

GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN DER SCHULE

**AM BEISPIEL VON TABAKPRÄVENTION
BEI SCHÜLERINNEN UND SCHÜLERN
DER 6. JAHRGANGSSTUFE AN GYMNASIEN**

Elisabeth Gläßer

Dissertation zur Erlangung der
Naturwissenschaftlichen Doktorwürde
des Fachbereichs I der Universität Trier

Betreuer und Gutachter:
Prof. Dr. G. Krampen
Prof. Dr. P. Schwenkmezger

Mai 2003

DANKSAGUNG

Am Zustandekommen dieser Arbeit haben viele Personen mitgewirkt, denen ich an dieser Stelle herzlich danken möchte. Den Ausgangspunkt der vorliegenden Untersuchung bildet das von Prof. Dr. B. Krönig und Prof. Dr. Schwenkmezger initiierte Projekt „Prävention des Zigarettenrauchens in der Schule“. Ihnen gilt mein besonderer Dank für die Möglichkeit der Mitarbeit in diesem Projekt und die wohlwollende und hilfreiche Förderung der Dissertation. Ohne die Unterstützung der Nikolaus-Koch-Stiftung-Trier, für die ich mich an dieser Stelle bedanken möchte, wäre die Untersuchung in dieser Form nicht zu realisieren gewesen. Bei Prof. Dr. G. Krampen bedanke ich mich ganz herzlich für sein Interesse an meiner Arbeit, die anregenden Diskussionen und die wertvolle Unterstützung.

Meine Eltern, die Familie, meine Freunde und Kollegen haben meiner Arbeit großes Interesse entgegengebracht, mich immer wieder ermutigt und unterstützt. Dafür bin ich Ihnen sehr dankbar.

Abschließend möchte ich den Schülern danken, die engagiert an dem Programm teilgenommen haben und gewissenhaft die Fragebögen beantwortet haben. Bedanken möchte ich mich auch für das Interesse der Schulleitungen und Lehrkräfte an den Gymnasien, das mir die Durchführung meiner Untersuchung ermöglichte.

Trier, im Mai 2003

Elisabeth Gläßer

INHALTSVERZEICHNIS

1	<i>EINLEITUNG</i>	1
2	<i>ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGIE DES ÜBERGANGS VON DER KINDHEIT ZUM FRÜHEN JUGENDALTER</i>	3
2.1	Bedeutungsdimensionen des Entwicklungskonzepts „Transeszenz“	3
2.2	Entwicklungsaufgaben in der Transeszenz	4
2.2.1	Aufbau eines Freundeskreises (Peer-group).....	5
2.2.2	Emotionale Unabhängigkeit von den Eltern und von den anderen Erwachsenen erlangen.....	6
2.2.3	Schule als Lebensraum in der Transeszenz	8
2.2.4	Geschlechtstypische Entwicklung	9
2.2.5	Entwicklung von Wertorientierungen.....	9
2.2.6	Entwicklung eines Selbstkonzeptes.....	10
2.3	Zusammenhänge zwischen Entwicklungsaufgaben und dem Drogenkonsum Transeszendierender	11
2.3.1	Funktionen und funktionale Äquivalente des Konsums von Zigaretten und Alkohol	11
2.3.2	Schutz- und Risikofaktoren für eine Drogengefährdung.....	15
2.3.3	Drogenkonsum – Risiko- oder Gesundheitsverhalten.....	18
2.4	Erklärungsansätze für das Rauch- und Alkoholkonsumverhalten Transeszendierender	20
2.5	Entwicklungsbezogenes Handeln Transeszendierender am Beispiel des Umgangs mit Zigaretten und Alkohol	25
2.5.1	Die legalen Drogen Nikotin und Alkohol.....	25
2.5.2	Gebrauchsmuster	27
2.5.3	Neuere epidemiologische Daten zum Drogengebrauch – Entwicklung des Drogenkonsums Transeszendierender in den letzten Jahren.....	29
3	<i>PRIMÄRPRÄVENTION IM SCHULISCHEN KONTEXT</i>	33
3.1	Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Schule	33
3.1.1	Ansätze und Strategien von Programmen zur schulischen Prävention im Bereich legaler Drogen	35
3.1.2	Beschreibung von aktuellen deutschen suchtpreventiven Lebenskompetenzprogrammen	39
3.2	Evaluation schulischer Primärpräventionsprogramme	41
3.3	Adoleszenzspezifisches Modell des kompetenten Handelns in drogenkonsumrelevanten Situationen	45

4	ZIELSETZUNG UND FRAGESTELLUNGEN DER ARBEIT	47
5	METHODEN	49
5.1	Beschreibung der Stichprobe	49
5.2	Beschreibung des eingesetzten Interventionsverfahrens <i>Prävention des Zigarettenrauchens in der Schule</i>	49
5.3	Erhebungsmethode	53
5.3.1	Beschreibung des Schülerfragebogens für die Vorerhebung und die Katamnese ...	53
6	ERGEBNISSE	57
6.1	Psychometrische Prüfung der im Fragebogen verwendeten Meßinstrumente..	57
6.2	Ergebnisse der Gesamtstichprobe zum 1. Meßzeitpunkt.....	64
6.3	Ergebnisse der Katamnese.....	77
6.4	Beschreibung der Veränderungen von der Erstbefragung zur Katamnese.....	79
7	DISKUSSION	87
	LITERATURVERZEICHNIS	97

ANHANG A MANUAL DES INTERVENTIONSPROGRAMMS

ANHANG B FRAGEBOGEN

1 EINLEITUNG

Das Rauchen gehört zu den wichtigsten vermeidbaren Verhaltenspathogenen (Matarazzo, 1984), da es für die Entstehung koronarer und maligner Erkrankungen sowie vorzeitige Todesfälle mitverantwortlich gemacht werden kann (Schoberberger & Kunze, 1999). Entwicklungspsychologisch werden die Grundlagen der habituellen Risikoverhaltensweise Rauchen im Kindes- und Jugendalter gelegt. Der mögliche Erstkonsum psychotroper Substanzen unterliegt mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit einer bestimmten Reihenfolge, wobei das Rauchen häufig die erste erprobte Substanz noch vor Alkohol und illegalen Drogen darstellt (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2001). Je früher mit dem Tabakkonsum begonnen wird, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, regelmäßigen Konsum zu entwickeln, auch andere Substanzen zu erproben und unter Folgeschäden zu leiden. Tabak hat als legales Suchtmittel eine große gesellschaftliche Relevanz.

Im Rahmen der Gesundheitsförderung und –erziehung werden primärpräventive Maßnahmen entwickelt, deren Ziel es ist, Schüler in ihrem Nichtraucherstatus zu bestärken, den Einstieg in den Zigarettenkonsum zu verzögern und einen verantwortungsvollen Umgang mit legalen Drogen zu erlernen.

In dieser Arbeit soll ein substanzspezifisches Programm zur Prävention des Zigarettenrauchens für Schüler der 6. Jahrgangsstufe an Gymnasien beschrieben werden. Das verhaltens- und individualszentrierte Programm wurde von Experten innerhalb der Trierer Gymnasien durchgeführt und evaluiert.

Im folgenden wird die Gliederung der Arbeit vorgestellt. Das sich anschließende Kapitel zwei dient der Darstellung des theoretischen und empirischen Hintergrundes, der für die Charakterisierung der Zielgruppe der Transeszendierenden herangezogen wurde. Kapitel drei setzt sich mit dem Stand der Präventionsforschung vor allem in Deutschland auseinander. Mit der Zielsetzung und den Hypothesen der Analyse befaßt sich Kapitel vier. Die methodischen Aspekte der empirischen Untersuchung werden in Kapitel fünf dargestellt, wobei das der Intervention zugrunde liegende Manual detailliert beschrieben wird. Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung folgen in Kapitel sechs. Die Arbeit schließt mit Kapitel sieben, in dem die Ergebnisse diskutiert werden und eine Auseinandersetzung mit praktischen Implikationen der Ergebnisse erfolgt.

Die Personen- und Funktionsbezeichnungen in diesem Text gelten jeweils in der männlichen und weiblichen Form, wenn keine explizite Angabe getroffen wird.

2 ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGIE DES ÜBERGANGS VON DER KINDHEIT ZUM FRÜHEN JUGENDALTER

Die Arbeit und das Präventionsprogramm richten ihr Hauptaugenmerk auf die Schüler der 6. Jahrgangsstufe an Gymnasien. Daher sollen zunächst zentrale Aspekte dieser Altersgruppe beschrieben werden, und es soll dargestellt werden, welche Entwicklungsaufgaben für diese Lebensphase relevant sind. Der Schwerpunkt liegt dabei auf den Anforderungen und Ressourcen, die in einem engeren Zusammenhang stehen zum Umgang der Kinder mit den legalen Drogen Nikotin und Alkohol. Die Betrachtung des Drogengebrauchs unter einer entwicklungspsychologischen Perspektive bietet sich an, da beispielsweise Altersunterschiede in gesundheitsbezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen bestehen, Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen „Transeszenz“ und dem Einstieg in den Drogengebrauch existieren, und maßvoller Drogenkonsum gegebenenfalls auch ein Resultat der Auseinandersetzung mit Entwicklungszielen sein kann.

2.1 Bedeutungsdimensionen des Entwicklungskonzepts „Transeszenz“

Für die vorliegende Untersuchung erscheint es sinnvoll, aus der Vielfalt der vorhandenen Periodisierungsvorschläge des Jugendalters auf die Einteilung von Oerter und Dreher (1995) zurückzugreifen. Sie sieht als Quintessenz einer breiten Literaturanalyse eine terminologische und zeitliche Untergliederung der Lebensphase der „Jugend“ in die „Vorpubertät“ (10.-12. Lebensjahr), die „Transeszenz“ (11./12.-14.-Lebensjahr), die „frühe Adoleszenz“ (14.-18. Lebensjahr) und die „späte Adoleszenz“ (18.-21. Lebensjahr) vor. Mit dem von Eichborn (1966) eingebrachten Begriff „Transeszenz“ wird demnach also die Altersgruppe der 11/12jährigen bis 14jährigen bezeichnet, die sich am Übergang von der Kindheit zur frühen Adoleszenz befinden. Diese altersgerichtete Differenzierung beinhaltet eine erhebliche Bandbreite interindividueller Entwicklungsunterschiede. Historisch gesehen tritt neben diesen interindividuellen Entwicklungsunterschieden vor allem in Industrienationen auch eine säkulare Akzeleration auf, die eine beschleunigte biologische Entwicklung jüngerer Generationen gegenüber älteren Generationen bezeichnet. Dieser Trend betrifft beispielsweise die säkulare Zunahme des Körperwachstums (vgl. Ewert, 1983) und das frühere Eintreten der Geschlechtsreife. So zeigte sich in Untersuchungen Tanners (1990), daß sich das Alter der ersten Menarche bei Mädchen durchschnittlich um vier bis fünf Monate pro Jahrzehnt verringert. Von Tanner (1990) zusammengetragene Erklärungshypothesen dieses Phänomens werden u. a. in einer besseren Ernährung, einer verbesserten gesundheitlichen Versorgung, einem Rückgang an körperlich schwerer Arbeit und einer freieren Einstellung zur Sexualität gesehen. Da die Familiengründung und der Eintritt ins Berufsleben heute später als früher erfol-

gen, können aus der Diskrepanz zwischen körperlicher und sozialer Entwicklung Probleme für das Erwachsenwerden entstehen (Oerter & Dreher, 1995).

In der juristischen Terminologie werden alle, die noch nicht 14 Jahre alt sind, als Kinder bezeichnet (Sozialgesetzbuch (SGB) VIII, § 7 Abs. 1, Nr. 1-4), was entsprechende Rechte (z. B. persönliche Anhörung des Kindes bei Personensorgeangelegenheiten) und Pflichten (z. B. Schulpflicht) nach sich zieht.

Der Übergang von der Kindheit zur frühen Adoleszenz ist auf verschiedenen Dimensionen beobachtbar (Remschmidt, 1992). So können körperliche Veränderungen (Beginn der Pubertät), psychische Veränderungen (Bewältigung der Pubertät und Neuorganisation als Jugendlicher), soziologische (Zwischenstadium und Vorbereitung auf Rollenübernahme) und soziokulturelle Veränderungen (z. B. Subkulturen) resultieren.

2.2 Entwicklungsaufgaben in der Transeszenz

Aus dem breiten Spektrum der Theorien, die sich mit der Entwicklung in der Adoleszenz beschäftigen (vgl. z. B. auch Davis, 1944, Erikson, 1994, 1988, Hall, 1904, Havighurst, 1953, Lerner, 1987, 1986, Mead, 1971, 1970) soll als Basis der folgenden Ausführungen das klassische Konzept der Entwicklungsaufgaben von Havighurst (1953) ausgewählt werden. Auch wenn kritische Einwände (u. a. Helfferich, 1994), wie die fehlende theoretische Begründung für die Zusammenstellung oder die mangelnde Verknüpfung der Aufgaben, gerechtfertigt und zu berücksichtigen sind, bietet diese interaktionistische Entwicklungstheorie ein wertvolles Konzept für Erklärungen der Entwicklung Transeszendierender. Grundlegende Idee von Havighursts Sicht auf die Entwicklung ist die Auseinandersetzung mit Entwicklungsaufgaben in bestimmten Phasen des Lebens. Diese auch gesellschaftlich vorstrukturierten Aufgaben für bestimmte Altersgruppen stellen eine Vorgabe dar, was als „normal“ angesehen wird. Bewältigungsprozesse im Umgang mit den Entwicklungsaufgaben führen zu Lernerfahrungen und der Umsetzung von Zukunftsvorstellungen durch die Realisierung von Entwicklungs- und Lebenszielen. Damit erhält die Eigeninitiative bei der Beschäftigung mit den Entwicklungsaufgaben eine hohe persönliche Relevanz. Als wesentliche Bereiche, in denen die Kinder in dieser Phase vor die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben gestellt sind, kristallisieren sich heraus: soziale Anforderungen (z. B. Freundeskreis, Eltern, Schule), die Ausbildung individueller Werte und der Umgang mit körperlichen Veränderungen.

Dreher und Dreher (1985) untersuchten, welche Entwicklungsaufgaben für Adoleszente in Deutschland von diesen als relevant empfunden werden. Für die Altersgruppe der 12jährigen kristallisierten sich besonders die Entwicklungsaufgaben des Aufbaues eines Freundeskreises, der

Erlangung einer emotionalen Unabhängigkeit von den Eltern, der schulischen Entwicklung, der Entwicklung einer Geschlechtsidentität, der Entwicklung von Wertorientierungen und der Entwicklung des Selbstkonzeptes heraus, die im folgenden genauer betrachtet werden.

2.2.1 Aufbau eines Freundeskreises (Peer-group)

Zu den Entwicklungsaufgaben der Schüler der 6. Jahrgangsstufe zählt der Aufbau neuer und reiferer Beziehungen zu Altersgenossen beiderlei Geschlechts, d. h. vor allem die Entwicklung eines Freundeskreises (Dreher & Dreher, 1985). Die Gruppe der Gleichaltrigen, die zu den Primärgruppen gehört (Cooley, 1909), gewinnt in der frühen Adoleszenz immer mehr an Bedeutung, da Kinder zunehmend ihre Zeit in Schule und Freizeit miteinander verbringen. Dadurch bilden die altersgleichen Beziehungen einen wesentlichen Kontext für das soziale Leben (Engel & Hurrelmann, 1993) sowie die kognitive und psychosoziale Entwicklung (Youniss, 1994) der Kinder.

Die Interaktion zwischen den Kindern gestaltet sich in unterschiedlichsten Manifestationsformen (z. B. Freundschaften, Cliques, Peer groups), die Ausdruck verschiedener Qualitäten des Inhaltes, der Ausgestaltung und der Intensität von Beziehungen unter Gleichaltrigen sind. Bei der Betrachtung der Bedeutung Gleichaltriger für die Entwicklung interessieren aus psychologischer Perspektive daher u. a. die Freundschaftskonzepte der Kinder, die Qualität der gegenseitigen Beziehungen, die Bedeutung der Freunde für die Entwicklung psychosozialer Kompetenzen (z. B. Empathiefähigkeit, Selbstwertgefühl) und die Geschlechtsunterschiede.

Wie setzt sich die Bezugsgruppe der Schüler der 6. Jahrgangsstufe zusammen? Zunächst ist eine prinzipielle Unterscheidung von Freundschaft (freiwillige Beziehung mit gegenseitiger Verpflichtung und Reziprozität) und Gruppen Gleichaltriger (Cliques mit gemeinsamen Zielen, Werten und Verhaltensregeln) als Arten der Beziehungen unter Kindern sinnvoll. Besonders intensive Forschungsbemühungen richten sich auf die Untersuchung von Freundschaften unter Kindern, auch wenn durch deren interaktive Natur der Begriff schwer operationalisierbar ist und so Meßprobleme auftreten (siehe u. a. Gesell & Ilg, 1949, Hartup, 1975, Sullivan, 1965). Aus Perspektive der Mädchen und Jungen zählen zu den häufig genannten Charakteristika dieser Zweierbeziehungen solidarisch zu sein (Preuss-Lausitz, 1999), sich gegenseitig zu unterstützen (siehe auch Krappmann & Oswald, 1995), Geheimnisse zu wahren (siehe auch Valtin, Watson & Flitner, 1998), Vertrauen zu zeigen, sich emotionale Wärme entgegenzubringen (siehe auch Helsen, Vollebergh & Meeus, 2000), gute Eigenschaften zu haben bzw. bestimmte negative nicht, gemeinsam etwas zu tun (siehe auch Deutsches Jugendinstitut, 1992) und Zeit füreinander zu haben. Damit sind bereits die wesentlichen Funktionen des Kontaktes mit Gleichaltrigen umrissen,

die nach Oerter und Dreher (1995) die Orientierung, Stabilisierung, eine emotionale Geborgenheit, die Erprobung neuer Möglichkeiten des Sozialverhaltens, gemeinsame soziale Aktivitäten, die Erleichterung der Ablösung vom Elternhaus und einen Beitrag zur Identitätsfindung umfassen.

Untersuchungsergebnisse von Zinneker und Silbereisen (1998) zur Geschlechterverteilung in Freundschaftsbeziehungen der Bezugsgruppe 10-13jähriger zeigen, daß fast alle angeben (95.0 % Jungen, 93.0 % Mädchen), gleichgeschlechtliche Freunde zu haben. Dagegen haben in diesem Alter mehr Jungen (32.0 %) als Mädchen (23.0 %) Zugang zu einer gleichgeschlechtlichen Gruppe. Eine Minderheit der Altersgruppe wählt gegengeschlechtliche Bezugspersonen (ca. 15.0 %). Aus der Literatur (u. a. Breitenbach & Kausträter, 1998, Preuss-Lausitz, 1999) geht hervor, daß Mädchen dabei zurückhaltender in der Kontaktherstellung zum anderen Geschlecht sind als Jungs. Die Zugehörigkeit zu einer Clique ist zwar verbreitet (47.0 %), aber nicht selbstverständlich.

Strukturelle Merkmale der Gruppe der Gleichaltrigen sind beispielsweise die Verbundenheit der Kinder über einen bestimmten Zeitraum, die durch das sich gegenseitig Kennen und miteinander Interagieren entsteht, die Erfahrung von Gleichheit und die Möglichkeit der Umsetzung persönlicher Ziele (Bönner, 1995).

Vor allem in gegenwartsbezogenen Lebensfragen (z. B. Mode, Freizeit) zeigt sich der Einfluß der Peers, während sich die Kinder in Bereichen, die wichtige und langfristige Auswirkungen auf die Entwicklung (z. B. Ausbildungsweg) haben, weiterhin an den Normen der Erwachsenen (hauptsächlich der Eltern) orientieren (Fend, 1998).

2.2.2 Emotionale Unabhängigkeit von den Eltern und von den anderen Erwachsenen erlangen

Im engen Zusammenhang mit der dargestellten Entwicklung hin zur zunehmenden Bedeutung der Beziehung zu Gleichaltrigen wandelt sich beim Übergang von der Kindheit zur frühen Adoleszenz auch das Verhältnis zwischen Eltern und Kindern. Beim Versuch einer Systematisierung der Forschungsbemühungen zu den Eltern-Kind-Beziehungen im Jugendalter kristallisieren sich nach Baumrind (1991) drei unterschiedlich akzentuierte Blickwinkel heraus. Demnach postulieren psychoanalytische Theorien eine Ablösung der Adoleszenten von ihren Eltern; eine weitere Theoriengruppe betont den Umbruchscharakter im Umgang miteinander (zunehmende Unabhängigkeitsbemühungen der Kinder bei bleibender Entwicklungsverantwortung der Eltern) während die Interdependenzmodelle eine wechselseitige Abhängigkeit der Eltern und Kinder voneinander hervorheben.

Das alltägliche Zusammenleben von Eltern und Kindern speziell in der Altersgruppe der Kinder der 6. Jahrgangsstufe basiert auf persönlichkeitsdynamischen (endogenen) Konstellationen und findet im Rahmen bestimmter situativ- kontextueller (exogener) Handlungsspielräume statt (siehe Fend, 1998). In der Transeszenz ändern sich für Heranwachsende die emotionalen Beziehungsmuster in der Familie, besonders gegenüber den Eltern. Die Neuregulation des Verhältnisses von emotionaler Nähe und Distanz zwischen Eltern und Kindern ist eine wichtige Basis der sozialen Entwicklung der Kinder. Neben der emotionalen Beziehung zwischen Eltern und Kindern, die auf einer langen gemeinsamen Geschichte beruht, haben Eltern auch eine Entwicklungsverantwortung für ihre Kinder. Sie übernehmen sie u. a. durch gesetzlich abgesicherte Verpflichtungen (z. B. Sorgspflicht), die mit ihren juristischen und materiellen Konsequenzen eine stärkere Verantwortlichkeit als sie beispielsweise Freunde haben hervorrufen. Durch Normvorgaben bzw. –erwartungen (z. B. Vermittlung zentraler Werte, Bewahrung vor Risiken, Lenkung der Schullaufbahn), die Aushandlung von Regelungen (z. B. Altersangemessenheit von Forderungen der Kinder) und die gleichzeitige Berücksichtigung der zunehmenden Autonomiebestrebungen der Kinder (z. B. bei Gestaltung des eigenen Erscheinungsbildes der Kinder) werden in der alltäglichen Interaktion Entwicklungen angeregt.

Entsprechend des Prozesses des Selbständigkeitserwerbs und der damit verbundenen Emanzipation der Kinder erfordert die gemeinsame Interaktion von den Eltern, eine Balance zwischen Freiheit und Verantwortung gegenüber dem Kind herzustellen (Schneewind, 1995). Bei der Entwicklung von einer Regulation durch die Eltern (bis ca. zum achten Lebensjahr) hin zu einer Selbstregulierung der Kinder (ab ca. dem dreizehnten Lebensjahr) wirken Eltern acht- bis zwölfjähriger Kinder ko-regulativ, d. h. der Eigeninitiative der Kinder wird zunehmend mehr Freiheit eingeräumt (Smets, 1985). Sieht man das Wohlbefinden im Elternhaus als Indikator für die anhaltende Bedeutung der Eltern für die Entwicklung in der Transeszenz an, so fühlen sich immerhin 65.0 % der Kinder der 6. Jahrgangsstufe zu Hause sehr wohl (Fend, 1998). Kennzeichen entwicklungsförderlicher „harmonischer“ Familien sind dabei, daß wenig Dissens (z. B. beim Anziehen, Kaufen, der Freundeswahl) besteht und intensiv miteinander kommuniziert wird (Fend, 1998). In der Altersgruppe der 10-13jährigen spielen gemeinsame Freizeitaktivitäten zur Förderung dieses Familienklimas (vergrößertes Wissen voneinander durch gemeinsam verbrachte Zeit und Kommunikationsmöglichkeit) eine große Rolle, auch wenn die Forderung der Kinder nach außerhäuslicher Freizeitgestaltung in diesem Alter zunimmt (Zinnecker, 1985). Auftretende Konfliktthemen zwischen Eltern und Kindern konzentrieren sich in dieser Altersgruppe hauptsächlich auf die Schulleistungen.

2.2.3 Schule als Lebensraum in der Transeszenz

Bei der untersuchten Altersgruppe ist die Schultypentscheidung für den Übergang von der Grundschule in die weiterführenden Schulen (Hauptschule, Realschule, Gymnasium) in der Regel zunächst gefallen und damit eine wichtige Weichenstellung für das weitere Leben getroffen, u. a. bezüglich der resultierenden Berufswahlmöglichkeiten und damit verbundener Lebensformen (Zinnecker & Silbereisen, 1998). Da sich die Stichprobe der empirischen Studie (siehe Kap. 5) ausschließlich aus Gymnasiasten zusammensetzt, beschränken sich die anschließenden Ausführungen auf diese konkrete Zielgruppe.

Immerhin fast 70,0 % der Schüler der 6. Jahrgangsstufe fühlen sich in der Schule (bei Vorgabe eines 5stufigen Items) „sehr“ oder „ziemlich wohl“ (Fend, 1997). Die Einstellung zur Schule zeigte sich in einer Untersuchung von Jessor, Turbin und Costa (1998) als ein distaler Schutzfaktor, der also indirekt auf das Gesundheitsverhalten Einfluß nehmen kann. Die Schul- und Lerneinstellungen, die bis zum Ende der Kindheit entwickelt wurden, verfestigen sich im Alter von 12/13 Jahren und zeigen danach eine hohe Stabilität (Zinnecker & Silbereisen, 1998).

Das schulische Lernfeld kann wesentlich zur Persönlichkeitsentwicklung in der Transeszenz beitragen. Schüler nehmen in diesem Alter zunehmend ihr Lernen selbst in die Hand. Zentrale Bereiche dieser Entwicklung betreffen nach Fend (1997) das Erbringen von Leistungen, die soziale Akzeptanz und den Aufbau des Selbst-Systems. Schüler an Gymnasien haben zunächst in der 5. Klasse ein deutlich besseres Bild ihrer Begabung, Intelligenz und ihres Leistungsvermögens als Haupt- und Realschüler. Da die jeweiligen Schularten der Sekundarstufe aber eher leistungshomogene Schüler aufnehmen, verringert sich für die Schüler die subjektiv wahrgenommene Leistungsvariation in ihrer Altersgruppe (siehe Jerusalem & Schwarzer, 1991). Schulbezogene Fähigkeitskonzepte werden als relativer Stand in der unmittelbaren Bezugsgruppe der Schulklasse bzw. der Jahrgangsstufe einer Schule beurteilt und entsprechen so nicht unbedingt dem objektiven Leistungsstand. Gymnasiasten treffen beim Wechsel von der Primär- zur Sekundarstufe auf eine niveaustärkere Bezugsgruppe, wodurch die Selbstbewertung (vor allem leistungs- und fachspezifisch, weniger für globale Einschätzungen oder das Selbstwertgefühl) eher ungünstig beeinflusst wird. Damit wird der sogenannte Bezugsgruppeneffekt der relativen Deprivation beschrieben. Unter dieser Perspektive liegen Wurzeln der psychischen Gesundheit der Schüler auch in der mit der Schulwahl verbundenen Frage des sozialen Kontextes der Schüler und in der subjektiven Interpretation der eigenen Leistung.

2.2.4 Geschlechtstypische Entwicklung

Der Erwerb der weiblichen bzw. männlichen Identität wird in der Phase der Transeszenz wesentlich vorangetrieben. Augenfällig sind markante körperliche Veränderungen durch eine Wachstumsbeschleunigung, die vor allem die Körpergröße und das –gewicht betrifft. Die hormonell gesteuerte Änderung der Proportionen setzt bei Mädchen ungefähr im Alter von 10-11 Jahren ein und damit circa zwei Jahre früher als bei Jungen. Im Bereich der Geschlechtsreife beginnt durchschnittlich im Alter von 11-14 Jahren bei Mädchen die Menarche, und bei 9-15jährigen Jungen erfolgt die erste Ejakulation (siehe dazu Remschmidt, 1992). Mit dieser Entwicklung der Sexualreife einhergehend ergibt sich für die Kinder auch die Anforderung auf psychosozialer Ebene die Geschlechtsrollen zu übernehmen. Nach der Initiierung im Alter von 5-6 Jahren ist dies die zweite Phase des Geschlechtsidentitätserwerbs (Kohlberg, 1974). Diese Entwicklung wird mitgeprägt von Erziehungseinflüssen (z. B. Eltern als Modelle), dem Gesellschaftsbild der Frau und des Mannes, der sozialen Schicht und der familiären Situation der Kinder sowie von soziokulturellen Einflüssen (Alfermann, 1996). Dabei ist es notwendig, die Interaktion von biologischen und sozialen Faktoren differenziert zu berücksichtigen. So konnten beispielsweise Bauman, Foshee und Haley (1992) einen Zusammenhang zwischen dem Testosteron-Spiegel der Mädchen und Jungen und dem Rauchen nachweisen, der jedoch in Abhängigkeit vom Rauchverhalten der Mutter, des Vaters und der Freunde erheblich in seiner Stärke variierte. Die intensivere Kenntnis solcher geschlechtstypischer biologischer Charakteristika der Transeszendierenden und deren Auswirkungen auf deren Persönlichkeitsentwicklung bietet unter Umständen eine weitere Möglichkeit Risikogruppen besser zu erfassen.

2.2.5 Entwicklung von Wertorientierungen

Für die Transeszendierenden sind im Zusammenhang mit der sozialen und kognitiven Entwicklung auch Veränderungsprozesse bei der Aneignung und Differenzierung individueller Werthaltungen zu erwarten (Dickmeis, 1997). Die Wertewahl verändert sich von einer eher externalen hin zu einer mehr internalen Orientierung (Kohlberg, 1974). Die heutigen Lebensumstände sind u. a. gekennzeichnet durch gewandelte Familienstrukturen, die Pluralisierung akzeptierter Lebensformen, technologische Revolutionen, globalisierte Märkte und hochkomplexe Anforderungen, die für eine gelingende Entwicklung bewältigt werden müssen. Damit ist die Festlegung auf eine stabile und homogene Wertestruktur nicht mehr möglich und auch nicht sinnvoll. Kinder und Jugendliche erleben einen großen Spielraum für das Leben von eigenverantwortlich gewählten Werten und schaffen sich selbst ein Orientierungsschema in der vorhandenen Wertevielfalt (Fritzsche, 2000). Engel und Hurrelmann (1989) untersuchten die Wertepreferenz unter Kin-

den/Jugendlichen und fanden eine Rangreihe von Gesundheit, Arbeit, Geld und Auskommen bzw. guter Freundschaft und Freunden. Dieser Wertschätzung der Gesundheit kommt als proximaler gesundheitsbezogener Schutzfaktor (Jessor, Turbin & Costa, 1998) eine besondere Bedeutung für die Entwicklung von Drogenpräventionsmaßnahmen zu (vgl. Petermann, Müller, Kersch & Röhr, 1997). Unterschiedliche Werthaltungen (z. B. Autonomie, Menschlichkeit, Selbstmanagement), die sich nicht gegenseitig ausschließen, existieren nebeneinander und werden flexibel für die Lebensgestaltung genutzt (Fritzsche, 2000). Während Werte früher eher überindividuelle Entscheidungshilfen und Verhaltensprädiktoren darstellten, werden sie heute mehr als situationsabhängiges Konstrukt verstanden (Dickmeis, 1997).

2.2.6 Entwicklung eines Selbstkonzeptes

Mit der Entwicklung der Identität ist in der Adoleszenz die Kernaufgabe gestellt, die eine Integration der im Vorausgegangenen beschriebenen Entwicklungsaufgaben umfaßt. Durch die kognitive Entwicklung und die differenziertere Selbstwahrnehmung in diesem Alter wird die Einordnung der eigenen Person in die soziale Umwelt und die Selbstkonzeptentstehung möglich (Hurlmann, 1986). Das Wissen über sich muß nicht nur gegenüber Erwachsenen behauptet werden, sondern gehört auch wesentlich zur Interaktion unter Gleichaltrigen (Krappmann, 1993).

Versuche, Ordnung in die Begriffsvielfalt der Selbstkonzeptforschung zu bringen, führen häufig zu einer Struktur des Selbstkonzeptes, die kognitive (z. B. Wahrnehmung des Selbst, Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstkontrolle), affektive (z. B. Selbstwertgefühl, -vertrauen), soziale (z. B. soziale Fähigkeiten) und moralische Dimensionen beinhaltet.

Daß die gesteigerte Selbstwahrnehmung zu den zentralen Themen Transeszendierender gehört (Oerter, 1982), liegt begründet im zunehmenden Interesse an der eigenen Person, die sich körperlich und kognitiv entwickelt; in der starken Abhängigkeit des Selbstbildes vom Wohlbefinden und inneren Ressourcen und in der notwendigen Rollenfindung (Gnam, 1998). Untersuchungen von Milhoffer (2000) zeigen, daß 12jährige zwischen ihrem Wunschselbst und dem tatsächlichen Wirklichkeitsselbst unterscheiden. Zu den sowohl von Jungen als auch von Mädchen gewünschten Eigenschaften gehören demnach klug, sportlich, hilfsbereit und gutaussehend zu sein. Bei der realen Einschätzung dieser Eigenschaften für die eigene Person wird eine Diskrepanz vor allem bei der Eigenschaft klug zu sein deutlich. Mit 61.0 % der Jungen bzw.

58.0 % der Mädchen geben zwar fast gleich viele den Wunsch an, klug sein zu wollen, jedoch halten sich nur 28.0 % der Mädchen im Gegensatz zu 51.0 % der Jungen tatsächlich für klug. Da Mädchen eigentlich im Durchschnitt bessere Schulnoten haben, könnte dies ein Hinweis auf eine

größere Bereitschaft der Mädchen zu einer kritischen Selbsteinschätzung sein. An diesem Beispiel wird auch deutlich, daß es notwendig ist die verschiedenen Verknüpfungen der jeweiligen Entwicklungsaufgaben untereinander zu berücksichtigen.

2.3 Zusammenhänge zwischen Entwicklungsaufgaben und dem Drogenkonsum Transeszendierender

Tabak- und Alkoholkonsum sind in Deutschland alltäglich und gehören so zur Erfahrungswelt der Transeszendierenden. Warum das Experimentieren mit Drogen (in dieser Arbeit primär auf Zigaretten- und Alkoholkonsum bezogen) ausgerechnet in dieser Entwicklungsphase beginnt, ist nur klärbar durch die Betrachtung des Zusammenspiels genetischer, sozialer, personenspezifischer und entwicklungsbedingter Faktoren.

Das Erlernen eines verantwortlichen Umgang mit psychoaktiven Substanzen und die Vermeidung des Mißbrauchs wird von einigen Autoren (u. a. Sieber, 1993, Silbereisen, 1997) als eigenständige Entwicklungsaufgabe gesehen.

Mit Bezug zu den unter Abschnitt 2.2 dargestellten Entwicklungsaufgaben sollen zunächst Funktionen des Konsums in der Transeszenz dargestellt werden, ehe empirisch belegte Schutz- und Risikofaktoren für eine Drogengefährdung beschrieben werden und der Drogenkonsum abschließend als Risiko- oder Gesundheitsverhalten Transeszendierender beurteilt wird.

2.3.1 Funktionen und funktionale Äquivalente des Konsums von Zigaretten und Alkohol

Die untersuchte Altersgruppe zählt zu den Hauptrisikogruppen für den erstmaligen Zigaretten- und Alkoholkonsum (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2001), so daß das Experimentieren mit Zigaretten und Alkohol eine alterstypische Erfahrung darstellen kann. Die Kinder der 6. Jahrgangsstufe müssen Handlungsmuster für die Auseinandersetzung mit Zigaretten und Alkohol erlernen. Die Beurteilung des Drogengebrauch als „normal“ oder „problematisch“ hängt von der Entwicklungsphase des Betroffenen, dem subjektiven Nutzen, der instrumentellen, sozialen und symbolischen Funktion des Konsums und der Art der Substanz bzw. Menge und Häufigkeit des Konsums ab. Neben der Darstellung der von Engel und Hurrelmann (1993) herausgearbeiteten Funktionen gesundheitsriskanten Verhaltens soll der Schwerpunkt auf entwicklungsbezogenen Funktionen für Transeszendierende liegen.

Entwicklungsaufgabe des Aufbau eines Freundeskreis

Wie Hissnauer (1991) in einer empirischen Fragebogenstudie herausfand, beeinflusst die Peer-group den Drogenkonsum in starkem Maße, da dieser in konsumierenden Gruppen sozial verstärkt wird, das Gruppenzugehörigkeitsgefühl wachsen lässt, die Angst vor Ablehnung verringern kann, eine Zugangsmöglichkeit zur Gruppe eröffnet und eine Form der Solidarisierung mit den Gleichaltrigen darstellen kann. Der Konformitätzwang in der Clique wird dabei von Jungen stärker erlebt als von Mädchen (Sieber, 1993). Der eigene Konsum und der der Gruppe sind dabei wechselseitig verflochten, d. h. Freunde werden unter Bezug auf das Konsumverhalten ausgewählt und das Konsumverhalten kann der Gruppe einen Zusammenhalt geben und sie von anderen abgrenzen (Ennett & Bauman, 1994, Lennertz, 1974). Je höher die Zufriedenheit mit der Gruppe bei rauchenden Kindern und Jugendlichen ist, desto mehr Zigaretten werden konsumiert, d. h. das Konsumverhalten ist in diesem Fall Ausdruck einer besonders guten Integration (Wagner, 2000). Da die Hauptbezugsquelle für Zigaretten bei Transeszendierenden die Freunde sind, haben die, die rauchende Freunde haben, auch einen besseren Zugang zu Zigaretten (Ribisl, Howard-Pitney, Howard, Rohrbach & Unger, 1998). Existiert in der Gruppe eine positive Bewertung des Substanzgebrauches, ist ein Konsum natürlich wahrscheinlicher (Künzel-Böhmer, Bühringer, Janik-Konecny, 1993).

Drogenkonsum ist andererseits auch als attraktive Bewältigungsstrategie einer Nichtanerkennung in der Peer-group zu sehen und sollte in dieser Form besonders berücksichtigt werden (Labouvie & Pandina, 1983). Erlebte Vorteile durch den Gebrauch von Nikotin und Alkohol, wie z. B. die Überwindung von Unsicherheit oder die Erleichterung der Kontaktaufnahme, sind empirisch belegte Einstiegsgründe (Künzel-Böhmer et al., 1993, Hallmaier, 1995).

Entwicklungsaufgabe der Erlangung einer emotionalen Unabhängigkeit von den Eltern

Anhand einer Literaturanalyse zeigte sich Nonkonformismus gegenüber traditionellen Werten, die von den Eltern vermittelt werden, als ein wichtiger Faktor für den Rauchbeginn (Bergler, Haase, Humburg & Steffens, 1995). Der durch Drogenkonsum ausgedrückte Nonkonformismus stellt für Transeszendierende eine Möglichkeit zur Verletzung der elterlichen Kontrollvorstellungen dar. Eine weitere Funktion des Drogenkonsums besteht in der scheinbar besseren Belastungsbewältigung bei einem Überhandnehmen sozialer Konflikte und Spannungen innerhalb der Familie (Kracke, 1993). In diesem Zusammenhang stehen auch Befunde, die den Drogenkonsum als Ohnmachtsreaktion und Überlebensstrategie bei extremer Gewalterfahrung einordnen (Franke, 1997).

Aufgabe der schulischen Entwicklung

Probleme in der Schule, d. h. das Versagen bei selbstgestellten Leistungserwartungen und/oder von den Eltern gestellten schulischen Leistungsanforderungen, stellen einen erheblichen Streßfaktor für die Kinder dar und können eine Ursache für das Rauchen als ein inadäquater Bewältigungsversuch sein. Entsprechende Untersuchungen von Engel und Hurrelmann (1989) konnten nachweisen, daß der Raucheranteil unter gestreßten Schülern signifikant höher ist als unter nicht-gestreßten. Damit wird der Konsum zur Ablenkung von frustrierendem Leistungsversagen genutzt (Nordlohne, 1993).

Ein unmittelbarer Zusammenhang besteht auch zwischen einem niedrigen Einstiegsalter beim Drogenkonsum und der Schulverweigerung (Arday, Giovino, Schulman & Nelson, 1995).

Aufgabe der geschlechtsspezifischen Entwicklung

Von besonderem Interesse für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung können körperliche Abweichungen von der „Normalentwicklung“ sein, wie zu langes Verbleiben in der kindlichen Statur oder Abweichungen von der als typisch oder ideal betrachteten Körperform, die zu Frustrationen führen können. Viele Heranwachsende sind mit ihrem Körperbild unzufrieden, Mädchen stärker als Jungs (Klocke, 1994). Aus dem vielfältigen Spektrum der Reaktionen darauf, versuchen immerhin 14.0 % der Kinder/Jugendlichen ihr Gewicht zu halten, indem sie Zigaretten rauchen.

Aufgabe der Entwicklung von Wertorientierungen

Drogengebrauch kann auch eine gewollte Normverletzung gesellschaftlicher Vorstellungen sein und damit Ausdruck eines Nonkonformismus (Jessor & Jessor, 1977). Nicht nur in der Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Norm- und Wertvorstellungen, sondern auch mit elterlichen Anforderungen kann es zu einer Hinwendung zum Drogenkonsum als Reaktanzverhalten kommen. Schüler, die konflikthafte Beziehungen zu den Eltern haben, lehnen deren Anforderungen eher ab und die Wahrscheinlichkeit des Rauchens ist höher als bei Kindern mit einer guten Beziehung zu den Eltern. Studien u. a. von Castro, Maddahian, Newcomb und Bentler (1987) und Hops, Tildesley, Lichtenstein, Ary und Sherman (1990) belegen diesen Zusammenhang.

Für Heranwachsende ist der Genuß von Drogen eng mit dem Erwachsenenstatus verbunden. Erlebte Normen zeigen den Transeszendierenden, daß Erwachsene Zigaretten und Alkohol kon-

sumieren, um u. a. zu entspannen, Konflikte zu lösen oder in sozialen Kontakten lockerer zu sein. Der Drogenkonsum Transeszendierender kann also nach Sieber (1993) auch als symbolische Vorwegnahme dieser „Erwachsenenprivilegien“ gesehen werden.

In einer Untersuchung von Grube, Rokeach und Getzlaf (1990) wurden 17-22jährige Raucher, Ex- und Nichtraucher nach ihren Wertorientierungen gefragt. Rauchern sind Freiheit, Glück, Spaß und ein abenteuerliches Leben wichtig, während Nichtraucher häusliche Sicherheit, Selbstrespekt, Glück und Freiheit anstreben. Auch wenn die untersuchte Gruppe ältere befragte, liegt möglicherweise ein Versuch der Raucher vor, der auch auf jüngere übertragbar wäre, diesen Werten durch riskantes Verhalten wie Rauchen gerecht zu werden.

Aufgabe der Entwicklung des Selbstkonzeptes

Eine weitere Funktion des Nikotin- und Alkoholkonsums wird von Hurrelmann (1990) in der entwicklungspezifischen Überlastung Transeszendierender (z. B. Leistungsdruck, materielle Benachteiligung) gesehen. Hier werden gesellschaftliche Bedingungen (z. B. Werte der Gesellschaft) in die Analyse des Beginns des Drogenkonsums sinnvoll einbezogen und Befunde der Bewältigungsforschung (Lazarus & Folkman, 1984) aufgegriffen, wonach Rauchen als gefühlorientierte Bewältigung betrachtet wird. Allerdings sind zahlreiche andere Reaktionen (z. B. Somatisierung) auf die erlebte Überforderung ebenso möglich.

Da erste eigene Erfahrungen mit Alkohol und Zigaretten häufig mit dem Hineinwachsen in das Erwachsenenalter zusammenfallen, kann der Konsum auch als symbolische Vorwegnahme des Erwachsenenstatus angesehen werden (Helfferich, 1990). Die Identifikation mit Vorbildern (z. B. Eltern, Lehrer, Prominenten, Sportlern) kann zur Imitation deren Verhaltens führen.

Wenn Kinder bei Erwachsenen Nikotin- und Alkoholkonsum als akzeptierte Formen des Spannungsabbaus erleben, sind sie für die eigenen Problembewältigungen natürlich auch naheliegende Verhaltensweisen (Engel & Hurrelmann, 1993).

Bei der Befragung Jugendlicher nach ihren Konsummotiven gaben immerhin 15.0 % der 12-25jährigen an, daß sie Alkohol trinken, um ihre Langeweile zu vertreiben (BZgA, 1998).

Jugendtypischer Ausdruck des Mangels an Selbstkritik

Mit Hilfe von Zigaretten und Alkohol können sich also einige Transeszendierende spezifische Bedürfnisse (z. B. Unterdrückung negativer Gefühle) erfüllen, sie können Belastungen (z. B. Frustrationen aushalten) bewältigen und so – zumindest kurzfristig – in dieser Lebensphase ihre

Alltagsbewältigung verbessern. Neben den situativen Aspekten eines möglichen Drogenkonsums soll anhand dieses Beispiels die Notwendigkeit der Beachtung von Persönlichkeitsfaktoren, die den Konsum von Drogen begünstigen, unterstrichen werden.

2.3.2 Schutz- und Risikofaktoren für eine Drogengefährdung

Die ursprüngliche, auf biomedizinischen Grundlagen basierende Prävention beschäftigte sich aufgrund ihrer pathogenetischen Perspektive mit der Untersuchung von Risikofaktoren. Deren Existenz werden für eine mögliche zukünftige Entwicklung beispielsweise eines Drogenkonsums mitverantwortlich gemacht. Für den Einstieg in den Drogenkonsum sind eher Risikofaktoren als fehlende Schutzfaktoren (z. B. Religiosität, nichtkonsumierende Vorbilder) verantwortlich (Jessor, Van Den Bos, Vanderryn, Costa & Turbin, 1995). Für die Entwicklung eines Drogenmißbrauchs sind weniger spezifische Risikofaktoren maßgebend, sondern eher deren Kumulation (Stattin & Magnusson, 1996). Da sich in der untersuchten Altersgruppe gesundheitsrelevante Verhaltensweisen im wesentlichen herausbilden, die später mit großer Wahrscheinlichkeit auch das Erwachsenenalter prägen werden, sollten bereits hier Einflüsse von Risikofaktoren möglichst minimiert bzw. beseitigt werden (Maggs, Schulenberg & Hurrelmann, 1997).

Die wissenschaftliche Neuorientierung hin zur Gesundheitsförderung zielt dagegen auf eine Erhaltung und Erweiterung von Gesundheitsressourcen. Diese salutogenetische Perspektive führt zur Auseinandersetzung mit Schutzfaktoren, die den Drogenkonsum verhüten, verringern oder die Wirkung der Risikofaktoren minimieren (Newcomb & Felix-Ortiz, 1992).

Empirisch überprüfte Schutz- und Risikofaktoren für Drogenkonsum Transeszendierender sollen nun im Rahmen der Entwicklungsaufgaben diskutiert werden.

Entwicklungsaufgabe des Aufbaus eines Freundeskreises

Einer der wichtigsten Prädiktoren für den Rauchbeginn stellen rauchende Freunde dar (Lloyd & Lucas, 1998, Mittag & Jerusalem, 1999). Graham, Marks und Hansen (1991) unterscheiden verschiedene Arten von sozialem Druck: den aktiven Druck, der explizit zum Konsum auffordert, der passive Druck, der durch das Modellverhalten der Freunde entsteht und der passive Druck, der sich aus einer Überschätzung der Prävalenzen des Zigaretten- und Alkoholkonsums in der Bevölkerung ergibt.

In der Freizeitgestaltung wählen Konsumenten eher außerhäusliche Aktivitäten, gesellige Beschäftigungen und sind stark an Gleichaltrigen orientiert (Fend, 1991). Die Bedeutung der

Freunde für den Konsum zeigt sich auch darin, daß die wichtigsten Konsumsituationen für Jugendliche soziale Situationen mit Freunden (63.3%), in der Disco (58.6%) und im Jugendzentrum (52.9%) sind (Hanewinkel, Ferstl & Burow, 1993).

Entwicklungsaufgabe der Erlangung einer emotionalen Unabhängigkeit von den Eltern

Speziell auf das Vorbildsverhaltensmodell der Eltern als Determinante des Rauchverhaltens der Kinder bezogen, sind die Befunde widersprüchlich (Conrad, Flay & Hill, 1992). Sicher belegt ist jedoch, daß der Einfluß der Eltern in der vorliegenden Altersgruppe geringer wird und der der Freunde und Gleichaltrigen zunimmt (Jackson, 1997).

Als Schutz vor schädlichen Konsumgewohnheiten wirken positive Eltern-Kind-Beziehungen und elterliche Unterstützung (Wills & Vaugan, 1989).

Altersspezifische Muster sind für die Auswirkungen potentieller Risikofaktoren besonders zu berücksichtigen (Kraemer et al., 1997). Beispielsweise zeigt sich als Scheidungsfolge bei 12-15jährigen Jungen ein erhöhtes Risiko für delinquentes Verhalten oder körperliche Gewalt gegenüber Dritten, wenn ein Elternteil wieder heiratet (Pagani, Tremblay, Vitaro, Kerr & Mc Duff, 1998).

Eine reglementierende Einflußmöglichkeit der Eltern liegt auch in der Höhe des vergebenen Taschengeldes. In einer Studie von Charlton und Bates (2000) wurde deutlich, daß Kinder, die ein Handy besitzen, ihr Taschengeld vorwiegend für das Telefonieren verwenden, somit weniger Geld zur Verfügung haben und signifikant weniger rauchen.

Aufgabe der schulischen Entwicklung

Verschlechterte schulische Leistungen können als ein Prädiktor für einen frühen Rauchbeginn angesehen werden (Newcomb, McCarthy & Bentler, 1989). Ein unmittelbarer Zusammenhang besteht auch zwischen einem niedrigen Einstiegsalter beim Drogenkonsum und der Schulverweigerung (Arday, Giovino, Schulman & Nelson, 1995).

Entscheidend kann das Drogenkonsumverhalten von Schülern auch begünstigt oder erschwert werden durch schulische Richtlinien zum Umgang mit Drogen in der Schule selbst (Nutbeam, 1999). Beispielsweise wird der Konsum begünstigt, indem sogenannte Raucherecken eingerichtet werden und erschwert durch eine klare Regelung, daß in Schulgebäuden und auf dem Schulgelände keine Drogen konsumiert werden dürfen.

