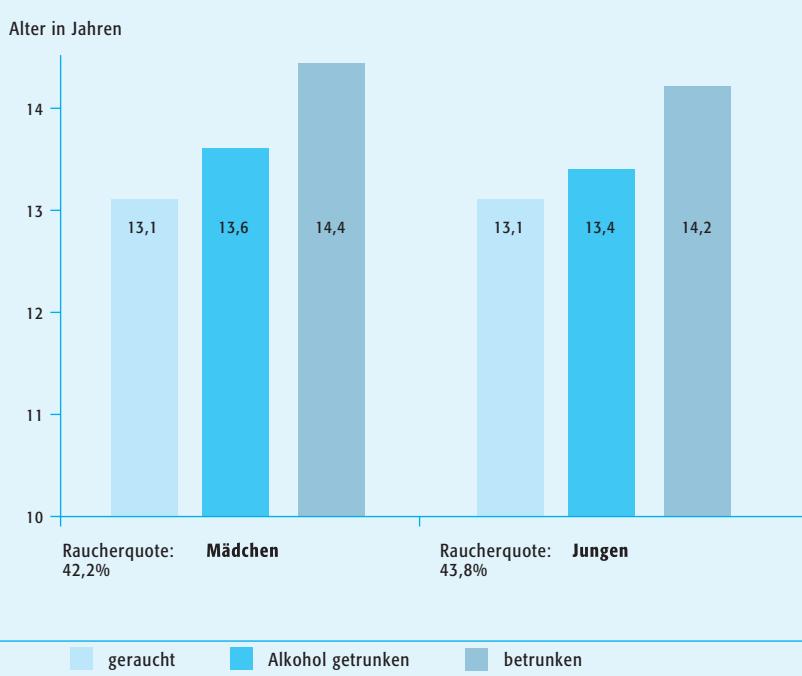
(Mittelwerte) 1 = zufrieden bis 4 = unzufrieden

### Zusammenhang von Schulleistung, Lebenszufriedenheit und Alkoholkonsum

Die Abbildung 1 zeigt den Zusammenhang zwischen Lebenszufriedenheit und Schulleistungen. Demnach sind mit ihren Schulleistungen eher zufriedene Schülerinnen und Schüler auch eher mit ihrem Leben insgesamt zufrieden. Daraus lässt sich vorsichtig verallgemeinern, dass Schulerfolg einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Lebenszufriedenheit insgesamt und auch Auswirkungen auf die Menge und die Häufigkeit von Alkoholkonsum hat (s. Abb. 1 und 9).

### ABB. 2: DAS ERSTE MAL GERAUCHT, GETRUNKEN, BETRUNKEN ...

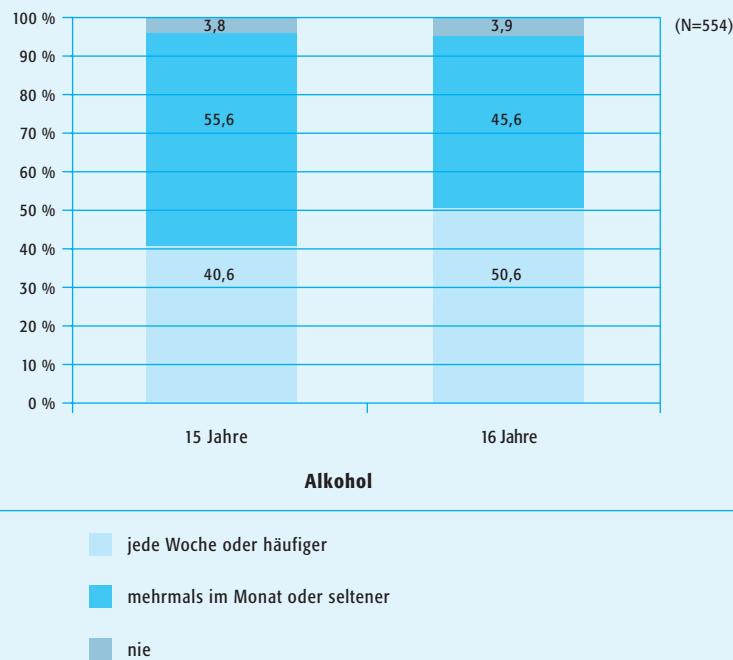
(alle Schüler der 10. Klasse)



### Alkoholkonsum nach Alter

Mädchen (13,6 Jahre) und Jungen (13,4 Jahre) sind beim ersten Alkoholkonsum nahezu gleich alt. Die erste Trunkenheitserfahrung liegt bei beiden Geschlechtern exakt acht Monate später (14,4 und 14,2 Jahre) (s. Abb. 2). Wenn nur 8 Monate zwischen erstem Konsum und ersten Missbrauchserfahrungen (betrunkene) liegen, sollte die Erhöhung des Einstiegsalters ein Ziel von Präventionsmaßnahmen sein. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung empfiehlt einen völligen Alkoholverzicht bis zum 16. Lebensjahr, da das Zellgift Alkohol für im Wachstum befindliche Körper (insbesondere das Gehirn) besonders schädlich ist.

