

Lausanne  
März 2009

## Abschlussbericht

Forschungsbericht

Das European School Survey Project  
on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)  
in der Schweiz: Wichtigste Ergebnisse  
im Vergleich 2003 und 2007

Gerhard Gmel  
Emmanuel Kuntsche  
Matthias Wicki  
Florian Labhart

## Danksagung

Wir danken der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme für die Finanzierung der Studie. Wir danken ebenso Elisabeth Grisel-Staub für die Gestaltung des Berichts. Insbesondere gilt unser Dank Michel Graf, Sabine Dobler und Jacqueline Sidler für ihre aufmerksame Durchsicht des Manuskripts und die vielen hilfreichen Kommentare zu den ersten Versionen.

---

<b>Auskunft:</b>	Gerhard Gmel, Tel. ++41 21 321 29 59, <a href="mailto:ggmel@sfa-ispa.ch">ggmel@sfa-ispa.ch</a>
<b>Bearbeitung:</b>	Gerhard Gmel, Emmanuel Kuntsche, Matthias Wicki & Florian Labhart, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA), Lausanne
<b>Vertrieb:</b>	SFA, Postfach 870, 1001 Lausanne
<b>Bestellnummer:</b>	Forschungsbericht
<b>Preis:</b>	
<b>Grafik/Layout:</b>	SFA
<b>Copyright :</b>	© SFA-ISPA Lausanne 2009
<b>ISBN :</b>	

---

## Inhaltsverzeichnis

<b>Executive Summary .....</b>	<b>3</b>
Tabak .....	3
Alkohol .....	4
Cannabis .....	7
Schlussfolgerungen hinsichtlich einer zukünftigen Teilnahme der Schweiz am ESPAD Survey .....	8
<b>Einleitung .....</b>	<b>9</b>
<i>Schlussfolgerung und Empfehlung:</i> .....	10
Tabak .....	10
<i>Ergebnisse aus ESPAD 2007</i> .....	10
<i>Vergleiche mit HBSC 2006 und ESPAD 2003</i> .....	13
<i>Schlussfolgerung und Empfehlungen:</i> .....	14
Alkohol .....	15
<i>Ergebnisse aus ESPAD 2007</i> .....	15
<i>Vergleiche mit HBSC 2006 und ESPAD 2003</i> .....	27
<i>Schlussfolgerung und Empfehlungen</i> .....	30
Cannabis .....	32
<i>Ergebnisse aus ESPAD 2007</i> .....	32
<i>Vergleiche mit HBSC 2006 und ESPAD 2003</i> .....	37
<i>Schlussfolgerung und Empfehlungen</i> .....	39
Weitere Ergebnisse aus ESPAD 2007 und Vergleiche mit ESPAD 2003 .....	40
<i>Schlussfolgerungen und Empfehlungen</i> .....	47
<b>Literaturliste .....</b>	<b>49</b>
<b>Appendix .....</b>	<b>56</b>



Das **E**uropean **S**chool **S**urvey **P**roject on **A**lcohol and Other **D**rugs  
(ESPAD) in der Schweiz:  
Wichtigste Ergebnisse im Vergleich 2003 und 2007

**Gerhard Gmel, Emmanuel Kuntsche, Matthias Wicki, Florian Labhart**

### **Executive Summary**

ESPAD befragt über ganz Europa hinweg in 35-40 Ländern regelmässig Schüler und Schülerinnen in der für Prävention wichtigen Altersstufe von 15 Jahren. Zuletzt fand die Umfrage 2007 statt. Die Schweiz beteiligte sich dabei zum zweiten Mal, so dass erstmalig Veränderungsmessungen möglich wurden. Finanziert wurde die Studie 2007 von der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme. Zielgruppe der internationalen Studie sind solche Schüler und Schülerinnen, die im Jahr der Befragung 16 Jahre alt wurden. Weil die Befragung im Klassenverband stattfand, nahmen 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. In der schweizerischen Teilstudie wurden im Jahr 2003 insgesamt 6'993 (M: 3'540; J: 3'453) Schüler der Jahrgänge 1986 bis 1989 befragt. Im Jahr 2007 waren es 7'281 junge Menschen der Jahrgänge 1990 bis 1993 (davon 3'729 Mädchen und 3'552 Jungen). ESPAD geniesst in den Schweizer Schulen eine hohe Akzeptanz, was qualitativ hochwertige, reliable und valide Aussagen zum Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum ermöglicht.

### **Tabak**

In Bezug auf den Tabakkonsum liegt die Schweiz im europäischen Vergleich im unteren Drittel. Weltweit verglichen sind die Prävalenzraten allerdings recht hoch. So haben bereits 40% der 13-Jährigen zumindest einmal im Leben geraucht. Diese Rate steigt mit dem Alter deutlich an: mehr als 60% der 16-Jährigen haben zumindest einmal geraucht. Die Monatsprävalenz (also der Prozentsatz der aktuell Konsumierenden) steigt von 12.5% im Alter von 13 Jahren auf 31.5% bei den 16-Jährigen an. Täglich rauchen 3.7% der 13-Jährigen und 19.72% der 16-Jährigen. Erfreulich ist jedoch, dass der Tabakgebrauch in dieser Altersgruppe seit 2003 deutlich zurückgegangen ist. Je nach Alter und Geschlecht ist beispielsweise die Monatsprävalenz um etwa 6-8 Prozentpunkte gesunken.

Die niedrige Position im Europavergleich sowie der Rückgang der Prävalenz beim Rauchen bedeutet keine Entwarnung für künftige Public-Health-Probleme in der Schweiz: Ohne geeignete Gegenmassnahmen wird dieser Risikofaktor langfristig zu einem deutlichen Verlust an Lebensjahren führen (Ezzati *et al.*, 2002; Ezzati & Lopez, 2003). Die Public-Health-Situation stellt sich nur deswegen weniger dramatisch dar, weil sich zum ersten Mal in den letzten 20 Jahren bei den Jugendlichen ein Rückgang des Rauchens abzeichnet. Zu erwähnen

ist in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass knapp die Hälfte der 13-Jährigen schon einmal geraucht hat. Das ist deshalb besorgniserregend, 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 keine Verhaltensänderungen. 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 Jugendliche 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 weit verbreitet und stellt hierzulande (wie auch gesamteuropäisch) das wichtigste Public-Health-Problem im Jugendalter dar (Rehm *et al.*, 2004). Erfreulich stimmt, dass gemäss unserer Ergebnisse, aber auch basierend auf den Ergebnissen der Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Befragung (Schmid *et al.*, 2008), in der Schweiz episodischer Risikokonsum nach Zunahmen bis zu Beginn des neuen Jahrtausends in den letzten Jahren abgenommen hat. Dennoch: Fast 50% der 13-Jährigen haben in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert. Bei den 15-Jährigen sind es bereits 74%, obwohl Alkohol an Jugendliche unter 16 Jahren nicht verkauft oder abgegeben werden darf. Besonders bemerkenswert ist, dass bereits 14% der 13-Jährigen in der Schweiz zumindest einmal im Monat fünf und mehr Getränken pro Trinkgelegenheit zu sich nahmen. Dieser Anteil steigt auf knapp 40% bei den 16-Jährigen.

Insbesondere auf die Reduktion der Gelegenheiten mit Rauschtrinken müssen primärpräventive, sowohl universelle als auch selektive, 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 Rauschtrinkenden wie in der Schweiz lassen sich nicht nur durch problematische Sozialisierung bestimmter Gruppen von Jugendlichen erklären. Aller Erkenntnis nach wird solches Trinkverhalten auch durch die hierzulande weit verbreitete Akzeptanz jugendlichen Alkoholkonsums, Gruppendruck oder toleriertes Neugierverhalten entscheidend begünstigt und betrifft somit breite Bevölkerungskreise dieser Altersgruppe.

Waren im Jahr 2003 noch Spirituosen und Mixgetränke mit Spirituosen die bevorzugten Getränke Jugendlicher, so ist dies 2007 nur noch bei den Mädchen der Fall; bei den Jungen ist

Bier wieder zum beliebtesten Getränk geworden. Ein bedeutsamer Faktor, der zu diesem neuartigen Konsummuster mit beigetragen haben dürfte, ist vermutlich die zum 1. Februar 2004 in Kraft getretene Zusatzsteuer auf Alcopops. Selbst wenn ein Umstieg von so genannten Premix-Getränken zu selber gemischten Getränken festzustellen ist, so hat dieser Umstieg die Reduktion bei Alcopops nicht vollständig kompensiert. Insgesamt ist ein Rückgang von Premix und selbstgemischten Getränken festzustellen.

Alkohol ist eindeutig und unumstritten der grösste Risikofaktor für Gesundheit und soziale Folgen im Jugendalter. Daher stellt sich für eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik drängender denn je die Frage: Wie können der problematische Konsum und seine Auswirkungen in der Schweiz reduziert werden? In diesem Kontext lassen Studien besonders 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; Scheuber *et al.*, 2008): 87% der 15-Jährigen Jugendlichen geben beispielsweise an, Bier sei "sehr einfach" oder „ziemlich einfach“ zu beschaffen, bei den Spirituosen sind es über 50%. Rigorose Kontrollen erweisen sich hier als sehr wirksame Gegenmassnahmen (Babor *et al.*, 2003). Positiv stimmt, dass die wahrgenommene Verfügbarkeit zwischen 2003 und 2007 teilweise deutlich gesunken ist. Dies könnte darauf hin deuten, dass Jugendschutzbestimmungen ernster genommen werden, was teilweise geringere Erfolgsquoten bei Testkäufen bestätigen.

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 behördliche Aufgabe. Wird sie nicht wahrgenommen, wird nicht nur die Gesundheit der Bevölkerung, sondern auch das allgemeine Rechtsbewusstsein im Zusammenhang mit gesetzlichen Regulierungsmassnahmen geschwächt.

Aber auch andere Akteure tragen hier Verantwortung: Jugendliche in der Schweiz konsumieren nämlich häufig an Orten, die sich behördlichen Kontrollmöglichkeiten entziehen, beispielsweise im Elternhaus oder privat im Freundeskreis. Lehrpersonen, Eltern, Verwandte und Bekannte sind hier wichtige Akteure. Sie 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 6.4% 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 solchen Kommunikationsstrukturen etabliert worden war, tranken im gleichen Zeitraum über 30% in solch riskanten Häufungen.

Behördliche Massnahmen und elterliche Kontrollen hängen eng zusammen. Wie verschiedene Studien auch ausserhalb des Alkoholbereiches zeigen, lassen sich Eltern in ihren Erziehungsgrundsätzen bezüglich Substanzkonsums und Regelverletzungen durch behördliche Regelungen beeinflussen. Mit anderen Worten: Eine strikte und wohl begründete Durchsetzung des Jugendschutzgesetzes wird auch die Akzeptanz des jugendlichen Rauschtrinkens im privaten Umfeld vermindern. Die Ergebnisse zeigen, dass im Jahr 2007 40% der 13-jährigen Jungen und 55% der gleichaltrigen Mädchen innerhalb des letzten Monats vor der Befragung sich in Bars, Restaurants und Discos Alkohol kaufen konnten. Dies steigt bis auf knapp 70% bei den 15-Jährigen. Der Kauf „off-premise“, also in Supermärkten,

Tankstellen, Kiosks etc., liegt nur geringfügig unter diesen Zahlen. Dies verdeutlicht, dass Jugendschutzgesetze nicht ausreichend umgesetzt werden.

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 und insbesondere im Hinblick auf den Alkoholkonsum als nicht sehr effizient erwiesen (Edwards *et al.*, 1994; Babor *et al.*, 2003; Jones *et al.*, 2007), wobei jedoch zu bemerken ist, dass jegliche Evaluation zu Programmen in der Schweiz fehlt.

Solche Programme sind in der Regel bestenfalls geeignet, Wissen über und Einstellungen gegenüber Alkohol zu verändern, haben aber kaum 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 dann, 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 in der Regel ohne Wirkung auf das Verhalten.

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 solche Interventionen 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 (Uchtenhagen & Meili, 2004).

Jenseits einer Fokussierung präventiver Bemühungen auf so genannte 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 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 behördliche 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 ausgerichtete 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 Jugend-



licher berücksichtigen, Lehrpersonen und Eltern aktiv miteinbeziehen und sich interaktiv an die Zielgruppe wenden (US Department of Health and Human Services (USDHHS), 2003; World Health Organization (WHO), 2002). Solche Programme gibt es auch in der Schweiz (z.B. Triple P, 2004; Schönenberger *et al.*, 2006) und es werden Anstrengungen unternommen, evidenzbasierte Programme weiter zu verstärken (siehe den Auftrag des BAGs zur „Kollektive Expertise Uchtenhagen & Meili, 2004). Entscheidend dafür, möglichst effiziente Programme einzusetzen, ist eine wissenschaftliche Evaluation aller finanzierten Ansätze sowie eine regelmässige Supervision von erfolgversprechenden Ansätzen (US Department of Health and Human Services (USDHHS), 2003; World Health Organization (WHO), 2002).

## **Cannabis**

Die Schweiz zählt gegenwärtig in Europa zu den Ländern mit dem höchsten Cannabisgebrauchs-Niveau. Doch auch beim Cannabisgebrauch ist eine Entspannung der Lage zu sehen, der Konsum geht zurück. Dennoch kann auch hier keine Entwarnung gegeben werden: Knapp 10% der 13-Jährigen und fast ein Drittel der 16-Jährigen haben im Jahr vor der Befragung gekifft. Insbesondere bei Jugendlichen mit regelmässigem Gebrauch bestehen verschiedene Risiken. Deren Langzeitfolgen sind derzeit kaum abzuschätzen. Einige Schlüsse können bereits 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 präventiven Strategie der Cannabisgebrauch bei Tätigkeiten, die durch diesen beeinträchtigt werden, wie die Teilnahme am Strassenverkehr und in der Schule/Lehre stehen. Der Cannabisgebrauch im Strassenverkehr ist durch das Gesetz geregelt. In der Schule oder Lehre sind ebenso 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. Entkriminalisierung ist jedoch weder gleichbedeutend mit Legalisierung oder Banalisierung zu verstehen.

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. Die Risiken für kognitive Defizite, geringeren Bildungserfolg und eine verschlechterte psychosoziale Anpassung sind bei einem frühen Einstiegs in den Cannabisgebrauch erhöht (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.*, 2004).

### **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.*, 2004, 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 nicht-europäischen 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 2007 (in einigen Ländern erst 2008) zum vierten Male in fast 40 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 2007 ist eine repräsentative Erhebung der Konsummuster der 1991 geborenen Schüler und Schülerinnen, d.h. von Jugendlichen, die im Jahre 2007 16 Jahre alt geworden sind. 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 2'529 Jugendliche (Mädchen: 1'255; Jungen: 1'274) des Jahrganges 1991 (im Vergleich zu 2003: 2'613 Jugendliche; Mädchen: 1'335; Jungen: 1'278 des Jahrganges 1987) befragt worden und gaben ausreichend Angaben, um analysiert werden zu können (siehe unten für fehlende Werte). Um Schüler<sup>1</sup> eines Jahrganges 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 mit erhoben werden konnte. Deshalb kann die ESPAD-Studie als repräsentativ für die Jahrgänge 1989 bis 1992 in der Schweiz angesehen werden, d.h. also für 13- bis 16-Jährige. Insgesamt wurden 7'281 (M: 3'729; J: 3'552; Vergleich zu 2003: 6'993; M: 3'540; J: 3'453) Schüler dieser Jahrgänge mit ausreichend Beantwortung der gestellten Fragen erhoben. Für die folgenden Empfehlungen wurden die Ergebnisse aller Altersgruppen mit einbezogen. Ein umfangreicher Bericht zur Stichprobenziehung und verwendeten Methodologie wurde an die internationale Koordinationsgruppe von ESPAD geliefert (Kuntsche *et al.*, 2007). Eine Neuerung zu früheren Befragungen ergibt sich dadurch, dass jetzt die Daten zentral für alle Länder bereinigt werden. Um nicht auf den internationalen Bericht warten zu müssen, wurde von der Schweizer Gruppe die Datenbereinigung selber vorgenommen. Da hierbei andere, und mehr aufwändige Prinzipien zur Anwendung kamen (auch um Vergleichbarkeit mit den Daten von 2003 herzustellen), können die Zahlen in diesem Bericht leicht von jenem des internationalen Schlussberichtes abweichen. Auch wurden teilweise im Alkoholbereich andere und zusätzliche Fragen gestellt, so dass die Daten untereinander besser und konsistenter abgeglichen werden konnten. Wir berichten deshalb zum einen die „alte Bereinigungsvariante“, auch um Trendaussagen vornehmen zu können. In Anhängen wird zum Alkoholkonsum auch die neuer Dateneditierungs- und -bereinigungsart berichtet.

Der vorliegende Bericht fasst die Hauptergebnisse der Erhebung 2007 zusammen und vergleicht diese mit den Ergebnissen des Jahres 2003.

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

- 87.8% der angeschriebenen Klassen beteiligten sich an der Studie.
- 94.2% aller regulär der Klasse zugehörigen Schüler füllten den Fragebogen aus, d.h. nur 5.8% der Schüler waren entweder am Befragungstag nicht anwesend oder verweigerten die Befragung, wobei Verweigerungen sehr gering sind.

<sup>1</sup> Zur Vereinfachung verwenden wir im Folgenden immer die Form Schüler für Schüler und Schülerinnen.

- Ein neues computergesteuertes Einleseverfahren garantierte die zuverlässige und kostengünstige Dateneingabe (vgl. Gmel *et al.*, 2003).
- Weniger als 1% der Fragebögen waren unbrauchbar, in der Regel, wegen fehlender Alters- oder Geschlechtsangaben, bzw. bei Schülern jungen Alters (12-Jährige), weil die Fragen nicht verstanden worden waren. Nur sehr wenige Schüler höheren Alters liessen mehr als die Hälfte der Fragen unausgefüllt und wurden ausgeschlossen.
- 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 Netalin etwas höher (1.1%).
- Im Durchschnitt wurden von den Schülern weit über 95% aller Fragen zum Alkohol-, Tabak und Drogenkonsum beantwortet.
- Inkonsistente Antwortmuster (z.B. Angabe „nie geraucht“ jedoch vorliegende Altersangabe für die erste gerauchte Zigarette) lagen in der Regel unter 2%.