Aufgabe der geschlechtstypischen Entwicklung

Da sich Veränderungen des Geschlechtsrollenverhaltens in Richtung einer zunehmenden Angleichung des Drogenkonsumverhaltens der Mädchen hin zu dem der Jungen zeigen, verliert die ursprünglich als Schutzfaktor wirkende Unweiblichkeit des Drogenkonsums an Bedeutung. (Kraus & Töppich, 1998).

Aufgabe der Entwicklung von Wertorientierungen

Die Verbindung einer Vorstellung von Rauchen und einem positiven Image der Raucher ist ein weiterer Prädiktor für zukünftiges Rauchverhalten. Bereits von der fünften zur siebenten Klasse verändert sich das Raucherimage bei Kindern zu einem deutlich positiveren Urteil (Dinh, Sarason, Peterson & Onstad, 1995). Die u. a. durch Gleichaltrige und die Werbung gebildeten positiven Erwartungen (z. B. Assoziationen mit „cool“ sein, unabhängig leben) erhöhen die Gefahr früh mit dem Rauchen zu beginnen (Bowen, Dahl, Mann & Peterson, 1991).

Leider gibt es bisher wenig Forschungsergebnisse über die Wertorientierungen Transeszendierender und ob und wenn ja wie sie sich zwischen Nichtrauchern und Rauchern unterscheiden. Bei 11- bis 15jährigen zeigte sich in einer Untersuchung von Lachnit und Kampe (1996), daß eine hedonistische Wertorientierung zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einer Suchtgefährdung führt.

Aufgabe der Entwicklung des Selbstkonzeptes

Der Zusammenhang zwischen der Selbstbewertung sowie anderen selbstbezogenen Kognitionen und dem Drogenkonsum wurde intensiv untersucht (u. a. Abernathy, Massad & Romano-Dwyer, 1995, Jackson, 1997). Dabei zeigt sich keine konsistente Beziehung zwischen einer negativen Selbstbewertung (oder ähnlichen Konstrukten wie niedrigem Selbstwertgefühl) und dem Drogenkonsum (Hawkins, Catalano & Miller, 1992), wie sie hypothetisch erwartet wurde. Gründe für die uneindeutigen Ergebnisse könnten darin liegen, daß Rauchen zwar zur Verbesserung des Selbstbildes dienen kann, aber bei anderen eben auch einen Ausdruck des Selbstbildes darstellen kann (Chassin, Presson & Sherman, 1990). Auch geschlechtsspezifische Differenzierungen könnten sich auswirken, denn nur für weibliche Transeszendierende scheint eine niedrige Selbstachtung ein Risikofaktor für den Rauchbeginn dazustellen (Abernathy, Massad & Romano-Dwyer, 1995).

Duval und Wicklund (1972) nehmen an, daß Individuen im Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit stärker normatives Verhalten zeigen als ohne diese Selbstaufmerksamkeit. Da der Genuß von Alkohol eine Reduktion der Selbstaufmerksamkeit bewirken kann (Hull, 1981), wird eine Enthemmung mit weiteren Verhaltensexzessen wahrscheinlicher (Steele & Josephs, 1988). Die Selbstwirksamkeitserwartung der eigenen Fähigkeiten zum Widerstand gegen den Drogenkonsum ist maßgebend, um in Versuchungssituationen dem sozialen Einfluß der Gruppe standhalten zu können (Marlatt, Baer & Quigley, 1995). Eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung wirkt als protektiver Faktor gegen den Drogenkonsum (Lohaus, 1993). Auf der Ebene der Persönlichkeitsmerkmale erwiesen sich „rebelliousness“ (rebellisches Denken) und „risk taking“ (Risikofreude) als stärkste Prädiktoren des Rauchverhaltens Adoleszenter (Burt, Dinh, Peterson & Sarason, 2000).

Als Determinante des Rauchbeginns wird die gesundheitliche Risikowahrnehmung diskutiert (Greening, 1997, Renner & Hahn, 1996). Die meisten 12jährigen Kinder haben wenig Furcht vor den möglichen zukünftigen Folgeschäden und Erkrankungen, die durch das Rauchen und den Alkoholkonsum verursacht werden. Um sie vor dem Beginn des Drogenkonsums zu schützen, sollten daher unmittelbare Auswirkungen des Konsums auf die Gesundheit Transeszendierender von größerem Interesse sein und für eine Motivierung zu gesundheitsbewußtem Verhalten genutzt werden.

Alter

Ein frühes Einstiegsalter in das Rauchen erhöht die Wahrscheinlichkeit für den Konsum anderer psychotroper Substanzen, vor allem des Alkohols (Lewinsohn, Rohde & Brown, 1999), und ist der stärkste Einzelprädiktor für die Fortführung des Rauchens im Erwachsenenalter (Chassin, Presson, Rose & Sherman, 1996). In der Transeszenz werden also die Wurzeln gelegt für zeitlich sehr viel später auftretende gesundheitliche Folgen. Daher sollten das Ausprobieren von Zigaretten und Alkohol zur Erlernung eines verantwortungsvollen Umgangs mit legalen Drogen sowie die Bestärkung abstinenter Verhaltensweisen für die Transeszenz explizite Ziele sein.

2.3.3 Drogenkonsum – Risiko- oder Gesundheitsverhalten

Die Lebensphase der Transeszenz stellt einen vergleichsweise gesunden Lebensabschnitt dar. Gesundheit ist für die meisten Transeszendierenden eine Selbstverständlichkeit (Kolip, 1994). Für die Beschreibung des Gesundheitszustandes sind als Indikatoren vor allem statistische Daten zu

Mortalität, Morbidität, psychosomatischen Beschwerden, emotionaler Befindlichkeit, subjektiver Einschätzung des Gesundheitszustandes und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen der Altersgruppe heranzuziehen (Kolip & Hurrelmann, 1994).

Gesundheitsrisiken existieren in verschiedenen Lebensbereichen Transeszendierender, so beispielsweise in der Familie (z. B. Mehrfachbelastungen der Eltern, hohe Scheidungsraten, instabile Betreuung); in der Schule (z. B. Leistungs- und Statusdruck, unsichere Perspektive) und in der Umwelt (z. B. Gefährdungen im Straßenverkehr, Luftverschmutzungen) (vgl. etwa Hurrelmann, 1991).

Definiert man gesundheitsbezogenes Risikoverhalten wie Perez und Gebert (1994) als „...Verhalten, das kurz-, mittel- oder längerfristig die Gesundheit von Personen gefährdet“, dann sind für 12jährige neben den „klassischen“ Risikoverhaltensweisen (Matarazzo, 1984) dysfunktionale Belastungsverarbeitung, Rauchen, Alkoholkonsum und ungesunde Ernährung auch Bewegungsarmut, Medikamentenkonsum und risikoreiche Freizeitbeschäftigungen kritisch zu betrachten.

Das Wissen um das gesundheitliche Risiko von Drogenkonsum kann bei Transeszendierenden weitgehend als bekannt vorausgesetzt werden. Das Problem besteht in der Umsetzung dieser Erkenntnis in das Handeln. Die multifaktorielle Begründbarkeit des gesundheitlichen Fehlverhaltens (siehe 2.4) bietet einerseits zahlreiche Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen, macht es aber andererseits schwer, individuelle Orientierungen, Erfahrungen und Erlebnisse konkret für die Herausbildung eines gesundheitsfördernden Lebensstils zu nutzen.

Bei der Einschätzung ihrer Gefährdung durch Rauchen oder Alkoholkonsum unterliegen die meisten Transeszendierenden einem optimistischen Fehlschluß (Weinstein, 1988) und schätzen das Risiko des Konsums eher überhaupt nicht ein. Eine Ausrichtung des Handelns nach gesundheitsbewußten Überlegungen ist daher unwahrscheinlich. Es ist festzustellen, daß der Drogenkonsum der Altersgruppe wesentlich sozial motiviert ist. Je nach Situationserfordernis steht entweder die Aktivierung von Risikoverhalten (z. B. im Gruppenkontext als Status- bzw. Reifensymbol) oder von Gesundheitsbewußtsein (z. B. Befähigung zu sportlicher Leistungsfähigkeit) im Vordergrund.

Das Ausprobieren von Zigaretten und Alkohol ist eine notwendige Voraussetzung, um einen verantwortlichen Gebrauch zu erlernen.

Konsum, der als Bewältigungsversuch scheiternder Lösungsversuche von Entwicklungsaufgaben entsteht, wäre die Vermeidung einer unmittelbaren Gesundheitsbeeinträchtigung (Hurrelmann, 1990). Die Gesundheitsgefährdung durch die Drogen wird subjektiv in diesem Moment nicht wahrgenommen, da unmittelbare Beeinträchtigungen nur minimal auftreten. Die Folgen für das Erwachsenenalter bleiben allerdings nicht aus.

Generell beginnt in dieser Lebensphase die Herausbildung eines gesundheitsbezogenen Lebensstils (Donovan, Jessor & Costa, 1993), so daß die Gefährdung durch Drogenkonsum möglicherweise weitere Gesundheitsrisikoverhaltensweisen nach sich ziehen kann.

2.4 Erklärungsansätze für das Rauch- und Alkoholkonsumverhalten Transeszendierender

Die Forschung zu Alkohol- und Nikotinkonsum Transeszendierender basiert auf theoretischen Modellen und auf einer empirischen Orientierung. Zahlreiche Einflußfaktoren, die in verschiedenen Phasen des Rauch- bzw. Trinkerwerbs unterschiedliche Bedeutung haben können, wurden untersucht.

Bei der folgenden Darstellung von Erklärungsansätzen unberücksichtigt bleiben Theorien (z. B. psychopharmakologische, genetische), deren Erklärungswert sich derzeit für schulische Präventionsmaßnahmen nicht sinnvoll nutzbar machen lässt.

Zunächst sollen Ansätze dargestellt werden, die entwicklungspezifische Probleme und Anforderungen aufgreifen und Funktionen des Drogengebrauchs für Transeszendierende besonders berücksichtigen.

Das *Modell des Problemverhaltens* von Jessor und Jessor (1977, 1983) (siehe Abbildung 1) dient als Theorie zur Erklärung verschiedenster, auch gesundheitsriskanter Problemverhaltensweisen (z. B. Alkoholkonsum, deviantes Verhalten). Legalen Drogenkonsum gehört demnach zum Übergangsprozeß vom Kind zum Erwachsenen dazu, wird also als ein jugendspezifisches Phänomen betrachtet. Dem Konsum verschiedenster Drogen (sowohl legale als auch illegale) wird eine funktionale Äquivalenz (in Form des Ausdrucks von Nonkonformismus und dem experimentieren mit Erwachsenenverhaltensweisen) zugeschrieben. Spezifische Auslöser für eine unterschiedliche Drogenwahl werden zugunsten von allgemeinen Annahmen (z. B. Selbstsicherheitsprobleme, mangelnde Konfliktlösungsfähigkeit) zur Erklärung des Beginns von Drogenkonsum vernachlässigt. Prävalenzraten für verschiedene Drogen (siehe Kap.2.5.3) sprechen allerdings eher gegen diese Auffassung, da beispielsweise deutlich mehr Transeszendierende Zigaretten probieren als illegale Drogen. Die Anfälligkeit für Problemverhalten erhöht sich durch Faktoren des Persönlichkeitssystems (z. B. geringe Selbstachtung, hohe Bewertung von Unabhängigkeit, hohe Bewertung des Problemverhaltens), des Systems der wahrgenommenen Umwelt (z. B. distale Variablen – Orientierung an Freunden, geringer Einfluß der Eltern, proximale Variablen – mangelnde Mißbilligung des Problemverhaltens seitens der Eltern, viele Vorbilder im Freundeskreis, die Problemverhalten praktizieren) und des Verhaltenssystems (weniger konventionelle Verhaltensweisen, wie z. B. intensive Arbeit für die Schule). Damit sind mögliche Ansatzpunkte gege-

ben, die in Programmen zur generellen Kompetenzentwicklung („life-skill“ Training) (Botvin & Tortu, 1988) aufgegriffen und präventiv genutzt werden können.

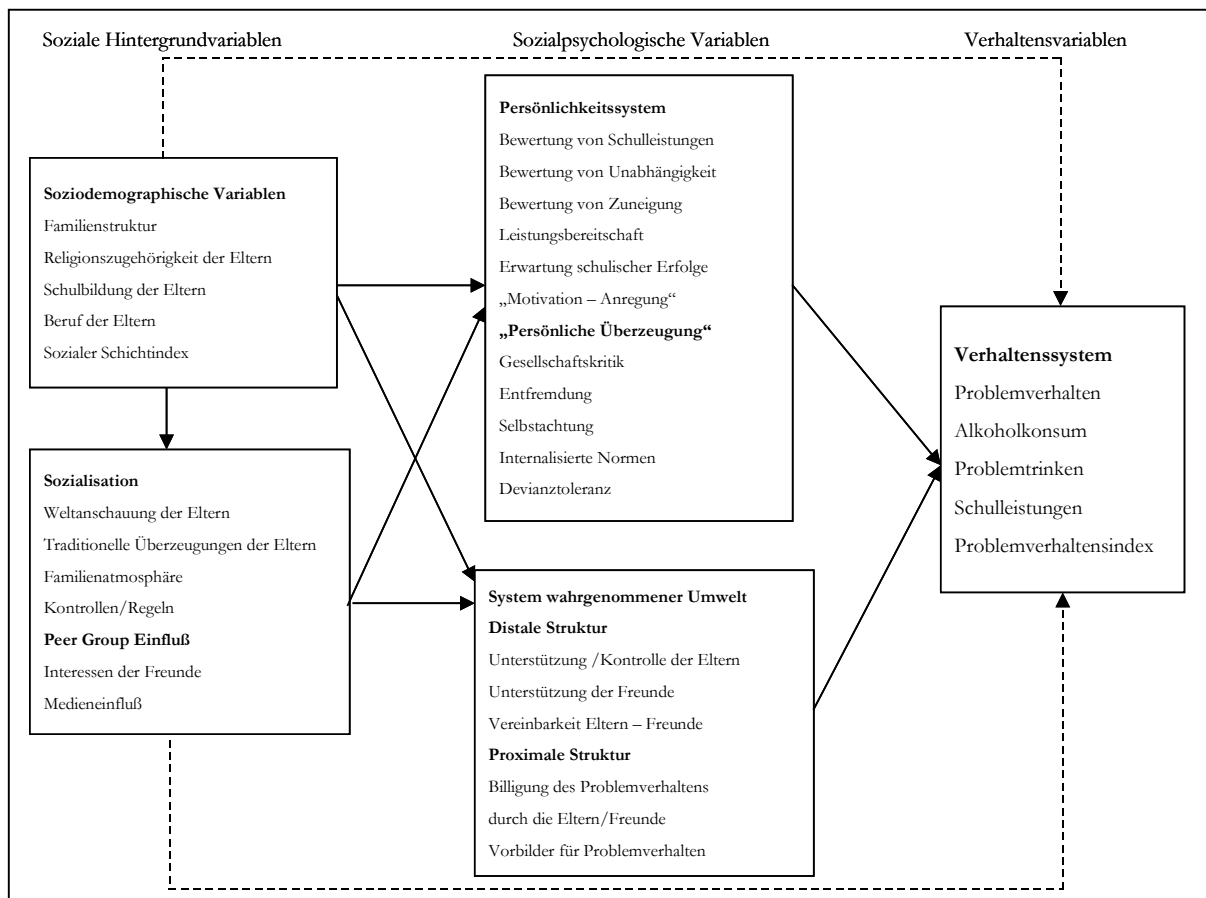


Abbildung 1 Sozialpsychologisches Modell des Drogenkonsums (Jessor & Jessor, 1983, S. 111)

Mit der *sozial-kognitiven Lerntheorie* von Bandura (1977) liegt zwar kein spezifisches Erklärungsmodell zur Entwicklung des Zigaretten- und Alkoholkonsums Transeszendierender vor, wohl aber ein Ansatz, der die Bedeutung positiv bewerteter Modelle für eine Verhaltensänderung hervorhebt. Demnach wären das Rauchen und der übermäßige Alkoholkonsum Transeszendierender auf soziale Einflußgrößen (z. B. Eltern, Peers, Inhalte von Medien) zurückzuführen. Kinder werden bereits früh in ihrer sozialen Mitwelt (z. B. Umgang mitrauchenden Eltern) auf das Rauchen aufmerksam. Sie erleben dabei die belohnenden Funktionen des Drogenkonsums (z. B. Entspannung, Kommunikationserleichterung, Gewichtsregulation) unmittelbar mit, was zu entsprechenden eigenen Erwartungen positiver Konsequenzen des Konsums führen könnte. In der untersuchten Altersgruppe gewinnen zunehmend Gleichaltrige als Modelle an Bedeutung. Die Wahrscheinlichkeit, mit dem Rauchen oder übermäßigem Alkoholkonsum zu beginnen, verstärkt sich, wenn konsumierende Gleichaltrige als attraktiv oder ähnlich wahrgenommen werden sowie positive, vor allem soziale Konsequenzen erwartet werden. Die Modellentheorie ist auch anwendbar

auf die Werbung. Hier werden dem Rauchen Effekte zugeschrieben (z. B. Freiheit, Unabhängigkeit, Selbständigkeit), die für Transeszendierende sehr wünschenswert erscheinen. Die Theorie verweist auf unterschiedliche Einstellungen gegenüber dem Konsum, verschiedene Erwartungen bezüglich der Konsequenzen des Rauchens, variierende Aufmerksamkeitsfokussierung und unterschiedliche Imitation rauchender Modelle zwischen Nichtrauchern und Rauchern. Banduras lerntheoretischer und kognitiver Ansatz liegt dem Training zum sozialen Einfluß (Evans, 1976, 1990) und dem Ansatz zur generellen Kompetenzentwicklung (Botvin & Tortu, 1988) theoretisch zu Grunde (siehe Kap. 4.1). Banduras Theorie leistet einen Beitrag zur Klärung des Erwerbs des Drogenkonsumverhaltens, reicht aber für die Herausarbeitung der Determinanten dieses Verhaltens nicht aus.

Auch gesundheitspsychologische Modelle können Erklärungsangebote für den Beginn des Rauchens und Alkoholkonsums Transeszendierender aufzeigen. Nach dem *Health-Belief-Modell* (Becker, 1974) (siehe Abbildung 2) ist der Drogenkonsum Folge eines subjektiv-rationalen Entscheidungsprozesses auf der Grundlage der Beurteilung der subjektiven Verwundbarkeit und des subjektiv wahrgenommenen Schweregrades von Symptomen, die sich in der erlebten Bedrohung durch Krankheiten äußern. Ob aus einer wahrgenommenen Bedrohung durch eine Erkrankung jedoch gesundheitsbewußtes Handeln resultiert, hängt auch noch von dem subjektiven Kosten/Nutzen Verhältnis vorbeugender Maßnahmen ab.

Auch wenn Transeszendierende über gesundheitliche Spätfolgen informiert sind, ist über die unmittelbar erlebten negativen gesundheitlichen Konsequenzen des Rauchens und deren Bedeutung für das Gesundheitshandeln zu wenig bekannt. Ungeklärt ist auch wie sich die Ziele und Erwartungen der Altersgruppe auf den Konsum, auf die Absicht sich gesund zu verhalten und deren Umsetzung in gesundheitsbewusste Handlungen auswirken. Die notwendige Informationsvermittlung über die Gefahren des Rauchens wurde vor allem in Konzepten der Aufklärung (siehe Kap. 4.1) aufgegriffen. Dabei können sicher kurzfristige Wissens- und Einstellungsänderungen erzielt werden, aber eine Handlungsrelevanz ist bislang nicht nachweisbar (Degnan, 1972).

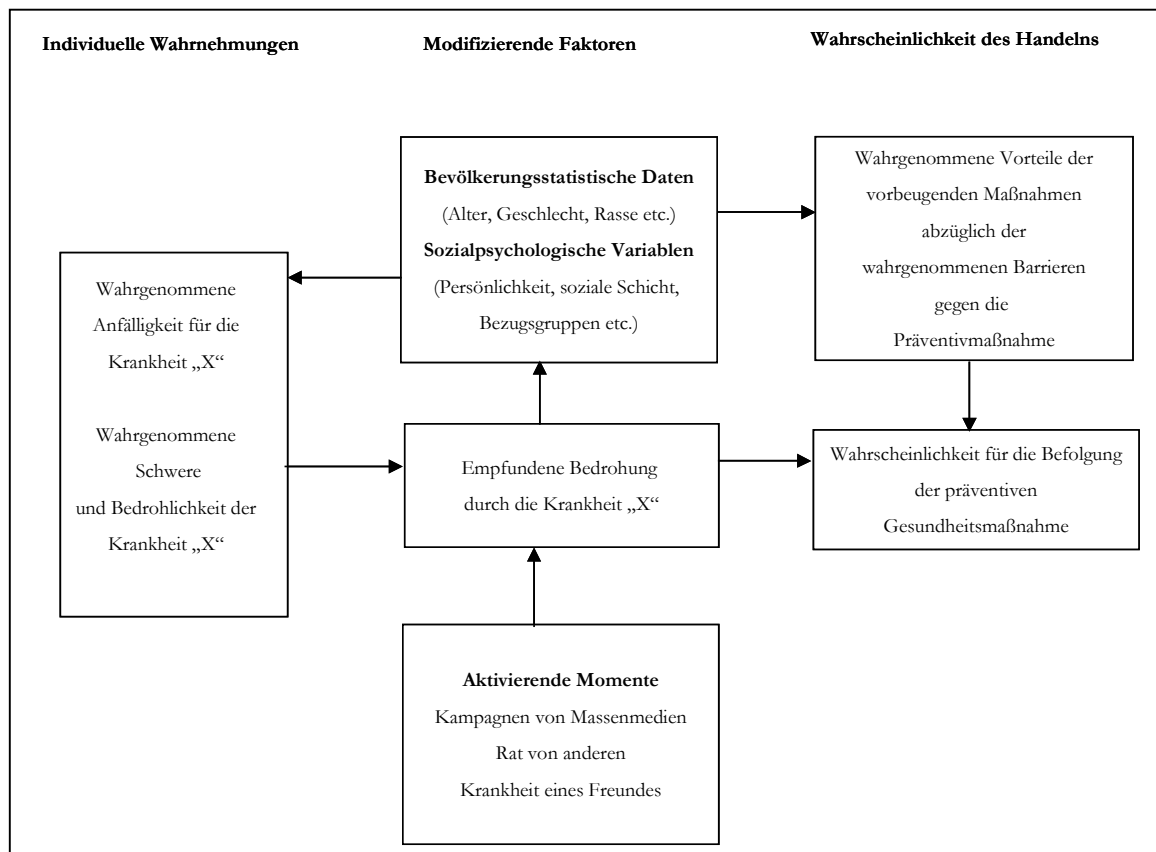


Abbildung 2 Health Belief Modell (nach Becker et al., 1982)

Basierend auf einer Literaturanalyse und einer empirischen Analyse kommen Bergler, Haase, Humburg und Steffens (1995) zu einem multifaktoriellen Modell, welches Nonkonformismus gegenüber traditionellen gesellschaftlichen Werten, geringe Akzeptanz von Leistungsorientierung, pessimistische Einschätzung der eigenen schulischen Erfolgschancen, Betonung der eigenen Unabhängigkeit, Toleranz gegenüber Außenseitern, starke Gruppenbindung, geringe wahrgenommene Kontrolle durch die Eltern und eine starke Genuß- und Freizeitorientierung als Hauptfaktoren des Rauchbeginns und der Aufrechterhaltung beinhalten (siehe Abbildung 3). Damit wird deutlich, daß es einen/den Grund für Drogenkonsum Transeszendierender nicht gibt, sondern eher individuell unterschiedliche Entwicklungswege zu problematischen Konsummustern führen.

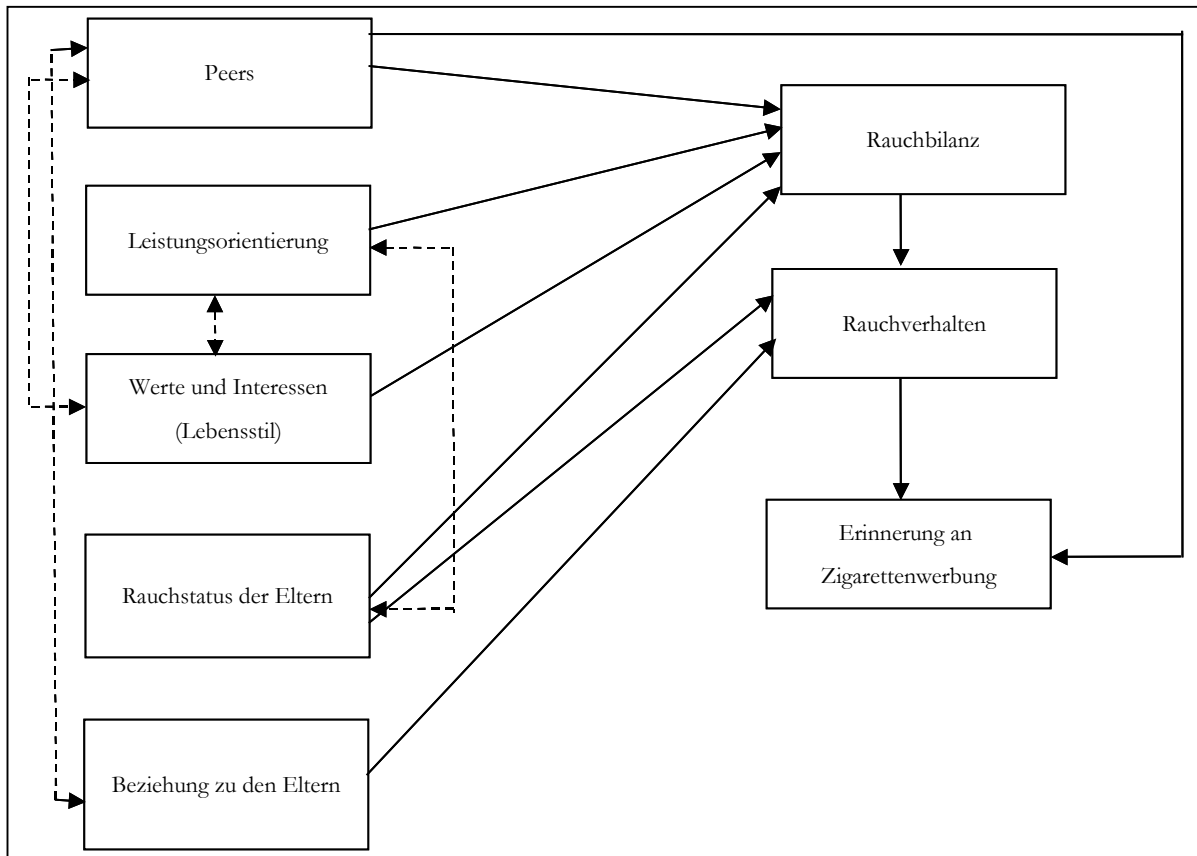


Abbildung 3 Modell des Rauchverhaltens Jugendlicher (nach Bergler et al., 1995)

Auch die Entwicklung des Zigarettenkonsums unterliegt selbst einem Prozeß, der in Phasen unterteilbar ist, die jeweils reversibel sind. Beispiel für solch ein Phasenkonzept ist der Ansatz von Flay, d'Avernas, Best, Kersell und Ryan (1983). Aufgezeigt werden soll eine differenzierte Analyse der dem Rauchen zugrundeliegenden Bedingungsfaktoren. In einer individuell unterschiedlich ausgeformten Stufenabfolge, die nicht notwendig fortschreiten muß, werden Vorbereitungsstadium (z. B. Ausbildung von Einstellungen zu und Erwartungen gegenüber dem Rauchen), Experimentierstadium (z. B. erste Raucherfahrung), Phase des regelmäßigen Konsums (z. B. Rauchen in immer mehr Situationen) und Phase des süchtigen Rauchens (z. B. mit möglicherweise auftretenden Entzugserscheinungen) unterschieden.

Versucht wurde von Leventhal und Cleary (1980) auch, eine Typisierung von Rauchmustern vorzunehmen. Je nach Bedeutung des Rauchens für die Person zeigen sich:

1. der Typ der Raucher, die Härte und Unabhängigkeit symbolisieren
2. der Typ der nach sozialer Anerkennung unter Gleichaltrigen sucht
3. der Typ, der Rauchen als emotionale Bewältigungsstrategie einsetzt.

Empirische Belege dafür fehlen noch, die Trennschärfe zwischen den einzelnen Typen ist nicht sehr hoch und genaue Typisierungskriterien fehlen. Wichtig ist allerdings die Forderung nach einer auf zu bestimmende Schülergruppen gezielt zugeschnittene Ausrichtung von Prävention.

2.5 Entwicklungsbezogenes Handeln Transeszendierender am Beispiel des Umgangs mit Zigaretten und Alkohol

2.5.1 Die legalen Drogen Nikotin und Alkohol

Der ursprünglich aus der medizinischen Terminologie stammende Begriff „Droge“ bezeichnet Arzneipflanzen bzw. deren Wirkstoffe, die als Heilmittel verwendet werden (Hildebrandt, 1998). Im heutigen Sprachgebrauch hat sich eine Bedeutungserweiterung des Begriffes dahingehend durchgesetzt, daß auch zur Abhängigkeit führende Pharmaka, Rauschdrogen und Alkohol darunter gefaßt werden.

Von besonderem Interesse sind hier die ab dem 16. bzw. 18. Lebensjahr legalen Drogen, zu denen Koffein, Arzneimittel, Nikotin und Alkohol zählen. Diese Drogen sind in den gesellschaftlichen Alltag integriert, ihr Gebrauch ist nicht strafbar. Sie können aber mißbraucht werden bzw. der unkontrollierte Konsum kann zur Abhängigkeit führen (siehe dazu 2.5.2). Die Legalität von Drogen ist eine gesellschaftliche, politische und rechtliche Festlegung, die kulturelle Toleranzgrenzen festschreibt. Körperliche und psychische Gefahren werden dabei nur bedingt berücksichtigt. Für die Frage der Legalität des Zigaretten- und Alkoholkonsums spielt das Alter der Konsumenten eine wesentliche Rolle. Die gesetzliche Regelung des Tabakkonsums in Deutschland gestattet es Jugendlichen erst ab einem Alter von 16 Jahren in der Öffentlichkeit Zigaretten zu konsumieren (vgl. Gesetz zum Schutze der Jugend in der Öffentlichkeit (JöSchG) §9, Gernert & Stoffers, 1993). Ansonsten ist die Verantwortung der Eltern gefragt. Tabakwaren dürfen nicht an Jugendliche unter 16 Jahren verkauft werden. Die allgemeine Zugänglichkeit ist jedoch durch die Zigarettenautomaten sehr hoch. Daran ändert auch die 1997 getroffene Vereinbarung der Selbstbeschränkung zwischen dem Bundesverband Deutscher Tabakwaren-Großhändler und der Automatenaufsteller und dem Bundesministerium für Gesundheit nichts, die das Aufstellen von Zigarettenautomaten in unmittelbarer Nähe (50 m vom Haupteingang) von Schulen und Jugendämtern untersagt. Entsprechend der Bestimmungen des Jugendschutzgesetzes (JöSchG § 4) ist auch bis zum 14. Lebensjahr in der Öffentlichkeit weder die Abgabe noch der Konsum von alkoholischen Getränken gestattet. Diese dürfen nicht in Automaten angeboten werden, wenn nicht sichergestellt werden kann, daß unter 16jährige keinen Zugang zu den Alkoholika haben. Problematisch scheint die Umsetzung dieser Jugendschutzgesetze zu sein, da Kontrollen eher weniger streng durchgeführt werden.

Die folgende Suchtmitteldarstellung bezieht sich auf die gebräuchlichsten Substanzen Nikotin und Alkohol, deren Anwendungsformen und Wirkungen in einem kurzen Überblick beschrieben

werden sollen. Die Betrachtung der chemischen Eigenschaften der Drogen stellt einen Erklärungsanteil für die Entstehung von Störungen durch Substanzkonsum dar.

Der Konsum von *Tabak* in den verschiedensten Formen (wie z. B. Zigaretten, Pfeife, Zigarren, Kau-, Schnupftabak, Kaugummi) kann als eine der gefährlichsten Arten des Drogenkonsums betrachtet werden, da es heute in den Industrienationen die bedeutendste bekannte einzelne Krankheits- und Todesursache darstellt (Kawachi, Colditz, Stampfer, Willett, Manson, Rosner, Hunter, Hennekens & Speizer, 1993).

Gefährdende Inhaltsstoffe des Nachtschattengewächses Tabak sind dabei vor allem das Nikotin (das eigentliche „Betäubungsmittel“, ein Alkaloid mit psychotroper Wirkung), karzinogene Stoffe (z. B. Benzol, N-Nitrosamine), Teer und das Kohlenmonoxid (Hess, 1989). Je nach Anwendungsweise unterscheidet sich die Absorption der Inhaltsstoffe, wobei die Aufnahme beim Rauchen (auch gesteuert durch die Intensität des Rauchens) schneller als beim oralen Konsum und diese wiederum schneller als die Aufnahme bei der transdermalen Zuführung erfolgt (Schoberberger & Kunze, 1999). Die brennende Zigarette verursacht einen Hauptstromrauch, der vom Raucher in die Atemwege eingesogen wird. Dabei sind eine Gasphase (die CO, Aldehyde, Karzinogene enthält) und eine Teilchenphase (mit Wasserdampf, Nikotin, Teer) unterscheidbar (Hess, 1989).

Unmittelbare körperliche Auswirkungen des Rauchens betreffen beispielsweise den ausgelösten Husten (der später durch die Gewöhnung entfällt); die Zunahme der Herzfrequenz und den Blutdruckanstieg; die Abnahme der akrodermalen Durchblutung und der Hauttemperatur (Schoberberger & Kunze, 1999). Auf psychologischer Ebene berichten Raucher über die stimmungverbessernde Wirkung und die Konzentrationssteigerung durch das Rauchen. Nikotin funktioniert als positiver Verstärker.

Tabakkonsum kann langfristig zu einer Reihe von Erkrankungen beitragen (z. B. erhöhte Anfälligkeit für Atemwegserkrankungen, Bronchialkarzinom, koronare Herzkrankheiten, periphere Durchblutungsstörungen). Das relative Gesamtsterblichkeitsrisiko der Raucher ist im Vergleich zu Nichtrauchern deutlich erhöht, während die Lebenserwartung in Jahren geringer ist (Kawachi et al., 1993).

Obwohl also zahlreiche wissenschaftliche Belege für die Gesundheitsschädlichkeit des Rauchens vorliegen, ist nach wie vor keine Droge besser in den Alltag integriert und über die Welt verteilt als das Nikotin (besonders in Zigarettenform).

Auch *alkoholische Getränke* (wie z. B. Bier, Wein, Likör, Spirituosen) sind weitverbreitete Genussmittel, die oral aufgenommen werden. Nach der Resorption im Magen und Darm wird der Alkohol durch Alkoholdehydrogenase (ADH) abgebaut.

Die Wirkungen können zentralerregend und –dämpfend sein, auf psychischer Ebene kann die Stimmung steigen, Hemmungen entfallen, die Kontaktfreudigkeit zunehmen und das Reaktionsvermögen abnehmen. Bei stärkerer Dosis (siehe auch 2.5.2) kann ein Alkoholrausch auftreten, der u. a. einen Kontrollverlust über die Bewegungen, aber auch Vergiftungen mit Todesfolgen nach sich ziehen kann.

Die akute Gefährdung durch den Alkohol resultiert beispielsweise aus der erhöhten Unfallgefahr (z. B. im Straßenverkehr). Langzeitfolgen betreffen z. B. Magen- und Leberschäden, Zunahme des Krebsrisikos an Speiseröhre, Magen und Darm, Herz-, Kreislaufstörungen sowie –schäden und Verlust des Kurzzeitgedächtnisses.

Selten sind Rauchen und Alkoholkonsum Transeszendierender direkte Ursache für Krankheiten, wie beschriebene Erkrankungen der Atemwege (Gold, Wang, Wypij, Speizer, Ware & Dockery, 1996), Alkoholvergiftungen (Arria, Tarter & van Thiel, 1991) oder neuropsychologische Beschwerden (Tapert & Brown, 1999). Der Konsum kann allerdings direkte Entwicklungsprobleme, wie z. B. eine schnellere Schädigung der Organe als bei Erwachsenen (Witt, 1994) zur Folge haben. Auch indirekte Gesundheitsfolgen des Drogenkonsums zeigen sich häufig in insgesamt schlechten Gesundheitsgewohnheiten (z. B. Mahlzeiten auslassen).

Neben den in Abschnitt 2.4 diskutierten Risiken haben sich u. a. depressive Verstimmungen Jugendlicher (Vockrodt-Scholz, 1996), schlechtes psychisches Befinden und eine körperliche Erlebnissuche (Schmid, 1998) als gesundheitliche Risikofaktoren für einen frühen Einstieg in den Konsum von Zigaretten und Alkohol erwiesen.

2.5.2 Gebrauchsmuster

Zur Beurteilung gesundheitsgefährdender bzw. -schädlicher Drogenkonsumformen liefert die Klärung von Gebrauchsmustern in unterschiedlichen Konsumentengruppen neben beispielsweise der gesundheitlichen oder der gesellschaftlichen Einschätzung des Risikopotentials der jeweiligen Droge wichtige Kriterien.

Die Grenzen zwischen einem anerkannten Gebrauch von Nikotin und Alkohol als Genussmittel und deren Mißbrauch sind klar geregelt, besonders für Transeszendierende (siehe 2.5.1). Allerdings verschwimmen diese Grenzen, und Normabweichungen sind eher alltäglich beim tatsächlichen Umgang mit Drogen, da dieser kaum an Gesundheitsrisiken orientiert erfolgt.

Durch die alterstypischen Entwicklungen steigt bei Transeszendierenden die Wahrscheinlichkeit für den *initialen Gebrauch* von Tabak und Alkohol. Oft erfolgt dieser Erstkonsum mit Billigung der Erwachsenen, z. B. trinken Kinder häufig erstmals auf Familienfesten. Der Erstkonsum ist selten mit substanzbedingten positiven Folgen (z. B. Entspannung, Rauscherlebnis), sondern eher mit unangenehmen Auswirkungen (z. B. Geschmacksaversion, Übelkeit) verbunden. Auf der Verhaltens- und Erlebensebene der Transeszendierenden kann der Erstkonsum allerdings die Neugierde befriedigen, zu neuen Erfahrungen beitragen oder auch Spaß machen. Sind diese Bedürfnisse erfüllt, sollte der Konsum nach einer gewissen Zeit wieder aufhören. Da die Übergänge zwischen (unproblematischem?) Experimentiergebrauch, schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit zwar nicht automatisch, jedoch fließend sind, sollte dem Beginn eines kritischen Gebrauchsmuster durch Verhinderung oder Hinauszögern eines Mißbrauches vorgebeugt werden.

Mißbrauchsverhalten, im ICD 10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 1991) als „schädlicher Gebrauch“ bzw. im DSM-IV (Saß, Wittchen & Zaudig, 1998) als „Mißbrauch psychotroper Substanzen“ bezeichnet, kennzeichnet die schwächere Ausprägung der Störungen durch psychoaktive Substanzen und ist charakterisiert durch einen „fortgesetzten Konsum“, der körperliche und psychische Folgeschäden aber noch keine Abhängigkeit verursacht.

Bei kontinuierlicher Weiterführung des Konsums kann es je nach Substanz, individuellen Gegebenheiten und unterschiedlich langen Zeiträumen zu einer *Abhängigkeit* kommen. Zur Definition dieses Verhaltens gehört das Angewiesensein auf die jeweilige Substanz, klassifikatorisch an drei von sieben bis acht Symptomen (z. B. Toleranz, Entzugssyndrom, verminderte Kontrollfähigkeit über den Konsum, fortschreitende Vernachlässigung) (siehe Dilling, Mombour & Schmidt, 1991, Saß, Wittchen & Zaudig, 1998) festgemacht, die anhaltend oder häufig wiederkehrend sind und gemeinsam für mindestens zwölf Monate auftreten.

Einige Autoren (z. B. Vik, Brown & Myers, 1997) diskutieren, ob die in der ICD und im DSM vorgeschlagenen Kriterien des Substanzmißbrauchs und der –abhängigkeit für Adoleszente und ihre speziellen Merkmale des gestörten Konsumverhaltens geeignet sind. Durch Unterschiede in der physiologischen Entwicklung, ein geringer als bei Erwachsenen ausgebildetes Urteilsvermögen und besonderer psychologischer Effekte des Konsums, erscheint die Übertragung der Kriterien für Erwachsene auf Adoleszente problematisch (Hays & Ellickson, 1996), da die Voraussetzungen für einen verantwortlichen Umgang noch fehlen. So gibt es beispielsweise auch Untersuchungen, die einzelne Kriterien, z. B. das des sozialen Rückzugs bei jugendlichen Drogenkonsumenten, nicht bestätigen konnten (Reuband, 1992). Für Studien zur Prävalenz von Störungen durch Substanzkonsum bei Transeszendierenden wäre es hilfreich, spezielle Klassifikationsschemata, wie das Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (Remschmidt & Schmidt, 1994), oder speziell für Jugendliche differenzierende Merk-

male von Gebrauch und Mißbrauch, wie sie z. B. Newcomb und Bentler (1989) mit den Aspekten Substanz und Konsumumstände, Person, Reaktion und Konsequenzen vorschlagen, zu nutzen.

Abgesehen von Einzelfällen finden sich die frühesten Fälle von Nikotinmißbrauch bzw. –abhängigkeit in der Altersgruppe der 15jährigen (Nelson & Wittchen, 1998).

Die diagnostizierbare Störung des Alkoholmißbrauchs bzw. der –abhängigkeit nimmt mit dem Alter zu, wobei auch hier im Alter von 15 Jahren der auffälligste Anstieg der Ausbildung einer Störung festzustellen ist. Bei Transeszendierenden stellt die Diagnose Alkoholmißbrauch bzw.

–abhängigkeit eine seltene Ausnahme dar. Allerdings liegt die Häufigkeit dieser Störung durch Alkoholkonsum in der Altersgruppe der 12-17jährigen immerhin bei 9.3 %, was durch einen raschen Anstieg des Auftretens der Störung in den älteren Altersstufen bedingt ist (Essau, Karpinski, Petermann & Conradt, 1998).

Mit den objektiv erfaßbaren körperlichen, sozialen und emotionalen Folgen, die in den Klassifikationssystemen dargestellt sind, stehen Kriterien zur Einordnung eines Gebrauchsmuster als Störung zur Verfügung. Die in der Bevölkerung herausgebildeten Normen zur Beurteilung der Gebrauchsmuster spiegeln dieses Wissen jedoch kaum wider. Durch die individuell als sehr groß erlebte Variabilität der Risiken und den öffentlichen Umgang mit Tabak und Alkohol wird die reale Gefahreinschätzung der gesundheitsgefährdenen Gebrauchsmuster erschwert.

2.5.3 Neuere epidemiologische Daten zum Drogengebrauch – Entwicklung des Drogenkonsums Transeszendierender in den letzten Jahren

Zur Einordnung und zum Vergleich der Befragungsergebnisse der vorliegenden Untersuchung (siehe Kapitel 6) sollen kurz neuere Daten zum Substanzgebrauch Adoleszenter dargestellt werden. Eine genauere Feststellung der Auftretenshäufigkeit des Substanzgebrauchs der Kinder der 6. Jahrgangsstufe und der Entwicklungstrends beim Drogenkonsum ist problematisch, weil die Definition von Konsummustern des Rauchens und Trinkens variiert (z. B. teilweise Unterscheidung täglichen von gelegentlichen Gebrauchs, teilweise nur täglicher Konsumerfassung), unterschiedliche Methoden zur Datenerhebung eingesetzt werden (z. B. Selbstangaben in Fragebogen, chemische Nachweismethoden), der Zeitpunkt der Datenerhebung unterschiedlich ist und verschiedene Altersgruppen für die Erhebungen von Durchschnittswerten zusammengefasst werden. Ein Hauptproblem sind die in der Epidemiologie des Drogenkonsums verwendeten Prävalenzraten, die sich auf unterschiedliche Zeiträume beziehen. Bei der Darstellung der Punktprävalenz (Häufigkeit des Drogenkonsums zu einem bestimmten Zeitpunkt) wird meist das aktuelle Drogenkonsumverhalten erfaßt. Wird die Häufigkeit des Drogenkonsums innerhalb einer Zeitperiode (z. B. Monats-, Jahresprävalenz) erhoben, interessiert das Ergebnis vor allem für Gelegen-

heitskonsumenten. Das Maß der Lebenszeitprävalenz ist epidemiologisch wenig aussagekräftig, da auch Personen mit einmaligem Konsum darin enthalten sind und so sehr hohe Konsumprävalenzen zustande kommen (z. B. 69.0 % Tabakkonsumenten, 92.0 % Alkoholerfahrung) (BZgA, 2001). Vorschläge zur Standardisierung der Erfassungsmethoden liegen vor (Riemann & Gerber, 1997), haben sich aber noch nicht durchsetzen können.

In den für Deutschland vorliegenden Repräsentativuntersuchungen des Alkohol- und Nikotinkonsums Adoleszenter werden unterschiedliche Indikatoren gewählt, die eine Vergleichbarkeit der Resultate erschweren. Daher wären der Aufbau und die Durchführung einer längsschnittlichen Jugendgesundheitsberichterstattung ein bereits andernorts gefordertes (Kolip, Hurrelmann & Schnabel, 1995), erstrebenswertes Ziel.

Tabakkonsum

Für die erwachsene Bevölkerung zeichnet sich der Trend ab, daß die Raucherprävalenz rückläufig ist. Dagegen ist bei der Prävalenz des Rauchens Adoleszenter, die in den 70er/80er Jahren sank, seit den 90er Jahren in Europa wieder eine ansteigende Tendenz zu beobachten (Currie & Roberts, 1999, NicGabhainn & Francois, 2000).

Untersuchungen zum Zigarettenkonsum in Deutschland liegen mit der repräsentativen Stichprobe der BZgA (2001) vor, die sowohl querschnittliche als auch längsschnittliche Analysen ermöglicht.

In der Altersgruppe der 12-/13jährigen rauchen 10.0 %, von denen 80.0 % Gelegenheitsraucher und 20.0 % ständige Raucher sind. Diese jüngeren Raucher rauchen eher wenig, d. h. 38.0 % weniger als eine Zigarette am Tag, 45.0 % maximal fünf Zigaretten am Tag und 17.0 % zwischen sechs und neunzehn Zigaretten täglich. Andererseits haben 82.0 % der Altersgruppe noch nicht mit dem Rauchen angefangen, aber auch 8.0 % bereits wieder aufgehört.

Das durchschnittliche Alter beim Konsum der ersten Zigarette beträgt bei westdeutschen Jugendlichen 13.8 Jahre. Vor dem 11. Lebensjahr haben bereits 11.0 % probiert, die Hauptprobierphase liegt für 80.0 % zwischen dem 11. und 16. Lebensjahr.

Betrachtet man den Entwicklungstrend beim Rauchen 12- bis 17jähriger, so konnte der Anstieg der Raucherquote von 21.0 % 1993 auf 27.0 % 1997 gestoppt werden und ging sogar leicht auf 26.0 % 2001 zurück.

Im breiter gefassten Alterssegment der 12- bis 25jährigen ist ein Anstieg der Nieraucher von 38.0 % 1993 auf 50.0 % 2001 zu beobachten.

Eine weitere Studie, die Daten zum Konsum von Tabak und Alkohol in der Altersgruppe der Transeszendierenden vorstellt, ist die am Münchner Institut für Therapiefor-

„Prävention des Substanzmißbrauchs an Schulen durch das Lebenskompetenzprogramm ALF“ (Kröger, Reese, Walden & Kutza, 1999). Die Baselinemessung in der 5. Jahrgangsstufe an Gymnasien zeigte, dass 74.4 % der Schüler nie geraucht haben, 22.2 % Probierkonsum angaben und 3.4 % bereits öfter geraucht haben. Der Anteil der „Öfter-Raucher“ ist bei Jungen an Gymnasien viermal so hoch wie bei den Mädchen. In der 6. Jahrgangsstufe steigt der Prozentsatz der Schüler, die bereits öfter geraucht haben auf 7.5 % an.

Alkoholkonsum

Auch bei der Darstellung des Alkoholgebrauches Transeszendierender möchte ich zunächst auf die Drogenaffinitätsstudie der BZgA (2001) zurückgreifen. Darin wird deutlich, daß 12- bis 13jährige kaum trinken (1.0 % trinkt mindestens einmal pro Woche) bzw. 85.0 % selten oder nie alkoholische Getränke konsumieren. Mit 14 bis 15 Jahren findet zumeist der Übergang zu den Trinkgewohnheiten statt, da hier bereits 16.0 % mindestens einmal pro Woche Alkohol trinken und nur noch 50.0 % sich als selten oder nie trinkende bezeichnen. Bei den konsumierenden 12- bis 13jährigen beträgt die Trinkmenge 1.7 g reinen Alkohols pro Woche, was als ganz wenig bezeichnet werden kann. Bevorzugtes Getränk in der Altersgruppe der 12- bis 17jährigen ist das Bier, was von 14.0 % getrunken wird, vor alkoholhaltigen Mixgetränken, die 6.0 % trinken und dem Wein, der von 3.0 % konsumiert wird. 8.0 % der 12- bis 13jährigen haben bereits Erfahrung mit einem Alkoholrausch.

Aus der Münchner Arbeitsgruppe (Kröger, Reese, Walden & Kutza, 1999) wird bei der Baselinemessung in der 5. Jahrgangsstufe für die Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums dargestellt, daß 30.9 % der Gymnasiasten noch nie Alkohol getrunken haben, 61.9 % Alkohol probiert haben und 7.2 % öfter Alkohol trinken. In der 6. Jahrgangsstufe haben 15.3 % der Schüler bereits öfter Alkohol getrunken, womit eine Zunahme um circa das Doppelte deutlich wird.

