



University of Applied Sciences

HOCHSCHULE
EMDEN·LEER

Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit

Henning Fietz, Knut Tielking,
Aktionsbündnis „Riskanter Konsum“ (Hrsg.)

Riskanter Konsum von Jugendlichen: Ein Thema in Kommunen

*Ergebnisse der 2. Delmenhorster Schülerstudie zum
Alkohol-, Tabak- und PC-Konsum*

Schriftenreihe der Hochschule Emden/Leer, Band 10

Henning Fietz, Knut Tielking,
Aktionsbündnis „Riskanter Konsum“ (Hrsg.)

Riskanter Konsum von Jugendlichen: Ein Thema in Kommunen

*Ergebnisse der 2. Delmenhorster Schülerstudie zum
Alkohol-, Tabak- und PC-Konsum*



Schriftenreihe der Hochschule Emden/Leer, Band 10

Verlag: Hochschule Emden/Leer
Druckerei: VON DER SEE, Emden
Buchbinderei: VON DER SEE, Emden

© 2013
Hochschule Emden/Leer
Constantiaplatz 4
26723 Emden

E-Mail: bibliothek.emden@hs-emden-leer.de

ISBN 978-3-944262-00-0

Riskanter Konsum von Jugendlichen: Ein Thema in Kommunen

Ergebnisse der 2. Delmenhorster Schülerstudie zum Alkohol-, Tabak- und PC-Konsum

Zitierweise:

Fietz, H., Tielking, K., Aktionsbündnis „Riskanter Konsum“ (Hrsg.) (2013). *Riskanter Konsum von Jugendlichen: Ein Thema in Kommunen. Ergebnisse der 2. Delmenhorster Schülerstudie zum Alkohol-, Tabak- und PC-Konsum*. Delmenhorst und Emden: Hochschule Emden/Leer.

Der vorliegende Bericht wird von dem Aktionsbündnis „Riskanter Konsum“ angeboten und kann unter <http://www.riskanter-konsum.de/riskanterkonsum.pdf> abgerufen werden. Der Bericht ist urheberrechtlich in allen seiner Teile geschützt.

Der umfassende Datensatz bietet zudem die Möglichkeit spezifische Fragen zur Delmenhorster Jugend zu beantworten, die über das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Studie hinausgeht. Auf Anfrage können diese Auswertungen durchgeführt werden.

In dem Bericht wird ohne eine bestimmte Systematik mal die männliche Form und mal die weibliche gewählt. Es werden auch beide Geschlechter explizit angesprochen, besonders dann, wenn es sich stilistisch anbietet.

Daten zu der Schülerstudie „Riskanter Konsum von Jugendlichen: Ein Thema in Kommunen“

Ziele	Untersuchung des Konsumverhaltens und der Einstellungen zum Konsum von Alkohol, Tabak, Cannabis sowie exzessive PC-Nutzung unter den Kindern und Jugendlichen im Alter von 12 – 17 Jahren zur Steuerung und Entwicklung von bedarfsgerechter, kommunaler Suchtpräventionsangebote.
Untersuchungsmethodik	Wiederkehrende quantitative Befragung von Delmenhorster Schülerinnen und Schülern im Alter von 12 – 17 Jahren.
Verfahren der Datenerhebung	Onlinebefragung (Vollerhebung) der sechsten, achten und zehnten Klassen aller Allgemeinbildenden Schulen in Delmenhorst.
Stichprobengröße	N = 1.715
Befragungszeitraum	Februar 2012
Datenerhebung, Auswertung und Berichterstattung	Hochschule Emden/Leer Henning Fietz, Prof. Dr. Knut Tielking Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit Constantiaplatz 4 26723 Emden

Die Studie wurde unterstützt und gefördert durch:

Stadtwerke Delmenhorst GmbH

Fischstraße 32-34
27749 Delmenhorst



Volksbank eG Delmenhorst Schierbrok

Mühlenstraße 146
27753 Delmenhorst



Stadt Delmenhorst

Fachbereich „Jugend, Familie,
Senioren und Soziales“
Am Stadtwall 10
27749 Delmenhorst



**Verein zur kommunalen Kriminalprävention
in Delmenhorst e.V.**

Am Stadtwall 10
27749 Delmenhorst

Anonyme Drogenberatung

Scheunebergstraße 41
27749 Delmenhorst



Danksagung

Die Delmenhorster Schülerstudie „Riskanter Konsum von Jugendlichen: Ein Thema in Kommunen“ wäre ohne die Unterstützung und das Engagement vieler Akteure nicht zu realisieren gewesen. Aus diesem Grund möchte der Herausgeber, das Aktionsbündnis „Riskanter Konsum“, allen Mitwirkenden, die zum Erfolg des Projektes beigetragen haben, besonderen Dank aussprechen. Ihre Ideen, Anregungen und konstruktive Kritik haben zum Gelingen des Projektes wesentlich beigetragen.

Ein gesonderter Dank gebührt den Stadtwerken Delmenhorst, der Volksbank Delmenhorst Schierbrok, der Stadt Delmenhorst sowie der Anonymen Drogenberatung für die finanzielle Förderung des Projektes.

Für die Unterstützung bei der Umsetzung des Projektes und das Interesse an den Ergebnissen bedanken wir uns bei allen Allgemeinbildenden Schulen in Delmenhorst, der Fröbelschule, dem Gymnasium an der Willmsstraße, der Hauptschule im Schulzentrum West, der Hauptschule Süd, der IGS, der Lessingschule, dem Max-Planck-Gymnasium, der Realschule an der Holbeinstraße, der Realschule an der Lilienstraße, der Realschule Süd und der Wilhelm-von-der-Heyde-Oberschule.

Für die Organisation und die konkrete Umsetzung der Erhebungen in den Schulen bedanken wir uns herzlich bei Bernd Buss, Katharina Hermes, Mae Hundhausen, Vanessa Kolbe, Christina Körner, Ralf Kronhardt, Jörn Lahme, Manfred Lübbers, Martina Peukert, Kristina Schlange und Beatrix Sommer sowie allen weiteren Beteiligten, die sich in den Schulen für die Umsetzung der Studie eingesetzt haben.

Für die technische Unterstützung bei der Erhebung und Berichterstellung danken wir Steffen Fietz und Jeannette Prescher.

Wir bedanken uns bei den politischen Ausschüssen, dem Fachbereich „Jugend, Familie, Senioren und Soziales“ sowie dem Fachbereich „Gesundheit, Verbraucherschutz und Gefahrenabwehr“ für das große Interesse und die Möglichkeit die Ergebnisse im Hinblick auf die Praxisrelevanz für die Stadt Delmenhorst präsentieren und diskutieren zu dürfen.

Im Hinblick auf die Öffentliche Wahrnehmung der Ergebnisse bedanken wir uns beim Delmenhorster Kreisblatt, dem Delmenhorster Kurier, dem Delmereport und der Nordwest-Zeitung für die grundsätzliche Bereitschaft, unsere Ergebnisse in die Öffentlichkeit zu tragen.

Das Gelingen einer umfassenden Studie zum Verhalten der Kinder und Jugendlichen in einer Kommune ist ohne die Unterstützung der Leiterinnen und Leiter der Schulen nicht möglich. Somit gilt nicht zuletzt unser Dank den Schulleiterinnen und Schulleitern der beteiligten Schulen für die Ermöglichung und Unterstützung der Befragung von fast 2.000 Schülerinnen und Schülern.

Inhaltsverzeichnis

1	VORWORT	1
2	ZUSAMMENFASSUNG DER UNTERSUCHUNG	3
2.1	Alkoholkonsum der Jugendlichen in Delmenhorst	7
2.1.1	Einstieg in den Alkoholkonsum	7
2.1.2	Erstes Rauschtrinken	8
2.1.3	Konsumverhalten der Jugendlichen in Delmenhorst	8
2.1.4	Alkoholkonsum im Vergleich mit den Bundesdaten	10
2.1.5	Rauschtrinken – differenzierte Betrachtung	11
2.1.6	Bezugsquellen für den Alkohol	12
2.2	Tabakkonsum	13
2.3	Cannabiskonsum	14
2.4	Zufriedenheit und Belastungen	14
2.5	Problematische PC-Nutzung	15
3	AKTIONSBÜNDNIS „RISKANTER KONSUM IN DELMENHORST“	17
4	SUCHTPRÄVENTION AN SCHULEN IN DELMENHORST	19
4.1	Leitkriterien der schulischen Suchtprävention in Delmenhorst	19
4.2	Schule als Setting der Suchtprävention	22
4.3	Schulische Suchtpräventionsprojekte in der Sekundarstufe I	24
4.3.1	drop+hop	24
4.3.2	drop+hop Durchblick – Ein Angebot für 8. Klassen	25
4.3.3	KlarSicht – BzGA – MitmachParcours zu Tabak und Alkohol	26
4.3.4	schools-out-soccer	26
4.3.5	Hart am Limit (HaLT) im Klinikum Delmenhorst	27
4.3.6	Gruppenangebot für Jugendliche Straftäter	27
5	EINFÜHRUNG IN DIE UNTERSUCHUNG	29
6	THEORETISCHER HINTERGRUND ZUM „RISKANTEN KONSUM“	31
6.1	Riskanter Konsum in Deutschland	31
6.2	Riskanter Konsum im Fokus von Entwicklungsaufgaben	33
6.3	Riskanter Konsum und Risikofaktoren	36
6.4	Riskanter Konsum und Repräsentativstudien	39
6.5	Problematischer Medienkonsum	40

7	UNTERSUCHUNGSDESIGN „RISKANTER KONSUM“	43
7.1	Methodik	44
7.1.1	Erhebung der Untersuchung	45
7.1.2	Auswertung der Untersuchung	47
7.1.3	Die Stichprobenverteilung der Untersuchung	47
8	ERGEBNISSE DER UNTERSUCHUNG	51
8.1	Alkoholkonsum	51
8.1.1	Einstieg in den Alkoholkonsum	52
8.1.2	Erstes Rauschtrinken	54
8.1.3	Konsumverhalten	57
8.1.4	Vergleich mit Drogenaffinitätsstudie der BZgA	70
8.1.5	Rauschtrinken – differenzierte Betrachtung	72
8.1.6	Bezugsquellen für den Alkohol	81
8.2	Tabakkonsum	83
8.3	Cannabiskonsum	87
8.4	Zufriedenheit und Belastungen	90
8.5	Problematische PC-Nutzung	99
9	DISKUSSION DER ERGEBNISSE UND AUSBLICK	109
9.1	Auswirkungen auf die Angebote der Suchtprävention	110
9.2	Handlungsmöglichkeiten für die Schulen	113
9.3	Fazit der „Sozialarbeit an Schulen“	113
9.4	Fazit des Kriminalpräventiven Rates der Stadt Delmenhorst	114
9.5	Schlussbemerkung	115
10	KONTAKT UND WISSENSCHAFTLICHE BEGLEITUNG	116
10.1	Kontaktdaten	116
10.2	Wissenschaftliche Begleitung	116
11	LITERATURVERZEICHNIS	117

Abbildungsverzeichnis

Abb. 8.1.1.1:	Lebenszeitprävalenz – Alkohol.....	52
Abb. 8.1.1.2:	Einstiegsalter – Alkoholkonsum.....	52
Abb. 8.1.1.3:	Lebenszeitprävalenz – Alkoholkonsum nach Alter.....	53
Abb. 8.1.1.4:	Erster Alkoholkonsum nach Alter.....	53
Abb. 8.1.2.1:	Erstes Rauschtrinken / Wann warst du das erste Mal betrunken?...	54
Abb. 8.1.2.2:	Alter der ersten Rauscherfahrung.....	55
Abb. 8.1.2.3:	Anteil der Jugendlichen mit Rauscherfahrten.....	55
Abb. 8.1.2.4:	Häufigkeit des Rauschtrinkens – eigene Einschätzung.....	56
Abb. 8.1.3.1:	Anlässe, bei denen es schwierig ist, Alkohol abzulehnen.....	60
Abb. 8.1.3.2:	Einschätzungen des Trinkverhaltens der Konsumierenden.....	60
Abb. 8.1.3.3:	Zukunftseinschätzungen der selten Konsumierenden.....	61
Abb. 8.1.3.4:	Partybesuche mit Alkohol.....	61
Abb. 8.1.3.5:	Vortrinken.....	62
Abb. 8.1.3.6:	Einschätzungen zu den Gefahren eines Alkoholrausches.....	63
Abb. 8.1.3.7:	Gründe, keinen Alkohol zu trinken.....	64
Abb. 8.1.3.8:	Gruppendruck.....	65
Abb. 8.1.3.9:	Anerkennung und Alkoholkonsum.....	65
Abb. 8.1.3.10:	Feiern ohne Alkohol.....	66
Abb. 8.1.3.11:	Anlässe, bei denen Alkohol getrunken wird.....	66
Abb. 8.1.3.12:	Disko und Kneipenbesuche der unter 16-jährigen.....	67
Abb. 8.1.3.13:	Gründe, Alkohol zu trinken.....	67
Abb. 8.1.3.14:	Alkoholkonsum in den Schulferien.....	68
Abb. 8.1.3.15:	Alkoholkonsum auch mal alleine.....	68
Abb. 8.1.3.16:	Gründe, weniger Alkohol zu trinken.....	68
Abb. 8.1.3.17:	Einstellungen der Eltern zum Rauschkonsum der Kinder	69
Abb. 8.1.4.1:	Einstiegsalter in den Alkoholkonsum.....	70
Abb. 8.1.4.2:	Alkoholkonsum im Vergleich mit der Drogenaffinitätsstudie (BZgA)..	71
Abb. 8.1.5.1:	Rauschtrinken – differenziert nach Geschlecht.....	74
Abb. 8.1.5.2:	Häufigkeit eines Vollrausches.....	74
Abb. 8.1.5.3:	Häufigkeit des „binge-drinkings“.....	75
Abb. 8.1.5.4:	Rauschtrinken – differenziert.....	76
Abb. 8.1.5.5:	Häufigkeit des „binge-drinkings“ nach Geschlecht und Migrations- hintergrund.....	77
Abb. 8.1.5.6:	Häufigkeit des „binge-drinkings“ nach Schulform.....	77
Abb. 8.1.5.7:	Häufigkeit des „binge-drinkings“ nach Elternstatus.....	78
Abb. 8.1.5.8:	Häufigkeit des „binge-drinkings“ nach der Gesamtzufriedenheit.....	78
Abb. 8.1.5.9:	Häufigkeit des „binge-drinkings“ nach der Stimmung zuhause.....	79
Abb. 8.1.5.10:	Häufigkeit des „binge-drinkings“ nach der Belastung in der Schule...	79
Abb. 8.1.5.11:	Häufigkeit des „binge-drinkings“ nach der Zufriedenheit mit den Schulleistungen.....	80
Abb. 8.1.6.1:	Bezugsquelle für den Alkohol.....	81

Abb. 8.1.6.2:	Selbstbesorgter Alkohol nach Migrationshintergrund.....	82
Abb. 8.2.1:	Einstieg in den Tabakkonsum.....	84
Abb. 8.2.2:	Erfahrungen mit Tabakkonsum nach Alter.....	84
Abb. 8.2.3:	Tabakkonsum nach Geschlecht im Vergleich mit der Drogen- affinitätsstudie der BZgA.....	85
Abb. 8.2.4:	Tabakkonsum nach Migrationshintergrund.....	86
Abb. 8.2.5:	Tabakkonsum nach Schulform.....	86
Abb. 8.3.1:	Einstieg in den Tabakkonsum.....	88
Abb. 8.3.2:	Cannabiskonsum nach Geschlecht im Vergleich mit der Drogen- affinitätsstudie der BZgA.....	88
Abb. 8.3.3:	Cannabiskonsum 30-Tage-Prävalenz nach Migrationshintergrund...	89
Abb. 8.3.4:	Cannabiskonsum nach Schulform (30-Tage-Prävalenz).....	89
Abb. 8.4.1:	Zufriedenheit mit dem Leben.....	91
Abb. 8.4.2:	Zufriedenheit mit dem Leben nach ausgewählten Merkmalen.....	92
Abb. 8.4.3:	Zufriedenheit mit den Schulleistungen nach Geschlecht.....	93
Abb. 8.4.4:	Zufriedenheit mit den Schulleistungen nach Alter.....	93
Abb. 8.4.5:	Zufriedenheit mit den Schulleistungen nach Schulform.....	94
Abb. 8.4.6:	Belastungen durch die Schule.....	94
Abb. 8.4.7:	Belastungen durch die Schule nach Alter.....	95
Abb. 8.4.8:	Belastungen durch die Schule nach Migrationshintergrund.....	95
Abb. 8.4.9:	Belastungen durch die Schule nach Schulform.....	96
Abb. 8.4.10:	Stimmung zu Hause.....	96
Abb. 8.4.11:	Stimmung zu Hause nach Geschlecht.....	97
Abb. 8.4.12:	Stimmung zu Hause nach Alter.....	97
Abb. 8.4.13:	Stimmung zu Hause nach Migrationshintergrund.....	98
Abb. 8.5:	Checkliste zur problematischen PC-Nutzung.....	99
Abb. 8.5.1:	Ich verbringe schon seit längerem mindestens fünf Stunden täglich meine Freizeit am PC.....	101
Abb. 8.5.2:	Wegen der vielen Zeit, die ich am PC hänge, gibt es Ärger in der Schule und mit den Eltern.....	101
Abb. 8.5.3:	Ich habe nur beim Spielen und Surfen am Computer Spaß, sonst bin ich lustlos. Vor den Anforderungen in der realen Welt habe ich Angst.....	102
Abb. 8.5.4:	Kontakte pflege ich vor allem online. Ich spreche ungern mit Menschen, die ich sehen und anfassen kann.....	102
Abb. 8.5.5:	Die Zeit, die ich am PC verbringe, wird immer länger, sonst bin ich unzufrieden.....	103
Abb. 8.5.6:	Wenn ich länger nicht an den PC kann, fühle ich mich nervös, gereizt oder sogar aggressiv.....	103
Abb. 8.5.7:	Problematische PC-Nutzung nach Geschlecht.....	104
Abb. 8.5.8:	Problematische PC-Nutzung nach dem Alter.....	104
Abb. 8.5.9:	Problematische PC-Nutzung nach der Schulform 1/2.....	105
Abb. 8.5.10:	Problematische PC-Nutzung nach der Schulform 2/2.....	105

Abb. 8.5.11:	Problematische PC-Nutzung nach Migrationshintergrund.....	106
Abb. 8.5.12:	Problematische PC-Nutzung nach dem Beziehungsstatus der Eltern 1/2	107
Abb. 8.5.13:	Problematische PC-Nutzung nach dem Beziehungsstatus der Eltern 2/2	107

Tabellenverzeichnis

Tab. 4.1:	Leitkriterien der Suchtprävention in Delmenhorst.....	20
Tab. 6.1.1:	Empfehlungen für den risikoarmen Alkoholkonsum.....	32
Tab. 6.1.2:	Verschiedene alkoholische Getränke und ihr Alkoholgehalt	32
Tab. 6.2:	Entwicklungsaufgaben/mögliche Funktionen des Substanzkonsums..	34
Tab. 6.3:	Risikofaktoren für „Riskanten Konsum“.....	37
Tab. 7.1.1.1:	Beteiligte Schulen an der vorliegenden Studie.....	45
Tab. 7.1.1.2:	Filterfrage: „Trinkst du Alkohol?“.....	46
Tab. 7.1.3.1:	Stichprobenverteilung der untersuchten Jugendlichen in Delmenhorst	48
Tab. 7.1.3.2:	Bildungsbeteiligung der verschiedenen Schularten (Sekundarstufe I).	49
Tab. 7.1.3.3:	Verteilung nach Migrationshintergrund im Vergleich.....	49
Tab. 7.1.3.4:	Migrationshintergrund.....	50
Tab. 8.1.3.1:	Definition der untersuchten Teilstichproben.....	57

1 Vorwort

Risikoverhalten und damit auch der riskante Konsum von Alkohol ist ein Merkmal des Erwachsenwerdens, über das wir nicht einfach hinwegsehen können. Es gehört zum Leben und Großwerden in unserer Gesellschaft, dass Heranwachsende in bestimmten Lebenssituationen Alkohol oder Tabak testen, exzessiv Medien nutzen oder sogar den Zugang zu illegalen Drogen, wie Cannabis, finden. Der Konsum von diesen Suchtmitteln ist aber insbesondere auch bei jungen Menschen mit vielfältigen Gesundheitsgefahren verbunden. Die Gesellschaft ist aufgefordert, die Jugendlichen zu begleiten und zu unterstützen, sodass der Konsum möglichst wenige negative Konsequenzen hat oder sogar ganz unterbleibt. Hier setzen suchtpreventive Maßnahmen an, die dann am wirksamsten sind, wenn sie theoretisch und empirisch fundiert sind und frühzeitig und zielgruppenorientiert eingesetzt werden.

Um ein Bild vom aktuellen Stand und der Entwicklung des „riskanten Konsums“ der Kinder und Jugendlichen in Deutschland zu erhalten, werden jährlich repräsentative Umfragen zur Verbreitung und zu Verhaltensweisen der Jugendlichen bezogen auf Alkohol, Tabak und illegalen Drogen durch die Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung durchgeführt. Auf diese Weise werden die Effekte und Bedarfe der Präventionsarbeit in Deutschland deutlich. Jedoch bilden diese Erhebungen die aktuelle Situation und damit die Präventions- und Interventionsbedarfe für Regionen nur unscharf ab. Aufgrund der verschiedenen strukturellen und sozialen Rahmenbedingungen in den einzelnen Kommunen können die unterschiedlichen Zielgruppen für Intervention und Prävention nicht benannt werden.

Regelmäßige lokale Erhebungen in den einzelnen Kommunen sind deshalb ein sinnvolles zusätzliches Instrument für die Ermittlung der spezifischen Präventionsbedarfe in einer Region, aus denen direkt und frühzeitig zielgruppenorientierte Angebote entwickelt oder angepasst werden können. Zudem ermöglichen sie die Erfolge und Misserfolge der regionalen Präventionsbemühungen zu messen und zu bewerten.

Deshalb freue ich mich, dass das Aktionsbündnis „Riskanter Konsum“ in Delmenhorst in Zusammenarbeit mit der Hochschule Emden/Leer den Weg gegangen ist, das Konsumverhalten von Jugendlichen im regionalen Bezug Delmenhorst konsequent zu erheben und abzubilden, um daraus konkrete Handlungsoptionen für Präventionsmaßnahmen vor Ort abzuleiten. Ich bin gewiss, dass sich diese Studie für die Kommune Delmenhorst lohnt und effektive und effiziente suchtpreventive Maßnahmen zur Folge haben wird. Ich hoffe sehr, dass diese Studie beispielhaft auch für andere Kommunen sein wird.

Als Landesdrogenbeauftragte von Niedersachsen allen Akteuren meinen herzlichen Dank für Ihr Engagement.

Dr. Sabine Brägelmann-Tan

Niedersächsische Landesdrogenbeauftragte, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration

2 Zusammenfassung der Untersuchung

Das Aktionsbündnis „Riskanter Konsum in Delmenhorst“ führte im Jahr 2012 das zweite Mal nach 2008 eine umfassende Schülerstudie (N = 1.715) in den Allgemeinbildenden Schulen in Delmenhorst durch, um die aktuelle Lage des Konsumverhaltens und insbesondere des „Riskanten Konsums“ der Kinder und Jugendlichen im Alter von 12 – 17 Jahren in Delmenhorst zu untersuchen. Neben dem Vergleichsmöglichkeiten mit der ersten Erhebung in Delmenhorst (N = 1.599) zu den Konsummustern, ermöglicht die Studie den Vergleich des Einstiegsalters in den Konsum von Alkohol, Tabak und Cannabis dieser Altersgruppen, sowie die Indikatoren des Rauschtrinkens mit den Bundesdaten der „Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung“ (BZgA, 2012). Ein weiteres Anliegen der vorliegenden Studie ist es, die Schulische Suchtprävention in Delmenhorst vorzustellen und den Begriff des „Riskanten Konsums“ für die praktische Diskussion theoretisch zu verorten. Zunächst werden die Ergebnisse zusammengefasst und nachfolgend stichpunktartig differenziert. In Kapitel 8 besteht die Möglichkeit, die zugrundeliegenden Auswertungen nachzuschlagen.

Über die Ergebnisse der Drogenaffinitätsstudie (BZgA, 2012), die seit 1973 den Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen untersucht, wissen wir, dass der Substanzgebrauch unter Kindern und Jugendlichen insgesamt zurückgeht. So ist der wöchentliche Konsum von Alkohol in der Alterskategorie der 12 – 17-jährigen im gesamten Beobachtungszeitraum rückläufig und auch der Tabakkonsum verzeichnet seit 2001 einen deutlichen und stetigen Rückgang. Der Cannabiskonsum, der in den 1990er Jahren in Mode war, zeigt ebenfalls wieder eine rückläufige Entwicklung. Dennoch sind die Zahlen aufgrund der immer noch bedeutsamen Dimensionen weiter bedenklich. Jeder siebte Jugendliche im Alter von 12 – 17 Jahren trinkt regelmäßig, d.h. wöchentlich, Alkohol und betreibt einmal im Monat Rauschtrinken (BZgA, 2012). Im Alter von 10 – 19 Jahren wurden 2012 in Deutschland aufgrund akuten Alkoholmissbrauchs 26.349 Kinder und Jugendliche stationär in einem Krankenhaus behandelt (Statistisches Bundesamt, 2013). Noch immer raucht jeder achte Jugendliche und ca. 5 % der 12 – 17-jährigen hat in dem letzten Jahr Cannabis konsumiert (ebenda, 2012). In Bezug auf die Qualitätsentwicklung kann die praktische Suchtprävention auf repräsentativen Daten zur Verbreitung und der Muster des Konsums von legalen und illegalen Drogen bei Kindern und Jugendlichen zurückgreifen, um die Präventionsangebote an den aktuellen Bedarfen zu entwickeln oder bestehende Konzepte anzupassen (etwa BZgA, 2012; DHS, 2012). Jedoch zeigt sich in regionalen Untersuchungen und dementsprechend in der vorliegenden Studie, dass die Konsummuster und Einstellungen der Zielgruppen sich zum Teil erheblich von den Bundesdaten unterscheiden (Pfeiffer-Gerschel et al., 2012). Somit sind lokale Studien, wie die vorliegende Untersuchung, ein unerlässliches Instrument zur Feststellung der tatsächlichen Bedarfe der Kinder und Jugendlichen in ihrer jeweiligen Kommune.

Insbesondere im Hinblick auf die begrenzten Ressourcen der kommunalen Präventionsarbeit, können mithilfe lokaler Studien die bestehenden Maßnahmen an den sich

wandelnden Bedarfen weiterentwickelt und neue Angebote zielgruppengerecht konzipiert werden. Ein weiterer, nicht zu vernachlässigender, Effekt lokaler Untersuchungen ist die öffentliche Wahrnehmung des Riskanten Konsums unter Kindern und Jugendlichen, die über die öffentliche Diskussion der Ergebnisse in Schulen, Elternkreisen und der Presse aktiviert wird. So können auch die Eltern, die in der Regel über präventive Angebote nur schwer erreichbar sind, sensibilisiert werden, den Konsum ihrer Kinder ernst zu nehmen und das Thema mit ihren Kindern zu besprechen.

Im Vergleich zu den Daten der Drogenaffinitätsstudie der BZgA (2012) bezüglich der Verbreitung von Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum unter den 12 – 17-jährigen zeigen sich zum Teil deutliche Unterschiede zu den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung. So findet der Erstkonsum von Alkohol mit 13,1 Jahren und von Tabak mit 12,8 Jahren in Delmenhorst knapp ein Jahr eher statt als im Bundesschnitt. Dennoch ist im Vergleich zu der Delmenhorster Erhebung von 2008 eine deutliche Verschiebung des Einstiegsalters in die höheren Altersklassen zu erkennen. Während 2008 im Alter von 13 Jahren bereits zwei Drittel der Kinder und Jugendlichen Erfahrungen mit Alkohol gemacht hat, liegen die aktuellen Daten auch im Alter von 14 Jahren (45 %) noch unter dieser Größenordnung (siehe Kapitel 8.1.1).

Interessanter Weise zeigt sich der regelmäßige Alkoholkonsum aber seltener als im Bundesschnitt, während das Rauschtrinken wiederum vergleichsweise häufig vorkommt. Insbesondere zeigen sich an dieser Stelle die Delmenhorster Mädchen als spezifische Zielgruppe für die Prävention, die bezogen auf das monatliche Rauschtrinken ein Drittel über dem Bundesschnitt liegen. Das häufige Rauschtrinken, d.h. mindestens wöchentlich, wird von den Delmenhorster Jugendlichen doppelt so häufig angegeben wie von den Befragten der Bundesstudie (siehe Kapitel 8.1.4). Im Vergleich zu der Delmenhorster Erhebung von 2008 ist auch das „Erste Rauschtrinken“ in die höheren Altersklassen gewandert und zudem bis zum 18. Lebensjahr deutlich weniger verbreitet (siehe Kapitel 8.1.2).

Das Rauschtrinken wird in Delmenhorst an den Haupt- und Realschulen doppelt so häufig angegeben wie an den anderen Schulformen¹. Zudem zeigen sich die Jungen, wie im Bundesschnitt, als Risikogruppe. Auch die psychosoziale Belastung als Risikofaktor (siehe Kapitel 6.3) wird über die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung bestätigt. Die „Stimmung zu Hause“ und die „Belastungen und Leistungen in der Schule“ zeigen einen engen Zusammenhang zur Häufigkeit und Intensität des Alkoholkonsums (siehe Kapitel 8.1.5). Dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund weniger häufig von Riskantem Konsum betroffen sind, zeigt sich in Delmenhorst lediglich tendenziell (siehe 6.3). Ein Zusammenhang zu dem Status der Eltern (beide Eltern zu Hause oder nicht) hat sich nicht gezeigt (siehe Kapitel 8.1.5).

In Bezug zu den Kindern und Jugendlichen, die noch keinen Alkohol kaufen dürfen, zeigt sich nach wie vor, dass der Alkohol vorrangig aus dem eigenen Elternhaus besorgt wird. Ein Drittel der Jugendlichen, die Alkohol trinken und unter 16 Jahren alt

¹ In Delmenhorst sind die Haupt- und Realschulen gegenüber den anderen Schulformen im Vergleich zum Bundesschnitt überrepräsentiert. Da der „Riskante Konsum“ mit der Schulform korreliert, erklären sich die vergleichsweise hohen Zahlen im Vergleich zu den Bundesdaten.

sind, bekommt den Alkohol sogar im Einverständnis der Eltern². Alkohol zu kaufen, ist für die unter 16-jährigen Jungen, aufgrund der verschärften Jugendschutzkontrollen (z. B. Testkäufe durch die Polizei) in Delmenhorst, schwieriger geworden als noch 2008, während sich die Mädchen den Alkohol in der Regel nicht selbst besorgen (siehe Kapitel 8.1.6).

Zwei Drittel der Schülerinnen und Schüler, unabhängig davon, ob sie Alkohol trinken oder nicht, schreiben dem Alkoholkonsum eine große gesundheitliche Gefahr zu. Dennoch ist der Alkoholkonsum unter den Jugendlichen breit akzeptiert und für viele der 12 – 17-jährigen aus ihrem Leben nicht wegzudenken. Insbesondere unter den Jungen können sich viele eine Party ohne Alkohol gar nicht vorstellen. Über ein Viertel trinkt bereits bevor sie zu einer Party aufbrechen (Vortrinken, Vorglühen). So ist es nicht verwunderlich, dass fast die Hälfte aller Befragten der Meinung ist, dass Alkohol zum Weggehen dazu gehört. Die gesellschaftliche Akzeptanz von Alkoholkonsum wird auch darüber deutlich, dass knapp ein Drittel derjenigen, die keinen Alkohol trinken, als Grund für ihre Abstinenz angeben, zu jung zu sein oder weil die Eltern es verbieten. In Bezug auf den Alkoholkonsum spielt der Gruppendruck eine wesentliche Rolle. Häufig wird nur getrunken, weil es die anderen auch tun. Der Gruppendruck scheint hierbei subtil zu wirken, da fast alle Befragten davon überzeugt sind, dass eine steigende Anerkennung in der Gruppe oder das Gefühl „cool“ zu sein, keinen Zusammenhang mit ihrem Konsum habe (siehe 8.1.3).

Geburtstage und Sylvester sind die Hauptanlässe für die Jugendlichen, Alkohol zu trinken. Alkohol im Rahmen der Familie - Sylvester oder bei Familienfeiern - wird bedenklich häufig von den unter 16-jährigen angegeben. Alkohol in Verbindung mit Sport- und anderen Vereinen zeigt sich in Delmenhorst nicht als Problemfeld. Dass ein Viertel der konsumierenden Jugendlichen angibt auch mal alleine Alkohol zu trinken, ist als bedenklich einzustufen, insbesondere in dem Zusammenhang, dass auch Stress und Traurigkeit als Grund für Alkoholkonsum angegeben wird (siehe 8.1.3).

Interessanter Weise schätzt jeder sechste Konsumierende seinen Konsum als „zu viel“ ein, wobei nur jeder zehnte angibt, in drei Jahren weniger zu trinken. Zudem möchte über ein Drittel der regelmäßig Konsumierenden sein Verhalten nicht ändern. In den Ferien wird häufiger getrunken als in der Schulzeit (siehe 8.1.3).

In Bezug auf den Tabakkonsum in Delmenhorst zeigen sich bezogen auf diejenigen, die mal probiert haben, keine Unterschiede zu den Bundesdaten. Jedoch geben mit 13,4 % die Delmenhorster Kinder und Jugendlichen in der untersuchten Altersklasse deutlich häufiger an, täglich zu rauchen, als für ganz Deutschland ermittelt wurde (5,2 %). Während im Bundesschnitt das erste Mal seit dem Beginn der Erhebungen 1973 mehr Mädchen rauchen als Jungen, sind in Delmenhorst weiterhin die Jungen stärker betroffen (siehe Kapitel 8.2).

² Eltern mit Migrationshintergrund sind deutlich seltener bereit ihren Kindern unter 16 Jahren Alkohol zu geben (siehe Kapitel 8.1.6).

Im Vergleich zu 2008 ist der Tabakkonsum deutlich in die höheren Altersklassen gewandert. Ein Drittel der 13-jährigen hatte 2008 angegeben, schon einmal geraucht zu haben. 2012 hat nur noch die Hälfte (14,5 %) in dieser Altersklasse Erfahrungen mit Tabakkonsum gemacht. Insgesamt liegen die Zahlen 2012 in den Altersklassen bis 16 Jahren deutlich unter den Ergebnissen von 2008, wobei mit 17 Jahren, mit knapp zwei Dritteln der Jugendlichen, genauso viele Jugendliche Tabak probiert haben, wie 2008. Genau wie der Alkoholkonsum, ist auch der Tabakkonsum an den Haupt- und Realschulen deutlich stärker verbreitet als an den anderen Schulformen. Im Gegensatz zu der Verteilung des Alkoholkonsums, ist der Tabakkonsum unter den Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund stärker verbreitet, als unter denjenigen, deren Eltern beide in Deutschland geboren sind (siehe Kapitel 8.2).

Der Unterschied zwischen den Ergebnissen von lokalen Untersuchungen und Repräsentativdaten für Deutschland verdeutlicht sich insbesondere in der vorliegenden Untersuchung im Bereich des Cannabiskonsums. In Delmenhorst liegt das durchschnittliche Alter, in dem die Jugendlichen, die Cannabis konsumieren, das erste Mal „gekiff“ haben bei 14,4 Jahren. Im Bundesschnitt lag 2011 der Erstkonsum von Cannabis bei 16,4 Jahren. Bei den Indikatoren der Lebenszeitprävalenz, der 12-Monats-Prävalenz und der 30-Tage-Prävalenz, also bei denjenigen, die überhaupt schon mal, in dem letzten Jahr oder in den letzten 30-Tagen vor der Erhebung Cannabis konsumiert haben, liegen die Delmenhorster Zahlen in doppelter Höhe über dem Bundesschnitt, jedoch unter den Angaben von 2008. Diejenigen, die in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung konsumiert haben sind in Delmenhorst an den Haupt- und Förderschulen deutlich überrepräsentiert. Insgesamt liegt der Konsum von Cannabis unter den Mädchen ein Drittel unter dem der Jungen (siehe Kapitel 8.3). Zudem ist der Cannabiskonsum unter den Jugendlichen mit Migrationshintergrund stärker verbreitet als bei denjenigen, deren Eltern beide in Deutschland geboren sind.

In Bezug auf die Zufriedenheit und die Belastungen der Befragten zeigt sich, dass neun von zehn Schülerinnen und Schüler unabhängig von Geschlecht, vom Alter, vom Migrationshintergrund oder der besuchten Schulform zufrieden mit ihrem Leben sind. Bei der Zufriedenheit mit den Schulleistungen zeigen sich Unterschiede. So sind die Mädchen eher zufriedener als die Jungen und die Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund eher unzufriedener als diejenigen, deren Eltern beide in Deutschland geboren sind. Zudem zeigt sich, dass die Zufriedenheit mit den Schulleistungen mit steigendem Alter abnimmt. Die geringste Zufriedenheit wird an den Realschulen angegeben (siehe Kapitel 8.4).

Über zwei Drittel der Befragten empfindet die Schule eher nicht als Belastung und nur sehr wenige geben eine „starke Belastung“ durch die Schule an. Die geringste Belastung wird an den Hauptschulen wahrgenommen, wobei die Gymnasiasten die Belastung am stärksten empfinden (siehe Kapitel 8.4).

Fast drei Viertel der Befragten gibt eine gute Stimmung zu Hause für die letzten 30 Tage vor der Befragung an. Die gute Stimmung sinkt aber mit dem Alter. Mit 17 Jahren geben noch zwei Drittel eine gute Stimmung an (siehe Kapitel 8.4).

2011 gab die Bundesdrogenbeauftragte Mechthild Dyckmanns bekannt, dass allein in Deutschland 560.000 Menschen als internetsüchtig gelten können und etwa 2,5 Millionen einen problematischen Internetkonsum aufweisen. Damit ist ca. 1% der Bevölkerung Internetabhängig (im Vergleich: 1,5 % Alkoholabhängig, 0,3 % Glückspielabhängig) (Rumpf et al., 2011). Um ein erstes Meinungsbild über den zumindest problematischen PC-Gebrauch der Kinder und Jugendlichen in Delmenhorst zu erhalten, wurden sechs Fragen in die Untersuchung mit aufgenommen, die in der Prävention als „kleiner Selbsttest“ im Sinne eines Screenings eingesetzt werden.

Für Delmenhorst zeigt sich, dass knapp ein Drittel der Befragten mindestens fünf Stunden am Tag seine Freizeit vor dem PC verbringt und jeder Zehnte einen „problematischen PC-Konsum“ aufweist. Dies zeigt sich darüber, dass soziale Kontakte vorrangig online gepflegt werden und Kontaktschwierigkeiten im realen Leben bestehen. Entstehende Nervosität oder gar Aggressivität, wenn die PC-Nutzung eingeschränkt wird und eine zunehmende Zeit vor dem PC sind weitere Faktoren der problematischen PC-Nutzung. Wie auch im Bundesschnitt (Wölfling et al., 2013) ist die problematische PC-Nutzung in Delmenhorst bei den Jungen ausgeprägter und steht im engen Zusammenhang mit dem Migrationshintergrund der Befragten. Die Kinder und Jugendlichen an den Haupt- Real und Förderschulen sind häufiger betroffen.

2.1 Alkoholkonsum der Jugendlichen in Delmenhorst

2.1.1 Einstieg in den Alkoholkonsum

- Über die Hälfte der 12 – 17-jährigen hat schon mal mehr als nur einen Schluck Alkohol getrunken (58 %).
- Das Einstiegsalter in den Alkoholkonsum in Delmenhorst liegt 2012 bei 13,1 Jahren. Hierbei zeigen sich keine signifikanten Unterschiede bezogen auf das Geschlecht. Im Bundesschnitt lag 2011 der erste Alkoholkonsum bei 14,5 Jahren³.
- 2008 gab noch zwei Drittel der 13 und 14-jährigen an (65 % / 69 %), bereits Alkohol getrunken zu haben. 2012 sind es lediglich ein Drittel (31 %) der 13 jährigen und unter der Hälfte (45 %) der 14-jährigen, die Kontakt zum Alkohol hatten.
- Im Vergleich zu 2008 ist der Einstieg in Alkoholkonsum deutlich in die höheren Altersklassen gewandert.

³ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012)

2.1.2 Erstes Rauschtrinken

- 2012 gaben ein Drittel (32 %) der 12 – 17-jährigen an, schon einmal betrunken gewesen zu sein.
- Das Durchschnittsalter des ersten Rausches liegt 2012 in Delmenhorst bei $14,3 \pm 1,7$ Jahren. Hierbei zeigen sich keine signifikanten Unterschiede nach dem Geschlecht. Im Bundesschnitt lag 2011 der erste Alkoholrausch bei 15,9 Jahren⁴.
- Jedes zehnte Kind (9 %) im Alter von 13 Jahren gibt an schon mindestens einmal „betrunken“ gewesen zu sein. Im Alter von 15 Jahren steigt dieser Anteil auf 43 % an. Mit 17 Jahren sind es über zwei Drittel (70 %), die schon mindestens einmal „betrunken“ gewesen sind. Der Zeitpunkt der ersten Rauscherfahrung der 12 – 17-jährigen hat sich von 2008 bis 2012 deutlich in das höhere Alter verschoben. Insbesondere im Alter bis 14 Jahren gibt es deutliche positive Unterschiede zu der Erhebung von 2008.
- Jeder zehnte Jugendliche im Alter von 16 Jahren (12 %) gab an mindestens 10 Mal „betrunken“ gewesen zu sein. Im Alter von 17 Jahren sind es bereits über ein Viertel der (26%) die 10 Mal oder öfter „betrunken“ waren.

2.1.3 Konsumverhalten der Jugendlichen in Delmenhorst

- Auf Geburtstagsfeiern (36 %), am Wochenende (30 %) und bei Treffen mit Freunden (23 %) oder beim Chillen (21 %) fällt es denjenigen, die regelmäßig Alkohol trinken (G1), besonders schwer Alkohol abzulehnen. Nach sportlichen Aktivitäten (2 %) oder im Verein (3 %) geben die Jugendlichen (G1) keine Probleme in Bezug auf Ablehnung von Alkohol an.
- Der Hauptteil (69 %) derjenigen, die Alkohol regelmäßig trinken (G1) möchten ihr Konsumverhalten nicht ändern. Bemerkenswert ist, dass jeder sechste regelmäßig konsumierende Jugendliche (G1) (16 %) seinen Konsum als „zu viel“ einschätzt, jedoch nur jeder zehnte (9 %) angibt, in drei Jahren weniger zu trinken zu. Ein Drittel (29 %) der regelmäßig Konsumierenden (G1) gab an, in drei Jahren noch mehr zu trinken als zum Zeitpunkt der Befragung.
- Von denjenigen, die seltener als einmal in der Woche Alkohol trinken (G1*), gibt jeder fünfte (19 %) an, in drei Jahren mehr Alkohol zu trinken.
- Über ein Viertel (29 %) der Befragten (A) gab an in den letzten drei Monaten mindestens eine private Party besucht zu haben, bei denen Alkohol getrunken wurde. Von den Jugendlichen unter 16 Jahren (G2), gab dies jeder Fünfte (17 %) an.
- Knapp ein Viertel der Jugendlichen (A) (27 %) gab an, sich vor den Partys gelegentlich oder häufiger zu treffen, um Alkohol (vor-)zu trinken. In der Gruppe der unter 16-jährigen gaben dies 12 % an.

