

# VERBREITUNG LEGALEN UND ILLEGALEN DROGENKONSUMS UND DIE BEDEUTUNG DER GLEICHALTRIGEN FÜR DIE DROGENEINNAHME BEI BERLINER GYMNASIASTEN

ELKE APPEL & ANDRÉ HAHN<sup>1</sup>

Freie Universität Berlin & Humboldt Universität zu Berlin

**Zusammenfassung** - Die vorliegende Querschnittsstudie untersucht die Verbreitung des Alkohol- und Tabakkonsums, sowie des Konsums illegaler Drogen bei Berliner Gymnasiasten und stellt diese den Ergebnissen der Drogenaffinitätsstudie 1997 und der Münchner Repräsentativstudie „Early Developmental Stages of Psychopathology“ gegenüber. Auf dem Hintergrund sozial-kognitiver Lerntheorien soll darüber hinaus die Bedeutung von Gleichaltrigeneinflüssen für den substanzspezifischen Drogenkonsum Jugendlicher ermittelt werden. Es wurden insgesamt 1174 Schüler aus zwei Berliner Gymnasien mit einem Durchschnittsalter von 15.3 Jahren (51.2 Prozent Mädchen, 48.8 Prozent Jungen) im Oktober und November 1996 befragt. Die Ergebnisse verweisen auf einen vergleichsweise erhöhten und verfrühten Cannabiskonsum bei Berliner Gymnasiasten. Es zeigt sich für alle untersuchten Drogen ein deutlicher Zusammenhang zu Indikatoren sozialer Einflußnahme durch Gleichaltrige. Dabei spielen passive Beeinflussungsprozesse - erhoben über Prävalenzschätzungen des substanzspezifischen Drogenkonsums Gleichaltriger - konsistent eine größere Rolle als aktive Beeinflussungsversuche durch Freunde und Bekannte. Es wird geschlußfolgert, daß Suchtpräventionsprogramme auf regionale Besonderheiten wie die Drogenprävalenz und das mittlere Einstiegsalter der Jugendlichen zugeschnitten sein sollten. Darüber hinaus wird empfohlen, daß Suchtpräventionsprogramme auch Komponenten zum Umgang der Jugendlichen mit passiver sozialer Einflußnahme durch Gleichaltrige beinhalten sollten. n.

*Schlagnworte:* Drogenprävalenz – Cannabiskonsum - Jugendalter – Gleichaltrigeneinfluss – aktiver und passiver sozialer Einfluß

**Abstract** - This study describes the prevalence of alcohol, tobacco and illegal drug use among secondary school students in Berlin. The results are compared to the representative drug study of the Federal Centre for Health Education ("Drug affinity study") and the Munich study on "Early Developmental Stages of Psychopathology". The role of peer influence on substance-specific drug use is identified against the background of sociocognitive learning theories. A total of 1,174 students from two Berlin secondary schools (mean age 15.4 years, 51.2 % female, 48.8 % male) were interviewed between October and November 1996. The results indicate a comparatively increased as well as premature cannabis consumption among secondary school students in Berlin. There were significant associations between drug use and indicators of active and passive peer influence. Passive peer influence – measured by prevalence assessments of substance-specific drug use among peers – turned out to be a consistently stronger predictor of drug use than active peer influence. It is concluded that drug prevention programs should be adapted to regional differences with regard to drug prevalence as well as the age at which drug use begins. Moreover it is recommended that drug prevention programs should include components for coping with passive peer influence.

*Key Words:* drug prevalence – cannabis use – adolescents – peer influence – active and passive social influence

---

<sup>1</sup> *Autorenhinweis:* Dipl.-Psych. Elke Appel, MPH, Freie Universität Berlin, Fachbereich Humanmedizin, Institut für Medizinische Psychologie, Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin, email: [appel@psychologie.de](mailto:appel@psychologie.de); Dipl.-Psych. André Hahn, Humboldt-Universität zu Berlin, Lehrstuhl für Pädagogische Psychologie und Gesundheitspsychologie, Unter den Linden 6, Sitz: Geschwister-Scholl-Str. 7, 10099 Berlin, email: [hahn@psychologie.de](mailto:hahn@psychologie.de). Eingereicht zur Publikation in der *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* (März, 2000).

## EINFÜHRUNG

Jugendliche gelten als eine besondere Risikopopulation für den Konsum legaler und illegaler Drogen. Daher wurden in den letzten Jahren im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Repräsentativerhebungen zum Konsum legaler und illegaler Drogen durchgeführt (Herbst, Kraus & Scherer, 1996; Institut für Jugendforschung, 1990; BZgA, 1994, 1998; Simon, Bühringer & Wiblishauser, 1992). Entsprechende Statistiken benötigt die Gesundheitspolitik zum einen für die bedarfsgerechte Planung von psychosozialen oder medizinischen Beratungseinrichtungen, also zum Zwecke der Gesundheitsversorgung, zum andern aber auch für die adressatenorientierte Konzeption und Implementation von Präventionsmaßnahmen (vgl. auch Statistisches Bundesamt, 1998).

Die seit 1973 wiederholt durchgeführten Drogenaffinitätsstudien der BZgA (zuletzt im Jahr 1997) verweisen bei Jugendlichen auf einen Rückgang des Alkohol- und Tabakkonsums im Vergleich zu den siebziger Jahren. Silbereisen (1997) konstatiert international und national eine Stabilisierung mit einem leichten Rückgang des Alkoholkonsums. Auch die Rauchquote ist nach Daten des Mikrozensus in den neunziger Jahren stabil (Statistisches Bundesamt 1994, 1996).

Weitaus schwieriger noch als die Bestimmung des Konsums legaler Drogen ist eine präzise Schätzung des Konsums illegaler Drogen, vornehmlich solcher Drogen mit einer Life-Time Prävalenz unter einem Prozent. Die langfristige Entwicklung des Konsums illegaler Drogen, gemessen an der Life-Time Prävalenz *aller* illegalen Drogen zusammengenommen, ist nach Statistiken der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durch Konstanz bis zum Ende der 80er Jahre und durch einen Konsumanstieg in den 90er Jahren gekennzeichnet (BZgA, 1998). Aufgrund der Vermischung verschiedener Drogenarten in nur einem Indikator kann nicht genau bestimmt werden, wodurch dieser Anstieg zustande kommt. Jedoch ist parallel die Akzeptanz von Cannabis und Ecstasy sowie Amphetaminen bei Jugendlichen gestiegen, so daß die Zunahme des Konsums wahrscheinlich insbesondere auf diese Drogenarten zurückgeführt werden kann.

Für die kommunale Bedarfsplanung ist von besonderer Bedeutung, inwieweit sich diese bundesweiten Trends auf die regionalen Besonderheiten übertragen lassen. Beispielsweise ergaben sich innerhalb einer Berliner Schülerstichprobe Hinweise für einen weiteren Anstieg des Tabakkonsums in den letzten Jahren, ein Ergebnis, das den bundesweiten Trendanalysen der BZgA entgegenläuft. Dies betrifft sowohl die Rauchquote als auch die Rauchintensität (Hüttner, Dortschy, Heß, Kahl & Tietze, 1996). Möglicherweise wäre hier – solange für Kinder- und Jugendliche noch keine Gesundheitsberichterstattung existiert, die eine Prävalenzschätzung auch auf regionaler Ebene erlaubt – zumindest die zusätzliche Berücksichtigung regional erhobener Daten als Basis gesundheitspolitischer Maßnahmen von Nutzen. Auch Präventionsprogramme könnten hierbei adressatengerechter geplant werden, da das lebensumfeldspezifische Bedingungsgefüge des Drogenkonsums gezielter einbezogen werden kann.

Suchtpräventionsprogramme für Jugendliche müssen unter anderem die in dieser Lebensphase typischen Entwicklungsanforderungen und Herausforderungen aus einer subjektiven Perspektive der „Betroffenen“ thematisieren, sonst werden sie subjektiv nicht als bedeutsam wahrgenommen und kaum über das Potential verfügen, Einstellungs- und Verhaltensänderungen zu bewirken. Das Jugendalter stellt nach entwicklungspsychologischem Verständnis eine Entwicklungsphase des

Ausprobieren und Testens der eigenen Grenzen dar und dient der Vorbereitung der Aneignung von Erwachsenenrollen. Vielfältige Veränderungen, die den Körper und die Identität generell betreffen, wie zum Beispiel die Übernahme der männlichen oder weiblichen Geschlechtsrolle, die Ablösung vom Elternhaus oder die Vorbereitung auf Ausbildung und Beruf, müssen in das eigene Selbstbild integriert werden. Wenn solche Entwicklungsaufgaben (vgl. Havighurst, 1948) zeitlich zu eng aufeinanderfolgen und die Fähigkeiten des Jugendlichen zur Adaptation überfordern, besteht die Gefahr, daß Jugendliche zur Unterstützung der emotionalen Problembewältigung zu Drogen greifen. Drogenkonsum im Jugendalter kann also Ausdruck des Bemühens sein, Kontrolle über die eigene Entwicklung zu wahren (Kastner & Silbereisen, 1988; Silbereisen & Kastner, 1985). Dieses beinhaltet jedoch nicht nur die Gefahr des Erwerbs und der Gewöhnung an kurzfristig oder langfristig gesundheitsschädliche Verhaltensweisen, sondern steigert das Risiko des psychologisch begründeten Mißbrauchs oder Suchtverhaltens. Besonders Jugendliche, die an einem Mangel an Selbstvertrauen in die eigenen Handlungskompetenzen leiden und zusätzlich keine ausreichende soziale Unterstützung erfahren, sind in besonderem Maße gefährdet (Engel & Hurrelmann, 1989; Hurrelmann, 1994). Als relativ gesichertes Erkenntnis gilt, daß der soziale Kontext, in den Jugendliche eingebunden sind, einen starken Einfluß auf das Drogenkonsumverhalten ausübt (Kandel, 1985). Mit der entwicklungsbedingten Ablösung Jugendlicher vom Elternhaus werden Wertvorstellungen und Verhaltensweisen der Gleichaltrigen zunehmend bedeutsamer. Insbesondere im Bereich des Freizeitverhaltens – dazu gehört auch der Drogenkonsum – überwiegt ab einem bestimmten Alter der Einfluß des Freundeskreises über den Einfluß der Eltern. Dabei wird der Einfluß der Gleichaltrigen häufig als Versuch einer direkten und aktiven Beeinflussung gesehen, als Verhaltens- und Konformitätszwang, Drogenangebote der Gruppenmitglieder anzunehmen. Eine bedeutsamer Ansatz zur Suchtprävention, der hauptsächlich im Bereich des Rauchens eingesetzt wurde, zielt daher auf den Umgang der Jugendlichen mit Gruppendruck und die Fähigkeit der Jugendlichen "Nein" zu sagen (Evans, 1988). Vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit ist demgegenüber dem indirekten oder auch passiven sozialen Einfluß Gleichaltriger geschenkt worden. Indirekter Einfluß wird über die Wahrnehmung dessen, was in der Gleichaltrigengruppe als normales Verhalten angesehen und erwartet wird (normative Erwartungen) vermittelt. Botvin und Mitarbeiter (Botvin, Botvin, Baker, Dusenbury & Goldberg, 1992) fanden beispielsweise heraus, daß der Beginn des Tabakkonsums bei Jugendlichen durch eine Überschätzung der tatsächlichen Häufigkeit des Rauchens in ihrer Gleichaltrigengruppe vorhergesagt werden konnte. Wenn solche falschen Einschätzungen des tatsächlichen Ausmaßes des Drogenkonsums der Gleichaltrigen einen Einfluß auf das eigene Gesundheitsverhalten ausüben sollten, so sollten entsprechende Informationsbausteine zukünftig im Rahmen von Suchtpräventionsprogrammen stärker berücksichtigt werden.