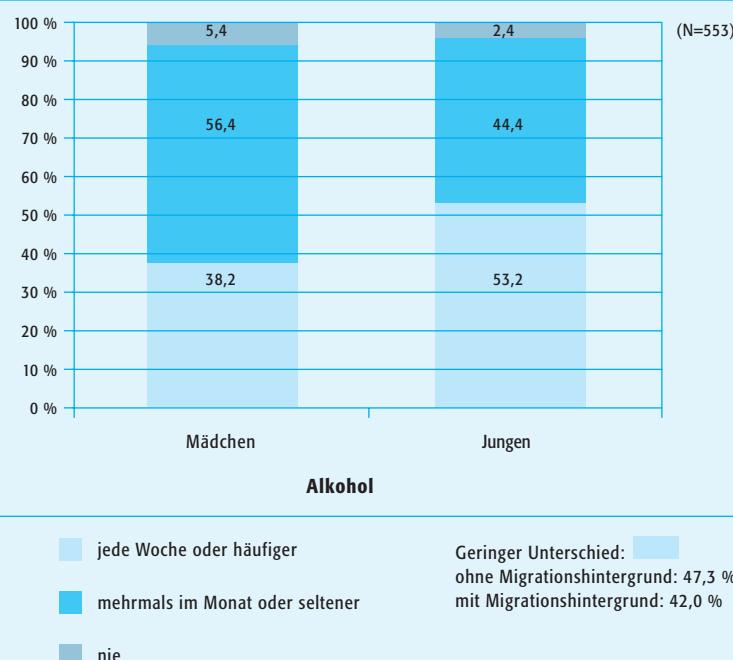
Auch steigt die Suchtgefahr je jünger Alkohol regelmäßig konsumiert wird.

**ABB. 3: REGELMÄßIGER ALKOHOLKONSUM NACH ALTERSGRUPPEN**

Die Abbildung 3 zeigt die prozentuale Verteilung regelmäßigen Alkoholkonsums nach den beiden Alterstufen 15 und 16 Jahre. Der Unterschied von einem Jahr im Alter beträgt 10%.

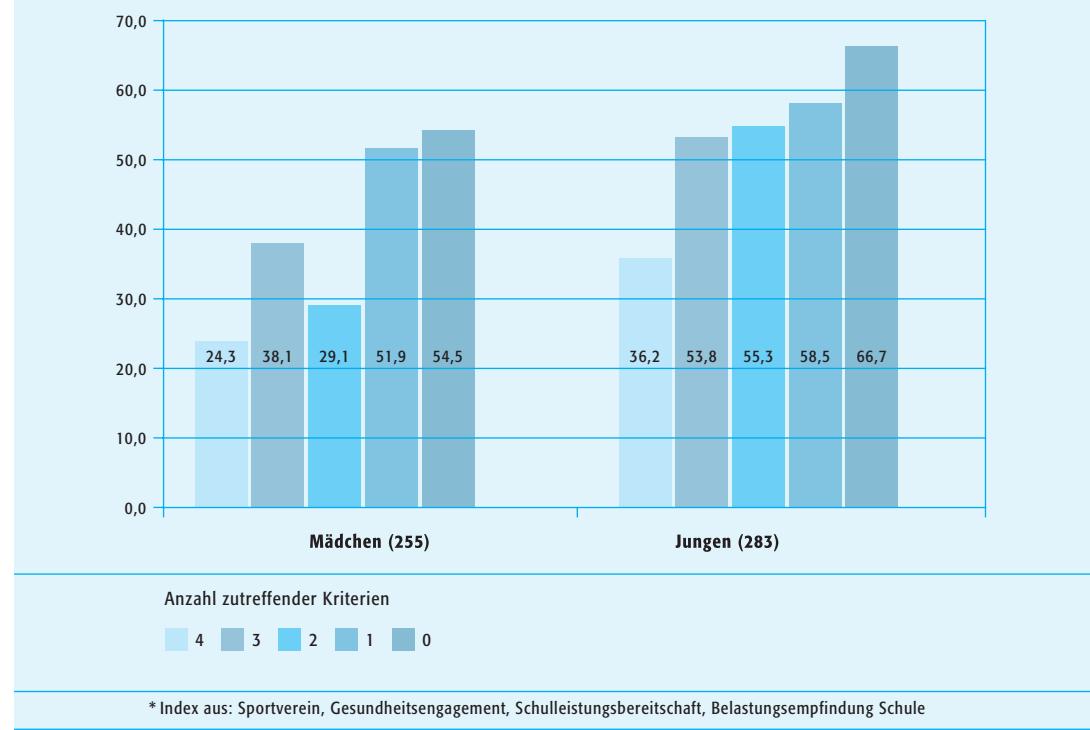
Während das Einstiegsalter bei 13,5 Jahren liegt, konsumieren 50% der 16-Jährigen bereits jede Woche und häufiger Alkohol!

Der Anteil nie Alkohol konsumierender Jugendlicher bleibt in beiden Altersstufen gleich. Nur 1 bis 2 Schüler bzw. Schülerinnen pro Klasse trinken demnach nie (3,8% bzw. 3,9%)!