#### *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 Jugendlichen in der Schweiz (Alkohol, Tabak, illegale Drogen, für einen quantitativen Vergleich von Risikofaktoren siehe Rehm *et al.*, 2004) 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 Jugendlichen in der Schweiz 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 2007*

Bereits im Alter von 13 Jahren haben fast 40% der Jugendlichen in der Schweiz schon einmal geraucht. Diese Zahlen steigen mit dem Alter weiter an, so dass mit 16 Jahren bereits mehr als 60% 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 30-40 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 oder sogar weniger (ein paar Züge) 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 %), ESPAD 2007*

		13 Jahre	14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre
<b>jemals</b>	Jungen	39.6	49.6	60.3	60.8
	Mädchen	35.6	46.5	59.0	61.3
	gesamt	37.5	48.0	59.6	61.1
<b>40+ Gelegenheiten</b>	Jungen	6.3	11.1	20.3	23.5
	Mädchen	4.3	10.2	15.9	17.6
	gesamt	5.3	10.6	18.1	20.5

Die Unterschiede von fast 40% zwischen der Lebenszeitprävalenz generell und der Prävalenz von mindestens 40 Gelegenheiten mit gerauchten Zigaretten sollte dabei jedoch nicht dazu verleiten, die Problematik jugendlichen Rauchens als gering einzuschätzen. 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 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 12% der Jugendlichen im Alter von 13 Jahren und mehr als 30% 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 %), ESPAD 2007*

	13 Jahre	14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre
Jungen	12.2	18.1	29.7	34.7
Mädchen	12.8	18.9	29.1	28.4
gesamt	12.5	18.6	29.4	31.5

16.4% der 15-Jährigen rauchen täglich, wobei die Anteile täglich Rauchender von 3.7% bei 13-Jährigen bis zu 19.7% bei den 16-Jährigen ansteigen. Abbildung 1 zeigt, wie parallel Indikatoren zum Zigarettenrauchen in der Schweiz verlaufen.

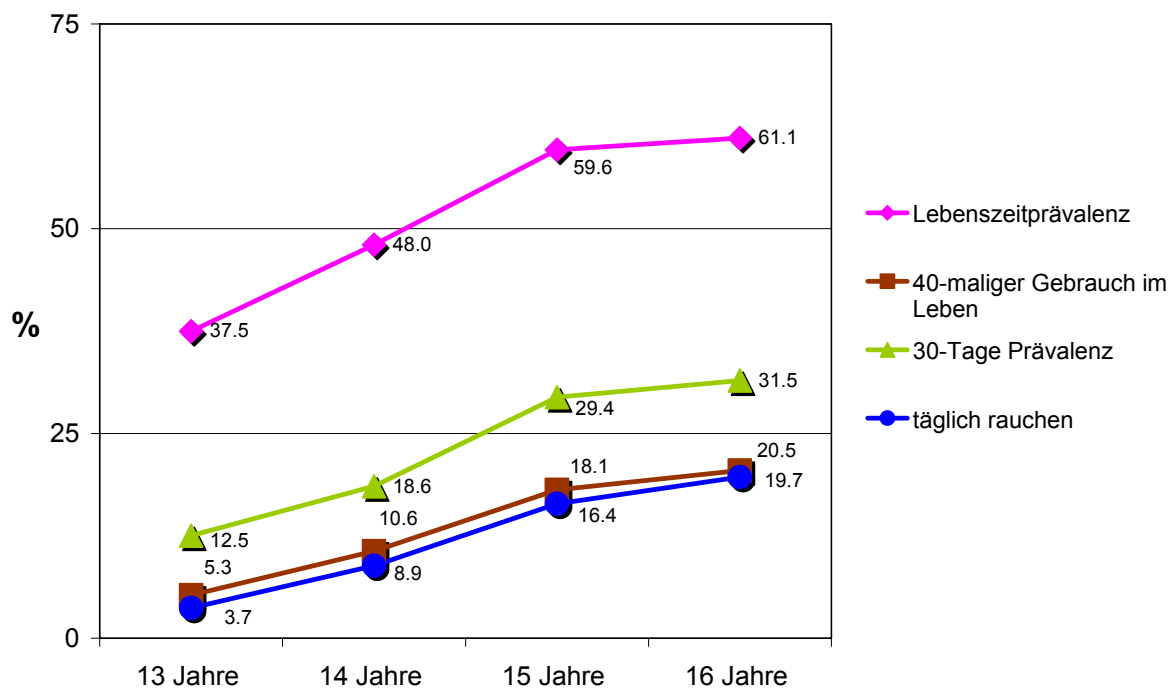
Interessant ist dabei, wie eng der Indikator von 40 oder mehr Konsumgelegenheiten im Leben mit jenem des täglichen Zigarettenkonsums in den letzten 30 Tagen zusammenhängt. Zwar sind die Jugendlichen bei beiden Indikatoren nicht notwendigerweise dieselben, jedoch sind 71% jener mit mehr als 40 Rauchgelegenheiten im Leben auch aktuell täglich Rauchende, und nur 20% mit einem Lebenszeitkonsum von 40 Gelegenheiten rauchen nicht täglich. Nur 9% 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 80% an, mehr als 40 Zigaretten im Leben geraucht zu haben, und 20% 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, 2007



Auf der anderen Seite haben 87% 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 regelmässigem 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).

In diesem Zusammenhang stimmt es bedenklich, dass 53% der Jugendlichen es als ziemlich einfach oder sehr einfach finden, sich Zigaretten zu besorgen, falls sie es denn wollten. Diese Wahrnehmung einer leichten Erhältlichkeit steigt mit dem Alter stetig um etwa 12 bis 13 Prozentpunkte an und liegt bei 15-Jährigen bei 77.5%. So zeigt dann auch ein Studie in der Schweiz, dass in einem Kanton, der entsprechende Abgabebestimmungen kennt, Minderjährige bei Testkäufen in etwa 85% aller Versuche Zigaretten kaufen können (Kuendig *et al.*, 2008).

#### Vergleiche mit HBSC 2006 und ESPAD 2003

Im Vergleich mit der ESPAD Erhebung vor vier Jahren ist ein Rückgang im Probierkonsum von Tabakwaren festzustellen (Abbildung 2). Lebenszeitprävalenzen bei Jugendlichen lassen kaum weitere Aussagen zu. Bedeutsamer ist hier, dass auch der aktuelle Tabakkonsum, also das Rauchen in den letzten 30 Tagen, in allen Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern zurückgegangen ist (Abbildung 3). Es scheint sich also auch hier zu bewahrheiten, dass Konsumverhalten bei Jugendlichen meist parallel verlaufen. Probieren mehr Jugendliche, so bleiben auch mehr Jugendliche dabei und vice versa. Erfreulich ist es, dass je jünger die Jugendlichen sind, umso stärker ist der Rückgang, was darauf hindeutet, dass gerade in den letzten Jahren die Präventionsnachricht zum Gefährdungspotential von Tabakwaren, und dabei insbesondere jene zur Gefährdung durch einen frühen Einstieg in den Tabakgebrauch, angekommen zu sein scheint.

Abbildung 2: Vergleich der Lebenszeitprävalenz des Rauchens nach Alter und Geschlecht, ESPAD 2003 und 2007

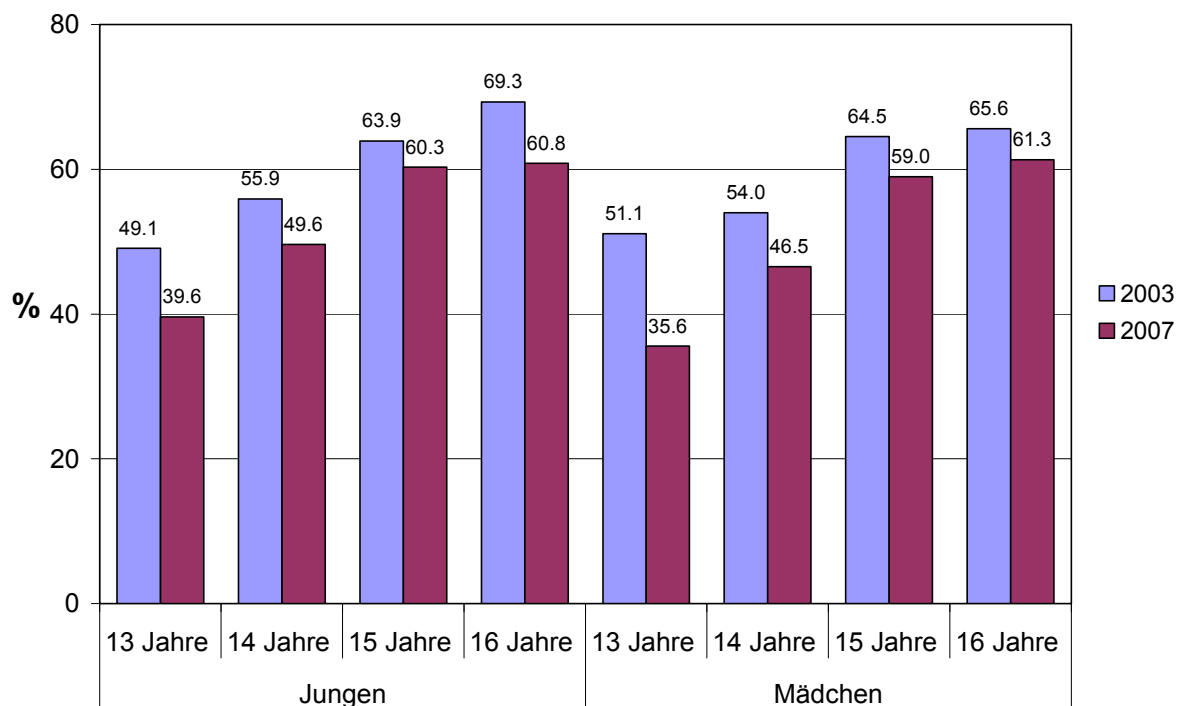
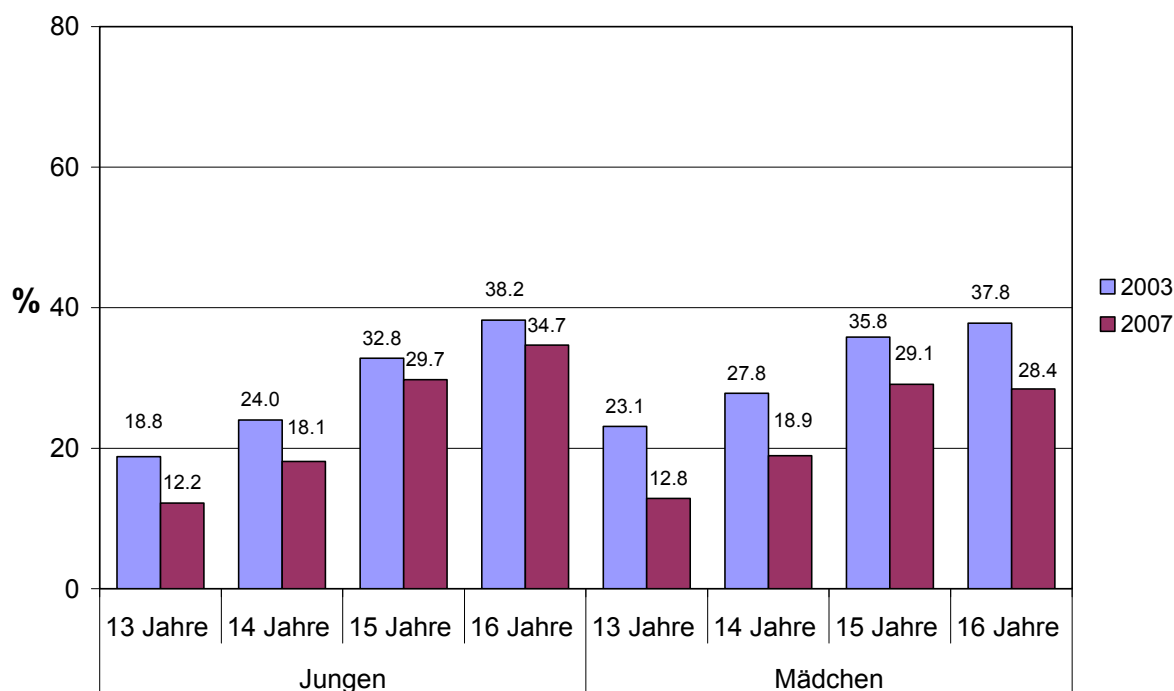


Abbildung 3: Vergleich der 30-Tagesprävalenz des Rauchens nach Alter und Geschlecht, ESPAD 2003 und 2007



Im Vergleich zur ESPAD 2007 wurden in der HBSC-Studie (Health Behavior of School Aged Children, Currie *et al.*, 2008; Schmid *et al.*, 2008) von 2006 bei den 15-Jährigen mit unter 11% (M: 11%; J: 10.2%) und bei den 13-Jährigen mit 1.7% (Jungen) und 1.4% (Mädchen) leicht weniger täglich Rauchende ermittelt als in ESPAD. Die Daten zur Lebenszeitprävalenz sind zwischen dem nationalen (Schmid *et al.*, 2008) und internationalen Bericht (Currie *et al.*, 2008) leicht unterschiedlich und liegen bei etwa 61% und 57% der Jungen und Mädchen im Alter von 15 Jahren und bei etwa 35-36% bei den 13-jährigen Jungen und 26-30% bei den 13-jährigen Mädchen. Allgemein ermittelt HBSC Prävalenzen, die unter jenen der ESPAD Studie liegen. Klar ist jedoch, dass auch in der HBSC Studie seit 2002 das Rauchen bei Jugendlichen zurückgegangen ist und sich gemäss HBSC die Schweiz jetzt im unteren Drittel der europäischen Rangliste im Hinblick auf das tägliche Rauchen befindet.

#### Schlussfolgerung und Empfehlungen:

Trotz der derzeitigen Position im hinteren Drittel 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). Positiv ist jedoch auf der einen Seite zu berücksichtigen, dass erstmalig in den letzten 20 Jahren eine klar rückläufige Tendenz im Tabakkonsum bei Jugendlichen auszumachen ist. Auf der anderen Seite muss bemerkt werden, dass immer noch knapp 40% 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 im Jugendalter – 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 Kinderalter 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 (1) eingebettet sind in eine generelle Schulpolitik zum Rauchen, die auch umgesetzt wird (school policy: Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), 1994; Backinger *et al.*, 2003a), (2) Lehrpersonen ausreichend in Präventionsmassnahmen geschult worden sind und (3) 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 *et al.*, 2003). Zur Zeit scheinen Ansätze der kognitiven Verhaltenstherapie am besten geeignet zu sein (McDonald *et al.*, 2003), insbesondere bei jenen, die aufhörwillig sind oder bereits aufgehört haben und über diese Ansätze in der Abstinenz gehalten werden. 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, respektive 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 46% der 15-Jährigen kein oder nur ein geringes Risiko beim gelegentlichen Rauchen (siehe unten). Hier besteht weiterer Aufklärungsbedarf. Strukturelle Massnahmen wie Steuererhöhungen und ein Verbot von Werbung und Sponsoring haben sich als wirkungsvolle und kosteneffiziente präventive Massnahmen für diese Altersgruppe herausgestellt (Shibuya *et al.*, 2003).

## Alkohol

### *Ergebnisse aus ESPAD 2007*

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. Mehr als 75% 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. Gut 7% der 13-Jährigen haben Alkohol bereits 40-mal oder häufiger konsumiert. Ein so hohes Konsumniveau von 13-Jährigen ist bedenklich, da je früher regelmässig Alkohol konsumiert wird desto grösser wird das Risiko für alkoholbedingte Probleme im weiteren Lebensverlauf. Bei den 16-Jährigen ist es dann bereits fast ein Drittel, das bereits 40-mal oder häufiger mit Alkohol in Berührung gekommen ist.

Tabelle 3: Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums und des Alkoholkonsums 40-mal und häufiger nach Alter und Geschlecht (in %), ESPAD 2007

		13 Jahre	14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre
<b>jemals</b>	Jungen	78.9	86.1	92.4	94.0
	Mädchen	74.7	84.1	91.0	94.0
	gesamt	76.7	85.0	91.7	94.0
<b>40+</b>	Jungen	10.2	14.7	28.2	39.4
	Mädchen	5.0	8.5	16.0	24.5
	gesamt	7.4	11.5	22.1	31.7

Aussagekräftiger als der Lebenszeitkonsum in einem Hochkonsumland wie der Schweiz ist der Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen. Etwa 46% der 13-Jährigen haben in den letzten 30 Tagen vor der Befragung Alkohol konsumiert, bei den 15-Jährigen, einer Altersgruppe, der noch nicht legal Alkohol verkauft werden darf, sind es bereits 74% (Tabelle 4). Fragt man die Jugendlichen, wie leicht sie sich Alkohol beschaffen können, so geben 87% der 15-jährigen Jugendlichen an, Bier sei "sehr einfach" oder „ziemlich einfach“ zu beschaffen. Bei Wein liegen die entsprechenden Werte bei 75%, und bei Spirituosen (inklusive Alcopops) mit einem legalen Verkaufsalter von mindestens 18 Jahren sagen immer noch über 50%, es sei sehr oder ziemlich einfach, solche Getränke zu erhalten. Positiv ist jedoch zu bemerken, dass Jugendliche die Erhältlichkeit als schwieriger einschätzen, als sie dies noch 2003 getan haben.

Dennoch haben weiterhin weit über 60% der 15-Jährigen in den letzten 30 Tagen selber irgendeine Form von Trinkalkohol für den eigenen Konsum gekauft, und weit über 30% der gleichen Altersgruppe hat sich Spirituosen besorgt. Wein spielt eine, im Vergleich mit anderen alkoholischen Getränken, untergeordnetere Rolle: Nur etwa 10-15% der 15-Jährigen haben sich Wein für den eigenen Konsum gekauft. Tabelle 11 (siehe unten) gibt weitere Details zu den Alkoholkäufen von Jugendlichen. Interessant ist, dass obwohl die Erhältlichkeit von Alkohol schwieriger als 2003 eingeschätzt wird, sich mehr Jugendliche selber Alkohol in den letzten 30 Tagen besorgt haben (Gmel *et al.*, 2004).