⁴ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012)

- Zwei Drittel (65 %) der Jugendlichen (A) sind der Meinung, dass die gesundheitlichen Gefahren eines Alkoholrausches groß sind. Die Einschätzungen der Gruppe der unter 16-jährigen sind ähnlich (67 %).
- Über die Hälfte der Jugendlichen, die überhaupt keinen Alkohol trinken (G3*), geben an, dass die Gründe darin liegen, dass sie „zu jung“ sind (59 %), dass „Alkohol krank machen kann“ (54 %) oder dass sie „nicht süchtig werden wollen“ (49 %). „Das Verbot der Eltern“ spielt für ein Drittel (34 %) eine Rolle. Knapp ein Viertel (28 %) dieser Gruppe (G3*) gab als Grund für die Abstinenz an, dass „sie immer noch trinken können, wenn sie älter sind“. „Dass Alkohol zu teuer ist“, ist lediglich für 9 % (G3*) ein Grund, nicht zu trinken.
- Von denjenigen, die Alkohol trinken (G3), gaben vier Fünftel (80 %) an, manchmal oder häufiger Alkohol zu trinken, weil es die anderen auch tun. Jeder Vierte (28 %) zeigt dieses Verhalten oft oder häufiger.
- Mit steigender Anerkennung oder dem Gefühl cooler zu sein, steht der Konsum von Alkohol nach Meinung der Befragten (87 %), die Alkohol trinken (G3), selten oder gar nicht im Zusammenhang.
- Bei der Frage danach, ob man sich eine Party vorstellen könne, ohne dabei Alkohol zu trinken, teilt sich die Gruppe derjenigen, die Alkohol trinken (G3) mittig auf. Die Mädchen können sich eine solche Party besser vorstellen als die Jungen.
- In Bezug auf die Anlässe, Alkohol zu trinken, geben diejenigen, die Alkohol trinken oder zumindest schon mal genippt haben (G4) an, dass Sylvester (81 %) und Geburtstage (72 %), die Hauptanlässe sind. Die Familienfeier liegt hinter der Disko (54 %) auf Platz vier (43%). Zwei Drittel der unter 16-jährigen aus der Gruppe G4 geben die Familienfeier (37 %) als Anlass für den Konsum von Alkohol an. Zwei Drittel (65%), derjenigen, die bisher nur mal genippt hat, geben Sylvester als Anlass an. Sportliche Aktivitäten (5 %) oder der Verein (6 %) spielen kaum eine Rolle als Anlass für den Konsum von Alkohol unter Jugendlichen (G4).
- Im Alter unter 16 Jahren (G2) gaben über 94 % an seltener als einmal im Monat letzten drei Monaten vor der Befragung in einer Disko oder Kneipe gefeiert zu haben. 82 % gab an, gar nicht in einer Disko oder Kneipe gefeiert zu haben.
- Als Gründe für den Alkoholkonsum geben die Jugendlichen (G3) an, dass es in erster Linie schmeckt (61 %) und dass es locker macht (60 %). Die Akzeptanz von Alkoholkonsum unter Jugendlichen wird darüber deutlich, dass fast die Hälfte (42 %) der Meinung ist, dass Alkohol zum Weggehen dazu gehört. Für einige ist Stress (15 %) oder Traurigkeit (11 %) ein Grund Alkohol zu trinken.
- Mehr als die Hälfte (58 %) der Befragten (G3) gibt an, in den Ferien mehr zu trinken als in der Schulzeit.

- Von denjenigen, die mindestens ab und zu Alkohol trinken (G3) gibt knapp ein Viertel (23 %; Jungen: 28 %, Mädchen: 17 %) an, auch alleine Alkohol zu trinken.
- Die Hauptgründe weniger zu trinken, liegen für diejenigen, die regelmäßig Alkohol konsumieren (G1), bei dem Verlust des Führerscheins (62 %) und nach einer Alkoholvergiftung (61 %). Eine deutliche Preiserhöhung des Alkohols (23 %) oder wenn Freunde aufhören zu trinken (17 %) spielen gegenübergestellt eine untergeordnete Rolle für das Reduzieren des Alkoholkonsums.
- Jeder vierte Befragte im Alter von 12 - 17 Jahren (26 %), der schon einmal betrunken war (G5), gab an, dass die Eltern nichts dagegen haben, wenn sie sich betrinken. Ein Drittel (35 %) der Eltern heißt den Rauschkonsum ihrer Kinder, nach Angabe ihrer Kinder, nicht gut. Ebenfalls ein Drittel (37 %) weiß nichts von dem Rauschkonsum ihrer Kinder und ein Fünftel (20 %) der Befragten kann diese Frage nicht beantworten.⁵

2.1.4 Alkoholkonsum im Vergleich mit den Bundesdaten

- Das Einstiegsalter in den Alkoholkonsum in Delmenhorst liegt 2012 bei $13,1 \pm 2,1$ Jahren (siehe Kapitel 8.2.1). Im Bundesschnitt lag 2011 der erste Alkoholkonsum bei 14,5 Jahren⁶.
- Das Durchschnittsalter des ersten Rausches liegt 2012 in Delmenhorst bei $14,3 \pm 1,7$ Jahren (siehe Kapitel 8.2.2). Im Bundesschnitt lag 2011 der erste Alkoholrausch bei 15,9 Jahren⁷.
- In Delmenhorst wird im Alter von 12-17 Jahren zum Bundesschnitt vergleichbar häufig Alkohol konsumiert.
- Das Rauschtrinken („binge drinking“) wird in Delmenhorst in der untersuchten Altersklasse häufiger praktiziert (18 % zu 15 %).
- Das häufige Rauschtrinken (wöchentlich oder häufiger) in Delmenhorst ist im Bundesvergleich jedoch doppelt so stark ausgeprägt (8 % zu 4 %).

⁵ An dieser Stelle wäre es interessant, die Gruppe der unter 16-jährigen zu betrachten. Die Gruppe derjenigen, die sich bereits betrunken haben und unter 16 sind, ist jedoch zu klein und somit keine ausreichende Reliabilität gegeben.

⁶ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012), die Daten beziehen sich auf das Jahr 2011.

⁷ Ebenda.

2.1.5 Rauschtrinken – differenzierte Betrachtung

- 8 % aller Kinder und Jugendlichen im Alter von 12 – 17 Jahren betreibt mindestens wöchentlich Rauschtrinken. Bezogen auf die letzten 30 Tage vor der Befragung, gab jeder Fünfte (18 %) an, mindestens einmal betrunken gewesen zu sein.
- Über die Hälfte (54 %) der 12 – 17-jährigen, die bereits mehr als nur einen Schluck Alkohol getrunken haben (G3), gibt an sich schon einmal „total betrunken“ zu haben. 7 % derjenigen, die schon einmal mehr als nur einen Schluck Alkohol getrunken haben (G3), betrinken sich mindestens einmal wöchentlich bis sie „total betrunken“ sind.
- Von denjenigen, die mindestens ab und zu Alkohol konsumieren (G3), betreibt über die Hälfte (55 %) mindestens einmal pro Monat binge-drinking (Rauschtrinken). Zudem betreibt jeder fünfte dieser Gruppe (21 %) „häufiges Rauschtrinken“ (mindestens einmal in der Woche). Ebenfalls ein Fünftel (18 %) tut dies nie.
- Es existieren signifikante Zusammenhänge zwischen „Rauscherfahrung(en)“ der Jugendlichen in Delmenhorst und dem Geschlecht sowie der Schulform. So geben 37 % der Jungen an, schon mindestens einmal betrunken gewesen zu sein. Unter den Mädchen haben 29 % diese Erfahrung gemacht. Auf dem Gymnasium (25 %) und der IGS (23 %) haben deutlich weniger Befragte diese Erfahrung gemacht als an den Realschulen (41 %) und Hauptschulen (39 %). Der Migrationshintergrund steht mit der Verteilung der Rauscherfahrungen nicht im Zusammenhang (32 % : 34 %).
- Bezogen auf die Gesamtstichprobe (A) gibt weniger als jeder zehnte (8 %) der Kinder und Jugendlichen im Alter von 12 – 17 Jahren häufiges Rauschtrinken an. Differenziert nach weiteren Merkmalen der Jugendlichen (A) zeigt sich hoch signifikant, dass das „häufige Rauschtrinken“ unter Jungen (10 %) häufiger verbreitet ist als bei den Mädchen (6 %). Bezogen auf den Migrationshintergrund ist kein signifikanter Zusammenhang zum „häufigen Rauschtrinken“ festzustellen.
- Hoch signifikant ist der Zusammenhang des „häufigen Rauschtrinkens“ mit der Schulform der Befragten. So zeigen auf dem Gymnasium (4 %), den Förderschulen (6 %) und der IGS (7 %) signifikant weniger Jugendlichen im Alter von 12 – 17 Jahren dieses riskante Verhalten als auf den Realschulen (10 %) und Hauptschulen (11 %).
- Es existiert kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem „häufigen Rauschtrinken“ und dem Elternstatus (leben beide Elternteile mit dem Befragten in einem Haushalt).
- Es lässt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem riskanter Konsumverhalten (Rauscherfahrungen/häufiges Rauschtrinken) der Jugendlichen und der Zufriedenheit mit dem eigenen Leben feststellen.

- In Bezug auf die „Stimmung zuhause“ und dem riskanten Konsumverhalten gibt es deutliche Unterschiede. Von denjenigen, die eine „sehr schlechter Stimmung“ zuhause angeben, trinken 35 % häufig Alkohol und von denjenigen, die eine „sehr gute Stimmung“ zuhause angeben, trinken lediglich 13 % häufig Alkohol. Bezogen auf den „häufigen Alkoholrausch“ verhält es sich tendenziell ähnlich und verläuft von 20 % bei sehr schlechter Stimmung zu 7 % bei sehr guter Stimmung, wobei der „häufige Alkoholrausch“ bei mittelmäßiger Stimmung am niedrigsten liegt (5 %).
- In Bezug zur „Schule als Belastung“ zeigt sich ein Zusammenhang zum „häufigen Alkoholkonsum“ (15 % bei keiner Belastung, steigend bis 29 % bei starker Belastung). Das „häufige Rauschtrinken“ zeigt sich unabhängig von der wahrgenommenen Belastung in der Schule (9 % bei keiner Belastung, 11 % bei starker Belastung).
- Es zeigt sich, dass das riskante Konsumverhalten mit steigender Unzufriedenheit mit den eigenen Schulleistungen zunimmt (häufiger Alkoholkonsum: 15 % monoton steigend bis 26 %; und häufiges Rauschtrinken: 7 % monoton steigend bis 11 %). Diejenigen, die sich für ihre Schulleistungen nicht interessieren, zeigen sehr häufig riskante Konsummuster. Über die Hälfte (52 %) dieser Gruppe trinkt häufig Alkohol, knapp ein Drittel (29 %) gibt einen „häufigen Alkoholrausch“ an.

2.1.6 Bezugsquellen für den Alkohol

- Unverändert zu 2008 bekommt über ein Drittel (2008: 35 %; 2012: 35 %) der unter 16-jährigen, die Alkohol trinken, ihren Alkohol von zu Hause. Der Kauf von alkoholischen Getränken ist hingegen für unter 16-jährige schwieriger geworden. 2008 gaben noch 28 % an, Alkohol beim Kiosk kaufen zu können und 35 % konnten alkoholische Getränke beim Supermarkt erwerben. 2012 gaben vergleichbar wenige 9 % an, im Supermarkt und 19 % am Kiosk Alkohol zu erhalten.
- Wie erwähnt erhält ein Drittel (35 %) der unter 16-jährigen, die Alkohol trinken ihren Alkohol von zuhause. Bei näherer Betrachtung zeigt sich, dass zwei Drittel von dieser Gruppe, diesen im Einverständnis ihrer Eltern erhalten. Hier zeigt sich zudem, dass die Eltern mit Migrationshintergrund ihren Kindern nicht so bereitwillig den Alkohol überlassen, wie die einheimisch Deutschen Eltern (15 %; 29 %).

2.2 Tabakkonsum

- Das Einstiegsalter in den Tabakkonsum in Delmenhorst liegt 2012 bei 12,8 Jahren. Hierbei zeigen sich keine signifikanten Unterschiede bezogen auf das Geschlecht. Im Bundesschnitt lag 2011 der erste Tabakkonsum bei 14,4 Jahren⁸.
- Es zeigt sich eine deutliche Verschiebung des Einstiegs in den Tabakkonsum in die höheren Altersklassen. Ähnlich wie bei den Rauscherfahrungen zeigt sich unter den 17-jährigen, dass ein Großteil der Jugendlichen die Erfahrungen mit Tabakkonsum irgendwann sammeln.
- Insgesamt lässt sich feststellen, dass zwar in Delmenhorst in der Altersgruppe der 12 bis 17-jährigen mehr geraucht wird als im Bundesdurchschnitt, jedoch deutlich weniger als 2008. Zudem werden erst deutlich später Erfahrungen mit Tabak gemacht. Zudem rauchen im Bundesschnitt das erste Mal seit den Erhebungen der BZgA mehr Mädchen als Jungen. Auch in Delmenhorst haben die Mädchen aufgeholt.
- Die Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Delmenhorst rauchen häufiger (17 %) als die Jugendlichen, deren Eltern beide in Deutschland geboren sind (11 %).
- Bezogen auf die Schulform zeigen sich deutliche Unterschiede in Bezug auf den Tabakkonsum. Während auf den Gymnasien in der Altersklasse von 12 – 17 Jahren 79 % noch nie geraucht haben, haben an den Hauptschulen bereits die Hälfte (50 %) Erfahrungen mit Tabakkonsum gemacht. Zudem raucht an den Haupt- und Realschulen (22 % / 18 %) knapp jeder Fünfte regelmäßig. Damit ist der Anteil etwa viermal so hoch wie an den Gymnasien (5 %).

⁸ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012)

2.3 Cannabiskonsum

- Das Einstiegsalter in den Cannabiskonsum in Delmenhorst liegt 2012 bei 14,4 Jahren. Hierbei zeigen sich keine signifikanten Unterschiede bezogen auf das Geschlecht. Im Bundesschnitt lag 2011 der erste Tabakkonsum deutlich höher bei 16,7 Jahren⁹.
- Es zeigt sich, dass sich in dem letzten Jahr (12-Monats-Prävalenz und Lebenszeitprävalenz) der Cannabiskonsum in Delmenhorst zugenommen hat. Momentan liegt Delmenhorst in der beobachteten Altersgruppe deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Insbesondere bei der 30-Tage-Prävalenz liegen die Delmenhorster Zahlen (6,5 %) ein Dreifaches über dem Bundesschnitt (2,0 %).
- Über die 30-Tage-Prävalenz wird deutlich, dass es einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Cannabiskonsum und dem Migrationshintergrund der Befragten gibt. Die Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund konsumieren häufiger Cannabis (7,2 %) als diejenigen, deren Eltern beide in Deutschland geboren sind (4,2 %).
- Derzeit (30-Tage-Prävalenz) wird an den Förder- und Hauptschulen (8,6 % / 9,4 %) besonders häufig Cannabis konsumiert.

2.4 Zufriedenheit und Belastungen

- 9 von 10 Kindern und Jugendlichen sind mit ihrem Leben zufrieden¹⁰
- Die Lebenszufriedenheit ist unabhängig vom Geschlecht, vom Alter, vom kulturellen Hintergrund und von der Schulform.
- Insgesamt sind mehr als zwei Drittel (70 %) der Kinder und Jugendlichen im Alter von 12 - 17 Jahren zufrieden mit Ihren Schulleistungen. Mädchen (72 %) sind zufriedener mit den eigenen Schulleistungen als die Jungen (67 %). Zudem sind die Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund unzufriedener mit den Leistungen (66 %), als diejenigen deren Eltern beide in Deutschland geboren sind (72 %).
- Mit steigendem Alter werden die Jugendlichen mit den Schulleistungen unzufriedener.
- An den Förderschulen sind die Befragten am zufriedensten mit ihren Schulleistungen (84 %). An den Realschulen gaben die wenigsten (63 %) an, zufrieden mit ihren Leistungen zu sein.

⁹ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012)

¹⁰ Bei der Befragung wurde eine vierstufige Likert-Skala verwendet. Für die Auswertung wurden die Zufriedenheiten der Befragten dichotomisiert.

- Unabhängig vom Geschlecht wird die Schule von knapp zwei Drittel der Schüler (67 %) als keine oder geringe Belastung empfunden. Lediglich 5 % geben an, die Schule als starke Belastung wahrzunehmen.
- Wie stark die Schule als Belastung wahrgenommen wird ist abhängig vom Alter. So fühlen sich im Alter von 15 bis 16 Jahren deutlich mehr mittelmäßig belastet als in den Altersgruppen von 12 - 14 Jahren. Im Alter von 17 Jahren nimmt die Belastung wieder ab. Eine starke Belastung durch die Schule empfinden altersunabhängig ca. 5 % der Schülerinnen und Schüler.
- Bei der Belastung durch die Schule zeigen sich nur in der Gruppe der „stark Belasteten“ signifikante Unterschiede im Bezug zum Migrationshintergrund. Hier gaben, mit 7 %, die Jugendlichen mit Migrationshintergrund deutlich häufiger an, stark belastet zu sein.
- Am wenigsten Belastung wird an den Hauptschulen wahrgenommen, wogegen die Schülerinnen und Schüler an den Gymnasien sich häufiger einer Belastungen ausgesetzt fühlen. Die Gruppe der „stark Belasteten“ ist an den Förderschulen sehr groß (16 %) und an der IGS kaum vertreten (3 %).
- Eine schlechte oder sehr schlechte Stimmung zu Hause wird von knapp 6 % der Jugendlichen angegeben. Fast drei Viertel der Befragten (72 %) gibt eine gute bis sehr gute Stimmung zu Hause an.
- Insgesamt geben die Jungen eine bessere Stimmung zu Hause an.
- Die Stimmung zu Hause sinkt mit dem Alter. Mit 12 Jahren geben noch knapp drei Viertel eine gute bis sehr gute Stimmung an, mit 17 sind es noch zwei Drittel (66 %).
- Insgesamt zeigt die Stimmung zu Hause keinen Zusammenhang zum Migrationshintergrund. Jedoch ist das Merkmal „sehr gute Stimmung“ (27 % / 22 %) zugunsten der „guten Stimmung“ (43 % / 51 %) bei den Jugendlichen mit Migrationshintergrund ausgeprägter.

2.5 Problematische PC-Nutzung

- Knapp ein Drittel der Befragten (31 %) gibt an mindestens fünf Stunden täglich seine Freizeit am PC zu verbringen.
- 16 % geben an wegen der vielen Zeit, die am PC verbracht wird, Ärger in der Schule oder mit den Eltern zu bekommen.
- Über 8 % geben an vor den Anforderungen in der realen Welt Angst zu haben. Spaß haben sie nur beim Spielen oder Surfen am Computer und sind ansonsten lustlos.
- Ebenfalls 8 % pflegt Kontakte vor allem Online und sprechen ungern mit Menschen, die sie sehen und anfassen können.
- Jeder Zehnte (9 %) gibt an, dass sie immer mehr Zeit vor dem PC verbringen.

- Ebenfalls jeder Zehnte (12 %) gibt an, sich nervös, gereizt oder gar aggressiv zu fühlen, wenn die nicht länger an den PC können.
- Die problematische PC-Nutzung ist bei den Jungen deutlich ausgeprägter.
- Insgesamt ist die problematische PC-Nutzung ist nicht vom Alter abhängig. Lediglich die Regelmäßigkeit (Dauer der Nutzung) steigt mit dem Alter an. Ab dem 15. Lebensjahr gibt ein Drittel an, mindestens fünf Stunden am Tag seine Freizeit vor dem PC zu verbringen.
- Insgesamt zeigt sich die problematische PC-Nutzung insbesondere an den Haupt-, Real- und Förderschulen.
- In allen sechs Merkmalen für problematische PC-Nutzung sind die Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund stärker betroffen.
- Über ein Drittel der Kinder, die angaben, dass keiner der beiden Eltern in Ihrem Haushalt leben (n=24), zeigen problematische PC-Nutzung. Am wenigsten Probleme haben diejenigen, die angeben, dass nur der Vater in ihrem Haushalt lebt (n=67).

3 Aktionsbündnis „Riskanter Konsum in Delmenhorst“



Im Jahr 2003 schlossen sich fünf Personen aus vier Institutionen mit dem Ziel zusammen, dass Schulen in Delmenhorst grundsätzlich rauchfrei werden (Bündnis „Rauchfreie Schulen in Delmenhorst“). 2008 wurde der Arbeitskreis in „Aktionsbündnis: Riskanter Konsum in Delmenhorst“ umbenannt. Der Fokus sollte nun nicht mehr allein auf dem Tabakkonsum liegen und in diesem Zuge wurden Alkohol- und Cannabiskonsum als wichtige Präventionsthemen in den Arbeitskreis mit aufgenommen.

Das Aktionsbündnis „Riskanter Konsum in Delmenhorst“ setzt somit die erfolgreiche Arbeit des Aktionsbündnisses „Rauchfreie Schulen“ mit stets neuen Schwerpunktsetzungen als Reaktion auf aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen fort. Zuletzt wurde 2012 das zunehmend an Bedeutung gewinnende Thema „exzessive Mediennutzung“ als Schwerpunktthema des Bündnisses aufgenommen.

Ziele des Aktionsbündnisses „Riskanter Konsum in Delmenhorst“

- Die Mitglieder des Bündnisses arbeiten mit Institutionen und Personen zusammen, die bereit sind, sich für das Ziel des Bündnisses zu engagieren.
- Das Bündnis tritt öffentlich für das Ziel Riskanten Konsum wahrzunehmen und frühzeitig zu intervenieren ein.
- Das Bündnis führt regelmäßig Veranstaltungen durch, die zur Umsetzung des Zieles dienen.
- Das Bündnis veranlasst Erhebungen und Befragungen zum Riskanten Konsum in Delmenhorst.
- Das Bündnis unterstützt Schulen dabei das Thema Riskanter Konsum angemessen und nachhaltig zu beachten.
- Das Bündnis pflegt Kontakte zu den für Schulen und Jugendschutz Verantwortlichen.

Sprecher des Aktionsbündnisses „Riskanter Konsum in Delmenhorst“ ist:

Dr. Helge Schumann.

E-Mail-Kontakt: helge.schumann@delmenhorst.de

Beteiligt sind folgende Personen/Institutionen:

- Fietz, Henning, Präventionsfachkraft, Anonymen Drogenberatung Delmenhorst
- Frank, Brigitte, Schulleitung, Realschule an der Lilienstraße
- Fricke, Ingo, Schulleitung, IGS Delmenhorst
- Illenseer, Lydia, Leitung des Projektes Sozialarbeit an Schulen in Delmenhorst, Delmenhorster-Jugendhilfe-Stiftung
- Niekrens, Claudia Dr., Oberärztin, Klinikum Delmenhorst gGmbH – Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
- van Ohlen, Angelika, Geschäftsführung, Kriminalpräventiver Rat
- Popp, Evelyn, Einrichtungsleitung, Anonymen Drogenberatung Delmenhorst
- Schumann, Helge Dr., Leitung, Gesundheitsamt Delmenhorst
- Siedenburg, Merle, Geschäftsführung, Delmenhorster-Jugendhilfe-Stiftung
- Tielking, Knut, Prof. Dr., Professor für Soziale Arbeit mit dem Schwerpunkt Sucht- und Drogenhilfe, Hochschule Emden/Leer, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit

4 Suchtprävention an Schulen in Delmenhorst

Neben dem Konsum von Tabak ist der übermäßige Alkoholkonsum weltweit einer der wichtigsten Risikofaktoren für das frühzeitige Versterben und die Entstehung einer Vielzahl an Krankheitsbildern (HBSC-Team Deutschland, 2012). Der Konsum von Alkohol gehört aber auch zu unserer Kultur dazu, sei es das Gläschen Wein zum Essen, das Bier beim gemeinsamen Fußball schauen oder das gemeinsame Anstoßen auf Festlichkeiten. Daran ist auch gar nichts auszusetzen. Jedoch trinken in Deutschland etwa 9,5 Mio. Menschen Alkohol in riskanter Form und noch immer rauchen bei sinkender Tendenz 14,7 Mio. Menschen in Deutschland, von denen ein wesentlicher Teil unter 18 Jahre alt ist (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2012). Zudem findet der Erstkontakt mit Drogen und insbesondere mit den legalen Drogen in der Regel bereits im Kindes- und Jugendalter statt. In Delmenhorst liegt das Einstiegsalter in den Alkohol- und Tabakkonsum bei durchschnittlich 13 Jahren.

Die Gruppe der Jugendlichen ist somit die zentrale Zielgruppe der Suchtprävention, die in dem vorliegenden Bericht untersucht wird. Neben der schulischen Suchtprävention sind „betriebliche Suchtprävention und Gesundheitsförderung“, „Medienkompetenz“ sowie „Substanzgebrauch im Alter“ weitere Themen und Aufträge der Suchtprävention.

4.1 Leitkriterien der schulischen Suchtprävention in Delmenhorst

Will Suchtprävention erfolgreich sein, bedarf es der Formulierung von Zielen. In die Überlegung, auf welche Weise diese Ziele regional umgesetzt werden können, sollten die beteiligten Akteure vor Ort einbezogen werden. Auf diese Weise können sie dazu beitragen, dass Suchtprävention als zielorientierter, kooperativer Prozess wirksam wird und einer Überprüfung der Effekte unterzogen werden kann. Dabei sind Zielformulierungen als Leitkriterien zu verstehen, die Orientierung bieten und zugleich im Zuge neuer Erfahrungen und wissenschaftlicher Ergebnisse veränderbar sind. In diesem Sinne wurden für die Suchtprävention bei Kindern und Jugendlichen in Delmenhorst Leitkriterien erarbeitet, die nachfolgend vorgestellt werden.

Leitkriterien der Suchtprävention in Delmenhorst	
Die Suchtprävention in Delmenhorst ist ...	
Theoretisch und empirisch fundiert	<p>Suchtprävention soll grundsätzlich theoretisch fundiert und evidenzbasiert sein.</p> <p>Die Angebote der Schulischen Suchtprävention basieren auf Theorien zur Entwicklung des Substanzkonsums und/oder werden systematisch und regelhaft empirisch abgesichert.</p>
Bedarfsgerecht	<p>Suchtprävention soll bedarfsgerecht sein, d. h. Bedarfe der Zielgruppen wie auch Anforderungen der Verantwortlichen sind zu berücksichtigen.</p> <p>Das Aktionsbündnis „Riskanter Konsum“ führte 2008 und 2012 (hier vorliegend) eine umfassende Befragung zur Verbreitung und zu Verhaltensweisen der Jugendlichen bezogen auf Alkohol, Tabak und Cannabis durch.¹¹</p>
Partizipativ	<p>Suchtprävention soll ein partizipativer Prozess sein, in den die Interessen der Zielgruppen und die Kompetenzen aller PartnerInnen einfließen. Zudem sollen wissenschaftliche Standards einbezogen werden.</p> <p>Bei der Entwicklung von Präventionskonzepten sollen alle beteiligten Akteure nicht nur teilnehmen sondern auch teilhaben. Die Ergebnisse von regionalen Untersuchungen sollen in allen Gremien und Arbeitskreisen, die Schnittmengen zur Suchtprävention in Delmenhorst besitzen, vorgestellt und diskutiert werden.</p>
Zielgruppenorientiert	<p>Suchtprävention soll Zielgruppenorientiert sein, d. h. es bedarf einer Vielfalt und Vielzahl an unterschiedlichen Präventionsangeboten.</p> <p>Zielgruppenorientierte Suchtprävention weiß um die verschiedenen Verlaufswege von Suchtformen wie auch Substanzkonsum und fordert einen gerichteten Einsatz von universellen, selektiven und indikativen Verfahren (Bühler, 2009). Sie ist entwicklungsorientiert ausgerichtet und bezieht die Vielfalt der Kinder und Jugendlichen ein.</p>

¹¹ 2012 wurde zudem der Themenbereich des problematischen PC-Gebrauchs einbezogen.

<p>Kooperativ</p>	<p>Suchtprävention soll kooperativ betrieben werden. Folglich sind unterschiedliche Institutionen, Professionen und Settings einzubeziehen. Die Suchtpräventionsangebote werden grundsätzlich in Kooperation angeboten, da die Einbindung verschiedener Professionen eine ganzheitliche Betrachtung der Prävention fördert und die Wahrnehmung der Öffentlichkeit und Zielgruppen erhöhen kann.</p>
<p>Strukturell verankert</p>	<p>Suchtprävention soll strukturell verankert sein, d. h. als entwicklungsbegleitendes Angebot in allen Jahrgängen mit Wiedererkennungswert fest verankert sein. Es wird grundsätzlich angestrebt, die Suchtpräventionsangebote nicht nur anzubieten, sondern als strukturelles Element in unterschiedlichen Settings, speziell der Jugendarbeit und –hilfe sowie den Schulen zu verankern.</p>
<p>Nachhaltig</p>	<p>Suchtprävention soll nachhaltig organisiert werden, d. h. systematisch aufeinander aufbauend und wiederkehrend und nicht nur punktuell über Einzelmaßnahmen angeboten werden. Strukturell eingebunden in die Bildungslandschaft der Jugendlichen ist Prävention als Verhältnisprävention wirksamer als nicht regelhafte Einzelmaßnahmen der Verhaltensprävention (Bartsch & Gaßmann, 2012).</p>
<p>Öffentlichkeitswirksam</p>	<p>Suchtprävention soll öffentlichkeitswirksam sein, d. h. von der Öffentlichkeit wahrgenommen und mit dieser weiter entwickelt werden. Präventionsthemen müssen öffentlich wahrgenommen werden, damit sie in die Alltagswelt der Jugendlichen und deren Eltern sowie die kommunale Gesellschaft Einzug erhalten.</p>
<p>Frühzeitig</p>	<p>Suchtprävention soll als Bestandteil von Gesundheitsförderung möglichst früh etabliert und entwicklungsbegleitend auch im Sinne von Früherkennung betrieben werden. Prävention sollte möglichst früh beginnen, was über den alterskorrelierten Verlauf des Konsums deutlich wird. Zudem sind die Konsequenzen des Konsums umso einschneidender, je früher begonnen wurde (Weichold, Bühler, & Silbereisen, 2008).</p>

Die skizzierten Leitkriterien helfen den für Präventionsarbeit in Delmenhorst Verantwortlichen, Suchtprävention zu überprüfen und weiter zu entwickeln. In den Leitkriterien taucht die Schule als bedeutsames Setting für Suchtprävention immer wieder auf,

sodass hierauf nachfolgend genauer eingegangen wird, auch deshalb, weil aus der schulischen Arbeit heraus Aus- und Wechselwirkungen auf andere und mit anderen Settings möglich werden.

4.2 Schule als Setting der Suchtprävention

Health is created and lived by people within the settings of their everyday life; where they learn, work, play, and love. (The Ottawa Charter, 1986)

Es ist gerade für sozial benachteiligte Eltern und Kinder wichtig, Zugang zu den Präventionsangeboten zu erhalten. Unspezifische Präventionsprojekte tragen hierbei nur wenig zur Verbesserung der sozialen und gesundheitlichen Chancengleichheit bei. In der Praxis verhält es sich häufig so, dass gerade diejenigen, die die Präventionsangebote am wenigsten nötig haben, diese weitaus häufiger nutzen (Hartung et al., 2011). Dieses Phänomen der schwierigen Erreichbarkeit der Bedürftigen wird in der Literatur als „Präventionsparadox“ oder „Präventionsdilemma“ bezeichnet (Bittlingmeyer & Hurrelmann, 2005). Um die Erreichbarkeit der unterversorgten Gruppen zu steigern, müssen die Settings der Präventionsangebote derart angelegt werden, als sie für die sozial benachteiligten Eltern, Kinder und Jugendliche relativ gut erreichbar sind.

Diese Settings können Kindergärten, Kindertagesstätten, die Strukturen der Familienhilfe und insbesondere die Schulen sein, in der aufgrund der Schulpflicht alle Kinder und Jugendliche aus allen sozialen Schichten erreicht werden können. Schulen eignen sich besonders als Setting für Prävention, da hier Projekte und Programme regelhaft integriert werden können, was auch eine Nachhaltigkeit der Präventionsbemühungen sichern kann. Zudem sind die präventiven Strategien in den Schulen direkt mit der lebensweltlichen Umgebung der Kinder und Jugendlichen vernetzt, wo sie besonders erfolgreich sind (Bittlingmeyer & Hurrelmann, 2005).

Im schulischen Setting hat sich seit der Mitte der 1990er Jahre die Lebenskompetenzförderung (life-skill-approach) als Basis der Präventionsarbeit allgemein durchgesetzt, die auch die Basis des Delmenhorster Präventionsangebotes in den sechsten Klassen „drop+hop“ bildet. Dieser Ansatz geht davon aus, dass es bestimmter psychosozialer und interpersoneller Kompetenzen bedarf, um Selbstbestimmt handeln zu können, Gruppenprozessen bzw. Gruppendruck standzuhalten oder soziale Beziehungen aufzubauen. Diese Kompetenzen wiederum tragen evidenzbasiert zur Verringerung des Belastungspotentials für Kinder und Jugendliche bei. Im Sinne des gesellschaftlichen Zusammenhalts sollen auf diese Weise die Kinder und Jugendliche aus benachteiligten Milieus gesundheitsförderliche Handlungskompetenzen erwerben (Bittlingmeyer & Hurrelmann, 2005). Da diese Maßnahmen in der Regel im Klassenverbund mit allen Schülerinnen und Schülern gleichermaßen durchgeführt werden, wird es möglich diejenigen, die nicht über zielführende Bewältigungsstrategien verfügen, zu fördern, ohne dass diese sich bloßgestellt fühlen oder gar stigmatisiert werden. Diejenigen, die be-

reits über Lebenskompetenzen verfügen, werden zudem in ihrer Haltung gestärkt und über Teamübungen kann zudem das Klassengefüge gestärkt werden. Lebenskompetenzen sind hierbei Fertigkeiten, die es den Jugendlichen ermöglichen mit den Herausforderungen des alltäglichen Lebens sowie ihren Entwicklungsaufgaben effektiv und konstruktiv umzugehen, sich selbst kennen und mögen zu lernen und Empathie zu entwickeln (Bühler, 2004). Weitere Aspekte, die in der Lebenskompetenzförderung vermittelt werden, sind das kritische und kreative Denken, Kommunikationsfähigkeit sowie die Fähigkeit gesunde Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Grundsätzlich sollen die Jugendlichen darin gefördert werden, mit ihren individuellen Problemen ohne Drogen fertigzuwerden, also sinnvolle Bewältigungsstrategien für sich zu entdecken.

Präventive Projekte und Programme sind nach wie vor wirksamer, wenn sie interaktiv konzipiert sind und soziale Einflüsse sowie Bewältigungsstrategien mit einbeziehen (Lehmkuhl, 2003; Bühler, 2009). Neben der Stärkung der sozialen Kompetenzen und der Förderung der Selbstwirksamkeit, müssen in der Suchtprävention zudem substanzspezifische Themen aufgegriffen werden (Bühler, 2009). Es reicht nicht aus lediglich die Lebenskompetenzen zu stärken ohne gemeinsam mit den Kindern und Jugendlichen den Bezug zu den gesellschaftlichen Risiken herzustellen. Die Zielgruppen der Suchtprävention sollten folglich über die legalen und illegalen Drogen, ihre Wirkungen und mögliche Folgen des Konsums informiert werden. Hierbei sollte differenziell, entsprechend der Entwicklungstypen, auf die Jugendlichen eingegangen werden. Das bedeutet konkret, frühzeitig, spätestens beim Übergang in das Jugendalter, mit der Suchtprävention zu beginnen und die substanzbezogenen Themen mit den Entwicklungsaufgaben der Kinder und Jugendlichen in Verbindung zu bringen. Es muss den Schülerinnen und Schülern Bewältigungsstrategien an die Hand gegeben werden, sodass der Substanzmissbrauch als (Schein-)Lösung überflüssig wird (Bühler, 2004).

Prävention geht grundsätzlich davon aus, dass nicht nur die Kinder und Jugendlichen, die sich bereits „gut“ entwickeln vor den gesellschaftlichen Gefahren und in der Suchtprävention, speziell vor den Gefahren der legalen und illegalen Drogen, geschützt werden sollen. So hat sich in den letzten Jahren die Präventionsarbeit dahingehend entwickelt, als vermehrt über die Vermittlung von Lebenskompetenzen (life-skills) versucht wird, nicht nur vor riskantem Verhalten zu schützen (WHO, 2008), sondern auch denjenigen, die sich bereits riskant verhalten, Möglichkeiten an die Hand zu geben, die Herausforderungen des Erwachsenwerdens und die teilweise nicht unerheblichen sozialen Probleme zu meistern.

Durch ein stetes Ändern der systemischen Voraussetzungen ist das sich entwickelnde Individuum jederzeit durch ein Potential für Änderungen gekennzeichnet (Plastizität), was zu der optimistischen Annahme Anlass gibt, dass jede einzelne Person prinzipiell das Potential hat, sich erfolgreich zu entwickeln. (Weichold K. , 2010, S. 1)

4.3 Schulische Suchtpräventionsprojekte in der Sekundarstufe I

Die schulische Suchtprävention wird in Delmenhorst als Gemeinschaftsaufgabe verstanden. Die Vernetzung der Institutionen und Organisationen im Präventionsbereich ist in dieser Kommune sehr weit fortgeschritten und verlässlich. Das größte und wichtigste Vernetzungsgremium im Rahmen der Präventionsarbeit ist sicherlich der Kriminalpräventive Rat (KPR), der 1994 gegründet wurde. Vorsitzender des Kriminalpräventiven Rates ist der Oberbürgermeister, aktuell Patrick de la Lanne. Im KPR sind Personen aus unterschiedlichen sozialen Arbeitsfeldern und gesellschaftlichen Bereichen vernetzt. Inhaltliche Schwerpunkte bilden der Arbeitskreis „Suchtprävention und Gesundheitsförderung“ sowie der Arbeitskreis "Gewalt", die wiederum in themenspezifische Arbeitsgruppen unterteilt sind. In den letzten Jahren sind im Bereich der Suchtprävention viele Maßnahmen und Projekte im Arbeitskreis „Suchtprävention und Gesundheitsförderung“ entwickelt worden. Aus diesem Arbeitskreis heraus wurde auch das Aktionsbündnis "Riskanter Konsum in Delmenhorst" gegründet, das sich gezielt mit der Problematik des riskanten Konsums, vor allem von Alkohol, Tabak und Cannabis bei Jugendlichen beschäftigt und Herausgeber des vorliegenden Berichtes ist (Gaebel, 2010).

Darüber hinaus spielt das Thema "Suchtprävention" auch in anderen Arbeitskreisen eine Rolle. Hervorzuheben sind dabei die AG Schule, die AG Jugend, der AK GeSa (Gemeinsame Sache, Mädchenarbeit in Jugendarbeit und Schule), der AK gegen sexuellen Missbrauch und das Projekt "Sozialarbeit an Schulen" (Gaebel, 2010).

In Delmenhorst wird eine Vielzahl von suchtpreventiven Maßnahmen angeboten. Da sich der vorliegende Bericht auf die Kinder und Jugendlichen im Alter von 12 – 17 Jahren bezieht, werden im Folgenden lediglich die Suchtpräventionsangebote dargestellt, die regelhaft in der Sekundarstufe I (5. bis 10 Klassen) der Delmenhorster Schulen angeboten und durchgeführt werden.

4.3.1 drop+hop



Als Beispiel nachhaltiger Suchtprävention ist das Programm „drop+hop“ zu nennen, das seit 16 Jahren in Kooperation der Anonymen Drogenberatung, des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes, der Polizei Delmenhorst und der Delmenhorster Schulen durchgeführt wird. Mit der kontinuierlichen Hilfe des Lions-Clubs, ist es gelungen „drop+hop“ als fest in den Schulen verankertes Programm umzusetzen (Anonyme Drogenberatung Delmenhorst, 2013).

Die Gemeinschaftsaufgabe „drop+hop“ setzt als primärpräventives Programm zu einem Zeitpunkt an, zu dem der Großteil der Schüler noch keine Drogen konsumiert hat bzw. sich noch kein regelmäßiger Konsum von Alkohol oder Tabak gefestigt hat. Das Programm wird in den 6. Jahrgangsstufen aller Allgemeinbildenden Schulen Delmenhorst durchgeführt, in der die Kinder zwischen elf und 13 Jahren alt sind. Der Übergang zwischen Kindheit und Jugend ist für Kinder und Eltern eine Herausforderung.

Es sind diverse Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, die zum Teil ganz natürlich von Neugier und „riskantem Verhalten“ begleitet werden. Hierzu zählt häufig auch der erste Konsum von Alkohol oder das Probieren einer Zigarette. In diesem Alter gewinnt der Freundeskreis zunehmend an Bedeutung und kann das „Riskante Verhalten“ über Gruppendruck verstärken. Daher ist es wichtig, dass die Kinder zum einen über das Gefahrenpotential der illegalen und legalen Drogen aufgeklärt sind und zum anderen Kompetenzen entwickeln, reflektiert und selbstbestimmt Entscheidung zu treffen (Anonyme Drogenberatung Delmenhorst, 2013).

Ausgehend davon, dass riskantem Konsum und problematischem Substanzgebrauch präventiv nicht nur über eine Aufklärung der Risiken entgegen gewirkt werden kann, orientiert sich das Suchtpräventionsprogramm „drop+hop“, neben der Wissens- und Informationsvermittlung an Eltern und Schüler, inhaltlich und methodisch an dem Konzept der Lebenskompetenzentwicklung (life skill approach). In zehn Unterrichtseinheiten á 90 Minuten wird das Thema Drogen mit der eigenen Person in Verbindung gesetzt. Im Fokus liegt die Stärkung der Selbstwirksamkeit der Kinder, zu der die Selbstbehauptung, die Fähigkeit zur Empathie, das Erkennen der eigenen Stärken und Schwächen sowie das Entdecken und Differenzieren von Gefühlen zählen. So geben Kinder häufig an, dass sie „wütend“ oder „traurig“ sind, obwohl sie eigentlich Enttäuschung oder Eifersucht empfinden. Je besser negative komplexe Emotionen differenziert und eingeordnet werden können, desto besser können diese bewältigt werden (Anonyme Drogenberatung Delmenhorst, 2013).

4.3.2 drop+hop Durchblick – Ein Angebot für 8. Klassen



Aufbauend auf das Präventionsangebot „drop+hop“ für den Jahrgang 6, wird seit 2007 das Projekt „drop+hop - Durchblick“ für den 8. Jahrgang in den Delmenhorster Haupt- und Realschulen angeboten. Während es bei „drop+hop“ als primärpräventiver Maßnahme vorrangig darum geht, Basiswissen zu schaffen und den Einstieg in den frühzeitigen Konsum zu verhindern, wendet sich „Durchblick“ an eine Altersgruppe, in welcher der Konsum von Alltagsdrogen teilweise schon riskante Formen angenommen hat. Die Ziele von „Durchblick“ sind folglich nicht nur, das durch „drop+hop“ erworbene Wissen aufzufrischen, sondern die Inhalte auf die Lebensumstände junger Jugendlicher anzupassen und einzubeziehen, dass viele Jugendliche mittlerweile selbst konsumieren. Wichtig ist hierbei, dass sich die Jugendlichen interaktiv mit ihrem eigenen Konsum auseinandersetzen und auf diese Weise für ein gesundheitsförderliches Verhalten sensibilisiert werden und über potentielle gesundheitliche und soziale Folgen des riskanten Konsums aufgeklärt werden (Anonyme Drogenberatung Delmenhorst, 2013).