**ABB. 4: REGELMÄßIGER ALKOHOLKONSUM NACH GESCHLECHT**

Geringer Unterschied:  
ohne Migrationshintergrund: 47,3 %  
mit Migrationshintergrund: 42,0 %

**ABB. 5: ANSTRENGUNGSBEREITSCHAFT: ANTEIL DER JUNGEN UND MÄDCHEN, DIE REGELMÄßIG ALKOHOL KONSUMIEREN** differenziert nach Anstrengungsbereitschaft\* (gesamt = 538)



### „Anstrengungsbereitschaft“ und Alkoholkonsum

Mit der Frage nach der „Anstrengungsbereitschaft“ wurde der Versuch unternommen, mehrere Variablen zusammenzufassen (Mitglied in einem Sportverein, Bedeutung der eigenen Gesundheit, Zufriedenheit mit den eigenen Schulleistungen, Belastung durch Schule), um unter dem Stichwort „Anstrengungsbereitschaft“ eine Korrelation zum Alkoholkonsum herzustellen (s. Abb. 5).

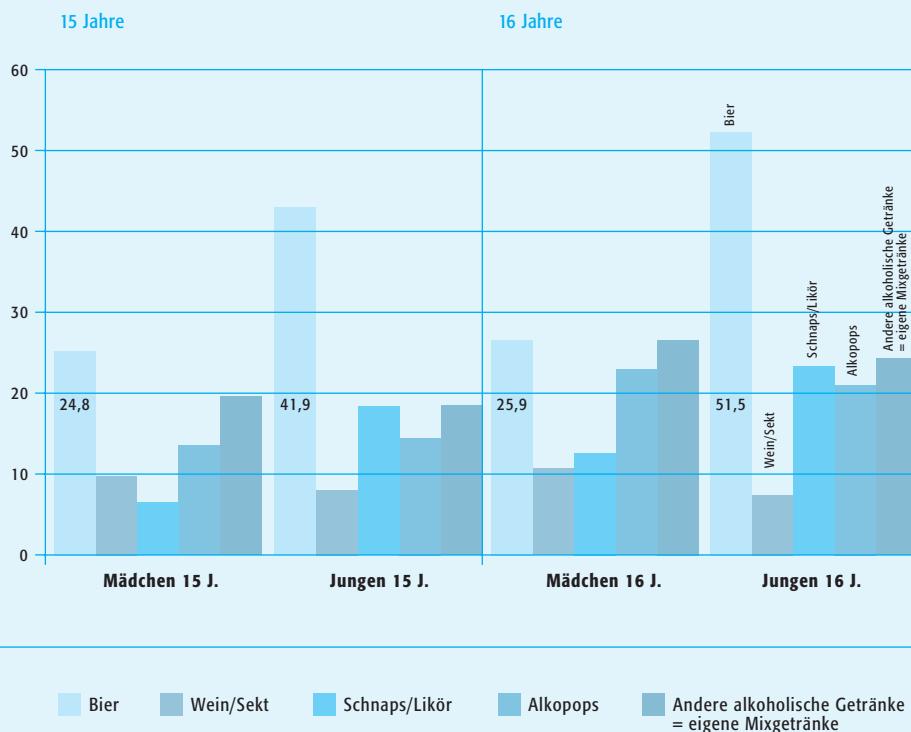
Dieser summatorische Index legt folgende Aussage nahe: Jugendliche Mädchen und Jungen, die ....

- in einem Sportverein Mitglied sind,
- sehr auf die eigene Gesundheit achten,
- zufrieden mit den Schulleistungen sind,
- Schule nicht als Belastung empfinden,

trinken zu 30% seltener regelmäßig Alkohol als Jugendliche für die keine der Aussagen zutreffen!

**ABB. 6: REGELMÄßIG\* KONSUMIERTE ALKOHOLIKA DER 15- UND 16-JÄHRIGEN**

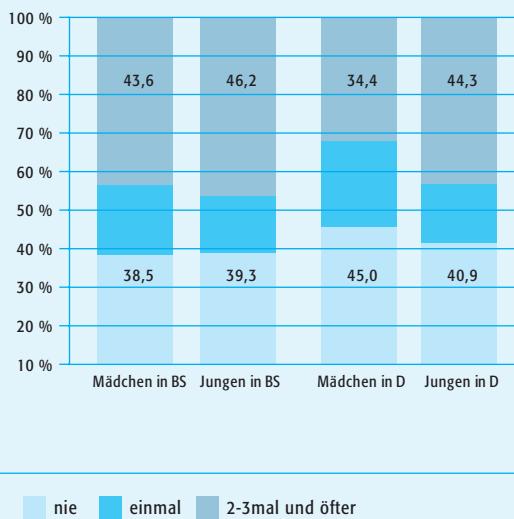
\* regelmäßig = einmal pro Woche oder öfter



### Riskanter Alkoholkonsum und Rauscherfahrungen

Bier wird von den Jugendlichen am häufigsten getrunken, gefolgt von anderen alkoholischen Getränken (wovon unterer meist selbst gemixte Getränke aus Hochprozentigem und Limonaden zu verstehen sind). Jungen bevorzugen deutlich das Bier, während bei Mädchen süße Mixgetränke beliebter sind. Jungen liegen auch beim Schnaps deutlich vor den Mädchen. Deutlich wird der Anstieg des Konsums insgesamt zwischen dem 15. und dem 16. Lebensjahr. Wein und Sekt spielen in dieser Altersgruppe eine eher untergeordnete Rolle (s. Abb. 6).

