

sfa / ispa 



Lausanne/Zürich
Juli 2004

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG),
Beitrag (Vertrag) Nr. 02.000537

Forschungsbericht

*Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere
Drogenprobleme*

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

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

Institut für Suchtforschung

Institut de recherche sur les addictions

Istituto di ricerca sulle dipendenze

Das European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) in der Schweiz

Wichtigste Ergebnisse 2003 und
aktuelle Empfehlungen

Gerhard Gmel
Jürgen Rehm
Emmanuel Kuntsche
Matthias Wicki
Esther Griching

ESPAD 03

Das European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) in der Schweiz:

Wichtigste Ergebnisse 2003 und aktuelle Empfehlungen.

Gerhard Gmel, Jürgen Rehm, Emmanuel Kuntsche, Matthias Wicki, Esther Grichting

Executive Summary

ESPAD befragt über ganz Europa hinweg in 35 Ländern regelmässig Schüler und Schülerinnen in der für Prävention wichtigen Altersstufe von 15 Jahren. Zuletzt fand die Umfrage 2003 statt. Die Schweiz beteiligte sich dabei zum ersten Mal. Finanziert wurde die Studie durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG), Vertrag-Nr. 02.000537. In der schweizerischen Teilstudie wurden insgesamt 2'613 junge Menschen des Jahrgangs 1987 befragt (davon 1'335 Mädchen und 1'278 Jungen). Weil die Befragung in Schulklassen stattfindet, nehmen an ESPAD auch jüngere und ältere Schüler teil. Somit zeichnet die ESPAD-Stichprobe ein repräsentatives Bild der Situation bei den 13- bis 16-jährigen Schülern und Schülerinnen in der 8. bis 10. Klasse. ESPAD geniesst in den Schweizer Schulen eine hohe Akzeptanz, was qualitativ hochwertige, reliable und valide Aussagen zum Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum ermöglicht, wie sie in vergleichbarer Güte in anderen Befragungen bislang nicht erhoben werden konnten.

Tabak

Punkto Tabakkonsum liegt die Schweiz im europäischen Vergleich im Mittelfeld, weltweit verglichen sind die Prävalenzraten sehr hoch. So haben bereits 50% der 13-Jährigen zumindest einmal im Leben geraucht. Diese Rate steigt mit dem Alter deutlich an: zwei Drittel der 16-Jährigen haben zumindest einmal geraucht. Die Monatsprävalenz (also der Prozentsatz der aktuellen Konsumenten) steigt von 21% im Alter von 13 Jahren auf 38% bei den 16-Jährigen an. Täglich rauchen 8.5% der 13-Jährigen und 23.2% der 16-Jährigen.

Die mittlere Position im Europavergleich beim Risikofaktor jugendliches Rauchen bedeutet keine Entwarnung für künftige Public-Health-Probleme in der Schweiz, sondern das Gegenteil: Ohne geeignete Gegenmassnahmen wird dieser Risikofaktor langfristig zu einem deutlichen Verlust an Lebensjahren führen (Ezzati et al., 2002; Ezzati, & Lopez, 2003). Besonders dramatisch stellt sich die Public-Health-Situation auch deswegen dar, weil sich in den letzten 15 Jahren bei den Jugendlichen kein Rückgang des Rauchens abgezeichnet hat, ja die Prävalenz eher sogar leicht zugenommen hat. Besonders bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass rund die Hälfte der 13-Jährigen schon einmal geraucht hat. Das ist deshalb erschreckend, weil bereits gelegentliches Rauchen bzw. schon der Konsum von wenigen Zigaretten nachweislich mit einem erhöhten Risiko späterer Abhängigkeit bzw. späterem täglichem Rauchen verbunden ist (Russell, 1990; DiFranza et al., 2002; Chen, 2003). Der Anteil der mindestens einmal Rauchenden korreliert in der Schweiz eng mit dem Anteil täglich Rauchender. Aus der Public-Health-Perspektive gesehen gilt es insbesondere, den täglichen Konsum zu verhindern oder zu verzögern. Denn frühzeitiger täglicher Konsum ist

mit niedrigen Ausstiegsraten und entsprechend mit negativen Konsequenzen für die Gesundheit im weiteren Lebensverlauf verbunden.

Steuererhöhungen und ein Verbot von Werbung und Sponsoring haben sich als wirksame und kosteneffektivste präventive Massnahmen gerade in dieser Altersgruppe der Jugendlichen und bei den jungen Erwachsenen erwiesen (Shibuya et al., 2003).

Informationsmassnahmen im schulischen Rahmen allein bewirkten demgegenüber keine Verhaltensänderungen. Nur dann, wenn solche Programme in eine allgemeine und konsequente Schulpolitik zum Rauchen eingebunden sind, können sie (begrenzte) positive Effekte erzielen. Sie sollten bereits im Kindesalter einsetzen, unbedingt altersspezifisch zugeschnitten sein und je nachdem, wie viel die jeweilige Zielgruppe raucht, unterschiedlich ausgestaltet werden. Das Ziel solcher Präventionsmassnahmen muss neben der Verhinderung des Einstiegs sein, dass rauchende Jugendlichen bereits im Jugendalter wieder mit dem Rauchen aufhören. Potenziell Erfolg versprechend ist es auch, durch sekundärpräventive Massnahmen einen höheren Anteil von Probierkonsumenten vom regelmässigen Konsum abzuhalten.

Alkohol

Episodischer Risikokonsum von Alkohol (Rauschtrinken) ist unter den Jugendlichen in der Schweiz im europäischen Vergleich stark verbreitet und stellt hierzulande (wie auch gesamt-europäisch) das wichtigste Public-Health-Problem unter Jugendlichen dar (Rehm et al., in press). Andere Studien zu diesem Thema (wie HBSC oder SMASH) weisen darauf hin, dass in der Schweiz episodischer Risikokonsum in den letzten Jahren zugenommen hat: Über 50% der 13-Jährigen haben in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert. Bei den 15-Jährigen sind es bereits 79%, obwohl Alkohol an Jugendliche dieser Altergruppe nicht verkauft werden darf. Besonders bemerkenswert ist, dass bereits 20% der 13-Jährigen in der Schweiz zumindest einmal im Monat fünf und mehr Getränken pro Trinkgelegenheit zu sich nehmen. Dieser Anteil steigt auf über 50% bei den 16-Jährigen.

Insbesondere auf die Reduktion der Gelegenheiten mit Rauschtrinken müssen primärpräventive Massnahmen abzielen, wenn sie ihren Effekt maximieren wollen. Ausserdem müssen solche Massnahmen bereits im frühen Jugendalter ansetzen, damit überhaupt noch von primärer Prävention gesprochen werden kann (und nicht schon Sekundärprävention unter Risikotrinkern erforderlich ist). Derart grosse Anteile an jungen Rauschtrinkern wie in der Schweiz lassen sich nicht nur durch genetische Veranlagung oder problematische Sozialisierung bestimmter Gruppen von Jugendlichen erklären. Aller Erkenntnis nach wird solches Trinkverhalten auch durch die hierzulande weit verbreitete Akzeptanz jugendlichen Alkoholkonsums entscheidend begünstigt.

Spirituosen und Mixgetränke mit Spirituosen sind zum bevorzugten Getränk Jugendlicher geworden, insbesondere unter Mädchen und Jungen bis 15 Jahre. Ein bedeutsamer Faktor, der zu diesem neuartigen Konsummuster mit beigetragen haben dürfte, ist der Preisrückgang bei ausländischen Spirituosen durch die Steuersenkung im Juli 1999. Ob diesem Effekt durch die zum 1. Februar 2004 in Kraft getretene Zusatzsteuer auf Alcopops entgegengewirkt werden kann, bleibt abzuwarten. Ein Umstieg von so genannten Premix-Getränken zu selber gemischten Getränken bei unverändertem Konsumniveau kann nicht ausgeschlossen werden.

Alkohol ist eindeutig und unumstritten der grösste Risikofaktor für Gesundheit und soziale Folgen im Jugendalter und in der Adoleszenz. Daher stellt sich für eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik drängender denn je die Frage: Wie können die Auswirkungen problematischen Konsums in der Schweiz reduziert werden? In diesem Kontext lassen Studien beson-

ders aufhorchen, in denen die Zugänglichkeit von Alkohol für Jugendliche untersucht wurde: Trotz Verkaufsverbot sind selbst Spirituosen für Jugendliche völlig problemlos erhältlich (Gisin, 2002; Vaucher et al., 1995): 91% der 15-Jährigen Jugendlichen geben beispielsweise an, Bier sei "sehr einfach" oder „ziemlich einfach“ zu beschaffen, bei den Spirituosen sind es über 60%. Gemäss jüngsten Publikationen (Babor et al., 2003) wären rigorose Kontrollen sehr wirksame Gegenmassnahmen.

Es bleibt daher aus Public-Health-Sicht eine essenzielle Forderung, die Abgabe von Alkohol an Jugendliche strenger als bisher zu kontrollieren. Die Kontrollen dürfen sich nicht auf den Ladenverkauf beschränken, sondern müssen auf den Ausschank von Alkoholika in Gaststätten, in Vereinen, Festveranstaltungen etc. ausgeweitet werden. Die Durchsetzung der geltenden Jugendschutzgesetze ist eine staatliche Aufgabe. Wird sie nicht wahrgenommen, wird nicht nur die Gesundheit der Bevölkerung, sondern auch das allgemeine Rechtsbewusstsein im Zusammenhang mit gesetzlichen Drogenregulierungsmassnahmen geschwächt.

Aber auch andere Akteure tragen hier Verantwortung: Schweizerische Jugendliche konsumieren nämlich häufig an Orten, die sich staatlich-kantonalen Kontrollmöglichkeiten entziehen, beispielsweise im Elternhaus oder im privaten Freundeskreis. Lehrer, Eltern, Verwandte und Bekannte sind hier zur Primärprävention aufgerufen und müssen deshalb selber umfassend über die negativen Konsequenzen des Rauschtrinkens informiert sein, damit nicht weiterhin diese problematische Konsumform als alterstypische „Jugendkultur“ verharmlost wird. Dass Eltern einen Einfluss auf den Konsum Jugendlicher haben, demonstrieren folgende Zahlen: Nur 9.6% der 15-jährigen Jugendlichen haben in den letzten 30 Tagen vor der Befragung 3-mal oder häufiger 5 oder mehr Glas Alkohol getrunken, wenn die Eltern jeweils wussten, wo sich die Jugendlichen am Samstag Abend aufhielten. Unter den Jugendlichen, für die keine solche Erziehungsregel etabliert worden war, tranken im gleichen Zeitraum 40.0% in solch riskanten Häufungen.

Staatliche Massnahmen und elterliche Kontrollen hängen eng zusammen. Wie verschiedene Studien auch ausserhalb des Alkoholbereiches zeigen, lassen sich Eltern in ihren Erziehungsgrundsätzen bezüglich Substanzkonsum und Regelverletzungen durch staatliche Regelungen beeinflussen. Mit anderen Worten: Eine strikte und wohl begründete Durchsetzung des Jugendschutzgesetzes wird auch die Akzeptanz des jugendlichen Rauschtrinkens im privaten Umfeld vermindern.

Natürlich müssen auch die Konsumierenden selber umfassend über die potenziellen Folgen ihrer Handlungen informiert werden. Leider haben sich aber schulische Erziehungs- und Aufklärungsprogramme in der Vergangenheit als nicht sehr effizient erwiesen (Edwards et al., 1994; Babor et al., 2003). Gleiches gilt für Programme zur Entwicklung des Selbstwertgefühls oder zur Förderung alternativer Aktivitäten wie Sport. Solche Programme sind in der Regel bestenfalls geeignet, Wissen über und Einstellungen gegenüber Alkohol zu verändern, haben aber kaum einen Einfluss auf das Verhalten (Babor et al., 2003; Foxcroft et al., 1997). Angesichts von Trinkmotiven wie Berauschung und Spass ist anderes auch nicht zu erwarten. Nur wenn Erziehungs- und Aufklärungsprogramme in umfassende alkoholpolitische Massnahmenpakete auf staatlicher, kommunaler oder sogar städtischer Ebene eingebettet sind und zusätzlich Interventionen auf familiärer Ebene einschliessen, können sie wirksam sein (Foxcroft et al., 2003). Erfolg versprechend sind solche Programme allerdings nur, wenn sie in einer „ausreichenden Dosierung“ (d.h. mit grossem Aufwand) und über einen längeren Zeitraum hinweg systematisch durchgeführt werden (McBride et al., 2004). Punktuelle, unkoordinierte, monothematische, kurzfristige oder nur auf bestimmte Lebensbereiche zielende Anstrengungen bleiben ohne Wirkung.

Zumindest im Erwachsenenbereich haben sich zusätzlich so genannte Kurzinterventionen als sekundärpräventiv wirksam erwiesen. Diese Präventionsstrategie bedarf jedoch im Vorfeld einer genauen Identifikation der Zielgruppe. Für den Problembereich riskant Substanzen konsumierender Jugendlicher existieren brauchbare Indikatoren wie Auffälligkeiten im familiären Umfeld, Schule schwänzen und häufige Krankheiten, Unfälle oder Verwicklung in Gewaltakte (siehe weiter unten). Es gilt, diese Zeichen zu erkennen und geeignete Interventionen einzuleiten. Erste Ansätze für eine solche Sekundärprävention existieren in der Schweiz in BAG-Programmen wie z.B. „supra-F“. Allerdings entbehren sie gegenwärtig noch einer breiten wissenschaftlichen Evaluation, so dass sie (noch) nicht ohne Vorbehalt zum Einsatz empfohlen werden können („Kollektive Expertise zur Sekundärprävention im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit“; pers. Mitteilung von A. Uchtenhagen).

Jenseits einer Fokussierung präventiver Bemühungen auf sogenannte Hochrisikogruppeninterventionen sollte aber auch das permissive Umfeld des Alkoholkonsums in der Schweiz in primärpräventiven Anstrengungen zu verändern gesucht werden. Dass primär- und sekundärpräventive Massnahmen nicht isoliert geplant und durchgeführt werden sollten, betonen auch die jüngsten Empfehlungen der Bundesdeutschen Drogenkommission: „*Die Trennung von primär- und sekundärpräventiven Massnahmen sollte zugunsten eines übergreifenden Ansatzes aufgegeben werden, der sich stärker an Entwicklungsprozessen im Kontext von Lebenswelten orientiert.*“ (Die Drogen- und Suchtkommission (beim Bundesamt für Gesundheit), 2002, S.38).

Zusammenfassend sind direkte staatliche Lenkungsmassnahmen wie z.B. Steuererhöhungen, die Überwachung der Einhaltung von Verkaufsverboten, die Einschränkung des Zugangs zu Konsumorten oder zeitliche Reglementierungen des Aufenthalts an solchen Orten speziell für Minderjährige primärpräventiv Erfolg versprechender als Medienkampagnen oder edukativ ausgerichteter Programme.

Aber auch sekundärpräventive Massnahmen, eingebettet in eine kohärente Politik auf staatlicher, regionaler, kommunaler oder städtischer Ebene haben sich bewährt. Dazu gehören altersspezifisch angepasste Programme, die Entwicklungsaufgaben von Kindern und Jugendlicher berücksichtigen, Lehrer und Eltern aktiv miteinbeziehen und sich interaktiv an die Zielgruppe wenden (US Department of Health and Human Services, 2003; World Health Organization (WHO), 2002). Solche Programme gibt es bruchstückhaft auch in der Schweiz (z.B. Triple P, 2004) und es werden Anstrengungen unternommen, evidenzbasierte Programme weiter zu verstärken (siehe den Auftrag des BAGs zur „Kollektive Expertise“; pers. Mitteilung A. Uchtenhagen). Entscheidend für die Effizienz dieser Programme ist eine wissenschaftliche Evaluation und regelmässige Supervision (US Department of Health and Human Services, 2003; World Health Organization (WHO), 2002).

Cannabis

Die Schweiz zählt gegenwärtig in Europa zu den Ländern mit dem höchsten Cannabisgebrauchs-Niveau. Die genauen Folgen dieses Gebrauchs, insbesondere die Langzeitfolgen, sind derzeit kaum abzuschätzen. Einige Schlüsse für die Prävention sollten dennoch schon jetzt gezogen werden. Die Zahl der regelmässig Gebrauchenden sollte deutlich reduziert werden, weil in dieser Gruppe der Anteil Jugendlicher mit zusätzlichen Problemen besonders gross ist. Weil zwischen der allgemeinen Gebrauchsprävalenz und der Rate von regelmässig Gebrauchenden beim Cannabis ein enger Zusammenhang besteht, ist es mehr als fragwürdig, ob die Senkung des regelmässigen Gebrauchs allein über Interventionen bei Hochrisikogruppen erreicht werden kann. Bei anderen psychotropen Substanzen (z.B. Alkohol) ist die

Notwendigkeit breiter, populationsbasierter Strategien auch für die Reduktion des Hochrisikokonsums unbestritten (Skog, 1985; Rose, 1985).

Insbesondere muss im Zentrum einer primärpräventiven Strategie der Cannabisgebrauch bei Tätigkeiten, die durch diesen beeinträchtigt werden, wie die Teilnahme am Strassenverkehr und in der Schule/Lehre stehen. Hier sind klare Regeln und Sanktionen notwendig. Sie sollten aber nicht strafrechtlich, sondern mit angemessenen, stufenweise angepassten Disziplinierungsmassnahmen durchgesetzt werden. Die Kriminalisierung Gebrauchender hat sich in der Drogenprävention als nicht effektiv erwiesen. Eine Entkriminalisierung des Cannabisgebrauchs macht es den Fachleuten aus Prävention, Beratung und Therapie leichter, mit Personen mit einem problematischen Drogengebrauch in den Dialog zu treten.

Cannabisgebrauch sollte jedoch nicht isoliert betrachtet werden, sondern immer auch als Indikator für andere zugrundliegende Probleme untersucht werden, insbesondere bei einem Konsum in sehr jungen Jahren. Den Gebrauch zu ignorieren oder zu banalisieren, anstatt zu intervenieren, ist Ausdruck einer Vernachlässigung der Jugendlichen und nicht etwa wohlwollender Toleranz. Insbesondere die Verhinderung eines frühen Cannabisgebrauchs muss ein fundamentales Anliegen der Prävention und des öffentlichen Gesundheitswesens sein. Denn früher Einstieg ist mit einem deutlich erhöhten Risiko für späteren regelmässigen und häufigen (täglich bzw. fast täglich) Gebrauch assoziiert. Rund ein Drittel bis die Hälfte aller täglich Gebrauchender wird von der Substanz Cannabis auch abhängig. Kognitive Defizite, geringer Bildungserfolg und vor allem eine verschlechterte psychosoziale Anpassung sind die Folgen eines frühen Einstiegs in den Cannabisgebrauch (Solowij, & Grenyer, 2002).

Es ist absehbar, dass die in der Schweiz erhöhten Prävalenzraten des Cannabisgebrauchs zu kostenträchtigen Folgen führen werden, wie sie z.B. durch vermehrt notwendige Therapien entstehen. Bei der Abschätzung des Therapiebedarfs können und sollen Erfahrungen anderer Gesellschaften beigezogen werden (Join Together Online, 2004). Speziell bewährt haben sich Therapien, die den Familienkontext in die Therapie einschliessen (z.B. Multidimensional Family Therapy, siehe Liddle et al., 2001; Liddle et al., 2002; Liddle et al., in press).

Schlussfolgerungen hinsichtlich einer zukünftigen Teilnahme der Schweiz am ESPAD Survey

Eine regelmässige Teilnahme der Schweiz an der ESPAD-Befragung ist aus drei Gründen sehr wichtig: Erstens legt der ESPAD Survey einen Schwerpunkt auf die derzeit wichtigsten Risikofaktoren für Gesundheit und soziale Entwicklung bei schweizerischen Jugendlichen (Alkohol, Tabak, illegale Drogen, siehe Rehm et al., in press, für eine quantitative Abschätzung). ESPAD erlaubt durch eine detaillierte Erhebung von Konsum und Motiven die Planung und Vorbereitung primärer und sekundärpräventiver Massnahmen in diesem Bereich. Zum zweiten erlaubt ESPAD ein Monitoring der genannten Risikofaktoren bei schweizerischen Jugendlichen über die Zeit. Dies heisst, dass ein Frühwarnsystem etabliert werden kann. Drittens ist durch die ESPAD-Befragung die Einordnung der Schweizer Daten in den europäischen Kontext mittels standardisierter Indikatoren möglich, wie sie von internationalen Behörden wie dem European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) verwendet werden. Ebenso erlauben die ESPAD-Daten Vergleiche mit grossen Studien in aussereuropäischen Ländern (etwa mit der US-amerikanischen Studie „Monitoring the Future“). Erst bei Verwendung international standardisierter Indikatoren können koordinierte Forschungs- und Präventionsprojekte über Ländergrenzen hinweg sinnvoll angegangen werden.

Einleitung

Der Europäische Schulsurvey zu Alkohol- und Drogen (ESPAD) fand 2003 zum dritten Male in mehr als 30 europäischen Ländern statt. Die Vorteile eines solchen Surveys liegen in der Verwendung einer einheitlichen Methodologie, insbesondere eines einheitlichen Erhebungsinstruments mit identischen Kernfragen. Eine solche Methodologie erlaubt zum einen Vergleiche zwischen den Ländern und zum anderen Vergleiche innerhalb eines Landes über die Zeit. Ziel der Befragung ist eine repräsentative Erhebung der Konsummuster der 1987 geborenen Schüler und Schülerinnen, d.h. von Jugendlichen, die im Jahre 2003 16 Jahre alt werden. Da die Befragung im Frühjahr stattfand, sind diese in der Mehrheit zum Zeitpunkt der Befragung 15 Jahre alt. Wir werden deshalb im folgenden der Einfachheit halber von 15-Jährigen sprechen, wenn wir uns auf die Hauptzielgruppe des Surveys beziehen. Die Befragungen fanden direkt in den Schulklassen während einer Unterrichtsstunde statt. Insgesamt sind 2'613 Jugendliche (Mädchen: 1'335; Jungen: 1'278) des Jahrganges 1987 befragt worden. Um Schüler¹ eines Jahrgangs zu erfassen, müssen jedoch, bedingt durch das komplexe, von Kanton zu Kanton verschiedene Schulsystem in der Schweiz, Schulklassen aus verschiedenen Klassenstufen befragt werden, so dass ein wesentlich breiteres Altersspektrum repräsentativ erhoben werden konnte. Deshalb kann die ESPAD-Studie als repräsentativ für die Jahrgänge 1986 bis 1989 in der Schweiz angesehen werden, d.h. also für 13- bis 16-Jährige. Insgesamt wurden 6'993 (M: 3'540; J: 3'453) Schüler dieser Jahrgänge befragt. Für die folgenden Empfehlungen wurden die Ergebnisse aller Altersgruppen mit einbezogen. Umfangreiche Berichte über die Hauptzielgruppe der 15-Jährigen wurden an die internationale Koordinationsgruppe von ESPAD und zu Händen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) versandt (Gmel et al., 2003; Wicki et al., 2003).

