



Klasse**2000**<sup>®</sup>

## Abschlussbericht

# Das Unterrichtsprogramm *Klasse2000*: Effekte auf Substanzkonsum und Gesundheitsverhalten 3 Jahre nach Ende der Intervention

Kiel, Februar 2012

Dipl.-Psych. Karin Maruska  
Dr. Barbara Isensee  
Prof. Dr. Reiner Hanewinkel  
Institut für Therapie- und  
Gesundheitsforschung  
gemeinnützige GmbH  
Harmsstraße 2  
24114 Kiel

Gefördert aus Mitteln des  
Vereins Programm Klasse2000 e.V.

Telefon: +49 (0)431 570 29 0  
Telefax: +49 (0)431 570 29 29  
Web: [www.ift-nord.de](http://www.ift-nord.de)

# Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung .....	3
1 Hintergrund .....	4
2 Methode .....	5
2.1 Stichprobe und Procedere der zweiten Nachbefragung .....	5
2.2 Attritionsanalyse.....	7
2.3 Fragebogen .....	7
2.4 Auswertung.....	9
3 Ergebnisse .....	10
3.1 Gesundheit: Wichtigkeit und Selbstwirksamkeit .....	10
3.2 Rauchen: Konsum, Empfänglichkeit, Risikowahrnehmung, Normen .....	12
3.2.1 Konsum.....	12
3.2.2 Empfänglichkeit.....	13
3.2.3 Risikowahrnehmung.....	13
3.2.4 Normwahrnehmung.....	14
3.2.5 Rauchen der Freunde .....	15
3.3 Alkohol: Konsum, Empfänglichkeit, Risikowahrnehmung, Normen.....	16
3.3.1 Konsum.....	16
3.3.2 Empfänglichkeit.....	18
3.3.3 Risikowahrnehmung.....	18
3.3.4 Normwahrnehmung.....	19
3.3.5 Alkoholkonsum der Freunde .....	20
3.4 Einstieg in den Substanzkonsum .....	20
3.5 Kommunikation .....	21
3.6 Umgang mit Streit .....	22
3.7 Umgang mit Überredungsversuchen.....	22
3.8 Umgang mit Stress .....	23
3.9 Umgang mit unangenehmen Gefühlen.....	24
4 Diskussion.....	26
Literatur .....	29
Anhang.....	31

# Zusammenfassung

## Ziel

Untersuchung der langfristigen Auswirkungen des Unterrichtsprogramms *Klasse2000* auf Substanzkonsum, Gesundheitsverhalten und -einstellungen.

## Methode

Nachbefragung einer Stichprobe von hessischen Schülerinnen und Schülern aus einer vierjährigen Kontrollgruppenstudie mit Messwiederholung.

## Ergebnisse

Die Lebenszeitprävalenz sowie die Inzidenz des Rauchens fielen in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe bedeutsam geringer aus. In der Untergruppe der bereits alkoholkonsumierenden Jugendlichen konnten Programmeffekte auf die Konsummenge, die Trunkenheitserfahrung sowie Binge drinking gefunden werden. Bezüglich der Möglichkeiten, die die Schülerinnen und Schüler sehen, etwas für ihre Gesundheit zu tun, nannten die Jugendlichen der Interventionsgruppe bedeutsam häufiger den Bereich Ernährung. Tendenziell bedeutsame Ergebnisse im Bereich der Lebenskompetenzen deuten daraufhin, dass Schülerinnen und Schüler der Interventionsgruppe im Umgang mit Stress häufiger soziale Unterstützung in Anspruch nehmen sowie im Umgang mit unangenehmen Gefühlen häufiger versuchen, das zugrunde liegende Problem kognitiv zu lösen. Für weitere Gesundheitsverhaltensweisen, Gesundheitseinstellungen und Lebenskompetenzen konnten keine Hinweise auf Programmeffekte gefunden werden.

## Schlussfolgerung

Auch 36 Monate nach Abschluss der Intervention finden sich Hinweise auf Effekte des Programms *Klasse2000* insbesondere auf den Konsum von Substanzen.

# 1 Hintergrund

*Klasse2000* ist das in Deutschland am weitesten verbreitete Programm zur Gesundheitsförderung in der Grundschule. Zwei Studien zur Ergebnisevaluation ergaben Hinweise auf die Wirksamkeit des Programms insbesondere hinsichtlich des Substanzkonsums am Ende der Grundschulzeit<sup>1-3</sup>. Ausgehend von der zweiten Studie<sup>2,3</sup>, in der eine Stichprobe hessischer Grundschul Kinder und deren Lehrkräfte in den Schuljahren 2004/2005 bis 2007/2008 wiederholt befragt wurde, wurde bereits eine erste Nachbefragung ca. 16 Monate nach Ende der Intervention durchgeführt und die Schülerinnen und Schüler somit über die Grundschulzeit hinaus verfolgt<sup>4</sup>. In dieser ersten Nachbefragung ergaben sich Hinweise auf mittelfristige Auswirkungen insbesondere auf den Substanzkonsum, weniger jedoch auf andere Gesundheitsverhaltensweisen oder Lebenskompetenzen.

Der vorliegende Bericht stellt die Ergebnisse einer weiteren Nachbefragung dieser Stichprobe im Frühsommer 2011, also drei Jahre nach Ende der Intervention dar.

Über die erneute Nachbefragung sollte untersucht werden, ob positive Effekte des Programms *Klasse2000* auch langfristig nach Beendigung der Intervention nachweisbar sind. Konkret sollte geprüft werden, wie sich die Kinder weiterentwickeln, die an dem Programm *Klasse2000* teilnahmen, im Vergleich zu Kindern, die die Inhalte des Programms nicht vermittelt bekommen haben. Dabei interessierten primär Auswirkungen auf Gesundheitsverhalten und -einstellungen sowie den Konsum von Zigaretten und Alkohol. Insbesondere Letzterer ist von Interesse, da die untersuchten Schülerinnen und Schüler zum Zeitpunkt der Nachbefragung in der 7. Klasse und damit in der Hochrisikozeit für den Einstieg in den Konsum legaler Drogen sind.

## 2 Methode

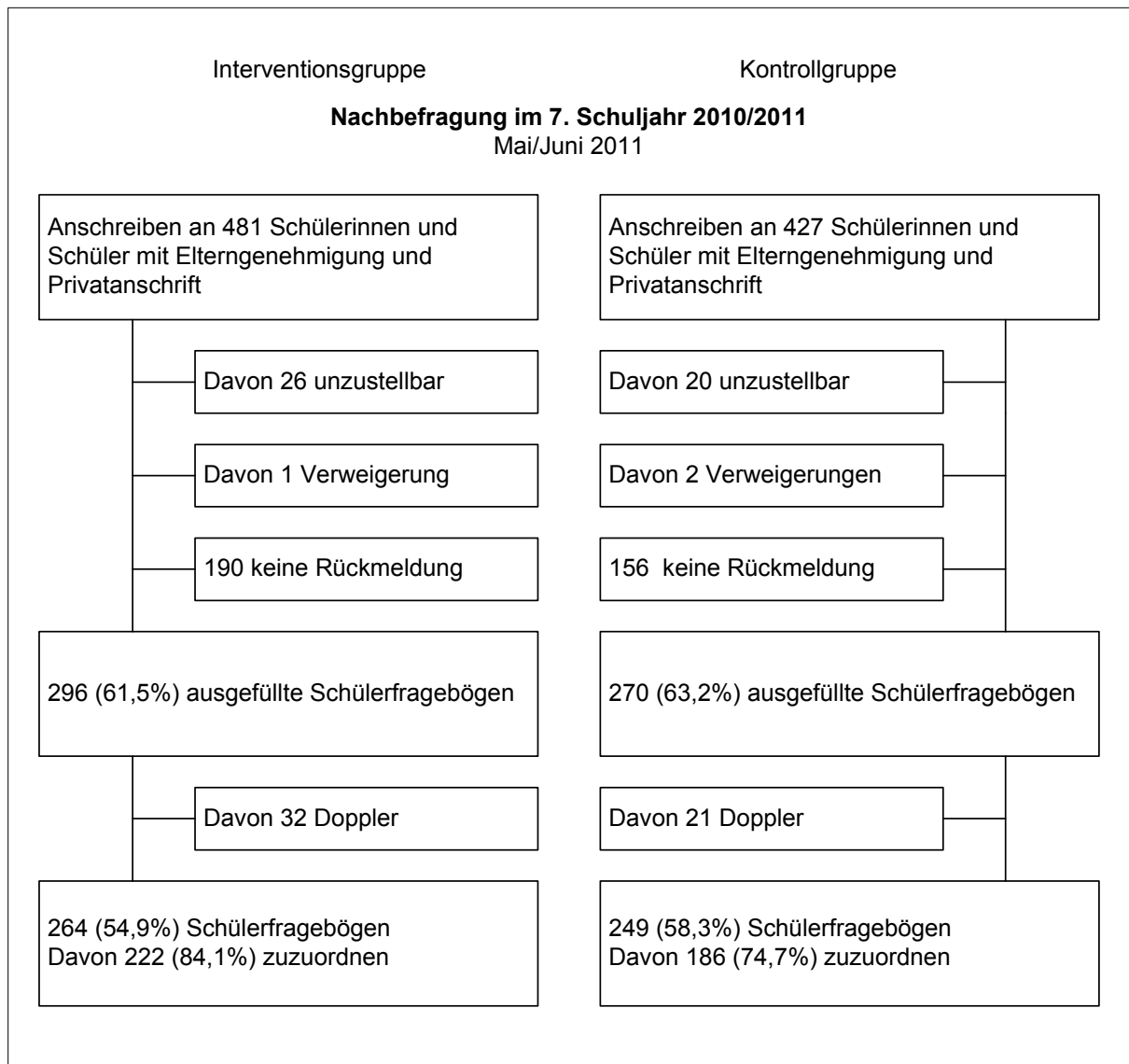
Ausgangspunkt der vorliegenden Untersuchung ist eine in Hessen von 2004/05 bis 2007/08 durchgeführte Kontrollgruppenstudie mit Messwiederholung, die bereits im Herbst 2009 erstmalig nachbefragt wurde (ausführliche Darstellung s. u. a. Isensee und Hanewinkel <sup>2;4</sup>).

