



*Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere
Drogenprobleme*

*Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres
toxicomanies*

*Istituto svizzero di prevenzione dell'alcolismo e altre
tossicomanie*

Lausanne
Februar 2007

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit,
Vertrag Nr. 04.001776, sowie der Schweizer
Kantone

Forschungsbericht Nr. 42

Der Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz

Ausgewählte Ergebnisse einer Studie,
durchgeführt unter der
Schirmherrschaft der
Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Holger Schmid
Marina Delgrande Jordan
Emmanuel N. Kuntsche
Hervé Kuendig
Beatrice Annaheim

Auskunft: Dr. Holger Schmid, Tel. 021 321 29 53, E-Mail hschmid@sfa-ispa.ch

Bearbeitung: Holger Schmid, Marina Delgrande Jordan, Emmanuel Kuntsche,
Hervé Kuendig, Beatrice Annaheim
Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA)

Vertrieb: SFA, Postfach 870, 1001 Lausanne
Tel. 021 321 29 35, Fax 021 321 29 40
E-Mail: librairie@sfa-ispa.ch

Bestellnummer: Forschungsbericht Nr. 42

Grafik/Layout: SFA

Copyright: © SFA-ISPA Lausanne 2007

ISBN: 978-2-88183-124-9

Zitierhinweis: Schmid, H., Delgrande Jordan, M., Kuntsche, E., Kuendig, H., & Annaheim, B. (2007). Der Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz - Ausgewählte Ergebnisse einer Studie, durchgeführt unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Forschungsbericht Nr. 42). Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).

Dank

Unser Dank gilt allen Schülerinnen und Schülern sowie den Lehrpersonen, die an der Studie teilgenommen haben. Wir möchten auch dem Bundesamt für Gesundheit und den Schweizer Kantonen für die Finanzierung des grossen Teils der Untersuchung danken. Ohne die Erlaubnis zu Befragung durch die Departemente für Bildung und Erziehung in den Schweizer Kantonen, wäre eine weitgehend flächendeckende Erfassung und damit die Repräsentativität der Untersuchung nicht zu realisieren gewesen. Hierfür möchten wir uns bei den entsprechenden Stellen sowie bei den zuständigen Kantonsärzten und –ärztinnen bedanken. Die Liste aller Schulklassen der 5. bis 9. Klassenstufe wurde uns freundlicherweise vom Bundesamt für Statistik zur Verfügung gestellt. Das elektronische Einlesen der Daten wurde von Electric Paper (Schweiz) GmbH (www.electricpaper.ch) in kompetenter Art und Weise durchgeführt. Hintergrundinformationen zur Einschätzung der zwischenzeitlichen Geschehnisse und Massnahmen, die zu den dargestellten Trends geführt haben könnten, wurden uns von ausgewiesenen Spezialistinnen und Spezialisten im Feld der Tabak-, Alkohol- und Drogenprävention geliefert. Von der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz hat uns hierin Verena El Fehri unterstützt. Von der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme haben wir von Sabine Dobler, Hermann Fahrenkrug, Karin Gasser, Michel Graf, Janine Messerli und Jacqueline Sidler Unterstützung erfahren. Vom Bundesamt für Gesundheit unterstützen uns Liliane Bruggmann, Martin Buechi, Simone Eigenmann Schüttel, Ellen Hildebrand, Markus Jann, Anne Lévy, Walter Minder, Gabriela Scherer und Patrick Vuillème. Das vorliegende Projekt konnte zudem nur durch die enge Zusammenarbeit mit der Projektverantwortlichen des Bundesamts für Gesundheit, Verena Maag, gelingen. Besonders danken möchten wir ihr sowie allen weiteren Personen, die uns während des Projekts unterstützt haben.

Das Wichtigste zur Studie in Kürze

- **Titel:** Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC)
- **Schirmherrschaft:** WHO-Europa
- **Teilnehmer:** 41 Länder, vorwiegend aus Europa
- **Intervalle:** alle 4 Jahre
- **Schweiz:** Teilnahme seit 1986 (1990, 1994, 1998, 2002 und aktuell: 2006)
Forschungsabteilung der SFA
- **Finanzierung:** Bundesamt für Gesundheit, Kantone, SFA
- **Ziele:** Beschreiben der Entwicklung sowohl negativer als auch positiver Gesundheitsverhaltensweisen bei Schülerinnen und Schülern. Erkennen von Trends. Gewinnen von Grundlagen für die Gesundheitsförderung.
- **Methode:** Schriftlicher Fragebogen auf völlig anonymer Basis im Klassenverband; Dauer: eine Lektion
- **Stichprobe:** Zufallsauswahl der Gesamtheit der Klassen aller Schulen des 5. bis 9. Schuljahres
National: 690 Klassen aus insgesamt 23 025 in der Liste des Bundesamtes für Statistik in der Schweiz im Jahr 2003/2004 verzeichneten Klassen der öffentlichen Schulen.
- **Altersgruppe:** 11 bis 15 Jahre
- **Teilnahmequote:** 85.6% (591 Klassen);
88.4% der Schülerinnen und Schüler in der Klasse
- **Erhebungszeit:** Januar bis April 2006
- **Globale Repräsentativität:** Repräsentation aller Schweizer Kantone, ausser AI
- **Keine Selektionseffekte:** Teilnehmende und nicht teilnehmende Klassen unterscheiden sich nicht bezüglich der Merkmale:
 - Repräsentation der Klassenstufen 5 bis 9
 - Repräsentation aller Landessprachen (deutsch, französisch, italienisch, rätoromanisch)
- **Anzahl Personen:** n=9 791 Schülerinnen und Schüler
- **Trendanalyse:** Umfasst:
 - 11 Jährige
 - 13 Jährige
 - 15 Jährigeaus den Untersuchungsjahren:
 - 1986 (n=1 661);
 - 1990 (n=2 523);
 - 1994 (n=8 176);
 - 1998 (n=5 082);
 - 2002 (n=5 629) und
 - 2006 (n=5 622)

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
Die Untersuchung zum Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern.....	1
Methode	1
Stichprobe	1
Befragung	3
Gesundheitsverhalten im Trend seit 1986	4
Verlässlichkeit der Angaben	5
Das Alter des ersten Konsums	5
Mittleres Einstiegsalter für Zigaretten- und Alkoholkonsum sowie Trunkenheit	5
Mittleres Einstiegsalter nach Konsumfrequenz	6
Tabak	8
Trends im gewohnheitsmässigen Rauchen	8
Die Anzahl gerauchter Zigaretten	10
Gründe für den Tabakkonsum.....	11
Abhängigkeitsanzeichen	13
Alkohol	15
Trends in der Häufigkeit des Alkoholkonsums	15
Trends in der Präferenz spezifischer Getränke	16
Präferenz spezifischer Getränke.....	18
Zugang zu alkoholischen Getränken.....	19
Gründe für den Alkoholkonsum.....	20
Trunkenheit	22
Trends in der Häufigkeit der Trunkenheit.....	22
Cannabis	24
Trends in der Lebenszeitprävalenz.....	24
Trends in der Jahresprävalenz.....	26
Kein aktueller Cannabiskonsum mehr	28
Gründe für den Cannabisgebrauch.....	29
Zugang zu Cannabisprodukten.....	29
Einstellungen und Überzeugungen zum Konsum von Cannabis	31

Andere psychoaktive Substanzen	32
Trends in der Lebenszeitprävalenz verschiedener psychoaktiver Substanzen	32
Intention zum Konsum psychoaktiver Substanzen	37
Warum konsumieren Jugendliche Drogen?	38
Zusammenfassung.....	39
Schlussfolgerung	41
Vergleich der Trends in der Schweiz mit den internationalen Trends.....	41
Geschehnisse und Massnahmen, die zu den aktuellen Trends in der Schweiz beigetragen haben könnten.....	42
Wie sollte die optimale Prävention der Zukunft aussehen?.....	45
Methodische Überlegungen	46
Abschliessende Würdigung	47
Literatur.....	48
Anhang.....	51

Einleitung

Die Untersuchung zum Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern

Die Befragung der Schülerinnen und Schüler steht unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und wird in mittlerweile 41 zum grössten Teil europäischen Ländern alle vier Jahre durchgeführt. Das Ziel der Untersuchung ist es, das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen im Alter zwischen 11 und 15 Jahren und allfällige Veränderungen dieses Verhaltens im Laufe der Zeit zu beschreiben (Currie, 1998; Currie, Hurrelmann, Settertobulte, Smith, & Todd, 2000; Currie et al., 2004). Im Jahr 2006 führte die Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) mit finanzieller Unterstützung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und der Kantone diese Studie zum sechsten Mal für die Schweiz durch (nach 1986, 1990, 1994, 1998 und 2002).

Methode

Stichprobe

Im Verzeichnis des Bundesamtes für Statistik (BFS) befinden sich in den öffentlichen Schweizer Schulen im Jahr 2003/2004 23 025 Klassen zwischen dem 5. und 9. Schuljahr mit einer Grundgesamtheit von geschätzten $N=460\,500$ Schülerinnen und Schüler (bei 20 Personen pro Klasse).

Tabelle 1 Anzahl Klassen der 5. bis 9. Stufe im Jahr 2003/2004 und ausgewählte Klassen nach Kanton

Kanton	Anzahl Klassen im Jahr 2003/2004	Relativer Anteil der Klassen pro Kanton	Anzahl ausgewählter Klassen der Stichprobe	Geschätzte Anzahl Schülerinnen und Schüler (bei 20 Personen/Klasse)	Anzahl teilnehmender Klassen	Relativer Anteil der teilnehmenden Klassen pro Kanton	Anzahl Schülerinnen und Schüler
AG	1910	8.3%	56	1128	47	8.0%	840
AI	64	0.3%	5	100	-	0.0%	-
AR	183	0.8%	5	108	10	1.7%	160
BE	3077	13.4%	91	1817	79	13.4%	1415
BL	752	3.3%	22	444	18	3.0%	342
BS	362	1.6%	11	214	11	1.9%	197
FR	812	3.5%	24	480	23	3.9%	481
GE	1125	4.9%	33	664	24	4.1%	442
GL	149	0.6%	5	100	5	0.8%	88
GR	671	2.9%	20	396	17	2.9%	288
JU	452	2.0%	14	280	13	2.2%	260
LU	1181	5.1%	35	698	31	5.2%	602
NE	563	2.4%	17	333	15	2.5%	274
NW	135	0.6%	5	100	3	0.5%	56
OW	117	0.5%	5	100	4	0.7%	70
SG	1549	6.7%	46	915	42	7.1%	814
SH	242	1.1%	7	143	7	1.2%	115
SO	764	3.3%	23	451	19	3.2%	338
SZ	436	1.9%	13	258	11	1.9%	204
TG	774	3.4%	23	457	21	3.6%	405
TI	1298	5.6%	38	767	37	6.3%	690
UR	132	0.6%	5	100	5	0.8%	88
VD	1851	8.0%	55	1093	47	8.0%	905
VS	888	3.9%	28	560	21	3.6%	392
ZG	306	1.3%	9	181	9	1.5%	159
ZH	3232	14.0%	95	1909	72	12.2%	1279
Totaux	23025	100.0%	690	13796	591	100.0%	10904

Aus der Liste der Schulklassen in den Schweizer Kantonen wurden 690 Klassen zufällig ausgewählt und anhand eines standardisierten Fragebogens befragt. Von diesen Klassen haben 5 (0.7%) ausdrücklich die Teilnahme verweigert. Weitere 93 Schulklassen (13.5%) haben ohne eine Angabe von Gründen nicht mitgemacht. 591 Klassen (85.8%) haben damit an der Untersuchung partizipiert. Der Vergleich des relativen Anteils der teilnehmenden Klassen in der Stichprobe mit dem relativen Anteil der Klassen pro Kanton in der Population ergab keinen signifikanten Unterschied (Kolmogorov-Smirnov $Z=0.416$; $p=0.995$). Im Mittel haben 18.5 Schüler/-innen pro Klasse (Minimum 2; Maximum 31; Modalwert 21) und damit ca. 88.4% an der Befragung teilgenommen. Die Stichprobe der Befragung 2006 beinhaltet $n=9\,791$ Schülerinnen und Schüler im Alter von 11 bis 15 Jahren.

Alle Schweizer Kantone, alle Klassenstufen 5. bis 9. und alle Landesteile der Schweiz sind ausreichend vertreten (*Abbildung 1*). Die Stichprobe kann als global repräsentativ für die gesamte Schweiz angesehen werden (*Tabelle 2*).

Abbildung 1 Kantone der Schweiz und Anzahl an der Untersuchung teilnehmender Klassen (2006)

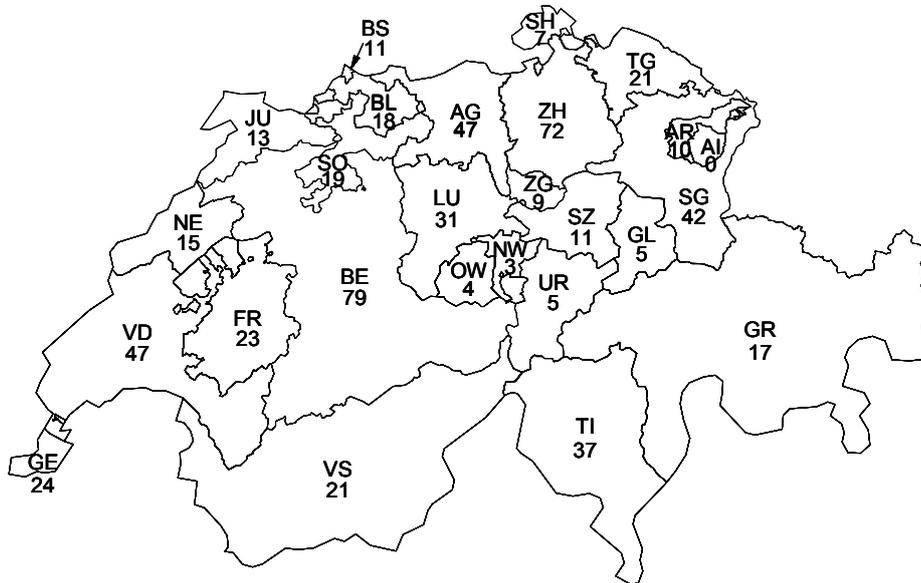


Tabelle 2 Anzahl teilnehmender Schülerinnen und Schüler nach Altersgruppen (2006)

	Alter					Total
	11-Jährige	12-Jährige	13-Jährige	14-Jährige	15-Jährige	
Schüler	898	1094	1048	995	864	4899
	9.2%	11.2%	10.7%	10.2%	8.8%	50.0%
Schülerinnen	875	996	1099	1084	838	4892
	8.9%	10.2%	11.2%	11.1%	8.6%	50.0%
Total	1773	2090	2147	2079	1702	9791
	18.1%	21.3%	21.9%	21.2%	17.4%	100.0%

Befragung

Der standardisierte Fragebogen wurde von der Lehrkraft verteilt und während einer regulären Schulstunde ausgefüllt. Die Lehrkraft garantierte dabei, dass das Ausfüllen anonym, ungestört und unbeobachtet verlief und dass Verständnisfragen geklärt werden konnten (zur Methodik vgl. Abbet, Rehm, & Spinatsch, 1994; Bjarnson, 1995). Die Fragebögen wurden in einem neutralen Umschlag an die Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme zurückgesandt.

Gesundheitsverhalten im Trend seit 1986

Die Schülerstudie wird alle vier Jahre nach einer ähnlichen Methodik durchgeführt, und es liegen uns Daten für die Erhebungsjahre 1986, 1990, 1994, 1998 und 2002 vor. Mit Ausnahme der Wellen von 1986 und 1994 basieren alle Erhebungen auf ungewichteten Stichproben. Es werden für 1986 und 1994 in diesem Bericht die gewichtete Anzahl Personen berichtet.

Um Veränderungen zwischen den Erhebungsjahren auf tatsächliche Veränderungen im Verhalten zurückführen zu können, vergleichen wir im Folgenden 11-Jährige, 13-Jährige und 15-Jährige in der Schweiz (*Tabelle 3*). Falls in einem Erhebungsjahr beispielsweise überproportional mehr jüngere Schülerinnen und Schüler befragt wurden, würde dies aller Voraussicht nach einen Konsumrückgang nahe legen, der aber auf die Altersstruktur der Befragten und nicht auf eine Verhaltensänderung zurückzuführen ist. Durch Konstanthalten der Altersgruppen umgehen wir diesen Effekt. Tatsächlich hat sich zwischen 1993 und 2003 der Anteil der 6-jährigen eingeschulten Kinder von 28.7% auf 35.6% erhöht und es wird mit einem weiteren Anstieg gerechnet (Babel & Deppierraz, 2006). Das sinkende Einschulungsalter hat auch Auswirkungen auf die Alterstruktur in den 5. bis 9. Klassen, denn die Schülerinnen und Schüler werden im Mittel immer jünger.

Tabelle 3 Anzahl teilnehmender Schülerinnen und Schüler nach Altersgruppen und Untersuchungsjahr

		Untersuchungsjahr						Total
		1986	1990	1994	1998	2002	2006	
11-Jährige	Schüler	267 16.0%	261 10.3%	1318 16.1%	751 14.8%	752 13.4%	898 16.0%	4246 14.8%
	Schülerinnen	244 14.7%	317 12.6%	1289 15.8%	751 14.8%	807 14.3%	875 15.6%	4283 14.9%
13-Jährige	Schüler	269 16.2%	458 18.2%	1400 17.1%	926 18.2%	1046 18.6%	1048 18.6%	5147 17.9%
	Schülerinnen	284 17.1%	469 18.6%	1320 16.2%	946 18.6%	1144 20.3%	1099 19.5%	5263 18.3%
15-Jährige	Schüler	269 16.2%	524 20.8%	1464 17.9%	863 17.0%	965 17.1%	864 15.4%	4949 17.2%
	Schülerinnen	329 19.8%	494 19.6%	1383 16.9%	845 16.6%	915 16.3%	838 14.9%	4805 16.7%
Total		1661 100%	2523 100%	8176 100%	5082 100%	5629 100%	5622 100%	28693 100%

Verlässlichkeit der Angaben

Wie aus früheren Fragebogenstudien bekannt ist, antwortet ein Grossteil der Jugendlichen in der Regel wahrheitsgemäss (Abbet et al., 1994; Gmel, 2000). Der Fragebogen gibt allerdings eine Selbstbeschreibung der Schüler/-innen wieder. Ob sich die objektive Situation wirklich so darstellt, muss offen bleiben. Im Rahmen unserer Studie konnten wir belegen, dass die meisten Jugendlichen ihre persönliche Sicht konsistent und plausibel wiedergegeben haben (Schmid, Kuntsche, & Delgrande, 2001). Damit kann von der weitgehenden Richtigkeit der präsentierten Daten ausgegangen werden.

Das Alter des ersten Konsums

Mittleres Einstiegsalter für Zigaretten- und Alkoholkonsum sowie Trunkenheit

Das Experimentieren mit der Zigarette hat bei den 15-jährigen Schülern bereits mit 12.8 Jahren und bei den Schülerinnen mit 13.1 Jahren begonnen (*Tabelle 4*). Dabei ist das Rauchen von mehr als nur einem Zug an einer Zigarette aber deutlich seltener als das Trinken von Alkohol. Jugendliche machen zum überwiegenden Teil mit Alkohol Bekanntschaft (Schüler zu 81.1% und Schülerinnen zu 80.5%). Im Mittel liegt die Erfahrung, mehr als nur einen Schluck Alkohol zu trinken, bei den 15-jährigen Schülern bei 13.1 Jahren und bei den Schülerinnen bei 13.4 Jahren. Das erste Trunkenheitserlebnis kommt deutlich später in der Entwicklung (Schüler im Mittel 13.8 Jahre und Schülerinnen im Mittel 13.9 Jahre) und ist insgesamt seltener (bei Schülern 43.1% und bei Schülerinnen 36.5%). Die Mehrheit der 15-Jährigen ist noch nicht betrunken gewesen (Schüler zu 56.9% und Schülerinnen zu 63.5%). Der Erstkonsum von Cannabis geschieht praktisch im selben Lebensabschnitt, wobei nochmals weniger Jugendliche betroffen sind als bei der Trunkenheit (bei Schülern 32.6% und bei Schülerinnen 24.9%). 10.3% der Schüler und 9.6% der Schülerinnen geben an, eine andere Droge als Cannabis, Alkohol oder Zigaretten genommen zu haben. Der Erstkonsum wird im Mittel im Alter von 13.6 Jahren (Schüler) und 13.7 Jahren (Schülerinnen) angegeben.

Tabelle 4 Anzahl Angaben, Mittelwert (M), Median (Med.), häufigster Wert (Mod.) und Standardabweichung (SD) des Alters mit dem verschiedenen Konsummitteln und –formen zum ersten Mal erlebt wurden nach Geschlecht (2006)

		Einstieg		Einstiegsalter				Kein Einstieg		Fehlende Angabe	Total
		Anzahl	Prozent	M	Med.	Mod.	SD	Anzahl	Prozent	Anzahl	Anzahl
Eine Zigarette geraucht	Schüler	474	55.6%	12.8	13	14	1.4	379	44.4%	11	864
	Schülerinnen	449	54.2%	13.1	13	14	1.3	380	45.8%	9	838
Alkohol getrunken	Schüler	691	81.1%	13.1	13	14	1.3	161	18.9%	12	864
	Schülerinnen	670	80.5%	13.4	14	14	1.2	162	19.5%	6	838
Betrunken gewesen	Schüler	366	43.1%	13.8	14	14	1.1	483	56.9%	15	864
	Schülerinnen	303	36.5%	13.9	14	14	1.0	528	63.5%	7	838
Cannabis genommen	Schüler	264	32.6%	13.8	14	14	1.0	546	67.4%	54	864
	Schülerinnen	200	24.9%	13.8	14	14	1.1	602	75.1%	36	838
Eine andere Droge genommen	Schüler	83	10.3%	13.6	14	15	1.3	725	89.7%	56	864
	Schülerinnen	77	9.6%	13.7	14	14	1.2	723	90.4%	38	838

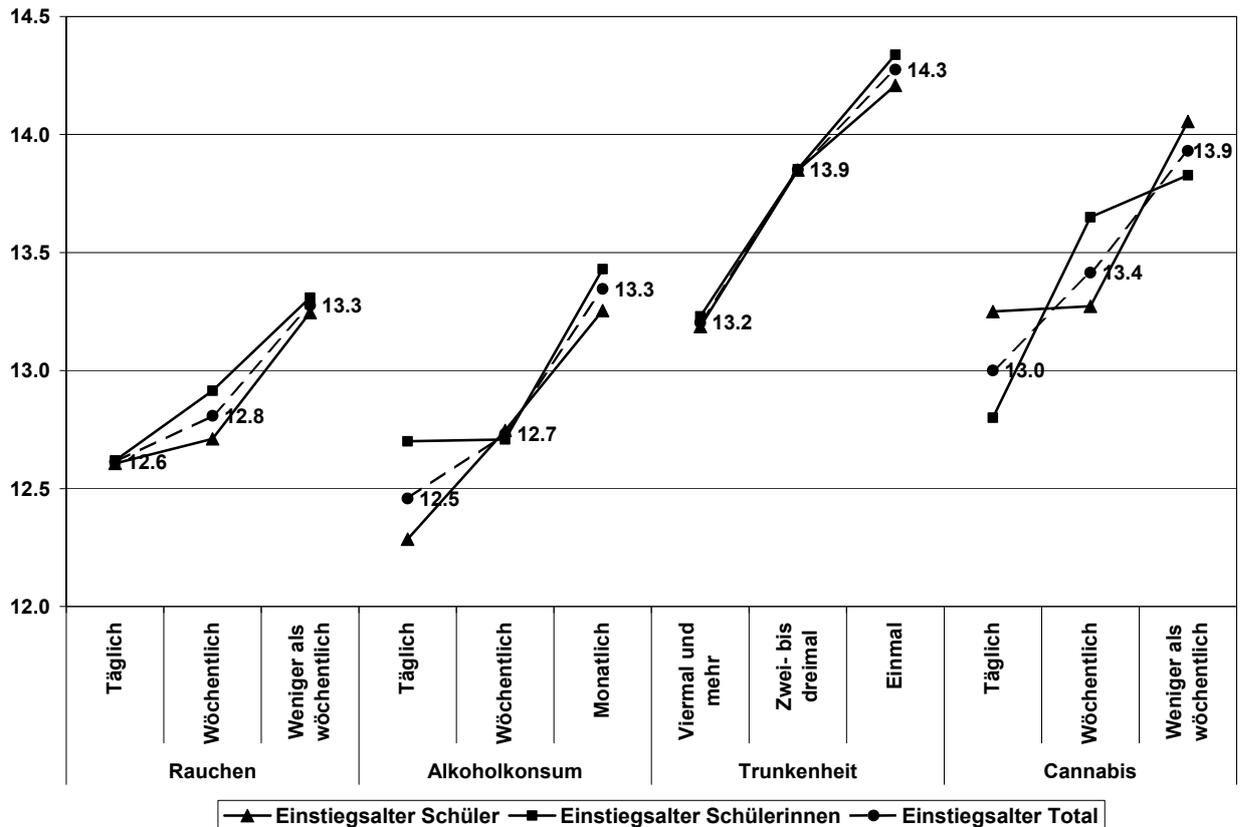
Anmerkung: Angaben auf 15-Jährige beschränkt. Die Antwortkategorie „11 Jahre und jünger“ wurde in der Berechnung als 11 Jahre kodiert, so dass die Mittelwerte das Alter des ersten Konsums leicht überschätzen dürften.

In den meisten Fällen bestehen zunächst Erfahrungen mit Cannabis und davor mit Tabak und Alkohol, bevor es unter Umständen zum Gebrauch von anderen Drogen kommt (Kandel, Yamaguchi, & Chen, 1992). Dabei führt der Konsum von erstgenannten Drogen nicht zwangsläufig zum Konsum weiterer Drogen wie Heroin und Kokain – man kann also in diesem Sinne nicht von "Einstiegsdrogen" sprechen. Der Schwerpunkt des Gebrauchs von diesen sogenannten harten Drogen liegt später – im frühen Erwachsenenalter (Gmel & Rehm, 1996).

Mittleres Einstiegsalter nach Konsumfrequenz

Prävention im Sinne einer generellen Vermeidung eines schlechteren Zustands umfasst alle zielgerichteten Maßnahmen und Aktivitäten, die eine bestimmte gesundheitliche Schädigung verhindern, weniger wahrscheinlich machen oder verzögern (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2001). Das Hinauszögern des Einstiegs in den Konsum von Zigaretten, Alkohol und in die Trunkenheit ist damit ein wichtiges Ziel präventiven Handelns. Der frühe Einstieg in den Konsum zeigt sich auch in den vorliegenden Daten als entscheidender Risikofaktor für einen verstärkten Konsum.

Abbildung 2 Mittleres Einstiegsalter der 15-jährigen Schülerinnen und Schüler nach Häufigkeit des Rauchens, des Alkoholkonsums, der Trunkenheit und des Cannabiskonsums (2006)



Anmerkung:

Rauchen $n=362$; fehlende Angaben 9 (2.4%). 2 x 3 ANOVA: Geschlecht $F(1,356)=0.451$, $p=0.502$; Einstiegsalter Rauchen $F(2,356)=10.052$, $p=0.000$; Geschlecht x Einstiegsalter $F(2,356)=0.153$, $p=0.858$.

Alkoholkonsum $n=1198$; fehlende Angaben 54 (4.3%). 2 x 3 ANOVA: Geschlecht $F(1,1192)=1.108$, $p=0.293$; Einstiegsalter Alkoholkonsum $F(2,1192)=33.467$, $p=0.000$; Geschlecht x Einstiegsalter $F(2,1192)=1.075$, $p=0.342$.

Trunkenheit $n=634$; fehlende Angaben 17 (2.6%). 2 x 3 ANOVA: Geschlecht $F(1,628)=0.346$, $p=0.557$; Einstiegsalter Trunkenheit $F(2,628)=64.426$, $p=0.000$; Geschlecht x Einstiegsalter $F(2,628)=0.249$, $p=0.780$.

Cannabiskonsum $n=239$; fehlende Angaben 6 (2.4%). 2 x 3 ANOVA: Geschlecht $F(1,233)=0.577$, $p=0.448$; Einstiegsalter Cannabiskonsum $F(2,233)=11.700$, $p=0.000$; Geschlecht x Einstiegsalter $F(2,233)=2.087$, $p=0.126$.

Je früher mit dem Konsum begonnen wurde, desto häufiger ist dieser aktuell, das heisst zum Zeitpunkt der Befragung. Das Potenzial für die Prävention ist immens. Können das Einstiegsalter ins Rauchen, in den Alkoholkonsum, in den Cannabiskonsum und das erste Trunkenheitserlebnis hinausgezögert werden, ist tägliches Rauchen, täglicher Alkoholkonsum, täglicher Cannabiskonsum und mehr als dreimalige Trunkenheit signifikant weniger wahrscheinlich. Die Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die einen täglichen Cannabiskonsum angeben, ist gering, so dass die Ergebnisse zum täglichen Konsum mit äusserster Vorsicht interpretiert werden müssen. Der frühere Einstieg der Mädchen im Vergleich zu den Jungen kann bei der geringen Anzahl täglich Konsumierender bereits durch wenige Ausreisser beeinflusst werden. Auf der anderen Seite kann, gerade bei den jungen Altersgruppen ab 14 Jahren, der Entwicklungsvorsprung der Mädchen dazu führen, dass sie häufiger als Jungen ausgehen und sich mit Gleichaltrigen treffen. Diese Rahmenbedingungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit, Cannabis zu konsumieren. Derselbe Vergleich im Alter von 20 Jahren würde vermutlich ein vergleichsweise günstigeres Bild der Konsumsituation bei den weiblichen Befragten ergeben, da der genannte Entwicklungsvorsprung dann nicht mehr besteht.