Die vorzustellende Studie verfolgt daher zwei Ziele. Zunächst geht es darum zu prüfen, ob sich die kommunale Gesundheitsversorgungsplanung besser auf regionale Gesundheitsberichterstattung denn auf bundesweite Statistiken stützen sollte. Aufgrund einer Erhebung des Landes Berlin (Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport, 1997) wurde vermutet, daß in Berlin insbesondere an Oberschulen der Ecstasykonsum entgegen dem Bundestrend stark angestiegen war. Aufgabe war es daher, diesen Eindruck zu validieren und damit eine empirische Basis für die regionale Gesundheitsversorgung zu liefern. Von besonderer Bedeutung ist neben der Prävalenzschätzung über

die Verbreitung des Konsums legaler und illegaler Drogen auch die Altersverteilung der Drogeneinnahme unter Berücksichtigung des drogenspezifischen Erstkonsumalters.

Neben der regionalen Bestandsaufnahme sollten in einem zweiten Schritt einige der diskutierten psychosozialen Bedingungen des Drogenkonsums näher betrachtet werden, damit diese zukünftig stärker in die Konzeption individuumsbezogener Präventionsprogramme einbezogen werden. Insbesondere wird die Bedeutung des Freundes- und Bekanntenkreises, des aktiven und passiven Einflusses Gleichaltriger für den bereichsspezifischen Drogenkonsum Jugendlicher analysiert. Zu erwarten sind drogenspezifische „Falsche-Konsens“-Effekte. Jugendliche, die selbst eine spezifische Droge konsumieren, sollten eine höhere Verbreitung des Konsums dieser Droge bei anderen Jugendlichen vermuten, als Jugendliche, die diese Droge nicht konsumieren.

## METHODE

### *Stichprobe und Datenerhebung*

Die in Berlin seit 1994 auf bezirklicher Ebene eingerichteten Plan- und Leitstellen der Gesundheitsämter haben unter anderem die Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung. Der Leiter der Plan- und Leitstelle Zehlendorf beauftragte die Autoren mit der Erstellung eines Drogenberichts, da Hinweise auf eine starke Zunahme des Konsums von Designerdrogen bei Oberschülern vorlagen (Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport, 1997), die möglicherweise im Zusammenhang mit der aufkommenden Technowelle stand. Der Berliner Bezirk Zehlendorf, in dem die Erhebung durchgeführt wurde, gilt als Bezirk mit der günstigsten Sozialstruktur innerhalb Berlins (vgl. Hermann & Meinlschmidt, 1995). Dieser ist unter anderem gekennzeichnet durch eine niedrige Arbeitslosenquote und einen entsprechend niedrigen Anteil an Sozial- und Wohnhilfeempfängern, ein hohes mittleres Einkommen und einen guten Gesundheitszustand (Kriterium: vorzeitige Sterblichkeit) der Bevölkerung. Aufgrund dieser vergleichsweise positiven Charakteristika ist gerade in diesem Bezirk Berlins ein eher niedriger Drogenkonsum zu erwarten. Allerdings eröffnen die potentiell besseren finanziellen Mittel den Jugendlichen einen leichteren Zugang zur Technoszene und natürlich zu den Drogen selbst.

Es wurden zwei von insgesamt drei Zehlendorfer Gymnasien in die Befragung einbezogen. Die Befragungen der Jugendlichen an den beiden Gymnasien wurden im Oktober und November 1996 durchgeführt. Um die wechselseitige soziale Beeinflussung der Jugendlichen bei der Bearbeitung des Fragebogens zu minimieren, fand die Befragung der gesamten Schülerschaft eines Gymnasiums zeitgleich statt. Die Befragungen wurden in den Schulklassen von den Lehrern durchgeführt, die insbesondere auf die Gewährleistung der Anonymität zu achten hatten. Ausgefüllte Fragebogen wurden von den Schülern in eine verschlossene Box geworfen.

An beiden Schulen wurden alle Schüler von der siebten bis zur dreizehnten Klasse befragt. Insgesamt nahmen 459 Schüler aus dem ersten Gymnasium und 714 Schüler aus dem zweiten Gymnasium teil, so daß die Gesamtgruppe aus 1 174 befragten Schülern besteht. Aufgrund fehlender Einverständniserklärungen der Eltern, Teilnahmeverweigerungen, Fehlen am Erhebungstag wegen Krankheit oder sonstiger Umstände, konnten jedoch nicht alle Schüler erreicht werden. Die Teilnahmequoten an beiden Schulen betragen 76.5 Prozent an der ersten Schule und 85.5 Prozent an

der zweiten Schule. Das mittlere Alter der Gesamtstichprobe beträgt 15.34 Jahre mit einem Mindestalter von 11 Jahren und einem Höchstalter von 21 Jahren. Das Verhältnis von 50.8 Prozent Mädchen und 49.2 Prozent Jungen ist in etwa ausgewogen. Tabelle 1 ist die Zusammensetzung der Stichprobe getrennt nach Altersgruppen und Geschlecht zu entnehmen. Diese Aufteilung wurde den späteren Gruppierungsanalysen zugrunde gelegt.

**Tabelle 1**

*Zusammensetzung der Stichprobe nach Geschlecht und Altersgruppen (N = 1174)*

Altersgruppe	Geschlecht					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>
11-13 Jahre	50.2	146	49.8	145	25.1	291
14-15 Jahre	53.1	173	46.9	153	28.3	326
16-17 Jahre	47.8	151	52.2	165	27.3	316
18-21 Jahre	52.5	117	47.5	106	19.3	223
Summe	50.8	587	49.2	569	100	1156

*Anmerkungen. 18 paarweise fehlende Werte.*

### *Erhebungsinstrumente*

Als zeitlicher Bezugsrahmen zur Erfassung des *Drogenkonsums* bei Jugendlichen wurden die letzten zwölf Monate vorgegeben. Die Jugendlichen konnten zur Angabe der durchschnittlichen Häufigkeit des Drogenkonsums die passende zeitliche Bezugsgröße selbst auswählen (z.B. „In den letzten 12 Monaten habe ich \_\_\_ mal pro Woche/Monat/Jahr geraucht?“). Die Konsumhäufigkeit war einzutragen. Dieses Vorgehen gewährleistet die vergleichbare Erfassung drogenspezifisch unterschiedlicher Konsumfrequenzen. Zusätzlich wurde als Intensitätsmaß die Häufigkeit des täglichen Konsums erfragt. Beim ersten Probierkonsum und bei Beginn des regelmäßigen Konsums (operationalisiert als ca. zweiwöchentlicher Konsum) war das Alter anzugeben. Insgesamt wurden 10 verschiedene Drogenarten berücksichtigt: legale Drogen (Alkohol und Zigaretten), Psychopharmaka (Beruhigungsmittel) und illegale Drogen (Cannabis/Haschisch, Ecstasy, Aufputschmittel, LSD, Kokain und Heroin/Opiate) und Schnüffelstoffe. Die Erfassung des Drogenkonsums orientiert sich an Kleiber, Soellner und Tossmann (1993).