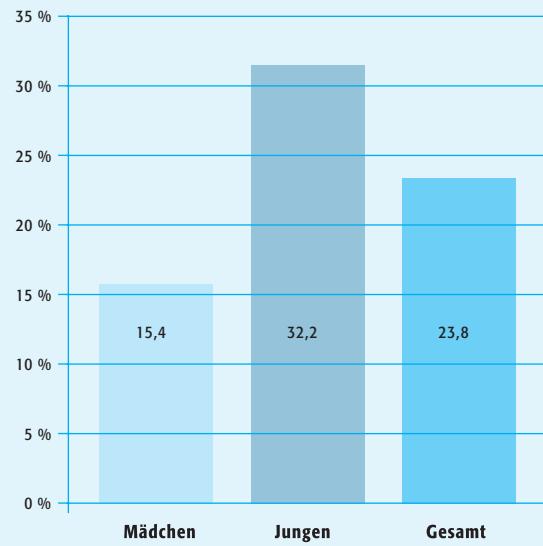
**ABB. 7: RAUSCHERFAHRUNGEN VON 15-JÄHRIGEN JUGENDLICHEN**



Quelle Deutschland: Health behaviour in school-aged children / HBSC 2002,  
Dr. Settertobulte

**ABB. 8: RISKANTER ALKOHOLKONSUM**

Wie oft trinkst du 5 oder mehr alkoholische Getränke an einem Nachmittag oder Abend?  
Antwort: Wöchentlich oder öfter!



Jugendliche mit Migrationshintergrund: 19,3%  
Jugendliche ohne Migrationshintergrund: 25,3%

43,6% der Mädchen sowie 46,2% der Jungen hatten mit 15 Jahren bereits öfter einen Alkoholrausch. Das ist fast jede/r zweite 15-Jährige! Mindestens einmal betrunken waren 83,8% der 15-jährigen Schülerinnen und Schüler in Braunschweig. Starke Abweichungen ergeben sich hier bei den Mädchen der Braunschweiger Studie: 43,6% waren öfter betrunken, während es bei der deutschlandweiten Studie (Dr. Settertobulte) im Jahr 2002 nur 34,4% waren (s. Abb. 7).

Mit der Frage „Wie oft trinkst du 5 oder mehr alkoholische Getränke an einem Abend oder Nachmittag?“ wurde versucht, missbräuchlichen und schädlichen Alkoholkonsum zu

erfragen. Beim Konsum von 5 alkoholischen Getränken – egal welcher Sorte – wird auf jeden Fall eine Menge erreicht, die körperlich schädigend ist und die das Risiko einer Suchterkrankung deutlich erhöht. Im Englischen spricht man ab dieser Alkoholmenge (5 Getränke) von „binge drinking“, was man ungefähr mit „Rauschtrinken“ übersetzen kann.

Die Abbildung 8 zeigt, dass jedes 6. Mädchen (15,4%) und jeder 3. Junge (32,2%) in der 10. Klasse wöchentlich und öfter Rauschtrinken praktiziert!

Diese Gruppe von Schülerinnen und Schülern muss als sehr gefährdet angesehen werden.

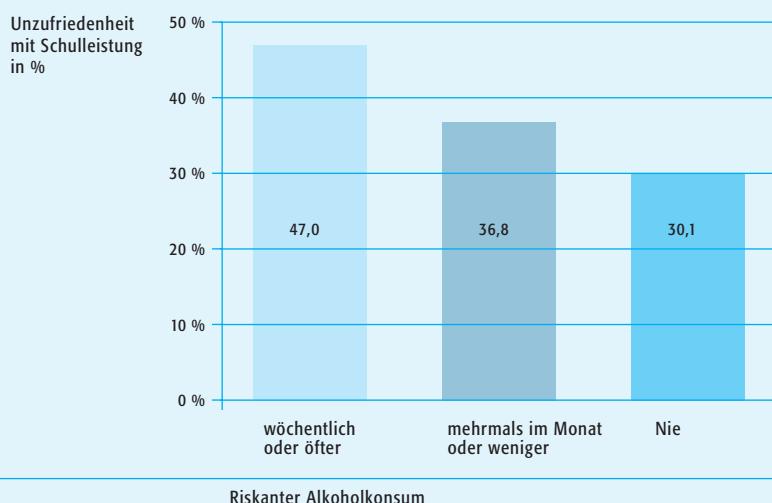
Werden die Daten auf alle 15- und 16-jährigen Schülerinnen und Schüler in Braunschweig hochgerechnet, ist von etwa 210 Mädchen und 445 Jungen in den 10. Klassen auszugehen.

Bei dieser Gruppe Jugendlicher mit riskantem Alkoholkonsum (5 Getränke pro Abend) liegt das Einstiegsalter mit 12,96 Jahren ein halbes Jahr vor dem des durchschnittlichen Einstiegsalters (13,5 Jahre). Hingegen sind Jugendliche, die niemals 5 Getränke pro Abend zu sich nehmen, ein halbes Jahr später als der Durchschnitt, erst mit 14,02 Jahren, eingestiegen.