Tabelle 4: 30-Tage-Prävalenz des mindestens einmaligen und des 10-maligen oder häufigeren Alkoholkonsums, ESPAD 2007

		13 Jahre	14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre
<b>jemals</b>	Jungen	46.0	60.0	76.1	81.0
	Mädchen	46.5	58.1	71.3	76.2
	gesamt	46.3	59.0	73.7	78.6
<b>mind. 10 Konsumgelegenheiten</b>	Jungen	4.6	5.8	12.9	18.6
	Mädchen	2.5	3.8	5.4	7.1
	gesamt	3.5	4.8	9.2	12.7

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 mehr 18% der 16-jährigen Jungen und 7% der Mädchen jeden dritten Tag oder häufiger, 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 grösserer Public-Health Relevanz als der doch recht seltene regelmässige Alkoholkonsum (Johnston *et al.*, 2003). Dies wird auch dadurch deutlich, dass es in vielen 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. Dies legt den Schluss nahe, dass die Mehrheit der Jugendlichen (noch) nicht regelmässig konsumiert, aber bei einzelnen Trinkgelegenheiten häufig sehr viel trinkt. Bereits 14% der 13-jährigen Jugendlichen haben wenigstens einmal in den letzten 30 Tagen 5 Gläser Alkohol oder mehr zu sich genommen. Über 35% 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; Kuntsche *et al.*, 2006), 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 Teil der Jugendlichen (ca. 5-10%) Probleme durch das gesamte Leben ziehen. 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). Unter anderem weil 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, ESPAD 2007*

		13 Jahre	14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre
<b>Jungen</b>	Nie	83.9	77.5	59.9	52.0
	1- bis 2-mal	12.0	15.7	26.2	30.2
	3-mal und häufiger	4.1	6.8	13.9	17.8
<b>Mädchen</b>	Nie	87.6	82.6	69.8	70.4
	1- bis 2-mal	9.6	13.2	22.7	21.5
	3-mal und häufiger	2.8	4.1	7.5	8.1
<b>gesamt</b>	Nie	85.9	80.2	64.8	61.5
	1- bis 2-mal	10.8	14.4	24.4	25.7
	3-mal und häufiger	3.4	5.4	10.7	12.8

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.*, 2004; Gmel & Rehm, 2003; Rehm *et al.*, 2003a). 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 bedeutsame Rolle spielt (Rehm *et al.*, 2003b). Da bei Jugendlichen die alkoholbedingten 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 in dieser Altersgruppe 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 übliche Klassifikation (siehe z.B. die Evaluation des Programms „Alles im Griff“, Gmel & Müller, 2003) wurden auch für die ESPAD-Daten die folgende Klassifizierung für einen risikoreichen Alkoholkonsum verwendet. Diese dient aber eher einem Vergleich mit älteren Bevölkerungsteilen und sollte nicht als Grenzwerte für Jugendliche verstanden werden. Die Normen wurden für Erwachsene entwickelt und stellen für Jugendliche, insbesondere sehr junge, sehr hohe Konsumwerte dar.

<b>Habituell Risikokonsumierende (heavy drinkers)</b>	<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
<b>Episodische Risikokonsumierende (binge drinkers)</b>	<i>Jungen und Mädchen:</i> 5 und mehr Getränke bei einer Gelegenheit, mindestens zweimal in den letzten 30 Tagen
<b>Risikokumulierende</b>	Sowohl chronischer als auch episodischer Risikokonsum
<b>Risikoarm Konsumierende</b>	Weder chronischer noch episodischer Risikokonsum, zuweilen beinhaltet diese Gruppe auch Abstinente
<b>Abstinente</b>	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 und 5+ für Jungen und Männer). 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 7% einem deutlichen Gesundheitsrisiko durch episodischen Risikokonsum aus. Dieser Prozentsatz steigt mit dem Alter an: fast 30% aller Jungen im Alter von 16 Jahren trinken episodisch risikoreich. Episodisch risikoreicher Konsum wird mit zunehmendem Alter eine Jugenddomäne. Sind bei den 13-Jährigen die Prävalenzen noch vergleichbar, so sind es bei den 16-Jährigen nur noch etwa halb so viele Mädchen wie Jungen, die episodisch risikoreich trinken. Bereits 2-4% 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, ESPAD 2007

		13 Jahre	14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre
<b>Jungen</b>	abstinent	54.4	40.4	24.1	19.2
	risikoarm	37.9	48.4	50.5	47.8
	chronisch risikoreich	0.0	0.0	0.6	0.4
	episodischer Risikokonsum	7.2	9.8	23.0	28.6
	risikokumulierende	0.5	1.3	1.9	4.0
<b>Mädchen</b>	abstinent	54.3	42.1	29.0	24.0
	risikoarm	39.3	50.0	55.5	57.8
	chronisch risikoreich	0.0	0.2	1.0	0.3
	episodischer Risikokonsum	5.7	6.2	13.0	15.3
	risikokumulierende	0.7	1.5	1.5	2.6

**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 Abstinenzzahlen 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 Alkoholkonsums war. Tabelle 7 zeigt, welche alkoholbedingten Probleme Jugendliche zu den ihren zählen. Dabei werden nur Ergebnisse für Alkoholkonsumierende berichtet.

Die Resultate sind klar: Episodisch risikoreich („bingende“) Konsumierende (zumindest 2-Mal in den letzten 30 Tagen) haben in der Regel 5- bis 10-Mal häufiger Probleme als nicht episodisch risikoreich-Konsumierende. Beispielsweise wurde im Durchschnitt etwa jeder zweite episodisch risikoreich konsumierende männliche Jugendliche nach eigenen Aussagen wegen des Alkoholkonsums in den letzten 12-Monaten ins Krankenhaus oder die Notfallaufnahme eingeliefert. Bei den Mädchen ist es etwa jede zehnte Jugendliche.

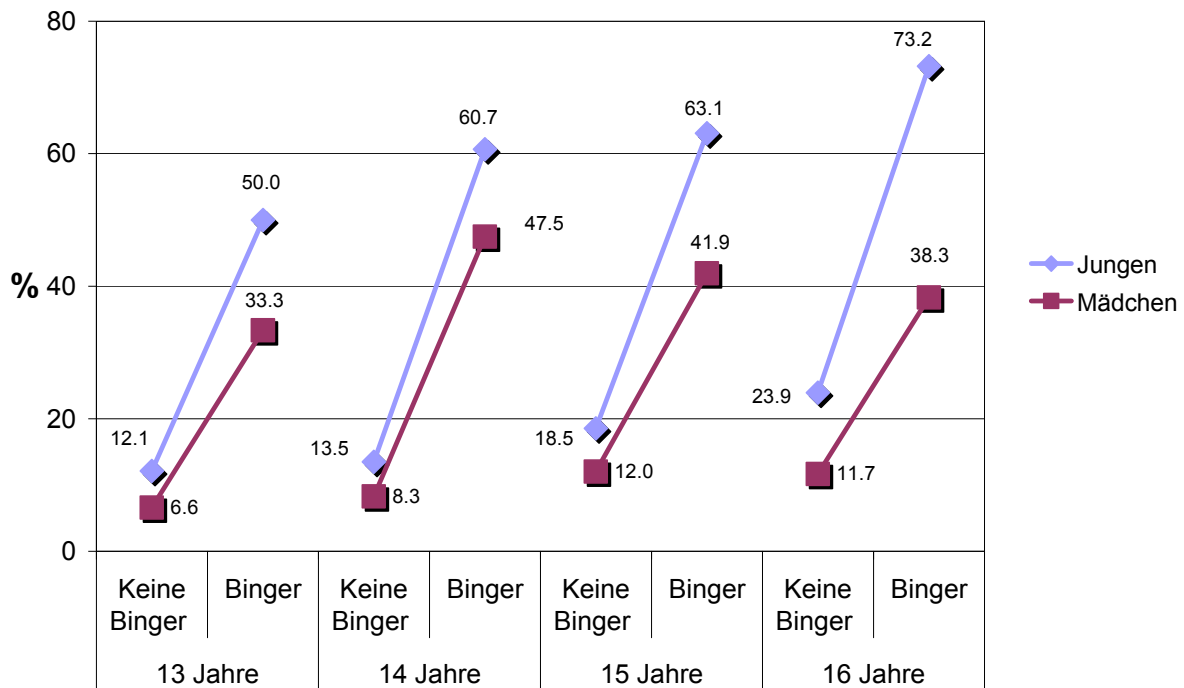
Tabelle 7: Häufigkeit (als Mittelwert) von Problemen in den letzten 12 Monaten infolge des Alkoholkonsums nach Alter und Geschlecht, nur Alkoholkonsumierende in den letzten 12 Monate

	13 Jahre		14 Jahre		15 Jahre		16 Jahre	
	kein Binger	Binger	kein Binger	Binger	kein Binger	Binger	kein Binger	Binger
<b>Jungen</b>								
körperliche Auseinandersetzung oder Kampf	0.1	2.7	0.3	1.8	0.2	2.0	0.2	2.3
Unfall oder Verletzung	0.1	1.2	0.2	1.5	0.1	1.5	0.1	1.1
ernsthafte Problem mit Eltern	0.1	0.2	0.2	1.9	0.2	0.9	0.2	0.9
ernsthafte Problem mit Freund(in)	0.1	0.4	0.2	1.8	0.1	0.7	0.1	0.5
schlechte Leistung in der Schule	0.2	0.5	0.2	1.5	0.2	1.1	0.2	2.1
Opfer eines Diebstahls oder Raubs	0.0	0.7	0.1	1.6	0.1	0.4	0.0	0.2
Problem mit der Polizei	0.1	4.2	0.2	2.4	0.2	1.2	0.1	1.8
Einweisung Krankenhaus oder Notfallaufnahme	0.0	0.6	0.1	1.3	0.0	0.6	0.0	0.5
sexueller Verkehr bereit am nächsten Tag	0.5	3.0	0.3	2.3	0.2	1.1	0.1	1.9
sexueller Verkehr ohne Kondom	0.4	3.7	0.3	3.5	0.2	1.5	0.0	2.2
<b>Mädchen</b>								
körperliche Auseinandersetzung oder Kampf	0.0	0.7	0.0	0.5	0.1	0.9	0.1	1.2
Unfall oder Verletzung	0.0	0.7	0.1	0.8	0.1	0.7	0.1	1.2
ernsthafte Problem mit Eltern	0.1	2.4	0.2	1.8	0.2	1.3	0.4	0.9
ernsthafte Problem mit Freund(in)	0.1	0.4	0.1	0.6	0.1	0.8	0.3	0.9
schlechte Leistung in der Schule	0.2	1.2	0.1	1.8	0.1	1.4	0.3	1.7
Opfer eines Diebstahls oder Raubs	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.2	0.0	0.6
Problem mit der Polizei	0.0	0.3	0.0	0.5	0.1	0.6	0.0	0.7
Einweisung Krankenhaus oder Notfallaufnahme	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.2	0.0	0.0
sexueller Verkehr bereit am nächsten Tag	0.0	0.6	0.0	0.5	0.1	0.6	0.1	0.2
sexueller Verkehr ohne Kondom	0.0	4.6	0.0	0.4	0.2	1.2	0.2	0.5

Es ist zu beachten, dass die Aussagen zu Tabelle 7 Durchschnittswerte der angegebenen Häufigkeiten von Problemen darstellen. Im Prinzip ist es auch möglich, dass einige wenige Jugendlichen beispielsweise sehr häufig in Krankenhäuser und Notfallaufnahmen eingeliefert worden sind. Abbildung 4 gibt deshalb Prozentsätze an, wie viele alkoholkonsumierende Jugendliche bereits Probleme hatten. Dabei betrachten wir eher schwerwiegender Problem, also nicht nur Streit oder Auseinandersetzungen mit Eltern, nämlich

- a) Körperliche Auseinandersetzung oder Kampf,
- b) Unfall oder Verletzung,
- c) Problem mit der Polizei,
- d) Einweisung Krankenhaus oder Notfallaufnahme und
- e) Sexueller Verkehr ohne Kondom.

Abbildung 4: Prävalenz des Auftretens mindestens eines von 5 Problemen wegen des Alkoholkonsums in den letzten 12 Monaten nach Bingerstatus\*, Alter und Geschlecht, nur Alkoholkonsumierende in den letzten 12 Monaten, ESPAD 2007



**Bemerkung:** \*Bingen mindestens 3-maliger Konsum von 5 oder mehr Gläsern in den letzten 30 Tagen vor der Befragung; zu den Prävalenzen des Binge-Trinkens siehe Tabelle 5

Auch hierbei zeigt sich, dass Binger etwa 4- bis 5-Mal so häufig schwerwiegende alkoholbezogene Folgen aufweisen, und dass weniger Mädchen diese Folgen zeigen; über 70% der 16-Jährigen bingenden Jungen und knapp 40% der gleichaltrigen bingenden Mädchen haben zumindest eines der fünf Probleme im letzten Jahr erlebt. Aber auch bei Jugendlichen ohne dieses hochrisikoreiche Verhalten sind alkoholbezogene Folgen keine Seltenheit. Etwa jedes zehnte Mädchen und jeder fünfte bis siebte alkoholkonsumierende, aber nicht zumindest 3-Mal monatlich hochkonsumierende Junge im Alter zwischen 13 und 16 Jahren haben im letzten Jahr vor der Befragung eine von fünf recht garvierende Konsequenzen infolge ihres Alkoholkonsums erlebt.

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 2003, dass insbesondere bei Jungen über alle Trinkkulturen Bier und Spirituosen bevorzugt getrunken werden (insbesondere dann, wenn Bier/Wein-Premixgetränke sowie Alkopops (Premix-Getränke auf Spirituosenbasis) nicht mit berücksichtigt 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.

Alocopps (Premixgetränke mit Spirituosen) gehören klar zur jugendlichen Alkoholkonsumkultur, insbesondere bei den jüngeren Altersgruppen. Mit zunehmendem Alter, insbesondere bei den Jungen, übernehmen aber die klassischen Getränke wie Bier und Spirituosen (auch selbstgemischt) eine entscheidendere Rolle.

*Tabelle 8: Durchschnittliche Konsumfrequenz von Bier, Wein und Spirituosen (inkl. Mischgetränken) und allen alkoholischen Getränken zusammengenommen in den letzten 30 Tagen, nur Konsumierende der letzten 30 Tage, ESPAD 2007*

	Alter	Bier	Wein	Bier-/Weinpopps	Spirituosen/ Selbst-Mixgetränke	Alkopops	Alkoholika gesamt
<b>Jungen</b>	13 Jahre	4.6	2.2	2.7	2.5	3.3	5.5
	14 Jahre	3.8	1.4	1.7	2.2	2.6	5.3
	15 Jahre	5.9	1.8	2.7	3.2	3.2	7.3
	16 Jahre	8.1	2.0	3.3	3.9	3.2	9.4
<b>Mädchen</b>	13 Jahre	1.8	1.4	1.0	1.6	1.9	3.8
	14 Jahre	2.0	0.9	1.0	1.6	2.3	4.1
	15 Jahre	2.5	1.1	1.5	2.3	2.5	5.0
	16 Jahre	2.9	1.1	1.7	2.4	2.4	5.5
<b>gesamt</b>	13 Jahre	3.1	1.8	1.8	2.0	2.6	4.6
	14 Jahre	2.9	1.2	1.4	1.9	2.5	4.7
	15 Jahre	4.3	1.5	2.1	2.8	2.9	6.2
	16 Jahre	5.5	1.5	2.5	3.2	2.8	7.4

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

*Tabelle 9: Getränkesspezifische Abstinenz in den letzten 30 Tagen (in %) nach Alter und Geschlecht, nur Konsumierende der letzten 30 Tage, ESPAD 2007*

	Alter	Jungen	Mädchen	gesamt
<b>Bier</b>	13 Jahre	33.0	42.9	38.2
	14 Jahre	27.1	43.2	35.3
	15 Jahre	19.2	38.7	28.5
	16 Jahre	14.5	38.8	26.6
<b>Wein</b>	13 Jahre	54.1	52.9	53.4
	14 Jahre	62.2	64.8	63.5
	15 Jahre	59.3	62.5	60.8
	16 Jahre	52.1	56.4	54.2
<b>Bier-/Weinpopps</b>	13 Jahre	70.3	69.5	69.9
	14 Jahre	62.7	70.4	66.6
	15 Jahre	53.2	56.2	54.7
	16 Jahre	49.7	56.2	52.9
<b>Spirituosen/Mixgetränke</b>	13 Jahre	58.4	60.5	59.5
	14 Jahre	49.9	51.2	50.6
	15 Jahre	40.0	41.0	40.5
	16 Jahre	36.7	40.9	38.8
<b>Alkopops</b>	13 Jahre	56.8	53.8	55.2
	14 Jahre	54.3	45.0	49.5
	15 Jahre	44.3	39.3	41.9
	16 Jahre	49.7	46.3	48.0



Die Frage nach der konsumierten Menge bei der letzten Konsumgelegenheit erlaubt die Anteile einzelner Getränke am Gesamtkonsum abzuschätzen (Tabelle 10). Die Konsumfrequenz wie in Tabelle 8 ist dabei weniger aussagekräftig, da häufiger Konsum eines Getränkes nicht gleichbedeutend mit der Konsummenge ist. Alcopops beispielsweise sind recht teuer. Es ist also denkbar, dass zwar Jugendliche ganz gerne (also häufig) ein Alcopop trinken, wenn sie jedoch viel Alkohol zu sich nehmen, eher auf billigere Getränke wie Bier oder selbstgemischte Getränke zurückgreifen.

Im Jahre 2007 war Bier bei den männlichen Jugendlichen das beliebteste alkoholische Getränk. Bei den Mädchen machen Alcopops und Spirituosen dem Bier Konkurrenz. Bei den Jungen gewinnt Bier mit dem Alter zunehmend an Bedeutung, wogegen die Alcopops an Attraktivität verlieren. Bei den Mädchen wird dieser Attraktivitätsverlust von Alcopops über Spirituosen, vermutlich zum Teil selbstgemischte Spirituosen, kompensiert

*Tabelle 10: Anteil einzelner Getränke am Gesamtkonsum (in Gramm reiner Alkohol) bei der letzten Konsumgelegenheit (in %), nur Konsumierende der letzten 30 Tage, ESPAD 2007*

	Alter	Bier	Bier-/Weinpopps	Alcopops	Wein	Spirituosen/ Selbstmix
<b>Jungen</b>	13 Jahre	36.3%	5.4%	21.6%	19.5%	17.1%
	14 Jahre	39.8%	8.6%	19.2%	13.3%	19.1%
	15 Jahre	40.9%	9.2%	19.1%	11.8%	18.9%
	16 Jahre	45.8%	7.4%	15.0%	12.8%	19.1%
<b>Mädchen</b>	13 Jahre	28.1%	9.3%	21.7%	22.3%	18.7%
	14 Jahre	26.4%	8.8%	30.7%	14.0%	20.1%
	15 Jahre	23.0%	11.5%	30.3%	13.6%	21.6%
	16 Jahre	24.0%	11.9%	22.6%	15.8%	25.8%

Angesichts der Tatsache, dass der Verkauf von Alcopops und Spirituosen an Jugendliche unter 18 Jahren verboten ist, stimmt der hohe Konsumanteil dieser Getränke von etwa 35-50% je nach Geschlecht und Alter bei 13- bis 16-Jährigen nachdenklich. 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 an unter 16-Jährige bzw. für Spirituosen an unter 18-Jährige verboten ist. Wir unterscheiden dabei „Off-premise“ also Verkaufsstellen, von denen der Alkohol mitgenommen wird (Supermarkt, Kiosk etc), und „On-premise“ also Verkaufsstellen, in denen der Alkohol vor Ort konsumiert wird (Restaurants, Bars etc.). Wichtig ist dabei, dass Jugendliche in der ESPAD Studie 2007 nach dem Kauf für den eigenen Gebrauch (Off-premise) bzw. nach dem Konsum an diesen Orten (On-premise) gefragt worden sind. Diese Frageform soll ausschliessen, dass Jugendliche Alkoholkäufe für andere Personen, beispielsweise für die Eltern, angeben, obwohl diese Unterscheidung rechtlich gegenstandslos ist, weil auch dann die Abgabe an zu junge Jugendliche verboten ist. Die Zahlen sind einigermassen ernüchternd. Es scheint für Jugendliche nur ein geringes Problem darzustellen, Alkohol zu beziehen, sieht man nur als Beispiel, dass über 50% der 13-jährigen alkoholkonsumierenden Mädchen angaben, selbst in Beizen oder Restaurants Alkohol zum Eigengebrauch erhalten zu können.