### 2.1 Stichprobe und Procedere der zweiten Nachbefragung

Um die in der Grundschule bereits rekrutierte Stichprobe auch nach Verlassen der Grundschule nachbefragen und die Daten aus beiden Studienphasen einander zuordnen zu können, wurden bereits vor der letzten Erhebung der „Originalstudie“ am Ende der 4. Klasse Elterngenehmigungen ausgeteilt, in denen die Eltern um die Genehmigung der weiteren Befragung ihrer Kinder sowie um die Angabe ihrer privaten Anschrift zum späteren direkten Anschreiben der Kinder gebeten wurden. Zusätzlich wurde zum letzten Messzeitpunkt ein von der Lehrkraft unabhängiges Verfahren zur Codierung der Fragebögen eingeführt, um die Zuordnung der Nachbefragungs- zu den Grundschuldaten zu gewährleisten: Die bisher durch die Lehrkraft vergebene Nummer wurde durch einen individuellen, durch das Kind selbst generierten Code ersetzt.

Insgesamt wurden in der Ausgangsstudie 1.553 Schülerinnen und Schüler zu zumindest einem der drei Messzeitpunkte befragt. An der letzten Befragung Ende der 4. Klasse nahmen 1.359 Schülerinnen und Schüler teil. Die Genehmigung durch die Eltern sowie die private Anschrift lag für insgesamt 958 Schülerinnen und Schüler ( $n=503$  aus der Interventions- und  $n=455$  aus der Kontrollgruppe) vor. Aus der ersten Nachbefragung im Herbst 2009 resultierte ein Ausschluss von insgesamt 50 Schülerinnen und Schülern aus der Stichprobe, da bei dem damaligen Versand die Fragebögen als unzustellbar zurückkamen ( $n=46$ ) oder die weitere Teilnahme verweigert wurde ( $n=4$ ) <sup>4</sup>.

Daher wurden für die zweite Nachbefragung im Frühsommer 2011 insgesamt 908 Schülerinnen und Schüler zweimalig angeschrieben ( $n=481$  aus der Interventions- und  $n=427$  aus der Kontrollgruppe). Von den verschickten Fragebögen kamen 563 ausgefüllt, 46 als unzustellbar sowie drei mit Verweigerung der Teilnahme zurück. Unter den ausgefüllten Fragebögen gab es 53 Dopplungen, d. h. 53 Schülerinnen und Schüler hatten ihren Fragebogen in Folge beider Anschreiben ausgefüllt zurückgeschickt. Von den nach der Aussortierung der Doppler (verwendet wurde der zuerst zurückgesandte Fragebogen) übrig gebliebenen 513 Datensätzen ( $n=264$  aus der Interventions- und  $n=249$  aus der Kontrollgruppe) konnten  $N=408$  (79,5%) den Daten aus der Grundschulstudie zugeordnet werden ( $n=222$  (84,1%) aus der Interventions- und  $n=186$  (74,7%) aus der Kontrollgruppe) (siehe Abbildung 1). In der Mehrheit dieser Stichprobe ( $n=358$ ) lagen Daten sowohl aus der Grundschule als auch aus beiden Nachbefragungen vor. Bei den restlichen 50 Schülerinnen und Schülern waren Daten aus der Grundschule und zweiten Nachbefragung, nicht aber aus der ersten Nachbefragung verfügbar. Die Auswertungen in diesem Bericht beziehen sich – wenn nicht anders angegeben – auf die Stichprobe der 408 Schülerinnen und Schüler mit vorliegenden Daten aus der Grundschule und der zweiten Nachbefragung.



**Abbildung 1.** Flussdiagramm

Tabelle 1 beschreibt die Stichprobe der 408 Schülerinnen und Schüler, deren Daten aus der zweiten Nachbefragung denjenigen aus der Ausgangsstudie zugeordnet werden konnten. Interventions- und Kontrollgruppe unterscheiden sich nicht hinsichtlich Geschlecht, Alter und besuchttem Schultyp.

**Tabelle 1.** Beschreibung der Stichprobe der zweiten Nachbefragung (N=408)

	Intervention (N=222)		Kontrolle (N=186)		t	df	p
	M	SD	M	SD			
Alter	12,86	0,43	12,89	0,47	0,61	405	0,54
	N	%	N	%	$\chi^2$	df	p
Geschlecht							
Männlich	92	41,4	84	45,2	0,57	1	0,45
Weiblich	130	58,6	102	54,8			
Schultyp							
Gymnasium	81	36,7	70	38,0	3,05	5	0,69
Realschule	35	15,8	30	16,3			
Hauptschule	4	1,8	8	4,4			
Förderschule	2	0,9	1	0,5			
Integrierte Gesamtschule	57	25,8	46	25,0			
Kooperative Gesamtschule	42	19,0	29	15,8			
Darunter							
Gymnasialzweig	29	69,1	14	48,3	5,41	3	0,14
Realschulzweig	11	26,2	12	41,4			
Hauptschulzweig	2	4,8	1	3,5			
Haupt-Realschulzweig	0	0,0	2	6,9			

## 2.2 Attritionsanalyse

Vergleicht man die 408 Schülerinnen und Schüler, von denen sowohl Grundschul- als auch Nachbefragungsdaten vorliegen, mit den Schülerinnen und Schülern, für die aus der letzten Befragung in der Grundschule Daten vorliegen, nicht jedoch aus der zweiten Nachbefragung (N=951), so sind die ausgeschiedenen Schülerinnen und Schüler im Vergleich zu den in der Studie verbliebenen Schülerinnen und Schülern signifikant älter, häufiger männlich, sie weisen höhere Lebenszeitprävalenzen für Rauchen und schlechtere Schulleistungen auf und geben am Ende der 4. Klasse seltener an, auf ein Gymnasium zu wechseln. Es zeigen sich aber weder Unterschiede in den Ausfallraten zwischen Interventions- und Kontrollgruppe noch gibt es Hinweise auf selektive Ausfälle (d.h. es scheinen in beiden Gruppen Schülerinnen und Schüler mit ähnlichen Merkmalen ausgeschieden zu sein; geprüft über logistische Regressionen mit Interaktionen Variable x Gruppenbedingung).

## 2.3 Fragebogen

In der zweiten Nachbefragung wurde ein Fragebogen eingesetzt, der folgende Bereiche umfasste (Angaben zu Antwortskalen und interner Konsistenz sind in Klammern angegeben; der Fragebogen ist im Anhang einzusehen):

- Geschlecht, Alter, Schulform (und ggf. Schulzweig), Klassenstufe
- Teilnahme an Programmen zur Suchtprävention, Gesundheitsförderung, Stressbewältigung oder Gewaltprävention/Konfliktlösung (4 Items mit einer ja/nein Antwortskala)
- Subjektive Wichtigkeit der Gesundheit (ein Item mit fünfstufiger Antwortskala) und gesundheitsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung (ein Item mit fünfstufiger Antwortskala sowie ein Item mit offenem Antwortformat)