**ABB. 9: UNZUFRIEDENHEIT MIT DEN EIGENEN SCHULLEISTUNGEN  
IN ABHÄNGIGKEIT VON TRINKMENGE UND HÄUFIGKEIT**

Wie zufrieden bist Du mit den eigenen Schulleistungen?

Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum



### Lebenszufriedenheit und riskanter Alkoholkonsum

Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum sind nicht unzufriedener mit ihrem Leben. Sie geben aber häufiger an, aus Stress zu trinken. Jede/r Zweite ist unzufrieden mit ihren bzw. seinen Schulleistungen (47%). Von denen, die niemals 5 alkoholische Getränke an einem Abend trinken, sind 30% unzufrieden mit ihren Schulleistungen (s. Abb. 9). Ein Zusammenhang zwischen der Mitgliedschaft in einem Sportverein und riskantem Alkoholkonsum konnte nicht festgestellt werden.

### Einfluss von Rauchen und Konsum anderer Rauschmittel

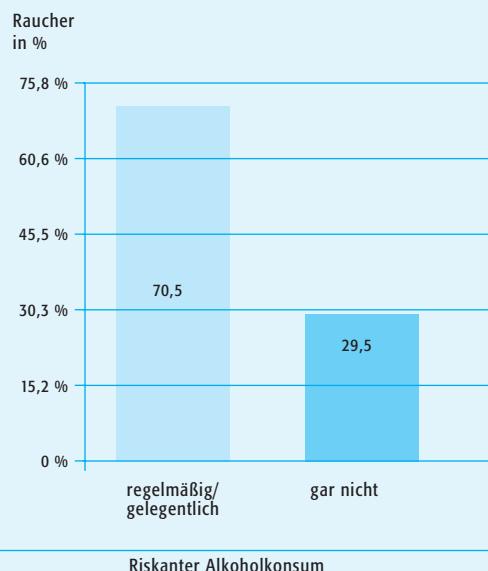
Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum rauchen deutlich häufiger regelmäßig oder gelegentlich (70,5%). Das heißt, nur ein Drittel der Jugendlichen mit riskantem Konsum ist Nichtraucher! Der Anteil an regelmäßig und gelegentlich Rauchenden liegt im Gesamtdurchschnitt bei 43,2% (s. Abb. 10). Ebenso ist eine Korrelation zwischen riskantem Alkoholkonsum und Konsum von Cannabis festzustellen: Von den Alkohol-Risikokonsumierenden haben 44,2% in ihrem Leben 3 bis 40 mal Cannabis genommen.

Auffällig ist, dass von den Jugendlichen, die niemals 5 Getränke Alkohol am Stück konsumieren, nur 2% Cannabis in dieser Häufigkeit geraucht haben (s. Abb. 11).

Fazit: Von den Jugendlichen, die risikant Alkohol konsumieren, rauchen 2 Dritteln Zigaretten und fast die Hälfte hat mehrfach bis regelmäßig Cannabis genommen!

**ABB. 10: RAUCHEN IN ABHÄNGIGKEIT VON RISKANTEM ALKOHOLKONSUM (5 GETRÄNKE)**

Rauchst Du?

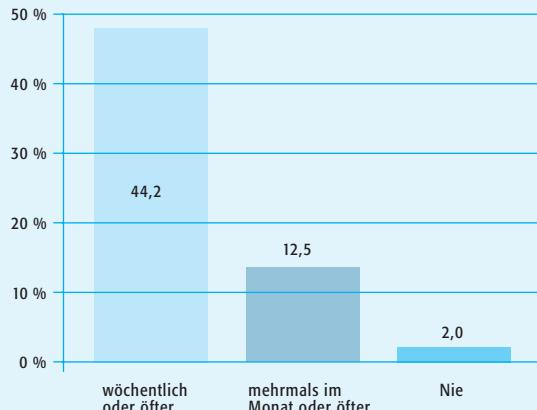


**ABB. 11: CANNABISKONSUM UND RISKANTER ALKOHOLKONSUM**

Hast Du jemals Marihuana, Haschisch oder Cannabis genommen?

Hoher Cannabis-Konsum = 3 bis 40 mal (im gesamten Leben) in Abhängigkeit von Trinkmenge (5 Gläser) und Häufigkeit

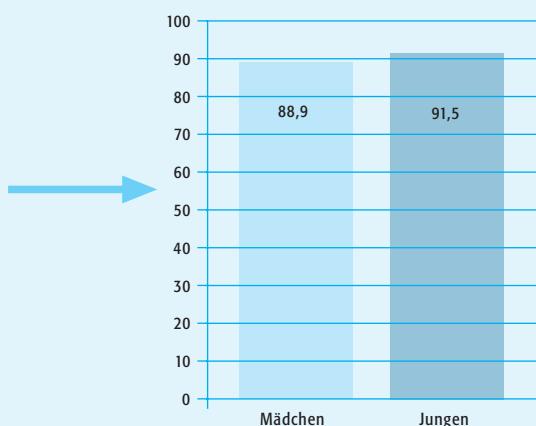
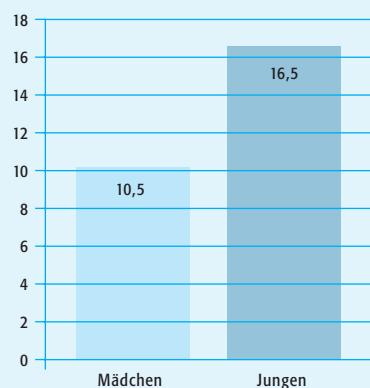
Cannabis in %