Tabak

Das Probieren der ersten Zigarette liegt bei den 15-jährigen Befragten im Mittel um das 13. Lebensjahr. Ob es danach zu regelmässigem Rauchen kommt, entscheidet sich sehr schnell. Es gibt Hinweise darauf, dass Jugendliche, die bis zur vierten Zigarette weiterrauen, mit grösserer Wahrscheinlichkeit zu regelmässigen Raucherinnen und Rauchern werden als ihre Altersgenossen, die vor der vierten Zigarette mit dem Experimentieren aufhören (Russell, 1990). Je früher insgesamt mit dem Rauchen angefangen wird, desto wahrscheinlicher ist gewohnheitsmässiges Rauchen. Ungefähr die Hälfte derer, die im jugendlichen Alter mit dem Rauchen beginnt und kontinuierlich weiter raucht, wird früher oder später an einer tabakbedingten Erkrankung sterben (Peto, Lopez, Boreham, Thun, & Heath, 1994).

Tabelle 5 Absolute und relative Häufigkeit der positiven Antworten auf die Frage "Hast du jemals Tabak (eine Zigarette, Zigarre oder Pfeife) geraucht?" nach Alter und Geschlecht (2006)

	Alter					Total
	11-Jährige	12-Jährige	13-Jährige	14-Jährige	15-Jährige	
Schüler	159 17.90%	243 22.40%	371 35.60%	453 45.80%	528 61.30%	1754 36.10%
Schülerinnen	79 9.20%	156 15.80%	330 30.10%	482 44.60%	473 56.60%	1520 31.30%
Total	238 13.60%	399 19.30%	701 32.80%	935 45.20%	1001 59.00%	3274 33.70%

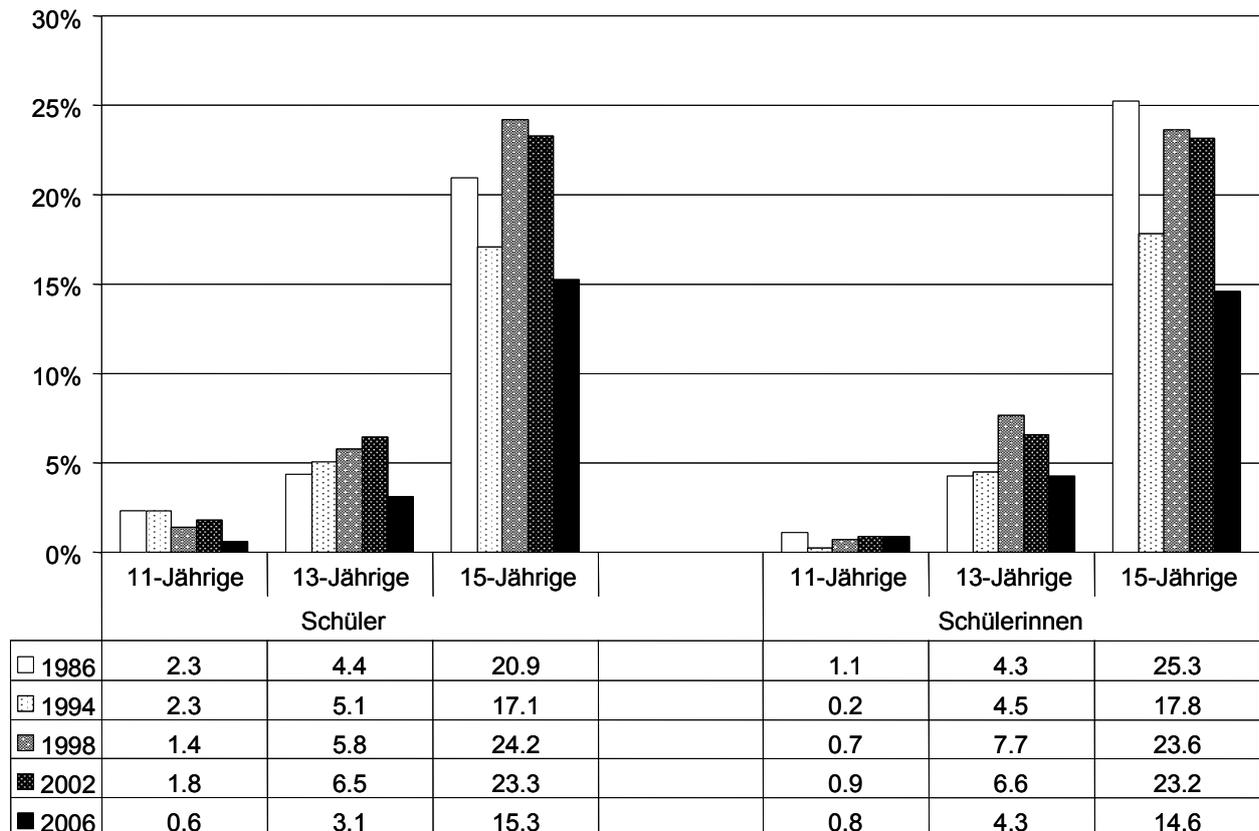
Anmerkung: n=9725; fehlende Angaben 66 (0.7%).

Der Anteil derjenigen, die Tabak geraucht haben, steigt mit dem Alter deutlich an (Tabelle 5). Dieser Anteil ist bei den jungen Schülerinnen geringer als bei den Schülern, sie holen aber in der Entwicklung gegenüber den Schülern schnell auf, sodass wir bei den 14-Jährigen mit fast demselben Anteil von Probierkonsumentinnen und -konsumenten und bei den 15-Jährigen mit einem Unterschied von weniger als 5% konfrontiert sind.

Trends im gewohnheitsmässigen Rauchen

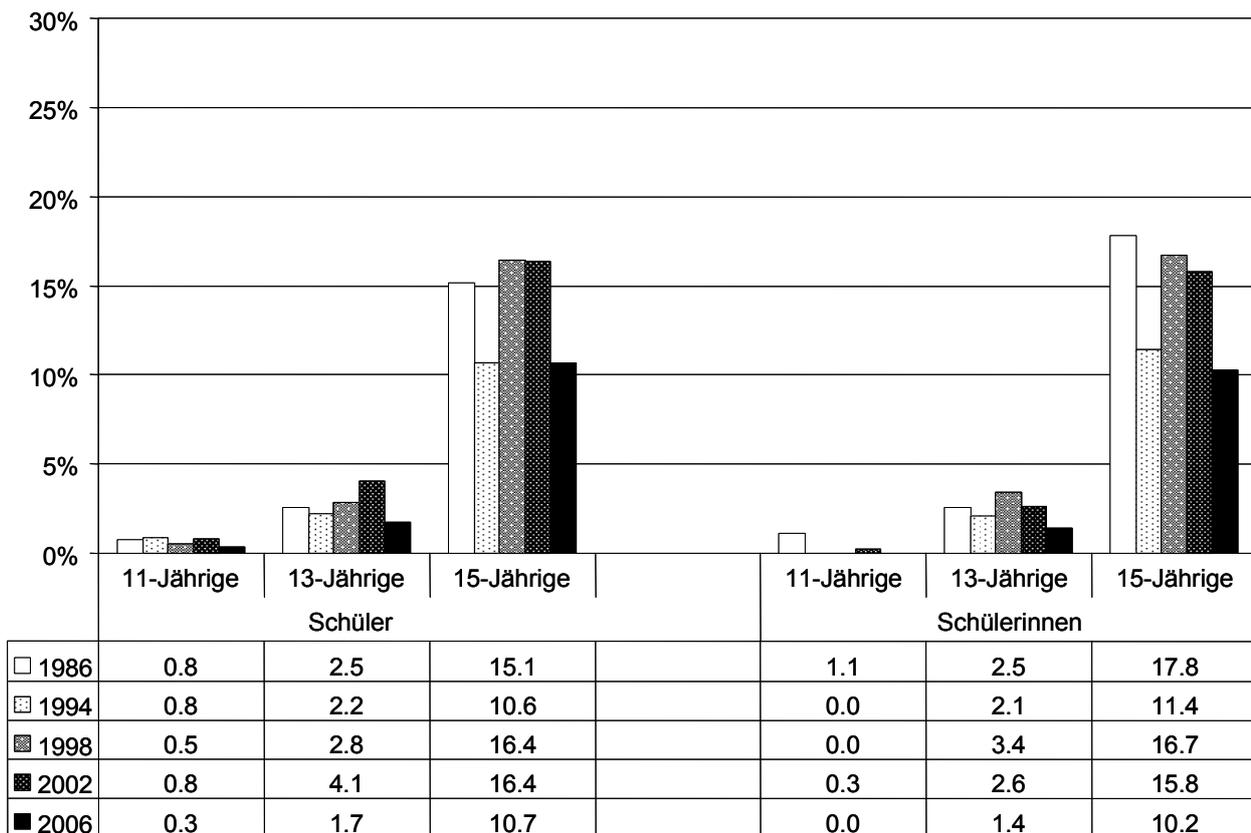
Zur Beschreibung eines mit Risiken verbundenen Konsums zieht man unter anderem die Häufigkeit des Rauchens (Konsum pro Woche oder pro Tag) als Kriterium heran. Bei Jugendlichen spricht man von regelmässigem Rauchen ab einer Häufigkeit von mindestens einmal pro Woche (Janin Jacquat, François, & Schmid, 2001). Neben täglichem Rauchen ist wöchentliches Rauchen deshalb besonders wichtig, weil der Konsum während der Adoleszenz raschen Schwankungen unterworfen sein kann und man nicht immer von einer geradlinigen Progression hin zum täglichen Rauchen ausgehen kann (McNeill, 1991). Dementsprechend kann während einer bestimmten Phase durchaus täglicher Konsum stattfinden, der dann aber auch wieder abnehmen oder ganz aufhören kann, bevor eine neue Konsumphase einsetzt.

Abbildung 3 Mindestens wöchentliches Rauchen nach Geschlecht, Altersgruppen und Untersuchungsjahr



Das wöchentliche Rauchen steigt über die Altersgruppen deutlich an, und es zeigen sich keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern (Abbildung 3). Mit dem Alter steigt das Risiko zum wöchentlichen Rauchen sprunghaft an. Der Trend im wöchentlichen Rauchen über die Untersuchungsjahre zeigt Schwankungen. Für das Jahr 2006 finden wir ab dem 13. Lebensjahr niedrigere Raten als in den Voruntersuchungen und das Absinken ist im Vergleich zu 1986 signifikant. Bei den 15-Jährigen stufen sich ca. 15% als wöchentliche Raucherinnen und Raucher ein. Insgesamt ist damit das regelmässige Rauchen in den letzten 20 Jahren gesunken. Dennoch befindet sich die Schweiz noch weit vom Ziel entfernt, das Einstiegsalter des Rauchens auf 18 Jahre zu erhöhen. Dieses Ziel wurde im von Public Health Schweiz herausgegebenen Bericht zu den Gesundheitszielen für die Schweiz (Ackermann-Liebrich, Paccaud, Gutzwiller, & Stutz Steiger, 2002) auf der Basis der Strategie „Gesundheit für alle“ der Weltgesundheitsorganisation WHO anvisiert.

Abbildung 4 Mindestens tägliches Rauchen nach Geschlecht, Altersgruppen und Untersuchungsjahr



Eine wichtige Schwelle ist bei Jugendlichen dann überschritten, wenn sie täglich rauchen. In einer Studie (Schmid, Gmel, & Janin Jaquat, 1999; Schmid, 2001b) konnten wir zeigen, dass die grosse Mehrzahl der täglich rauchenden Jugendlichen auch im jungen Erwachsenenalter der Zigarette treu bleibt (83%). Nur wenige schaffen es ihren Konsum zu reduzieren (10%) oder ganz aufzuhören (6%). Ihr Risiko tägliche Raucher zu bleiben ist 38-mal grösser als bei Jugendlichen, die gelegentlich oder gar nicht rauchen.

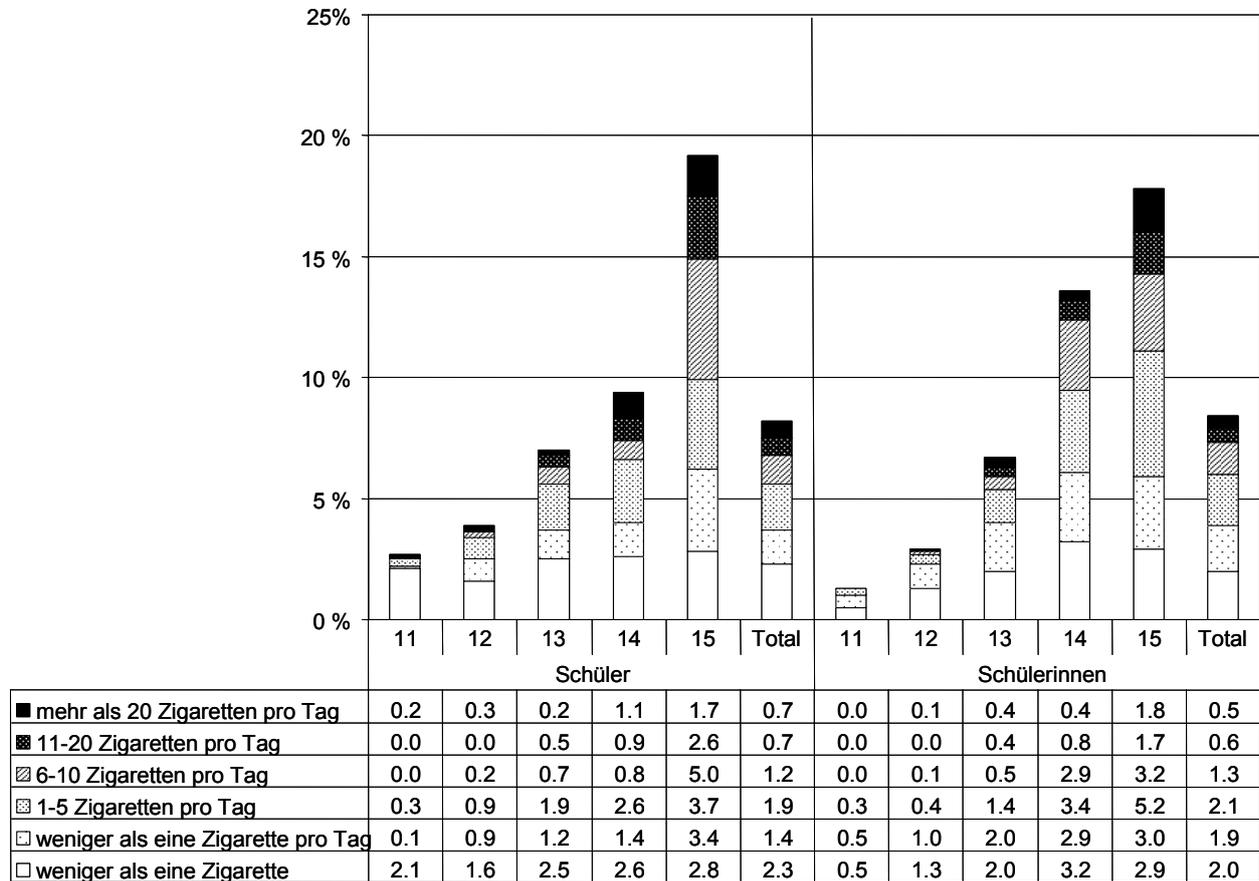
Im Jahr 2006, raucht mehr als jeder zehnte 15-jährige Jugendliche in der Schweiz täglich (Abbildung 4). Diese Zahl ist innerhalb der letzten 20 Jahre gesunken und sie repräsentiert ca. 10 000 Jugendliche. Wie beim wöchentlichen Rauchen liegen auch beim täglichen Rauchen die Raten unter denen der Vorjahre. Das Absinken zeigt hingegen keinen kontinuierlichen Verlauf. Verglichen mit 1986 ist der Anteil der täglich rauchenden Jugendlichen 1994 und 2006 signifikant tiefer. In den Jahren 1998 und 2002 sind die Raten verglichen mit 1986 unverändert. Es stellt sich damit die Frage, ob der Trend zu weniger Rauchen sich auch in Zukunft bestätigen wird.

Die Anzahl gerauchter Zigaretten

Neben dem wöchentlichen und dem täglichen Rauchen ist die Anzahl gerauchter Zigaretten ein wichtiger Indikator für die Intensität des Rauchens. Die durch das Rauchen bedingten Krankheiten sind mit der Dauer des Rauchens (der Anzahl Jahre, die geraucht wurde) und mit der Anzahl gerauchter Zigaretten verbunden (US department of health and human services, 2004). Anhand der Frage „Wie viele Zigaretten hast Du während der letzten 7 Tage geraucht?“

und den vorgegebenen, 7-stufigen Antwortkategorien von „keine“ bis „mehr als 20 Zigaretten pro Tag“ kann die Anzahl schwerer jugendlicher Raucherinnen und Raucher abgeschätzt werden.

Abbildung 5 Anzahl der in den letzten 7 Tagen gerauchten Zigaretten nach Alter und Geschlecht (2006)



In der Entwicklung der Schülerinnen und Schüler wird deutlich, dass ab dem 13. Lebensjahr das tägliche Rauchen an Einfluss gewinnt. Bei den 14-Jährigen werden am häufigsten 1 bis 5 Zigaretten pro Tag geraucht. Bei den 15-jährigen Schülern rauchen schliesslich 9.4% 6 Zigaretten und mehr und bei den Schülerinnen sind es 6.7%. Das Rauchen einer ganzen Schachtel Zigaretten pro Tag ist bei 1.7% der 15-jährigen Schüler und bei 1.8% der gleichaltrigen Schülerinnen zu beobachten.

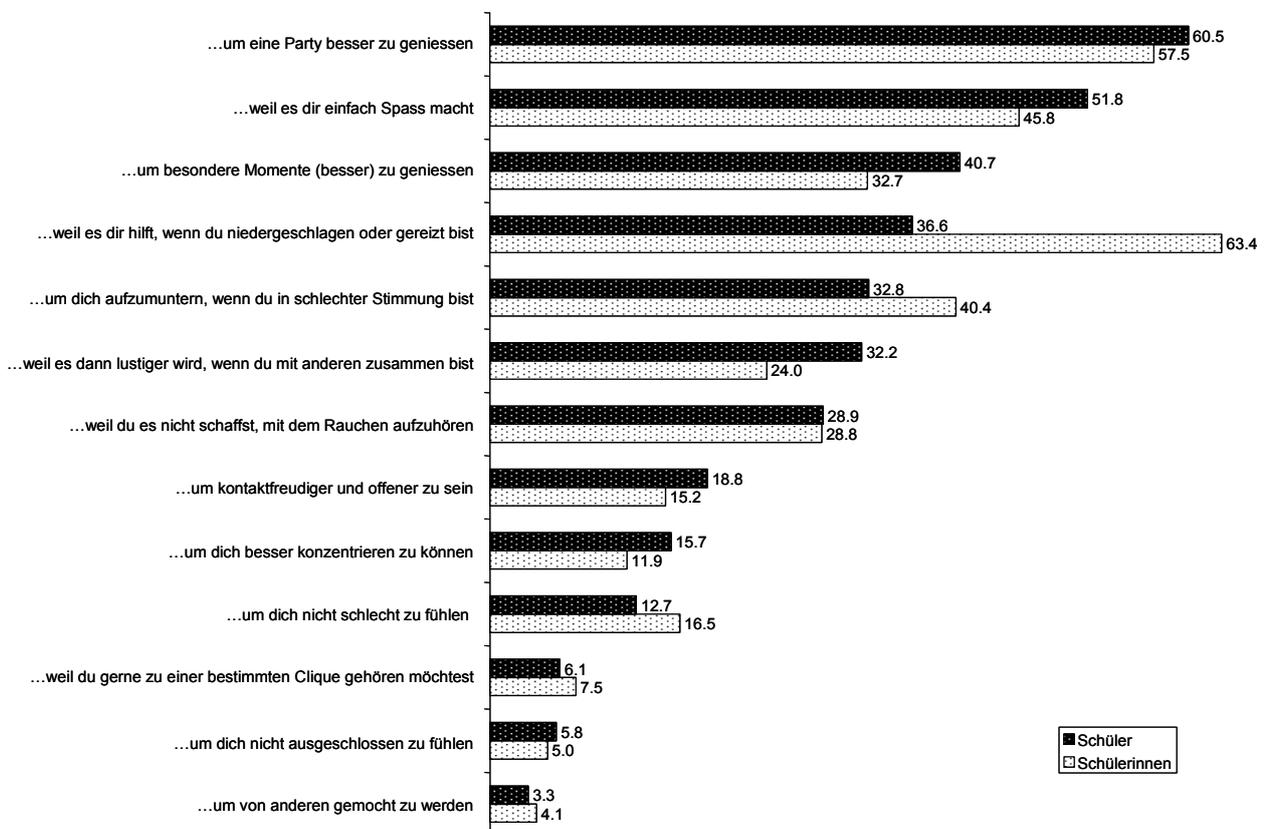
Gründe für den Tabakkonsum

Sowohl für die Forschung als auch für die Prävention von Substanzkonsum im Jugendalter und darüber hinaus sind Faktoren, welche sehr eng mit dem Verhalten verbunden sind, von strategischer Bedeutung (Kuntsche, Knibbe, Gmel, & Engels, 2006). Solche Faktoren sind oftmals nicht nur erfolgsversprechender für präventive Bemühungen, da sie das Verhalten direkt beeinflussen, sondern sie beinhalten ferner distale Faktoren, beispielsweise kulturelle, situative oder Persönlichkeitsvariablen (Cox & Klinger, 1988). Die subjektiven Gründe psychoaktive Substanzen zu konsumieren werden in der Literatur als finale Entscheidung definiert, die zum

unmittelbaren Substanzkonsum führt und sind deshalb die Faktoren, die am engsten mit Substanzkonsum verbunden sind (Cox & Klinger, 1988; Kuntsche et al., 2006).

Im Einklang mit vorangegangener Forschung (Comeau, Stewart, & Loba, 2001; Cooper, 1994; Kuntsche et al., 2006) wurde den 15-jährigen Rauchenden in der vorliegenden Studie die Frage gestellt: "Wenn du an alle Gelegenheiten denkst, an denen du in den letzten 12 Monaten Tabak geraucht hast, bitte gib an, wie oft du geraucht hast, ...". Jugendliche, die keine solche Gelegenheit hatten, konnten angeben, dass sie nicht geraucht haben. Alle anderen sollten angeben, ob und wenn ja, wie häufig ein bestimmter Grund auf sie zutraf. In Abbildung 6 ist der Anteil derjenigen Jugendlichen wiedergegeben, welche zumindest einmal aus dem jeweiligen Grund in der letzten 12 Monaten geraucht hatten.

Abbildung 6 Gründe, für den Tabakkonsum bei 15-Jährigen (Zustimmung in Prozent) nach Geschlecht (2006)



Anmerkung: Die Angaben basieren auf 787 Jugendlichen, die in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mindestens einmal Tabak geraucht hatten.

Am häufigsten gaben die befragten Rauchenden Verstärkungsmotive an. Das heisst, die meisten Jugendlichen rauchen, um ein positives Gefühl zu verstärken, etwa um besondere Momente besser zu geniessen oder weil es einfach Spass macht. Bewältigungsmotive, also Rauchen um negative Gefühle zu lindern, werden ebenfalls häufig genannt. Beispielsweise geben 63% der Schülerinnen und 37% der Schüler an, dass sie Rauchen, weil es ihnen hilft wenn sie niedergeschlagen oder gereizt sind und 40% bzw. 33% um sich aufzumuntern, wenn sie in schlechter Stimmung sind. Interessanterweise zeigen sich hierbei recht klare

Geschlechtsunterschiede. Während mehr Schüler als Schülerinnen Verstärkungsmotive angeben, ist das Geschlechterverhältnis bei Bewältigungsmotiven umgekehrt.

Im Vergleich zu Verstärkungs- und Bewältigungsmotiven sind soziale Motive, beispielsweise Rauchen um kontaktfreudiger und offener zu sein, oder Konformitätsmotive, beispielsweise um zu einer bestimmten Clique zu gehören oder sich nicht ausgeschlossen zu fühlen, weit weniger ausgeprägt. So geben nur 3 bis 8% der befragten Rauchenden Konformitätsmotive an.

Darüber hinaus zeigt sich konsistent für beide Geschlechter, dass jeder dritte bis vierte Jugendliche angibt, nicht mit dem Rauchen aufhören zu können.

Abhängigkeitsanzeichen

Das Nikotin als abhängigkeits erzeugende Substanz ist bereits bei Jugendlichen von Bedeutung (Gervais, O'Loughlin, Meshefedjian, Bancej, & Tremblay, 2006; US department of health and human services, 2004). Neben der körperlichen Abhängigkeit steht die psychische, die eine wichtige Rolle für den jugendlichen Raucher übernehmen kann. Gruppenzugehörigkeit, Experimentierlust, Entspannung, Umgang mit Stress, schickes Aussehen und anderes mehr sind mögliche Funktionen der Zigarette, die im Laufe der Zeit in eine Abhängigkeit münden können. Untersuchungen aus den Vereinigten Staaten von Amerika sprechen davon, dass vom ersten Griff zur Zigarette bis zur Abhängigkeit bei Jugendlichen im Mittel lediglich rund 2 bis 3 Jahre vergehen (Gervais et al., 2006; US department of health and human services, 2004; Leventhal, Fleming, & Glynn, 1988), während andere Untersuchungen aufgrund der raschen Schwankungen beim Rauchen von Jugendlichen eine gradlinige Entwicklung in die Abhängigkeit in Zweifel ziehen (McNeill, 1991).

Tabelle 6 Abhängigkeitsanzeichen bei 15-jährigen täglichen Raucherinnen und Rauchern (2006)

	Schüler	Schülerinnen	Abhängigkeits- anzeichen
Anzahl täglich Rauchender (n)	91	85	
"Falls du jeden Tag rauchst, wie bald nach dem Aufstehen rauchst du gewöhnlich an Schultagen deine erste Zigarette?"			
• Morgens bevor ich aus dem Haus gehe	22.4%	15.0%	} ja
• Auf dem Weg zur Schule	55.3%	63.8%	
• Vor dem Mittagessen, während ich in der Schule bin	7.1%	3.8%	
• Am Nachmittag	9.4%	10.0%	
• Erst später, am Abend	5.9%	7.5%	
Anzahl fehlender Angaben	6	5	
• "Ich rauche, weil ich es nicht schaffe, mit dem Rauchen aufzuhören"	82.2%	84.4%	ja
Anzahl fehlender Angaben (n)	7	8	
• 6 und mehr täglich gerauchter Zigaretten	75.8%	58.8%	ja
Anzahl fehlender Angaben (n)	0	0	
• kein Abhängigkeitsanzeichen	4.4%	5.9%	
• 1 Abhängigkeitsanzeichen	14.3%	20.0%	
• 2 Abhängigkeitsanzeichen	34.1%	32.9%	
• 3 Abhängigkeitsanzeichen	47.3%	41.2%	
Anzahl fehlender Angaben (n)	0	0	

Anmerkung: Die interne Konsistenz nach der Kuder Richardson 20 Formel der drei Abhängigkeitsanzeichen beträgt $\alpha = .85$.

Anzeichen von Abhängigkeit sind bei vielen der täglich rauchenden Jugendlichen zu erkennen. Mehr als jeder zehnte 15-jährige Jugendliche in der Schweiz raucht täglich. Davon rauchen mehr als zwei Drittel bereits recht bald nach dem Aufstehen, nämlich morgens bevor sie aus dem Haus gehen oder auf dem Weg zur Schule (Tabelle 6). Bei über 80% der täglichen Raucherinnen und Raucher ist auch die Tatsache, nicht mehr von der Zigarette loszukommen, ein wichtiger Grund zu rauchen. Die grosse Mehrheit raucht 6 Zigaretten und mehr pro Tag, was als weiteres Abhängigkeitsanzeichen gesehen werden kann.

Nimmt man das frühmorgendliche Rauchen, die vergeblichen Aufhörversuche und/oder die Anzahl von mehr als 6 täglich gerauchte Zigaretten als Anzeichen für Abhängigkeit (vgl. entsprechende Ansätze bei Erwachsenen Fagerström & Schneider, 1989), so sind lediglich 4.4% der täglichen Raucher und 5.9% der Raucherinnen ohne Anzeichen. Bei beiden Geschlechtern hat die überwiegende Mehrheit zwei und mehr Abhängigkeitsanzeichen (Schüler: 81.4% und Schülerinnen: 74.1%).

Alkohol

Trends in der Häufigkeit des Alkoholkonsums

Während das Probieren eines alkoholischen Getränkes zum Beispiel bei besonderen Gelegenheiten keine direkte Bedrohung für die Gesundheit von Jugendlichen darstellen dürfte, muss hingegen ein regelmässiger Konsum mit wöchentlicher Häufigkeit je nach Alter und Entwicklung des Jugendlichen als problematisch eingestuft werden (Gmel, Heeb, & Rehm, 2001).