„Durchblick“ besteht aus fünf Stationen, die von geschulten ModeratorInnen betreut und nacheinander in Gruppen durchlaufen werden. Wichtige Kooperationspartner sind hierbei die IKK Classic, die örtliche Polizei, sowie der örtliche Jugendschutz. Letzterer

finanzierte das Klassenzimmer-Theaterstück „Flasche leer“, das den Kern des Aktionstages darstellt und vom Schauspielkollektiv Lüneburg vorgestellt wird (Anonyme Drogenberatung Delmenhorst, 2013).

4.3.3 KlarSicht – BzGA – MitmachParcours zu Tabak und Alkohol

Der BZgA-Mitmach-Parcours „KlarSicht“¹² ist ein Präventionsangebot, das in Delmenhorst von der Anonymen Drogenberatung Delmenhorst in Kooperation mit dem erzieherischen Kinder- und Jugendschutz und der Polizei Delmenhorst angeboten wird. „KlarSicht“ ist ein Projekt bei dem sich Grundprinzipien des interaktiven Stationenlernens, von Erlebnisspielen und spontanen Mitmach-Aktionen miteinander verbinden. Der BZgA-Mitmach-Parcours informiert über die Wirkungen und Suchtpotenziale der legalen Suchtmittel Tabak und Alkohol und fördert einen kritischen Standpunkt zu diesen Drogen. Das interaktive Angebot unterstützt Jugendliche dabei, die Risiken von Alkohol- und Zigarettenkonsum klarer zu sehen und verantwortungsbewusst zu handeln. Zielgruppen sind primär Schülerinnen und Schüler ab der achten Schulklasse. Die interaktiven Methoden ermöglichen es auch, dass Teilnehmende mit unterschiedlichem Wissens- und Entwicklungsstand von diesem Angebot profitieren können. Der Mitmach-Parcours „KlarSicht“ setzt sich aus sechs Stationen á 15 Minuten zusammen, sodass eine Schulklasse den Parcours in 90 Minuten durchläuft (Anonyme Drogenberatung Delmenhorst, 2013). Das Besondere an dem „KlarSicht“-Konzept ist die enge Zusammenarbeit mit Akteuren der durchführenden Schule, die vorab eine vierstündige Schulung durchlaufen und dann in der Lage sind alle sechs Stationen des Parcours zu moderieren (Anonyme Drogenberatung Delmenhorst, 2013).

4.3.4 schools-out-soccer

Wie in vielen Städten in Deutschland, treffen sich auch in Delmenhorst die Schülerinnen und Schüler am letzten Schultag vor den Sommerferien, um den Beginn der freien Zeit einzuläuten. Schon seit 2007 treffen sich die Jugendlichen, die zum Teil erst 12 Jahre alt sind, in der städtischen Parkanlage, der Graft. 2008 kam es vermehrt zu Körperverletzungen, zudem wurde von der Polizei ein Anstieg des Konsums von Alkohol und Tabak bei unter 16 jährigen festgestellt. Als Konsequenz entwickelte der Kriminalpräventive Rat (KPR) ein Konzept, um Gewalt zu verhindern sowie dem exzessiven Alkoholkonsum, insbesondere der unter 16 jährigen, entgegenzuwirken. Neben stärkeren Kontrollen der Polizei und des Gesetzlichen Jugendschutzes der Stadtverwaltung und einer „Präsenzaktion“ des KPR, findet seit 2009 das schulübergreifende „schools-out-soccer“ (SOS) als Parallelveranstaltung statt. Es zeigte sich schon beim ersten Durchlauf dieser Veranstaltung, dass das Konzept greift und insbesondere die jüngeren Schülerinnen und Schüler von dem Treiben in der Graft fernhält (Anonyme Drogenberatung Delmenhorst, 2013).

¹² <http://www.klarsicht.bzga.de/>

4.3.5 Hart am Limit (HaLT) im Klinikum Delmenhorst

Im Alter von 10 – 19 Jahren wurden 2012 in Deutschland aufgrund akuten Alkoholmissbrauchs 26.349 Kinder und Jugendliche stationär in einem Krankenhaus behandelt (Statistisches Bundesamt, 2013). Im Rahmen des Projektes „HALT in Niedersachsen“ unter dem Motto „Kenn Dein Limit“ und in einer Kooperation mit dem Klinikum Delmenhorst – Klinik für Kinder- und Jugendmedizin führen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der anonymen Drogenberatungsstelle Delmenhorst regelmäßig Gespräche mit Kindern und Jugendlichen, die mit einer Alkoholvergiftung in die Klinik eingeliefert wurden. Diese Gespräche finden unmittelbar nach der Einlieferung, im Sinne der frühen Intervention, im Krankenhaus statt. In fast allen Fällen werden auch die Eltern in die Gespräche mit einbezogen, um den Umgang und die Regeln rund um das Thema Alkohol in der Familie zu besprechen. Auch wird in diesem Zusammenhang nach Anzeichen für sonstige Probleme geschaut, die etwa mit dem Freundeskreis oder der Situation in der Schule in Verbindung stehen.

Diese sog. Brückengespräche dienen demzufolge der Aufarbeitung und Reflektion des Vorfalles und verdeutlichen zudem die Ernsthaftigkeit eines solchen Vorfalls. Eine Sensibilisierung für das Thema „Alkoholkonsum und seine möglichen schädlichen Folgen“ sowie eine vernünftige Risikoeinschätzung sollen hierbei erreicht werden. Zudem sollen die Kinder und Jugendlichen als auch deren Eltern zu einer Verhaltensänderung motiviert werden. Gelegentlich findet in diesem Zusammenhang auch eine Vermittlung in weiterführende Hilfen statt und die Gespräche werden dann beispielsweise in der Drogenberatungsstelle fortgeführt (Anonyme Drogenberatung Delmenhorst, 2013).

4.3.6 Gruppenangebot für Jugendliche Straftäter

Seit Mai 2010 bietet die Anonyme Drogenberatung Delmenhorst ein Gruppenangebot für Jugendliche und junge Erwachsene an, die unter Alkohol- und Drogeneinfluss Straftaten begangen haben. Diese erhalten in der Regel die gerichtliche Auflage, fünf Termine in der Drogenberatungsstelle Delmenhorst wahrzunehmen. Die Gruppe bietet die Möglichkeit, sich mit dem eigenen riskanten Rauschmittelkonsum auseinander zu setzen. Die jungen Straftäter werden dazu angeregt, ihre Motive für den wiederholten problematischen Alkohol- und Drogenkonsum zu hinterfragen und sich mit den entstandenen negativen Folgen für sich selbst und für andere auseinander zu setzen. Es geht darum, den eigenen Konsum soweit unter Kontrolle zu bringen, dass das Risiko einer Selbst- oder Fremdschädigung minimiert oder am besten ausgeschlossen werden kann. Die Erfahrungen haben gezeigt, dass bei den Jugendlichen vielfach ein Bedürfnis nach gegenseitigem Austausch und kritischer Diskussion über die eigenen Konsumgewohnheiten besteht, die häufig mit den Gewohnheiten ihrer Peer Groups im Zusammenhang stehen. So findet der Konsum von Alkohol und illegalen Drogen, der zu den begangenen Straftaten geführt hat, meistens in Gruppenzusammenhängen statt. Die Jugendlichen berichten, dass fast nie in der eigenen Bezugsgruppe über die Motivation und Einstellung zum eigenen Konsum und die teilweise dramatischen Folgen – z.B. bei Körperverletzungsdelikten – gesprochen wird. Einige Jugendliche se-

hen für sich die dringende Notwendigkeit einer Verhaltensänderung und treffen entsprechende Maßnahmen, um nicht in die Kriminalität abzurutschen. Wenn dies aus eigener Kraft nicht gelingt, werden die Gespräche in der Drogenberatungsstelle auch nach Erfüllung der gerichtlichen Auflage weiter geführt (Anonyme Drogenberatung Delmenhorst, 2013).

5 Einführung in die Untersuchung

Aktuell wird viel über die fehlende Wirksamkeitsüberprüfung und Qualitätssicherung von Prävention und insbesondere der Suchtprävention diskutiert (etwa Korczak, 2012; Körkel, 2012). In Bezug auf die Qualitätsentwicklung kann die praktische Suchtprävention auf repräsentative Daten zur Verbreitung und der Muster des Konsums von legalen und illegalen Drogen bei Kindern und Jugendlichen zurückgreifen, um die Präventionsangebote an den Bedarfen zu entwickeln oder bestehende Konzepte anzupassen (BZgA, 2012; DHS, 2012).

Jedoch zeigt sich in regionalen Untersuchungen, dass die Konsummuster und Einstellungen der Zielgruppen sich zum Teil erheblich von den Bundesdaten unterscheiden (Pfeiffer-Gerschel et al., 2012).

Dieser Erkenntnis folgend, wurde im Jahr 2008 zum ersten Mal der „Riskante Konsum“ der Kinder und Jugendlichen in Delmenhorst über eine regionale Schülerstudie mit einer quantitativen Befragung als Vollerhebung untersucht. Seinerzeit wurde für die kommunale Präventionsarbeit in Delmenhorst die Situation Jugendlicher und daraus abgeleitet der Handlungsbedarf auf präventiver Ebene deutlich sichtbar und konkret. Unterschiedliche Akteure der Präventionsarbeit in Delmenhorst haben sich seither verstärkt den Themen der Kinder und Jugendlichen angenommen und aufbauend auf die Erkenntnisse der Studie Schwerpunkte gesetzt und eine Vielzahl an Präventionsprogrammen und –massnahmen in den letzten vier Jahren entwickelt und angepasst. Die Präventionsarbeit wurde zwischen allen Beteiligten weiter abgestimmt und langjährig bekannte Themen, wie etwa Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum wurden ebenso bearbeitet, wie das neue Thema des riskanten Medienkonsums.

Neben dem aktuellen Konsumverhalten und den damit verbundenen Einstellungen der Jugendlichen in Delmenhorst, werden in der vorliegenden Studie unter anderem auch die Veränderungen zwischen 2008 und 2012 in den Fokus genommen. Diese lassen Rückschlüsse auf gesetzte Schwerpunkte in den Präventionsmaßnahmen und Ansatzpunkte zur Bewertung der Erfolge der Präventionsarbeit zu. Zudem werden Bezüge zu bundesweiten Daten hergestellt, speziell zum Einstiegsalter in den Alkoholkonsum und zum Rauschtrinken; hier im Vergleich zu der Drogenaffinitätsstudie 2012 (BZgA, 2012). So können das Verhalten und die Einstellungen der Delmenhorster Jugendlichen mit dem Bundesschnitt verglichen und bezogen auf Handlungskonsequenzen für die Präventionsarbeit eingeordnet werden.

Es sei darauf hingewiesen, dass die vorliegende Studie auf wichtige Themen der Präventionsarbeit eingeht, wie insbesondere auf den Alkohol-, Tabak- und Cannabis- sowie problematischen PC-Konsum, dass zugleich aber nicht alle präventionsrelevanten Themen abgefragt wurden. Selbstverständlich spielen für Jugendliche in Delmenhorst auch andere problematische Verhaltensweisen und Suchtformen, wie etwa Essstörungen, Medikamentenkonsum, Ritzen oder der Konsum von weiteren illegalen Drogen eine Rolle, die im vorliegenden Bericht aufgrund der Schwerpunktsetzung jedoch nicht behandelt werden.

Die Studie soll als Beleg und Anregung für mittel- und langfristig angelegte, nachhaltige kommunale Präventionsarbeit verstanden werden. Wichtige Partner im Netzwerk der Präventionsarbeit, wie insbesondere die Stadt Delmenhorst, die Schulen, die Elternvertreter, die Jugendstiftung „Sozialarbeit an Schulen“ und weitere Sozialpädagogen und –pädagoginnen an den Schulen, die Anonyme Drogenberatung Delmenhorst, das Klinikum Delmenhorst, die Polizei und der Kriminalpräventive Rat haben Verantwortung übernommen und die Studie wie auch die Umsetzung der sich aus den Ergebnissen ergebenden Handlungsnotwendigkeiten in Zusammenarbeit mit der Hochschule Emden/Leer unterstützt. Wie sich die Ergebnisse auf der Basis der Befragung von Schülerinnen und Schülern 2012 darstellen und welche Konsequenzen für die Stadt Delmenhorst wie auch allgemein für andere Kommunen abzuleiten sind, soll im Folgenden vorgestellt und abschließend diskutiert werden, um zu verdeutlichen, dass Riskanter Konsum von Kindern und Jugendlichen ein zentrales Thema in Kommunen ist und als solches auch von den Verantwortlichen beachtet und behandelt werden sollte.

Bevor die Ergebnisse der empirischen Untersuchung zum „Riskanten Konsum“ von Kindern und Jugendlichen im Alter von 12 – 17 Jahren in Delmenhorst vorgestellt werden, soll vorab der Begriff des „Riskanten Konsums“ definiert und theoretisch verortet werden, um die damit verbundene professionelle Haltung der Akteure der Delmenhorster Suchtprävention zu verdeutlichen. Was bedeutet eigentlich „Riskanter Konsum“? Wie steht dieser im Zusammenhang mit den Entwicklungsaufgaben von Kindern und Jugendlichen? Welche Risikogruppen gibt es? Was ist eigentlich problematischer Medienkonsum? sind hierbei Fragen, die beantwortet werden.

6 Theoretischer Hintergrund zum „Riskanten Konsum“

Die Ausgangslage und der Stand der Forschung zum „Riskanten Konsum“ werden nachfolgend primär anhand des in der hier vorliegenden Studie gewählten Schwerpunktes „Alkoholkonsum“ vorgestellt, da am Beispiel dieser gesellschaftlich akzeptierten Droge wichtige Aspekte für die Präventionsarbeit deutlich werden. An ausgewählten Inhalten wird auf andere Konsumformen hingewiesen. Auch sollen nachfolgend der Begriff „Riskanter Konsum“ definiert werden sowie die Entwicklungsaufgaben von Kindern und Jugendlichen und Risikofaktoren im Zusammenhang mit Probierkonsum und Suchtverhalten aufgezeigt werden. So wird es möglich die später folgenden Ergebnisse besser einordnen zu können, zu versachlichen und einer unnötigen Dramatisierung vorzubeugen.

Nach wie vor ist Alkohol ein gesellschaftlich breit akzeptiertes und zu vielen Anlässen erwünschtes Rauschmittel, obwohl der übermäßige Konsum mit vielen Gefahren im Zusammenhang steht. Deshalb ist der maßvolle Umgang mit Alkohol als wichtige Entwicklungsaufgabe im Jugendalter aus Sicht der Prävention und Gesundheitsförderung von großer Bedeutung (Petermann & Helbig, 2008). Hierbei sollte Prävention möglichst früh beginnen, was auch über den alterskorrelierten Verlauf des Konsums deutlich wird und zielgruppenorientiert ausgerichtet sein, was sich in einer altersgerechten und geschlechtsspezifischen Ausrichtung der Angebote wiederfinden sollte (Bühler, 2009). Ein wesentliches Qualitätsmerkmal der Präventionsarbeit ist indessen die bedarfsgerechte Orientierung an den Zielgruppen. Um dieses Ziel zu gewährleisten bietet sich für die jeweiligen Kommunen an, über regelmäßige lokale Befragungen von Schülerinnen und Schülern, das regionale Konsumverhalten zu erheben, um die Inhalte und Schwerpunkte der Angebote an die aktuellen Regionsspezifika anzupassen.

„Ergebnisse aus lokalen Untersuchungen unterstreichen immer wieder, wie sehr sich Konsummuster regional unterscheiden können. So werden z. B. aus dem MoSyD¹³ in der Regel deutlich höhere Prävalenzwerte berichtet als in den Erhebungen der DHS [...]. In Delmenhorst [...] liegen die Vergleichswerte der Schüler etwa doppelt so hoch wie im Bundesdurchschnitt (Pfeiffer-Gerschel et al., 2012)“.

6.1 Riskanter Konsum in Deutschland

Der übermäßige Alkoholkonsum ist weltweit einer der wichtigsten Risikofaktoren für das frühzeitige Versterben und die Entstehung einer Vielzahl an Krankheitsbildern (HBSC-Team Deutschland, 2012). Deutschland zählt weltweit¹⁴ nach wie vor zu den Hochkonsumländern in Bezug auf Alkohol und lag im letzten Berichtszeitraum der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2008 in Bezug auf den geschätzten Alkoholkon-

¹³ MoSyD – Monitoring-System Drogentrends.

¹⁴ Die WHO bezieht in die weltweite Registrierung des Alkoholkonsums 189 Länder mit ein.

sum pro Kopf der Bevölkerung im Alter von 15 oder mehr Jahren auf Rang 28. Hier-nach lag der jährliche Verbrauch je Einwohner an Reinalkohol 2010 bei 9,6 Liter. Seit 1980 zeigt sich in den Erhebungen eine sinkende Tendenz des Pro-Kopf-Verbrauchs an Alkohol (DHS, 2012).

Es stellt sich an dieser Stelle die Frage, welche Menge Alkohol Erwachsene trinken dürfen, ohne in dem riskanten Bereich zu liegen. Als Antwort darauf hat die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2007 in Anlehnung an die durch die WHO veröffentlichten Grenzwerte folgende Empfehlungen für den Konsum alkoholischer Getränke für Erwachsene formuliert:

Konsummuster	Männer	Frauen
Abstinenz		
Risikoarmer Konsum	0-20 Gramm reiner Alkohol pro Tag	0-10 Gramm reiner Alkohol pro Tag
Riskanter Konsum	> 20 Gramm reiner Alkohol pro Tag	> 10 Gramm reiner Alkohol pro Tag

(Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2011)

Um sich eine Vorstellung zu den Mengenangaben machen zu können, sind in der folgenden Tabelle beispielhaft die Alkoholmengen zu den üblichen alkoholischen Getränken angegeben.

Verschiedene alkoholische Getränke und ihr Alkoholgehalt in Gramm				
Bier	Wein	Sherry	Likör	Whisky
0,3 Liter	0,2 Liter	0,1 Liter	0,02 Liter	0,02 Liter
13 Gramm	16 Gramm	16 Gramm	5 Gramm	7 Gramm

(Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2011)

In Deutschland trinken etwa 9,5 Millionen Menschen in gesundheitlich riskanter Form, etwa 1,3 Millionen gelten als Abhängig und über 73.000 Menschen sterben jährlich an den Folgen des Alkoholkonsums (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2012). Zudem werden 12,8% aller durch Behinderung, Verletzung oder Krankheiten verlorenen oder beeinträchtigten Lebensjahre bei Männern durch Alkoholkonsum verursacht. Die volkswirtschaftlichen Kosten, die durch die alkoholassoziierten Erkrankungen im Jahr 2007 entstanden sind, wurden auf 26,7 Mrd. € geschätzt (ebenda).

Insbesondere im Jugendalter kommen bezogen auf den Alkoholkonsum, Risiken hinzu, die über die direkte Schädigung der Gesundheit hinausgehen. So ist die häufigste Todesursache unter Jugendlichen der Verkehrsunfall. Diese stehen zu einem Drittel im Zusammenhang mit Alkoholkonsum. Jugendliche mit episodischem exzessivem

Alkoholkonsum („binge drinking“¹⁵) fahren häufiger alkoholisiert Auto oder steigen fahrlässig zu alkoholisierten Fahrern ins Auto ein. Das „binge drinking“ erhöht zudem im Zusammenhang mit psychischen Störungen, wie Depressionen auch das Risiko für Suizidversuche (Stolle, Sack, & Thomasius, 2009). Eine frühe sexuelle Aktivität und damit die Rate ungewollter Schwangerschaften, Geschlechtskrankheiten und Unfruchtbarkeit sind ebenfalls mit dem „binge drinking“ assoziiert. Das Risiko einer ungewollten sexuellen Aktivität unter den weiblichen Jugendlichen steigt mit dem „binge drinking“ um etwa das Dreifache an (Stolle, Sack, & Thomasius, 2009).

6.2 Riskanter Konsum im Fokus von Entwicklungsaufgaben

Gestützt durch die Erfahrungen und Erlebnisse, auch in der pädagogischen Praxis, werden die Jugendlichen häufig als eine von Krisen und Risiken gekennzeichnete „Entwicklungsgruppe“ wahrgenommen (Niebaum, 2002, S. 4). So sind das Risikoverhalten und damit der „Riskante Konsum“ von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen von Kindern und Jugendlichen, für viele Erwachsene unverständlich und beunruhigend. Aus entwicklungspsychologischer Sicht hat jedoch das Risikoverhalten im Jugendalter einen Sinn und ist nur bei wenigen im Rahmen eines lebenslang anhaltenden Problemverhaltens zu verstehen (etwa Bühler, 2004; Stolle, Sack, & Thomasius, 2009).

Jugendliche haben bestimmte Entwicklungsaufgaben zu erfüllen, die sich im Wechselspiel von körperlichem Wachstum, gesellschaftlichen Erwartungen und eigenen Zielsetzungen darstellen. Bei dieser Aufgabe kann der Substanzgebrauch einen instrumentellen Wert einnehmen. So kann der Konsum von Alkohol oder Tabak den Kontakt zu Peergruppen oder möglichen Partnern erleichtern (Stolle, Sack, & Thomasius, 2009). Der Konsum von illegalen, in der Gesellschaft weniger akzeptierten, Drogen kann eine bewusste Verletzung elterlicher Kontrolle demonstrieren (Bühler, 2004) und scheint damit die Ablösung von den Eltern zu unterstützen (Stolle, Sack, & Thomasius, 2009). Haben die Jugendlichen anhaltende Schwierigkeiten bei der Bearbeitung ihrer Entwicklungsaufgaben, ermöglichen psychoaktive Substanzen der aktiven Problemlösung aus dem Weg zu gehen, indem die Belastungen (scheinbar) erträglicher werden oder der Substanzkonsum zum Ersatzziel wird. Somit wird der Substanzkonsum unter Jugendlichen zu einem multifunktionalen Risikoverhalten (ebd.).

In der folgenden Tabelle sind potentielle Funktionen des Substanzkonsums den jugendlichen Entwicklungsaufgaben bzw. Entwicklungsproblemen gegenübergestellt.

¹⁵ Exzessiver episodischer Alkoholkonsum. Der Konsum von mindestens fünf alkoholischen Getränken zu einem Trinkanlass mit dem Ziel, einen Rausch herbeizuführen, wird als „binge drinking“ definiert (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012).

Entwicklungsaufgaben	Mögliche Funktionen des Substanzkonsums
<i>Katalysatormodell: Unterstützung der Lösung von Entwicklungsaufgaben</i>	
Wissen, wer man ist und was man will; Identität	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausdruck persönlichen Stils ▪ Suche nach grenzüberschreitenden, bewusstseinserweiternden Erfahrungen und Erlebnissen
Aufbau von Freundschaften; Aufnahme intimer Beziehungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erleichterung des Zugangs zu Peergruppen ▪ Exzessiv-ritualisiertes Verhalten ▪ Kontaktaufnahme mit gegengeschlechtlichen Peers
Individuation von den Eltern	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unabhängigkeit von Eltern demonstrieren ▪ Bewusste Verletzung elterlicher Kontrolle
Lebensgestaltung, -planung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Teilhabe an subkulturellem Lebensstil ▪ Spaß haben und Genießen
Eigenes Wertesystem entwickeln	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gewollte Normverletzung ▪ Ausdruck sozialen Protests
<i>Überforderungsmodell: Bewältigung von Entwicklungsstress</i>	
Entwicklungsprobleme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ersatzziel ▪ Kompensation von Fehlschlägen ▪ Stress- und Gefühlsbewältigung (Notfallreaktion)

(Weichhold, Bühler & Silbereisen, 2008)

Der Substanzgebrauch als multifunktionales Werkzeug zur Bewältigung der Entwicklungsaufgaben wird durch Studien bestätigt (Bühler, 2004). Hierbei wird dem Alkoholkonsum von den Jugendlichen eine soziale Funktion zugeschrieben. Illegaler Drogenkonsum dient insbesondere dem Ausdruck von explorativem Verhalten, nimmt aber auch häufig eine stimmungsregulierende oder ebenfalls eine soziale Funktion ein (Weichhold, Bühler, & Silbereisen, 2008). Über die subjektive Sichtweise der Jugendlichen hinaus zeigt eine andere Studie (Reese & Silbereisen, 2001), dass Jugendliche mit vergleichsweise exzessiverem Substanzgebrauch legaler Drogen über die Jahrgangsstufen sieben bis zehn ihre Peerkontakte stärker intensivierten und über ein stärkeres Zusammengehörigkeitsgefühl in der Freundesgruppe berichteten als diejenigen mit weniger ausgeprägtem Substanzgebrauch legaler Drogen. Zudem berichteten sie von einem vergleichsweise höheren Status innerhalb ihrer Peergroup und hatten durchschnittlich mehr Partnerschaften in dem gemessenen Zeitraum (Reese &

Silbereisen, 2001). Es zeigt sich zudem, dass diejenigen, die keine besonderen psychischen oder psychosozialen Beeinträchtigungen mit sich bringen¹⁶, mit hoher Wahrscheinlichkeit den problematischen Alkohol- bzw. Substanzgebrauch mit der Übernahme von Erwachsenenrollen wieder ablegen („maturing out“) (etwa Habermas, 2002; Stolle, Sack, & Thomasius, 2009). Für die Mehrheit der Jugendlichen macht der Substanzgebrauch also Sinn und geht mit der Lösung von Entwicklungsaufgaben (Reese & Silbereisen, 2001) und der Überwindung des Missverhältnisses zwischen körperlicher und sozialer Reife einher (Moffit, 1993). Hinsichtlich der Entwicklungsbedingungen und der kulturellen Akzeptanz von legalen Drogen in unserer Gesellschaft muss also zwischen Gebrauch und Missbrauch, insbesondere von Alkohol, unterschieden werden. Missbrauch bedeutet, dass neben körperlichen und psychischen Schädigungen und Beeinträchtigungen der psychosozialen Anpassung, erhebliche Probleme in der Familie, in der Schule oder mit dem Gesetz auf den häufigen und exzessiven Gebrauch von Substanzen zurückzuführen sind, was sicherlich auch aus Sicht der Jugendlichen keinen Sinn macht.

Im Hinblick darauf, dass die legalen Drogen kulturell und sozial in unserer Gesellschaft verwurzelt sind, ist es nicht zielführend, den Jugendlichen mit erhobenem Zeigefinger zu untersagen, ihre Erfahrungen zu machen. Es ist im Sinne der Prävention akzeptabel, dass Jugendliche in tolerierten Situationen mäßig konsumieren. Auftrag der Prävention ist es, sie dabei zu begleiten und zu unterstützen, sodass dieser Konsum möglichst wenig negative Konsequenzen für die Gesundheit, die psychosoziale Entwicklung, die Bildung, die Arbeit oder die öffentliche Ordnung hat. Grundsätzlich nicht akzeptiert wird der illegale Konsum, sei es von illegalen Drogen oder sei es Konsum von legalen Drogen unter der gesetzlich vorgeschriebenen Altersgrenze.

Es zeigt sich also, auch wenn bei den meisten Jugendlichen die psychosoziale Entwicklung nicht durch den Substanzgebrauch beeinträchtigt wird, der Bedarf und die Notwendigkeit entwicklungsorientierter Prävention.

Zum einen existiert die Gruppe der Jugendlichen, die missbräuchlich konsumieren und zum anderen gibt es noch weitere Gefahren, die durch Substanzgebrauch begünstigt oder gar erzeugt werden können. Der Begriff des „Riskanten Konsums“ bezieht somit Risiken ein, die über die körperliche Schädigung durch Substanzen oder die Beeinträchtigung der Persönlichkeitsentwicklung hinausgehen. So ist das größte gesundheitliche Risiko von Cannabiskonsumenten der Verkehrsunfall (Weichold, Bühler, & Silbereisen, 2008) und ein häufiges Risiko des Alkoholrausches (bes. binge Drinking) ist, der enthemmenden Wirkung wegen, der ungeschützte oder gar ungewollte Geschlechtsverkehr. Zudem kann der Konsum von psychoaktiven Substanzen, insbesondere von Alkohol, aggressives Verhalten, wie Schlägereien und Vandalismus hervorrufen (ebd.). Weiter liegt das Durchschnittsalter der Jugendlichen, die schon einmal Alkohol getrunken haben, bei 14,5 Jahren, also in einem Alter, in dem der Konsum von Alkohol nach dem Jugendschutzgesetz noch nicht gestattet ist (BZgA, 2012). In diesem Zusammenhang ist ein bekanntes Folgeproblem, dass bei einem

¹⁶ Ein Fünftel aller Kinder in Deutschland wächst mit erheblichen psychosozialen Belastungen auf. Für ein Viertel dieser Kinder besteht ein hohes Risiko, im Verlauf ihrer Entwicklung psychosoziale Beeinträchtigungen zu erleiden (Hartung, Kluwe, & Sahrai, 2011, S. 599).

frühen gesundheitsriskanten Alkoholkonsum die Wahrscheinlichkeit steigt, eine alkoholbezogene Erkrankung im späteren Verlauf zu erleiden (Stolle, Sack, & Thomasius, 2009). Zudem steht insbesondere der frühe Beginn des Rauschkonsums mit späterem problematischem sozialem Verhalten in Zusammenhang (DHS, 2012).

Die Daten und Fakten bzgl. des Konsums der Kinder und Jugendlichen in Deutschland sind weiterhin besorgniserregend. Bezogen auf die letzten 30 Tage hat sich zwar unter den 12- bis 15-jährigen der Rauschkonsum seit 2004 halbiert (männliche: 13,8 % auf 6,7 %; weibliche: von 11,8 % auf 4,5 %), jedoch betreiben nach wie vor hohe Anteile von 45,0 % (52,3 %, 2004) der männlichen und 22,2 % (33,0 %, 2004) der weiblichen Jugendlichen im Alter von 16 und 17 Jahren mindestens monatlich Rauschtrinken¹⁷ (BZgA, 2012).

6.3 Riskanter Konsum und Risikofaktoren

Um die Risikogruppen oder die einzelnen Kinder und Jugendlichen mit Risikopotential zu erreichen, müssen wir die Faktoren kennen, die den „Riskanten Konsum“ der Kinder und Jugendlichen fördern oder diesem zugrunde liegen.

Als Risikofaktoren bezeichnet man im Allgemeinen alle im Bevölkerungsmaßstab empirisch gesicherten Vorläufer und Prädiktoren von organischen und psychosomatischen Krankheiten sowie psychischen oder Entwicklungsstörungen. Risikofaktoren sind hierbei verhaltens-, lebensweisen- sowie persönlichkeitsgebunden und abhängig von dem sozialen Umfeld (Franzkowiak, 2012).

Weitere Faktoren sind das Alter, das Geschlecht, die familiäre Vorbelastungen, ein Migrationshintergrund und die Bildung sowie genetische oder organische Dispositionen, die in Bezug auf bestimmte Krankheiten oder Entwicklungsstörungen riskant ausgeprägt sein können (ebd.).

Folgende Ausprägungen der beschriebenen Faktoren werden häufig in negativen Zusammenhang zum „Riskanten Konsum“ von legalen und illegalen Drogen unter Jugendlichen gebracht. Die Risikofaktoren beziehen sich hierbei insbesondere auf den weit verbreiteten „Riskanten Konsum“ von Alkohol, lassen sich jedoch auf den Konsum von Cannabis und anderen psychoaktiven Substanzen übertragen.

¹⁷ Rauschtrinken ist hier mit dem „binge drinking“ gleichzusetzen.

Risikofaktoren für „Riskanten Konsum“

- (i) **männliche Jugendliche** sind gefährdeter (BZgA 2011, 2012, Donath et al., 2012, DHS, 2012).
- (ii) **je jünger**, desto riskanter ist der Konsum (Stolle, Sack, & Thomasius, 2009).
- (iii) Jugendliche **ohne Migrationshintergrund** sind gefährdeter (Robert Koch Institut, 2008).
- (iv) Jugendliche mit **geringer Bildung** sind gefährdeter (BZgA, 2012; Kuntz, 2010).
- (v) Jugendliche mit **familiären Vorbelastungen** sind gefährdeter (Farke, Graß, & Hurrelmann, 2003).
- (vi) Jugendliche, deren **Eltern riskante Alkoholkonsummuster** aufweisen, sind gefährdeter (Stolle, Sack, & Thomasius, 2009).
- (vii) Jugendliche, die als **Bewältigungsstrategie** für emotionale Probleme **Alkohol** trinken sind gefährdeter (vor allem bei weiblichen Jugendlichen) (Stolle, Sack, & Thomasius, 2009).
- (viii) Jugendliche mit **psychischen Krankheiten** (etwa Depressionen, Phobien, u.a.) sind gefährdeter (Farke, Graß, & Hurrelmann, 2003)¹⁸.
- (ix) Jugendliche mit **ausgeprägter Impulsivität und Neugier** („sensation/novelty seeking“) sind gefährdeter (Stolle, Sack, & Thomasius, 2009).

- (i) Die Studien zum Konsumverhalten der Kinder und Jugendlichen (etwa BZgA, 2011, 2012; DHS, 2012; Donath et al., 2011) zeigen seit Beginn der Untersuchungen, dass die männlichen Jugendlichen eher zum Riskanten Konsum neigen als die Mädchen¹⁹ und sind in Bezug auf Suchtprävention die Hauptzielgruppe.

¹⁸ Menschen mit psychischen Krankheiten können zum Teil zwar gut behandelt werden, sind aber nicht über Präventionsmaßnahmen erreichbar (Franzkowiak, 2012).

¹⁹ Im Jahr 2012 wies die Drogenaffinitätsstudie der BZgA zum ersten Mal einen häufigeren Konsum von Tabak unter den Mädchen als unter den Jungen auf. In Bezug auf Alkohol und illegalen Drogen weisen die Jungen nach wie vor ein riskanteres Verhalten auf (BZgA, 2012).

- (ii) Zudem ist es zum einen selbstverständlich und zum anderen evidenzbasiert, dass der Konsum von Drogen grundsätzlich für Kinder und Jugendliche, die sich im Wachstum befinden, schädlicher ist, als für Erwachsene (Stolle, Sack, & Thomasius, 2009). Mit abnehmendem Alter steigt für Konsumenten die Gefahr im weiteren Verlauf des Lebens eine Substanzabhängigkeit zu entwickeln (ebd.). Eines der Kernziele der Suchtprävention ist somit, den Konsum in die höheren Altersklassen zu schieben.
- (iii) Bezogen auf die Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund zeigte sich in der dreijährigen KIGGS-Studie ein weniger riskantes Verhalten in Bezug auf den Konsum von legalen und illegalen Drogen als unter den Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund (Robert Koch Institut, 2008). Diese Ergebnisse sind jedoch irreführend. Die Gruppe der Migranten ist eine sehr heterogene Gruppe auch in Bezug auf den Konsum von Substanzen. So ist der Konsum von z. B. Alkohol in Russland oder Polen kulturell und gesellschaftlich etabliert und in vielen anderen Kulturen verboten. Die Suchtprävention sollte folglich lokal überprüfen und entscheiden, ob der Migrationshintergrund ein spezifisches Merkmal für den Konsum von legalen und illegalen Drogen ist und dahingehend ihre Angebote anpassen (siehe Kapitel 8.1.5).
- (iv) Das Bildungsniveau der Jugendlichen steht nach wie vor im engen Zusammenhang zum riskanten Konsum von Tabak (BZgA, 2012; Kuntz, 2010), ist jedoch, bezogen auf den Konsum von Alkohol im gesamten Bundesgebiet, nicht signifikant (BZgA, 2012). Somit müssen, nach den Ergebnissen der Repräsentativstudien, die Ressourcen der Prävention bezogen auf den Tabak eher auf die Hauptschulen verlagert werden, in Bezug auf den Alkoholkonsum müssen nach den Bundesdaten alle Schulformen gleichermaßen versorgt werden. In Delmenhorst zeigen sich dagegen deutliche Unterschiede des Riskanten Konsums in Bezug auf die Schulform (siehe Kapitel 8.1.5).
- (v) Wie bereits erwähnt, ist das riskante Verhalten unter Jugendlichen ein wesentlicher und wichtiger Teil der Entwicklung. Jedoch ist es genauso wesentlich und wichtig, dass dieses Verhalten mit der Übernahme von Erwachsenenrollen abgelegt wird (Habermas, 2002; Stolle, Sack, & Thomasius, 2009). Sind die Jugendlichen jedoch psychosozial vorbelastet, werden das riskante Verhalten und damit der riskante Konsum häufig nicht abgelegt.
- (vi) Hierbei sind die Vorbelastungen häufig im familiären Kontext zu finden, wie Suchtbelastung oder riskanter Konsummuster der Eltern, strukturelle Familienstörungen oder sexueller Missbrauch (Lehmkuhl, 2003, S. 34).
- (vii) Es wird davon ausgegangen, dass aufgrund dieser frühen Interaktionsstörungen, die Jugendlichen später nicht mehr in der Lage sind für soziale Problemsituationen angemessene Bewältigungsstrategien zu entwickeln (Stolle, Sack, & Thomasius, 2009).
- (viii) Bei Jugendlichen mit emotionalen psychischen Krankheiten, wie Depressiven Störungen, Angststörungen und Phobien, Essstörungen sowie posttraumati-

schen Belastungsstörungen wird eine erhöhte Komorbidität mit Alkohol festgestellt (Farke, Graß, & Hurrelmann, 2003).

- (ix) Zudem sind die Jugendlichen aufgrund ihrer fehlenden Impulskontrolle häufig selbst Auslöser für soziale Konflikte, die sie wiederum nicht bewältigen können. „Diese ungenügenden sozialen Kompetenzen begünstigen ebenfalls späteres Suchtverhalten“ (Lehmkuhl, 2003, S. 34). So kann die erhöhte Impulsivität und Neugier („sensation/novelty seeking“) entweder bei niedriger Selbstkontrolle und/oder bei eigener Delinquenz und devianten Freunden den riskanten Konsum von Alkohol begünstigen (Stolle, Sack, & Thomasius, 2009).

In der Präventionsarbeit werden die sich aus den genannten Risikofaktoren ergebenden Risikogruppen differenziert betrachtet, um die Angebote bedarfsgerecht und zielgruppenorientiert auszurichten. Hierbei muss jedoch bedacht werden, dass Kinder und Jugendlichen, die den Risikogruppen zugeordnet werden können, nicht per se gefährdeter sind als andere Kinder und Jugendliche. Es ist lediglich die Wahrscheinlichkeit höher, dass sie riskantes Verhalten zeigen. So sind eine niedrige Bildung oder das männliche Geschlecht niemals die Gründe für riskanten Konsum, sondern beschreiben lediglich die Gruppen, in denen die tatsächlichen psychologischen Gründe, sich riskant zu Verhalten, häufiger vorkommen. Die festgestellten Risikofaktoren des „Riskanten Konsums“ unter Kindern und Jugendlichen sind unveränderliche Merkmale, auf die jedoch bedarfsgerecht eingegangen werden kann.

Da (Sucht-)prävention kein therapeutisches Werkzeug ist und auch nicht sein soll, liegen die Ziele in der Reduktion des Einflusses der spezifischen Risikofaktoren für riskantes Verhalten und auf der Förderung von Schutzfaktoren (Weichold, Bühler, & Silbereisen, 2008, S. 35).

Um die Jugendlichen mit psychosozialen Vorbelastungen in einem positiven Verlauf ihrer Entwicklung zu fördern und zu begleiten, gilt es den Jugendlichen Möglichkeiten aufzuzeigen, wie sie ihre emotionale Belastung konstruktiv ausdrücken können, um Empathie und Unterstützung durch Freunde oder Erwachsene zu erfahren. Diese Möglichkeiten und die Förderung weiterer Lebenskompetenzen (life-skills-approach) als generalpräventive Elemente sollten somit grundsätzlich die Basis der Suchtprävention bilden.

6.4 Riskanter Konsum und Repräsentativstudien

Um ein Bild von dem aktuellen Stand und der Entwicklung des „Riskanten Konsums“ der Kinder und Jugendlichen in Deutschland zu erhalten, werden jährlich repräsentative Umfragen zur Jugendgesundheit und speziell zur Verbreitung und Verhaltensweisen der Jugendlichen bezogen auf Alkohol, Tabak und illegale Drogen durchgeführt. Die jährlichen Drogenaffinitätsstudien (BZgA, 2012), das Jahrbuch Sucht (BZgA, 2012) oder der Kinder- und Jugendsurvey KiGGS vom Robert Koch-Institut (Hölling et al., 2012) stellen als bundesweit repräsentative Studien für die Praxis der Jugendgesundheitsberichterstattung eine wichtige Datenbasis dar (Bucksch et al., 2012).

Über die Ergebnisse dieser Studien werden zudem die Bedarfe und zum Teil Effekte der Präventionsarbeit in Deutschland deutlich. Diese Studien sind repräsentativ für das gesamte Bundesgebiet, d.h. die Daten werden derart ausgewertet, als sie die Struktur der jugendlichen Bevölkerung im gesamten Bundesgebiet wiederspiegeln. So wird insbesondere darauf geachtet, dass bei der Auswertung die Stichprobe dieselbe Verteilung etwa bezogen auf die Schulformen oder den Migrationshintergrund aufweist²⁰, wie in der Gesamtbevölkerung in Deutschland.

Jedoch sind diese Verteilungen in den einzelnen Bundesländern und Kommunen sehr unterschiedlich (siehe Kapitel 7.1.3). Zudem sind auch andere Faktoren, die einen möglichen Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum besitzen (etwa der Migrationshintergrund), in den einzelnen Regionen in Deutschland unterschiedlich repräsentiert.

Somit bilden die Bundesstudien die aktuelle Situation und damit die Präventionsbedarfe in den einzelnen Kommunen nur unscharf ab und liefern teilweise mehr Fragen als Antworten für eine bedarfsgerechte Präventionsarbeit. Zudem können die Erfolge oder Misserfolge der regionalen Präventionsbemühungen nicht bewertet werden. Lokale Untersuchungen sind somit ein sinnvolles Werkzeug für die Ermittlung der kommunalen Präventionsbedarfe, um daraufhin die Angebote bedarfsgerecht zu wählen und optimieren zu können. Die ganz speziellen strukturellen und sozialen Rahmenbedingungen einer Kommune können auf diese Weise direkt mit dem ebenso spezifischen Konsumverhalten und der Verbreitung von Konsum in Verbindung gebracht werden. So kann neben einer fortlaufenden theoretischen Fundierung der Präventionsangebote, die Präventionsarbeit systematisch empirisch abgesichert werden und bilden eine praxisorientierte Ergänzung zu den Ergebnissen der Repräsentativstudien (etwa BZgA, 2012, DHS, 2012, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2012) zum Konsum unter Jugendlichen.