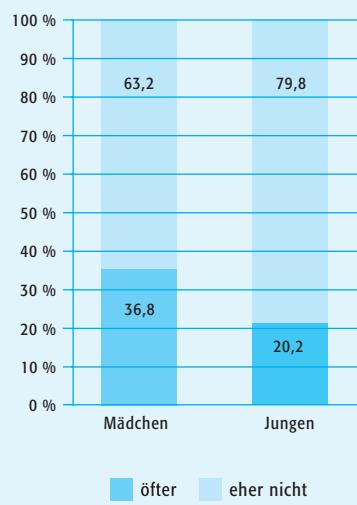
**ABB. 12: ZUSAMMENHANG ALKOHOLKONSUM UND PARTYBESUCH**

The show must go on ...  
Ich bin mehrmals die Woche oder täglich auf Party (N=541)

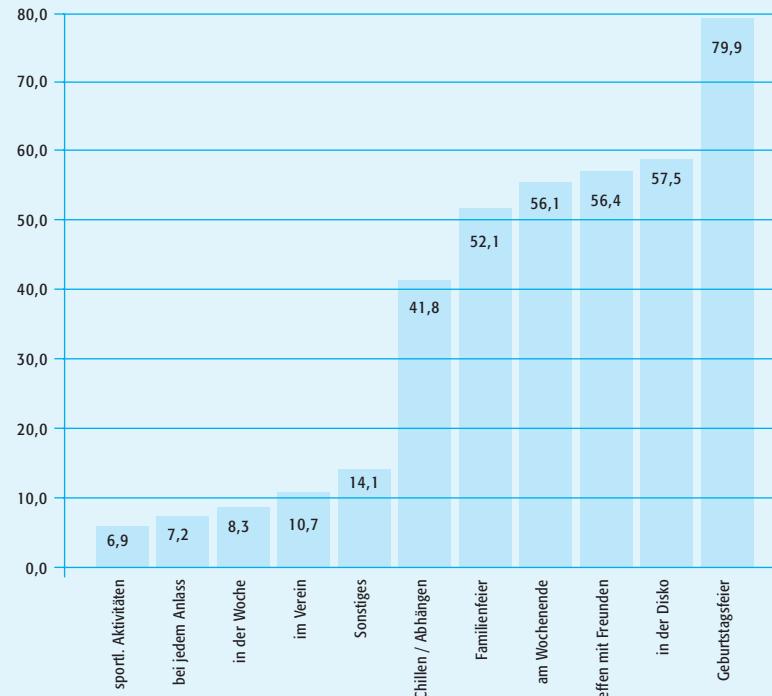
Regelmäßiger Alkoholkonsum der regelmäßigen Partygänger (N=74)



**ABB. 13: KANNST DU DIR  
EINE PARTY OHNE ALKOHOL  
VORSTELLEN? (N=550)**



**ABB. 14: ANLÄSSE ZUM ALKOHOLTRINKEN (N=2205) (Mehrfachantworten)**



### Anlässe für das Trinken

Jedes 10. Mädchen (10,5%) und jeder 6. Junge (16,5%) geht mehrmals wöchentlich bis täglich auf Party. Wie erwartet, wird in diesem Kontext viel Alkohol getrunken: Rund 90% der Partygänger konsumieren regelmäßig (s. Abb. 12).

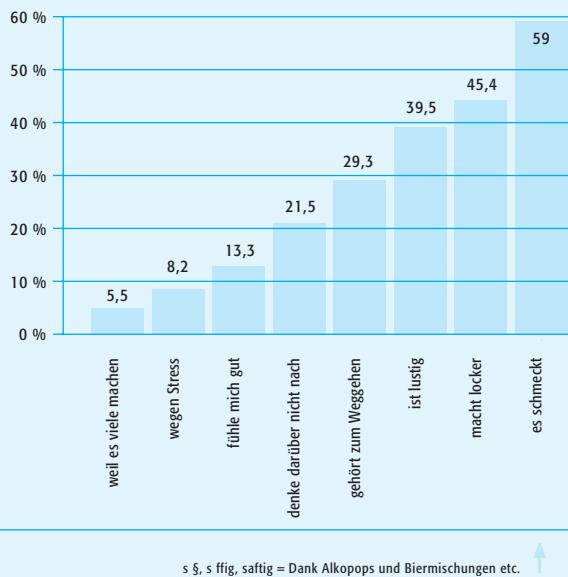
Jedes 3. Mädchen und jeder 5. Junge kann sich eine Party ohne Alkohol vorstellen. Das Gros der Befragten kann dies jedoch nicht (63,2% der Mädchen und 79,8% der Jungen) (s. Abb. 13).