Der vorliegende Bericht fasst die Hauptergebnisse der Erhebung 2003 zusammen und ergänzt diese mit Ergebnissen zu den Jahrgängen 1986, 1988 und 1989. Darüber hinaus wird anhand der 1987 Geborenen eine erste vorläufige Einordnung in den internationalen Kontext vorgenommen. Diese kann nur vorläufig sein, da für die Schweiz die Daten der Befragung 2003 herangezogen werden können, die internationalen Daten anderer Länder dagegen zur Zeit nur für die ESPAD-Befragung von 1999 (Hibell et al., 2000) vorliegen.

Insgesamt zeichnet sich die Studie durch eine hohe Datenqualität, Validität und Reliabilität aus:

- 86.3% der angeschriebenen Klassen beteiligten sich an der Studie.
- 95.9% aller regulär der Klasse zugehörigen Schüler füllten den Fragebogen aus, d.h. nur 4.1% der Schüler waren entweder am Befragungstag nicht anwesend oder verweigerten die Befragung.
- Ein neues computergesteuertes Einleseverfahren garantierte die zuverlässige und kostengünstige Dateneingabe (vgl. Gmel et al., 2003).
- Nur 44 Schülerfragebogen waren unbrauchbar (=0.6%) 15 davon, weil weniger als die Hälfte der Fragen beantwortet worden war, und 29 wegen fehlender Alters- oder Geschlechtsangaben.
- Die Itemnonresponse der Kernfragen zum Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum lag in der Regel unter 1% und war nur für die Testfrage zum Gebrauch einer fiktiven Droge Relevin (1.1%) und bei der Frage nach der Lebenszeit-Trunkenheit (1.1%) höher.

¹ Zur Vereinfachung verwenden wir im folgenden immer die Form Schüler für Schüler und Schülerinnen.

- Im Durchschnitt wurden von den Schülern 98.3% aller Fragen zum Alkohol-, Tabak und Drogenkonsum beantwortet.
- Inkonsistente Antwortmuster (z.B. Angabe „Nichtraucher“ jedoch vorliegende Altersangabe für die erste gerauchte Zigarette) lagen in der Regel bei weit unter 2%. Sie waren am höchsten für Zigarettenkonsum (7%) und Trunkenheit (4%).

Schlussfolgerung und Empfehlung:

Der ESPAD Survey hat bei Schweizer Schulen eine hohe Akzeptanz und ermöglicht qualitativ hochwertige, reliable und valide Aussagen zu Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum, die andere Befragungen in dieser Form nicht bieten können. Eine regelmässige Teilnahme der Schweiz an der ESPAD-Befragung ist aus drei Gründen sehr wichtig.

Erstens legt der ESPAD Survey einen Schwerpunkt auf die derzeit wichtigsten Risikofaktoren für Gesundheit und soziale Entwicklung bei schweizerischen Jugendlichen (Alkohol, Tabak, illegale Drogen, für einen quantitativen Vergleich von Risikofaktoren siehe Rehm et al., in press) und erlaubt durch eine detaillierte Erhebung des Konsums und der Motive die Planung und Vorbereitung primär- und sekundärpräventiver Massnahmen in diesem Bereich. Zum zweiten erlaubt die ESPAD-Befragung ein Monitoring der genannten Risikofaktoren bei schweizerischen Jugendlichen über die Zeit. Drittens ist durch die ESPAD Befragung eine Einordnung der Schweizer Daten in den europäischen Kontext mit standardisierten Indikatoren möglich, die zunehmend von internationalen Behörden wie der EMCDDA verwendet werden. Ebenso sind die Daten vergleichbar zum „Monitoring the Future“-Projekt in den USA.

Tabak

Ergebnisse aus ESPAD 2003

Bereits im Alter von 13 Jahren haben etwa 50% der Jugendlichen in der Schweiz schon einmal geraucht. Diese Zahlen steigen mit dem Alter weiter an, so dass mit 16 Jahren bereits mehr als zwei Drittel der Jungen und Mädchen zumindest einmal geraucht haben. Allerdings handelt es sich bei einem Grossteil dieser Jugendlichen um Neugier- oder Probekonsumierende. Über alle Altersklassen hinweg liegen die Anteile an Personen, die zumindest bei 40 Gelegenheiten in ihrem Leben Zigaretten geraucht haben, etwa 40-45 Prozentpunkte niedriger (Tabelle 1) als der Anteil jener, die mindestens einmal geraucht haben. Allgemein gilt, dass sich in diesem Alter Jungen und Mädchen in ihrem Rauchverhalten kaum unterscheiden. Im Folgenden gehen wir davon aus, dass 40 Gelegenheiten mit gerauchten Zigaretten mindestens einen Konsum von 40 Zigaretten bedeutet, jedoch Jugendliche auch mehr als eine Zigarette pro Gelegenheit geraucht haben könnten.

Tabelle 1. Lebenszeitprävalenz des zumindest einmaligen Rauchens und des Rauchens bei 40 Konsumgelegenheiten oder mehr nach Alter und Geschlecht (in %)

		13 Jahre	14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre
Jemals	Jungen	49.1	55.9	63.9	69.3
	Mädchen	51.1	54.0	64.5	65.6
	Gesamt	50.1	54.9	64.2	67.5
40+ Gelegenheiten	Jungen	9.9	15.1	23.9	28.2
	Mädchen	12.0	16.6	23.8	26.7
	Gesamt	11.0	15.8	23.8	27.4

Die Diskrepanz zwischen der Lebenszeitprävalenz generell und der Lebenszeitprävalenz von mindestens 40 Gelegenheiten mit gerauchten Zigaretten sollte dabei jedoch nicht im Sinne einer Verharmlosung gedeutet werden. Viele Jugendliche stehen erst am Anfang ihrer Konsumkarriere und konsumieren häufig noch sehr unregelmässig. Wie Tabelle 2 belegt, sind die Prävalenzen für einen Zigarettenkonsum in den letzten 30 Tagen über alle Altersgruppen hinweg kaum höher als diejenigen für mindestens 40 Konsumgelegenheiten im Verlauf des Lebens. Dies deutet darauf hin, dass zumindest ein Teil der Rauchenden gerade erst in den letzten 30 Tagen begonnen hat, ohne dabei schon mehr als 40 Konsumgelegenheiten gehabt zu haben. Über 21% der Jugendlichen im Alter von 13 Jahren und fast 40% der 16-Jährigen haben in den letzten 30 Tagen geraucht.

Tabelle 2: Prävalenz des Zigarettenkonsums in den letzten 30 Tagen nach Alter und Geschlecht (in %)

	13 Jahre	14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre
Jungen	18.8	24.0	32.8	38.2
Mädchen	23.1	27.8	35.8	37.8
Gesamt	21.0	25.9	34.3	38.0

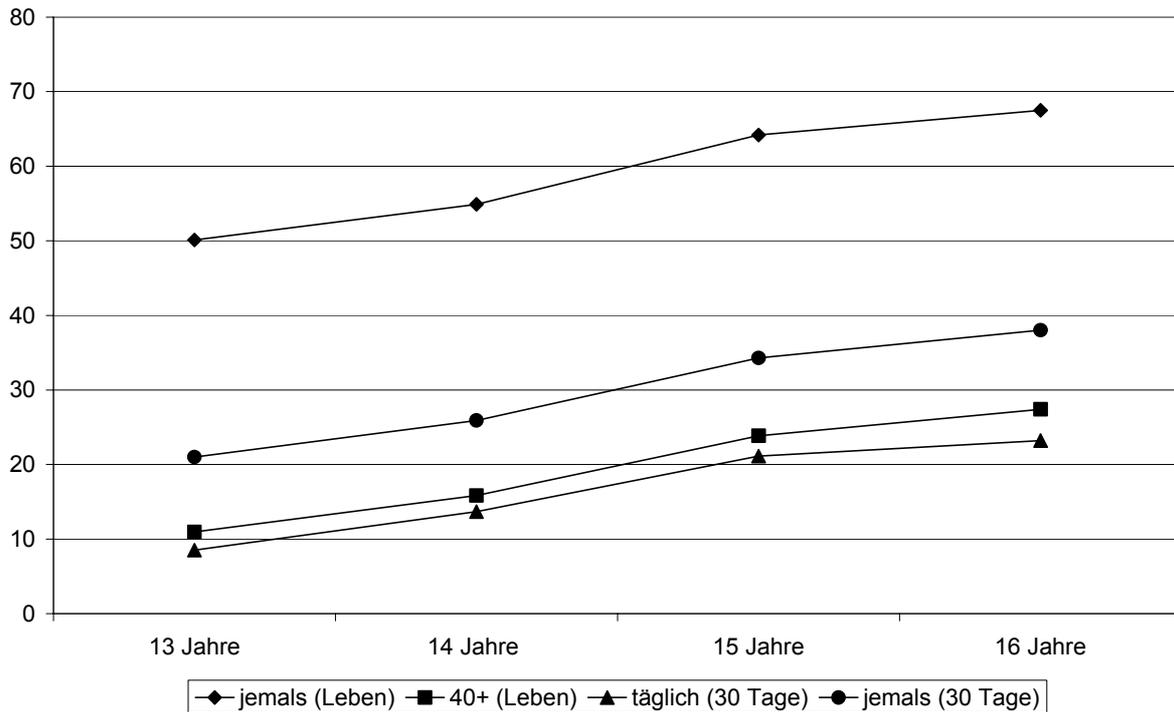
21.1% der 15-Jährigen rauchen täglich, wobei die Anteile täglich Rauchender von 8.5% bei 13-Jährigen bis zu 23.2% bei den 16-Jährigen ansteigen. Abbildung 1 zeigt, wie parallel Indikatoren zum Zigarettenrauchen in der Schweiz verlaufen.

Interessant ist dabei, wie eng der Indikator von 40 oder mehr Konsumgelegenheiten im Leben mit jenem des täglichen Zigarettenkonsums in den letzten 30 Tagen zusammenhängt. Zwar sind die Jugendlichen bei beiden Indikatoren nicht notwendigerweise dieselben, jedoch sind 73% jener mit mehr als 40 Rauchgelegenheiten im Leben auch aktuell täglich Rauchende, und nur 18% rauchen nicht täglich. Knapp 10% der Rauchenden von mindestens 40 Zigaretten und mehr im Leben haben mit dem Rauchen bis zum Zeitpunkt der Befragung aufgehört. Von jenen, die in den letzten 30 Tagen vor der Befragung täglich geraucht haben, geben umgekehrt 84% an, mehr als 40 Zigaretten im Leben geraucht zu haben, und 16% geben an, bisher weniger als 40 Zigaretten im Leben geraucht zu haben. Dieser letzte Anteil scheint recht hoch, geht man davon aus, dass bei einem täglichen Konsum von Zigaretten in den letzten 30 Tagen die Marke von 40 gerauchten Zigaretten im Leben schnell überschritten sein sollte.

Ein Teil dieser Antworten mag inkonsistent scheinen. Eventuell haben einige Jugendliche bei der 30-Tage-Prävalenz die täglichen Mengenangaben ebenfalls auf Konsumgelegenheiten mit gerauchten Zigaretten insgesamt in den letzten 30 Tagen bezogen und nicht auf die tägliche Konsummenge. Eine andere Erklärung ist jedoch, dass viele Jugendliche gerade erst in den letzten 30 Tagen vor der Befragung mit dem Rauchen begonnen haben.

Unabhängig davon zeigt sich jedoch eine sehr starke Tendenz zum täglichen Rauchen, sobald der reine Probierkonsum überschritten worden ist und Jugendliche insgesamt mehr als 40 Konsumgelegenheiten angeben. Ganz allgemein gilt: Je höher die Zahl der Jugendlichen, die jemals Zigaretten probiert haben, desto höher ist auch die Zahl der Jugendlichen, die bei mindestens 40 Gelegenheiten geraucht haben, die in den letzten 30 Tagen noch geraucht haben und die zur Gruppe der täglich Rauchenden gehören.

Abbildung 1: Verschiedene Indikatoren des Zigarettenrauchens in der Schweiz nach Alter, ESPAD 2003.



Auf der anderen Seite haben 70% derjenigen, die im Leben weniger als 40 Rauch-Gelegenheiten angeben, in den letzten 30 Tagen nicht mehr geraucht. Man sollte dabei jedoch bedenken, dass in diesem Alter Rauchen noch häufig unregelmässig stattfindet, es also nicht gesagt ist, dass Lebenszeitrauchende ohne Konsum in den letzten 30 Tagen den Zigarettenkonsum tatsächlich endgültig aufgegeben haben. Bei aller Vorsicht gegenüber Querschnitt-Daten scheinen vierzig Konsumgelegenheiten im Leben bereits ein starker Indikator für tägliches Rauchen bei Jugendlichen zu sein. Nikotin ist eine Substanz, die schnell zur Abhängigkeit führen kann. Verschiedene Studien zeigen, dass bereits wenige Konsumgelegenheiten und wenige gerauchte Zigaretten mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zu späterem regelmässigen Konsum führen (Russell, 1990; DiFranza et al., 2002). Je nach Empfindungen beim Raucheinstieg kann bei anfälligen Personen bereits die erste Zigarette mit einer hohen Wahrscheinlichkeit regelmässiges Rauchen und Abhängigkeit nach sich ziehen (DiFranza et al., 2004; Chen et al., 2003). Eine Längsschnittstudie in der Schweiz (Schmid et al., 1999) zeigt, dass etwa ein Drittel der gelegentlich Rauchenden 16- bis 17-Jährigen drei Jahre später zu täglich Rauchenden geworden sind, ein Drittel hat aufgehört und ein Drittel ist bei gelegentlichem Konsum geblieben. 83% der täglich Rauchenden rauchten auch nach drei Jahren noch täglich. Insbesondere tägliches Rauchen ist mit späteren rauchbedingten Beschwerden und tiefen Ausstiegsraten assoziiert. Je früher Jugendliche zu täglichen Rauchern werden, desto ungünstiger ist die Prognose (Breslau, 1993; Breslau et al., 1993; Breslau, & Peterson, 1996).

Vergleiche zu HBSC und SMASH und Trends in der Schweiz

Im Vergleich zur ESPAD 2003 wurden in der HBSC-Studie (Health Behavior of School Aged Children, Schmid et al., 2003) von 2002 bei den 15- bis 16-Jährigen mit unter 19% (M: 17.9%; J: 19.2%) leicht weniger täglich Rauchende ermittelt. Ebenso ist der Prozentsatz 16-jähriger, die täglich rauchen, in der Schülerpopulation (ohne Lehrlinge) der SMASH-

Studie (Swiss Multicenter Adolescent Study on Health, Narring et al., 2003) von 2002 etwas geringer (M: 17.4%; J: 18.4%). ESPAD ist aber weitestgehend mit anderen Studien in der Schweiz vergleichbar. Alle drei Studien zeigen, dass die Anteile regelmässig Rauchender mit dem Alter zunehmen, wobei alle drei Studien zusammen genommen die Altersgruppen von 11 (HBSC) bis 20 Jahren (SMASH) abdecken.

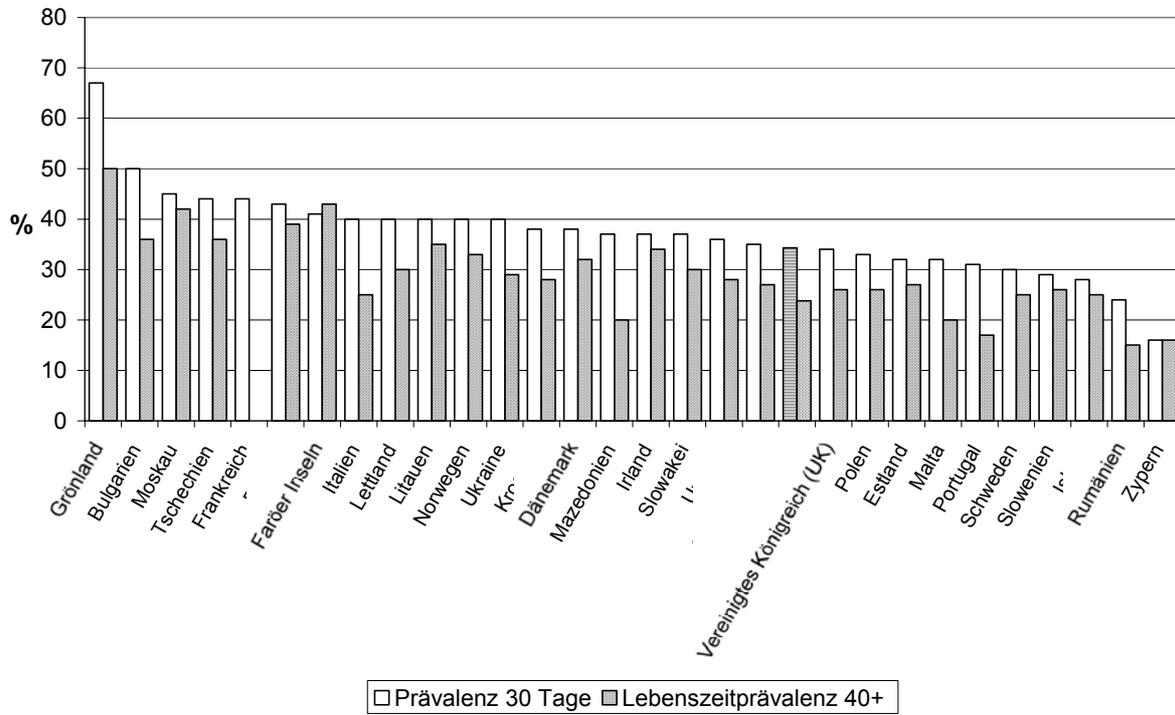
Von den drei Schülerstudien abweichende Ergebnisse enthält der Tabakmonitor (Keller et al., 2003), der im Erhebungszeitraum zwischen Januar 2001 und Dezember 2002) bei 15- bis 16-Jährigen deutlich geringere Anteile täglich Rauchender feststellt (M: 9%; J: 12%). Diese Zahlen erscheinen zu gering angesichts der hier vorgestellten weitgehend übereinstimmenden Ergebnisse aus den drei Schülerstudien.

Der Vergleich der HBSC-Studien über die Zeit zeigt, dass die Prävalenzraten für Tabakrauchen 2002 im Vergleich zu 1986 - nach einem zwischenzeitlichen Hoch 1998 - relativ stabil geblieben sind. Dagegen stellt die Schülerstudie SMASH im Jahre 2002 (Narring et al., 2003) eine Zunahme seit 1993 fest. Allerdings verweisen die Autoren auf die unterschiedlichen Stichprobenzusammensetzung der beiden 1993 und 2002 durchgeführten Studien. Betrachtet man die drei Schülerstudien und insbesondere die höheren Prävalenzraten der ESPAD-Studie (2003) im Vergleich zu HBSC und SMASH (beide 2002), so deutet alles darauf hin, dass das Rauchen bei Jugendlichen in der Schweiz nicht rückläufig ist. Dies lässt sich auch an den Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) 2002 ablesen, die eine Zunahme im Rauchen bei 15- bis 24-Jährigen seit 1992 feststellen (Bundesamt für Statistik (BFS), 2003). Die vermehrten Präventionsanstrengungen der letzten Jahren scheinen keine Trendwende gebracht zu haben.

Internationaler Vergleich

Im europäischen Vergleich nimmt die Schweiz hinsichtlich des Rauchens eine Position im unteren Mittelfeld ein. Dabei sollte bedacht werden, dass Europa weltweit eine Spitzenposition einnimmt und die Prävalenz-Raten in etablierten Marktwirtschaften in Nordamerika oder Australien/Asien deutlich niedriger sind (Guindon, & Bosclair, 2003; siehe auch World Health Organization (WHO), 2004).

Abbildung 2: Ländervergleich bei 15-Jährigen der Prävalenz des zumindest einmaligen Zigarettenkonsums in den letzten 30 Tagen und des Konsums von 40-mal oder häufiger im Leben (in %); 1999 für ESPAD-Länder, 2003 für die Schweiz



Schlussfolgerung und Empfehlungen:

Trotz der derzeitigen Position im hinteren Mittelfeld der europäischen Rangliste stellt Rauchen bei Jugendlichen in der Schweiz ein Public-Health-Problem dar, das ohne geeignete Gegenmassnahmen langfristig zu einem grossen Verlust an Lebensjahren führen wird (Ezzati et al., 2002; Ezzati, & Lopez, 2003). Dabei ist insbesondere zu berücksichtigen, dass für die letzten 15 Jahre keine rückläufige Tendenz bei Jugendlichen auszumachen ist, sondern eher von einer Zunahme der Prävalenz gesprochen werden kann. Besonders bemerkenswert ist die Tatsache, dass etwa 50% der 13-Jährigen bereits geraucht haben. Dies ist bedeutsam, da in der Schweiz der Anteil täglich Rauchender relativ eng mit dem Anteil jemals Rauchender korreliert. Täglicher Konsum – das haben eine Vielzahl von Studien belegt – bedeutet auch ein erhöhtes Risiko für eine länger andauernde Rauchkarriere im Erwachsenenalter (mit allen damit verbundenen Konsequenzen).