- Umgang mit Streit, Überredungsversuchen, Stress und unangenehmen Gefühlen (je ein Item mit offenem Antwortformat)
- Kommunikation<sup>5,6</sup> (8 Items mit vierstufiger Antwortskala, Cronbach's  $\alpha=0,66$ ,  $r_{ii} \geq 0,27$ , Mittelwert: Range 0,13-3, höhere Werte stehen für höher ausgeprägte Kompetenz)
- Gesundheits- und Risikoverhalten
  - Rauchen:
    - Lebenszeitprävalenz<sup>7</sup>, aktueller Konsum,
    - Rauchverhalten der Freunde,
    - Annahmefähigkeit bei Angebot von Zigaretten<sup>8</sup>,
    - Normwahrnehmung Anteil rauchender Erwachsener in Deutschland (ein Item mit 11-stufiger Antwortskala von 0 („Keine“) bis 10 („Alle“), Kategorisierung in Unterschätzung (0-1), Schätzung im korrekten Bereich (2-4), Überschätzung (5-10) entsprechend der 30-Tage-Prävalenz von 29,2% unter den 18- bis 64-Jährigen<sup>9</sup>),
    - Normwahrnehmung Anteil rauchender Gleichaltriger in Deutschland (ein Item mit 11-stufiger Skala von 0 („Keine“) bis 10 („Alle“), Kategorisierung in Unterschätzung (0), Schätzung im korrekten Bereich (1-2), Überschätzung (3-10) entsprechend der Raucherquote von 12,9% unter den 12- bis 17-Jährigen<sup>10</sup>),
    - wahrgenommene Risiken des Zigarettenkonsums (6 Items mit vierstufiger Antwortskala, Cronbach's  $\alpha=0,77$ ,  $r_{ii} \geq 0,39$ , Mittelwert: Range 0-3, höhere Werte stehen für höher ausgeprägte Risikowahrnehmung)
  - Alkoholkonsum:
    - Lebenszeitkonsum, heimlicher Alkoholkonsum, 30-Tage-Prävalenz, Trunkenheitserfahrung<sup>11</sup>, Konsummenge, Binge drinking<sup>12</sup>,
    - Alkoholkonsum der Freunde,
    - Annahmefähigkeit bei Angebot von Alkohol<sup>8</sup>,
    - Normwahrnehmung Anteil alkoholkonsumierender Erwachsener in Deutschland (ein Item mit 11-stufiger Antwortskala von 0 („Keine“) bis 10 („Alle“), Kategorisierung in Unterschätzung (0-7), Schätzung im korrekten Bereich (8-9), Überschätzung (10) entsprechend der 12-Monats-Prävalenz des Alkoholkonsums von 92,7% unter den 18- bis 64-Jährigen<sup>9</sup>)
    - Normwahrnehmung Anteil alkoholkonsumierender Gleichaltriger in Deutschland (ein Item mit 11-stufiger Antwortskala von 0 („Keine“) bis 10 („Alle“), Kategorisierung in Unterschätzung (0-5), Schätzung im korrekten Bereich (6-8), Überschätzung (9-10) entsprechend der 12-



Monats-Prävalenz des Alkoholkonsums von 68,0% unter den 12- bis 17-Jährigen <sup>13)</sup>

- wahrgenommene Risiken des Alkoholkonsums (5 Items mit vierstufiger Antwortskala, Cronbach's  $\alpha=0,81$ ,  $r_{it} \geq 0,54$ , Mittelwert: Range 0-3, höhere Werte stehen für höher ausgeprägte Risikowahrnehmung

## 2.4 Auswertung

Zur Testung auf Gruppenunterschiede zum Zeitpunkt der zweiten Nachbefragung wurden in Abhängigkeit vom Antwortformat der untersuchten Variablen  $t$ -Tests für unabhängige Stichproben, logistische Regressionen sowie  $\chi^2$ -Tests berechnet. Unterschiede bezüglich Variablen, die im Längsschnitt vorlagen, d. h. die sowohl zur letzten Befragung in der Grundschule als auch zur aktuellen Nachbefragung erhoben wurden, wurden mittels Varianzanalysen mit Messwiederholung sowie logistischen und linearen Regressionen getestet. Die Kontrolle für Kovariaten erfolgte wie an entsprechender Stelle angegeben.

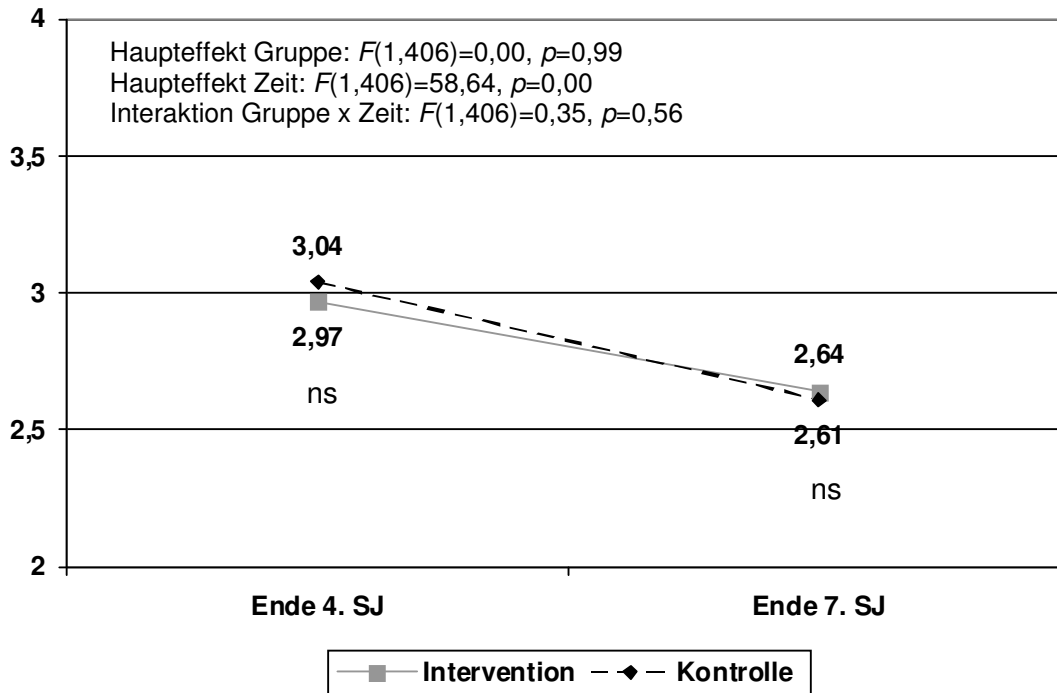
Von den Analysen des Zigarettenkonsums wurden Schülerinnen und Schüler mit inkonsistenten Angaben bezüglich der Lebenszeitprävalenz des Rauchens ( $n=13$ ), von den Analysen des Alkoholkonsums Schülerinnen und Schüler mit inkonsistenten Angaben bezüglich der Lebenszeitprävalenz des heimlichen Alkoholkonsums ( $n=16$ ) ausgeschlossen. Bei der gemeinsamen Betrachtung des Zigaretten- und Alkoholkonsums wurden alle mit mindestens einer Inkonsistenz bezüglich dieser Variablen von der Auswertung ausgeschlossen.

Alle Tests waren beidseitig. Beobachtete Signifikanzwerte von  $<0,05$  wurden als statistisch signifikant bewertet. Die Berechnungen wurden mit Hilfe des Programms STATA/SE 12 <sup>14</sup> durchgeführt.

### 3 Ergebnisse

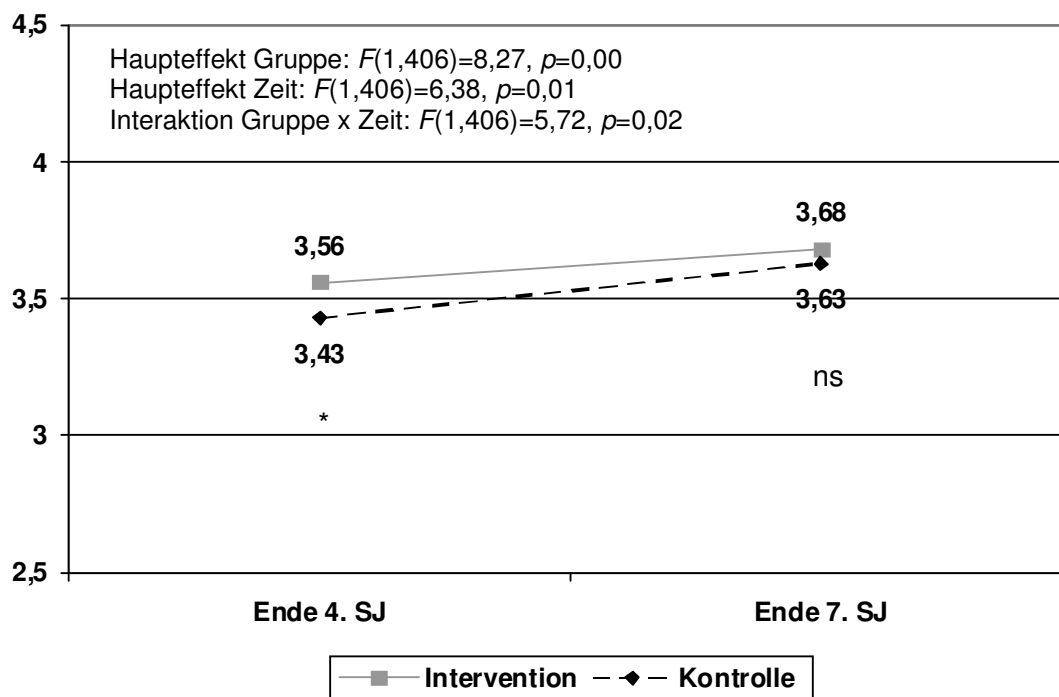
#### 3.1 Gesundheit: Wichtigkeit und Selbstwirksamkeit

Sowohl in der Grundschule als auch in der zweiten Nacherhebung wurde die Wichtigkeit der Gesundheit für die Schülerinnen und Schüler mit der Frage „Wie stark achtest du auf deine Gesundheit?“ erfasst. Die Entwicklung ist in der Abbildung 2 dargestellt. In beiden Gruppen ist eine Abnahme der Werte zu erkennen (Haupteffekt Zeit), ein bedeutsamer Gruppen- oder Interaktionseffekt Gruppe x Zeit ergab sich nicht.