Tabelle 11: Prozentsatz an Jugendlichen, die in den letzten 30 Tagen Alkohol bei Verkaufsstellen erworben haben, nur Konsumierende der letzten 30 Tage, ESPAD 2007

		Alter	Bier	Wein	Bier-/ Weinpops	Spirituosen/ Selbstmix	Alcopops	irgendein Getränk
<b>Jungen</b>	Off-premise	13 Jahre	28.1%	7.0%	10.8%	13.5%	20.0%	35.7%
		14 Jahre	36.7%	5.9%	16.4%	17.2%	23.9%	46.4%
		15 Jahre	51.6%	9.9%	23.0%	22.9%	30.2%	64.5%
		16 Jahre	68.2%	15.0%	29.3%	28.6%	26.4%	76.3%
	On-premise	13 Jahre	27.6%	11.9%	10.3%	16.2%	17.8%	40.0%
		14 Jahre	37.6%	11.3%	12.9%	20.8%	21.7%	50.3%
		15 Jahre	55.7%	12.5%	22.3%	30.8%	31.6%	68.0%
		16 Jahre	70.2%	16.1%	29.1%	39.1%	28.9%	81.9%
<b>Mädchen</b>	Off-premise	13 Jahre	23.3%	4.8%	9.0%	10.5%	21.4%	39.0%
		14 Jahre	22.5%	4.6%	10.0%	10.5%	24.0%	41.4%
		15 Jahre	28.3%	6.9%	19.4%	15.6%	29.3%	50.3%
		16 Jahre	30.6%	8.2%	20.8%	16.0%	22.6%	64.9%
	On-premise	13 Jahre	27.6%	13.8%	14.3%	22.4%	25.7%	55.7%
		14 Jahre	30.1%	11.4%	15.0%	24.7%	32.8%	56.4%
		15 Jahre	38.4%	14.8%	27.3%	38.3%	40.2%	69.3%
		16 Jahre	46.1%	12.6%	26.0%	42.9%	40.4%	77.2%

**Bemerkung:** Off-premise: z.B. Supermarkt, Kiosk, Tankstelle, Getränkeladen  
On-premise: z.B. Restaurant, Disco, Bar

Im Folgenden sollen die Trinkmotive Jugendlicher genauer betrachtet werden. 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.*, 2005). In der ESPAD-Studie wurde nach der 2003er Erhebungswelle in der Schweiz 2007 erneut 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 ....“:

1. Soziale Motive: Alkoholkonsum, um gesellig zu sein;
2. Verstärkung: Alkoholkonsum, um eine bestimmte Stimmungs- oder Gemütslage hervorzurufen oder zu verstärken;
3. Bewältigung: Alkoholkonsum, um Probleme zu verdrängen oder Belastungen erträglicher zu machen;

4. Konformität: Alkoholkonsum aufgrund von Gruppendruck, sei es, um nicht schlecht vor Freunden auszusehen oder um einer bestimmten Clique anzugehören.

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 oder anderen normativen Zwängen 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 Trunkenheit zusammenhängen.

Tabelle 12: Gründe, warum in den letzten 12 Monaten Alkohol getrunken worden ist; Item-mittelwerte nach Motivdimensionen, nur 15-Jährige, Vergleich ESPAD 2003 und 2007

	Alkoholkonsumierende ohne 5+-Gelegenheit				Alkoholkonsumierende mit 5+-Gelegenheit			
	Jungen		Mädchen		Jungen		Mädchen	
	2003	2007	2003	2007	2003	2007	2003	2007
<b>soziale Anlässe</b>								
weil es hilft Party zu genießen	2.6	2.1	2.2	2.0	3.8	3.3	3.4	2.9
um kontaktfreudiger, offener zu sein	1.5	1.8	1.5	1.8	1.8	2.7	1.6	2.5
weil es dann mit anderen lustiger wird	3.0	2.7	2.5	2.5	4.3	4.0	3.8	3.3
weil Partys/Feiern besser werden	2.7	2.5	2.4	2.3	4.0	3.9	3.6	3.3
um Ereignis mit Freunden zu Feiern	3.7	3.2	3.7	3.1	4.7	4.1	4.5	3.8
<b>Total</b>	<b>2.7</b>	<b>2.5</b>	<b>2.5</b>	<b>2.3</b>	<b>3.7</b>	<b>3.6</b>	<b>3.4</b>	<b>3.2</b>
<b>Verstärkung (Enhancement)</b>								
weil du das Feeling magst	2.6	2.5	2.4	2.3	4.0	4.2	3.8	3.7
weil es aufregend ist	2.4	2.0	2.3	2.0	3.2	3.1	3.1	2.7
um berauscht zu sein	2.1	1.8	1.7	1.6	3.5	3.4	3.0	2.8
um in angenehme Stimmung zu kommen	2.5	2.2	2.3	2.1	3.5	3.2	3.5	3.0
weil es Spass macht	3.2	2.9	3.1	2.8	4.5	4.4	4.4	3.9
<b>Total</b>	<b>2.6</b>	<b>2.3</b>	<b>2.4</b>	<b>2.2</b>	<b>3.7</b>	<b>3.7</b>	<b>3.6</b>	<b>3.2</b>
<b>Bewältigung (Coping)</b>								
um Sorgen zu vergessen	1.6	1.3	1.8	1.6	2.3	1.8	2.7	2.4
hilft bei Niedergeschlagenheit/Gereiztheit	1.6	1.4	1.8	1.6	2.3	2.1	2.8	2.4
um schlechte Stimmung aufzumuntern	1.8	1.7	1.9	2.0	2.4	2.7	2.9	2.9
um selbstsicher zu sein, Selbstvertrauen zu haben	1.6	1.6	1.7	1.8	2.1	2.2	2.2	2.4
um Probleme zu vergessen	1.6	1.4	1.8	1.7	2.2	2.0	2.9	2.6
<b>Total</b>	<b>1.6</b>	<b>1.5</b>	<b>1.8</b>	<b>1.7</b>	<b>2.3</b>	<b>2.2</b>	<b>2.7</b>	<b>2.5</b>
<b>Konformität</b>								
weil Freunde dazu gedrängt haben	1.4	1.2	1.3	1.2	1.4	1.3	1.2	1.3
damit sich andere nicht über Abstinenz lustig machen	1.4	1.1	1.3	1.2	1.4	1.3	1.2	1.2
um zur Clique zu gehören	1.3	1.2	1.2	1.1	1.5	1.3	1.4	1.3
um von anderen gemocht zu werden	1.3	1.2	1.3	1.2	1.6	1.4	1.3	1.4
um sich nicht ausgeschlossen zu fühlen	1.4	1.2	1.3	1.2	1.5	1.3	1.3	1.4
<b>Total</b>	<b>1.4</b>	<b>1.2</b>	<b>1.3</b>	<b>1.2</b>	<b>1.5</b>	<b>1.3</b>	<b>1.3</b>	<b>1.3</b>

**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

Im Vergleich der Erhebungsjahre 2003-2007 fällt ein leichter Rückgang in nahezu allen Motivfragen auf. Bis auf wenige Ausnahmen betrifft dieser Rückgang beide Geschlechter und sowohl Alkoholkonsumierende mit als auch ohne 5+-Gelegenheiten. Dies mag damit zusammenhängen, dass auch die Frequenz des Alkoholkonsums zurückgegangen ist (vgl. Abbildungen 5, 6 und 7), was wiederum darauf hindeutet, dass die Motive in engem Zusammenhang mit dem Konsum stehen. Trotz des generellen Rückgangs bleibt jedoch die Hierarchie der Motivgruppen konstant, d.h. am häufigsten werden soziale Anlässe für den Alkoholkonsum genannt, gefolgt von Verstärkungsmotiven, Bewältigungsmotiven, und Konformitätsmotiven. Ausnahmen von diesem generellen Trend ist der Grund, Alkohol zu konsumieren, um „kontaktfreudiger und offener zu sein“, welcher von Jungen und Mädchen und in beiden Konsumierendengruppen (mit und ohne 5+-Gelegenheiten) häufiger als bisher genannt wird. Ebenso geben Jungen mit 5+-Gelegenheiten häufiger an, zu trinken, weil sie das Feeling mögen. Dies führt dazu, dass die Gruppe der Verstärkungsmotive in dieser Konsumierendengruppe nicht abgenommen hat und damit geringfügig häufiger auftritt als die sozialen Motive, bei welchen ein leichter Rückgang zu verzeichnen ist.

### *Vergleiche mit HBSC 2006 und ESPAD 2003*

Die Ergebnisse der ESPAD-Studie zum Alkoholkonsum lassen sich nur schwer mit denjenigen der HBSC-Studie, einer weiteren international durchgeführten Schülerstudie, 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 und 30-Tage-Prävalenzen in ESPAD). Auch wird in den Berichten von 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).

In der Schülerpopulation der HBSC-Studie tranken 25.4% der 15-jährigen Jungen und 17.6% der Mädchen zumindest einmal wöchentlich (Schmid *et al.*, 2008). ESPAD erhebt nicht die Wochenprävalenz. Jedoch liegen die ESPAD-Prävalenzen mit 17.8% und 7.7% (vgl. Tabelle 4) des mindestens 10-maligen Konsums im letzten Monat in etwa im erwarteten Bereich, geht man davon aus, dass dies einen etwa doppelt so häufigen Konsum darstellt. In der HBSC-Studie liegt die Lebenszeitprävalenz der zweimaligen Trunkenheit bei 28% der 15-jährigen Jungen und 19% der gleichaltrigen Mädchen. Diese Zahlen sind im Vergleich zur ESPAD Studie recht deutliche Unterschätzungen, sieht man (vgl. Tabelle 5) dass allein in den letzten 30 Tagen etwa 40% der Jungen und etwa 30% der Mädchen mindestens einmal 5 und mehr Gläser bei einer Gelegenheit getrunken haben. Da die ESPAD-Daten auf einer kürzeren Referenzzeit basieren, deuten die Ergebnisse zum Konsum von 5 und mehr Gläsern darauf hin, dass Trunkenheitsepisoden häufiger stattfinden als dies bei HBSC 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 der HBSC Studie weisen auf einen Konsumrückgang zwischen 2002 und 2006 hin (Schmid *et al.*, 2008) und der internationale Bericht zeigt die Schweiz im unteren Mittelfeld im Vergleich mit anderen Europäischen Ländern. Wie sieht dies jetzt für den ESPAD Vergleich zwischen 2003 und 2007 aus?

Wie die Abbildungen 5 und 6 zeigen, ist sowohl die Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums als auch die Prävalenz des zumindest 40-maligen Alkoholkonsums im Leben bei beiden Geschlechtern und allen Altersgruppen zurückgegangen.

Abbildung 5: *Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums nach Alter und Geschlecht (in %) 2003 und 2007.*

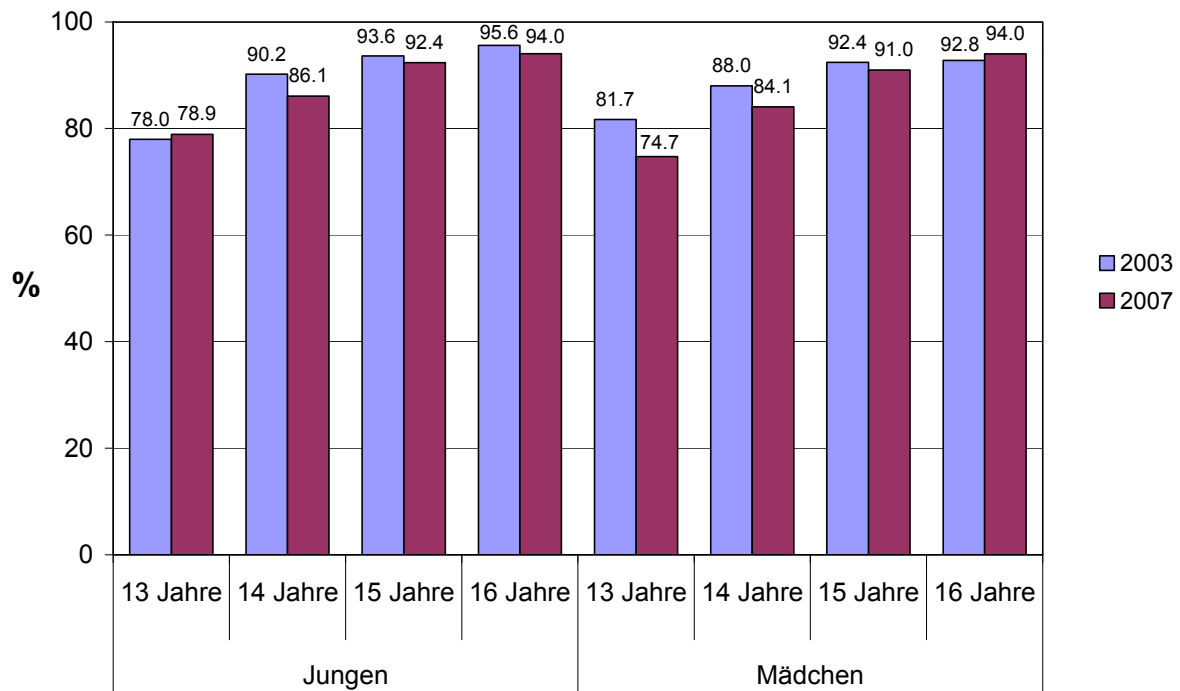
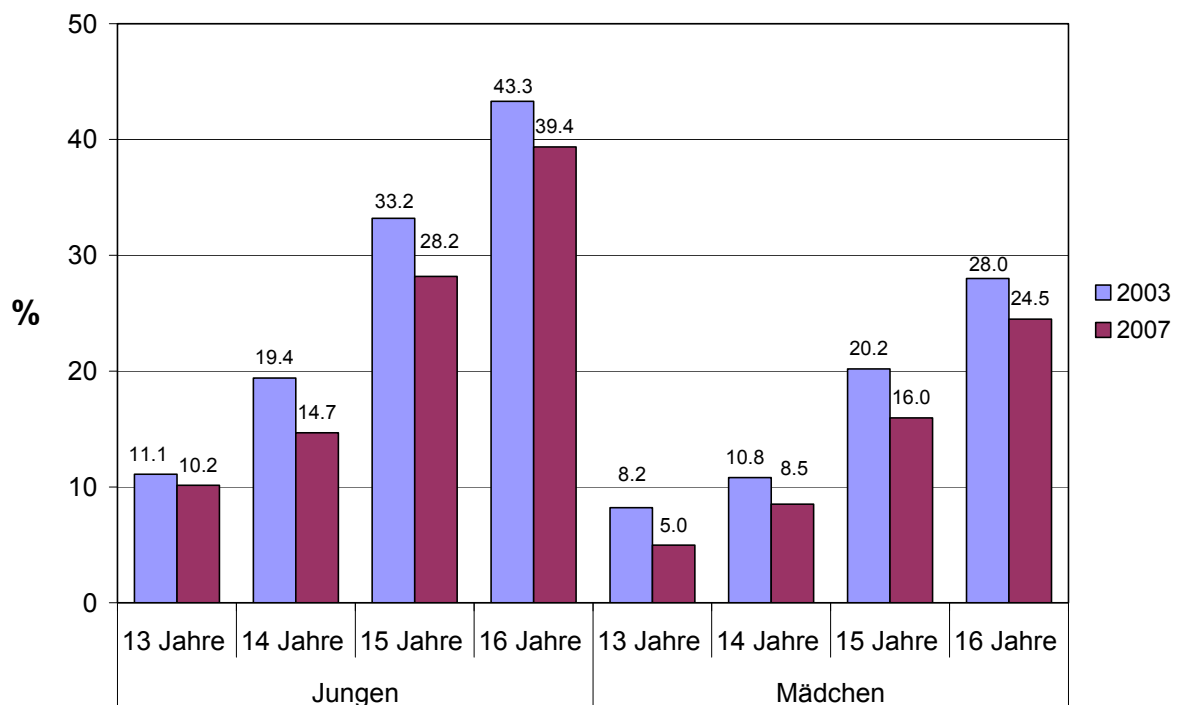


Abbildung 6: *Prävalenz des 40-malig und häufigeren Alkoholkonsums im Leben nach Alter und Geschlecht (in %) 2003 und 2007.*



Wie sehr häufig in der Epidemiologie des Substanzkonsums zu beobachten ist, gehen die Veränderungen in der Allgemeinbevölkerung einher mit Veränderungen in der Risikogruppe. Als Risiko haben wir hier den 10-maligen oder häufigeren Konsum und das Bingetrinken (3-Mal oder häufiger) in den letzten 30 Tagen betrachtet. Wie Abbildung 7 und 8 zeigen, haben

auch diese Risikoverhaltensweisen in praktisch allen Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern abgenommen.