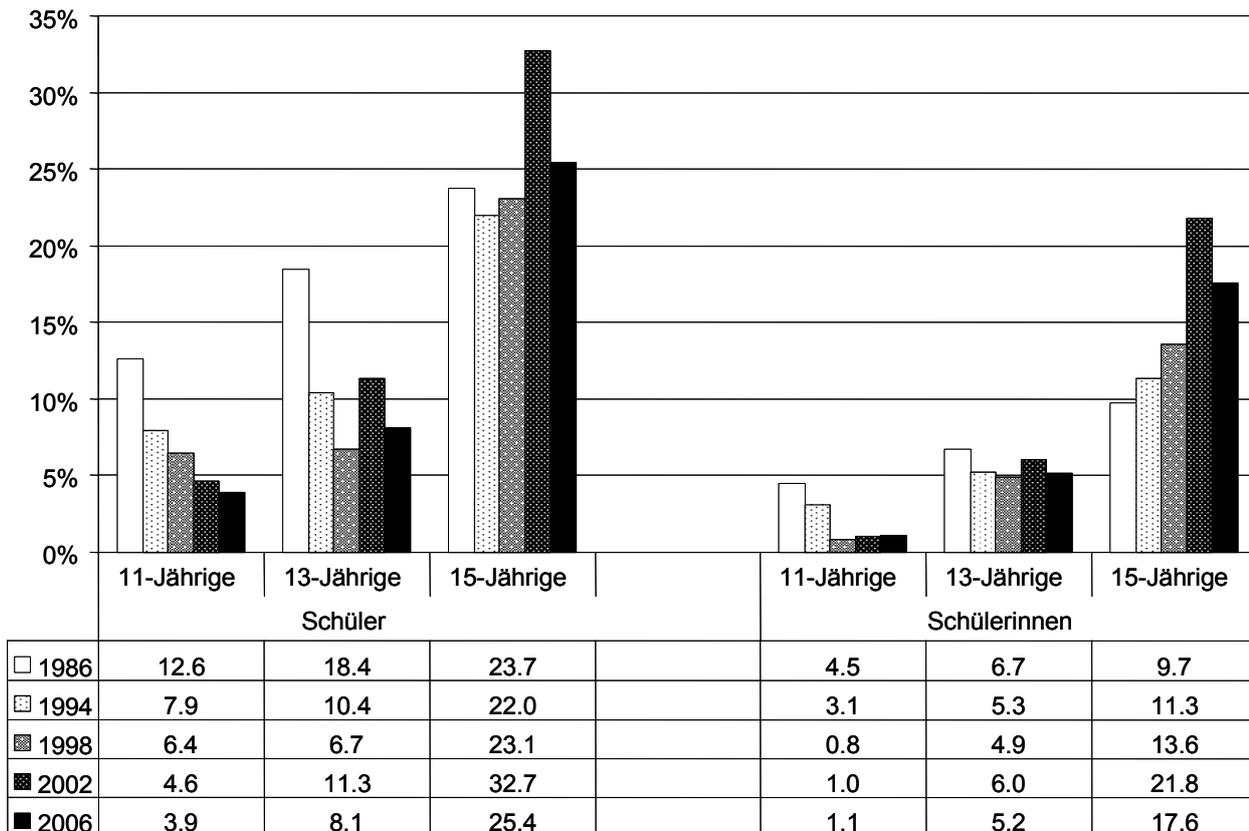
Tabelle 7 Absolute und relative Häufigkeit wöchentlichen Alkoholkonsums nach Altersgruppen, Geschlecht und Untersuchungsjahr

Wöchentlicher Alkoholkonsum		Untersuchungsjahr					Total
		1986	1994	1998	2002	2006	
11-Jährige	Schüler	20 12.6%	102 7.9%	47 6.4%	34 4.6%	34 3.9%	237 6.3%
	Schülerinnen	5 4.5%	39 3.1%	6 0.8%	8 1.0%	9 1.1%	67 1.8%
13-Jährige	Schüler	38 18.4%	144 10.4%	61 6.7%	117 11.3%	83 8.1%	443 9.7%
	Schülerinnen	12 6.7%	68 5.3%	45 4.9%	68 6.0%	56 5.2%	249 5.4%
15-Jährige	Schüler	55 23.7%	320 22.0%	197 23.1%	315 32.7%	215 25.4%	1102 25.4%
	Schülerinnen	26 9.7%	155 11.3%	114 13.6%	196 21.8%	143 17.6%	634 15.1%

Anmerkung: n=25212; fehlende Angaben 824 (3.2%).

Schüler haben eine annähernd dreimal höhere Wahrscheinlichkeit wöchentlich Alkohol zu konsumieren als Schülerinnen und die Wahrscheinlichkeit zum Konsum steigt bei älteren Jugendlichen beider Geschlechter markant an (*Tabelle 7*).

Abbildung 7 Mindestens wöchentlicher Alkoholkonsum nach Altersgruppen, Geschlecht und Untersuchungsjahr

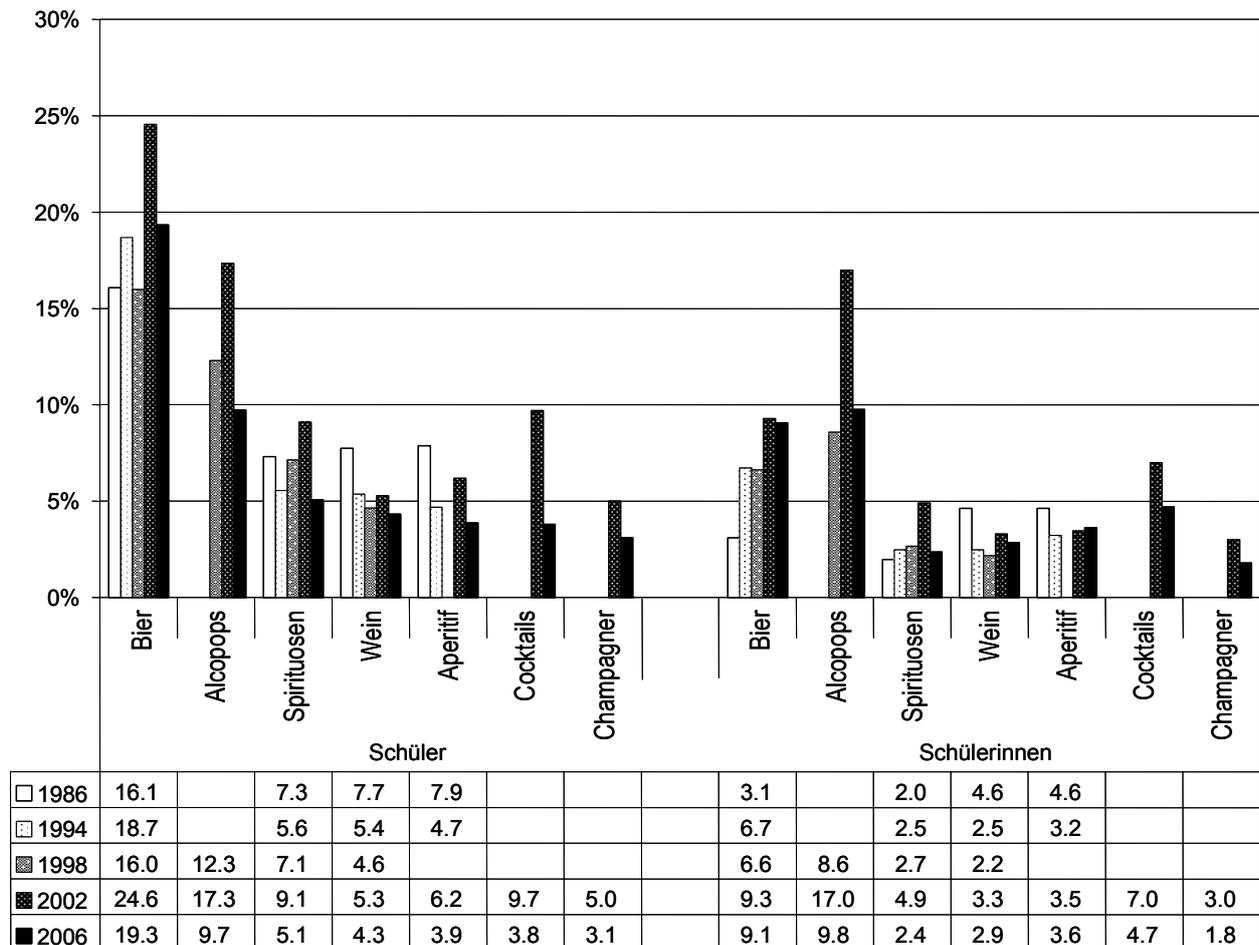


Die deutlichsten Anstiege im wöchentlichen Alkoholkonsum sind bei den 15-Jährigen im Jahr 2002 festzustellen, während für das Jahr 2006 die Anteile wieder zurück gegangen sind (Abbildung 7). Schülerinnen trinken nach wie vor seltener wöchentlich Alkohol als Schüler. Gleichzeitig wird der Unterschied zwischen den Geschlechtern über die letzten 20 Jahre geringer. Welche Getränke von den Jugendlichen bei ihrem wöchentlichen Konsum bevorzugt werden, werden wir im Folgenden genauer untersuchen.

Trends in der Präferenz spezifischer Getränke

Obwohl Modalitäten des Alkoholkonsums von einem Land zum anderen erheblich variieren können, lassen sich dennoch gewisse gemeinsame Tendenzen beobachten: In der Vergangenheit galt in Europa Bier, zumindest bei den Schülern, als Getränk der Wahl (Nic Gabhainn & François, 2000; Hibell et al., 2000). Sogenannte Alcopops, Limonaden mit Alkohol bzw. Mixgetränke zeigen sich in der Schweiz weiterhin als In-Getränke, denn sie haben – seit ihrer Einführung – das Bier bei den Schülerinnen von der Spitzenposition verdrängt.

Abbildung 8 Mindestens wöchentlicher Konsum spezifischer alkoholischer Getränke der 15-Jährigen nach Geschlecht und Untersuchungsjahr



Der wöchentliche Bierkonsum ist im Vergleich zu 1986 signifikant erhöht. Die Raten sind zwar bei den Schülern im Jahr 2006 verglichen mit 2002 gesunken und bei den Schülerinnen zwischen 2002 und 2006 unverändert, sie liegen aber mit 19.3% (Schüler) und 9.1% (Schülerinnen) deutlich höher als in den Jahren vor 2002.

Neben dem Anstieg des Bierkonsums bei Schülern, war im Jahr 2002 auch ein Anstieg des Spirituosenkonsums bei beiden Geschlechtern festzustellen (Abbildung 8). Im Jahr 2006 sind die Raten des wöchentlichen Spirituosenkonsums bei den Schülerinnen wieder auf das Niveau von vor 20 Jahren gesunken; bei den Schülern sogar darunter. Der wöchentliche Konsum von Wein ist ähnlich verbreitet wie der von Spirituosen und es ist keine signifikante Veränderung festzustellen. Bei dem wöchentlichen Konsum von Aperitiven ist hingegen ein rückläufiger Trend zwischen 1986 und 2006 zu beobachten.

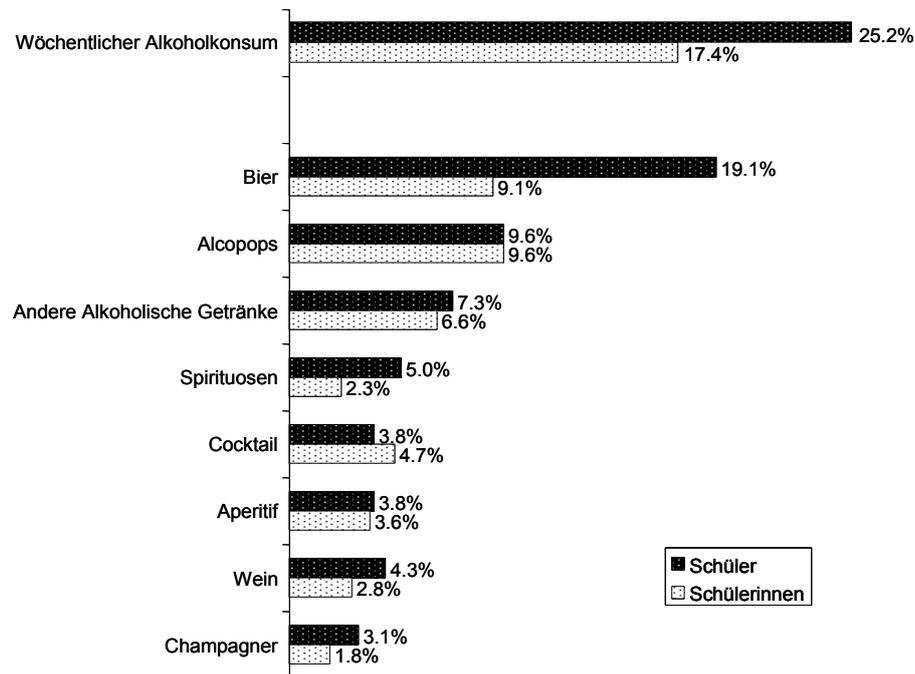
Die Trends beim Konsum der Alcopops können nur auf den Hintergrund einiger Fakten verstanden werden. Die Idee zu diesen Getränken kam Anfang der 90er Jahre aus Australien. Sie wurden 1995 breit im britischen Markt eingeführt und kamen bereits 1996 auch in die Schweiz. Hier hatten diese neuen Getränke, deren Markennamen wie „Hooch“ und „Two Dogs“ heute noch kaum bekannt sind, kontinuierlich mehr und mehr Erfolg. Bereits 1998 waren diese Getränke bei den Schülerinnen das am häufigsten konsumierte spezifische Getränk. Ab dem 1. Dezember 1997 wurden die süßen alkoholischen Mischgetränke (Designerdrinks, Alcopops oder Alkopops, Premix-Getränke) dem Alkoholgesetz unterstellt. Damit dürfen sie nicht an

Jugendliche unter 18 Jahren verkauft werden, die Werbung für diese Getränke ist wesentlich eingeschränkt und sie werden wie Spirituosen besteuert. Eine deutliche Verteuerung war die Folge und – damit verbunden – sank der Konsum deutlich. Die Daten der Untersuchung zeigen zwischen 1998 und 2002 hingegen einen deutlichen Anstieg im wöchentlichen Konsum der Alcopops. Am 1. Juli 1999 wurden im Zuge ausserpolitischer Verhandlungen der Schweiz ein Einheitssteuersatz auf Spirituosen eingeführt und die Besteuerung der Spirituosen drastisch gesenkt. Der Vertrieb der Alcopops auf dem Schweizer Markt wurde damit für die Industrie wieder attraktiv, er wurde von aggressivem Marketing begleitet und es wurden neue Getränke auf der Basis von Markenspirituosen (Smirnoff, Bacardi) eingeführt. Die Verkaufszahlen sprangen in der Folge sprunghaft an (2000: 1.7 Mio. Flaschen; 2001: 28 Mio. Flaschen und 2002: 39 Mio. Flaschen). Anfang des Jahres 2003 wurde durch eine breite Medienarbeit auf die sprunghaft gestiegenen Konsumzahlen bei Jugendlichen aufmerksam gemacht und sowohl Öffentlichkeit als auch Politik erkannten Handlungsbedarf. Seit dem 1. Februar 2004 wurde ein Sondersteuersatz auf diese süssen Mischgetränke eingeführt. Die Einfuhr sank in der Folge sehr stark und die Industrie versuchte durch neue Getränke mit einem Zuckergehalt unter der Sondersteuer-Limite von 50 Gramm pro Liter die Sondersteuer zu umgehen. Der wöchentliche Konsum von Alcopops liegt nun im Jahr 2006 auf einem Niveau von fast 10% der 15-jährigen Schüler und 10% der gleichaltrigen Schülerinnen. Die starke Verbreitung des Konsums im Vergleich zu 2002 ist damit für 2006 deutlich abgeschwächt. Der Konsum befindet sich aber immer noch auf dem Niveau von 1998 und das in einem Alterssegment, indem der Gesetzgeber den Verkauf untersagt hat.

Präferenz spezifischer Getränke

Im Untersuchungsjahr 2006 wurde neben wöchentlichem Konsum von Bier, Wein, Spirituosen, Aperitifen und Alcopops auch der Konsum von Cocktails und Champagner erhoben.

Abbildung 9 Mindestens wöchentlicher Konsum alkoholischer Getränke bei 15-Jährigen nach Geschlecht (2006)



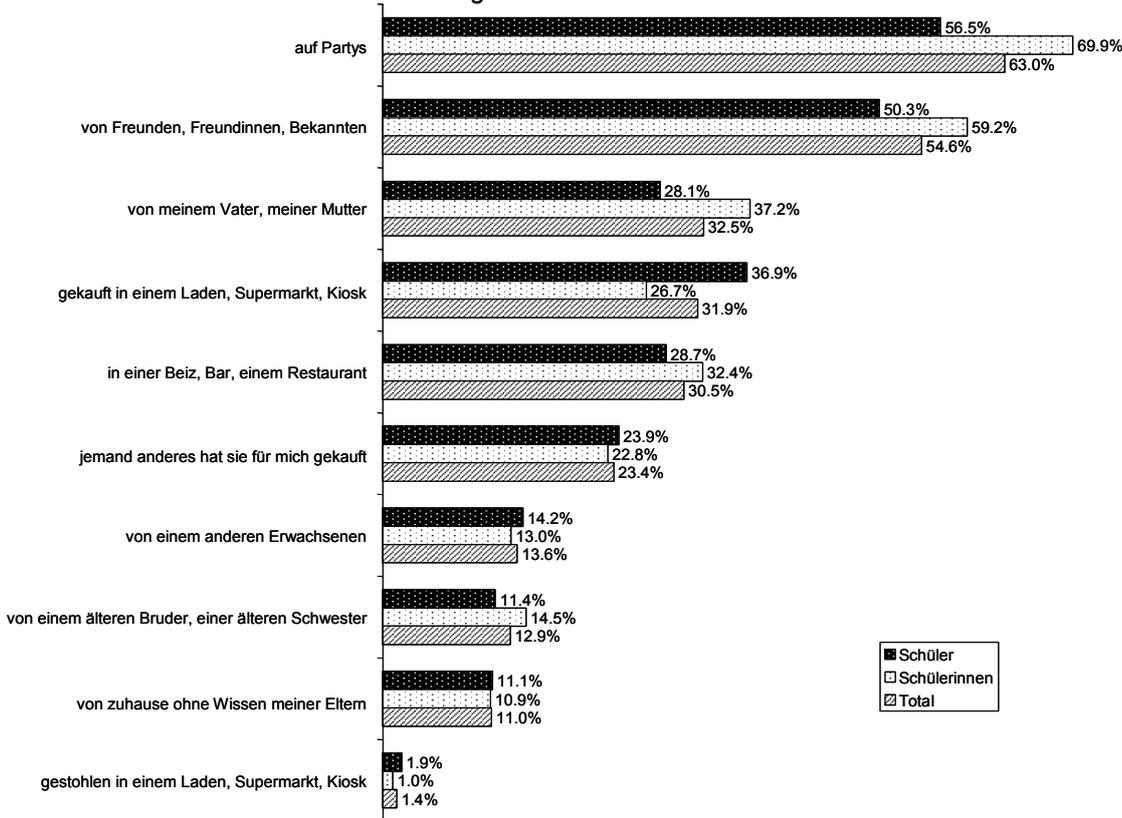
Spirituosen wie Liköre, Schnaps (Whiskey usw.) sind bei 5.0% der Schüler ein mindestens wöchentlich konsumiertes Getränk (Abbildung 9). Spirituosen sind darüber hinaus ein Bestandteil von Alcopops und Cocktails und werden auch bei den anderen alkoholischen Getränken, z.B. bei Selbstgemixtem, eine Rolle spielen.

Neben den vorgemixten Alcopops mit einem durchschnittlichen Alkoholgehalt von 5.0 bis 7.9 Volumenprozent, gehören auch Cocktails bei einigen Jugendlichen zum wöchentlichen Getränk. Die selbstgemixten, farbigen und gezuckerten Cocktails trinken sich zwar fast wie Sirup, beinhalten aber trotz grosser Mischvariationen, mit grosser Wahrscheinlichkeit mindestens zwei- bis dreimal mehr Alkohol als ein Glas Bier. Gemeinsam ist Alcopops und Cocktails, dass der eigentliche Alkoholgeschmack nicht mehr im Vordergrund steht; ein Geschmack, der von Kindern verabscheut wird, und an den sich Jugendliche erst gewöhnen müssen.

Zugang zu alkoholischen Getränken

Der Zugang zu alkoholischen Getränken ist eine notwendige Bedingung für deren Konsum. Das Erschweren des Zugangs zu Alkoholika wird dementsprechend auch als wichtiges Ziel bei der Prävention von Alkoholproblemen gesetzt (Babor et al., 2003). Tatsächlich scheint der Zugang zu Alkohol für Jugendliche nicht wirklich ein Problem darzustellen (Swahn, Hammig, & Ikeda, 2002). Wir hatten in diesem Zusammenhang die Frage gestellt, woher die alkoholischen Getränke kamen, die getrunken wurden.

Abbildung 10 Zugang zu alkoholischen Getränken bei 15-Jährigen nach Geschlecht (2006). Mehrfachantworten möglich



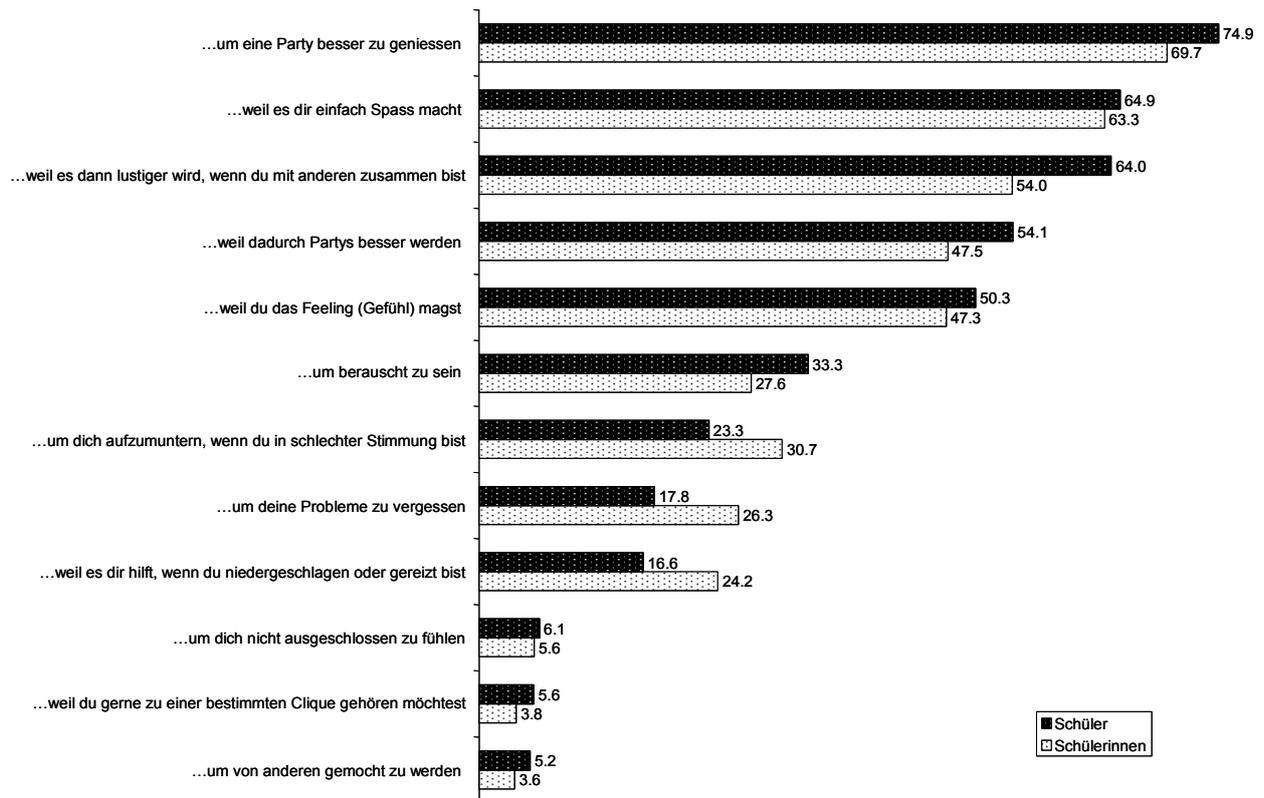
Anmerkung: $n=1263$ die schon alkoholische Getränke konsumiert haben; 14 fehlende Angaben

In der Mehrheit der Fälle kamen die 15-Jährigen auf Partys und durch Freunde und Bekannte an die alkoholischen Getränke. Bei einem Drittel der Jugendlichen haben auch die Eltern bewusst den Alkohol an die Jugendlichen abgegeben. Die Schülerinnen bekommen etwas häufiger den Alkohol auf Partys, von Freunden und von den Eltern als die Schüler. Die Abgabe von Alkohol an unter 16-Jährige ist nach dem Gesetz verboten. Trotz diesen Verbots erhalten Jugendliche in der Schweiz in über 30% der Fälle alkoholische Getränke in Läden, Supermärkten und Kiosken und auch in Restaurationsbetrieben. Der Kauf durch andere, wie den Freunden und die Abgabe durch andere Erwachsene und Geschwister spielt ebenfalls in einigen Fällen eine Rolle. Etwa jeder zehnte Jugendliche kommt zuhause, ohne Wissen der Eltern an Alkohol. In seltenen Fällen wird Alkohol auch gestohlen.

Gründe für den Alkoholkonsum

Analog zu den Gründen für den Tabakkonsum wurden in der vorliegenden Befragung Gründe für den Alkoholkonsum erhoben. Den 15-jährigen Alkoholkonsumierenden wurde die Frage gestellt: "Wenn du an alle Gelegenheiten denkst, an denen du in den letzten 12 Monaten Alkohol getrunken hast, bitte gib an, wie oft du getrunken hast, ...". Jugendliche, die keine solche Gelegenheit hatten, konnten angeben, dass sie nicht getrunken haben. Alle anderen sollten angeben, ob und wenn ja, wie häufig ein bestimmter Grund auf sie zutraf oder nicht. In Abbildung 11 ist der Anteil derjenigen Jugendlichen wiedergegeben, welche zumindest einmal aus dem jeweiligen Grund in der letzten 12 Monaten getrunken hatten.

Abbildung 11 Gründe, Alkohol zu trinken bei 15-Jährigen (Zustimmung in Prozent) nach Geschlecht (2006)



Anmerkung: Die Angaben basieren auf 1257 Jugendlichen, die in den letzten 12 Monaten mindestens einmal Alkohol getrunken hatten.

Es zeigt sich, dass bei 15-jährigen Alkoholkonsumierenden soziale und Verstärkungsmotive im Vordergrund stehen. So gaben beispielsweise mehr als die Hälfte der Schülerinnen und Schüler an, dass sie in den letzten 12 Monaten vor der Befragung getrunken hatten, um eine Party besser zu geniessen, weil es einfach Spass macht oder weil es dann lustiger wird, wenn sie mit anderen zusammen sind. Bewältigungsmotive sind dagegen weniger stark ausgeprägt. Nur etwa jeder vierte Jugendliche gibt an, Alkohol zu trinken, um sich aufzumuntern, um ihre Probleme zu vergessen oder weil es ihnen hilft, wenn sie niedergeschlagen oder gereizt sind. Dabei kommen soziale Motive häufiger bei Schülern vor, während Bewältigungsmotive bei Schülerinnen häufiger vorkommen.

Ferner werden Konformitätsmotive selten als Grund genannt. Nur etwa eine bzw. einer von 20 befragten alkoholtrinkenden Jugendlichen gibt an, getrunken zu haben, um zu einer bestimmten Clique zu gehören, um sich nicht ausgeschlossen zu fühlen oder um von anderen gemocht zu werden. Forschung zeigte, dass Jugendliche, die aus Konformitätsmotiven trinken, eher moderat Konsumierende sind (Kuntsche, Knibbe, Gmel, & Engels, 2006). Es scheint, dass diese Jugendlichen nur zu bestimmten Anlässen trinken, beispielsweise um sich auf einer Party, auf der Alkohol getrunken wird, nicht ausgeschlossen zu fühlen. Generell hängen jedoch die unterschiedlichen Motivgruppen eng miteinander zusammen. Im Einzelfall kann es daher bedeutsam sein, welches Verhältnis oder Muster unterschiedlicher Trinkmotive bei einem Jugendlichen oder in einer bestimmten Gruppe an Jugendlichen vorherrschen.