Präventive Massnahmen in der Schweiz sollten im Rahmen umfassender Programme durchgeführt werden. Ein Hauptziel ist dabei die Verhinderung des Einstiegs in den Tabakgebrauch und die Förderung des Ausstiegs bereits in jungen Jahren (Center of Disease Control (CDC), 1999). Dazu gehören die Lenkungsmassnahmen zur Einschränkung der Verfügbarkeit (z.B. Kauf und Werbeverbote) ebenso wie Schulprogramme. Entscheidend ist dabei die Durchsetzung der strukturellen Massnahmen sowie die Überwachung und Evaluation schulischer Programme (Center of Disease Control (CDC), 1999). Schulprogramme sollten bereits im Kindesalter beginnen und im Jugendalter verstärkt werden (Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), 1994). Reine Informations- und Aufklärungsprogramme haben sich dabei

als ineffektiv erwiesen – besonders dann, wenn sie erst bei Altersgruppen einsetzen, in denen Rauchen schon weit verbreitet ist. Schulprogramme zeigen dann Wirkung, wenn sie a) eingebettet sind in eine generelle Schulpolitik zum Rauchen, die auch umgesetzt wird (school policy; Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), 1994; Backinger, Fagan et al., 2003), b) Lehrer ausreichend in Präventionsmassnahmen geschult worden sind und c) Eltern in die Schulpolitik eingebunden werden. Besonders wichtig ist ein schulisches Angebot von Ausstiegs- und Interventionsprogrammen. Weltweit, aber insbesondere in der Schweiz, gibt es zu wenig Studien dazu, welche Ansätze am besten geeignet sind, rauchende Jugendliche zum Aufhören zu bewegen (Backinger, McDonald et al., 2003). Zur Zeit scheinen Ansätze der kognitiven Verhaltenstherapie am ehesten geeignet (McDonald et al., 2003). Der Fokus präventiver Massnahmen sollte, wie bei allen psychoaktiven Substanzen, altersspezifisch orientiert, d.h. auf das Konsumverhalten abgestimmt sein (Tobler, 1992). Unter 13 Jahren rauchen noch sehr wenig Jugendliche, und ein Beibehalten der Abstinenz, also die Verzögerung des Einstiegs, stellt keine Verhaltensänderung dar, so dass Schulprogramme, die auf Wissensvermittlung, Gruppennormen oder Vermittlung von Sozialkompetenzen (resistance skills; life skills, problem-solving skills) aufbauen, in jungen Jahren einen gewissen Erfolg haben können. Die WHO (World Health Organization (WHO), 2002) empfiehlt, in jungen Jahren (bis etwa 13 Jahre) nicht-substanzspezifische Erziehungsprogramme - eingebettet in den Lehrplan - durchzuführen. Später sollten substanzspezifische Programme im Zentrum stehen. Vorrangige Ziele substanzspezifischer Prävention sollten sein, den Einstieg in den Konsum zu verzögern und die schnelle Entwicklung vom Probier- und gelegentlichen Rauchen zum täglichen/regelmässigen Rauchen zu verhindern. Obwohl Jugendliche ab 15 Jahren gut über die Gefahren des regelmässigen Rauchens Bescheid wissen, sehen noch fast 50% der 15-Jährigen kein oder nur ein geringes Risiko beim gelegentlichen Rauchen (siehe unten). Hier besteht weitere Aufklärungsbedarf.

In späterem Jugendalter muss Prävention die Konsumlage der Jugendlichen berücksichtigen, wobei rein auf Abstinenz ausgerichtete Erziehungsprogramme bei wachsendem Wissen der Jugendlichen über die potenziellen Folgen an Wirkung verlieren. Wissensorientierte Programme sind insbesondere ineffektiv, wenn sich ein Verhalten bereits manifestiert hat. Neuere Empfehlungen (z.B. World Health Organization (WHO), 2002) weisen auf ein grösseres Potenzial sekundärpräventiver Massnahmen bei Substanzkonsumierenden hin, wenn auf Schadensverringerung anstatt auf Abstinenz gesetzt wird. Es scheint erfolgversprechend, durch spezifische präventive Massnahmen einen höheren Anteil von Probierkonsumenten vom regelmässigeren Konsum abzuhalten. Sowohl bei Erwachsenen als auch bei Jugendlichen hat sich die Reduktion auf gelegentlichen Konsum bzw. die Beibehaltung gelegentlichen Konsums als guter Prädiktor für höhere Aufhörraten erwiesen (z.B. Sargent et al., 1998; Falba et al., 2004).

Insbesondere haben sich aber strukturelle Massnahmen wie Steuererhöhungen und ein Verbot von Werbung und Sponsoring als effektive und kosteneffektivste präventive Massnahmen für diese Altersgruppe herausgestellt (Shibuya et al., 2003).

Alkohol

Ergebnisse aus ESPAD 2003

Alkohol ist in der Schweiz ein überall und zu fast jeder Zeit verfügbares Konsumgut. Im internationalen Vergleich gehört die Schweiz zu den Hochkonsumländern. Entsprechend kommen Jugendliche hierzulande sehr früh mit Alkohol in Kontakt. 80% der 13-Jährigen haben schon mindestens einmal im Leben Alkohol konsumiert, bei den 16-Jährigen sind es

bereits 94% (Tabelle 3). Dabei handelt es sich jedoch in aller Regel um einen Probierkonsum. Knapp 10% der 13-Jährigen haben aber Alkohol bereits 40-mal oder häufiger konsumiert. Ein so hohes Konsumniveau von 13-Jährigen ist bedenklich, da ein früher Konsumeinstieg bzw. häufiger Konsum in jungen Jahren ein erhöhtes Risiko alkoholbedingter Probleme im weiteren Lebensverlauf nach sich ziehen.

Tabelle 3: Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums und des Alkoholkonsums 40-mal und häufiger nach Alter und Geschlecht (in %)

		13 Jahre	14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre
Jemals	Jungen	78.0	90.2	93.6	95.6
	Mädchen	81.7	88.0	92.4	92.8
	Gesamt	79.9	89.1	93.0	94.2
40+	Jungen	11.1	19.4	33.2	43.3
	Mädchen	8.2	10.8	20.2	28.0
	Gesamt	9.6	15.1	26.5	35.7

Aussagekräftiger als der Lebenszeitkonsum in einem so „nassen“ Land wie der Schweiz ist der Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen. Über 50% der 13-Jährigen haben in den letzten 30 Tagen vor der Befragung Alkohol konsumiert, bei den 15-Jährigen, einer Altersgruppe, die noch nicht legal Alkohol kaufen kann, sind es bereits 75% (Tabelle 4). Fragt man die Jugendlichen, wie leicht sie sich Alkohol beschaffen können, so geben 91% der 15-jährigen Jugendlichen an, Bier sei „sehr einfach“ oder „ziemlich einfach“ zu beschaffen. Bei Wein liegen die entsprechenden Werte bei 86%, und bei Spirituosen mit einem legalen Verkaufsalter von mindestens 18 Jahren sagen immer noch fast 70%, es sei sehr oder ziemlich einfach, solche Getränke zu erhalten. So haben sich dann auch 35% der 15-Jährigen in den letzten 30 Tagen selber Alkohol für den eigenen Konsum gekauft, und über 20% der gleichen Altersgruppe hat sich Spirituosen besorgt. Wein spielt eine untergeordnete Rolle: Nur 6% der 15-Jährigen haben sich Wein für den eigenen Konsum gekauft.

Tabelle 4: 30-Tage-Prävalenz des mindestens einmaligen und des 10-maligen oder häufigeren Alkoholkonsums

		13 Jahre	14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre
Jemals	Jungen	55.6	65.9	76.9	82.2
	Mädchen	57.6	64.3	74.0	75.5
	Gesamt	56.6	65.1	75.4	78.9
Mind. 10 Konsumgelegenheiten	Jungen	3.3	10.0	17.8	16.9
	Mädchen	1.9	5.4	7.7	10.9
	Gesamt	2.6	7.7	12.6	13.9

Weder in der Lebenszeitprävalenz noch in der Monatsprävalenz unterscheiden sich die Raten nach Geschlecht. Allerdings konsumieren Jungen in den letzten 30 Tagen wesentlich häufiger Alkohol als Mädchen. Etwa doppelt so viele Jungen wie Mädchen haben 10 oder mehr Trinkgelegenheiten im letzten Monat vor der Befragung (Tabelle 4). Obwohl regelmässiger Alkoholkonsum bei Jugendlichen noch eher die Ausnahme ist, trinken fast 18% der 15-jährigen Jungen und 8% der Mädchen häufiger als jeden dritten Tag, also nicht nur am Freitag und Samstag, sondern auch am Vortag von Schultagen. Da ESPAD nach Trinkgelegenheiten und nicht nach Trinktagen fragt, setzt diese Aussage voraus, dass Jugendliche in der Regel nur eine Trinkgelegenheiten pro Tag haben.

Beim problematischen Alkoholkonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist der starke Konsum bei einzelnen Trinkgelegenheiten von grösserem Public-Health-Interesse als

der regelmässige Alkoholkonsum (Johnston et al., 2003). Dies belegt auch die Tatsache, dass es in allen ESPAD-Ländern höhere Anteile an Jugendlichen gibt, die mindestens 3-mal im letzten Monat 5 oder mehr Gläser (1 Glas entspricht etwa 15 g reinem Alkohol in der ESPAD-Befragung) in kurzer Zeit hintereinander getrunken haben, als an Jugendlichen, die 10-mal oder häufiger in diesem Zeitraum überhaupt konsumiert haben (siehe auch Abb. 3 unten). Dies legt den Schluss nahe, dass die Mehrheit der Jugendlichen (noch) nicht regelmässig konsumiert, aber bei einzelnen Trinkgelegenheiten häufig sehr viel trinkt. Bereits über 20% der 13-jährigen Jugendlichen haben wenigstens einmal in den letzten 30 Tagen 5 Gläser Alkohol oder mehr zu sich genommen. Über 50% der 15- und 16-jährigen Jungen geben solche Gelegenheiten episodisch risikoreichen Trinkens (oft auch im Deutschen Binge-Trinken genannt) in den letzten 30 Tagen an (Tabelle 5). Geschlechtsunterschiede bilden sich dabei mit zunehmendem Alter heraus. So ist bei 13-Jährigen der Anteil mit episodisch risikoreichem Trinkverhalten in den letzten 30 Tagen bei Jungen und Mädchen noch etwa gleich gross (vgl. Kuntsche, 2001), während später die Jungen deutlich stärker zu solchem Konsum neigen (vgl. Gutjahr, & Gmel, 2001). Entsprechend identifizierten verschiedene Längsschnittuntersuchungen in den USA zwei Gruppen mit Rauschtrinken in der frühen Adoleszenz (Hill et al., 2000; Chassin et al., 2002; Tucker et al., 2003). Während in der Gruppe mit einem hohen Mädchenanteil die Häufigkeit der Trunkenheit mit fortschreitendem Alter nicht zunahm, erhöhte sie sich in der Gruppe mit hohem Jungenanteil. Moffitt (1993) geht davon aus, dass sich für einen kleinen Teil der Jugendlichen (ca. 5-10%) Probleme durch das gesamte Leben ziehen. Diese beginnen bereits in den frühesten Lebensjahren, etwa mit Geburtskomplikationen oder einem genetisch bedingt schwierigen Temperament. In solchen Fällen kann es zu einem „Teufelskreis“ kommen, wenn Eltern auf das schwierige Kind abweisend und strafend reagieren, ihr Kind sich unverstanden und nicht akzeptiert fühlt und sich entsprechend verschlossen und aggressiv verhält, was wiederum bei den Eltern zu Hilflosigkeit führen kann – sie empfinden Ärger und verhalten sich weiterhin eher abweisend und strafend (Schneewind, 1999). Beim Grossteil Jugendlicher ist problematischer Substanzkonsum ein zeitlich limitiertes Verhalten. In der Adoleszenz jedoch, in welcher Jugendliche durch Alkohol- und anderen Substanzkonsum Unabhängigkeit von den Eltern und Reife zu demonstrieren versuchen (vgl. Kandel, 1980), können problembelastete Jugendliche zu einer Vorbildfunktion im Hinblick auf den Substanzkonsum avancieren und somit einen Grossteil der Jugendlichen mitziehen (Moffitt, 1993). Da jedoch in der Schweiz wie in den meisten Gesellschaften exzessiver Alkoholkonsum aufgrund der sozialen Rollen bei Männern als weniger deviant erachtet wird als bei Frauen (Bloomfield et al., 2001; Plant et al., 2000; Room, 2001), sind es hauptsächlich die männlichen Jugendlichen, die häufiger exzessiv Alkohol konsumieren.

Tabelle 5: Alkoholkonsum von 5 oder mehr Gläsern Alkohol (1 Glas = etwa 15 Gramm reiner Alkohol pro Tag gemäss ESPAD-Standards) in den letzten 30 Tagen

		13 Jahre	14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre
Jungen	Nie	79.8	62.9	50.6	48.5
	1- bis 2-mal	15.8	24.5	29.8	31.8
	3-mal und häufiger	4.3	12.7	19.7	19.7
Mädchen	Nie	78.7	72.9	67.6	64.7
	1- bis 2-mal	17.5	19.0	21.4	25.5
	3-mal und häufiger	3.8	8.0	11.0	9.7
gesamt	Nie	79.2	68.0	59.3	56.5
	1- bis 2-mal	16.7	21.7	25.5	28.7
	3-mal und häufiger	4.1	10.3	15.2	14.8

Die wissenschaftliche Literatur weist darauf hin, dass gesundheitliche und soziale Risiken von Alkoholkonsum im Wesentlichen durch zwei Dimensionen bestimmt werden: die Höhe des langfristigen Durchschnittskonsums und das Ausmass episodisch starken Risikokonsums (Rehm et al., in press; Gmel, & Rehm, 2003; Rehm, Gmel et al., 2003). Hinsichtlich gesundheitlicher Belastungen ist der langfristige Durchschnittskonsum insbesondere für chronische Krankheiten wie Krebs oder Leberzirrhose relevant, wogegen episodischer Risikokonsum bei akuten Folgen wie Unfällen oder Gewalt, aber auch bei Herz-Kreislauf-Krankheiten eine bedeutsamere Rolle spielt (Rehm, Room et al., 2003). Da bei Jugendlichen die Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken massgeblich durch Verletzungen und Unfälle bestimmt werden, ist in dieser Altersgruppe der episodische Risikokonsum von besonderem Interesse. Das Risiko für chronische Krankheiten ist demgegenüber verschwindend klein. Hinsichtlich sozialer Folgen (z.B. Fehltage, unerwünschte Schwangerschaften, Gewalt) gilt ähnliches: auch hier spielt episodisch risikoreicher Konsum eine wichtige Rolle (Klingemann, & Gmel, 2001). Episodischer und chronischer Risikokonsum bei Jugendlichen sind darüber hinaus Indikatoren für eine negative Konsumententwicklung, etwa den Aufbau schädlicher Trinkgewohnheiten.

In Anlehnung an die in der Schweiz üblichen Klassifikation (siehe z.B. die Evaluation des Programms „Alles im Griff“, Gmel, & Müller, 2003) wurden anhand der ESPAD-Daten folgende Kriterien für einen risikoreichen Alkoholkonsum entwickelt:

Habituell Risikokonsumierende (heavy drinkers)	<i>Jungen:</i> 3 Drinks und mehr pro Tag (ca. 15 g pro Getränk) <i>Mädchen:</i> 2 Drinks und mehr pro Tag (ca. 15 g pro Getränk) in den letzten 30 Tagen; kein episodischer Risikokonsum
Episodische Risikokonsumierende (binge drinkers)	<i>Jungen und Mädchen:</i> 5 und mehr Getränke bei einer Gelegenheit, mindestens zweimal in den letzten 30 Tagen
Risikokumulierende	Sowohl chronischer als auch episodischer Risikokonsum
Risikoarm Konsumierende	Weder chronischer noch episodischer Risikokonsum, zuweilen beinhaltet diese Gruppe auch Abstinente
Abstinente	Kein Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen

Die ESPAD-Daten lassen keine geschlechtsspezifische Unterscheidung der Trinkmenge beim episodischen Risikokonsum zu (üblich sind, nicht nur in der Schweiz, 4+ Getränke für Mädchen und Frauen). Die Zahlen in Tabelle 6 belegen eindrücklich, dass chronischer Risikokonsum bei Jugendlichen recht selten ist. Indes: Bei den Jungen setzen sich bereits bei den 13-Jährigen etwa 10% einem deutlichen Gesundheitsrisiko durch episodischen Risikokonsum aus. Dieser Prozentsatz steigt mit dem Alter an: bis zu einem Drittel aller Jungen im Alter von 16 Jahren trinken episodisch risikoreich. Mit Ausnahme der 13-Jährigen sind es bei den Mädchen etwa halb so viele. Bereits 4% der Jungen und Mädchen trinken im Alter von 15 und 16 Jahren in einer Art und Weise, die mit erhöhten Risiken sowohl für akute als auch spätere chronische Folgen verbunden sind.

Tabelle 6: Risikoreicher Alkoholkonsum bei 13- bis 16-Jährigen in den letzten 30 Tagen

		13 Jahre	14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre
Jungen	Abstinente	44.4	34.3	23.2	17.8
	Risikoarm	45.9	44.1	45.3	47.9
	Chronisch risikoreich	0.0	0.0	0.2	0.8
	Episodischer Risikokonsum	8.9	19.0	26.6	29.3
	Risikokumulierende	0.8	2.6	4.7	4.2
Mädchen	Abstinente	42.4	35.7	26.1	24.5
	Risikoarm	49.4	49.2	55.3	56.8
	Chronisch risikoreich	0.0	0.4	0.3	0.8
	Episodischer Risikokonsum	8.2	11.8	15.0	14.2
	Risikokumulierende	0.0	2.9	3.3	3.7

Bemerkung: **abstinent:** kein Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen;
risikoarm: weniger als durchschnittlich 2 (3) Glas (1 Glas = 15 Gramm reiner Alkohol) Alkohol pro Tag bei Mädchen (Jungen) und kein Bingen (=Konsum von 5 oder mehr Gläsern bei einer Gelegenheit mindestens 2 mal in den letzten 30 Tagen)
chronischer Risikokonsum: durchschnittlich 2 (3) oder mehr Gläser Alkohol pro Tag bei Mädchen (Jungen)
episodischer Risikokonsum: 5 Gläser oder mehr Alkohol mindestens 2-mal in den letzten 30 Tagen
Risikokumulierende: sowohl chronischer als auch episodischer Risikokonsum
 Es ist zu beachten, dass aufgrund von 39 fehlenden Werten auf einer der Variablen die Abstinenzahlen von den Werten in Tabelle 4 leicht abweichen.

In der ESPAD-Befragung werden die Jugendlichen nach einer Reihe von erlebten Problemen befragt. Sie sollen dabei selber beurteilen, ob das jeweilige Problem eine Folge des Alkohol- oder Drogenkonsums war oder ob es andere Gründe hatte. Tabelle 7 zeigt, welche Probleme Jugendliche zu den ihren zählen (Werte in den Kolonnen 1-3) und inwieweit sie die einzelnen Probleme auf Alkoholkonsum zurückführen (Kolonnen 4 und 5).

Die Resultate sind klar: Alkoholkonsumierende haben häufiger Probleme als Nicht-Konsumierende. Interessanterweise ist der Unterschied zwischen Rauschtrinkenden und Nicht-Rauschtrinkenden deutlich grösser, wenn Alkohol als Problemursache angegeben wird. Das zeigt sich etwa bei „Zank und Streit“. Wird Alkohol als Grund angeführt, sind die Anteile der Ja-Antwortenden bei weiblichen und männlichen Binge-Trinkenden etwa 10% höher als bei Nicht-Binge-Trinkenden. Ohne Berücksichtigung der potenziellen Ursache beträgt der Unterschied zwischen Binge-Trinkenden und Nicht-Binge-Trinkenden jedoch nur etwa 2%. Ein möglicher Grund dafür ist, dass nicht die Häufigkeit von Problemen gezählt wird – insbesondere nicht, wie häufig Probleme wegen des Alkoholkonsums auftreten und wie häufig aus anderen Gründen - sondern nur, ob ein Problem schon mal aufgetreten ist. Viele der genannten Probleme sind jedoch bei einer Vielzahl von Schülern schon mindestens einmal im Leben aufgetreten, so dass bei der allgemeinen Nennung ohne Angabe von Gründen der Einfluss des Alkoholkonsums nicht so deutlich zutage tritt wie bei der spezifischen Nennung von Problemen aufgrund des Alkoholkonsums. Es gibt aber auch Probleme, bei denen die Unterschiede nach Konsummustern bei der Problemidentifikation ohne Grundangabe (Kolonnen 1-3) grösser sind. Beispiele hierfür sind „Probleme mit der Polizei“ oder „Sex ohne Kondom“. Dies könnte darauf hindeuten, dass besonders schwerwiegende oder selten auftretende Probleme ungern dem Alkohol zugeschrieben werden, dass hier also Verleugnungstendenzen bestehen.

Insgesamt scheinen sich jedoch Alkoholkonsumierende, und besonders episodisch risikoreich Konsumierende, bewusst zu sein, dass ihr Konsum bereits in der Vergangenheit zu Problemen geführt hat.

Tabelle 7: Ja-Antworten auf die Frage "Hattest Du jemals eines der folgenden Probleme" (in %), nach Alkoholkonsummustern und Geschlecht bei 15-Jährigen

		Jemals Probleme gehabt			Ja, wegen Alkoholkonsum		
		Abstinenz (12-Monate)	Alkohol- konsum ohne Binge	Alkohol- konsum mit Binge	Alkohol- konsum ohne Binge	Alkohol- konsum mit Binge	
Jungen	Zank oder Streit	73.2	79.8	81.7	3.8	14.6	
	Balgerei oder Kampf	49.3	57.8	67.7	1.7	13.5	
	Unfall oder Verletzung	60.0	65.3	63.7	1.8	12.9	
	Verlust von Geld oder Wertgegenständen	46.6	43.3	50.4	2.8	13.2	
	Beschädigung des eigenen Eigentums	38.1	43.8	51.4	4.5	16.8	
	Beziehung mit Eltern	31.1	39.3	53.8	3.0	13.1	
	Beziehung mit Freunden	33.3	38.8	47.7	1.7	7.1	
	Beziehung zu Lehrern	27.0	34.1	47.4	0.7	3.5	
	Schlechte Leistung in der Schule	37.8	45.4	51.3	1.0	3.8	
	Opfer Diebstahl und Raub	22.3	17.6	22.0	0.3	1.8	
	Probleme mit der Polizei	14.1	23.8	39.0	1.6	8.6	
	Einweisung Krankenhaus/Notfallstation	30.2	28.0	30.7	0.4	3.3	
	Sex bereit am nächsten Tag	6.7	7.5	20.9	3.0	9.1	
	Sex ohne Kondom	5.4	6.4	16.9	0.7	3.5	
	Mädchen	Zank oder Streit	72.1	85.7	88.3	2.3	11.3
		Balgerei oder Kampf	21.0	31.4	51.0	0.4	4.9
		Unfall oder Verletzung	55.4	60.7	61.5	2.0	13.0
		Verlust von Geld oder Wertgegenständen	34.0	45.6	57.3	2.3	11.7
		Beschädigung des eigenen Eigentums	23.2	34.2	47.6	2.9	12.2
Beziehung mit Eltern		38.6	65.2	79.4	2.0	14.5	
Beziehung mit Freunden		47.6	61.0	70.2	2.3	6.5	
Beziehung zu Lehrern		21.1	36.3	56.3	0.1	2.9	
Schlechte Leistung in der Schule		38.2	53.6	62.3	0.2	2.9	
Opfer Diebstahl und Raub		10.2	13.6	25.1	0.4	2.0	
Probleme mit der Polizei		2.4	8.4	27.9	0.7	5.7	
Einweisung Krankenhaus/Notfallstation		22.8	29.1	28.5	0.3	1.6	
Sex bereit am nächsten Tag		1.2	5.8	25.8	1.4	15.2	
Sex ohne Kondom		1.8	6.2	17.5	0.8	5.3	

Bemerkung: Definition des Binge-Trinkens (episodisch risikoreicher Konsum): Konsum von 5 oder mehr Gläsern in kurzer Zeit mindestens zweimal in den letzten 30 Tagen

Welche Getränke konsumieren Jugendliche in der Schweiz? Tabelle 8 gibt hierzu einen Überblick.