3 PRIMÄRPRÄVENTION IM SCHULISCHEN KONTEXT

Die im vorangegangenen Kapitel dargestellte entwicklungspsychologisch orientierte Analyse des Zigaretten- und Alkoholkonsums Transeszendierender ist eine Grundlage für eine frühe, entwicklungsfördernde und substanzspezifische Prävention gesundheitsriskanter Verhaltensweisen speziell des Drogenkonsums. Zur Verringerung der Drogenproblematik in Deutschland ist die Primärprävention die bevorzugte Methode. Mit diesem von Caplan (1964) geprägten Begriff Primärprävention ist ursprünglich die Senkung der Inzidenzraten bei psychischen und/oder körperlichen Erkrankungen durch eine Reduktion von Risikoverhalten bei Gesunden gemeint. Nach Zeitpunkt und Zweck der Prävention ist sie von Sekundär- und Tertiärprävention zu unterscheiden. Übertragen auf die primäre Suchtprävention mit psychologischem Schwerpunkt bedeutet Primärprävention, noch nicht Konsumierende so in ihrem Erleben und Verhalten zu erreichen, daß sie keinen Drogenmißbrauch entwickeln, der Einstieg in einen regelmäßigen Konsum von Zigaretten und Alkohol also verhindert oder zumindest hinausgezögert werden kann. Um die Selbstbestimmung und Befähigung der Menschen zur Stärkung der eigenen Gesundheit noch stärker in den Mittelpunkt der Interventionsorientierung zu rücken, wurde das Konzept der Gesundheitsförderung entwickelt. Basierend auf der sogenannten Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1989) und differenziert in der Resolution von Thessaloniki 1997 (vgl. Stewart Burgher, Barnekow Rasmussen & Rivett, 1999) richten sich gesundheitsfördernde Bestrebungen nicht nur auf das Verhalten von Menschen, sondern auch auf die Beeinflussung von Verhältnissen und Lebensweisen und die Orientierung an Entwicklungschancen. So erhält die Schule einen hohen Stellenwert für die Realisierung von Gesundheit beim Lernen und Leben Transeszendierender.

3.1 Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Schule

Die Schule stellt einen wesentlichen Entwicklungskontext für das Verhalten und Erleben von Transeszendierenden dar. Sie ist ein charakteristischer Teil der Alltagswelt der Kinder in diesem Entwicklungsabschnitt. Entwicklungsprozesse, z. B. der Persönlichkeit oder der Ausbildung sozialer Fertigkeiten, werden hier bedeutsam mitgeprägt. Das Schulalter ist als kritische Phase für die Herausbildung gesundheitsriskanter Verhaltensweisen anzusehen (siehe 2.3.3). So kann es nicht verwundern, daß das Setting Schule als Ansatzpunkt für präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen vielfach genutzt wurde und wird. Wendet man die Dimensionen präventiven Handelns (vgl. Perrez & Gebert, 1994) auf die Gegebenheiten von Schulen an, so gilt es, die Zielgruppe auszuwählen, die Präventionsziele festzulegen, die Interventionsmethoden daraus abzuleiten und eine Evaluation zu planen.

Mit der Zielgruppenfrage stellt sich das Problem des Interventionsniveaus. Zunächst war Prävention auf Individuen gerichtet, neuere Entwicklungen der Gesundheitsförderung sind stärker auf die Umwelt also in diesem Fall die Schule selbst und/oder das außerschulische Umfeld bezogen. Dementsprechend haben sich vor allem zwei Ausrichtungen der Prävention und Gesundheitsförderung herausgebildet die *Gesundheitsförderung in der Schule* und die *Gesundheitsfördernde Schule* (Paulus, 2000). Zum ersten Ansatz zählen die Unterrichtsprogramme, die Gesundheitsproblemen (z. B. Sucht, Streß) der Schüler vorbeugen sollen, indem sie deren individuelle Kompetenzen zur konstruktiven Auseinandersetzung mit den Entwicklungsaufgaben und kritischen sozialen Situationen fördern. Der Raum, den Schulfächer für gesundheitsbezogene Themen bieten, die meisten verhaltensorientierten Suchtprogramme (siehe 3.2) oder auch Unterrichtsprogramme zur unspezifischeren Lebenskunde (z. B. Lions-Quest-Programm „Erwachsen werden“, 1997) sind nur einige Beispiele für diese Orientierung. Besteht die Zielgruppe wie im Lions-Quest-Programm aus Schülern, so kann eine Analyse differenzieren zwischen verschiedenen Altersgruppen, die ein unterschiedliches gesundheitsförderliches oder ----riskantes Verhalten zeigen und verschiedene Schultypen (z. B. Grundschule, Hauptschule, Gymnasium) besuchen. Die Auswahl des Adressatenkreises für ein Präventionsprogramm kann dann risikogruppenorientiert (z. B. drogenkonsumierende Schüler) oder populationsorientiert (z. B. alle Schüler einer Jahrgangsstufe) erfolgen. Die Unterscheidung, worauf eine geplante schulische Intervention ausgerichtet ist, hat entweder spezifische (z. B. kritischer Umgang mit Drogen) oder unspezifische (z. B. Lebenskompetenz) Ziele zur Folge. Durch genauere Bedürfnisanalysen bei der konkreten Zielgruppe sollte die persönliche Bedeutsamkeit dieser Ziele herausgearbeitet werden und bei der Schwerpunktsetzung in der Programmgestaltung besondere Berücksichtigung finden.

Für die Umsetzung schulischer Präventionsprogramme stehen als wesentliche Konzepte entsprechend der Klassifikation von Battjes (1985) die Informationsvermittlung, die affektive Erziehung, alternative Erlebnisformen, Standfestigkeitstrainings und Lebenskompetenztrainings zur Auswahl (vgl. Reese & Kröger, 2001, siehe auch 3.1.1). Zur Überprüfung der Effizienz von Programmen zur Prävention und Gesundheitsförderung stellen sich forschungsrelevante Fragen der Evaluation (z. B. Wahl von Effektivitätskriterien, Komponentenanalyse, Prozessanalyse). Diese Forschung zur Wirksamkeit psychologischer Prävention wird durch den guten organisatorischen Rahmen der Schule, den Zugang zu repräsentativen Altersstichproben, der Möglichkeit gruppenbezogener Interventionen und einem in der Regel fortbestehendem Klassenverband begünstigt.

Für eine noch wirkungsvollere Prävention und für Impulse und Unterstützung einer gesunden Entwicklung der Transeszendierenden wird bei dem zweiten Ansatz der *Gesundheitsfördernden Schule* die gesundheitsfördernde Schulentwicklung auf alle Beteiligten, auf den Unterricht, das

Schulleben und die schulische Umwelt erweitert. Erste Bestrebungen in diese Richtung wurden mit dem „Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen“ eingeleitet und werden in dem Modellversuch „Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit“ (vgl. Barkholz & Paulus, 1998) weitergeführt. Weitere Entwicklungen in dieser Richtung in Deutschland sind beispielsweise bei Röhrlé (2002) zusammenfassend dargestellt.

3.1.1 Ansätze und Strategien von Programmen zur schulischen Prävention im Bereich legaler Drogen

Suchtpräventive Arbeit in der Schule ist in Deutschland weit verbreitet. Abgeleitet aus den Entstehungsbedingungen des Rauchens und des Alkoholkonsums wurden biopsychosoziale Präventionsprogramme entwickelt.

Die aktuelle Ausrichtung der Primärprävention, die nicht nur in Deutschland, sondern auch in Europa beobachtet werden kann, ist auf zwei verschiedene Zielbereiche bezogen. Einerseits auf den *kritischen Umgang mit psychoaktiven Substanzen* und zum anderen auf die *Entwicklung guter allgemeiner Lebenskompetenzen* (Bühringer, 1992). In diesen Positionen spiegelt sich die Frage nach dem Grad der Spezifität der Intervention wider.

Beim ersten Ansatz wird durch differenzierte Interventionen für spezielle Substanzen versucht, die Einstellung und das Verhalten gegenüber Drogen konkret anzugehen. Die drogenspezifischen Ziele der Primärprävention in Deutschland haben sich von einer anfänglich aus den amerikanischen Programmen übernommenen Forderung nach Abstinenz hin zu einem verantwortungsbewußten Umgang mit Drogen gewandelt. Damit wird den Realitäten der Gesellschaft Rechnung getragen, die einen regelkonformen, mäßigen Konsum legaler Drogen befürwortet und nicht auf eine absolute Drogenfreiheit ausgerichtet ist. Da Schüler alltäglich die starke Verbreitung und Integration der legalen Drogen erleben, ist es notwendig, altersgemäß und selbstkontrolliert zu lernen, damit umzugehen. Abstinenz als Zielvorgabe wird von Transeszendierenden skeptisch betrachtet, kann so die Glaubwürdigkeit des Anliegens herabsetzen und sogar kontraproduktiv wirken (Fahrenkrug, 1995). Trotzdem bleibt die Abstinenz von Drogen natürlich ein positiv zu bewertendes Ziel der Suchtprävention. Für die Mehrheit der Transeszendierenden fällt die Erprobung des Umgangs mit Drogen aber in diese Entwicklungsphase und ist langfristig sicher eine wichtigere und hilfreichere Erfahrung, was die Möglichkeiten eigener Grenzsetzungen angeht, als eine kurzfristige Befolgung geforderter Abstinenz.

Wie werden diese Ziele nun konkret gefaßt? Bei noch nicht konsumierenden Schülern wird angestrebt, das Abstinenzverhalten zu stärken und den Einstieg zu verhindern oder zumindest hinauszuzögern (Montagne & Scott, 1993). Ein Nachteil primärpräventiver Programme ist die zu geringe Differenzierung spezieller Untergruppen, die dazu führen kann, daß spezielle Risikogruppen wie etwa konsumgefährdete bzw. bereits im Probierstadium befindliche Schüler nicht hinreichend angesprochen werden (Lloyd, Lucas & Fernbach, 1997). Neben diesem konkreten Gesundheitsverhalten werden auch Auswirkungen präventiver Maßnahmen auf psychologische Variablen untersucht, von denen angenommen wird, daß sie Einfluß auf das Gesundheitsverhalten nehmen. Zu diesen gesundheitspsychologischen Zielbereichen gehören Wissen, Fertigkeiten und Normen/Werte. Aus der Gesundheitsaufklärung ist die Notwendigkeit der Vermittlung von Wissen (z. B. Wissen um Drogenwirkungen) bekannt. Konstrukte, die im Bereich der Fertigkeiten untersucht wurden, sind u. a. gesundheitsbezogene Kognitionen, wie Konsequenzerwartungen, Kompetenzerwartungen, Kontrollüberzeugungen, Risikowahrnehmung, Attributionen, Einstellungen, soziale und kommunikative Fertigkeiten oder auch Streßbewältigung (Hornung, 1997). Zum Bereich der Normen/Werte gehört die Bestimmung eines verantwortungsvollen Gebrauchs legaler Drogen, die ausgerichtet ist auf einen mäßigen regelkonformen Konsum (z. B. nur in tolerierten Situationen Alkohol trinken) und auf die Bewußtwerdung der Konsumfunktionen (z. B. zum Genuß, aber nicht zur Problemlösung).

Die Stärkung allgemeiner Fähigkeiten soll sich mit dem sogenannten Breitbandvorgehen eher unspezifisch auf den Drogenkonsum auswirken. Ziele zur Erreichung einer guten allgemeinen Lebenskompetenz beziehen sich u. a. auf die Stärkung des Selbst, die Erkennung und eine günstige Verarbeitung von Streß sowie die Entwicklung guter sozialer und kommunikativer Kompetenzen.

Zu unterscheiden ist zudem zwischen kurz- und langfristigen Zielen der Drogenprävention. Langfristig soll Mißbrauchsverhalten und damit der Basis der Entwicklung von Abhängigkeit und Folgekrankheiten vorgebeugt werden. Die kurzfristigen Ziele ergeben sich aus den spezifischen Inhalten des jeweiligen Programms und aus dem Alter der Zielgruppe. Während bei Grundschulern eher distale Schutzfaktoren (z. B. Kommunikation, Entspannung) gefördert werden, beginnt ab der 5. Klasse sinnvoller Weise die Auseinandersetzung mit proximalen Faktoren (z. B. Einstellungsbildung, Standfestigkeit gegenüber Drogenangeboten).

Ein weiterer Differenzierungspunkt für präventive Programme oder Ansätze betrifft den Grad der Professionalität der Vermittler. Im Sinne einer Vernetzung von Präventionspartnern inner- und außerhalb der Schule gibt es Programme, die von Experten durchgeführt werden. Da die

Schulprogramme hauptsächlich Formen personalkommunikativer Prävention darstellen, ist die Beantwortung der Frage, wer die Maßnahmen durchführt wichtig. Aufgrund der vielfältigen Möglichkeiten der Zielauswahl für Primärprävention (z. B. Basiswissen vermitteln, Normendiskussion, Umgang mit Gruppendynamik) empfiehlt sich eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von vor allem Medizinern, Psychologen und Soziologen, die mit den jeweiligen Themen vertraut sind. Denkbar wäre auch der Einbezug von Eltern, Ex-Usern, Polizisten, Mitgliedern von Selbsthilfegruppen, Prominenten (z. B. Sportlern) oder Politikern. Durch die Kooperation der Vertreter einzelner Gebiete im Team erleben die Schüler modellhaft den Nutzen und Gewinn von Gruppenarbeit. Das Auftreten von Fachleuten im den Schülern vertrauten Umfeld Schule kann zu einer Verringerung der Schwellenangst gegenüber z. B. dem Arztbesuch oder dem Aufsuchen von Beratungsangeboten führen. In Deutschland liegt die Hauptverantwortung für die Umsetzung schulischer Primärpräventionsprogramme bisher bei den Lehrern. Damit soll der Grundgedanke des „Empowerment“, der eine aktive Förderung von Laien durch Experten zur Selbsthilfe bei der Lösung z. B. von Gesundheitsproblemen beinhaltet, umgesetzt werden (Keupp, 1995). Um langfristige Veränderungen zu erzielen wird mit der Befähigung zur Selbsthilfe ein Kontrollerleben über die eigenen Gesundheitsbedingungen geschaffen. Durch die pädagogische, didaktische Kompetenz der Lehrer wird eine überzeugende Vermittlung möglich und der Bezug zu den Schülern ist vorhanden. Mögliche Nachteile des Einsatzes von Lehrern in der Präventionsarbeit liegen in der eventuellen Unglaubwürdigkeit und denkbaren Reaktanzeffekten. Kinder mit ausgeprägtem Drogenkonsum haben häufig eine große Schuldistanz, so daß gerade deren Erreichbarkeit durch Lehrer in der Schule problematisch sein dürfte.

In Amerika werden zahlreiche Programme durch gleichaltrige Mediatoren bzw. Multiplikatoren realisiert (u. a. Bell, Ellickson & Harrison, 1993, Botvin, Baker, Dusenbury, Tortu & Botvin, 1990). Diese „Peer“-Programme zur Verhinderung eines regelmäßigen Konsums von legalen Drogen werden in Deutschland bisher eher exemplarisch und mit Schülern in höheren Jahrgangsstufen durchgeführt, so z. B. für Schüler der 8. Klasse von Waibel (1994). Charakteristisch für diese Ansätze des „peer involvement“ („peer counseling“, „peer education“, „peer Projekte“) ist die Gleichheit von Vermittlern und Adressaten, die sich u. a. auf das Alter, den Lebensabschnitt, die Lebensumstände, die Gleichrangigkeit, die gleiche Umgangssprache beziehen kann (BZgA, 1993). Die erlebten Ähnlichkeiten machen in diesem Fall Beobachtungslernen zwischen dem Modell und den Schülern wahrscheinlicher als bei Erwachsenen (Trautner, 1992). „Peers“ haben einen ähnlichen Erfahrungshintergrund wie die Zielgruppe und besitzen daher auch eher deren Vertrauen (Ernst, 1977).

Anhand der Vermittlungsformen gesundheitsförderlichen Verhaltens sind die Entwicklungen schulischer Gesundheitsprävention nachvollziehbar. Traditionelle Programme der Tabakprävention nutzten zunächst die *Informationsvermittlung* von Wissen über Tabak, seine Wirkungen und Konsequenzen, um durch Aufklärung oder Abschreckung zu gesundheitsprotektivem Verhalten zu motivieren (Jerusalem, 1997). Theoretisch basiert der Ansatz auf Ajzen und Fishbeins (1980) Annahme, daß substanzbezogenes Wissen über eine Droge die Einstellung und das Verhalten ihr gegenüber verändert. Auch das Health-Belief-Modell von Becker (1974) liefert eine Erklärung für gesundheitsbezogenes Verhalten in der rationalen Abwägung von Gesundheitsgefahren, deren Bedrohlichkeit und möglichen Gegenmaßnahmen. Als Methoden der Informationsvermittlung werden z. B. Vorträge, Informationsmaterialien, Film- und Bildmaterial u. a. mit Krankheitsfolgerscheinungen wie Kehlkopfkrebs, Raucherbein oder Lungenkarzinom eingesetzt, die zwar zur Verbesserung des gesundheitsbezogenen Wissens führen, aber nach Jerusalem und Mittag (1994) nur kurzfristig oder gar nicht Verhaltensauswirkungen hervorrufen. Auch wenn sich die Effekte des alleinigen Einsatzes kognitiv-rationaler Strategien als gering herausstellten, werden sie als Methode der Gesundheitspsychologie weiterhin berücksichtigt. Veränderte Schwerpunktsetzungen betreffen die Darstellung kurzfristiger, negativer Wirkungen des Rauchens (z. B. auf die Sportlichkeit der Schüler), die richtige Einschätzung der Konsumprävalenzen unter Gleichaltrigen und Erwachsenen in Deutschland oder den stärkeren Einbezug der Schüler beim Wissenserwerb durch u. a. Experimente, eigene Materialsammlungen zum Thema oder auch den Einsatz von Computern (Maiwald & Reese, 2000).

Das Präventionskonzept der *Affektiven Erziehung* stellt einen entwicklungspsychologischen substanzunspezifischen Ansatz dar, der im wesentlichen auf die Selbstwerttheorie von Rosenberg (1965) zurückgeht. Im Mittelpunkt der Programme steht die Überlegung, daß Persönlichkeitsdefizite wie geringes Selbstwertgefühl, fehlende Entschlußfähigkeit und/oder fehlende bzw. negative Werte des Lebensinhaltes zu Drogenkonsum führen können. So sollen durch Vorträge, Diskussionen oder Problemlöseübungen in der Gruppe das Selbstbewußtsein und Selbstwertgefühl erhöht werden, interpersonale Fähigkeiten entwickelt werden und Strategien der Entscheidungsfindung geübt werden. Metaanalytische Evaluationen entsprechender Programme (z. B. von Tobler, 1986) zeigen jedoch weder Veränderungen im Selbstwertbereich noch Auswirkungen hinsichtlich des Drogengebrauchs. Die Auswirkungen dieser Gesundheitserziehungsform auf heutige Programme liegt vor allem darin, daß ergänzend Konstrukte wie Selbstwert, Selbstwirksamkeit und -sicherheit als Schutzfaktoren vor Drogenkonsum beachtet werden.

Durch Programme zu *Alternative Erlebnisformen* sollen Selbstentfremdung und Langeweile der Schüler überwunden und das Selbstbewußtsein erhöht werden. Aktivitäten, die zum Drogenkonsum funktional äquivalent sind, wie z. B. Teilnahme an sozialen Aktivitäten oder Abenteuerreisen, sind vor allem in der Jugendgruppenarbeit genutzt und weniger im schulischen Bereich eingesetzt worden. Theoretischer Hintergrund dieser Programmidee ist das Modell des jugendlichen Problemverhaltens von Jessor und Jessor (1977, siehe 2.4). Die Wirkung dieses ebenfalls substanzunspezifischen Ansatzes hat nach Tobler (1986) im primärpräventiven Bereich keine Beeinflussung des Konsumverhaltens erbracht, scheint aber nach Silbereisen und Kastner (1985) bei Risikogruppen mit besonders intensiver Betreuung sinnvoll zu sein.

Der Ansatz des *Standfestigkeitstrainings* (oder auch Ansatz zum sozialen Einfluß), der auf Banduras (1988, siehe 2.4) Theorie des sozialen Lernens basiert, wurde von Evans (1988) speziell für die Raucherprävention entwickelt. Angezielt wird, den sozialen Druck zum Tabakkonsum zu erkennen, Standfestigkeit gegen diesen Druck zu entwickeln und entwicklungsgemäßes Wissen zu Tabak und seinen Wirkungen zu erwerben. Typische Methoden, die dafür Verwendung finden, sind z. B. Diskussionen, Lernen am Modell, Rollenspiele, Übungen in vivo und öffentliche Bekenntnisse zum Verzicht auf Tabak. Metaanalytische Befunde zeigen für bei Programmbeginn noch nicht rauchende Schüler eine Reduktion der Raucherquote auch noch für vier bis fünf Jahre nach der Intervention (Flay, 1985).

Die derzeit überzeugendste Strategie der schulischen Suchtprävention ist der Ansatz des *Lebenskompetenztrainings*. Von Botvin und Tortu (1988) in der USA entwickelt, liegt der Schwerpunkt dieser „life-skill-Programme“ in einer Kombination von Informationsvermittlung, Standfestigkeitstraining und affektiver Erziehung. Durch die Förderung von personaler und sozialer Kompetenz in der Alltagsbewältigung soll der Rauchbeginn verhindert oder zumindest zeitlich verzögert werden. Trainiert werden u. a. folgende Fertigkeiten: soziales Problemlösen, Umgang mit Streß, effektive Kommunikation und Entscheidungsfindung. Mit diesem Ansatz wurden Verhaltensänderungen zum Nichtrauchen erreicht (u. a. Künzel-Böhmer, Bühringer & Janik-Konecny, 1993).

3.1.2 Beschreibung von aktuellen deutschen suchtpreventiven Lebenskompetenzprogrammen

Zu den in Deutschland in den 90er Jahren entwickelten, durchgeführten und evaluierten suchtpreventiven Lebenskompetenztrainings für die Orientierungsstufe zählen:

1. Das Programm „*ALF – Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten*“ (Walden, Kröger, Kirmes, Reese & Kutza, 2000) wurde am Institut für Therapieforschung in München entwickelt. Über zwei Schuljahre (5. und 6. Klasse) sollen in 20 Unterrichtseinheiten a zwei Schulstunden unspezifische (z. B. Kommunikation) und spezifische (z. B. Informationen zu Zigaretten und Alkohol), distale (z. B. Bewältigungsstrategien) und proximale (z. B. Standfestigkeit gegenüber Konsumangeboten) Schutzfaktoren vor Drogen und Sucht gestärkt werden. Ein hochstrukturiertes Manual stellt die notwendigen Arbeitsmaterialien zur Bearbeitung der Themen bereit, bietet interaktive Unterrichtsmethoden (z. B. Rollenspiele) in detaillierter Beschreibung an und liefert Vorschläge für genaue Stundengliederungen. Zur Sicherstellung der Vergleichbarkeit und Standardisierung von Interventionsbedingungen entstand aus dem Forschungskontext heraus die Idee, das präventive Vorgehen so konkret und ausführlich wie möglich zu beschreiben. Die von Wissenschaftlern und Praktikern gemeinsam erarbeiteten Leitlinien der Präventionsarbeit (u. a. realisierbare Ziele, Auswahl geeigneter Methoden) und Erfahrungen bei der Anwendung von Programmen (z. B. zeitliche Struktur) werden in Manualen wie exemplarisch dem angeführten festgehalten. Diese stellen eine Basis dar, um die Wirkungsbreite innovativer Forschungsarbeiten durch Verbreiterung dieser Aktivitäten und Initiierung von Folgeprojekten zu erweitern. Sicher reicht die Bereitstellung dieser Manuale für eine qualifizierte Fortführung der Programme nicht aus, sondern sollte durch Schulungen für interessierte Multiplikatoren (z. B. Lehrer, Jugendgruppenleiter) ergänzt werden. Ein bereits im Zusammenhang mit der Entwicklung von Manualen in der Psychotherapie diskutierter Nachteil solcher Vorlagen (vgl. etwa Auckenthaler, 2000) besteht in der Vernachlässigung bzw. zu geringen Beachtung der individuellen Bedürfnisse der Teilnehmer und in unflexiblen Reaktionen auf das reale Prozeßgeschehen.

2. Mit dem „*Bielefelder Suchtpräventionsprogramm*“ steht ein umfangreiches (80 Unterrichtsstunden über drei Jahre) strukturiertes Programm zur Suchtprävention in der Altersgruppe der 5.-7. Klasse zur Verfügung (siehe Pieper, Szirmak, Leppin, Freitag & Hurrelmann, 1999). Grundlage des Konzeptes sind die Materialien zur Sucht- und Drogenvorbeugung des Nordrhein-Westfälischen Landesinstituts für Schule und Weiterbildung (LSW) in Soest (LSW, 1991). Nach einem substanzunspezifischen Vorgehen in der ersten Phase (z. B. Umgang mit Streß) werden im 6. Schuljahr substanzspezifische Elemente (z. B. Wirkung von Tabak auf Körperfunktionen) eingeführt. Längerfristig soll fächerübergreifend gesundheitsförderndes Verhalten in der Schule etabliert werden.

3. Im Rahmen des großen Programmangebotes des „Nordrhein-Westfälischen Landesinstitutes für Schule und Weiterbildung“, dem sogenannten „*Soester Programm*“ (LSW, 1991) gibt es auch

Bausteine, die für die 5. und 6. Klasse geeignet sind. Den Bedürfnissen und dem Entwicklungsstand der Klassen angepasst, können die Lehrer hier die Unterrichtseinheiten selbst auswählen und zusammenstellen. Dafür stehen drogenspezifische (z. B. Wissen über Folgen des Tabak- und Alkoholkonsum, Konsequenzerwartungen) und drogenunspezifische Elemente (z. B. Konfliktbewältigung, Selbstwahrnehmung, Wertekonzepte) zur Verfügung.

4. Auch das aus dem amerikanischen Manual adaptierte Programm des Internationalen Lions-Quest-Clubs „*Erwachsen werden – Persönlichkeitsentfaltung von Jugendlichen*“ (1997) basiert auf einem Baukastensystem mit 70 Unterrichtseinheiten. Geordnet nach den sieben Themengebieten „Ich werde Teenager“, „Stärkung des Selbstvertrauens“, „Mit Gefühlen umgehen“, „Die Beziehung zu meinen Freunden“, „Mein Zuhause“, „Es gibt Versuchungen: Entscheide dich“ und „Ich weiß, was ich will“ sollen substanzunspezifisch Persönlichkeitsfähigkeiten und –fertigkeiten entwickelt werden.

5. Obwohl in der ursprünglichen Fassung für Schüler der 7. Klasse konzipiert, soll hier das Programm *Prävention des Zigarettenrauchens in der Schule* des Kardiologen Gohlke (1993) angeführt werden, da es die Basis für die Entwicklung der vorliegenden Unterrichtsmaterialien darstellt. Mit einem standardisierten achtstündigen Curriculum, in einen medizinischen (z. B. gesunde Ernährung) und einen pädagogischen Block (z. B. Rollenspiele) untergliedert, soll kardiovaskulären Erkrankungen vorgebeugt werden. Die Hauptkritik am Originalprogramm, die zu entsprechenden Weiterentwicklungen bzw. Modifikationen führte, bezieht sich auf die zu späte (erst in der 7. Klasse) Implementation des Programms, die fehlende Differenzierung zwischen Schultypen, die zu umfangreiche Informationsvermittlung in zu kurzer Zeit und die fehlende Beachtung der Ziele und Erwartungen, die Kinder mit dem Rauchen verbinden.

3.2 Evaluation schulischer Primärpräventionsprogramme

Die Evaluation schulischer Primärprävention des Drogenmißbrauchs war zunächst auf die Frage gerichtet, welche der entwickelten Maßnahmen die effektivste sei. Im Bereich der primären Prävention von Drogenmißbrauch bei Kindern und Jugendlichen existieren vor allem Meta-Analysen, die sich auf Präventionsprojekte in den USA beziehen. Beispielhaft für Metaanalysen zur Prävention des Drogenmißbrauchs sind die Studien von Bangert-Drowns (1988), Bruvold (1993), Ennett, Tobler, Ringwald und Flewelling (1994), Heinsman und Shadish (1996), Rundall und Bruvold (1988) und Tobler (1986). Als vorläufige Tendenz dieser Ergebnisse zeigt sich, daß die Förderung von Lebenskompetenzen in Kombination mit dem Standfestigkeitstraining und der

drogenspezifischen Wissensvermittlung den wirksamsten Weg der Verzögerung, Reduktion oder Verhinderung des Substanzkonsums bei Kindern und Jugendlichen darstellt.

Die systematische Evaluation primärpräventiver Maßnahmen in Deutschland steht erst am Beginn. In ihrer Expertise zur Primärprävention des Substanzmißbrauchs bestätigen Künzel-Böhmer et al. (1993) die Überlegenheit von Lebenskompetenzprogrammen als der bisher wirksamsten Strategie der Suchtvorbeugung. Auch Maiwald und Reese (2000) schreiben schulischen Lebenskompetenzprogrammen die in Deutschland durchgeführt wurden eine suchtpreventive Wirkung zu. Die bisher veröffentlichten Ergebnisse der Evaluation von Lebenskompetenzprogrammen von Jerusalem und Mittag (1997), von Pieper, Szirmak, Leppin, Freitag und Hurrelmann (1999), von Bölskei, Hörmann, Holleder, Jordan und Frenzel (1997) und von Burow, Asshauer und Hanewinkel (1998) stammen aus Modellprojekten, die wissenschaftlich begleitet und unter Studienbedingungen realisiert wurden. Eine Vergleichbarkeit der Evaluationsresultate ist erschwert durch unterschiedliche Zielgruppen, Dauer, Intensität der Intervention, variierende Programminhalte, divergierende Strukturen der Programme und Evaluationsinstrumente mit verschiedenen Skalen. Die Vielzahl der existierenden räumlich und zeitlich begrenzt eingesetzten Programme findet kaum Beachtung, da sie eher unsystematisch und sporadisch evaluiert werden.

Mittag und Hager (2000) schlagen in ihrem Rahmenkonzept zur Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen nach der erfolgreich absolvierten Erprobung, Durchführung und Implementation eines Programms eine summative Evaluation vor. Diese sollte aus der Evaluation der Programmwirksamkeit (Prozessevaluation, Ergebnis- oder Erfolgsevaluation) und der Evaluation der Programmeffizienz (Kosten-Nutzen- und Kosten- Effektivitäts- Analysen) bestehen. Mit der Evaluation der Programmwirksamkeit soll die zentrale Frage der Evaluation nach der Verwendbarkeit eines Programms beantwortet werden, die auch hier schwerpunktmäßig herausgegriffen und betrachtet werden soll.

Primärpräventive Programme werden zu einer Zeit durchgeführt, in der Drogenkonsum der Schüler nur eine geringe Rolle spielt. Das angestrebte Ziel suchtpreventiver Maßnahmen ist es, dem Mißbrauchsverhalten langfristig vorzubeugen. Die Überprüfung der Auswirkungen einer Programmteilnahme auf den zukünftigen Konsum kann nur durch aufwendige Längsschnittuntersuchungen erfolgen. Bisherige Studien dieser Art, die vor allem aus den USA kommen, zeigen sehr widersprüchliche Resultate. Die Metaanalysen zur Prävention des Drogenmißbrauchs zeigen für Posttests unmittelbar nach einer Intervention (nur bei Bruvold, 1993, sind zwei Follow-up-Studien Ein- bzw. Zweijahre nach der Intervention enthalten) Effektstärken zwischen .20 und

.57, was für eine mäßige Effizienz der erfassten Programme spricht (vgl. Röhrle, 1999). Tendenziell sind andauernde Effekte der Programmteilnahme auf den Rauchbeginn eher selten nachgewiesen. Einen positiven und immerhin drei Jahre andauernden Effekt eines Drogenpräventionsprogramms auf den Zigarettenkonsum konnten beispielsweise Botvin, Baker, Dusenbury, Botvin und Diaz (1995) nachweisen. Autoren, wie Murray, Pirie, Luepker und Pallonen (1989) und Flay et al. (1983), betonen allerdings, daß bereits eine Verzögerung des Rauchbeginns in der Adoleszenz gesundheitsrelevante Auswirkungen (z. B. verbesserte Prognose für eine Entwöhnung, verringertes Schädigungsrisiko der Lunge) bewirken kann.

Für die Beurteilung kurzfristiger Effekte ist der jeweilige Inhalt einer Präventionsmaßnahme entscheidend. Die erfolgversprechenden Lebenskompetenzprogramme gegen den Drogenkonsum zielen zum einen auf die Erweiterung und Verbesserung der allgemeinen Fähigkeiten zur Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und zur effektiven Auseinandersetzung mit den alltäglichen Anforderungen sowie zum anderen auf spezielle Fähigkeiten, die im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Zigaretten und Alkohol stehen. Die Zahl der möglichen Schutzfaktoren (z. B. soziale Fähigkeiten, Problemlösefähigkeiten, Kommunikationsfähigkeit, Umgang mit Streß, alternative Freizeitbeschäftigungen) ist sehr groß. Dadurch existieren sehr verschiedene Kriteriumsmaße für die Wirksamkeitsbeurteilung, die wiederum zu sehr vielfältigen Einzelergebnissen führen. Schon für einen Bereich, wie z. B. das Selbstkonzept, werden ganz unterschiedliche Aspekte untersucht. Beispielsweise wurden Effekte des Soester Programms von Leppin (2000) auf die Selbstwirksamkeitserwartung festgestellt, während Petermann und Fischer (2000) die Stärkung der protektiven Ressource des Selbstwertgefühls belegen konnten.

Betrachtet man die Evaluation der mit dem Substanzgebrauch verbundenen Fähigkeiten sind im Wesentlichen folgende Aspekte untersucht worden: Wissen über Drogen, Wissen über aktuelle Gebrauchshäufigkeit für Erwachsene und die Altersgruppe, Konsumabsicht, Widerstand gegen Druck zum Konsum und Einfluß der Werbung. Diese proximalen Vorläufer des Drogenkonsums und deren Veränderungen durch eine Programmteilnahme sind bereits unmittelbar nach einer Intervention meßbar. So hat z. B. die Leipziger Arbeitsgruppe einen Distanzindex entwickelt, der sowohl kognitive als auch affektive und intentionale Anteile des Drogenkonsums berücksichtigt und der durch die Teilnahme an Lebenskompetenzprogrammen vergrößert werden konnte (Kersch, 1998).

Bei Programmen zur Prävention des Drogenmißbrauchs gibt es als zentrales Kriterium für die Beurteilung der Programmwirksamkeit, was auch direkt nach der Intervention feststellbar sein

sollte, die Auswirkung auf das Konsumverhalten. Die erwünschte Wirkung sollte in ihrer Intensität (abstinenzstärkend, konsumverzögernd oder konsumreduzierend) und Dauer erfaßbar sein. So konnte beispielsweise der Anteil der aktuellen Raucher in ALF-Klassen nach dem fünften Schuljahr im Vergleich zu Kontrollklassen verringert werden (Kröger & Reese, 2000), war der Nikotingebrauch bei Teilnehmern des Bielefelder Suchtpräventionsprogramms etwas geringer als in Kontrollklassen (Leppin, 1999) und zeigte sich in Interventionsstudien zum Soester Programm eine Verringerung der Häufigkeit des Zigarettenkonsums in der Experimentalgruppe der 12- und 13jährigen (Petermann, Müller, Kersch & Röhr, 1997). In vergleichenden Wirksamkeitsevaluationen sollte die gerade in der Entwicklungsphase der Transeszenz unabhängige Veränderung der Kriteriumsvariable mitberücksichtigt werden, um tatsächlich programmspezifische Veränderungen erkennen zu können.

Die Studien zur direkten Erfassung der erzielten intrapersonellen Veränderungen im Wissen über Drogen, in der Stärkung der Schutzfaktoren bzw. der Reduktion der Risikofaktoren und im tatsächlichen Drogenkonsum bei den Programmteilnehmern, die durch die Intervention ausgelöst wurden, dienen der Verdeutlichung der Wirkprozesse eines Präventionsprogramms. Von Interesse sind auch positive und negative Neben- und Folgewirkungen (z. B. Motivation der Eltern zur Raucherentwöhnung) der Programme. Untersucht man die Auswirkungen eines Lebenskompetenzprogramms auf unterschiedliche Gruppen, können indirekt Gründe der Wirksamkeit herausgefunden werden. Diese differentielle Wirksamkeit bezieht sich z. B. auf das Alter der Programmteilnehmer, auf das Geschlecht, auf die Konsumerfahrung, die soziale Ausgangslage oder auch den besuchten Schultyp. Offensichtlich zeigte sich, daß diese Drittvariablen (z. B. positives Klassenklima, Geschlecht) für die Wirksamkeit der Maßnahme entscheidend zu berücksichtigen sind (Leppin, 1999).

Neben den beschriebenen personenbezogenen Veränderungen sind als Evaluationsobjekte darüber hinaus auch Techniken und Methoden, Zielvorgaben, Programme und Strukturen untersucht worden (vgl. Cook & Matt, 1990). Eine experimentelle Variation der Implementationsvariablen (z. B. Merkmale der Vermittler, Zeitpunkt der Intervention, Ort der Intervention, Anzahl der Veranstaltungen, Inhalt der Programme) ermöglicht eine direkte Suche nach Moderatoren der Wirksamkeit eines Programms.

Für die Ausweitung von primärpräventiven Maßnahmen sollten die Lebenskompetenzprogramme, deren Wirksamkeit wissenschaftlich nachgewiesen wurde, längerfristig und überregional in den Schulalltag integriert werden. Für die Gestaltung der Präventionsprogramme könnte eine

stärkere entwicklungs- und kontextbezogene Orientierung deren Effizienz steigern, da die Programme so noch spezifischer der jeweiligen Zielgruppe gerecht werden würden. Weitere Analysen der Wirkung verschiedener Programmkomponenten könnten präventiv wirksame Prozesse verdeutlichen und so zu umsetzungsgünstigeren Präventionsprogrammen beitragen.

Die in Kapitel 2 und 3 dargestellten theoretischen Hintergründe werden im Folgenden zusammenfassend in einem Modell aufgegriffen und systematisiert. Damit sollen unterschiedliche Ansatzpunkte präventiven Arbeitens aufgezeigt werden, die die Basis für das entwickelte Präventionsprogramm darstellen.

3.3 Adoleszenzspezifisches Modell des kompetenten Handelns in drogenkonsumrelevanten Situationen

Unter Berücksichtigung der vorgestellten Erklärungsansätze für den Drogengebrauch Transzendierender (siehe 2.4) und den dargelegten präventiven Überlegungen wurde ein integratives prozeßorientiertes Rahmenmodell des kompetenten Handelns in drogenkonsumrelevanten Situationen (siehe Abbildung 4) entwickelt, um den Prozeß kompetenten Handelns in drogenkonsumrelevanten Situationen zu beschreiben.

Analog einer Differenzierung, die Stamm (1996) für die Sexualprävention vorgenommen hat, werden in diesem Rahmenmodell als potentielle Determinanten eines verantwortungsvollen Umgangs mit Drogen Aspekte der Ebenen *Wissen*, *Einstellungen* und *Verhalten* berücksichtigt. Das Verhalten in Konsumsituationen ist abhängig von der *Verhaltensabsicht* und der präventiven *Handlungskompetenz*. Zusätzlich werden in dem Modell die intervenierenden Variablen *Fertigkeiten*, *Selbstkonzept* sowie *Normen*, *Werte*, *Konzepte* aufgenommen, die einerseits Einfluß auf die *Verhaltensabsicht* und die präventive *Handlungskompetenz* haben und zum anderen auch miteinander in Wechselwirkungen stehen.

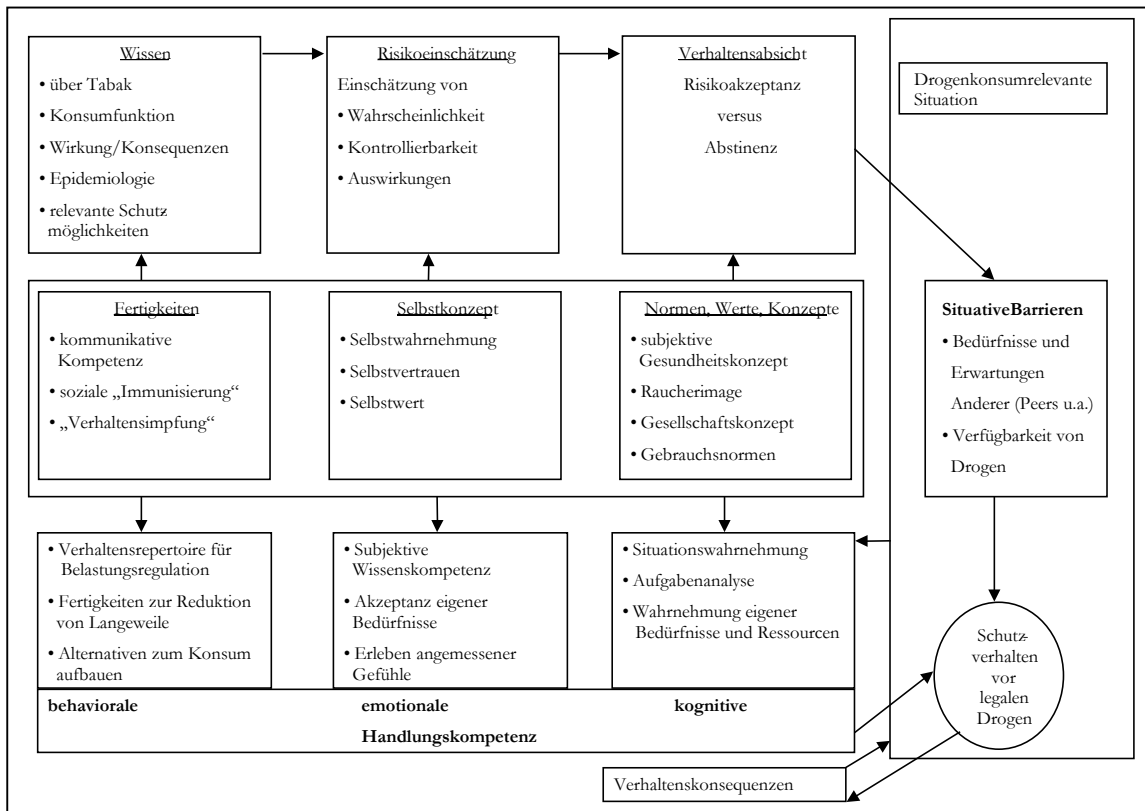


Abbildung 4 *Adoleszenzspezifisches Modell des kompetenten Handelns in drogenkonsumrelevanten Situationen*

Auf der Grundlage von altersgerechtem *Wissen* sowie der *Risikoinschätzung* bilden Adoleszente ihre Konsumabsicht heraus, die eine wesentliche motivationale Basis des präventiven Verhaltens darstellt. Zwischen der Verhaltensabsicht und dem realen Verhalten besteht aufgrund *situativer Barrieren* und persönlicher Voraussetzungen (u. a. *Fertigkeiten*, *Selbstkonzept*) häufig nur ein schwacher Zusammenhang. Für die Realisierung eines verantwortungsvollen Umgangs mit Drogen benötigen Adoleszente präventive *Handlungskompetenzen*. Empirisch nachgewiesene Faktoren, die im Zusammenhang mit drogenpräventivem Verhalten stehen, sind z. B. die *Fertigkeiten*, das *Selbstkonzept* und die *Normen, Werte, Konzepte* der Adoleszenten. Mit diesen Modellkomponenten sind gleichzeitig relevante Ansatzpunkte präventiver Maßnahmen gegeben.

Zahlreiche der dargestellten Studienergebnisse und die entwicklungspsychologischen Anforderungen an eine altersgerechte Drogenprävention stehen mit dem Modell in Einklang. Zunächst hat das Modell den Stellenwert eines heuristischen Rahmens für die adoleszenzspezifische Drogenprävention.

4 ZIELSETZUNG UND FRAGESTELLUNGEN DER ARBEIT

Im Rahmen des in der Stadt und Region Trier durchgeführten Projektes *Prävention des Zigarettenrauchens in der Schule*, unter Leitung von Prof. Dr. B. Krönig (Vorsitzender der Bezirksärztekammer Trier) und Prof. Dr. P. Schwenkmezger (Universität Trier, FB I – Psychologie) mit Mitteln der Nikolaus-Koch-Stiftung Trier gefördert, wurden in Anlehnung an neuere Forschungsergebnisse und ein bestehendes Präventionsprogramm die Ziele und Fragestellungen der vorliegenden Studie entwickelt.

Zunächst sollte ein suchtpreventives substanzspezifisches Curriculum für Schüler der 6. Jahrgangsstufe an Gymnasien weiterentwickelt und erprobt werden. Die eingesetzten Unterrichtseinheiten, die sich bewährt haben, sollten detailliert ausgearbeitet werden. Mit der ausführlichen Darstellung der Unterrichtseinheiten in Manualform soll eine Basis geschaffen werden für eine Realisierung des Drogenpräventionsprojektes auch über die Studienphase hinaus.

Im Hinblick auf die Evaluation dieses Programms wurden für die Studie folgende Fragestellungen formuliert:

1. Analyse der Drogengebrauchsmuster und ihrer Determinanten bei Transeszendierenden

Welches Ausmaß hat der Konsum von Zigaretten und Alkohol bei Schülern der 6. Jahrgangsstufe? Mit der Baselinemessung sollen die Drogengebrauchsmuster Transeszendierender in der Stichprobe vor dem Einsatz des Programms analysiert werden. Von Interesse ist dabei ein Vergleich mit epidemiologischen Daten, um etwas über regionale Besonderheiten der Stichprobe aussagen zu können.

Welche soziodemographischen Daten und Persönlichkeitsvariablen stehen in einem Zusammenhang mit dem Drogenkonsumverhalten Transeszendierender?

2. Beschreibung der Veränderungen beim Drogenkonsum und deren Determinanten

Sind die Interventionsgruppen und die Kontrollgruppen in relevanten Variablen vergleichbar? Unterschiede im Drogenkonsumverhalten, die auf die Intervention zurückzuführen sind, können nur festgestellt werden, wenn sichergestellt ist, daß relevante Variablen bei der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe bei der Ausgangserhebung gleich sind.

Wirkt sich die Teilnahme am Programm kurzfristig verzögernd, reduzierend oder abstinenzstärkend auf den Drogenkonsum aus?

3. Kriterien zur Beurteilung kurzfristiger Präventionseffekte

Werden mit dem Programm Schutz- und Risikofaktoren (z. B. negatives Raucherimage, „sensation seeking“) des Drogenkonsums beeinflusst?

Zur Beantwortung dieser Hauptfragestellungen wurden aus dem Rahmenmodell Variablen abgeleitet, die im engen Zusammenhang mit angestrebten Zielen des Präventionsprogramms stehen. So gehört zur Modellkomponente „Wissen“ die Untersuchung der „Drogengebrauchsmuster“ in der Zielgruppe und die Einschätzung der „Konsumfunktionen“ durch die Schüler. Die Variablen „Freizeitgestaltung“ und „Druck mitzurauchen“ spiegeln Aspekte der Komponente „Fertigkeiten“ wieder. Der im Modell beschriebene intervenierende Einfluß des „Selbstkonzeptes“ findet in der Studie Berücksichtigung durch die Erhebung verschiedener Persönlichkeitsvariablen (z. B. „Öffentliche Selbstaufmerksamkeit“, „sensation seeking“). Die Komponente „Normen, Werte, Konzepte“ wird anhand des „Raucherimages“ und der „Gebrauchsnormen legaler Drogen“ im Umfeld der Kinder erfaßt. Nach dem dargestellten Modell können „situative Barrieren“ verhindern, daß man verantwortungsvoll mit Zigaretten und Alkohol umgeht. Variablen, die diese ungünstigen Situationsumstände untersuchen, sind die „Anzahl guter Freunde, die rauchen bzw. Alkohol konsumieren“, die „Reaktionen anderer auf das Rauchverhalten“, „Beschaffungswege für Zigaretten/Alkohol“ sowie die „Beurteilung typischer Rauchsituationen“.

5 METHODEN

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit stammen aus der wissenschaftlichen Begleituntersuchung zur Raucherprävention in den sechsten Jahrgangsstufen von Gymnasien der Region Trier im Schuljahr 1999/2000.

5.1 Beschreibung der Stichprobe

An der Untersuchung nahmen $N = 821$ Schülerinnen und Schüler des 6. Schuljahres aus sieben Gymnasien der Region Trier teil. Die Teilnahmequote war mit 97 % sehr hoch. Der Datenausfall der Schüler, die zur Datenerhebung nicht zur Verfügung standen ($n=34$), ergibt sich aus nicht abgegebenen Einverständniserklärungen der Eltern, krankheitsbedingtem Fehlen und der Freiwilligkeit der Teilnahme an der Befragung. Weiterhin mußten 30 Schüler von der Analyse der Interventionseffekte ausgeschlossen werden, weil durch doppelte Codes die eindeutige Zuordnung der Katamnesedaten nicht gewährleistet war.

Zum Zeitpunkt der Vorerhebung waren die Befragten zwischen 10 und 14 Jahren alt, mit einem Durchschnittsalter von $M = 11.7$ Jahren ($SD = 0.5$). Den 430 Jungen (52.4 %) stehen in der Gesamtstichprobe 391 Mädchen (47.6 %) gegenüber.

Bei Abschluß der Datenauswertung lagen von der Katamnese Daten von $n = 367$ Schülerinnen und Schülern vor. Die Schüler sind dabei in einem Alter zwischen 11 und 15 Jahren, wobei das Durchschnittsalter bei $M = 12.2$ Jahren ($SD = 0.5$) liegt. Die Geschlechterverteilung in dieser Teilstichprobe weist 157 Mädchen (42.8 %) gegenüber 210 Jungen (57.2 %) aus.

Damit beträgt der Probandenverlust von der Vorerhebung zum Katamnesezeitpunkt 55 %. Mögliche Ursachen dieser Verringerung der Erstbefragungsstichprobe werden in der Diskussion erörtert. Wie die Ausfallanalyse (siehe Ergebnisteil) zeigt, führt dieser Datenverlust jedoch nicht zu einem selektiven Ausscheiden besonders gefährdeter Schüler und damit auch nicht zu selektiven Verzerrungen.

5.2 Beschreibung des eingesetzten Interventionsverfahrens *Prävention des Zigarettenrauchens in der Schule*

In einem gemeinsam von der Bezirksärztekammer Trier (Prof. Dr. B. Krönig) und der Universität Trier (Prof. Dr. P. Schwenkmezger) initiierten Drogenpräventionsprojekt wird u. a. auch ein Interventionsprogramm für die 6. Jahrgangsstufe an Gymnasien angeboten. Zunächst wurde auf der Basis des von Gohlke (1993) entwickelten Programms „Prävention des Zigarettenrauchens in der Schule“ gearbeitet. Aufgrund neuerer Ergebnisse der Forschung (siehe Jerusalem, 1999), Er-

gebnissen unserer wissenschaftlichen Begleituntersuchung (Forster, 1996, Jöhren, 1996, Schwenkmezger, Krönig, Forster, Jöhren & Gläßer, 1998b) und Erfahrungen bei der konkreten Umsetzung wurde das Programm vor allem im psychologischen Teil ständig weiterentwickelt, erheblich differenziert und modifiziert (siehe hierzu Krönig, Schwenkmezger & Forster, 1997; Schwenkmezger, Krönig, Forster, Jöhren & Gläßer, 1998a).