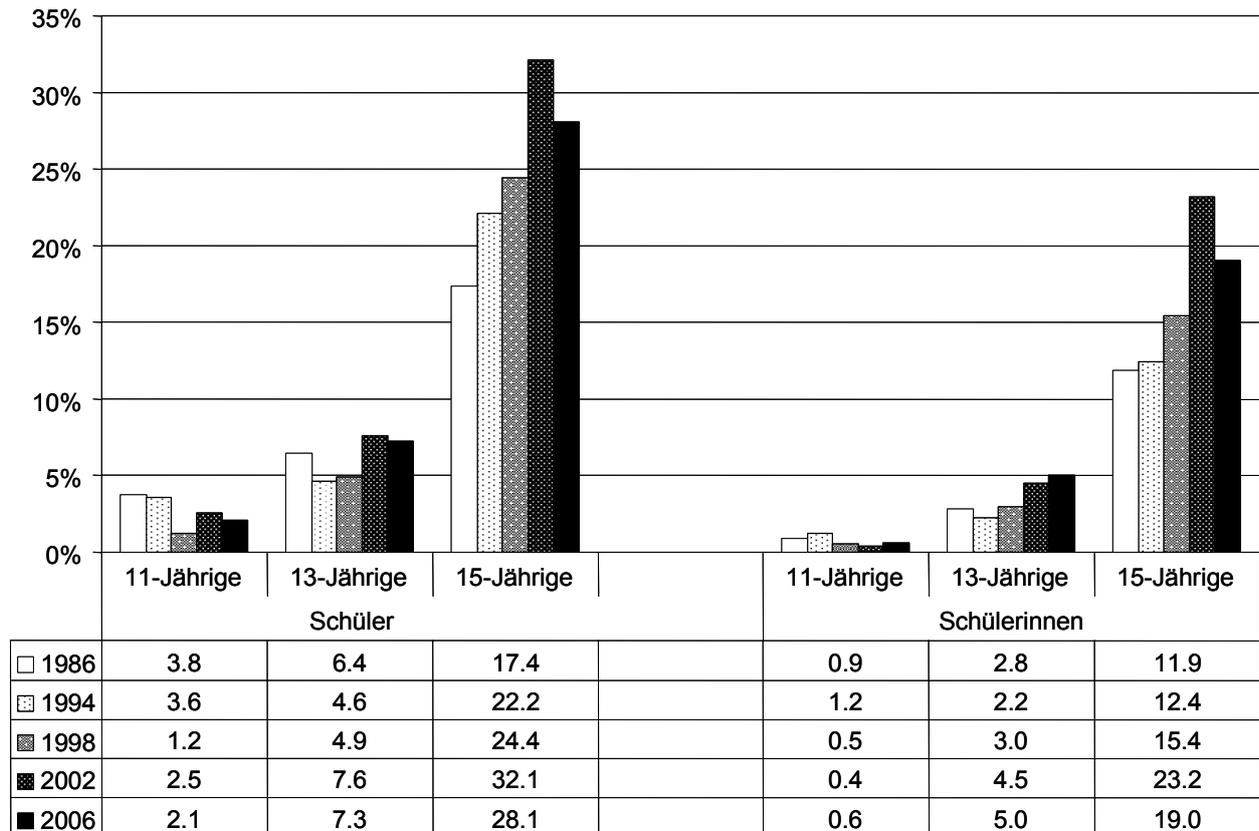
Trunkenheit

Aufgrund seiner psychoaktiven Eigenschaften wird Alkohol auch konsumiert, um sich zu berauschen. Da der Alkohol sofort ins Blut übertritt, verspürt man die Wirkung sehr rasch: Wärmegefühl, Wohlbefinden, Zwanglosigkeit, Fröhlichkeit, Rededrang. Weitere Folgen können von den Konsumierenden oft nicht selber wahrgenommen und vor allem nicht beurteilt werden, da auch die Selbsteinschätzung vermindert und das Selbstwertgefühl gesteigert werden. Unabhängig davon, ob diese Wirkung bewusst intendiert wurde oder ob der Rausch infolge eines Kontrollverlustes auftrat, können häufige Rauschzustände auf einen kritischen, problematischen Konsumstil hinweisen. Die damit verbundenen unmittelbaren Auswirkungen auf die Gesundheit der Jugendlichen im Sinne von Unfällen, Gewalt- und Delinquenzsituationen sowie durch die Alkoholintoxikation an sich, können dramatisch ausfallen (Edwards, Anderson, Babor, & et al., 1994; Sells & Blum, 1996; World Health Organization, 2000; Zador, Krawchuk, & Voas, 2000). In Schweizer Hospitälern müssen 3 bis 4 junge Menschen im Alter bis 23 Jahre täglich aufgrund von Alkoholproblemen behandelt werden. Mehr als die Hälfte aufgrund einer Alkoholintoxikation (Gmel & Kuntsche, 2006).

Trends in der Häufigkeit der Trunkenheit

Der Anteil der Jugendlichen, die angeben mindestens zweimal im Leben betrunken gewesen zu sein, ist über die Untersuchungsjahre angestiegen (*Abbildung 12*). Verglichen mit der ersten Untersuchung von 1986 sind die Raten ab 1994 signifikant erhöht und über die Jahre deutlich angestiegen. Im Jahr der Befragung 2006 lagen die Anteile bei 28.1% bei den 15-jährigen Schülern und bei 19.0% bei den 15-jährigen Schülerinnen. Für das Jahr 2006 sind damit zwar im Vergleich zu 2002 bei den 15-Jährigen niedrigere Anteile Jugendlicher mit zweimaliger Trunkenheit festzustellen, diese liegen aber für 2006 immer noch deutlich über den Anteilen der Vorjahre. Diese Abnahme betrifft sowohl die Mädchen als auch die Jungen.

Abbildung 12 Mindestens zweimalige Trunkenheit nach Geschlecht, Altersgruppen und Untersuchungsjahr



In der erfragten mindestens zweimaligen Trunkenheit drückt sich aus, ob Jugendliche mehr als einmal einen Alkoholrausch in ihrem Leben erfahren haben. Gemäss den vorliegenden Daten kann man davon ausgehen, dass in der Schweiz gut 44 000 Schülerinnen und Schüler im Alter von 11 bis 15 Jahren mindestens zweimal in ihrem Leben betrunken waren. Verglichen mit der Gesamtzahl der Jugendlichen in der Schweiz, die auf diese Altersgruppe entfallen (ca. 440 000), ist diese Zahl besorgniserregend, da es sich zweifellos um ein Risikoverhalten handelt, welches kurz- und langfristig negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler haben kann.

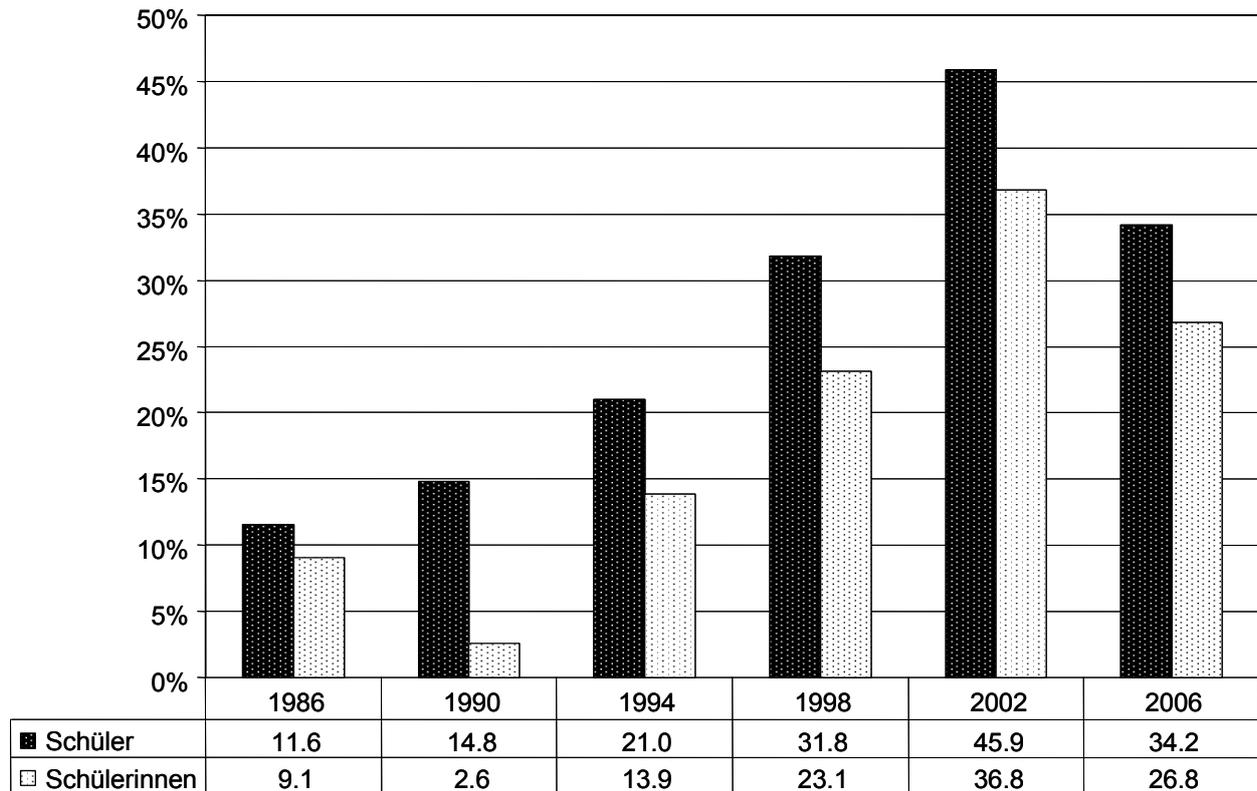
Cannabis

Ist in unserer Gesellschaft von "Drogen" die Rede, so sind damit in der Regel nur illegale Drogen gemeint, seien es nun Cannabisprodukte oder auch Heroin, Kokain usw. Die zuvor dargestellten psychoaktiven Substanzen Tabak oder Alkohol werden in diesem Zusammenhang leicht vergessen, obgleich diese legalen Substanzen viel mehr gesamtgesellschaftlichen Schaden verursachen als illegale Drogen, wenn man Krankheits- und Todesfälle als Kriterien heranzieht (Ezzati, Lopez, Rodgers, & Murray, 2004; Mokdad, Marks, Stroup, & Gerberding, 2004). Unabhängig von der gesamtgesellschaftlichen Verbreitung der Substanzen ist das medizinische, soziale und juristische Risiko für jeden einzelnen Konsumierenden ebenfalls zu bedenken. Für den Konsum von Cannabis sind zwischen akuten Effekten und chronischen Effekten zu unterscheiden. Erstere beinhalten mögliche Störungen der Aufmerksamkeit und der Konzentrationsfähigkeit, mögliche reduzierte motorische Fähigkeiten (Reflexe, Koordination), und Beeinträchtigungen des Kurzzeitgedächtnisses. Zu chronischen Effekten wird ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines Lungenkrebs sowie für andere Erkrankungen des Atmungssystems, eine Beeinträchtigung des Gedächtnisses und der Wahrnehmung, ein erhöhtes Risiko eines frühzeitigen Ausbruchs der Entwicklung von latent vorhandenen Schizophrenien und Depressionen, eine psychische Abhängigkeit sowie moderate körperliche Entzugssymptome nach Absetzen chronischen Konsums gerechnet (Müller et al., 2004).

Trends in der Lebenszeitprävalenz

Cannabisprodukte (Haschisch und Marihuana) werden in der Schweiz weit häufiger konsumiert als irgendeine andere illegale Droge (Gmel & Maag, 1999). Der erste Kontakt mit Cannabis findet in den meisten Fällen im Jugendalter statt.

Abbildung 13 Lebenszeitprävalenz des Konsums von Cannabis bei 15--Jährigen nach Geschlecht und Untersuchungsjahr

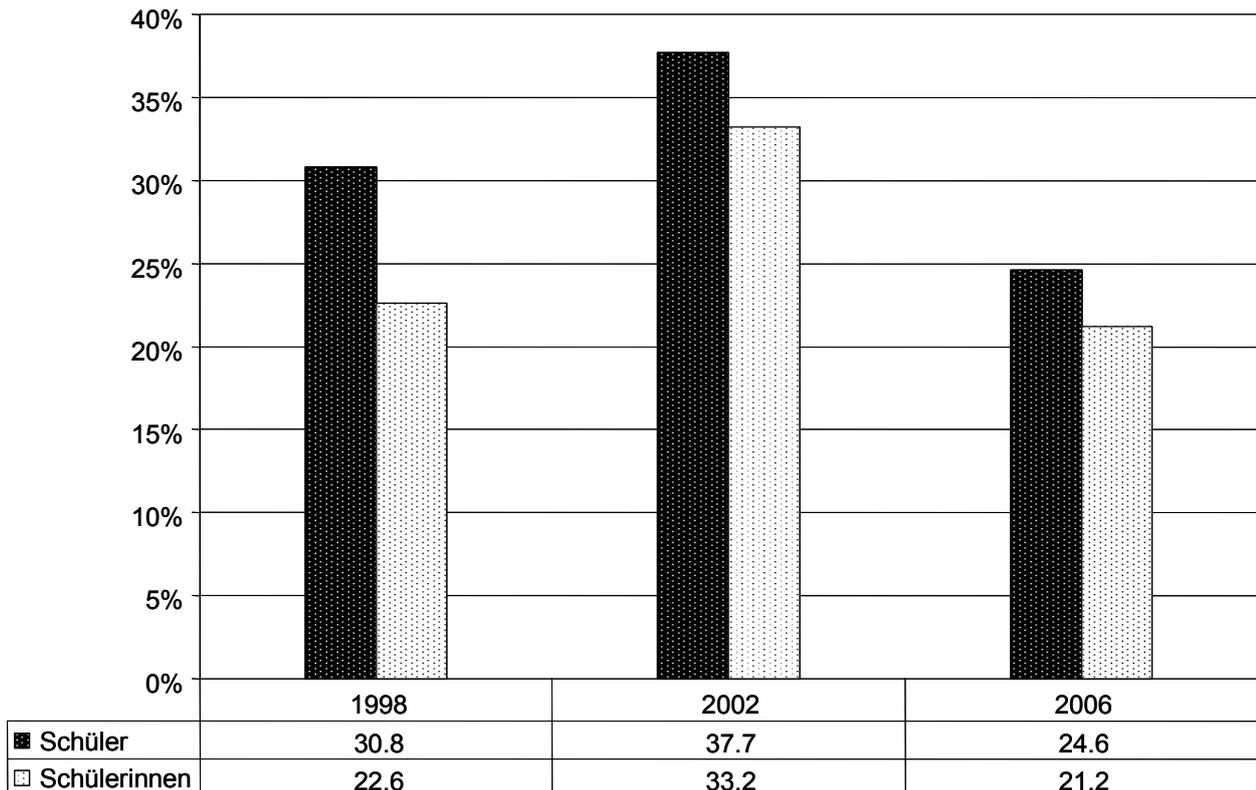


Für das Untersuchungsjahr 2006 ergibt sich der Konsum von Cannabis mindestens einmal im Leben bei 34.2% der 15-jährigen Schüler und von 26.8% der gleichaltrigen Schülerinnen (Abbildung 13). Diese Zahlen sind über die Untersuchungsjahre – mit Ausnahme der Schülerinnen im Jahr 1990 – seit 1986 zwar angestiegen, im Vergleich zum Untersuchungsjahr 2002 hingegen deutlich gesunken. Im Jahr 2002 war die Wahrscheinlichkeit Cannabis konsumiert zu haben gegenüber 1986 um das Sechsfache gestiegen, im Jahr 2006 hat sich die Wahrscheinlichkeit über die letzten 20 Jahre fast vervierfacht. Die Raten des mindestens einmaligen Konsums von Cannabis sind im Jahr 2006 verglichen mit 2002 signifikant gesunken und befinden sich nun wieder auf dem Niveau von 1998. Schüler haben gegenüber Schülerinnen eine um über 50% erhöhte Wahrscheinlichkeit konsumiert zu haben (vgl. Tabelle A10). Unterschiede in der Nationalität oder zwischen den Sprachregionen der Schweiz bestehen keine.

Trends in der Jahresprävalenz

Um den aktuellen Konsum von Cannabis zu untersuchen, wurden die Schülerinnen und Schüler auch gefragt, ob sie Haschisch bzw. Marihuana in den vergangenen 12 Monaten konsumiert hatten.

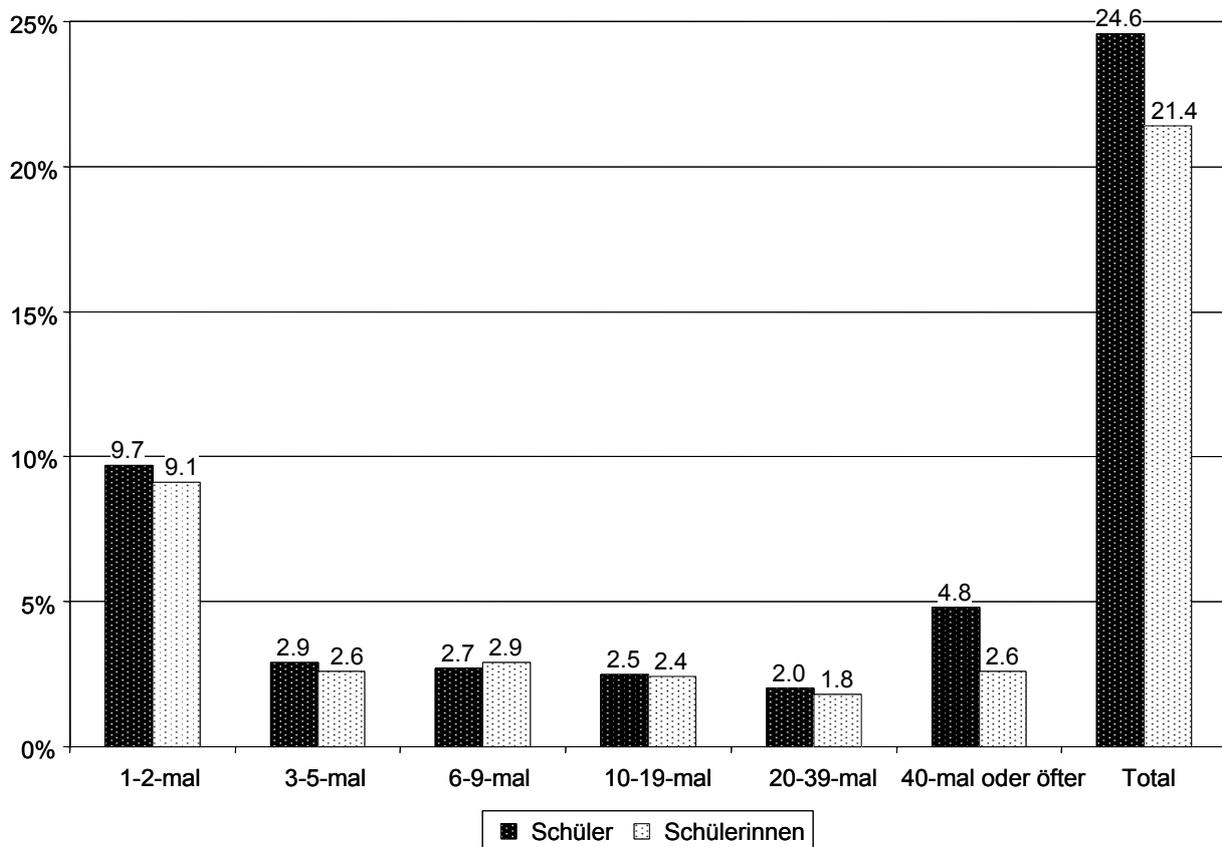
Abbildung 14 12-Monatsprävalenz des Konsums von Cannabis bei 15-Jährigen nach Geschlecht und Untersuchungsjahr



Die 12-Monatsprävalenz liegt 2006 signifikant unter den Raten im Jahr 2002 und 1998 (Abbildung 14). Damit liegt der aktuelle Konsum von Cannabis so niedrig wie schon lange nicht mehr. Weiterhin konsumieren die Schüler signifikant häufiger als die Schülerinnen, gleichzeitig scheint sich der Unterschied zwischen den Geschlechtern jedoch zu reduzieren.

Für das Untersuchungsjahr 2006 können diese Zahlen noch genauer aufgeschlüsselt werden, denn es wurde eine fein gradierte Häufigkeit des Cannabiskonsums zwischen "nie" und "40-mal oder öfter" in den letzten 12 Monaten erfragt (Abbildung 15).

Abbildung 15 Häufigkeit des Cannabiskonsums in den letzten 12 Monaten bei 15-Jährigen nach Geschlecht (2006)



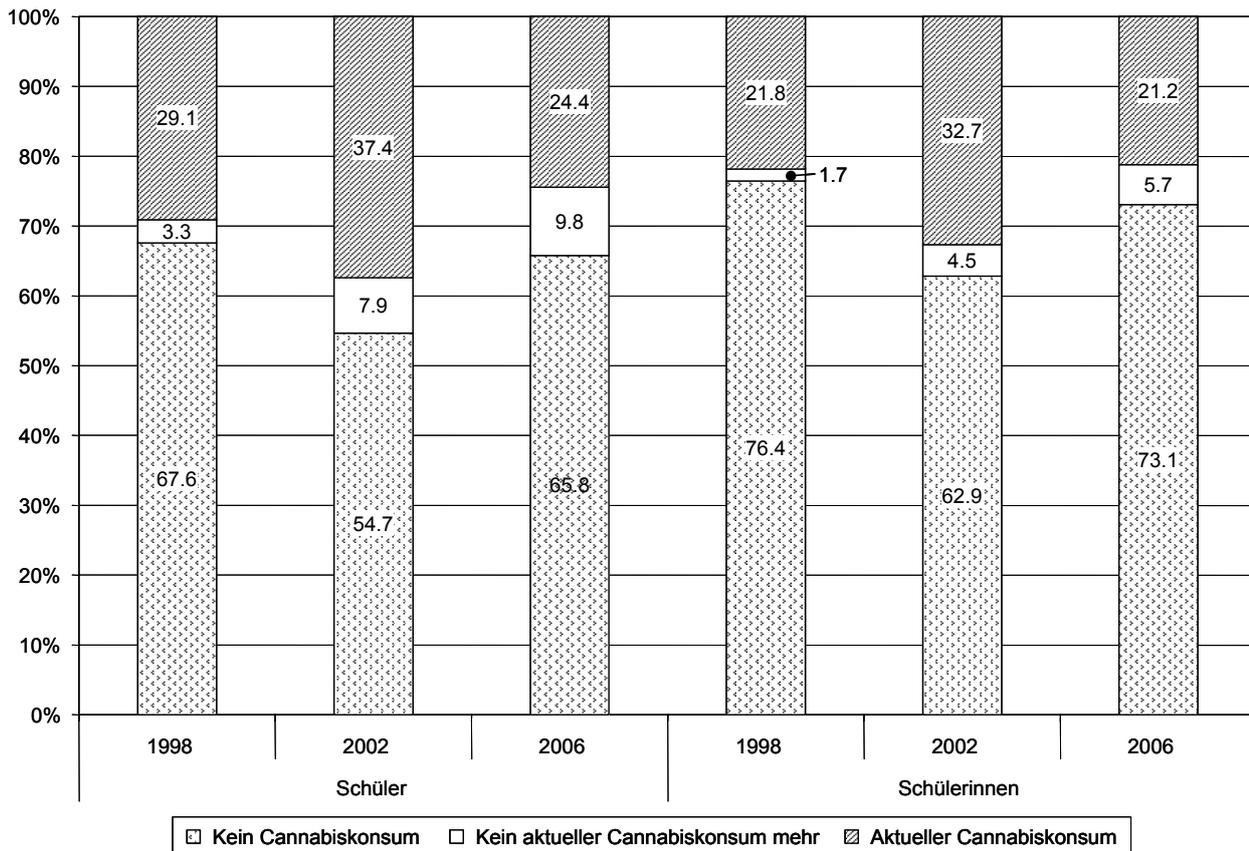
Deutlich am häufigsten ist ein Probierkonsum von ein- bis zweimal in den letzten 12 Monaten zu verzeichnen (Schüler: 9.7%; Schülerinnen 9.1%). In die Extremkategorie des 40-maligen und öfteren Konsums von Cannabis in den letzten 12 Monaten vor der Untersuchung stufen sich 4.8% der Schüler und 2.6% der Schülerinnen ein.

Unabhängig von der Art der psychoaktiven Substanz, ist dieser oftmalige Konsum in den letzten 12 Monaten, der in einigen Extremfällen auch täglichen Haschischkonsum einschliesst, als problematisch einzustufen. Diese Aussage trifft vor allem dann zu, wenn die Droge eingesetzt wird, um Probleme zu bewältigen, um sich zu entspannen und um sich abzulenken. Einer aktiven Auseinandersetzung mit den eigentlichen Problemen wird dadurch aus dem Wege gegangen. Wenn bereits im Alter von 15 Jahren Drogen eine derartige Funktion im Leben von Jugendlichen einnehmen, wird sich diese Lernerfahrung auf ihre spätere Entwicklung auswirken (Brook, Richter, Whiteman, & Cohen, 1999) und dies unabhängig davon, ob die Substanz Haschisch, Alkohol und/oder Tabak heisst.

Kein aktueller Cannabiskonsum mehr

Man kann von keinem aktuellen Cannabiskonsum mehr ausgehen, wenn schon mindestens einmal im Leben konsumiert wurde, dies aber über einen längeren Zeitraum, nämlich in den letzten 12 Monaten nicht wiederholt wurde (Hall, Johnston, & Neil, 1999).

Abbildung 16 Relativer Anteil der 15-Jährigen, die nie Cannabis konsumiert haben, die Cannabis konsumiert haben, aber über keinen aktuellen Konsum mehr berichten und die Cannabis aktuell konsumieren nach Geschlecht und Untersuchungsjahr

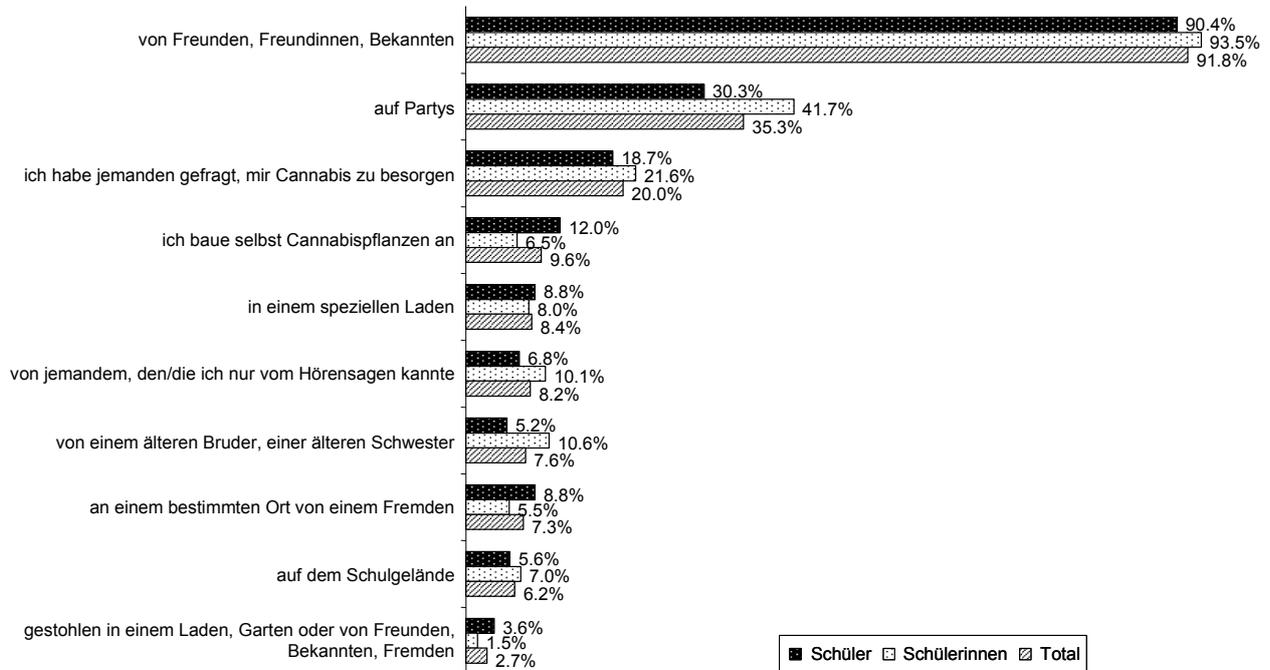


Der Anteil der Jugendlichen, die kein Cannabis konsumieren ist nach dem Absinken von 2002 für 2006 wieder auf dem Niveau von 1998. Es gibt Hinweise darauf, dass viele Jugendliche einmal Cannabis probieren, es danach aber nicht zu einer Wiederholung kommt, sei es, weil schlechte Erfahrungen gemacht werden (dass einem schlecht davon wird) oder weil kein weiteres Interesse am Konsum mehr besteht (Schmid, 1997b). Die Anteile der Jugendlichen, die keinen aktuellen Cannabiskonsum mehr angeben, haben sich 2002 im Vergleich zu 1998 mehr als verdoppelt und sind 2006 nochmals angestiegen (Abbildung 16). Damit gibt es immer mehr Jugendliche, die Cannabis probieren, dann aber – zumindest in den letzten 12 Monaten – nicht aktuell konsumieren. Es ist anzunehmen, dass hier nach ein- oder mehrmaligem Probierkonsum der Konsum von Cannabis eingestellt wurde.

Zugang zu Cannabisprodukten

Der Zugang zu Cannabisprodukten wurde wie beim Zugang zu Alkoholika durch die Vorgabe einer Liste verschiedenster Quellen erfragt.