Auf den ersten Blick ist es für ein Wein anbauendes Land wie die Schweiz erstaunlich, dass Jugendliche nur sehr selten Wein trinken. Allerdings zeigen die internationalen Ergebnisse der ESPAD-Studie 1999, dass insbesondere bei Jungen über alle Trinkkulturen Bier und Spirituosen bevorzugt getrunken werden. Bei den Mädchen ist dies zwar weniger eindeutig, dennoch kann man für Europa inzwischen von einer einheitlichen „Jugendtrinkkultur“ sprechen. Diese scheint sich stark am US-amerikanischen Vorbild zu orientieren. Jugendliche verschiedener Nationen unterscheiden sich in ihren Getränkepräferenzen weniger als Erwachsene. So zeigt eine Schweizer Längsschnittstudie (Gmel et al., 1999), dass das Hineinwachsen in die sprachregional unterschiedlichen Trinkkulturen erst im Erwachsenenalter stattfindet.

Bei den Mädchen dominieren klar die Spirituosen, zu denen gemäss der ESPAD-Fragen auch Mixgetränke und Alcopops gehören. Gleiches gilt auch für die unter 15-jährigen Jungen. Bier nimmt bei Jungen erst ab dem 15 Lebensjahr eine wichtigere Position ein als Spirituosen und Mixgetränke.

Tabelle 8: Durchschnittliche Konsumfrequenz von Bier, Wein und Spirituosen (inkl. Mischgetränken) und allen alkoholischen Getränken zusammengenommen in den letzten 30 Tagen, nur Konsumierende

	Alter	Bier	Wein	Spirituosen/ Mixgetränke	Alkoholika gesamt
Jungen	13 Jahre	3.0	1.3	3.7	3.9
	14 Jahre	4.8	1.6	5.8	6.4
	15 Jahre	7.3	2.1	5.6	8.1
	16 Jahre	6.9	1.5	4.9	7.6
Mädchen	13 Jahre	1.5	1.1	3.0	3.2
	14 Jahre	2.1	1.0	4.2	4.3
	15 Jahre	2.5	1.2	4.6	4.8
	16 Jahre	2.3	1.6	5.5	5.9
Gesamt	13 Jahre	2.2	1.2	3.3	3.5
	14 Jahre	3.4	1.3	5.0	5.4
	15 Jahre	4.9	1.7	5.1	6.5
	16 Jahre	4.8	1.6	5.2	6.8

Tabelle 9 zeigt die Abstinenz. Wie zu erwarten, ist die getränkesspezifische Abstinenz in den letzten 30 Tagen für Spirituosen/Mixgetränke am niedrigsten.

Tabelle 9: Getränkesspezifische Abstinenz in den letzten 30 Tagen (in %) nach Alter und Geschlecht

	Alter	Jungen	Mädchen	Gesamt
Bier	13 Jahre	36.24	52.94	44.96
	14 Jahre	29.88	48.89	39.35
	15 Jahre	21.17	50.86	36.09
	16 Jahre	19.67	54.52	36.24
Wein	13 Jahre	56.48	60.92	58.81
	14 Jahre	61.27	64.33	62.79
	15 Jahre	58.73	64.56	61.65
	16 Jahre	57.48	55.93	56.74
Spirituosen/Mixgetränke	13 Jahre	33.33	25.85	29.45
	14 Jahre	20.49	18.28	19.39
	15 Jahre	19.10	12.88	15.98
	16 Jahre	26.70	12.11	19.75

Eine Frage in der ESPAD-Erhebung erlaubt die Trennung zwischen Alcopops und anderen Spirituosen: die Frage nach der konsumierten Menge bei der letzten Konsumgelegenheit (Tabelle 10). Im Jahre 2003 waren Alcopops und Spirituosen bei den Jugendlichen die beliebtesten alkoholischen Getränke. Bei den Mädchen machen Alcopops etwa 50% der gesamten konsumierten Alkoholmenge aus. Jungen konsumieren erst ab einem Alter von 16 Jahren mehr Alkohol in Form von Bier als in Form von Spirituosen/Alcopops. Dies stützt die allgemeine Annahme, dass Alcopops als süsses Getränk, bei dem der typische Alkoholgeschmack nicht dominiert, insbesondere für sehr junge Jugendliche und für Mädchen attraktiv ist. Es wird interessant sein zu erfahren, ob und wie sich die am 1. Februar in Kraft getretene Sondersteuer auf Alcopops auf den Konsum der Jugendlichen auswirkt.

Tabelle 10: Anteil einzelner Getränke am Gesamtkonsum (in Gramm reiner Alkohol) bei der letzten Konsumgelegenheit (in %)

		Bier	Cidre	Alcopops	Wein	Spirituosen
Jungen	13 Jahre	31.8	3.6	31.1	19.4	14.2
	14 Jahre	34.3	3.3	34.3	11.6	16.5
	15 Jahre	40.5	3.3	31.7	9.7	14.8
	16 Jahre	45.0	3.4	23.5	12.5	15.6
Mädchen	13 Jahre	19.4	4.9	45.5	16.3	13.9
	14 Jahre	20.7	2.4	49.7	11.9	15.3
	15 Jahre	21.9	2.1	50.3	10.8	14.9
	16 Jahre	18.1	1.7	48.6	14.7	16.9

Angesichts der Tatsache, dass der Verkauf von Alcopops und Spirituosen an Jugendliche unter 18 Jahren verboten ist, stimmt der hohe Konsumanteil dieser Getränke bei 13- bis 16-Jährigen bedenklich. Die Ergebnisse werfen Fragen nach der Durchsetzung von Verkaufsverboten für alkoholische Getränke auf, speziell für Spirituosen. Hier ist die Diskrepanz zwischen dem Alter der Befragten und den Jugendschutzbestimmungen (kein Verkauf an unter 18-Jährige) ausgeprägter als bei vergorenen Getränken (kein Verkauf an unter 16-Jährige) und somit für Alkoholverkaufende auch ohne Kontrolle der Identität offensichtlicher.

Wie Tabelle 11 belegt, erhalten Jugendliche durchaus Alkohol an Orten, an denen die Abgabe eigentlich verboten ist. Häufiger findet der Konsum allerdings ausserhalb der kontrollierbaren Ausschankstellen statt, z.B. zu Hause, bei Freunden oder auf der Strasse/in Parks. Dass weniger Jugendliche in den letzten 30 Tagen Alkohol gekauft als getrunken haben (siehe oben), deutet darauf hin, dass sich Jugendliche Alkohol auch privat, z.B. im Elternhaus, beschaffen.

Tabelle 11 Ort der letzten Konsumgelegenheit bei 15-Jährigen

Konsumorte	Jungen	Mädchen	Gesamt
Trinke niemals	9.4	9.5	9.4
Zu Hause	20.3	18.3	19.3
Bei jemand anderem zu Hause	19.8	17.0	18.4
Auf der Strasse, Park etc.	19.6	15.1	17.3
In einer Bar oder Beiz	20.1	24.4	22.3
In der Disco	8.7	13.1	11.0
Im Restaurant	6.3	6.9	6.6
Anderer Ort	16.2	14.9	15.5

Bemerkung: Abstinenzanteile sind leicht höher als in Tabelle 3, da einige Jugendliche einen einmaligen Probierkonsum hatten, sich aber selbst noch als abstinent betrachten.

In der motivationalen Theorie des Alkoholkonsums wird angenommen, dass verschiedene Bedürfnisse zum Alkoholkonsum anregen (Cox, & Klinger, 1988). Bis es zu einem bestimmten Trinkverhalten kommt, müssen erst eine Reihe von Bedingungen und Umständen erfüllt sein, beispielsweise Persönlichkeits- und kulturelle Faktoren, eine Gelegenheit und ein Trinkort oder die Verfügbarkeit von Alkohol. Dem Modell zufolge stehen am Ende dieser Kette von distalen und proximalen Faktoren die Trinkmotive als schlussendliche Entscheidung zu trinken oder nicht. Mit anderen Worten repräsentieren Trinkmotive einen subjektiven Entscheidungsrahmen, der auf persönlicher Erfahrung, der jeweiligen Situation und der spezifischen Erwartungen an die Wirkung von Alkohol basiert. Bisher sind in der Schweiz, wie generell in Europa, nur sehr selten die Motive für den Alkoholkonsum bei Jugendlichen untersucht worden. In einer umfassenden Literaturübersicht konnte unter den über 80 identifizierten Studien keine einzige gefunden werden, die Trinkmotive Jugendlicher in

Europa mittels international validierter Erhebungsinstrumente untersucht hätte (Kuntsche et al., forthcoming)). In der ESPAD-Studie wurde erstmals in der Schweiz der überarbeitete Fragebogen zu Trinkmotiven (Drinking Motive Questionnaire Revised, DMQ-R, Cooper, 1994) eingesetzt, der auf Basis der motivationalen Theorie des Alkoholkonsums (Cox, & Klinger, 1988) entwickelt wurde. Darin lassen sich vier unterschiedliche Motivgruppen unterscheiden, wobei alle 5 Items jeder Gruppe auf einer 5-stufigen Skala (nie, selten, manchmal, öfters, meistens, fast immer) erfasst wurden, eingeleitet durch „Wenn du in den letzten 12 Monaten Alkohol getrunken hast, wie oft hast du getrunken“:

- Verstärkung: Alkoholkonsum, um eine bestimmte Stimmungs- oder Gemütslage hervorzurufen oder zu verstärken;
- Soziale Motive: Alkoholkonsum, um gesellig zu sein;
- Konformität: Alkoholkonsum aufgrund von Gruppendruck, sei es, um nicht schlecht vor Freunden auszusehen oder um einer bestimmten Clique anzugehören;
- Bewältigung: Alkoholkonsum, um Probleme zu verdrängen oder Belastungen erträglicher zu machen.

Jugendliche in der Schweiz haben klare, bei Jungen und Mädchen ähnliche Prioritäten, warum sie Alkohol trinken (Tabelle 12). Im Vordergrund stehen soziale Motive bzw. die Verstärkung der Stimmung. Dagegen ist der Alkoholkonsum zur Problembewältigung selten. Noch seltener geben Jugendliche an, dass der Alkoholkonsum ein Mittel ist, sich dazugehörig zu fühlen (Konformität). Jugendliche geben also nur selten an, Alkohol aufgrund von Gruppendruck zu konsumieren. Episodisch risikoreich Trinkende (Binger) unterscheiden sich von Konsumierenden ohne solche Trinkgelegenheiten insbesondere durch ein breiteres Spektrum von Motiven. Sie nennen also mehr Gründe für ihren Konsum. Mit Ausnahme der Konformitätsmotive geben sie die einzelnen Motive auch häufiger als Gründe für ihren Konsum an. Die Häufigkeit der Trinkmotive variiert am stärksten zwischen episodisch risikoreich Konsumierenden und jenen ohne solche Trinkgelegenheiten bei folgenden Motiven: „weil man das Feeling mag“, „um berauscht zu sein“, „weil es Spass macht“, „weil es hilft die Party zu geniessen“ oder „weil es dann lustiger wird“. Es sind also jene „sozialen“ und „verstärkenden“ Motiven, die am ehesten mit Spass und Trunkenheit zusammenhängen.

Tabelle 12: Gründe, warum in den letzten 12 Monaten Alkohol getrunken worden ist; Itemmittelwerte, Itemrangplätze und Rangsummen für Motivdimensionen, nur 15-Jährige

		Alkoholkonsumierende ohne 5+-Gelegenheit				Alkoholkonsumierende mit 5+-Gelegenheit			
		Jungen		Mädchen		Jungen		Mädchen	
		Mittelwert	Rang	Mittelwert	Rang	Mittelwert	Rang	Mittelwert	Rang
Verstärkung (Enhancement)	Weil du das Feeling magst	2.6	5.5	2.4	4.5	4.0	4.5	3.8	3.5
	Weil es aufregend ist	2.4	8.0	2.3	6.5	3.2	9.0	3.1	8.0
	Um berauscht zu sein	2.1	9.0	1.7	13.5	3.5	7.5	3.0	9.0
	Um in angenehme Stimmung zu kommen	2.5	7.0	2.3	6.5	3.5	7.5	3.5	6.0
	Weil es Spass macht	3.2	2.0	3.1	2.0	4.5	2.0	4.4	2.0
	<i>Rangsumme Verstärkung</i>		31.5		33.0		30.5		28.5
"Soziale" Motive	Weil es hilft Party zu geniessen	2.6	5.5	2.2	8.0	3.8	6.0	3.4	7.0
	Um bei anderen besser anzukommen	1.5	15.0	1.5	15.0	1.8	15.0	1.6	15.0
	Weil es dann mit anderen lustiger wird	3.0	3.0	2.5	3.0	4.3	3.0	3.8	3.5
	Weil Partys/Feiern besser werden	2.7	4.0	2.4	4.5	4.0	4.5	3.6	5.0
	Um Ereignis mit Freunden zu Feiern	3.7	1.0	3.7	1.0	4.7	1.0	4.5	1.0
	<i>Rangsumme Soziale Motive</i>		28.5		31.5		29.5		31.5
Konformität	Weil Freunde dazu gedrängt haben	1.4	17.0	1.3	17.5	1.4	19.5	1.2	19.5
	Damit sich andere nicht über Abstinenz lustig machen	1.4	17.0	1.3	17.5	1.4	19.5	1.2	19.5
	Um zur Clique zu gehören	1.3	19.5	1.2	20.0	1.5	17.5	1.4	16.0
	Um von anderen gemocht zu werden	1.3	19.5	1.3	17.5	1.6	16.0	1.3	17.5
	Um sich nicht ausgeschlossen zu fühlen	1.4	17.0	1.3	17.5	1.5	17.5	1.3	17.5
	<i>Rangsumme Konformität</i>		90.0		90.0		90.0		90.0
Bewältigung (Coping)	Um Sorgen zu vergessen	1.6	12.5	1.8	11.0	2.3	11.5	2.7	13.0
	Hilft bei Niedergeschlagenheit/Gereiztheit	1.6	12.5	1.8	11.0	2.3	11.5	2.8	12.0
	Um schlechte Stimmung aufzumuntern	1.8	10.0	1.9	9.0	2.4	10.0	2.9	10.5
	Um selbstsicher zu sein, Selbstvertrauen zu haben	1.6	12.5	1.7	13.5	2.1	14.0	2.2	14.0
	Um Probleme zu vergessen	1.6	12.5	1.8	11.0	2.2	13.0	2.9	10.5
	<i>Rangsumme Bewältigung</i>		60.0		55.5		60.0		60.0
Summe Items mit mindestens "selten"		3.7		3.7		4.6		5.6	

Bemerkungen: Skalen: 1=nie, 2=selten, 3=manchmal, 4=öfters, 5=meistens; 6=fast immer
5+-Gelegenheiten: 2-mal oder häufiger in den letzten 30 Tagen

Vergleiche zu HBSC und SMASH und Trends in der Schweiz

Die Ergebnisse der ESPAD-Studie zum Alkoholkonsum lassen sich nur schwer mit denjenigen der SMASH- und HBSC-Studie vergleichen. Dies hat verschiedene Gründe. Zum einen untersuchen die beiden letztgenannten Studien ausschliesslich Konsumfrequenzen und geben keine Konsummengen an. Zum anderen werden teilweise unterschiedliche Referenzperioden gewählt (z.B. Wochenprävalenzen in HBSC, SMASH und 30-Tage-Prävalenzen in ESPAD). Auch wird in den Berichten von SMASH und HBSC nur die subjektiv empfundene Trunkenheit angegeben und nicht der intersubjektiv besser vergleichbare Konsum von 5 oder mehr Getränken bei einer Gelegenheit (im Folgenden vereinfachend „objektives“ Mass genannt, obwohl beide Masse keine objektiven Messungen beinhalten, sondern auf selbstberichtetem Verhalten beruhen). Ebenso weist SMASH teilweise Werte nur für die Population der 16- bis 20-Jährigen bzw. für Schüler und Lehrlinge insgesamt aus und ist so

nicht ohne weiteres mit der wesentlich jüngeren reinen Schülerpopulation von ESPAD zu vergleichen.

Dennoch lassen sich Gemeinsamkeiten zwischen den Studien feststellen, vor allem bei einfachen Indikatoren wie Abstinenz. So weist SMASH bei 16- bis 20-Jährigen eine Abstinenzrate von 8.9% für die Mädchen und 6.5% für die Jungen aus. Diese Raten sind vergleichbar mit den Abstinenzanteilen bei den 16-Jährigen in der ESPAD-Studie. Wie die SMASH-Studie ausserdem aufzeigt, verändern sich die Anteile an Abstinenten ab einem Alter von 16 Jahren in der Schweiz kaum noch.

In der Schülerpopulation der SMASH-Studie (ohne Berücksichtigung von Lehrlingen) trinken 33% der 16-Jährigen Mädchen und 57% der Jungen zumindest einmal wöchentlich. In der HBSC-Studie liegen diese Zahlen etwas niedriger (M: 25%; J: 41%). ESPAD erhebt nicht die Wochenprävalenz. Jedoch liegen die SMASH- und HBSC-Ergebnisse zum Konsum mindestens einmal pro Woche zwischen jenen des Konsums einmal pro Monat und des Konsums 10-mal oder häufiger im letzten Monat der ESPAD-Studie. Bezüglich der Getränkepräferenz resümiert der SMASH-Bericht, dass Alcopops und Cocktails bei den Mädchen die beliebtesten Getränke sind, die Jungen dagegen Bier favorisieren. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt HBSC für 15- bis 16-Jährige. ESPAD bestätigt diese Ergebnisse für die Mädchen allgemein und für die Jungen ab 15 Jahren – und liefert zusätzlich Angaben über die Getränkepräferenz bei Jungen unter 15 Jahren. In dieser Gruppe sind nicht Bier, sondern Alcopops bzw. Spirituosen und Mixgetränke die beliebtesten alkoholischen Getränke. SMASH zeigt auf, dass 58% der Schüler und 48% der Schülerinnen bereits einmal betrunken waren. In der HBSC-Studie liegt die Lebenszeitprävalenz der zweimaligen Trunkenheit bei 42% der 15- bis 16-jährigen Jungen und 26% der gleichaltrigen Mädchen. Diese Zahlen sind in etwa vereinbar mit den ESPAD-Daten zu 5 und mehr Gläsern bei einer Gelegenheit in den letzten 30 Tagen. Hier wurden Prävalenzen von 52% für die 16-jährigen Jungen und 35% für die gleichaltrigen Mädchen ermittelt. Da die ESPAD-Daten auf einer kürzeren Referenzzeit basieren, deuten die Ergebnisse zu 5 und mehr Gläsern darauf hin, dass Trunkenheitsepisoden häufiger stattfinden als dies bei HBSC und SMASH mit der „subjektiven“ Einschätzung von Trunkenheit ermittelt wird. Es stellt sich die Frage nach den Beziehungen zwischen beiden Massen. Zum Beispiel könnten sich Jungen und Mädchen nach 5 oder mehr Getränken noch nicht betrunken fühlen. Darauf weisen verschiedene Studien (z.B. Mäkelä et al., 2001; Hibell et al., 2000) insbesondere in Ländern hin, in denen häufig getrunken wird. Subjektive empfundene Trunkenheit dagegen führt dann zu stärkeren Prävalenzen als „objektive“ Masse (z.B. 5+), wenn die durchschnittliche Alkoholkonsumhäufigkeit gering ist. Die Gewöhnung an den regelmässigeren Alkoholkonsum und das sich seltener einstellende Gefühl der Trunkenheit bei gleicher Konsummenge dürfte eine Erklärung für die Unterschiede zwischen „subjektiv empfundenem“ und „objektiv definiertem“ Rauschtrinken sein. Schweizer Jugendliche konsumieren im internationalen Vergleich relativ häufig Alkohol. Die ESPAD-Studie erlaubt, das „objektive“ Mass (5+ Gläser) mit einer subjektiven Einschätzung der Häufigkeit des Betrunkenseins zu vergleichen. Die Ergebnisse zeigen, dass subjektive Betrunkenheit in der Schweiz deutlich seltener berichtet wird als der Konsum von 5 oder mehr alkoholischen Getränken (Ergebnisse nicht tabelliert).