Zur Erfassung des *Drogenkonsums im Freundes- und Bekanntenkreis* wurde gefragt: „Was schätzt Du, wieviele Deiner Freunde und näheren Bekannten nehmen zur Zeit die nachfolgenden Mittel?“ Die Verbreitung des Drogenkonsums wurde für jede Drogenart mit Ausnahme der Schnüffelstoffe durch vierstufige Items (Antwortalternativen: „niemand bis einige wenige“, „die Hälfte oder weniger“, „die Mehrzahl bis fast alle“, „alle“) erfaßt. Die *normativen Erwartungen* der Jugendlichen zum Drogenkonsum wurden in Anlehnung an Botvin et al. (1992) als Prävalenzschätzungen des Drogenkonsums gleichaltriger Jugendlicher desselben Geschlechts operationalisiert. Gefragt wurde: „Was meinst Du wieviele Mädchen/junge Frauen (Jungen/junge Männer) in Deinem Alter nehmen ... ? (Antwortalternativen: „(fast) keiner“, „ca. ein Viertel“, „ca. die Hälfte“, „ca. drei Viertel“, „fast alle“). Normative Erwartungen wurden in bezug auf Alkohol-,

Zigaretten-, Haschisch- und Ecstasykonsum erfragt. Als Indikator für die *Fähigkeit zum „Nein“ sagen*, bzw. zum Umgang mit Gruppendruck wurde die Selbstwirksamkeitserwartung Jugendlicher, in einer sozial schwierigen Situation ein Drogenangebot abzulehnen, betrachtet. Dabei wurde berücksichtigt, daß unter Umständen Jugendliche – zum Beispiel die Drogenkonsumenten - ein solches Angebot gar nicht ablehnen wollen. Diesem Aspekt wurde dadurch Rechnung getragen, daß eine Filtervariable vorgeschaltet wurde, die die Bereitschaft Jugendlicher, ein Drogenangebot anzunehmen, erfassen sollte. Nur falls Jugendliche ein Drogenangebot auch tatsächlich ablehnen wollten, sollten sie auf jeweils vierstufigen Items (Antwortalternativen: „ist überhaupt kein Problem abzulehnen“ , „könnte ich schon, wäre unter Umständen aber nicht ganz angenehm“ , „nicht unmöglich, wäre unter Umständen aber ziemlich schwer“ , „das wäre für mich nicht drin, nicht mitzumachen“) ihr Zutrauen in die Fähigkeit dem Angebot zu widerstehen beurteilen. Die Formulierung der Antwortalternativen wurde jugendgerecht gestaltet.

## ERGEBNISSE

Ein Vergleich der Zehlendorfer Drogenprävalenzen mit der Drogenaffinitätsstudie (BZgA, 1998) ist wegen der unterschiedlichen Erfassung und unterschiedlichen Stichproben, sowohl im Hinblick auf die Repräsentativität, aber auch die Altersstruktur, nur eingeschränkt möglich. Daher soll auf statistische Prüfverfahren zur Feststellung des Unterschieds der Berlin-Zehlendorfer Drogenprävalenz verzichtet werden. Als weitere Referenzstichprobe wird die repräsentative Münchner EDSP-Studie („Early Developmental Stages of Psychopathology“) herangezogen, die auch einen Vergleich hinsichtlich der Altersgruppe und der Erfassungsmethode erlaubt.

### *Alkohol und Tabakkonsum*

Die Trendanalysen der BZgA lassen schon seit 1973 einen ständigen Rückgang des *Alkoholkonsums* bei Jugendlichen erkennen. Diese Entwicklung setzt sich auch in den neunziger Jahren bis heute fort. Tabelle 2 zeigt die Jahresprävalenz, die Häufigkeit des monatlichen Konsums und das Ausmaß regelmäßigen Konsums von Alkohol und Tabak.

Wie anhand der repräsentativen Münchner EDSP-Studie („Early Developmental Stages of Psychopathology“) gezeigt werden kann, ist das Mißbrauchs- und Abhängigkeitspotential des Alkoholkonsums schon bei Jugendlichen beträchtlich (Holly, Türk, Nelson, Pfister & Wittchen, 1997). Nach DSM-IV Kriterien erhielten 1.2 Prozent der 14 bis 15jährigen und 8.9 Prozent der 16-17jährigen eine Mißbrauchsdiagnose. Hinzu kommt die Gruppe der abhängigen Jugendlichen von denen 1.2 Prozent auf die 14-15jährigen und 3.9 Prozent auf die 16-17jährigen entfallen. Die Autoren verweisen darauf, daß von den 14-15 jährigen Münchnern immerhin schon 13.2 Prozent regelmäßig Alkohol trinken (mindestens 12 mal im Jahr). Bemerkenswert ist, daß nach derselben Definition regelmäßigen Konsums bereits 22.3 Prozent der 14-15jährigen Berliner Gymnasiasten als regelmäßige Alkoholkonsumenten zu betrachten sind. Anders als Czepay und Kolip (1996), die bei Gymnasiasten keine Geschlechtsunterschiede in der Häufigkeit des Alkoholkonsums (mittlerer monatlicher Konsum) feststellen konnten, konsumieren in der Berliner Stichprobe männliche

Gymnasiasten häufiger Alkohol als weibliche Gymnasiasten ( $F(1,742) = 21.97, p < .001$ ). Dies stimmt mit der Beobachtung der Münchner Studie eines höheren Mißbrauchs und höherer Abhängigkeitsdiagnosen bei männlichen Jugendlichen gut überein. Weiterhin zeigt sich ein starker Anstieg der Häufigkeitsraten zwischen den Altersklassen der 11 bis 13jährigen, den 14 bis 15jährigen und den 16 bis 17jährigen. Gleiches ist für den regelmäßigen Alkoholkonsum zu beobachten.

**Tabelle 2**

*12-Monatsprävalenz, Häufigkeit des monatlichen Konsums und prozentualer Anteil regelmäßiger Konsumenten von Alkohol und Zigaretten bei Berliner Gymnasiasten (N = 1174)*

		Drogen-erfahrung in den letzten 12 Monaten	Mittlerer Drogenkonsum pro Monat (Häufigkeit)	Mittlerer Drogenkonsum pro Tag (Häufigkeit)	Anteil regelmäßiger Konsumenten <sup>1</sup>
<b>Alkoholkonsum</b>					
	Insgesamt	63.8 %	3.9		29.7 %
	männlich	61.5 %	4.5		31.1 %
	weiblich	66.0 %	3.3		27.4 %
	11-13 Jahre	22.8 %	2.1		5.1 %
	14-15 Jahre	60.7 %	3.1		22.3 %
	16-17 Jahre	86.1 %	4.2		46.8 %
	18-21 Jahre	89.6 %	4.8		48.9 %
<b>Rauchen</b>					
	Insgesamt	44.0 %	15.3	6.3 (0.5-30)	27.8 %
	männlich	40.1 %	16.8	6.7 (0.5 – 30)	27.9 %
	weiblich	47.7 %	14.0	5.8 (1-20)	28.0 %
	11-13 Jahre	23.0 %	7.9	3.2 (1- 15)	8.2 %
	14-15 Jahre	47.9 %	14.1	4.3 (0.5 – 20)	30.5 %
	16-17 Jahre	51.7 %	18.3	6.8 (0.5 – 25)	36.1 %
	18-21 Jahre	54.3 %	17.1	8.4 (1-30)	37.7 %

*Anmerkungen.<sup>1</sup> „regelmäßiger Konsum“ wurde in Anlehnung an die BZgA (1994) definiert als ein- oder mehrmaliger wöchentlicher Konsum.*

Nach Berichten der BZgA (1998) zeigt sich seit 1993 nach einem langfristig rückläufigen Konsum eine leichte Tendenz zur Zunahme des *Rauchens*. Von den in der Drogenaffinitätsstudie 1997 befragten Jugendlichen bezeichnen sich 41 Prozent als ständige oder gelegentliche Raucher. Diese Zahlen stimmen mit der hier dargestellten Jahresprävalenz von 44 Prozent gut überein (vgl. Tabelle 2), in der sich sowohl regelmäßige Raucher als auch Gelegenheitsraucher widerspiegeln dürften. Allerdings ist die Intensität des Rauchens bei den Berliner Gymnasiasten geringer als in der BZgA-Studie. Nur 30.6 Prozent der Gesamtgruppe gibt an, mindestens sieben Zigaretten wöchentlich zu rauchen. Im Durchschnitt konsumiert diese Gruppe sechs Zigaretten am Tag. In der Drogenaffinitätsstudie konsumieren ständige Raucher dagegen immerhin 17.6 Zigaretten am Tag. Es

fällt auf, daß Mädchen häufiger Erfahrung mit dem Rauchen haben als Jungen ( $\chi^2(1) = 6.79, p < .001$ ). Sie unterscheiden sich allerdings nicht hinsichtlich der Häufigkeit des Konsums. In bevölkerungsweit repräsentativen Umfragen zum Rauchen wie zum Beispiel der Bundesstudie 1995 (Herbst, Kraus & Scherer, 1996), der Mikrozensushebung (Statistisches Bundesamt, 1994, 1996) oder der Drogenaffinitätsstudie (BZgA, 1998) findet sich bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen im allgemeinen ein höherer Raucheranteil beim männlichen Geschlecht.

### *Konsum illegaler Drogen und psychotroper Substanzen*

Im Bereich der illegalen Drogen geht man seit Beginn der neunziger Jahre - anders als bei Alkohol - von einer Ausweitung des Drogenkonsums bei Jugendlichen aus (z.B. Kraus, 1997; Kraus, Bauernfeind & Herbst, 1998; Perkonig et al., 1997; Schuster & Wittchen, 1996). Lebenszeiterfahrungen mit allen illegalen Drogenarten zusammengefaßt weisen 1997 21 Prozent der 12-25 jährigen auf (BZgA, 1998), die 12-Monatsprävalenz beträgt 15 Prozent. Der überwiegende Teil beruht dabei auf Haschischkonsum.

Betrachtet man demgegenüber die berichtete 12-Monatsprävalenz des *Cannabiskonsums* von 28 Prozent (vgl. Tabelle 3), so ist diese als überdurchschnittlich hoch zu bewerten. Eine ähnliche Bewertung legen auch die 1995 erhobenen Daten der Bundesstudie nahe. Kraus (1997) berichtet eine 12-Monatsprävalenz der 1995 befragten 18-19 jährigen Deutschen von 17 Prozent. Einen direkten altersbezogenen Vergleich des Cannabiskonsums ermöglicht eine Gegenüberstellung mit der Münchner Drogenstudie (Perkonig et al., 1997). In München und Umgebung beträgt die Lifetime Prävalenz für den Cannabiskonsum der 14 bis 15jährigen 12.2 Prozent. In der Berliner Stichprobe beträgt die 12-Monatsprävalenz dieser Altersgruppe hingegen 27.7 Prozent. Bei 16 bis 17jährigen beträgt das Verhältnis 25.6 Prozent (München) zu 40.4 Prozent (Berlin-Zehlendorf), bei den 18 bis 21jährigen 35.4 Prozent (München) zu 45.5 Prozent (Berlin-Zehlendorf).