Abbildung 17 Zugang zu Cannabis bei 15-Jährigen (Zustimmung in Prozent) nach Geschlecht (2006)



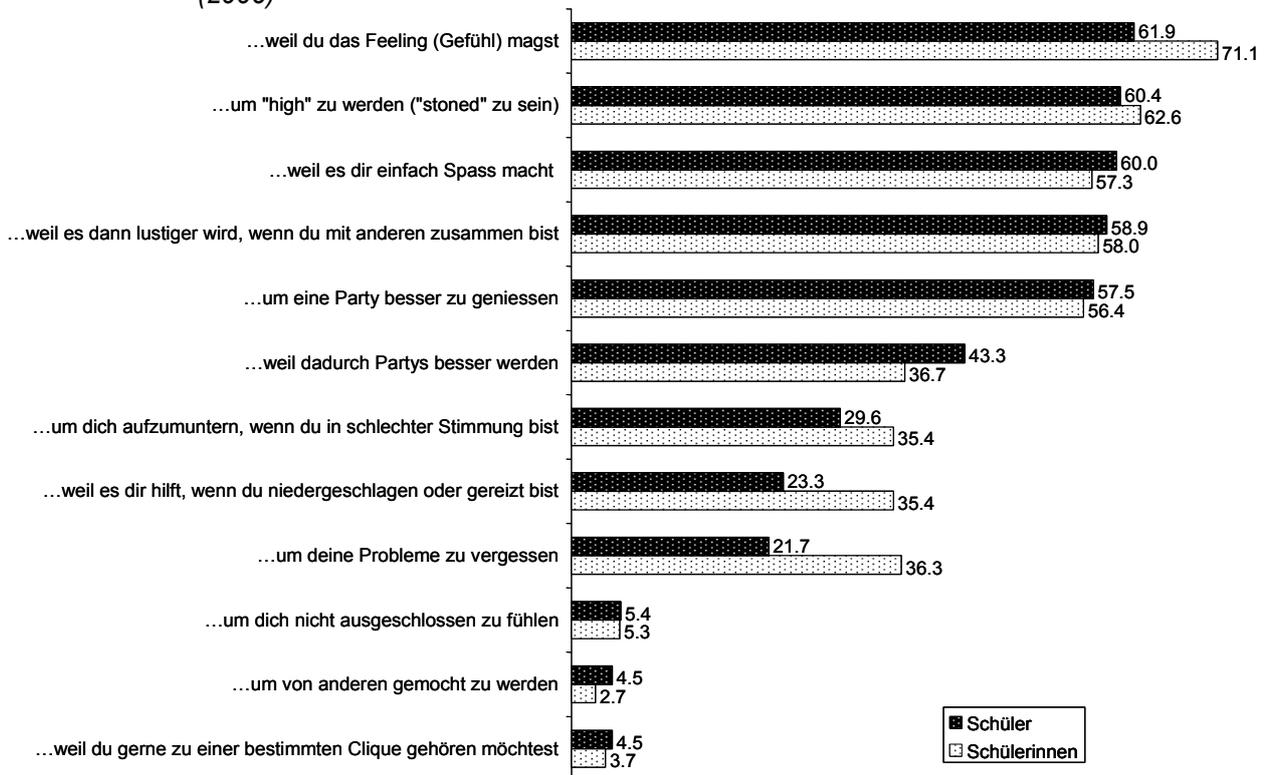
Anmerkung: n=450 die schon Cannabis konsumiert haben; 16 fehlende Angaben

Der Zugang zu Cannabisprodukten geschieht in aller Regel durch Freunde, Freundinnen und Bekannte. Auch auf Partys ist über ein Drittel der Jugendlichen an Cannabis gekommen. Zudem scheinen die Jugendlichen in einigen Fällen aktiv nachzufragen, damit ihnen jemand Cannabis besorgt. Die weiteren Gründe sind für weniger als jeden zehnten Cannabiskonsumierenden relevant. Selbstanbau, Cannabisläden und das Schulgelände sind seltene Bezugsquellen. Auch der Bezug durch Fremde oder Personen, die nur vom Hörensagen gekannt werden, ist wenig verbreitet.

Gründe für den Cannabisgebrauch

Analog zu den Gründen für den Tabak- und Alkoholkonsum wurden in der vorliegenden Befragung Gründe für den Cannabisgebrauch erhoben. Den 15-jährigen Cannabisgebrauchenden wurde die Frage gestellt: "Wenn du an alle Gelegenheiten denkst, an denen du in den letzten 12 Monaten Cannabis genommen hast, bitte gib an, wie oft du Cannabis genommen hast, ...". Jugendliche, die keine solche Gelegenheit hatten, konnten angeben, dass sie kein Cannabis genommen hatten. Alle anderen sollten angeben, ob und wenn ja, wie häufig ein bestimmter Grund auf sie zutraf oder nicht. In Abbildung 17 ist der Anteil derjenigen Jugendlichen wiedergegeben, welche zumindest einmal aus dem jeweiligen Grund in der letzten 12 Monaten Cannabis genommen hatten.

Abbildung 18 Gründe, Cannabis zu nehmen bei 15-Jährigen (Zustimmung in Prozent) nach Geschlecht (2006)



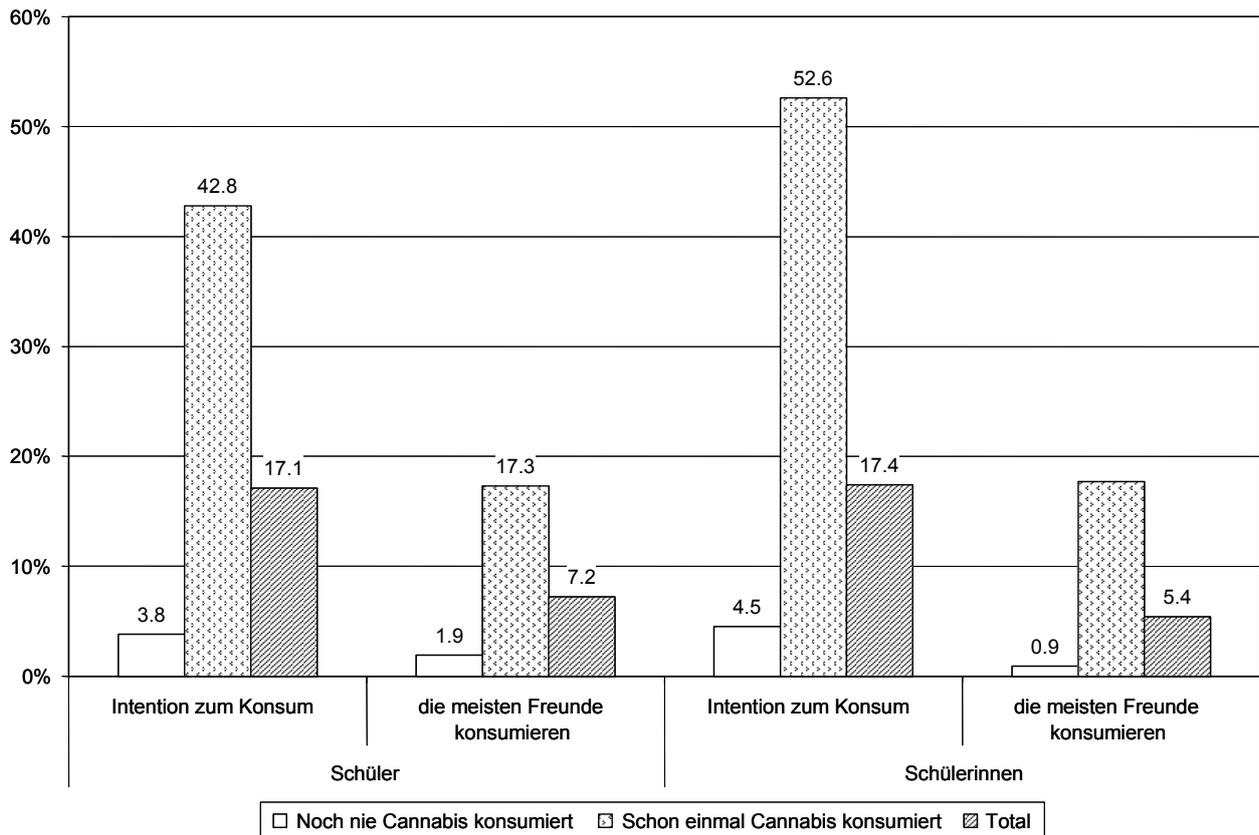
Anmerkung: Die Angaben basieren auf 518 Jugendlichen, die in den letzten 12 Monaten mindestens einmal Cannabis genommen hatten.

Es zeigt sich, eine klare Hierarchie in den verschiedenen Motivgruppen. So kommen Verstärkungsmotive bei 15-jährigen Cannabisgebrauchenden besonders häufig vor. Beispielsweise gaben fast zwei Drittel der Schülerinnen und Schüler an, dass sie in den letzten 12 Monaten vor der Befragung Cannabis genommen hatten, weil sie das Gefühl mögen „bekiff“ zu sein oder um „high“ zu werden. An zweiter Stelle stehen soziale Motive, beispielsweise Cannabis zu nehmen, um eine Party besser zu geniessen oder weil es dann lustiger wird, wenn sie mit anderen zusammen sind. An dritter Stelle sehen Bewältigungsmotive. So gibt etwa jeder dritte Cannabisgebrauchende an, Cannabis zu nehmen, um sich aufzumuntern, um ihre Probleme zu vergessen oder weil es ihnen hilft, wenn sie niedergeschlagen oder gereizt ist. Dabei kommen Bewältigungsmotive besonders häufig beim Schülerinnen vor. Wie auch schon bei Tabak und Alkohol sind Konformitätsmotive auch beim Cannabisgebrauch sehr gering ausgeprägt. Nur etwa einer von 20 befragten cannabisgebrauchenden Jugendlichen gibt an, Cannabis genommen zu haben, um zu einer bestimmten Clique zu gehören, um sich nicht ausgeschlossen zu fühlen oder um von anderen gemocht zu werden.

Einstellungen und Überzeugungen zum Konsum von Cannabis

Einstellungen und Überzeugungen hängen davon ab, ob der bzw. die Jugendliche noch nie oder schon einmal Cannabis konsumiert hat. Wir haben erfragt, welche Intention zu zukünftigem Konsum besteht und in wie weit die Überzeugung, dass die Mehrheit der Freunde Cannabis konsumiert, vorhanden ist.

Abbildung 19 Intention zum Konsum und normative Überzeugung bzgl. Cannabis bei 15-Jährigen nach Geschlecht und Konsumstatus (2006)



Von den Jugendlichen, welche noch nie Cannabis genommen haben, würden 96.2% der Schüler und 95.5% der Schülerinnen auch zukünftig kein Cannabis nehmen (Abbildung 19). In dieser Gruppe ist die Intention zum Konsum gering. Die Intention bei denen, die schon einmal Cannabis konsumiert haben, ist gross – über 42% bei den Schülern und über 52% bei den Schülerinnen – es gibt damit aber auch viele Konsumerfahrene, die in Zukunft nicht mehr vor haben Cannabis zu nehmen.

Wichtig in Bezug auf den Cannabiskonsum ist die Überzeugung, dass die Mehrheit der Freunde und Freundinnen Cannabis konsumiert (Schmid, 2001a). Dies ist bei 7.2% der Schüler und bei 5.4% der Schülerinnen der Fall. Bei den Nichtkonsumierenden ist diese Überzeugung deutlich seltener vorzufinden; die Cannabiskonsumierenden sehen hingegen in ihrem Freundeskreis viele, die ebenfalls konsumieren. Wenn bei Schülerinnen und Schülern der Eindruck vorherrscht, Cannabiskonsum sei in ihrem Freundeskreis allgemein üblich und vollkommen normal, werden sie mit grösserer Wahrscheinlichkeit versuchen, sich nach ihrer normativen Überzeugung zu verhalten, also auch zu konsumieren. Aber auch der umgekehrte Effekt ist möglich. Sobald sie sich in einer bestimmten Art und Weise verhalten, wird sich die Überzeugung ausbilden, dieses Verhalten sei in der Gruppe der Gleichaltrigen weit verbreitet und somit normal (Schmid, 1997a).

Andere psychoaktive Substanzen

Trends in der Lebenszeitprävalenz verschiedener psychoaktiver Substanzen

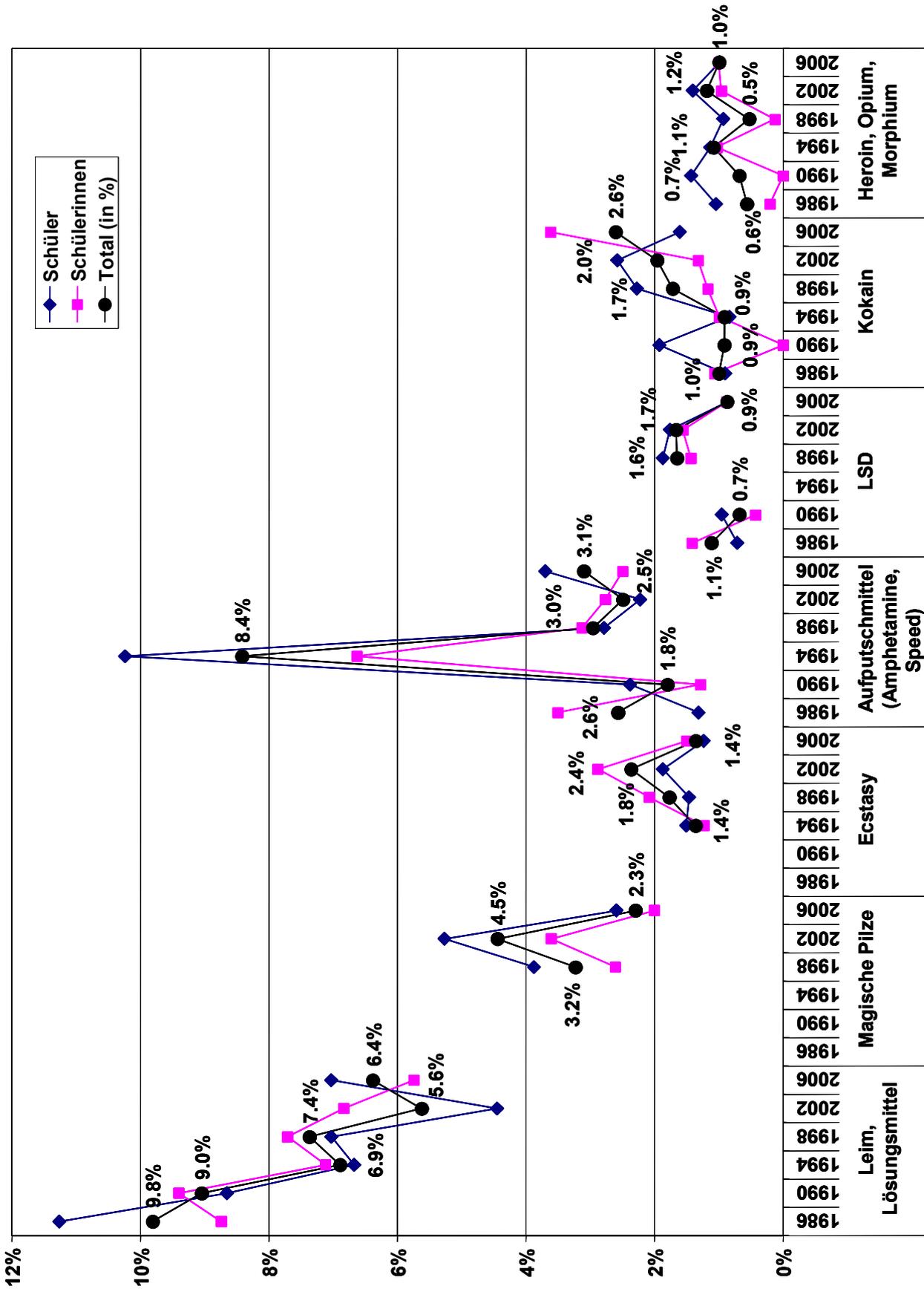
Vom Cannabiskonsum einmal abgesehen ist es sehr schwierig, zeitliche Trendentwicklungen anderer illegaler Drogen zu prüfen. Zum einen liegt das an veränderten Bezeichnungen der psychoaktiven Substanzen im Sprachgebrauch und in den Erhebungswellen, zum anderen an der vorgegebenen Drogenliste im Fragebogen, der neue Antwortmöglichkeiten hinzugefügt worden sind. Allein aus statistischer Sicht fallen die Prävalenzen des illegalen Drogenkonsums (abgesehen vom Cannabiskonsum) so gering aus, dass Schlüsse mit Vorsicht gezogen werden müssen. Der Konsumeinstieg bzw. die erste Bekanntschaft mit anderen psychoaktiven Substanzen als Tabak, Alkohol und Cannabis ist wohl in den meisten Fällen zu einem späteren Zeitpunkt d.h. im frühen Erwachsenenalter zu sehen.

Abgesehen von Tabak, Alkohol und Cannabis wurde im Untersuchungsjahr 2002 nach Erfahrungen mit Leim und Lösungsmitteln, magischen Pilzen, Ecstasy, Medikamenten, um sich zu berauschen, Aufputzmitteln (Amphetamine, Speed), Kokain, LSD, Heroin, Opium, Morphinum und der fiktiven Droge "Baltok" gefragt.

Tabelle 8 Lebenszeitprävalenz des Konsums psychoaktiver Substanzen in Prozent inklusive 95%igem Konfidenzintervall bei 15-jährigen Schülerinnen und Schülern des 9. Schuljahrs nach Untersuchungsjahr

	1986		1990		1994		1998		2002		2006	
	Schüler	Schülerinnen	Total									
Leim, Lösungsmittel	% 11.3	8.7	9.8	8.7	9.4	9.0	6.7	7.1	7.4	4.4	6.8	5.6
	± 4.8	3.7	2.9	3.8	3.7	2.7	1.5	1.5	1.3	1.4	1.7	1.1
Magische Pilze	%						3.9	2.6	3.2	5.3	3.6	4.5
	±						1.4	1.1	0.9	1.5	1.3	1.0
Ecstasy	%						1.5	1.2	1.4	1.9	2.9	2.4
	±						0.7	0.6	0.5	0.9	1.1	0.7
Aufputschmittel (Amphetamine, Speed)	% 1.3	3.5	2.6	2.4	1.3	1.8	10.2	6.6	8.4	2.2	2.8	2.5
	± 1.7	2.4	1.6	2.1	1.4	1.2	1.8	1.5	1.2	1.0	1.1	0.7
LSD	% 0.7	1.4	1.1	1.0	0.4	0.7	1.9	1.4	1.6	1.8	1.6	1.7
	± 1.3	1.5	1.0	1.3	0.8	0.8	1.0	0.8	0.6	0.9	0.8	0.6
Kokain	% 0.9	1.1	1.0	1.9	0.0	0.9	0.8	1.0	0.9	2.3	1.3	2.0
	± 1.4	1.4	1.0	1.9	0.0	0.9	0.5	0.6	0.4	1.1	0.8	0.7
Heroin, Opium, Morphin	% 1.0	0.2	0.6	1.4	0.0	0.7	1.1	1.0	1.1	0.9	1.4	1.0
	± 1.5	0.6	0.7	1.6	0.0	0.8	0.6	0.6	0.4	0.7	0.3	0.4
Cannabis	% 11.7	9.1	10.2	14.7	2.6	8.3	21.0	13.9	17.5	31.7	23.2	27.4
	± 4.8	3.7	3.0	4.8	2.0	2.6	2.4	2.0	1.6	3.3	3.0	2.2
Medikamente, um sich zu berauschen	%			2.4	2.1	2.3	1.7	3.0	2.3	2.1	4.9	3.6
	±			2.1	1.9	1.4	0.8	1.0	0.6	1.0	1.5	0.9
Baltok	% 0.6	0.1	0.3	0.5	0.0	0.2	0.5	0.1	0.3	0.3	0.1	0.2
	± 1.1	0.5	0.6	0.9	0.0	0.4	0.4	0.2	0.2	0.4	0.3	0.2
Andere Drogen	% 3.1	1.7	2.4	11.6	3.7	7.9	5.6	4.5	5.1	4.7	3.9	4.3
	± 3.1	2.3	1.9	5.7	3.6	3.5	1.5	1.4	1.0	1.8	1.2	1.2
												1.9
												1.3

Abbildung 20 Lebenszeitprävalenz des Konsums psychoaktiver Substanzen bei 15-Jährigen in Prozent (2006)



Die Prävalenzen der Schülerinnen und Schüler, welche Leim und/oder Lösungsmittel inhalieren, sinken von 1986 bis 2006 (*Tabelle 8*). Im Jahr 2006 ist es signifikant weniger wahrscheinlich, dass inhaliert wird als noch im Jahr 1986, obwohl der Anteil gegenüber 2002 wieder leicht angestiegen ist. Klebstoffe und Lösungsmittel sind keine illegalen Drogen im eigentlichen Sinne, obwohl sie gefährliche psychoaktive Komponenten enthalten. Diese Substanzen sind frei zugänglich und finden sich in zahllosen Produkten wie Benzin, Klebstoffen, Farben, Lösungsmitteln, Deos usw. Die Inhalation dieser Produkte ist seit langem bei Schüler/-innen bekannt (Janin Jacquat et al., 2001). Dies wird sicherlich durch die leichte Zugänglichkeit der Produkte begünstigt. Möglicherweise steht beim Konsum dieser Mittel nicht einmal so sehr deren Wirkung im Vordergrund, sondern die Lust am Experimentieren, am spielerischen Entdecken. Darüber wird leicht das toxische, sogar tödliche Potenzial solcher Inhalantien übersehen.

Die Lebenszeitprävalenz des Konsums halluzinogener, sogenannter "magischer" Pilze bei 15-jährigen Schülerinnen und Schülern beläuft sich im Jahr 2006 auf insgesamt 2.3% und ist gegenüber 2002 gesunken. Mehr Schüler als Schülerinnen konsumieren halluzinogene Pilze. Je nach konsumierter Menge, Einnahmeweise und Persönlichkeitsstruktur des Konsumenten birgt dieser Konsum nicht zu unterschätzende Gefahren.

Ecstasy, Medikamente und Aufputzmittel kommen in den meisten Fällen in der sauber anmutenden Form von Tabletten vor. Der Ecstasykonsum hat im Jahr 2006 gegenüber 2002 wieder abgenommen und befindet sich mit 1.4% auf dem Niveau von 1994 (*Tabelle 8*). Vom Mischkonsum von Ecstasy mit Aufputzmitteln, zu denen die Amphetamine und Methamphetamine (beide auch unter dem Szenenamen "Speed" bekannt), wird vermehrt aus der Techno-Szene berichtet. Vielfältige Kombinationen verschiedener Substanzen und Medikamente sind nicht auszuschliessen. Die Darreichungsform und die unkontrollierte weil illegale Herstellung führt – zumindest beim Ecstasy – dazu, dass die Konsumierenden nicht sicher sein können, welchen Wirkstoff sie unter den vielen Szenenamen zu sich nehmen (Ayer, Gmel, & Schmid, 1997). Nach dem signifikanten Zwischenhoch im Konsum von Aufputzmitteln im Jahr 1994, sind keine Unterschiede in den Untersuchungsjahren seit 1986 mehr zu erkennen. In der Befragung von 1994 wurden mehrere Fragen zum Konsum von Aufputz- und Dopingmitteln gestellt. Wir vermuten, dass es sich bei den erhöhten Konsumzahlen um einen methodischen Artefakt handelt, da das wiederholte Nachfragen nach dem Konsum von Substanzen die Angaben zum Konsum erhöhen kann. Medikamente, die als Drogen eingenommen werden, bieten Anlass zur Beunruhigung und sollten im Rahmen künftiger Untersuchungen noch näher analysiert werden (Schmid, 2000). In der Tat liegen keinerlei Informationen über Art und Nebenwirkungen physischer oder psychischer Natur vor, wenn man Arzneimittel betrachtet, die sowohl aus der Hausapotheke als auch vom Schwarzmarkt stammen können. Schülerinnen haben ein signifikant höheres Risiko zum Arzneimittelmisbrauch als Schüler. Im Jahr 2006 sind es 4.6% der Schülerinnen, die Medikamente genommen haben um sich zu berauschen. Bei den Schülern beträgt dieser Anteil 1.9%.

Die Lebenszeitprävalenz für Kokain ist in der Schweizer Bevölkerung im Vergleich zum europäischen Ausland eher hoch. Der Konsum ist in einigen Ländern Europas mit grosser Wahrscheinlichkeit angestiegen (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2002), während er in der Schweiz eher konstant geblieben ist. Bei den hier befragten 15-jährigen Jugendlichen liegt im Jahr 2006 die Lebenszeitprävalenz des Kokainkonsums mit 2.6% relativ hoch und ist gegenüber 1986 signifikant angestiegen (*Tabelle 8*). Im Jahr 2006 neigen Schülerinnen (3.6%) gegenüber Schülern (1.6%) erstmals deutlich häufiger zum Kokainkonsum.

Zu den bekanntesten Vertretern der Gruppe der Halluzinogene gehört das LSD. Im Konsum zeigen sich keine Trends und Geschlechtsunterschiede. Die Lebenszeitprävalenz liegt im Jahr 2006 bei 0.9%.

Bei den 15-Jährigen sind Opiate inklusive Heroin mit einer Prävalenz von um die 1% eine selten konsumierte Droge. Es gibt Hinweise darauf, dass der Heroinkonsum seit Mitte der 90er Jahre im Rückgang begriffen ist. Aussagen zum Trend bei Jugendlichen sind aufgrund der geringen Zahl der Fälle in der vorliegenden Studie nicht möglich. Im Jahr 2006 hat ein Anteil von je 1.0% der 15-jährigen Schüler und Schülerinnen nach eigenen Angaben schon Heroin konsumiert.

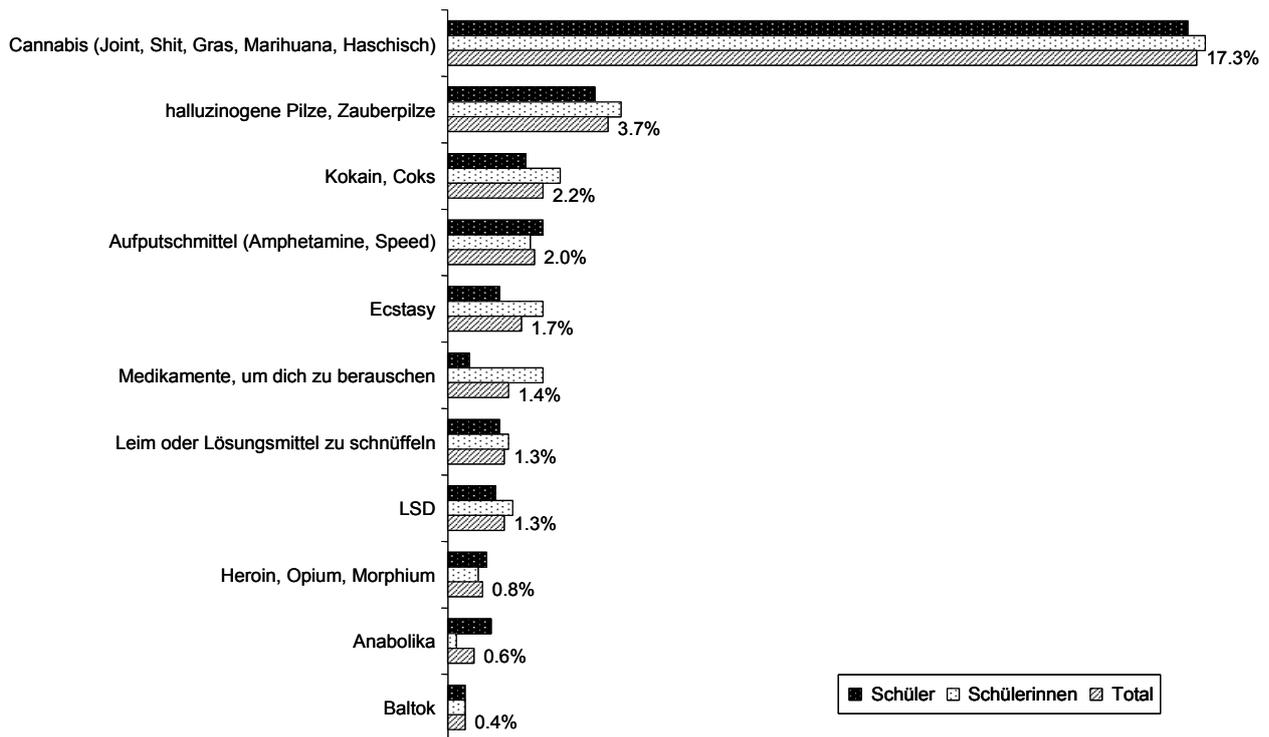
Die Substanz "Baltok" ist eine rein fiktive Droge, welche im Rahmen des Fragebogens zur Validierung der Resultate verwendet wird. Zum einen können bestimmte, nicht zwangsläufig bewusste Antworttendenzen wie beispielsweise die "Ja-Sage-Tendenz" damit kontrolliert werden, zum anderen sollten Hinweise auf bewusste Verfälschungen zu Tage treten. Nun sagen die 0.6% der Jugendlichen, die im Jahr 2006 Baltok genannt haben, nicht zwangsläufig die Unwahrheit oder unterliegen einer Antworttendenz. Gewisse Drogen kommen nämlich unter verschiedenen Bezeichnungen oder "Strassennamen" vor; es ist daher möglich, dass den Schülerinnen und Schülern eine Verwechslung unterlaufen ist. Wie dem auch sei, die Tatsache, dass lediglich 0.6% der Befragten eine gar nicht existierende Droge nennen, spricht für die hohe Gültigkeit der Gesamtergebnisse. Über die Untersuchungsjahre ergeben sich keine signifikanten Veränderungen in den Nennungen, und Schülerinnen und Schüler geben gleichhäufig "Baltok" als Substanz an.

Die vielen verschiedenen möglichen psychoaktiven Substanzen und deren verschiedene Darreichungsformen kommen in unserer Befragung in der Restkategorie "Andere Drogen" zum Ausdruck. In vielen Fällen wird diese Kategorie bereits genannte Drogen abdecken, die unter einem "Strassennamen" ("pot", "Heu", "Gras" usw.) bekannt sind, oder es wird sich um etwas andere Verwendungsweisen und Substanzvarianten wie z.B. Poppers (Aufputzmittel auf Nitritbasis, die aus kleinen Flaschen inhaliert werden) handeln. Mit 7.5% wird diese Restkategorie relativ häufig genannt und diese Angaben sind in den letzten 20 Jahren signifikant angestiegen. Über alle Untersuchungsjahre hinweg nennen Schüler diese Restkategorie signifikant häufiger als Schülerinnen.

Intention zum Konsum psychoaktiver Substanzen

Die Intention zum Konsum psychoaktiver Substanzen wurde mit der Frage „Hast du vor, in Zukunft einen oder mehrere folgender Stoffe zu nehmen?“ erfasst. Die Intention zum Konsum verschiedener psychoaktiver Substanzen ist insbesondere für die Prävention ein wichtiger Indikator für ihr Wirkungsfeld (Schmid, 1998).