Das im folgenden genau beschriebene Programm eignet sich für den Einsatz bei 11- bis 12jährigen Schülern an Gymnasien. Das Programm (siehe Tabelle 1) wird im Rahmen der schulischen Gesundheitsförderung angeboten und umfaßt auch Eltern- und Öffentlichkeitsarbeit.

Tabelle 1 *Ablaufschema des Interventionsprogramms und der wissenschaftlichen Begleituntersuchung*

1. Kontaktgespräch mit der Schulleitung und den Lehrkräften
2. Elternabend
3. Erste Befragung zur wissenschaftlichen Begleituntersuchung (Ersterhebung)
4. Durchführung der 8 Unterrichtseinheiten
 1. Stunde Gesunde Ernährung
 - 2./3. Stunde Kreislauf- und Lungenfunktion
 4. Stunde Sport und Gesundheit
 5. Stunde Gründe für und gegen das Rauchen
 - 6./7. Stunde Rollenspiele zum Widerstand gegen das Rauchen
 8. Stunde Werbung und Wirklichkeit
5. Zweitbefragung zur Programmevaluation durch die Schüler
6. Nichtraucherplakatwettbewerb mit Prämierung und Ausstellung der besten Werke in der Öffentlichkeit (z. B. Sparkasse)
7. Elternabend
8. Dritte Befragung zur wissenschaftlichen Begleituntersuchung (Katamnese)

In einem ersten Kontaktgespräch zwischen dem Psychologen als Vertreter des Projektteams und einem Vertreter der Schulleitung sowie dem Drogenbeauftragten Lehrer der Schule wird die organisatorische Koordination der Maßnahme geplant. Zur Information der beteiligten Lehrkräfte (Klassen-, Biologie-, Kunst-, Religions- und Sportlehrer) wurde eine schriftliche Kurzbeschreibung des geplanten Ablaufes und der Inhalte des Projektes erstellt, die diese vor Beginn der Programmdurchführung erhalten. Es wird versucht, den Inhalt der Unterrichtseinheiten soweit wie möglich auf bereits vermittelte Inhalte des Schulunterrichtes abzustimmen. Aufgrund der thematischen Überschneidungen besprechen sich der Arzt mit dem Biologielehrer, der Sportlehrer des

Projektes mit den Sportlehrer der Schule und der Psychologe mit dem Deutsch-, Religions- und Kunstlehrer der Klassen. Im Interesse einer schülerzentrierten Gesundheitserziehung, bei der die Schüler den Unterricht aktiv mit gestalten sollen, wird angestrebt, an bekannte Unterrichtsstoffe anzuknüpfen, die Erfahrungen und das Wissen der Schüler aufzugreifen und zu vertiefen sowie Interessen und Bedürfnisse der Schüler zu berücksichtigen.

In einem gemeinsam von der Schule (ein Vertreter der Schulleitung, Klassenlehrer der beteiligten Klassen) und Vertretern des Projektteams (einer der Leiter des Projektes, ein oder zwei Mitarbeiter) veranstalteten ersten Elternabend soll den Eltern das Präventionsvorhaben erläutert werden. Die Referenten stehen zur Aussprache zur Verfügung und die Eltern sollen angeregt werden, die Themen in der Familie aufzugreifen und sich gemeinsam mit den Kindern weitergehend damit auseinander zu setzen. Die Eltern werden um ihr schriftliches Einverständnis für die Teilnahme ihrer Kinder an den Datenerhebungen gebeten. Auch ihnen wird ein anonymisierter und codierter Fragebogen vorgelegt, der von einem Elternteil beantwortet werden soll.

Wenige Tage vor Beginn der Unterrichtseinheiten wird der erste Schülerfragebogen (siehe Anhang B) von den Schülern im Rahmen des regulären Unterrichts anonymisiert beantwortet. Durch die Vergabe eines individuellen Codes können die Fragebogen der drei Meßzeitpunkte und der Elternfragebogen einander zugeordnet werden. Beim Ausfüllen des Fragebogens war immer ein Projektmitarbeiter anwesend.

Das interdisziplinär aufgebaute Unterrichtsprogramm umfaßt – wie das zugrundegelegte Programm von Gohlke (1993) acht Unterrichtsstunden, die in einen medizinischen und einen psychologisch-pädagogischen Block gegliedert sind. Inhaltlich sind die Bereiche eng aufeinander abgestimmt und nutzen jeweils die Erfahrungen der anderen Stunden.

Die in dem Manual (siehe Anhang A) ausführlich beschriebenen Unterrichtseinheiten werden in den Stunden eins bis drei von jeweils einem Arzt, in der vierten Stunde von einem Sportlehrer des Projektes und in den Stunden fünf bis acht von einem Psychologen durchgeführt. Ein regelmäßiger Kontakt der beteiligten Fachkräfte trägt zu einer gut aufeinander abgestimmten Zusammenarbeit innerhalb des Projektteams bei. In allen Unterrichtsstunden ist nach Möglichkeit eine Lehrkraft anwesend, damit die vermittelten Inhalte im Rahmen des normalen Unterrichts vertieft, weitergeführt und wiederholt werden können.

Generell soll vermittelt werden, daß Gesundheitsverhalten Freude macht. Der gesunde Lebensstil (der Abstinenz von Zigaretten und Alkohol) soll gefördert werden, realisierbare Alternativen zum Drogengebrauch sollen vermittelt und erprobt werden und Möglichkeiten der Stärkung des Selbstkonzeptes sollen aufgezeigt werden. Die Schüler befinden sich in der Vorbereitungs- und Probierphase des Drogenkonsums. In diesem Prozeß der Intentionsbildung zum Umgang mit

legalen Drogen bestärkt der Unterricht die Schüler im Erleben ihrer eigenen Gesundheit (Flay, 1983).

Im medizinischen Teil wird den Schülern die Leistungsfähigkeit eines gesunden Organismus aufgezeigt. Die Attraktivität eines rauchfreien Lebens wird den Schülern anhand konkreter unmittelbar erlebbarer Auswirkungen des Nichtrauchens verdeutlicht (z. B. bessere körperliche Fitneß, geringere Anfälligkeit für Erkrankungen wie z. B. bronchiale Infekte). Die Erfahrungen der Kinder mit Gesundheitsstörungen werden besprochen, und es wird ein Verständnis für einen „normalen“ Umgang mit Krankheiten geweckt. Mit dem Sportunterricht soll die positive Einstellung zu körperlicher Bewegung unterstützt werden. Ungünstige Auswirkungen des Rauchens auf die Fitneß (die modellhaft imitiert werden, z. B. Schüler bekommen ein Taschentuch vor den Mund gebunden, zur Demonstration des Erlebens der möglichen Auswirkungen des Rauchens) lassen sich anhand verschiedener praktischer Übungen (z. B. 100 m Lauf zweier gleichschneller Schüler, wobei jeweils einer mit einem Taschentuch vor dem Mund läuft und jeweils der ohne Taschentuch den Lauf gewinnen wird) gut demonstrieren. Im psychologischen Teil werden die Gründe für oder gegen den Nikotinkonsum hinterfragt. Die Schüler sollen die Widersprüche zwischen ihren Zielen und dem Rauchen bzw. dem Raucherimage und der Realität erkennen lernen. In Rollenspielen erproben sie ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten, die theoretischen Erkenntnisse auch praktisch umsetzen zu können.

Auch wenn das dargestellte Manual ein standardisiertes Vorgehen beschreibt, variiert die konkrete Umsetzung in den Klassen, da gezielt auf die Interessen und Fragen der Schüler eingegangen wird.

Nach der letzten Unterrichtseinheit erfolgt die Zweitbefragung der Schüler, in der sie das Programm beurteilen können und Verbesserungsvorschläge einbringen sollen. Auf diesen Teil der Untersuchung wird in der vorliegenden Arbeit nicht weiter eingegangen (siehe Gebauer, 2001).

Durch die Gestaltung von Collagen und Plakaten können die Kinder – teilweise angeleitet von den Kunstlehrern oder selbständig – kreativ die neu gewonnenen Erkenntnisse umsetzen. Dieser abschließende Wettbewerb zur Nichtraucherwerbung bietet die Gelegenheit das Anliegen des Programms einer breiten Öffentlichkeit zugänglich zu machen. So konnten bei den an dieser Studie beteiligten Schulen die besten Werke durch Preise (CDs, Kinokarten, Bücher) ausgezeichnet und in Ausstellungen präsentiert werden (z. B. im Rathaus Trier; im Ev. Elisabeth – Krankenhaus Trier). Die lokale Presse (Trierischer Volksfreund, Rathauszeitung) und das Radio (RPR) berichteten über diese Veranstaltungen und würdigten damit auch das Engagement der Kinder auf besondere Weise.

Durch eine Nachbefragung nach drei bis vier Monaten nach Beendigung des Programms (siehe Anhang B) sollen Veränderungen in den Rauch- und Trinkverhaltensweisen sowie den darauf bezogenen Einstellungen der Schüler dokumentiert werden.

Die Maßnahme endet mit einem abschließenden Elternabend, in dem erste Befragungsergebnisse der jeweiligen Schule vor- und zur Diskussion gestellt werden, und die Eltern Rückmeldungen an das Projektteam geben können.

Da die Durchführung des Programms in neun Gymnasien der Region Trier in einem Schuljahr nicht realisierbar ist, besteht die Vereinbarung, daß in den Schulen abwechselnd in einem Schuljahr das Programm durchgeführt wird und im darauffolgenden Schuljahr die 6. Jahrgangsstufe als Kontrollklasse zur Verfügung steht. Die Erhebung in den Kontrollklassen erfolgt zeitlich möglichst parallel zu den Interventionsklassen, allerdings nur zum ersten und dritten Meßzeitpunkt.

5.3 Erhebungsmethode

Zur Erhebung der Daten wurden ein Fragebogen zur effektbezogenen Evaluation (indirekte Veränderungsmessung), der wenige Tage vor Beginn (Vorerhebung) und drei bis vier Monate nach Beendigung (Katamnese) der Unterrichtseinheiten anonymisiert beantwortet wurde, und ein Fragebogen zur formalen Evaluation der Unterrichtseinheiten, der unmittelbar nach der Durchführung der Unterrichtseinheiten vorgegeben wurde, eingesetzt. Außerdem wurde den Eltern ein Fragebogen vorgelegt. Entsprechend der Fragestellung wird in dieser Arbeit nur die Untersuchung mit dem Fragebogen für die Vorerhebung und die Katamnese dargestellt.

5.3.1 Beschreibung des Schülerfragebogens für die Vorerhebung und die Katamnese

Der Fragebogen (siehe Anhang B) setzt sich sowohl aus eigens entwickelten als auch von anderen Autoren übernommenen Items und Skalen zusammen. Bei der Erstellung des Meßinstrumentes sollte sichergestellt werden, daß die Fragen für Schüler der fünften bis zehnten Klasse verständlich sind und innerhalb einer Schulstunde (45min) beantwortet werden können.

Im folgenden werden die verwendeten Items und Skalen detailliert beschrieben.

Der *erste Teil* (Fragen 1-4) des Fragebogens dient der Erhebung soziodemographischer Variablen, des Alters, des Geschlechtes, der gegenwärtigen Klassenstufe und der besuchten Schulart.

Im *zweiten Teil* (Fragen 5-18) werden genaue Angaben zum Nikotinkonsum und zu Einstellungen gegenüber dem Rauchen erfragt. Beginnend mit den Fragen 5-7 wird neben der Menge der innerhalb der letzten Woche gerauchten Zigaretten der Rauchstatus (Nichtraucher, Probierer, Gelegenheitsraucher) der Schüler festgestellt. Erfasst werden weiterhin in Frage 8 der Zugang zu Zigaretten, das Konsumverhalten der Mitschüler (Frage 10), mit Frage 11 der Umgang mit Ziga-

retten bei wichtigen Bezugspersonen (Freunde, Geschwister, Eltern) sowie die Anzahl guter Freunde und deren Rauchverhalten (Fragen 12 und 13). Um Informationen über Reaktionen von Freunden, Eltern bzw. Lehrern auf gezeigtes Konsumverhalten zu erhalten, konnten die Versuchspersonen bei der 14. Frage ankreuzen, ob die jeweiligen Personen sie *riigen* oder *bestrafen*, *gleichgültig* reagieren, *es gut finden* oder mit ihnen *darüber reden* würden. Bei Item 15 konnte zugestimmt bzw. abgelehnt werden, ob man jemals unter Druck gesetzt wurde, zu rauchen. Ein wichtiger Faktor für die Aufrechterhaltung des Rauchens wird mit der Analyse typischer Rauchsituationen für Jugendliche (z. B. Disco, Streß) betrachtet (Fragen 16 und 17). In Anlehnung an Kolip (1994) ist in Aufgabe 18 das Image von Rauchern anhand von Eigenschaften (z. B. gesund, entspannt, kraftlos) zu beschreiben.

Das alkoholbezogene Trinkverhalten und die darauf bezogenen Einstellungen der Schüler werden in *Teil drei* des Fragebogens mit den Items 19-26 im nächsten Abschnitt erfaßt, wobei die Art der Fragen denen zum Rauchverhalten in etwa entsprechen. Auch hier wird Abstinenz, Probierverhalten und gelegentlicher/regelmäßiger Konsum erfragt (Frage 19). Die Art der konsumierten Getränke (Frage 20) sowie die Angabe, ob schon einmal übermäßiger Alkoholkonsum stattgefunden hat (Frage 21), wird erhoben. Wiederum sollten in Frage 24 Angaben zum Alkoholkonsum der Mitschüler, der Eltern, der Geschwister und der Freunde gemacht werden.

Die Fragen 9 und 22, die die Veränderungsbereitschaft im Umgang mit Zigaretten und Alkohol erfassen sollen, sind in dieser Altersstufe für die meisten Schüler noch nicht relevant und brauchten daher auch nicht beantwortet werden.

Im *vierten Teil* (Fragen 27-28) des Fragebogens sollen die Schüler die Qualität der Beziehungen zu ihrem unmittelbaren Umfeld beurteilen und ihr Freizeitverhalten beschreiben. Mit der Frage 27 soll die Beziehungsqualität zu Eltern, Freunden und Lehrern auf einer fünffach abgestuften Skala (*ausgezeichnet* - *recht gut* - *mittelmäßig* - *nicht so gut* - *überhaupt nicht*) eingeschätzt werden. Mit den Antwortmöglichkeiten *mache ich gerne*, *würde ich gerne machen*, *interessiert mich nicht* ist für die Schüler in Frage 28 beurteilbar, welche Einzelaktivitäten (z. B. alleine Lesen, alleine für die Schule lernen) und Gruppenbeschäftigungen (z. B. im Sportverein mitmachen, mit anderen Computerspielen spielen oder im Internet surfen) in ihrer Freizeit eine Rolle spielen sollten.

Der *fünfte Teil* (Aufgaben 29-31) des Fragebogens dient der Erhebung von Persönlichkeitsvariablen, die im Zusammenhang mit dem gezeigten Gesundheits- bzw. Risikoverhalten stehen. Exemplarisch ausgewählt wurden in dieser Studie die Risikobereitschaft, das Selbstkonzept und die öffentliche Selbstaufmerksamkeit. In Anknüpfung an Ergebnisse von Jöhren, Schwenkmezger und Krönig (1997), die die Bedeutsamkeit dieser eben genannten Persönlichkeitskonstrukte zeigen, sollten noch differenziertere Instrumente zu deren Messung herangezogen werden. Die Risikobereitschaft wurde in Aufgabe 29 daher mit einer Kurzversion der *sensation seeking* Skalen (Zucker-

man, 1979) erfaßt. Auf der Basis von 16 Items einer Kurzform nach Huba, Newcomb und Bentler (1981) werden vier Dimensionen von Reizsuche und Erlebnismotiven, nämlich *experience seeking*, *thrill and adventure seeking*, *boredom susceptibility* und *disinhibition*, unterschieden. Die Beantwortung der Items erfolgt auf einer Vier-Punkte-Ratingskala mit den Bezeichnungen *nie* (1), *selten* (2), *manchmal* (3) und *oft* (4).

Schulische Zufriedenheit (9 Items), *Allgemeine Zufriedenheit mit sich und der Welt* (9 Items) und *Soziales Verhalten gegenüber Gleichaltrigen* (7 Items) wurden in Aufgabe 30 als Aspekte des Selbstkonzeptes gemessen. Die Skalen stammen aus einer deutschsprachigen Form (Seiffge-Krenke, 1987) des *Offer Self-Image Questionnaire* (Offer, Ostrov & Howard, 1982), dessen Ziel es ist, „adjustment“ Jugendlicher festzustellen. Anhand vierstufiger Ratingskalen mit den Polen *trifft vollkommen zu* bis *trifft nicht zu* geben die Versuchspersonen eine Beschreibung von Aspekten ihres Selbstkonzeptes. Die für Aufgabe 31 aus dem *Fragebogen zur Erfassung dispositionaler Selbstaufmerksamkeit* (Filipp & Freudenberg, 1989) entnommene Skala zur *Öffentlichen Selbstaufmerksamkeit* (14 Items) umfaßt Items zu Merkmalen der äußeren Erscheinung, des Verhaltens und vorgestellter Bewertungen des Selbst durch die Umwelt. Die Beantwortung der Items erfolgt – anders als im Original - auf vier Stufen mit den verbalen Verankerungen *sehr oft*, *oft*, *selten* und *nie*. Damit soll eine Einheitlichkeit der verwendeten Antwortskalen über die verschiedenen Fragebogenteile des fünften Teils gewährleistet werden.

6 ERGEBNISSE

Die Ergebnisdarstellung ist thematisch und nach den Meßzeitpunkten gegliedert und umfaßt die Abschnitte Struktur und Güte der verwendeten Meßinstrumente, Drogengebrauchsmuster in der Gesamtstichprobe, Determinanten des Drogenkonsums 12jähriger Gymnasiasten, Entwicklungsverläufe des Drogengebrauchs und Identifikation von Kriterien zur Wirksamkeitsbeurteilung kurzfristiger Präventionseffekte.

6.1 Psychometrische Prüfung der im Fragebogen verwendeten Meßinstrumente

Der folgende Abschnitt dient der Darstellung der Ergebnisse von Faktorenanalysen und Skalenanalysen, mit denen Struktur und psychometrische Güte der verwendeten Meßinstrumente kontrolliert werden. Entsprechend einer Empfehlung von Backhaus (1994) wird bei den Faktorenanalysen als Extraktionsmethode die Hauptachsenanalyse verwendet und eine Varimaxrotation durchgeführt, damit die Interpretierbarkeit der Faktoren erhöht wird. Der Abbruch der Extraktion richtet sich nach dem Kaiser-Kriterium (Eigenwerte kleiner als eins). Bei der hier bestehenden Stichprobengröße liegt der kritische Wert der statistischen Signifikanz der Faktorladungen etwa bei .40 (Stevens, 1996). Für die Faktorenanalysen mit der Vorgabe der theoretisch zu erwartenden Faktorenanzahl wird die Varianzaufklärung angegeben. Die Angaben der Itemanalysen enthalten neben Mittelwert (M), Standardabweichung (SD), Schwierigkeit (p_i) und Trennschärfekoeffizienten (r_{ii}) auch die interne Konsistenz nach Cronbachs Alpha.

Skala „Öffentliche Selbstaufmerksamkeit“

Die itemanalytischen Befunde der Skala „Öffentliche Selbstaufmerksamkeit“ (siehe Tabelle 2) belegen zufriedenstellende Itemkennwerte. Beim Item „Bevor ich aus dem Haus gehe, werfe ich einen letzten Blick in den Spiegel.“ fällt die mit .24 vergleichsweise geringe Trennschärfe auf. Die interne Konsistenz der Skala ist nach Lienert (1989) mit einem α - Wert von .86 hoch.

Tabelle 2 *Skalenanalytische Ergebnisse zur „Öffentlichen Selbstaufmerksamkeit“*

Item	M	SD	p_i	r_{it}
sich gerne im Spiegel betrachten	2.57	.81	2.57	.47
Wirkung auf andere Menschen	2.16	.86	2.16	.66
Eindruck auf andere	2.19	.84	2.19	.69
in gutem Licht erscheinen	2.22	.85	2.22	.54
von anderen beobachtet werden	2.77	1.06	2.77	.52
letzter Blick in Spiegel	2.45	.89	2.45	.24
auf Aussehen achten	2.03	.77	2.03	.58
Verhalten in Gegenwart anderer	2.31	.89	2.31	.59
eigene Bewegungen und Körperhaltung	2.58	.89	2.58	.49
Überlegung, was andere von mir denken	2.32	.90	2.32	.60
spüren, wenn man beobachtet wird	2.00	.84	2.00	.35
eigener Gesichtsausdruck	2.73	.93	2.73	.53
wichtig, was andere über mich denken	2.08	.88	2.08	.58

Anmerkungen: Antwortskala von 4 (sehr oft) bis 1 (nie), Cronbachs Alpha = .86.

Skala „Sensation Seeking“

Die Schüler gaben zu 16 Fragen auf vierstufigem Antwortformat an, wie sie ihre Neigungen hinsichtlich des Aspektes „Sensation Seeking“ beurteilen. Die Faktorenanalyse nach dem Kaiser-Kriterium ergibt eine Sechs-Faktoren-Lösung mit einer Varianzaufklärung von insgesamt 51.5 % (siehe Tabelle 3). Die Items laden jeweils eindeutig auf einem der sechs Faktoren, die Einfachstruktur ist gewährleistet. Auf dem ersten Faktor laden die Items zu risikoreichen Aktivitäten mit „Nervenzitadel“, auf dem zweiten die Items zu neuen Erfahrungen durch Reisen und Freizeitbeschäftigungen mit hohem Erlebniswert. Faktor drei beinhaltet die Items, die die Tendenz, langweiligen, sich wiederholenden Tätigkeiten aus dem Weg zu gehen, beschreiben. Auf dem vierten Faktor laden Items zu Aktivitäten im sozialen Kontext. Die weiteren Faktoren beschreiben die Tendenz zur Geselligkeit und Erprobung neuer Erfahrungen durch Kunst oder Essen.

Die empirisch vorgefundene Faktorenstruktur bestätigt zwei der theoretisch vier Faktoren der eingesetzten ursprünglichen Fassung. Dem Faktor „Thrill and Adventure Seeking“ entspricht empirisch der Faktor eins (siehe Tabelle 3), und dem Faktor „Boredom Susceptibility“ entspricht der Faktor drei (siehe Tabelle 3), wobei jeweils ein Item der Ursprungsfassung in dieser Stichprobe auf einem anderen Faktor lädt. Veränderungen bei der Skalenbildung ergeben sich durch die Aufspaltung der Faktoren „Experience Seeking“ und „Disinhibition“, die inhaltlich zu einer stärkeren Akzentuierung der Erlebnissuche in der Ferne und des Auftretens in sozialen Situationen führt.

Werden die in der vorliegenden Stichprobe ermittelten Faktoren als Grundlage von Subskalen mit einer jeweils geringen Anzahl von Items verwendet, so resultieren unbefriedigende interne Konsistenzen im Bereich von Alpha Werten zwischen .27 und .54. Aufgrund dieser unbefriedigenden Ergebnisse wird auf die Darstellung der skalanalytischen Ergebnisse und die weitere Verwendung der Skalen verzichtet.

Tabelle 3 *Varimaxrotierte Faktorenladungsmatrix der Hauptkomponentenanalyse über die Items von „Sensation Seeking“*

	1	2	3	4	5	6	h ²
Urwald erleben	.00	.71	.00	.00	.14	.00	.55
gesellige Situationen	.11	.23	.00	.00	.70	-.27	.65
Film anschauen	.00	.00	.70	.00	.30	.03	.60
träumen, Bergsteiger zu sein	.13	.68	-.10	.00	.00	.00	.50
Vorliebe für moderne Kunstwerke	.00	.13	.00	.00	.10	.68	.51
mit lebenslustigen Menschen zusammen sein	.14	.00	.00	.00	.69	.21	.56
immer nur gleiche Leute sehen	.00	.30	.44	.15	-.17	-.38	.49
Spaß bei angsteinflößenden Dingen	.57	.00	.21	.16	.00	.00	.41
gern neues Essen ausprobieren	.12	.13	.00	.00	-.12	.64	.47
Weltenbummler	.13	.45	.10	.29	.00	.20	.37
Langeweile, wenn Leute gleiche Dinge erzählen	.15	.00	.61	.00	-.13	.00	.43
mit Fallschirm aus Flugzeug springen	.76	.15	.00	.00	.00	.00	.62
wegen Auftreten bewundert werden	.42	.00	.00	.45	.00	-.13	.41
Fastnachtstrubel lieben	-.12	.11	-.30	.67	.21	.00	.63
unruhig, wenn längere Zeit zu Hause	.00	.00	.29	.65	.00	.00	.53
Skifahren	.69	.11	.00	.00	.13	.10	.51
Eigenwerteverlauf	2.3	1.4	1.2	1.1	1.0	1.0	
Varianzaufklärung (in %)	14.9	8.9	7.6	7.3	6.5	6.3	

Die theoretisch zu erwartende Vier-Faktoren-Lösung klärt 38.9 % der Gesamtvarianz auf. Die skalanalytischen Ergebnisse sind auch für diese Lösung mit Konsistenzkoeffizienten unter $\alpha = .56$ unbefriedigend, daher wird auf deren Darstellung verzichtet.

Auch der Versuch, die interne Konsistenz der Skala mit allen Items zu bestimmen, ergab ein unbefriedigendes Ergebnis (Tabelle 4). Bei der Itemanalyse zeigt sich, daß die Trennschärfen mit

Werten bis maximal 0.24 sehr niedrig sind. Sie sollten nach Tucker (1946) zwischen 0.3 bis 0.8 liegen, um eine hinreichende Validität und Reliabilität für einen Test gewährleisten zu können.

Tabelle 4 *Skalenanalytische Ergebnisse zur Skala „Sensation Seeking“*

Item	M	SD	p_i	r_{it}
Urwald erleben	2.54	1.01	2.54	.13
gesellige Situationen	2.81	1.02	2.81	.11
Film anschauen	2.25	.95	2.25	.06
träumen Bergsteiger zu sein	1.49	.87	1.49	.09
Vorliebe für moderne Kunstwerke	2.15	1.09	2.15	.07
mit lebenslustigen Menschen zusammensein	3.78	.48	3.78	.08
immer nur gleiche Leute sehen	1.94	.94	1.94	.08
Spaß bei angsteinflößenden Dingen	2.81	.96	2.81	.15
gern neues Essen ausprobieren	2.90	.97	2.90	.05
Weltenbummler	2.37	1.12	2.37	.12
Langeweile, wenn Leute gleiche Dinge erzählen	3.33	.83	3.33	.07
mit Fallschirm aus Flugzeug springen	2.85	1.19	2.85	.24
wegen Auftreten bewundert werden	2.21	1.05	2.21	.11
Fastnachtstrubel lieben	2.92	1.05	2.92	.08
unruhig, wenn längere Zeit zu Hause	2.32	1.11	2.32	.08
Skifahren	2.80	1.15	2.80	.21

Anmerkungen: Antwortskala von 4 (oft) bis 1 (nie), Cronbachs Alpha = .58.

Skala „Zufriedenheit“

Zur Erstellung von Skalen zur Zufriedenheit der Schüler wurden Kriterien aus dem schulischen Bereich, des Verhaltens untereinander und der Selbstbeobachtung herangezogen (siehe 5.3.1). Die Faktorenanalyse ergibt eine Sieben-Faktoren-Lösung (Tabelle 5), die 48.1 % der Varianz aufklärt. Die Items laden jeweils eindeutig auf einem der sieben Faktoren, die Einfachstruktur ist gewährleistet. Der erste Faktor beinhaltet sechs von neun Items der theoretisch erwarteten Skala „allgemeine Zufriedenheit mit sich und der Umwelt“ und zwei Items der Skala „Verhalten gegenüber Gleichaltrigen“. Die weiteren Faktoren beschreiben inhaltlich das Selbstbild gegenüber anderen, Selbstkritik/Planungsfähigkeit, die Einschätzung der Schulleistungen und den Umgang mit Freunden. Da die Skalen, die aus den Faktoren zwei bis sieben resultieren, sehr unbefriedigende interne Konsistenzen zwischen .30 und .59 haben, wird auf die Darstellung der skalenanalytischen Ergebnisse verzichtet.

Tabelle 5 *Varimaxrotierte Faktorenladungsmatrix der Hauptkomponentenanalyse über die Items von Zufriedenheit*

	1	2	3	4	5	6	7	h ²
sich hässlich fühlen	.10	.00	.00	.10	.17	-.71	-.10	.57
in der Schule der Beste	.00	.16	.80	.00	.00	.00	.00	.68
Hilfsbereitschaft	.00	.18	.19	.00	.59	.16	.00	.51
attraktiv für anderes Geschlecht	.12	-.64	.00	.00	-.18	.00	.30	.55
fast alles lernen können	-.27	.00	.24	.45	.00	.31	.00	.44
traurig, wenn Freund verunglückt	.00	-.16	.47	.00	.54	-.13	.00	.57
sich fehl am Platz fühlen	.43	-.22	.35	.12	-.18	-.12	.00	.43
Schulleistungen	-.18	.00	.00	.72	.00	.00	.15	.60
etwas falsch machen	-.24	.00	.51	.12	.00	.10	.00	.35
körperliche Entwicklung	.55	-.21	.00	.00	.00	.00	.17	.39
Bild von der Zukunft	-.57	.24	.14	.00	.00	.00	.00	.41
Freunde sind wichtig	.00	.37	-.16	.00	.27	.00	.00	.37
Wunsch, andere Person zu sein	.57	.00	.27	-.18	.00	-.10	.17	.47
neuen Situationen ausgesetzt sein	.00	.34	.41	.00	.00	.15	.28	.40
Fehler bei sich suchen	.10	.00	.64	.00	.00	.00	-.12	.45
Meistens glücklich sein	.58	.00	-.16	.00	.00	.00	-.12	.38
neue Erkenntnisse	-.21	.55	.19	.16	.00	.00	.16	.44
andere nicht aus Spaß verletzen	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.76	.60
lieber allein sein	.18	.00	.24	.00	-.58	.00	.00	.44
sich mit der Zukunft beschäftigen	-.24	.31	.46	.00	-.10	.00	.15	.42
finanzielle Unterstützung	.00	.00	.00	.12	.27	.71	-.12	.61
sterben wollen	.57	.22	.20	-.23	.00	.00	.00	.48
sich überlegen fühlen	.00	.65	.00	.19	-.19	.00	.00	.51
Welt ist aufregend	.55	-.25	.16	.15	.00	.00	.28	.45
sich unter Kontrolle haben	-.57	-.12	.16	.15	.00	.00	.28	.48
Eigenwerteverlauf	3.8	2.0	1.4	1.4	1.1	1.1	1.0	
Varianzaufklärung (in %)	15.4	8.1	5.8	5.6	4.6	4.5	4.1	

Für die aus Faktor eins resultierende Skala „allgemeine Zufriedenheit mit sich und der Umwelt“, die 15.4 % der Varianz aufklärt, sind die skalenanalytischen Ergebnisse in Tabelle 6 dargestellt. Die Trennschärfen sind mit Werten zwischen .10 bis .24 als sehr niedrig zu beurteilen.

Tabelle 6 *Skalenanalytische Ergebnisse zur Skala „allgemeine Zufriedenheit mit sich und der Umwelt“*

Item	M	SD	p _i	r _{it}
sich fehl am Platz fühlen	1.71	.80	1.71	.10
körperliche Entwicklung	1.88	.82	1.88	.20
Wunsch, andere Person zu sein	2.16	1.03	2.16	.24
meistens glücklich sein	1.80	.79	1.80	.19
sterben wollen	1.64	.89	1.64	.23
Welt ist aufregend	1.73	.78	1.73	.24
Bild von der Zukunft	1.89	.85	1.89	.21
sich unter Kontrolle haben	3.46	.61	3.46	.18

Anmerkungen: Antwortskala von 1 (trifft vollkommen zu) bis 4 (trifft nicht zu), Cronbachs Alpha = .70.

Analysiert man zum Vergleich mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse die Dimensionen des Konzeptes Zufriedenheit und geht von der theoretisch intendierten Drei-Faktoren-Lösung aus, ergeben sich für die einzelnen Skalen folgende metrische Eigenschaften: Die Drei-Faktoren-Lösung klärt 29.3 % der Varianz auf, wobei der erste Faktor 15.4 %, der zweite 8.1 % und der dritte 5.8 % aufklären. Die Items der vorliegenden Stichprobe verteilen sich anders als in der Ursprungsversion, d. h. die konzeptuelle Trennung der Zufriedenheitsvarianten wird durch die faktorenanalytischen Befunde in dieser Stichprobe in Frage gestellt.

Skala „Schulische Zufriedenheit“

Von den ursprünglich neun Items zur „Schulischen Zufriedenheit“ laden vier auf diesem Faktor und werden ergänzt durch ein Item selbstkritischer Einstellung zu Fehlern (siehe Tabelle 7). Die Werte für die Trennschärfen sind sehr niedrig.

Tabelle 7 *Skalenanalytische Ergebnisse zur Skala „Schulische Zufriedenheit“*

Item	M	SD	p _i	r _{it}
in der Schule der Beste sein	2.43	.85	2.43	.21
fast alles lernen können	3.27	.69	3.27	.18
Schulleistungen	3.12	.81	3.12	.22
sich unter Kontrolle haben	3.46	.61	3.46	.10
etwas falsch machen	2.98	.94	2.98	.07

Anmerkungen: Antwortskala von 1 (trifft vollkommen zu) bis 4 (trifft nicht zu), Cronbachs Alpha = .59.

Skala „allgemeine Zufriedenheit mit sich und der Umwelt“

Von neun Items der ursprünglichen Skala „allgemeine Zufriedenheit mit sich und der Umwelt“ laden acht Items auf dem Faktor und ein Item zur Einschätzung des eigenen Bildes in der Zukunft (siehe Tabelle 8). Die Trennschärfen sind mit Werten zwischen .07 und .22 als sehr niedrig

zu beurteilen. Der Vergleich dieser Skala mit der ähnlichen Skala der Sieben-Faktoren-Lösung (siehe Tabelle 6) zeigt, daß die Trennschärfen bei den meisten Items in dieser Version sogar noch schlechter ausfallen.

Tabelle 8 *Skalenanalytische Ergebnisse zur Skala „allgemeine Zufriedenheit mit sich und der Umwelt“*

Item	M	SD	p_i	r_{it}
sich hässlich fühlen	2.13	.89	2.13	.01
sich fehl am Platz fühlen	1.71	.80	1.71	.12
körperliche Entwicklung	1.88	.82	1.88	.19
Wunsch, andere Person zu sein	2.16	1.03	2.16	.23
meistens glücklich sein	1.80	.79	1.80	.17
lieber allein sein	1.43	.82	1.43	.06
sterben wollen	1.64	.89	1.64	.23
Welt ist aufregend	1.73	.78	1.73	.20
Bild von Zukunft	1.89	.85	1.89	.19

Anmerkungen: Antwortskala von 1 (trifft vollkommen zu) bis 4 (trifft nicht zu), Cronbachs Alpha = .64.

Skala „Verhalten gegenüber Gleichaltrigen“

Auf dem Faktor „Verhalten gegenüber Gleichaltrigen“ laden vier Items der Ursprungsversion dieser Skala, weiterhin vier Items der Skala „Schulische Zufriedenheit“ und ein Item zur Beurteilung der eigenen Attraktivität im Blickwinkel des anderen Geschlechts (siehe Tabelle 9). Die Trennschärfen sind unbefriedigend niedrig.

Tabelle 9 *Skalenanalytische Ergebnisse zur Skala „Verhalten gegenüber Gleichaltrigen“*

Item	M	SD	p_i	r_{it}
Hilfsbereitschaft	3.63	.57	3.63	.10
traurig, wenn Freund verunglückt	3.66	.61	3.66	.06
Freunde sind wichtig	3.68	.68	3.68	.03
Fehler bei sich suchen	2.56	.96	2.56	.06
neuen Situationen ausgesetzt sein	3.14	.84	3.14	.16
neue Erkenntnisse	3.11	.78	3.11	.21
sich mit der Zukunft beschäftigen	2.68	.90	2.68	.13
sich überlegen fühlen	2.28	.85	2.28	.16
Attraktivität anderes Geschlecht	2.21	.91	2.21	.13

Anmerkungen: Antwortskala von 1 (trifft vollkommen zu) bis 4 (trifft nicht zu), Cronbachs Alpha = .58.

6.2 Ergebnisse der Gesamtstichprobe zum 1. Meßzeitpunkt

Bei der Deskription der Daten werden aus Gründen der Dokumentation neben den Werten für die Gesamtstichprobe auch die Werte für die Teilstichproben der Raucher, der Probierer und der Nichtraucher aufgeführt. Die Resultate werden vorwiegend in prozentualen Anteilen dargestellt, weiterhin wurden Zusammenhänge über korrelative Maße überprüft. Zur Überprüfung von Unterschiedshypothesen wurden der t- Test für unabhängige Stichproben und der Chi²- Test herangezogen. Die unterschiedlichen Angaben zu *N* ergeben sich aus der Tatsache, daß nicht alle Items von allen Schülern beantwortet wurden.

Rauchverhalten

Die Tabelle 10 gibt an, wie die Kinder ihr eigenes Rauchverhalten beschreiben. Es zeigt sich, daß etwa zwei Drittel der Stichprobe sich als Nichtraucher ohne jede Konsumerfahrung beschreiben. Etwa ein Drittel der Gymnasiasten der 6. Jahrgangsstufe hat Raucherfahrungen, wobei sich erwartungsgemäß der überwiegende Teil der Schüler (24 %) im Probierstadium befindet. Von den aktuellen Rauchern rauchen die meisten eher gelegentlich, nur drei Schüler (0.5 %) stufen ihren Konsum als regelmäßig (täglich) ein.

Tabelle 10 *Häufigkeitsverteilungen des Rauchverhaltens in der Gesamtstichprobe (N= 821)*

Rauchverhalten	n	%
Nichtraucher, die nie eine Zigarette probiert haben	545	66.5
Nichtraucher, die einmal eine Zigarette probiert haben	198	24.0
Nichtraucher, die schon gelegentlich geraucht haben, aber wieder aufgehört haben	40	5.0
Raucher, die gelegentlich rauchen (mind. an einem Tag in der Woche)	35	4.0
Raucher, die regelmäßig rauchen (d.h. täglich)	3	0.5

Abgeleitet aus dieser Häufigkeitsverteilung wurden für die weiteren Analysen drei Gruppen gebildet,

- die Nichtraucher (die nie geraucht haben),
- die Probierer (Nichtraucher, die probiert haben bzw. Nichtraucher, die schon gelegentlich geraucht haben, aber wieder aufgehört haben) und
- die Raucher (die gelegentlich bzw. regelmäßig rauchen).

In Tabelle 11 wird aufgezeigt, daß der Konsum von Zigaretten bei Jungen und Mädchen unterschiedlich ist.

Tabelle 11 *Häufigkeitsverteilungen und Geschlechtsunterschiede beim Rauchverhalten in der Gesamtstichprobe*

Rauchverhalten	Gesamt		Weiblich		Männlich	
	n	%	n	%	n	%
Nichtraucher	545	70.0	289	73.9	256	59.5
Probierer	238	25.9	89	22.7	149	34.7
Raucher	38	4.1	13	3.4	25	5.8

Der Unterschied zwischen den Geschlechtern bezüglich des Rauchstatus ist signifikant ($\chi^2 = 19.10$, $df = 2$, $p < .01$). Mehr Schüler als Schülerinnen geben an, probiert zu haben bzw. zu rauchen.

Die Anzahl der gerauchten Zigaretten variiert stark (siehe Tabelle 12). Insgesamt gaben 51 Kinder eine Zahl gerauchter Zigaretten über null für den Zeitraum der letzten sieben Tage an. Von denen, die sich als Raucher einstufen, gaben acht (21 % der Raucher) einen Konsum von 0 Zigaretten in der letzten Woche an bzw. fehlte bei einem die Angabe. Die Angaben zur Zigarettenanzahl stammen also von 29 Rauchern (76 %) und 22 Probierern (9 %). In der Diskussion wird auf die Zuverlässigkeit der Angaben zum eigenen Konsumverhalten einzugehen sein.

Tabelle 12 *Anzahl gerauchter Zigaretten in den letzten sieben Tagen (N= 573)*

Anzahl gerauchter Zigaretten	Nichtraucher	Probierer	Raucher
0	364	150	8
1	0	12	5
2	0	6	7
3-4	0	2	8
5-10	0	1	5
11-20	0	1	3
≥ 21	0	0	1
M (SD) für alle	0 (0)	0.3 (1.4)	4.7 (7.4)
Minimum	0	0	0
Maximum	0	13	38

In Mittelwertvergleichen konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern bei der Anzahl konsumierter Zigaretten gefunden werden ($t_{49} = .28$, $p = .77$). Die 19 Mädchen rauchten durchschnittlich 4.0 Zigaretten pro Woche ($SD = 5.1$), während die 32 Jungen einen durchschnittlichen Konsum von 4.8 Zigaretten pro Woche ($SD = 7.2$) angaben.

Die Frage, ob sie jemals unter Druck gesetzt worden seien, zu rauchen, wurde, wie in Tabelle 13 zu sehen ist, von 59 Schülern (7.2 %) der Gesamtstichprobe bejaht. Bei der Beantwortung der Frage, ob sie schon einmal unter Druck gesetzt wurden, zu rauchen, zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern, d.h. 22 Schülerinnen (6.0 %) und 35 Schüler (8.6 %) bejahten jeweils die Aussage. Aber es wird ein Zusammenhang zwischen dem eigenen Rauchverhalten und dem wahrgenommenen, von außen ausgeübten Druck deutlich ($\chi^2 = 20.5$, $df = 2$, $p < .01$). Raucher geben ungefähr viermal häufiger als Nichtraucher an, unter Druck gesetzt worden zu sein, mitzurauchen.

Tabelle 13 *Antwort auf die Frage „Bist Du jemals unter Druck gesetzt worden, zu rauchen?“ (N= 821)*

Rauchverhalten	N	ja		nein	
		n	%	n	%
Gesamtstichprobe	821	59	7.2	762	92.8
Nichtraucher	545	24	4.4	521	95.6
Probierer	238	28	11.8	210	88.2
Raucher	38	7	18.4	31	81.6

Die Kinder wurden auch zum Rauchverhalten ihrer Bezugspersonen befragt (siehe Tabelle 14). Knapp ein Drittel der Schüler erleben das Rauchen innerhalb ihrer Familie und circa 10 % der Schüler haben rauchende Geschwister bzw. einen rauchenden besten Freund.

Tabelle 14 *Rauchende Bezugspersonen in Abhängigkeit vom Rauchverhalten der Schüler (N= 821)*

Rauchverhalten	Vater raucht		Mutter raucht		Geschwister rauchen		bester Freund raucht	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nichtraucher	145	27.0	131	24.0	37	7.0	28	5.0
Probierer	68	29.0	71	30.0	32	13.0	42	18.0
Raucher	17	45.0	16	42.0	10	26.0	24	63.0
Gesamt	230	28.0	218	27.0	79	10.0	94	11.0

Anmerkung: % vom Rauchverhalten des Kindes zur Erstbefragung

Bei 109 Schülern (13.3 %) rauchen beide Eltern. Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang ($\chi^2 = 9.2$, $df = 6$, $p = .01$) zwischen dem Rauchverhalten der Kinder und dem der Eltern, wenn beide Eltern rauchen. Vor allem in der Gruppe der Raucher wird dies deutlich, da zweieinhalbmal

so viele Schüler rauchen, wenn ihre Eltern beide rauchen im Gegensatz zu Kindern nichtrauchender Eltern.

Betrachtet man geschlechtsspezifische Abhängigkeiten zwischen dem Rauchverhalten der Mädchen und dem der Mütter ($\chi^2 = 2.0$, $df = 2$, $p = .36$) bzw. dem der Jungs und dem der Väter ($\chi^2 = .16$, $df = 2$, $p = .92$) ergeben sich keine signifikanten Zusammenhänge. In der Tabelle 15 wird der Zusammenhang zwischen dem Rauchverhalten der Schüler und der Personen des näheren Umfeldes dargestellt.

Tabelle 15 *Zusammenhang zwischen dem Rauchverhalten der Schüler und dem Rauchverhalten der Personen im Umfeld*

Rauchverhalten der Personen des Umfeldes	$\chi^2_{df=2}$	Phi
Vater raucht	5.5	.08
Mutter raucht	7.5	.10
Geschwister	20.9 **	.16 **
Freunde	28.8 **	.39 **

* $p < .05$; ** $p < .01$

In der 6. Jahrgangsstufe ist der überwiegende Teil der Schüler (81.3 %) in eine Gruppe von vier oder mehr Freunden eingebunden (siehe Tabelle 16). Zwischen den Gruppen der Nichtraucher, Probierer und Raucher gibt es keine statistisch bedeutsamen Unterschiede bezüglich der Anzahl der Freunde.

Tabelle 16 *Anzahl guter Freunde*

Anzahl der Freunde	n	%
keine	1	0.1
1	27	3.3
2	47	5.8
3	78	9.5
4 oder mehr	664	81.3

Hervorzuheben ist der deutliche Zusammenhang zwischen dem eigenen Rauchverhalten und dem der Freunde, was in der Tabelle 17 auch durch die Anzahl der Freunde, die rauchen verdeutlicht wird. Nichtraucher haben weniger rauchende Freunde als Raucher.

Tabelle 17 *Rauchverhalten der Kinder und Anzahl der Freunde, die rauchen*

Anzahl rauchender Freunde	Nichtraucher	Raucher und Probierer
kein Freund raucht	76 %	41 %
1-3 Freunde rauchen	23 %	41 %
4 oder mehr Freunde rauchen	1 %	18 %

Damit ist der Zusammenhang zwischen dem eigenen Rauchverhalten und der Anzahl der Freunde, die rauchen, signifikant ($r = .51$; $p < .01$). Ebenfalls signifikant wird der Zusammenhang zwischen der Anzahl der Freunde, die rauchen, und der Anzahl der gerauchten Zigaretten ($r = .36$; $p < .01$).

Bildet man eine Rangreihe der Häufigkeiten nach der Variablen, wie sich rauchende Schüler Zigaretten auf einem bestimmten Weg beschaffen, liegen Zigarettenautomaten und Freunde weit vorn. Angaben, bei denen die Schüler die Zigaretten über Eltern, Geschwister, Supermarkt oder Kiosk erhielten, kommen deutlich seltener vor (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18 *Beschaffungswege für Zigaretten durch Raucher (n= 38)*

Beschaffungsweg	„ja“ - Aussagen	„manchmal“ - Aussagen	„nie“ - Aussagen
Automat	9.0 %	6.0 %	85.0 %
Freunde	7.0 %	10.0 %	83.0 %
Eltern	0.4 %	2.0 %	97.6 %
Geschwister	0.2 %	2.2 %	97.6 %
Supermarkt	0.2 %	1.8 %	98.0 %
Kiosk	0 %	1.3 %	98.7 %

Wie in Tabelle 19 ersichtlich, wurden sowohl Raucher danach befragt, in welchen Situationen sie selbst rauchen und welche Motive sie dafür haben als auch Nichtraucher danach, in welchen Situationen ihrer Meinung nach Jugendliche rauchen würden und aus welchen Motiven heraus. Übereinstimmend werden gesellige Situationen (z. B. Disco, mit anderen) als typische Rauchsituationen angesehen. Interessant ist die Beurteilung durch Nichtraucher, daß Jugendliche häufig in Streßsituationen rauchen, was die tatsächlich konsumierenden Schüler deutlich anders beurteilen. Deren Konsummotive bestehen z. B. „aus Langeweile“, „zum Genuß“ oder „zur Entspannung“.

Tabelle 19 *Subjektive Einschätzung der Motive und Rauchsituationen, in denen rauchende Schüler ab und zu rauchen (Angaben der Raucher/Probierer, n= 276) bzw. Nichtraucher glauben, daß andere Jugendliche ab und zu rauchen (Angaben der Nichtraucher, n= 545)*

Rauchsituationen	Raucher/Probierer	Nichtraucher
nach dem Essen	0.7 %	14.7 %
Disco/Parties	16.3 %	100.0 %
zur Entspannung	5.8 %	42.5 %
bessere Konzentration	0.4 %	11.7 %
bei Streß	9.0 %	100.0 %
aus Gewohnheit	5.4 %	86.4 %
zum Genuß	6.5 %	72.8 %
aus Langeweile	8.3 %	60.4 %
mit anderen	23.2 %	100.0 %
attraktiver wirken	2.9 %	93.8 %
bei Ärger	6.5 %	60.2 %
unangenehme Situation	4.7 %	38.5 %
Hände beschäftigen	0 %	11.6 %
bei Ruhelosigkeit	2.5 %	40.7 %

Anmerkung: Mehrfachantworten waren möglich.

Für die Auswahl bestimmter Rauchsituationen spielt es sicher eine Rolle, wie die Schüler die Qualität des Kontaktes zu ihrem sozialen Umfeld einschätzen (siehe Tabelle 20).

Tabelle 20 *Antwort auf die Frage, wie sich die Schüler mit den verschiedenen Personen im allgemeinen verstehen*

Bezugs- personen	„ausgezeichnet“	„recht gut“	„mittelmäßig“	„nicht so gut“	„überhaupt nicht“
Verhältnis zur Mutter	440 (53.9 %)	300 (36.8 %)	64 (7.8 %)	10 (1.2 %)	2 (0.2 %)
Verhältnis zum Vater	428 (52.8 %)	297 (36.6 %)	62 (7.6 %)	17 (2.1 %)	7 (0.9 %)
Verhältnis zu Freunden	502 (61.8 %)	285 (35.1 %)	24 (3.0 %)	0 (0 %)	1 (0.1 %)
Verhältnis zu Lehrern	66 (8.1%)	416 (51.3 %)	263 (32.4 %)	41 (5.1 %)	25 (3.1 %)

Den gestuften Einschätzungen des Verhältnisses zu den Bezugspersonen entsprechend ist es sinnvoll, die Werte zu einer Skala zusammenzufassen. Bildet man anhand dieser Angaben („ausgezeichnet“ erhält den Wert eins bis „überhaupt nicht“ erhält den Wert fünf) Skalen des Verhältnisses zu den jeweiligen Bezugspersonen, so zeigt sich, daß sich mit zunehmender Tendenz zu rauchen das Verhältnis zu Mutter und Vater verschlechtert (siehe Tabelle 21). Die einfachen Varianzanalysen wurden mit a-posteriori-Student-Newman-Keuls-Tests gerechnet, um eine Akkumulation des α -Fehlers zu verhindern. Das Verhältnis zu den Lehrern steht in einem negativen Zusammenhang mit Probierkonsum und Rauchen. Dagegen wird das Verhältnis zu den Freunden durch das Rauchverhalten nicht beeinflusst.