6.5 Problematischer Medienkonsum

Die sogenannten „Digital Natives“, also junge Menschen, die mit dem Internet aufgewachsen sind, zeigen grundsätzlich andere Kommunikationsgewohnheiten als die Generationen, die das Internet als Erwachsene kennengelernt haben. Computerspiele und Soziale Beziehungen haben sich in die Onlinewelt ausgebreitet und neue Dimensionen angenommen. Vielen geübten Nutzern bringt das Internet eine Reihe von Vorteilen und Erleichterungen in der täglichen Lebensführung ein. So ist der Zugang zu Informationen erheblich einfacher und schneller. Zudem führt die Onlinekommunikation zu einer Vergrößerung des unmittelbar verfügbaren Kontaktes zum sozialen Netz und kann bewiesenermaßen den Kontakt zu anderen auch für Menschen mit Kontaktschwierigkeiten erleichtern. Jedoch zeichnet sich seit Jahren ein besorgniserregender Trend im Bereich der problematischen Internetnutzung ab. (Wölfling et al., 2013).

²⁰ Statistische Gewichtung der Daten.

1995 postete der New Yorker Psychiater Ivan Goldstein in einem Online-Forum den Vorschlag, die neuartige psychische Störung „Internetsucht“ in den Diagnosekatalog aufzunehmen. Goldstein hatte einen Witz machen wollen, aber erhielt schon damals Zustimmung und ernst gemeinte Berichte von Ärzten, die von Patienten mit exzessiver Onlinenutzung berichteten, die typische Suchtsymptome zeigten (Weber, 2012).

16 Jahre später, also 2011, gab die Bundesdrogenbeauftragte Mechthild Dyckmanns bekannt, dass allein in Deutschland 560.000 Menschen als internetsüchtig gelten können und etwa 2,5 Millionen einen problematischen Internetkonsum aufweisen. Damit ist ca. 1% der Bevölkerung Internetabhängig (im Vergleich: 1,5 % Alkoholabhängig, 0,3 % Glückspielabhängig) (Rumpf et al., 2011).

Noch immer ist die „Onlinesucht“ oder „Internetsucht“ oder „Medienabhängigkeit“ keine medizinisch anerkannte Krankheit, jedoch hat sich die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im August 2012 erstmalig dafür ausgesprochen, dass die Internetabhängigkeit den Krankheiten zugeordnet werden soll (Deutscher Präventionstag, 2012).

Unabhängig davon, ob nun Internetabhängigkeit eine eigenständige Krankheit oder nur ein Symptom psychischer Störungen, wie Soziophobie, Depressionen oder ADHS ist, stellt die adäquate Begleitung der exzessiven PC- oder Mediennutzung eine große Herausforderung für Familien und Schule dar. Somit ist nicht nur für die Schulen und die Eltern, sondern auch für die Prävention und Intervention ein Handlungsbedarf entstanden.

7 Untersuchungsdesign „Riskanter Konsum“

In Delmenhorst wurde im Februar 2012 nach der ersten Untersuchung aus dem Jahr 2008 unter dem Namen „Riskanter Konsum: Ein Thema für Jugendliche in Delmenhorst!?“ unter der Initiative des Aktionsbündnisses „Riskanter Konsum“ (siehe Kapitel 3) zum zweiten Mal eine Erhebung unter den 12 – 17-jährigen Schülerinnen und Schülern der Allgemeinbildenden Schulen durchgeführt.

Ausgehend von den nach wie vor alarmierenden Ergebnissen der nationalen, repräsentativen Drogenaffinitätsstudie der BZgA zum riskanten Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen unter Jugendlichen (BZgA, 2012) und den lokalen Ergebnissen von 2008, war es das Anliegen des Aktionsbündnisses „Riskanter Konsum“ zu erfahren, wie sich die Prävalenz insbesondere des Konsums von legalen Drogen in Delmenhorst darstellt und entwickelt hat. Zudem wurden, wie schon 2008, Daten zur den Einstellungen und der Verbreitung des Gebrauchs von legalen Drogen erhoben.

Nach Auffassung des Aktionsbündnisses und der Hochschule Emden/Leer sind wiederkehrende lokale Studien unerlässlich für die Planung, Steuerung sowie der Ermittlung der Wirksamkeit von regionalen Präventionsmaßnahmen. Die unterschiedlichen strukturellen und sozialen Rahmenbedingungen in den einzelnen Kommunen sind nicht nur Ursache von regionsspezifischen Ergebnissen, sondern eben auch Grundlage der ebenso spezifischen Bedarfe (siehe Kapitel 6.4). Eine lokale Vollerhebung ist somit im Sinne einer Aktionsforschung eine Bedarfsanalyse mit dem direkten Ziel Handlungsempfehlungen ableiten und formulieren zu können, die bedarfsgerecht auf die kommunalen Besonderheiten zugeschnitten sind.

Insbesondere untersucht die vorliegende Studie folgende Forschungsfragen, deren Antworten als wesentlich für die Steuerung und Entwicklung bedarfsgerechter kommunaler Suchtprävention angesehen wird und abschließend diskutiert werden:

- (1) Inwiefern unterscheiden sich die Ergebnisse zu den Indikatoren des Alkohol-, Tabak und Cannabiskonsums der Schülerinnen und Schüler in Delmenhorst im Alter von 12 – 17 Jahren von den Ergebnissen der Repräsentativstudie der BZgA zur Drogenaffinität (BZgA, 2012) und welche Bedeutung haben die abweichenden Ergebnisse für die Ausrichtung und Gestaltung der Präventionsangebote in Delmenhorst.
- (2) Ob und in welcher Ausprägung ist der „Riskante Konsum der Jugendlichen in Delmenhorst“ von Alkohol, Tabak und Cannabis von den beschriebenen Risikofaktoren (i) Geschlecht, (ii) Alter, (iii) Migrationshintergrund und (iv) Bildungsstatus abhängig, bzw. welche Risikogruppen unter den Jugendlichen werden in Delmenhorst identifiziert.
- (3) Wie stark unterscheiden sich die Konsummuster von Alkohol, Tabak und Cannabis der untersuchten Jugendlichen in den verschiedenen Schulformen und den verschiedenen Altersgruppen.
- (4) Wie hoch ist der Anteil derjenigen, die den PC derart exzessiv nutzen, als sie selbst bereits Probleme wahrnehmen.

Aus den empirischen Ergebnissen ergibt sich das Fundament des Hauptziels der vorliegenden Studie zum Riskanten Konsum. Die Ergebnisse werden abschließend in Handlungsperspektiven für die Präventionsarbeit in Delmenhorst überführt. Hier wird insbesondere der Kontext zwischen den empirischen Ergebnissen und den präventiven Ressourcen und Möglichkeiten in Delmenhorst hergestellt²¹. Zudem wird über den Ausblick dargestellt, wie in Zukunft die Suchtprävention weiterhin zielgruppenorientiert und bedarfsgerecht arbeiten kann und welche praktischen Ziele sich für die schulische Suchtprävention aus den Ergebnissen der Befragung und theoretischen Diskussion ergeben.

7.1 Methodik

Die Untersuchung „Riskanter Konsum von Jugendlichen“ verstand sich schon im Planungsprozess als Gemeinschaftsaufgabe von Wissenschaft und Praxis. Somit wurde es als methodisch sinnvoll erachtet, bei der Planung, Durchführung und Auswertung sowie der Überführung der Ergebnisse in Handlungskonzepte, die Akteure aus der Kommune nicht nur teilnehmen, sondern auch teilhaben zu lassen.

Folglich waren an der Entwicklung der Projektidee alle Akteure des Bündnisses „Riskanter Konsum“ beteiligt. In Anlehnung an bereits durchgeführte repräsentative und lokale Befragungen (etwa BzgA, 2012; Albert, Hurrelmann, & Quenzel, 2010; Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, 2011, Freudenstein & Schubert, 2007) wurden gemeinsam zwei Fragebögen entwickelt (2008, 2012). Hierbei wurden diese Fragebögen inhaltlich von den Akteuren des Bündnisses gemeinsam ausgestaltet und die verschiedenen Interessen der vertretenen Professionen einbezogen. Die Organisation der konkreten Erhebung wurde ebenfalls gemeinsam durchgeführt. Die Hochschule Emden/Leer stellte die Möglichkeit einer Onlinebefragung. Die SchulleiterInnen des Bündnisses informierten alle Schulleitungen und machten es somit möglich, alle Schulen, an den die Altersgruppe der 12 – 17-jährigen vertreten ist, einzubeziehen²². Die Präventionsfachkraft der Anonymen Drogenberatung führte den Pretest durch und entwickelte das Testleitermanual gemeinsam mit der Hochschule. Die Durchführung der Erhebungen in den Schulen wurde von SchulsozialarbeiterInnen, engagierten Lehrkräften und der „Sozialarbeit an Schulen“²³ organisiert.

²¹ Der umfassende Datensatz bietet zudem die Möglichkeit spezifische Fragen zur Delmenhorster Jugend zu beantworten, die über das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Studie hinausgeht. Auf Anfrage aus der Kommune werden diese Auswertungen durchgeführt. (z.B. Migrationshintergrund differenziert nach Altern und Schulform)

²² Die zwei Berufsbildenden Schulen in Delmenhorst wurden nicht mit einbezogen.

²³ „Sozialarbeit an Schulen“ ist ein Projekt der Delmenhorster-Jugendhilfe-Stiftung.

7.1.1 Erhebung der Untersuchung

In der vorliegenden Untersuchung „Riskanter Konsum von Jugendlichen“ wurden alle Schülerinnen und Schüler der sechsten, achten und zehnten Klassen aller (elf) Allgemeinbildenden Schulen in Delmenhorst befragt.

Beteiligte Schulen an der vorliegenden Studie zum „Riskanten Konsum“
Fröbelschule
Gymnasium an der Willmsstraße
Hauptschule im Schulzentrum West
Hauptschule Süd
IGS
Lessingschule
Max-Planck-Gymnasium
Realschule an der Holbeinstraße
Realschule an der Lilienstraße
Realschule Süd
Wilhelm-von-der-Heyde Oberschule

Somit ergab sich eine Stichprobengröße von $N = 1937$, die in Bezug auf Migrationshintergrund, Geschlecht und Schulform die tatsächliche amtliche Schulstatistik in Delmenhorst widerspiegelt²⁴. Um die Stichprobe mit den Daten der Drogenaffinitätsstudie des Jahres 2011 (BZgA, 2012) vergleichbar zu machen, wurde der Datensatz auf die 12 – 17-jährigen Kinder und Jugendliche begrenzt. Daraus ergibt sich die untersuchte Stichprobe von $N = 1715$ Befragten (siehe Kapitel 7.1.3).

Die Erhebung wurde über einen Onlinefragebogen²⁵ im Februar 2012 an den Schulen erhoben. Unter dem Einsatz eines Testleitermanuals²⁶ und PIN-Nummern für die einzelnen Schülerinnen und Schüler waren die beteiligten Schulen in der Lage, die Erhebung selbstständig unter Testleitung in der Schule durchzuführen.

Obwohl alle Schülerinnen und Schüler den Onlinefragebogen an einem Rechner mit Internetverbindung ausfüllen mussten, war es für die jeweiligen Schulen möglich, die gesamte Erhebung an nur einem Schultag durchzuführen. Die benötigte Zeit für das Ausfüllen des Fragebogens variierte je nach Jahrgang zwischen 10-15 Minuten. Die Durchführung fand in der Regel in den Informatikräumen der Schulen statt. Einige Schulen setzten Laptops in den Klassenräumen ein. Durchschnittlich wurden pro Klasse 30 Minuten für die Befragung benötigt.

Über Onlinebefragungen ist es grundsätzlich möglich, bestimmte Fragen zu stellen, die es ermöglichen die Stichprobe *während* der Befragung in Teilmengen der Grundgesamtheit vorzugruppieren und diesen sogenannten Klumpenstichproben (Cluster

²⁴ Die amtliche Schulstatistik wird von der Stichprobe relativ, jedoch nicht absolut widerspiegelt, da die siebten und neunten Klassen nicht befragt wurden.

²⁵ Der Fragebogen kann über das Aktionsbündnis „Riskanter Konsum“ angefragt werden.

²⁶ Das Testleitermanual kann über das Aktionsbündnis „Riskanter Konsum“ angefragt werden.

Samples) spezifische Fragen zu stellen. Auf diese Weise können relativ umfangreiche Fragebögen eingesetzt werden, da viele Fragen für die einzelnen Befragtengruppen wegfallen. Um diese Cluster Samplings bilden zu können, müssen Fragen konstruiert werden, die es ermöglichen, diese Gruppen zu bilden. Möchte man einen Datensatz auf Frauen und Männer aufteilen, ist die Filterfrage eindeutig. In anderen Fällen gestaltet es sich komplexer. In der vorliegenden Untersuchung sollte die Gesamtstichprobe in diejenigen Jugendlichen und Kinder aufgeteilt werden, die Alkohol trinken und in diejenigen, die es nicht tun. Die einfache Frage danach reicht hier aber nicht aus. Da „Alkohol trinken“ unterschiedlich „hart“ definiert werden kann. An dieser Stelle waren jedoch genau die Jugendlichen und Kinder von Interesse, die nicht nur mal einen Schluck Alkohol am Silvesterabend getrunken haben, sondern bereits als Konsumenten gelten können. Folglich wurde folgende Filterfrage zur Vorgruppierung eingesetzt.

Filterfrage: Trinkst du Alkohol?	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozenze
Ja, ich trinke häufiger Alkohol.	125	7,3	7,3
Ja, ich trinke ab und zu Alkohol.	461	26,9	34,2
Ja, manchmal nippe ich oder trinke ein, zwei Schlucke Alkohol.	312	18,2	52,4
Nein, ich trinke bis jetzt keinen Alkohol.	516	30,1	82,4
Nein, ich werde niemals Alkohol trinken.	301	17,6	100,0
Gesamt	1715	100,0	

Über diese Angaben wird deutlich, dass die Gruppe der Alkoholkonsumenten 34,2 % (n=586) der Gesamtstichprobe ausmachen und folglich 65,8 % (n=1129) keinen Alkohol konsumieren. Bei dieser Frage ist das Ergebnis natürlich hoch signifikant abhängig vom Alter der Befragten und hat ohne eine entsprechende Gewichtung²⁷ in sich keine Aussagekraft bzgl. der Konsumentenstruktur unter Jugendlichen und Kindern im Alter von 12 – 17 Jahren, sondern besaß bei der Erhebung lediglich einen methodischen Wert als Filter für die Auswahl der weiteren Fragen, die beantwortet werden sollten.

²⁷ Bei der Auswertung der Untersuchung wurde der Datensatz nach dem Alter gewichtet. Diese statistische Methode sorgt dafür, dass jede Altersgruppe gleich stark vertreten ist und somit Aussagen über die Gruppe der 12 – 17-jährigen zulässig werden.

7.1.2 Auswertung der Untersuchung

Die Auswertung wurde über die Statistik- und Analyse-Software SPSS²⁸ durchgeführt. Die Ergebnisse sind detailliert in dem Ergebniskapitel dargestellt (siehe Kapitel 8). Um gültige Aussagen über die Gruppe der 12 – 17-jährigen Kinder und Jugendlichen in Delmenhorst tätigen zu können, wurde die Stichprobe auf die besagte Altersgruppe begrenzt ($N = 1715$) und nach Alter gleichwertig gewichtet (Arzheimer, 2009)²⁹. Das bedeutet konkret, dass die unterrepräsentierten Altersgruppen einen Bonus und die überrepräsentierten Gruppen bezogen auf die Gesamtstichprobe einen Malus bei den jeweiligen Auswertungen erhalten. Durch dieses Verfahren reduzieren sich die effektiven Fallzahlen von $N = 1715$ zu $N_{gew} = 1710$. In der vorliegenden Untersuchung werden die Ergebnisse der Altersgruppe der 12 – 17 jährigen aus Delmenhorst mit den Daten der Drogenaffinitätsstudie der BZgA (2012) verglichen.

Schülerinnen und Schüler geben bei Befragungen teilweise Falschangaben ab. Bei der vorliegenden Untersuchung liegt dieser Fehlerbereich bei ca. 2%³⁰ der Gesamtstichprobe. Folglich wird bei der Ergebnisdarstellung auf Nachkommastellen verzichtet, um der Wahrnehmung einer falschen Genauigkeit vorzubeugen.

7.1.3 Die Stichprobenverteilung der Untersuchung

Im Sinne einer Vollerhebung wurden im Februar 2012 *alle* sechsten, achten und zehnten Klassen der Allgemeinbildenden Schulen in Delmenhorst befragt. Insgesamt haben an der Onlinebefragung 1937 Schülerinnen und Schüler teilgenommen. Im Fokus der vorliegenden Untersuchung lag die Altersgruppe der 12 – 17-jährigen Kinder und Jugendlichen, die insgesamt $N = 1715$ Befragten in dieser Altersgruppe bilden die Stichprobe der Untersuchung und werden in der folgenden Tabelle nach ausgewählten Merkmalen dargestellt.

²⁸ <http://www-01.ibm.com/software/de/analytics/spss/>

²⁹ Aufgrund der gegebenen Relation war eine Gewichtung nach Geschlecht nicht notwendig.

³⁰ Zur Identifikation der Falschangaben werden die offensichtlichen Falschaussagen einiger Fragen den Einzelfällen zugeordnet.

Stichprobenverteilung der untersuchten Jugendlichen in Delmenhorst 2012 – insgesamt und nach Geschlecht für ausgewählte Merkmale						
	Insgesamt		Männlich		Weiblich	
	n	%	n	%	n	%
Gesamtstichprobe	1715	100,0	854	100,0	861	100,0
12 Jahre	387	22,6	196	23,0	191	22,2
13 Jahre	248	14,5	112	13,1	136	15,8
14 Jahre	342	19,9	179	21,0	163	18,9
15 Jahre	271	15,8	131	15,3	140	16,3
16 Jahre	342	19,9	169	19,8	173	20,1
17 Jahre	125	7,3	67	7,8	58	6,7
Schulform						
Gymnasium	531	31,0	244	28,6	287	33,3
Förderschule	58	3,4	36	4,2	22	2,6
Hauptschule	331	19,3	180	21,1	151	17,5
IGS	257	15,0	117	13,7	140	16,3
Realschule	538	31,4	277	32,4	261	30,3
Religionszugehörigkeit						
evangelisch	744	43,4	360	42,2	384	44,6
katholisch	275	16,0	130	15,2	145	16,8
islamisch	235	13,7	110	12,9	125	14,5
keine	335	19,5	182	21,3	153	17,8
sonstige	126	7,3	72	8,4	54	6,3
Status der Eltern³¹						
alleinerziehende Mutter	445	25,9	218	25,5	227	26,4
alleinerziehender Vater	67	3,9	32	3,7	35	4,1
beide Eltern zu Hause	1179	68,7	593	69,4	586	68,1
keine Eltern zu Hause	24	1,4	11	1,3	13	1,5
Muttersprache						
deutsch	1311	76,4	651	76,2	660	76,7
russisch	95	6,2	53	6,2	42	4,9
türkisch	136	8,1	69	8,1	67	7,8
andere	173	9,5	81	9,5	92	10,7
Migrationshintergrund³²						
Keinen Mig.-Hintergrund	1022	60,6	521	61,8	501	59,4
Migrationshintergrund	664	39,4	322	38,2	342	40,6

³¹ Der Status der Eltern wurde über die Frage: „Wer lebt mit dir in einem Haushalt?“ konstruiert.

³² n = 29 wussten Geburtsort der Eltern nicht. Migrationshintergrund liegt hier vor, wenn mindestens eines der Elternteile nicht in Deutschland geboren wurde.

Die Bildungsbeteiligung der verschiedenen Schulformen in der Sekundarstufe I bietet einen Hinweis über das Bildungsniveau der untersuchten Kinder und Jugendlichen im Alter von 12 – 17 Jahren.

Bildungsbeteiligung der verschiedenen Schularten (Sekundarstufe I)	Bundesdaten ³³	Delmenhorst
Hauptschulen	15,9 %	19,3 %
Realschulen	26,4 %	31,4 %
Gymnasien	34,4 %	31,0 %
Integrierten Gesamtschulen	11,0 %	15,0 %
Sonstige Schulformen	12,3 %	3,4 %*

* Förderschulen

Es ist deutlich zu erkennen, dass Delmenhorst ein niedrigeres Bildungsniveau unter den Jugendlichen in der untersuchten Altersgruppe aufweist als der Bundesschnitt. Da insbesondere ein niedriges Bildungsniveau mit den untersuchten Themen zum Riskanten Konsum negativ korreliert, ist für die Ergebnisse im Vergleich zum Bundesschnitt eine negative Abweichung zu erwarten. Das bedeutet aber auch, dass negative Vergleichsergebnisse nicht überbewertet werden sollten.

Eine weitere Besonderheit der Stichprobe liegt in der Verteilung des Migrationshintergrundes in Delmenhorst, der in der folgenden Tabelle dem Bundesschnitt gegenübergestellt ist. Im Gegensatz zum Bildungsniveau sind bei der Analyse der Ergebnisse in der Regel keine wesentlichen Abweichungen im Zusammenhang mit dem Migrationshintergrund identifiziert worden.

Verteilung nach Migrationshintergrund im Vergleich	10- 20-jährige / Bundesgebiet ³⁴	12 – 17-jährige /Delmenhorst
Bevölkerung insgesamt	100,0 %	100,0 %
Personen ohne Migrationshintergrund	69,3 %	60,6 %
Personen mit Migrationshintergrund	30,7 %	39,4 %

³³ Bildungsbeteiligung der verschiedenen Schulformen im Schuljahr 2010/2011 (Baumann, Schneider, Vollmar, & Wolters, 2012)

³⁴ <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund.html> (Zugriff: 29.06.2012)

Zur näheren Betrachtung der Migrationsstruktur in Delmenhorst sind in der unteren Tabelle die Angaben der Schülerinnen und Schüler zum Herkunftsland der Eltern abgebildet. Hier wird deutlich, dass knapp ein Drittel der Kinder mit Migrationshintergrund (mind. ein Elternteil nicht in Deutschland geboren) angab, dass eines der Elternteile in Deutschland geboren wurde.

Migrationshintergrund differenziert nach dem Herkunftsland der Eltern	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
beide in Deutschland	1022	59,6 %	59,6 %
nur Mutter in Deutschland	120	7,0 %	66,6 %
nur Vater in Deutschland	69	4,0 %	70,6 %
beide Eltern NICHT in Deutschland	475	27,7 %	98,3 %
weiß ich nicht	29	1,7 %	100,0 %
Gesamt	1715	100,0	

* Werden die 29 Fälle „weiß ich nicht“ als systemfehlend definiert, ergeben sich die in der Stichprobe angegebenen 60,6% der einheimisch Deutschen.

8 Ergebnisse der Untersuchung

Die Ergebnisse der untersuchten Themen, Alkohol-, Tabak und Cannabiskonsum sowie die problematische PC-Nutzung, werden in den jeweiligen Kapiteln in einer vorangestellten Tabelle zusammengefasst. Nachfolgend werden die verwendeten Daten zur näheren Betrachtung über Tabellen oder Diagramme visualisiert. Bei der vorliegenden Untersuchung liegt der Fehlerbereich der Falschangaben durch die Befragten bei ca. 2% der Gesamtstichprobe. Folglich wird bei der Ergebnisdarstellung auf Nachkommastellen verzichtet, um der Wahrnehmung einer falschen Genauigkeit vorzubeugen.

Die nachfolgenden Ergebnisse beziehen sich hauptsächlich auf die *gewichtete* Stichprobe von $N_{gew} = 1710$ (siehe Kapitel 7.1.1). In Teilauswertungen wurden aus methodischen Gründen oder aufgrund von Teilstichproben andere Bezugsgrößen gewählt. Diese werden an den entsprechenden Stellen jeweils explizit ausgewiesen.

8.1 Alkoholkonsum

Wichtige Indikatoren des Alkoholkonsums unter Kindern und Jugendlichen sind das Einstiegsalter in den Alkoholkonsum sowie das Alter der ersten Rauscherfahrung. Von besonderer Bedeutung ist hier die Entwicklung von 2008 zu 2012 in Delmenhorst. Zudem wird der Vergleich mit den Bundesdaten hergestellt.

Bei der Untersuchung des Konsumverhaltens werden unterschiedliche Gruppen innerhalb der 12 – 17-jährigen definiert und differenziert betrachtet. So sind die Angaben der „unter 16-jährigen“ bei bestimmten Fragestellungen interessant, bei anderen Fragen sind die Antworten derjenigen, die bereits regelmäßig Alkohol trinken, von besonderem Interesse.

In Bezug auf den „Riskanten Konsum“ in Verbindung mit Risikofaktoren wird das Rauschtrinken differenziert nach ausgewählten Merkmalen untersucht. Zudem wird festgestellt, von wo die Gruppe der „unter 16-jährigen“ ihren Alkohol bezieht.

8.1.1 Einstieg in den Alkoholkonsum

Einstieg in den Alkoholkonsum

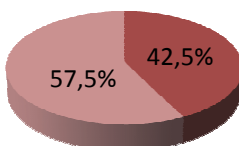
Zusammenfassung

1. Über die Hälfte der 12 – 17-jährigen hat schon mal mehr als nur einen Schluck Alkohol getrunken (58 %).
2. Das Einstiegsalter in den Alkoholkonsum in Delmenhorst liegt 2012 bei 13,1 Jahren. Hierbei zeigen sich keine signifikanten Unterschiede bezogen auf das Geschlecht. Im Bundesschnitt lag 2011 der erste Alkoholkonsum bei 14,5 Jahren³⁵.
3. 2008 gab noch zwei Drittel der 13 und 14-jährigen an (65 %/69 %), bereits Alkohol getrunken zu haben. 2012 sind es lediglich ein Drittel (31 %) der 13-jährigen und unter der Hälfte (45 %) der 14-jährigen, die Kontakt zum Alkohol hatten.
4. Im Vergleich zu 2008 ist der Einstieg in Alkoholkonsum deutlich in die höheren Altersklassen gewandert.

1 Lebenszeitprävalenz – Alkohol

Wann hast du das erste Mal Alkohol getrunken (mehr als nur einen Schluck)?

gewichtet	Häufigkeit	Prozent
noch nie	726	42,5
Das aller erste Mal habe ich mit ___ Jahren getrunken	984	57,5
Gesamt	1710	100,0



■ noch nie getrunken

■ Schon mal mehr als nur einen Schluck getrunken

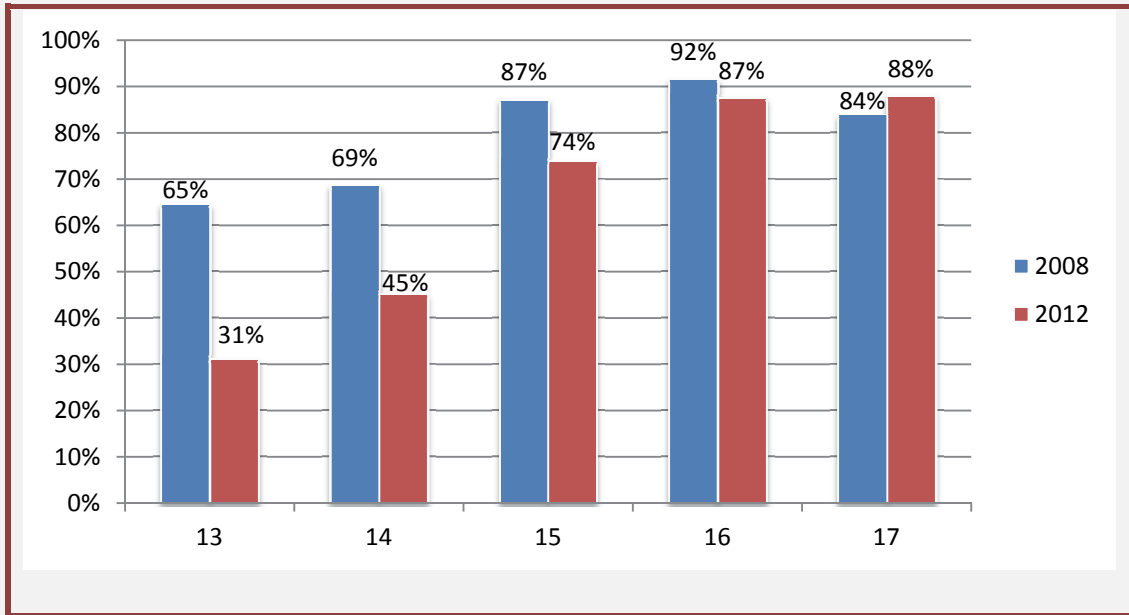
2 Einstiegsalter – Alkoholkonsum

	Mittelwert	Standardfehler	N
Männlich	12,93	0,10	489
Weiblich	13,35	0,09	438
Gesamt	13,13 ³⁶	0,07	927

³⁵ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012)

³⁶ 13,30 bei gewichteter Stichprobe.

3 Lebenszeitprävalenz – Alkoholkonsum nach Alter



2008 n = 1491, 2012 n = 1328

4 Erster Alkoholkonsum nach Alter

Alter	2008	n	2012	n
13	65 %	206	31 %	248
14	69 %	409	45 %	342
15	87 %	320	74 %	271
16	92 %	407	87 %	342
17	84 %	149	88 %	125
N		1491		1328 ³⁷

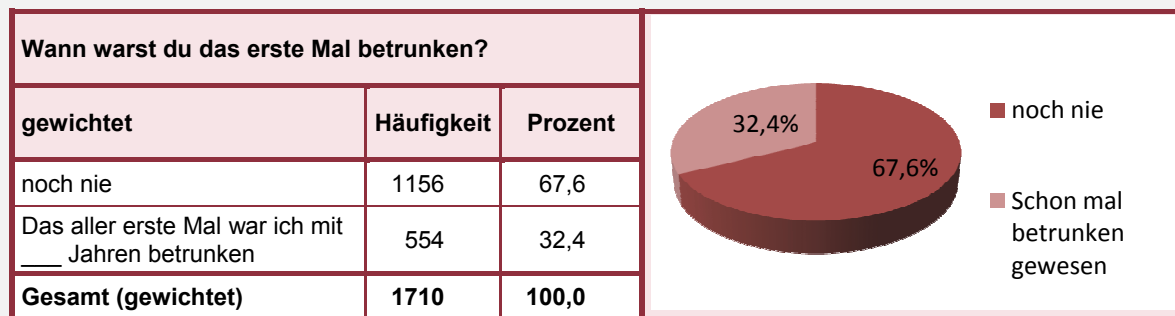
³⁷ Da die Vergleichsdaten der 12-jährigen von 2008 nicht vorliegen, wurde der Datensatz der 13- 17-jährigen verwendet (n=1328).

8.1.2 Erstes Rauschtrinken

Erstes Rauschtrinken

1. 2012 gaben ein Drittel (32%) der 12 – 17-jährigen an, schon einmal betrunken gewesen zu sein.
2. Das Durchschnittsalter des ersten Rausches liegt 2012 in Delmenhorst bei 14,3 Jahren. Hierbei zeigen sich keine signifikanten Unterschiede nach dem Geschlecht. Im Bundesschnitt lag 2011 der erste Alkoholrausch bei 15,9 Jahren³⁸.
3. Jedes zehnte Kind (9%) im Alter von 13 Jahren gibt an schon mindestens einmal „betrunken“ gewesen zu sein. Im Alter von 15 Jahren steigt dieser Anteil auf 43% an. Mit 17 Jahren sind es über zwei Drittel (70%), die schon mindestens einmal „betrunken“ gewesen sind. Der Zeitpunkt der ersten Rauscherfahrung der 12 – 17-jährigen hat sich von 2008 bis 2012 deutlich in das höhere Alter verschoben. Insbesondere im Alter bis 14 Jahren gibt es deutliche positive Unterschiede zu der Erhebung von 2008.
4. Jeder zehnte Jugendliche (12%) im Alter von 16 Jahren gab an mindestens 10 Mal „betrunken“ gewesen zu sein. Im Alter von 17 Jahren sind es bereits ein Viertel der (26%) die 10 Mal oder öfter „betrunken“ waren.

1 Erstes Rauschtrinken

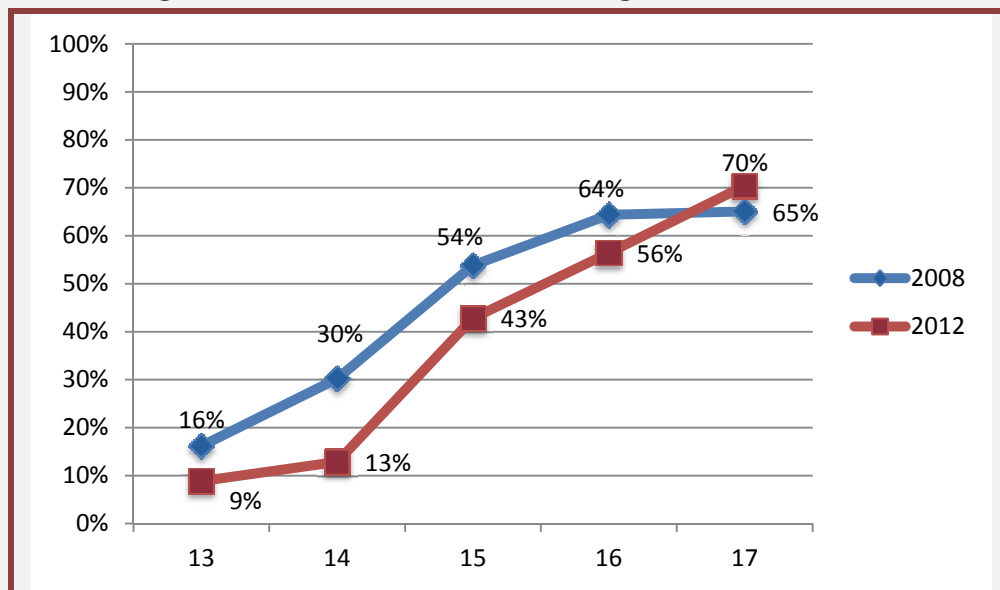


³⁸ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012)

2 Alter der ersten Rauscherfahrung

	Mittelwert	Standardfehler
Männlich	14,36	0,17
Weiblich	14,23	0,23
Gesamt	14,33	0,14
n = 561		

3 Anteil der Jugendlichen mit Rauscherfahrungen



Alter	2008	2012
13	16 %	9 %
14	30 %	13 %
15	54 %	43 %
16	64 %	56 %
17	65 %	70 %
N	1478	1328

4 Häufigkeit des Rauschtrinkens – eigene Einschätzung

An dieser Stelle sind die Antworten auf die Frage „Hast Du schon einmal so viel Alkohol getrunken, dass Du betrunken warst?“ tabellarisch in absoluten Zahlen und relativ zur Gesamtpopulation dargestellt. Im Unterschied zu dem „binge drinking“ als Maß für das „Rauschtrinken“, handelt es sich hierbei um die eigene Einschätzung des „Rauschtrinkens“.

Hast Du jemals so viel Alkohol getrunken, dass Du betrunken warst?	Wie alt bist Du?					
	12	13	14	15	16	17
Mindestens einmal	17	22	44	116	193	88
Mindestens 2 - 3 Mal	7	8	24	84	146	73
Mindestens 4 bis 10 Mal	5	2	8	42	81	55
öfter als 10 Mal	3	1	4	20	42	32
nein, nie	370	226	298	155	149	37
N = 1715						

Hast Du jemals so viel Alkohol getrunken, dass Du betrunken warst?	Wie alt bist Du?					
	12	13	14	15	16	17
Mindestens einmal	4 %	9 %	13 %	43 %	56 %	70 %
Mindestens 2 - 3 Mal	2 %	3 %	7 %	31%	43 %	58 %
Mindestens 4 bis 10 Mal	1 %	1 %	2 %	15 %	24 %	44 %
öfter als 10 Mal	1 %	0 %	1 %	7 %	12 %	26 %
nein, nie	96 %	91 %	87 %	57 %	44 %	30 %
N = 1715						

8.1.3 Konsumverhalten

Ein wesentlicher Interessenbereich der Befragung lag in der Erhebung des Konsumverhaltens der Kinder und Jugendlichen in Delmenhorst. Zentrale Fragen, die in diesem Kapitel beantwortet werden, sind etwa „Wann wird Alkohol zu welchen Anlässen getrunken?“, „Warum trinken die Jugendlichen?“, „Welche Einstellungen haben die Jugendlichen zu ihrem Konsum?“

Im Hinblick auf diese Fragen wird deutlich, dass hier unterschiedliche Gruppen unter den 12 – 17-jährigen angesprochen werden. So sind bei den einen Fragen die Antworten derjenigen interessant, die bereits regelmäßig trinken, bei anderen Fragen möchte man eher wissen, wie sich diejenigen dazu äußerten die unter 16 Jahre alt sind und nach dem Jugendschutzgesetz noch gar keinen Alkohol trinken dürfen.

Diejenigen Gruppen, nach denen im Folgenden differenziert wird, werden an dieser Stelle über die Variablen vorgestellt, nach denen sie konstruiert wurden.

Name der Gruppen	Beschreibung der Gruppen	Name der Gegengruppen	Beschreibung der Gegengruppe
Die angegebenen Teilstichprobengrößen n sind nach Alter gewichtet.			
Alle (A) (N = 1710) 100 %	Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 12-17 Jahren (nach Alter gewichtet).	—	—
Gruppe 1 (G1) (n = 266) 15,5 %	Jugendliche, die regelmäßig (mind. einmal in der Woche) Alkohol trinken.	Gruppe 1* (G1*) (n = 1449) 84,5 %	Jugendliche, die seltener als einmal in der Woche Alkohol trinken
Gruppe 2 (G2) (n = 1248) 72,7 %	Kinder und Jugendliche im Alter von 12 bis einschließlich 15 Jahren.	Gruppe 2* (G2*) (n= 467) 27,3 %	Jugendliche im Alter von 16 und 17 Jahren.
Gruppe 3 (G3) (n = 662) 65,8 %	Kinder und Jugendliche, die mindestens ab und zu Alkohol trinken.	Gruppe 3* (G3*) (n = 1048) 34,2 %	Kinder und Jugendliche, die gar nicht oder höchstens mal ein, zwei Schlucke Alkohol trinken.
Gruppe 4 (G4) (n = 817) 47,6 %	Kinder und Jugendliche, die Alkohol trinken inklusive derjenigen, die nur ab und zu mal , zwei Schlucke trinken.	Gruppe 4* (G4*) (n = 898) 52,4 %	Kinder und Jugendliche, die überhaupt keinen Alkohol trinken
Gruppe 5 (G5) (n = 554) 28,0 %	Kinder und Jugendliche, die schon einmal betrunken waren.	Gruppe 5* (G5*) (n = 1156) 72,0 %	Kinder und Jugendliche, die noch nie betrunken waren.

Konsumverhalten

Detaillierte Tabellen oder Abbildungen zu den Ergebnissen finden sie nachfolgend der Nummerierung zugeordnet

1. Auf Geburtstagsfeiern (36 %), am Wochenende (30 %) und bei Treffen mit Freunden (23 %) oder beim Chillen (21 %) fällt es denjenigen, die regelmäßig Alkohol trinken (G1), besonders schwer Alkohol abzulehnen. Nach sportlichen Aktivitäten (2 %) oder im Verein (3 %) geben die Jugendlichen (G1) keine Probleme in Bezug auf Ablehnung von Alkohol an.
2. Der Hauptteil (69 %) derjenigen, die Alkohol regelmäßig trinken (G1) möchten ihr Konsumverhalten nicht ändern. Bemerkenswert ist, dass jeder sechste regelmäßig konsumierende Jugendliche (G1) (16 %) seinen Konsum als „zu viel“ einschätzt, jedoch nur jeder zehnte (9 %) angibt, in drei Jahren weniger zu trinken zu. Ein Drittel (29 %) der regelmäßig Konsumierenden (G1) gab an, in drei Jahren noch mehr zu trinken als zum Zeitpunkt der Befragung.
3. Von denjenigen, die seltener als einmal in der Woche Alkohol trinken (G1*), gibt jeder fünfte (19 %) an, in drei Jahren mehr Alkohol zu trinken.
4. Über ein Viertel (29 %) der Befragten (A) gab an in den letzten drei Monaten mindestens eine private Party besucht zu haben, bei denen Alkohol getrunken wurde. Von den Jugendlichen unter 16 Jahren (G2), gab dies jeder Fünfte (17 %) an.
5. Knapp ein Viertel der Jugendlichen (A) (27 %) gab an, sich vor den Partys gelegentlich oder häufiger zu treffen, um Alkohol (vor-)zu trinken. In der Gruppe der unter 16-jährigen gaben dies 12 % an.
6. Zwei Drittel (65 %) der Jugendlichen (A) sind der Meinung, dass die gesundheitlichen Gefahren eines Alkoholrausches groß sind. Die Einschätzungen der Gruppe der unter 16-jährigen sind ähnlich (67 %).
7. Über die Hälfte der Jugendlichen, die überhaupt keinen Alkohol trinken (G3*), geben an, dass die Gründe darin liegen, dass sie „zu jung“ sind (59 %), dass „Alkohol krank machen kann“ (54 %) oder dass sie „nicht süchtig werden wollen“ (49 %). „Das Verbot der Eltern“ spielt für ein Drittel (34 %) eine Rolle. Knapp ein Viertel (28 %) dieser Gruppe (G3*) gab als Grund für die Abstinenz an, dass „sie immer noch trinken können, wenn sie älter sind“. „Das Alkohol zu teuer ist“, ist lediglich für 9 % (G3*) ein Grund, nicht zu trinken.
8. Von denjenigen, die Alkohol trinken (G3), gaben vier Fünftel (80 %) an, manchmal oder häufiger Alkohol zu trinken, weil es die anderen auch tun. Jeder Vierte (28 %) zeigt dieses Verhalten oft oder häufiger.
9. Mit steigender Anerkennung oder dem Gefühl cooler zu sein, steht der Konsum von Alkohol nach Meinung der Befragten (87 %), die Alkohol trinken (G3), selten oder gar nicht im Zusammenhang.