Es ist zu vermuten, daß die erhöhte Prävalenz des Cannabiskonsums der Berliner Jugendlichen zum Teil den Mädchen zuzuschreiben ist, die hier anders als in den Repräsentativstudien (z.B. Kraus, 1997) gleichviel Drogenerfahrung wie die Jungen aufweisen. Lediglich die Konsumfrequenzen sind bei den Mädchen niedriger als bei den Jungen. Andererseits kommt hier zum Tragen, daß nur Gymnasiasten in die Befragung einbezogen wurden, die sich gerade im Hinblick auf den Cannabiskonsum deutlich von Schülern anderen Schularten unterscheiden dürften.

*Beruhigungsmittelkonsum* bei Schülern wird unter anderem auch als ein Mittel zur Bewältigung von schulischen Belastungs- Beanspruchungssituationen (Nordlohne, Hurrelmann & Holler, 1989) gesehen. In der in den Jahren 1992 und 1993 durchgeführten repräsentativen Bielefelder Jugendstudie (Kolip, Nordlohne & Hurrelmann, 1995) fiel das hohe Ausmaß psychosomatischer Störungen Jugendlicher wie Nervosität/Unruhe, Konzentrationsschwierigkeiten, Kopfschmerzen und Rückenschmerzen auf. Immerhin 20 Prozent 12-16jähriger Jugendlicher aus den alten Bundesländern leidet an Schlafstörungen. Nordlohne et al. (1989) berichten auf der Grundlage einer 1986/1987 durchgeführten Jugendstudie bei 13-17jährigen eine 12-Monatsprävalenz des Beruhigungs- und Schlafmittelkonsums von 9 Prozent. Die Jahresprävalenz des Beruhigungsmittelkonsums der Zehlendorfer Stichprobe beträgt demgegenüber nur 2.9 Prozent.



**Tabelle 3**

*12-Monatsprävalenz, Häufigkeit des monatlichen Konsums und prozentualer Anteil regelmäßigen Konsums von illegalen Drogen bei Berliner Gymnasiasten (N = 1174)*

		Drogenerfahrung in den letzten 12 Monaten	Mittlerer Drogenkonsum pro Monat (Häufigkeit)	Mittlerer Drogenkonsum pro Tag (Häufigkeit)	Anteil regelmäßige Konsumenten
Cannabis	Insgesamt	28.0 %	4.8	1.8	13.2 %
	männlich	29.1 %	6.1	2.0	16.8 %
	weiblich	27.1 %	3.4	1.6	9.7 %
	11-13 Jahre	4.8 %	3.5	2.2	1.7 %
	14-15 Jahre	27.7 %	3.7	1.5	11.6 %
	16-17 Jahre	40.4 %	5.3	1.7	20.6 %
	18-21 Jahre	45.5 %	5.2	1.8	20.2 %
Beruhigungs- mittel	Insgesamt	2.9 %	5.3		1.4 %
	männlich	1.2 %	11.1		0.7 %
	weiblich	4.3 %	3.4		1.8 %
	11-13 Jahre	1.7 %	12.2		1.4 %
	14-15 Jahre	2.1 %	2.8		1.2 %
	16-17 Jahre	2.2 %	1.5		0.3 %
	18-21 Jahre	4.9 %	6.3		1.8 %
Aufputschmittel (Ecstasy, Speed , LSD)	Insgesamt	3.3 %	2.9		0.9 %
	männlich	3.5 %	3.6		1.1 %
	weiblich	3.0 %	2.2		0.8 %
	11-13 Jahre	1.7 %	9.2		0.7 %
	14-15 Jahre	0.9 %	7.6		0.6 %
	16-17 Jahre	5.5 %	0.6		0.6 %
	18-21 Jahre	5.4 %	2.6		2.2 %
Harte Drogen (Kokain, Heroin)	Insgesamt	1.4 %	1.0		0.1 %
	männlich	1.4 %	0.2		0.3 %
	weiblich	1.2 %	1.8		--
	11-13 Jahre	0.7 %			--
	14-15 Jahre	0.3 %	0.6		--
	16-17 Jahre	1.9 %	1.4		--
	18-21 Jahre	2.2 %	0.8		0.4 %
Schnüffelstoffe	Insgesamt	1.5 %	3.0		0.5 %
	männlich	2.1 %	3.7		0.9 %
	weiblich	0.8 %	1.8		--
	11-13 Jahre	2.1 %	3.5		1.4 %
	14-15 Jahre	2.4 %	3.8		--
	16-17 Jahre	--	--		--

*Anmerkungen. Zellbesetzungen von weniger als 3 Personen sind nicht tabuliert. Als „regelmäßiger Konsum“ gilt in Anlehnung an die BZgA (1994) eine Konsumfrequenz von mindestens 20 mal im Jahr.*

Die Mädchen nehmen dabei deutlich häufiger Beruhigungsmittel ein als Jungen ( $\chi^2(1) = 10,34, p < .001$ ). Dieser Befund wird auch in neueren Repräsentativerhebungen bestätigt (Herbst, Kraus & Scherer, 1996). Auffällig sind hier speziell die hohen Jahresprävalenzen der 18-21 jährigen Gymnasiasten (4.9 Prozent), die mit prüfungsbedingtem Leistungsdruck in Zusammenhang stehen könnten.

Prinzipiell sind die Prävalenzschätzungen des Beruhigungsmittelkonsums und der im folgenden dargestellten Konsumhäufigkeiten illegaler Drogen aufgrund der geringen Fallzahlen mit einem hohen Meßfehler behaftet. Um sichere Aussagen treffen zu können, wäre eine wesentlich größere Stichprobe erforderlich. Die Prävalenzen dieser Substanzen waren teilweise so gering, daß sie zur besseren Übersicht nach ihrer Wirkung zusammengefaßt wurden. Ecstasy, das sowohl amphetaminerge als auch halluzinogene Eigenschaften hat (Sahihi, 1991), wurde gemeinsam mit LSD der Gruppe „Aufputzmittel“ zugeordnet. Kokain und Heroin wurden zu einer Gruppe „harte Drogen“ zusammengefaßt. Im Bereich der illegalen härteren Drogen ist von einer Unterschätzung der tatsächlichen Zahlen auszugehen, so daß die Zuverlässigkeit der dargestellten Statistiken eher gering und die vorgenommenen Vergleiche mit den repräsentativen Daten anderer Studien nur eingeschränkt möglich ist.

Wie eingangs dargestellt, war ein Grund für die Beauftragung der vorliegenden Studie der beobachtete hohe Ecstasykonsum. Nach einem Bericht des Berliner Drogenreferats (Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport, 1997) liegt die Lifetime-Prävalenz des Ecstasykonsum bei 15-17jährigen bei 13.8 Prozent (12-Monatsprävalenz von 12.9 Prozent), was im Vergleich zur Drogenaffinitätsstudie der BZgA (1998) mit ca. 5 Prozent (12-Monatsprävalenz von 3 Prozent) als sehr hoch zu bewerten ist. Im Gegensatz dazu liegt der *Ecstasykonsum* der Zehlendorfer Gymnasiasten deutlich niedriger; sogar noch unterhalb den Statistiken der BZgA. So ergibt sich in der Gruppe der *Aufputzmittelkonsumenten* zusammengenommen „nur“ eine Jahresprävalenz von 3.3 Prozent, davon entfallen 1.8 Prozent auf die Einnahme von Ecstasy (in Tabelle 3 nicht gesondert ausgewiesen). Hier mag das höhere Durchschnittsalter der BZgA -Studie eine Rolle spielen, was gerade bei einem höheren Einstiegsalter in eine Droge deutliche Unterschiede in der Prävalenz bewirken kann. Ein Vergleich der Altersklassen mit den Münchner Daten (berichtet wird die Lebenszeitprävalenz; Perkonig et al., 1997) weist auf keine Besonderheiten der Zehlendorfer Gymnasiasten hinsichtlich ihrer Aufputzmittelerfahrung hin. Der Konsum von Halluzinogenen und Stimulantien ist in der Münchner Stichprobe getrennt ausgewiesen. Die Autoren berichten bei 14-15jährigen eine Lifetime-Prävalenz von Halluzinogenen von 0.4 Prozent (Stimulantien: 0 Prozent), bei den 16-17jährigen eine Halluzinogen-Lifetimeprävalenz von 4.3 Prozent (Stimulantien: 1.6 Prozent) und bei 18-21jährigen einen Halluzinogenkonsum von 5.5 Prozent (Stimulantien 2.8 Prozent). Wird berücksichtigt, daß innerhalb dieser Substanzen mit vergleichbarem Wirkungsspektrum auch Mehrfachkonsumenten vorkommen, so sind diese Zahlen mit den Berliner Statistiken vergleichbar (vgl. Aufputzmittelkonsum Tabelle 3). Auch wenn also die Berliner Statistiken entgegen den Erwartungen nicht als alarmierend anzusehen sind, ist eine 12-Monatsprävalenz von 5 Prozent angesichts des hohen Suchtpotentials dieser Drogen bedenklich. Nach Schuster und Wittchen (1996) ist von einem Verhältnis von Gebrauch zu Mißbrauch/Abhängigkeit von 6 zu 1 auszugehen.

Die Statistiken der Bundesstudie 1995 weisen für alle Altersgruppen (18 bis 59 Jährige) eine 12-Monatsprävalenz für *Kokain* von einem Prozent und für *Heroin* von etwa 0.3 Prozent aus. In der Zehlendorfer Stichprobe errechnet sich eine 12-Monatsprävalenz für beide Drogenarten von 1.4 Prozent. Ab einem Alter von 16 Jahren finden sich 0.3 bis 0.4 Prozent regelmäßige Konsumenten. Aufgrund der großen Unsicherheit, die mit Selbstangaben bei diesen Drogenarten und dem ungünstigen Verhältnis der Stichprobenzahl zur Basisrate verbunden sind, soll auf weitere Vergleiche verzichtet werden.