Abbildung 7: 30-Tage-Prävalenz des mindestens 10-maligen oder häufigeren Alkoholkonsums nach Alter und Geschlecht, 2003 und 2007

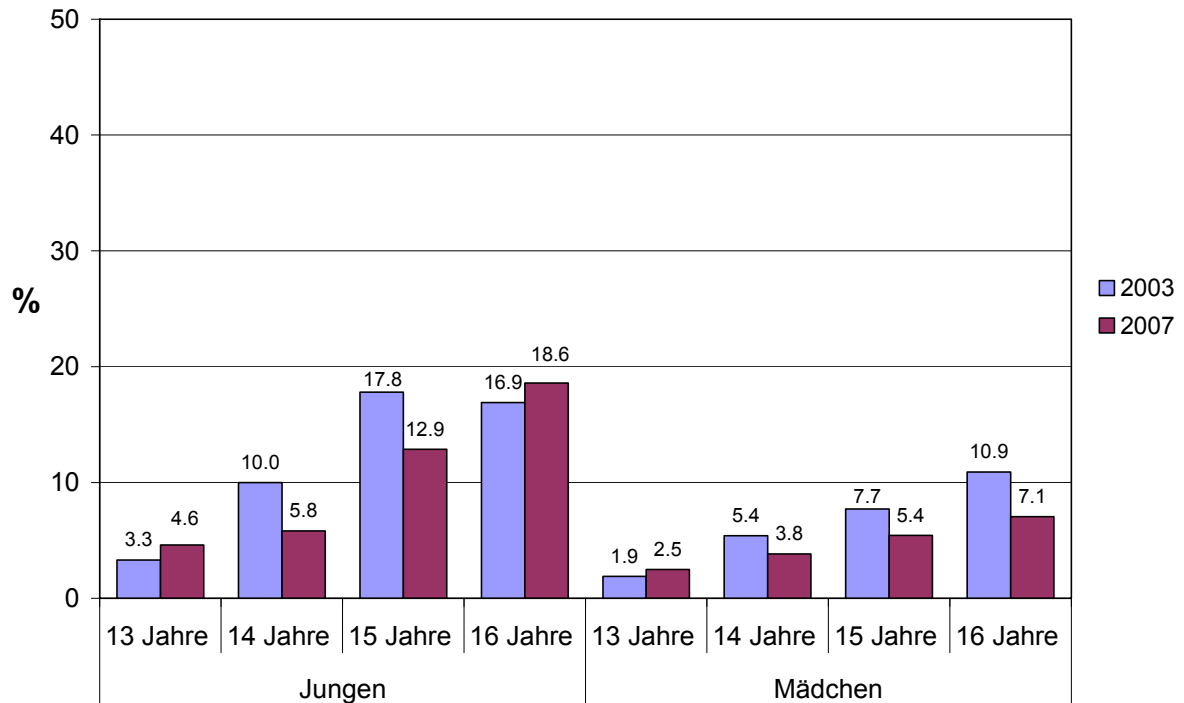
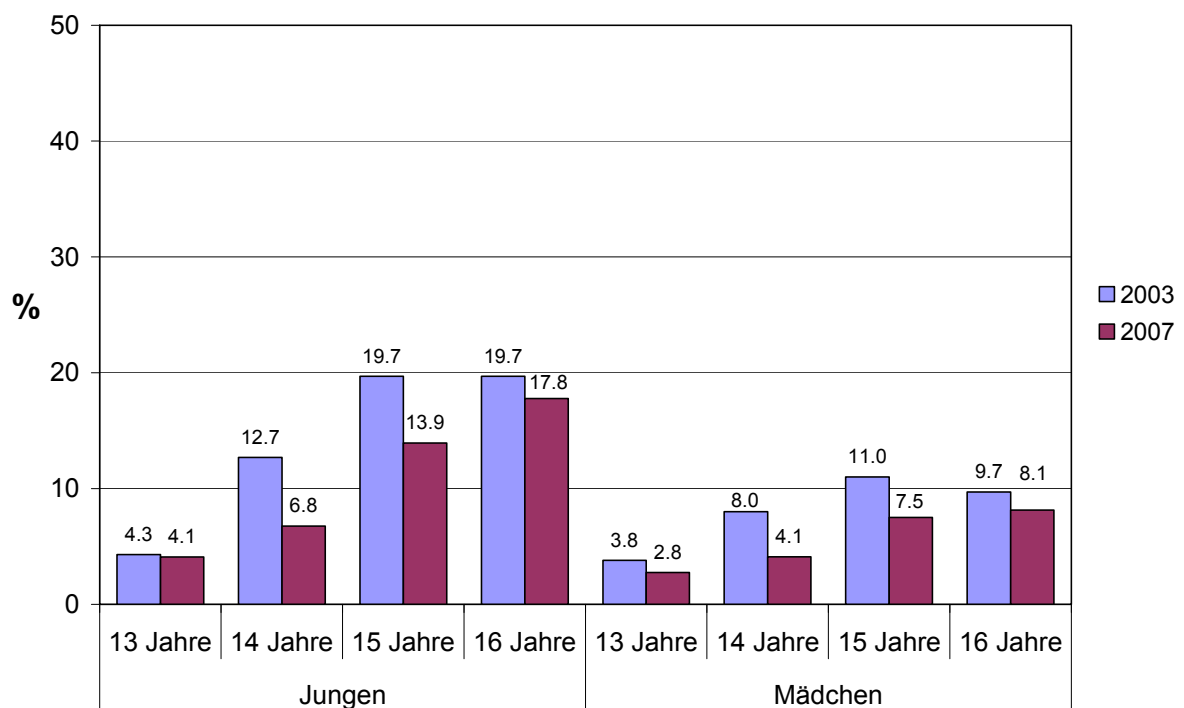


Abbildung 8: Alkoholkonsum von 5 oder mehr Gläsern Alkohol bei einer Gelegenheit, zumindest 3 Mal oder häufiger in den letzten 30 Tagen, 2003 und 2007

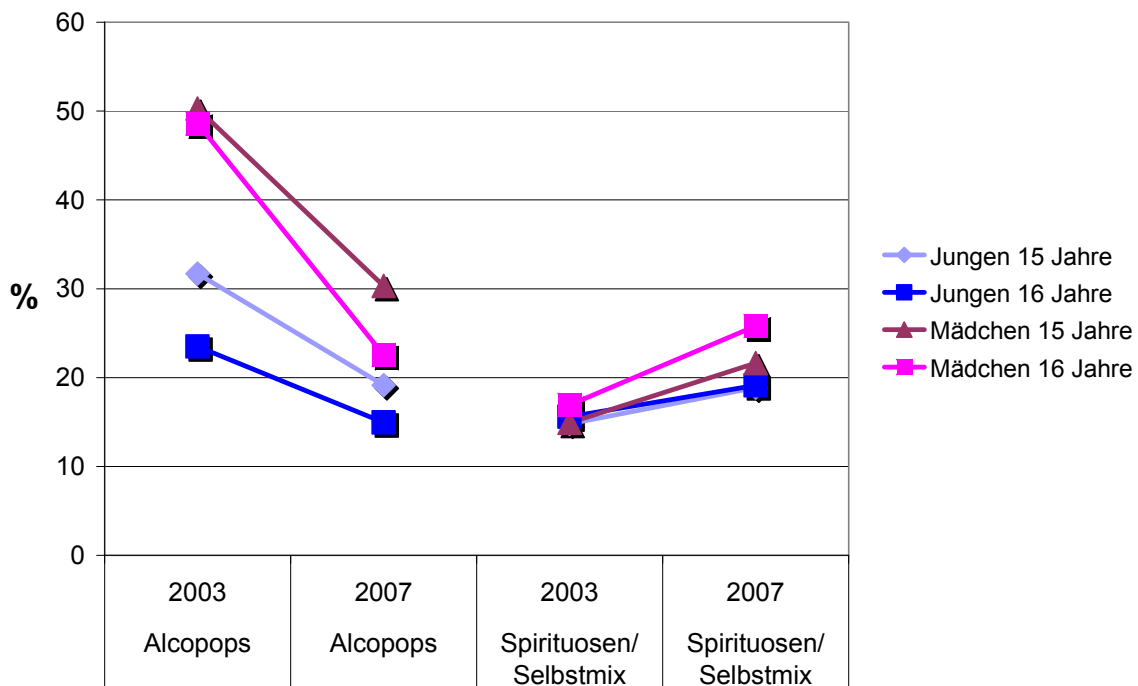


*Schlussfolgerung und Empfehlungen*

Der episodische Risikokonsum Jugendlicher in der Schweiz ist trotz eines erfreulichen Rückganges immer noch relativ hoch. Er stellt das wichtigste Public-Health-Problem Jugendlicher dar. Auffällig ist, dass bereits 14% 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 primärpräventiv wirksam sind. Die hohen Anteile an jungen Rauschtrinkern lassen sich nicht nur durch eine spezielle 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.

Waren Spirituosen und Alcopops noch 2003 bevorzugten Getränke bei Jugendlichen insgesamt und insbesondere bei Mädchen, so sind bei einem generellen Konsumrückgang die klassischen Getränke Bier (bei den Jungen) und Spirituosen inklusive selbstgemixte Spirituosen bei Mädchen prozentual im Aufwind. Ein möglicher Grund dafür ist der Preisrückgang bei ausländischen Spirituosen durch die Steuersenkung im Juli 1999. Dem wurde teilweise durch die Zusatzsteuer auf Alcopops zum 1. Februar 2004 entgegengewirkt. Eine Antwort auf die Frage, ob Jugendlichen den verteuerten Premix-Getränken durch einen Umstieg auf selbstgemischte Getränke entgegenwirken beantwortet Abbildung 9 teilweise.

*Abbildung 9: Anteil von Spirituosen/Selbstmix und Alcopops am Gesamtkonsum (in Gramm reiner Alkohol) bei der letzten Konsumgelegenheit (in %), nur Konsumierende der letzten 30 Tage, 15- und 16-Jährige, ESPAD 2003 und 2007*



Deutlich ist der Rückgang an Alcopops und dem wurde anscheinend auch durch Spirituosen, vermutlich vermehrt durch selbstgemischte Getränke entgegengewirkt. Wie eine Studie in der Schweiz (Niederer *et al.*, 2008) zeigt, mögen Jugendliche und junge Erwachsene Selbstmischgetränke sogar deswegen oft lieber, weil sie den Alkoholgehalt und damit den Geschmack selber steuern können. Die Ergebnisse der ESPAD-Studie weisen jedoch



darauf hin, dass die Senkung des Konsums von Alkopops nicht durch den Anstieg von Spirituosen und Selbstmixgetränke mit Spirituosen komplett aufgefangen worden ist. Vielmehr hat die Reduktion des Alkopopkonsums trotz eines relativen Anstiegs der anderen Spirituosen am Gesamtkonsum zur generellen Alkoholkonsumreduktion mit beigetragen. Beide Ergebnisse, der relative Rückgang im Konsum verteuerter Alkopops wie der relative Anstieg im Konsum billiger gewordenen Spirituosen, zeigt wie sensible Jugendliche auf die vermutlich beste Präventionsmassnahme, nämlich Preissteuerung, reagieren.

Alkohol ist eindeutig der wichtigste Risikofaktor für Gesundheit und soziale Folgen im Jugend- 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; Scheuber *et al.*, 2008).

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 behördliche Aufgabe und sollte als solche wahrgenommen und durchgesetzt werden.

Aber auch andere Instanzen tragen hier Verantwortung. Jugendliche konsumieren häufig an Orten, die nicht von behördlicher Seite kontrolliert werden können, beispielsweise im Elternhaus oder privat bei Freunden. Hier sind Lehrpersonen, Eltern, Verwandte und Bekannte gefordert. Behördliche Massnahmen und elterliche Kontrollen hängen eng zusammen. Wie verschiedene Studien auch ausserhalb des Alkoholbereiches zeigen, lassen sich Eltern in ihren Erziehungsgrundsätzen bezüglich Substanzkonsums und Regelverletzungen durch behördliche 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, um Verantwortung für ihr eigenes Handeln übernehmen zu können. Leider haben sich aber schulische Erziehungs- und Aufklärungsprogramme in der Vergangenheit als nicht sehr effizient erwiesen, den Konsum zu reduzieren (Edwards *et al.*, 1994; Babor *et al.*, 2003; Jones *et al.*, 2007), wobei eine Evaluation für die Schweiz weiterhin aussteht. 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. 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 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 auf das Verhalten.

Zusätzlich haben sich so genannte Kurzinterventionen auch im Jugendalter als sekundärpräventiv wirksam erwiesen (Monti *et al.*, 2001). 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 solche Interventionen 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: Uchtenhagen & Meili, 2004). Erste Ansätze Kurzinterventionen als breitgefächerte Massnahme anzubieten, scheinen augenblicklich in der Schweiz verwirklicht, wie z.B. Kurzinterventionen in Rekrutenzentren (Gaume *et al.*, 2008).

Neben der direkten Intervention ist aber auch das allgemein permissive Konsumumfeld in der Schweiz zu ändern. Erfolgversprechender als Medienkampagnen sind dabei direkte behördliche Lenkungsmaßnahmen, wie Steuererhöhungen, Einhaltung von Verkaufsverboten für Minderjährige und Einschränkung des Zugangs zu Konsumorten oder zeitliche Reglementierungen dieser Orte. 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, Lehrpersonen und Eltern aktiv miteinbeziehen und sich interaktiv an die Zielgruppe wenden (US Department of Health and Human Services (USDHHS), 2003; World Health Organization (WHO), 2002). Solche Programme gibt es vereinzelt und noch zu selten auch in der Schweiz (z.B. Triple P, 2004; Schönenberger *et al.*, 2006) und es werden Anstrengungen unternommen, evidenzbasierte Programme weiter zu verstärken (siehe den Auftrag des BAGs zur „Kollektive Expertise“, Uchtenhagen & Meili, 2004). Entscheidend für den Einsatz effektiver Programme ist eine wissenschaftliche Evaluation von Programmen, um effektive Programme zu erkennen, sowie eine und regelmässige Supervision wirksamer Programme, um die Effektivität beizubehalten (US Department of Health and Human Services (USDHHS), 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 behördliche 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 ausgerichtete Programme.

## **Cannabis**

### *Ergebnisse aus ESPAD 2007*

Der Cannabisgebrauch gehört heute sicherlich ein Stück weit zur Schweizer (Jugend-)Kultur. Im letzten Monat vor der Befragung gebrauchten zwischen 5% (13-Jährige) und 18% (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 12% der 13-Jährigen zumindest einmaligen Kontakt mit Cannabis gehabt. Bis zum Alter von 16 Jahren sind es fast 40% 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 Monatsprävalenzen des Cannabisgebrauchs nach Alter und Geschlecht, ESPAD 2007*

		13 Jahre	14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre
<b>Lebenszeitprävalenz</b>	Jungen	18.3	26.1	39.8	46.9
	Mädchen	7.2	18.1	27.9	32.7
	gesamt	12.4	21.9	33.9	39.6
<b>12-Monatsprävalenz</b>	Jungen	13.5	19.7	32.7	39.0
	Mädchen	6.3	14.0	22.4	25.2
	gesamt	9.7	16.7	27.6	31.9
<b>30-Tageprävalenz</b>	Jungen	8.4	10.8	19.7	21.5
	Mädchen	3.2	6.3	12.2	14.7
	gesamt	5.6	8.5	16.0	18.0

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, hängen solche Aussagen auch 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 14% aller 15- bis 16-Jährigen, die im Vormonat Cannabis gebraucht haben (etwa 2% aller Jugendlichen dieses Alters), geben mindestens 20 Gelegenheiten an. Die hohe Anzahl jener, die relativ häufig im Monat Cannabis gebrauchen, lässt darauf schliessen, dass es in der Schweiz bereits in jungen Jahren einen nicht vernachlässigbaren Anteil an Problemgebrauchenden gibt (Tabelle 14).

*Tabelle 14: Prävalenzen der Häufigkeit des Cannabisgebrauches bei Lebenszeit-, Jahres- und Monatsgebrauches nach Alter und Geschlecht, nur Gebrauchende, ESPAD 2007*

		13 Jahre	14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre
<b>Lebenszeitprävalenz</b>	1- bis 2-mal	43.3	44.4	36.0	30.4
	3- bis 19-mal	43.3	39.8	36.7	41.7
	20-mal oder häufiger	13.5	15.8	27.3	27.9
<b>12-Monatsprävalenz</b>	1- bis 2-mal	45.7	46.9	37.8	37.2
	3- bis 19-mal	44.4	39.5	40.4	38.0
	20-mal oder häufiger	9.9	13.6	21.8	24.8
<b>30-Tagesprävalenz</b>	1- bis 2-mal	68.1	52.8	43.3	42.0
	3- bis 19-mal	21.3	38.7	42.8	43.4
	20-mal oder häufiger	10.6	8.5	13.9	14.6

Angesichts der hohen Gebrauchsprävalenzraten ist es nicht verwunderlich, dass Jugendliche es nicht als allzu schwierig ansehen, sich Cannabis zu besorgen. 43% der 15-Jährigen (J: 49%; M: 36%) finden es „sehr einfach“ oder „ziemlich einfach“, sich bei Bedarf Cannabis zu besorgen.

*Tabelle 15: Wie und wie oft wird Cannabis erhalten, nur 15-Jährige mit Lebenszeitkonsum-erfahrung, ESPAD 2007*

	Jungen				Mädchen			
	nie	selten	oft	sehr oft	nie	selten	oft	sehr oft
vom Selbstanbau	81.1	9.5	4.3	5.1	93.6	4.3	1.2	0.9
von älteren Geschwistern	89.1	7.2	2.5	1.2	85.9	7.6	4.4	2.1
von älteren Freunden	34.2	25.8	23.5	16.6	29.2	31.2	25.4	14.3
von gleichaltrigen oder jüngeren Freunden	33.2	25.4	22.9	18.6	35.4	30.1	23.3	11.2
Dealer in der Schule	83.4	8.8	3.7	4.1	90.0	4.7	2.6	2.6
Dealer auf der Strasse	69.8	11.5	8.0	10.7	87.3	6.5	3.6	2.7
Geschäft/Shop	81.8	11.7	3.3	3.3	89.9	7.1	1.8	1.2

Der breite Markt für Cannabis scheint den Jugendlichen recht gut bekannt zu sein. Befragte können sich Cannabis ebenso gut bei einem Dealer in der Schule, noch häufiger aber bei einem Dealer auf der Strasse. Die Hauptbezugsquelle (Tabelle 15) sind jedoch Freunde.