10. Bei der Frage danach, ob man sich eine Party vorstellen könne, ohne dabei Alkohol zu trinken, teilt sich die Gruppe derjenigen, die Alkohol trinken (G3) mittig auf. Die Mädchen können sich eine solche Party besser vorstellen als die Jungen.
11. In Bezug auf die Anlässe, Alkohol zu trinken, geben diejenigen, die Alkohol trinken oder zumindest schon mal genippt haben (G4) an, dass Sylvester (81 %) und Geburtstage (72 %), die Hauptanlässe sind. Die Familienfeier liegt hinter der Disko (54 %) auf Platz vier (43 %). Zwei Drittel der unter 16-jährigen aus der Gruppe G4 geben die Familienfeier (37 %) als Anlass für den Konsum von Alkohol an. Zwei Drittel (65 %), derjenigen, die bisher nur mal genippt hat, geben Sylvester als Anlass an. Sportliche Aktivitäten (5 %) oder der Verein (6 %) spielen kaum eine Rolle als Anlass für den Konsum von Alkohol unter Jugendlichen (G4).
12. Im Alter unter 16 Jahren (G2) gaben über 94 % an seltener als einmal im Monat letzten drei Monaten vor der Befragung in einer Disko oder Kneipe gefeiert zu haben. 82 % gab an, gar nicht in einer Disko oder Kneipe gefeiert zu haben.
13. Als Gründe für den Alkoholkonsum geben die Jugendlichen (G3) an, dass es in erster Linie schmeckt (61 %) und dass es locker macht (60 %). Die Akzeptanz von Alkoholkonsum unter Jugendlichen wird darüber deutlich, dass fast die Hälfte (42 %) der Meinung ist, dass Alkohol zum Weggehen dazu gehört. Für einige ist Stress (15 %) oder Traurigkeit (11 %) ein Grund Alkohol zu trinken.
14. Mehr als die Hälfte (58 %) der Befragten (G3) gibt an, in den Ferien mehr zu trinken als in der Schulzeit.
15. Von denjenigen, die mindestens ab und zu Alkohol trinken (G3) gibt knapp ein Viertel (23 %; Jungen: 28 %, Mädchen: 17 %) an, auch alleine Alkohol zu trinken.
16. Die Hauptgründe weniger zu trinken, liegen für diejenigen, die regelmäßig Alkohol konsumieren (G1), bei dem Verlust des Führerscheins (62 %) und nach einer Alkoholvergiftung (61 %). Eine deutliche Preiserhöhung des Alkohols (23 %) oder wenn Freunde aufhören zu trinken (17 %) spielen gegenübergestellt eine untergeordnete Rolle für das Reduzieren des Alkoholkonsums.
17. Jeder vierte Befragte im Alter von 12 - 17 Jahren (26 %), der schon einmal betrunken war (G5), gab an, dass die Eltern nichts dagegen haben, wenn sie sich betrinken. Ein Drittel (35 %) der Eltern heißt den Rauschkonsum ihrer Kinder, nach Angabe ihrer Kinder, nicht gut. Ebenfalls ein Drittel (37 %) weiß nichts von dem Rauschkonsum ihrer Kinder und ein Fünftel (20 %) der Befragten kann diese Frage nicht beantworten.³⁹

³⁹ An dieser Stelle wäre es interessant, die Gruppe der unter 16-jährigen zu betrachten. Die Gruppe derjenigen, die sich bereits betrunken haben und unter 16 sind, ist jedoch zu klein und somit keine ausreichende Reliabilität gegeben.

1 Anlässe, bei denen es schwierig ist, Alkohol abzulehnen

Wann ist es für dich besonders schwer, Alkohol abzulehnen? (multichoice)		
Gruppe 1, gewichtet	N	Prozent
Nie. Ich kann Alkohol grundsätzlich ohne Probleme ablehnen.	103	38,7 %
Geburtstagsfeier	95	35,7 %
am Wochenende	79	29,7 %
beim Treffen mit Freunden	60	22,6 %
beim Chillen / Abhängen	57	21,4 %
beim Weggehen	53	19,9 %
Ich will Alkohol gar nicht ablehnen!	46	17,3 %
Familienfeier	45	16,9 %
sonstiges	12	4,5 %
in der Woche	10	3,8 %
im Verein (z. B. Feuerwehr)	7	2,6 %
nach sportlichen Aktivitäten	6	2,3 %
immer	4	1,5 %

2 Einschätzungen des Trinkverhaltens der regelmäßig Konsumierenden

Wie schätzt du dein Trinkverhalten (Alkohol) ein?		
Gruppe 1, gewichtet	Häufigkeit	Prozent
viel zu viel	13	4,3 %
eher zu viel	36	11,6 %
es kann alles so bleiben	217	69,2 %
könnte ruhig öfter sein	28	9,0 %
weiß nicht	19	5,9 %
Gesamt	313	100,0 %

In 3 Jahren werde ich ...		
Gruppe 1, gewichtet	Häufigkeit	Prozent
weniger Alkohol trinken als heute	21	6,7 %
mehr Alkohol trinken als heute	91	29,2 %
genauso viel oder wenig Alkohol trinken	112	35,8 %
keinen Alkohol trinken	7	2,2 %
weiß nicht	82	26,1 %
Gesamt	313	100,0 %

3 Zukunftseinschätzungen der selten Konsumierenden

In 3 Jahren werde ich ...		
Gruppe 1*, gewichtet	Häufigkeit	Prozent
weniger Alkohol trinken als heute	24	1,7 %
mehr Alkohol trinken als heute	263	18,9 %
genauso viel oder wenig Alkohol trinken	283	20,2 %
keinen Alkohol trinken	465	33,3 %
weiß nicht	362	25,9 %
Gesamt	1397	100,0 %

4 Partybesuche mit Alkohol

Wie oft hast du in den letzten 3 Monaten private Partys besucht, bei denen auch Alkohol getrunken wurde?			
Alle, gewichtet	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozent
täglich	14	0,8 %	0,8 %
3x oder mehrmals pro Woche	24	1,4 %	2,2 %
zweimal pro Woche	81	4,7 %	6,9 %
1 - 3x pro Monat	385	22,5 %	29,4 %
seltener	329	19,2 %	48,6 %
gar nicht	792	46,3 %	94,9 %
weiß nicht	86	5,1 %	100,0 %
Gesamt	1710	100,0 %	100,0 %

Wie oft hast du in den letzten 3 Monaten private Partys besucht, bei denen auch Alkohol getrunken wurde?		
Gruppe 2, gewichtet	Häufigkeit	Prozent
täglich	12	1,1 %
3x oder mehrmals pro Woche	9	0,8 %
zweimal pro Woche	26	2,3 %
1 - 3x pro Monat	145	12,7 %
seltener	182	15,9 %
gar nicht	713	62,5 %
weiß nicht	53	4,7 %
Gesamt	1140	100,0 %

5 Vortrinken

Wenn du auf Party oder in die Disko gehst, trefft ihr euch dann schon vorher, um Alkohol zu trinken?			
Alle, gewichtet	Häufigkeit	Prozent	Kumulative Prozent
Wir trinken immer vorher Alkohol	230	13,5 %	13,5 %
oft	89	5,2 %	18,7 %
gelegentlich	149	8,7 %	27,4 %
selten	136	8,0 %	35,4 %
wir trinken nie vorher Alkohol	399	23,4 %	58,8 %
wir treffen uns vorher gar nicht bzw. ich gehe nicht aus.	703	41,2 %	100,0 %
Gesamt	1706	100,0 %	
Systemfehlend	4		
N	1710		

Wenn du auf Party oder in die Disko gehst, trefft ihr euch dann schon vorher, um Alkohol zu trinken?			
Gruppe 2, gewichtet	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Wir trinken immer vorher Alkohol	53	4,7 %	4,7 %
oft	28	2,5 %	7,2 %
gelegentlich	56	5,0 %	12,1 %
selten	69	6,0 %	18,1 %
wir trinken nie vorher Alkohol	330	29,0 %	47,1 %
wir treffen uns vorher gar nicht bzw. ich gehe nicht aus.	601	52,9 %	100,0 %
Gesamt	1137	100,0 %	
Systemfehlend	3		
N	1140		

6 Einschätzungen zu den Gefahren eines Alkoholrausches

Wie groß sind deiner Meinung nach die gesundheitlichen Gefahren eines Alkoholrausches?				
Alle, gewichtet		Häufigkeit	Prozent	Kumulative Prozent
Geringe Gefahr	0	115	7,1 %	7,1 %
	1	37	2,3 %	9,3 %
	2	44	2,7 %	12,1 %
	3	32	2,0 %	14,0 %
Mittlere Gefahr	4	41	2,5 %	16,6 %
	5	185	11,4 %	27,9 %
	6	109	6,7 %	34,6 %
Hohe Gefahr	7	207	12,7 %	47,4 %
	8	316	19,4 %	66,8 %
	9	225	13,8 %	80,6 %
	10	316	19,4 %	100,0 %
Gesamt		1627	100,0 %	
Systemfehlend		83		
N		1710		

Wie groß sind deiner Meinung nach die gesundheitlichen Gefahren eines Alkoholrausches?				
Gefahr		Alle (A) / %		Unter 16-jährigen (G2) / %
Geringe Gefahr	0 – 3	14,1 %		14,6 %
Mittlere Gefahr	4 – 6	20,6 %		18,1 %
Hohe Gefahr	7 - 10	65,3 %		67,3 %

7 Gründe, keinen Alkohol zu trinken

Wenn du überhaupt KEINEN Alkohol trinkst, was sind deine Gründe? (multichoice)		
Gruppe 3*, gewichtet	Häufigkeit	Prozent
Weil ich zu jung bin.	660	58,5 %
Alkohol kann krank machen.	611	54,1 %
Ich will nicht süchtig werden.	555	49,2 %
Ich habe noch nie Lust gehabt, Alkohol zu trinken.	487	43,1 %
Meine Eltern haben mir verboten Alkohol zu trinken.	378	33,5 %
Mir schmeckt Alkohol nicht.	361	32,0 %
Betrunkene sind peinlich.	340	30,1 %
Ich kann immer noch trinken, wenn ich älter bin.	321	28,4 %
Bei mir zu Hause trinkt niemand Alkohol.	314	27,8 %
Weil ich Sport treibe.	289	25,6 %
Mein Freund / Freundin trinkt auch keinen Alkohol.	235	20,8 %
Ich will nicht nach Alkohol riechen.	217	19,2 %
Weil meine Lehrer sagen, dass Alkohol schädlich ist.	187	16,6 %
Sonstiges:	123	10,9 %
Alkoholische Getränke sind zu teuer.	100	8,9 %
Ich weiß es eigentlich gar nicht.	42	3,7 %
Gesamt	5220	

8 Gruppendruck

Wie oft trinkst du Alkohol, weil es die Anderen auch tun?			
Gruppe 3, gewichtet	Häufigkeit	Prozent	Kumulative Prozent
immer	48	7,2 %	7,2 %
sehr oft	58	8,8 %	16,0 %
oft	79	11,9 %	27,9 %
manchmal	203	30,6 %	58,5 %
selten	142	21,4 %	79,9 %
nie	133	20,1 %	100,0 %
Gesamt	662	100,0 %	

9 Anerkennung und Alkoholkonsum

Fühlst du dich cooler oder von anderen mehr anerkannt, wenn du Alkohol trinkst?			
Gruppe G3, gewichtet	Häufigkeit	Prozent	Kumulative Prozent
ja, immer	15	2,3 %	2,3 %
ja, sehr oft	11	1,7 %	4,0 %
ja, oft	7	1,0 %	5,1 %
ja, manchmal	53	8,0 %	13,0 %
ja, aber selten	88	13,3 %	26,3 %
nein, nie	488	73,7 %	100,0 %
Gesamt	662	100,0 %	

10 Feiern ohne Alkohol

Kannst du dir vorstellen eine Party zu feiern, ohne Alkohol zu trinken?					
Gruppe 3, gewichtet	weiblich	männlich	Gesamt	Kumulierte Prozent	
nein, auf keinen Fall	9,0 %	18,6 %	14,0 %	14,0 %	
	7,0 %	8,1 %	7,5 %	21,5 %	
	12,0 %	6,6 %	9,2 %	30,7 %	
	8,3 %	8,7 %	8,5 %	39,2 %	
	5,6 %	5,1 %	5,4 %	44,5 %	
	8,0 %	11,4 %	9,8 %	54,3 %	
	ja, auf jeden Fall	5,3 %	2,7 %	3,8 %	58,1 %
		6,0 %	4,8 %	5,4 %	63,5 %
		3,0 %	7,5 %	5,3 %	68,8 %
		11,3 %	6,9 %	9,1 %	77,9 %
	24,6 %	19,8 %	22,1 %	100,0 %	
Systemfehlend = 27			n = 635		

11 Anlässe, bei denen Alkohol getrunken wird

Bei welchen Anlässen trinkst du Alkohol? (multichoice)			
Gruppe 4, gewichtet	Gruppe 4	Nipper aus Gruppe 4	Unter 16-jährige aus Gruppe 4
Sylvester	80,80 %	65,0 %	74,9 %
Geburtstagsfeier	72,00 %	41,9 %	56,5 %
Disko	54,10 %	16,1 %	30,1 %
Familienfeier	43,00 %	33,8 %	36,6 %
Treffen mit Freunden	42,50 %	12,9 %	31,4 %
am Wochenende	41,40 %	7,1 %	26,7 %
Chillen / Abhängen	34,30 %	11,3 %	30,6 %
sonstiges	8,90 %	9,8 %	10,5 %
im Verein (z. B. Feuerwehr)	6,40 %	1,5 %	4,2 %
bei jedem Anlass	6,10 %	1,7 %	6,1 %
sportliche Aktivitäten	5,10 %	0,8 %	2,9 %
Ich trinke gar keinen Alkohol.	4,40 %	11,8 %	8,0 %
in der Woche	2,50 %	0,5 %	2,7 %

12 Disko und Kneipenbesuche der unter 16-jährigen

Wie oft hast du in den letzten 3 Monaten in einer Disko / Kneipe gefeiert?			
Gruppe G2, gewichtet	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozenze
täglich	10	0,9 %	0,9 %
3x oder mehrmals pro Woche	6	0,6 %	1,5 %
zweimal pro Woche	9	0,8 %	2,3 %
1 - 3x pro Monat	55	5,1 %	7,4 %
seltener	111	10,2 %	17,6 %
gar nicht	895	82,4 %	100,0 %
Gesamt	1086	100,0 %	
Systemfehlend + „weiß nicht“	162		
N	1248		

13 Gründe, Alkohol zu trinken

Warum trinkst du Alkohol? (multichoice)		
Gruppe 3, gewichtet	Häufigkeit	Prozent
weil es mir schmeckt	358	61,1 %
weil es locker macht	355	60,5 %
weil es lustig ist	256	43,7 %
weil es zum Weggehen dazu gehört	244	41,7 %
weil ich mich gut fühle	152	25,9 %
ich denke nicht darüber nach	117	19,9 %
wenn ich Stress habe	88	15,1 %
wenn ich traurig bin	63	10,8 %
weil es viele machen	50	8,6 %
trifft nicht zu, da ich keinen Alkohol trinke	7	1,2 %
Gesamt	1691	

14 Alkoholkonsum in den Schulferien

Trinkst du in den Schulferien mehr oder weniger Alkohol als während der Schulzeit?		
Gruppe 3, gewichtet	Häufigkeit	Prozent
mehr	383	57,8 %
genauso viel oder wenig, wie sonst auch	231	34,9 %
weniger	48	7,3 %
Gesamt	662	100,0 %

15 Alkoholkonsum auch mal alleine

Trinkst du auch alleine Alkohol?			
Gruppe 3, gewichtet	Geschlecht:		Gesamt
	weiblich	männlich	
trifft nicht zu, da ich keinen Alkohol trinke	0,3 %	2,3 %	1,4 %
ja, ich trinke auch allein Alkohol.	16,9 %	28,0 %	22,8 %
nein, ich trinke NUR mit anderen zusammen.	82,8 %	69,7 %	75,8 %
	n = 308	n = 354	n = 662

16 Gründe, weniger Alkohol zu trinken

Was könnte dich dazu bewegen, weniger Alkohol zu trinken? (multichoice)		
Gruppe 1, gewichtet	Häufigkeit	Prozent
Führerschein	164	61,6 %
nach einer Alkoholvergiftung	161	60,5 %
Peinlichkeit / Erlebnisse mit Alkohol	96	36,1 %
schlechte schulische Leistungen	89	33,4 %
schlechte sportliche Leistungen	73	27,6 %
wenn meine Freunde mich auf meinen Konsum ansprechen	71	26,6 %
Filmriss / „Blackout“	66	24,9 %
wenn Alkohol deutlich teurer wird	61	22,8 %
wenn meine Freunde auch aufhören	44	16,5 %
sonstiges	34	12,8 %
trifft nicht zu, da ich keinen Alkohol trinke	1	0,4 %
Gesamt	860	

17 Einstellungen der Eltern zum Rauschkonsum der Kinder und Jugendlichen

Wie finden es deine Eltern, dass du dich betrinkst ⁴⁰ ?		
Gruppe 5, gewichtet	Häufigkeit	Prozent
Meine Eltern haben nichts dagegen.	101	25,5 %
Meine Eltern finden es nicht gut.	140	35,4 %
Meine Eltern wissen nicht, dass ich mich betrinke.	147	37,2 %
Meinen Eltern ist das egal.	7	1,7 %
Gesamt	395	100,0 %
Systemfehlend	159	
N	554	

⁴⁰ Die Items: „Die Frage passt nicht, ich betrinke mich niemals“ (n = 53), sowie „kann ich nicht beantworten“ (n = 106) wurden für die Auswertung systematisch als systemfehlend bewertet.

8.1.4 Vergleich mit Drogenaffinitätsstudie der BZgA

Alkoholkonsum im Vergleich mit den Bundesdaten der BZgA	
1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Einstiegsalter in den Alkoholkonsum in Delmenhorst liegt 2012 bei $13,1 \pm 2,1$ Jahren (siehe Kapitel 8.2.1). Im Bundesschnitt lag 2011 der erste Alkoholkonsum bei 14,5 Jahren⁴¹. ▪ Das Durchschnittsalter des ersten Rausches liegt 2012 in Delmenhorst bei $14,3 \pm 1,7$ Jahren (siehe Kapitel 8.2.2). Im Bundesschnitt lag 2011 der erste Alkoholrausch bei 15,9 Jahren⁴².
2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In Delmenhorst wird im Alter von 12-17 Jahren zum Bundesschnitt vergleichbar häufig Alkohol konsumiert. ▪ Das Rauschtrinken („binge drinking“) wird in Delmenhorst in der untersuchten Altersklasse häufiger praktiziert als im Bundesschnitt (18 % zu 15 %). ▪ Das häufige Rauschtrinken (wöchentlich oder häufiger) in Delmenhorst ist im Bundesvergleich jedoch doppelt so stark ausgeprägt wie im Bundesschnitt (8 % zu 4 %).

1 Einstiegsalter der Delmenhorster Jugendlichen in den Alkoholkonsum

Erster Alkoholkonsum	Mittelwert	Standardabweichung
Männlich	12,93	2,25
Weiblich	13,35	1,83
Gesamt	13,13⁴³	2,07
n = 927		

Erster Alkoholrausch	Mittelwert	Standardabweichung
Männlich	14,36	3,71
Weiblich	14,23	1,71
Gesamt	14,33	1,657
n = 561		

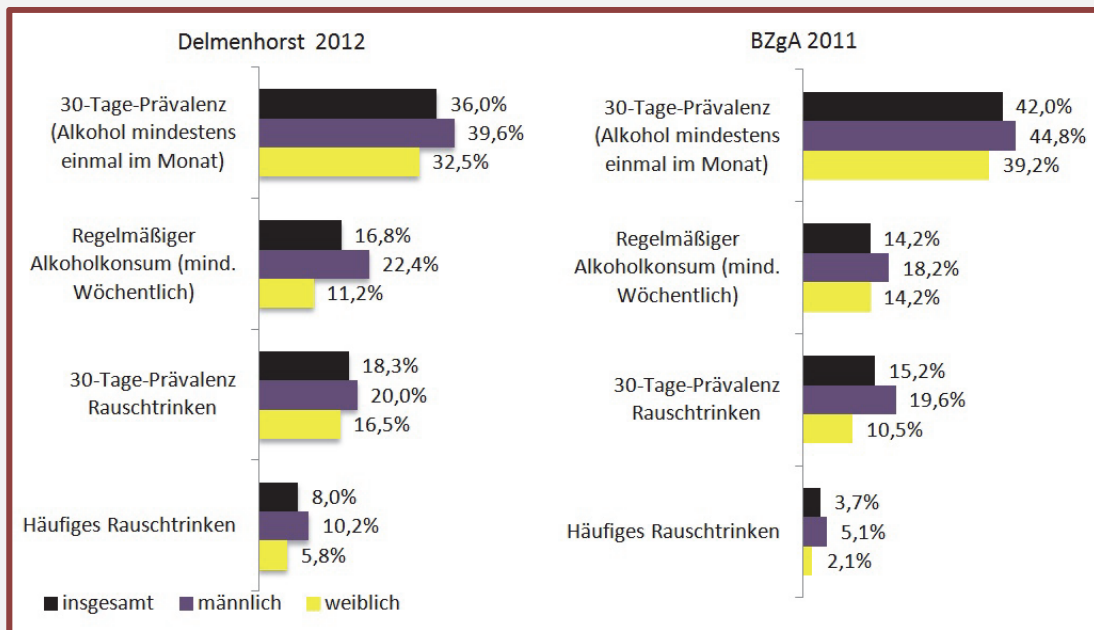
⁴¹ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012), die Daten beziehen sich auf das Jahr 2011.

⁴² Ebenda.

⁴³ $13,300 \pm 2,001$ bei gewichteter Stichprobe.

2 Alkoholkonsum nach Geschlecht im Vergleich mit der Drogenaffinitätsstudie der BZgA⁴⁴

Indikatoren des Alkoholkonsums der Jugendlichen im Alter von 12 – 17 Jahren.		Delmenhorst 2012	BZgA 2011
30-Tage-Prävalenz (Alkohol mind. einmal pro Monat)	männlich	39,6 %	44,8 %
	weiblich	32,5 %	39,2 %
	insgesamt	36,0 %	42,0 %
Regelmäßiger Alkoholkonsum (mind. wöchentlich)	männlich	22,4 %	18,2 %
	weiblich	11,2 %	14,2 %
	insgesamt	16,8 %	14,2 %
30-Tage-Prävalenz Rauschtrinken	männlich	20,0 %	18,6 %
	weiblich	16,5 %	10,5 %
	insgesamt	18,3 %	15,2 %
Häufiges Rauschtrinken	männlich	10,2 %	5,1 %
	weiblich	5,8 %	2,1 %
	insgesamt	8,0 %	3,7 %



Alle (N=1710), gewichtet

⁴⁴ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012), die Daten beziehen sich auf das Jahr 2011.

8.1.5 Rauschtrinken – differenzierte Betrachtung

Rauschtrinken differenziert nach ausgewählten Merkmalen der Jugendlichen im Alter von 12 – 17 Jahren⁴⁵.

1. 8% aller Kinder und Jugendlichen im Alter von 12 – 17 Jahren betreibt mindestens wöchentlich Rauschtrinken. Bezogen auf die letzten 30 Tage vor der Befragung, gab jeder Fünfte (18%) an, mindestens einmal betrunken gewesen zu sein.
2. Über die Hälfte (54 %) der 12 – 17-jährigen, die bereits mehr als nur einen Schluck Alkohol getrunken haben (G3), gibt an sich schon einmal „total betrunken“ zu haben. 7 % derjenigen, die schon einmal mehr als nur einen Schluck Alkohol getrunken haben (G3), betrinken sich mindestens einmal wöchentlich bis sie „total betrunken“ sind.
3. Von denjenigen, die mindestens ab und zu Alkohol konsumieren (G3), betreibt über die Hälfte (55 %) mindestens einmal pro Monat binge-drinking (Rauschtrinken). Zudem betreibt jeder fünfte dieser Gruppe (21 %) „häufiges Rauschtrinken“ (mindestens einmal in der Woche). Ebenfalls ein Fünftel (18 %) tut dies nie.
4. Es existieren signifikante Zusammenhänge zwischen „Rauscherfahrung(en)“ der Jugendlichen in Delmenhorst und dem Geschlecht sowie der Schulform. So geben 37 % der Jungen an, schon mindestens einmal betrunken gewesen zu sein. Unter den Mädchen haben 29 % diese Erfahrung gemacht. Auf dem Gymnasium (25 %) und der IGS (23 %) haben deutlich weniger Befragte diese Erfahrung gemacht als an den Realschulen (41 %) und Hauptschulen (39 %). Der Migrationshintergrund steht mit der Verteilung der Rauscherfahrungen nicht im Zusammenhang (32 %:34 %).
5. Bezogen auf die Gesamtstichprobe (A) gibt weniger als jeder zehnte (8 %) der Kinder und Jugendlichen im Alter von 12 – 17 Jahren häufiges Rauschtrinken an. Differenziert nach weiteren Merkmalen der Jugendlichen (A) zeigt sich hoch signifikant, dass das „häufige Rauschtrinken“ unter Jungen (10 %) häufiger verbreitet ist als bei den Mädchen (6 %). Bezogen auf den Migrationshintergrund ist kein signifikanter Zusammenhang zum „häufigen Rauschtrinken“ festzustellen.
6. Hoch signifikant ist der Zusammenhang des „häufigen Rauschtrinkens“ mit der Schulform der Befragten. So zeigen auf dem Gymnasium (4 %), den Förderschulen (6 %) und der IGS (7 %) signifikant weniger Jugendlichen im Alter von 12 – 17 Jahren dieses riskante Verhalten als auf den Realschulen (10 %) und Hauptschulen (11 %).

⁴⁵ Stochastischer Unabhängigkeitstest mit χ^2 -Test: Hoch signifikant: $p < 0,001$, signifikant: $p < 0,05$, nicht signifikant $p > 0,05$.

7. Es existiert kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem „häufigen Rauschtrinken“ und dem Elternstatus (leben beide Elternteile mit dem Befragten in einem Haushalt).
8. Es lässt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem riskanter Konsumverhalten (Rauscherfahrungen/häufiges Rauschtrinken) der Jugendlichen und der Zufriedenheit mit dem eigenen Leben feststellen.
9. In Bezug auf die „Stimmung zuhause“ und dem riskanten Konsumverhalten gibt es deutliche Unterschiede. Von denjenigen, die eine „sehr schlechter Stimmung“ zuhause angeben, trinken 35 % häufig Alkohol und von denjenigen, die eine „sehr gute Stimmung“ zuhause angeben, trinken lediglich 13 % häufig Alkohol. Bezogen auf den „häufigen Alkoholrausch“ verhält es sich tendenziell ähnlich und verläuft von 20 % bei sehr schlechter Stimmung zu 7 % bei sehr guter Stimmung, wobei der „häufige Alkoholrausch“ bei mittelmäßiger Stimmung am niedrigsten liegt (5 %).
10. In Bezug zur „Schule als Belastung“ zeigt sich ein Zusammenhang zum „häufigen Alkoholkonsum“ (15 % bei keiner Belastung, steigend bis 29% bei starker Belastung). Das „häufige Rauschtrinken“ zeigt sich unabhängig von der wahrgenommenen Belastung in der Schule (9 % bei keiner Belastung, 11 % bei starker Belastung).
11. Es zeigt sich, dass das riskante Konsumverhalten mit steigender Unzufriedenheit mit den eigenen Schulleistungen zunimmt (häufiger Alkoholkonsum: 15 % monoton steigend bis 26 %; und häufiges Rauschtrinken: 7 % monoton steigend bis 11 %). Diejenigen, die sich für ihre Schulleistungen nicht interessieren, zeigen sehr häufig riskante Konsummuster. Über die Hälfte (52 %) dieser Gruppe trinkt häufig Alkohol, knapp ein Drittel (29 %) gibt einen „häufigen Alkoholrausch“ an.

1 Rauschtrinken – differenziert nach Geschlecht

Alle, gewichtet	Häufiges Rauschtrinken (mindestens wöchentlich)	30-Tage-Prävalenz Rauschtrinken
Weiblich	5,8 %	16,5 %
Männlich	10,2 %	20,0 %
Gesamt	8,0%	18,3 %

* Signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede $p < 0,05$.

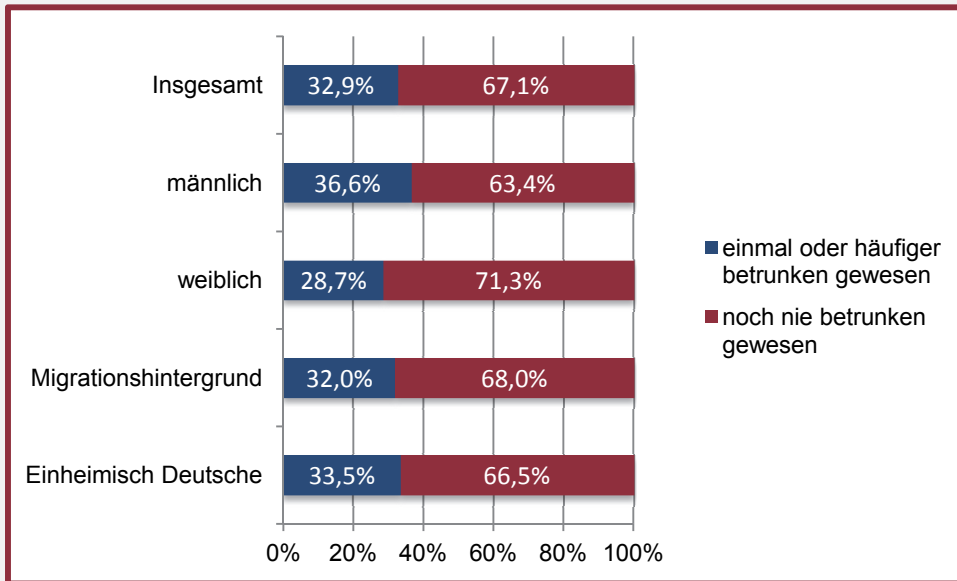
2 Häufigkeit eines Vollrausches

Wie oft betrinkst du dich, bis du total betrunken bist?			
Gruppe 3, gewichtet	Häufigkeit	Prozent	Kumulative Prozent
ich betrinke mich nie, bis ich Gesamt betrunken bin	306	46,3 %	46,3 %
seltener als einmal pro Monat	186	28,2 %	74,5 %
ein Mal im Monat	72	10,9 %	85,4 %
alle zwei - drei Wochen	51	7,7 %	93,1 %
ein Mal die Woche (z. B.: freitags)	25	3,8 %	96,8 %
zwei Mal die Woche (z. B. freitags und samstags)	5	0,8 %	97,7 %
häufiger als zwei mal die Woche	16	2,3 %	100,0 %
Gesamt	662	100,0 %	

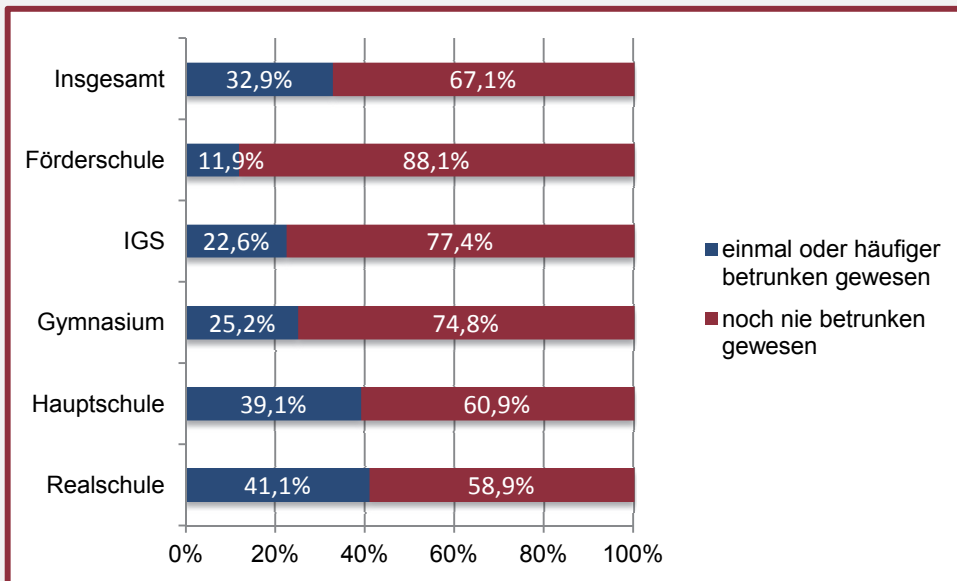
3 Häufigkeit des „binge-drinkings“

Wie oft trinkst du 5 oder mehr alkoholische Getränke an einem Abend oder Nachmittag?			
Gruppe 3, gewichtet	Häufigkeit	Prozent	Kumulative Prozent
ich trinke nie mehr als fünf alkoholische Getränke an e ...	121	18,2	18,2 %
seltener als einmal pro Monat	177	26,7	45,0 %
ein Mal im Monat	113	17,0	62,0 %
alle 2-3 Wochen	115	17,4	79,4 %
ein Mal die Woche (z. B.: freitags)	80	12,1	91,5 %
zwei Mal die Woche (z. B. freitags und samstags)	42	6,4	97,8 %
häufiger als zwei Mal die Woche	14	2,2	100,0 %
Gesamt	662	100,0	

4 Rauschtrinken – differenziert nach Geschlecht und Migrationshintergrund

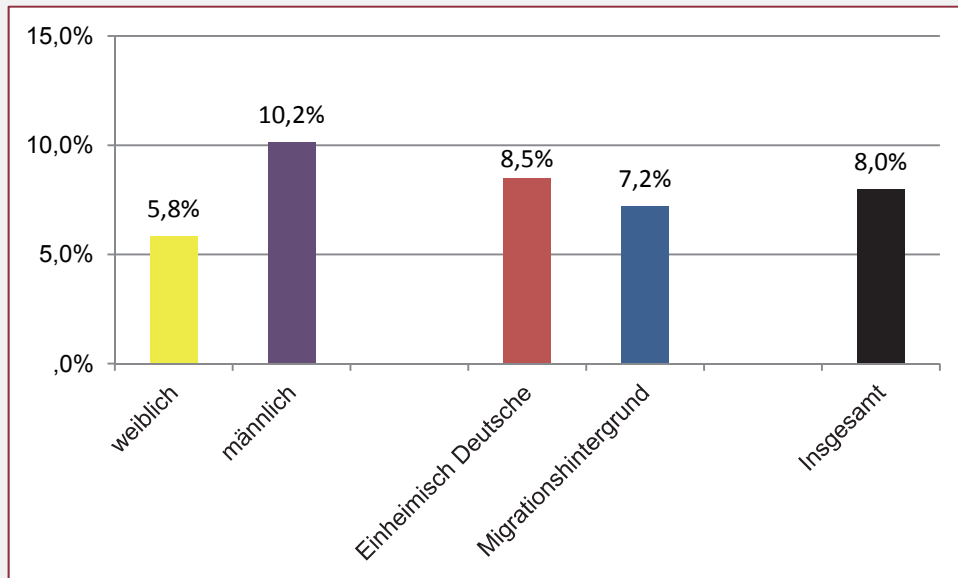


* Alle (N=1710), gewichteter Datensatz: Geschlecht: $p < 0,01$. Migration: $p > 0,1$.



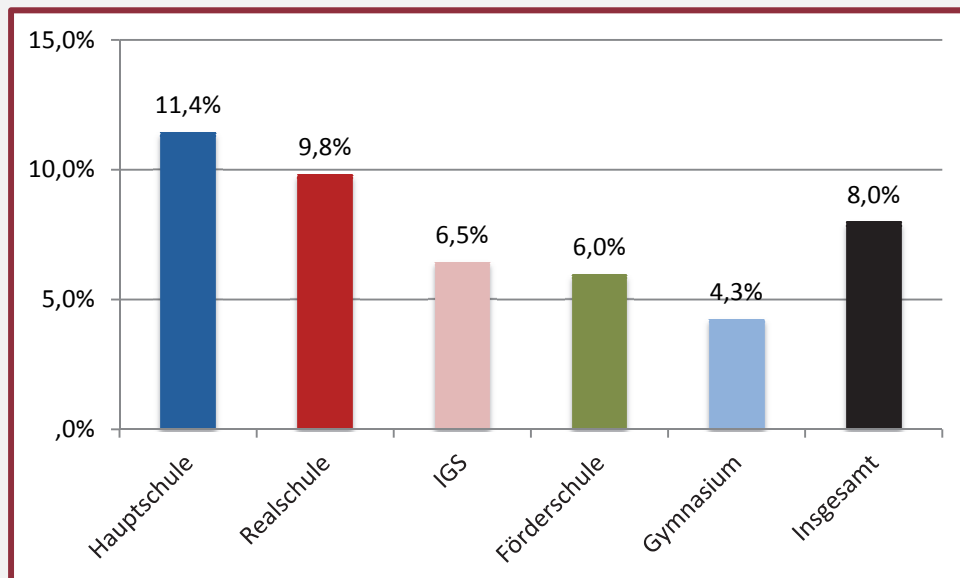
* Alle (N=1710), gewichteter Datensatz : Schulform: $p < 0,01$.

5 Häufigkeit des „binge-drinkings“ nach Geschlecht und Migrationshintergrund



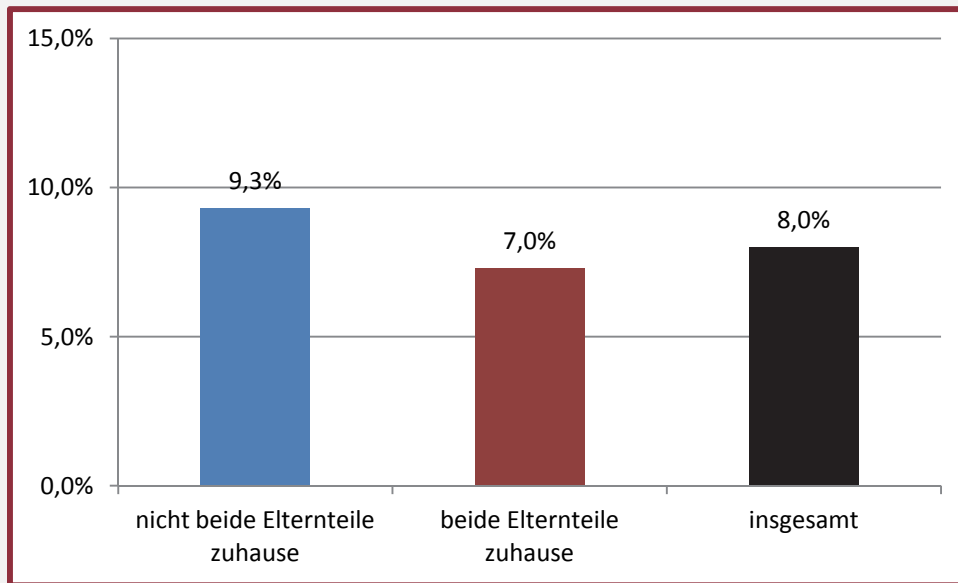
* Alle (N=1710), gewichteter Datensatz: Geschlecht: (p < 0,001). Migration: (p > 0,1).

6 Häufigkeit des „binge-drinkings“ nach Schulform



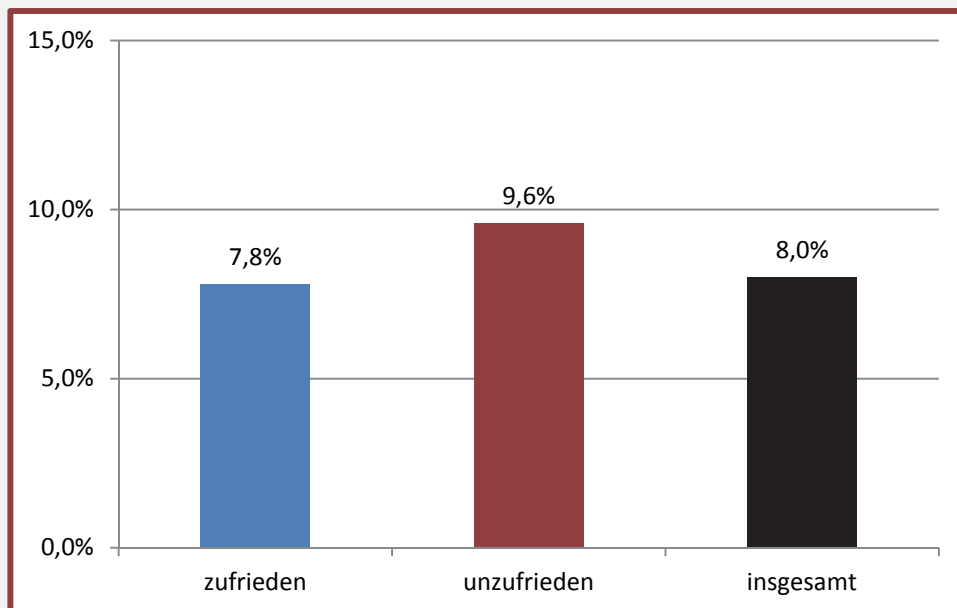
* Alle (N=1710), gewichteter Datensatz: Schulform: (p < 0,001).