Die Liste der Antworten auf die Frage „Bei welchem Anlass trinkst Du Alkohol?“ wird unangefochten angeführt von der Situation „Geburtstagsfeier“, gefolgt mit einem 20-prozentigem Abstand von „in der Disko“, „beim Treffen mit Freunden“ und „am Wochenende“ (s. Abb. 14).

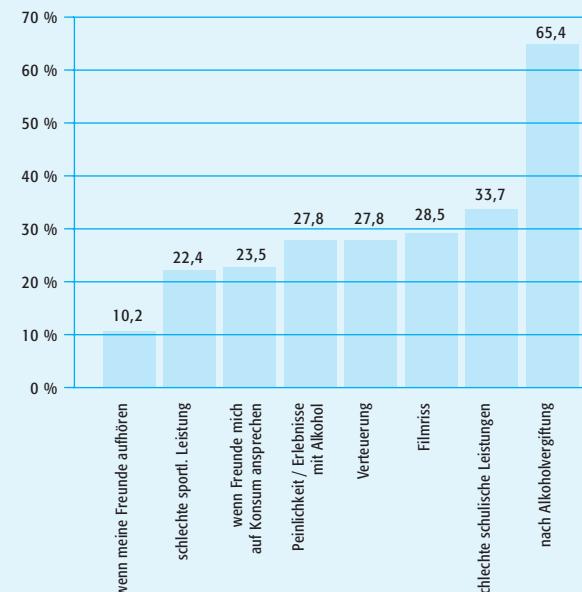
Diskussionswürdig bleibt der Punkt „Chillen/Abhängen“, der mit 41,8% Häufigkeit genannt wird. Im Gespräch mit zahlreichen Jugendlichen wurde deutlich, dass es sich hierbei vorrangig um eine Situation handelt, die man mit Freunden verlebt, die „Chillen“ aber auch „Nichtstun ganz für sich allein“ bedeuten kann.

Positiv bewerten wir, dass nur 6,9% sportliche Aktivitäten als Anlass zum Trinken sehen.  
Jeder 14. Jugendliche (7,2%) trinkt bei jedem Anlass!

**ABB. 15: GRÜNDE FÜR DAS TRINKEN (N=1277)**  
(Mehrfachantworten)



**ABB. 16: GRÜNDE WENIGER ZU TRINKEN ... (N=1101)**  
(Mehrfachantworten)



### Gründe für das Trinken

„Ich trinke Alkohol, weil er schmeckt“, sagen 59% der Jugendlichen und bringen damit zum Ausdruck, dass Alkohol, insbesondere durch gekaufte oder selbstgemischte Alkopops und andere Mischgetränke, durchaus zu einem Genussfaktor geworden ist (s. Abb. 15). Hier haben die industriellen und geschickt vermarkten Angebote die Geschmackswünsche der Jugendlichen zielgenau aufgegriffen und jugendgerecht in Szene gesetzt. 45% trinken gerne Alkohol, weil er „locker macht“, 39,5%, weil es lustig ist und einfach zum Weggehen dazugehört (29,3%). 21,5 % denken ein-

fach nicht darüber nach. 13,3% fühlen sich dadurch gut. 8,2% tun es wegen Stress. Nur 5,5% tun es, weil es viele machen. Hier haben wir unsere Zweifel. Vermutlich ist schon die Fragestellung so, dass eine Aussage selbst bei Anonymität nicht ohne Gesichtsverlust angekreuzt werden darf.

Nach einer Alkoholvergiftung würden 65,4% der Befragten weniger trinken. Rund ein Drittel gibt an, dass schlechte schulische Leistungen, „Filmriss“, Verteuerung und auch peinliche Erlebnisse mit Alkohol ein Grund für eine Alkoholreduktion wären. „Wenn meine Freunde aufhören“ ist eine Antwortkategorie, bei der lediglich 10,2%

ihr Trinkverhalten ändern würden. Bekannt ist, dass das Trinkverhalten der Freunde einen großen Einfluss auf das eigene Verhalten hat. Für ein Viertel der Befragten sind die Antwortmöglichkeiten „schlechte sportliche Leistung“ und „wenn Freunde mich auf meinen Konsum ansprechen“ von Bedeutung (s. Abb. 16).

## Auswirkungen der Studie und weitere geplante Aktionen in Braunschweig

### **1. Schritt: Pressekonferenz**

Die Ergebnisse wurden im März 2007 der Presse vorgestellt. Zur Pressekonferenz erschienen 14 verschiedene Medienvertreter: mehrere Tageszeitungen, der deutsche Pressedienst, das Fernsehen mit dem NDR sowie mehrere Radiosender! Dieses große Interesse hat uns überrascht. Es zeigt, welchen hohen gesellschaftlichen Stellenwert das Thema im Augenblick hat.