Der Konsum von *Schnüffelfstoffen* ist aufgrund der potentiellen neurologischen Schäden ein ernstzunehmendes Problem (Altenkirch, 1982). Gesundheitliche Schäden können sowohl kurzfristig als auch langfristig im Erwachsenenalter auftreten, selbst dann, wenn noch im Jugendalter mit dem Konsum aufgehört wird. Insgesamt 1.5 Prozent der Zehlendorfer Gymnasiasten haben innerhalb der letzten 12 Monate Schnüffelstoffe konsumiert, insbesondere männliche Jugendliche der Altersgruppen 11 bis 13 Jahre und 14 bis 15 Jahre. In der Münchner EDSP- Studie wird bei den 14 bis 15jährigen eine Lifetime-Prävalenz von 1.1 Prozent berichtet, bei 16 bis 17jährigen eine Lifetime-Prävalenz von 0.4 Prozent. In der Berliner Stichprobe beträgt die Prävalenz in der Gruppe der 14 bis 15jährigen 2.1 Prozent. Für die älteren Altersgruppen ließ sich aufgrund der geringen Fallzahlen keine Statistik berechnen. Die Tabelle zeigt, daß Jugendliche früh mit dem Konsum von Schnüffelfstoffen beginnen (vgl. auch Silbereisen, 1997), steigen jedoch auch bald wieder aus. Es ist nicht auszuschließen, daß nachfolgend auf Drogen gewechselt wird, die erst in höherem Alter leichter verfügbar werden. Der Gebrauch von Schnüffelfstoffen ist bei Jungen übereinstimmend mit anderen Studien (z.B. Perkonig et al., 1997) häufiger als bei Mädchen ( $\chi^2(1) = 3.27, p < .05$ ).

### *Alter des Erstkonsums*

Suchtpräventionsprogramme sind meist darauf ausgerichtet, den Kontakt mit Substanzen ganz zu unterbinden oder aber den Beginn des Konsums auf ein höheres Alter zu verschieben (Lohaus, 1993). Die Kenntnis des Einstiegsalters ist daher eine wichtige Komponente für die Entwicklung von Präventionsprogrammen. Mit zunehmendem Alter, so wird angenommen, wächst die Einsicht der Jugendlichen in die Gefährlichkeit von Drogen, womit sich auch das Mißbrauchs- oder Abhängigkeitspotential verringert. Die Frage des Einstiegsalters ist ebenfalls unter der Annahme einer invarianten Drogensequenz bedeutsam, wo der Konsum der harten Drogen als Endpunkt einer Drogenkarriere umso früher erreicht wird, je früher die zeitlich davor liegenden Drogen konsumiert wurden (Kandel, 1980).

Die Schülerinnen und Schüler wurden zu ihrem Alter beim Erstkonsum befragt. In Tabelle 4 ist das mittlere Alter der Jugendlichen bei Erstkonsum illegaler Drogen im Vergleich zur Drogenaffinitätsstudie von 1997 dargestellt. Um einen möglichen Erinnerungsbias zu minimieren, wurden nur gleiche Altersgruppen (14 bis 15jährige und 16 bis 17jährige) der beiden Studien miteinander in Beziehung gesetzt. Darüberhinaus wurden aus der BZgA – Drogenaffinitätsstudie nur Gymnasiasten berücksichtigt. Diese sind anders als bei der Berliner Stichprobe über das gesamte Bundesgebiet verteilt und schließen daher auch Jugendliche aus der Landbevölkerung ein. Da die

Fallzahlen in beiden Gruppen sehr gering sind, wurde auf die Berechnung statistischer Tests verzichtet.

**Tabelle 4**

*Mittleres Alter (in Jahren) bei Erstkonsum illegaler Drogen der Berliner Schüler im Vergleich zu den Gymnasiasten der Drogenaffinitätsstudie (BZgA, 1998)*

	14 bis 15jährige				16 bis 17jährige			
	BZgA 1997		Berlin-Zehlendorf 1996		BZgA 1997		Berlin-Zehlendorf 1996	
	<i>M</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>N</i>
Schnüffelstoffe	14.7	10	13.67	9	16	14	14	2
Cannabis	14.8	28	13.69	91	16.4	28	14.78	140
Aufputschmittel	15	1	13.50	4	16.4	5	15.09	11
Ecstasy	14.4	8	14.00	2	16.4	11	15.73	11
LSD	14.9	13	13	1	16.4	8	16.11	9
Kokain	-	-	14	1	16.5	2	15.80	5

Der Kontakt mit Schnüffelstoffen erfolgt in der Berliner Stichprobe zeitlich vor dem Experimentieren mit illegalen Drogen. In der Gruppe der 14 bis 15jährigen ist der Konsum Berliner Gymnasiasten im Vergleich zur Drogenaffinitätsstudie um etwa ein Jahr verfrüht. Auch bei der Gruppe der 16-17jährigen fällt auf, daß das mittlere Alter der Zehlendorfer bei Erstkonsum illegaler Drogen zwischen 0.3 Jahren (LSD) und 1.6 Jahren (Cannabis) unter der Referenzstichprobe liegt. Die schon berichtete erhöhte 12-Monatsprävalenz des Cannabiskonsums korrespondiert hier mit einem um 1.6 Jahre verfrühten Erstkonsum. Ebenso ist das Einstiegsalter in die härteren Drogen vorverlagert. Im Gegensatz zur Drogenaffinitätsstudie ist in der Berliner Stichprobe in der Gruppe der 16 bis 17jährigen eine Sequenz von leichten zu harten Drogen (Cannabiskonsum – Aufputschmittelkonsum – Ecstasykonsum – LSD/Kokain-Konsum) zu beobachten. Die Entwicklungssequenz des Experimentierens mit illegalen Drogen beginnt dabei in dem großstädtischen Milieu früher und erscheint zeitlich ausgedehnter.

#### *Die Bedeutung der Gleichaltrigen für den Drogenkonsum*

Im Jugendalter werden Freundschaftsbeziehungen relativ zu den Familienbeziehungen wichtiger. Der Drogenkonsum im Bekannten- und Freundeskreis hat sich empirisch wiederholt als die wichtigste Einflußgröße für den Drogengebrauch Jugendlicher herausgestellt (Donaldson, 1995; Kandel, 1985).

In Tabelle 5 sind Zusammenhänge zwischen bereichsspezifischer Drogenenerfahrung und verschiedenen Indikatoren des Einflusses Gleichaltriger bei statistischer Kontrolle des Alters abgetragen. Es finden sich hohe Zusammenhänge zwischen bereichsspezifischer Drogenenerfahrung (12-Monatsprävalenz) einerseits und der Drogenenerfahrung im Freundes- und Bekanntenkreis andererseits. Dieser Zusammenhang gilt unabhängig von der betrachteten Drogenart sowohl für die legalen Drogen Alkohol und Zigaretten, als auch für die illegalen Drogen Cannabis und Ecstasy.

Drogenerfahrene Jugendliche berichten, daß – mit Ausnahme des vergleichsweise seltenen Ecstasykonsums – durchschnittlich mindestens die Hälfte ihres Freundes- und Bekanntenkreises dieselbe Drogenart konsumiert.

### **Tabelle 5**

*Alterskorrigierte Partialkorrelationen zum Zusammenhang eigener Drogenerfahrung mit dem wahrgenommenen Drogenkonsum im Bekanntenkreis, der erlebten Schwierigkeit ein Drogenangebot abzulehnen und der wahrgenommenen Prävalenz des Drogenkonsums in der Gruppe der Gleichaltrigen (N = 1174).*

		Drogenkonsum im Bekanntenkreis		Schwierigkeit „Nein“ zu sagen		Geschätzter Konsum bei Gleichaltrigen	
		<i>M</i>	<i>r</i>	<i>M</i>	<i>r</i>	<i>M</i>	<i>r</i>
Drogenerfahrung mit Alkohol	ohne	1.79	.35 <sup>a</sup>	1.47	ns.	1.83	.29 <sup>a</sup>
	mit	2.51		1.40			
Drogenerfahrung mit Zigaretten	ohne	1.98	.32 <sup>a</sup>	1.37	.11 <sup>b</sup>	2.23	.14 <sup>a</sup>
	mit	2.50		1.59			
Drogenerfahrung mit Haschisch	ohne	1.34	.54 <sup>a</sup>	1.34	ns.	1.02	.33 <sup>a</sup>
	mit	2.33		1.34			
Drogenerfahrung mit Ecstasy	ohne	1.07	.26 <sup>a</sup>	1.34	ns.	0.69	.07 <sup>c</sup>
	mit	1.68		1.72			

*Anmerkungen. Die abgetragenen Mittelwerte sind altersadjustiert. <sup>a</sup>  $p < .001$ ; <sup>b</sup>  $p < .01$ ; <sup>c</sup>  $p < .05$ ; ns = nicht signifikant.*

Für diesen Zusammenhang sind verschiedene Erklärungen denkbar. Zum einen könnte der Zugang zur Droge durch die Freunde eröffnet worden sein. Dies spielt vermutlich bei illegalen Drogen eine besonders wichtige Rolle. Zum anderen werden die Drogen durch Freunde nicht nur verfügbar gemacht, sondern auch aktiv angeboten (vgl. Graham, Marks & Hansen, 1991). Innerhalb von Jugendcliquen gelten Normen, die Jugendliche erfüllen müssen, wenn sie nicht ausgeschlossen werden wollen. Ein Drogenangebot abzulehnen, kann daher unter Umständen schon einem Verstoß gegenüber Gruppennormen gleichkommen. Es wird angenommen, daß Jugendliche, die einem Drogenangebot widerstehen können, für Drogenkonsum weniger gefährdet sind, als Jugendliche, die nicht „Nein-Sagen“ können. Diese Annahme läßt sich statistisch nur für den Zigarettenkonsum ( $p < .01$ ) bestätigen. Jugendliche, die in den letzten zwölf Monaten keine Zigaretten konsumiert haben, berichten eine geringere Schwierigkeit als Drogenerfahrene zu einem solchen Angebot „Nein“ zu sagen. Insgesamt wird die erlebte Schwierigkeit, ein Drogenangebot ablehnen zu können sowohl bei Drogenerfahrenen als auch bei Drogenunerfahrenen als sehr gering bewertet, so daß hier kein gravierender personaler Risikofaktor erkennbar ist.