7 Häufigkeit des „binge-drinkings“ nach Elternstatus



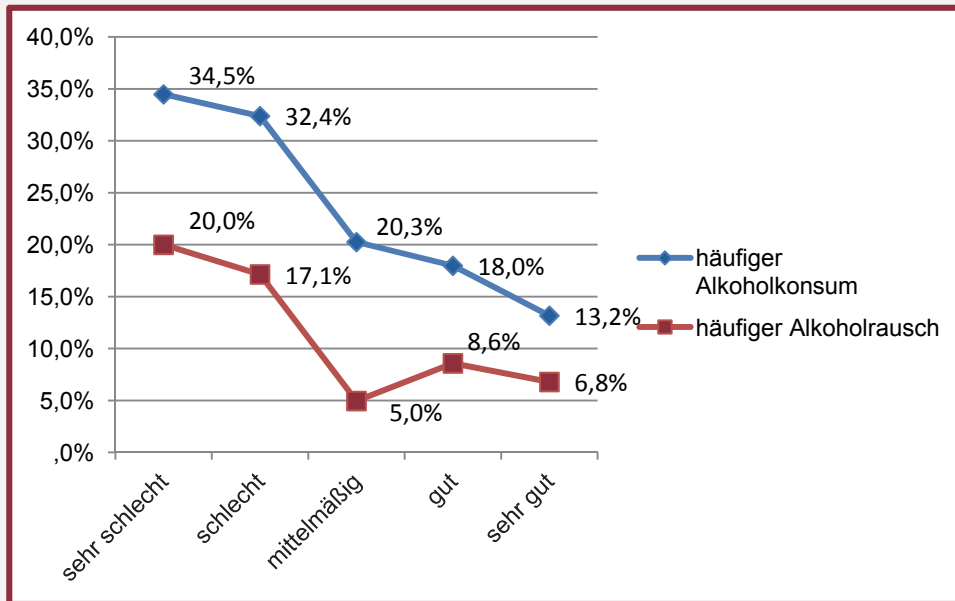
* Alle, (N=1710), gewichtet, (p = 0,119): nicht signifikant

8 Häufigkeit des „binge-drinkings“ nach der Gesamtzufriedenheit (dichotom)



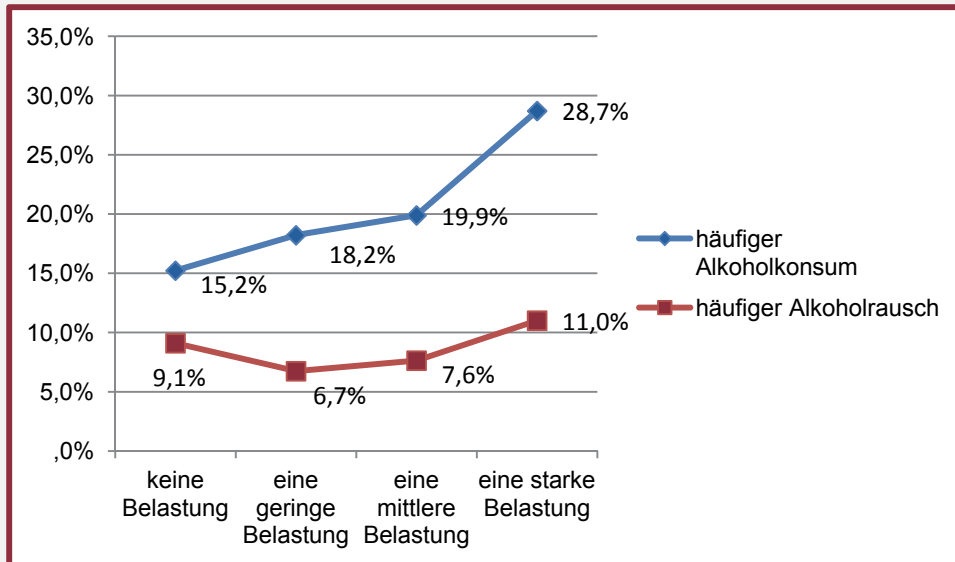
* Alle (N=1710), gewichtet, (p = 0,386): nicht signifikant

9 Häufigkeit des „binge-drinkings“ nach der Stimmung zuhause



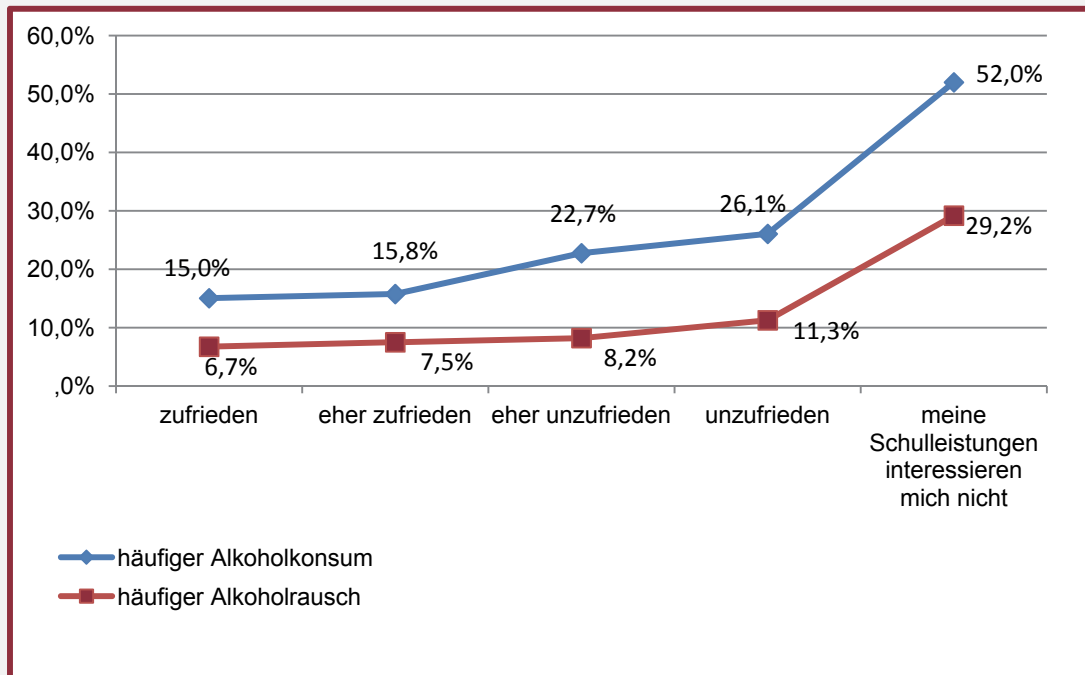
* Alle (N=1710), gewichtet

10 Häufigkeit des „binge-drinkings“ nach der Belastung in der Schule



* Alle (N=1710), gewichtet

11 Häufigkeit des „binge-drinkings“ nach der Zufriedenheit mit den Schulleistungen



* Alle (N=1710), gewichtet

8.1.6 Bezugsquellen für den Alkohol

Woher bekommen die unter 16-jährigen den Alkohol her

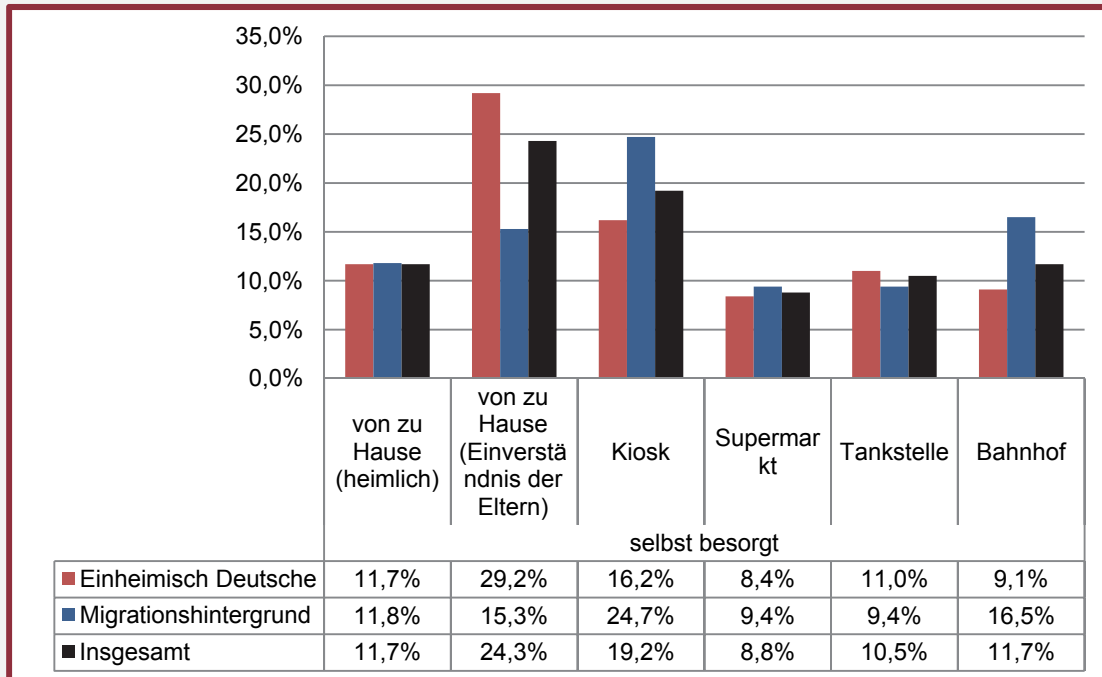
1. Unverändert zu 2008 bekommt über ein Drittel (2008:35 %; 2012:35 %) der unter 16-jährigen, die Alkohol trinken, ihren Alkohol von zu Hause. Der Kauf von alkoholischen Getränken ist hingegen für unter 16-jährige schwieriger geworden. 2008 gaben noch 28 % an, Alkohol beim Kiosk kaufen zu können und 35 % konnten alkoholische Getränke beim Supermarkt erwerben. 2012 gaben vergleichbar wenige 9 % an, im Supermarkt und 19 % am Kiosk Alkohol zu erhalten.
2. Wie erwähnt erhält ein Drittel (35 %) der unter 16-jährigen, die Alkohol trinken ihren Alkohol von zuhause. Bei näherer Betrachtung zeigt sich, dass zwei Drittel von dieser Gruppe, diesen im Einverständnis ihrer Eltern erhalten. Hier zeigt sich zudem, dass die Eltern mit Migrationshintergrund ihren Kindern nicht so bereitwillig den Alkohol überlassen, wie die einheimisch Deutschen Eltern (15 %; 29 %).

1 Bezugsquelle für den Alkohol

Wie beschaffst du dir deinen Alkohol? (multichoice)		
Jugendliche von 12 – 15 Jahren, die bereits Alkohol konsumieren und sich diesen selbst besorgen, gewichtet	Besorge ich selbst*	
	2012	2008
von zu Hause	35,4 %	35,5 %
Kiosk	19,3 %	28,2 %
Supermarkt	8,6 %	34,6 %
Tankstelle	10,3 %	
Bahnhof	11,5 %	
2012: n = 243; 2008: n = 595		

* neben „besorge ich selbst“ waren weitere Ausprägungen der dargestellten Items „besorgen andere für mich“ „nein, von hier nicht“.

2 Selbstbesorgter Alkohol nach Migrationshintergrund



Jugendliche im Alter von 12 – 15 Jahren, die bereits Alkohol trinken (n = 239)

8.2 Tabakkonsum

Ein wichtiger Indikator des Tabakkonsums unter Kindern und Jugendlichen ist das Einstiegsalter. Von besonderer Bedeutung ist hier die Entwicklung von 2008 zu 2012. Zudem wird der Vergleich mit den Bundesdaten hergestellt.

Bei der Untersuchung des Tabakkonsums werden unterschiedliche Gruppen innerhalb der 12 – 17-jährigen betrachtet und in Verbindung mit Risikofaktoren nach ausgewählten Merkmalen untersucht.

Tabakkonsum der Kinder und Jugendlichen im Alter von 12 – 17 Jahren

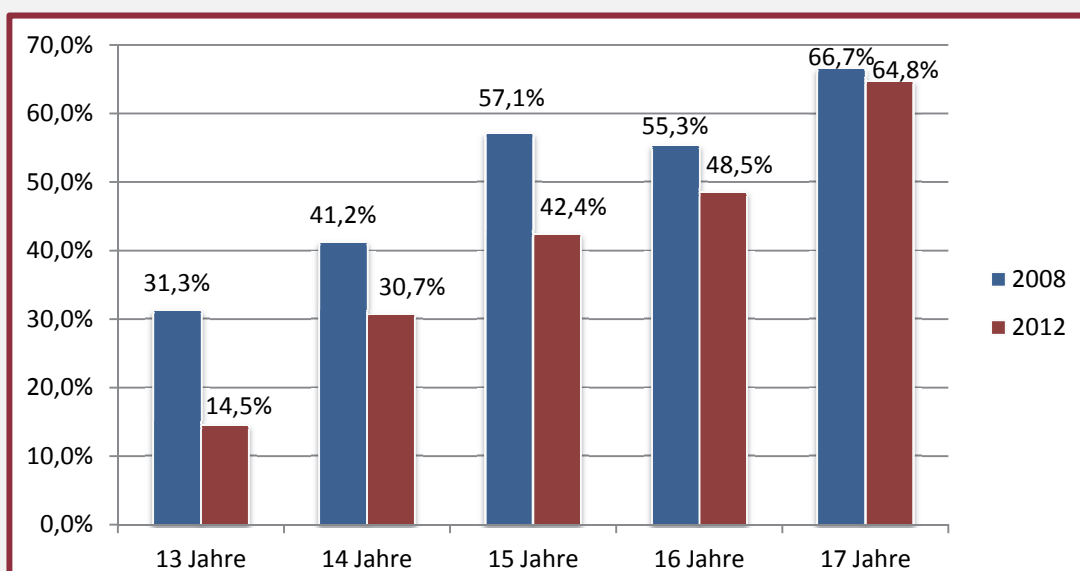
1. Das Einstiegsalter in den Tabakkonsum in Delmenhorst liegt 2012 bei 12,8 Jahren. Hierbei zeigen sich keine signifikanten Unterschiede bezogen auf das Geschlecht. Im Bundesschnitt lag 2011 der erste Tabakkonsum bei 14,4 Jahren⁴⁶.
2. Es zeigt sich eine deutliche Verschiebung des Einstiegs in den Tabakkonsum in die höheren Altersklassen. Ähnlich wie bei den Rauscherfahrungen zeigt sich unter den 17-jährigen, dass ein Großteil der Jugendlichen die Erfahrungen mit Tabakkonsum irgendwann sammeln.
3. Insgesamt lässt sich feststellen, dass zwar in Delmenhorst in der Altersgruppe der 12 bis 17-jährigen mehr geraucht wird als im Bundesdurchschnitt, jedoch deutlich weniger als 2008. Zudem werden erst deutlich später Erfahrungen mit Tabak gemacht. Zudem rauchen im Bundesschnitt das erste Mal seit den Erhebungen der BZgA mehr Mädchen als Jungen. Auch in Delmenhorst haben die Mädchen aufgeholt.
4. Die Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Delmenhorst rauchen häufiger (17 %) als die Jugendlichen, deren Eltern beide in Deutschland geboren sind (11 %).
5. Bezogen auf die Schulform zeigen sich deutliche Unterschiede in Bezug auf den Tabakkonsum. Während auf den Gymnasien in der Altersklasse von 12 – 17 Jahren 79 % noch nie geraucht haben, haben an den Hauptschulen bereits die Hälfte (50 %) Erfahrungen mit Tabakkonsum gemacht. Zudem raucht an den Haupt- und Realschulen (22 %/18 %) knapp jeder Fünfte regelmäßig. Damit ist der Anteil etwa viermal so hoch wie an den Gymnasien (5 %).

⁴⁶ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012)

1 Einstieg in den Tabakkonsum

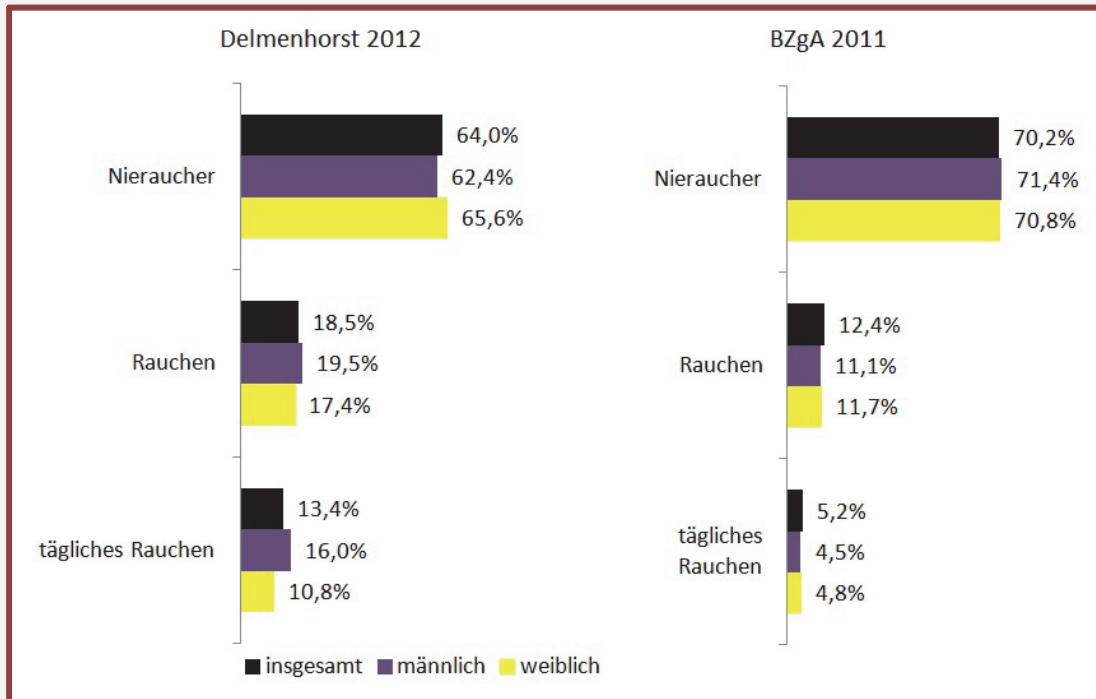
	Mittelwert	Standardfehler	N
Männlich	12,52	0,12	299
Weiblich	12,99	0,20	278
Gesamt	12,75	0,12	577

2 Erfahrungen mit Tabakkonsum nach Alter



Kinder und Jugendliche im Alter von 13 – 17 Jahren (n = 1485).

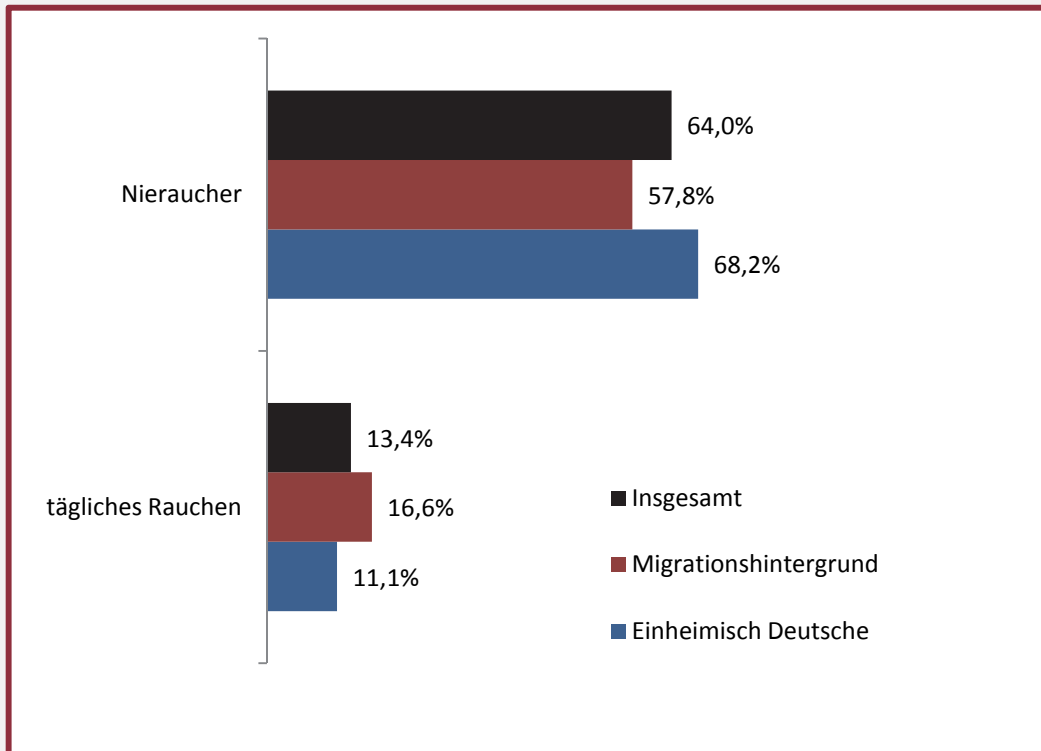
3 Tabakkonsum nach Geschlecht im Vergleich mit der Drogenaffinitätsstudie der BZgA⁴⁷



Alle (N=1710), gewichtet

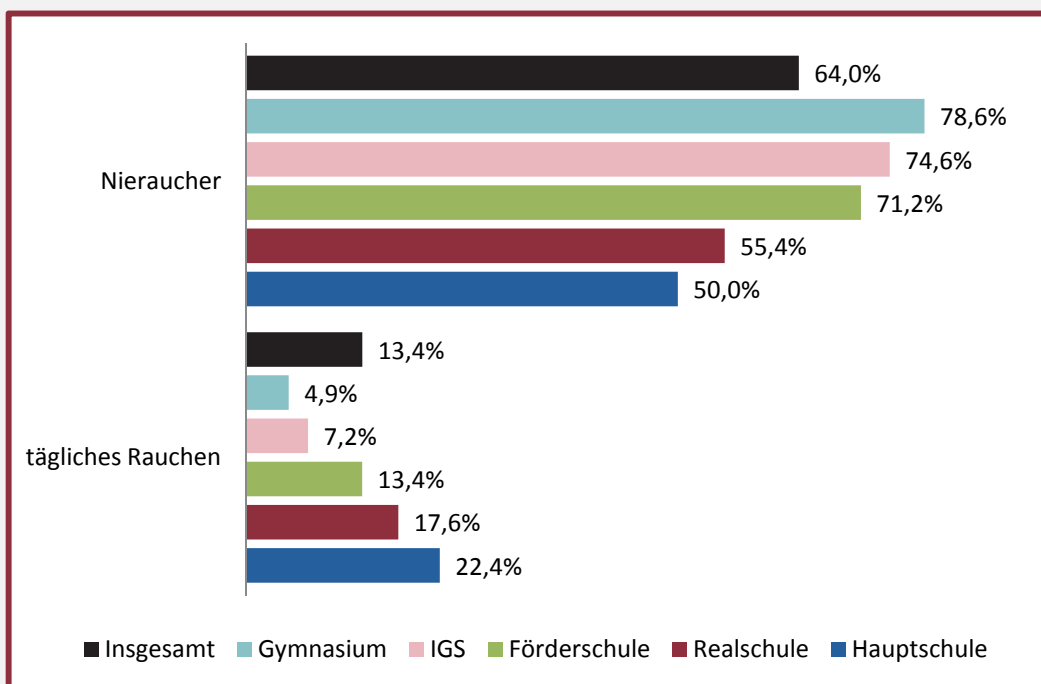
⁴⁷ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012), die Daten beziehen sich auf das Jahr 2011.

4 Tabakkonsum nach Migrationshintergrund



Alle (N=1710), gewichtet, (p < 0,01)

5 Tabakkonsum nach Schulform



Alle (N=1710), gewichtet, (p < 0,01)

8.3 Cannabiskonsum

Ein wichtiger Indikator des Cannabiskonsums unter Kindern und Jugendlichen ist das Einstiegsalter. Von besonderer Bedeutung ist hier der Vergleich mit den Bundesdaten, um den regionalen Bedarf zu messen.

Bei der Untersuchung des Cannabiskonsums werden unterschiedliche Gruppen innerhalb der 12 – 17-jährigen betrachtet und in Verbindung mit Risikofaktoren nach ausgewählten Merkmalen untersucht. Die aktuelle Befragung verdeutlicht was in den Schulen schon seit Anfang des Jahres aufgefallen ist. Der Cannabiskonsum in Delmenhorst erlebt seit knapp einem Jahr einen starken Anstieg.

Cannabiskonsum der Kinder und Jugendlichen im Alter von 12 – 17 Jahren

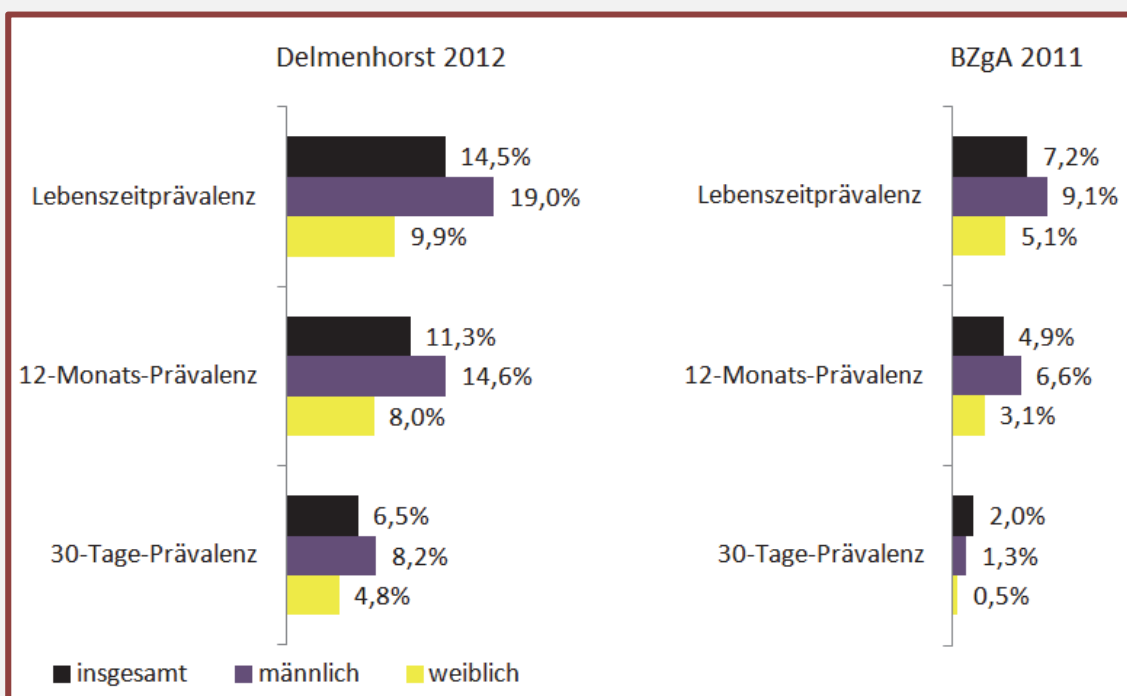
1. Das Einstiegsalter in den Cannabiskonsum in Delmenhorst liegt 2012 bei 14,4 Jahren. Hierbei zeigen sich keine signifikanten Unterschiede bezogen auf das Geschlecht. Im Bundesschnitt lag 2011 der erste Cannabiskonsum deutlich höher bei 16,7 Jahren⁴⁸.
2. Es zeigt sich, dass sich in dem letzten Jahr (12-Monats-Prävalenz und Lebenszeitprävalenz) der Cannabiskonsum in Delmenhorst zugenommen hat. Momentan liegt Delmenhorst in der beobachteten Altersgruppe deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Insbesondere bei der 30-Tage-Prävalenz liegen die Delmenhorster Zahlen (6,5 %) ein Dreifaches über dem Bundesschnitt (2,0 %).
3. Über die 30-Tage-Prävalenz wird deutlich, dass es einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Cannabiskonsum und dem Migrationshintergrund der Befragten gibt. Die Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund konsumieren häufiger Cannabis (7,2 %) als diejenigen, deren Eltern beide in Deutschland geboren sind (4,2 %).
4. Derzeit (30-Tage-Prävalenz) wird an den Förder- und Hauptschulen (8,6 % / 9,4 %) besonders häufig Cannabis konsumiert.

⁴⁸ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012)

1 Einstieg in den Tabakkonsum

	Mittelwert	Standardfehler	N
Männlich	14,44	0,61	131
Weiblich	14,41	0,18	70
Gesamt	14,43	0,40	201

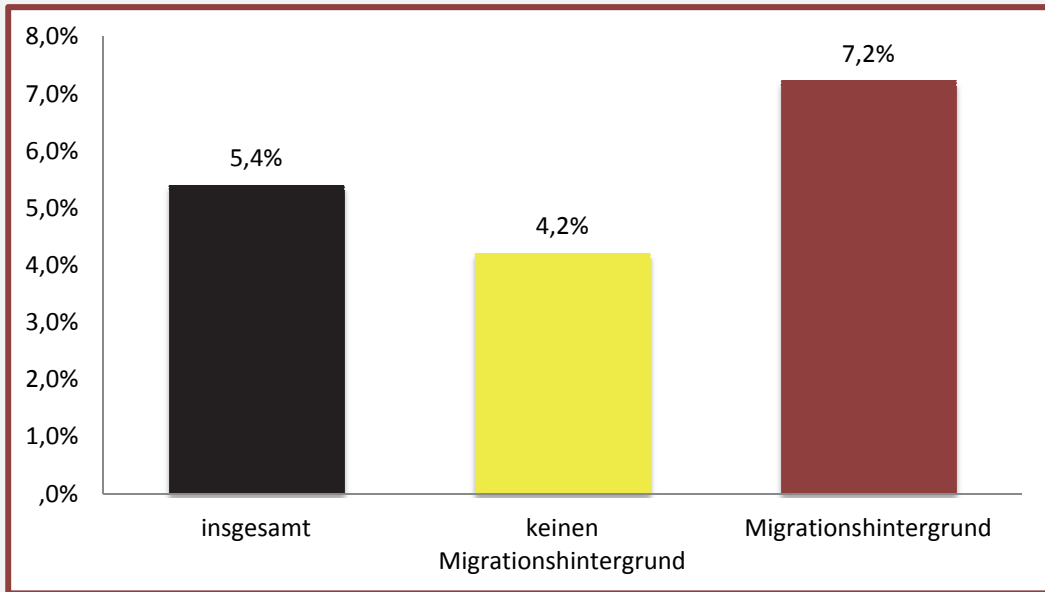
2 Cannabiskonsum nach Geschlecht im Vergleich mit der Drogenaffinitätsstudie der BZgA⁴⁹



Alle (N=1710), gewichtet

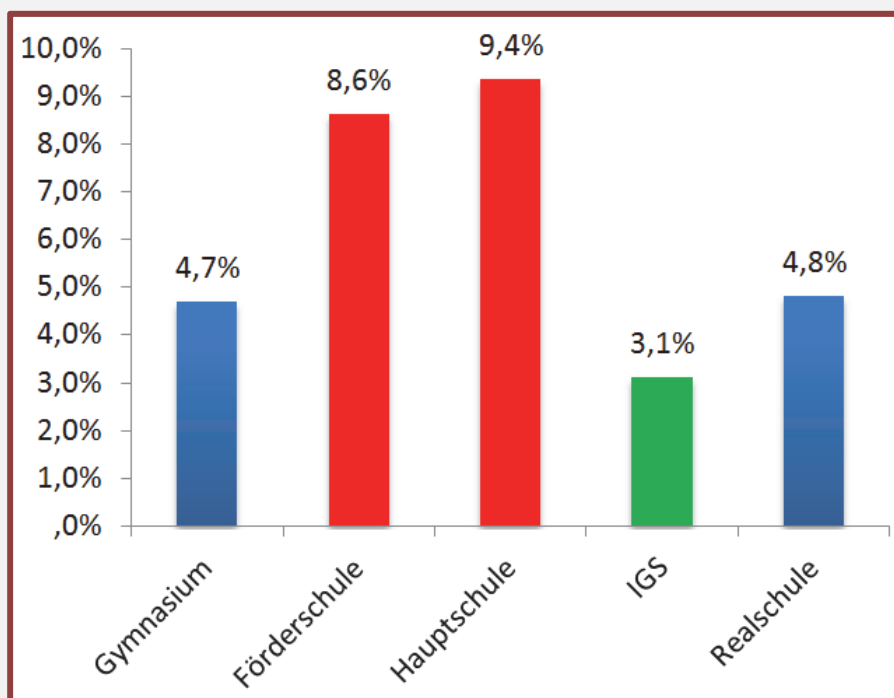
⁴⁹ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012), die Daten beziehen sich auf das Jahr 2011.

3 Cannabiskonsum – 30-Tage-Prävalenz nach Migrationshintergrund



Alle (N=1715), nicht gewichtet, (p < 0,01)

4 Cannabiskonsum nach Schulform (30-Tage-Prävalenz)



Alle (N=1715), gewichtet, (p < 0,01)

8.4 Zufriedenheit und Belastungen

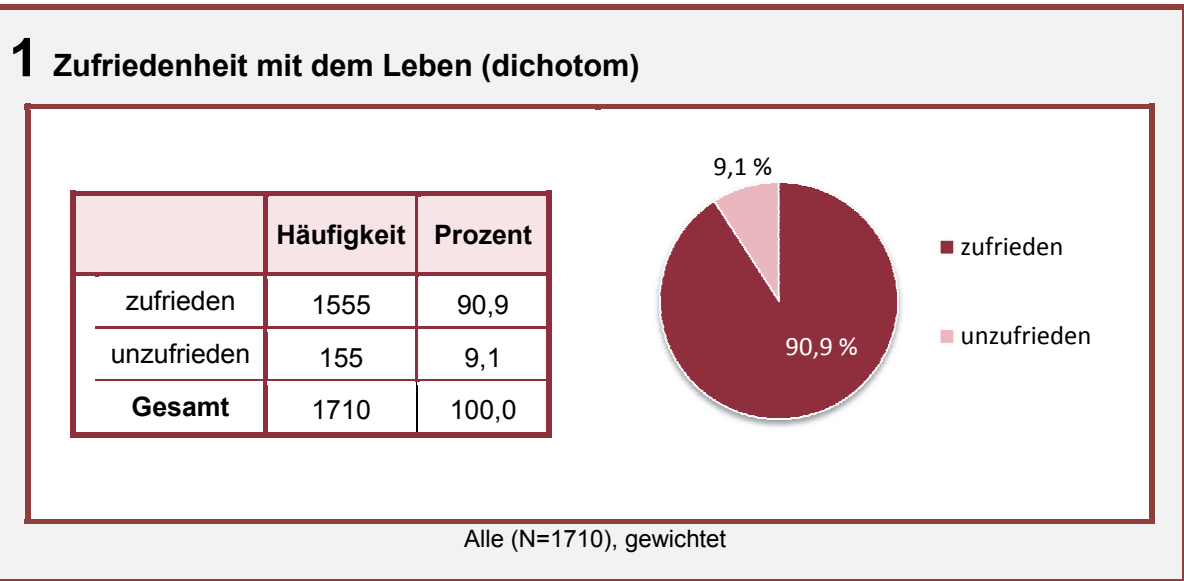
In Bezug auf den „Riskanten Konsum“ sind die Zufriedenheit und die Belastungen der Kinder und Jugendlichen von wesentlicher Bedeutung. Die Zufriedenheit mit dem Leben, die Schulleistungen, die Belastungen durch die Schule und die Stimmung zu Hause können im Zusammenhang mit dem Riskanten Konsum stehen. Bei der Auswertung der Untersuchung wurden die Ergebnisse zu der Zufriedenheit und den Belastungen der Schülerinnen und Schüler mit dem Rauschtrinken korreliert, um den vermuteten Zusammenhang zu prüfen (siehe Kapitel 8.1.5).

Zufriedenheit und Belastungen der Kinder und Jugendlichen im Alter von 12 – 17 Jahren

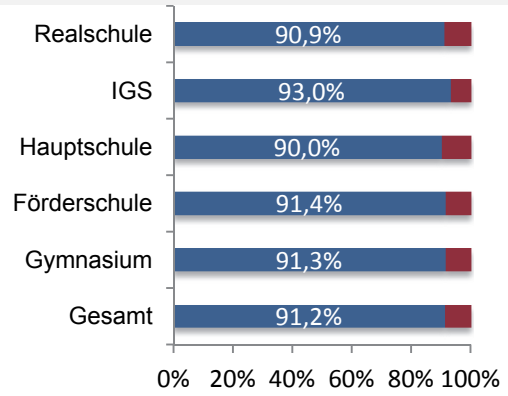
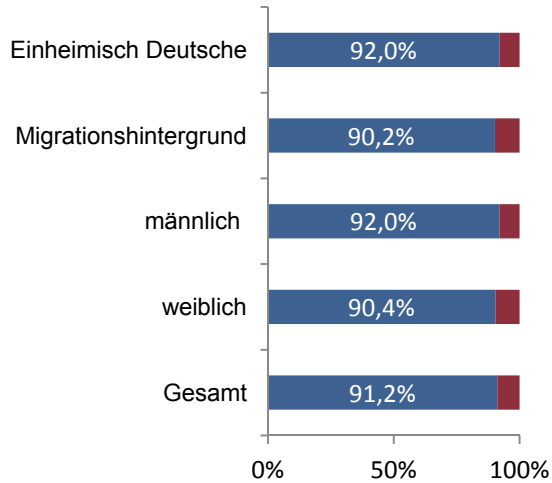
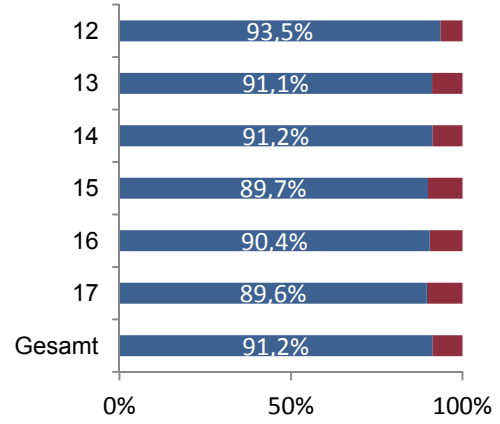
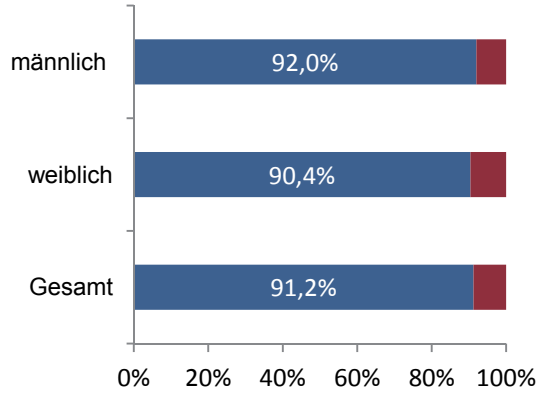
1. 9 von 10 Kindern und Jugendlichen sind mit ihrem Leben zufrieden⁵⁰
2. Die Lebenszufriedenheit ist unabhängig vom Geschlecht, vom Alter, vom kulturellen Hintergrund und von der Schulform.
3. Insgesamt sind mehr als zwei Drittel (70 %) der Kinder und Jugendlichen im Alter von 12 - 17 Jahren zufrieden mit Ihren Schulleistungen. Mädchen (72 %) sind zufriedener mit den eigenen Schulleistungen als die Jungen (67 %). Zudem sind die Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund unzufriedener mit den Leistungen (66 %), als diejenigen deren Eltern beide in Deutschland geboren sind (72 %).
4. Mit steigendem Alter werden die Jugendlichen mit den Schulleistungen unzufriedener.
5. An den Förderschulen sind die Befragten am zufriedensten mit ihren Schulleistungen (84 %). An den Realschulen gaben die wenigsten (63 %) an, zufrieden mit ihren Leistungen zu sein.
6. Unabhängig vom Geschlecht wird die Schule von knapp zwei Drittel der Schüler (67 %) als keine oder geringe Belastung empfunden. Lediglich 5 % geben an, die Schule als starke Belastung wahrzunehmen.
7. Wie stark die Schule als Belastung wahrgenommen wird ist abhängig vom Alter. So fühlen sich im Alter von 15 bis 16 Jahren deutlich mehr mittelmäßig belastet als in den Altersgruppen von 12 - 14 Jahren. Im Alter von 17 Jahren nimmt die Belastung wieder ab. Eine starke Belastung durch die Schule empfinden altersunabhängig ca. 5 % der Schülerinnen und Schüler.
8. Bei der Belastung durch die Schule zeigen sich nur in der Gruppe der „stark Belasteten“ signifikante Unterschiede im Bezug zum Migrationshintergrund. Hier gaben, mit 7 %, die Jugendlichen mit Migrationshintergrund deutlich häufiger an, stark belastet zu sein.

⁵⁰ Bei der Befragung wurde eine vierstufige Likert-Skala verwendet. Für die Auswertung wurden die Zufriedenheiten der Befragten dichotomisiert.

- 9. Am wenigsten Belastung wird an den Hauptschulen wahrgenommen, wogegen die Schülerinnen und Schüler an den Gymnasien sich häufiger einer Belastungen ausgesetzt fühlen. Die Gruppe der „stark Belasteten“ ist an den Förderschulen sehr groß (16 %) und an der IGS kaum vertreten (3 %).
- 10. Eine schlechte oder sehr schlechte Stimmung zu Hause wird von knapp 6 % der Jugendlichen angegeben. Fast drei Viertel der Befragten (72 %) gibt eine gute bis sehr gute Stimmung zu Hause an.
- 11. Insgesamt geben die Jungen eine bessere Stimmung zu Hause an.
- 12. Die Stimmung zu Hause sinkt mit dem Alter. Mit 12 Jahren geben noch knapp drei Viertel eine gute bis sehr gute Stimmung an, mit 17 sind es noch zwei Drittel (66 %).
- 13. Insgesamt zeigt die Stimmung zu Hause keinen Zusammenhang zum Migrationshintergrund. Jedoch ist das Merkmal „sehr gute Stimmung“ (27 %/22 %) zugunsten der „guten Stimmung“ (43 %/51 %) bei den Jugendlichen mit Migrationshintergrund ausgeprägter.