Tabelle 21 *Subjektives Verhältnis zu Bezugspersonen in Abhängigkeit vom Rauchverhalten der Schüler*

	Nichtraucher		Probierer		Raucher		F _(2,791)
	M	SD	M	SD	M	SD	
Verhältnis zur Mutter	1.5	0.6	1.7	0.7	2.2	0.9	27.9**
Verhältnis zum Vater	1.5	0.7	1.7	0.8	2.2	1.1	14.9**
Verhältnis zu Freunden	1.4	0.6	1.4	0.5	1.4	0.7	1.1
Verhältnis zu Lehrern	2.3	0.8	2.6	0.9	2.9	0.8	16.5**

Anmerkungen: **p < .01

Unterschiede werden auch im von den Schülern erlebten bzw. antizipierten Verhalten verschiedener Bezugspersonen (siehe Tabelle 22) gegenüber einem vorhandenen bzw. möglichen Rauchen deutlich. Während kein signifikanter Unterschied zwischen der Reaktion der Eltern bei Rauchern und Nichtrauchern bestand und auch die Reaktion der Lehrer von beiden Gruppen gleich beurteilt wurde, zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Reaktionen der besten Freundin/des besten Friends ($\chi^2 = 13.1$; $df = 3$, $p < .01$). Bei Rauchern finden es ca. doppelt so viele Freunde gut, wenn der Freund/die Freundin auch raucht. Außerdem würden bei Rauchern weniger Freunde „strafen“ oder „darüber reden“ als bei Nichtrauchern. Nichtraucher denken dagegen, daß ihre Freunde weniger „gleichgültig“ (42 % der Nichtraucher vs. 51 % der Raucher) reagieren und häufiger mit ihnen darüber „reden“ würden (30 % der Nichtraucher vs. 22 % der Raucher). Die Kategorie „reden mit mir darüber“ kommt generell bei rauchenden Schülern seltener vor als bei Nichtrauchern. Auch die Reaktion „Gleichgültigkeit“ erleben Raucher insgesamt häufiger als die Schüler der Nichtraucherguppe.

Tabelle 22 *Wahrgenommene Reaktion auf tatsächliches oder mögliches Rauchen bei Nichtraucher(n) (NR) und Raucher/Probierern(R)*

Reaktionsweise	Mutter		Vater		beste(r) Freund(in)		Lehrer	
	NR	R	NR	R	NR	R	NR	R
Rügen	56 %	59 %	57 %	57 %	22 %	13 %	24 %	29 %
Gleichgültig	5 %	9 %	6 %	11 %	42 %	51 %	40 %	37 %
gut finden/ ermutigen	2 %	5 %	3 %	5 %	6 %	14 %	4 %	2 %
reden mit mir	37 %	27 %	34 %	27 %	30 %	22 %	32 %	32 %

Die wahrgenommenen Reaktionsweisen von Mutter und Vater auf ein tatsächliches oder eventuelles Rauchen ihrer Kinder zeigen einen hohen Konsens ($r = .83$, $p < .01$) in dieser Erziehungsfrage, so daß von einem diesbezüglich weitgehend übereinstimmenden Erziehungsverhalten der Eltern gesprochen werden kann.

Die Betrachtung der Beziehung zwischen dem Rauchverhalten der Eltern bzw. dem der Freunde und den Reaktionsweisen zeigt, daß das Rauchverhalten der Eltern nicht in Zusammenhang mit der Reaktion gegenüber dem Rauchverhalten der Kinder steht, während es hier bei den Freunden einen signifikanten Zusammenhang gibt ($\chi^2 = 24.1$; $df = 6$, $p < .01$).

Auch für die Beurteilung des Images des Rauchers in den Gruppen der Nichtraucher, Probierer bzw. Raucher sind Unterschiede festzustellen (siehe Tabelle 23).

Tabelle 23 *Image der Raucher in Abhängigkeit vom Rauchverhalten der Schüler*

Rauchverhalten	anziehender	leistungs- stärker	risikofreu- diger	gesünder	entspannter
Nichtraucher	11.3 %	3.4 %	64.9 %	2.2 %	12.0 %
Probierer	22.7 %	5.1 %	67.6 %	6.6 %	24.8 %
Raucher	57.1 %	21.4 %	64.3 %	6.7 %	53.3 %

Rauchverhalten	out	langweiliger	kraftloser	weniger mutig	passiver
Nichtraucher	40.1 %	33.6 %	63.4 %	13.5 %	40.3 %
Probierer	25.4 %	26.3 %	50.7 %	15.4 %	29.4 %
Raucher	23.1 %	7.1 %	33.3 %	7.1 %	23.1 %

Anmerkung: Prozentzahlen der jeweiligen Gruppe, die die Aussage „Raucher sind...als Nichtraucher.“ bejahten.

Circa viermal so viele Probierer/Raucher halten Raucher für anziehender als Nichtraucher ($\chi^2=22.2$; $df=1$, $p<.01$). Auch der Unterschied in der Einschätzung über das Attribut „entspannter“ zeigt einen signifikanten Wert ($\chi^2=12.6$; $df=1$, $p<.01$). Über die Hälfte der Raucher denken, daß Raucher entspannter sind. Die Ansicht „Raucher sind leistungsstärker“ wird signifikant häufiger von Rauchern als von Nichtrauchern vertreten ($\chi^2=8.9$; $df=1$, $p<.01$). Ungefähr doppelt so viele Nichtraucher wie Raucher halten Raucher für kraftlos ($\chi^2=5.2$; $df=1$, $p<.05$).

Die These „Raucher sind out“ wird von den Rauchern klar abgelehnt, von den Nichtrauchern jedoch bejaht ($\chi^2=8.7$; $df=1$, $p<.01$). Keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen sind festzustellen in der Beurteilung der „Risikofreudigkeit“ und der „Gesundheit“. Es gibt eine generell hohe Zustimmung zur ersten Zuschreibung und eine sehr große Ablehnung der Eigenschaft „gesund“ für Raucher. Auch bei den Aspekten „weniger mutig“, „passiver“ und „langweiliger“ finden sich keine signifikanten Unterschiede in der Beurteilung durch Nichtraucher bzw. Raucher. Ansatzpunkte für eine differentielle Präventionsarbeit wären aus der unterschiedlichen Beurteilung des Image des Rauchens ableitbar (siehe Diskussion).

Bildet man aus den einzelnen Beurteilungskriterien eine Skala, die das Raucherimage als Summe der einzelnen Bewertungen zusammenfaßt („1“ steht für „stimmt“ bei „leistungsstärker“, „risikofreudiger“, „gesünder“, „entspannter“, „anziehender“ und „2“ steht für „stimmt nicht“ bei „kraftloser“, „weniger mutig“, „passiver“, „out“, „langweiliger“) steht zehn für das bestmögliche Raucherimage und null für das schlechtest mögliche (siehe Tabelle 24). Dabei wird ein klarer Trend deutlich: mit zunehmendem Rauchverhalten steigt das Raucher-Image an. Während sich Nichtraucher und Probierer nicht wesentlich unterscheiden, gibt es einen eindeutigen Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen und den Rauchern ($F_{2/821}=15.1$, $p<.01$).

Tabelle 24 *Raucherimage in Abhängigkeit vom Rauchverhalten*

Rauchverhalten	M	SD	Minimum	Maximum
Nichtraucher	4.1	1.4	0	8
Probierer	4.8	1.4	2	9
Raucher	6.0	2.1	3	9

Die Schüler wurden auch zu ihrem Freizeitverhalten befragt (siehe Tabelle 25).

Es kristallisieren sich folgende Rangreihen bevorzugter Freizeitaktivitäten heraus:

- für Nichtraucher: Musik hören, Lesen, Video/Fernsehen, Bummeln, Sportverein, Computerspiele
- für Probierer: Musik hören, Bummeln, Video/Fernsehen, Computerspiele, Sportverein
- für Raucher: Musik hören, Bummeln, Video/Fernsehen, Clique; Computerspiele

Zwischen den einzelnen Gruppen sind signifikante Unterschiede beim Interesse am Lesen zu erkennen ($\chi^2 = 39.8$; $df = 4$, $p < .01$). Nichtraucher geben deutlich mehr an, gerne zu lesen, als Probierer bzw. Gelegenheitsraucher. Bummeln wird dagegen von den konsumierenden Kindern stärker bevorzugt ($\chi^2 = 19.5$; $df = 4$, $p < .01$) und auch das Verhalten, Zeit mit der Clique zu verbringen, ist häufiger als bei den Nichtrauchern ($\chi^2 = 18.7$; $df = 4$, $p < .01$). Auch hier ergeben sich Präventionsmöglichkeiten (siehe Diskussion).

Tabelle 25 *Freizeitaktivitäten in Abhängigkeit vom Rauchverhalten der Schüler*

Rauchverhalten	Lesen	Fernsehen	Sportverein	Clique	Faulenzen
Nichtraucher	74.9 %	73.2 %	68.0 %	52.6 %	44.4 %
Probierer	60.4 %	79.3 %	72.2 %	66.4 %	41.4 %
Raucher	44.7 %	86.8 %	65.8 %	76.3 %	47.4 %

Rauchverhalten	Malen	Verein	Bummeln	Computer
Nichtraucher	37.0 %	32.5 %	71.2 %	62.1 %
Probierer	22.9 %	30.6 %	83.3 %	72.7 %
Raucher	16.2 %	29.7 %	92.1 %	70.3 %

Rauchverhalten	Wandern	Lernen	Musik machen	Musik hören
Nichtraucher	33.8 %	32.3 %	47.0 %	88.1 %
Probierer	25.8 %	25.9 %	38.4 %	88.2 %
Raucher	24.3 %	8.3 %	36.8 %	94.7 %

Anmerkung: Antwort auf die Frage „Was tust Du in Deiner Freizeit? Diese Freizeitaktivität mache ich gerne.“

Insgesamt wird deutlich, daß von allen die gemeinsamen Freizeitaktivitäten gegenüber den Beschäftigungen bevorzugt werden, die man alleine tut. Bildet man Skalen „Freizeitbeschäftigung allein“ („Lesen“, „Faulenzen“, „Malen“, „Lernen“, „Musik machen“) bzw. „Freizeitbeschäftigung

mit anderen“ (restliche Items) erhält man für beide Skalen Werte zwischen 0 (keine Zustimmung) bis 2 (höchste Zustimmung). Die durchschnittliche Zustimmung für „Freizeitbeschäftigung mit anderen“ ist mit einem Mittelwert von 1.4 (SD= .32) höher als für die „Freizeitbeschäftigung allein“ (M= 1.0, SD= .48). Wie das Ergebnis einer Varianzanalyse bestätigt ($F_{2/791} = 20.6, p < .01$), zeigen Nichtraucher (M= 1.1, SD= .48) eine höhere Zustimmung zu „Freizeitbeschäftigung allein“ als Probierer (M= 0.9, SD= .45) und Raucher (M= 0.7, SD= .42).

Im Rahmen der Studie des Rauchverhaltens Transeszendierender wurden auch Persönlichkeitsvariablen untersucht. Zum Zeitpunkt der Erstbefragung zeigt die Analyse des Persönlichkeitsmerkmals der „Öffentlichen Selbstaufmerksamkeit“ (siehe 5.3.1) Unterschiede zwischen den Schülern der Nichtraucher-, Probierer- und Rauchergruppe. Der durchschnittliche Itemmittelwert der Skala „Öffentliche Selbstaufmerksamkeit“ liegt bei M= 2.65 (SD= .54). Bei den Probierern (M= 2.75, SD= .54) und Rauchern (M= 2.78, SD= .47) ist die „Öffentliche Selbstaufmerksamkeit“ im Vergleich zu den Nichtrauchern (M= 2.60, SD= .54) erhöht ($F_{2/791} = 7.7, p < .01$).

Alkoholkonsum

Von den Schülern der 6. Jahrgangsstufe haben etwa zwei Drittel Alkohol probiert, während ein knappes Viertel der Schüler noch nie Alkohol getrunken hat (siehe Tabelle 26). Schüler mit Konsumerfahrung geben in der Mehrzahl einen gelegentlichen Alkoholkonsum an. Von acht Schülern (0.9 %) wurde die Frage nicht beantwortet.

Tabelle 26 *Häufigkeitsverteilungen des Alkoholkonsums in der Stichprobe (N= 813)*

Alkoholkonsum	n	%
nein, nie	171	21.0
ja, aber nur probiert	543	66.8
ja, aber wieder aufgehört	21	2.6
ja, gelegentlich (mind. an einem Tag in der Woche)	74	9.1
ja, regelmäßig (d.h. täglich)	4	0.5

Nach dieser Häufigkeitsverteilung wurden für die weiteren Analysen analog zum Zigarettenkonsum drei Gruppen gebildet, die Nichtkonsumenten (die nie Alkohol getrunken haben), die Probierer (die Alkohol probiert haben bzw. wieder aufgehört haben Alkohol zu trinken) und die Konsumenten (die gelegentlich bzw. regelmäßig Alkohol trinken).

Für den Alkoholkonsum ergibt sich, wie in Tabelle 27 gezeigt, ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern ($\chi^2 = 19.1$; $df = 2$, $p < .01$). Deutlich mehr Jungen als Mädchen gaben an, „gelegentlich oder regelmäßig“ Alkohol zu trinken.

Tabelle 27 *Alkoholkonsum dargestellt nach Geschlecht (N= 813)*

Alkoholkonsum	Gesamt		weiblich		männlich	
	n	%	n	%	n	%
nie	171	21.0	94	24.0	77	18.0
probiert	564	69.4	275	71.0	289	68.0
gelegentlich/regelmäßig	78	9.6	20	5.0	58	14.0

Auch bei der Frage, ob sie schon einmal betrunken waren, zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern (siehe Tabelle 28). Es waren fast dreimal so viele Jungen wie Mädchen betrunken, dieser Unterschied ist auch statistisch signifikant ($\chi^2 = 9.5$; $df = 1$, $p < .05$). Die Frage wurde von 14 Schülern (1.7 %) nicht beantwortet.

Tabelle 28 *Antwort auf die Frage „Warst Du schon einmal richtig betrunken?“ (N= 807)*

	Gesamt		weiblich		männlich	
	n	%	n	%	n	%
ja	46	5.7	12	3.1	34	8.1
nein	761	94.3	376	96.9	385	91.1

Von 642 Schülern mit Alkoholkonsumerfahrung haben 78.9 % der Schüler die Frage nach der Getränkewahl beantworteten. Davon wählten 298 Schüler (46.5 %) Wein/Sekt, 191 (29.8 %) Bier/Viez, 32 (4.9 %) Whisky/Likör und 121 (18.8 %) gaben kein Getränk an. Während Wein/Sekt von beiden Geschlechtern gemocht wird, je 149 Jungen (50.3 %) und Mädchen (66.2 %) trinken ihn, wird Bier/Viez fast doppelt so häufig von 129 Jungs (42.9 %) wie von 64 Mädchen (28.4 %) konsumiert und auch Whisky/Likör wird eher von Jungs (20/6.8 %) als von Mädchen (12/4.1 %) getrunken.

Auch die Personen des Umfelds der Schüler konsumieren Alkohol, wie in Tabelle 29 zu sehen ist.

Tabelle 29 *Alkoholkonsumierende Bezugspersonen in Abhängigkeit vom Alkoholkonsum der Schüler (N= 821)*

Alkoholkonsum	Vater		Mutter		Geschwister		bester Freund	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nie	117	68.4	89	52.0	17	9.9	8	4.7
probiert	421	74.6	339	60.1	89	15.8	70	12.4
konsumiert	66	84.6	54	69.2	23	29.5	44	56.4
Gesamt	604	73.6	482	58.7	129	15.7	122	14.9

Anmerkung: % von Alkoholkonsum der Schüler.

Die Schüler wurden gefragt, in welchen Situationen und aus welchen Motiven heraus Jugendliche alkoholische Getränke trinken. Für Jugendliche typische Situationen des Alkoholkonsums sind demnach besondere Anlässe und in geselligen Situationen mit Freunden zu trinken. Als wesentliche Motive für den Konsum von Alkohol werden der Genuß und der Streß genannt (siehe Tabelle 30).

Tabelle 30 *Subjektive Einschätzung der Alkoholkonsumsituationen in Abhängigkeit vom Alkoholkonsum der Schüler*

Alkoholkonsumsituationen	n	%	Nichtkonsumenten	Probierer	Konsumenten
zu besonderen Anlässen	759	92.4	161	525	73
mit Freunden	716	87.2	143	500	73
in allen möglichen Situationen	136	16.6	32	87	17
zur Entspannung	121	14.7	31	73	17
bei Streß	266	32.4	64	182	20
zum Genuß	482	58.7	109	320	53
aus Langeweile	188	22.9	44	131	13

Anmerkung: Mehrfachantworten waren möglich.

Der Zusammenhang zwischen dem Rauchverhalten (Nichtraucher, Probierer, Gelegenheitsraucher) und dem Alkoholkonsum (Nichtprobierer, Probierer, Gelegentliche Konsumenten) ist statistisch signifikant ($r = .30$, $p < .01$).

6.3 Ergebnisse der Katamnese

Zum Zeitpunkt der Katamnese wurden 147 Schülerinnen (41.9 %) und 204 Schüler (58.1 %) befragt. Das Durchschnittsalter beträgt 12.2 Jahre (SD= .48).

Wie die Beschreibung des Rauchverhaltens in Tabelle 31 zum Katamnesezeitpunkt zeigt, hat im Vergleich zu den Angaben beim Erstbefragungszeitpunkt die Anzahl der Nichtraucher, die nie eine Zigarette probiert haben, abgenommen und der Probierkonsum hat zugenommen.

Tabelle 31 *Häufigkeitsverteilungen des Rauchverhaltens in der Katammesestichprobe (N= 358)*

Rauchverhalten	n	%
Nichtraucher, die nie eine Zigarette probiert haben	211	58.9
Nichtraucher, die einmal eine Zigarette probiert haben	99	27.6
Nichtraucher, die schon gelegentlich geraucht haben, aber wieder aufgehört haben	28	7.8
Raucher, die gelegentlich rauchen (mind. an einem Tag in der Woche)	19	5.3
Raucher, die regelmäßig rauchen (d.h. täglich)	1	0.4

Im Gegensatz zur Erstbefragung unterscheidet sich der Rauchstatus bei Jungen und Mädchen zum Zeitpunkt der Katamneseerhebung nicht signifikant ($\chi^2 = 1.2$, $df = 2$, $p = .52$) (siehe Tabelle 32).

Tabelle 32 *Häufigkeitsverteilungen und Geschlechtsunterschiede beim Rauchverhalten in der Katammesestichprobe (N= 351)*

Rauchverhalten	Gesamt		weiblich		männlich	
	n	%	n	%	n	%
Nichtraucher	211	60.1	91	61.9	120	58.8
Probierer	120	34.2	46	31.3	74	36.3
Raucher	20	5.7	10	6.8	10	4.9

Die Anzahl gerauchter Zigaretten variiert wiederum stark (siehe Tabelle 33), wobei 22 Kinder angeben in den letzten sieben Tagen geraucht zu haben. Während 19 Mädchen durchschnittlich 4.3 Zigaretten (SD= 4.6) rauchten, gaben die zehn Jungen einen Konsum von durchschnittlich 9.6 Zigaretten pro Woche (SD= 11.4) an. In Mittelwertsvergleichen konnte kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern bei der Anzahl konsumierter Zigaretten gefunden werden ($t_{28} = .17$, $p = .75$).

Tabelle 33 *Anzahl gerauchter Zigaretten in den letzten sieben Tagen (N= 239)*

Anzahl gerauchter Zigaretten	Nichtraucher	Probierer	Raucher
0	140	74	2
1	0	5	2
2	0	0	3
3	0	1	0
5	0	0	3
6	0	1	2
10	0	0	2
11	0	0	1
19	0	0	1
38	0	0	1
M (SD) für alle	0 (0)	0.1 (.77)	7.2 (9.3)
Minimum	0	0	0
Maximum	0	6	38

Die Frage, ob sie jemals unter Druck gesetzt worden seien zu rauchen, wurde von 32 Schülern (9.1 %) bejaht.

Auch bei der Katamnese wurden die Schüler nach dem Rauchverhalten der Personen ihres Umfeldes befragt (siehe Tabelle 34).

Tabelle 34 *Rauchende Bezugspersonen in Abhängigkeit vom Rauchverhalten der Schüler (N= 90)*

Rauchverhalten	Vater raucht		Mutter raucht		Geschwister rauchen		bester Freund raucht	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nichtraucher	50	24.0	45	21.6	12	5.6	20	9.4
Probierer	33	27.7	37	31.1	11	9.1	25	20.8
Raucher	7	35.0	5	25.0	3	15.0	13	65.0
Gesamt	90	25.9	87	25.1	26	7.4	58	16.5

Anmerkung: % vom Rauchverhalten des Kindes zur Katamnese.

Alkoholkonsum zur Katamnese

Der Probierkonsum bei 63.5 % der Schüler bestätigt sich als hauptsächliche Erfahrung im Umgang mit Alkohol auch zum Katamnesezeitpunkt. Die Zahl der Schüler mit Konsumerfahrung nimmt zu, wobei die Mehrzahl dieser Schüler einen gelegentlichen Alkoholkonsum angibt (siehe Tabelle 35).

Tabelle 35 *Häufigkeitsverteilungen des Alkoholkonsums in der Stichprobe zum Katamnesezeitpunkt (N= 362)*

Alkoholkonsum	n	%
nein, nie	65	18.0
ja, aber nur probiert	230	63.5
ja, aber wieder aufgehört	8	2.2
ja, gelegentlich (mind. an einem Tag in der Woche)	50	13.8
ja, regelmäßig (d. h. täglich)	9	2.5

Zwischen den Geschlechtern gibt es im Unterschied zur Ersterhebung keinen signifikanten Unterschied im Alkoholkonsumverhalten ($\chi^2 = 5.5$; $df = 2$, $p = .75$) (siehe Tabelle 36).

Tabelle 36 *Alkoholkonsum dargestellt nach Geschlecht (N= 362)*

Alkoholkonsum	Gesamt		weiblich		männlich	
	n	%	n	%	n	%
nie	65	18.0	29	18.5	36	17.6
probiert	238	65.7	105	66.9	133	64.9
gelegentlich/regelmäßig	59	16.3	23	14.6	36	17.5

Auch zum Zeitpunkt der Katamnese sollten die Schüler das Image der Raucher beurteilen. Alkoholkonsumierende Schüler sehen Raucher zum Katamnesezeitpunkt deutlich positiver als alkoholmeidende Schüler ($U = 1664$, $p = .04$).

6.4 Beschreibung der Veränderungen von der Erstbefragung zur Katamnese

Prüfung der Prätestäquivalenz und Ausfallanalyse

Um die Wirksamkeit einer Intervention beurteilen zu können, sollten Interventionsgruppe und Kontrollgruppe hinsichtlich relevanter Variablen vergleichbar sein. Deshalb werden im folgenden anhand der Parameter Alter, Geschlecht, Rauchverhalten, Druck mitzurauchen, Rauchverhalten der Eltern und Alkoholkonsum vor der Darstellung der Interventionseffekte die Vergleichbarkeit von Erstbefragungs- und Katamnesezeitpunkt, von Dropouts und Teilnehmern an der Katamnese sowie von Interventionsgruppe und Kontrollgruppe überprüft. Die Analyse eventueller Verzerrungen durch eine selektive Stichprobe oder selektive Dropouts bietet dann die Basis für eine korrekte Ergebnisdarstellung unter Berücksichtigung der Auswirkungen etwaiger Strukturunterschiede.

Vergleichbarkeit von der Erstbefragungsstichprobe und der Stichprobe der Katamnese- teilnehmer

Von den 791 Schülern, die an der ersten Befragung teilnahmen, standen bei der Katamnese noch die Datensätze von 367 Schülern (46.4 %) zur Verfügung.

Sind diese nachbefragten Schüler repräsentativ für die Stichprobe der Erstbefragten oder ist es durch den Ausfall von 424 Schülern (53.6 %) zu systematischen Verzerrungen gekommen? Die Schüler der Katamnese-Stichprobe sind einen Monat älter als die Schüler die nur an der Erstbefragung teilgenommen haben, was zwar statistisch signifikant, praktisch aber irrelevant sein dürfte. Die Gruppen sind vergleichbar hinsichtlich des Geschlechtes, des Rauchverhaltens, des erlebten Drucks mitzurauchen, des Elternrauchverhaltens und des Alkoholkonsums (siehe Tabelle 37). Danach gibt die Katamnese-Stichprobe ein repräsentatives Abbild der Gesamtstichprobe wieder.

Tabelle 37 *Strukturvergleich zwischen der Erstbefragungsstichprobe und der Katamnese-Stichprobe zum Erstbefragungszeitpunkt*

	Katamnese-Stichprobe	Erstbefragungsstichprobe	Vergleichsparameter
Interventionsgruppe	273 (74.3 %)	533 (67.4 %)	
Kontrollgruppe	94 (25.7 %)	258 (32.6 %)	
Soziodemographische Variablen			
Durchschnittsalter	11.8	11.7	U= 1254, p< .001
Mädchen	42.8 %	47.7 %	Chi ² = 2.4, df= 1, p= .129
Jungen	57.2 %	52.3 %	
Konsumverhalten			
Rauchverhalten			Chi ² = .94, df= 2, p= .622
Nichtraucher	67.3 %	66.5 %	Chi ² = 1.7, df= 1, p= .204
Probierer	29.2 %	28.7 %	
Raucher	3.5 %	4.8 %	
Druck mitzurauchen	5.2 %	7.3 %	Chi ² = 2.9, df= 1, p= .093
Vater oder Mutter raucht	36.6 %	41.9 %	
Alkoholkonsum			
			Chi ² = .04, df= 2, p= .978
Abstinenter	22.0 %	21.5 %	
Probierer	68.3 %	68.9 %	
geleg. Konsument	9.6 %	9.6 %	

Während mehr als die Hälfte der Schüler der Interventionsgruppe an der Katamnese teilnahmen, sind es bei der Kontrollgruppe nur etwas mehr als ein Drittel, d. h. der Probandenverlust ist in der Kontrollgruppe höher als in der Interventionsgruppe. Dieser Unterschied ist statistisch hochsignifikant ($\text{Chi}^2 = 15.2$; $\text{df} = 1$, $p < .01$).

Strukturvergleich zwischen Dropouts und Teilnehmern an der Katamnese

Die Ausfallanalyse (siehe Tabelle 38) zeigt, daß Dropouts im Durchschnitt jünger und eher Mädchen sind. Die ausgeschiedenen Schüler sind im Durchschnitt 2.5 Monate jünger als die Katamnese Teilnehmer. Während 51 % der Jungen an der Katamnese teilnehmen, sind es nur 42 % der Mädchen. Die Dropouts wurden häufiger schon einmal unter Druck gesetzt, mitzurauchen, und haben auch häufiger rauchende Elternteile. Die Dropouts und die Teilnehmer an der Katamnese unterscheiden sich strukturell nicht hinsichtlich ihres Rauchverhaltens und auch nicht bezogen auf ihren Alkoholkonsum.

Tabelle 38 *Ausfallanalyse der Stichproben bei der Erstbefragung*

	Dropouts	Katamnese Teilnehmer	Vergleichsparameter
Stichprobengröße	424 (53.6)	367 (46.4)	
Soziodemographische Variablen			
Durchschnittsalter	11.6	11.9	U= 5808, $p < .001$
Mädchen	58.4 %	41.6 %	$\text{Chi}^2 = 6.5$, $\text{df} = 1$, $p < .001$
Jungen	49.3 %	50.7 %	
Konsumverhalten			
Rauchverhalten			$\text{Chi}^2 = 2.3$, $\text{df} = 2$, $p = .303$
Nichtraucher	65.8 %	67.3 %	
Probierer	28.3 %	29.2 %	
Raucher	5.9 %	3.5 %	
Druck mitzurauchen	8.9 %	5.1 %	$\text{Chi}^2 = 4.5$, $\text{df} = 1$, $p = .05$
Vater oder Mutter raucht	59.0 %	41.0 %	$\text{Chi}^2 = 7.9$, $\text{df} = 1$, $p = .05$
Alkoholkonsum			$\text{Chi}^2 = .12$, $\text{df} = 2$, $p = .941$
Abstinenter	21.1 %	22.0 %	
Probierer	69.4 %	68.3 %	
gel. Konsument	9.5 %	9.6 %	

Strukturvergleich zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe bei der Erstbefragung

Bei der Erstbefragung sind die Interventionsgruppe (533 Schüler, 67.4 %) und die Kontrollgruppe (258 Schüler, 32.6 %) hinsichtlich der meisten relevanten Variablen vergleichbar (siehe Tabelle 39). Die Gruppen sind homogen bezogen auf den Rauchstatus der Schüler, die Druckausübung mitzurauchen, den Alkoholkonsum und das Rauchverhalten der Eltern. Die Kinder der Kontrollgruppe sind im Durchschnitt zwei Monate älter als die Kinder der Interventionsgruppe. Zwar ist dieser Unterschied statistisch signifikant, praktisch dürfte er aber irrelevant sein. Der Anteil der Jungen ist in der Interventionsgruppe wesentlich höher als in der Kontrollgruppe (58 % versus 41 %). Dieser Unterschied ist nicht durch Zufall zu erklären ($\chi^2= 19.2$, $df= 1$, $p < .001$).

Tabelle 39 Unterschiede zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe zur Erstbefragung

	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe	Vergleichsparameter
Teilnehmer	533 (67.4 %)	258 (32.6 %)	
Soziodemographische Variablen			
Durchschnittsalter	11.6	11.8	U= 6135, $p < .001$
Mädchen	42.4 %	58.5 %	$\chi^2= 19.2$, $df= 1$, $p < .001$
Jungen	57.6 %	41.5 %	
Konsumverhalten			
Rauchverhalten			$\chi^2= 4.2$, $df= 2$, $p= .119$
Nichtraucher	64.2 %	71.3 %	
Probierer	30.4 %	25.2 %	
Raucher	5.4 %	3.5 %	
Druck mitzurauchen	7.2 %	7.6 %	$\chi^2= .06$, $df= 1$, $p= .939$
Vater oder Mutter raucht	41.7 %	42.4 %	$\chi^2= .07$, $df= 1$, $p= .804$
Alkoholkonsum			$\chi^2= .69$, $df= 2$, $p= .707$
Abstinent	22.6 %	19.2 %	
Probierer	67.7 %	71.4 %	
gel. Konsument	9.6 %	9.4 %	

Trotz der berichteten Unterschiede kann von einer hinreichenden Äquivalenz zwischen der Erstbefragungsstichproben und der Katamnesestichprobe, den Dropouts und den Teilnehmern der

Katamnese und zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe ausgegangen werden. Da vor allem beim Rauchverhalten und dem Alkoholkonsum keine wesentlichen Unterschiede festgestellt wurden, ist eine selektive Verzerrung der Ergebnisse durch Spezifika der Untersuchungsgruppen in diesen Variablen unwahrscheinlich.

Interventionseffekte

In der Interventionsgruppe sind die Daten von 270 Schülern (50.6 % der IG) auswertbar, deren Datensätze sowohl von der Erstbefragung als auch von der Katamnese vorliegen. In der Kontrollgruppe sind die Daten von 81 Schülern (31.3 % der KG) auswertbar, die sowohl an der Erst- als auch an der Katamnesebefragung teilgenommen haben.

Tabelle 40 *Veränderungen des Rauchverhaltens vom Erstbefragungszeitpunkt zur Katamnese für die Interventions- und die Kontrollgruppe*

			Rauchverhalten bei Katamnese		
			Nichtraucher	Probierer	Raucher
Interventions- gruppe	Rauchverhalten bei Erstbefra- gung	Nichtraucher n=183	158	23	2
		Probierer n=76	5	59	12
		Raucher n=11	0	5	6
Kontrollgruppe	Rauchverhalten bei Erstbefra- gung	Nichtraucher n=59	48	11	0
		Probierer n=22	0	22	0
		Raucher n=0	0	0	0

Die Tabelle 39 zeigt die Veränderungen des Rauchverhaltens für die Interventions- und die Kontrollgruppe. Innerhalb der Interventionsgruppe ist bei 223 Schülern (82.5 %) keine Veränderung des Rauchverhaltens eingetreten. Eine Verbesserung des Rauchstatus geben 10 Schüler (3.8 %) an. Dabei sind von 11 Rauchern der Erstbefragung 5 (45.5 %) bei der Katamnese zu Nichtrauchern geworden. Ebenfalls wurden von den 76 Probierern der Erstbefragung 5 (6.6 %) bei der Katamnese zu Nichtrauchern. Bei einem Anteil von 13.7 % der Schüler (37) ist eine Verschlechterung des Rauchstatus eingetreten, wobei 14 Schüler (5.2 %) zu Rauchern geworden sind. In der Kontrollgruppe sind bei 86.4 % der Schüler (70) keine Veränderungen des

Rauchverhaltens aufgetreten. Kein Schüler gibt eine Verbesserung seines Rauchstatus an. Bei 11 Schülern (13.6 %) ist eine Verschlechterung des Rauchstatus eingetreten.

Zählt man zu den „Verbesserungen des Rauchverhaltens“ den Wechsel vom Raucher zum Probierer bzw. vom Probierer zum Nichtraucher gibt es in der Interventionsgruppe 10 Erfolge zu verzeichnen (siehe Tabelle 41). Bei der Untersuchung der „Verschlechterung des Rauchverhaltens“ findet sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe ($\chi^2 = .00$, $df = 1$, $p = .97$).

Tabelle 41 *Verbesserungen und Verschlechterungen des Rauchverhaltens*

	Interventionsgruppe (n= 270)		Kontrollgruppe (n= 81)	
„Verbesserungen“ des Rauchverhaltens	n	%	n	%
ja	10	3.7	0	0
nein	260	96.3	81	100
„Verschlechterungen“ des Rauchverhaltens	n	%	n	%
ja	37	13.7	11	13.6
nein	233	86.3	70	86.4

Da in der Kontrollgruppe nur sehr wenige Schüler nachbefragt wurden und insbesondere keiner der Raucher, sind weitere Vergleiche zwischen Interventions- und Kontrollgruppe nicht sinnvoll möglich.

Für die folgenden Auswertungen wurden daher die Angaben der 273 Schüler der Interventionsgruppe herangezogen, die sowohl an der Erstbefragung als auch an der Katamnese teilnahmen. Dieser Vorher-Nachher-Vergleich innerhalb der Interventionsgruppe verbleibt als Analysemöglichkeit, um Veränderungen des Rauchverhaltens in Abhängigkeit von möglichen Einflußfaktoren (z. B. Geschlecht, Alter Alkoholkonsum zum ersten Meßzeitpunkt) festzustellen. Die Varianzanalysen ergeben einen signifikanten Haupteffekt allein für den Faktor Alkoholkonsum zum Erstbefragungszeitpunkt ($F_{(2,273)} = 10.46$, $p < .001$). Wie der Wilcoxon-Test zeigt, haben sich auch Veränderungen hinsichtlich des Raucher Images in der Interventionsgruppe ergeben ($T = -2.82$, $p < .01$). Insgesamt hat sich die Beurteilung des Raucherimages von der Erstbefragung ($M = 4.21$, $SD = 1.54$) zur Katamnesebefragung verschlechtert ($M = 3.82$, $SD = 1.60$). Bei 48.5 % der Schüler hat sich das Image der Raucher verschlechtert, 15.8 % der Schüler zeigten keine Veränderungen und bei 25.5 % der Schüler gab es eine Verbesserung des Raucherimage. Die Veränderung des Raucherimages ist weder vom Geschlecht ($U = 3057$, $p = .30$), noch vom Alter ($U = 2784$, $p = .93$),

dem Alkoholkonsum ($U= 1723$, $p= .30$), dem Druck, mit zu rauchen ($U= 410$, $p= .58$) oder dem Rauchverhalten der Eltern ($U= 2578$, $p= .19$) abhängig.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Es folgt eine kurze Zusammenfassung der dargestellten Auswertungen mit den wichtigsten Punkten, die auch in der anschließenden Diskussion aufgegriffen werden sollen.

Die wichtigsten Ergebnisse:

- Die hauptsächlich Erfahrung beim Rauchen und Alkoholkonsum ist bei den Gymnasiasten der 6. Jahrgangsstufe in der vorliegenden Stichprobe das Probierverhalten. Eine Minderheit konsumiert bereits gelegentlich bzw. regelmäßig, allerdings in geringen Mengen.
- Geschlechtsspezifisch zeigt sich in der Altersgruppe der Transeszendierenden ein umfangreicherer Konsum bei den Jungen.
- Faktoren die in einem engen Zusammenhang mit dem Drogenkonsum stehen sind das Rauchverhalten der Freunde, die Einschätzung des Raucherimages, das Freizeitverhalten und die Persönlichkeitseigenschaft „Öffentliche Selbstaufmerksamkeit“.
- Die Intervention bewirkt bei 10 Schülern eine Verbesserung des Rauchstatus (3.8 %). Entwicklungsbedingte Verschlechterungen des Rauchstatus treten in gleichem Ausmaß in der Interventions- und in der Kontrollgruppe auf.
- Trotz des hohen Datenausfalls von 54 % der Erstbefragungsstichprobe ist nicht von einer selektiven Verzerrung der Daten auszugehen.

7 DISKUSSION

In dieser Arbeit wurde die Frage untersucht, wie die Gebrauchsmuster legaler Drogen von Gymnasiasten der 6. Jahrgangsstufe zu beschreiben sind und welche Wirksamkeit ein substanzspezifisches Präventionsprogramm hat. Aufbauend auf dem Forschungsstand und theoretischen Überlegungen wurden im Rahmen einer Interventionsstudie verschiedene Aspekte dieser Fragestellung untersucht. In der Diskussion werden Grenzen der Untersuchung aufgezeigt und zentrale Befunde im Überblick dargestellt. Praktische Implikationen der Ergebnisse und Impulse für weitere wissenschaftliche Untersuchungen werden diskutiert werden.

Die hier vorgestellte Interventionsstudie befaßt sich mit der Beschreibung des Substanzkonsums und dafür relevanter Variablen bei Gymnasiasten der 6. Jahrgangsstufe und der Wirksamkeit eines suchtpreventiven Programms. Das Studiendesign eines quasi-experimentellen Vorgehens mit einem Vortest und einer Katamnese ca. vier bis fünf Monate nach dem Vortest in Interventions- und Kontrollklassen entspricht den Anforderungen, die z. B. Dusenbury und Falco (1995) an die Evaluation suchtpreventiver Maßnahmen gestellt haben. Durch eine genaue Planung, die im Manual nachvollziehbare Durchführung und die Auswertung der standardisierten schriftlichen Befragungen der Schüler sollten die Ergebnisse valide Aussagen ermöglichen.

Das erstellte Manual beschreibt detaillierte Unterrichtsvorschläge für die 6. Jahrgangsstufe an Gymnasien. Durch die Spezifität und Konkretheit des Manuals wird ein strukturiertes Vorgehen möglich, was eine wesentliche Grundlage für die Evaluation des Interventionsprogramms ist. Neben der Möglichkeit, neueste wissenschaftliche Ergebnisse zu berücksichtigen, werden erprobte Arbeitsmaterialien zur Verfügung gestellt. Aufgrund der positiven Resonanz und Nachfrage der Lehrer soll eine Veröffentlichung des Manuals dazu beitragen, die Inhalte des Präventionsprogramms im Unterricht weiter führen und vertiefen zu können. Bei der Erprobung der Unterrichtseinheiten hat sich die auch in anderen Programmen (z. B. Holleder, 2001) gewonnene Erfahrung bestätigt, daß sich lebendiger Unterricht eher schwer manualisieren läßt. So sollten u. a. die Vorschläge für die Unterrichtseinheiten auf den jeweiligen Entwicklungsstand der Schüler adaptiert werden, Schwerpunktsetzungen bei einzelnen Inhalten des Programms klassenspezifisch variiert werden und auch die Auswahl und Umsetzung der Methoden den konkreten Bedingungen angepaßt werden.

Der gewählte Stundenumfang von acht Unterrichtsstunden ist für suchtpreventive Programme vergleichsweise als gering zu beurteilen (vgl. Maiwald & Reese, 2000). Er resultiert aus der Kon-

zeption, das Programm nicht wie sonst meistens praktiziert, durch Lehrer durchführen zu lassen, sondern Experten des Gesundheitssystems als Durchführende zu gewinnen. Dies geschieht im Sinne einer Vernetzung von Präventionspartnern inner- und außerhalb der Schule. Ein weiterer Vorteil des Einsatzes von Experten kann darin bestehen, daß ihnen als „neue“ Personen im Schulalltag besonderes Interesse von den Schülern entgegengebracht wird. Lehrer haben an der Schule zahlreiche Erfordernisse zu erfüllen, so daß die Gesundheitserziehung zwangsläufig häufig nur eine untergeordnete Rolle spielen kann. Weiterhin ist zu berücksichtigen, daß negative oder ambivalente Beziehungen zwischen Schülern und Lehrern auch die Programmdurchführung beeinträchtigen können oder Glaubwürdigkeitsprobleme für Lehrer in der suchtpreventiven Arbeit entstehen können. Bisher absolvieren Experten die Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsaktivitäten meist in ehrenamtlicher Nebentätigkeit, die zeitlich demzufolge nur begrenzt möglich und vor allem mit Permanenz schwierig realisierbar ist. Die Suche nach dauerhaften Finanzierungsmöglichkeiten (z. B. Krankenkasse, Kommunen, Pharma-Firmen) über die Modellprojektphasen hinaus gehend ist aufwendig und verlangt stets eine kritische Reflexion, um nicht in Abhängigkeiten zu geraten. Dennoch sollten vermehrte Anstrengungen unternommen werden, um Experten selbstverständlicher und stärker in die schulische Gesundheitsförderung einzubinden.

Kritische Anmerkungen in Hinblick auf die untersuchte Stichprobe beziehen sich auf deren eingeschränkte Repräsentativität, da nur Gymnasiasten berücksichtigt wurden und Jungen in der Stichprobe überrepräsentiert sind sowie die Stichprobenrekrutierung, da es nicht möglich war eine reine Zufalls-Stichprobe von Schulen und Schulklassen auszuwählen. Vergleicht man die Daten mit dem Forschungsstand (siehe 2.5.3) zeigen sich allerdings keine gravierenden Verzerrungen der Prävalenzraten des Zigaretten- und Alkoholkonsums.

Die Ausschöpfungsrate lag zum Katamnesezeitpunkt bei etwa 45 % der Erstbefragungsstichprobe. Die Verringerung der Erstbefragungsstichprobe war in der Kontrollgruppe (KG) mit ca. 70 % ausgeschiedenen Schülern deutlich höher als in der Interventionsgruppen (IG), in der ca. 50 % der Schüler ausschieden. Als mögliche Quelle dieses Probandenverlustes kann für die KG u. U. eine geringere Motivation der teilnehmenden Lehrer angenommen werden, da diese ihren Schülern kein Programm anbieten konnten. In den Interventionsgruppen könnte es zu Ermüdungserscheinungen bei der Beantwortung der Fragebogen gekommen sein, da die Schüler während der Programmdurchführung stündlich auch Fragebogen zur Prozeßevaluation ausfüllen sollten. Weitere Probleme mit der Durchführung der Katamneseerhebungen ergaben sich durch den Schuljahresablauf (z. B. Überschneidung Katamnesezeitpunkt und Ferien). Die Ausfallanalysen haben jedoch gezeigt, daß ein selektives Ausscheiden besonders gefährdeter Jugendlicher

nicht zu beobachten war. Für die Evaluation von Suchtpräventionsprogrammen wird solch ein höherer Ausfall von gefährdeten Jugendlichen berichtet (u. a. Hansen, 1992, Botvin et al., 1990), der dann möglicherweise zu einer fälschlichen Begünstigung von Effekten eines Programms führen könnte.

Zur Ergebnisevaluation des Programms „Prävention des Zigarettenrauchens in der Schule“ wurden Schüler mit Fragebogen zu ihrem Rauchverhalten und Alkoholkonsum sowie relevanten Schutz- und Risikofaktoren befragt. Den Schülern wurde Anonymität zugesichert und zur Datenerhebung wurden den Schülern unbekannte Projektmitglieder eingesetzt, um so die Validität der Angaben zu erhöhen.

Bei den Erhebungen zeigte sich, daß die im Fragebogen verwendeten Fragen von den Schülern gut verstanden wurden und innerhalb einer Unterrichtsstunde beantwortet werden konnten. Die Fragen vom ersten bis zum vierten Teil des Fragebogens (siehe 5.3.1), die u. a. soziodemographische Variablen, das Konsumverhalten der Schüler und der Personen ihres sozialen Umfeldes sowie Einstellungen zum Rauchen bzw. Alkoholkonsum erfaßten, haben sich bewährt.

Die Reliabilität selbstberichteter Angaben zum Konsum von Tabak und Alkohol bei Kindern und Jugendlichen kann als zufriedenstellend beurteilt werden (Henricson & Jackson, 1999, Stanton, McClelland, Elwood & Ferry, 1996). Vergleiche subjektiver Fragebogenangaben mit objektiven Methoden (z. B. chemischen Nachweismethoden von Nikotin im Speichel) zum Wahrheitsgehalt der Selbstangaben zum Rauchverhalten bei Kindern und Jugendlichen zeigten, daß bei den Mädchen eine fast vollständige Übereinstimmung zwischen beiden Analysemethoden vorlag, während bei den Jungen 2 % „übertrieben“, d. h. im Fragebogen angaben, Aktivraucher zu sein, was objektiv jedoch nicht nachweisbar war (Hoyer-Schuschke, Köhler & Thal, 2000). Hieraus kann man schlußfolgern, daß zur Untersuchung des Rauchverhaltens von Kindern und Jugendlichen die Selbstangaben in Fragebogen eine ausreichend valide Datenbasis liefern.

Dagegen haben die Itemanalysen mittels Faktorenanalysen und Reliabilitätsprüfung gezeigt, daß die verwendeten Skalen zur Erhebung von Persönlichkeitsvariablen, die im Zusammenhang mit dem Umgang mit legalen Drogen stehen, bis auf die Skala *Öffentliche Selbstaufmerksamkeit*, verbesserungsbedürftig sind und daher in der vorliegenden Datenauswertung nicht berücksichtigt werden konnten. Durch den Einsatz der *sensation seeking* Skalen (Zuckerman, 1979) sollte die allgemeine Feststellung, daß die Risikobereitschaft bei Rauchern stärker ausgeprägt ist als bei Nichtrauchern (siehe z. B. Bowen, Dahl, Mann & Peterson, 1991, Carton, Jouvent & Wildlöcher,

1994), differenziert werden. Typische Verhaltenskorrelate der Risikobereitschaft sollten entsprechend den Skalen *Streben nach risikoreichen Aktivitäten, nach neuen Erfahrungen, Enthemmung in sozialen Situationen* und *Vermeidung von Langeweile/Monotonie* getrennt erfaßt werden und auf ihre Beziehung zum Drogenkonsum untersucht werden. Mögliche Ursachen der unbefriedigenden Kennwerte der Skalen in der vorliegenden Untersuchung können in der Verwendung der verkürzten Fragebogenversion, in der Herkunft des Itemmaterials aus den 60er Jahren (z. B. „Ich bin sehr für fröhliche Runden zu haben, wo die üblichen Hemmungen fallen.“), in Übersetzungsproblemen, der Kulturabhängigkeit der Skalen sowie der Operationalisierung des Merkmals Risikobereitschaft begründet sein. Da der Merkmalsbereich der Reizsuche und Erlebnismotivation inhaltlich und psychometrisch sehr differenziert ist, wäre die Vorhersageleistung der Skalen sicher zu verbessern, wenn nicht nur die Personvariable, sondern auch alterstypische Situationsvariablen erlebnisreichen bzw. riskanten Verhaltens Transeszendierender einbezogen würden. Eine Ableitung der Merkmale der Risikobereitschaft aus den Theorien zur Entstehung von Gesundheitsverhalten oder zur Entwicklung von Abhängigkeit könnte den spezifischen gesundheitsbezogenen Aspekt dieser Persönlichkeitsvariable verdeutlichen. Um die Rolle der Risikobereitschaft und ihrer Konsequenzen für einen zukünftigen Drogenkonsum untersuchen zu können, wäre es sinnvoll einen derartigen differenzierten Fragebogen für Jugendliche zu entwickeln.

Kritische Anmerkungen zu den Ergebnissen der Messung von Aspekten des Selbstkonzepts beziehen sich auf die sich als unzufriedenstellend erweisende Differenzierung der Aspekte des Selbst und die schlechten Kennwerte der diesbezüglichen Skalen. Der eingesetzte Selbstkonzeptfragebogen von Offer und Mitarbeitern (Offer, Ostrov & Howard, 1982), der sich bei etwas älteren Jugendlichen (13- bis 19jährigen) in der deutschsprachigen Version von Seiffge-Krenke (1987) bewährt hat, erbrachte in der gekürzten Version für die vorliegende Studie unbefriedigende faktoren- und itemanalytische Ergebnisse. Eine entwicklungspsychologische Erklärung für diese Befunde könnte darin zu sehen sein, daß in der Altersgruppe der Transeszendierenden die Differenzierung verschiedener Aspekte des Selbst noch nicht abgeschlossen ist. Betrachtet man die in der vorliegenden Studie gefundenen Faktoren, liegt es nahe, etwas andere Schwerpunkte der Selbstkonzeptbestimmung bei Transeszendierenden anzunehmen. Beispielsweise wird das „Verhalten gegenüber Gleichaltrigen“ stark von der erlebten schulischen Zufriedenheit mitbestimmt.