Abbildung 21 Anteil der 15-jährigen Schülerinnen und Schüler, die sich vorgenommen haben, in Zukunft verschiedene psychoaktive Substanzen zu konsumieren (2006)



Die Rangreihe in der Annahmefähigkeit der verschiedenen psychoaktiven Substanzen ist in etwa mit deren Konsumprävalenz vergleichbar (Abbildung 21). Etwa 3.7% der Jugendlichen haben sich vorgenommen halluzinogene Pilze zu konsumieren. Bei 2.2 % ist auch die Intention zum Konsum von Kokain festzustellen. Dies zeigt die Dringlichkeit präventiver Massnahmen für den Konsum dieser Substanz. Die "Pillendrogen" Speed, Ecstasy und berauschende Medikamente folgen in der Rangreihe. Bei letzteren scheinen Schülerinnen (2.2%) dem zukünftigen Konsum weniger abgeneigt als Schüler (0.5%). Die Schüler ihrerseits haben sich häufiger vorgenommen in Zukunft zu Anabolika zu greifen (1.0%) als die Schülerinnen (0.2%). Lediglich 0.4% der Jugendlichen geben an irgendeine Droge (fiktive Substanz "Baltok") in Zukunft konsumieren zu wollen, ohne letztlich deren Inhalt und Wirkung zu kennen.

Warum konsumieren Jugendliche Drogen?

Die Frage müsste richtig lauten: Warum nehmen manche Jugendliche niemals Drogen, andere experimentieren und wieder andere gebrauchen regelmässig, missbrauchen und/oder werden abhängig? Für die Beantwortung dieser Frage gibt es keine einfache Antwort, denn es müssen mehrere interagierende Faktoren berücksichtigt werden. Die Weltgesundheitsorganisation hat das Konsumverhalten in vier Stadien unterteilt und die verschiedenen Einflussfaktoren auf das Verhalten im jeweiligen Stadium zusammengetragen (vgl. World Health Organisation (WHO), 2004).

In einem frühen Stadium des Konsums spielen Neugier, Gruppendruck, Werbung, Omnipräsenz der Substanzen, Persönlichkeitsfaktoren (z.B. das Erlebnissuchemotiv) u.a.m. eine bedeutende Rolle. In diesem Stadium befinden sich Jugendliche, die beispielsweise erste Erfahrungen mit Cannabis machen. Interessanterweise finden wir in unserer Untersuchung immer mehr Jugendliche, die Cannabis zwar probieren, danach aber nicht mehr weiter konsumieren. Anhand von Interviews konnten wir feststellen, dass hierfür zwei unterschiedliche Motive zugrunde lagen. Eine Gruppe verlor das Interesse, während es einer anderen Gruppe vom Probierkonsum übel wurde (Schmid, 1997b).

Das nächste Stadium ist die weitere Exposition mit der Substanz. Hier werden emotionale und motivationale Bereiche des Gehirns aktiviert (dies geschieht in erster Linie über das dopaminerge System). Es kommt zu Lernprozessen und Verstärkung in den entsprechenden Hirnregionen. Die Aufmerksamkeit wird selektiv, so dass Drogenreize vermehrt wahrgenommen werden. Zudem wird ein Drogengedächtnis ausgebildet. Dieses Stadium zeigt sich beispielsweise darin, dass konsumierende Jugendliche vermehrt die Absicht haben auch in Zukunft weiter Cannabis zu konsumieren und viele Freundinnen und Freunde selektiv als Konsumierende wahrgenommen werden.

Im nächsten Stadium findet eine weitere Verstärkung über das dopaminerge System und eine Konditionierung auf Drogenreize statt. Dieses Stadium des schädlichen Gebrauchs ist gekennzeichnet durch kontrollierten Substanzkonsum, aber mit bereits bestehenden sozialen und gesundheitlichen Konsequenzen. An der Schwelle zu diesem Stadium befinden sich beispielsweise Jugendliche, die bereits wiederholt Trunkenheitserfahrungen gemacht haben. Die Zahl der Behandlungen von Alkoholintoxikationen in Schweizer Spitälern zeigt die Spitze des Eisbergs gesundheitlicher Gefährdungen (Gmel & Kuntsche, 2006).

Im Stadium der Abhängigkeitsentwicklung interagieren schliesslich biologische, psychologische und soziale Faktoren, so dass es zum Symptomcluster der Abhängigkeit kommen kann. Wie hoch das Abhängigkeitspotential des Rauchens einzustufen ist, wird deutlich, wenn man sich vor Augen führt, dass die überwiegende Mehrheit der täglich rauchenden Jugendlichen mindestens zwei Abhängigkeitsanzeichen aufweisen.

Zusammenfassung

- Anhand der Ergebnisse der Befragung im Jahr 2006, probieren Jugendliche etwas früher Zigaretten als Alkohol, wobei der Unterschied sehr gering ausfällt. Die grosse Mehrheit der 15-jährigen Jugendlichen hat schon Alkohol getrunken (über 80%), während weniger als zwei Drittel schon eine Zigarette geraucht haben.
- Erste Trunkenheitserlebnisse werden bei 15-jährigen Jugendlichen im Mittel noch vor dem 14. Lebensjahr berichtet. Der erste Konsum von Cannabis wird ebenfalls im Mittel noch vor dem 14. Lebensjahr angegeben.
- Je früher Erfahrungen mit Zigaretten, Alkohol und Cannabis gemacht werden, desto wahrscheinlicher ist starker Konsum im Alter von 15 Jahren.
- Die Raten des wöchentlichen Rauchens sind in den letzten 20 Jahren, vor allem aber gegenüber dem Hoch im Jahr 1998, gesunken. Im Jahr 2006 stufen sich ca. 15% der Jugendlichen als wöchentliche Raucherinnen und Raucher ein.
- Im Jahr 2006 raucht mehr als jeder zehnte 15-Jährige täglich. Diese Zahl repräsentiert ca. 10 000 Jugendliche in der Schweiz.
- Die überwiegende Mehrheit der täglich rauchenden 15-jährigen Schülerinnen und Schüler hat zwei oder mehr Abhängigkeitsanzeichen.
- Bei den 15-Jährigen ist der wöchentliche Alkoholkonsum, nachdem er im Jahr 2002 im Vergleich zu den Vorjahren deutlich angestiegen war, im Erhebungsjahr 2006 wieder zurück gegangen. Der wöchentliche Alkoholkonsum ist bei 25.4% der 15-jährigen Schüler und bei 17.6% der Schülerinnen festzustellen. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist damit immer noch deutlich, er hat sich aber über die letzten 20 Jahre hinweg reduziert.
- Die beiden von den Jugendlichen bevorzugten Getränkearten sind Bier und Alcopops. Mindestens wöchentlich trinken 19.3% der 15-jährigen Schüler und 9.1% der 15-jährigen Schülerinnen Bier. Die Raten sind zwischen 2002 und 2006 bei den Schülern gesunken, während sie bei den Schülerinnen unverändert geblieben sind. Fast jeder zehnte 15-jährige Jugendliche trinkt wöchentlich Alcopops (9.7%). Nach den riesigen Anstiegen 2002 liegt damit der Alcopopskonsum im Jahr 2006 wieder tiefer. Bei den Schülerinnen sind die Alcopops so verbreitet wie Bier.
- Im Jahr 2006 berichten 28.1% der Schüler und 19.0% der Schülerinnen im Alter von 15 Jahren einen wiederholten Alkoholrausch. Gegenüber dem Erhebungsjahr 2002 sind diese Anteile zwar gesunken, sie liegen aber deutlich über den Anteilen der anderen Erhebungsjahre. Hochgerechnet auf die 11- bis 15-jährigen Jugendlichen in der Schweiz (ca. 440 000), sind gut 44 000 mindestens zweimal in ihrem Leben betrunken gewesen.
- Mindestens einmal im Leben wurde Cannabis gemäss den Zahlen im Jahr 2006 von 34.2% der Schüler und von 26.8% der Schülerinnen im Alter von 15 Jahren konsumiert. Diese Zahlen sind über die Untersuchungsjahre langfristig zwar angestiegen, im Vergleich zu 2002 hingegen deutlich gesunken.

- Der Konsum von Cannabis in den letzten 12 Monaten vor der Befragung wird von 24.6% der Schüler und von 21.2% der Schülerinnen im Alter von 15 Jahren bejaht. In dem Jahreszeitraum geben 4.8% der Schüler und 2.6% der Schülerinnen mindestens 40-maligen Konsum von Cannabis an.
- Im Vergleich zu den früheren Untersuchungsjahren gibt es prozentual mehr Jugendliche, die Cannabis zwar probiert, in den letzten 12 Monaten jedoch nicht nochmals konsumiert haben.
- Die Aussagen zur Verbreitung anderer psychoaktiver Substanzen als Alkohol, Tabak und Cannabis bei 15-Jährigen basieren auf sehr kleinen Fallzahlen und müssen deshalb mit aller grösster Vorsicht interpretiert werden.
- Die Anteile der Schülerinnen und Schüler, welche schon einmal Leim und/oder Lösungsmittel inhaliert haben, sind zwischen 1986 und 2006 gesunken.
- Halluzinogene Pilze wurden von 2.3% der 15-jährigen Jugendlichen schon probiert und 3.7% haben die Absicht, halluzinogene Pilze in Zukunft zu probieren.
- Die "Pillendrogen" (Ecstasy, berauschende Medikamente und Aufputzmittel) zeigen keine signifikanten Trends über die Erhebungsjahre. Der Arzneimittelmisbrauch liegt mit einem Anteil von 4.6% bei den Schülerinnen gegenüber 1.9% bei den Schülern sehr hoch. Bei den Aufputzmitteln ist das Geschlechterverhältnis umgekehrt (Schüler: 3.7%; Schülerinnen 2.5%). Der Ecstasykonsum hat im Jahr 2006 gegenüber 2002 wieder abgenommen und befindet sich mit 1.4% auf dem Niveau von 1994.
- Insbesondere die Aussagen zum Konsum von Kokain und Heroin basieren auf sehr kleinen Fallzahlen. Dies bedingt, dass schon wenige Personen die Raten entscheidend verändern können. Mit Konsumraten von 1.6% bei den 15-jährigen Schülern und 3.6% bei den Schülerinnen scheint der Kokainkonsum in den letzten 20 Jahren signifikant angestiegen zu sein, während der Konsum von Opiaten inklusive Heroin mit einer Prävalenz von ca. 1% gering und wahrscheinlich unverändert geblieben zu sein scheint. Die Intention zum Konsum von Kokain scheint bei 1.8% der Schüler und bei 2.6% der Schülerinnen vorhanden zu sein, während sie mit 0.8% beim den Opiaten inklusive Heroin deutlich tiefer zu liegen scheint.

Schlussfolgerung

Die Trends beim Konsum der verschiedenen psychoaktiven Substanzen zeigen recht einheitlich ein Absinken des Konsums. Beim Rauchen zeigt sich ein langfristiger Rückgang über die letzten 20 Jahre. Nach dem deutlichen Zwischenhoch im Jahr 2002 ist der Konsum von Alkohol und Cannabis bei den Jugendlichen im Jahr 2006 wieder etwas gesunken. Die Anteile der wöchentlich Alkohol trinkenden Jugendlichen, der Jugendlichen mit Trunkenheitserlebnissen und der Jugendlichen mit Cannabiserfahrung haben damit kurzfristig abgenommen. Der Trend zeigt hingegen nicht so langfristig nach unten wie beim Rauchen, denn die aktuellen Konsumzahlen liegen beim Alkohol und beim Cannabis weit über den Konsumzahlen von 1986. Das Inhalieren von Schnüffelstoffen geht zurück, während der Kokainkonsum – vor allem bei den Schülerinnen – anzusteigen scheint.

Damit drängt sich die Frage auf, worauf diese Trends zurückzuführen sind und welchen Anteil die bestehenden Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen daran haben. Diese Frage ist aufgrund der vorliegenden Befunde nicht zu beantworten, da wir nicht wissen, was ohne die bestehende Prävention passiert wäre. Im Falle des Rauchens sind schon seit längerem Massnahmen auf verschiedenen Ebenen unternommen worden, die nun ihre Früchte zu tragen scheinen. Dies ist im Falle von Cannabis und von Alkohol weniger (und vor allem weniger langfristig) der Fall. Im Folgenden geben wir einige wichtige Hintergrundinformationen, die die Einordnung der oben zusammengetragenen Trends erlauben sollen. In einem zweiten Schritt versuchen wir uns der Frage des Anteils der bestehenden Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen an diesen Trendentwicklungen anzunähern.

Vergleich der Trends in der Schweiz mit den internationalen Trends

Aufgrund der bisherigen Ergebnisse der grossen Europäischen Schülerbefragungen HBSC (Currie et al., 2004) und ESPAD (Hibell et al., 2004) scheint sich in Europa ein Trend zu geringeren Raucherinnen- und Raucherraten unter den Jugendlichen abzuzeichnen. Zwischen 1999 und 2003 wurde in der ESPAD-Studie in 12 Ländern ein Absinken des Rauchens (in den letzten 30 Tagen vor der Untersuchung) festgestellt, während vier Länder einen Anstieg zu verzeichnen hatten. In 11 Ländern blieben die Raten unverändert. Dieser Trend war auch in der Schweiz zu beobachten und bestätigt sich weiterhin.

Die Trunkenheit war in der Schweiz in den letzten Jahren angestiegen und die ESPAD-Studie konnte ebenfalls einen ansteigenden Trend zwischen 1999 und 2003 in acht Ländern nachweisen. Nur in zwei Ländern war ein Absinken der Trunkenheitsraten festzustellen. Durch die relativ tiefe Position der Schweiz im internationalen Vergleich (Schmid & Nic Gabhainn, 2004) war zu vermuten, dass die Raten noch weiter ansteigen würden. Dieser Trend scheint nun in der Schweiz gestoppt zu sein, und die Raten sinken zwischen 2002 und 2006. Auch in den Vereinigten Staaten zeigt die jährliche Erhebung der Trunkenheit (binge drinking) bei 12- bis 17-Jährigen, nach Jahren der Stagnation, ein Absinken der Raten zwischen 2004 und 2005 (Department of health and human services, 2005).

Die Spitzenposition der Schweiz im Cannabiskonsum im internationalen Vergleich (ter Bogt, Fotiou, & Nic Gabhainn, 2004) kam durch die starken Anstiege in den Konsumraten zwischen 1986 und 2002 zustande. Anstiege waren auch in vielen anderen Europäischen Ländern zwischen 1999 und 2003 zu verzeichnen (Hibell et al., 2004), nämlich in 10 Ländern gegenüber 2 Ländern mit sinkenden Raten. In den Vereinigten Staaten weist hingegen die jährliche

Erhebung des aktuellen Cannabiskonsums zwischen 2002 und 2005 einen kontinuierlichen Rückgang aus (Department of health and human services, 2005). Bei den dort untersuchten 12- bis 17-Jährigen war der aktuelle Cannabiskonsum von 8.2% im Jahr 2002 auf 6.8% im Jahr 2005 gesunken. Aufgrund der sehr hohen Raten in der Schweiz war anzunehmen, dass der Gipfel der Konsumraten überschritten ist und sich ebenfalls ein Absinken einstellt.

Die Trends in anderen psychoaktiven Substanzen sind bei 15-Jährigen nur mit grösster Vorsicht zu interpretieren. Die Europäische Drogenbeobachtungsstelle (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2005) trägt diese Trends sowie die Trends bei Erwachsenen systematisch zusammen. Nach deren Beobachtung steigt weltweit der Konsum von Metaamphetaminen, während in Europa hingegen nur sporadisch davon berichtet wird. Allgemein wird die Prävalenz von Amphetaminen bei Jugendlichen auf 2% geschätzt, wobei von ansteigenden Trends vor allem bei jungen Erwachsenen ausgegangen wird. Die in dieser Untersuchung im Jahr 2006 für die Schweiz ermittelte Zahl des Amphetaminkonsums von 3.1% liegen deutlich über der Schätzung der EMCDDA bei den 15-Jährigen. Auch bezüglich Ecstasy geht die EMCDDA von ansteigenden Trends bei jungen Erwachsenen aus und ihre Schätzung liegt für 15-Jährige bei 3%. Hier liegt die in dieser Untersuchung im Jahr 2006 für die Schweiz ermittelte Zahl mit 1.4% deutlich tiefer. Bezüglich Kokain wird – vor allem aufgrund zunehmender Behandlungsnachfrage bei Kokainkonsumierenden – von ansteigenden Trends in Europa ausgegangen. Mit 2.6% im Jahr 2006 sind in der Schweiz die Prävalenzen bei den 15-Jährigen über die letzten 20 Jahre wahrscheinlich angestiegen. Für den Konsum von Heroin geht die EMCDDA von einer stabilen Konsumrate von 1% bei 15-Jährigen aus. Diese Schätzung bestätigt sich in der aktuellen Befragung der Schülerinnen und Schüler in der Schweiz, auch wenn die Fallzahlen eine gesicherte Aussage nicht zulassen.

Nach der Einordnung der aktuellen Trends im Konsum psychoaktiver Substanzen in den internationalen Kontext bleibt die Frage, welche Geschehnisse und Massnahmen zu den aktuellen Trends in der Schweiz beigetragen haben könnten.

Geschehnisse und Massnahmen, die zu den aktuellen Trends in der Schweiz beigetragen haben könnten

Die vorliegende Studie liefert Zahlen zu den Trends in der Selbstbeschreibung der befragten Schülerinnen und Schüler. Es ist interessant, Geschehnissen und Massnahmen, die möglicherweise mit diesen Konsumtrends in Verbindung stehen, zusammenzustellen. Leider können wir an dieser Stelle nur bestimmte Zusammenhänge vermuten, die weiter untersucht werden sollten. Im folgenden werden wir – trotz möglicher Überschneidungen zwischen den verschiedenen Substanzen – die Geschehnisse und Massnahmen in den Feldern des Tabakonsums, des Alkoholkonsums und des Konsums von Cannabis und anderen Drogen beleuchten.

Das Thema „Rauchen“ ist derzeit in aller Munde. In der *Öffentlichkeit* herrscht eine breite Zustimmung zum Schutz vor Passivrauchen. In den Medien wird die Debatte im Moment von dem Thema rauchfreie öffentlich zugängliche Räume dominiert. In zahlreichen Europäischen Ländern wurden entsprechende Massnahmen bereits erfolgreich durchgesetzt (z.B. in irischen Pubs und italienischen Kneipen). Um das Image der Tabakindustrie steht es heute schlechter als noch vor 10 Jahren. Viel dazu beigetragen haben die Veröffentlichung der internen Papiere als Folge der Haftpflichtprozesse in den USA. Wegen des Imageverlusts der Industrie wird auch in der Öffentlichkeit das Produkt kritischer angesehen. Nicht zuletzt haben Medienkampagnen, die

auf wichtige Akteure im Feld der Tabakprävention abgestützt waren, dazu beigetragen, die Öffentlichkeit zu sensibilisieren.

Die Debatte und das Bewusstsein für die Problematik hat sich seit den hohen Raten im Jahr 1998 verändert. Das zeigen auch die vielen parlamentarischen Vorstösse auf nationaler und kantonaler Ebene vor allem seit 2003. Tabakprävention ist damit ein wichtiges *politisches Thema*. Die vorliegende Studie hat wahrscheinlich mit ihren Erhebungen nicht unwesentlich dazu beigetragen. Nicht unerheblich ist in diesem Zusammenhang auch die Tatsache, dass die Schweiz am 25. Juni 2004 die Rahmenkonvention der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, 2003) unterzeichnet hat.

Heute scheint die öffentliche Debatte nicht mehr so ausschliesslich auf Jugendliche fokussiert zu sein, wie noch im Jahr 1998 und es wird vermehrt die Problemlast für die ganze Gesellschaft gesehen. Auch bei den *Erwachsenen* ist ein zumindest kleiner Rückgang des Anteils der Raucherinnen und Raucher festzustellen. Zudem wollen Erwachsene vermehrt mit dem Rauchen aufhören. Auch der *Preis der Zigaretten* spielt in diesem Zusammenhang wahrscheinlich eine Rolle, denn die Zigaretten sind in den letzten Jahren teurer geworden. Es fand eine Erhöhung der Besteuerung von Zigaretten statt. Vereinzelt sind auf kantonaler Ebene auch *Werbebeschränkungen* durchgesetzt worden (z.B. im Kanton Genf). Des Weiteren wurden *Warnhinweise* auf den Zigarettenpackungen eingeführt.

Für Jugendliche scheint sich die *Norm „Nichtrauchen“* vermehrt durchzusetzen, was vielleicht auch mit der konsequenteren Haltung der Eltern zum Konsumverbot zusammenhängen mag. Doch nicht alle Tendenzen weisen in die gleiche Richtung. Die Filmwelt transportiert nach wie vor ein positives Image des Rauchens. In den Schulen ist die Prävention des Rauchens, basierend auf verschiedenen Ansätzen, wie Information und Sensibilisierung, Lebenskompetenzen, Immunisierung gegen Gruppendruck, und vor allem Korrektur normativer Überzeugungen weiterhin - und seit den hohen Zahlen 1998 vermehrt wieder - ein Thema. In diesem Zusammenhang ist konkret auch das Experiment Nichtrauchen zu nennen, das seit der Einführung im Jahr 2000 immerhin 10 bis 20 Prozent der Zielgruppe der Jugendlichen erreicht. Neben Schule und Elternhaus ist auch der Freizeitbereich und insbesondere der Sportverein als Feld der Prävention einbezogen worden (vgl. z.B. www.coolandclean.ch).

Vergleicht man die Gegebenheiten beim Tabakkonsum mit denen des Konsums von Alkohol, ergeben sich Gemeinsamkeiten aber auch Unterschiede. In der *Öffentlichkeit* wird seit den kontinuierlich angestiegenen Konsum- und Trunkenheitsraten bis zum Jahr 2002 vermehrt über den Alkoholkonsum bei Jugendlichen und die damit einhergehenden Probleme berichtet. Durch das Problembewusstsein und die Reflexion in den Medien wurden Eltern, aber auch Jugendliche selbst, sensibler dafür, dass Trunkenheitserlebnisse mit vielen Risiken verbunden sind. Massenmediale Kampagnen (z.B. www.alles-im-griff.ch) mögen ebenfalls zur Sensibilisierung gegenüber der Problematik beigetragen haben. Konkrete Handlungsanweisungen zum situationsunangepassten Konsum werden ebenfalls vermehrt in Präventionsmassnahmen umgesetzt. So möchte beispielsweise das Projekt „be my angel tonight“ dem Fahren in angetrunkenem Zustand nach der Party vorbeugen (www.bemyangel.ch).

Die *politischen Massnahmen zur Preisgestaltung* haben unterschiedliche Früchte getragen. Die Einführung der Sondersteuer auf Alcopops hat sicherlich zu einem Konsumrückgang dieser Produkte geführt, nachdem Politikerinnen und Politiker auf diese Problematik sensibilisiert werden konnten. Gleichzeitig haben die Vorstösse zur Erhöhung der Biersteuer wenig gefruchtet.

Bier ist nach wie vor für wenig Geld zu kaufen, und in vielen Fällen ist Bier billiger als alkoholfreie Süssgetränke.

Die geltenden *Jugendschutzbestimmungen* scheinen in der vergangenen Zeit wieder vermehrt durchgesetzt worden zu sein. Es wurden vermehrt Testkäufe durchgeführt, die gut sichtbare Ausschilderung des Abgabalters an Verkaufsstellen sowie die Schulung des Verkaufspersonals sind weitere Massnahmen zur verbesserten Umsetzung. Damit sind die Supermärkte als wichtige Bezugsquelle von Alkohol für Jugendliche vermehrt im Blickpunkt von Massnahmen. Dennoch weisen die Massnahmen nicht alle in dieselbe Richtung. Denn die Ladenöffnungszeiten wurden liberalisiert, somit ist Alkohol problemlos rund um die Uhr erhältlich. Bestimmte Kantone, wie beispielsweise der Kanton Genf, haben darauf reagiert. Zum Schutze der Jugendlichen und aus gesundheitspolitischen Überlegungen hat der Kanton Genf 2005 den Alkoholverkauf an Tankstellenshops sowie den Alkoholverkauf allgemein zwischen 21 Uhr und 7 Uhr in den ausserhalb der offiziellen Öffnungszeiten offenen Läden verboten.

Eine Änderung der Wahrnehmung in *Politik und Gesellschaft* führte dazu, dass die Auswirkungen des Cannabiskonsums in der Bevölkerung allgemein etwas *gefährlicher* eingestuft wurden, als dies noch Ende der 90er Jahre der Fall war. Das Parlament trat nicht auf die Revision des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) ein und Cannabiskonsum, -handel und -besitz sind somit weiterhin verboten. Damit wollte der Gesetzgeber ein äusseres Signal setzen, dass Cannabiskonsum insbesondere bei Jugendlichen unerwünscht ist. Die *rechtlichen Unsicherheiten* in der Bevölkerung, die während der Zeit der Diskussionen um die BtMG-Revision entstanden waren, haben sich heute weitgehend gelegt. In diesem Zusammenhang reagieren *Eltern* wahrscheinlich mit strengeren Normen und sind konsequenter bei der Umsetzung der Erziehungsregeln, als dies noch im Jahr 2002 der Fall war. Gleiches gilt auch für die *Schule*, die vermehrt Regeln setzt und Disziplinar massnahmen bei Überschreitungen gerade im Umgang mit Cannabis vorsieht.

In vielen Kantonen hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass Verbesserungen im Bereich des *Jugendschutzes* nötig sind. Vermehrt setzen die Kantone daher heute die auch vom Bund geförderte Strategie der *Früherkennung und Frühintervention* bei jugendlichen und jungen erwachsenen Konsumenten um.

Auch die *Marktsituation* hat sich verändert. Das Schliessen von Hanfläden hat die öffentliche Sichtbarkeit des Cannabiskonsums reduziert und in der Folge ist auch das öffentliche Interesse stark gesunken. Es scheint möglich, dass sich auch dies – zumindest indirekt – auf die Konsumraten bei Jugendlichen ausgewirkt hat.

Nach wie vor gibt es eine kleinere Gruppe von regelmässigen Konsumentinnen und Konsumenten, bei denen soziale und psychische Probleme mit dem Konsum assoziiert auftreten. Diese Zielgruppe der Gefährdeten benötigt spezifische präventive Massnahmen. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) führt mit Partnern Programme durch, mit dem Ziel, dass gefährdete Jugendliche ihren Konsum aufgeben oder zu mindest reduzieren und bessere Chancen haben, sozial integriert zu werden. *Früherkennung* im Schul- und Ausbildungsbereich, *Kurzinterventionen* und *spezifische Präventionszentren* (www.supra-f.ch) finden sich heute in vielen Kantonen und Gemeinden oder werden aufgebaut. Zudem wurden gezielte Angebote auch auf sekundärpräventiver Ebene entwickelt (z.B. Realize it, Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), 2006).

Daneben wurde auf Information und Sensibilisierung besonderen Wert gelegt. Webseiten für Jugendliche (www.ciao.ch, www.tschau.ch und www.feelok.ch), Beratungstelefone für Eltern

von jugendlichen Konsumenten und Einsteigern sowie Informationsblätter und Ausstellungen zu Cannabis sind national und kantonale verfügbar.

Am deutlichsten ist der Konsumrückgang vielleicht mit dem reduzierten sichtbaren Konsum von Cannabis in der Öffentlichkeit assoziiert. So ist beispielsweise durch das generelle Rauchverbot in Zügen der Schweizer Bundesbahn (SBB) das Rauchen von Cannabis während den Bahnfahrten nicht mehr möglich. Der Konsum in der Öffentlichkeit konnte bei Jugendlichen den Eindruck der Normalität und der weiten Verbreitung erwecken. Diese *normative Überzeugung* kreiert einen inneren Druck zum Konsum. Im Zuge der geringeren Sichtbarkeit scheint sich diese Überzeugung zu korrigieren.

Wie sollte die optimale Prävention der Zukunft aussehen?

Die aktuelle Prävention kann erfolgreich sein, wenn sie – wie im Fall des Rauchens – die Grundsätze der Verhältnis- und Verhaltensprävention (Rosenbrock, 1997) mit berücksichtigt. *Verhältnisprävention* setzt auf der Ebene der Umwelt, der Gesellschaft an. Sie umfasst wichtige Ansätze wie schaffen von "gesunden" Umwelten, Jugendschutzmassnahmen, klare Regeln mit entsprechenden Konsequenzen bei Regelverstössen, Disziplinar- und Strafmassnahmen in schweren Fällen), Zugangsbeschränkungen, Werbebeschränkungen, Produktions- und Verkaufsbeschränkungen, Warnhinweise, Preis- und Besteuerungspolitik und vieles mehr.

Im Feld der Tabakprävention ist die Verhältnisprävention weiter auszubauen. So lässt beispielsweise die Preisgestaltung der Zigaretten noch viel Spielraum für eine Erhöhung zu (Guindon, Tobin, & Yach, 2002). Der Zugang zu Zigaretten muss für Jugendliche erschwert werden. Insbesondere sollte ein Mindestalter für den Kauf von Zigaretten in der ganzen Schweiz umgesetzt werden und der Verkauf an Automaten sollte verunmöglicht werden. Werbebeschränkungen sind vor allem deshalb wichtig, weil die Bilder zur Vermarktung des Produkts präventive Bemühungen untergraben.

Auch im Bereich des Alkohols ist die Verhältnisprävention zu stärken. Der rückläufige Trend im Konsum der Alcopops kann beispielsweise als Beleg für die Preissensibilität der jugendlichen Zielgruppe gewertet werden. Die seit dem 1. Februar 2004 eingeführte Sondersteuer hat die Einfuhr der süssigen Mixgetränke deutlich zurück gehen lassen. Begleitet wurde diese Massnahme allerdings auch von einer breiten Öffentlichkeitsarbeit, die das Bewusstsein für die Problematik in der Gesellschaft geschaffen hat. Angesichts der Tatsache, dass Bier ein sehr beliebtes Getränk bei Jugendlichen darstellt, sollte die deutlich erhöhte Besteuerung dieses Getränks weiterhin in der Diskussion bleiben. Weiterhin ist die strikte Umsetzung der Jugendschutzbestimmungen zu fordern. Erziehungshilfeprogramme (z.B. www.triplep.ch) können Eltern vermehrt im Umgang mit Verhaltensproblemen unterstützen. Verhältnisprävention heisst auch die Umsetzung kohärenter Massnahmen auf verschiedenen Ebenen. Bis Ende 2007 erarbeitet das Bundesamt für Gesundheit im Auftrag des Bundesrates mit anderen involvierten Bundesämtern sowie weiteren wichtigen Akteuren der schweizerischen Alkoholpolitik ein Nationales Programm Alkohol 2007-2011.