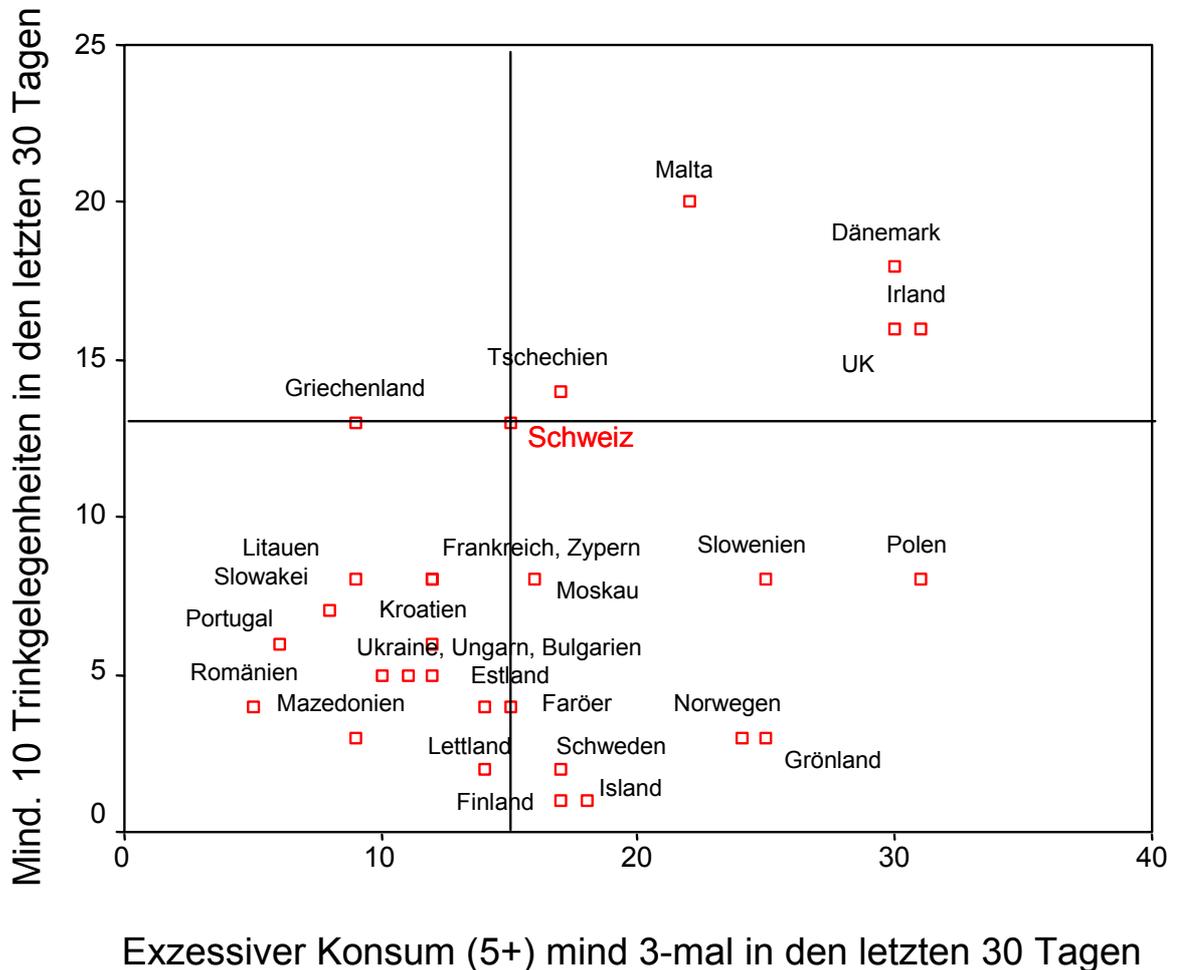
Trendvergleiche lassen sich sowohl für die HBSC-Studie als auch für SMASH vornehmen. HBSC zeigt, dass die Häufigkeit des Alkoholkonsums in den letzten 10 Jahren bei 13- bis 16-Jährigen zugenommen hat, besonders bei Bier-, Spirituosen- und Alcopopskonsum. Dagegen lässt sich bei der SMASH-Studie kein klarer Trend feststellen. Für die Häufigkeit des Bier-, Wein- und Spirituosenkonsums sind kaum Unterschiede in der Zeit festzustellen. Vergleiche der Gesamtkonsumfrequenz sind bei SMASH nicht möglich, da es keine entsprechende Frage

gibt, sondern nur einen Indikator, der aus der Konsumhäufigkeit bei den einzelnen alkoholischen Getränken gebildet worden ist. Dies ist aber wegen Trinkgelegenheiten mit Konsum von verschiedenen alkoholischen Getränken wenig sinnvoll. Zudem hat die Fragestellung zwischen den SMASH-Befragungen 1993 und 2002 gewechselt. Beide Studien, HBSC und SMASH, können aufgrund fehlender Indikatoren keine Auskunft darüber geben, ob und wie sich die Konsummenge in den letzten Jahren geändert hat. Es wäre beispielsweise denkbar, dass Jugendliche zwar häufiger trinken, jedoch weniger bei jeder Gelegenheit. Ein solcher Konsumstil wäre im Vergleich zu seltenem Konsum mit starken Trinkmengen durchaus als positive Veränderung anzusehen. Gegen eine solche Annahmen spricht jedoch die in beiden Studien vorgefundene Zunahme der Trunkenheitsepisoden. Insgesamt liegt der Schluss nahe, dass nicht nur die Konsumhäufigkeit bei Jugendlichen zugenommen hat, sondern auch die Häufigkeit des Rauschtrinkens und die gesamte konsumierte Menge. Dies scheint vorwiegend auf den Alcopops- und Cocktailkonsum zurückzuführen sein. Allerdings ist der bei HBSC und SMASH verwendete Indikator von zumindest einmaligem Konsum in der Woche zu aussageschwach, um ein endgültiges Urteil zu erlauben. Die Zahlen der SGB 2002 für 15- bis 24-jährige Jugendliche zeigen im Vergleich zur Befragung 1992 z.B. eine Verschiebung von mehrmals wöchentlichem und täglichem Konsum hin zu 1- bis 2-maligem Konsum pro Woche. Dies könnte beispielsweise eine Verschiebung von regelmässigem Konsum hin zu Wochenendkonsum bedeuten, der häufig mit episodischem Risikokonsum verbunden ist. Gleichbleibende oder sogar steigende Wochenprävalenzen und Anstiege im Rauschtrinken sind also nicht in jedem Fall gleichbedeutend mit einer Zunahme des Durchschnittskonsums.

Internationaler Vergleich

Abbildung 3 vergleicht die Situation in der Schweiz im Jahre 2003 mit derjenigen in den anderen ESPAD-Länder 1999 hinsichtlich der zwei Dimensionen des Alkoholkonsums: Konsumhäufigkeit und Häufigkeit des episodischen Risikokonsums (Binge-Trinken). Die internationalen Daten für 2003 liegen zur Zeit nicht vor.

Abbildung 3: *Ländervergleich der Monatsprävalenz des 10- oder mehrmaligen Alkoholkonsums und des 3- oder mehrmaligen Alkoholkonsums von 5 oder mehr Gläsern in den letzten 30 Tagen bei 15-Jährigen (in %); 1999 für ESPAD-Länder, 2003 für die Schweiz*



Es wird deutlich, dass es nur wenige Länder in Europa und – da Europa der Kontinent mit dem höchsten Konsum unter Jugendlichen ist (Rehm et al., in press) – weltweit gibt, in denen mehr Jugendliche gleichzeitig eine hohe Konsumfrequenz und eine hohe Prävalenz des episodischen Risikokonsums aufweisen. Nur in Tschechien, Malta, Dänemark, Irland und Grossbritannien trinken mehr Jugendliche zumindest 10-mal pro Monat. Das alte Bild (Room, & Mäkelä, 2000), dass in „nassen“ Ländern zwar häufiger, aber dafür seltener episodisch risikoreich getrunken wird als in „trockenen“, trifft offensichtlich auf Jugendliche in der Schweiz nicht zu. Die Schweizer Jugendlichen trinken etwa so häufig exzessiv wie die dafür berüchtigten Finnen, Isländer und Schweden. Sie trinken darüber hinaus jedoch im Durchschnitt noch wesentlich öfter. Dass es Länder gibt, in denen der episodische Risikokonsum noch häufiger auftritt, sollte nicht davon ablenken, dass der Alkoholkonsum von Schweizer Jugendlichen dringend nach präventiven Massnahmen verlangt.

Schlussfolgerung und Empfehlungen

Der episodische Risikokonsum Jugendlicher in der Schweiz ist im europäischen Vergleich relativ hoch. Er stellt das wichtigste Public-Health-Problem Jugendlicher dar. Andere Schweizer Studien zu diesem Thema wie HBSC oder SMASH weisen darauf hin, dass diese

Art des Konsums in den letzten Jahren häufiger geworden ist. Auffällig ist, dass bereits 20% der 13-Jährigen in der Schweiz zumindest einmal im Monat 5 und mehr Drinks bei einer Gelegenheit zu sich nehmen. Präventive Massnahmen sollten insbesondere auf die Reduktion solcher Trinkgelegenheiten mit Rauschtrinken hinwirken. Diese präventiven Massnahmen müssen bereits im frühen Jugendalter getroffen werden, damit sie primär präventiv wirksam sind. Die hohen Anteile an jungen Rauschtrinkern lassen sich nicht nur durch genetische und soziale Vulnerabilität bestimmter Jugendlicher erklären, die in problematischen sozialen Kontexten aufwachsen, sondern haben vermutlich ihren Ursprung auch in der hohen generellen Akzeptanz jugendlichen Alkoholkonsums in der Schweiz.

Spirituosen und Mixgetränke mit Spirituosen sind zum bevorzugten Getränk bei Jugendlichen insgesamt, insbesondere bei Mädchen und bei Jungen unter 15 Jahren geworden. Ein möglicher Grund dafür ist der Preisrückgang bei ausländischen Spirituosen durch die Steuer-senkung im Juli 1999. Ob diesem Effekt durch die Zusatzsteuer auf Alcopops zum 1. Februar 2004 entgegengewirkt werden kann, bleibt abzuwarten. Ein Umstieg von Premix-Getränken auf selbstgemischte Getränke ist nicht auszuschliessen.

Alkohol ist eindeutig der wichtigste Risikofaktor für Gesundheit und soziale Folgen im Jugendlichen- und jungen Erwachsenenalter. Wie können die Auswirkungen problematischen Konsums für die Schweiz reduziert werden? Erstaunlich ist in diesem Zusammenhang, wie leicht Alkohol bis hin zu Spirituosen trotz Verkaufsverbot für Jugendliche erhältlich ist (Gisin, 2002; Vaucher et al., 1995).

An diesem Punkt sollte vermehrt angesetzt werden. Die Abgabe von Alkohol an Jugendliche sollte also strenger kontrolliert werden als bisher. Dazu gehört nicht nur der Ladenverkauf, sondern auch der Ausschank von Alkoholika in Gaststätten, in Vereinen oder bei gelegentlichen Festveranstaltungen etc. Die Einhaltung der Jugendschutzgesetze ist primär eine staatliche Aufgabe und sollte als solche wahrgenommen und durchgesetzt werden.

Aber auch andere Instanzen tragen hier Verantwortung. Jugendliche konsumieren häufig an nicht staatlich kontrollierbaren Orten, beispielsweise im Elternhaus oder privat bei Freunden. Hier sind Lehrer, Eltern, Verwandte und Bekannte gefordert. Sie sollten deshalb umfassend über die negativen Konsequenzen des Rauschtrinkens informiert werden, damit dieses nicht weiterhin als eine Art „Jugendkultur“ verharmlost wird. Dass Eltern einen Einfluss auf den Konsum der Jugendlichen haben, zeigen die folgenden Zahlen: Nur 9.6% der 15-jährigen Jugendlichen haben in den letzten 30 Tagen vor der Befragung 3-mal oder häufiger 5 oder mehr Gläser Alkohol getrunken, wenn die Eltern jeweils wussten, wo sich die Jugendlichen am Samstag Abend aufhielten. Unter den Jugendlichen, für die keine solche Erziehungsregel etabliert worden war, tranken im gleichen Zeitraum 40.0% in solch riskanten Häufungen.

Staatliche Massnahmen und elterliche Kontrollen hängen eng zusammen. Wie verschiedene Studien auch ausserhalb des Alkoholbereiches zeigen, lassen sich Eltern in ihren Erziehungsgrundsätzen bezüglich Substanzkonsum und Regelverletzungen durch staatliche Regelungen beeinflussen. Mit anderen Worten: Eine strikte und wohl begründete Durchsetzung des Jugendschutzgesetzes wird auch die Akzeptanz des jugendlichen Rauschtrinkens im privaten Umfeld vermindern.

Natürlich müssen auch die Konsumierenden selber umfassend über die potenziellen Folgen ihrer Handlungen informiert werden. Leider haben sich aber schulische Erziehungs- und Aufklärungsprogramme in der Vergangenheit als nicht sehr effizient erwiesen (Edwards et al., 1994; Babor et al., 2003). Gleiches gilt für Programme zur Entwicklung des Selbstwert-

gefühls oder zur Förderung alternativer Aktivitäten wie Sport. Solche Programme sind in der Regel bestenfalls geeignet, Wissen über und Einstellungen gegenüber Alkohol zu verändern, haben aber kaum einen Einfluss auf das Verhalten (Babor et al., 2003; Foxcroft et al., 1997). Angesichts von Trinkmotiven wie Berausung und Spass ist anderes auch nicht zu erwarten. Nur wenn Erziehungs- und Aufklärungsprogramme in umfassende alkoholpolitische Massnahmenpakete auf staatlicher, kommunaler oder sogar städtischer Ebene eingebettet sind und zusätzlich Interventionen auf familiärer Ebene einschliessen, können sie wirksam sein (Foxcroft et al., 2003). Erfolg versprechend sind solche Programme allerdings nur, wenn sie in einer „ausreichenden Dosierung“ (d.h. mit grossem Aufwand) und über einen längeren Zeitraum hinweg systematisch durchgeführt werden (McBride et al., 2004). Punktuelle, unkoordinierte, monothematische, kurzfristige oder nur auf bestimmte Lebensbereiche zielende Anstrengungen bleiben ohne Wirkung.

Zumindest im Erwachsenenbereich haben sich zusätzlich so genannte Kurzinterventionen als sekundärpräventiv wirksam erwiesen. Diese Präventionsstrategie bedarf jedoch im Vorfeld einer genauen Identifikation der Zielgruppe. Für den Problembereich riskant Substanzen konsumierender Jugendlicher existieren brauchbare Indikatoren wie Auffälligkeiten im familiären Umfeld, Schule schwänzen und häufige Krankheiten, Unfälle oder Verwicklung in Gewaltakte (siehe weiter unten). Es gilt, diese Zeichen zu erkennen und geeignete Interventionen einzuleiten. Erste Ansätze für eine solche Sekundärprävention existieren in der Schweiz in BAG-Programmen wie z.B. „supra-F“. Allerdings entbehren sie gegenwärtig noch einer breiten wissenschaftlichen Evaluation, so dass sie (noch) nicht ohne Vorbehalt zum Einsatz empfohlen werden können (Kollektive Expertise zur Sekundärprävention im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit: pers. Mitteilung von A. Uchtenhagen).

Neben der Hochrisikogruppenintervention ist aber auch das allgemein permissive Konsumumfeld in der Schweiz zu ändern. Erfolgversprechender als Medienkampagnen sind dabei direkte staatliche Lenkungsmaßnahmen, wie Steuererhöhungen, Einhaltung von Verkaufsverboten und Einschränkung des Zugangs zu Konsumorten oder zeitliche Reglementierungen dieser Orte für Minderjährige. Aber auch sekundärpräventive Massnahmen, eingebettet in eine kohärente Politik auf staatlicher, regionaler, kommunaler oder städtischer Ebene haben sich bewährt. Dazu gehören altersspezifisch angepasste Programme, die Entwicklungsaufgaben von Kindern und Jugendlicher berücksichtigen, Lehrer und Eltern aktiv miteinbeziehen und sich interaktiv an die Zielgruppe wenden (US Department of Health and Human Services, 2003; World Health Organization (WHO), 2002). Solche Programme gibt es bruchstückhaft auch in der Schweiz (z.B. Triple P, 2004) und es werden Anstrengungen unternommen, evidenzbasierte Programme weiter zu verstärken (siehe den Auftrag des BAGs zur „Kollektive Expertise“; pers. Mitteilung A. Uchtenhagen). Entscheidend für die Effizienz dieser Programme ist eine wissenschaftliche Evaluation und regelmässige Supervision (US Department of Health and Human Services, 2003; World Health Organization (WHO), 2002).

Jenseits einer Fokussierung präventiver Bemühungen auf sogenannte Hochrisikogruppeninterventionen sollte aber auch das permissive Umfeld des Alkoholkonsums in der Schweiz in primärpräventiven Anstrengungen zu verändern gesucht werden. Dass primär- und sekundärpräventive Massnahmen nicht isoliert geplant und durchgeführt werden sollten, betonen auch die jüngsten Empfehlungen der Bundesdeutschen Drogenkommission (Die Drogen- und Suchtkommission (beim Bundesamt für Gesundheit), 2002, S.38).

Zusammenfassend sind direkte staatliche Lenkungsmaßnahmen wie z.B. Steuererhöhungen, die Überwachung der Einhaltung von Verkaufsverboten, die Einschränkung des Zugangs zu Konsumorten oder zeitliche Reglementierungen des Aufenthalts an solchen Orten speziell für

Minderjährige primärpräventiv Erfolg versprechender als Medienkampagnen oder edukativ ausgerichteter Programme.

Cannabis

Ergebnisse aus ESPAD 2003

Der Cannabisgebrauch gehört heute sicherlich zur Schweizer (Jugend-)Kultur. Im letzten Monat vor der Befragung gebrauchten zwischen 10% (13-Jährige) und 25% (16-Jährige) der Jugendlichen zumindest einmal Cannabis. Diese Prävalenzraten sind deutlich höher als die Raten vor zehn Jahren, was sich auch in den Ergebnissen der Schweizer Gesundheitsbefragungen zur Lebenszeitprävalenz und aktuellen Prävalenz bei 15- bis 24-Jährigen deutlich niederschlägt.

Im Jahr 2003 haben etwa 20% der 13-Jährigen zumindest einmaligen Kontakt mit Cannabis gehabt. Bis zum Alter von 16 Jahren ist es fast die Hälfte aller Jugendlichen (Tabelle 13). In allen Altersgruppen kiffen mehr Jungen als Mädchen. Nur wenig niedriger als die Lebenszeitprävalenz liegt die 12-Monatsprävalenz, was auch damit zu tun haben dürfte, dass etwa in diesem Altersbereich zwischen 13 und 16 Jahren der Cannabisgebrauch bei Jugendlichen anfängt. Ein weiterer Sprung in der Lebenszeitprävalenz ist in der Schweiz in der Regel erst wieder bei 19 bis 20 Jahren festzustellen, was mit dem Eintritt in die Armee oder dem Beginn des Studium zusammenhängen dürfte (Müller, & Gmel, 2002; Narring et al., 2003).

Tabelle 13: Lebenszeit-, Jahres- und Monatsprävalenz des Cannabisgebrauchs in ESPAD 2003, nach Alter und Geschlecht

		13 Jahre	14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre
Lebenszeitprävalenz	Jungen	22.4	31.6	44.2	53.6
	Mädchen	18.5	26.2	35.8	43.2
	Gesamt	20.4	28.9	39.9	48.4
12-Monatsprävalenz	Jungen	18.2	24.7	35.0	41.6
	Mädchen	14.4	21.3	28.0	36.3
	Gesamt	16.2	23.0	31.4	39.0
30-Tageprävalenz	Jungen	12.1	15.8	23.0	31.8
	Mädchen	8.4	13.4	16.6	18.4
	Gesamt	10.2	14.6	19.7	25.1

Es wird häufig berichtet, dass die meisten Jugendlichen, eventuell auch aufgrund des Gruppendrucks in ihrem Umfeld, Cannabis nur probieren und den Gebrauch dann einstellen, dass also nur wenige zu regelmässigem Gebrauch übergehen. Wie Tabelle 14 belegt, hängt der Wahrheitsgehalt solcher Aussagen davon ab, was unter „wenige“ verstanden wird. Nur eine Minderheit der Konsumierenden belässt es beim 1- bis 2-maligen Probierkonsum, und dieser Anteil ist proportional am grössten bei den Jüngeren, bei denen häufig noch nicht unterschieden werden kann, ob der 1- bis 2-malige Konsum lediglich die ersten beiden Male einer „Konsumkarriere“ darstellt oder wirklich nur Probierkonsum bedeutet.

Etwa ein Viertel bis ein Fünftel aller 15- bis 16-Jährigen, die im Vormonat Cannabis gebraucht haben (etwa 5% aller Jugendlichen), geben mindestens 20 Gelegenheiten an. Die hohe Anzahl jener, die relativ häufig im Monat Cannabis gebrauchten, lässt darauf schliessen, dass es in der Schweiz einen beträchtlichen Anteil an Problemgebrauchenden gibt (Tabelle 14).

Tabelle 14: Häufigkeit des Lebenszeit-, Jahres- und Monatsgebrauches von Cannabis nach Alter und Geschlecht, nur Gebrauchende

		13 Jahre	14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre
Lebenszeitprävalenz	1- bis 2-mal	38.7	31.6	25.9	24.6
	3- bis 19-mal	38.2	35.4	34.9	32.0
	20-mal oder häufiger	23.0	33.0	39.2	43.4
12-Monatsprävalenz	1- bis 2-mal	41.1	33.9	29.3	26.4
	3- bis 19-mal	43.6	40.0	40.1	40.3
	20-mal oder häufiger	15.3	26.1	30.6	33.3
30-Tagesprävalenz	1- bis 2-mal	47.5	37.9	34.5	33.9
	3- bis 19-mal	45.5	42.1	42.1	43.0
	20-mal oder häufiger	6.9	20.0	23.4	23.1

Angesichts der hohen Gebrauchsprävalenzraten ist es nicht verwunderlich, dass Jugendliche es nicht als allzu schwierig ansehen, sich Cannabis zu besorgen. 51% der 15-Jährigen (J: 55%; M: 47%) finden es „sehr einfach“ oder „ziemlich einfach“, sich bei Bedarf Cannabis zu besorgen. Die Bezugsquellen sind in der Regel Freunde (Tabelle 15). Zumindest „beim ersten Mal“ verlassen sich Jugendliche dabei nicht auf Fremde oder Bekannte vom Hörensagen.

Tabelle 15: Wie wurde Cannabis beim ersten Mal erhalten? 15-jährige Gebrauchende

	Jungen	Mädchen	Gesamt
Von älteren Geschwistern	4.7	6.3	5.5
Von älterem Freund	16.4	17.8	17.1
Von gleichaltrigem Freund	27.2	22.8	25.1
Von Jemandem bekannt vom Hörensagen	0.2	1.3	0.7
Von Fremden	1.0	0.4	0.7
Geteilt in der Gruppe	32.3	36.7	34.4
Vom Freund gekauft	3.7	0.7	2.2
Von Jemandem bekannt vom Hörensagen gekauft	0.6	0.0	0.3
Von Fremden gekauft	1.6	0.7	1.2
Von den Eltern	1.6	3.9	2.7
Zu Hause mit Einverständnis der Eltern	1.6	2.6	2.1
Keines von diesen	9.0	6.7	7.9

Der breite Markt für Cannabis scheint den Jugendlichen recht gut bekannt zu sein. Ausser im Strassenverkauf könnten sich die Befragten nach eigenen Angaben Cannabis ebenso gut in der Schule, bei einem Dealer oder in der Disco besorgen (Tabelle 16).

Tabelle 16: Orte, an denen Cannabis bei Bedarf gekauft werden könnte; 15-Jährige

	Jungen	Mädchen	Gesamt
Kenne keinen solchen Ort	37.8	36.7	37.3
Strasse, Park etc.	34.4	35.7	35.1
Schule	23.9	18.5	21.1
Disco, Bar etc.	23.9	29.4	26.7
Haus des Dealers	23.8	20.6	22.2
Andere Orte	17.3	15.8	16.6

Bemerkung: Mehrfachantworten möglich, Prozente summieren sich nicht zu 100%

Cannabis ist bekanntermassen bei den meisten Schülern die als erste gebrauchte illegale Droge. 91% der 15-jährigen Jungen und 85% der gleichaltrigen Mädchen mit einem zumindest einmaligen Gebrauch illegaler Drogen nennen Cannabis als Erstdroge. In der Regel bleibt es auch die einzige. Nennenswerte Anteile an zuerst gebrauchten illegalen Drogen

erreichen daneben noch Schlaf- und Beruhigungsmittel, die ohne ärztliche Anordnung eingenommen worden sind (und deshalb gemäss ESPAD-Terminologie zu den illegalen Drogen gezählt werden). Bei den Mädchen machen diese fast 10% aller zuerst genommen illegalen Drogen aus (3% bei den Jungen). Danach folgen Amphetamine.