Wie sieht die Ausgangssituation in der Stichprobe aus? In der 6. Jahrgangsstufe hat etwa ein Drittel der Gymnasiasten Raucherfahrungen. Regelmäßigen Konsum gibt eine kleine Minderheit von drei Schülern (0.5 %) an, während 35 Schüler (4 %) gelegentlich rauchen. So besteht die we-

sentliche Konsumerfahrung der Gymnasiasten im Probier- oder Experimentierkonsum, dessen Bedeutsamkeit für die langfristige Entwicklung des Rauchstatus noch weitgehend unklar ist. In diesem Alter zählen sich mehr Jungen als Mädchen zu den Probierern bzw. Rauchern. Alkohol haben 79 % der Schüler bereits probeweise, gelegentlich oder regelmäßig konsumiert. Davon waren 5.7 % auch schon einmal richtig betrunken. Auch hier ist die Prävalenz der Jungen höher als die der Mädchen. Diese Prävalenzraten des Konsums von Zigaretten und Alkohol unterstützen das Vorgehen, im Gymnasium substanzspezifische Suchtprävention in der 6. Jahrgangsstufe zu beginnen. Nach dem Phasenkonzept der Entwicklung des Zigarettenkonsums von Flay et al. (1983) befinden sich die Transeszendierenden vorrangig im Vorbereitungsstadium bzw. eine Minderheit bereits im Experimentierstadium. So besteht eine Relevanz für die Auseinandersetzung mit dem Thema des verantwortungsvollen Umgangs mit Drogen.

Unter Berücksichtigung der Problematik der Erhebungsmethoden bei epidemiologischen Untersuchungen des Drogenkonsums bei Kindern und Jugendlichen (u. a. unterschiedliche Altersklassen zusammengefaßt, verschiedene geographische Untersuchungsräume, verschiedene Häufigkeitsmaße) sind die Ergebnisse der vorliegenden Studie im wesentlichen mit den in Abschnitt 2.5.3 berichteten Ergebnissen vergleichbar. Sowohl der Raucheranteil als auch der Anteil der Alkoholkonsumenten ist unter den Jungen höher als bei den Mädchen. Erwartungsgemäß ist die Konsummenge eher gering, d. h., allerhöchstens wird eine Zigarette pro Tag geraucht. Im Vergleich zu anderen Untersuchungen (z. B. Drogenaffinitätsstudie, BZgA, 2001) besteht ein Unterschied bei der Wahl der konsumierten Alkoholika. Während Transeszendierende sonst Bier als alkoholisches Getränk präferieren, wird in der untersuchten Stichprobe Wein und Sekt am stärksten konsumiert. Aufgrund der Lage des Untersuchungsgebietes in einem Weinanbaubereich dürfte dieser Befund eine regionale Besonderheit abbilden.

Betrachtet man die Angaben der Schüler zum Rauchverhalten ihrer Eltern im Vergleich mit Ergebnissen von Repräsentativerhebungen zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland (Kraus, Augustin, Kümmler, Tschernich & Müller-Kalthoff, 2001) so ist der Anteil der Raucher in der vorliegenden Untersuchung niedriger. Während in der Repräsentativerhebung 39 % der Männer und 31 % der Frauen rauchten, sind es in der vorliegenden Untersuchung 28 % rauchende Männer und 27 % rauchende Frauen. Dieser Unterschied bei den Raucherprävalenzen erklärt sich sicher vor allem dadurch, daß die Eltern von Gymnasiasten eher zur mittleren und oberen Schicht zu zählen sind, die durch die Bildung, die berufliche Stellung und das Einkommen dazu beiträgt, daß gesundheitsbewußtes Verhalten häufiger praktiziert wird. Entsprechende empirische Befunde, die zeigen, daß in Gruppen mit einem höheren sozio-öko-

nomischen Status Risikofaktoren für die Gesundheit (wie z. B. Rauchen, Übergewicht) seltener auftreten, sind zusammenfassend von Mielck (2000) dargestellt worden. Möglicherweise führen auch die Angaben der Schüler zu einer Verzerrung, dadurch daß einige Kinder ein „sozial erwünschtes“ Bild ihrer Eltern darstellen wollen. Deshalb wird es interessant sein, die Angaben der Schüler mit denen der Eltern im Elternfragebogen zu vergleichen.

Die Gruppe der Gleichaltrigen (peer group) hat wie zahlreiche andere Studien belegt haben (siehe Kap.2) einen großen Einfluß auf die Entwicklung des Konsumverhaltens der Transeszendierenden. Sowohl beim Rauchverhalten als auch beim Tabakkonsum zeigt sich, daß die Konsumenten häufig ebenfalls rauchende bzw. Alkohol trinkende Freunde haben. Daher wird der von außen ausgeübte Druck mitzurauchen von konsumierenden Schülern eher erlebt als von Nichtrauchern. Unter bereits konsumierenden Schülern findet eine gegenseitige Ermutigung zum Rauchen statt und es wird gut gefunden. Insgesamt schreiben Raucher dem Konsum von Zigaretten ein positives Image zu, mit dem vor allem verbunden ist, anziehend, risikofreudig und entspannt zu sein. Die starke soziale Einbindung und die Verflechtung des eigenen Konsums mit dem anderer wird auch deutlich, wenn man sieht, daß gesellige Situationen (z. B. „mit anderen rauchen“, „in der Disco/bei Parties rauchen“, „mit Freunden Alkohol trinken“) als besonders typische Konsumsituationen bezeichnet werden. Weiterhin deutet die Freizeitgestaltung mit anderen (z. B. „sich mit der Clique treffen“, „mit anderen in der Stadt herumbummeln“) darauf hin, daß der Konsum von Nikotin und Alkohol in Peer-group-Aktivitäten eingebunden ist.

Das Ergebnis, daß Probierer und Raucher eine höhere Selbstaufmerksamkeit angeben als Nichtraucher bestätigt Befunde, die zeigen, daß Personen mit hoher Selbstaufmerksamkeit eher anfällig für Gruppendruck sind und es eher vermeiden von der Mehrheitsmeinung abzuweichen (Drinkmann, 1986) sowie deren Selbstbeschreibungen als emotional, unruhig, nervös und unsicher (Turner, 1977). Für die Bedeutsamkeit einer hohen Selbstaufmerksamkeit als Moderatorvariable für den Konsum legaler Drogen sprechen auch die Ergebnisse von Jerusalem (1983), der in seiner Untersuchung bestätigen konnte, daß hohe Selbstaufmerksamkeit in (schulischen) Leistungskontexten zu Beeinträchtigungen der tatsächlichen Leistungsfähigkeit führen kann. Damit gibt es Hinweise, daß eine hohe Ausprägung dieser Persönlichkeitseigenschaft indirekt zur Entwicklung der unter 2.3.2 diskutierten Risikofaktoren für eine Drogengefährdung (z. B. schulische Probleme) beitragen könnte.

Nichtrauchende Schüler beurteilen das Rauchen negativer als die Schüler mit Raucherfahrung. So sehen sie im Rauchen eine Reaktion auf Streß, eine Möglichkeit für Raucher, attraktiver zu

wirken, und eine Angewohnheit, die vor allem in Gruppen (z. B. in der Disco) praktiziert wird. Das Bild des Rauchers als u. a. kraftlos, ungesund und wenig anziehend trägt zu einer Distanz zum Konsumverhalten bei. Auch wenn die Freizeit im wesentlichen gemeinsam mit Freunden gestaltet wird, fällt bei Nichtrauchern ein größeres Interesse am Lesen auf.

Die wesentlichen Ergebnisse der Zielgruppenanalyse zeigen Gemeinsamkeiten und Unterschied zwischen Konsumenten und Nichtkonsumenten auf, die in der präventiven Arbeit weiter verwendet werden können. Die Mehrzahl aller Schüler beurteilt das Rauchen als ein Risikoverhalten und hält es für ungesund. Zu den Charakteristika der Nichtkonsumenten zählen,

- daß ein größerer Anteil Mädchen als Jungen zu dieser Gruppe gehört;
- Nichtraucher weniger rauchende Freunde und seltener rauchende Eltern als Raucher haben;
- das Verhältnis zu den Bezugspersonen überwiegend als „recht gut“ oder „ausgezeichnet“ beurteilt wird;
- Nichtkonsumenten die Erwartung haben, daß mit ihnen bei einem Konsum legaler Drogen darüber „gesprochen wird“;
- der Freundeskreis es „nicht gut finden“ würde, wenn man raucht;
- ein negativeres Raucherimage als bei Rauchern besteht;
- ein stärkeres Interesse am Lesen vorhanden ist sowie
- eine geringere „Öffentliche Selbstaufmerksamkeit“ als bei den Rauchern angegeben wird.

Dagegen sind die Konsumenten durch folgende Charakteristika gekennzeichnet:

- es sind häufiger Jungen;
- unter den Freunden sind mehr Raucher als bei den Nichtrauchern und häufiger rauchen auch beide Eltern;
- gegenüber dem Konsumverhalten wird von Seiten der Erwachsenen (Eltern, Lehrer) häufiger Gleichgültigkeit erlebt als daß mit ihnen darüber „gesprochen würde“;
- während es die Freunde „gut finden“;
- das Raucherimage ist positiv;
- die Freizeitgestaltung der Schüler mit anderen ist zentral und
- die „Öffentliche Selbstaufmerksamkeit“ ist hochausgeprägt.

Neben der schulspezifischen Rückmeldung dieser konkreten Resultate an die Schüler, deren Eltern und die Lehrer, stellt sich die Frage nach dem Nutzen für die Intervention. Aus den Ergebnissen können Schwerpunktsetzungen bei der Arbeit am Raucherimage, an der Freizeitgestaltung

der Schüler und bei der Entwicklung von bestimmten Persönlichkeitseigenschaften abgeleitet werden.

Die Gestaltung der Intervention ist anhand des Manuals (siehe Kap.5) nachvollziehbar und berücksichtigt die neueren Konzepte der Präventionsforschung (siehe Kap. 3, Hüllinghorst, 2000). Die substanzspezifische Prävention des vorliegenden Programms wird eingebunden in die allgemeine Gesundheitserziehung, indem an die Förderung gesunder Lebensweisen (siehe z. B. Stunde „Ernährung“) angeknüpft wird. Die Schüler erhalten sachliche Informationen und werden aufgeklärt über das Zigarettenrauchen (siehe z. B. medizinischer Block). Mit der Intervention wird eine kritische Konsumerziehung angestrebt (z. B. „Gründe für und gegen das Rauchen“). Durch beispielsweise die Sportstunde findet eine Aktivierung und Erlebnisorientierung der Schüler statt. Die Lebensweltorientierung wird z. B. realisiert durch die Elternarbeit und die öffentliche Präsentation der Arbeitsergebnisse des Unterrichts. Durch den Einsatz von Experten werden vorhandene Netzwerke präventiven Arbeitens gefördert und unterstützt. Als Anregung für eine weitere Entwicklung des Interventionsprogramms sollten Ideen der Verhältnisprävention (Maßnahmen mit denen man sich bemüht, Gefährdungspotentiale für Kinder und Jugendliche im öffentlichen Leben zu beseitigen oder zumindest zu minimieren) noch stärker aufgegriffen werden. So könnten gesellschaftliche Prozesse stärker beeinflusst werden, beispielsweise durch Initiativen zur Regulation der Verfügbarkeit von Zigaretten und Alkohol, des Preises dieser legalen Drogen oder auch der Einhaltung und Kontrolle entsprechender Gesetze, die durch das Interventionsprogramm angeregt werden sollen.

Welche Effekte des Programms auf den Konsum von Zigaretten und Alkohol sind nach etwa fünf Monaten nachweisbar? Die Intervention hat zu Verbesserungen in den Gruppen der Probierer und Raucher geführt. Dieser Effekt könnte in der substanzspezifischen Programmgestaltung begründet sein. Eine Verzögerung des Erstkonsums konnte nicht erreicht werden. Die Prävalenz des Zigaretten- und Alkoholkonsums nahm sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe zu und spiegelt die entwicklungsgemäße Neugier auf den Probierkonsum von legalen Drogen wider. Bei der Mehrzahl der Schüler ergaben sich keine Veränderungen des Rauchverhaltens. Betrachtet man die weiteren Untersuchungsvariablen zeigt sich eine Verschlechterung des Raucherimages, wie sie im Programm beabsichtigt wurde. Die Entwicklung verhaltenswirksamer Auswirkungen dieser Einstellungsänderung bedarf möglicherweise eines intensiveren Fertigkeitstrainings. Um weitere Interventionseffekte genauer aufspüren zu können, war der eingesetzte Fragebogen zu wenig altersspezifisch verhaltensbezogen und zu wenig interventionsorien-

tiert. So bleibt es ein Ziel, wesentliche intervenierende Variablen und relevante Effekte mit angemesseneren Methoden zu erfassen.

Die Studie belegt, daß das Programm an Gymnasien erfolgreich eingeführt und durchgeführt werden kann. Mit der Vorlage des Manual wurde die Grundlage geschaffen, neue Erkenntnisse der Tabakprävention und bewährte Verfahren von Experten des Gesundheitswesens in der Praxis umzusetzen. Die Substanzspezifik des Programms hat sich in der Altersstufe der Transeszendierenden bewährt.

LITERATURVERZEICHNIS

- Abernathy, T. J., Massad, L. & Romano-Dwyer, L. (1995). The relationship between smoking and self-esteem. *Adolescence*, 30, 900-907.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Alfermann, D. (1996). *Geschlechtsrollen und geschlechtstypisches Verhalten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Arday, D. R., Giovino, G. A., Schulman, J. & Nelson, D. E. (1995). Cigarette smoking and self-reported health problems among U. S. high school seniors, 1982-1989. *American Journal of Health Promotion*, 10(2), 11-116.
- Arria, A. M., Tarter, R. E. & van Thiel, D. H. (1991). The effects of alcohol abuse on the health of adolescents. *Alcohol Health Res. World*, 15, 52-57.
- Auckenthaler, A. (2000). Die Manualisierung in der Psychotherapie: Ziele und Implikationen. In M. Hermer (Hrsg.), *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts* (S. 213-233). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Backhaus, K. (1994). *Multivariate Analysemethoden*. Bern: Springer.
- Bandura, A. (1988). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bangert-Drowns, R. L. (1988). The effects of school-based substance abuse education – A meta-analysis. *Journal of Drug Education*, 18, 243-264.
- Barkholz, U. Paulus, P. (1998). *Gesundheitsfördernde Schulen. Konzept, Projektergebnisse und Möglichkeiten der Beteiligung*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Battjes, R. J. (1985). Prevention of adolescent drug abuse. *International Journal Addict*, 20, 1113-1134.
- Bauman, K. E., Foshee, V. A. & Haley, N. J. (1992). The interaction of sociological and biological factors in adolescent cigarette smoking. *Addictive Behaviors*, 17, 459-467.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Adolescents*, 11, 56-95.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. *Health Education Monographs*, 2, 409-419.
- Becker, M. H., Maiman, L. A., Kirscht, J. P., Haefner, D. P., Drachman, R. H. & Taylor, D. W. (1982). Wahrnehmungen des Patienten und Compliance: Neuere Untersuchungen zum „Health Belief Model“. In R. B. Haynes, D. W. Taylor & D. L. Sackett (Eds.), *Compliance Handbuch* (S. 94-131). München: Oldenbourg.
- Bell, R. M., Ellickson, P. L. & Harrison, E. R. (1993). Do drug prevention effects persist into high school? How project alert did with ninth graders. *Preventive Medicine*, 22, 463-483.

- Bergler, R., Haase, D., Humburg, S. & Steffens, M. (1995). *Ursachen gesundheitlichen Fehlverhaltens im Jugendalter*. Köln: Deutscher Instituts-Verlag.
- Bölskei, P. L., Hörmann, A., Holleederer, A., Jordan, S. & Frenzel, H. (1997). Suchtprävention an Schulen – Besondere Aspekte des Nikotinabusus. Effekte nach einer vierjährigen Intervention durch das Suchtpräventions- und Gesundheitsförderungsprogramm Klasse 2000. *Prävention und Rehabilitation*, 9, 82-88.
- Bönner, K. H. (1995). Gleichaltrige: Die Bedeutung der Peer-group in verschiedenen Entwicklungsstufen. In R. Ningel & W. Funke (Hrsg.), *Soziale Netze in der Praxis* (S. 54-74). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E. M. & Diaz, T. (1995). Long-term Follow-up Results of a Randomized Drug Abuse Prevention Trial in a White Middle-class Population. *JAMA*, 273 (14), 1106-1112.
- Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Tortu, S. & Botvin, E. M. (1990). Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: results of a 3-year-study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 437-446.
- Botvin, G. J. & Tortu, S. (1988). Preventing adolescent substance abuse through life skills training. In R. H. Price, E. L. Cowen, R. P. Lorion & J. Ramos McKay (Eds.), *Fourteen ounces of prevention* (pp. 98-110). Washington: Hemisphere.
- Bowen, D. J., Dahl, K., Mann, S. L. & Peterson, A. V. (1991). Description of early tryers. *Addictive Behaviors*, 16, 95-101.
- Breitenbach, E. & Kausträter, S. (1998). „Ich finde, man braucht irgendwie eine Freundin“ – Beziehungen zu Gleichaltrigen in der weiblichen Adoleszenz. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 18(4), 389-402.
- Bruvold, W. H. (1993). A meta-analysis of adolescent smoking prevention Programs. *American Journal of Public Health*, 83, 972-880.
- Bühringer, G. (1992). *Drogenabhängig. Wie Mißbrauch verhindern und den Abhängigen helfen können*. Freiburg: Herder.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001*. Köln: BZgA.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.).(1998). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Wiederholungsbefragung – 1997*. Köln: BZgA.
- Burow, F., Asshauer, M. & Hanewinkel, R. (1998). *Fit und stark fürs Leben*. Leipzig: Klett.
- Burt, R. D., Dinh, K. T., Peterson, A. V. & Sarason, I. G. (2000). Predicting adolescent smoking: A prospective study of personality variables. *Preventive Medicine*, 30(2), 115-125.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.

- Carton, S., Jouvent, R. & Widlöcher, D. (1994). Sensation seeking, nicotine dependence, and smoking in female and male smokers. *Addictive Behaviors*, 19(3), 219-227.
- Castro, F., Maddahian, B., Newcomb, M. & Bentler, P. (1987). A multivariate model of the determinants of cigarette smoking among Adolescents. *Journal of Health and Social Behavior*, 28, 273-289.
- Charlton, A. & Bates, C. (2000). Decline in teenage smoking with rise in mobile phone ownership: Hypothesis. *British Medical Journal*, 321, 1155-1159.
- Chassin, L., Presson, C. C. & Sherman, S. J. (1990). Social psychological contributions to the understanding and prevention of adolescent cigarette smoking. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16(1), 133-151.
- Chassin, L., Presson, C. C., Rose, J. S. & Sherman, S. J. (1996). The natural history of cigarette smoking from adolescence to adulthood: Demographic predictors of continuity and change. *Health Psychology*, 15, 478-484.
- Conrad, K. M., Flay, B. R. & Hill, D. (1992). Why children start smoking cigarettes: Predictors of onset. *British Journal of Addiction*, 87, 1711-1724.
- Cook, T. D. & Matt, G. E. (1990). Theorien der Programmevaluation – Ein kurzer Abriss. In U. Koch & W. W. Wittmann (Hrsg.), *Evaluationsforschung: Bewertungsgrundlage von Sozial- und Gesundheitsprogrammen* (S. 15-38). Berlin: Springer.
- Cooley, C. H. (1909). *Social organization. A study of the Larger Mind*. New York: Schocken.
- Currie, C. & Roberts, C. (1999). Trends in adolescent tobacco use in Europe.
- Davis, A. (1944). *Socialization and the adolescent personality. Forty-third Yearbook of the National Society for the Study of Education*. Chicago: University of Chicago Press.
- Degnan, E. J. (1972). An exploration into the relationship between depression and positive attitude toward drugs in young adolescents and an evaluation of drug education program. *Dissertation Abstracts*, 32, 6614-6615.
- Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.). (1992). *Was tun Kinder am Nachmittag?* München: Verlag Deutsches Jugendinstitut.
- Dickmeis, C. (1997). *Die Entwicklung von individuellen Werthaltungen im Jugendalter*. Münster: Waxmann.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10*. Bern: Huber.
- Dinh, K. T., Sarason, I. G., Peterson, A. V. & Onstad, L. E. (1995). Children's perceptions of smokers and nonsmokers: A longitudinal study. *Health Psychology*, 14(1), 32-40.
- Donovan, J. E., Jessor, R. & Costa, F. M. (1993). Structure of health-enhancing behavior in adolescence: A latent-variable approach. *Journal of Health and Social Behavior*, 34(4), 346-362.

- Dreher, E. & Dreher, M. (1985). Entwicklungsaufgaben im Jugendalter: Bedeutsamkeit und Bewältigungskonzepte. In D. Liepmann & A. Stiksrud (Hrsg.), *Entwicklungsaufgaben und Bewältigungsprobleme in der Adoleszenz* (S. 56-70). Göttingen: Hogrefe.
- Drinkmann, A. (1986). Private und öffentliche Self-Consciousness: Eine Zwischenbilanz ihrer empirischen Bewährung. Bericht aus dem Psychologischen Institut der Universität Heidelberg (Diskussionspapier Nr. 50). Heidelberg: Universitätschriften.
- Dusenbury, L. & Falco, M. (1995). Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *Journal of School Health*, 65, 420-425.
- Duval, S. & Wicklund, R. A. (1972). *A Theory of Objective Self Awareness*. New York: Academic Press.
- Eichborn, D. H. (1966). *The middle school*. New York: Center for applied research in education.
- Engel, U. & Hurrelmann, K. (1993). *Was Jugendliche wagen*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Engel, U. & Hurrelmann, K. (1989). *Psychosoziale Belastungen im Jugendalter*. Berlin: de Gruyter.
- Ennett, S. & Bauman, K. (1994). The contribution of influence and lection to adolescent peer group homogeneity: The case of adolescent cigarette smoking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 653-663.
- Ennett, S. T., Tobler, N. S., Ringwald, C. L. & Flewelling, R. L. (1994). How effective is drug abuse resistance education? A Meta-analysis of Project DARE outcome evaluations. *American Journal of Public Health*, 84, 1394-1401.
- Erikson, E. H. (1994). *Identität und Lebenszyklus. Drei Aufsätze*. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Erikson, E. H. (1988). *Jugend und Krise. Die Psychodynamik im sozialen Wandel* (3. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ernst, H. (1977). Mediatoren und Selbstorganisation. In H. Ernst & G. Sommer (Hrsg.), *Gemeindepsychologie* (S. 119-124). München: Urban & Schwarzenberg.
- Essau, C. A., Karpinski, N. A., Petermann, F. & Conradt, J. (1998). Störungen durch Substanzkonsum bei Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 7(4), 199-207.
- Evans, R. I. (1990). How can health life-styles in adolescents be modified? Some implications from smoking prevention program. In D. K. Routh (Ed.), *Handbook of pediatric psychology* (pp. 321-331). New York: Guilford.
- Evans, R. I. (1988). Prevention of smoking in adolescence: Conceptualization and intervention strategies of a prototypical research program. In S. Maes, C. D. Spielberger, P. B. Defares & I. G. Sarason (Eds.), *Topics in health psychology* (pp. 107-125). Chichester: Wiley.
- Evans, R. I. (1976). Smoking in children: Developing a social psychology strategy of deterrence. *Journal of Preventive Medicine*, 5, 122-127.
- Ewert, O. (1983). *Entwicklungspsychologie des Jugendalters*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Fahrenkrug, H. (1995). Ein neues alkoholpolitisches Manifest und seine Schlußfolgerungen für die Prävention. *Sucht*, 41(3), 207-209.
- Fend, H. (1998). *Eltern und Freunde*. Bern: Huber.
- Fend, H. (1997). *Der Umgang mit Schule in der Adoleszenz*. Bern: Huber.
- Fend, H. (1991). *Identitätsentwicklung in der Adoleszenz*. Bern: Huber.
- Filipp, S.-H. & Freudenberg, E. (1989). *Der Fragebogen zur Erfassung dispositionaler Selbstaufmerksamkeit (SAM-Fragebogen)*. Göttingen: Hogrefe.
- Flay, R. (1985). Psychosocial approaches to smoking prevention: A review of findings. *Health Psychology*, 4, 449-488.
- Flay, R., d'Avernas, J. R., Best, J. A., Kersell, M. W. & Ryan, K. B. (1983). Cigarette smoking: Why young people do it and ways of preventing it. In P. Firestone & P. McGrath (Eds.), *Pediatric and adolescent behavioural medicine* (pp. 132-183). Berlin: Springer.
- Forster, I. (1996). *Prävention des Rauchens in der Schule*. Trier: Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Franke, A. (1997). Prävention der Drogenabhängigkeit von Frauen. *Sucht*, 43(2), 113-120.
- Fritzsche, Y. (2000). Moderne Orientierungsmuster: Inflation am „Wertehimmel“. In Deutsche Shell (Hrsg.), *Jugend 2000* (S. 93-156). Opladen: Leske und Budrich.
- Gebauer, J. (2001). *Beurteilung und Auswertung eines Fragebogens zur Akzeptanzmessung eines Raucherpräventionsprogramms*. Trier: Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Gernert, W. & Stoffers, M. (1993). *Das Gesetz zum Schutz der Jugend in der Öffentlichkeit, Kommentar* (2. Auflage). Düsseldorf.
- Gesell, A. & Ilg, F. L. (1949). *Child development*. New York: Harper.
- Gnam, G. (1998). *Das Selbstbild in der Adoleszenz*. Zürich: Studentendruckerei.
- Gohlke, H. (1993). *Prävention des Zigarettenrauchens in der Schule*. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- Gold, D. R., Wang, X., Wypij, D., Speizer, F. E., Ware, J. H. & Dockery, D. W. (1996). Effects of cigarette smoking on the lung function in adolescent boys and girls. *New England Journal of Medicine*, 335, 931-937.
- Graham, J. W., Marks, G. & Hansen, W. B. (1991). Social influence processes affecting adolescent substance use. *Journal of Applied Psychology*, 76 (2), 291-298.
- Greening, L. (1997). Adolescents' cognitive appraisals of cigarette smoking: An application of the Protection Motivation Theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 27, 1972-1985.
- Grube, J. W., Rokeach, M. & Getzlaf, S. B. (1990). Adolescents value images of smokers, exsmokers, and nonsmokers. *Addictive Behaviors*, 15, 81-88.

- Hall, G. S. (1904). *Adolescence – its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*. New York: Appleton.
- Hallmaier, R. (1995). „Innovatoren“, „Frühe Adapter“ und „Späte Mehrheiten“ in der Suchtprävention. *Sucht*, 41(2), 124-130.
- Hanewinkel, R., Ferstl, R. & Burow, F. (1993). Konzeption und Evaluation einer verhaltensorientierten Nichtraucherförderung an Schulen. *Verhaltenstherapie*, 4, 104-110.
- Hartup, W. W. (1975). The origins of friendship. In M. Lewis & L. A. Rosenblum (Eds.), *Friendship and Peer Relations*. New York: Wiley.
- Havighurst, R. J. (1953). *Human development and education*. New York: Longmans, Green.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Hays, R. & Ellickson, P. (1996). What is adolescent misuse in the United States according to the experts? *Alcohol/Alcoholism*, 31, 297-303.
- Heinsman, D. T. & Shadish, W. R. (1996). Assignment methods in experimentation: When do nonrandomized experiments approximate answers from randomised experiments? *Psychological Methods*, 1(2), 154-169.
- Helfferich, C. (1994). *Jugend, Körper und Geschlecht. Die Suche nach sexueller Identität*. Opladen: Leske und Budrich.
- Helfferich, C. (1990). „Nichtrauchermotivation“ von Jugendlichen. *Prävention*, 13(2), 52-55.
- Helsen, M., Vollebergh, W. & Meeus, W. (2000). Social Support from Parents and Friends and Emotional Problems in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(3), 319-335.
- Henricson, L. & Jackson, C. (1999). Reliability of children's self-reported cigarette smoking. *Addictive Behaviors*, 24, 271-277.
- Hess, H. (1989). Tabak. In S. Scheerer & I. Vogt (Hrsg.), *Drogen und Drogenpolitik* (S. 125-158). Frankfurt a. M.: Campus Verlag.
- Hildebrandt, H. (Hrsg.). (1998). *Psyhyrembel. Klinisches Wörterbuch*. Berlin: de Gruyter.
- Hissnauer, W. (1991). *Drogen und Schule – Drogenkonsum 12-18jähriger Schüler in Rheinland-Pfalz*. Pfaffenweiler: Centaurus.
- Holleder, A. (2002). *Suchtprävention in der Schule*. Frankfurt a. M.: Pontifex.
- Hops, H., Tildesley, E., Lichtenstein, E., Ary, D. & Sherman, L. (1990). Parent-adolescent problem-solving interaction and drug use. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 16, 239-258.
- Hornung, R. (1997). Determinanten des Gesundheitsverhaltens. In R. Weitkunat, J. Haisch & M. Kessler (Hrsg.), *Public Health und Gesundheitspsychologie* (S. 29-40). Bern: Huber.

- Hoyer-Schuschke, J., Köhler, E. & Thal, W. (2000). Untersuchung zum Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen im Alter von 10-16 Jahren unter Verwendung von Selbstangaben und chemischen Nachweismethoden. In K.-O. Haustein (Hrsg.), *Rauchen und Nikotin – Raucherschäden und Primärprävention* (S. 123-129). Nürnberg: PERFUSION.
- Huba, G. J., Newcomb, M. D. & Bentler, P. M. (1981). Comparison of canonical correlation and interbattery factor analysis on sensation seeking and drug use domains. *Applied Psychological Measurement*, 5, 291-306.
- Hüllinghorst, R. (2000). Präventive Sucht- und Drogenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland. In B. Schmidt & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Präventive Sucht- und Drogenpolitik* (S. 267-281). Opladen: Leske + Budrich.
- Hull, J. G. (1981). A Self-Awareness Model of the Causes and Effects of Alcohol Consumption. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 586-600.
- Hurrelmann, K. (1991). Neue Gesundheitsrisiken für Kinder und Jugendliche. *Pädagogik*, 3, 6-11.
- Hurrelmann, K. (1990). *Familienstreß – Schulstreß – Freizeitstreß. Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche*. Weinheim: Beltz.
- Hurrelmann, K. (1986). *Einführung in die Sozialisationstheorie*. Weinheim: Beltz.
- Jackson, C. (1997). Initial and experimental stages of tobacco and alcohol use during late childhood: Relation to peer, parent and personal risk factors. *Addictive Behaviors*, 22, 685-698.
- Jerusalem, M. (1999). Gesundheitsförderung in der Schule. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 4, 155-157.
- Jerusalem, M. (1997). Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung in der Schule. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S.575-593). Göttingen: Hogrefe.
- Jerusalem, M. (1994). Was ist Gesundheit im Jugendalter? Indikatoren für körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden. In P. Kolip (Hrsg.), *Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung* (S. 25-46). Weinheim: Juventa.
- Jerusalem, M. (1983). *Selbstbezogene Kognitionen in schulischen Bezugsgruppen. Eine Längsschnittstudie*. Berlin: Dissertation im FB 12 der Freien Universität Berlin.
- Jerusalem, M. & Mittag, W. (1997). Schulische Gesundheitsförderung: Differentielle Wirkung eines Interventionsprogramms. *Unterrichtswissenschaft*, 133-149.
- Jerusalem, M. & Mittag, W. (1994). Gesundheitserziehung in Schule und Unterricht. *Zeitschrift für Pädagogik*, 40, 851-869.
- Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1991). Entwicklung des Selbstkonzepts in verschiedenen Lernumwelten. In R. Pekrun & H. Fend (Hrsg.), *Schule und Persönlichkeitsentwicklung* (S. 115-128). Stuttgart: Enke.

- Jessor, R. & Jessor, S. L. (1983). Ein sozialpsychologisches Modell des Drogenkonsums. In D. J. Lettieri & R. Welz (Hrsg.), *Drogenabhängigkeit – Ursachen und Verlaufsformen* (S. 110-117). Weinheim: Beltz.
- Jessor, R. & Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development – A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Jessor, R., Turbin, M. S. & Costa, F. M. (1998). Risk and protection in successful outcomes among disadvantaged adolescents. *Applied Developmental Science, 2*(4), 194-208.
- Jessor, R., Van Den Bos, J., Vanderryn, J. Costa, F. M. & Turbin, M. S. (1995). Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology, 31*(6), 923-933.
- Jöhren, B. (1996). *Raucherprävention in der Schule*. Trier: Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Jöhren, B., Schwenkmezger, P. & Krönig, B. (1997). Rauchen bei Kindern – Determinanten eines frühen Rauchbeginns. *Prävention und Rehabilitation, 9*(2), 71-77.
- Kawachi, I., Colditz, M. J., Stampfer, W. C., Willett, J. E., Manson, B., Rosner, D. J., Hunter, C. H., Hennekens, F. & Speizer, E. (1993). Smoking cessation in relation to total mortality rates in woman. A prospective cohort study. *Annals of Internal Medicine, 119*, 992-1000.
- Kersch, B. (1998). Tabakdistanz – ein Evaluationskriterium unterschiedlicher Suchtpräventionsmaßnahmen bei 13- bis 16jährigen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse einer Leipziger Längsschnittstudie. *Sucht, 44*, 15-24.
- Keupp, H. (1995). Gemeindepsychologische Identitäten: Vergangenheiten und mögliche Zukünfte. In B. Röhrle & G. Sommer (Hrsg.), *Gemeindepsychologie: Bestandsaufnahmen und Perspektiven* (S. 5-25). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Klocke, A. (1994). Gesundheit im Schulalter. Ergebnisbericht der Studie „Health behaviour in school-aged children“ A WHO Cross-National Survey (HBSC). Bielefeld: Sonderforschungsbereich 227.
- Kohlberg, L. (1974). *Zur kognitiven Entwicklung des Kindes*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Kolip, P. (Hrsg.).(1994). *Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung*. Weinheim: Juventa.
- Kolip, P. & Hurrelmann, K. (1994). Was ist Gesundheit im Jugendalter Indikatoren für körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden. In P. Kolip (Hrsg.), *Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung* (S.25-46). Weinheim: Juventa.
- Kolip, P., Hurrelmann, K. & Schnabel, P. E. (1995). *Jugend und Gesundheit*. Weinheim: Juventa.
- Kracke, B. (1993). *Pubertät und Problemverhalten bei Jungen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Offord, D. R., Kessler, R. C., Jensen, P. S. & Kupfer, D. J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry, 54*, 337-343.

- Krappmann, L. (1993). Die Entwicklung vielfältiger sozialer Beziehungen unter Kindern. In A. E. Auhagen & M. von Salisch (Hrsg.), *Zwischenmenschliche Beziehungen* (S. 37-58). Göttingen: Hogrefe.
- Krappmann, L. & Oswald, H. (1995). *Alltag der Schulkinder*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Kraus, L., Augustin, R., Kümmler, P., Tschernich, S. & Müller-Kalthoff, T. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht-Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 47 (Sonderheft 1), 3-86.
- Kraus, L. & Töppich, J. (1998). Konsumtrends und Konsumverhalten. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS), (Hrsg.), *Sucht 1999* (S. 129-153). Geesthach: Neuland.
- Kröger, C. & Reese, A. (2000). Schulische Suchtprävention nach dem Lebenskompetenzkonzept – Ergebnisse einer vierjährigen Interventionsstudie. *Sucht*, 46, 209-217.
- Kröger, C., Reese, A., Walden, K. & Kutza, R. (1999). Prävention des Substanzmißbrauchs an Schulen durch das Lebenskompetenzprogramm ALF. IFT Bericht Band 108. München: IFT.
- Krönig, B., Schwenkmezger, P. & Forster, I. (1997). Rauchen – Gesundheitsrisiko Nr. 1: Notwendige Prävention im Schulalter. *Prävention und Rehabilitation*, 9(2), 48-56.
- Künzel-Böhmer, J., Bühringer, G. & Janik-Konecny (1993). *Expertise zur Primärprävention des Substanzmißbrauchs (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 20)*. Baden-Baden: Nomos.
- Labouvie, E. W. & Pandina, R. J. (1983). Jugend und Drogengebrauch. In R. K. Silbereisen & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie – Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen* (S. 194-201). München: Urban und Schwarzenberg.
- Lachnit, G. & Kampe, H. (1996). Konsumorientierung und Suchtgefährdung. *Sucht*, 42(1), 6-19.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lennertz, E. (1974). *Verhaltensgewohnheit und Drogenbindung*. Freiburg: Verlag Alber.
- Leppin, A. (2000). *Wem nützen schulische Gesundheitsförderungsmaßnahmen? Zur Bedeutung personaler und sozialer Ressourcen für die Wirkung eines Kompetenzförderungsprogramms bei Jugendlichen*. Bielefeld: Habilitationsschrift.
- Leppin, A. (1999). Die Bedeutung der Lernumwelt für schulische Gesundheitsförderung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 7, 172-182.
- Lerner, R. M. (1987). A life-span perspective for early adolescence. In R.M. Lerner & T. T. Foch (Eds.), *Biological-psychosocial interactions in early adolescence: A life-span perspective* (pp. 1-6). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lerner, R. M. (1986). *Concepts and theories of human development* (2nd ed.). New York: Random House.
- Leventhal, H. & Cleary, P. D. (1980). The smoking problem: A review of the research and theory in behavioural risk modification. *Psychological Bulletin*, 88(2), 370-405.

- Lewinsohn, P. M., Rohde, P. & Brown, R. A. (1999). Level of current and past adolescent cigarette smoking as predictors of future substance use disorders in young adulthood. *Addiction*, 94, 913-921.
- Lienert, G. A. (1989). *Testaufbau und Testanalyse*. München: Weinheim.
- LionsQuest (Hrsg.).(1997). *Erwachsen werden. Persönlichkeitsentfaltung von Jugendlichen*. Wiesbaden: Lions Clubs International.
- Lloyd, B. & Lucas, K. (1998). *Smoking in Adolescence. Images and Identities*. London: Routledge.
- Lloyd, B., Lucas, K. & Fernbach, M. (1997). Adolescent girls constructions of smoking identities: implications for health promotion. *Journal of Adolescence*, 20(1), 43-56.
- Lohaus, A. (1993). *Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.
- LSW – Landesinstitut für Schule und Weiterbildung NRW (Hrsg.). (1991). *Sucht- und Drogenvermeidung in der Schule: Materialien und Medien* (2. Aufl.; Baustein 3: Unterricht und Schule). Soest: LSW.
- Maggs, J. L., Schulenberg, J. & Hurrelmann, K. (1997). Developmental transitions during adolescence: Health Promotion Implications. In J. Schulenberg, J. L. Maggs & K. Hurrelmann (Eds.), *Health risks and development transitions during adolescence* (pp.522-546). Cambridge: University Press.
- Maiwald, E. & Reese, A. (2000). Effektivität suchtpräventiver Lebenskompetenzprogramme – Ergebnisse deutscher Evaluationsstudien. *Sucht Aktuell* 1, 8-12.
- Marlatt, G., Baer, J. & Quigley, L. (1995). Self-efficacy and addictive behavior. In A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies* (pp. 289-315). New York: Cambridge University Press.
- Mattarazzo, J. D. (1984). Behavioral immunogenes and pathogens in health and illness. In B. L. Hammonds & C. J. Scheirer (Eds.), *Psychology and health* (pp.5-44). Washington, DC.: American Psychological Association.
- Mead, M. (1971). *Der Konflikt der Generationen. Jugend ohne Vorbild*. Olten/Freiburg im Breisgau: Walter.
- Mead, M. (1970). *Kindheit und Jugend in Samoa*. München: dtv.
- Mielck, A. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Bern: Huber.
- Milhoffer, P. (2000). *Wie sie sich fühlen, was sie sich wünschen*. Weinheim: Juventa.
- Mittag, W. & Hager, W. (2000). Ein Rahmenkonzept zur Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen. In W. Hager, J.-L. Patry & H. Brezing (Hrsg.), *Evaluation psychologischer Evaluationsmaßnahmen* (S. 102-128). Bern: Huber.

- Mittag, W. & Jerusalem, M. (1999). Determinanten des Rauchverhaltens bei Jugendlichen und Transfereffekte eines schulischen Gesundheitsprogrammes. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 7(4), 183-202.
- Montagne, M. & Scott, D. M. (1993). Prevention of substance use problems: Models, factors, and processes. *International Journal of the Addictions*, 28 (12), 1177-1208.
- Murray, D. M., Pirie, P., Luepker, R. V. & Pallonen, U. (1989). Five- and Six-Year Follow-Up Results from Four Seventh-Grade Smoking Prevention Strategies. *Journal of Behavioral Medicine*, 12(2), 207-218.
- NicGabhainn, S. & Francois, Y. (2000) Substance use. In C. Currie (Ed.), *Health and health behaviour among young people*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents, 1, 2000.
- Nelson, C. B. & Wittchen, H.-U. (1998). Smoking and Nicotine Dependence. *European Addiction Research*, 4, 42-49.
- Newcomb, M. D. & Bentler, P. M. (1989). Substance use and abuse among children and teenagers. *American Psychologist*, 44, 242-248
- Newcomb, M. D. & Felix-Ortiz, M. (1992). Multiple protective and risk factors for drug use and abuse: Cross-sectional and prospective findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(2), 280-296.
- Newcomb, M. D., McCarthy, W. J. & Bentler, P. M. (1989). Cigarette smoking, academic lifestyle, and social impact efficacy: An eight-year study from early adolescence to young adulthood. *Journal of Applied Social Psychology*, 19 (3), 251-281.
- Nordlohne, E. (1993). No dope – no hope? *Paed-extra*, 21(4), 4-6.
- Nutbeam, D. (1999). Umfassende Ansätze zur Tabakprävention im Jugendalter: Herausforderung im 21. Jahrhundert. In P. Kolip (Hrsg.), *Programme gegen die Sucht* (S. 259-288). Weinheim: Juventa.
- Oerter, R. (1982). *Moderne Entwicklungspsychologie*. Donauwörth: Auer.
- Oerter, R. & Dreher, E. (1995). Jugendalter. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 310-395). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Offer, D., Ostrov, E. & Howard, K. I. (1982). *The Offer Self Image Questionnaire for adolescents: A manual*. Chicago: M. Reese Hospital and Medical Center.
- Pagani, L., Tremblay, R.E., Vitaro, F., Kerr, M. & McDuff, P. (1998). The impact of family transition on the development of delinquency in adolescent boys: A 9-year longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 489-499.
- Paulus, P. (2000). Von der Ottawa-Charta zur Resolution von Thessaloniki und darüber hinaus. In P. Paulus & G. Brückner (Hrsg.), *Wege zu einer gesünderen Schule* (S. 11-22). Tübingen: dgvt.

- Perrez, M. & Gebert, S. (1994). Veränderungen gesundheitsbezogenen Risikoverhaltens: Primäre und sekundäre Prävention. In P. Schwenkmezger & L. R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (S. 169-187). Stuttgart: Enke.
- Petermann, H. & Fischer, V. (2000). Wie effektiv ist die schulische Suchtprävention? Ergebnisse der Leipziger Präventionsstudie. In A. Leppin, K. Hurrelmann & H. Petermann (Hrsg.), *Jugendliche und Alltagsdrogen* (S.141-161). Neuwied: Luchterhand Verlag.
- Petermann, H., Müller, H., Kersch, B. & Röhr, M. (1997). *Erwachsen werden ohne Drogen*. Weinheim: Juventa.
- Pieper, E., Szirmak, Z., Leppin, A., Freitag, M. & Hurrelmann, K. (1999). Suchtprävention im schulischen Alltag – Das Bielefelder Suchtpräventionsprogramm. *Pädagogik*, 3, 40-44
- Preuss-Lausitz, U. (1999). Schule als Schnittstelle moderner Kinderfreundschaften . Jungen und Mädchen im Austausch von Distanz und Nähe. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 19 (2), 163-187.
- Reese, A. & Kröger, C. (2001). Prävention. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.), *Psychologische Therapie der Sucht* (S. 231- 250). Göttingen: Hogrefe.
- Remschmidt, H. (1992). *Adoleszenz*. Stuttgart: Thieme.
- Remschmidt, H. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (1994). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters*. Bern: Huber.
- Renner, B. & Hahn, A. (1996). Stereotype Vorstellungen über eine gefährdete Person und unrealistisch optimistische Risikoeinschätzungen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 3, 220-240.
- Reuband, K.-H. (1992). Der Mythos vom einsamen Drogenkonsumenten. Kontakte zu Gleichaltrigen als Determinanten des Drogengebrauchs. *Sucht*, 38, 160-172.
- Ribisl, K. M., Howard-Pitney, B., Howard, K., Rohrbach, L. A. & Unger, J. B. (1998). *Social sources I: More California youth now get their cigarettes from social sources than retail sources*. Presentation at the meeting of the American Public Health Association.
- Riemann, K. Gerber, U. (1997). *Standardisierung von Fragestellungen zum Rauchen. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung* (Band 1). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Röhrle, B. (2002). *Prävention und Gesundheitsförderung* (Band 2). Tübingen: dgvt- Verlag.
- Röhrle, B. (1999). Zur Effizienz von Prävention: Eine Meta-Meta-Analyse. In B. Röhrle & G. Sommer (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 103-114). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Rundell, T. G. & Bruvold, W. H. (1988). A meta-analysis of school-based smoking and alcohol use prevention programs. *Health Education Quarterly*, 15, 317-334.
- Saß; H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1998). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.

- Schmid, H. (1998). Sport, psychisches Befinden und Drogenkonsum bei Jugendlichen. *Psychologie und Sport*, 5(3), 106-121.
- Schneewind, K.-A. (1995). Familienentwicklung. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 128-166). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Schoberberger, R. & Kunze, M. (1999). *Nikotinabhängigkeit*. Wien: Springer.
- Schwenkmezger, P., Krönig, B., Forster, I., Jöhren, B. & Gläßer, E. (1998a). Erfahrungen mit einem Programm zur Prävention des Zigarettenrauchens bei Schülerinnen und Schülern der 6. Jahrgangsstufe an Gymnasien. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 6(2), 85-89.
- Schwenkmezger, P., Krönig, B., Forster, I., Jöhren, B. & Gläßer, E. (1998b). Personenspezifische und soziale Determinanten eines frühen Rauchbeginns bei Schülerinnen und Schülern der 6. Jahrgangsstufe. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 6(2), 61-70.
- Seiffge-Krenke, I. (1987). Eine aktualisierte deutschsprachige Form des Offer Self-Image Questionnaire. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 8(2), 99-109.
- Sieber, M. (1993). *Drogenkonsum: Einstieg und Konsequenzen – Ergebnisse von Längsschnittuntersuchungen und deren Bedeutung für die Prävention*. Bern: Huber.
- Silbereisen, R. K. (1997). Konsum von Alkohol und Drogen über die Lebensspanne. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (2. Aufl.), (S. 189-208). Göttingen: Hogrefe.
- Silbereisen, R. K. & Kastner, P. (1985). Entwicklungstheoretische Perspektiven in der Drogenberatung. In J. Brandtstädter & H. Gräser (Hrsg.), *Entwicklungsberatung unter dem Aspekt der Lebensspanne* (S. 83-102). Göttingen: Hogrefe.
- Smets, A. G. (1985). *Systems and Symptoms. Family Cohesion and Adaptability as Correlates of Childhood Psychopathology*. Diss. Nijmegen.
- Sozialgesetzbuch (SGB, VIII). BGBL I S. 637 vom 7. Mai 1993.
- Stamm, W. (1996). *„Let's talk about sex“*. Trier: Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Stanton, W. R., McClelland, M., Elwood, C. & Ferry, D. (1996). Prevalence, reliability and bias of adolescents' reports of smoking and quitting. *Addiction*, 91(11), 1705-1714.
- Stattin, H. & Magnusson, D. (1996). Antisocial behavior: A holistic approach. *Development and Psychopathology*, 8, 617-645.
- Steele, C. M. & Josephs (1988). Drinking your Troubles away: II. An Attention-Allocation Model of Alcohols Effect on Psychological Stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 196-205.
- Stevens, J. (1996). *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Stewart Burgher, M., Barnekow Rasmussen, V. & Rivett, D. (1999). *The European network of Health Promoting Schools. The alliance of education and health*. Copenhagen: WHO.
- Sullivan, H. S. (1965). *Personal Psychopathology*. New York: Norton.

- Tanner, J. M. (1990). *Foetus into man: Physical growth from conception to maturity* (2nd Ed.). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Tapert, S. & Brown, S. A. (1999). Neuropsychological correlates of adolescent substance abuse: Four-year outcomes. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 5, 481-493.
- Tobler, N. S. (1986). Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: Qualitative outcome results of program participants compared to control or comparison group. *Journal of Drug Issues*, 16, 537-567.
- Trautner, H. M. (1992). *Lehrbuch der Entwicklungspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Tucker, L. R. (1946). Maximum Validity of a Test with Equivalent Items. *Psychometrika*, 11, 1-11.
- Turner, R. G. (1977). Self-consciousness and anticipatory belief change. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 3, 438-441.
- Valtin, R., Watson, A. & Flitner, E. (1998). „Was ich nur meinem Freund, nicht meiner Mutter erzähle“ – Zur Entwicklung und Bedeutung des Geheimnisses bei Kindern. In A. Spitznagel (Hrsg.), *Geheimnis und Geheimhaltung* (S.247-256). Göttingen: Hogrefe.
- Vik, P. W., Brown, S. A. & Myers, M. G. (1997). Adolescent substance use problems. In E. J. Mash & L. G. Terdal (Eds.), *Assesment of childhood disorders* (3.rd ed., pp. 717-748). New York: Guilford Press.
- Vockrodt-Scholz, V. (1996). *Depressive Verstimmungen, verminderte Verhaltenskompetenz und drogenabes Verhalten bei Jugendlichen*. Egelsbach: Haensel-Hohenhausen.
- Wagner, S. (2000). *Substanzkonsum bei Jugendlichen an Gymnasien – eine epidemiologische Studie*. Trier: Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Waibel, U. (1994). Sucht und Sehnsucht – Ein Bericht über Multiplikatorenseminare für Schüler der 8. Klasse. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Suchtprävention* (S. 156-163). Freiburg. Lambertus.
- Walden, K., Kröger, C. Kirmes, J., Reese, A. & Kutza, R. (2000). *ALF – Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten. Programm für Schüler und Schülerinnen der 6. Klasse mit Unterrichtseinheiten zu Nikotin und Alkohol*. Hohengehren: Schneider Verlag.
- Weinstein, N. D. (1988). The preoccupation adoption process. *Health Psychology*, 7, 355-386.
- WHO (1989). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. *GwG Zeitschrift*, 77, 408-410.
- Wills, T. A. & Vaugan, R. (1989). Social support and substance use in early adolescence. *Journal of Behavioral Medicine*, 2, 321-339.
- Witt, E. D. (1994). Mechanisms of alcohol abuse and alcoholism in adolescents: A case for developing animal models. *Behavioral and Neural Biology*, 62, 1168-1177.
- Youniss, J. (1994). Childrens friendship and peer culture: Implications for theories of networks and support. In F. Nestmann & K. Hurrelmann (Eds.), *Social networks and support in child-*

hood and adolescence. Prevention and intervention in childhood and adolescence (pp. 75-88). Berlin: de Gruyter.