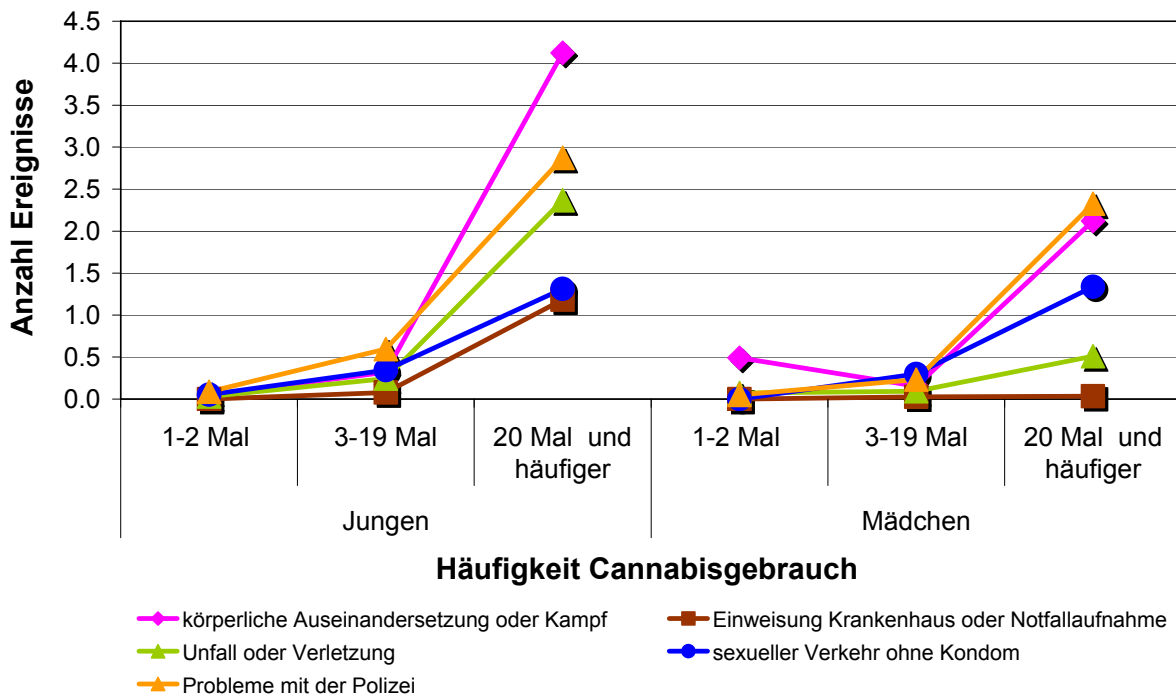
Die Tabelle 16 verdeutlicht den Zusammenhang zwischen Problemen und dem Cannabisgebrauch. Ähnlich wie dem Alkoholgebrauch wurde nach Folgen gefragt im Zusammenhang mit dem Drogengebrauch. Allerdings schliesst dabei der Drogengebrauch auch potenziell andere Substanzen ein. Folgen im Zusammenhang mit dem Drogengebrauch können also nicht eindeutig auf den Cannabisgebrauch zurückgeführt werden. Es gibt keinen linearen Anstieg von Problemen mit steigender Frequenz des Cannabisgebrauchs. Vielmehr steigen die Probleme sprunghaft mit einem häufigen Cannabisgebrauch an. Abbildung 10 verdeutlicht das für ausgewählte Folgen.

*Table 16: Durchschnittliche Anzahl Probleme 15-Jähriger infolge des Drogenkonsums (z.B. Cannabis, Ecstasy, Aufputschmittel) in den letzten 12 Monaten nach Häufigkeit des Cannabiskonsums, nur Cannabiskonsumierende der letzten 12 Monate, ESPAD 2007*

		Cannabisgebrauch in den letzten 12 Monaten		
		1-2 mal	3-19 mal	20 mal und mehr
<b>Jungen</b>	körperliche Auseinandersetzung oder Kampf	0.04	0.32	4.12
	Unfall oder Verletzung	0.03	0.25	2.37
	ernsthafte Problem mit Eltern	0.11	0.31	2.46
	ernsthafte Problem mit Freund(in)	0.04	0.43	1.50
	schlechte Leistung in der Schule	0.11	0.30	4.27
	Opfer eines Diebstahls oder Raubs	0.01	0.33	1.35
	Probleme mit der Polizei	0.09	0.60	2.87
	Einweisung Krankenhaus oder Notfallaufnahme	0.00	0.08	1.18
	sexueller Verkehr bereut am nächsten Tag	0.01	0.32	1.23
	sexueller Verkehr ohne Kondom	0.05	0.34	1.31
<b>Mädchen</b>	körperliche Auseinandersetzung oder Kampf	0.49	0.15	2.12
	Unfall oder Verletzung	0.07	0.09	0.51
	ernsthafte Problem mit Eltern	0.25	0.86	1.36
	Ernsthafte Problem mit Freund(in)	0.09	0.56	0.80
	schlechte Leistung in der Schule	0.17	1.14	3.11
	Opfer eines Diebstahls oder Raubs	0.02	0.00	0.03
	Problem mit der Polizei	0.05	0.23	2.33
	Einweisung Krankenhaus oder Notfallaufnahme	0.00	0.03	0.03
	sexueller Verkehr bereut am nächsten Tag	0.01	0.07	1.12
	sexueller Verkehr ohne Kondom	0.00	0.30	1.34

**Lesebeispiel:** Im Durchschnitt hatte jeder 15-Jährige Junge, der mehr als 20 Mal in den letzten 12 Monaten gekiffht hat, innerhalb der 12 Monate vor der Befragung 2.87 Mal Probleme mit der Polizei.

Abbildung 10: Durchschnittlichen Anzahl ausgewählter Konsequenzen 15-Jähriger infolge des Drogenkonsums (z.B. Cannabis, Ecstasy, Aufputschmittel) in den letzten 12 Monaten nach Häufigkeit des Cannabiskonsums, nur Cannabiskonsumierend der letzten 12 Monate, ESPAD 2007



Vor der Interpretation dieser Ergebnisse ist zu betonen, dass Querschnittsdaten keine Kausalitätsschlüsse zulassen. Die folgenden Interpretationen dienen nur als Diskussionsgrundlage. Allgemein zeigen Cannabiskonsumierende, selbst bei geringen Konsumfrequenzen (z.B. 1 bis 2 Mal) bereits mehr Probleme in verschiedenen Bereichen selbst ohne diese Probleme dem Substanzkonsum zuzuschreiben (Gmel *et al.*, 2004). Ein Grund dafür mag sein, dass Cannabiskonsumierende häufiger auch andere risikoreiche Verhaltensweisen zeigen als Personen, die nie Cannabis gebraucht haben. Man spricht dabei von einer allgemeinen Vulnerabilität oder „common liability“, beispielsweise mit bedingt durch Persönlichkeitsfaktoren aber auch Umweltfaktoren, wie Probleme im familiären Umfeld. 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 Cannabiskonsum. Aus epidemiologischer Sicht ist es unwahrscheinlich, dass bereits 1- bis 2-maliger Cannabiskonsum zu mehr Problemen führt. Die Erklärung einer common liability 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 (Jessor & Jessor, 1977).

Daraus den Schluss zu ziehen, dass der Cannabiskonsum 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 16, Abbildung 10). Allerdings gilt dies nur für relativ häufigen Konsum. Häufig Cannabiskonsumierende haben eine höhere Wahrscheinlichkeit auch andere illegale und legale Drogen zu gebrauchen. Durch die Attribuierung von Konsequenzen zum „Drogengebrauch“ und nicht direkt zum Cannabiskonsum

gebrauch machen es auch möglich, dass es sich bei diesen Folgen vermehrt auch um Folgen im Zusammenhang mit dem Gebrauch anderer illegaler Drogen handeln könnte. Die vorläufigen Ergebnisse zeigen vielmehr die Wichtigkeit, Gebrauchsmuster bei Cannabisgebrauchenden getrennt mit dem Gebrauch auch anderer illegaler Drogen zu untersuchen. Zusammenfassend müssen die hier vorgestellten Ergebnisse aus zwei Perspektiven eingeschätzt werden: a) durch Gebrauch induzierte Probleme bei häufig Gebrauchenden, und b) eine generell zugrundeliegende Vulnerabilität, für das Cannabisgebrauch, insbesondere seltener Gebrauch, mehr einen Indikator als eine Ursache darstellt.

#### *Vergleiche mit HBSC 2006 und ESPAD 2003*

Die ESPAD-Studie kommt zu höheren Prävalenzen des Cannabisgebrauches als die HBSC Studie 2006. Die Lebenszeitprävalenz der HBSC-Studie 2006 liegt bei 15-jährigen Jungen bei 34% (ESPAD 2007: 40%), bei den Mädchen bei 27% (ESPAD 2007: 28%) und die 12-Monatsprävalenz bei den 15-Jährigen Jungen bei 25% (ESPAD 2007: 37%) und den gleichaltrigen Mädchen bei 21% (ESPAD 2007: 22%). HBSC zeigt jedoch einen klaren Rückgang im Cannabisgebrauch seit 2002, so dass nicht davon auszugehen ist, dass die höheren Prävalenzen in ESPAD im Vergleich mit HBSC einen neuerlichen Anstieg im Gebrauch signalisiert. Vielmehr werden hier methodische Unterschiede eine Rolle spielen. HBSC erfragt Cannabisgebrauch wie auch anderen Substanzgebrauch nur eingebettet in Fragen zu anderen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, wogegen ESPAD ein spezieller Survey zum Substanzgebrauch ist und somit Jugendliche vermutlich stärker auf die Beantwortung von Fragen zum Substanzgebrauch fokussiert sind und somit sich stärker mit diesem Substanzkonsum in der Befragung auseinandersetzen.

Dass in der Schweiz nach ständig gestiegenen Prävalenzen bis zum Anfang des neuen Jahrtausends eine Trendumkehr im Cannabisgebrauch stattgefunden hat, belegen auch die Daten von ESPAD. Sowohl bei der Lebenszeitprävalenz (Abbildung 11) als auch der „aktuellen“ Konsumprävalenz, also der 30-Tagesprävalenz (Abbildung 12), des Cannabisgebrauchs, sind bei beiden Geschlechtern und in allen Altersgruppen Rückgänge zu verzeichnen.

Abbildung 11: Lebenszeitprävalenz des Cannabisgebrauchs nach Alter und Geschlecht in den Jahren 2003 und 2007

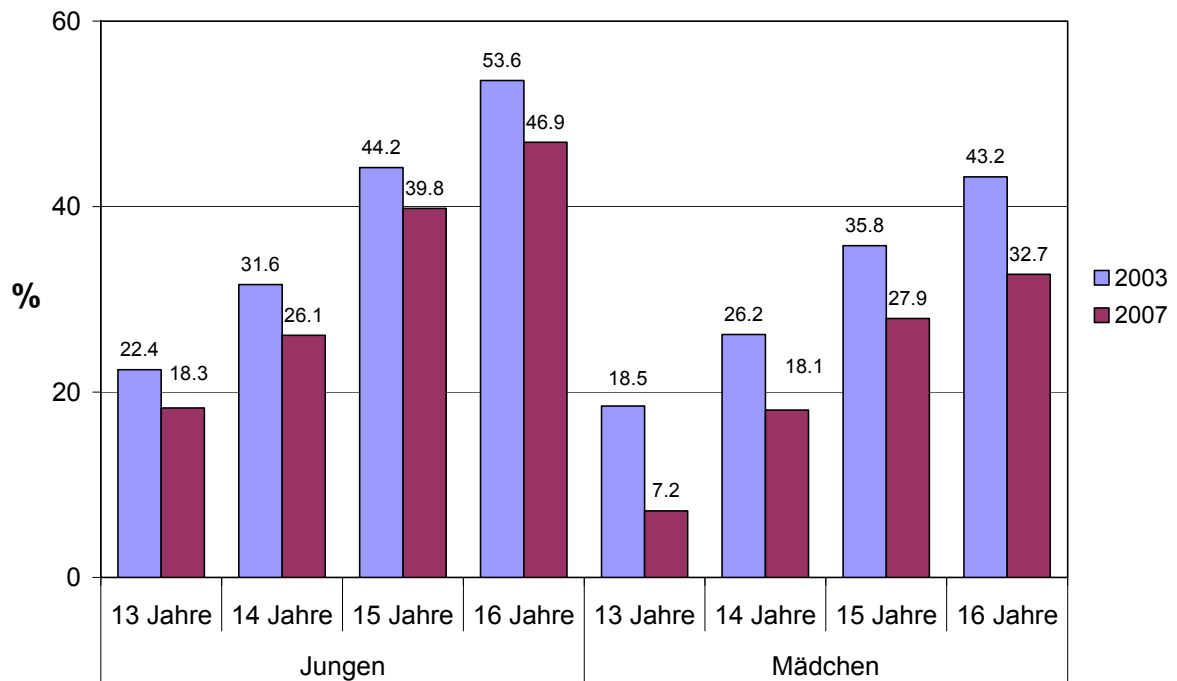
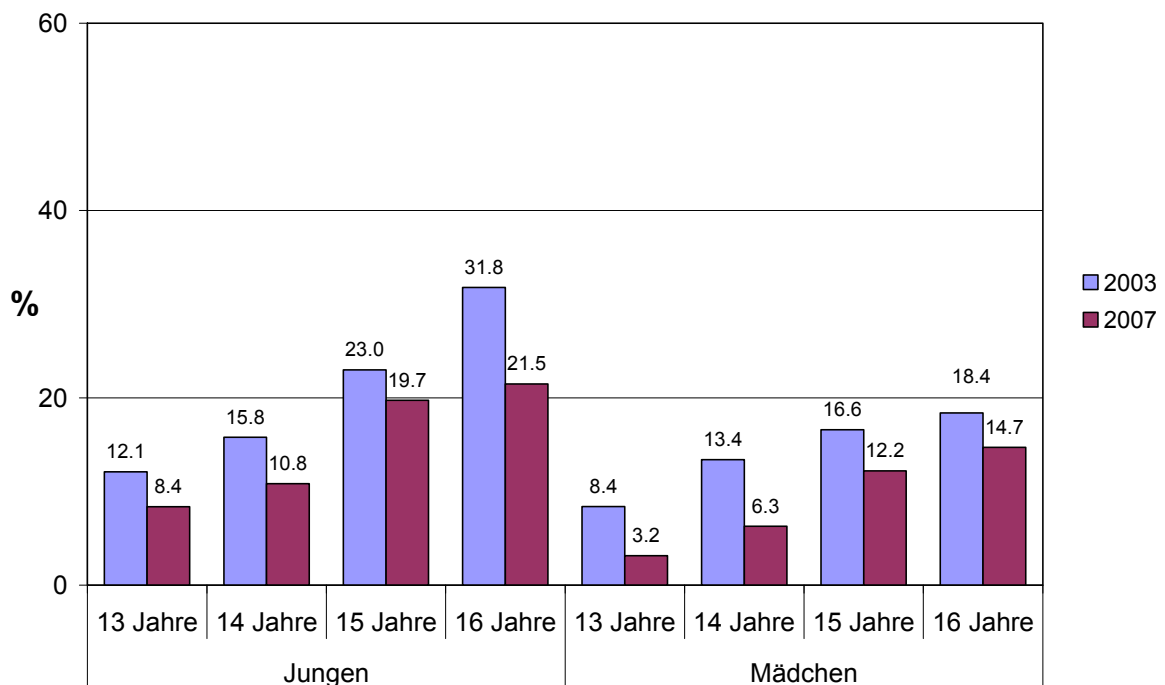


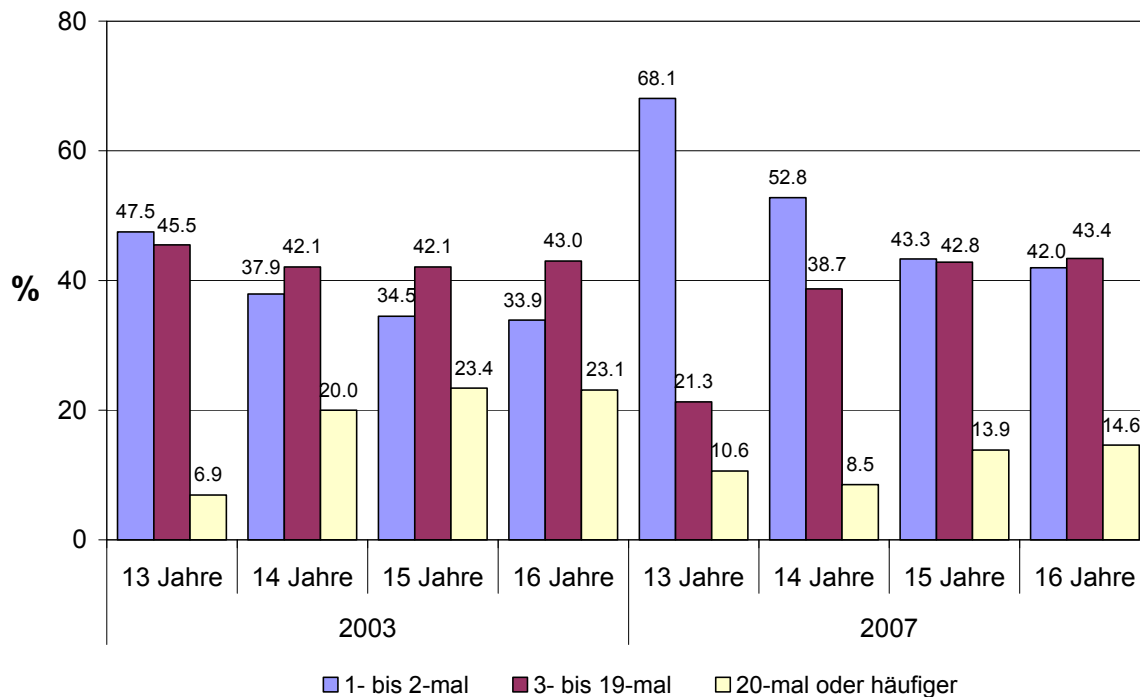
Abbildung 12: 30-Tagesprävalenz des Cannabisgebrauchs nach Alter und Geschlecht in den Jahren 2003 und 2007



Erfreulich ist auch, dass selbst bei Gebrauchenden die Häufigkeit des Gebrauches zurückgegangen ist (Abbildung 13).



Abbildung 13: Häufigkeit des Gebrauches in den letzten 30 Tagen bei Jugendlichen mit Cannabisgebrauch in diesem Zeitraum, Vergleich 2003 und 2007



### Schlussfolgerung und Empfehlungen

Die Schweiz zählt gegenwärtig in Europa zu den Ländern mit dem höchsten Cannabisgebrauchs-Niveau. Das insbesondere regelmässiger Gebrauch zu einigen negativen Folgen führt, wird heutzutage kaum noch in Frage gestellt. Insbesondere die Langzeitfolgen eines regelmässigen Gebrauchs im Jugendalter sind derzeit kaum abzuschätzen. Einige Schlüsse können jedoch bereits zurzeit gezogen werden. Trotz des Rückganges im Gebrauch in den letzten 5 Jahren sollte die Zahl der Gebrauchenden weiter reduziert werden. Dies gilt insbesondere für den häufigen Gebrauch, 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).

Ein wichtiges Ziel der Prävention sollte die Verhinderung des Cannabisgebrauchs bei Tätigkeiten sein, die durch diesen beeinträchtigt werden, wie die Teilnahme am Strassenverkehr und in der Schule/Lehre. Den Gebrauch im Strassenverkehr regelt das Strassenverkehrsgesetz. Auch im Bereich Schule und Lehre 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. Entkriminalisierung ist jedoch weder gleichbedeutend mit Legalisierung

oder Banalisierung zu verstehen. Es macht unseres Erachtens jedoch wenig Sinn, Jugendlichen und jungen Erwachsenen durch aktenkundige Strafeinträge wegen Cannabisgebrauchs den weiteren Lebenslauf ungünstig zu beeinflussen.