**Abbildung 2.** „Wie stark achtest du auf deine Gesundheit?“; Werte von 0 = gar nicht bis 4 = sehr stark; ns nicht signifikant

Ebenfalls sowohl in der Grundschule als auch in der zweiten Nacherhebung erhoben wurde die gesundheitsbezogene Selbstwirksamkeit über die Frage „Kannst du selbst etwas tun, um gesund zu bleiben?“. Es konnte sowohl ein bedeutsamer Gruppen-, Zeit- als auch Interaktionseffekt Gruppe x Zeit gefunden werden. Wie Abbildung 3 verdeutlicht, nahmen die Werte sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe etwas zu (Haupteffekt Zeit), wobei die Zunahme in letzterer stärker ausfiel (Interaktionseffekt) und somit eine Annäherung der beiden Gruppen stattfand. Zusätzlich durchgeführte Mittelwertsvergleiche zeigten, dass der in der Grundschule verzeichnete Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe ( $p=0,00$ ) sich nicht bis in die 7. Klasse aufrecht erhielt ( $p=0,44$ ). Der gefundene Haupteffekt Gruppe ist somit eher auf den über die Zeit gemittelten Unterschied zwischen den Gruppen zurückzuführen.



**Abbildung 3.** „Kannst du selbst etwas tun, um gesund zu bleiben?“; Werte von 0 = nein, gar nichts bis 4 = ja, sehr viel; ns nicht signifikant, \* signifikant

Die Angaben zur Wichtigkeit der Gesundheit und der gesundheitsbezogenen Selbstwirksamkeit wurden um Angaben zu den konkreten Möglichkeiten, die die Schülerinnen und Schüler sehen, um gesund zu bleiben, mittels einer offenen Frage ergänzt.

Im Mittel nannten die Schülerinnen und Schüler 2,11 verschiedene Ansatzpunkte ( $SD=0,90$ ; Range: 0 ( $n=18$ ) - 5 ( $n=4$ )). Hinsichtlich der Anzahl der genannten Möglichkeiten konnte kein Unterschied zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe gefunden werden ( $M_{IG}=2,16$ ,  $SD=0,90$  vs.  $M_{KG}=2,05$ ,  $SD=0,90$ ;  $t(406)=1,22$ ,  $p=0,22$ ).

Die Antworten der Schülerinnen und Schüler wurden inhaltlich kategorisiert in die Bereiche Ernährung (z. B. „Viel Obst, nicht so viel Süßes essen“), Trinken (z. B. „Viel Wasser trinken“), Sport (z. B. „Regelmäßig Sport treiben“), Gewichtskontrolle (z. B. „Abnehmen“), Hygiene (z. B. „Hände waschen“), Schlaf (z. B. „Genug schlafen“), Wetter (z. B. „Im Winter warm anziehen“), Medien (z. B. „Nicht nur fernsehen“), Prophylaxe (z. B. „Regelmäßig zum Arzt“), soziale/protektive Faktoren (z. B. „Bescheid sagen, wenn es mir schlecht geht“) und Substanzen (z. B. „Kein Alkohol, keine Drogen“).

Abbildung 4 zeigt die Nennungshäufigkeiten der Kategorien. Der Bereich Ernährung wurde signifikant häufiger von Jugendlichen der Interventionsgruppe genannt.

### Absolute Nennungshäufigkeit

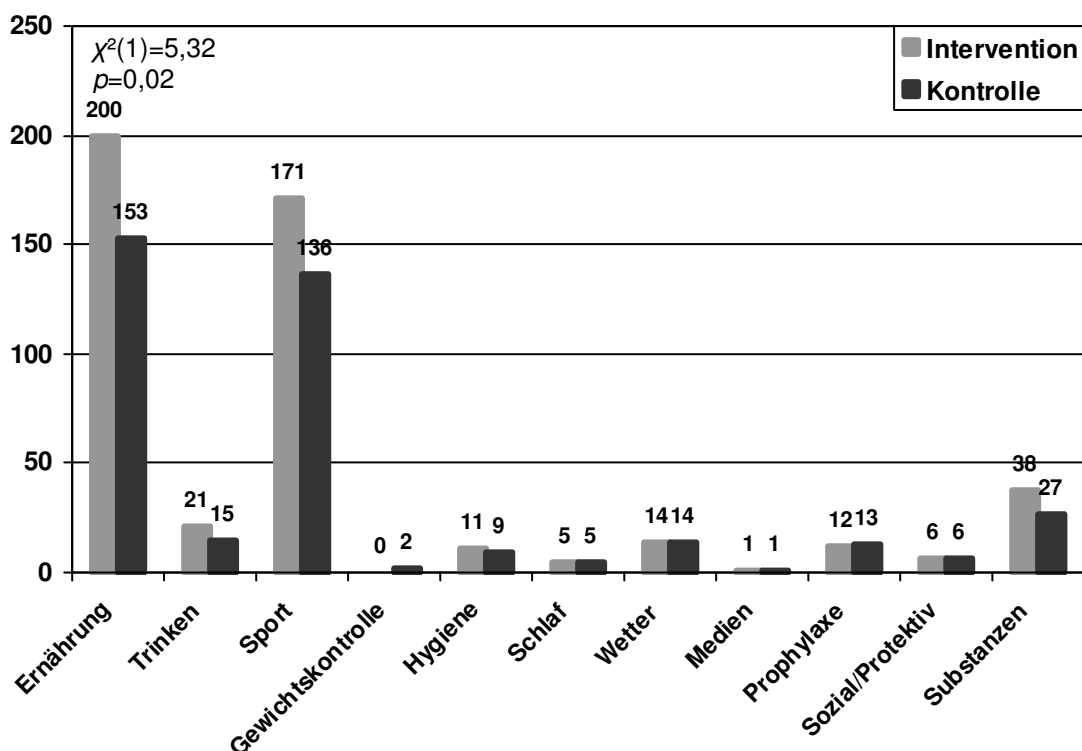


Abbildung 4. „Was kannst du tun, um gesund zu bleiben?“; Nennungshäufigkeiten der Kategorien