Fragt man Jugendliche nach den Gründen für den ersten Drogengebrauch, so beziehen sich die Antworten in aller Regel auf den Cannabisgebrauch, da in diesem Alter meist nur Cannabis als illegale Droge gebraucht wird. Die Neugier auf die Wirkung ist der herausragende Grund, warum Jugendliche eine Droge das erste Mal versuchen. An zweiter Stelle folgt der Wunsch, sich zu berauschen. Andere Gründe, wie die Bewältigung (Coping) von Problemen oder der Gruppendruck spielen in der Selbstwahrnehmung der Jugendlichen nur eine untergeordnete Rolle (Tabelle 17).

Tabelle 17: Gründe für den ersten Drogengebrauch, 15-jährige Gebrauchende

	Jungen	Mädchen	Gesamt
Wollte mich high fühlen	29.0	20.0	24.8
Wollte nicht ausserhalb der Gruppe stehen	4.3	2.4	3.4
Hatte nichts zu tun	5.5	3.0	4.3
War neugierig	78.9	77.5	78.3
Wollte Probleme vergessen	4.8	13.1	8.8
Anderes	6.6	11.3	8.8
Weiss nicht	4.1	4.6	4.3

Bemerkung: Mehrfachnennungen möglich

Die Tabellen 18 und 19 verdeutlichen den Zusammenhang zwischen Problemen und dem Cannabisgebrauch. Wie schon beim Alkohol wurde unterschieden, ob die Schüler ein Problem grundsätzlich als das ihre identifizieren (Tabelle 18) und ob sie explizit den Drogengebrauch als Ursache für das jeweilige Problem nennen (Tabelle 19). Folgende Kategorien von Cannabisgebrauchsmustern sind dabei unterschieden worden:

- Kein Cannabisgebrauch im Leben
- 1-bis 2-maliger Cannabisgebrauch im Leben
- mindestens 3-maliger Gebrauch im Leben aber kein Gebrauch in den letzten 30 Tagen
- mindestens 3-maliger Gebrauch im Leben und Gebrauch in den letzten 30 Tagen, aber seltener als 20-mal in den letzten 30 Tagen
- mindestens 20-maliger Gebrauch in den letzten 30 Tagen

Betrachtet man zunächst die reine Problemidentifikation (Tabelle 18), so fallen zwei Aspekte auf: Erstens geben Cannabisgebrauchende mehr Probleme an als Nicht-Gebrauchende. Zweitens gibt es keinen klaren und konsistenten Anstieg der Probleme bei steigender Frequenz des Cannabisgebrauchs. Fragt man die 15-Jährigen indes direkt nach Problemen aufgrund des Drogengebrauchs (Tabelle 19), so steigen bis auf wenige Ausnahmen die Problemwerte parallel zur Häufigkeit des Gebrauchs an.

Tabelle 18: Ja-Antworten auf die Frage "Hattest Du jemals eines der folgenden Probleme?" (in %), nach Cannabisgebrauchsmustern und Geschlecht bei 15-Jährigen

		Jemals im Leben				
		Nie Cannabis	1-2 mal im Leben	3+-mal im Leben aber kein Gebrauch letzte 30 Tage	3+-mal im Leben und Gebrauch letzte 30 Tage	20-mal in letzten 30 Tagen
Jungen	Zank oder Streit	77.0	84.2	83.9	79.7	87.0
	Balgerei oder Kampf	53.9	66.7	73.2	62.3	71.4
	Unfall oder Verletzung	62.0	66.9	67.1	62.1	77.3
	Verlust von Geld oder Wertgegenständen	40.7	56.7	42.9	54.4	59.2
	Beschädigung eigenen Eigentums	41.3	45.0	47.7	53.4	57.3
	Beziehung mit Eltern	32.4	46.3	51.7	57.1	73.3
	Beziehung mit Freunden	34.9	53.8	47.3	45.1	50.7
	Beziehung zu Lehrern	27.8	47.1	43.9	49.0	65.8
	Schlechte Leistung in der Schule	39.5	52.1	50.7	57.3	58.7
	Opfer Diebstahl und Raub	15.2	22.3	27.7	23.4	27.6
	Probleme mit der Polizei	17.6	19.0	39.9	43.0	68.0
	Einweisung Krankenhaus/Notfallstation	27.7	34.5	31.1	27.7	30.6
	Sex bereit am nächsten Tag	8.1	11.7	16.2	15.5	25.0
	Sex ohne Kondom	6.2	6.6	14.9	14.6	23.0
	Mädchen	Zank oder Streit	82.9	85.6	83.2	90.7
Balgerei oder Kampf		29.5	45.2	35.2	41.8	50.0
Unfall oder Verletzung		59.5	66.7	58.5	61.5	52.5
Verlust von Geld oder Wertgegenständen		43.1	45.1	50.4	57.8	60.0
Beschädigung eigenen Eigentums		31.9	36.6	39.2	46.9	42.5
Beziehung mit Eltern		57.3	75.3	79.2	80.9	65.0
Beziehung mit Freunden		58.9	65.3	64.8	67.9	50.0
Beziehung zu Lehrern		32.1	40.0	50.4	56.9	47.5
Schlechte Leistung in der Schule		47.8	60.1	62.4	68.6	57.9
Opfer Diebstahl und Raub		13.8	13.0	23.2	18.8	15.0
Probleme mit der Polizei		5.8	11.7	19.2	26.4	40.0
Einweisung Krankenhaus/Notfallstation		28.5	33.1	25.2	24.7	25.6
Sex bereit am nächsten Tag		4.5	9.0	16.9	22.4	25.0
Sex ohne Kondom		4.1	7.6	14.5	17.9	22.5

Tabelle 19: Ja-Antworten auf die Frage "Hattest Du jemals eines der folgenden Probleme wegen Deines Drogengebrauchs?" (in %), nach Cannabisgebrauchsmustern und Geschlecht bei 15-Jährigen

		Ja, wegen Drogengebrauch			
		1-2 mal im Leben	3+-mal im Leben aber kein Gebrauch letzte 30 Tage	3+-mal im Leben und Gebrauch letzte 30 Tage	20-mal in letzten 30 Tagen
Jungen	Zank oder Streit	0.8	4.0	6.8	23.4
	Balgerei oder Kampf	0.0	2.0	2.4	9.1
	Unfall oder Verletzung	0.0	0.7	3.4	10.7
	Verlust von Geld oder Wertgegenständen	0.8	1.4	6.3	23.7
	Beschädigung eigenen Eigentums	0.0	0.7	6.3	22.7
	Beziehung mit Eltern	0.8	8.1	10.7	36.0
	Beziehung mit Freunden	0.0	4.7	6.3	17.3
	Beziehung zu Lehrern	1.7	5.4	6.8	30.3
	Schlechte Leistung in der Schule	0.8	6.1	12.1	25.3
	Opfer Diebstahl und Raub	0.0	0.0	1.5	7.9
	Probleme mit der Polizei	0.8	4.7	8.2	29.3
	Einweisung Krankenhaus/Notfallstation	0.0	1.4	0.5	2.8
	Sex bereit am nächsten Tag	0.0	2.7	3.4	11.8
	Sex ohne Kondom				5.4
Mädchen	Zank oder Streit	1.4	4.8	11.2	23.1
	Balgerei oder Kampf	0.0	0.0	0.6	2.5
	Unfall oder Verletzung	0.0	0.0	5.6	5.0
	Verlust von Geld oder Wertgegenständen	0.0	2.4	9.3	17.5
	Beschädigung eigenen Eigentums	0.0	0.0	4.3	10.0
	Beziehung mit Eltern	2.7	6.4	16.7	22.5
	Beziehung mit Freunden	2.8	1.6	10.5	10.0
	Beziehung zu Lehrern	0.0	3.3	6.9	17.5
	Schlechte Leistung in der Schule	0.0	4.8	14.5	23.7
	Opfer Diebstahl und Raub	0.0	0.8	0.6	0.0
	Probleme mit der Polizei	0.0	3.2	6.1	15.0
	Einweisung Krankenhaus/Notfallstation	0.0	1.6	0.6	0.0
	Sex bereit am nächsten Tag	0.0	0.8	3.7	17.5
	Sex ohne Kondom	0.0	0.0	2.5	5.0

Vor der Interpretation dieser Ergebnisse ist zu betonen, dass Querschnittsdaten keine Kausalitätsschlüsse zulassen. Die folgenden Interpretationen dienen nur als Diskussionsgrundlage. Zum Teil können die Unterschiede zwischen attribuierten und nicht-attribuierten Problemprävalenzen darin zu sehen sein, dass hier nur Nennungen ausgezählt werden und nicht die Häufigkeit des Auftretens von Problemen. Dies allein erklärt jedoch nicht, warum Cannabisgebrauchende unabhängig von der Frage nach Ursachen häufiger angeben, ein Problem gehabt zu haben. Ein Grund dafür mag sein, dass Cannabisgebrauchende häufiger auch andere risikoreiche Verhaltensweisen zeigen als Personen, die nie Cannabis gebraucht haben. Ein Faktor könnte dabei der risikoreiche Alkoholkonsum (hier definiert über Rauschtrinken) darstellen. Allerdings zeigen Detailergebnisse, dass selbst die Probierkonsumierenden von Cannabis (1- bis 2-mal im Leben) ohne risikoreichen Alkoholkonsum höhere Problemprävalenzen aufweisen (nicht tabelliert) als Jugendliche ohne Cannabisgebrauch. Aus epidemiologischer Sicht ist es unwahrscheinlich, dass bereits 1- bis 2-maliger Cannabiskonsum zu mehr Problemen führt. Eine andere Erklärung bietet sich also an: Schüler mit Problemen tendieren eher dazu, Cannabis zu nehmen, auch wenn sie diesen Gebrauch wieder einstellen oder er nur selten vorkommt. Sporadischer Cannabiskonsum wäre demnach nicht die Ursache für erhöhte Problemraten, sondern ein Indikator für ein allgemeines Problemverhalten.

Daraus den Schluss zu ziehen, dass der Cannabisgebrauch nicht zu Problemen führen kann, wäre allerdings falsch. Die selbstberichteten Probleme mit Nennung des Drogengebrauchs als potenziellem Grund nehmen mit der Häufigkeit des Gebrauchs zu (Tabelle 19). Sie sind

jedoch verschwindend gering für augenblicklich nicht mehr Cannabisgebrauchende, was bei Problemnennungen für die Lebenszeit sich kaum mit dem Argument vereinbaren lässt, dass sie den Gebrauch aufgrund von Problemen eingestellt hätten; die Problemraten müssten dann immer noch vergleichsweise hoch sein auch bei aktuell nicht mehr Gebrauchenden. Die Ergebnisse zeigen vielmehr die Wichtigkeit, Gebrauchsmuster bei Cannabisgebrauchenden getrennt zu untersuchen. Häufig berichtete höhere Problemraten bei jemals Gebrauchenden - darauf weisen die hier vorgestellten Ergebnisse hin - müssen aus zwei Perspektiven eingeschätzt werden: a) durch Gebrauch induzierte Probleme bei häufig Gebrauchenden, und b) ein zugrundeliegendes Problemverhalten, für das Cannabisgebrauch, insbesondere seltener oder ehemaliger Konsum, mehr einen Indikator als eine Ursache darstellt.

Vergleiche zu HBSC und SMASH und Trends in der Schweiz

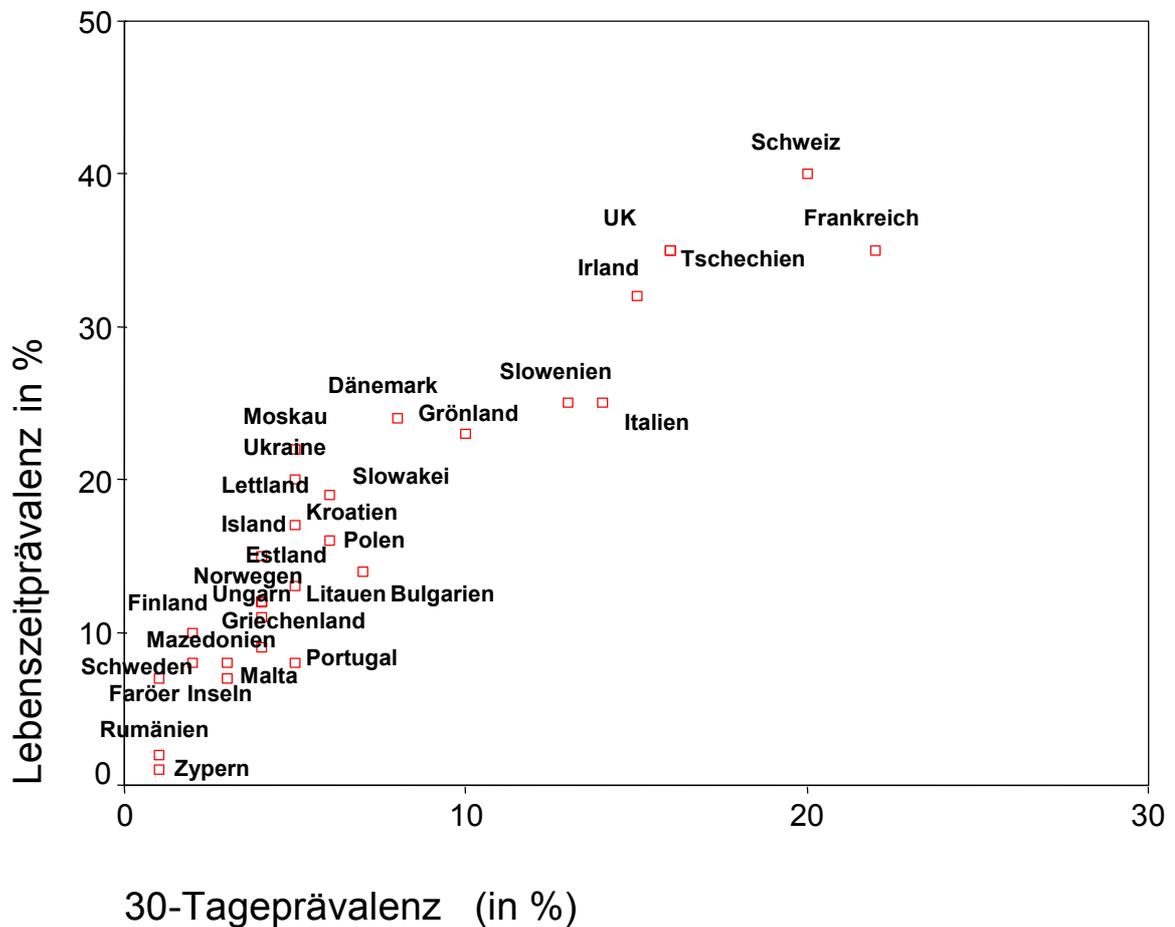
Die ESPAD-Studie stimmt recht gut mit den Studien der HBSC 2002 und SMASH 2000 überein. Die Lebenszeitprävalenz der HBSC-Studie liegt bei 15- bis 16-jährigen Jungen bei 50%, bei den Mädchen bei 39%. Die Lebenszeitprävalenz bei den 16-jährigen Schülern (ohne Lehrlinge) in der SMASH-Studie ist etwas höher (J: 55%: M: 44%), was angesichts des etwas höheren Alters verständlich ist. In der vorliegenden Studie liegen die Prävalenzen bei den Jungen zwischen 44% (15 Jahre) und 54% (16 Jahre) und zwischen 35% und 42% bei den Mädchen des gleichen Alters. Ähnlich übereinstimmend sind auch die Aussagen zum 1- bis 2-maligen Probierkonsum in den drei Studien. Einzig der Tabakmonitor (Keller et al., 2002) kommt wie bei den Angaben zum Rauchen zu deutlich geringeren Prävalenzraten.

Beide Studien (HBSC und SMASH) kommen zum Schluss, dass der Cannabiskonsum in der Schweiz in den letzten 10 Jahren zugenommen hat. Dies gilt nicht nur für den Probierkonsum, sondern auch für den regelmässigen Gebrauch.

Internationaler Vergleich

Im internationalen Vergleich nimmt die Schweiz eine führende Position bezüglich des Cannabisgebrauchs ein. Dies gilt sowohl für die Lebenszeitprävalenz als auch für die 30-Tageprävalenz (Abbildung 4). Die Graphik belegt im internationalen Vergleich, dass wie oben für die Schweiz ausgeführt mit einer steigenden Lebenszeitprävalenz auch der regelmässige Gebrauch (hier über die 30-Tageprävalenz gemessen) steigt. Allerdings muss betont werden, dass die Angaben für die anderen ESPAD-Länder auf Daten von 1999 basieren. Sollte der Anstieg im Gebrauch, der sich für die Schweiz an den HBSC-Daten der letzten fünf Jahre ablesen lässt, auch auf die anderen Länder zutreffen, so mag sich die deutliche Spitzenposition in der Abbildung 4 relativieren. Generell zeigt sich, dass Konsumveränderungen bei Jugendlichen häufig kein länderspezifisches Phänomen darstellen, sondern sich gleichzeitig in vielen Ländern beobachten lassen, also vermutlich Ausdruck einer globaleren Entwicklung der Jugendkultur in europäischen Ländern sind. Es ist also davon auszugehen, dass die Prävalenzen in vielen Ländern im Jahre 2003 höher liegen werden als noch 1999. Trotz dieser Einschränkungen wird die Schweiz auch im direkten Vergleich der Daten von 2003 unter den punkto Cannabisgebrauch „führenden“ Ländern zu finden sein.

Abbildung 4: Ländervergleich der Lebenszeit- und der 30-Tageprävalenz des Cannabisgebrauchs bei 15-Jährigen (in %); 1999 für ESPAD-Länder, 2003 für die Schweiz



Schlussfolgerung und Empfehlungen

Die Schweiz zählt gegenwärtig in Europa zu den Ländern mit dem höchsten Cannabisgebrauchs-Niveau. Die genauen Folgen dieses Gebrauchs, insbesondere die Langzeitfolgen, sind derzeit kaum abzuschätzen. Einige Schlüsse für die Prävention sollten dennoch schon jetzt gezogen werden. Die Zahl der regelmässig Gebrauchenden sollte deutlich reduziert werden, weil in dieser Gruppe der Anteil Jugendlicher mit zusätzlichen Problemen besonders gross ist. Weil zwischen der allgemeinen Gebrauchsprävalenz und der Rate von regelmässig Gebrauchenden beim Cannabis ein enger Zusammenhang besteht, ist es mehr als fragwürdig, ob die Senkung des regelmässigen Gebrauchs allein über Interventionen bei Hochrisikogruppen erreicht werden kann. Bei anderen psychotropen Substanzen (z.B. Alkohol) ist die Notwendigkeit breiter, populationsbasierter Strategien auch für die Reduktion des Hochrisikokonsums unbestritten (Skog, 1985; Rose, 1985).

Insbesondere muss im Zentrum einer primärpräventiven Strategie der Cannabisgebrauch bei Tätigkeiten stehen, die durch diesen beeinträchtigt werden, wie die Teilnahme am Strassenverkehr und in der Schule/Lehre. Hier sind klare Regeln und Sanktionen notwendig. Sie sollten aber nicht strafrechtlich, sondern mit angemessenen, stufenweise angepassten Disziplinierungsmassnahmen durchgesetzt werden. Die Kriminalisierung Gebrauchender hat sich in

der Drogenprävention als nicht effektiv erwiesen. Eine Entkriminalisierung des Cannabisgebrauchs macht es den Fachleuten aus Prävention, Beratung und Therapie leichter, mit Personen mit einem problematischen Drogengebrauch in den Dialog zu treten.

Cannabisgebrauch sollte jedoch nicht isoliert betrachtet werden, sondern immer auch als Indikator für andere zugrundeliegende Probleme untersucht werden, insbesondere bei einem Konsum in sehr jungen Jahren. Den Gebrauch zu ignorieren oder zu banalisieren, anstatt zu intervenieren, ist Ausdruck einer Vernachlässigung der Jugendlichen und nicht etwa wohlwollender Toleranz. Insbesondere die Verhinderung eines frühen Cannabisgebrauchs muss ein fundamentales Anliegen der Prävention und des öffentlichen Gesundheitswesens sein. Denn früher Einstieg ist mit einem deutlich erhöhten Risiko für späteren regelmässigen und häufigen (täglich bzw. fast täglich) Gebrauch assoziiert. Rund ein Drittel bis die Hälfte aller täglich Gebrauchender wird von der Substanz Cannabis auch abhängig. Kognitive Defizite, geringer Bildungserfolg und vor allem eine verschlechterte psychosoziale Anpassung sind die Folgen eines frühen Einstiegs in den Cannabisgebrauch (Solowij, & Grenyer, 2002).

Es ist absehbar, dass die in der Schweiz erhöhten Prävalenzraten des Cannabisgebrauchs zu kostenträchtigen Folgen führen werden, wie sie z.B. durch vermehrt notwendige Therapien entstehen. Bei der Abschätzung des Therapiebedarfs können und sollen Erfahrungen anderer Gesellschaften beigezogen werden (Join Together Online, 2004). Speziell bewährt haben sich Therapien, die den Familienkontext in die Therapie einschliessen (z.B. Multidimensional Family Therapy, siehe Liddle et al., 2001; Liddle et al., 2002; Liddle et al., in press).

Weitere Ergebnisse aus ESPAD 2003

Andere psychoaktive Substanzen als Cannabis, Alkohol und Zigaretten werden von 15-jährigen Jugendlichen in der Schweiz seltener gebraucht (Tabelle 20).