Zinnecker, J. (1985). Literarische und ästhetische Praxen in Jugendkultur und Jugendbiographie. In Jugendwerk der Deutschen Shell (Hrsg.), *Jugendliche und Erwachsene 85. Generationen im Vergleich* (Bd. 2, S. 143-348). Leverkusen: Leske.

Zinnecker, J. & Silbereisen, R. K. (1998). *Kindheit in Deutschland*. Weinheim: Juventa Verlag.

Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

ANHANG A

MANUAL DES INTERVENTIONSPROGRAMMES

Manual zur Raucherprävention bei Schülern der 6. Jahrgangsstufe an Gymnasien

A Medizinischer Block

Stunde: Gesunde Ernährung

Ziele:

- Die Kinder lernen die Grundnahrungsstoffe zu unterscheiden.
- Den Kindern wird die Zusammensetzung einer gesunden Ernährung anhand von Beispielen gezeigt.
- Den Kindern soll aufgezeigt werden, dass Essgewohnheiten den Cholesterinspiegel beeinflussen.
- Die Herstellung des Zusammenhangs zwischen Ernährung und Rauchen erfolgt, indem verdeutlicht wird, dass sich die Lebensqualität durch Vermeidung von Risikofaktoren verbessert.

Geplanter Stundenablauf:

1. Einstieg: Gesundes Leben
2. Infos über Grundnährstoffe: Kohlenhydrate, Fette, Eiweiße und Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente, Ballaststoffe
3. Auswahl und Zubereitung von Mahlzeiten

Materialien: Folien mit Abbildungen zu den Grundnährstoffen (z.B. aus *Prävention des Zigarettenrauchens* (S.14, 15 & 17) von H. Gohlke, 1993, Darmstadt: Steinkopff-Verlag.)

Ablauf:

Einstieg: **„WAS IST FÜR EUCH GESUNDHEIT?“**

- *Gesundheitsverhaltensweisen sammeln:* Ernährung, Sport, Freizeitgestaltung, Freundschaften
 - *Risikoverhalten:* Alkoholkonsum, Rauchen, Medikamentenmissbrauch, wenig Bewegung
- Für unsere Gesundheit sind also verschiedene Verhaltensweisen besonders wichtig. Zunächst wollen wir uns mit unseren Essgewohnheiten beschäftigen.

Welche Bedeutung hat das tägliche Essen für uns? Warum müssen wir täglich essen?

→ *Antworten der Schüler sammeln*

Richtig, wir essen nicht nur weil es uns Spaß macht, sondern auch weil wir die Energie aus den Nahrungsstoffen brauchen, um uns bewegen zu können, um denken zu können und für alle anderen Dinge, die wir tun.

Was passiert denn, wenn wir einmal zu viel gegessen haben? Ist das ein angenehmes Gefühl?

- *die Kinder selbst erkennen lassen, dass zuviel essen auch schädlich sein kann, was uns der Körper dann anzeigt durch Übelkeit oder auch Magenschmerzen.*

Was heißt denn zu viel gegessen? Können wir alle gleich viel essen. Muss ein Baby genau so viel essen wie ein Erwachsener?

→ *die Kinder sollen dabei auf verständliche Art und Weise Kalorien und ihre Bedeutung kennenlernen.*

Wofür braucht unser Körper denn noch Energie aus der Nahrung?

→ *die Kinder erkennen, dass Nahrung auch für das Wachstum und die anderen Körperfunktionen wichtig ist.*

Jetzt möchte ich euch gerne die wichtigsten Stoffe nennen, die wir mit unserer Nahrung aufnehmen und die wir für unseren Körper brauchen.

Kohlenhydrate, das sind Stärke und Zucker, sind wichtig für die Muskelarbeit. Enthalten sind sie in Brot, Kartoffeln, Gemüse und Obst. Sie sind die wichtigsten Energielieferanten für unseren Körper.

→ *Folie während der Erklärung auflegen*

Fette sind z.B. Butter und Schmalz, Margarine. Man kann diese Fette nicht immer sehen, z.B. in Pommes Frites oder auch in Nüssen sind sie sozusagen „versteckt“. Vor allem bei Fetten sollte man wirklich aufpassen, denn sie sollten wir nur in kleinen Mengen zu uns nehmen. Denn sie enthalten besonders viele Kalorien.

→ *Folie während der Erklärung auflegen*

Eiweiß (oder auch Protein) ist ein wichtiger Bestandteil unserer Muskeln. Eiweiße sind in Fleisch, Kartoffeln, Mais oder auch Erbsen und Bohnen enthalten. Auch in Brot sind viele Eiweiße enthalten.

→ *Folie während der Erklärung auflegen*

Diese drei Stoffe Kohlenhydrate, Fette und Eiweiß nennt man die drei Grundnahrungsstoffe. Neben diesen Grundnahrungsstoffen sind für unseren Körper auch Vitamine, Eisen, Mineralstoffe, also die sogenannten Spurenelemente, wichtig. Zusätzlich benötigt der Körper Ballaststoffe.

Alle diese Nahrungsbestandteile sind elementar für unseren Körper, aber nicht alle müssen in der gleichen Menge gegessen werden. Wichtig ist die Zusammensetzung unsere Nahrung. Also z.B. solche Grundregeln wie: „Nicht zu viel Fett“, „ausreichend Ballaststoffe und Spurenelemente“ und als ganz wichtige Regel: „Weder zu viele noch zu wenige Kalorien“, denn der Körper braucht nur eine bestimmte Menge an Kalorien. Das ist für jeden ein bisschen anders. Für Jungs und für Mädchen und für die, die sich viel bewegen und für die, die sich wenig bewegen.

Ihr müsst darauf achten, dass die verschiedenen Nahrungsmittel auch unterschiedliche Anteile der verschiedenen Nahrungsbestandteile bieten. Ein Knäckebrot mit Magerquark liefert viele Eiweiße, Vitamine, Ballaststoffe und Mineralstoffe, hat aber viel weniger Fett und damit weniger Kalorien als eine Portion Pommes Frites oder Chips.

Auch Getränke sind unterschiedlich in ihrem Nährstoffgehalt und darin wie viel Vitamine sie enthalten, z.B. enthält Cola sehr viel Zucker (32 Zuckerstückchen sind in einem Liter Cola aufgelöst), während Fruchtsäfte viel weniger Zucker enthalten, aber dafür viel mehr Vitamine.

Die wichtigsten Tipps sind auch in eurem Heft noch einmal aufgeschrieben, damit ihr sie euch zu Hause noch einmal in Ruhe ansehen könnt und ihr sie vielleicht einmal mit euren Eltern gemeinsam anschaut.

Stunde: Herz-, Kreislauf- und Lungenfunktion

Ziele:

- Die Kinder lernen das Kreislaufsystem eines **gesunden** Menschen kennen.
- Grundlagen der Funktion von Herz und Lunge und die Bedeutung des Blutdrucks sollen vermittelt werden.
- Die Kinder tasten den Puls und lernen, sich gegenseitig den Blutdruck zu messen.
- Gesundheit soll als positiver Wert erkannt werden, indem die körperliche Leistungsfähigkeit verdeutlicht wird.

Geplanter Stundenablauf:

1. Einstieg
2. Infos über Blutkreislauf, Herz und Lunge
3. Kreuzworträtsel (Wiederholung des Gelernten anhand von Fragen)

Materialien: Schaubild Blutkreislauf (z.B. aus *Prävention des Zigarettenrauchens* (S.32) von H. Gohlke, 1993, Darmstadt: Steinkopff-Verlag); Aufnahme eines Herz und der Blut-Gefäße (z.B. aus *Körperwelten. Die Faszination des Echten (Katalog zur Ausstellung)* (S.77 & 85) von G. von Hagens, 2000, Heidelberg: Institut für Plastination); Herzmodell; Blutdruckmessgerät(e), Abbildung Blutdruckwerte; Reagenzgläser, Wasser, Tinte, Schaubild Atemwege (z.B. aus *Prävention des Zigarettenrauchens* (S.33 & 34) von H. Gohlke, 1993, Darmstadt: Steinkopff-Verlag); Kreuzworträtsel

Ablauf:

Einstieg: „WAS WISST IHR ÜBER DAS RAUCHEN?“

- Antworten sammeln und an die Tafel schreiben lassen
- Lob für Sammlung

Als Ärzte beschäftigen wir uns mit Gesundheit und Krankheit. Damit ihr verstehen könnt, was sich verändert, wenn jemand raucht, zeige ich euch zuerst, wie ein gesunder Körper funktioniert.

Informationen über Blutkreislauf, Herz, Lunge, Sauerstoffverbrauch in den Muskeln und Fitness:

Der gesunde („normale“) Mensch

Blutkreislauf (Schaubild „Das Gefäßsystem“, siehe Materialien)

Wer von euch erkennt, was hier dargestellt ist?

Blutkreislauf

Wer weiß denn, was das ist?

Beschreibung:

Jeder Mensch hat in seinem Körper ein Adersystem (wie ein Straßensystem), es besteht aus dicken und dünnen Adern (manche sind so dünn wie ein Haar), es ist sehr verzweigt und reicht bis in die Fingerspitzen; würde man alle Adern, die ein Mensch in seinem Körper hat, aneinander legen, würden sie eine Strecke von 100 km ergeben. Ein paar von diesen Adern kann man auch unter der Haut sehen. Findet ihr einige bei euch selbst? In diesem Adersystem fließt Blut, es zirkuliert durch den Körper (es fließt überall hin: in die Beine, in die Arme, in den Kopf); man spricht von dem Blutkreislauf des Menschen.

Über das Blut transportiert euer Körper alle wichtigen Stoffe zu euren Organen, dem Herzen, euren Muskeln und Geweben. Ohne diese Stoffe können sie nicht überleben, daher ist es wichtig, dass sie durchblutet werden (Blut als Transportmittel für Energie).

Genauso wie ihr jeden Tag etwas essen müsst, brauchen die einzelnen Bereiche in eurem Körper immer wieder neue Energie (wichtige Stoffe), um ihre Arbeit erledigen zu können, um aktiv sein zu können. Das Blut muss also immer wieder neue Stoffe (Energie) zu den einzelnen Bereichen eures Körpers bringen. Es muss fließen.

Welches Organ pumpt das Blut durch unseren Körper?

Das Herz

(→ eventuell Modell)

Dafür sorgt das Herz. Das Herz ist die Pumpe oder der Motor des Transportsystems, es hält den Blutkreislauf (das Transportsystem) in Gang. Wie funktioniert das Herz?

Das Herz ist ein Muskel. Es ist ungefähr so groß wie eure Faust. Der Muskel ist innen hohl, so dass eine kleine Menge Blut hinein fließen kann, dann zieht sich der Muskel wieder zusammen und drückt das Blut raus in die Adern. Das ist ein Herzschlag. Man kann den Herzschlag auch als Pulsschlag fühlen.“

→ bei stiller Klasse die Kinder den eigenen Puls fühlen lassen

Der Blutdruck ist notwendig, um das Blut wellenförmig durch die Adern fließen zu lassen. Er wird vom Herzen durch seine Pumpleistung aufgebaut und durch die elastischen Adern bis in die kleinsten Verzweigungen des Kreislaufsystems (ähnlich dem Wasserwerk und seinem Leitungssystem in die einzelnen Haushalte) aufrecht erhalten. Auch der Blutdruck kann, allerdings mit entsprechenden Geräten gemessen werden.

→ Blutdruck kann (eventuell mit verschiedenen Instrumenten) von den Kindern gemessen werden:

Es gibt einen oberen und einen unteren Blutdruckwert (Abbildung siehe Materialien). Der obere Wert wird durch jeden Pumpvorgang des Herzens neu erzeugt und sinkt nach jedem Herzschlag auf einen unteren Wert ab.

Bei jedem Herzschlag drückt euer Herz ca. 70 ml Blut weiter durch die Adern

→ Kinder in einem Reagenzglas 70 ml Wasser abfüllen lassen (evtl. gefärbt mit roter Tinte)

Bei euch schlägt das Herz in einer Minute ca. 80-90 mal, d.h. in einer Minute fließen ca. 6 l Blut durch euer Herz.

→ evtl. Kinder ausrechnen lassen (mit 80 und mit 90 Schlägen/Minute)
Hinweis auf Sportstunde geben (Veränderung der Herzfrequenz unter Belastung)

6 l ist ungefähr die Menge Blut, die ihr in eurem Körper habt, d.h. das ganze Blut, das ihr im Körper habt, wird in einer Minute einmal durch euren Körper gepumpt. Die 6 l/m gelten allerdings nur, wenn wir uns nicht anstrengen. Schon beim Rennen oder Fußballspielen kann die Menge auf 10 bis 12 l/m ansteigen, was das Herz z.B. durch eine Verdoppelung der Schlagfolge von 80 auf 160 l/m schafft. In kompletter Ruhe, z.B. während des Schlafes, kann das „Minutenvolumen“ auf 4 bis 5l abfallen.

Was ist, wenn wir vergessen, darauf zu achten, dass unser Herz schlägt? Müssen wir das überhaupt? Müssen wir immer daran denken, dem Herzen zu sagen, dass es schlagen soll? Nein, denn das Herz pumpt ganz von allein, ohne dass wir daran denken müssen. Wir wollen jetzt noch einmal kurz zusammenfassen: also, das Blut zirkuliert über das Adersystem im Körper, das Herz sorgt dafür, dass das Blut weiter fließt. Das ist das Blutkreislaufsystem. Warum ist das wichtig? Weil der Blutkreislauf ein Transportsystem ist, das die verschiedenen Regionen unseres Körpers mit allen wichtigen Stoffen versorgt, die sie zum Leben brauchen (es transportiert sozusagen Energie). Deshalb ist die Menge auch größer unter Belastung als in Ruhe.

Lunge und Funktion der Luftwege

Wo kommt der Sauerstoff her? Sauerstoff ist in der Luft. Er wird von den Bäumen und anderen Pflanzen produziert. Wie kommt aber nun der Sauerstoff in der Luft in unseren Körper und ins Blut zu den Muskeln?

→ tief einatmen

Wir atmen. Womit atmen wir denn? Wer weiß, in welches Organ die Luft geht, wenn ich jetzt ganz tief einatme? In die Lunge. Was wisst ihr denn über die Lunge?

Es gibt einen größeren rechten und einen kleineren linken Lungenflügel (links muss nämlich noch Platz für das Herz bleiben). Bei der Einatmung dehnt sich unser Brustkorb aus, das Zwerchfell verschiebt sich nach unten. Das könnt ihr an einer Zunahme des Brustkorbumfanges mit einem Zentimetermaß messen; auch merkt ihr, dass sich der Bauch etwas herausdrückt. Bei der Ausatmung ist dies umgekehrt.

→ Schaubild (siehe Materialien) an die Tafel hängen und Atemweg zeigen und dabei kleine weiße Plättchen für den Sauerstoff, rote „Autos“ für die Blutplättchen und blaue Plättchen für die Abfallstoffe (das Kohlendioxid) verwenden.

Hier könnt ihr sehen, wie die Luft ins Blut kommt. Wenn ihr einatmet, dann geht die Luft durch den Mund, den Rachen, die Luftröhre und die Bronchien in die beiden Lungenflügel bis in die Lungenbläschen (Lungenbläschen hängen wie Trauben an den Verästelungen der feineren Bronchien). In beiden Lungenflügeln sind etwa 300 – 500 Millionen Stück. In den Lungenbläschen zieht das Blut den Sauerstoff aus der Luft. Wie funktioniert das? Wenn wir einatmen, füllt sich jedes Lungenbläschen mit Luft. Da ja die Luft Sauerstoff enthält, befinden sich in den Lungenbläschen also auch viele kleine Sauerstoffteilchen. Jedes Lungenbläschen ist nun mit einem Netz von kleinen Adern umspinnen. In diesen Adern fließt Blut (wie in allen Adern des Körpers). Das Herz pumpt nämlich nicht nur das Blut durch den Körper, sondern zuerst durch die Lunge und dann durch den Rest des Körpers. Wenn ihr euch das Blut unter einem Mikroskop anschauen würdet, dann könntet ihr sehen, dass im Blut ganz viele kleine Teilchen schwimmen, die roten Blutkörperchen. Sie geben eurem Blut die rote Farbe. Jedes kleine Blutkörperchen bindet ein Sauerstoffteilchen (d.h. es zieht sich ein Sauerstoffteilchen aus den Lungenbläschen) und transportiert es dann über das Adersystem zu eurem Gehirn, zur Leber und zu den Nieren, aber auch zu Armen und Beinen, wie zu euren Muskeln. Ein bisschen kann man sich ein rotes Blutkörperchen also wie einen kleinen LKW vorstellen, der an den Lungenbläschen seine Ladung, den Sauerstoff, abholt, damit über die Autobahn, das Adersystem, fährt und an seinem Bestimmungsort, den Muskeln, zum Beispiel seine Ladung abgibt. Auf dem Rückweg nimmt es noch ein paar Stoffe (Abfall) mit, die nicht gebraucht werden und

fährt über das Adersystem (die Autobahn) zurück zum Lungenbläschen. Dort gibt es die Abfallstoffe ab und lädt von neuem Sauerstoff auf. Die Abfallstoffe (Kohlendioxid) werden dann ausgeatmet.

→ eines der Kinder soll das Gelernte mit Hilfe der verschiedenfarbigen Plättchen wiederholen. Wenn es einmal nicht weiter weiß, sollen alle anderen Kinder mithelfen. Daher alle zum Aufpassen auffordern und am Ende ggf. korrigieren lassen.

Wir haben vorhin festgestellt, dass das Herz ganz von alleine schlägt. Was ist denn mit der Lunge? Was passiert denn, wenn wir vergessen zu atmen?

Genauso wie das Herz ganz von alleine schlägt, atmen wir auch, ohne dass wir daran denken müssen.

Kreuzworträtsel

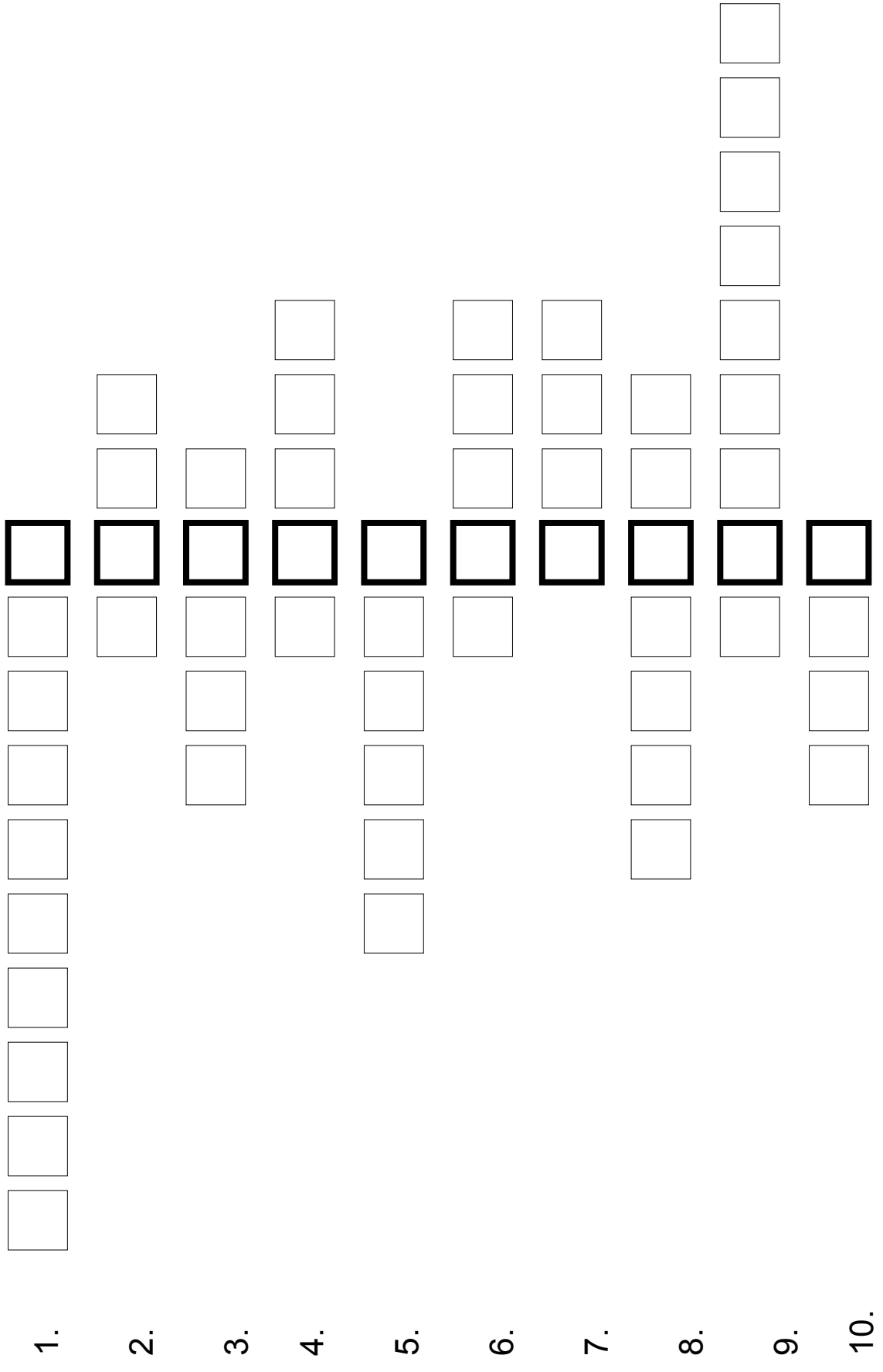
Kreuzworträtsel

Auf dem nächsten Blatt sind zehn Wörter gesucht, die ihr in der letzten Stunde kennen gelernt habt. Das erste gesuchte Wort muss in die erste Zeile eingetragen werden, das zweite in die zweite Zeile usw. Wenn ihr alle Wörter gefunden habt, ergeben die dick markierten Kästchen von oben nach unten gelesen ein Lösungswort.

Viel Erfolg!

1. Pro ... pumpt das Herz ca. 70 ml Blut in den Körper
2. Der Motor des Transportsystems im Körper ist das ...
3. Das Herz ist ungefähr so groß wie eine ...
4. Hier nimmt das Blut den Sauerstoff auf
5. Das ist die Aufgabe des Herzens
6. Das Straßensystem des Körpers nennt man ...
7. So dünn wie ein ... kann eine Ader sein
8. Sie bewegen unseren Körper
9. Im ... kann man die Teilchen des Blutes sehen
10. Es transportiert Stoffe zu unseren Organen und Muskeln

Das Lösungswort ist:



1. H E R Z S C H L A G
2. H E R Z
3. F A U S T
4. L U N G E
5. P U M P E N
6. A D E R N
7. H A A R
8. M U S K E L N
9. M I K R O S K O P
10. B L U T

Stunde: Der Raucher

Ziele:

- Die Kinder sollen über Veränderungen, die das Rauchen verursacht, informiert werden.
- Die Inhaltsstoffe einer Zigarette und deren Wirkungen im Körper werden vorgestellt.
- Es wird deutlich, dass das Rauchen zu einer Einschränkung/Verminderung körperlicher Leistung führen kann.
- Die Kinder werden für die Gefahren des Rauchens sensibilisiert.

Geplanter Stundenablauf:

1. Inhaltsstoffe der Zigarette und deren Wirkung darstellen (Nikotin, Kohlenmonoxid, Teer, Staub/Fremdkörper)
2. Folgen des Rauchen (kurz-, mittel- und langfristige)
3. Eventuell: Einflüsse des Passivrauchens
4. Eventuell: Quiz

Materialien: Zigarette, Spritze; Thermographie; Kreide; Schaubild Atemwege (z.B. aus *Prävention des Zigarettenrauchens* (S.37) von H. Gohlke, 1993, Darmstadt: Steinkopff-Verlag); Aufnahme der Lunge/Raucherlunge (z.B. aus *Körperwelten. Die Faszination des Echten (Katalog zur Ausstellung)* (S.68 & 69), 2000, Heidelberg: Institut für Plastination); farbige Plättchen; Wattebällchen, Taschentücher; Quizfragen

Ablauf:

Inhaltsstoffe

Was passiert, wenn ihr raucht? Wenn man Leute rauchen sieht, dann atmen sie ja Rauch ein und dann wieder aus. Kommt dann aller Rauch wieder aus der Lunge heraus, oder was passiert da?

→ Zigarette mit Hilfe einer Spritze auf Watte aufziehen, Schüler schwarze Ablagerung betrachten lassen

Offensichtlich atmet man also nicht den ganzen Rauch wieder aus, sondern es bleibt noch etwas im Körper drin. Bloß was? Was ist eigentlich im Rauch drin?

→ Mund mit Zigarette und Inhaltsstoffe an die Tafel malen/schreiben

Das sind die Hauptbestandteile des Rauches:

*Nikotin
Kohlenmonoxid
Teer
Staub und Fremdkörper*

Das alles atmet man also in die Lungen ein, wenn man raucht. Aber nicht nur die Lungen sind vom Zigarettenrauch betroffen: Die Inhaltsstoffe des Rauches können sich auch in Mund, Rachen, Luftröhre und in der Speiseröhre niederschlagen (sogenannte Rauchstraße). Aber auch was mit dem Speichel verschluckt wird, kann in Magen und Darm zu Schädigungen führen oder sogar – nach Aufnahme im Darm – durch die Ausscheidung mit dem Urin in Nieren und Harnblase Unheil anrichten.

→ Schaubild Atemwege (siehe Materialien) aufhängen und zum Raucher umfunktionieren, indem man eine Zigarette in den Mund klebt, ein Kind soll parallel dazu immer die verschiedenen Plättchen auf das Poster kleben

Diesmal wandert also nicht nur Luft in die Lungenbläschen, sondern auch noch Nikotin (grün), Kohlenmonoxid (gelb), Teer (schwarz) und Staub (grau). Das passiert bei jeder Zigarette; egal, ob es die erste oder die zehnte ist. Was verändern denn diese Stoffe in unserem Körper? Wer weiß etwas darüber?

Nikotin

Nikotin ist ein Nervengift, d.h. es wirkt im Gehirn. Das gemeine ist, Nikotin macht süchtig. Wer von Nikotin abhängig ist, braucht immer mehr davon, auch wenn er das eigentlich gar nicht mehr will.

Nikotin bewirkt außerdem, dass sich die Adern verengen und die Organe des Körpers nicht mehr so gut durchblutet werden können. Statt zwei roten Blutkörperchen-LKW's passt nur noch eins durch das Blutgefäß. Wenn z.B. die Hände nicht mehr gut durchblutet werden, dann bekommt ihr kalte Finger. Bei Rauchern werden daher auch die Finger kälter. (eventuell Thermographie zeigen) Rauchen führt zu einer schlechteren Durchblutung. Warum ist das so? Weil das Nikotin die Blutgefäße enger oder weiter macht? Was ist richtig?

Nikotin macht die Blutgefäße enger, das ist richtig.

Am schlimmsten ist die schlechte Durchblutung natürlich für das Herz, denn das muss ja immer arbeiten, damit wir leben können.

Wenn ein Bereich von unserem Körper gar nicht mehr durchblutet wird, z.B. ein Fuß, dann stirbt er ab. Das passiert, wenn jemand ein Raucherbein hat.

Kohlenmonoxid

Kohlenmonoxid ist auch ein Gift, es kommt auch in den Autoabgasen vor (es ist also ein bisschen so, als würdet ihr an einem Auspuff schnüffeln).

Es bindet schneller an die roten Blutkörperchen als der Sauerstoff. Es schnappt also dem Sauerstoff den kleinen roten Blutkörperchen-LKW vor der Nase weg. So kommt es, dass viele von den kleinen roten Blutkörperchen, die durchs Blut schwimmen, mit Kohlenmonoxid und nicht mit Sauerstoff beladen sind. Dadurch bekommen die Muskeln weniger Sauerstoff, weil viele von den roten Blutkörperchen ja besetzt sind. Im Körper kommt es zu Sauerstoffmangel.

Teer

Auch der Teer tut einiges dazu, dass im Körper Sauerstoffmangel ausbricht. Der Teer lagert sich nämlich in den Lungenbläschen ab und verstopft dabei viele von den kleinen Adern. Die roten Blutkörperchen können also an immer weniger Stellen Sauerstoff aus der Luft ziehen. Aber auch auf dem Weg zu den Lungenbläschen lagert sich der Teer schon ab. Er verklebt z.B. die Flimmerhärchen an den Atemwegen, so dass diese nicht mehr die Luft filtern können. Teer verursacht Krebserkrankungen. Wer täglich 20 Zigaretten raucht, nimmt im Jahr ungefähr eine Tasse voll Teer auf. Ein Teil davon legt sich in der Lunge fest und schädigt sie allmählich.

→ Wattepusten auf dem Tisch: zwei Kinder gegeneinander pusten lassen, eins normal, eins mit einem Stofftaschentuch vor dem Mund. Wer kommt am weitesten? (In der zweiten Runde die Rollen vertauschen; das Kind mit Taschentuch vor dem Mund kommt jedesmal nicht so weit.) Bezug zum verkleinerten Lungenvolumen (Folgeschäden) verdeutlichen.

Staubteilchen

Im Zigarettenrauch sind auch noch viele tausend Staubteilchen, die wir mit einatmen. Wir haben an den Wänden der Atemwege ganz viele kleine feine Härchen. Das sind die Flimmerhärchen. Die haben die Aufgabe, die Luft zu filtern und von Staubteilchen zu befreien. Normalerweise atmen wir aber recht saubere Luft ein. Im Zigarettenrauch sind nun aber so viele Staubteilchen, dass die Flimmerhärchen überlastet sind und gar nicht mehr nachkommen. Die Flimmerhärchen werden von den vielen Staubteilchen gelähmt. Wenn man lange und viel raucht, dann sterben die Flimmerhärchen sogar ganz ab. Wegen der vielen Staubteilchen muss man auch husten (besonders bei der ersten oder zweiten Zigarette). Das Husten ist ein Alarmsignal unseres Körpers. Unser Körper wehrt sich, weil die Luft, die wir einatmen, eigentlich viel zu dreckig ist.

Folgen des Rauchens

Jetzt habe ich euch ja eine Menge über die Inhaltsstoffe des Zigarettenrauchs erzählt und darüber, was sie in unseren Körper anrichten/verändern.

→ Wiederholung der bisher kennengelernten kurz-, mittel- und langfristigen Folgen

Passiert das denn nur, wenn man jahrelang raucht? Oder nur bei der ersten Zigarette? Ist Rauchen nur dann schädlich, wenn man es jahrelang tut? Nein, Rauchen schadet schon bei der ersten Zigarette und genauso bei jeder weiteren, denn alles, was ich euch gerade über das Nikotin, das Kohlenmonoxid, den Teer und die Staubteilchen erzählt habe, gilt für jede einzelne Zigarette.

→ nochmals kurz zusammenfassen

Passivrauchen

Was ist das Passivrauchen? Wer von euch weiß etwas darüber? Was ist der Unterschied zum normalen Rauchen? Ist Passivrauchen nicht schädlich?

Quiz

→ Wiederholung des Gelernten durch Quizfragen; die Klasse dabei in Gruppen teilen, Punkt für die Gruppe vergeben, welche am schnellsten die Fragen richtig beantwortet

Quiz

- 1) Welcher Stoff im Zigarettenrauch macht süchtig?
- 2) Nennt mindestens 3 Stoffe, die im Zigarettenrauch enthalten sind!
- 3) Warum müssen Raucher manchmal husten?
- 4) Was passiert beim Rauchen mit den Adern?
- 5) Welche Krankheiten kann man durch das Rauchen bekommen?
- 6) Von wem kann man etwas über die Schädlichkeit des Rauchens erfahren?
(*Eltern, Hausarzt, Krankenkassen, Bücherei, Lehrer*)
- 7) Verbessert oder verschlechtert Rauchen die Durchblutung der Haut?
(*mit kurzer Begründung*)
- 8) Welche Aufgaben haben die Flimmerhärchen?
- 9) Wo kommt das Gift Kohlenmonoxid noch vor (außer in Zigaretten)?
- 10) Welche Bereiche des Körpers gehören zur Rauchstraße?
(*Nasenhöhle, Gaumen, Zunge, Mund- und Rachenhöhle, Kehldeckel, Luftröhre, Bronchien*)

B Sportstunde

Stunde: Sportstunde

Ziele:

- Aufzeigen der Verminderung der Leistungsfähigkeit und Fitness durch das Zigarettenrauchen.
- Durch Training können verschiedene Eigenschaften (z.B. Kraft, Beweglichkeit, Geschicklichkeit, Schnelligkeit und Ausdauer) verbessert werden.
- Günstige Auswirkungen des Ausdauertrainings auf das Herz-Kreislaufsystem werden demonstriert.

Geplanter Stundenablauf: (in der Turnhalle)

1. Einführung – Zusammenhänge zwischen Sport und Gesundheit
2. Praktische Übungen, u.a. zu Ausdauer, Koordination und Kraft
3. Folgen des Rauchens auf sportlichem Gebiet verdeutlichen

Materialien: Poster; Musik; Blutdruckmessgeräte

Ablauf:

Einstieg: Theoretischer Teil

→ anhand von Postern, die an die Wand gehängt werden, werden folgende Fragen diskutiert (dazu jeweils zunächst die Antworten der Kinder sammeln und dann besprechen)

- Was ist Bewegungsmangel und welche Erkrankungen resultieren daraus?
- Was kann man gegen Bewegungsmangel tun?
- Welche Formen sportlichen Trainings gibt es?
- Welche Aufgabe kommt dabei dem Gesundheitssport zu? Was ist der Gesundheitssport?
- Warum rauchen die meisten Leistungssportler nicht?
- Was passiert mit der sportlichen Leistungsfähigkeit bei Rauchern?

(dieser Teil dauert ca. 15 Minuten)

Praktischer Teil

(dieser Teil der Stunde mit großer Eigenaktivität der Kinder stellt den Schwerpunkt der Sportstunde dar und dauert ca. 25 Minuten)

→ aufwärmen zu Musik mit verschiedenen gymnastischen Übungen, danach wird der Blutdruck (exemplarisch an zwei Schülern) gemessen und alle Schüler messen ihren eigenen Puls

Wie reagiert unser Körper auf das Aufwärmen?

→ dehnen der wichtigsten Muskelgruppen

Warum sollte man die wichtigsten Muskelgruppen dehnen?

→ Antworten sammeln

Richtig, damit wir uns beim Sport nicht verletzen und uns besser bewegen können ist es wichtig, dass wir uns aufwärmen und danach dehnen.

→ Ausdauerübungen zu Musik, danach erneutes Messen von Blutdruck und Puls

Was passiert mit unserem Körper während dieser Ausdauerübungen?

→ koordinative Übungen

Wer kann die komplizierten Übungen besonders gut ausführen?

→ die Defizite im koordinativen Bereich werden den Schülern deutlich

→ Kraftübung in Wettkampfform

Wer kann den Ellbogen-Liegestütz in korrekter Ausführung am längsten halten?

→ erneutes Blutdruck und Puls messen

Fällt euch etwas auf? Bei welchen Belastungsformen steigen der Blutdruck und der Puls am stärksten an? Welche Konsequenzen ergeben sich für den Gesundheitssport und welche Konsequenzen ergeben sich für den Raucher?

→ die Kinder lernen die Auswirkungen des Rauchens in veranschaulichter Weise kennen

→ man kann auch z.B. die eingeschränkte Lungenfunktion den Kindern daran verdeutlichen, wie die Leistung eines Läufers bei einem Sprint abnimmt, wenn er mit einem Taschentuch vor dem Mund läuft

C Psychologischer Block

Stunde: Gründe für und gegen das Rauchen

Ziele:

- Die Schüler erkennen, dass dem Rauchen unterschiedliche Erwartungen und Überzeugungen zu Grunde liegen.
- Sie erkennen die Altersabhängigkeit typischer Rauchmotive und gewinnen ein erstes Verständnis für die Abhängigkeitsproblematik.
- Sie lernen die aktuellen Raucherprävalenzen kennen und korrigieren mögliche Fehleinschätzungen.
- Sie setzen sich mit eigenen Rauchmotiven auseinander und erkennen den fiktiven Charakter rauchbezogener Erwartungen.
- Sie entwickeln geeignete Strategien, um die mit dem Rauchen angestrebten Zielsetzungen zu realisieren.

Geplanter Stundenablauf:

1. Interviewbögen (es wurden nicht rauchende und rauchende Jugendliche und Erwachsene von den Kindern befragt) nach Argumenten für und gegen das Rauchen auswerten
2. In einer Diskussion sollen die Kinder die Gegensätze zwischen den Rauchmotiven Erwachsener und Jugendlicher entdecken.
3. Aufklärung über Rauchquoten und Einstellungswandel gegenüber dem Rauchen in der Gesellschaft.
4. Auseinandersetzung mit Gruppendruck und anderen Determinanten jugendlichen Rauchens anhand von Comics.

Materialien: Interviewbogen „Warum eigentlich rauchen?“ mit Auswertungstabelle; Folie Raucherquote; Comics „Udo“ und „Die erste Zigarette“

Ablauf:

Einführung / kurze Wiederholung

In den vergangenen Stunden habt ihr sehr viel über das Rauchen gelernt. So wisst ihr jetzt schon einiges über die schädlichen Folgen des Rauchens für Lunge, Herz und Kreislauf. Außerdem habt ihr gelernt, dass Rauchen schlecht für die Kondition ist. Wer weiß denn noch, welche Bestandteile im Tabakrauch enthalten sind?
→ Antworten sammeln

Was genau bewirkt Nikotin? Was passiert durch das Kohlenmonoxid? Warum ist der Teer schädlich? Was bewirken die Staubteilchen?

Ihr wisst ja noch eine ganze Menge über die Folgen des Rauchens. Sieht man sich diese näher an, ist eigentlich unverständlich, warum überhaupt noch jemand raucht. Was glaubt ihr? Wissen die Raucher vielleicht nicht, dass Rauchen so gesundheitschädlich ist?

→ meist argumentieren Kinder, dass Raucher die Risiken kennen, aber trotzdem Rauchen Genau mit diesem "trotzdem" wollen wir uns heute beschäftigen. Als Hausaufgabe zur heutigen Stunde solltet ihr Eltern, Freunde und Bekannte befragen, warum sie rauchen bzw. nicht rauchen. Jetzt wollen wir diese Gründe für und gegen das Rauchen einmal genauer unter die Lupe nehmen.

Interviewauswertung

→ die Antworten der Kinder werden an der Tafel den Kategorien "Gründe für das Rauchen" und "Gründe gegen das Rauchen" zugeordnet, wobei die erste Kategorie die Subkategorien "Gründe Jugendlicher" und "Gründe Erwachsener" umfasst.

→ die Kinder sollten die Antworten auch in die Tabelle in ihrem Heft eintragen

Gründe gegen das Rauchen

→ da es primär darum geht, die Motive der Raucher zu hinterfragen, sollten zunächst kurz die Gründe der Nichtraucher gesammelt werden, um sich später nicht zu verzetteln (hierbei möglichst die vorher besprochenen Folgen des Rauchens aufgreifen). Besonderer Wert sollte hierbei auf Argumente gelegt werden die von den Schülern selbst als stichhaltig erlebt werden. Hierzu zählen:

- Rauchen versus Gesundheit (Krebs, Raucherbein,...)
- Rauchen versus Fitness (mangelnde Kondition, Atemnot, Husten,...)
- Rauchen versus Unabhängigkeit
- Rauchen versus Schönheit (unangenehmer Geruch, unreine Haut, gelbe Zähne,...)
- Finanzielle Einbußen (Kinder rechnen lassen, wie viel Geld jemand ausgibt, der jeden Tag eine Schachtel Zigaretten raucht (Alternativen sammeln, was man mit dem Geld sonst besseres anfangen könnte)

Gründe für das Rauchen

→ zunächst sollten die Antworten der Kinder kommentarlos gesammelt werden. Besonders wichtig ist die Unterscheidung zwischen den Einstiegs- und Aufrechterhaltungsgründen erwachsener Raucher, um den Kindern die Motivänderungen und die mit dem Rauchen verbundene Abhängigkeitsproblematik deutlich machen zu können. Ferner sollten die Schüler die Möglichkeit haben, eigene Raucherfahrungen zu schildern und/oder mögliche Einstiegsgründe zu ergänzen. Die häufigsten Nennungen jugendlicher Raucher stehen in engem Bezug zu den Determinanten „Risikobereitschaft“ („weil es verboten ist“) und „Orientierung an den Normen Gleichaltriger“ („weil es cool ist“, „weil alle rauchen“). Erwachsene Raucher nennen meist ähnliche Einstiegs motive („weil in der Clique damals alle geraucht haben“, „weil ich älter wirken wollte“, „weil ich nicht als Feigling gelten wollte“), während sie die Beibehaltung des Rauchens mit dem Verweis auf „Genuss“, „Entspannung“ und „Abhängigkeit/Gewohnheit“ begründen.

Analyse problematischer Überzeugungen / Umbewertung des Rauchens

Motive jugendlicher Rauchanfänger versus erwachsener Gewohnheitsraucher

Seht euch die Gründe der erwachsenen und jugendlichen Raucher einmal genauer an. Was fällt euch dabei auf? Rauchen die Kinder aus den gleichen Gründen wie die erwachsenen Raucher? Was ändert sich im Laufe der Zeit? Rauchen die Erwachsenen aus denselben Gründen weiter, aus denen sie angefangen haben?

→ Antworten sammeln

Ist doch seltsam: Die meisten Erwachsenen haben aus denselben Gründen mit dem Rauchen angefangen wie die Kinder, z.B. wegen der Freunde oder wegen des Nervenkitzels. Später spielen solche Gründe keine Rolle mehr. Warum hören sie denn dann nicht einfach damit auf?

→ Beiträge der Kinder so moderieren, dass sie selbständig Unterschiede zwischen den Wünschen jugendlicher Rauchanfänger (z.B. Spannung, Unabhängigkeit) und den Gründen erwachsener Gewohnheitsraucher (z.B. Entspannung, Abhängigkeit) entdecken.

Einstiegs motive analysieren

(Die im Folgenden aufgeführten Themenkomplexe können im Rahmen einer Unterrichtsstunde nicht erschöpfend behandelt werden. Daher sollte der Unterrichtende eine Auswahl treffen, die er – in Abhängigkeit von den jeweils vorherrschenden Motiven der Schüler – variieren kann. Zudem lassen sich die meisten Themenbereiche miteinander verknüpfen. Die Fragen sind als Anregung zu verstehen, die selbstverständlich abgewandelt werden können.)

Wir wollen uns jetzt genauer ansehen, warum Kinder und Erwachsene mit dem Rauchen anfangen. Vor allem sollt ihr herausfinden, wie überzeugend die Gründe sind.

„Dazugehören wollen“ / Indirekter Gruppendruck

Viele von euch und euren Freunden haben gesagt, sie rauchten, weil die anderen auch rauchten. Auch die Erwachsenen haben euch oft erzählt, dass sie mit dem Rauchen angefangen haben, um zur Clique dazu zu gehören und nicht ausgeschlossen zu werden. Ich habe euch einen Comic mitgebracht, in dem es um Udo geht. Wer möchte beschreiben, was auf den Bildern zu sehen ist?

→ Comic auflegen und sukzessiv die einzelnen Bilder aufdecken und beschreiben lassen.

Warum fängt Udo mit dem Rauchen an? Wird er von den Freunden gezwungen? Mögen sie ihn lieber, wenn er raucht?

→ sammeln

Genau, er bildet sich nur ein, mitrauchen zu müssen. In Wirklichkeit ist es den Freunden egal, ob er raucht oder nicht. Wie kommt es denn, dass Udo mitraucht, nur weil es alle tun? Wovor hat er Angst? Was würdet ihr Udo sagen, wenn er euer Freund wäre? Ist es euch schon mal ähnlich gegangen wie Udo? Wenn ihr den Fragebogen ehrlich beantwortet habt, dann haben sich auch ...% (Zahl der Klasse einsetzen) unter Druck gesetzt gefühlt, eine Zigarette mitzurauchen. Vor allem die, die gelegentlich rauchen, haben dieses Gefühl.

→ hier verweisen die Kinder häufig darauf, dass man manchmal tatsächlich zum Rauchen gezwungen wird und nicht nur anderen zuliebe mitrauche. Falls dieser Einwand kommt, sollte der Unterrichtende darauf verweisen, dass er auf diese Art von Gruppendruck in der nächsten Stunde zu sprechen komme.

„Die erste Zigarette“ / Korrektur normativer Erwartungshaltungen

Ich habe euch noch einen zweiten Comic mitgebracht, in dem es um die erste Zigarette geht. Warum fängt der Junge an zu rauchen? Wieso nennt er seine Bekannte plötzlich „Kleine“?

→ Comic wiederum beschreiben lassen

Wieso glaubt er denn, durch Rauchen älter zu wirken? Ist jemand cool, der andere einfach nachmacht? Ist es denn erwachsen, andere nachzuahmen? Ist es denn so, dass die meisten Erwachsenen rauchen? Was glaubt ihr, wie viele Erwachsene rauchen?

→ die meisten Kinder schätzen den Prozentsatz erwachsener Raucher sehr hoch ein

In Wirklichkeit liegt der Raucheranteil bei den Erwachsenen unter 30% (aktuellste verfügbare Statistik nutzen). Die meisten Erwachsenen rauchen gar nicht.

→ Folie zu Zigarettenkonsum auflegen

Es ist sogar umgekehrt so, dass sich die meisten das Rauchen wieder abgewöhnen wollen. Ist doch seltsam: Die Erwachsenen wollen sich das Rauchen abgewöhnen und die Kinder rauchen, um erwachsener zu sein. Wieso glauben überhaupt so viele Kinder, durch Rauchen älter zu wirken?

→ Schüler verweisen meist darauf, daß Rauchen in ihrem Alter verboten ist

Wirkt man denn älter, wenn man immer nur Dinge tut, die verboten sind? Vielleicht erinnert ihr euch daran, als ihr noch kleiner wart und extra das Gegenteil von dem gemacht habt, was ihr solltet. Wie ist denn jemand, der immer das Gegenteil von dem tut, was er eigentlich tun sollte? Ist der erwachsen?

→ Meinungen sammeln

Genau. Ganz offensichtlich nicht. Er ist bestenfalls trotzig. Und wie ist der Junge in der Geschichte? Ist der cool oder erwachsen?

→ häufige Antworten: er ist blöd, langweilig, einfalllos... Antworten mit den Kindern besprechen und diskutieren, dabei herausarbeiten, dass der Junge die älteren Jugendlichen nur imitiert und sich deshalb eher kindisch als erwachsen verhält.

Risikobereitschaft (Spannung/Nervenkitzel erzielen wollen)

Als ich euch den Fragebogen ausgeteilt habe, haben viele von euch angekreuzt, dass sie gerne spannende und riskante Dinge unternehmen. Eine Reihe von Jugendlichen glaubt, Rauchen sei etwas Spannendes. Warum wohl?

→ „Weil es verboten ist“; Beiträge der Schüler im Sinne des vorigen Abschnitts moderieren.

Ich nenne euch mal einige andere spannende Beschäftigungen. Ihr überlegt bitte, welche Fähigkeiten man braucht, um diese Dinge tun zu können. Was braucht man z.B. an Fähigkeiten, um Inline-Skating zu machen?

→ möglichst realisierbare Freizeitbeschäftigungen wählen: Fußball, Eishockey oder Basketball spielen, Zelten im Freien oder für Nachtwanderungen; die Antworten der Kinder sammeln

Ihr habt eine ganze Menge Fähigkeiten genannt, die man braucht, um Spannendes zu unternehmen. Wie ist es denn mit dem Rauchen? Welche Fähigkeiten braucht man dazu?

→ Antworten sammeln und Kinder zur Erkenntnis anleiten, dass Rauchen weder etwas mit Mut noch mit Kraft, Geschick, Geduld, Ausdauer etc. zu tun hat

Kurze Zusammenfassung

Jetzt, wo wir uns die Gründe für das Rauchen näher angesehen haben, kommen wir noch einmal auf die Ausgangsfrage zurück: Was ist von diesen Gründen zu halten? Wie überzeugend sind sie? Und wie ist es mit den Gründen gegen das Rauchen?

→ Kinder Genanntes nochmals zusammenfassen lassen und „werten“ lassen

Um die Ziele der Raucher auch auf anderem Weg erreichen zu können, wollen wir uns in den nächsten Stunden gemeinsam überlegen, was wir anstelle des Rauchens tun könnten.

Doppelstunde: Rollenspiele

Ziele:

- Die Schüler wenden die eigenständig entwickelten Handlungsalternativen zum Zigarettenkonsum in problemrelevanten Situationen an.
- Sie erlernen soziale Kompetenzen, um sich dem Druck zum Mitrauchen zu widersetzen.
- Sie erkennen die Vorteile selbstbestimmten Handelns.
- Sie bauen ein positives Nichtraucherimage auf, indem sie Nichtrauchen mit Selbstsicherheit verknüpfen.
- Sie erwerben generelle Strategien, um einen einmal gefassten Vorsatz gegenüber Fremdeinflüssen abzuwehren und übertragen so die am Beispiel des Rauchens ausgebildeten Kompetenzen auf andere Problembereiche.