## 3.2 Rauchen: Konsum, Empfänglichkeit, Risikowahrnehmung, Normen

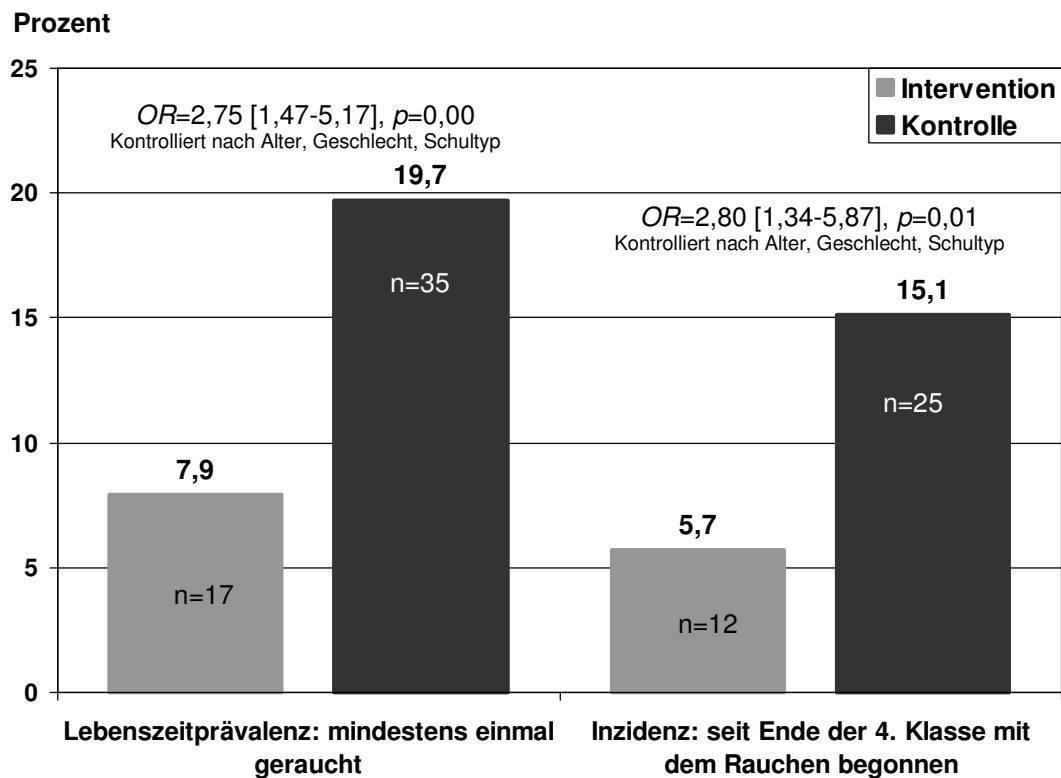
### 3.2.1 Konsum

In der zweiten Nachbefragung betrug der Anteil der Schülerinnen und Schüler, die bereits geraucht haben, 7,9% ( $n=17$ ) in der Interventionsgruppe und 19,7% ( $n=35$ ) in der Kontrollgruppe. Der Gruppenunterschied im Lebenszeitkonsum erwies sich als signifikant ( $\chi^2(1)=11,85$ ,  $p=0,00$ ; bei Kontrolle von Alter, Geschlecht und Schultyp:  $OR=2,75$  [1,47-5,17],  $p=0,00$ ; vgl. Abbildung 5).

Von den Jugendlichen, die bereits geraucht haben, gaben in beiden Gruppen nur einzelne Schülerinnen und Schüler an, bereits mehr als ein paar Züge in ihrem bisherigen Leben geraucht zu haben (Interventionsgruppe  $n=3$  (17,7%) vs. Kontrollgruppe  $n=17$  (48,6%);  $\chi^2(1)=4,62$ ,  $p=0,03$ ) bzw. aktuell zu rauchen (mindestens „Weniger als einmal im Monat“: Interventionsgruppe  $n=4$  (25,0%) vs. Kontrollgruppe  $n=8$  (23,5%);  $\chi^2(1)=0,01$ ,  $p=0,91$ ).

Weiterhin wurde der Einstieg in das Rauchen zwischen Ende der Grundschulzeit und der zweiten Nachbefragung, d. h. die Inzidenz des Rauchens unter denjenigen, die am Ende der 4. Klasse Nieraucher waren ( $n=376$ ), analysiert (vgl. Abbildung 5). Insgesamt hatten „nur“ 37 Schülerinnen und Schüler im Verlauf des Beobachtungszeitraums erstmals geraucht. Die Inzidenzrate lag in der Interventionsgruppe mit 5,7% ( $n=12$ ) signifikant niedriger als in der

Kontrollgruppe (15,1%,  $n=25$ ;  $\chi^2(1)=9,13$ ,  $p=0,00$ ). Dieser Gruppenunterschied blieb auch bei Kontrolle von Alter, Geschlecht und Schultyp signifikant ( $OR=2,80$  [1,34-5,87],  $p=0,01$ ).



**Abbildung 5.** Lebenszeitprävalenz und Inzidenz des Rauchens in der Nachbefragung

### 3.2.2 Empfänglichkeit

Zusätzlich zum Konsum wurde in der Unterstichprobe der Nichtraucher die Entwicklung der Empfänglichkeit gegenüber Zigarettenangeboten untersucht. Die Rate der Schülerinnen und Schüler, die die Frage, ob sie eine von einem Freund angebotene Zigarette annehmen würden, mit „Mit Sicherheit nein“ beantworteten, fiel in der Interventions- und Kontrollgruppe mit 87,8% ( $n=179$ ) bzw. 90,1% ( $n=136$ ) vergleichbar aus. Sowohl ohne weitere Kontrollvariablen ( $\chi^2(1)=0,47$ ,  $p=0,49$ ) als auch bei Kontrolle von Alter, Geschlecht, Schultyp und der Empfänglichkeit Ende 4. Klasse konnte kein signifikanter Gruppenunterschied gefunden werden ( $OR=0,78$  [0,40-1,55],  $p=0,48$ ).

### 3.2.3 Risikowahrnehmung

Die Erfassung der Wahrnehmung der mit dem Zigarettenkonsum verbundenen Risiken erfolgte über die Frage „Stell dir Folgendes vor: Du rauchst regelmäßig im nächsten Monat. Würde dir das Folgende passieren?“. Auf einer Skala von 0 („Mit Sicherheit nein“) bis 3 („Mit Sicherheit ja“) stimmten die Schülerinnen und Schüler insgesamt den angegebenen Risiken „Ich fühle mich krank (z. B. Kopfschmerzen, Husten)“ ( $M=2,37$ ,  $SD=0,76$ ) und „Ich bin weniger fit“ ( $M=2,34$ ,  $SD=0,72$ ) am ehesten, „Ich bekomme Probleme mit meinen

Freundinnen und Freunden“ am wenigsten zu ( $M=1,80$ ,  $SD=0,94$ ). Bezüglich des wahrgenommenen Risikos „Ich fühle mich krank“ konnte ein tendenzieller Unterschied zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe gefunden werden ( $M_{IG}=2,43$ ,  $SD=0,66$  vs.  $M_{KG}=2,30$ ,  $SD=0,86$ ;  $t(396)=1,71$ ,  $p=0,09$ ). Auf der Gesamtskala unterschieden sich die Interventions- und Kontrollgruppe jedoch nicht ( $M_{IG}=2,14$ ,  $SD=0,55$  vs.  $M_{KG}=2,10$ ,  $SD=0,63$ ;  $t(402)=0,79$ ,  $p=0,43$ ), d. h. beide Gruppen schätzten das mit dem Zigarettenkonsum verbundene Risiko als ähnlich hoch ein.

### 3.2.4 Normwahrnehmung

Die nachfolgenden Analysen zur Wahrnehmung des Anteils rauchender Erwachsener bzw. Gleichaltriger basieren primär auf den kategorisierten Variablen. Die weiterführenden Analysen der Zusammenhänge zwischen der jeweils betrachteten Normwahrnehmung und dem Rauchverhalten sowie der Empfänglichkeit gegenüber Rauchangeboten der Schülerinnen und Schüler fanden jedoch unter Berücksichtigung der ursprünglichen 11-fach gestuften Variable statt.

Nach dem Anteil rauchender Erwachsener in Deutschland gefragt, lagen lediglich 18,2% ( $n=74$ ) der Schülerinnen und Schüler mit ihrer Schätzung im korrekten Bereich. Die Mehrheit (81,8%,  $n=332$ ) überschätzte den Wert. Ein Unterschied zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe ergab sich nicht ( $\chi^2(1)=0,49$ ,  $p=0,48$ ).

Bei näherer Betrachtung der Variable konnte kein bedeutsamer Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung des Anteils rauchender Erwachsener und dem Rauchverhalten der Schülerinnen und Schüler ( $OR=1,13$  [0,83-1,55],  $p=0,44$ ) gefunden werden. Bezüglich der Empfänglichkeit gegenüber Zigarettenangeboten zeigte sich jedoch eine signifikante Interaktion zwischen der Normwahrnehmung und der Gruppenzugehörigkeit ( $OR=1,40$  [1,01-1,94],  $p=0,04$ ): Jugendliche in der Interventionsgruppe schienen im Gegensatz zu Jugendlichen der Kontrollgruppe trotz vergleichbarer Schätzung des Anteils rauchender Erwachsener weniger empfänglich gegenüber Zigarettenangeboten zu sein.

Der Anteil rauchender Gleichaltriger in Deutschland wurde von 77,8% ( $n=315$ ) der Schülerinnen und Schüler überschätzt. Nicht mehr als 21,5% ( $n=87$ ) der Befragten gaben einen Wert innerhalb des korrekten Bereichs an. Dies galt sowohl für die Interventions- als auch die Kontrollgruppe ( $\chi^2(2)=2,99$ ,  $p=0,23$ ).

Für die Wahrnehmung des Anteils rauchender Gleichaltriger zeigte sich unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit der erwartete Zusammenhang mit dem Rauchverhalten der Schülerinnen und Schüler ( $OR=1,30$  [1,02-1,66],  $p=0,04$ ), nicht jedoch mit der Empfänglichkeit gegenüber Zigarettenangeboten ( $OR=1,14$  [0,95-1,37],  $p=0,16$ ): Je höher die Schülerinnen und Schüler den Anteil rauchender Gleichaltriger einschätzten, desto höher fiel die Wahrscheinlichkeit aus, selbst schon einmal geraucht zu haben, bzw. Schülerinnen und Schüler, die schon einmal geraucht haben, schätzen den Anteil rauchender Gleichaltriger höher ein.