Neben der aktiven Einflußnahme zum Drogenkonsum durch Jugendliche sind auch passive Beeinflussungsprozesse denkbar. Nach sozial-kognitiven Modellvorstellungen sollten gleichaltrige Jugendliche besonders wirksame Verhaltensmodelle darstellen (Bandura, 1977, 1986), deren Einfluß von Jugendlichen nicht bewußt wahrgenommen werden muß. Verhaltensnormen, die sich Jugendlichen eher indirekt und passiv mitteilen, werden auch durch Überzeugungen wie sich Gleichaltrige „normalerweise“ verhalten geprägt. Sind Jugendliche der Überzeugung, daß die meisten Jugendlichen Haschisch konsumieren, werden sie sich womöglich selbst dieser wahrgenommenen Verhaltensnorm entsprechend verhalten wollen. Erwartet wird, daß Jugendliche mit spezifischer

Drogenerfahrung die Prävalenz des Konsums in ihrer Gleichaltrigengruppe höher einschätzen als Drogenunerfahrene.

In Abbildung 1 sind die Prävalenzschätzungen drogenerfahrener und drogenunerfahrener Jugendlicher für vier Drogenarten abgebildet (die abgetragenen Mittelwerte sind im Gegensatz zu den Werten in Tabelle 5 nicht altersadjustiert). In allen Fällen schätzen Jugendliche mit eigener Drogenerfahrung die Verbreitung des Drogenkonsums bei Jugendlichen desselben Alters und Geschlechts bedeutend höher ein als Jugendliche ohne Drogenerfahrung. Allerdings kann aus diesem Befund nicht geschlossen werden, daß die höheren Prävalenzschätzungen der Drogenerfahrenen unrealistisch sind. Die Prävalenzschätzungen könnten zumindest zum Teil realistische Reflektionen eigener Erfahrungen innerhalb des Freundes- und Bekanntenkreises sein. Unabhängig von den Faktoren, die für die mehr oder weniger realistischen Prävalenzschätzung verantwortlich zu machen sind, bleibt festzuhalten, daß diese als Ausdruck wahrgenommener Normalität des Verhaltens der Bezugsgruppe deutlich mit dem Drogenkonsum assoziiert sind.

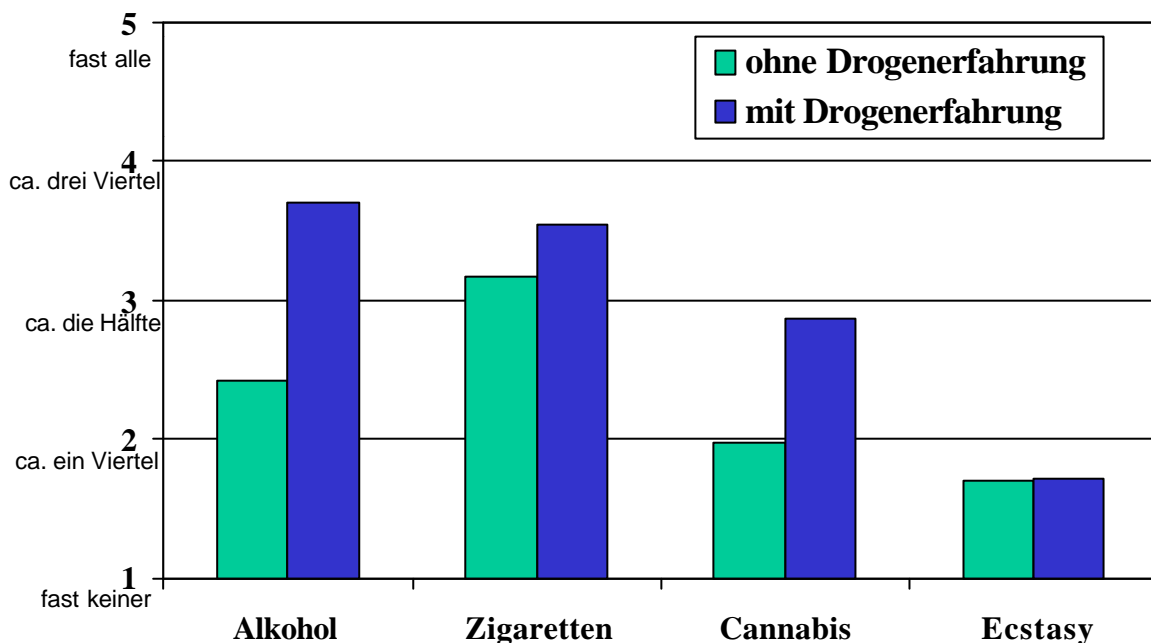


Abbildung 1. Geschätzter Drogenkonsum bei Gleichaltrigen in Abhängigkeit von bereichsspezifischer Drogenerfahrung (N = 1174).

## DISKUSSION

In der Befragung zum Drogenkonsum Berliner Gymnasiasten konnte entgegen den Erwartungen kein im Vergleich zu repräsentativen Studien erhöhter Ecstasykonsum nachgewiesen werden. Im Gegenteil: Nach neueren Schätzungen liegt die 12-Monatsprävalenz des Ecstasykonsums bei Jugendlichen bei etwa 3 Prozent (BZgA, 1998). Bei den Berliner Schülern wurde jedoch nur eine Rate von 1,8 Prozent ermittelt. Auch in Bezug auf die Drogenerfahrung mit Halluzinogenen,

Aufputzmitteln und Schnüffelstoffen zeigen sich keine erkennbaren Auffälligkeiten gegenüber den bundesweiten Statistiken (vgl. Perkonnig et al. , 1997).

Dieser positive Eindruck wird hingegen durch den überraschend hohen und im Bundesvergleich deutlich überdurchschnittlichen Cannabiskonsum getrübt. Es ist nicht auszuschließen, daß hierin ein genereller Einstellungswandel gegenüber Cannabis zum Ausdruck kommt. So wird heute die Einnahme von Cannabis auch von wissenschaftlicher Seite zunehmend als weniger gefährlich beurteilt (Haves & Schneider, 1994; Kleiber & Soellner, 1997). Nicht zuletzt die Debatten um die Legalisierung von Haschisch, die vor einigen Jahren noch intensiver geführt wurden, mögen zur Steigerung der Akzeptanz des Cannabis beigetragen haben.

Wie die Analysen zeigen, geht der größte Teil des vergleichsweise erhöhten Cannabiskonsums der Berlin-Zehlendorfer Stichprobe auf den überdurchschnittlichen Konsum der Mädchen zurück. Mädchen haben entgegen der Bundesstatistik bei allen Drogenarten gleichhäufige Drogenerfahrung wie die Jungen. Im Hinblick auf das Rauchen haben die Mädchen die Jungen sogar überflügelt (vgl. auch Mittag & Jerusalem, 1999). *Geschlechtsunterschiede* scheinen sich also nivelliert oder gar umgekehrt zu haben. Allerdings ist dieser vermutete Trend einer Angleichung der Konsumquoten nur im Bereich gemäßigter Verhaltensmuster erkennbar. Bei härteren Konsummustern dominieren nach wie vor die Jungen (vgl. Helfferich, 1995). So sind die Konsumfrequenzen der Jungen insbesondere beim Alkohol- und Haschischkonsum erhöht. Auch der erhöhte Beruhigungsmittelkonsum bei Mädchen spricht für die Beibehaltung der geschlechtsspezifischen Betrachtungsweise des Suchtmittelkonsums (vgl. Kolip, 1994, 1997). Aus der Bewältigungsforschung ist bekannt, daß Mädchen unter (z.B. prüfungsbedingter) Belastung stärker zur Einnahme von Medikamenten neigen (vgl. Walper, 1990), während Jungen eher Alkohol als Mittel der Stressbewältigung wählen. Hier zeichnen sich bereits im Jugendalter geschlechtsspezifische Muster der Problembewältigung ab, die im Erwachsenenalter noch deutlicher zum Tragen kommen.

Nach Lohaus (1993) ist der frühzeitige Beginn des Suchtmittelkonsums der beste Prädiktor für die Habitualisierung des Drogenkonsums, d. h. Jugendliche, die besonders früh mit dem Drogenkonsum beginnen, sind besonders gefährdet Suchtgewohnheiten auszubilden. Daher ist vor allem das beobachtete geringe Durchschnittsalter bei Erstkonsum von Cannabis besorgniserregend. So beginnen Zehlendorfer Gymnasiasten im Durchschnitt schon im vierzehnten (14 bis 15jährige) beziehungsweise fünfzehnten (16 bis 17jährige) Lebensjahr mit dem Konsum von Cannabis. Im Vergleich zu der gymnasialen Referenzstichprobe der Drogenaffinitätsstudie, die die BZgA eigens für den Vergleich mit den Untersuchungsdaten berechnet hat, ist in Berlin das Einstiegsalter um ein bis eineinhalb Jahre vorverlagert. Auch härtere Drogen, deren mittleres Einstiegsalter generell höher als bei Cannabis liegt, werden in der Berliner Stichprobe früher konsumiert. Allerdings nähern sich die Berliner Zahlen zunehmend denen der Referenzstichprobe an. Damit ist nicht nur zu erwarten, daß das Risiko der Berliner Gymnasiasten zu Gewohnheitskonsumenten zu werden, erhöht ist, sondern es stellt sich auch die Frage, ob das beobachtete niedrige Einstiegsalter als genereller Trend eines vorgezogenen Einstiegs in den illegalen Drogenkonsum zu werten ist. In der Literatur wird diese Frage kontrovers diskutiert. Schuster und Wittchen (1996) fanden Hinweise für einen früheren Erstkonsum von Halluzinogenen und Ecstasy für jüngere Alterskohorten. Andererseits kommen Kraus, Bauernfeind und Herbst (1998) aufgrund einer Survivalanalyse retrospektiver Querschnittsdaten zwischen 1980 und 1995 zu dem Schluß, daß sich das Einstiegsalter illegaler

Drogen nicht verschoben hat. Die Autoren konstatieren aber, daß die Prävalenzen seit Beginn der 90er Jahre stark angestiegen sind. Aufgrund des querschnittlichen Designs der vorliegenden Studie sind haltbare Aussagen zur möglichen Vorverlagerung des Einstiegsalters nicht möglich. Dennoch fordert das beobachtete frühe Einstiegsalter der Berliner Gymnasiasten zur längsschnittlichen Beobachtung heraus. Entwicklungen in der Berliner Jugendkultur werden zunehmend Barometer für Bundestrends sein.