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).

Trotz des Rückganges im Gebrauch wird dieser zukünftig weiter zu kostenträchtigen Folgen führen, 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.*, 2004), sowie auch Kurzinterventionen (z.B. infodrog, 2007).

### Weitere Ergebnisse aus ESPAD 2007 und Vergleiche mit ESPAD 2003

Andere psychoaktive Substanzen als Cannabis, Alkohol und Zigaretten werden von 15-jährigen Jugendlichen in der Schweiz seltener gebraucht (Tabelle 17). Auffällig wie auch schon in früheren Studien in der Schweiz ist eine relative hohe Affinität mit Medikamenten (Tabletten und Pillen).

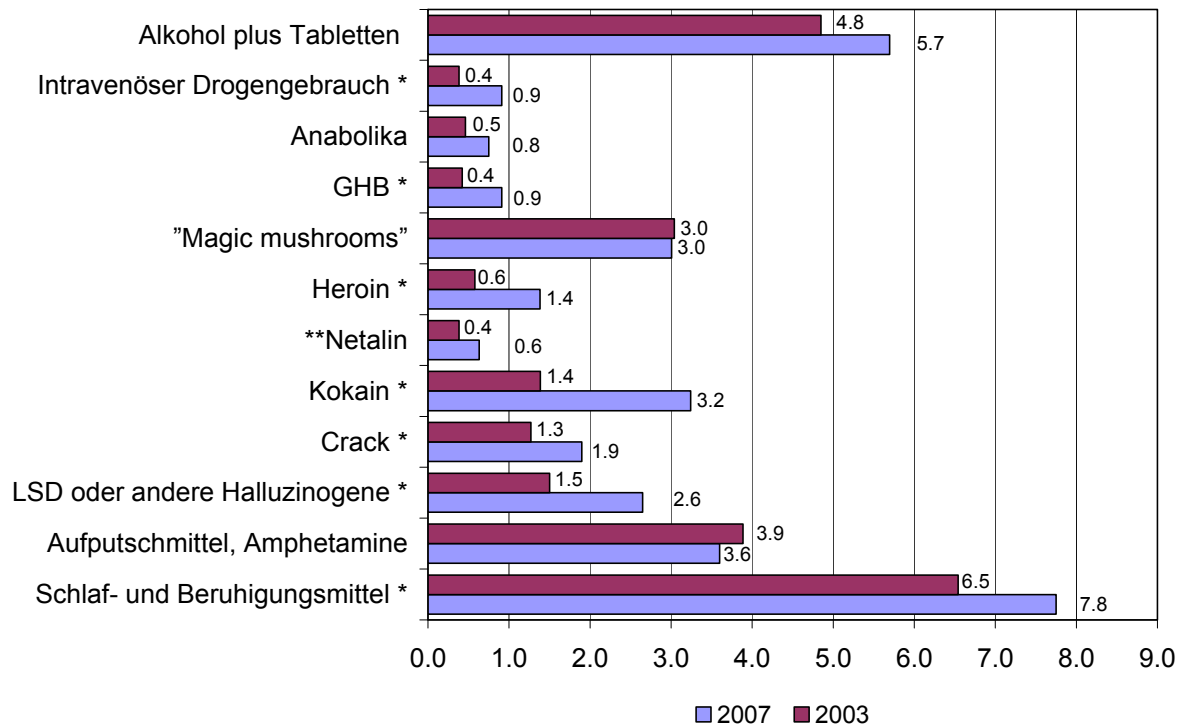
*Tabelle 17: Lebenszeitprävalenz ausgewählter psychoaktiver Substanzen und der kombinierten Einnahme von Substanzen bei 15-Jährigen nach Geschlecht, ESPAD 2007*

Substanz	Jungen	Mädchen	gesamt
Schlaf- und Beruhigungsmittel ohne ärztliche Verschreibung	5.7	9.9	7.8
Aufputzmittel, Amphetamine	3.8	3.3	3.6
LSD oder andere Halluzinogene	3.5	1.8	2.6
Crack	2.7	1.1	1.9
Kokain	4.0	2.5	3.2
Netalin**	0.9	0.4	0.6
Heroin	1.4	1.4	1.4
"Magic mushrooms"	3.8	2.2	3.0
GHB	1.3	0.6	0.9
Anabolika	0.9	0.6	0.8
intravenöser Drogengebrauch	0.9	0.9	0.9
Alkohol in Zusammenhang mit Tabletten und Pillen	5.1	6.3	5.7

**Bemerkung:** \*\* Fiktive Droge, um Antwortverhalten zu testen

Vergleicht man diese Daten mit 2003, so stellt man im Gegensatz zum Gebrauch legaler Substanzen und Cannabis häufig signifikant erhöhte Werte fest (Abbildung 14)

Abbildung 14: Lebenszeitprävalenz ausgewählter psychoaktiver Substanzen und der kombinierten Einnahme von Substanzen bei 15-Jährigen im Vergleich 2003 und 2007



**Bemerkung:** \* signifikanter Unterschied auf dem 5%--Niveau  
 \*\* 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 18). Trotz den je nach Substanzen unterschiedlichen Fallzahlen kann man wohl schlussfolgern, dass Jugendliche in der Schweiz mit den legalen Substanzen Alkohol und Tabak einsteigen. Das Alter des ersten problematischen Konsums dieser Substanzen (also Trunkenheit und tägliches Rauchen) fällt dann weitgehend mit dem des Cannabisgebrauchs zusammen. Dieses Ergebnis stützt die Argumentation, dass der Cannabisgebrauch häufig ein Zeichen für ein umfassenderes problematisches Verhalten ist. Interessant ist, dass der Einstieg in den Alkopop-Konsum im Vergleich zu den anderen alkoholischen Getränken gar nicht so früh beginnt, sondern eher mit jenem von Spirituosen zusammenfällt. Dies weist entweder darauf hin, dass Alkopops nicht so stark wie häufig befürchtet Jugendliche zum Erstkonsum animieren (dies belegt auch eine frühere Studie in der Schweiz, Wicki *et al.*, 2006).

Tabelle 18: Alter beim ersten Drogengebrauch, 15 Jährige, Vergleich ESPAD 2003 und 2007

		bis 11	12	13	14	15	16	Mittelwert	n
	nie	Jahre	Jahre	Jahre	Jahre	Jahre	Jahre	bei Konsu-	Konsu-
								mierenden	mierenden
<b>2003</b>									
<b>Zigaretten</b>									
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
<b>Alkohol</b>									
Bier (zumindest ein Glas)	24.4	15.5	13.4	15.6	18.9	11.2	1	12.8	1963
Wein (zumindest ein Glas)	32.8	15.7	12	13.2	14.6	10	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
Alkopops (zumindest 1 Glas)									
erste Trunkenheit	46.1	1	3.2	6.6	18.4	22.3	2.4	14.2	1395
<b>Cannabis</b>									
Marihuana oder Haschisch	61.2	1	3.3	6.7	14.7	12.2	0.9	13.9	990
<b>2007</b>									
<b>Zigaretten</b>									
erste Zigarette	39.5	15.3	8.9	10.7	14.1	10.9	0.6	12.7	1521
tägliches Rauchen	79.4	1.1	1.1	3.2	6.2	8.0	1.0	14.0	515
<b>Alkohol</b>									
Bier (zumindest ein Glas)	23.2	15.6	9.6	15.0	22.0	13.7	0.9	12.9	1921
Wein (zumindest ein Glas)	36.3	14.7	8.5	12.1	15.3	11.7	1.4	12.8	1591
Spirituosen (zumindest ein Glas)	35.7	4.1	4.6	10.7	22.2	20.8	2.0	13.8	1601
Alkopops (Zumindest 1 Glas)	30.1	4.1	5.7	12.5	25.6	20.5	1.5	13.8	1745
erste Trunkenheit	51.4	1.7	1.5	6.1	16.5	20.3	2.5	14.2	1207
<b>Cannabis</b>									
Marihuana oder Haschisch	65.5	1.6	2.6	4.9	11.2	12.9	1.2	14.0	852

**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 15-Jährige bereits 16 Jahre alt sein.  
 Einstieg in den Alcopop-Gebrauch wurde im Bericht 2003 nicht berechnet.

Ganz allgemein kann man wohl sagen, dass es weniger substanzgebrauchende Jugendliche gibt, und sich das Einstiegsalter bei den Gebrauchenden kaum verändert hat, vielleicht sogar geringfügig angestiegen ist.

Besonders in der Kindheit und frühen Adoleszenz, aber auch darüber hinaus, sind die Eltern eine der wichtigsten Sozialisationsinstanzen. In Bezug auf die Prävention 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 19 gibt Auskunft über einen wichtigen Indikator elterlicher "Beaufsichtigung": die Meinung Jugendlicher über die elterliche Kenntnis ihres Aufenthaltsort am Samstagabend. 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 (2006) 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, 2004). Damit zeigt sich einmal mehr, 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 das Wissen ihrer Eltern bezüglich ihres Aufenthaltsortes und ihrer Aktivitäten.

*Tabelle 19: Prävalenzen des Substanzgebrauches (in %) und elterliches Wissen um den samstäglichem Aufenthaltsort ihres Kindes; 15-Jährige im Jahr 2007*

Substanzgebrauch	Eltern wissen wo ich bin			
	immer	meistens	manchmal	in der Regel nicht
<b>Zigaretten</b>				
40 oder mehr Zigaretten (Lebenszeit)	10.7	20.0	30.3	42.2
11 Zigaretten oder mehr täglich (30 Tage)	2.7	3.5	9.8	14.7
<b>Alkohol</b>				
Alkoholkonsum zumindest 6-mal (30 Tage)	16.3	25.0	39.6	50.0
Alkoholkonsum von mindestens 5 Gläsern wenigstens 3-mal (30 Tage)	6.4	11.3	19.4	30.3
selbsteingeschätztes Betrunkensein mindestens 3-mal (30 Tage)	2.3	4.0	8.5	16.2
<b>illegale Drogen (Lebenszeit)</b>				
jeglicher Gebrauch illegaler Drogen ausschliesslich Cannabis	7.8	14.3	26.3	35.3
Cannabis	21.3	39.4	55.4	59.4
LSD oder andere Halluzinogene	2.4	2.8	10.1	16.7
Ecstasy	1.3	1.5	7.3	10.8
<b>illegale Drogen (12 Monate)</b>				
Cannabis	16.9	32.3	45.5	48.5
Ecstasy	0.9	1.2	5.5	9.8
<b>illegale Drogen (30 Tage)</b>				
Cannabis	9.5	16.5	29.9	39.6
Ecstasy	0.6	0.4	2.3	8.8

**Lesebeispiel:** Bei Jugendlichen, bei denen die Eltern immer wissen, wo sie sich Samstags aufhalten haben „nur“ 9.5% in den letzten 30 Tagen Cannabis gebraucht, jedoch 39.6% der Jugendlichen, bei denen die Eltern dies in der Regel nicht wissen.

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 20 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 20: Wissen über Rauschepisoden von älteren Geschwistern und eigener Substanzkonsum, 15-Jährige im Jahr 2007*

Substanzgebrauch	ältere Geschwister betrinken sich			
	ja	nein	weiss nicht	keine älteren Geschwister
<b>Zigaretten</b>				
40 oder mehr Zigaretten (Lebenszeit)	27.7	15.9	25.4	13.3
11 Zigaretten oder mehr täglich (30 Tage)	4.3	4.9	5.8	3.9
<b>Alkohol</b>				
Alkoholkonsum zumindest 6-mal (30 Tage)	34.5	20.2	25.4	21.4
Alkoholkonsum von mindestens 5 Gläsern wenigstens 3-mal (30 Tage)	17.2	7.6	13.8	9.8
Trunkenheit mindestens 3-mal (30 Tage)	1.8	1.0	2.7	0.7
<b>illegale Drogen (Lebenszeit)</b>				
jeglicher Gebrauch illegaler Drogen ausschliesslich Cannabis	16.5	10.9	16.9	14.1
Cannabis	46.9	29.7	38.3	29.7
Amphetamine	4.1	2.8	5.3	3.5
LSD oder andere Halluzinogene	6.4	3.3	5.8	3.2
Ecstasy	3.0	2.1	3.7	2.4
<b>illegale Drogen (12 Monate)</b>				
Cannabis	39.1	22.5	33.5	24.3
Ecstasy	2.1	1.4	2.7	1.9
<b>illegale Drogen (30 Tage)</b>				
Cannabis	23.2	12.8	20.7	13.9
Ecstasy	0.9	1.1	2.1	0.6

**Lesebeispiel:** 34.5 Prozent der Jugendlichen mit älteren Geschwistern, die sich betrinken, haben zumindest 6-mal in den letzten 30 Tagen Alkoholgetrunken, jedoch „nur“ 20.2% jener Jugendlichen, bei denen sich die älteren Geschwister nicht betrinken.

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 21). 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 21: Fehlzeiten durch Schwänzen der Schule in den letzten 30 Tagen, 15-Jährige im Jahr 2007

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
<b>Zigaretten</b>									
40 oder mehr Zigaretten (Lebenszeit)	15.8	40.0	62.8	11.9	35.4	47.1	13.9	37.5	55.8
11 Zigaretten oder mehr täglich (30 Tage)	3.9	11.1	32.6	1.9	7.5	14.7	2.9	9.1	24.7
<b>Alkohol</b>									
Alkoholkonsum zumindest 6-mal (30 Tage)	24.5	45.2	72.1	16.7	29.2	55.9	20.6	36.5	64.9
Alkoholkonsum von mindestens 5 Gläsern wenigstens 3-mal (30 Tage)	10.7	25.9	54.8	5.6	15.5	21.2	8.2	20.3	40.0
Trunkenheit mindestens 3-mal (30 Tage)	1.3	4.5	10.0	0.7	1.9	2.9	0.8	2.7	8.5
<b>illegale Drogen (Lebenszeit)</b>									
jeglicher Gebrauch illegaler Drogen ausschliesslich Cannabis	9.5	31.1	39.5	11.6	26.1	29.4	10.5	28.4	35.1
Cannabis	34.8	66.7	81.4	23.4	51.6	52.9	29.1	58.5	68.8
Amphetamine	2.3	6.7	27.9	2.5	7.0	11.8	2.4	6.8	20.8
LSD oder andere Halluzinogene	3.5	14.1	23.3	2.3	5.6	5.9	2.9	9.5	15.6
Ecstasy	1.5	6.7	26.2	1.6	4.4	2.9	1.6	5.4	15.8
<b>illegale Drogen (12 Monate)</b>									
Cannabis	27.5	59.3	76.7	18.1	46.5	38.2	22.8	52.4	59.7
Ecstasy	1.1	5.9	21.4	1.0	3.1	2.9	1.0	4.4	13.2
<b>illegale Drogen (30 Tage)</b>									
Cannabis	15.5	41.5	58.1	9.6	25.8	26.5	12.6	33.0	44.2
Ecstasy	0.5	4.4	14.3	0.3	1.9	2.9	0.4	3.1	9.2

**Lesebeispiel:** 24.5 Prozent der männlichen Jugendlichen ohne Fehlzeiten haben zumindest 6-mal Alkohol in den letzten Tagen getrunken, jedoch 72.1% jener mit 3 oder mehr Fehltagen.

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 22). 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 Ecstasy und Amphetaminen. Erfreulich ist jedoch, dass sie eingeschätzte Verfügbarkeit abgenommen hat, also es den Jugendlichen 2007 schwieriger erscheint, diese Substanzen zu erhalten. Vermutlich ein Schlüssel dafür, warum der Gebrauch der Substanzen zurückgegangen ist.

Tabelle 22: Wahrgenommene Verfügbarkeit von Substanzen, Anteile 15-Jähriger (in %), welche die Substanz „sehr leicht“ oder „ziemlich leicht“ verfügbar finden, Vergleich 2003 und 2007

	2003			2007		
	Jungen	Mädchen	gesamt	Jungen	Mädchen	gesamt
<b>Zigaretten</b>	92.7	95.0	93.9	80.1	74.9	77.5
<b>Alkohol</b>						
Beer	91.9	90.8	91.4	88.2	85.7	87.0
Wein	86.4	85.1	85.7	76.4	73.5	75.0
Spirituosen	-	-	-	63.3	58.0	36.7
Alcopops	69.9	66.0	67.9	53.2	50.4	51.8
Bier-/Weinpops	-	-	-	60.9	60.8	60.8
<b>andere Drogen</b>						
Cannabis	55.1	46.9	50.9	49.3	36.3	42.9
Amphetamine	13.8	13.5	13.7	11.8	10.3	11.0
Schlaf- und Beruhigungsmittel ohne ärztliche Verschreibung LSD/Halluzinogene	25.9	35.3	30.7	25.3	32.6	28.9
Ecstasy	14.4	13.8	14.1	11.7	8.4	10.1

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 23)? Schliesst man die „Weiss nicht“-Antworten aus, so unterscheidet sich das Wissen der Jugendlichen kaum von jenem der Experten. Im Jahr 2003 wurde am gefährlichsten der regelmässige intravenöse Drogengebrauch 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 der Liste stand der im Vergleich mit dem Gebrauch harter Drogen und dem regelmässigen Gebrauch legaler Substanzen regelmässige Gebrauch von Cannabis (vgl. Gmel *et al.*, 2004). Bei der ESPAD Befragung 2007 wurden die Fragen zu den harten illegalen Drogen mit doch sehr geringen Gebrauchsprävalenzen reduziert, um mehr Platz für relevante Fragen in dieser Altersgruppe zu schaffen. Die Jugendlichen unterscheiden sich in ihren Einschätzungen 2003 und 2007 in der Regel nur wenig, so dass man auch weiterhin davon ausgehen darf, dass Jugendliche harte illegale Drogen und intravenösen Gebrauch am gefährlichsten ansehen. Das Gefährdungspotential des regelmässigen Cannabis- und Ecstasygebrauchs schätzen die Jugendlichen 2007 etwas höher ein als noch 2003. 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.