Die Prävention des Cannabiskonsums kann von verhältnispräventiven Massnahmen wie Zugangsbeschränkungen, klare Regeln mit entsprechenden Konsequenzen bei Regelverstössen und Disziplinar- und Strafmassnahmen profitieren. Da Cannabis eine illegale Droge ist, können keine Markt steuernden Massnahmen ergriffen werden (Steuern, Werbebeschränkung etc). Der Einsatz repressiver Mittel ist zudem zu hinterfragen, da beispielsweise die unterschiedliche Anzahl der

Verzeigungen in den Kantonen keine Auswirkung auf den Konsum bei Jugendlichen zeigen konnte (Schmid, 2001a).

Die *Verhaltensprävention* setzt auf der Ebene der Person an. Sie umfasst einerseits Information und Aufklärung anhand substanzspezifischer und unspezifischer Inhalte unter anderem durch massenmediale Kampagnen. Andererseits beinhaltet sie den Aufbau von Lebenskompetenzen und Fähigkeiten, wie z.B. den Aufbau von Problembewältigungsstrategien und von funktionalen Alternativen zum Substanzkonsum, die Risiko- und Schadensminderung, das Erkennen und Meistern sozialer Beeinflussungsversuche, die Stärkung der Widerstandsfähigkeit, die Korrektur falscher normativer Überzeugungen und vieles mehr. Besondere Bedeutung haben zudem die Früherkennung sowie niederschwellige Hilfsangebote für jugendliche Konsumentinnen und Konsumenten, die unter sogenannten sekundärpräventiven Massnahmen zusammengefasst werden.

Die Verbesserung der Verhaltensprävention ist eine Aufgabe, die sich für alle Substanzen gleichermaßen stellt. Verhaltensprävention sollte früh in der Entwicklung einsetzen, sie sollte theoriegeleitet sein, sie sollte mehrere Ebenen (z.B. Eltern, Schule und Gemeinde) gleichzeitig einbeziehen und sie sollte mit intensiven, häufigen und wiederholten Interventionen arbeiten. Ein Beispiel für die äusserst erfolgreiche Umsetzung dieses Ansatzes ist das Projekt „Eltern und Schule stärken Kinder ESSKI (www.esski.ch). Die Kontinuität ist zudem ein wichtiger Prädiktor für den Erfolg der Massnahme. Gleichzeitig haben sich Kurzinterventionen für die Erhöhung der Motivation zur Verhaltensänderung als wirksam erwiesen.

Die aktuelle Drogenprävention mit verhaltens- und verhältnisbezogenen Massnahmen umfasst und integriert verschiedene Ebenen: Schule, Familie, Arbeitsplatz und Freizeit. Sie beinhaltet politische Arbeit und Einbezug der Massenmedien. Prävention definiert zudem die Zielgruppe, an die sie sich richtet. Es wird grob zwischen universeller, selektiver und indizierter (universal, selected, and indicated) Prävention unterschieden (Gordon, 1983). Universelle Prävention richtet sich an die gesamte Bevölkerung, selektive Prävention richtet sich an gefährdete (vulnerable) Personen und indizierte Prävention richtet sich an Personen, die sich risikoreich verhalten.

Die Definition der Zielgruppe sollte über veränderbare Faktoren vorgenommen werden, um eine Stigmatisierung und eine sich selbst erfüllenden Prophezeiung zu umgehen. Am besten gelingt dies, wenn die Zielgruppe anhand ihres Verhaltens definiert wird.

Methodische Überlegungen

In der vorliegenden Untersuchung gibt es forschungsmethodische Schwierigkeiten, die insbesondere bei der Interpretation der Trends berücksichtigt werden müssen. Die Schülerinnen und Schüler in der Schweiz werden immer früher eingeschult. Das sinkende Einschulungsalter hat entsprechend Auswirkungen auf die Alterstruktur in den 5. bis 9. Klassen, denn die Schülerinnen und Schüler werden im Mittel immer jünger. Bei den vorliegenden Trendberechnungen konnten wir das Alter in Dezimalschritten in die Berechnungen aufnehmen und so für diesen Effekt kontrollieren. Zudem ist das sinkende Einschulungsalter schon seit längerem zu beobachten und die Trends bei verschiedenen Substanzen laufen nicht parallel dazu.

Um einen optimalen Feldzugang zu gewährleisten, wurde die Untersuchung im Jahr 2006 zwischen Januar und April durchgeführt, während sie in den anderen Jahren etwa zwischen März und Juni stattfand. Von den kantonalen Erziehungsdepartementen und den Schulleiterinnen und Schulleitern bekamen wir die Rückmeldung, dass die Schule im Moment stark beforscht wird und deshalb frühe Anfragen und eine frühe Befragung mehr Erfolg versprechen. Die hohe

Rücklaufquote bestätigt dieser Vorgehensweise. Die leichte Veränderung des Zeitpunkts des Feldzugangs beinhaltet allerdings die Möglichkeit saisonaler Effekte, die sich in der Prävalenzschätzungen niederschlagen können. In der kalten Jahreszeit sind Jugendliche mehr zu hause, es besteht weniger die Möglichkeit, sich mit Freundinnen und Freunden zu treffen und es gibt damit weniger Gelegenheit zum Konsum psychoaktiver Substanzen. Die sinkenden Anteile konsumierender Jugendlicher könnten demzufolge auch auf saisonale Einflüsse zurückgeführt werden. Da allerdings nicht bei allen Substanzen rückläufige Trends zu beobachten sind, scheint dieser Effekt eher unwahrscheinlich.

Abschliessende Würdigung

Zusammenfassend zeigen sich Rückgänge des Konsums psychoaktiver Substanzen, wobei die Trends über die letzten 20 Jahre bei verschiedenen Substanzen nicht gleichförmig verlaufen. Die Anstrengungen der Prävention und Gesundheitsförderung sind nicht für alle Substanzen gleich stark und haben nicht zum gleichen Zeitpunkt eingesetzt. Früh einsetzende Massnahmen auf verschiedenen Ebenen versprechen die besten langfristigen Wirkungen.

Damit diese insgesamt erfreuliche Entwicklung anhält, braucht es systematische Förderung persönlicher Ressourcen in Familie, Schule und Freizeit sowie die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten. Die Verbesserung der Ausbildungs- und Arbeitsmarktsituation, Partizipationsmöglichkeiten und die Verbesserung des Zugangs zu psychosozialen Hilfen für Jugendliche sind weitere Herausforderungen. Zudem müssen die strukturellen Massnahmen der Prävention, insbesondere Preiserhöhungen und Zugangsbarrieren verstärkt werden. Denn trotz der positiven Entwicklung - hierin sind sich die Experten einig - trinken, rauchen und kiffen noch zu viele Jugendliche (Ackermann-Liebrich et al., 2002).

Literatur

- Abbet, J.-P., Rehm, J., & Spinatsch, M. (1994). Missing values in responses to questions on drug use: The case of classroom questionnaire-surveys in Swiss public schools. *Addiction Research*, 1, 367-376.
- Ackermann-Liebrich, U., Paccaud, F., Gutzwiller, F., & Stutz Steiger, T. (2002). *Gesundheitsziele für die Schweiz. Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert (WHO Europa)*. Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (Hrsg.).
- Ayer, S., Gmel, G., & Schmid, H. (1997). Ecstasy und Techno - Eine Befragung in der französischsprachigen Schweiz. *Sucht*, 43(3), 182-190.
- Babel, J., & Deppierraz, R. (2006). *Bildungsperspektiven - Schüler und Lehrkräfte der obligatorischen Schule: Szenarien 2006-2015*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., et al. (2003). *Alcohol: No ordinary commodity - Research and public policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Bjarnson, T. (1995). Administration mode bias in a school survey on alcohol, tobacco and illicit drug use. *Addiction Research*, 90, 555-559.
- Brook, J. S., Richter, L., Whiteman, M., & Cohen, P. (1999). Consequences of adolescent marijuana use: incompatibility with the assumption of adult roles. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 125(2), 193-207.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG), & Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS). (2006). *Realize it, Beratung bei Cannabiskonsum*. Retrieved 21. November, 2006, from <http://www.realize-it.ch/content.html>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2001). *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention – Grundsätze, Methoden und Anforderungen* (Vol. 15). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Comeau, N., Stewart, S. H., & Loba, P. (2001). The relations of trait anxiety, anxiety sensitivity, and sensation seeking to adolescents' motivations for alcohol, cigarette, and marijuana use. *Addictive Behaviors*, 26, 803-825.
- Cooper, M. L. (1994). Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four-factor-model. *Psychological Assessment*, 6(2), 117-128.
- Cox, W. M., & Klinger, E. (1988). A Motivational Model of Alcohol Use. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(2), 168-180.
- Currie, C. (1998). *Health behavior in school-aged children: research protocol for the 1997-98 survey*. Edinburgh, Scotland: WHO Coordinating Center for the Study of Health Behavior in School-Aged Children.
- Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R., & Todd, J. (Eds.). (2000). *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., et al. (Eds.). (2004). *Young people's health in context - Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Department of health and human services. (2005). *Results from the 2005 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*. Retrieved 24.01.2007, 2007, from <http://www.oas.samhsa.gov/NSDUH/2k5NSDUH/2k5results.htm>
- Edwards, G., Anderson, P., Babor, T. F., & et al. (1994). *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford: Oxford University Press.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. (2002). *Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen*. Lissabon: Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2005). *2005 Annual report on the state of the drugs problem in Europe*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Ezzati, M., Lopez, A. D., Rodgers, A., & Murray, C. J. L. (2004). *Comparative Quantification of Health Risks. Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors* (Vol. 1 & 2). Geneva: World Health Organization (WHO).

- Fagerström, K. O., & Schneider, N. G. (1989). Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*, *12*, 159-182.
- Gervais, A., O'Loughlin, J., Meshefedjian, G., Bancej, C., & Tremblay, M. (2006). Milestones in the natural course of onset of cigarette use among adolescents *CMAJ*, *175*(3), 255-261.
- Gmel, G. (2000). The effect of mode of data collection and of non-response on reported alcohol consumption: A split-sample study in Switzerland. *Addiction*, *95*(1), 123-134.
- Gmel, G., Heeb, J.-L., & Rehm, J. (2001). Is frequency of drinking an indicator for problem drinking? A psychometric analysis of a modified version of the alcohol use disorders identification test in Switzerland. *Drug and Alcohol Dependence*, *64*, 151-163.
- Gmel, G., & Kuntsche, E. (2006). *Alkohol-Intoxikationen Jugendlicher und junger Erwachsener. Eine Sekundäranalyse der Daten Schweizer Spitäler* (Abschlussbericht). Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
- Gmel, G., & Maag, V. (1999). Zunahme des Konsums illegaler Drogen in der Schweiz? Vergleiche der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 1992/93 und 1997. *Abhängigkeiten*, *3*, 67-77.
- Gmel, G., & Rehm, J. (1996). Zum Problem der Schätzung des Alters beim Drogeneinstieg in Querschnittsbefragungen am Beispiel der Schweizerischen Gesundheitsbefragung. *Sozial- und Präventivmedizin*, *41*, 257-261.
- Gordon, R. (1983). An operational definition of prevention. *Public Health Reports*, *98*, 107-109.
- Guindon, G. E., Tobin, S., & Yach, D. (2002). Trends and affordability of cigarette prices: ample room for tax increases and related health gains. *Tobacco Control*, *11*, 35-43.
- Hall, W., Johnston, L. D., & Neil, D. (1999). Epidemiology of cannabis use and its consequences. In H. Kalant, W. Corrigall, W. Hall & R. G. Smart (Eds.), *The Health Effects of Cannabis* (pp. 69-125). Toronto: Centre for Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation.
- Hibell, B., Andersson, B., Ahström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., et al. (2000). *The ESPAD Report - Alcohol and other drugs among students in 30 European countries*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), The Pompidou Group at the Council of Europe.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., et al. (2004). *The ESPAD Report 2003 - Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, CAN, Council of Europe, Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group).
- Janin Jacquat, B., François, Y., & Schmid, H. (2001). Der Konsum psychoaktiver Substanzen. In H. Schmid, E. N. Kuntsche & M. Delgrande (Eds.), *Anpassen, ausweichen, auflehnen? Fakten und Hintergründe zur psychosozialen Gesundheit und zum Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern* (pp. 347-391). Bern: Haupt.
- Kandel, D. B., Yamaguchi, K., & Chen, K. (1992). Stages of progression in drug involvement from adolescence to young adulthood: further evidence for the gateway theory. *Journal of Studies on Alcohol*, *53*, 447-457.
- Kuntsche, E., Knibbe, R., Gmel, G., & Engels, R. (2006). Replication and validation of the Drinking Motive Questionnaire Revised (DMQ-R, Cooper, 1994) among adolescents in Switzerland. *European Addiction Research*, *12*(3), 161-168.
- Leventhal, H., Fleming, R., & Glynn, K. (1988). A cognitive-developmental approach to smoking intervention. In S. Maes, C. D. Spielberger, P. B. Defares & I. G. Sarason (Eds.), *Topics in health psychology: Proceedings of the first annual expert conference in health psychology* (pp. 79-105). New York: Wiley.
- McNeill, A. D. (1991). The development of dependence on smoking in children. *British Journal of Addiction*, *86*(5), 589-592.
- Mokdad, A. H., Marks, J. S., Stroup, D. F., & Gerberding, J. L. (2004). Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA*, *291*(10), 1238-1245.
- Müller, R., unter Mitarbeit von, Bacher, E., Fahrenkrug, H., Gmel, G., Graf, M., et al. (2004). *Cannabis, Stand der Dinge in der Schweiz*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol und andere Drogenprobleme (SFA).
- Nic Gabhainn, S., & François, Y. (2000). Substance use. In C. Currie, K. Hurrelmann, W. Settertobulte, R. Smith & J. Todd (Eds.), *Health and health behaviour among young people* (pp. 97-114). Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.

- Peto, R., Lopez, A. D., Boreham, J., Thun, M., & Heath, C. (1994). *Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. Indirect estimates from national statistics*. Oxford, New York, Tokyo: Oxford University Press.
- Rosenbrock, R. (1997). Theoretische Konzepte der Prävention. In C. Klotter (Ed.), *Prävention im Gesundheitswesen* (pp. 41ff). Göttingen: Hogrefe.
- Russell, M. A. (1990). The nicotine addiction trap: A 40-year sentence for four cigarettes. *British Journal of Addiction*, 85, 293-300.
- Schmid, H. (1997a). Drogenkonsum bei Jugendlichen: Zwischen Eigenverantwortung und wahrgenommenen äusseren Einflüssen. *Abhängigkeiten*, 2, 4-19.
- Schmid, H. (1997b). *Sozialpsychologie des Risikoverhaltens. Subjektive und objektive Risikoeinschätzung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen* (Forschungsbericht Nr. 30). Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- Schmid, H. (1998). Female and male students' intention to accept illicit drugs as a function of their risk perception and risk taking. *Swiss Journal of Psychology*, 57(1), 47-56.
- Schmid, H. (2000). Die Einnahme von Medikamenten bei Jugendlichen. In E. Maffli (Ed.), *Medikamentenmissbrauch in der Schweiz. Aktuelle Daten - Orientierung für die Praxis* (pp. 49-59). Lausanne: ISPA-Press.
- Schmid, H. (2001a). Cannabis use in Switzerland: The role of attribution of drug use to friends, urbanization and repression. *Swiss Journal of Psychology*, 60(2), 99-107.
- Schmid, H. (2001b). Predictors of cigarette smoking by young adults and readiness to change. *Substance Use and Misuse*, 36(11), 1519-1542.
- Schmid, H., Gmel, G., & Janin Jaquat, B. (1999). Neue epidemiologische Befunde zum Rauchen in der Schweiz. *Suchmagazin*, 25(5), 3-13.
- Schmid, H., Kuntsche, E. N., & Delgrande, M. (Eds.). (2001). *Anpassen, ausweichen, auflehnen? Fakten und Hintergründe zur psychosozialen Gesundheit und zum Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern*. Bern: Haupt.
- Schmid, H., & Nic Gabhainn, S. (2004). Alcohol use. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & V. Barnekow Rasmussen (Eds.), *Young people's health in context - Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey* (pp. 73-83). Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Sells, C. W., & Blum, R. W. (1996). Current Trends in Adolescent Health. In R. J. DiClemente, W. B. Hansen & L. E. Ponton (Eds.), *Handbook of adolescent health-risk behaviour* (pp. 5-34). New York: Plenum Press.
- Swahn, M. H., Hammig, B. J., & Ikeda, R. M. (2002). Prevalence of youth access to alcohol or a gun in the home. *Injury Prevention*, 8, 227-230.
- ter Bogt, T., Fotiou, A., & Nic Gabhainn, S. (2004). Cannabis use. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & V. Barnekow Rasmussen (Eds.), *Young people's health in context - Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey* (pp. 84-89). Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- US department of health and human services. (2004). *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. Retrieved 9.11.2006, from <http://www.surgeongeneral.gov/library/smokingconsequences/>
- World Health Organisation (WHO). (2004). *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Geneva: World Health Organization (WHO).
- World Health Organization. (2000). *International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm* (WHO/MSD/MSB/00.4): Department of Mental Health an Substance Dependence Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster.
- World Health Organization. (2003). *WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Retrieved 24.01.2007, 2007, from <http://www.who.int/tobacco/framework/download/en/index.html>
- Zador, P. L., Krawchuk, S. A., & Voas, R. B. (2000). Alcohol-related risk of driver fatalities and driver improvement in fatal crashes in relation to driver age and gender: An update using 1996 data. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 387-395.

Anhang

Die im Anhang befindlichen Tabellen zeigen die absoluten und die relativen Häufigkeiten (in Prozent) der im Trend untersuchten Variablen nach Geschlecht, Alter und Untersuchungsjahr.

Im unteren Teil der Tabellen werden die Ergebnisse einer logistischen Regression angeführt. Dabei wird der Zusammenhang einer Reihe von unabhängigen Einflussgrössen (Prädiktoren) auf eine Zielvariable (Kriterium) untersucht, wobei das Kriterium binäres Messniveau (z.B. tägliches Rauchen nein/ja) besitzt. Als Referenz modellieren wir das nicht vorhanden sein eines Problemverhaltens (z.B. tägliches Rauchen nein=0) gegenüber dem vorhanden sein des Problemverhaltens (z.B. tägliches Rauchen ja=1). Als Prädiktoren lassen wir in einem ersten Schritt Geschlecht (Referenz Schülerinnen), Altersgruppe (Referenz 11 Jahre), Nationalität (Referenz Schweiz), Sprachregion (Referenz Deutsche Sprachregion) und Untersuchungsjahr (Referenz 1986) einfließen. In einem weiteren Schritt werden Wechselwirkungen zwischen Untersuchungsjahr, Geschlecht und Altersgruppe im Modell aufgenommen, die aber nur bei Signifikanz berichtet werden. Als Ergebnis wird der Odds Ratio (OR) mit den Schranken seines Konfidenzintervalls (untere Schranke: -CI; obere Schranke: +CI) berichtet. Die „Odds“ entsprechen dem Verhältnis der Wahrscheinlichkeit, dass ein Ereignis eintritt, zur Wahrscheinlichkeit, dass es nicht eintritt. Der Odds Ratio ist ein Quotient zum Vergleich zweier solcher Verhältnisse. Er drückt aus, wie sich die Chance des Eintretens eines Ereignisses verändert, wenn sich der Prädiktor um eine Skalenstufe erhöht. Bei einem Odds Ratio grösser als Eins ist die Eintretenschance erhöht, bei einem Odds Ratio kleiner Eins ist sie verkleinert. Der Odds Ratio beschreibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen Prädiktor und Kriterium, sobald sein Konfidenzintervall den Wert Eins ausschliesst.

Tabelle A1 Absolute und relative Häufigkeit (in Prozent) des wöchentlichen Rauchens (ja / nein) nach Geschlecht, Altersgruppen und Untersuchungsjahr

Altersgruppe	Wöchentliches Rauchen	Untersuchungsjahr						
		1986	1990	1994	1998	2002	2006	
Schüler	11-Jährige	Nein	n	126	1268	727	728	870
			%	97.7	97.7	98.6	98.2	99.4
		Ja	n	3	30	10	13	5
			%	2.3	2.3	1.4	1.8	0.6
		Total	n	129	1298	737	741	875
			%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	13-Jährige	Nein	n	153	1297	868	970	997
			%	95.6	94.9	94.2	93.5	96.9
		Ja	n	7	69	53	67	32
			%	4.4	5.1	5.8	6.5	3.1
		Total	n	160	1366	921	1037	1029
			%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
15-Jährige	Nein	n	136	1208	651	732	722	
		%	79.1	82.9	75.8	76.7	84.7	
	Ja	n	36	249	208	222	130	
		%	20.9	17.1	24.2	23.3	15.3	
	Total	n	172	1457	859	954	852	
		%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
Schülerinnen	11-Jährige	Nein	n	90	1277	744	792	821
			%	98.9	99.8	99.3	99.1	99.2
		Ja	n	1	3	5	7	7
			%	1.1	0.2	0.7	0.9	0.8
		Total	n	91	1280	749	799	828
			%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	13-Jährige	Nein	n	112	1249	868	1055	1034
			%	95.7	95.5	92.3	93.4	95.7
		Ja	n	5	59	72	74	46
			%	4.3	4.5	7.7	6.6	4.3
		Total	n	117	1308	940	1129	1080
			%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	15-Jährige	Nein	n	148	1133	644	696	701
			%	74.7	82.2	76.4	76.8	85.4
		Ja	n	50	246	199	210	120
			%	25.3	17.8	23.6	23.2	14.6
		Total	n	198	1379	843	906	821
			%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Ergebnisse der logistischen Regression

	B	Sig.	Exp(B)	-IC 95%	+ IC 95%
Geschlecht (Männer)	0.01	0.885	1.01	0.92	1.10
Alter (ref.=11-Jahre)		0.000			
13 Jahre	1.59	0.000	4.91	3.89	6.20
15 Jahre	3.09	0.000	21.96	17.60	27.41
Nationalität (Ausländer)	0.19	0.001	1.21	1.08	1.35
Sprachregion (nichtdeutsche Sprachregion)	0.24	0.000	1.27	1.15	1.41
Untersuchungsjahr (Ref.= 1986)		0.000			
1994	-0.27	0.023	0.76	0.61	0.96
1998	0.10	0.391	1.11	0.88	1.40
2002	0.09	0.447	1.10	0.87	1.38
2006	-0.49	0.000	0.61	0.48	0.78

Tabelle A2 Absolute und relative Häufigkeit (in Prozent) des täglichen Rauchens (ja / nein) nach Geschlecht, Altersgruppen und Untersuchungsjahr

Altersgruppe	Tägliches Rauchen	Untersuchungsjahr						
		1986	1990	1994	1998	2002	2006	
Schüler	11-Jährige	Nein	n	128	1287	733	735	872
			%	99.2	99.2	99.5	99.2	99.7
		Ja	n	1	11	4	6	3
			%	0.8	0.8	0.5	0.8	0.3
		Total	n	129	1298	737	741	875
			%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	13-Jährige	Nein	n	155	1337	895	995	1011
			%	97.5	97.8	97.2	95.9	98.3
		Ja	n	4	30	26	42	18
			%	2.5	2.2	2.8	4.1	1.7
		Total	n	159	1367	921	1037	1029
			%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
15-Jährige	Nein	n	146	1301	718	798	761	
		%	84.9	89.4	83.6	83.6	89.3	
	Ja	n	26	155	141	156	91	
		%	15.1	10.6	16.4	16.4	10.7	
	Total	n	172	1456	859	954	852	
		%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
Schülerinnen	11-Jährige	Nein	n	90	1279	749	797	828
			%	98.9	100.0	100.0	99.7	100.0
		Ja	n	1	0	0	2	0
			%	1.1	0.0	0.0	0.3	0.0
		Total	n	91	1279	749	799	828
			%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	13-Jährige	Nein	n	115	1281	908	1100	1065
			%	97.5	97.9	96.6	97.4	98.6
		Ja	n	3	27	32	29	15
			%	2.5	2.1	3.4	2.6	1.4
		Total	n	118	1308	940	1129	1080
			%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
15-Jährige	Nein	n	162	1222	702	763	737	
		%	82.2	88.6	83.3	84.2	89.8	
	Ja	n	35	157	141	143	84	
		%	17.8	11.4	16.7	15.8	10.2	
	Total	n	197	1379	843	906	821	
		%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	

Ergebnisse der logistischen Regression

	B	Sig.	Exp(B)	-IC 95%	+ IC 95%
Geschlecht (Männer)	0.05	0.411	1.05	0.94	1.17
Alter (ref.=11-Jahre)		0.000			
13 Jahre	1.88	0.000	6.54	4.43	9.65
15 Jahre	3.70	0.000	40.48	27.92	58.69
Nationalität (Ausländer)	0.14	0.055	1.14	1.00	1.31
Sprachregion (nichtdeutsche Sprachregion)	0.24	0.000	1.27	1.12	1.44
Untersuchungsjahr (Ref. = 1986)		0.000			
1994	-0.46	0.001	0.63	0.48	0.83
1998	0.00	0.975	1.00	0.76	1.31
2002	0.00	0.985	1.00	0.76	1.32
2006	-0.57	0.000	0.57	0.42	0.75

Tabelle A3 Absolute und relative Häufigkeit (in Prozent) des wöchentlichen Alkoholkonsums (ja / nein) nach Geschlecht, Altersgruppen und Untersuchungsjahr

Altersgruppe	Wöchentlicher Alkoholkonsum		Untersuchungsjahr						
			1986	1990	1994	1998	2002	2006	
Schüler	11-Jährige	Nein	n	139		1183	685	703	837
			%	87.4		92.1	93.6	95.4	96.1
		Ja	n	20		102	47	34	34
			%	12.6		7.9	6.4	4.6	3.9
		Total	n	159		1285	732	737	871
			%	100.0		100.0	100.0	100.0	100.0
	13-Jährige	Nein	n	168		1239	849	915	943
			%	81.6		89.6	93.3	88.7	91.9
		Ja	n	38		144	61	117	83
			%	18.4		10.4	6.7	11.3	8.1
		Total	n	206		1383	910	1032	1026
			%	100.0		100.0	100.0	100.0	100.0
15-Jährige	Nein	n	177		1133	656	647	631	
		%	76.3		78.0	76.9	67.3	74.6	
	Ja	n	55		320	197	315	215	
		%	23.7		22.0	23.1	32.7	25.4	
	Total	n	232		1453	853	962	846	
		%	100.0		100.0	100.0	100.0	100.0	
Schülerinnen	11-Jährige	Nein	n	107		1231	722	788	818
			%	95.5		96.9	99.2	99.0	98.9
		Ja	n	5		39	6	8	9
			%	4.5		3.1	0.8	1.0	1.1
		Total	n	112		1270	728	796	827
			%	100.0		100.0	100.0	100.0	100.0
	13-Jährige	Nein	n	167		1226	875	1065	1022
			%	93.3		94.7	95.1	94.0	94.8
		Ja	n	12		68	45	68	56
			%	6.7		5.3	4.9	6.0	5.2
		Total	n	179		1294	920	1133	1078
			%	100.0		100.0	100.0	100.0	100.0
15-Jährige	Nein	n	242		1211	726	704	671	
		%	90.3		88.7	86.4	78.2	82.4	
	Ja	n	26		155	114	196	143	
		%	9.7		11.3	13.6	21.8	17.6	
	Total	n	268		1366	840	900	814	
		%	100.0		100.0	100.0	100.0	100.0	

Ergebnisse der logistischen Regression

	B	Sig.	Exp(B)	-IC 95%	+ IC 95%
Geschlecht (Männer)	0.72	0.000	2.05	1.89	2.24
Alter (ref.=11-Jahre)		0.000			
13 Jahre	0.67	0.000	1.95	1.70	2.24
15 Jahre	1.85	0.000	6.34	5.58	7.20
Nationalität (Ausländer)	0.11	0.035	1.12	1.01	1.24
Sprachregion (nichtdeutsche Sprachregion)	0.40	0.000	1.49	1.36	1.63
Untersuchungsjahr (Ref.= 1986)		0.000			
1994	-0.21	0.029	0.81	0.67	0.98
1998	-0.28	0.005	0.75	0.62	0.92
2002	0.14	0.152	1.15	0.95	1.39
2006	-0.18	0.075	0.84	0.69	1.02

Anmerkung:

Interaktionseffekt: Alter x Untersuchungsjahr sig. ($p < .001$)

Interaktionseffekt: Geschlecht x Untersuchungsjahr sig. ($p < .01$)

Tabelle A4 Absolute und relative Häufigkeit (in Prozent) des wöchentlichen Bierkonsums (ja / nein) nach Geschlecht und Untersuchungsjahr

Altersgruppe	Wöchentlicher Bierkonsum	Untersuchungsjahr						
		1986	1990	1994	1998	2002	2006	
Schüler 15-Jährige	Nein	n	188		1162	710	713	676
		%	83.9		81.3	84.0	75.4	80.7
	Ja	n	36		267	135	232	162
		%	16.1		18.7	16.0	24.6	19.3
	Total	n	224		1429	845	945	838
		%	100.0		100.0	100.0	100	100
Schülerinnen 15-Jährige	Nein	n	251		1265	775	801	732
		%	96.9		93.3	93.4	90.7	90.9
	Ja	n	8		91	55	82	73
		%	3.1		6.7	6.6	9.3	9.1
	Total	n	259		1356	830	883	805
		%	100.0		100.0	100.0	100.0	100.0