### 3.2.5 Rauchen der Freunde

Ein bedeutsamer Unterschied zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe ergab sich hinsichtlich des Anteils von Rauchern im Freundeskreis ( $\chi^2(4)=13,90$ ,  $p=0,01$ ; siehe Abbildung 6). Mehr Schülerinnen und Schüler in der Interventionsgruppe (81% ( $n=179$ )) vs. 67,6% ( $n=125$ )) gaben an, dass (fast) keiner ihrer Freunde raucht. Dieser Unterschied blieb auch nach Kontrolle des Anteils rauchender Freunde Ende der vierten Klasse signifikant ( $OR=2,10$  [1,33-3,33],  $p=0,00$ ).

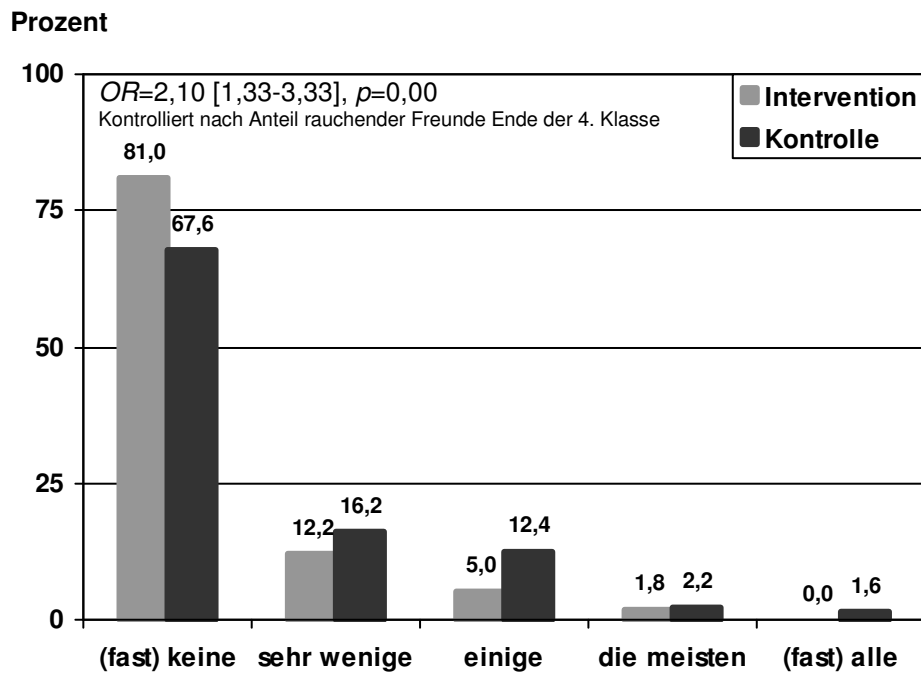


Abbildung 6. „Wie viele deiner Freunde rauchen?“

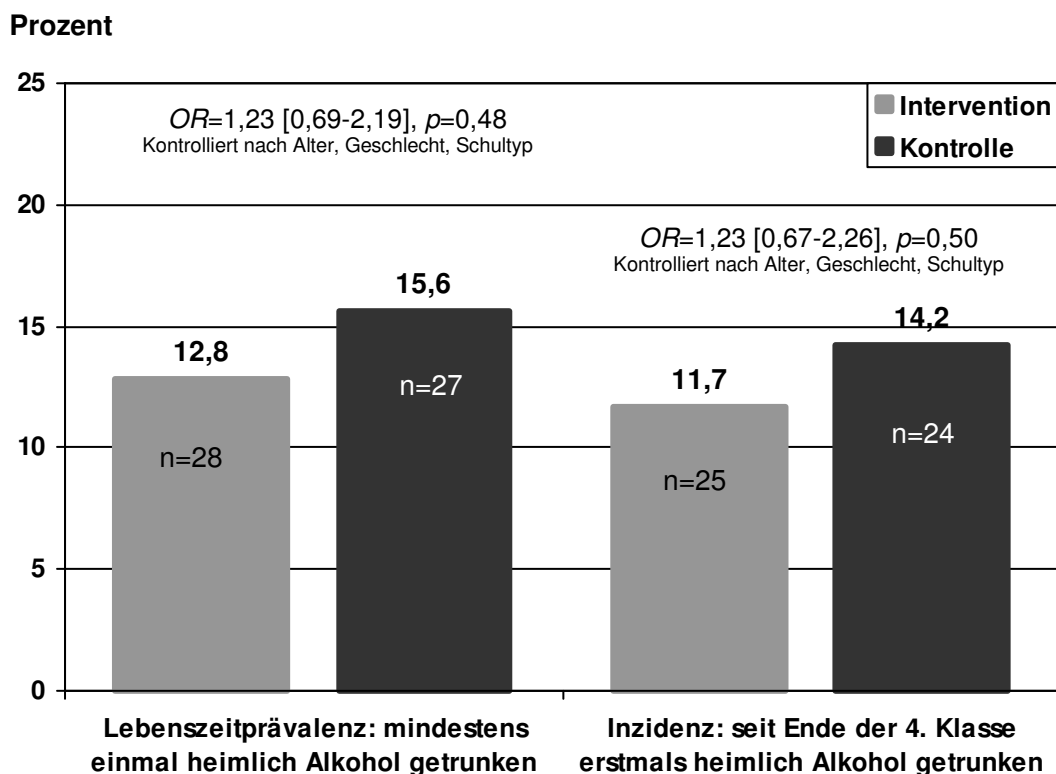
In zusätzlichen Analysen erwies sich das Rauchverhalten der Freunde sowohl mit dem Rauchverhalten der Schülerinnen und Schüler ( $OR=4,19$  [2,34-7,52],  $p=0,00$ ) als auch mit deren Empfänglichkeit gegenüber Zigarettenangeboten als stark assoziiert ( $OR=2,48$  [1,55-3,99],  $p=0,00$ ). Unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit wiesen somit Schülerinnen und Schüler, deren Freundeskreis Raucher umfasste, ein höheres Risiko auf, selbst schon einmal geraucht zu haben, bzw. Schülerinnen und Schüler, die selbst schon einmal geraucht haben, berichteten auch mit größerer Wahrscheinlichkeit von Rauchern unter ihren Freunden. Zudem schienen Schülerinnen und Schüler mit rauchenden Freunden empfänglicher gegenüber Zigarettenangeboten zu sein.

### 3.3 Alkohol: Konsum, Empfänglichkeit, Risikowahrnehmung, Normen

#### 3.3.1 Konsum

In der Interventionsgruppe gaben 87,2% ( $n=190$ ) der Jugendlichen an, noch nie heimlich, d. h. ohne elterliches Wissen Alkohol getrunken zu haben (siehe Abbildung 7). In der Kontrollgruppe belief sich der entsprechende Anteil auf 84,4% ( $n=146$ ). Einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen gab es nicht ( $\chi^2(1)=0,61$ ;  $p=0,44$ ; bei Kontrolle von Alter, Geschlecht und Schultyp:  $OR=1,23$  [0,69-2,19],  $p=0,48$ ).

Von den 382 Schülerinnen und Schülern, die am Ende der vierten Klasse noch nie (heimlich) Alkohol getrunken hatten, gaben 49 in der aktuellen Befragung an, dies mittlerweile getan zu haben. Die Inzidenzrate von 11,7% ( $n=25$ ) in der Interventionsgruppe lag nur geringfügig unter der der Kontrollgruppe (14,2% ( $n=24$ );  $\chi^2(1)=0,51$ ;  $p=0,47$ ; siehe Abbildung 7) und erwies sich auch bei Kontrolle von Alter, Geschlecht und Schultyp als nicht bedeutsam verschieden ( $OR=1,23$  [0,67-2,26],  $p=0,50$ ).



**Abbildung 7.** Lebenszeitprävalenz und Inzidenz des Alkoholkonsums in der Nachbefragung (heimlicher Alkoholkonsum)

Zusätzlich wurde unter den Schülerinnen und Schülern, die in der 7. Klasse jemals bereits heimlich Alkohol konsumiert hatten ( $n=55$ ), die Rate des aktuellen Konsums, die Konsummenge, die Rate der Trunkenheitserfahrung und des Binge drinkings untersucht (siehe Tabelle 2). Von diesen Schülerinnen und Schülern gaben 50,0% in der Interventionsgruppe und 63,0% in der Kontrollgruppe an, an mindestens ein bis zwei Tagen der vergangenen 30 Tage Alkohol getrunken zu haben. Dieser Unterschied erwies sich als