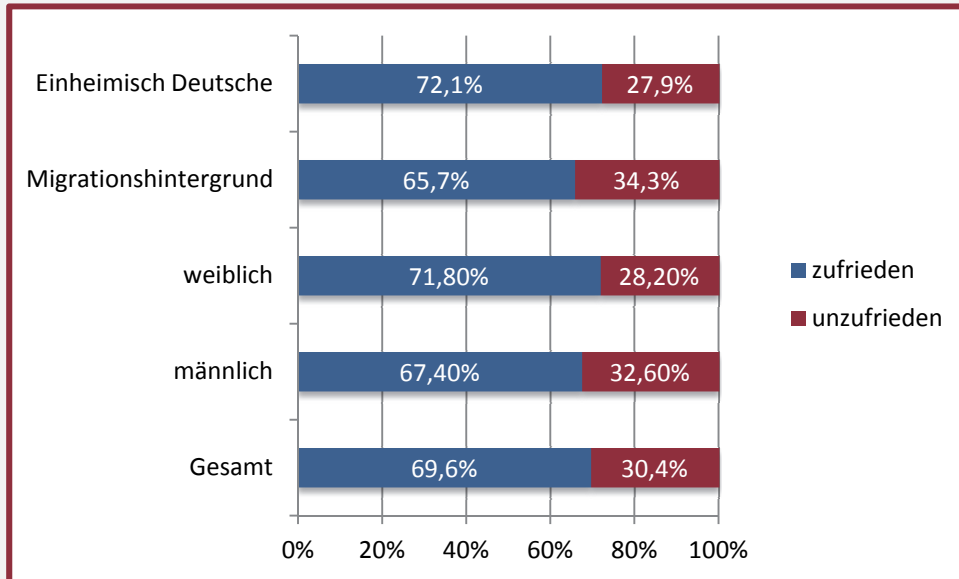
2 Zufriedenheit mit dem Leben nach ausgewählten Merkmalen



■ zufrieden
■ unzufrieden

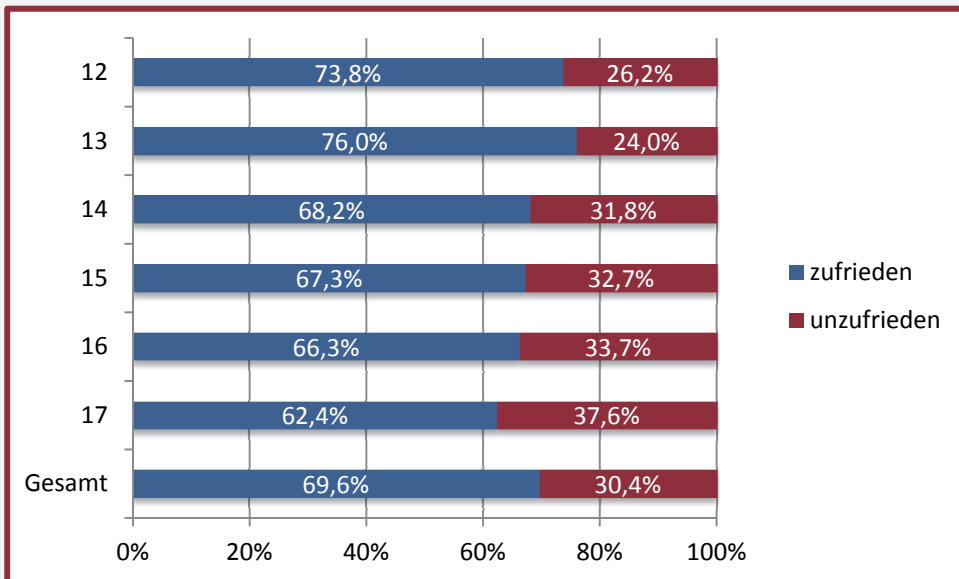
Alle, (N=1710), gewichtet, $p > 0,05$ für alle Merkmale

3 Zufriedenheit mit den Schulleistungen nach Geschlecht (dichotom)



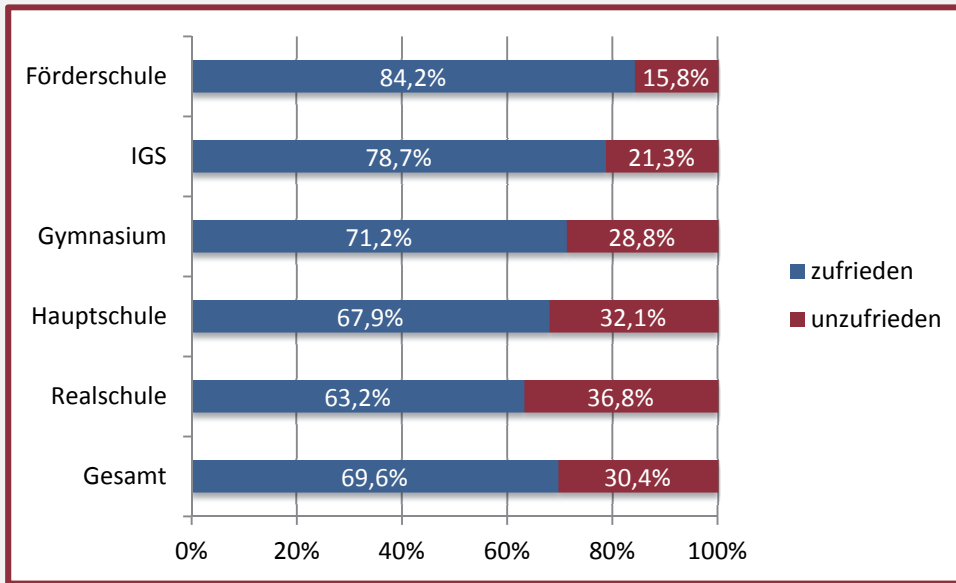
Alle (N=1710), gewichtet, Migrationshintergrund (p < 0,01), Geschlecht (p < 0,1)

4 Zufriedenheit mit den Schulleistungen nach Alter (dichotom)



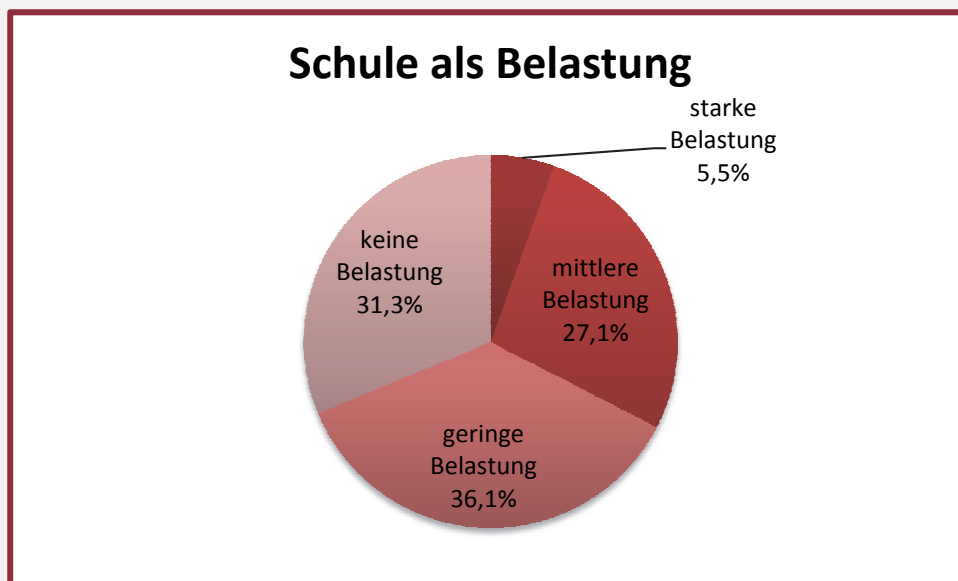
Alle (N=1710), (p < 0,05)

5 Zufriedenheit mit den Schulleistungen nach Schulform (dichotom)



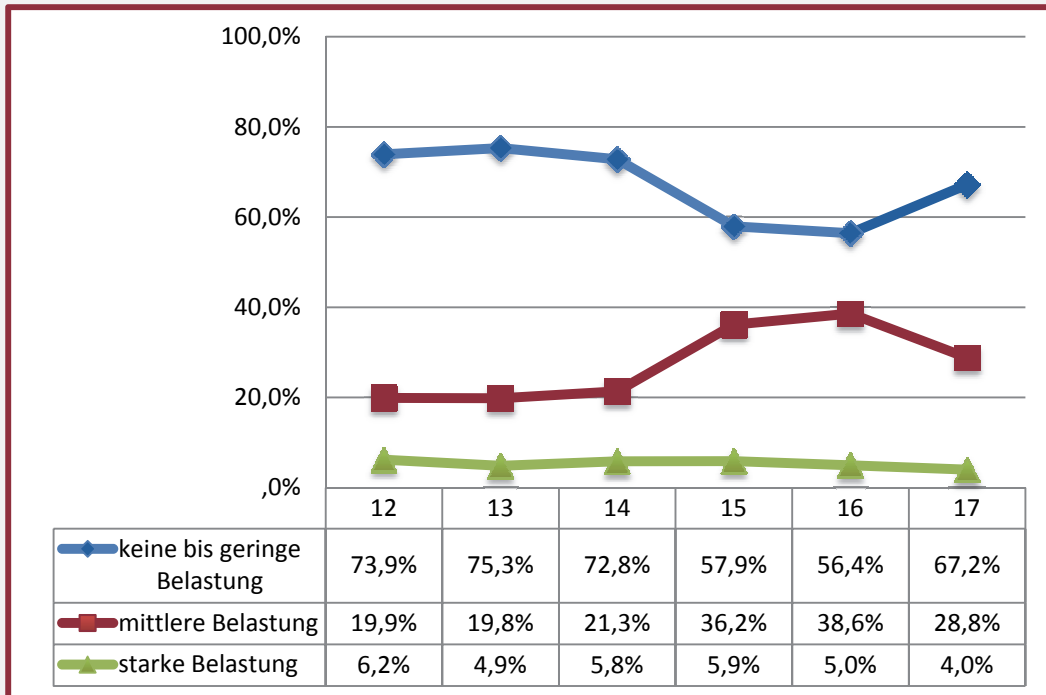
Alle (N=1710), gewichtet, (p < 0,01)

6 Belastungen durch die Schule



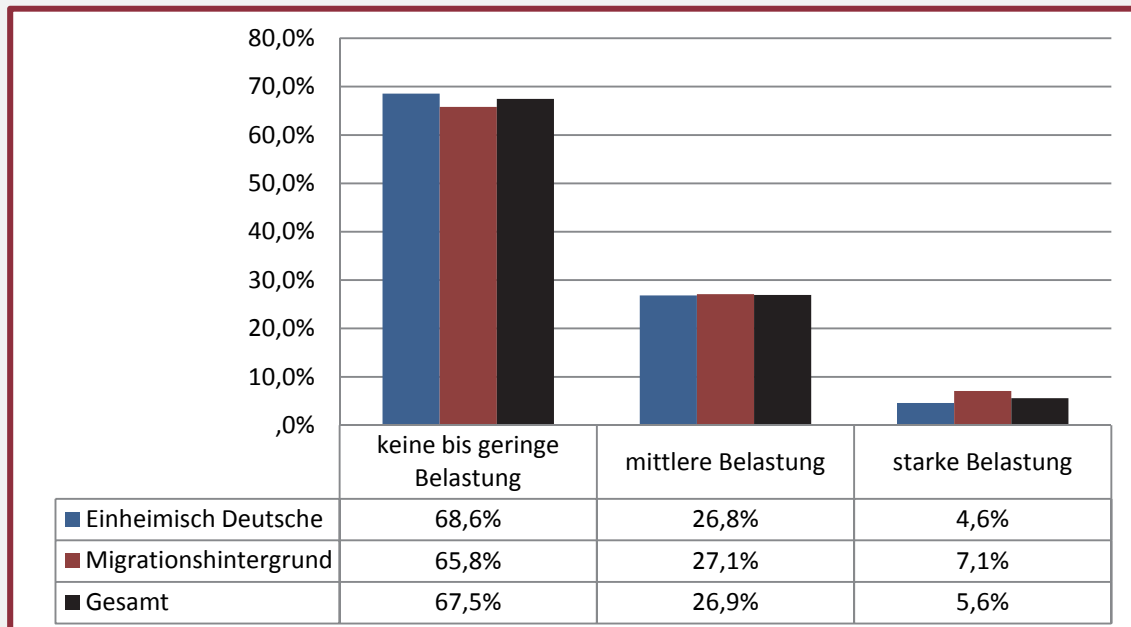
* Nicht vom Geschlecht abhängig (p > 0,05), Alle (N=1710), gewichtet

7 Belastungen durch die Schule nach Alter



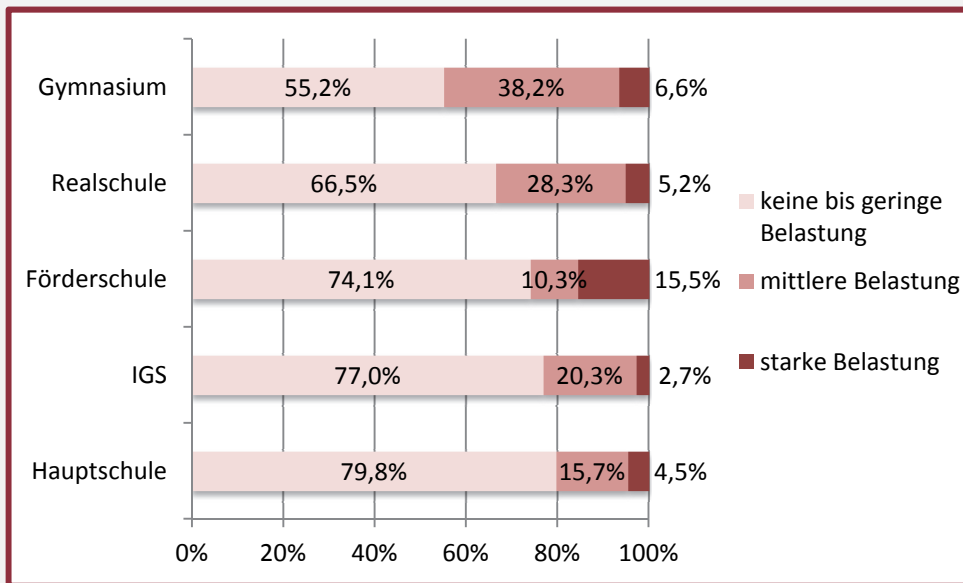
Alle (N=1710), (p < 0,05)

8 Belastungen durch die Schule nach Migrationshintergrund



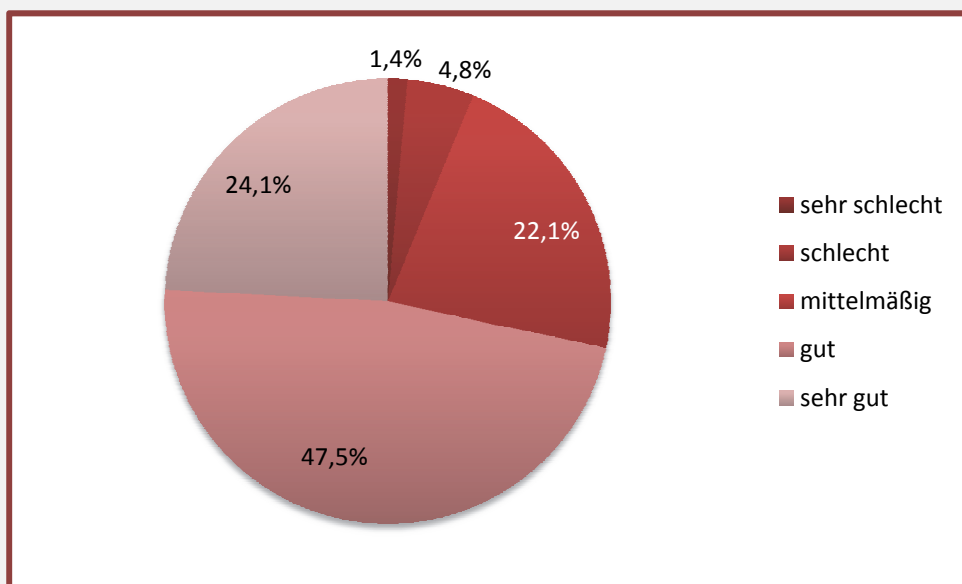
Alle (N=1710), gewichtet, (p > 0,05)

9 Belastungen durch die Schule nach Schulform



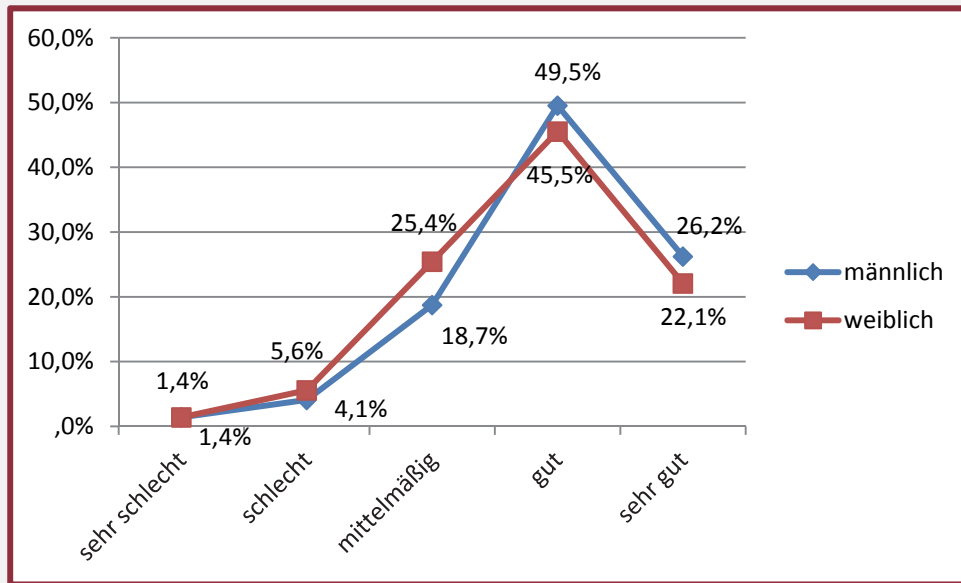
Alle (N=1710), gewichtet, (p > 0,05)

10 Stimmung zu Hause



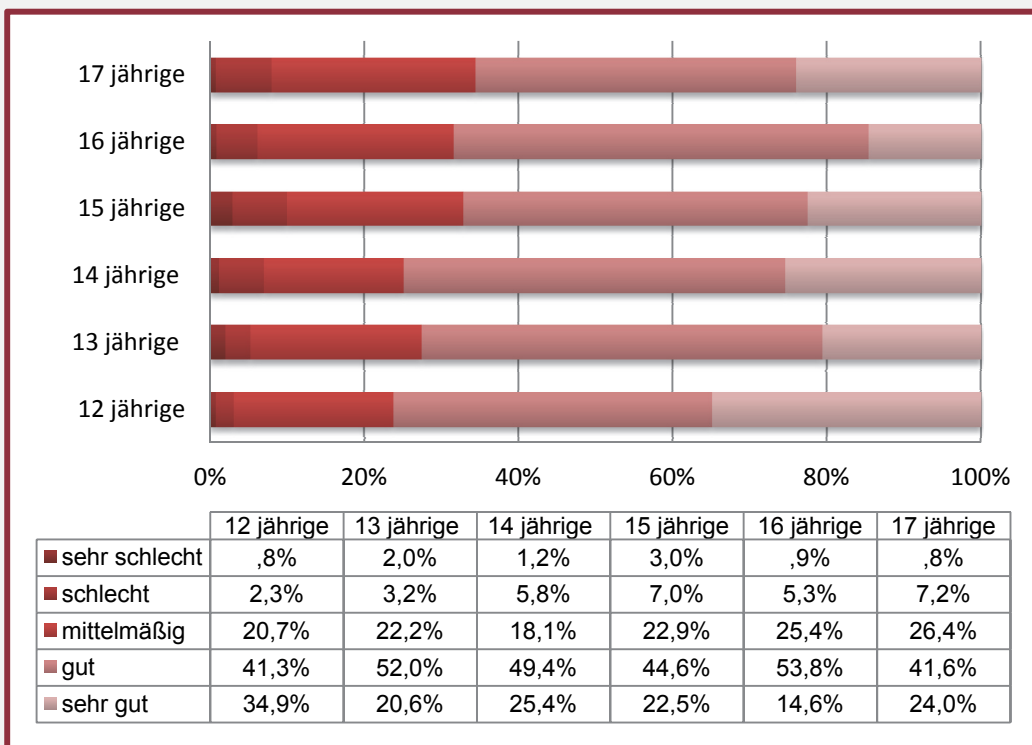
Alle (N=1710), gewichtet

11 Stimmung zu Hause nach Geschlecht



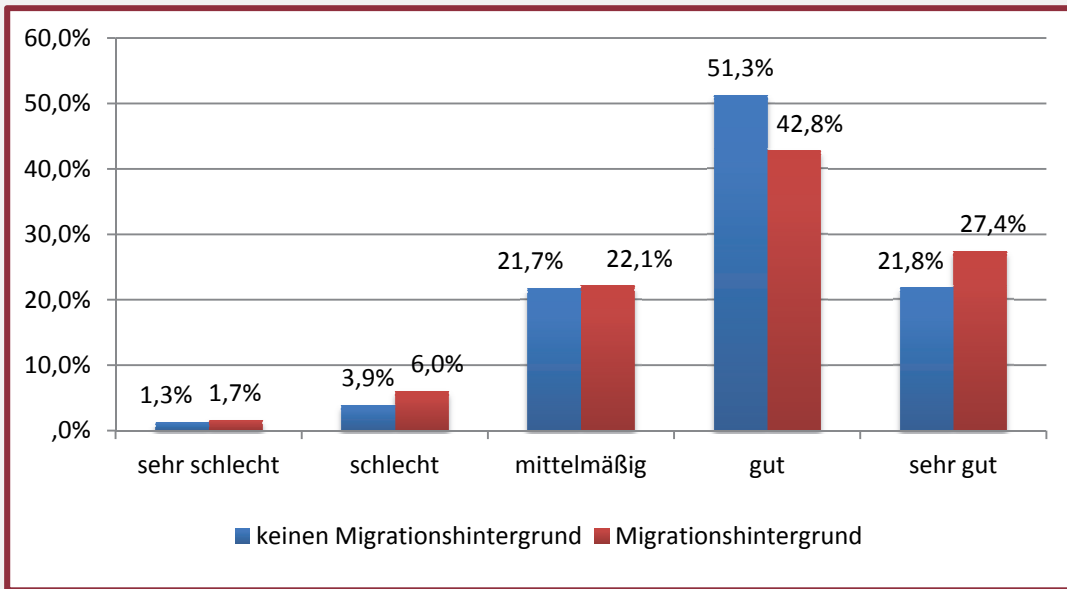
Alle (N=1710), gewichtet, (p < 0,05)

12 Stimmung zu Hause nach Alter



Alle (N=1710), gewichtet, (p < 0,01)

13 Stimmung zu Hause nach Migrationshintergrund



Alle (N=1710), gewichtet, (p > 0,05)

8.5 Problematische PC-Nutzung

Der eingesetzte Fragebogen stellte den Konsum von legalen Drogen und Cannabis in den Fokus. Um aber ein erstes Meinungsbild über den zumindest problematischen PC-Gebrauch der Kinder und Jugendlichen in Delmenhorst zu erhalten, wurden sechs Fragen in die Untersuchung mit aufgenommen, die in der Prävention häufig als „kleiner Selbsttest“ eingesetzt werden⁵¹. Die Fragen lehnen sich an der „Checkliste zur problematischen PC-Nutzung“ (s.u.) an, wurden jedoch in eine sechsstufige Skala überführt („trifft voll und ganz zu“ bis „trifft überhaupt nicht zu“). Für die Auswertung wurden die Ausprägungen „trifft eher zu“, „trifft zu“ und „trifft voll und ganz zu“ als problematisch zusammengefasst.

Checkliste zur problematischen PC-Nutzung

Checkliste

- Ich verbringe schon seit längerem täglich mindestens fünf Stunden meiner Freizeit am PC.
- Wegen der vielen Zeit, die ich am PC verbringe, gibt es Ärger in der Schule, am Arbeitsplatz oder mit Eltern, Freund oder Freundin.
- Spielen und surfen sind fast die einzigen Aktivitäten, die mir Spaß machen. Ohne Computer bin ich lustlos, traurig und fühle mich oft einsam.
- Kontakte pflege ich vor allem online. Ich spreche eher selten/ungern mit Menschen, die ich sehen und anfassen kann.
- Die Zeit, die ich am PC verbringe, wird immer länger. Das brauche ich, sonst werde ich unzufrieden. Egal wo und mit wem ich zusammen bin – eigentlich denke ich nur noch an den Computer.
- Wenn ich länger nicht an den PC kann, fühle ich mich nervös, gereizt oder sogar aggressiv.

← **Regelmäßigkeit**

← **Soziale Probleme**

← **Angst**

← **Kontaktstörung**

← **Toleranzentwicklung**

← **Entzugserscheinungen**

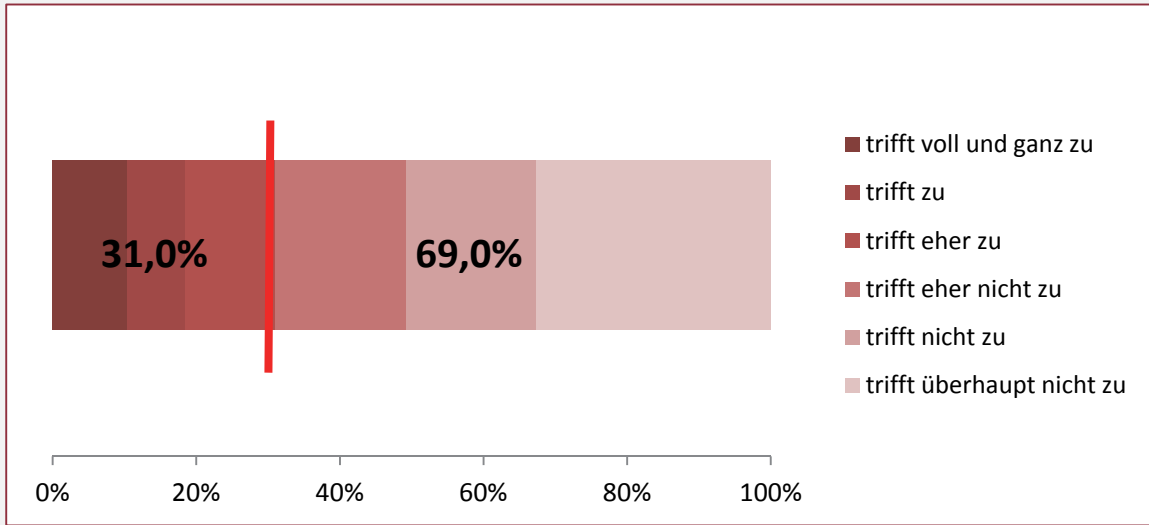
Quelle: „Ständig Stress um den PC. Kommt dir das bekannt vor?“ (Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V.)

⁵¹ Die eingesetzten Fragen und damit die Ergebnisse erheben keinen wissenschaftlichen oder gar diagnostischen Anspruch. Derzeit wird in Delmenhorst angestrebt, ähnlich der vorliegenden Untersuchung, eine tiefgreifende Befragung zum Medienkonsum zu entwickeln. Diese Ergebnisse könnten dann z.B. mit der repräsentativen Studie JIM-Studie (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, 2011) (dann die Studie 2012) verglichen und Handlungskonzepte für Delmenhorst abgeleitet werden.

Problematische PC-Nutzung der Kinder und Jugendlichen im Alter von 12 – 17 Jahren

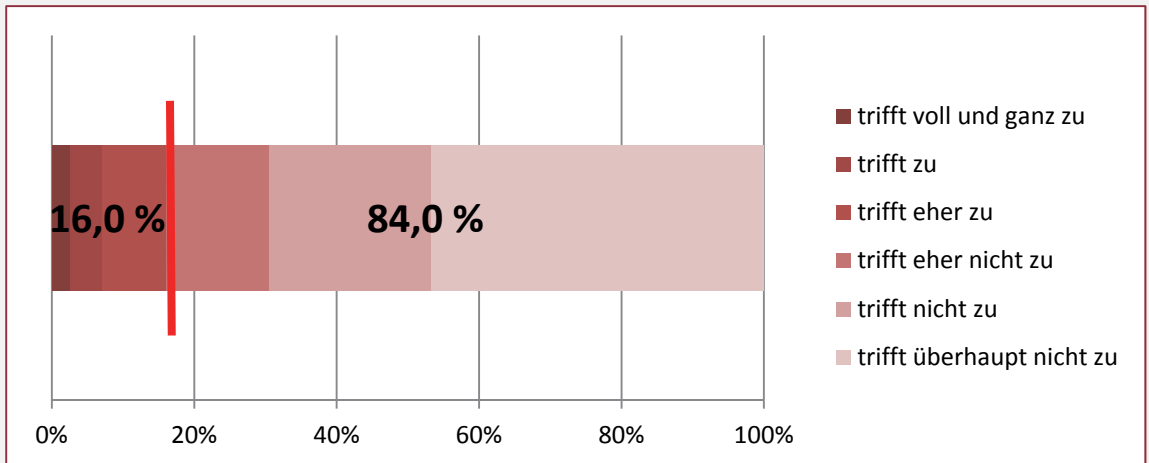
- 1.** Knapp ein Drittel der Befragten (31 %) gibt an mindestens fünf Stunden täglich seine Freizeit am PC zu verbringen.
- 2.** 16 % geben an wegen der vielen Zeit, die am PC verbracht wird, Ärger in der Schule oder mit den Eltern zu bekommen.
- 3.** Über 8 % geben an vor den Anforderungen in der realen Welt Angst zu haben. Spaß haben sie nur beim Spielen oder Surfen am Computer und sind ansonsten lustlos.
- 4.** Ebenfalls 8 % pflegt Kontakte vor allem Online und sprechen ungern mit Menschen, die sie sehen und anfassen können.
- 5.** Jeder Zehnte (9 %) gibt an, dass sie immer mehr Zeit vor dem PC verbringen.
- 6.** Ebenfalls jeder Zehnte (12 %) gibt an, sich nervös, gereizt oder gar aggressiv zu fühlen, wenn die nicht länger an den PC können.
- 7.** Die problematische PC-Nutzung ist bei den Jungen deutlich ausgeprägter.
- 8.** Insgesamt ist die problematische PC-Nutzung ist nicht vom Alter abhängig. Lediglich die Regelmäßigkeit (Dauer der Nutzung) steigt mit dem Alter an. Ab dem 15. Lebensjahr gibt ein Drittel an, mindestens fünf Stunden am Tag seine Freizeit vor dem PC zu verbringen.
- 9.** Insgesamt zeigt sich die problematische PC-Nutzung insbesondere an den Haupt-, Real- und Förderschulen.
- 10.** In allen sechs Merkmalen für problematische PC-Nutzung sind die Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund stärker betroffen.
- 11.** Über ein Drittel der Kinder, die angaben, dass keiner der beiden Eltern in Ihrem Haushalt leben (n=24), zeigen problematische PC-Nutzung. Am wenigsten Probleme haben diejenigen, die angeben, dass nur der Vater in ihrem Haushalt lebt (n=67).

1 Ich verbringe schon seit längerem mindestens fünf Stunden täglich meine Freizeit am PC.



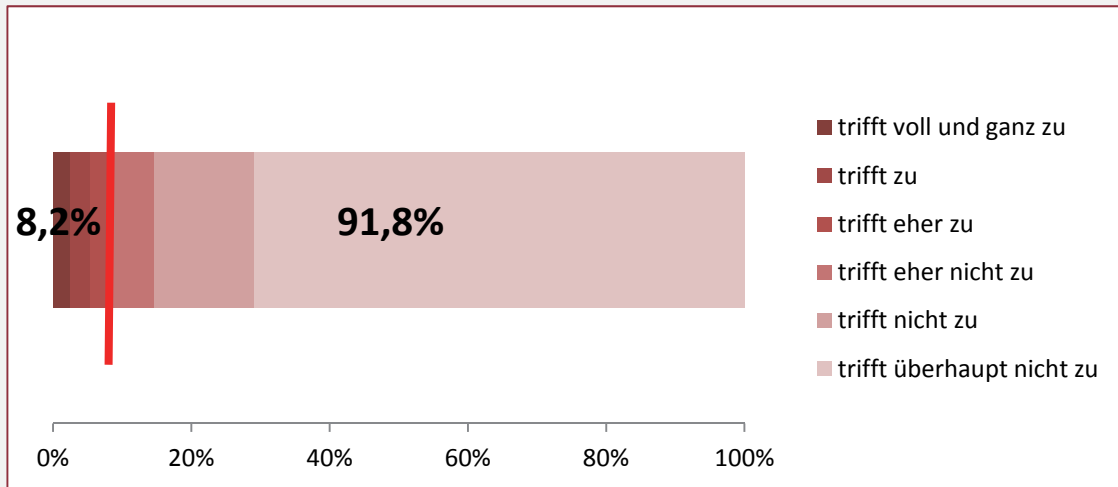
Alle (N=1710), gewichtet

2 Wegen der vielen Zeit, die ich am PC hänge, gibt es Ärger in der Schule und mit den Eltern



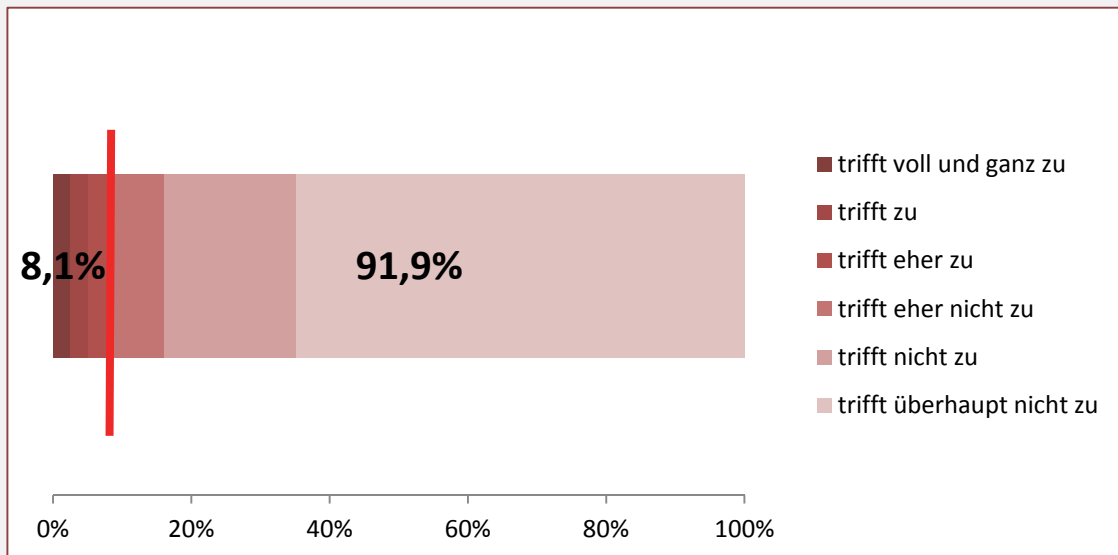
Alle (N=1710), gewichtet

3 Ich habe nur beim Spielen und Surfen am Computer Spaß, sonst bin ich lustlos. Vor den Anforderungen in der realen Welt habe ich Angst