Tabelle 20: 12-Monatsprävalenz (in %) ausgewählter psychoaktiver Substanzen und der kombinierten Einnahme von Substanzen bei 15-Jährigen nach Geschlecht

Substanz	Jungen	Mädchen	Gesamt
Schlaf- und Beruhigungsmittel ohne ärztliche Verschreibung	2.1	3.4	2.8
Amphetamine	2.0	1.6	1.8
LSD oder andere Halluzinogene	0.9	0.8	0.8
Crack	0.6	0.7	0.7
Kokain	0.4	0.4	0.4
Relevin**	0.0	0.1	0.0
Heroin	0.2	0.1	0.2
Ecstasy	0.9	0.7	0.8
"Magic mushrooms"	1.3	1.5	1.4
GHB	0.2	0.1	0.2
Intravenöser Drogengebrauch	0.1	0.1	0.1
Alkohol und Pillen	2.0	3.3	2.7
Alkohol und Cannabis gleichzeitig	19.7	17.6	18.6
Anabolika	0.3	0.3	0.3
Cannabis	35.0	28.0	31.4
Alkohol	88.2	87.3	87.8
Tabak (Lebenszeit)	63.9	64.5	64.2

** Fiktive Droge, um Antwortverhalten zu testen

Bei der Analyse unterschiedlicher Einstiegsalter in den Gebrauch psychoaktiver Substanzen ist zu berücksichtigen, dass nicht alle Schüler alle Substanzen konsumiert haben. Dies kann beim Vergleich zu Verzerrungen führen, insbesondere bei Substanzen, die nur von sehr wenigen Schülern konsumiert wurden. Wir verzeichnen deshalb nur das Einstiegsalter bei den

relativ gebräuchlichen Substanzen (Tabelle 21). Trotz den je nach Substanzen unterschiedlichen Fallzahlen kann man wohl schlussfolgern, dass Jugendliche in der Schweiz mit den legalen Substanzen Alkohol und Tabak einsteigen. Der problematische Konsum dieser Substanzen (also Trunkenheit und tägliches Rauchen) fällt dann weitgehend mit dem Cannabisgebrauch zusammen. Dieses Ergebnis stützt die Argumentation, dass der Cannabisgebrauch häufig ein Zeichen für ein umfassenderes problematisches Verhalten ist.

Tabelle 21: Alter beim ersten Drogengebrauch, 15-Jährige

	Nie	Bis 11 Jahre	12 Jahre	13 Jahre	14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre	Mittelwert bei Konsumierenden	n Konsumierende
Zigaretten									
Erste Zigarette	33.4	16.9	12.7	13.2	14.8	8.3	0.7	12.6	1710
Tägliches Rauchen	72.3	0.9	2.6	5.6	8.2	9.1	1.2	13.9	709
Alkohol									
Bier (zumindest ein Glas)	24.4	15.5	13.4	15.6	18.9	11.2	1.0	12.8	1963
Wein (zumindest ein Glas)	32.8	15.7	12.0	13.2	14.6	10.0	1.7	12.7	1736
Spirituosen (zumindest ein Glas)	32.2	3.7	6.3	13.2	23.9	18.1	2.5	13.7	1745
Erste Trunkenheit	46.1	1.0	3.2	6.6	18.4	22.3	2.4	14.2	1395
Cannabis									
Marihuana oder Haschisch	61.2	1.0	3.3	6.7	14.7	12.2	0.9	13.9	990

Bemerkung: 11 Jahre und jünger wurde als 10 Jahre kodiert. Abstinenzzahlen können aufgrund fehlender Werte zum Einstiegsalter leicht von jenen in anderen Tabellen abweichen. Da ESPAD sich an Geburtsjahrgängen orientiert, können einige 1987 Geborene bereits 16 Jahre alt sein.

Besonders in der Kindheit und frühen Adoleszenz, aber auch darüber hinaus, sind die Eltern eine der wichtigsten Präventionsinstanzen. In diesem Zusammenhang hat sich „Parental Monitoring“ („elterliche Beaufsichtigung“) als besonders wirksam erwiesen. Parental Monitoring meint, dass die Eltern bemüht sind zu wissen, womit sich ihre Kinder in der Freizeit, also außerhalb ihrer direkten Aufsicht, beschäftigen (Kuntsche, 1999). Dies setzt die Bereitschaft der Kinder voraus, den Eltern wahrheitsgetreu preiszugeben, was sie in ihrer Freizeit tun (Stattin, & Kerr, 2000). Wissenschaftliche Studien konnten wiederholt nachweisen, dass effektiv „beaufsichtigte“ Kinder in deutlich geringerem Ausmass Alkohol, Tabak und andere psychoaktive Substanzen konsumieren (u.a. Ary et al., 1999; Borawski et al., 2003; Guo et al., 2001; DiClemente et al., 2001; Duncan et al., 1998; Kuntsche, & Schmid, 2001) als solche, die kein Parental Monitoring erleben.

Tabelle 22 gibt Auskunft über einen wichtigen Indikator elterlicher „Beaufsichtigung“: die Meinung Jugendlicher über die elterliche Kenntnis ihres Aufenthaltsort am Samstag Abend. Es zeigt sich, dass Jugendliche, die der Meinung sind, Ihre Eltern wüssten über ihren Aufenthaltsort Bescheid, deutlich seltener psychoaktive Substanzen gebrauchen. Die vorliegenden Resultate stehen also im Einklang mit der internationalen Forschung.

Für den präventiven Effekt elterlichen Monitorings gibt es viele Gründe, beispielsweise übereinstimmende Wertvorstellungen oder eine offene Gesprächskultur in der Familie. Besonders wichtig scheint jedoch das aktive Interesse der Eltern am Aufenthaltsort und darüber hinaus an der Entwicklung ihrer Kinder zu sein. Kuntsche und Kuendig (submitted) konnten nachweisen, dass, bereinigt um den Effekt von Alter, Geschlecht, Familienkonstellation und den familiären Konsumgewohnheiten, stärkere Zugehörigkeit und Eingebundensein in die Familie deutlich mit geringerem Alkoholkonsum und Trunkenheit

zusammenhängt. Darüber hinaus konnte der präventive Effekt des Eingebundenseins in die Familie auch für Tabak- und Cannabiskonsum nachgewiesen werden (Kuntsche, & Silbereisen, submitted). Damit ist evident, dass eine Prävention im Jugendalter auch das Elternhaus mit einbeziehen muss. Interessanterweise sind Indikatoren wie die formale Erziehung der Eltern nicht annähernd so aussagekräftig wie die Einschätzung der Jugendlichen über die ausgeübte Beaufsichtigung ihrer Eltern.

Tabelle 22: Prävalenzen des Substanzgebrauches (in %) und elterliches Wissen um den samstäglichem Aufenthaltsort ihres Kindes; 15-Jährigen

	Substanzgebrauch	Eltern wissen wo ich bin			
		immer	meistens	manchmal	in der Regel nicht
Zigaretten	40 oder mehr Zigaretten (Lebenszeit)	11.8	23.8	44.1	43.4
	11 Zigaretten oder mehr täglich (30 Tage)	4.0	6.8	15.5	20.3
Alkohol	Alkoholkonsum zumindest 6-mal (30 Tage)	19.7	35.8	50.4	56.8
	Alkoholkonsum von mindestens 5 Gläsern wenigstens 3-mal (30 Tage)	9.6	18.1	32.0	41.3
	Selbsteingeschätztes Betrunkensein mindestens 3-mal (30 Tage)	5.2	11.6	23.8	32.0
Illegale Drogen (Lebenszeit)	Jeglicher Gebrauch illegaler Drogen ausschliesslich Cannabis	2.7	7.2	12.7	21.3
	Cannabis	27.4	50.1	71.4	75.0
	Amphetamine	1.6	4.6	5.3	14.7
	LSD oder andere Halluzinogene	0.3	1.3	4.5	9.3
	Ecstasy	0.7	1.6	3.7	9.3
Illegale Drogen (12 Monate)	Jeglicher Gebrauch illegaler Drogen ausschliesslich Cannabis	1.7	4.8	5.7	14.5
	Cannabis	19.5	41.3	61.9	64.5
	Ecstasy	0.3	1.2	0.8	6.6
Illegale Drogen (30 Tage)	Jeglicher Gebrauch illegaler Drogen ausschliesslich Cannabis	0.9	3.0	3.3	6.6
	Cannabis	11.1	25.2	45.5	51.3
	Ecstasy	0.1	0.3	0.8	1.3

Ein weiterer potenzieller Einflussfaktor im Elternhaus können ältere Geschwister sein. Je mehr sich Jugendliche allfälliger problematischer Verhaltensweisen ihrer älteren Geschwister bewusst sind, desto eher neigen sie zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen (für Tabak vgl. Rajan et al., 2003). Tabelle 23 gibt einen Überblick über den Bereich Trunkenheit bei älteren Geschwistern, ähnliche Tendenzen lassen sich auch für andere Substanzen (Tabak, illegale Drogen) zeigen. Solche Ergebnisse lassen keine Rückschlüsse auf Wirkmechanismen zu. Es ist nicht zwingend gesagt, dass die älteren Geschwister den Konsum psychoaktiver Substanzen direkt beeinflussen, beispielsweise indem sie ihren jüngeren Geschwistern diese Substanzen besorgen. Vielmehr mag der Substanzgebrauch bei Geschwistern ein Indikator für ein generell schlechteres, den Substanzgebrauch förderndes familiäres Umfeld sein.

Tabelle 23: Wissen über Rauschepisoden von älteren Geschwistern und eigener Substanzkonsum, 15-Jährige

	Substanzgebrauch	ältere Geschwister betrinken sich			
		Ja	Nein	Weiss nicht	Keine älteren Geschwister
Zigaretten	40 oder mehr Zigaretten (Lebenszeit)	30.5	14.5	24.6	17.8
	11 Zigaretten oder mehr täglich (30 Tage)	10.2	5.1	6.6	5.5
Alkohol	Alkoholkonsum zumindest 6-mal (30 Tage)	44.4	22.8	28.6	26.3
	Alkoholkonsum von mindestens 5 Gläsern wenigstens 3-mal (30 Tage)	27.4	9.7	13.3	14.6
	Trunkenheit mindestens 3-mal (30 Tage)	18.8	5.3	9.9	9.3
Illegale Drogen (Lebenszeit)	Jeglicher Gebrauch illegaler Drogen ausschliesslich Cannabis	9.6	3.3	4.9	5.8
	Cannabis	57.4	30.9	46.7	38.5
	Amphetamine	5.1	2.1	3.3	3.4
	LSD oder andere Halluzinogene	2.9	.7	.5	1.3
	Ecstasy	2.2	.7	.0	1.9
Illegale Drogen (12 Monate)	Jeglicher Gebrauch illegaler Drogen ausschliesslich Cannabis	6.6	2.7	1.1	2.9
	Cannabis	49.0	23.3	35.2	29.8
	Ecstasy	1.1	.4	.0	1.0
Illegale Drogen (30 Tage)	Jeglicher Gebrauch illegaler Drogen ausschliesslich Cannabis	2.6	2.0	1.1	1.7
	Cannabis	32.9	14.8	25.3	17.3
	Ecstasy	.2	.2	.0	.3

Neben dem Elternhaus ist auch die Schule eine wichtige Sozialisationsinstanz, in der Indikatoren für einen problematischen Substanzgebrauch gesammelt werden können. Nach eigenen Angaben haben Schüler mit hohem Substanzgebrauch häufiger Fehlzeiten als solche ohne oder mit geringem Substanzgebrauch (Tabelle 24). Substanzgebrauch ist eindeutig mit geringerer Schulleistung verbunden. Dies wird hier exemplarisch für das Schwänzen gezeigt, lässt sich aber auch bei anderen Indikatoren wie Schulnoten feststellen.

Tabelle 24: Fehlzeiten durch Schwänzen in der Schule, 15-Jährige

	Substanzen (Referenzzeitraum)	Jungen			Mädchen			Gesamt		
		Keine	1- bis 2 Tage	Mind. 3 Tage	Keine	1- bis 2 Tage	Mind. 3 Tage	Keine	1- bis 2 Tage	Mind. 3 Tage
Zigaretten	40 oder mehr Zigaretten (Lebenszeit)	16.3	40.0	54.8	14.5	36.3	66.7	15.4	37.8	59.7
	11 Zigaretten oder mehr täglich (30 Tage)	4.6	16.8	39.0	3.7	12.3	36.7	4.1	14.1	38.0
Alkohol	Alkoholkonsum zumindest 6-mal (30 Tage)	33.5	48.4	78.0	17.9	37.9	70.0	25.7	42.1	74.6
	Alkoholkonsum von mindestens 5 Gläsern wenigstens 3-mal (30 Tage)	16.4	38.9	54.8	8.4	22.6	37.9	12.3	29.0	47.9
	Trunkenheit mindestens 3-mal (30 Tage)	10.1	25.5	51.2	5.0	11.1	33.3	7.5	16.8	43.7
Illegale Drogen (Lebenszeit)	Jeglicher Gebrauch illegaler Drogen ausschliesslich Cannabis	4.4	11.6	25.6	3.8	14.5	20.0	4.1	13.3	23.2
	Cannabis	40.9	66.3	76.2	31.7	57.5	70.0	36.3	61.0	73.6
	Amphetamine	2.4	6.3	20.0	2.4	6.9	3.3	2.4	6.7	12.9
	LSD oder andere Halluzinogene	.4	4.2	17.1	.6	5.5	3.3	.5	5.0	11.3
	Ecstasy	.9	2.1	17.1	.9	5.5	3.3	.9	4.1	11.3
Illegale Drogen (12 Monate)	Jeglicher Gebrauch illegaler Drogen ausschliesslich Cannabis	2.1	10.5	19.0	2.0	10.3	13.3	2.1	10.4	16.7
	Cannabis	31.3	57.9	76.2	24.1	49.3	70.0	27.7	52.7	73.6
	Ecstasy	.5	1.1	11.9	.4	3.4	.0	.4	2.5	6.9
Illegale Drogen (30 Tage)	Jeglicher Gebrauch illegaler Drogen ausschliesslich Cannabis	1.3	4.2	9.5	1.3	5.5	6.7	1.3	5.0	8.3
	Cannabis	19.7	41.1	63.4	13.0	36.3	53.3	16.3	38.2	59.2
	Ecstasy	.1	.0	7.1	.2	.7	.0	.1	.4	4.2

Eine Möglichkeit, auf Populationsebene gegen problematischen Substanzgebrauch zu intervenieren, ist die Einschränkung der Verfügbarkeit. Für Jugendliche in der Schweiz sind nach eigenen Angaben Zigaretten und Alkohol trotz Verkaufsverbots beim Alkohol sehr leicht erhältlich (Tabelle 25). Die Rangreihe der Einschätzung der Verfügbarkeit anderer psychoaktiver Substanzen folgt in etwa jener des Gebrauchs: Cannabis mit deutlichem Abstand vor Schlaf- und Beruhigungsmitteln, gefolgt von den halluzinogenen Substanzen („Magic Mushrooms“, LSD) sowie Ecstasy und Amphetaminen. Am Ende stehen die „harten Drogen“ Heroin und Crack sowie GHB und Anabolika. Interessant ist, dass Kokain für die Jugendlichen leichter verfügbar erscheint als z.B. LSD. Zumindest die Schülerstudie HBSC deutet an, dass der Kokaingebrauch bei Jugendlichen in den letzten Jahren gestiegen ist.

Tabelle 25: Wahrgenommene Verfügbarkeit von Substanzen, Anteile 15-Jähriger (in %), welche die Substanz „sehr leicht“ oder „ziemlich leicht“ verfügbar finden

	Jungen	Mädchens	Gesamt
Zigaretten	92.7	95.0	93.9
Alkohol			
Beer	91.9	90.8	91.4
Wine	86.4	85.1	85.7
Spirits	69.9	66.0	67.9
Andere Drogen			
Cannabis	55.1	46.9	50.9
Amphetamine	13.8	13.5	13.7
LSD/ Halluzinogene	10.9	9.6	10.2
Crack	10.9	8.2	9.5
Kokain	11.4	10.0	10.7
Ecstasy	14.4	13.8	14.1
Heroin	10.2	8.1	9.1
“Magic mushrooms”	17.5	12.5	15.0
GHB	7.1	4.9	6.0
Schlaf- und Beruhigungsmittel ohne ärztliche Verschreibung	25.9	35.3	30.7
Anabolika	7.8	4.3	6.0

Ein weiterer, wenngleich wenig erfolgreicher Präventionsansatz ist die Aufklärung Jugendlicher über die schädlichen Folgen des Substanzgebrauchs. Fragt man Experten nach dem Gefährdungspotential verschiedener Substanzen, so sehen diese Heroin vor Kokain, Alkohol, Nikotin, Ecstasy und Cannabis (Fahrenkrug, & Gmel, 1996). Wie sehen nun Jugendliche die Risiken körperlicher und anderer Schäden (Tabelle 26)? Schliesst man die „Weiss nicht“-Antworten aus, so unterscheidet sich das Wissen der Jugendlichen kaum von jenem der Experten. Als am gefährlichsten wird der regelmässige intravenöse Drogen-Gebrauch und der regelmässige Kokaingebrauch eingeschätzt, gefolgt vom regelmässigem Nikotingebrauch und dem regelmässigen Konsum grösserer Mengen Alkohols (4-5 Getränke täglich oder fast täglich). Am Ende steht der regelmässige Gebrauch von Cannabis. Nur den regelmässigen Ecstasy-Gebrauch schätzen Jugendliche als gefährlicher ein als die Experten. 15-jährige Jugendliche wissen auch bereits sehr genau zwischen dem unterschiedlichen Gefährdungspotenzial von regelmässigem und Probierkonsum zu unterscheiden. Insgesamt scheint bei 15-jährigen Jugendlichen relativ wenig Aufklärungsbedarf zu bestehen – mit zwei Ausnahmen: Die Gefährdung durch gelegentliches Rauchen, beispielsweise die Gefahr, schnell zum regelmässigen Raucher zu werden (siehe oben), wird wohl als zu gering eingeschätzt. Aufklärungsbedarf besteht auch hinsichtlich der Gefährdung durch Rauschtrinken am Wochenende. Über die Hälfte der Jugendlichen sehen nur ein moderates oder geringes Risiko darin, jedes Wochenende 5 Gläser oder mehr bei einer Gelegenheit zu trinken.

Weitere Analysen sollten jedoch zwischen den verschiedenen Konsumentengruppen differenzieren. Erste Analysen deuten darauf hin, dass stark Konsumierende die Gefährlichkeit geringer einschätzen als gering oder nicht Konsumierende. Ausgeprägt sind diese Unterschiede beim Rauschtrinken und Cannabisgebrauch. Nur 14% der Schüler, die in den letzten 30 Tagen keine Gelegenheit mit 5 Gläsern oder mehr hatten, geben an, dass diese Konsumform jedes Wochenende mit keinem oder nur geringem Risiko verbunden sei. Bei Rauschtrinkenden mit 10 oder mehr Gelegenheiten wächst dieser Anteil auf 46% an. Ebenso geben nur 5% der Schüler ohne Cannabisgebrauch in den letzten 30 Tagen an, der regelmässige Cannabisgebrauch hätte kein oder nur ein geringes Risiko, bei Cannabisbrauchenden mit 40 oder mehr Gelegenheiten in den letzten 30 Tagen sind es 37%.

Tabelle 26: *Wahrgenommenes Risiko für körperliche und andere Schäden durch Substanzgebrauch, 15-Jährige*

	Kein oder geringes Risiko	Mode-rates Risiko	Grosses Risiko	Weiss nicht
Zigaretten				
Gelegentliches Rauchen	46.1	37.3	14.5	2.0
Rauchen einer oder mehrerer Schachteln	4.5	17.3	76.2	2.1
Alkohol				
1 bis 2 Drinks täglich oder fast täglich	29.0	42.6	26.0	2.5
4- 5 Drinks täglich oder fast täglich	5.9	22.5	68.7	2.9
5 oder mehr Drinks jedes Wochenende	19.2	38.2	38.1	4.5
Andere Drogen				
Cannabis 1- oder 2-mal probieren	58.8	20.4	13.2	7.6
Gelegentlich Cannabis rauchen	31.7	37.7	23.7	6.8
Regelmässig Cannabis rauchen	7.7	24.4	60.6	7.3
LSD 1- bis 2-mal probieren	16.8	23.0	30.2	30.0
Regelmässig LSD nehmen	2.3	7.7	61.8	28.1
Amphetamine 1- bis 2-mal nehmen	22.0	26.5	23.4	28.0
Regelmässig Amphetamine nehmen	3.6	11.7	58.4	26.3
Kokain oder Crack 1- bis 2-mal nehmen	15.9	26.4	38.9	18.7
Regelmässig Kokain oder Crack nehmen	1.7	5.5	75.5	17.3
Crack 1- bis 2-mal rauchen	16.7	26.7	33.8	22.9
Crack regelmässig rauchen	2.4	7.3	69.6	20.7
Ecstasy 1- bis 2-mal nehmen	18.1	27.5	34.7	19.6
Ecstasy regelmässig nehmen	2.7	7.1	71.2	19.0
GHB 1- bis 2-mal nehmen	10.8	18.1	26.4	44.7
GHB regelmässig nehmen	1.9	4.4	52.1	41.6
1- bis 2-mal Drogen intravenös nehmen (Heroin, Kokain, Amphetam.)	5.6	17.7	60.7	16.0
Regelmässig Drogen intravenös nehmen (Heroin, Kokain, Amphetam.)	1.4	3.1	80.5	15.0
1- bis 2-mal Inhalantien schnüffeln	26.1	27.2	27.0	19.8
Regelmässig Inhalantien schnüffeln	4.5	14.7	61.7	19.1

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Effektive Prävention bei problematischem Substanzgebrauch, Substanzmissbrauch und substanzbedingten Schäden für schweizerische Jugendliche sollte verschiedene Ebenen mit berücksichtigen:

- 1) Mit Blick auf staatliche Interventionen auf der Populationsebene gilt es, die Verfügbarkeit aller potentiell schädigender Substanzen zu verringern. Dies kann je nach Substanz und Situation durch Interventionen auf nationaler, kantonaler oder kommunaler Ebene erreicht werden. Beispiele für Einschränkungen der Verfügbarkeit sind Verkaufsverbote oder Beschränkung der Verkaufszeiten und -orte. Die Verfügbarkeit kann nicht nur örtlich, sondern auch finanziell eingeschränkt werden, z.B. durch Steuererhöhungen bei den legalen Suchtmitteln Alkohol und Tabak. Andere Massnahmen auf der Populationsebene wie Medienkampagnen beruhigen dagegen eher das öffentliche Gewissen als dass sie Verhaltensveränderungen bewirken würden. Das Geld für solche Kampagnen könnte sinnvoller in gezielte und empirisch belegte Präventionsbemühungen gesteckt werden.
- 2) Auf Schulebene haben Aufklärungs- und Erziehungsprogramme bisher nur sehr selten nachweislich Wirkung erzielt, und wenn, dann meist nur in Verbindung mit flankierenden strukturellen Massnahmen in der Gemeinde oder der Schule (beispielsweise durch Einführung und Durchsetzung umfassender Massnahmenpakete). Vielversprechend sind solche Ansätze dann, wenn Interventionen nicht einmalig bleiben, sondern über einen längeren Zeitraum zum Einsatz kommen (Beispiel: SHAHRP, McBride et al., 2004). Programme auf Klassenebene sind dabei wegen besseren Fokussierungsmöglichkeiten

und höherer Verbindlichkeit für die Beteiligten erfolgversprechender als allgemeine Programme auf Kantons- oder Landesebene (World Health Organization (WHO), 2002). Zentral ist die Einbindung der Jugendlichen in verbindliche Klassen- und Schulregeln und entsprechende Sanktionsmassnahmen. In der Schweiz gibt es solche Ansätze in der Tabakprävention mit dem „Experiment Nichtrauchen“ (RauchstoppZentrum Zürich, 2003). Allerdings fehlt auch in diesem Fall eine wissenschaftliche Evaluation der Auswirkungen dieses Ansatzes.