In der Literatur wird der Einfluß Gleichaltriger als bedeutsamste, empirisch gesicherte Determinante für den Gebrauch legaler oder illegaler Drogen gewertet (Hawkins, Catalano & Miller, 1992; Kandel, 1985). So bestätigt sich denn auch bei den Berliner Gymnasiasten für jede der untersuchten Drogenarten ein substantieller Zusammenhang zwischen dem berichteten eigenen Drogenkonsum und dem Drogenkonsum der Freunde. Das querschnittliche Untersuchungsdesign erlaubt aber leider keine eindeutige Interpretation über das Zustandekommen dieses Zusammenhangs. So ist der Zusammenhang natürlich stimmig mit der allgemeinen Annahme, die Freundschaften hätten den Drogenkonsum verursacht. Dennoch ist auch die strikt umgekehrte Interpretation möglich, nach der die eigenen Drogenerfahrungen zur Selektion drogenaffiner Freunde geführt hat (Baumann & Ennett, 1994, 1996; Engels, Knibbe, Drop & deHaan, 1997). Jugendliche wählen Freunde aus, die sich bezüglich ihres Drogenkonsums ähnlich verhalten oder zumindest eine ähnliche Einstellung zum Drogenkonsum haben. Im Fall querschnittlicher Studien ist es wahrscheinlich, daß beide Mechanismen, die zudem dynamisch aufeinander bezogen sind, in der empirischen Momentaufnahme eingefangen werden. Sowohl die aktive Beeinflussung durch Freunde wie auch die Selbstselektion des Freundeskreises wären demnach für den Zusammenhang verantwortlich zu machen.

Es ist nicht auszuschließen, daß für den Zusammenhang auch die Erhebungsmethodik mitverantwortlich zu machen ist (vgl. Michell & West, 1996). So beruhen die Daten zum Drogenkonsum der Freunde auf den Selbstauskünften der befragten Jugendlichen und nicht auf der Befragung des Freundeskreises. Aus der Sozialpsychologie ist bekannt, daß Personen dem sozialen Umfeld ähnliche Eigenschaften und Verhaltensweisen zuschreiben, wie sie sich selbst zuschreiben (sog. falscher Konsenseffekt). Daher ist es möglich, daß der ermittelte Zusammenhang zwischen dem eigenen Drogenkonsum und dem wahrgenommenen Konsum des Freundeskreises systematisch überschätzt wird. Jugendliche schreiben ihren Freunden ähnliche Verhaltensweisen wie sich selbst zu und berichten daher einen überhöhten Drogenkonsum in ihrem Freundeskreis.

Die empirischen Befunde zum Einfluß Gleichaltriger auf den Drogenkonsum bilden die Grundlage des am weitesten verbreiteten Ansatzes zur Drogenprävention – der Trainings zum Umgang mit sozialen Beeinflussungsversuchen (Donaldson, 1995; Evans, 1988; Hansen, 1992). Diese vermitteln den Umgang mit aktiven und passiven Beeinflussungsversuchen. Gelernt wird sowohl der kompetente Umgang mit aktiven Beeinflussungsversuchen wie auch das Erkennen passiver Einflußquellen wie etwa Gruppennormen. Ziel sind hohe drogenspezifische Kompetenz- oder Selbstwirksamkeitserwartungen, die als personale Ressourcen die Wahrscheinlichkeit des Einstiegs in den Drogenkonsum reduzieren (Akers & Lee, 1996). In der Berliner Stichprobe ist die wahrgenommene Kompetenz sehr hoch ausgeprägt. Je nach Drogenart glauben zwischen 72 und 88 Prozent der Jugendlichen ein Konsumangebot ohne Probleme ablehnen zu können. Überraschend ist hingegen, daß sich Konsumenten wie Nicht-Konsumenten gleich kompetent einschätzen „Nein“



sagen zu können. Nur im Hinblick auf den Zigarettenkonsum schätzen sich Jugendliche, die in den letzten 12 Monaten keine Zigarette konsumiert haben, geringfügig kompetenter ein, eine angebotene Zigarette ablehnen zu können als dies aktive Raucher tun. Haben die Konsumenten unrealistische Überzeugungen ihrer tatsächlichen Verhaltenskompetenz? Vielleicht. Möglicherweise ist die hohe wahrgenommene Kompetenz aber einfach nur Ausdruck noch bestehender Kontrolle über den Konsum, die zumindest in frühen Stadien des Experimentierens mit der Droge verständlich wäre. Sie fühlen sich kompetent im Umgang mit Drogenangeboten und *wollen* die Angebote gar nicht ablehnen. Je nach Drogenart würden zwischen 22 und 62 Prozent der Konsumenten ein Drogenangebot annehmen, wohingegen fast alle Nicht-Konsumenten die Angebote zurückweisen. Wahrgenommene Verhaltenskompetenz bleibt im Fall fehlender Zielintentionen verhaltensunwirksam (vgl. Marlatt, Baer, & Quigley, 1995). Mutmaßlich erhält die Selbstwirksamkeit in späteren Entwicklungsstadien des Suchtmittelkonsums ihre Bedeutung für die Verhaltensregulation zurück. Längsschnittstudien sollten daher bei der Analyse der Bedeutung der Selbstwirksamkeit Entwicklungsstadien als möglichen Moderator in Betracht ziehen.

Anders als bei der aktiven Einflussnahme, scheinen sich die Jugendlichen der passiven Einflussnahme nicht entziehen zu können. Jugendliche mit Drogenerfahrung gehen von einer höheren Verbreitung des Drogenkonsums bei Gleichaltrigen aus als Jugendliche ohne Drogenerfahrung. Konsumenten sind damit in stärkerem Ausmaß normativen Erwartungen durch Gleichaltrige ausgesetzt. Dies gilt in besonderem Maße für Haschischkonsumenten. Für das Zustandekommen dieses Zusammenhangs sind sowohl Selektions- wie auch kognitiv-motivationale Mechanismen wahrscheinlich (vgl. Botvin et al., 1992). Einerseits haben Drogenkonsumenten tatsächlich mehr Freunde, die selbst Drogen einnehmen. Dies gilt insbesondere für den Konsum illegaler Drogen, da Peergruppen, in denen einige Mitglieder illegale Drogen konsumieren, sich in stärkerem Ausmaß von anderen Jugendlichen abgrenzen müssen. Diese selektive Erfahrung führt dann - möglicherweise in Kombination mit einem weiter oben erläuterten falschen Konsenseffekt - zu höheren Prävalenzschätzungen. Andererseits legitimiert der vermeintlich „normale“ Drogenkonsum anderer Jugendlicher auch das eigene illegale Verhalten.

### *Konsequenzen für die Suchtprävention*

Die spezifischen Drogenkonsummuster Berliner Gymnasiasten im Vergleich zu repräsentativ erhobenen Daten sprechen für die Implementierung einer Gesundheitsberichterstattung im Kindes- und Jugendalter, die auch die Identifikation regionaler Besonderheiten erlaubt. Für die kommunale Bedarfsplanung sind darüber hinaus auch regional oder bezirklich verankerte Studien als sinnvoll anzusehen, die die Informationsbasis für gezielte Interventionsmaßnahmen liefern. Für diese Bedarfsanalyse sind querschnittlich angelegte Studien gut geeignet. Bei den Berlin-Zehlendorfer Gymnasiasten zeichnet sich ein besonderer Präventionsbedarf im Bereich des Haschischkonsums ab. Aus suchtpreventiven Gesichtspunkten sollte versucht werden, den Beginn des Suchtmittelkonsums – falls er sich nicht ganz vermeiden läßt - auf einen späteren Zeitpunkt der Adoleszenz oder des Erwachsenenalters zu verlagern. Dabei darf nicht vergessen werden, daß dem Drogenkonsum im Jugendalter wichtige Funktionen zukommen können. Hierzu zählt sicherlich die Aneignung der Erwachsenenrolle oder das Erlebnis und der Ausdruck jugendlichen Lebensgefühls (Franzkowiak,

1996). Die subjektive Funktionalität des Drogenkonsums sollte daher bei der Suchtprävention Berücksichtigung finden. Beispielsweise bieten geschlechtsspezifische Motive und Problemlagen persönlich bedeutsame Ansatzpunkte für die Auseinandersetzung mit dem Drogenkonsum und sind als Komponenten von Suchtpräventionsprogramme gut geeignet.

Schließlich ist bei der Implementation von Suchtpräventionsprogrammen eine prozessuale Betrachtungsweise einzufordern (Lohaus, 1993; Mittag & Jerusalem, 1999). Je nach Entwicklungsstadium, ob beim Experimentier- oder Gewohnheitskonsum, sind stadiumspezifische Determinanten des Drogenkonsums einzubeziehen. Soziale Einflüsse wie sie in dieser Arbeit anhand aktiver und passiver Einflußnahme durch Gleichaltrige untersucht wurden, sind wahrscheinlich am stärksten in der Phase der Initiierung und des ersten Experimentierens mit Suchtmitteln wirksam und daher als Komponenten für Programme geeignet, die zu Beginn der Adoleszenz und vor dem ersten Kontakt mit Suchtmitteln eingesetzt werden. Für die Analyse psychosozialer Determinanten des Drogenkonsums sind jedoch Längsschnittstudien, die eine solche prozessbezogene Betrachtungsweise erlauben, von Nöten.