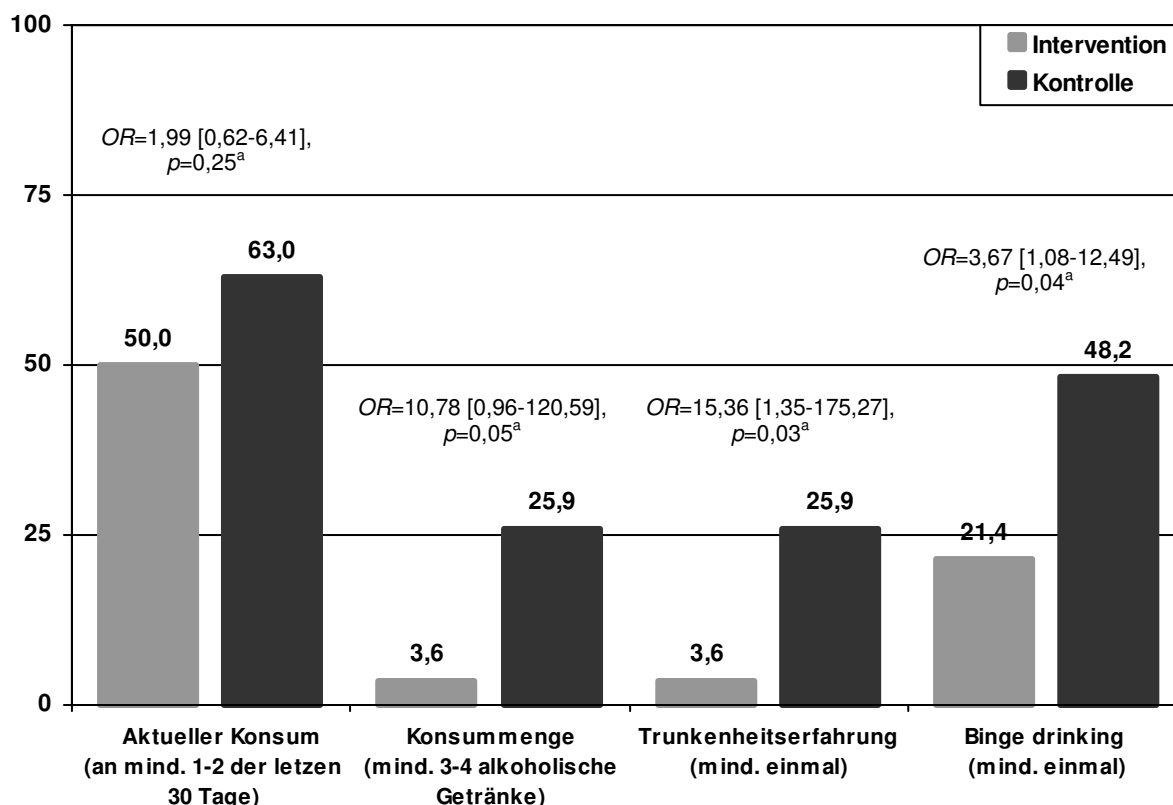
insignifikant ( $p=0,25$ ). Bezüglich der restlichen drei Maße ergaben sich jedoch bedeutsame Gruppenunterschiede (siehe Tabelle 2 bzw. Abbildung 8). Lediglich 3,6% der Schülerinnen und Schüler in der Interventionsgruppe im Vergleich zu 25,9% in der Kontrollgruppe tranken laut Selbstauskunft mindestens drei bis vier alkoholische Getränke bei einer Trinkgelegenheit ( $p=0,05$ ). Der Anteil von Schülerinnen und Schülern, die von mindestens einer Trunkenheitserfahrung, d. h. schwankendem Laufen, Problemen beim Sprechen und Gedächtnislücken am nächsten Tag berichteten, fiel ebenfalls in der Interventionsgruppe mit 3,6% signifikant geringer aus als in der Kontrollgruppe mit 25,9% ( $p=0,03$ ). Schließlich hatten in der Interventionsgruppe „nur“ 21,4% der Jugendlichen im Vergleich zu 48,2% in der Kontrollgruppe angegeben, mindestens schon einmal fünf oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit getrunken zu haben ( $p=0,04$ ). Bei der Interpretation dieser Ergebnisse sind jedoch die geringen Zellbesetzungen zu berücksichtigen.

**Tabelle 2.** Aktueller Konsum, Konsummenge, Trunkenheitserfahrung und Binge drinking unter den heimlichen Alkoholkonsumenten

	Intervention (N=28)		Kontrolle (N=27)		OR <sup>a</sup>	95% KI	p
	N	%	N	%			
Aktueller Konsum							
Nie	14	50,0	10	37,0	1,99	0,62-6,41	0,25
An mindestens 1 bis 2 der letzten 30 Tage	14	50,0	17	63,0			
Konsummenge							
1 bis 2 alkoholische Getränke und weniger	27	96,4	20	74,1	<b>10,78</b>	<b>0,96-120,59</b>	<b>0,05</b>
Mindestens 3 bis 4 alkoholische Getränke	1	3,6	7	25,9			
Trunkenheitserfahrung							
Nie	27	96,4	20	74,1	<b>15,36</b>	<b>1,35-175,27</b>	<b>0,03</b>
Mindestens einmal	1	3,6	7	25,9			
Binge drinking							
Nie	22	78,6	14	51,9	<b>3,67</b>	<b>1,08-12,49</b>	<b>0,04</b>
Mindestens einmal	6	21,4	13	48,2			

Anmerkung: <sup>a</sup> kontrolliert für Alter, Geschlecht und Schultyp

## Prozent



**Abbildung 8.** Aktueller Konsum, Konsummenge, Trunkenheitserfahrung und Binge drinking unter den heimlichen Alkoholkonsumenten; <sup>a</sup> kontrolliert für Alter, Geschlecht und Schultyp

### 3.3.2 Empfänglichkeit

Parallel zu den Analysen zum Rauchen wurde auch hier zusätzlich zum Alkoholkonsum die Empfänglichkeit gegenüber Alkoholangeboten unter „Nichttrinkern“, d. h. Schülerinnen und Schülern, die in der aktuellen Befragung angaben, noch nie Alkohol getrunken zu haben, untersucht. Die Frage, ob sie den von einem Freund angebotenen Alkohol annehmen würden, beantworteten von den „Nichttrinkern“ in der Interventionsgruppe 70,2% ( $n=99$ ) mit „mit Sicherheit nein“, während diese Rate in der Kontrollgruppe bei 78,8% ( $n=78$ ) lag. Dieser Gruppenunterschied erwies sich sowohl ohne weitere Kontrollvariablen ( $\chi^2(1)=2,21$ ,  $p=0,14$ ), als auch bei Kontrolle von Alter, Geschlecht, Schultyp und der Empfänglichkeit Ende der vierten Klasse als insignifikant ( $OR=0,68$  [0,37-1,26],  $p=0,23$ ).

### 3.3.3 Risikowahrnehmung

Die Schülerinnen und Schüler wurden gefragt „Stell dir Folgendes vor: Du trinkst regelmäßig Alkohol im nächsten Monat. Würde dir das Folgende passieren?“. Von den angegebenen Risiken des Alkoholkonsums stimmten sie auf einer Skala von 0 („Mit Sicherheit nein“) bis 3 („Mit Sicherheit ja“) „Ich fühle mich krank (z. B. Kopfschmerzen, Übelkeit)“ am ehesten ( $M=2,32$ ,  $SD=0,81$ ), „Ich kann nicht mehr aufhören zu trinken“ am wenigsten zu ( $M=1,69$ ,

$SD=0,94$ ). Es konnte kein Unterschied zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe bezüglich der Gesamtskala der Risikowahrnehmung gefunden werden ( $M_G=2,01$ ,  $SD=0,64$  vs.  $M_{KG}=2,00$ ,  $SD=0,72$ ;  $t(402)=0,17$ ,  $p=0,86$ ). Beide Gruppen empfanden den Alkoholkonsum als eher riskant.

### 3.3.4 Normwahrnehmung

Analog zu den Analysen zur Normwahrnehmung bezogen auf Rauchen wurden in den Hauptanalysen zur Wahrnehmung des Anteils alkoholkonsumierender Erwachsener bzw. Jugendlicher die kategorisierten Variablen verwendet. In den weiterführenden Analysen zum Zusammenhang zwischen der jeweiligen Normwahrnehmung und dem Alkoholkonsum sowie der Empfänglichkeit gegenüber Alkoholangeboten der Schülerinnen und Schüler wurden dahingegen die 11-fach gestuften Variablen betrachtet.

Die meisten Schülerinnen und Schüler schätzten den Anteil alkoholkonsumierender Erwachsener in Deutschland im korrekten Bereich (60,0%,  $n=243$ ). Insgesamt ein Drittel unterschätzte den Wert (31,4%,  $n=127$ ). Es zeigte sich kein Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe ( $\chi^2(2)=0,15$ ,  $p=0,93$ ).

In den weiterführenden Analysen konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung des Anteils alkoholkonsumierender Erwachsener und dem Alkoholkonsum der Schülerinnen und Schüler gefunden werden ( $OR=1,18$  [0,86-1,60],  $p=0,31$ ). Die Assoziation mit der Empfänglichkeit gegenüber Alkoholangeboten erwies sich jedoch zumindest als tendenziell bedeutsam ( $OR=1,19$  [0,98-1,45],  $p=0,09$ ), d. h. je höher Schülerinnen und Schüler den Anteil trinkender Erwachsener wahrnahmen, desto empfänglicher schienen sie gegenüber Alkoholangeboten zu sein.