Tabelle 23: *Wahrgenommenes Risiko für körperliche und andere Schäden durch Substanzgebrauch, 15-Jährige im Vergleich 2003 und 2007*

	2003				2007			
	kein oder geringes Risiko	moderates Risiko	grosses Risiko	weiss nicht	kein oder geringes Risiko	moderates Risiko	grosses Risiko	weiss nicht
<b>Zigaretten</b>								
gelegentliches Rauchen	46.1	37.3	14.5	2.0	45.9	36.6	14.4	3.1
Rauchen einer oder mehrerer Schachteln	4.5	17.3	76.2	2.1	6.0	16.0	75.4	2.6
<b>Alkohol</b>								
1 bis 2 Drinks täglich oder fast täglich	29.0	42.6	26.0	2.5	28.2	43.6	24.5	3.7
4- 5 Drinks täglich oder fast täglich	5.9	22.5	68.7	2.9	6.3	21.4	68.7	3.6
5 oder mehr Drinks jedes Wochenende	19.2	38.2	38.1	4.5	18.2	38.2	38.9	4.8
<b>andere Drogen</b>								
Cannabis 1- oder 2-mal probieren	58.8	20.4	13.2	7.6	54.6	21.1	17.1	7.2
gelegentlich Cannabis rauchen	31.7	37.7	23.7	6.8	26.1	37.7	29.5	6.6
regelmässig Cannabis rauchen	7.7	24.4	60.6	7.3	6.1	16.5	71.2	6.3
Ecstasy 1- bis 2-mal nehmen	18.1	27.5	34.7	19.6	28.8	29.1	29.5	12.5
Ecstasy regelmässig nehmen	2.7	7.1	71.2	19.0	3.2	8.0	78.1	10.6
Amphetamine 1- bis 2-mal nehmen	22.0	26.5	23.4	28.0	25.2	30.7	29.4	14.7
regelmässig Amphetamine nehmen	3.6	11.7	58.4	26.3	3.4	8.5	74.2	13.9

**Lesebeispiel:** Im Jahr 2003 sehen 46.1% der Jugendlichen im gelegentlichen Rauchen kein oder nur ein geringes Risiko, 37.3% ein moderates Risiko, und 14.5% ein grosses Risiko. 2.0 können das Risiko nicht einschätzen (weiss nicht). Pro Jahr und Konsummuster sollten sich zu 100% aufsummieren. Wegen Rundungsungenauigkeiten kann es zu 99.19% oder 100.1% kommen.

### *Schlussfolgerungen und Empfehlungen*

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

- 1) Mit Blick auf behördlichen 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 sind dagegen kaum effizient und schon gar nicht kosteneffizient.
- 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.

- 3) Prävention ist nicht nur eine behördliche 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 *et al.*, 2001a; Spoth *et al.*, 2001b; Schönenberger *et al.*, 2006). 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, Uchtenhagen & Meili, 2004).

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. Erfolg versprechender sind Massnahmen, die zum risikoarmen Umgang mit Alkohol führen.

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, 141-150.
- Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J. W., Gruenewald, P. J., Hill, L., Holder, H. D., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. & Rossow, I. (2003). *Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy*. Oxford: Oxford Medical Publication, Oxford University Press.
- Backinger, C. L., McDonald, P., Ossip-Klein, D. J., Colby, S. M., Maule, C. O., Fagan, P., Husten, C. G. & Colwell, B. (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, 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, 60-70.
- Center of Disease Control (CDC) (1999). *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs*. CDC, United States Department of Health and Human Services, [Zugriff: [www.cdc.gov/tobacco/research\\_data/stat\\_nat\\_data/bestprac-execsummay.html](http://www.cdc.gov/tobacco/research_data/stat_nat_data/bestprac-execsummay.html)].
- Chen, X., Stacy, A., Zheng, H., Shan, J., Spruijt-Metz, D., Unger, J., Gong, J., Gallaher, P., Liu, C., Azen, S. & Shakib, S. (2003). Sensations from initial exposure to nicotine predicting adolescent smoking in China: a potential measure of vulnerability to nicotine. *Nicotine and Tobacco Research*, 5, 455-463.
- Cooper, M. L. (1994). Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four-factor-model. *Psychological Assessment*, 6, 117-128.
- Cox, W. M. & Klinger, E. (1988). A motivational model of alcohol use. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 168-180.
- Currie, C., Nic Gabhainn, S., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., Currie, D., Pickett, W., Richter, M., Morgan, A. & Barnekow, V. (2008). *Inequalities in Young People's Health: HBSC International Report - From the 2005/2006 Survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Crosby, R., Sionean, C., Cobb, B. K., Harrington, K., Davies, S., Hook, E. W., 3rd & Oh, M. K. (2001). Parental monitoring: association with adolescents' risk behaviors. *Pediatrics*, 107, 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., Coleman, M. & Wood, C. (2004). Recollections and repercussions of the first inhaled cigarette. *Addictive Behaviors*, 29, 261-272.
- DiFranza, J. R., Savageau, J. A., Rigotti, N. A., Fletcher, K., Ockene, J. K., McNeill, A. D., Coleman, M. & Wood, C. (2002). Development of symptoms of tobacco dependence in youths: 30 month follow up data from the DANDY study. *Tobacco Control*, 11, 228-235.
- Duncan, S. C., Duncan, T. E., Biglan, A. & Ary, D. V. (1998). Contributions of the social context to the development of adolescent substance use: a multivariate latent growth modeling approach. *Drug and Alcohol Dependence*, 50, 57 - 71.
- Edwards, G., Anderson, P., Babor, T. F., Casswell, S., Ferrence, R. G., Giesbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H. D., Lemmens, P. H., Mäkelä, K., Midanik, L. T., Norström, T., Österberg, E., Romelsjö, A., Room, R., Simpura, J. & Skog, O.-J. (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, 847 - 852.
- Ezzati, M., Lopez, A. D., Rodgers, A., Vander Hoorn, S., Murray, C. J. L. & the Comparative Risk Assessment Collaborating Group (2002). Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet*, 360, 1347-1360.
- Fahrenkrug, H. & Gmel, G. (1996). Nach Heroin und Kokain gleich Alkohol und Nikotin - Experten schätzen das Suchtpotential von Drogen ein. *Abhängigkeiten*, 2, 43-36.
- 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, 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, 531-537.
- Gaume, J., Gmel, G. & Daepfen, J.-B. (2008). Brief alcohol interventions: Do counsellors' and patients' communication characteristics predict change? *Alcohol and Alcoholism*, 43, 62-69.
- Gisin, P. (2002). *Illegalen Alkoholverkauf an Jugendliche: Resultate von Testkäufen im Kanton Zürich*. Fachstelle "Alkohol am Steuer nie", 2008 (02.10) [Zugriff: URL: <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*. unveröffentlichter Forschungsbericht. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).

- Gmel, G. & Rehm, J. (2003). Harmful alcohol use. *Alcohol Research and Health*, 27, 52 - 62.
- Gmel, G., Rehm, J., Kuntsche, E. N., Wicki, M. & Grichting, E. (2004). *Das European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) in der Schweiz. Wichtigste Ergebnisse 2003 und aktuelle Empfehlungen*. Forschungsbericht. Lausanne / Zürich: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme / Institut für Suchtforschung. Also available at <http://www.sfa-isp.ch/DocUpload/ESPAD.pdf>.
- Gmel, G., Truan, P. & François, Y. (1999). Alcoholic beverage preferences and self-reported problems in Switzerland. *Substance Use and Misuse*, 34, 1619-1645.
- 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, 754-762.
- Gutjahr, E. & Gmel, G. (2001). *Die sozialen Kosten des Alkoholkonsums in der Schweiz: Epidemiologische Grundlagen 1995 - 1998* [Social costs of alcohol consumption in Switzerland: epidemiological data 1995 - 1998]. Forschungsbericht 36. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
- Hibell, B., Andersson, B., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. & Morgan, M. (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).
- infodrog (2007). *Realize-it*. Bern: infodrog, 2009 (März) [Zugriff: [http://www.infodrog.ch/txt/brochures/2008/online\\_d\\_realize\\_it.pdf](http://www.infodrog.ch/txt/brochures/2008/online_d_realize_it.pdf)].
- Jessor, R. & Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development. A longitudinal study of youth*. New York, NY: Academic Press Inc.
- 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: More youth in Treatment Due to Marijuana Use*. Boston, MA: Boston University School of Public Health, 2004) [Zugriff: <http://www.jointogether.org/sa/news/summaries/reader/0%2C1854%2C569205%2C00.html>].
- Jones, L., James, M., Jefferson, T., Lushey, C., Morleo, M., Stokes, E., Sumnall, H., Witty, K. & Bellis, M. (2007). *PHIAC 14.3a – Alcohol and Schools: Review of effectiveness and cost-effectiveness: A review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions delivered in primary and secondary schools to prevent and/or reduce alcohol use by young people under 18 years old - Final Report*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2009 (12.02) [Zugriff: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/AlcoholSchoolsConsReview.pdf>].
- Kandel, D. B. (1980). Drug and drinking behavior among youth. *Annual Review of Sociology*, 6, 235-285.

- Klingemann, H. K. & Gmel, G. (2001) *Mapping the Social Consequences of Alcohol Consumption*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Kuendig, H., Schweizer, A. & Gmel, G. (2008). *Interdiction de vente de produits du tabac aux mineurs dans le canton de Vaud - Evaluation de l'application de la loi relative aux commerces de détail par la technique du client "mystère"*. Rapport de recherche 44. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA).
- Kuntsche, E. N. (1999). Wenn jugendliche Autonomiebestrebungen auf elterliche Strenge treffen - ist Problemverhalten die Folge? (Jena).
- 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, 393-403.
- Kuntsche, E. N., Gmel, G., Wicki, M., Rehm, J. & Grichting, E. (2006). Disentangling gender and age effects on risky single occasion drinking during adolescence. *European Journal of Public Health*, 16, 670-675.
- Kuntsche, E. N., Knibbe, R. A., Gmel, G. & Engels, R. C. M. E. (2005). Why do young people drink? A review of drinking motives. *Clinical Psychology Review*, 25, 841-861.
- Kuntsche, E. N. & Kuendig, H. (2006). What is worse? A hierarchy of family-related risk factors predicting alcohol use in adolescence. *Substance Use and Misuse*, 41, 71-86.
- Kuntsche, E. N. & Schmid, H. (2001). Die Situation in der Familie und das wahrgenommene Verhalten der Eltern. In: Schmid, H., Kuntsche, E. N. & Delgrande, M., eds. *Anpassen, ausweichen, auflehnen? Fakten und Hintergründe zur psychosozialen Gesundheit und zum Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern*, S. 177-204. Bern: Haupt.
- Kuntsche, E. N. & Silbereisen, R. K. (2004). Parental closeness and adolescent substance use in single parent and intact families in Switzerland. *Swiss Journal of Psychology*, 63, 85-92.
- Kuntsche, E. N., Wicki, M. & Gmel, G. (2007). *ESPAD 07 Country Report for Switzerland. Research design and methodological results*. Lausanne: Swiss Institute for the Prevention of Alcohol and Drug Problems.
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K. D., Diamond, G. S., Barrett, K. & Tejeda, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 651-688.
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Ungaro, R. A. & Henderson, C. (2004). 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*, 36, 49-63.
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Quille, T. J., Dakof, G. A., Mills, D. S., Sakran, E. & Biaggi, H. (2002). Transporting a research-based adolescent drug treatment into practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22, 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, 1575-1588.

- McBride, N., Farrington, 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, 278-291.
- McDonald, P., Colwell, B., Backinger, C. L., Husten, C. G. & 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. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674 - 701.
- Monti, P. M., Colby, S. M. & O'Leary, T. A. (2001) *Adolescents, Alcohol, and Substance Abuse*. New York, NY: The Guilford Press.
- Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) (1994). *Guidelines for School Health Programs to Prevent Tobacco Use and Addiction*. Center for Disease Control (CDC), [Zugriff: <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, 14-23.
- Narring, F., Tschumper, A., Inderwildi Bonivento, L., Jeannin, A., Addor, V., Bütikofer, A., Suris, J.-C., Diserens, C., Alsaker, F. D. & Michaud, P.-A. (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.
- Niederer, R., Korn, K., Lussmann, D. & Kölliker, M. (2008). *Marktstudie und Befragung junger Erwachsener zum Konsum alkoholhaltiger Mischgetränke (Alcopops) - Ergebnisbericht*. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG, 2008 (02.10.) [Zugriff: URL: <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/00600/04639/index.html?lang=de>].
- Plant, M. L., Miller, P., Thornton, C., Plant, M. A. & Bloomfield, K. (2000). Life stage, alcohol consumption patterns, alcohol-related consequences, and gender. *Substance Abuse*, 21, 265-282.
- Rajan, K. B., Leroux, B. G., Peterson, A. V., Jr., Bricker, J. B., Andersen, M. R., Kealey, K. A. & Sarason, I. G. (2003). Nine-year prospective association between older siblings' smoking and children's daily smoking. *Journal of Adolescent Health*, 33, 25-30.
- Rehm, J., Gmel, G., Sempos, C. T. & Trevisan, M. (2003a). Alcohol-related morbidity and mortality. *Alcohol Research and Health*, 27, 39 - 51.
- Rehm, J., Room, R., Graham, K., Monteiro, M. G., Gmel, G. & Sempos, C. T. (2003b). The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction*, 98, 1209-1228.
- Rehm, J., Room, R., Monteiro, M. G., Gmel, G., Graham, K., Rehn, N., Sempos, C. T., Frick, U. & Jernigan, D. (2004). Alcohol use. In: Ezzati, M., Lopez, A. D., Rodgers, A. & Murray, C. J. L., eds. *Comparative Quantification of Health Risks. Global and Regional Burden of*

*Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*, S. 959-1108. Geneva: World Health Organization (WHO).

Room, R. (2001). Intoxication and bad behaviour: understanding cultural differences in the link. *Social Science and Medicine*, 53, 189-198.

Rose, G. L. (1985). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 14, 32-38.

Russell, M. A. (1990). The nicotine addiction trap: a 40-year sentence for four cigarettes. *British Journal of Addiction*, 85, 293-300.

Scheuber, N., Stucki, S., Landg, D., Guzman, D., Ayer, M. & Rihs-Middel, M. (2008). *Übersicht zu Alkoholtestkäufen in der Schweiz 2000 bis 2007 - Abschlussbericht*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2009 (März) [Zugriff: <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/00600/04639/index.html?lang=fr>].

Schmid, H., Delgrande Jordan, M., Kuntsche, E., Kuendig, H. & Annaheim, B. (2008). *Der Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz - Ausgewählte Ergebnisse einer Studie, durchgeführt unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO)*. Forschungsbericht 42: revidierte und aktualisierte Fassung. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).

Schmid, H., Gmel, G. & Janin Jacquat, B. (1999). Neue epidemiologische Befunde zum Rauchen in der Schweiz. *Suchtmagazin*, 25, 3-13.

Schönenberger, M., Schmid, H., Fäh, B., Bodenmann, G., Lattmann, U. P., Cina, A., Kern, W. & Anliker, S. (2006). *Eltern und Schule stärken Kinder (ESSKI) - Ein Projekt zur Förderung der Gesundheit bei Lehrpersonen, Kindern und Eltern und zur Prävention von Stress, Aggression und Sucht. Konzept und Ergebnisse eines mehrdimensionalen Forschungs- und Entwicklungsprojekts im Bereich psychosoziale Gesundheit in Schule und Elternhaus - Projektbericht*

Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA), 2009 (März) [Zugriff: [http://www.sfa-isp.ch/DocUpload/rr\\_ESSKI.pdf](http://www.sfa-isp.ch/DocUpload/rr_ESSKI.pdf)].

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. *BMJ*, 327, 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, 1083-1086.

Spoth, R. L., Redmond, C. & Shin, C. (2001a). Randomized trial of brief family interventions for general populations: Adolescent substance use outcomes 4 years following baseline. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 627-642.



Spoth, R. L., Redmond, C., Trudeau, L. & Shin, C. (2001b). 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, 1072-1085.

Tobler, N. S. (1992). Drug prevention programs can work: research findings. *Journal of Addictive Diseases*, 11, 1-28.

Triple P (2004). *Triple P - Positive Parenting Program*. Institut für Familienforschung und -beratung, Universität Fribourg, 2008 (02.10.) [Zugriff: URL: [www.triplep.ch](http://www.triplep.ch)].

Uchtenhagen, A. & Meili, B. (2004). *Entwicklungschancen fördern: Prävention zu Gunsten gefährdeter Kinder und Jugendlicher - Empfehlungen einer kollektiven Expertise*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).

US Department of Health and Human Services (USDHHS) (2003). *Preventing Drug Abuse among Children and Adolescents - Selected Resources and References*. National Institute on Drug Abuse (NIDA), 2008 (02.10.) [Zugriff: URL: <http://www.nida.nih.gov/Prevention/resources.html>].

Vaucher, S., Rehm, J., Benvenuti, J. & Müller, R. (1995). Young teenagers and access to alcohol in a Swiss canton: evidence from observational testing and from a telephone survey. *Addiction*, 90, 1619-1625.

Wicki, M., Gmel, G., Kuntsche, E. N., Rehm, J. & Grichting, E. (2006). Is alcohol consumption in Switzerland associated with riskier drinking patterns and more alcohol-related problems? *Addiction*, 101, 522-533.

World Health Organization (WHO) (2002). *Prevention of Psychoactive Substance Use - A Selected Review of What Works in the Area of Prevention*. Geneva: World Health Organization (WHO).

## Appendix

*Tabelle Appendix A1: Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums und des Alkoholkonsums 40-mal und häufiger nach Alter und Geschlecht (in %), neue Bereinigung*

		13 Jahre	14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre
<b>jemals</b>	Jungen	82.0	86.8	92.9	94.8
	Mädchen	76.4	84.9	91.3	94.3
	gesamt	79.0	85.8	92.1	94.6
<b>40+</b>	Jungen	10.4	14.9	28.6	39.7
	Mädchen	5.6	8.6	16.1	24.8
	gesamt	7.9	11.6	22.4	32.1

*Tabelle A2. 30-Tage-Prävalenz des mindestens einmaligen und des 10-maligen oder häufigeren Alkoholkonsums, neue Bereinigung*

		13 Jahre	14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre
<b>jemals</b>	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
<b>mind. 10 Konsumgelegenheiten</b>	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

*Tabelle A3: Risikoreicher Alkoholkonsum bei 13- bis 16-Jährigen in den letzten 30 Tagen, neue Bereinigung*

		13 Jahre	14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre
<b>Jungen</b>	abstinent	53.5	41.4	23.7	19.6
	risikoarm	38.9	47.3	50.7	47.3
	chronisch risikoreich	0.0	0.0	0.6	0.4
	episodischer Risikokonsum	7.2	10.0	23.2	28.8
	risikokumulierende	0.5	1.3	1.9	4.0
<b>Mädchen</b>	abstinent	53.7	43.7	29.1	25.3
	risikoarm	39.7	48.3	55.6	56.2
	chronisch risikoreich	0.0	0.2	0.9	0.5
	episodischer Risikokonsum	5.7	6.0	12.8	15.1
	risikokumulierende	0.9	1.7	1.6	2.9

**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 Abstinenzzahlen von den Werten in Tabelle 4 leicht abweichen.