- 3) Prävention ist nicht nur eine staatliche Aufgabe, sondern auch Familien können und sollen dazu beitragen. Wenn problematischer Substanzgebrauch durch die Familie initiiert oder verstärkt wird, sind Interventionen unter Einbezug der ganzen Familie angezeigt. Der systematische Überblick von Foxcroft und Kollegen (2003) über erfolgreiche Präventionsmassnahmen bei Jugendlichen zeigt, dass Interventionen unter Einbezug der Familie eine der seltenen Ausnahmen im Bereich der Erziehungs- und Aufklärungsprogramme mit potentiellen Verhaltensänderungen sind (Beispiel: Strengthening Family Program, Spoth, Redmond & Shin, 2001; Spoth, Redmond, Trudeau et al., 2001). Wichtiger Bestandteil solcher Programme ist es auch, dass Eltern lernen, Regeln zu setzen und auf der Einhaltung dieser Regeln zu beharren. Ähnliche Ansätze bestehen auch in der Schweiz, sie sind aber in der Regel schlecht evaluiert (siehe Bericht „Kollektive Expertise“ im Auftrag des BAG, persönliche Kommunikation A. Uchtenhagen).

Prinzipiell ist substanzspezifisch zu entscheiden, inwieweit Abstinenz ein sinnvolles Ziel von Interventionen bei Jugendlichen darstellen kann. Zumindest im Alkoholbereich sind auf Abstinenz abzielende präventive Massnahmen wenig erfolgversprechend, da ein Grossteil der Jugendlichen bereits Alkohol konsumiert und Alkoholkonsum auch bei Erwachsenen Bestandteil der schweizerischen Kultur ist. Potenziell Erfolg versprechender sind Massnahmen, die zum risikoarmen Umgang mit Alkohol führen. Auch in der Tabakprävention gibt es Erfolg versprechende Ansätze in Richtung eines risikoarmen Umgangs bzw. einer Einschränkung auf Probierkonsum, wobei beim Rauchen Abstinenz das langfristige Ziel bleiben sollte. Beim Cannabis liegen kaum Erkenntnisse vor, die sich auf die Schweiz übertragen liessen.

Bedeutsam ist die Ausrichtung am Alter der jeweiligen Zielgruppe und deren altersspezifischen Entwicklungsaufgaben. Substanzunabhängige Strategien zur Stärkung der allgemeinen Lebenskompetenzen sind dabei eher Erfolg versprechend in der Primarstufe, wogegen in der Adoleszenz eher sekundärpräventive, auf den Substanzgebrauch ausgerichtete Programme angezeigt sind.

Bei allen Substanzen haben sich jedoch strukturelle Massnahmen als (kosten-)effizient erwiesen. Primärpräventive Ansätze, die auf das Individuum gerichtet sind, psychosoziale Interventionen (Erhöhung der Widerstandsfähigkeit und Lebenskompetenzen (resistance skill, life skill, normative Ansätze)) und edukative Ansätze (Wissensvermittlung) sind im Vergleich zu strukturellen Massnahmen im allgemeinen nicht kosteneffizient und haben – wenn überhaupt – nur protektive Wirkung gezeigt, wenn sie a) über einen längeren Zeitraum und mit mehrfachen Interventionen eingesetzt wurden und b) in eine konsistente Politik mit entsprechenden strukturellen Massnahmen eingebettet waren. Deshalb gilt es, in der Schweiz in erster Linie bei diesen strukturellen Massnahmen anzusetzen. Insgesamt ist eine Trennung primär- und sekundärpräventiver Massnahmen kaum sinnvoll, weil sich einzelne Komponenten isoliert selten als effektiv erwiesen haben. Effektiv sind in erster Linie Multi-Komponenten-Ansätze, die durch strukturelle Massnahmen begleitet werden.

Literaturliste

- Ary, D. V., Duncan, T. E., Biglan, A., Metzler, C. W., Noell, J. W., & Smolkowski, K. (1999). Development of adolescent problem behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27 (2), 141-150.
- Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., et al. (2003). *Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy*. Oxford: Oxford Medical Publication, Oxford University Press.
- Backinger, C. L., Fagan, P., Matthews, E., & Grana, R. (2003). Adolescent and young adult tobacco prevention and cessation: current status and future directions. *Tobacco Control*, 12 (Suppl 4), IV46 - IV53.
- Backinger, C. L., McDonald, P., Ossip-Klein, D. J., Colby, S. M., Maule, C. O., Fagan, P., et al. (2003). Improving the future of youth smoking cessation. *American Journal of Health Behavior*, 27 Suppl 2, S170-S184.
- Bloomfield, K., Gmel, G., Neve, R. J. M., & Mustonen, H. (2001). Investigating gender convergence in alcohol consumption in Finland, Germany, the Netherlands, and Switzerland: a repeated survey analysis. *Substance Abuse*, 22 (1), 39-53.
- Borawski, E. A., Ievers-Landis, C. E., Lovegreen, L. D., & Trapl, E. S. (2003). Parental monitoring, negotiated unsupervised time, and parental trust: the role of perceived parenting practices in adolescent health risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 33 (2), 60-70.
- Breslau, N. (1993). Daily cigarette consumption in early adulthood: age of smoking initiation and duration of smoking. *Drug and Alcohol Dependence*, 33 (3), 287-291.
- Breslau, N., Fenn, N., & Peterson, E. L. (1993). Early smoking initiation and nicotine dependence in a cohort of young adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 33 (2), 129-137.
- Breslau, N., & Peterson, E. L. (1996). Smoking cessation in young adults: age at initiation of cigarette smoking and other suspected influences. *American Journal of Public Health*, 86 (2), 214-220.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2003). *Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung und Monatsbilanz der ständigen Wohnbevölkerung. September 2003* [Statistics of the natural population movement and the monthly record of the resident population]. Neuchâtel: BFS.
- Center of Disease Control (CDC) (1999). *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programse*. CDC, United States Department of Health and Human Services, from www.cdc.gov/tobacco/research_data/stat_nat_data/bestprac-execsummam.htm
- Chassin, L., Pitts, S. C., & Prost, J. (2002). Binge drinking trajectories from adolescence to emerging adulthood in a high-risk sample: predictors and substance abuse outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (1), 67-78.
- Chen, J. (2003). Age at diagnosis of smoking-related disease. *Health Reports*, 14 (2), 9-19.
- Chen, X., Stacy, A., Zheng, H., Shan, J., Spruijt-Metz, D., Unger, J., et al. (2003). Sensations from initial exposure to nicotine predicting adolescent smoking in China: a potential measure of vulnerability to nicotine. *Nicotine and Tobacco Research*, 5 (4), 455-463.
- Cooper, M. L. (1994). Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four-factor-model. *Psychological Assessment*, 6 (2), 117-128.

- Cox, W. M., & Klinger, E. (1988). A Motivational Model of Alcohol Use. *Journal of Abnormal Psychology, 97* (2), 168-180.
- DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Crosby, R., Sionean, C., Cobb, B. K., Harrington, K., et al. (2001). Parental monitoring: association with adolescents' risk behaviors. *Pediatrics, 107* (6), 1363-1368.
- Die Drogen- und Suchtkommission (beim Bundesamt für Gesundheit) (2002). *Stellungnahme der Drogen- und Suchtkommission zur Verbesserung der Suchtprävention*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- DiFranza, J. R., Savageau, J. A., Fletcher, K., Ockene, J. K., Rigotti, N. A., McNeill, A. D., et al. (2004). Recollections and repercussions of the first inhaled cigarette. *Addictive Behaviors, 29* (2), 261-272.
- DiFranza, J. R., Savageau, J. A., Rigotti, N. A., Fletcher, K., Ockene, J. K., McNeill, A. D., et al. (2002). Development of symptoms of tobacco dependence in youths: 30 month follow up data from the DANDY study. *Tobacco Control, 11* (3), 228-235.
- Duncan, S. C., Duncan, T. E., Biglan, A., & Ary, D. (1998). Contributions of the social context to the development of adolescent substance use: a multivariate latent growth modeling approach. *Drug and Alcohol Dependence, 50* (1), 57 - 71.
- Edwards, G., Anderson, P., Babor, T. F., Casswell, S., Ferrence, R. G., Giesbrecht, N., et al. (1994). *Alcohol Policy and the Public Good*. New York, NY: Oxford University Press.
- Ezzati, M., & Lopez, A. D. (2003). Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet, 362* (9387), 847 - 852.
- Ezzati, M., Lopez, A. D., Rodgers, A., Vander Hoorn, S., Murray, C. J. L., & the Comparative Risk Assessment Collaborating Group (2002, Nov 2). *Selected major risk factors and global and regional burden of disease*. *Lancet*. Retrieved 9343, 360, from <http://image.thelancet.com/extras/02art9066web.pdf>
- Fahrenkrug, H., & Gmel, G. (1996). Nach Heroin und Kokain gleich Alkohol und Nikotin - Experten schätzen das Suchtpotential von Drogen ein. *Abhängigkeiten, 2* (1), 43-36.
- Falba, T., Jofre-Bonet, M., Busch, S., Duchovny, N., & Sindelar, J. L. (2004). Reduction of quantity smoked predicts future cessation among older smokers. *Addiction, 99* (1), 93-102.
- Foxcroft, D. R., Ireland, D., Lister-Sharp, D. J., Lowe, G., & Breen, R. (2003). Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction, 98* (4), 397-411.
- Foxcroft, D. R., Lister-Sharp, D. J., & Lowe, G. (1997). Alcohol misuse prevention for young people: a systematic review reveals methodological concerns and lack of reliable evidence of effectiveness. *Addiction, 92* (5), 531-537.
- Gisin, P. (2002). *Illegaler Alkoholverkauf an Jugendliche: Resultate von Testkäufen im Kanton Zürich*. Fachstelle "Alkohol am Steuer nie", from <http://www.gesundheitsfoerderung-zh.ch/aktuell/2RefPGisin.pdf>
- Gmel, G., Kuntsche, E. N., Grichting, E., & Rehm, J. (2003). *ESPAD 03: Country Report 2, Switzerland*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
- Gmel, G., & Müller, R. (2003). *Risikoreicher Alkoholkonsum in der Schweiz im Wandel? Das Alkoholprogramm "Alles im Griff?" - Vergleich der Baselinebefragung 1998, der*

- Nachbefragung 2000 und der Nachbefragung 2002* (Forschungsbericht). Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
- Gmel, G., & Rehm, J. (2003). Harmful alcohol use. *Alcohol Research and Health*, 27 (1), 52 - 62.
- Gmel, G., Truan, P., & François, Y. (1999). Alcoholic beverage preferences and self-reported problems in Switzerland. *Substance Use and Misuse*, 34 (12), 1619-1645.
- Guindon, E., & Bosclair, D. (2003). *Past, Current and Future Trends in Tobacco Use*. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.
- Guo, J., Hawkins, J. D., Hill, K. G., & Abbott, R. D. (2001). Childhood and adolescent predictors of alcohol abuse and dependence in young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, 62 (6), 754-762.
- Gutjahr, E., & Gmel, G. (2001). *Die sozialen Kosten des Alkoholkonsum in der Schweiz: Epidemiologische Grundlagen 1995 - 1998* [Social costs of alcohol consumption in Switzerland: epidemiological data 1995 - 1998] (Forschungsbericht No. Nr. 36). Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
- Hibell, B., Andersson, B., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., et al. (2000). *The 1999 ESPAD Report - Alcohol and Other Drug USE Among Students in 30 European Countries*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, CAN Council of Europe. Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group).
- Hill, K. G., White, H. R., Chung, I.-J. J., Hawkins, J. D., & Catalano, R. F. (2000). Early adult outcomes of adolescent binge drinking: person- and variable-centered analyses of binge drinking trajectories. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 24 (6), 892-901.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., & Bachman, J. G. (2003). *Monitoring the Future: National Results on Adolescent Drug Use. Overview of Key Findings 2002*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse (NIDA).
- Join Together Online (2004). *Substance Abuse*. Boston University School of Public Health, from <http://www.jointogether.org/sa/news/summaries/reader/0%2C1854%2C569205%2C00.html>
- Kandel, D. B. (1980). Drug and drinking behavior among youth. *Annual Review of Sociology*, 6, 235-285.
- Keller, R., Krebs, H., & Hornung, R. (2002). *Tabakmonitoring - Implementierung eines Forschungs- und Dokumentationssystems - Bericht über den Tabakkonsum der in der Schweiz wohnhaften Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. Zürich: Universität Zürich, Psychologisches Institut, Sozialpsychologie II.
- Keller, R., Krebs, H., & Hornung, R. (2003). *Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum (Tabakmonitoring)*. Universität Zürich, Psychologisches Institut, Sozialpsychologie II. Retrieved Juni 2003, from <http://www.suchtundaids.bag.admin.ch/imperia/md/content/tabak/tabakmonitoring/4.pdf>
- Klingemann, H., & Gmel, G. (Eds.) (2001). *Mapping the Social Consequences of Alcohol Consumption*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

- Kuntsche, E. N. (1999). *Wenn jugendliche Autonomiebestrebungen auf elterliche Strenge treffen - ist Problemverhalten die Folge?* unveröffentlichte Diplomarbeit, Jena, Deutschland.
- Kuntsche, E. N. (2001). Radikalisierung? Ein Interpretationsmodell jugendlichen Alkoholkonsums von 1986 bis 1998 in der Schweiz [Radicalisation? An interpretation model of adolescent alcohol use from 1986 to 1998 in Switzerland]. *Sucht*, 47 (6), 393-403.
- Kuntsche, E. N., Knibbe, R. A., Gmel, G., & Engels, R. C. M. E. (forthcoming). Drinking motives among adolescents. A review of literature.
- Kuntsche, E. N., & Kuendig, H. (submitted). What is worse? A hierarchy of family-related risk factors predicting alcohol use in adolescence. *Substance Use & Misuse*.
- Kuntsche, E. N., & Schmid, H. (2001). Die Situation in der Familie und das wahrgenommene Verhalten der Eltern. In H. Schmid, E. N. Kuntsche & M. Delgrande (Eds.), *Anpassen, ausweichen, auflehnen? Fakten und Hintergründe zur psychosozialen Gesundheit und zum Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern* (pp. 177-204). Bern: Haupt.
- Kuntsche, E. N., & Silbereisen, R. K. (in press). Parental closeness and adolescent substance use in single parent and intact families in Switzerland. *Swiss Journal of Psychology*.
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K. D., Diamond, G. S., Barrett, K., & Tejada, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27 (4), 651-688.
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Ungaro, R. A., & Henderson, C. (in press). Early intervention for adolescent substance abuse: pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*.
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Quille, T. J., Dakof, G. A., Mills, D. S., Sakran, E., et al. (2002). Transporting a research-based adolescent drug treatment into practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22 (4), 231-243.
- Mäkelä, P., Fonager, K., Hibell, B., Nordlund, S., Sabroe, S., & Simpura, J. (2001). Episodic heavy drinking in four Nordic countries: a comparative survey. *Addiction*, 96 (11), 1575-1588.
- McBride, N., Farringdon, F., Midford, R., Meuleners, L., & Phillips, M. (2004). Harm minimization in school drug education: final results of the School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP). *Addiction*, 99 (3), 278-291.
- McDonald, P., Colwell, B., Backinger, C. L., Husten, C., & Maule, C. O. (2003). Better practices for youth tobacco cessation: evidence of review panel. *American Journal of Health Behavior*, 27 Suppl 2, S144-S158.
- Moffitt, T. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100 (4), 674 - 701.
- Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) (1994). *Guidelines for School Health Programs to Prevent Tobacco Use and Addition*. Center for Disease Control (CDC), from <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00026213.htm>
- Müller, S., & Gmel, G. (2002). Veränderungen des Einstiegsalters in den Cannabiskonsum: Ergebnisse der zweiten Schweizer Gesundheitsbefragung 1997. [Changes in the age of

- onset of cannabis use: results of the 2nd Swiss Health Survey 1997]. *Sozial- und Präventivmedizin*, 47 (1), 14-23.
- Narring, F., Tschumper, A., Inderwildi Bonivento, L., Jeannin, A., Addor, V., Bütikofer, A., et al. (2003). *Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (2002). SMASH 2002 : Swiss multicenter adolescent study on health 2002*. Lausanne / Bern / Bellinzona: Institut universitaire de médecine sociale et préventive / Institut für Psychologie / Sezione sanitaria.
- Plant, M., Miller, P., Thornton, C., Plant, M., & Bloomfield, K. (2000). Life stage, alcohol consumption patterns, alcohol-related consequences, and gender. *Substance Abuse*, 21 (4), 265-282.
- Rajan, K. B., Leroux, B. G., Peterson, A. V., Jr., Bricker, J. B., Andersen, M. R., Kealey, K. A., et al. (2003). Nine-year prospective association between older siblings' smoking and children's daily smoking. *Journal of Adolescent Health*, 33 (1), 25-30.
- RauchstoppZentrum Zürich (2003). *Experiment NichtRauchen*. RauchstoppZentrum Zürich, from <http://www.rauchstoppzentrum.ch/0189fc92f1129a501/0189fc93ad1114d07/>
- Rehm, J., Gmel, G., Sempos, C. T., & Trevisan, M. (2003). Alcohol-related morbidity and mortality. *Alcohol Research and Health*, 27 (1), 39 - 51.
- Rehm, J., Room, R., Graham, K., Monteiro, M., Gmel, G., & Sempos, C. T. (2003). The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction*, 98 (9), 1209-1228.
- Rehm, J., Room, R., Monteiro, M. G., Gmel, G., Graham, K., Rehn, N., et al. (in press). Alcohol. In M. Ezzati, A. D. Lopez, A. Rodgers & C. J. L. Murray (Eds.), *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Due to Selected Major Risk Factors*. Geneva: World Health Organisation (WHO).
- Room, R. (2001). Intoxication and bad behaviour: understanding cultural differences in the link. *Social Science and Medicine*, 53 (2), 189-198.
- Room, R., & Mäkelä, K. (2000). Typologies of the cultural position of drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 61 (3), 475-483.
- Rose, G. (1985). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 14 (1), 32-38.
- Russell, M. A. (1990). The nicotine addiction trap: a 40-year sentence for four cigarettes. *British Journal of Addiction*, 85 (2), 293-300.
- Sargent, J. D., Mott, L. A., & Stevens, M. (1998). Predictors of smoking cessation in adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 152 (4), 388-393.
- Schmid, H., Gmel, G., & Janin Jacquat, B. (1999). Neue epidemiologische Befunde zum Rauchen in der Schweiz. *Suchtmagazin*, 25 (5), 3-13.
- Schmid, H., in Zusammenarbeit mit, Graf, M., Delgrande Jordan, M., Kuntsche, E. N., Kuendig, H., et al. (2003). *Trends im Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz* (No. Ausgewählte Ergebnisse einer Studie, durchgeführt unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO), und mit der finanziellen Unterstützung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) sowie der Kantone). Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- Schneewind, K. A. (1999). *Familienpsychologie* (2nd ed.). Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

- Shibuya, K., Ciecierski, C., Guindon, E., Bettcher, D. W., Evans, D. B., & Murray, C. J. L. (2003). WHO Framework Convention on Tobacco Control: development of an evidence based global public health treaty. *British Medical Journal*, 327 (7407), 154-157.
- Skog, O.-J. (1985). The collectivity of drinking cultures: a theory of the distribution of alcohol consumption. *British Journal of Addiction*, 80, 83-99.
- Solowij, N., & Grenyer, B. F. S. (2002). Are the adverse consequences of cannabis use age-dependent? *Addiction*, 97 (9), 1083-1086.
- Spoth, R. L., Redmond, C., & Shin, C. (2001). Randomized trial of brief family interventions for general populations: adolescent substance use outcomes 4 years following baseline. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (4), 627-642.
- Spoth, R. L., Redmond, C., Trudeau, L., & Shin, C. (2001). Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16, 129-134.
- Stattin, H., & Kerr, M. (2000). Parental monitoring: a reinterpretation. *Child Development*, 71 (4), 1072-1085.
- Tobler, N. S. (1992). Drug prevention programs can work: research findings. *Journal of Addictive Diseases*, 11 (3), 1-28.
- Triple P (2004). *Triple P - Positive Parenting Program*. Institut für Familienforschung und -beratung, Universität Fribourg, from www.triplep.ch
- Tucker, J. S., Orlando, M., & Ellickson, P. L. (2003). Patterns and correlates of binge drinking trajectories from early adolescence to young adulthood. *Health Psychology*, 22 (1), 79 - 87.
- US Department of Health and Human Services (2003). *Preventing Drug Abuse among Children and Adolescents - Selected Resources and References*. National Institute on Drug Abuse (NIDA), from <http://www.nida.nih.gov/Prevention/resources.html>
- Vaucher, S., Rehm, J., Benvenuti, J., & Muller, R. (1995). Young teenagers and access to alcohol in a Swiss canton: evidence from observational testing and from a telephone survey. *Addiction*, 90 (12), 1619-1625.
- Wicki, M., Kuntsche, E. N., Gmel, G., Grichting, E., & Rehm, J. (2003). *ESPAD 03: Country Report 1, Switzerland*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
- World Health Organization (WHO) (2002). *Prevention of Psychofictive Substance Use - A Selected Review of What Works in the Area of Prevention*. Geneva: World Health Organisation (WHO).
- World Health Organization (WHO) (2004). *The Tobacco Free Initiative (TFI)*. WHO, from http://www.who.int/tobacco/statistics/country_profiles/en/

Auskunft: Gerhard Gmel, Tel. ++41 21 321 29 59, ggmel@sfa-ispa.ch

Bearbeitung: Gerhard Gmel, Emmanuel Kuntsche, Matthias Wicki,
Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere
Drogenprobleme (SFA), Lausanne

Jürgen Rehm, Esther Griching,
Institut für Suchtforschung, Zürich

Vertrieb: SFA, Postfach 870, 1001 Lausanne

Bestellnummer: Forschungsbericht

Preis:

Grafik/Layout: SFA

Copyright : © SFA-ISPA Lausanne 2004

ISBN :