Eine Auswahl der Schlagzeilen:

- Trinken bis zum Vollrausch:  
Studie unter Zehntklässlern (Braunschweiger Zeitung, 20.3.2007)
- Viele Jugendliche sind in Gefahr, sich dumm zu trinken  
(Die Welt, 20.3.2007)
- Jeder dritte Junge trinkt zu viel Alkohol (Hannoversche Allgemeine, 21.3.2007)
- Einmal pro Woche betrunken (Hamburger Abendblatt, 20.3.2007)
- Braunschweiger Jugendliche trinken immer mehr Alkohol (NDR 1, Regionalnachrichten)
- Knapp ein Viertel der Braunschweiger Jugendlichen trinkt zuviel Alkohol (Radio Okerwelle)

Auch wenn die Überschriften eine einseitige Schuldzuweisung nahelegen, wurden die Ergebnisse weitestgehend differenziert dargestellt. Die mediale Resonanz hat die Diskussion angeregt, hat die kommunale Auseinandersetzung um das Thema Alkohol befördert, durchaus zum Nachdenken über den eigenen Konsum angeregt sowie inhaltlich die Problematiken des Rauschtrinkens aufgezeigt.

Die Gespräche mit den Schulen haben wichtige Impulse für künftige Präventionsstrategien erbracht.

### **3. Schritt: Präventionsbausteine**

Im Arbeitskreis Suchtprävention wurden zu den bereits bestehenden praxiserprobten Konzepten weitere Bausteine zur Alkoholprävention entwickelt und auf den Weg gebracht.

### **2. Schritt: Diskussion der Ergebnisse**

- Allen an der Studie mitwirkenden Schulen haben wir angeboten, die Ergebnisse vor Ort vorzustellen, zu diskutieren und mögliche weitere Schritte zur Prävention zu besprechen. Lehrerkonferenzen, Schulleitungsgremien, Fachkonferenzen und Eltern gremien waren unsere Ansprechpartner.
- Allen 10. Schulklassen haben wir angeboten, die Ergebnisse in einer Doppelstunde altersgerecht zu präsentieren, zu diskutieren und Problematiken des frühen und intensiven Alkoholgenusses anzusprechen.

- „Hart am Limit“: Der Anteil Jugendlicher mit Alkoholvergiftung soll reduziert werden! Erziehungs- und Drogenberatungsstellen, Feuerwehr, Krankenhaus und Gesundheitsamt versuchen Jugendliche mit Vergiftung im Nachgang zu einer Beratung und einem Risiko-Check zu motivieren.
- Aktion „Shake it“ und „Alles im Griff?“: Das Gesundheitsamt bietet in größerem Umfang Präventionsveranstaltungen mit Schulklassen zum Thema Alkohol an. Spiele zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsum, das Alkohol-Quiz mit zahlreichen Infos, Erfahrungen

mit der Rauschbrille sowie das Herstellen leckerer alkoholfreier Getränke sind im Angebot.

- Elterntalk: Hier geht es um die Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern. Wie beim „Tuppermodell“ finden im häuslichen Rahmen unter Anleitung von Moderatorinnen und Moderatoren niedrig-schwellige Themenabende statt (z.B. Fernsehen / Alkohol / Grenzen setzen / Familienausflüge, ...)
- Flyer: „Risk and Fun“ (Erlebnispädagogische Angebote in und um Braunschweig): Die eigenen Grenzen austesten, Abenteuer erleben, Mut und Spaß am Risiko sind Themen, die für Jugendliche lebensnotwendig sind. Jugendlichen Erlebnismöglichkeiten hierfür zu geben, stellt einen wichtigen Baustein der Alkoholprävention dar. Der Flyer soll pädagogischen Fachkräften die Auswahl vor Ort erleichtern und zu Aktionen motivieren.



## Verzeichnis der Referenten

### SABINE BRÄGELMANN-TAN

Landesdrogenbeauftragte  
Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit  
Postfach 1 41, 30001 Hannover

### PROF. DR. MANFRED LAUCHT

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit,  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters  
Postfach 12 21 20, 68072 Mannheim

### PROF. DR. DIETER HENKEL

Fachhochschule Frankfurt a.M., University of Applied Sciences,  
Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit, Institut für Suchtforschung ISFF,  
Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt a.M.

### DR. BJÖRN HAGEN

Evangelischer Erziehungsverband e.V.  
Flüggestraße 21, 30161 Hannover

### DORIS FREUDENSTEIN

Stadt Braunschweig  
Fachbereich Soziales und Gesundheit  
Hamburger Str. 226, 38114 Braunschweig

### RAINER SCHUBERT

Gesundheitsamt Stadt Braunschweig  
Gesundheitsplanung  
Hamburger Str. 226, 38114 Braunschweig

## **Impressum**

Herausgegeben vom  
Niedersächsisches Ministerium  
für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit  
Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2  
30159 Hannover

in Zusammenarbeit mit der  
Landesvereinigung für Gesundheit und  
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.  
Fenskeweg 2  
30165 Hannover

Redaktion:  
Sabine Hillmann, Kerstin Utermark,  
Sabine Brägelmann-Tan, Thomas Altgeld

Layoutkonzept und Gestaltung:  
Homann Güner Blum,  
Visuelle Kommunikation,  
Hannover

Druck:  
Unidruck  
Windhorststraße 3–4  
30167 Hannover

Diese Broschüre darf, wie alle Publikationen der Landesregierung nicht zur Wahlwerbung in Wahlkämpfen verwendet werden.

Herausgegeben vom  
Niedersächsisches Ministerium  
für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit  
Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2  
30159 Hannover

in Zusammenarbeit mit der  
Landesvereinigung Gesundheit und  
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.  
Fenskeweg 2  
30165 Hannover

Oktober 2007