Geplanter Stundenablauf:

1. Kleingruppen entwickeln Alternativen zum Rauchen
2. Vorschlagen weiterer Lösungsmöglichkeiten durch die gesamte Klasse und mit Hilfe des Dozenten
3. In Rollenspielen üben die Kinder Gruppendruck zu widerstehen (dabei drei verschiedene Verhaltensweisen ausprobieren: unsicheres, selbstsicheres oder aggressives Auftreten der Spielenden)
4. Erarbeiten mit der Klasse, was selbstsicheres Verhalten heißt
5. Von der „Eselgeschichte“ ausgehend werden Konsequenzen und generelle Voraussetzungen für Entscheidungen diskutiert

Materialien: Drei Kurzgeschichten („Die Mutprobe“, „Der große Tag“ und „Das machen doch alle“); Musterdialog; Rollenspielkarten; Arbeitsblatt „Die Eselsgeschichte“

Ablauf:

Einführung / kurze Wiederholung

Wir haben uns in der letzten Stunde einmal näher angesehen, warum Menschen überhaupt rauchen, obwohl es doch erwiesenermaßen ungesund und schlecht für die körperliche Fitness ist. Dabei habt ihr bemerkt, dass sich Gründe erwachsener Raucher sehr stark von den Gründen der Kinder und Jugendlichen unterscheiden. Wer kann noch einmal wiederholen, wo diese Unterschiede lagen?

→ Ein Kind mit der Unterstützung der anderen kurz zusammenfassen lassen

Genau, die Erwachsenen rauchen meistens aus Gewohnheit oder weil sie abhängig sind. Die Kinder, die mit dem Rauchen anfangen, versprechen sich davon Spannung und Nervenkitzel, wollen zur Gruppe dazugehören oder andern Jugendlichen imponieren. Ihr habt diese Gründe auch genauer überprüft und überlegt, ob rauchen wirklich soviel mit Mut oder Erwachsensein zu tun hat. Wer kann sich noch erinnern, zu welchem Ergebnis ihr gekommen seid?

→ Antworten sammeln, aufgreifen und eventuell ergänzen

Umsetzung der theoretischen Erkenntnisse im Rollenspiel

Vorgegebene Geschichten zu Ende führen (Variante 1)

Situationsvorstellung

Jeder bekommt jetzt eine Geschichte, in der es darum geht, dass Kinder anfangen wollen zu rauchen. Jeder liest sich seine Geschichte leise durch. Es gibt drei verschiedene Geschichten. Setzt Euch jetzt bitte so zusammen, dass alle in einer Gruppe die gleiche Geschichte haben. Löst zuerst gemeinsam die 1. Aufgabe.

→ Aus jeder Gruppe liest einer die erarbeiteten Vorschläge vor, was man anstelle des Rauchens tun könnte. Die anderen Gruppen ergänzen.

Setzt Euch jetzt zu zweit zusammen und schreibt ein Rollenspiel, wie die Geschichte weitergehen könnte. Das könnte so aussehen:

→ zwei Kinder den Musterdialog vorspielen lassen

einer spielt also den Raucher, einer den Nichtraucher. Schreibt jetzt auch so ein Gespräch und denkt daran, was für Gründe gegen das Rauchen sprechen.

Rollenspiel

Worum geht es in den Geschichten? Wer möchte der Klasse erklären, wovon die Geschichte handelt?

(Variante: Vorlesen der Geschichte)

→ In der Regel reißen sich die Schüler regelrecht darum, „Theater zu spielen“. In solchen Fällen muss der Dozent darauf achten, dass das Spiel nicht ins Lächerliche abgleitet, sondern als Übung ernst genommen wird. Umgekehrt haben einige Schüler starke Selbstdarstellungsängste und beschränken sich daher darauf, ihre Argumente theoretisch darzulegen. Daher sollten möglichst alle Kinder Gelegenheit zum Rollenspiel erhalten (eventuell Auswahl der Besten).

Erste Feedbackphase

→ Die Mitschüler sollen die Argumente des Nichtrauchers zusammenfassen. Anschließend überlegt die gesamte Klasse, welche zusätzlichen Argumente verwendet werden könnten. Der Dozent moderiert die Beiträge der Kinder zugunsten folgender Einsichten (in „kindgerechten“ Formulierungen und möglichst mit Beispielen arbeiten):

- a) „Der große Tag“:
 - „Wenn er Dich mag, dann doch so wie Du bist; und wenn er Dich nur mag, wenn Du rauchst, mag er Dich nicht wirklich.“
 - „Du hast es doch nicht nötig, ihm etwas vorzuspielen.“
 - „Wie kommst Du denn darauf, durch rauchen älter zu wirken? Die meisten Erwachsenen rauchen doch gar nicht!“
 - „Lad‘ ihn doch lieber zu ‘ner Cola ein. Dann lernst Du ihn auch kennen.“
- b) „Die Mutprobe“:
 - „Was hat denn Rauchen mit Mut zu tun? Das kann doch jeder!“
 - „Nur weil’s verboten ist, soll das spannend sein? Das hat weniger mit Spannung als mit Trotz zu tun.“
 - „Überleg‘ doch mal, warum es verboten ist.“
 - „Lass uns lieber was wirklich Spannendes machen – z.B. vom 10 m Turm im Freibad springen oder ‘ne Nachtwanderung machen.“
- c) „Das machen doch alle“:
 - „Echten Freunden ist es doch egal, ob man raucht“
 - „Du solltest besser tun, was Du willst, statt andere nachzumachen.“
 - „Du bist doch Sportler, und Rauchen schadet der Kondition“

- „Wenn Du nachmittags Langeweile hast, unternimm doch lieber was mit uns. Bei uns musst Du nämlich nicht rauchen, um dazu zugehören.“

→ Durch vertiefende Wiederholung gewinnen die Schüler Zutrauen in ihre eigenen Fähigkeiten (Kompetenzvertrauen); zudem erleichtert sie den Transfer in die Realität.

Widerstehen gegen Gruppendruck und Diskriminationstraining

Einführung

In der Geschichte „Das machen doch alle“ wollte Frank unbedingt Freunde finden und rauchte mit, weil alle in der Clique rauchen. Ähnlich war es mit Udo – dem Jungen, der sich einbildete, mitrauchen zu müssen, weil alle seine Freunde rauchten. Nun meinten einige von euch in der letzten Stunde, dass man gar nicht rauchen will. Mit dieser Art von „Gruppendruck“ wollen wir uns jetzt beschäftigen. Gruppendruck heißt, dass man etwas nur deshalb tut, weil die anderen es möchten, auch wenn man es eigentlich nicht tun will. Wer von euch hat denn schon einmal eine Situation erlebt, in der es ihm schwergefallen ist, nein zu sagen?

→ Antworten sammeln (verschiedene Situationen)

Offensichtlich kennt jeder solche Situationen, in denen er „ja“ statt „nein“ sagt; z.B. um die anderen nicht zu enttäuschen oder nicht außen vor zu stehen. Ganz ähnlich ist es manchmal auch beim Rauchen. Viele Kinder fangen mit dem Rauchen an, weil sie nicht den Mut haben, eine Zigarette abzulehnen. Nach der Pause wollen wir dieses „Ablehnen können“ üben.

→ Pause

Vorbereitung der Rollenspiele

→ drei Schüler auswählen, die sich bereit erklären, die ablehnende Rolle zu übernehmen. Der Dozent verlässt mit diesen Schülern den Raum und bittet den Klassensprecher, während seiner Abwesenheit mit dem Rest der Klasse zu überlegen, wie man die Betroffenen wohl am ehesten zum Rauchen überreden könnte. Zudem darf der Klassensprecher drei Schüler bestimmen, die die Rolle der Raucher spielen. Jeder der ablehnenden Spieler erhält eine andere Instruktion: der erste soll sich aggressiv verhalten, der zweite unsicher und der dritte Spieler selbstsicher. Um den Kindern die Rollenübernahme zu erleichtern, verteilt der Dozent Rollenspielkarten, die typische Argumente des jeweiligen Verhaltensstils vorgeben. Ergänzend spricht er mit ihnen über Körperhaltung, Mimik, Gestik, Blickkontakt, Stimme und implizite Überzeugungen des jeweiligen Verhaltensmusters.

Bei der Rollenverteilung erweist es sich als sinnvoll, jemanden, der in der Klasse als unsicher gilt, den selbstsicheren bzw. aggressiven Part übernehmen zu lassen. Auf diese Weise erkennen die Schüler, dass auch angeblich unsichere Kinder in der Lage sind, sich kompetent (oder aggressiv) zu verhalten.

Bevor das Rollenspiel beginnt, weist der Dozent die „rauchenden“ Spieler darauf hin, dass sie weder drohen noch ihre Ziele mit Gewalt durchsetzen sollten. Die übrigen Schüler haben die Aufgabe, auf Unterschiede zwischen den drei Varianten des Ablehnens zu achten.

Durchführung der Rollenspiele

→ nacheinander betreten die ablehnenden Spieler den Raum und verhalten sich entsprechend ihrer Instruktion. Falls den Spielern die Argumente ausgehen sollten, kann der Dozent Beispielrollenspiele zur Verfügung stellen, die die Spieler dann vorlesen.

Auswertung der Rollenspiele

Alle drei Spieler haben versucht, sich dem Gruppendruck zu widersetzen. Allerdings auf sehr unterschiedliche Art und Weise und mit sehr unterschiedlichem Erfolg. Versucht einmal, die Unterschiede zwischen A (aggressiv), U (unsicher) und S (selbstsicher) zu benennen. (Variante: bereits beim ersten Rollenspiel diese Varianten direkt herausarbeiten)

→ Namen der drei ablehnenden Spieler an die Tafel schreiben und die Schüler Adjektive sammeln lassen, die den jeweiligen Verhaltensstil charakterisieren. Um möglichst präzise Beschreibungen zu erhalten, sollten möglichst konkrete Fragen an die Schüler gestellt werden (z.B. Wie war die Stimme? Wie hat er das Ablehnen begründet? Wie war die Körperhaltung? Welche Gedanken sind ihm durch den Kopf gegangen?)

Was meint ihr, welche Art wohl in Wirklichkeit am wirkungsvollsten wäre? Wer von den dreien hätte wohl am ehesten nachgegeben? Was meint ihr würde die Clique im wirklichen Leben von dem jeweiligen Verhalten/Spieler denken? Wer von den dreien ist wohl wirklich überzeugter Nichtraucher?

→ Beiträge der Kinder so moderieren, dass sie selbständig die Bestimmungsstücke und Vorteile selbstsichereren Handelns erkennen; z.B.

- laute und klare Stimme (vs. brüllen/unkontrolliert oder leise/verzagt)
- sachliche, kurze und eindeutige Argumente (vs. verletzende/unsachliche oder entschuldigende/voller überflüssiger Erklärungen)
- Berücksichtigung der Rechte anderer (ohne eigene Ansprüche zu verleugnen)

anschließend fasst der Dozent die bisherige Diskussion zusammen:

Ihr habt gesagt, dass S am erfolgreichsten wäre, weil er gute Argumente hat, nicht einfach nachgibt, niemanden vorschiebt – wie z.B. seine Mutter –, die anderen aber auch nicht beleidigt und angreift. Er weiß, was er will und ist mutig genug, seine Meinung durchzusetzen. Trotzdem läuft er nicht Gefahr, aus der Gruppe ausgegrenzt zu werden.

Mit einem „Drehbuch“ eine Geschichte entwickeln (Variante 2)

Einführung und Erläuterung

In der kleinen Aufgabe, die jetzt kommt, geht es darum eine Geschichte zu entwickeln. Die könnte z.B. so aussehen:

→ *Muster vorspielen lassen*

Um es euch leichter zu machen, selbst so etwas zu schreiben sind die bunten Karteikarten (siehe Arbeitsblatt) dazu da euch erste Anregungen für eure Geschichte zu geben.

- *Auf der roten Karteikarte steht auf der einen Seite bei allen das gleiche, nämlich „PERSON“. Auf der Rückseite stehen die Beschreibungen von verschiedenen Personen, jeweils eine Person auf jeder Karte. Ihr sollt versuchen euch vorzustellen, dass ihr die Person seid, die dort beschrieben ist. Alle Personenbeschreibungen auf den Karteikarten könnten sowohl Mädchen als auch Jungen sein, ihr könnt es euch also aussuchen, wer ihr sein wollt. So wie ihr euch bei einem spannenden Buch oder Film vorstellt die Hauptfigur zu sein, sollt ihr es hier mit der Person auf der Karteikarte versuchen, die direkt gekennzeichnet sind (z.B. bester Sportler der Klasse, der Neue in der Stadt, Anführer der Clique).*
- *Auf der blauen Karteikarte steht auf der einen Seite wieder bei allen das gleiche, in diesem Fall: „ORT“, das ist der Platz wo die Geschichte spielt. Ihr werdet diese Orte (z.B. in der Disco, auf dem Schulhof, auf dem Abenteuerspielplatz) kennen und könnt euch daher leicht vorstellen, dort zu sein.*
- *Auf der grünen Karteikarte steht auf der Rückseite bei allen „SITUATION“, das ist der Ausgangspunkt für eure Geschichte. Das heißt, hier wird ganz kurz beschrieben wie eine andere Person etwas bestimmtes tut (z.B. jemand zieht eine Zigarettenschachtel aus der Tasche, jemand findet eine Zigarettenschachtel auf dem Boden, ein älterer Schüler bietet eine Zigarette an).*
- *Und zwar sollt ihr euch überlegen, wie sich eine bestimmte Person (rote Karteikarte), an einem bestimmten Ort (blaue Karteikarte) verhält, wenn sie in eine bestimmte Situation (grüne Karteikarte) kommt.*

Überlegt einfach gemeinsam, wie würdet ihr euch verhalten, wenn diese Dinge euch passieren würden? Schreibt auf, was ihr sagen könntet und was ihr tun würdet. Uns ist dabei besonders wichtig, was ihr sagen würdet. Also überlegt doch mal wie das Gespräch aussehen könnte, dass ihr führen würdet.

Aber natürlich sollt ihr eure eigenen Ideen und Vorstellungen in eurer Geschichte erzählen.

→ Beispielgeschichte mit der gesamten Klasse erarbeiten und spielen

Jetzt werden jeweils zwei von Euch zusammenarbeiten. Für alle Gruppen wird jetzt die Ausgangssituation gezogen und wir legen die Namen für einen Raucher(in) und einen Nichtraucher(in) gemeinsam fest.

Weiteres Vorgehen wie bei den anderen Rollenspielen

Entscheidungen treffen

Zum Abschluss möchte ich Euch eine Geschichte vorlesen.

→ Dozent liest den Kindern die „Eselsgeschichte“ vor. Sie handelt von einem Mann, dessen Tun zunächst ausschließlich fremdbestimmt ist. Schließlich erkennt er, dass es unterschiedliche Sichtweisen eines Problems gibt und er nicht umhinkommt, sich selbst entscheiden zu müssen. Um die Kinder zur eigenständigen Erkenntnisleistung anzuregen, sollte der Dozent den letzten Absatz der Geschichte (Entscheidungsfindung) aussparen und die Schüler statt dessen fragen, worin das Problem des Mannes besteht und wie es sich lösen lasse.

→ Antworten sammeln

Ja, er will es offensichtlich jedem recht machen. Dabei wäre es besser, wenn er sich zunächst einmal überlegen würde, was er eigentlich selbst für die beste Lösung hält. Was ist denn wichtig, um eine Entscheidung treffen zu können? Dem Mann wurden ja ganz viele verschiedene Ratschläge gegeben. Was könnte er also tun, bevor er sich entscheidet?

→ sammeln

Genau. Er könnte die verschiedenen Möglichkeiten abwägen. Dass es sehr unterschiedliche Ansichten über ein und dieselbe Sache gibt, habt ihr ja selbst bemerkt, als ihr eure Freunde und Bekannten zum Rauchen befragt habt. Wenn ihr so wäret wie der Mann aus der Geschichte, würdet ihr diese Meinungen einfach übernehmen und schließlich merken, dass sie sich teilweise widersprechen. Aber was habt ihr statt dessen getan? Denkt mal an die Stunde „Gründe für und gegen das Rauchen.“

→ sammeln

Richtig. Ihr habt die Argumente der befragten Raucher und Nichtraucher auf ihre Überzeugungskraft überprüft. Dieses Überprüfen und Überlegen ist grundsätzlich wichtig, bevor man sich entscheiden kann. So wie ihr überlegt habt, ob Rauchen wirklich was mit Mut zu tun hat oder ob Raucher wirklich „cooler“ sind, so könnt ihr es mit allen möglichen Problemen machen. Und genauso wie ihr in den Rollenspielen vorhin Alternativen zum Rauchen vorgeschlagen habt, könnt ihr Euch grundsätzlich überlegen, welche anderen Möglichkeiten es gibt, um ein Ziel zu erreichen. Wer sich erst mal Zeit zum Überlegen lässt, läuft auch nicht so schnell Gefahr, Dinge zu tun, die er eigentlich nicht will.

Überleitung zur Werbestunde

Als Hausaufgabe zur nächsten Stunde schaut ihr euch bitte Werbesendungen im Fernsehen an oder schneidet Werbung aus Zeitungen aus. In der nächsten Stunde wollen wir uns nämlich mit Werbung beschäftigen. Achtet mal genau darauf, wie Werbung für Kinder und Jugendliche aussieht und wodurch sie sich von Werbung für Erwachsene unterscheidet.

Stunde: Werbung und Wirklichkeit

Ziele:

- Die Schüler lernen, Werbestrategien verschiedenen Zielgruppen zuzuordnen.
- Sie erkennen, dass die Zigarettenindustrie ihre Kampagnen häufig auf die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen abstimmt.
- Sie decken Widersprüche zwischen Raucherimage und Realität auf.
- Sie entwickeln Strategien, um Nichtraucher und positive Wertvorstellungen miteinander zu koppeln.

Geplanter Stundenablauf:

1. Diskussion über Gemeinsamkeiten von Werbung und Gruppendruck
2. Unterscheidung zwischen Werbung für Jugendliche und für Erwachsene
3. Durch Analyse verschiedener Werbeanzeigen (der Zigarettenindustrie) erkennen, dass diese vor allem Kinder und Jugendliche anspricht.
4. Kennen lernen der Gesetzgebung für die Tabakindustrie und wie diese Einschränkungen und Verbote umgangen werden.
5. Filmausschnitte aus „Komm ins Land der Leichen“ verdeutlichen nochmals den Widerspruch zwischen Raucherimage und Realität.
6. Überlegungen zur Entwicklung von Werbung für das Nichtrauchen
7. Kinder können an einem Wettbewerb zur Nichtraucherwerbung teilnehmen, bei dem die Collagen der Gewinner in öffentlichen Einrichtungen ausgestellt werden (mit Berichten in der Tageszeitung)

Materialien: Werbeanzeigen, Videokassette, Arbeitsblatt „Gesetzgebung“

Ablauf:

Einführung / Bezüge zwischen Gruppendruck und Werbung

Wir haben in der letzten Stunde darüber gesprochen, dass viele Menschen Dinge tun, die sie eigentlich nicht wollen – nur weil Freunde oder Bekannte Druck auf sie ausüben. Was hat dieser Gruppendruck mit der Werbung zu tun?

→ sammeln

Genau. Werbung will einen auch beeinflussen. Es gibt eine riesige Werbeindustrie, die nur davon lebt, Menschen zum Kauf eines Produktes zu verleiten. Ihr hattet ja die ausdrückliche Hausaufgabe, fernzusehen und verschiedene Werbungen genauer zu untersuchen. Dabei ist euch sicher aufgefallen, dass eine Reihe Tricks angewendet werden, um die Zuschauer zu beeinflussen. Welche Tricks fallen euch ein?

→ Antworten sammeln und an einem Beispiel den Begriff „Image“ erläutern:

Ihr habt ja schon gesagt, dass die Werbung übertreibt, dass man nur gesunde, fröhliche Menschen oder Stars sieht. Der Zuschauer soll denken, dass der attraktive, braungebrannte Junge nur deshalb so großen Erfolg bei den Mädchen hat, weil er den richtigen Pickelstift benutzt. Was macht Werbung also?

→ sammeln und moderieren:

Richtig. Sie verknüpft zwei Dinge miteinander, die eigentlich nichts miteinander zu tun haben – nämlich die positiven Eigenschaften eines Menschen oder einer Gegend mit dem Produkt, das verkauft werden soll. Sie will

ein bestimmtes Bild erzeugen – z.B. das Bild des coolen, lockeren Pickelstiftbenutzers. Wie nennt man dieses Bild?

→ sammeln

Ein solches Bild nennt man „Image“. Wir wollen uns nachher einige Werbungen genauer ansehen und genauer überlegen, welches Image der Betrachter mit dem Produkt verbinden soll.

Altersspezifische Analyse verschiedener Anspracherichtungen

Als Ihr Euch die Werbesendungen im Fernsehen angesehen habt, konntet ihr sicher feststellen, dass es große Unterschiede gibt – je nachdem, ob eher Kinder oder ältere Menschen angesprochen werden sollen. Ihr solltet euch zu Hause überlegen, welche Art Werbung eher euch gefällt und wie Werbungen sind, die eher Euren Großeltern gefallen würden.

→ zwei Spalten an die Tafel schreiben: „Werbung für ältere Menschen“ und „Werbung für Jugendliche“. Kinder sollen nun die beiden Anspracherichtungen mit typischen Attributen charakterisieren.

Z.B. werden auf der Seite der Jugendlichen Adjektive wie „schrill“, „bunt“, „lässig“, „abenteuerlich“, „spannend“, „auffällig“ und „frei“ gesammelt, während älteren Erwachsenen eher Attribute wie „friedlich“, „häuslich“, „familiär“ und „ruhig“ zugeordnet werden.

Analyse der Zigarettenwerbung

Jetzt sehen wir uns mal einige Beispiel genauer an.

→ Anhand von aktuellen Beispielen wird aufgedeckt, mit welchen Tricks die Zigarettenindustrie das Rauchen für Kinder und Jugendliche attraktiv machen will (z.B. Werbung mit Stars/Idolen der Kinder). Den Kindern soll deutlich gemacht werden wie Zielsetzungen von Jugendlichen (z.B. Abenteuerlust, Spannung) mit dem Rauchen verknüpft werden.

Gesetzgebung zur Tabakwerbung

→ Die Kinder werden über die derzeitige Gesetzgebung zur Tabakwerbung (verboden ist Fernsehwerbung, Verknüpfung des Rauchens mit Sportlichkeit und Gesundheit, das Verleiten Jugendlicher zum rauchen und die Verbindung des Rauchens mit Natur) informiert.

Hält sich die Zigarettenindustrie an diese Verbote?

→ Die Kinder erarbeiten, dass die Zigarettenindustrie diese Verbote umgeht, indem sie Tricks verwendet (z.B. nur indirekt wirbt) oder die Geldbußen lieber bezahlt (da sie sehr gering sind im Vergleich zu dem entstehenden Gewinn).

Die Zigarettenfirmen wenden also eine ganze Reihe Tricks an, um diese Verbote zu umgehen und trotzdem Kinder und Jugendliche zum Rauchen zu verführen. Warum machen sie das? Sie könnten doch genauso gut Erwachsene zum Rauchen überreden – das ist schließlich nicht verboten. Denkt noch mal daran, wie viel Prozent der Erwachsenen rauchen.

→ Kinder „30 %“

Richtig und vor ein paar Jahren waren es noch 50 %. Die Erwachsenen hören also offensichtlich immer öfter mit dem Rauchen auf. Warum also spricht die Zigarettenindustrie wohl Kinder und Jugendliche an?

Ausschnitte aus dem Film „Komm ins Land der Leichen“

Ich möchte euch jetzt Ausschnitte aus einem Film zeigen, in dem es um Rauchen und Werbung geht. Achtet bitte auf die Unterschiede zwischen Image und Wirklichkeit.

„Der Marlboro-Cowboy“

→ Filmbeschreibung: Gezeigt wird der einstige Marlboro-Werbeträger Wayne Mac Larren zunächst als Cowboy in verschiedenen Werbespots und später als todkranker Mann (Diagnose: Lungenkrebs). Er beantragt auf einer Aktionärsversammlung von Phillip Morris kurz vor seinem Tod, die Werbung für Zigaretten zu verbieten, da sie insbesondere junge Menschen zum Rauchen verführe. Der Antrag wird einstimmig abgelehnt.

→ mögliche Auswertungsfragen:

Was wollte Wayne Mac Larren erreichen? Warum hat der Zigarettenkonzern Phillip Morris seinem Antrag abgelehnt?

„Der Winston-Mann“

→ Filmbeschreibung: Der ehemalige Winston-Mann berichtet in diesem Ausschnitt darüber, dass er während seiner Tätigkeit bei Winston die ausdrückliche Aufgabe hatte, Kinder und Jugendliche zum Rauchen zu verführen und dass er diese Aufgabe auch sehr gut erfüllte. Ferner erklärt er die Gründe seines Ausstiegs.

→ mögliche Auswertungsfragen:

Wie hat er die Kinder zum Rauchen verführt? Warum ist er ausgestiegen?

„Das Lucky-Strike Girl“

→ Filmbeschreibung: Das ehemalige Lucky-Strike Girl erzählt von ihrer erfolgreichen Zeit als Modell, die durch Rückblenden lebendig wird. Die an Kehlkopfkrebs erkrankte Janet Sackman erläutert vor allem ihren Weg in die Abhängigkeit und typische Verdrängungsmechanismen („Ich dachte, das betrifft mich nicht“).

→ mögliche Auswertungsfragen:

Was dachte Janet Sackman als junges Mädchen? Warum hat sie mit dem Rauchen angefangen? Wieso hat sie nicht wieder aufgehört?

Werbung für das Nichtrauchen

→ Gegen Ende der Stunde werden die Kinder ermutigt, selber Werbungen für das Nichtrauchen zu entwickeln. Die Ideen der Kinder werden gesammelt und vom Dozent so moderiert, dass sie sich weniger die Nachteile des Rauchens als vielmehr die Vorteile des Nichtrauchens überlegen (etwa Verknüpfung des Nichtrauchens mit Freiheit, Unabhängigkeit, Natürlichkeit, Genuss und gutem Geschmack).

Abschließend wird ein Wettbewerb für Werbung gegen das Rauchen angekündigt, dessen Gewinner Preise (CDs, Kinokarten, Bücher) erhalten und die Gelegenheit haben, ihre Collagen in einer öffentlichen Ausstellung zu präsentieren. Ein weiterer Anreiz für die Kinder besteht in Berichten über diese Ausstellung in der örtlichen Presse.

ANHANG B

FRAGEBOGEN

Hallo!

Bevor Du weiterblättest und diesen Fragebogen bearbeitest, haben wir noch eine Bitte an Dich.

Wir werden Dir im Laufe der Zeit noch andere Fragebogen vorlegen und haben auch einen Fragebogen an Deine Eltern gesandt.

Für uns ist es nun wichtig, daß wir diese einzelnen Fragebogen zueinander in Beziehung setzen können. Da wir die Befragung anonym durchführen wollen, geht es natürlich nicht, daß Du immer Deinen Namen auf den Fragebogen schreibst. Wir haben uns statt dessen überlegt, daß jeder Schüler einen eigenen Code, also eine Art Geheimzahl, bekommt, mit der er seine Fragebogen unverwechselbar kennzeichnen kann. Damit Du diese Geheimnummer nicht vergißt, haben wir uns einen Schlüssel überlegt, nach dem Du Deine Geheimnummer jederzeit wieder konstruieren kannst. Diese Geheimnummer verhindert auch, daß man von dem Fragebogen auf Dich zurückschließen kann. Es werden also weder Deine Eltern noch Deine Lehrer jemals erfahren, wie Du diesen Fragebogen ausgefüllt hast.

Deine Geheimnummer erhältst Du folgendermaßen: In die ersten beiden Kästchen trägst Du Deinen Geburtstag ein, und zwar nur den Tag, nicht den Monat und nicht das Jahr. Wenn Dein Geburtstag „einstellig“ ist, Du also z.B. am dritten eines Monats geboren bist, setzt Du eine Null vor die Drei, trägst also 03 ein. In das dritte Kästchen trägst Du den **ersten** Buchstaben des **Vornamens** Deiner **Mutter** ein. In das vierte Kästchen trägst Du die **letzte** Ziffer deiner **Telefonnummer** ein.

Beispiel: Du bist am **29.3.1985** geboren. Deine Mutter heißt **Petra** und Deine Telefonnummer ist **12345**.

Dein Code sähe dann so aus:

2	9	P	5
---	---	---	---

Trage nun deinen **persönlichen** Code ein. Wenn Du noch Fragen hast, helfen wir Dir gerne.

Dein Geburtstag	Erster Buchstabe des Vornamens Deiner Mutter	Letzte Ziffer Deiner Telefonnumm er
--------------------	---	--

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Wenn Du Deinen Code eingetragen hast, kannst Du jetzt umblättern.

Herzlich willkommen zu unserem Fragebogen !

Bei einigen Fragen wollen wir nur wissen, ob Du etwas Bestimmtes tust oder nicht tust. Kreuze hier einfach die richtige Antwort an (in der Regel ja oder nein).

Bei vielen Fragen interessiert uns **Deine eigene Meinung**. Es gibt daher bei diesen Fragen auch keine richtigen oder falschen Antworten. Überlege also nicht lange, sondern kreuze das an, was Du für richtig hältst. Schreib auch nicht von Deinem Sitznachbarn ab, denn uns interessiert, was **DU** denkst!

Beispiel: Gefragt ist nach Micky Maus und Du findest Micky Maus total blöd, also kreuzt Du folgendes an:

	trifft zu	trifft in etwa zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
Micky Maus finde ich total super	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Wenn Du eine andere Meinung über Micky Maus hast, kreuzt Du natürlich etwas anderes an.

Alles klar?

Dann möchten wir uns hier bei Dir für Deine Hilfe bedanken.

1. Wie alt bist Du? (Kreuze bitte das Zutreffende an!)

10 Jahre 11 12 13 14 15 16

___ Altersangabe in Jahren (falls Du älter als 16 Jahre bist)

2. Geschlecht

weiblich männlich

3. In welche Klasse gehst Du?

5. Klasse 6. 7. 8. 9. 10. Klasse

4. In welche Schule gehst Du?

Hauptschule Realschule Gymnasium

5. Wieviele Zigaretten hast Du innerhalb der letzten 7 Tage (= 1 Woche) geraucht?

(Wenn Du Dich nicht mehr genau erinnern kannst, dann schätze bitte, wieviele es gewesen sein könnten.)

ca. ___ Zigaretten

oder

___ Schachteln

6. Rauchst Du zur Zeit Zigaretten ?

- nein
 ja, ich rauche gelegentlich (d.h. mindestens an einem Tag in der Woche)
 ja, ich rauche regelmäßig (d.h. täglich)

7. Wenn Du nicht rauchst, was trifft dann auf Dich zu?

- Ich habe noch nie eine Zigarette probiert.
 Ich habe bisher nur mal probiert.
 Ich habe schon gelegentlich geraucht, aber wieder aufgehört.

8. Wenn Du selbst rauchst, wo bekommst Du Deine Zigaretten her?

	Ja	manchmal	nie
Zigarettenautomaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supermarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Gib bei den nächsten Aussagen bitte an, welche Aussagen für Dich zutreffen.

	stimmt nicht	stimmt
Ich will mit dem Rauchen aufhören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich will weniger als bisher rauchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich will mehr als bisher rauchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich will das Rauchen ausprobieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich will an meinem Umgang mit Zigaretten nichts verändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Wieviele Schülerinnen bzw. Schüler Deiner Klasse rauchen? (Wenn Du es nicht genau weißt, dann schätze bitte, wieviele es sein könnten.)

_____ Mitschüler/Mitschülerinnen

11. Welche Leute, die Du kennst, rauchen regelmäßig?

- mein Vater
- meine Mutter
- meine Geschwister
- mein bester Freund/meine beste Freundin
- Keiner von den gerade genannten Leuten raucht regelmäßig.

12. Wieviele gute Freunde/Freundinnen hast Du insgesamt?

keine	1	2	3	4 oder mehr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Wieviele Deiner Freunde/Freundinnen rauchen?

keiner	1	2	3	4 oder mehr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Wie würden folgende Personen reagieren, wenn Du rauchst bzw. rauchen würdest?

	rügen oder bestrafen mich	sind gleichgültig	finden es gut	reden mit mir darüber
Deine beste Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dein bester Freund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deine Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dein Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deine Lehrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Bist Du jemals unter Druck gesetzt worden, zu rauchen?

- ja nein

16. Wenn Du Raucher/Raucherin bist: In welchen Situationen rauchst Du?
(Kreuze alle Situationen an, in denen Du ab und zu rauchst!)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nach dem Essen | <input type="checkbox"/> aus Langeweile |
| <input type="checkbox"/> auf Discos und bei Parties | <input type="checkbox"/> gemeinsam mit anderen |
| <input type="checkbox"/> zur Entspannung | <input type="checkbox"/> um attraktiver zu wirken |
| <input type="checkbox"/> zur besseren Konzentration | <input type="checkbox"/> bei Ärger |
| <input type="checkbox"/> bei Streß | <input type="checkbox"/> in unangenehmen Situationen |
| <input type="checkbox"/> aus Gewohnheit | <input type="checkbox"/> um die Hände zu beschäftigen |
| <input type="checkbox"/> zum Genuß | <input type="checkbox"/> bei Ruhelosigkeit |

17. Wenn Du Nichtraucher/Nichtraucherin bist: Was glaubst Du, in welchen Situationen rauchen Jugendliche?

(Kreuze alle Situationen an, in denen Du andere Jugendliche ab und zu rauchen siehst!)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nach dem Essen | <input type="checkbox"/> aus Langeweile |
| <input type="checkbox"/> auf Discos und bei Parties | <input type="checkbox"/> gemeinsam mit anderen |
| <input type="checkbox"/> zur Entspannung | <input type="checkbox"/> um attraktiver zu wirken |
| <input type="checkbox"/> zur besseren Konzentration | <input type="checkbox"/> bei Ärger |
| <input type="checkbox"/> bei Streß | <input type="checkbox"/> in unangenehmen Situationen |
| <input type="checkbox"/> aus Gewohnheit | <input type="checkbox"/> um die Hände zu beschäftigen |
| <input type="checkbox"/> zum Genuß | <input type="checkbox"/> bei Ruhelosigkeit |

18. Vergleiche Raucher und Nichtraucher!

	stimmt	stimmt nicht
Raucher sind kraftloser als Nichtraucher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raucher sind leistungsstärker als Nichtraucher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raucher sind weniger mutig als Nichtraucher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raucher sind risikofreudiger als Nichtraucher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raucher sind passiver als Nichtraucher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raucher sind gesünder als Nichtraucher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raucher sind out.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raucher sind entspannter als Nichtraucher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raucher sind langweiliger als Nichtraucher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raucher sind anziehender als Nichtraucher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Hast Du schon einmal alkoholische Getränke zu Dir genommen?

- nein, nie
- ja, aber nur probiert
- ja, aber wieder aufgehört
- ja, gelegentlich (d.h. mindestens an einem Tag in der Woche)
- ja, regelmäßig (d.h. täglich)

20. Wenn Du alkoholische Getränke trinkst: Welche Getränke konsumierst Du?

- Bier, Viez
- Wein, Sekt
- Whisky, Likör

21. Warst Du schon einmal richtig betrunken?

- ja nein

22. Gib bei den nächsten Aussagen bitte an, welche Aussagen für Dich zutreffen.

	stimmt nicht	stimmt
Ich will keinen Alkohol mehr trinken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich will weniger Alkohol als bisher trinken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich will mehr Alkohol als bisher trinken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte alkoholische Getränke probieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich will an meinem Umgang mit alkoholischen Getränken nichts verändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Wieviele Schülerinnen bzw. Schüler Deiner Klasse trinken Alkohol? (Wenn Du es nicht genau weißt, dann **schätze bitte**, wieviele es sein könnten.)

_____ Mitschüler/Mitschülerinnen

24. Welche Leute, die Du kennst, trinken gelegentlich oder regelmäßig Alkohol?

- mein Vater
- meine Mutter
- meine Geschwister
- mein bester Freund/meine beste Freundin
- Keiner von den genannten Leuten trinkt gelegentlich oder regelmäßig Alkohol.

25. Wieviele Deiner Freunde/Freundinnen trinken ab und zu Alkohol?

keiner	1	2	3	4 oder mehr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. In welchen Situationen trinken Jugendliche alkoholische Getränke?

- zu besonderen Anlässen (z. B. Silvester, Geburtstag)
- mit Freunden (z. B. in der Disco)
- in allen möglichen Situationen
- zur Entspannung
- bei Streß
- zum Genuß
- aus Langeweile

**27. Bei den folgenden Fragen geht es darum, wie gut Du Dich mit anderen verstehst.
Bitte kreuze jeweils nur eine Möglichkeit an!**

Wie verstehst Du Dich im allgemeinen mit ...

Deiner Mutter?	ausgezeichnet <input type="checkbox"/>	recht gut <input type="checkbox"/>	mittelmäßig <input type="checkbox"/>	nicht so gut <input type="checkbox"/>	überhaupt nicht <input type="checkbox"/>
Deinem Vater?	ausgezeichnet <input type="checkbox"/>	recht gut <input type="checkbox"/>	mittelmäßig <input type="checkbox"/>	nicht so gut <input type="checkbox"/>	überhaupt nicht <input type="checkbox"/>
Deinen Freunden/ Freundinnen?	ausgezeichnet <input type="checkbox"/>	recht gut <input type="checkbox"/>	mittelmäßig <input type="checkbox"/>	nicht so gut <input type="checkbox"/>	überhaupt nicht <input type="checkbox"/>
Deinen Lehrern/ Lehrerinnen?	ausgezeichnet <input type="checkbox"/>	recht gut <input type="checkbox"/>	mittelmäßig <input type="checkbox"/>	nicht so gut <input type="checkbox"/>	überhaupt nicht <input type="checkbox"/>

28. Was tust Du in Deiner Freizeit? Bitte kreuze jeweils eine Möglichkeit an!

	Diese Freizeitaktivität ...		
alleine Lesen	mache ich gerne <input type="checkbox"/>	würde ich gerne machen <input type="checkbox"/>	interessiert mich nicht <input type="checkbox"/>
Fernsehen/Video mit anderen anschauen	mache ich gerne <input type="checkbox"/>	würde ich gerne machen <input type="checkbox"/>	interessiert mich nicht <input type="checkbox"/>
im Sportverein mitmachen	mache ich gerne <input type="checkbox"/>	würde ich gerne machen <input type="checkbox"/>	interessiert mich nicht <input type="checkbox"/>
mich mit meiner Clique treffen	mache ich gerne <input type="checkbox"/>	würde ich gerne machen <input type="checkbox"/>	interessiert mich nicht <input type="checkbox"/>
alleine Faulenzen	mache ich gerne <input type="checkbox"/>	würde ich gerne machen <input type="checkbox"/>	interessiert mich nicht <input type="checkbox"/>
alleine Malen/Basteln	mache ich gerne <input type="checkbox"/>	würde ich gerne machen <input type="checkbox"/>	interessiert mich nicht <input type="checkbox"/>
in einem Verein (z.B. Feuerwehr) mitmachen	mache ich gerne <input type="checkbox"/>	würde ich gerne machen <input type="checkbox"/>	interessiert mich nicht <input type="checkbox"/>
in der Stadt mit anderen herumbummeln	mache ich gerne <input type="checkbox"/>	würde ich gerne machen <input type="checkbox"/>	interessiert mich nicht <input type="checkbox"/>
mit anderen Computerspiele spielen oder im Internet surfen	mache ich gerne <input type="checkbox"/>	würde ich gerne machen <input type="checkbox"/>	interessiert mich nicht <input type="checkbox"/>
mit anderen Wandern/Spazierengehen	mache ich gerne <input type="checkbox"/>	würde ich gerne machen <input type="checkbox"/>	interessiert mich nicht <input type="checkbox"/>
alleine für die Schule lernen	mache ich gerne <input type="checkbox"/>	würde ich gerne machen <input type="checkbox"/>	interessiert mich nicht <input type="checkbox"/>
alleine Musik machen	mache ich gerne <input type="checkbox"/>	würde ich gerne machen <input type="checkbox"/>	interessiert mich nicht <input type="checkbox"/>
Musik hören mit anderen	mache ich gerne <input type="checkbox"/>	würde ich gerne machen <input type="checkbox"/>	interessiert mich nicht <input type="checkbox"/>

29. Gib bitte an, wie oft die folgenden Aussagen auf Dich zutreffen! Bitte kreuze jeweils eine Möglichkeit an!

Ich würde gerne einmal einen richtigen Urwald erleben.	nie <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	manchmal <input type="checkbox"/>	oft <input type="checkbox"/>
--	---------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------

Ich bin sehr für fröhliche Runden zu haben, wo die üblichen Hemmungen fallen.	nie <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	manchmal <input type="checkbox"/>	oft <input type="checkbox"/>
Ich hasse es, mir einen Film anschauen zu müssen, den ich schon gesehen habe.	nie <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	manchmal <input type="checkbox"/>	oft <input type="checkbox"/>
Ich träume oft davon, ein Bergsteiger/Kletterer zu sein.	nie <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	manchmal <input type="checkbox"/>	oft <input type="checkbox"/>
Ich liebe moderne Kunstwerke, in denen man alles mögliche erkennen kann.	nie <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	manchmal <input type="checkbox"/>	oft <input type="checkbox"/>
Ich bin gerne mit lebenslustigen Menschen zusammen.	nie <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	manchmal <input type="checkbox"/>	oft <input type="checkbox"/>
Es langweilt mich, immer die gleichen Gesichter um mich herum zu sehen.	nie <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	manchmal <input type="checkbox"/>	oft <input type="checkbox"/>
Manchmal machen mir Dinge Spaß, die mir ein bißchen Angst einjagen.	nie <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	manchmal <input type="checkbox"/>	oft <input type="checkbox"/>
Ich probiere gerne neues Essen, was ich vorher noch nie gekostet habe.	nie <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	manchmal <input type="checkbox"/>	oft <input type="checkbox"/>
Ich könnte mir gut vorstellen, als Weltenbummler durch die Welt zu ziehen und meinen Spaß dabei zu haben.	nie <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	manchmal <input type="checkbox"/>	oft <input type="checkbox"/>
Es langweilt mich, wenn Leute immer wieder die gleichen Dinge erzählen.	nie <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	manchmal <input type="checkbox"/>	oft <input type="checkbox"/>
Ich würde gerne einmal mit dem Fallschirm aus einem Flugzeug abspringen.	nie <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	manchmal <input type="checkbox"/>	oft <input type="checkbox"/>
Ich genieße es, wegen meines Auftretens oder meines Äußeren bewundert zu werden.	nie <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	manchmal <input type="checkbox"/>	oft <input type="checkbox"/>
Ich liebe den Fasnachtstrubel.	nie <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	manchmal <input type="checkbox"/>	oft <input type="checkbox"/>
Ich werde unruhig, wenn ich längere Zeit zu Hause bleiben muß.	nie <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	manchmal <input type="checkbox"/>	oft <input type="checkbox"/>
Ich glaube, ich würde das Gefühl mögen, beim Skifahren einen steilen Abhang hinunterzurasen.	nie <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	manchmal <input type="checkbox"/>	oft <input type="checkbox"/>

30. Kreuze bitte bei jeder Aussage die Antwort an, die am ehesten für Dich zutrifft!

Ich fühle mich oft häßlich und unattraktiv.	trifft vollkommen zu <input type="checkbox"/>	trifft eher zu <input type="checkbox"/>	trifft kaum zu <input type="checkbox"/>	trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
---	--	---	---	--

Ich gehöre in der Schule zu den Besten.	trifft vollkommen zu <input type="checkbox"/>	trifft eher zu <input type="checkbox"/>	trifft kaum zu <input type="checkbox"/>	trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Ich helfe einem Freund gern, wann immer ich kann.	trifft vollkommen zu <input type="checkbox"/>	trifft eher zu <input type="checkbox"/>	trifft kaum zu <input type="checkbox"/>	trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Ich habe den Eindruck, das andere Geschlecht findet mich attraktiv.	trifft vollkommen zu <input type="checkbox"/>	trifft eher zu <input type="checkbox"/>	trifft kaum zu <input type="checkbox"/>	trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Wenn ich mich darauf konzentriere, kann ich fast alles lernen.	trifft vollkommen zu <input type="checkbox"/>	trifft eher zu <input type="checkbox"/>	trifft kaum zu <input type="checkbox"/>	trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Wenn einem meiner Freunde ein Unglück zustößt, bin ich traurig.	trifft vollkommen zu <input type="checkbox"/>	trifft eher zu <input type="checkbox"/>	trifft kaum zu <input type="checkbox"/>	trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Bei Ausflügen und Parties fühle ich mich im allgemeinen fehl am Platz.	trifft vollkommen zu <input type="checkbox"/>	trifft eher zu <input type="checkbox"/>	trifft kaum zu <input type="checkbox"/>	trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Meine Schulleistungen sind im allgemeinen mindestens ebenso gut wie die meiner Mitschüler/Mitschülerinnen.	trifft vollkommen zu <input type="checkbox"/>	trifft eher zu <input type="checkbox"/>	trifft kaum zu <input type="checkbox"/>	trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Wenn ich etwas falsch gemacht habe, läßt es mich nicht eher in Ruhe, bis ich den Fehler gefunden habe.	trifft vollkommen zu <input type="checkbox"/>	trifft eher zu <input type="checkbox"/>	trifft kaum zu <input type="checkbox"/>	trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Ich bin ganz zufrieden mit meiner körperlichen Entwicklung.	trifft vollkommen zu <input type="checkbox"/>	trifft eher zu <input type="checkbox"/>	trifft kaum zu <input type="checkbox"/>	trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Das Bild, das ich von mir in der Zukunft habe, befriedigt mich.	trifft vollkommen zu <input type="checkbox"/>	trifft eher zu <input type="checkbox"/>	trifft kaum zu <input type="checkbox"/>	trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Es ist für mich wichtig, eine(n) Freund(in) zu haben.	trifft vollkommen zu <input type="checkbox"/>	trifft eher zu <input type="checkbox"/>	trifft kaum zu <input type="checkbox"/>	trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Sehr oft denke ich, daß ich nicht die Person bin, die ich sein möchte.	trifft vollkommen zu <input type="checkbox"/>	trifft eher zu <input type="checkbox"/>	trifft kaum zu <input type="checkbox"/>	trifft nicht zu <input type="checkbox"/>

Wenn ich weiß, daß ich einer neuen Situation ausgesetzt werde, versuche ich im voraus, soviel wie möglich über diese Situation zu erfahren.	trifft vollkommen zu <input type="checkbox"/>	trifft eher zu <input type="checkbox"/>	trifft kaum zu <input type="checkbox"/>	trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Auch wenn ich nicht selbst Schuld habe, suche ich den Fehler bei mir.	trifft vollkommen zu <input type="checkbox"/>	trifft eher zu <input type="checkbox"/>	trifft kaum zu <input type="checkbox"/>	trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Die meiste Zeit über bin ich glücklich.	trifft vollkommen zu <input type="checkbox"/>	trifft eher zu <input type="checkbox"/>	trifft kaum zu <input type="checkbox"/>	trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Neue Erkenntnisse fordern mich heraus.	trifft vollkommen zu <input type="checkbox"/>	trifft eher zu <input type="checkbox"/>	trifft kaum zu <input type="checkbox"/>	trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Ich würde nie einen anderen verletzen, nur um des Späßes willen.	trifft vollkommen zu <input type="checkbox"/>	trifft eher zu <input type="checkbox"/>	trifft kaum zu <input type="checkbox"/>	trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Ich bin lieber allein als mit Gleichaltrigen zusammen.	trifft vollkommen zu <input type="checkbox"/>	trifft eher zu <input type="checkbox"/>	trifft kaum zu <input type="checkbox"/>	trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Wenn man sich in Gedanken mit der eigenen Zukunft beschäftigt, führt das dazu, daß manches leichter wird.	trifft vollkommen zu <input type="checkbox"/>	trifft eher zu <input type="checkbox"/>	trifft kaum zu <input type="checkbox"/>	trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Ich bekäme für den Rest meines Lebens lieber eine finanzielle Unterstützung, statt zu arbeiten.	trifft vollkommen zu <input type="checkbox"/>	trifft eher zu <input type="checkbox"/>	trifft kaum zu <input type="checkbox"/>	trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Manchmal denke ich, daß ich lieber sterben möchte, als weiter zu leben.	trifft vollkommen zu <input type="checkbox"/>	trifft eher zu <input type="checkbox"/>	trifft kaum zu <input type="checkbox"/>	trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Manchmal fühle ich mich anderen überlegen und glaube, daß sie manches von mir lernen können.	trifft vollkommen zu <input type="checkbox"/>	trifft eher zu <input type="checkbox"/>	trifft kaum zu <input type="checkbox"/>	trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Ich finde es aufregend, in dieser Welt zu leben.	trifft vollkommen zu <input type="checkbox"/>	trifft eher zu <input type="checkbox"/>	trifft kaum zu <input type="checkbox"/>	trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Im allgemeinen habe ich mich unter Kontrolle.	trifft vollkommen zu <input type="checkbox"/>	trifft eher zu <input type="checkbox"/>	trifft kaum zu <input type="checkbox"/>	trifft nicht zu <input type="checkbox"/>

31. Gib bitte an, wie oft folgende Aussagen auf Dich zutreffen! Bitte kreuze jeweils eine Möglichkeit an!

Ich betrachte mich gerne im Spiegel.	sehr oft <input type="checkbox"/>	oft <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Ich mache mir Gedanken darüber, wie ich auf andere Menschen wirke.	sehr oft <input type="checkbox"/>	oft <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Ich denke darüber nach, welchen Eindruck ich auf andere gemacht habe.	sehr oft <input type="checkbox"/>	oft <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Ich achte darauf, daß ich in einem guten Licht erscheine.	sehr oft <input type="checkbox"/>	oft <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Bevor ich aus dem Haus gehe, werfe ich einen letzten Blick in den Spiegel.	sehr oft <input type="checkbox"/>	oft <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Es ist mir unangenehm, wenn andere mich beobachten.	sehr oft <input type="checkbox"/>	oft <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Ich achte auf mein Aussehen.	sehr oft <input type="checkbox"/>	oft <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Ich mache mir Gedanken darüber, wie ich mich in Gegenwart anderer geben soll.	sehr oft <input type="checkbox"/>	oft <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Ich achte auf meine eigenen Bewegungen und meine Körperhaltung.	sehr oft <input type="checkbox"/>	oft <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Ich überlege, was meine Freunde und Bekannten von mir denken.	sehr oft <input type="checkbox"/>	oft <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Ich spüre es, wenn mich jemand beobachtet.	sehr oft <input type="checkbox"/>	oft <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Ich denke darüber nach, welchen Gesichtsausdruck ich gerade habe.	sehr oft <input type="checkbox"/>	oft <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Es ist mir wichtig, wie andere über mich denken.	sehr oft <input type="checkbox"/>	oft <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Deine Mitarbeit!