Ergebnisse der logistischen Regression

	B	Sig.	Exp(B)	-IC 95%	+ IC 95%
Geschlecht (Männer)	1.09	0.000	2.99	2.60	3.43
Nationalität (Ausländer)	-0.15	0.072	0.86	0.73	1.01
Sprachregion (nichtdeutsche Sprachregion)	0.29	0.000	1.34	1.16	1.54
Untersuchungsjahr (Ref.= 1986)		0.000			
1994	0.36	0.036	1.43	1.02	2.00
1998	0.24	0.173	1.28	0.90	1.81
2002	0.73	0.000	2.07	1.48	2.91
2006	0.50	0.004	1.65	1.17	2.33

Tabelle A5 Absolute und relative Häufigkeit (in Prozent) des wöchentlichen Weinkonsums (ja / nein) nach Geschlecht und Untersuchungsjahr

Altersgruppe	Wöchentlicher Weinkonsum	Untersuchungsjahr						
		1986	1990	1994	1998	2002	2006	
Schüler 15-Jährige	Nein	n	203		1323	802	879	797
		%	92.3		94.6	95.4	94.7	95.7
	Ja	n	17		75	39	49	36
		%	7.7		5.4	4.6	5.3	4.3
	Total	n	220		1398	841	928	833
		%	100.0		100.0	100.0	100	100
Schülerinnen 15-Jährige	Nein	n	248		1305	811	851	784
		%	95.4		97.5	97.8	96.7	97.1
	Ja	n	12		33	18	29	23
		%	4.6		2.5	2.2	3.3	2.9
	Total	n	260		1338	829	880	807
		%	100.0		100.0	100.0	100.0	100.0

Ergebnisse der logistischen Regression

	B	Sig.	Exp(B)	-IC 95%	+ IC 95%
Geschlecht (Männer)	0.64	0.000	1.90	1.51	2.40
Nationalität (Ausländer)	-0.14	0.331	0.87	0.65	1.16
Sprachregion (nichtdeutsche Sprachregion)	0.71	0.000	2.03	1.62	2.56
Untersuchungsjahr (Ref.= 1986)			0.093		
1994	-0.49	0.025	0.61	0.40	0.94
1998	-0.58	0.015	0.56	0.35	0.89
2002	-0.32	0.154	0.72	0.47	1.13
2006	-0.54	0.021	0.58	0.37	0.92

Tabelle A6 Absolute und relative Häufigkeit (in Prozent) des wöchentlichen Spirituosenkonsums (ja / nein) nach Geschlecht und Untersuchungsjahr

Altersgruppe	Wöchentlicher Spirituosenkonsum	Untersuchungsjahr						
		1986	1990	1994	1998	2002	2006	
Schüler 15-Jährige	Nein	n	203		1327	781	848	787
		%	92.7		94.4	92.9	90.9	94.9
	Ja	n	16		78	60	85	42
		%	7.3		5.6	7.1	9.1	5.1
	Total	n	219		1405	841	933	829
		%	100.0		100.0	100.0	100.0	100.0
Schülerinnen 15-Jährige	Nein	n	249		1303	805	833	784
		%	98.0		97.5	97.3	95.1	97.6
	Ja	n	5		33	22	43	19
		%	2.0		2.5	2.7	4.9	2.4
	Total	n	254		1336	827	876	803
		%	100.0		100.0	100.0	100.0	100.0

Ergebnisse der logistischen Regression

	B	Sig.	Exp(B)	-IC 95%	+ IC 95%
Geschlecht (Männer)	0.84	0.000	2.32	1.87	2.88
Nationalität (Ausländer)	-0.12	0.376	0.89	0.68	1.16
Sprachregion (nichtdeutsche Sprachregion)	0.36	0.002	1.43	1.14	1.78
Untersuchungsjahr (Ref.= 1986)		0.000			
1994	-0.12	0.619	0.88	0.55	1.43
1998	0.12	0.641	1.13	0.68	1.85
2002	0.50	0.040	1.65	1.02	2.67
2006	-0.18	0.484	0.83	0.50	1.39

Tabelle A7 Absolute und relative Häufigkeit (in Prozent) des wöchentlichen Alkopopskonsums (ja / nein) nach Geschlecht und Untersuchungsjahr

Altersgruppe	Wöchentlicher Alkopopskonsum	Untersuchungsjahr					
		1986	1990	1994	1998	2002	2006
Schüler 15-Jährige	Nein	n			735	782	752
		%			87.7	82.7	90.3
	Ja	n			103	164	81
		%			12.3	17.3	9.7
	Total	n			838	946	833
		%			100.0	100.0	100.0
Schülerinnen 15-Jährige	Nein	n			757	738	731
		%			91.4	83.0	90.2
	Ja	n			71	151	79
		%			8.6	17.0	9.8
	Total	n			828	889	810
		%			100.0	100.0	100.0

Ergebnisse der logistischen Regression

	B	Sig.	Exp(B)	-IC 95%	+ IC 95%
Geschlecht (Männer)	0.12	0.152	1.13	0.96	1.33
Nationalität (Ausländer)	-0.22	0.053	0.80	0.64	1.00
Sprachregion (nichtdeutsche Sprachregion)	0.11	0.261	1.12	0.92	1.37
Untersuchungsjahr (Ref.= 1998)		0.000			
2002	0.57	0.000	1.76	1.44	2.15
2006	-0.09	0.453	0.92	0.73	1.15

Tabelle A8 Absolute und relative Häufigkeit (in Prozent) des wöchentlichen Aperitivkonsums (ja / nein) nach Geschlecht und Untersuchungsjahr

Altersgruppe	Wöchentlicher Aperitivkonsum	Untersuchungsjahr						
		1986	1990	1994	1998	2002	2006	
Schüler 15-Jährige	Nein	n	199		1323		864	796
		%	92.1		95.3		93.8	96.1
	Ja	n	17		65		57	32
		%	7.9		4.7		6.2	3.9
	Total	n	216		1388		921	828
		%	100.0		100.0		100.0	100.0
Schülerinnen 15-Jährige	Nein	n	248		1293		838	771
		%	95.4		96.8		96.5	96.4
	Ja	n	12		43		30	29
		%	4.6		3.2		3.5	3.6
	Total	n	260		1336		868	800
		%	100.0		100.0		100.0	100.0

Ergebnisse der logistischen Regression

	B	Sig.	Exp(B)	-IC 95%	+ IC 95%
Geschlecht (Männer)	0.41	0.001	1.50	1.18	1.92
Nationalität (Ausländer)	-0.08	0.617	0.92	0.68	1.26
Sprachregion (nichtdeutsche Sprachregion)	0.98	0.000	2.66	2.09	3.40
Untersuchungsjahr (Ref. = 1986)		0.027			
1994	-0.49	0.024	0.61	0.40	0.94
2002	-0.17	0.456	0.85	0.55	1.31
2006	-0.49	0.035	0.61	0.39	0.97

Tabelle A9 Absolute und relative Häufigkeit (in Prozent) der mindestens zweimaligen Trunkenheit (ja / nein) nach Geschlecht, Altersgruppen und Untersuchungsjahr

Altersgruppe		Mindestens zweimalige Trunkenheit		Untersuchungsjahr					
				1986	1990	1994	1998	2002	2006
Schüler	11-Jährige	Nein	n	153		1237	736	727	808
			%	96.2		96.4	98.8	97.5	97.9
		Ja	n	6		46	9	19	17
			%	3.8		3.6	1.2	2.5	2.1
		Total	n	159		1283	745	746	825
			%	100.0		100.0	100.0	100.0	100.0
	13-Jährige	Nein	n	190		1317	877	961	921
			%	93.6		95.4	95.1	92.4	92.7
		Ja	n	13		64	45	79	72
			%	6.4		4.6	4.9	7.6	7.3
		Total	n	203		1381	922	1040	993
			%	100.0		100.0	100.0	100.0	100.0
	15-Jährige	Nein	n	190		1128	647	649	607
			%	82.6		77.8	75.6	67.9	71.9
		Ja	n	40		321	209	307	237
			%	17.4		22.2	24.4	32.1	28.1
		Total	n	230		1449	856	956	844
			%	100.0		100.0	100.0	100.0	100.0
Schülerinnen	11-Jährige	Nein	n	116		1251	740	793	790
			%	99.1		98.8	99.5	99.6	99.4
		Ja	n	1		15	4	3	5
			%	0.9		1.2	0.5	0.4	0.6
		Total	n	117		1266	744	796	795
			%	100.0		100.0	100.0	100.0	100.0
	13-Jährige	Nein	n	171		1272	911	1086	988
			%	97.2		97.8	97.0	95.5	95.0
		Ja	n	5		29	28	51	52
			%	2.8		2.2	3.0	4.5	5.0
		Total	n	176		1301	939	1137	1040
			%	100.0		100.0	100.0	100.0	100.0
	15-Jährige	Nein	n	237		1206	708	696	664
			%	88.1		87.6	84.6	76.8	81.0
		Ja	n	32		171	129	210	156
			%	11.9		12.4	15.4	23.2	19.0
		Total	n	269		1377	837	906	820
			%	100.0		100.0	100.0	100.0	100.0

Ergebnisse der logistischen Regression

	B	Sig.	Exp(B)	-IC 95%	+ IC 95%
Geschlecht (Männer)	0.59	0.000	1.81	1.65	1.98
Alter (ref.=11-Jahre)		0.000			
13 Jahre	1.08	0.000	2.93	2.40	3.58
15 Jahre	2.80	0.000	16.45	13.68	19.79
Nationalität (Ausländer)	0.10	0.094	1.10	0.98	1.23
Sprachregion (nichtdeutsche Sprachregion)	0.21	0.000	1.23	1.12	1.36
Untersuchungsjahr (Ref.= 1986)		0.000			
1994	0.10	0.399	1.10	0.88	1.39
1998	0.19	0.114	1.21	0.95	1.54
2002	0.64	0.000	1.89	1.50	2.38
2006	0.47	0.000	1.60	1.27	2.03

Anmerkung:

Interaktionseffekt: Alter x Untersuchungsjahr sig. (p<.001)

Tabelle A10 Absolute und relative Häufigkeit (in Prozent) der Lebenszeitprävalenz des Konsums von Cannabis bei 15-Jährigen nach Geschlecht und Untersuchungsjahr

Altersgruppe	Lebenszeit- prävalenz Cannabiskonsum	Untersuchungsjahr						
		1986	1990	1994	1998	2002	2006	
Schüler 15-Jährige	Nie	n	152	179	888	515	465	532
		%	88.4	85.2	79.0	68.2	54.1	65.8
	Ja	n	20	31	236	240	394	277
		%	11.6	14.8	21.0	31.8	45.9	34.2
	Total	n	172	210	1124	755	859	809
		%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Schülerinnen 15-Jährige	Nie	n	210	225	962	594	522	582
		%	90.9	97.4	86.1	76.9	63.2	73.2
	Ja	n	21	6	155	178	304	213
		%	9.1	2.6	13.9	23.1	36.8	26.8
	Total	n	231	231	1117	772	826	795
		%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Ergebnisse der logistischen Regression

	B	Sig.	Exp(B)	-IC 95%	+ IC 95%
Geschlecht (Männer)	0.44	0.000	1.55	1.40	1.72
Nationalität (Ausländer)	-0.07	0.293	0.93	0.81	1.07
Sprachregion (nichtdeutsche Sprachregion)	-0.07	0.247	0.93	0.82	1.05
Untersuchungsjahr (Ref.= 1986)		0.000			
1990	-0.24	0.305	0.78	0.49	1.25
1994	0.59	0.001	1.80	1.28	2.52
1998	1.17	0.000	3.21	2.28	4.52
2002	1.79	0.000	5.99	4.28	8.39
2006	1.32	0.000	3.74	2.66	5.25

Anmerkung:

Interaktionseffekt: Geschlecht x Untersuchungsjahr sig. ($p < .05$)

Tabelle A11 Absolute und relative Häufigkeit (in Prozent) der 12-Monatsprävalenz des Konsums von Cannabis in den letzten 12 Monaten bei 15-Jährigen nach Geschlecht und Untersuchungsjahr

Altersgruppe	12-Monatsprävalenz Cannabiskonsum	Untersuchungsjahr						
		1986	1990	1994	1998	2002	2006	
Schüler 15-Jährige	Nein	n				523	525	600
		%				69.2	62.3	75.4
	Ja	n				233	318	196
		%				30.8	37.7	24.6
	Total	n				756	843	796
		%				100.0	100.0	100.0
Schülerinnen 15-Jährige	Nein	n				595	542	618
		%				77.4	66.8	78.8
	Ja	n				174	269	166
		%				22.6	33.2	21.2
	Total	n				769.0	811.0	784
		%				100.0	100.0	100.0

Ergebnisse der logistischen Regression

	B	Sig.	Exp(B)	-IC 95%	+ IC 95%
Geschlecht (Männer)	0.28	0.000	1.32	1.16	1.50
Nationalität (Ausländer)	-0.34	0.000	0.71	0.60	0.85
Sprachregion (nichtdeutsche Sprachregion)	-0.17	0.031	0.84	0.72	0.98
Untersuchungsjahr (Ref.= 1998)		0.000			
2002	0.39	0.000	1.48	1.27	1.72
2006	-0.21	0.013	0.81	0.69	0.96

Tabelle A12 Absolute und relative Häufigkeit (in Prozent) des Konsumstatus bzgl. Cannabis nach Geschlecht und Untersuchungsjahr

Altersgruppe	Konsumstatus Cannabis		Untersuchungsjahr						
			1986	1990	1994	1998	2002	2006	
Schüler	15-Jährige	Kein	n				499	459	528
		Konsum	%				67.6	54.7	65.8
		Kein aktueller Cannabis-	n				24	66	79
		Konsum mehr	%				3.3	7.9	9.8
		Aktueller	n				215	314	196
		Konsum	%				29.1	37.4	24.4
		Total	n				738	839	803
			%				100.0	100.0	100.0
Schülerinnen	15-Jährige	Kein	n				581	508	580
		Konsum	%				76.4	62.9	73.1
		Kein aktueller Cannabis-	n				13	36	45
		Konsum mehr	%				1.7	4.5	5.7
		Aktueller	n				166.0	264.0	168.0
		Konsum	%				21.8	32.7	21.2
		Total	n				760	808	793
			%				100.0	100.0	100.0

Tabelle A13 Absolute und relative Häufigkeit (in Prozent) des Leim- bzw. Lösungsmittelkonsums (mindestens einmal / nie) nach Geschlecht und Untersuchungsjahr

Altersgruppe	Inhalieren von Leim und/oder Lösungsmittel		Untersuchungsjahr					
			1986	1990	1994	1998	2002	2006
Schüler 15-Jährige	Nie	n	149	189	1018	699	816	745
		%	88.7	91.3	93.3	93.0	95.6	93.0
	Mindestens einmal	n	19	18	73	53	38	56
		%	11.3	8.7	6.7	7.0	4.4	7.0
	Total	n	168	207	1091	752	854	801
		%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Schülerinnen 15-Jährige	Nie	n	207	210	1028	706	773	747
		%	91.2	90.9	92.9	92.4	93.1	94.6
	Mindestens einmal	n	20	21	79	58	57	43
		%	8.8	9.1	7.1	7.6	6.9	5.4
	Total	n	227	231	1107	764	830	790
		%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Ergebnisse der logistischen Regression

	B	Sig.	Exp(B)	-IC 95%	+ IC 95%
Geschlecht (Männer)	-0.05	0.575	0.95	0.80	1.13
Nationalität (Ausländer)	-0.22	0.082	0.80	0.62	1.03
Sprachregion (nichtdeutsche Sprachregion)	-0.24	0.024	0.78	0.64	0.97
Untersuchungsjahr (Ref.= 1986)		0.011			
1990	-0.10	0.669	0.90	0.57	1.44
1994	-0.38	0.045	0.68	0.47	0.99
1998	-0.33	0.091	0.72	0.49	1.05
2002	-0.63	0.002	0.53	0.36	0.79
2006	-0.50	0.011	0.60	0.41	0.89

Tabelle A14 Absolute und relative Häufigkeit (in Prozent) des Konsums von magischen Pilzen (mindestens einmal / nie) nach Geschlecht und Untersuchungsjahr

Altersgruppe	Magische Pilze	Untersuchungsjahr					
		1986	1990	1994	1998	2002	2006
Schüler 15-Jährige	Nie	n			717	809	779
		%			96.1	94.7	97.4
	Mindenstens einmal	n			29	45	21
		%			3.9	5.3	2.6
	Total	n			746	854	800
		%			100.0	100.0	100.0
Schülerinnen 15-Jährige	Nie	n			747	798	772
		%			97.5	96.5	98.0
	Mindenstens einmal	n			19	29	16
		%			2.5	3.5	2.0
	Total	n			766	827	788
		%			100.0	100.0	100.0

Ergebnisse der logistischen Regression

	B	Sig.	Exp(B)	-IC 95%	+ IC 95%
Geschlecht (Männer)	0.40	0.016	1.49	1.08	2.05
Nationalität (Ausländer)	-0.19	0.389	0.82	0.53	1.28
Sprachregion (nichtdeutsche Sprachregion)	0.15	0.438	1.16	0.80	1.68
Untersuchungsjahr (Ref.= 1998)		0.005			
2002	0.33	0.082	1.39	0.96	2.01
2006	-0.33	0.138	0.72	0.47	1.11

Tabelle A15 Absolute und relative Häufigkeit (in Prozent) des Medikamentenkonsums (mindestens einmal / nie) nach Geschlecht und Untersuchungsjahr

Altersgruppe	Medikamente, um sich zu berauschen	Untersuchungsjahr					
		1986	1990	1994	1998	2002	2006
Schüler 15-Jährige	Nie	n	204	1075	735	839	786
		%	97.6	98.4	97.9	98.2	98.3
	Mindestens einmal	n	5	18	16	15	14
		%	2.4	1.6	2.1	1.8	1.8
	Total	n	209	1093	751	854	800
		%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Schülerinnen 15-Jährige	Nie	n	226	1076	730	794	750
		%	97.8	97.0	95.2	95.9	95.3
	Mindestens einmal	n	5	33	37	34	37
		%	2.2	3.0	4.8	4.1	4.7
	Total	n	231	1109	767	828	787
		%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Ergebnisse der logistischen Regression

	B	Sig.	Exp(B)	-IC 95%	+ IC 95%
Geschlecht (Männer)	-0.78	0.000	0.46	0.34	0.61
Nationalität (Ausländer)	-0.34	0.100	0.71	0.48	1.07
Sprachregion (nichtdeutsche Sprachregion)	0.06	0.729	1.06	0.77	1.45
Untersuchungsjahr (Ref.= 1990)			0.189		
1994	0.05	0.895	1.05	0.53	2.08
1998	0.48	0.169	1.62	0.81	3.22
2002	0.29	0.415	1.33	0.67	2.66
2006	0.40	0.259	1.49	0.75	2.96

Tabelle A16 Absolute und relative Häufigkeit (in Prozent) des Ecstasykonsums (mindestens einmal / nie) nach Geschlecht und Untersuchungsjahr

Altersgruppe		Ecstasy		Untersuchungsjahr					
				1986	1990	1994	1998	2002	2006
Schüler	15-Jährige	Nie	n		1077	740	840	790	
			%		98.5	98.5	98.1	98.8	
		Mindestens einmal	n	16	11	16	10		
			%	1.5	1.5	1.9	1.3		
		Total	n	1093	751	856	800		
			%	100.0	100.0	100.0	100.0		
Schülerinnen	15-Jährige	Nie	n	1097	753	806	778		
			%	98.7	98.0	97.2	98.5		
		Mindestens einmal	n	14	15	23	12		
			%	1.3	2.0	2.8	1.5		
		Total	n	1111	768	829	790		
			%	100.0	100.0	100.0	100.0		

Ergebnisse der logistischen Regression

	B	Sig.	Exp(B)	-IC 95%	+ IC 95%
Geschlecht (Männer)	-0.19	0.312	0.83	0.57	1.19
Nationalität (Ausländer)	0.08	0.744	1.08	0.68	1.73
Sprachregion (nichtdeutsche Sprachregion)	0.31	0.125	1.37	0.92	2.04
Untersuchungsjahr (Ref.= 1994)		0.069			
1998	0.26	0.333	1.30	0.76	2.21
2002	0.59	0.017	1.81	1.11	2.93
2006	0.04	0.884	1.04	0.60	1.82

Tabelle A17 Absolute und relative Häufigkeit (in Prozent) des Konsums von Aufputzmitteln bzw. Speed (mindestens einmal / nie) nach Geschlecht und Untersuchungsjahr

Altersgruppe	Aufputzmittel bzw. Speed		Untersuchungsjahr					
			1986	1990	1994	1998	2002	2006
Schüler 15-Jährige	Nie	n	165	204	983	731	835	773
		%	98.8	97.6	89.8	97.2	97.8	96.5
	Mindestens einmal	n	2	5	112	21	19	28
		%	1.2	2.4	10.2	2.8	2.2	3.5
	Total	n	167	209	1095	752	854	801
		%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Schülerinnen 15-Jährige	Nie	n	220	228	1036	742	806	771
		%	96.5	98.7	93.3	96.9	97.3	97.5
	Mindestens einmal	n	8	3	74	24	22	20
		%	3.5	1.3	6.7	3.1	2.7	2.5
	Total	n	228	231	1110	766	828	791
		%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Ergebnisse der logistischen Regression

	B	Sig.	Exp(B)	-IC 95%	+ IC 95%
Geschlecht (Männer)	0.25	0.025	1.29	1.03	1.61
Nationalität (Ausländer)	-0.14	0.389	0.87	0.64	1.19
Sprachregion (nichtdeutsche Sprachregion)	-0.70	0.000	0.50	0.37	0.66
Untersuchungsjahr (Ref.= 1986)		0.000			
1990	-0.36	0.448	0.70	0.27	1.78
1994	1.23	0.000	3.43	1.80	6.51
1998	0.07	0.851	1.07	0.54	2.13
2002	-0.16	0.647	0.85	0.42	1.71
2006	0.09	0.791	1.10	0.55	2.18

Tabelle A18 Absolute und relative Häufigkeit (in Prozent) des LSD-Konsums (mindestens einmal / nie) nach Geschlecht und Untersuchungsjahr

Altersgruppe		LSD		Untersuchungsjahr					
				1986	1990	1994	1998	2002	2006
Schüler	15-Jährige	Nie	n	166	207		733	836	793
			%	99.4	99.0		98.1	98.2	99.1
		Mindestens einmal	n	1	2		14	15	7
			%	0.6	1.0		1.9	1.8	0.9
		Total	n	167	209		747	851	800
			%	100.0	100.0		100.0	100.0	100.0
Schülerinnen	15-Jährige	Nie	n	225	228		756	816	781
			%	98.7	99.6		98.7	98.6	99.1
		Mindestens einmal	n	3	1		10	12	7
			%	1.3	0.4		1.3	1.4	0.9
		Total	n	228.0	229.0		766	828	788
			%	100.0	100.0		100.0	100.0	100.0

Ergebnisse der logistischen Regression

	B	Sig.	Exp(B)	-IC 95%	+ IC 95%
Geschlecht (Männer)	0.19	0.432	1.21	0.76	1.92
Nationalität (Ausländer)	-0.21	0.531	0.81	0.42	1.56
Sprachregion (nichtdeutsche Sprachregion)	0.03	0.929	1.03	0.59	1.78
Untersuchungsjahr (Ref.= 1986)			0.234		
1990	-0.51	0.498	0.60	0.14	2.62
1998	0.35	0.503	1.42	0.51	3.95
2002	0.35	0.497	1.42	0.51	3.93
2006	-0.25	0.649	0.78	0.27	2.29

Tabelle A19 Absolute und relative Häufigkeit (in Prozent) des Kokainkonsums (mindestens einmal / nie) nach Geschlecht und Untersuchungsjahr

Altersgruppe		Kokain		Untersuchungsjahr				
				1986	1994	1998	2002	2006
Schüler	15-Jährige	Nie	n	164	1079	729	831	787
			%	99.4	99.2	97.7	97.4	98.4
		Mindestens einmal	n	1	9	17	22	13
			%	0.6	0.8	2.3	2.6	1.6
		Total	n	165	1088	746	853	800
			%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Schülerinnen	15-Jährige	Nie	n	221	1096	757	818	761
			%	99.1	99.0	99.0	98.8	96.3
		Mindestens einmal	n	2	11	8	10	29
			%	0.9	1.0	1.0	1.2	3.7
		Total	n	223	1107	765	828	790
			%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Ergebnisse der logistischen Regression

	B	Sig.	Exp(B)	-IC 95%	+ IC 95%
Geschlecht (Männer)	0.04	0.828	1.04	0.73	1.49
Nationalität (Ausländer)	0.32	0.147	1.37	0.89	2.11
Sprachregion (nichtdeutsche Sprachregion)	0.15	0.476	1.16	0.78	1.73
Untersuchungsjahr (Ref.= 1986)			0.002		
1994	-0.09	0.869	0.91	0.31	2.72
1998	0.51	0.349	1.67	0.57	4.91
2002	0.68	0.209	1.97	0.68	5.71
2006	0.99	0.063	2.70	0.95	7.71

Anmerkung:

Interaktionseffekt: Geschlecht x Untersuchungsjahr sig. (p<.01)

Tabelle A20 Absolute und relative Häufigkeit (in Prozent) des Heroinkonsums (mindestens einmal / nie) nach Geschlecht und Untersuchungsjahr

Altersgruppe		Heroin		Untersuchungsjahr			
				1994	1998	2002	2006
Schüler	15-Jährige	Nie	n	1080	743	841	792
			%	98.9	99.1	98.6	99.0
		Mindestens einmal	n	12	7	12	8
			%	1.1	0.9	1.4	1.0
		Total	n	1092	750	853	800
			%	100.0	100.0	100.0	100.0
Schülerinnen	15-Jährige	Nie	n	1097	764	820	783
			%	99.0	99.9	99.2	99.1
		Mindestens einmal	n	11	1	7	7
			%	1.0	0.1	0.8	0.9
		Total	n	1108	765	827	790
			%	100.0	100.0	100.0	100.0

Ergebnisse der logistischen Regression

	B	Sig.	Exp(B)	-IC 95%	+ IC 95%
Geschlecht (Männer)	0.39	0.121	1.48	0.90	2.43
Nationalität (Ausländer)	0.35	0.236	1.42	0.79	2.54
Sprachregion (nichtdeutsche Sprachregion)	0.33	0.214	1.39	0.83	2.35
Untersuchungsjahr (Ref.= 1994)		0.286			
1998	-0.70	0.091	0.50	0.22	1.12
2002	0.10	0.753	1.10	0.60	2.04
2006	-0.11	0.735	0.89	0.47	1.72

Tabelle A21 Absolute und relative Häufigkeit (in Prozent) des Baltokkonsums (mindestens einmal / nie) nach Geschlecht und Untersuchungsjahr

Altersgruppe		Baltok		Untersuchungsjahr		
				1998	2002	2006
Schüler	15-Jährige	Nie	n	746	849	793
			%	99.7	99.4	99.5
		Mindestens einmal	n	2	5	4
			%	0.3	0.6	0.5
		Total	n	748	854	797
			%	100.0	100.0	100.0
Schülerinnen	15-Jährige	Nie	n	765	827	782
			%	99.9	99.9	99.2
		Mindestens einmal	n	1	1	6
			%	0.1	0.1	0.8
		Total	n	766	828	788
			%	100.0	100.0	100.0

Ergebnisse der logistischen Regression

	B	Sig.	Exp(B)	-IC 95%	+ IC 95%
Geschlecht (Männer)	0.30	0.518	1.35	0.54	3.37
Nationalität (Ausländer)	0.19	0.736	1.21	0.40	3.67
Sprachregion (nichtdeutsche Sprachregion)	0.42	0.400	1.52	0.57	4.02
Untersuchungsjahr (Ref.= 1998)			0.184		
2002	0.61	0.390	1.84	0.46	7.39
2006	1.16	0.080	3.18	0.87	11.57

Tabelle A22 Absolute und relative Häufigkeit (in Prozent) des Konsums Anderer Drogen (mindestens einmal / nie) nach Geschlecht und Untersuchungsjahr

Altersgruppe				Untersuchungsjahr					
				1986	1990	1994	1998	2002	2006
Schüler	15-Jährige	Nie	n	114	107	886	522	747	732
			%	97.4	88.4	94.4	95.3	91.7	92.0
		Mindestens einmal	n	3	14	53	26	68	64
			%	2.6	11.6	5.6	4.7	8.3	8.0
		Total	n	117	121	939	548	815	796
			%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Schülerinnen	15-Jährige	Nie	n	120	102	843	471	710	721
			%	98.4	96.2	95.6	96.3	93.7	93.2
		Mindestens einmal	n	2	4	39	18	48	53
			%	1.6	3.8	4.4	3.7	6.3	6.8
		Total	n	122	106	882	489	758	774
			%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Ergebnisse der logistischen Regression

	B	Sig.	Exp(B)	-IC 95%	+ IC 95%
Geschlecht (Männer)	0.28	0.008	1.33	1.08	1.63
Nationalität (Ausländer)	-0.06	0.660	0.94	0.71	1.24
Sprachregion (nichtdeutsche Sprachregion)	-0.18	0.162	0.84	0.66	1.07
Untersuchungsjahr (Ref.= 1986)		0.000			
1990	1.42	0.007	4.12	1.48	11.44
1994	0.94	0.046	2.56	1.02	6.46
1998	0.73	0.133	2.07	0.80	5.36
2002	1.31	0.005	3.71	1.48	9.32
2006	1.34	0.004	3.81	1.52	9.56