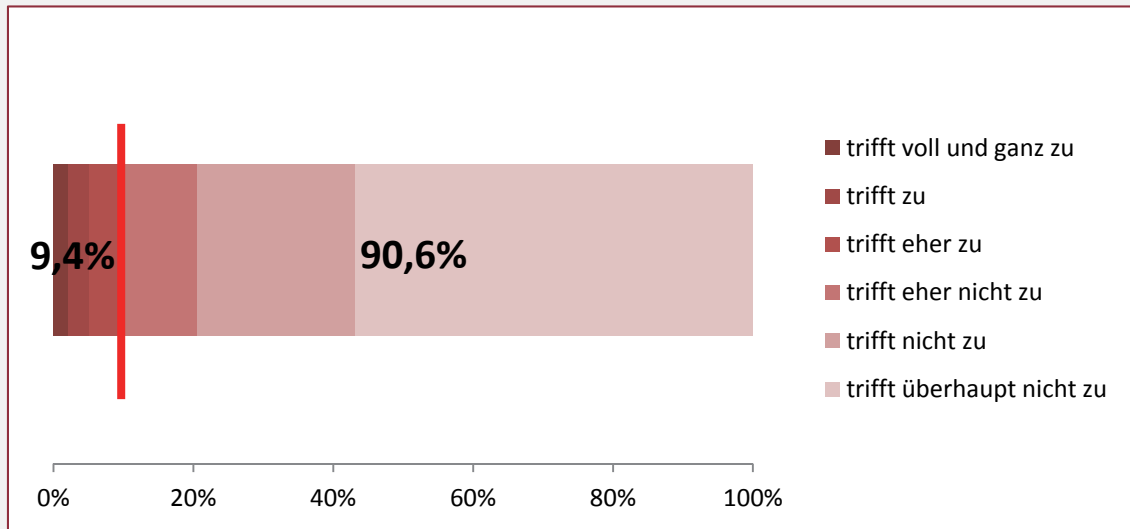
Alle (N=1710), gewichtet

4 Kontakte pflege ich vor allem online. Ich spreche ungern mit Menschen, die ich sehen und anfassen kann



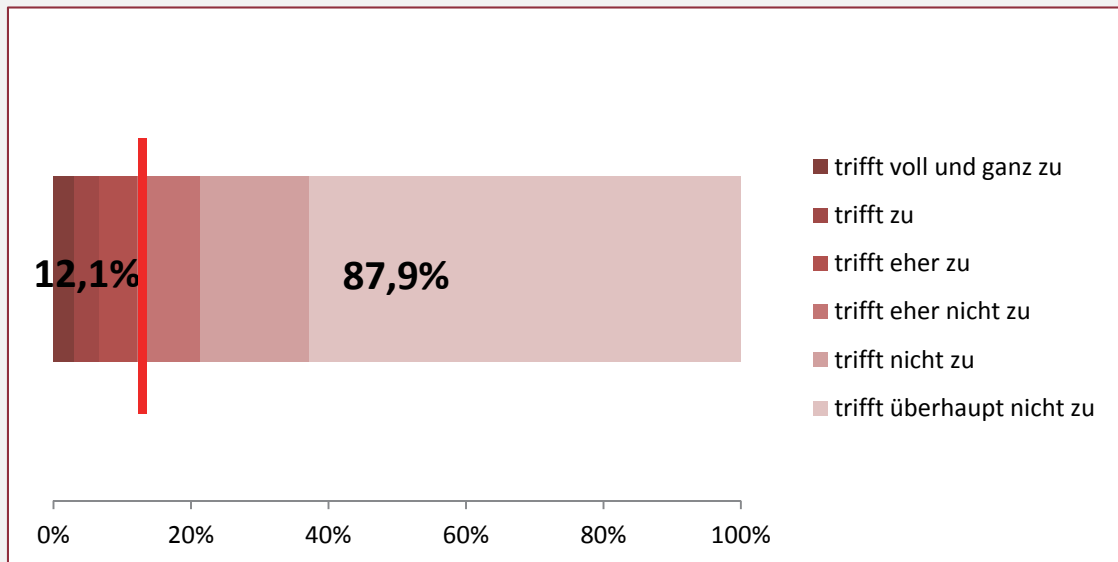
Alle (N=1710), gewichtet

5 Die Zeit, die ich am PC verbringe, wird immer länger, sonst bin ich unzufrieden



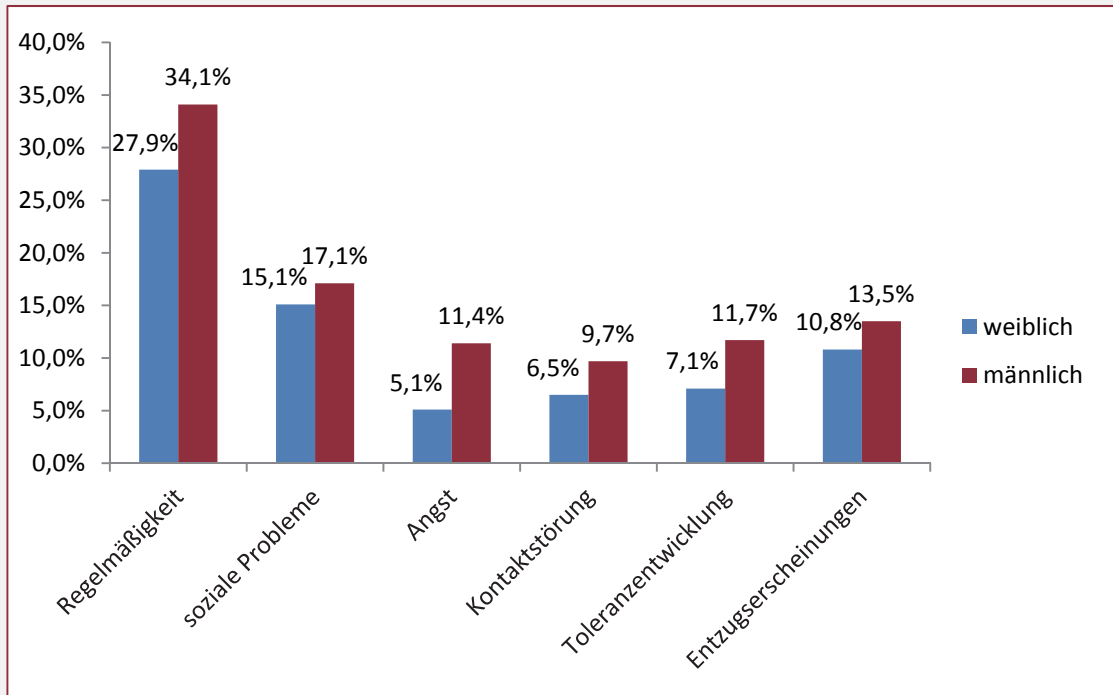
Alle (N=1710), gewichtet

6 Wenn ich länger nicht an den PC kann, fühle ich mich nervös, gereizt oder sogar aggressiv.



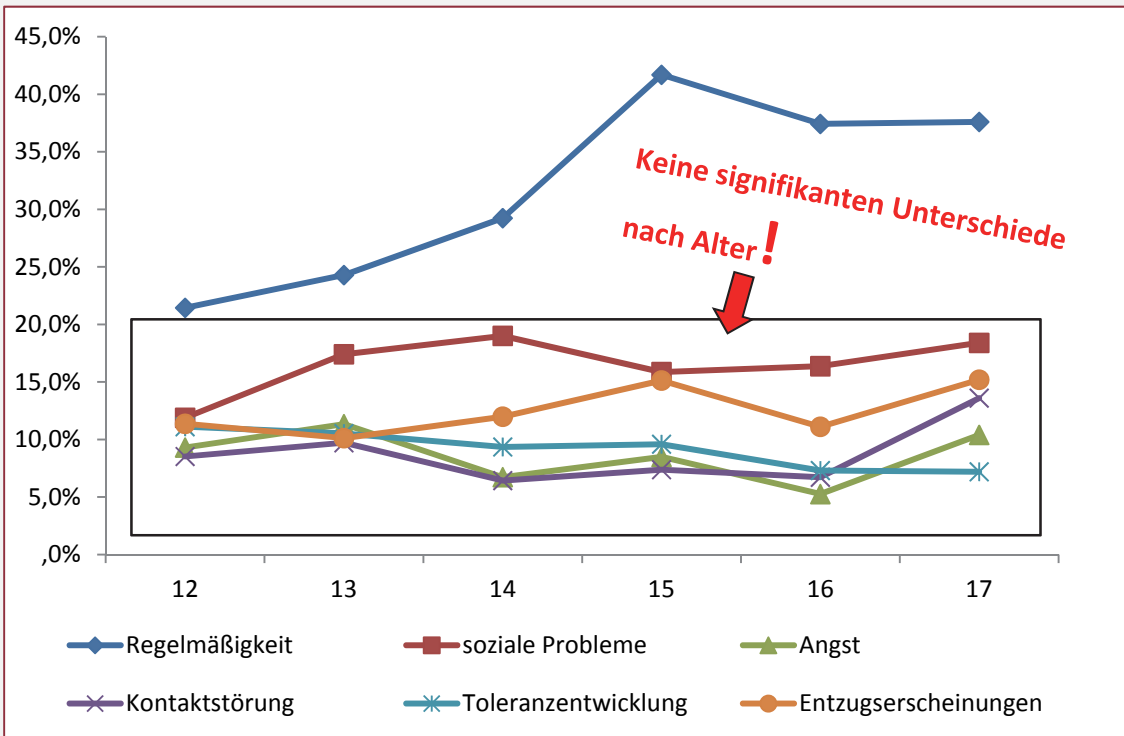
Alle (N=1710), gewichtet

7 Problematische PC-Nutzung nach Geschlecht



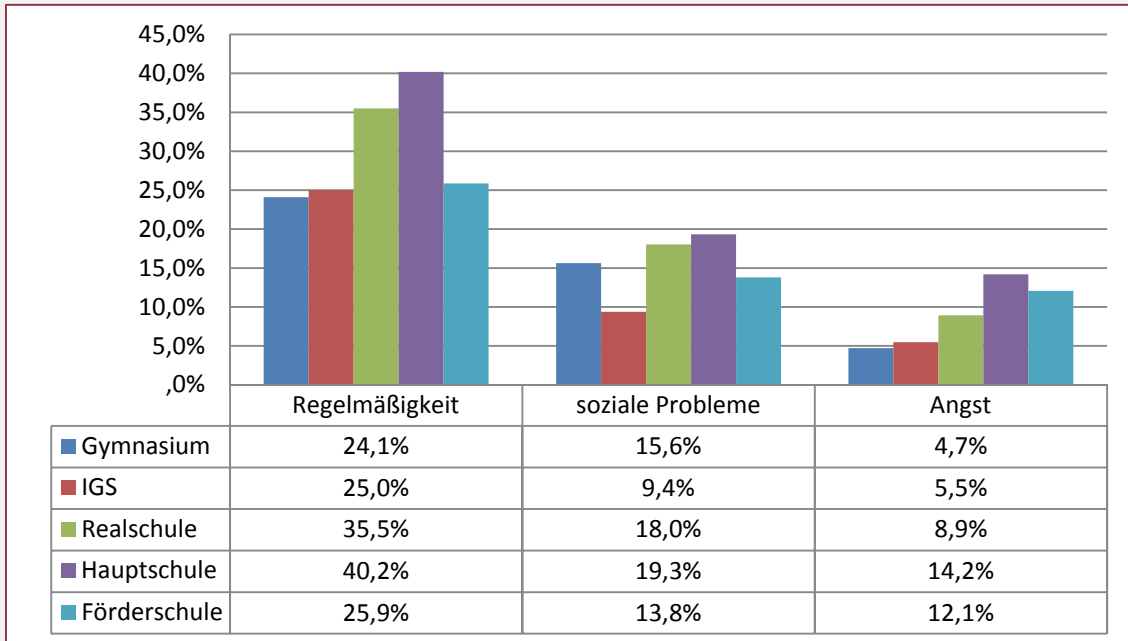
Alle (N=1710), gewichtet, $p < 0,01$

8 Problematische PC-Nutzung nach dem Alter



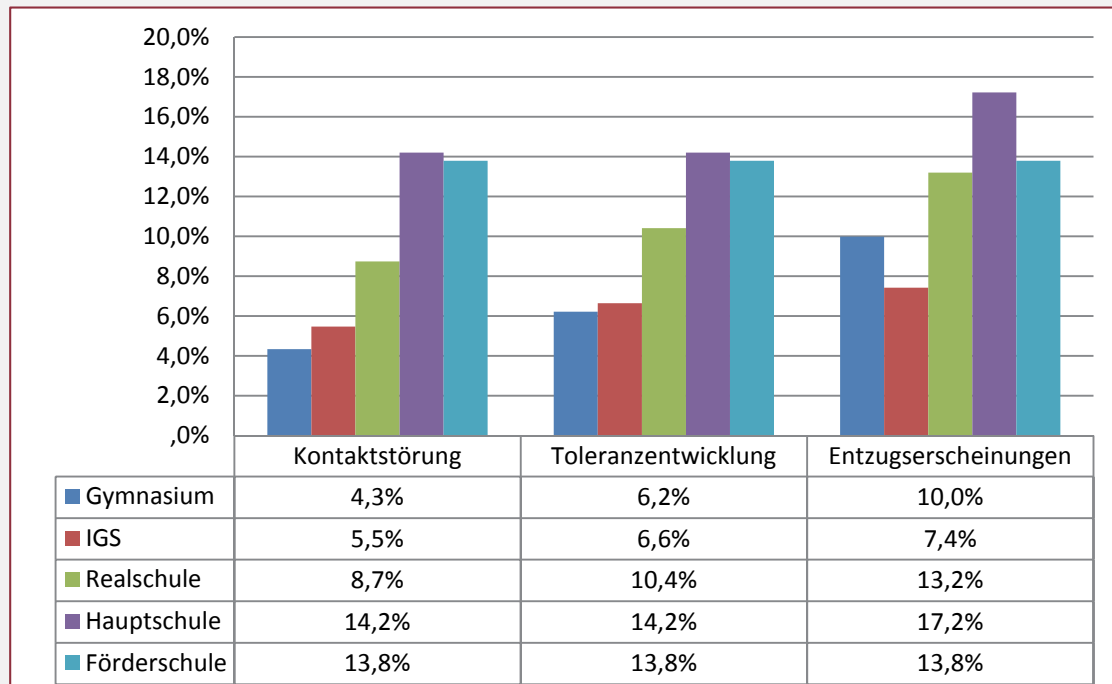
Alle (N=1715), $p > 0,05$

9 Problematische PC-Nutzung nach der Schulform 1/2



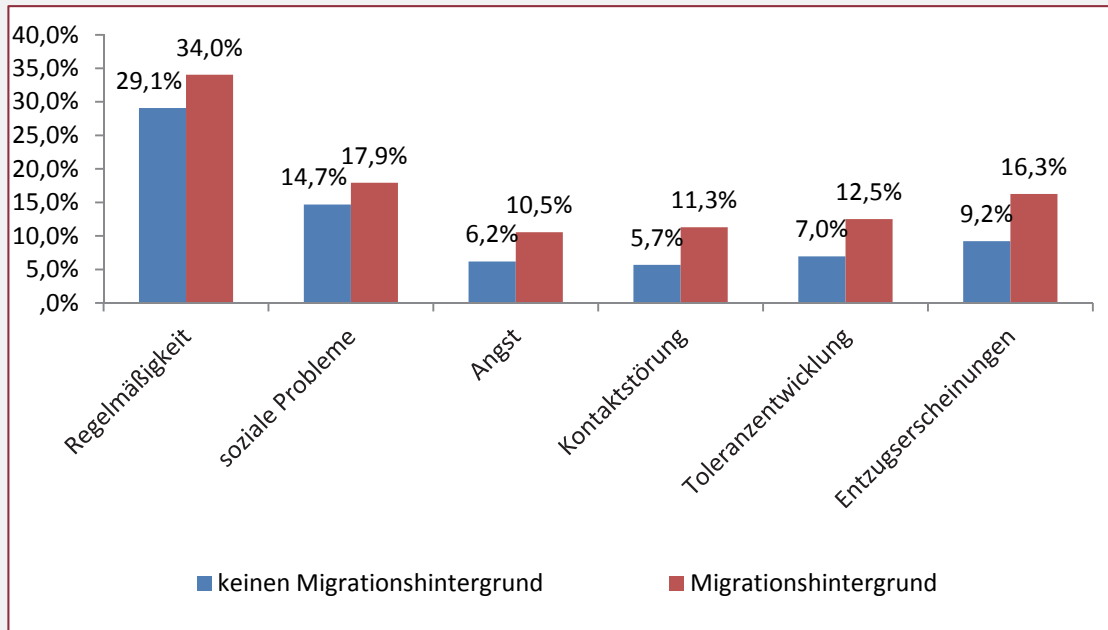
Alle (N=1710), gewichtet, p < 0,01

9 Problematische PC-Nutzung nach der Schulform 2/2



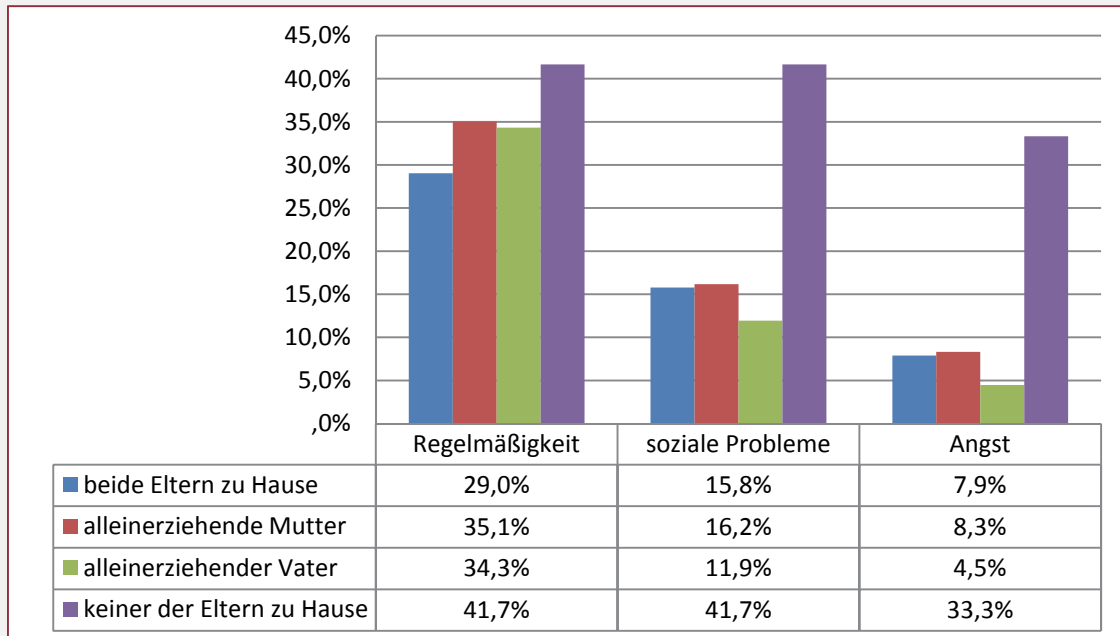
Alle (N=1710), gewichtet, p < 0,01

10 Problematische PC-Nutzung nach Migrationshintergrund



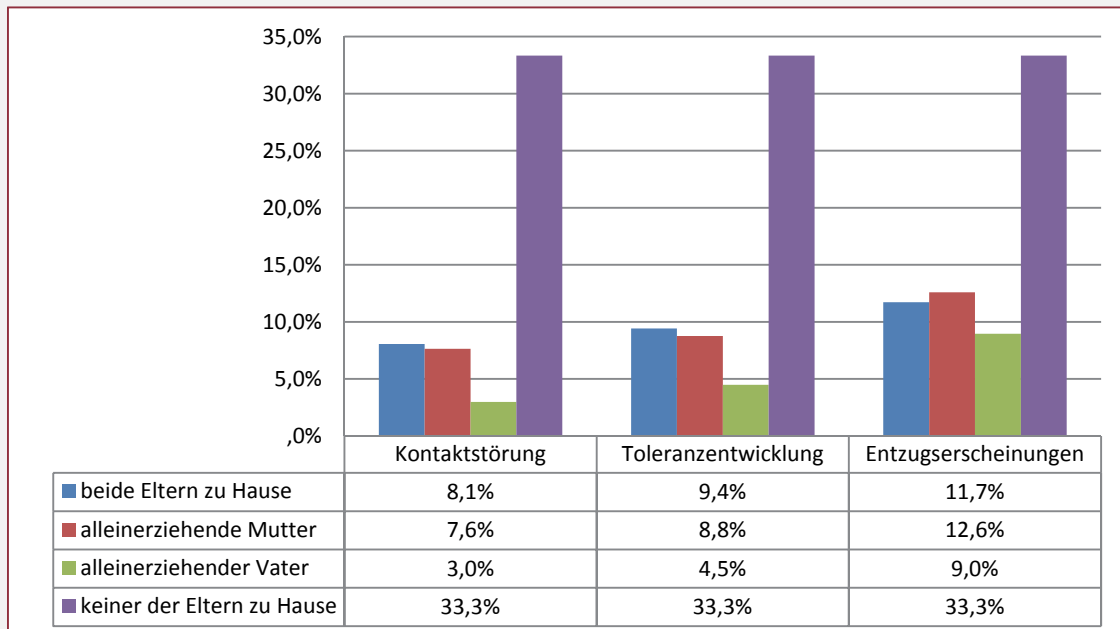
Alle (N=1710), gewichtet, $p < 0,01$

11 Problematische PC-Nutzung nach dem Beziehungsstatus der Eltern 1/2



Alle (N=1710), gewichtet⁵²

11 Problematische PC-Nutzung nach dem Beziehungsstatus der Eltern 2/2



Alle (N=1710), gewichtet⁵³

⁵² Für einen stochastischen Unabhängigkeitstest waren die Fallzahlen in den Teilgruppen zu klein. Es sind demzufolge statistisch keine signifikanten Unterschiede feststellbar.

⁵³ ebenso.

9 Diskussion der Ergebnisse und Ausblick

Im Jahr 2008 wurde zum ersten Mal der „Riskante Konsum“ der Kinder und Jugendlichen in Delmenhorst über eine regionale Schülerstudie mit einer quantitativen Befragung als Vollerhebung untersucht (Aktionsbündnis "Riskanter Konsum", 2008). Seinerzeit wurde für die kommunale Präventionsarbeit in Delmenhorst die Situation Jugendlicher und daraus abgeleitet der Handlungsbedarf auf präventiver Ebene deutlich sichtbar und konnte in die Konzepte der kommunalen Suchtprävention überführt werden. Dieser Erfolg gab den Anlass, im Sinne der formulierten Leitkriterien der Delmenhorster Suchtprävention an Schulen (siehe Kapitel 4.1) eine zweite Untersuchung durchzuführen, die zum einen differenziertere Ergebnisse zu den Konsummustern der Kinder und Jugendlichen liefern sollte und zum anderen über die theoretische Auseinandersetzung mit dem Begriff des „Riskanten Konsums“ ein einheitliches Verständnis in der Delmenhorster Präventionslandschaft insbesondere im Bereich der Sekundärprävention sichern sollte. Im Hinblick auf die aktuell diskutierte fehlende Evidenzbasierung und Theoriegebundenheit der Suchtprävention in Deutschland (etwa Korczak, 2012; Körkel, 2012) ist die Delmenhorster Suchtprävention über die vorliegende Untersuchung und deren Handlungskonsequenzen im Bereich der Qualitätssicherung und -entwicklung gut aufgestellt.

Nachdem die Hochschule Emden/Leer die Ergebnisse zusammengetragen und auf dem jährlichen Präventionsfachtag in Delmenhorst vorgestellt hatte, wurden die Ergebnisse angepasst auf die jeweilige Zielgruppe in die Öffentlichkeit getragen. Die lokalen Ergebnisse stießen auf großes Interesse in der Öffentlichkeit und den politischen Gremien der Stadt Delmenhorst. Auf Anfrage wurden die Ergebnisse in dem Fachbereich „Jugend, Familie, Senioren und Soziales“ sowie dem Fachbereich „Gesundheit, Verbraucherschutz und Gefahrenabwehr“ der Stadt Delmenhorst, der Universitätsgesellschaft Delmenhorst, der Sozialarbeit an Schulen, dem Schulelternrat sowie in Schulen vorgestellt und diskutiert. Die Ergebnisse der Diskussionen wurden wiederum im Aktionsbündnis zusammengefasst und der Transfer der Ergebnisse in die praktischen Konzepte der Suchtprävention vorbereitet und werden nachfolgend vorgestellt.

Der Substanzgebrauch unter Kindern und Jugendlichen und die Konsummuster unterliegen einem ständigen Wandel. Die Veränderungen sind von vielen Faktoren beeinflusst. Der gesellschaftliche Wandel in Bezug auf die Akzeptanz von Substanzkonsum, insbesondere von den legalen Drogen, Alkohol und Tabak, sowie die steigende Gesundheitsorientierung in der Gesellschaft verdeutlicht sich in dem Rückgang des Riskanten Konsums in Deutschland und somit auch in Delmenhorst. Zudem gibt es in der Deutschen Jugendkultur immer wieder Phasen, in denen bestimmte Rauschmittel in Mode sind und nach einigen Jahren wieder an Popularität verlieren, wie etwa Ecstasy in den 1990er Jahren oder Alkopops in der ersten Hälfte des letzten Jahrzehnts (BZgA, 2012). Auf die Akzeptanz und die Einstellungen in der Jugendkultur nimmt wiederum die Präventionsarbeit Einfluss, die an Wirkung deutlich zunimmt, wenn sie sich an die aktuellen Bedarfe einer Kommune ausrichtet. Wie über die Ergebnisse der

vorliegenden Untersuchung aber auch deutlich wird, sind die angesprochen Veränderungen in Deutschland nicht ohne weiteres auf die Kommunen übertragbar. So zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung Unterschiede auf, die für die Ausrichtung und Steuerung kommunaler Suchtprävention wesentlich sein kann.

Im Bezug zum Medienkonsum lässt sich allgemein feststellen, dass die sogenannten „Digital Natives“, also junge Menschen, die mit dem Internet aufgewachsen sind, grundsätzlich andere Kommunikationsgewohnheiten als die Generationen, die das Internet als Erwachsene kennengelernt haben, zeigen. Computerspiele und Soziale Beziehungen haben sich in die Onlinewelt ausgebreitet und neue Dimensionen angenommen. Vielen geübten Nutzern bringt das Internet eine Reihe von Vorteilen und Erleichterungen in der täglichen Lebensführung ein. So ist der Zugang zu Informationen erheblich einfacher und schneller und die Onlinekommunikation führte zu einer Vergrößerung des unmittelbar verfügbaren Kontaktes zum sozialen Netz, der bewiesenermaßen den Kontakt zu anderen auch für Menschen mit Kontaktschwierigkeiten erleichtern kann. Jedoch zeichnet sich seit Jahren ein besorgniserregender Trend im Bereich der problematischen Internetnutzung ab. (Wölfling et al., 2013).

Für die Gewinnung eines ersten Meinungsbildes wurden die Schülerinnen und Schüler über einen „kleinen Selbsttest zur PC-Nutzung“ befragt, dessen Ergebnisse ebenfalls Auswirkungen auf die strategische Ausrichtung der Suchtprävention in Delmenhorst haben.

9.1 Auswirkungen auf die Angebote der Suchtprävention

Neben der bedarfsgerechten Angebotsstruktur können über die Ergebnisse zu den Konsummustern der Kinder und Jugendlichen in Delmenhorst die Inhalte der Präventionsangebote angepasst werden. Lokale Ergebnisse haben eine direkte Nähe zu den Schülerinnen und Schülern und können über Neugier eine tiefe Auseinandersetzung mit dem Thema „Riskanter Konsum“ erzeugen. Über das im theoretischen Kapitel vorgestellte Verständnis und die damit verbundene Akzeptanz des „Riskanten Konsums“ kann auf diese Weise offen mit der Zielgruppe das Konsumverhalten besprochen und gemeinsam eingeordnet werden (siehe Kapitel 6). Zukünftig werden die Ergebnisse der Befragung systematisch in die Angebote der Suchtprävention eingebunden und mit den Schülerinnen und Schülern diskutiert.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Primärprävention in der Altersklasse der 11 – 12-jährigen aufgeht. Die Verschiebung des Einstiegsalters in den Erstkonsum von Alkohol in die höheren Altersklassen, ist als äußerst positiv zu bewerten und kann als Erfolg der präventiven Maßnahmen in Delmenhorst gewertet werden, die vorrangig in der Altersklasse der 11 – 12-jährigen durchgeführt werden (siehe Kapitel 4.3). So werden die gesundheitlichen Gefahren des Alkoholkonsums von einem Großteil der jungen Schülerschaft ernst genommen, die als Grund für ihre Abstinenz angeben, dass sie nicht krank oder abhängig werden wollen. Auch das junge Alter spielt für viele eine Rolle, noch keinen Alkohol zu trinken. Faktisch trinken in der Altersklasse der

13 – 14-jährigen, die in Delmenhorst grundsätzlich das primärpräventive Programm „drop+hop“ (siehe Kapitel 4.3.1) durchlaufen haben, nur noch die Hälfte im Vergleich zu 2008 Alkohol.

Es wird aber auch deutlich, dass in den Altersklassen ab 14 Jahren (8. Klasse) das präventive Angebot, insbesondere in den Haupt- und Realschulen, ausgeweitet und angepasst werden muss⁵⁴. Denn weiterhin liegt, trotz der Verschiebung in die höheren Altersklassen, das durchschnittliche Einstiegsalter in den Alkoholkonsum noch immer in dem Bereich, in dem nach dem Jugendschutzgesetz der Konsum noch nicht gestattet ist. Zudem ist der frühe Substanzgebrauch als Risikofaktor für die Kinder und Jugendlichen einzustufen (siehe Kapitel 6.3). Darüber hinaus zeigt sich der Riskante Konsum vorrangig in dieser Altersklasse, die zudem eine schlechtere Stimmung zu Hause und eine höhere Belastung durch die Schule angibt, die mit dem Riskanten Konsum in Verbindung stehen (siehe Kapitel 8.1.5).

Die Eltern zeigen sich ebenfalls als Zielgruppe der Prävention, die zu einem nicht unwesentlichen Teil im eigenen Einverständnis, ihren Kindern unter 16 Jahren Zugang zum Alkohol ermöglichen (siehe Kapitel 8.1.6). Jedoch decken sich die Erfahrungen der Delmenhorster Präventionsarbeit in den letzten Jahren mit der theoretischen Darstellung des Settings Schule, wonach die Eltern, gerade an den Haupt- und Realschulen, nur sehr schwer über Angebote der Suchtprävention erreichbar sind (siehe Kapitel 4.2). Elternabende zum Thema „Riskanter Konsum unter Kinder und Jugendlichen“ werden in Delmenhorst nur an den Gymnasien hinreichend angenommen, in denen die Gruppe der riskant Konsumierenden nur in geringer Ausprägung vertreten ist. So erhofft sich die kommunale Prävention in Delmenhorst über die vorliegende Studie, die über mehreren Zeitungsartikeln der Delmenhorster Presse in die Öffentlichkeit getragen wurde und wird, auch die Eltern zu erreichen, die den Elternabenden fernbleiben. Auch ist weiter darüber nachzudenken, wie suchtpreventive Themen in neutralere Themen (z. B. Gesundheit, Ernährung, Bewegung) eingebunden werden können, um zukünftig weitere Zielgruppen besser zu erreichen.

Wie die Angebote der Primärprävention ist auch, in Bezug auf die unter 16-Jährigen, die Maßnahme der Testkäufe durch die Polizei als Erfolg zu werten, die seit einigen Jahren durchgeführt werden und die Möglichkeit der Kinder und Jugendlichen unter 16 Jahren bzw. 18 Jahren, Alkohol und Tabak zu kaufen, stark eingeschränkt hat (siehe Kapitel 8.1.6).

Zum Thema Rauschtrinken zeigt sich in Delmenhorst, dass zwar seltener als im Bundesschnitt Alkohol getrunken wird, aber das regelmäßige Rauschtrinken („binge drinking“), speziell an den Haupt- und Realschulen, weit verbreitet ist (siehe Kapitel 8.1.4).

Wie in Kapitel 6.2 beschrieben, kann der episodisch exzessive Konsum als Entwicklungsaufgabe der Jugendlichen gewertet werden. Zudem zeigen die Daten zu den

⁵⁴ Über die Ergebnisse der Untersuchungen von 2008 und 2012 ist es im November 2012 gelungen für die Altersgruppe der 15 – 16-jährigen eine halbe Stelle in der Suchtprävention (Frühe Intervention) zu installieren und u. a. die Angebote in den 8. Klassen auszuweiten.

Rauscherfahrungen, die sich seit 2008 im Alter ab 17 Jahren kaum verändert haben, dass die Rauscherfahrungen irgendwann gemacht werden und nicht grundsätzlich der Wunsch nach Rausch ausbleibt. So muss auf das Rauschtrinken unter Jugendlichen sekundärpräventiv reagiert werden. Es folgt als Auftrag für die Suchtprävention, die Partykompetenzen, d.h. die Fähigkeiten zum „risikoarmen Konsum“, unter den Jugendlichen zu stärken. Über Partykompetenzen soll den Schülerinnen und Schülern vermittelt werden, Alkohol möglichst risikoarm zu konsumieren, Gruppendruck standzuhalten, attraktive Alternativen zum Rausch kennenzulernen und Wege zu finden, auch auf den Konsum ihrer Freunde positiv Einfluss nehmen zu können⁵⁵. Hierbei zeigen sich die Jungen an den Haupt- und Realschulen als vorrangige Zielgruppe. Zudem sollte überlegt werden, wie die Eltern zu dem Thema Rauschtrinken erreicht werden können. Knapp ein Viertel der Eltern haben, nach Aussage der Kinder, kein Problem, wenn die Kinder mal betrunken sind.

Auch der Tabakkonsum ist in den jungen Altersklassen um die Hälfte zurückgegangen, der neben Alkohol als legale Droge im Fokus der Primärprävention liegt. Es zeigt sich aber auch, dass das Thema Rauchen an den Haupt- und Realschulen noch stärker behandelt werden kann. Insbesondere unter den Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund kann die Haltung gegen den Tabakkonsum noch gestärkt werden.

Der Konsum von den legalen Drogen lag bisher im Fokus der Präventionsangebote. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung haben dazu geführt, dass der Cannabiskonsum nun verstärkt thematisiert wird und mit dem Baustein „Cannabiswerkstatt“ in das sekundärpräventive Angebot „drop+hop Durchblick“ (siehe Kapitel 4.3.2) integriert wurde. Der weit verbreitete Cannabiskonsum in Delmenhorst sollte aber nicht zugunsten der bisherigen Themen der Suchtprävention überbewertet werden. Der verbreitete Konsum von Cannabis wird derzeit als Modeerscheinung eingestuft, die Anlass gibt, das Thema Cannabis, auch in der Primärprävention, momentan stärker in die Präventionskonzepte zu integrieren.

Das ernstzunehmende Thema des „problematischen Medienkonsums“ der Kinder und Jugendlichen wurde bisher von der Delmenhorster Suchtprävention nur punktuell über Einzelmaßnahmen behandelt. Derzeit werden Konzepte entwickelt, um auch in diesem Bereich des „Riskanten Konsums“ systematische und regelhafte Angebote für die siebten Klassen vorzuhalten. Der Fokus liegt hierbei auf dem ressourcenorientierten Ansatz der „Medienkompetenz“. Als ein funktionierendes Instrument zeigt sich die Unterrichtswerkstatt „Mediennutzung von Jugendlichen: Chancen und Risiken – ein Lernarrangement mit Unterrichtswerkstatt“⁵⁶, die derzeit als Pilot in einer Delmenhorsch-

⁵⁵ In Delmenhorst wird zur Vermittlung von Partykompetenz der Mitmach-Parcours „KlarSicht“ der BZgA seit November 2012 eingesetzt (siehe Kapitel 4.3.3). Ein weiteres bestehendes Konzept, das zur Partykompetenzförderung eingesetzt werden kann, ist „Tom & Lisa“ von der Villa Schöpflin“ (<http://www.villa-schoepflin.de>).

⁵⁶ Ein Angebot des „Haus der Prävention und Hilfe“, Kiel; Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung (LI), Hamburg.

ter Schule in Zusammenarbeit mit der Anonymen Drogenberatung durchgeführt wird. Zudem wird angestrebt an den Schulen „Facebook-Beauftragte“ unter den Schülerinnen und Schülern auszubilden, die als Ansprechpartner für Soziale Netzwerke unmittelbar Kontakt zu den Betroffenen herstellen und an professionelle Hilfsangebote weitervermitteln können.

9.2 Handlungsmöglichkeiten für die Schulen

Aus Sicht der Schulen bieten sich drei Bereiche an, die Suchtprävention in den Schulen zu intensivieren. Neben dem Rückgriff auf Angebote der etablierten Delmenhorster Suchtprävention (siehe Kapitel 4.3), können die curricularen Vorgaben derart genutzt werden, als in den Jahrgängen 5 – 10 das Thema Drogen und Sucht mindestens einmal im Jahr im schulischen Unterricht behandelt wird. Verschiedene fachbezogene Kerncurricula bieten hier genügend Spielraum. In diesem Zusammenhang wäre es aus Sicht der Schulen auch denkbar, verstärkt fächerübergreifende Projekte durchzuführen, die von den Präventionspartnern in der Stadt unterstützt werden könnten. Aber auch in den Grundschulen sind Unterrichtsangebote denkbar, die das Rauchen und den Alkoholkonsum zum Inhalt haben und früher präventiv wirken (etwa Klasse 2000⁵⁷).

Ein weiteres Feld stellt die Elternarbeit dar. Durch Veranstaltungen mit dem Schulleiternrat können die Eltern, die derzeit noch ungenügend erreicht werden, für das Problem sensibilisiert werden. Auch Klassenelternabende sind durchaus geeignet, die spezifischen Probleme bestimmter Altersgruppen zu benennen und Möglichkeiten der Prävention in der Familie zu erörtern.

Ingo Fricke, Schulleitung IGS Delmenhorst

Brigitte Frank, Schulleitung Realschule an der Lilienstraße

9.3 Fazit der „Sozialarbeit an Schulen“

Das Projekt "Sozialarbeit an Schulen" liegt in Trägerschaft der Delmenhorster Jugendhilfe-Stiftung und ist im Auftrag der Stadt Delmenhorst seit 2007 an verschiedenen Schulstandorten im Einsatz.

Im Rahmen des Bildungs- und Teilhabepaketes wurde die Sozialarbeit an Schulen im Jahr 2011 um fünf weitere Schulen ausgebaut. Das Konzept und dessen Umsetzung stehen unter dem Leitgedanken "Schule ist nicht nur Lernort, sondern auch Lebensort".

Die Ergebnisse der aktuellen Untersuchung bestätigen, dass die durchgeführten Projekte und Angebote (z. B. Präventionswoche an der HS-Süd, Arbeit mit Elternmedietrainern, Zusammenarbeit mit der Anonymen Drogenberatung, Sozialtrainings in den Klassen, u. v. m.) zu einer verbesserten Lebenssituation an Schulen beigetragen ha-

⁵⁷ <http://www.klasse2000.de>

ben und im Sinne der Suchtprävention Wirksamkeit zeigen. Die fortlaufende Arbeit der Sozialpädagogen ist zu einem wichtigen Bestandteil der Schulen geworden und muss weitergeführt werden. Auch ist es dringend notwendig, die Suchtprävention im Medienbereich zu intensivieren. Projekte hierzu sind in Planung bzw. laufen bereits. Der Umgang mit Facebook wird an den Schulen aufgegriffen und thematisiert, Weiterbildungen werden genutzt und Inhalte gemeinsam mit Lehrkräften an Schulen umgesetzt, die Mitarbeit und der Austausch in entsprechenden Arbeitskreisen gilt hier als obligatorisch.

Die Untersuchung zeigt, dass die bestehenden Präventionsbausteine der Stadt Delmenhorst erfolgreich sind und deren Weiterführung von hoher Bedeutung ist.

Lydia Illenseer, Projektleitung „Sozialarbeit an Schulen“

Merle Siedenburg, Geschäftsführung, Delmenhorster-Jugendhilfe-Stiftung

9.4 Fazit des Kriminalpräventiven Rates der Stadt Delmenhorst

Aufgrund der ersten Schülerbefragung wurden bereits spezifische Angebotsbereiche im Rahmen der Alkohol- und Tabakprävention neu ausgerichtet und intensiviert. Dies betrifft sowohl die Durchführung von regelmäßigen Jugendschutzkontrollen im gesamten Stadtgebiet als auch die Erweiterung von Aufklärungs- und Sensibilisierungsprojekten, die sich gezielt und flächendeckend an die achten Jahrgänge der weiterführenden Schulen richten.

Außerdem wurde mit dem „schools-out-soccer“ ein jugendgerechtes Großangebot für den letzten Schultag vor den Sommerferien entwickelt, um auch an diesem, für Jugendliche wichtigem Tag, dem riskanten Konsum entgegen zu wirken und gleichzeitig Alternativen zu bieten (siehe Kapitel 4.3.4).

Diese Neuausrichtung wird von den Ergebnissen der zweiten Schülerbefragung bestätigt. Es gilt deshalb, diese zukünftig in gleicher Stärke aufrecht zu erhalten bzw. weiter zu intensivieren. Von entscheidender Bedeutung ist hierfür, dass die vorhandene sehr gute Vernetzung aller Akteure und die Koordinierung der Angebote in entsprechenden "Maßnahmenpaketen" finanziell und personell abgesichert erfolgt. So wurde es möglich zu November 2012 in der Anonymen Drogenberatung eine halbe Stelle für die Sekundärprävention und frühen Intervention einzurichten.

Als neues Aufgabenfeld wurde nicht zuletzt aufgrund der Ergebnisse zur „Problematischen PC-Nutzung“ Angebote zur Sensibilisierung und Aufklärung von Eltern, Multiplikatoren und Jugendlichen zur Nutzung der heutigen Medien entwickelt und für das Jahr 2013 implementiert, die in ein systematisches und regelhaftes Angebot überführt werden können.

Angelika von Ohlen, Geschäftsführung Kriminalpräventiver Rat

9.5 Schlussbemerkung

Insgesamt zeigen die hier vorliegenden Ergebnisse, dass die Akteure in der Suchtprävention gesellschaftliche Entwicklungen wahrnehmen müssen und gerade mit Blick auf Heranwachsende immer wieder hinterfragen sollten, wie bisher erfolgreiche Präventionsangebote den aktuellen Herausforderungen angepasst und verändert werden können. Es zeigt sich im Rückblick der letzten Jahre, dass es hilfreich ist, regionale gesellschaftliche Trends für die Prävention aufzugreifen und zur Sensibilisierung einer breiten Öffentlichkeit zu nutzen. Gesellschaftliche und individuelle Betroffenheit entsteht, wenn über Probleme von Kindern und Jugendlichen berichtet wird, gleich ob die aktuellen Konsumformen Tabak, Alkohol, Cannabis, Essstörungen, Glücksspiel oder wie derzeit Medienkonsum betreffen. Über diese Themen kann Prävention mit aktuellen Bezügen zu den Zielgruppen transportiert werden, insbesondere dann, wenn diese Bezüge in der eigenen Region hergestellt werden. Dabei bleiben grundlegende Präventionsthemen immer gleich, nämlich Heranwachsenden, deren Eltern und Bezugspersonen, politisch Verantwortlichen und in sozialen Berufen Tätigen Zugänge, Material und methodisch ansprechende Ideen zu liefern, die dazu beitragen, mit gesellschaftlichen und individuellen Problemen und Herausforderungen besser klar zu kommen (Prävention) und zu einer gesunden Entwicklung über die gesamte Lebensspanne beizutragen (Gesundheitsförderung).

10 Kontakt und wissenschaftliche Begleitung

10.1 Kontaktdaten

Henning Fietz, Präventionsfachkraft
 Anonyme Drogenberatung
 Scheunebergstr. 41
 27749 Delmenhorst



Tel. 04221-14055

E-Mail info@riskanter-konsum.de
fietz@drob-del.awo-ol.de
info@dropundhop.de

Internet www.drob-delmenhorst.de

10.2 Wissenschaftliche Begleitung

Prof. Dr. Knut Tielking
 Henning Fietz
 Hochschule Emden/Leer
 Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit
 Constantiaplatz 4
 26723 Emden



Tel. 04921-807-1246

E-Mail info@riskanter-konsum.de
knut.tielking@hs-emden-leer.de

Internet www.hs-emden-leer.de
www.selbsthilfe-und-patientenakademie.de

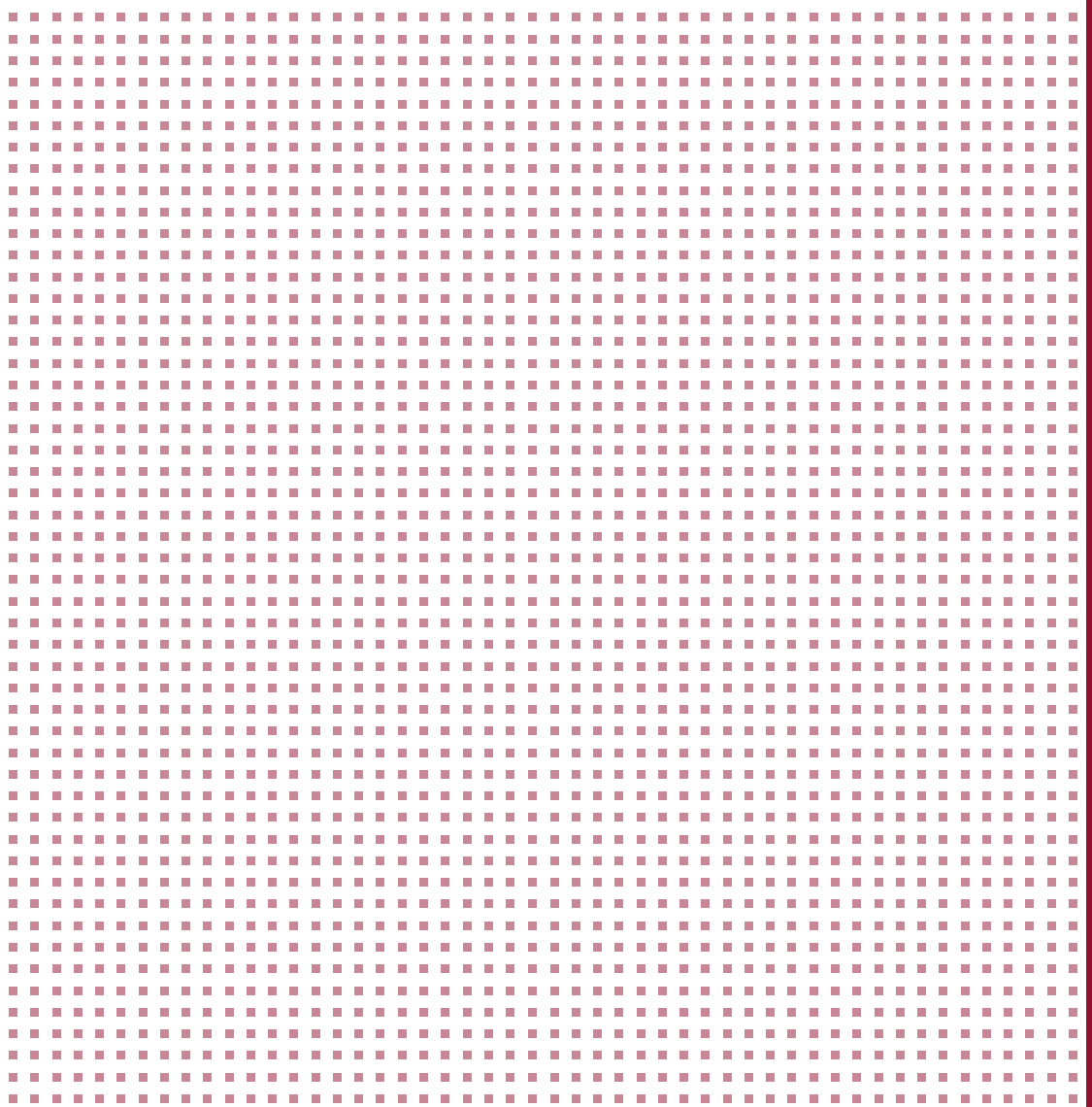
11 Literaturverzeichnis

- Aktionsbündnis "Riskanter Konsum" (Hrsg.). (2008). *Riskanter Konsum: Ein Thema für Jugendliche in Delmenhorst!?* Delmenhorst: unveröffentlichtes Manuskript.
- Albert, M., Hurrelmann, K., & Quenzel, G. (2010). 16. *Shell Jugendstudie. Jugend 2010*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Anonyme Drogenberatung Delmenhorst. (2013). *Jahresbericht 2013*. Delmenhorst.
- Arzheimer, K. (2009). Gewichtungsvarianten. In H. Schoen, H. Rattinger, & O. Gabriel, *Vom Interview zur Analyse: Methodische Aspekte der Einstellungs- und Wahlforschung* (S. 361-388). Baden-Baden.
- Bartsch, G., & Gaßmann, R. (2012). Suchtpolitik - leicht gemacht. *SUCHT*(58 (4)), S. 223-225.
- Baumann, T., Schneider, C., Vollmar, M., & Wolters, M. (2012). *Schulen auf einem Blick*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Bittlingmeyer, U., & Hurrelmann, K. (2005). Präventionsstrategien für sozial Benachteiligte: das Beispiel der schulischen Suchtprävention und Skillförderung. In W. Kirch, & B. Badura, *Prävention: Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses* (S. 173-192). Dresden: Springer.
- Bucksch, J., Hilitzer, U., Gohres, H., & Kolip, P. (September 2012). Wie lässt sich die Health-Behavior in School-aged Children (HBSC)-Studie als Quelle der nationalen Gesundheitsberichterstattung nutzen. *Prävention - Zeitschrift für Gesundheitsförderung*(3), S. 79-82.
- Bühler, A. (2004). *No risk - np development!?* *Normative und problematische Entwicklungen jugendlichen Risikoverhaltens*. Abgerufen am 13. August 2012 von IFT Institut für Therapieforchung, München: http://www.lwl.org/ks-download/downloads/fwb/23_JTG_Buehler_text.pdf
- Bühler, A. (2009). Was wirkt in der Prävention? *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. 134, 2388-2391.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). (2011). *Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2010: Kurzbefragung zu Ergebnissen einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2012). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbereitung und Trends*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V (DHS). (2011). *Substanzbezogene Störungen am Arbeitsplatz: Eine Praxishilfe für Personalverantwortliche*.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V (DHS). (2012). *Jahrbuch Sucht 2012*. Lengerich: Pabst.
- Deutscher Präventionstag. (28. August 2012). *Medienabhängigkeit ist eine Suchterkrankung*. Abgerufen am 30. November 2012 von News: Archiv: <http://www.praeventionstag.de>
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. (2012). *Drogen- und Suchtbericht - Mai 2012*. Berlin.
- Donath (et al.), C. (2011). Alcohol consumption and binge drinking in adolescents: comparison of different migration backgrounds and rural vs. urban residence - a representative study. *BMC Public Health, 11 (84)*.
- Farke, W., Graß, H., & Hurrelmann, K. (2003). *Drogen bei Kindern und Jugendlichen: Legale und illegale Substanzen in der ärztlichen Praxis*. Stuttgart: Thieme.
- Franzkowiak, P. (2012). Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell. In B. f. Aufklärung, *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. Köln.
- Freudenstein, D., & Schubert, R. (2007). *Ergebnisse zur Studie: Alkoholkonsum in 10. Klassen in Braunschweig. Unveröffentlichtes Manuskript*. Braunschweig.
- Gaebel, M. (2010). *Suchtprävention in Delmenhorst: Zusammengestellt vom Erzieherischen Kinder- und Jugendschutz der Stadt Delmenhorst*. Delmenhorst: unveröffentlichtes Manuskript.
- Habermas, T. (2002). Substanzmissbrauch und Ess-Störungen. In R. Oerter, & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S. 847*848). Weinheim: Beltz.
- Hartung, S., Kluwe, S., & Sahrai, D. (2011). Gesundheitsförderung und Prävention in Settings: Elternarbeit in Kitas, Schule und Familienhilfe. In T. Schott, & C. Hornberg, *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit* (S. 599-618). Bielefeld: VS Verlag.
- HBSC-Team Deutschland. (2012). *Studie Health Behaviour in School-aged Children - Faktenblatt "Methodik der HBSC-Studie"*. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion.

- Hölling, H., Schlack, R., Kamtsiuris, P., Butschalowski, H., Schlaud, M., & Kurth, B. (Juni/Juli 2012). Die KiGGS-Studie - Bundesweit repräsentative Längs- und Querschnittstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, S. 836-842.
- Korczak, D. (2012). *Föderale Strukturen der Prävention von Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen*. Köln: DIMDI.
- Körkel, J. (2012). Wir tun - was? Eine kritische Analyse des Programms "Hart am Limit" (HaLT). *Suchttherapie*, 13, S. 25-32.
- Lehmkuhl, G. (2003). Indikatoren der Suchtgefährdung bei Jugendlichen - Hinweise zur Anamnese und Diagnose. In W. Farke, H. Graß, & K. Hurrelmann, *Drogen bei Kindern und Jugendlichen: Legale und illegale Substanzen in der ärztlichen Praxis* (S. 30-37). Stuttgart: Thieme.
- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest. (2011). *JIM-Studie 2011 Jugend, Information, (Multi-) Media: Basisuntersuchung zum Medienumgang 12- bis 19-jähriger*. Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest: Stuttgart.
- Moffit, T. (1993). Life-course-persistent and adolescence-limited antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, S. 674-701.
- Niebaum, I. (2002). Risikoverhalten und Gesundheitsbewusstsein im Jugendalter. In L. J. Suchtgefahren, *Risikoverhalten Jugendlicher in der mobilen Gesellschaft* (S. 4-23). Hannover: BWH.
- Petermann, F., & Helbig, S. (2008). Entwicklungsaufgabe "Substanzgebrauch": Bewältigungskompetenzen und Ressourcenförderung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. *Sucht Aktuell*(2), S. 14-19.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kripke, I., Flöter, S., Jakob, L., Hammes, D., & Rummel, C. (2012). *Bericht 2012 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2011/2012*. München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD.
- Reese, A., & Silbereisen, R. (2001). Substanzgebrauch Jugendlicher: Illegale Drogen und Alkohol. In J. Raithel, *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher* (S. 131-153). Opladen: Leske + Budrich.
- Robert Koch Institut. (2008). *Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiKKS) 2003 - 2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland*. Berlin: Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

- Rumpf, H.-J., Meyer, C., Kreuzer, A., & John, U. (2011). *Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA): Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit*. Greifswald und Lübeck: Forschungsverbund EARLY INTerventions in health-risk behaviors.
- Statistisches Bundesamt. (5. Februar 2013). Diagnose Alkoholmissbrauch: 2011 wieder mehr Kinder und Jugendliche stationär behandelt. *Pressemitteilung vom 5. Februar 2013 - 44/13*.
- Stolle, M., Sack, P.-M., & Thomasius, R. (8. Mai 2009). Rauschtrinken im Kindes- und Jugendalter. *Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, 19, S. 323-328*.
- Weber, C. (6./7. Oktober 2012). Die Sucht mit der Maus. *Süddeutsche Zeitung*, 24.
- Weichold, K. (2010). *Schriftliche Stellungnahme in der Vorbereitung des Expertenhearings: Berichterstattung der Landesregierung entsprechend § 10 Thüringer Kinder- und Jugendhilfegesetz*. Jena: Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Weichold, K., Bühler, A., & Silbereisen, R. (2008). Konsum von Alkohol und illegalen Drogen über die Lebensspanne. In R. Silbereisen, & M. Hasselhorn, *Enzyklopädie Psychologie, Serie V (Entwicklung) Band 5 Entwicklungspsychologie des Jugendalters* (S. 537-586). Göttingen: Hogrefe.
- Wölfling, K., Jo, C., Bengesser, I., Beutel, M., & Müller, K. (2013). *Computerspiel- und Internetsucht: Ein kognitiv-behaviorales Behandlungsmanual*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- World Health Organization (WHO). (2008). *Social cohesion for mental well-being among adolescents*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.



ISBN 978-3-944262-00-0