## LITERATUR

- Altenkirch, H. (1982). *Schnüffelsucht und Schnüfflerneuropathie*. Berlin: Springer.
- Akers, R. L. & Lee, G. (1996). A longitudinal test of social learning theory. Adolescent smoking. *Journal of Drug Issues*, 26, 317-343.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1977). Learning through modeling. In A. Bandura. (Ed.): *Social Learning Theory*. (pp. 22-55). Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Baumann, K. E. & Ennett, S. T. (1994). Peer influence on adolescent drug use. *American Psychologist*, 49, 820-822.
- Baumann, K. E. & Ennett, S. T. (1996). On the importance of peer influence for adolescent drug use: Commonly neglected considerations. *Addiction*, 91, 185-198.
- Botvin, G. J. , Botvin, E. M., Baker, E., Dusenbury, L. & Goldberg, C. J. (1992). The false consensus effect: predicting adolescents tobacco use from normative expectations. *Psychological Reports*, 70, 171-178.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1994). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Wiederholungsbefragung 1993/1994*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1998). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 1997. Eine Wiederholungsbefragung der BZgA*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Czekay, S. & Kolip, P. (1996). Geschlechts- und schulformspezifischer Alkoholkonsum 12- bis 16jähriger Jugendlicher: Prävalenz, Konsummuster und Einstiegsalter. *Sucht*, 42, 20-29.
- Donaldson, S. I. (1995). Peer influence on adolescent drug use: a perspective from the trenches of experimental evaluation research. *American Psychologist*, 50, 801-802.
- Engel, U. & Hurrelmann, K. (1989). *Psychosoziale Belastung im Jugendalter*. Berlin: DeGruyter.
- Engels, R. C., Knibbe, R. A., Drop, M.J. & deHaan, Y. T. (1997). Homogeneity of cigarette smoking within peer groups: Influence or selection? *Health Education and Behavior*, 24, 801-811.
- Evans, R. I. (1988). Prevention of smoking in adolescence: Conceptualization and intervention strategies of a prototypical research programme. In S. Maes, C. D. Spielberger, P. B. Defares & I.G. Sarason (Eds.): *Topics in Health Psychology*. (S. 107 – 125). Chichester: Wiley.
- Franzkowiak, P. (1996). Risikokompetenz - eine neue Litorientierung für die primäre Suchtprävention? *Neue Praxis*, 5, 409-425.
- Graham, J. W., Marks, G. & Hansen, W. B. (1991). Social influence processes affecting adolescent substance use. *Journal of Applied Psychology*, 76, 291-298.

- Hansen, W.B. (1992). School-based substance abuse prevention: A review of the state of the art in curriculum, 1980-1990. *Health Education Research: Theory and Practice*, 7, 403-430.
- Haves, W. & Schneider, W. (1994). Risiko Cannabis ? Zum Stand sozialwissenschaftlicher Cannabisforschung. *Drogalkohol*, 18, 53-68.
- Havighurst, R. J. (1948). *Developmental tasks and education*. New York: David McKay.
- Hawkins, J.D., Catalano, R. F. & Miller, J. M. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Helfferich, C. (1995). Ansätze geschlechtsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. In P. Kolip, K. Hurrelmann & P.-E. Schnabel (Hrsg.): *Jugend und Gesundheit* (pp. 135-156). Weinheim: Juventa.
- Herbst, K., Kraus, L. & Scherer, K. (1996). *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland.- Schriftliche Erhebung 1995* IFT Institut für Therapieforchung, München 1996.
- Hermann, S. & Meinschmidt, G. (1995). *Sozialstrukturatlas Berlin. – Erste gemeinsame Berechnung für alle Bezirke*. Senatsverwaltung für Gesundheit. Berlin.
- Holly, A., Türk, D., Nelson, C. B., Pfister, H. & Wittchen, H. U. (1997). Prävalenz von Alkoholkonsum, Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26, 171-178.
- Hüttner, H., Dortschy, R., Heß, H., Kahl, H. & Tietze, K. (1996). Rauchen unter Berliner Schülern. Ergebnisse der Berliner Studie „Gesundheit im Kindesalter“ (GIK II) 1994/95, *Bundesgesundheitsblatt*, 12, 454-460.
- Hurrelmann, K. (1994). *Lebensphase Jugend: Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung*. Weinheim: Juventa.
- Institut für Jugendforschung (IJF) (1990). *Die Entwicklung der Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Kandel, D. B. (1985). On processes of peer influences in adolescent drug use: a developmental perspective. *Alcohol and Substance Abuse in Adolescence*, 4, 139-163.
- Kandel, D. B. (1980). Developmental stages in adolescent drug involvement. In Lettiere, D. J. (Ed.) *Theories on drug abuse* (S. 120-127). Rockville: NIDA Research Monograph 30.
- Kastner, P. & Silbereisen, R. K. (1988). Die Funktion von Drogen in der Entwicklung Jugendlicher. In N. Bartsch & H. Knigge-Illner (Hrsg.): *Sucht und Jugendarbeit: ein Handbuch für Lehrer und Sozialpädagogen*, Sucht und Erziehung, Bd. 2.
- Kleiber, D., Soellner, R. & Tossman, P. (1993). *Determinanten unterschiedlicher Konsummuster von Cannabis. Zwischenbericht 12/93*. Berlin: spi.
- Kleiber, D. & Soellner, R. (1998). *Cannabiskonsum. Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Risiken*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Kolip, P. (1997). Das gleiche ist nicht dasselbe: Zur Notwendigkeit geschlechtsspezifischer Suchtprävention im Jugendalter. *Unterrichtswissenschaft*, 25, 150-160.
- Kolip, P. (1994). Jugend und Gesundheit: Eine notwendig geschlechtsspezifische Betrachtung. In P. Kolip (Hrsg.), *Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung* (S. 7-21). Weinheim: Juventa.
- Kolip, P., Nordlohne, E. & Hurrelmann, K. (1995). Der Jugendgesundheitsurvey 1993. In: P. Kolip, K. Hurrelmann & P.-E. Schnabel (Hrsg.): *Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche*. Weinheim: Juventa.
- Kraus, L. (1997). Prävalenzschätzungen zum Konsum illegaler Drogen in Europa. *Sucht*, 43, 329-341.
- Kraus, L., Bauernfeind, R. & Herbst, K. (1998). Hat sich das Alter des Erstkonsums illegaler Drogen verschoben?. Survivalanalyse retrospektiver Querschnittsdaten 1980-1995. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 27, 20-29.
- Lohaus, A. (1993). *Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter. Gesundheitspsychologie. Band 2*. Göttingen: Hogrefe.
- Marlatt, G., Baer, J. & Quigley, L. (1995). Self-efficacy and addictive behavior. In A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies* (pp. 289-315). New York: Cambridge University Press.
- Michell, L. & West, P. (1996). Peer pressure to smoke: The meaning depends on the method. *Health Education Research*, 11, 39-49.
- Mittag, W. & Jerusalem, M. (1999). Determinanten des Rauchverhaltens bei Jugendlichen und Transfereffekte eines schulischen Gesundheitsprogrammes. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 7, 183-202.
- Nordlohne, E., Hurrelmann, K. & Holler, B. (1989). Schulstreß, Gesundheitsprobleme und Arzneimittelkonsum. *Prävention*, 12, 47-53.

- Perkonig, A., Beloch, E., Garzynski, E., Nelson, C. B., Pfister, H. & Wittchen, H. U. (1997). Prävalenz von Drogenmissbrauch und Abhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Gebrauch, Diagnosen und Auftreten erster Missbrauchs- und Abhängigkeitsmerkmale. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26, 247-257.
- Sahihi, A. (1991). Zwischen Hölle und Paradies: Angel Dust und Ecstasy. *Suchtreport*, 1/91, 42-46.
- Schuster, P. & Wittchen, H. U. (1996). Ecstasy- und Halluzinogengebrauch bei Jugendlichen - Gibt es eine Zunahme? *Verhaltenstherapie*, 6, 222-232.
- Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport (1997). *Vorstellung des 3. Drogen- und Suchtberichts des Landes Berlin. – Zahlen, Daten, Fakten*. Berlin.
- Silbereisen, R. K. (1997). Konsum von Alkohol und Drogen über die Lebensspanne. In R. Schwarzer (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Silbereisen, R. K. & Kastner, P. (1985). Entwicklungstheoretische Perspektiven für die Prävention des Drogengebrauchs Jugendlicher. In J. Brandtstädter & H. Gräser (Hrsg.): *Entwicklungsberatung unter dem Aspekt der Lebensspanne*. Göttingen. (S. 83-102).
- Simon, R., Bühringer, G. & Wiblishauser, P. M. (1992). *Repräsentativerhebung 1990 zum Konsum und Mißbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren*. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.
- Statistisches Bundesamt (1994). *Gesundheitswesen. Fachserie 12 , Reihe S. 3 Fragen zur Gesundheit 1992*. Wiesbaden. Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (1996). *Gesundheitswesen. Fachserie 12 , Reihe S. 3 Fragen zur Gesundheit 1995*. Wiesbaden. Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.)(1998). *Gesundheitsbericht für Deutschland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Stuttgart: Metzler- Poeschel Verlag.
- Walper, S. (1990) Jugend: Normale und pathogene Entwicklung am Beispiel Drogengebrauch. *Psychomed*, 2, 155-161.

### ***Danksagung***

Die Initiierung und reibungslose Organisation der vorliegenden Studie ist Herrn Dr. Dietrich Delekat, dem engagierten Leiter der Plan- und Leitstelle des Berliner Bezirks Zehlendorf zu verdanken. Wir möchten Herrn Dr. Delekat, den beteiligten Schulleitungen, Lehrern und nicht zuletzt den Schülern herzlich danken, ohne deren aktive Mitarbeit diese Studie nicht möglich gewesen wäre.

Ein Teil der Ergebnisse wurde anlässlich der 4. Tagung der Fachgruppe Gesundheitspsychologie der DGPs vom 8.-10. Juli 1999 in Fribourg (CH) vorgestellt.