Ebenfalls kein signifikanter Gruppenunterschied ergab sich bezüglich der Wahrnehmung des Anteils Gleichaltriger in Deutschland, die Alkohol trinken ( $\chi^2(2)=0,02$ ,  $p=0,99$ ). Hier wurde der Wert von der Mehrheit der Befragten (61,5%,  $n=249$ ) unterschätzt. Lediglich ein Drittel der Befragten (31,6%,  $n=128$ ) gab einen korrekten Schätzer ab.

Wie erwartet, konnte ein bedeutsamer Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung des Anteils alkoholkonsumierender Gleichaltriger und dem Alkoholkonsum der Schülerinnen und Schüler gefunden werden ( $OR=1,31$  [1,09-1,58],  $p=0,01$ ). Das bedeutet, je höher die Jugendlichen den Anteil von Gleichaltrigen einstufen, die Alkohol trinken, desto größer fiel die Wahrscheinlichkeit aus, dass sie selbst schon einmal Alkohol probiert haben, bzw. Jugendliche, die selbst schon einmal Alkohol probiert haben, schätzten den Anteil alkoholkonsumierender Gleichaltriger eher höher ein. Bezüglich der Empfänglichkeit für Alkoholangebote erwies sich der Zusammenhang mit der Normwahrnehmung zumindest als tendenziell bedeutsam ( $OR=1,12$  [0,99-1,26],  $p=0,07$ ), d. h. je höher Jugendliche den Anteil alkoholkonsumierender Gleichaltriger einstufen, desto empfänglicher schienen sie gegenüber Alkoholangeboten zu sein. Dieser Zusammenhang schien in der Interventionsgruppe jedoch etwas abgeschwächerter auszufallen, wie die zusätzlich gefundene tendenziell bedeutsame Interaktion zwischen der Normwahrnehmung und der Gruppenzugehörigkeit ( $OR=1,20$  [1,00-1,45],  $p=0,06$ ) vermuten ließ.

### 3.3.5 Alkoholkonsum der Freunde

Entsprechend der Befunde zum Rauchverhalten der Freunde gaben Schülerinnen und Schüler der Interventionsgruppe zu einem größeren Anteil (64,7%,  $n=143$ ) an, dass ihr Freundeskreis (fast) keine Alkohol trinkenden Kinder bzw. Jugendliche umfasst. In der Kontrollgruppe fiel die entsprechende Rate mit 51,6% ( $n=96$ ) bedeutsam geringer aus ( $\chi^2(4)=16,46$ ,  $p=0,00$ ; siehe Abbildung 9).

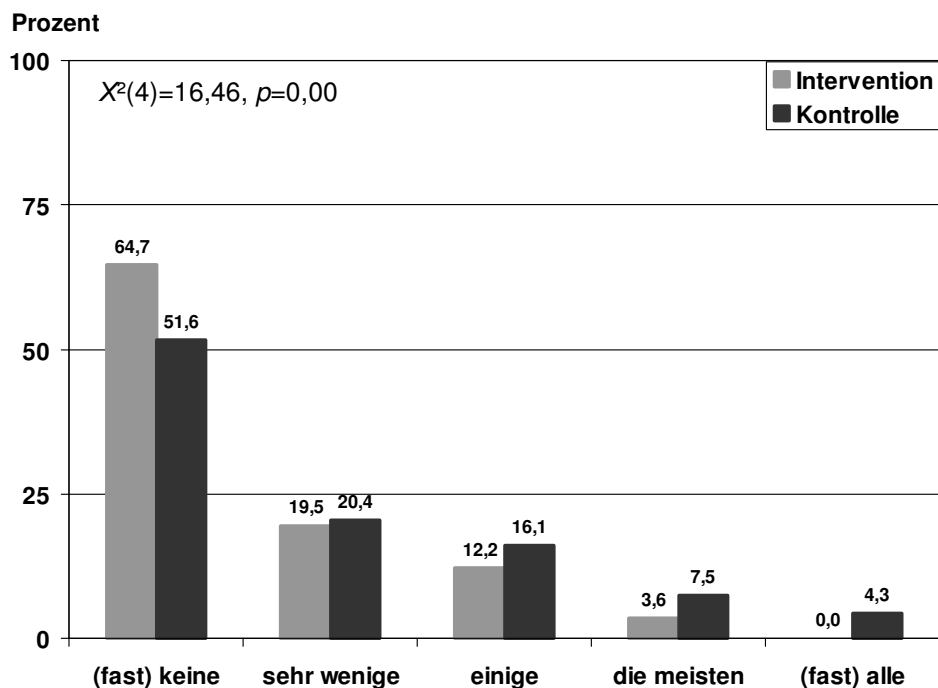


Abbildung 9. „Wie viele deiner Freunde trinken Alkohol?“

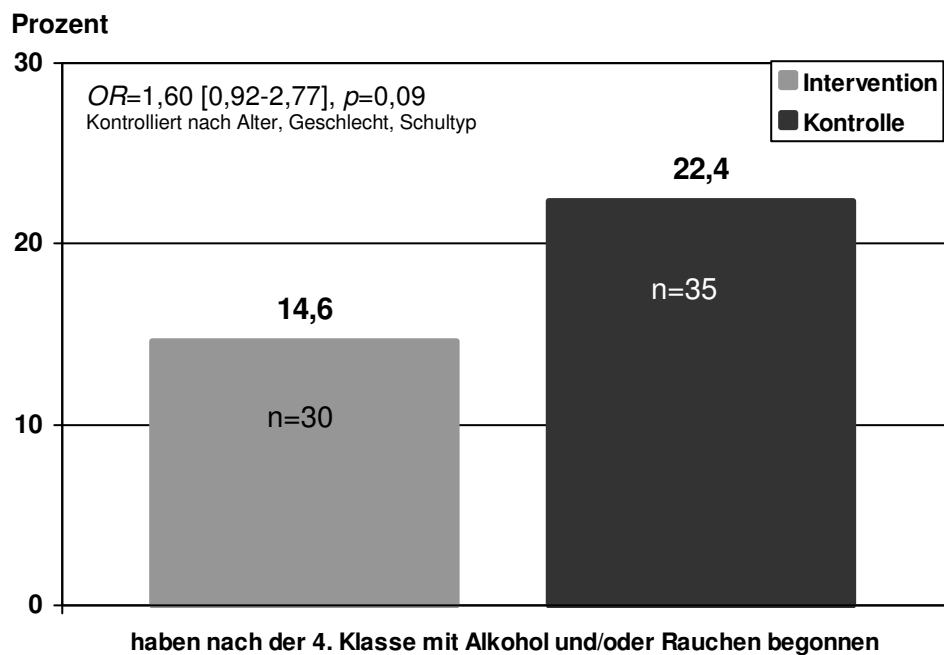
Es zeigte sich der erwartete Zusammenhang zwischen dem Trinkverhalten der Freunde und dem Alkoholkonsum der Schülerinnen und Schüler ( $OR=4,41$  [2,69-7,24],  $p=0,00$ ) sowie deren Empfänglichkeit gegenüber Alkoholangeboten ( $OR=3,08$  [2,04-4,65],  $p=0,00$ ).

Jugendliche, deren Freundeskreis alkoholkonsumierende Kinder bzw. Jugendliche umfasste, hatten mit größerer Wahrscheinlichkeit selbst schon einmal Alkohol probiert, bzw. Jugendliche, die bereits Alkohol probiert hatten, hatten eher Freunde, die ebenfalls bereits über Konsumerfahrung verfügten.

### 3.4 Einstieg in den Substanzkonsum

Bei gemeinsamer Betrachtung des Konsums von Alkohol und Zigaretten zeigt sich, dass sowohl der Lebenszeitkonsum ( $\chi^2(1)=55,78$ ,  $p=0,00$ ;  $r = 0,38$ ,  $p = 0,00$ ) sowie die Inzidenz ( $\chi^2(1)=69,38$ ,  $p=0,00$ ;  $r = 0,44$ ,  $p = 0,00$ ) beider Substanzen hoch korreliert war, d. h. wer bereits geraucht hat, hat auch häufiger Alkohol getrunken und umgekehrt.

In der Analyse der kombiniert ermittelten Inzidenzrate für Alkohol und/oder Rauchen ergab sich ein signifikanter Gruppenunterschied ( $\chi^2(1)=3,74$ ,  $p=0,05$ ), der bei Kontrolle von Alter, Geschlecht und Schultyp nur noch tendenziell bestehen blieb ( $OR=1,60$  [0,92-2,77],  $p=0,09$ ; vgl. Abbildung 10). Unter den Schülerinnen und Schülern, die am Ende der 4. Klasse noch nie Alkohol oder Zigaretten konsumiert haben ( $n=362$ ), haben 14,6% ( $n=30$ ) in der Interventions- und 22,4% ( $n=35$ ) in der Kontrollgruppe bis zur Nachbefragung erstmals Alkohol getrunken und/oder Zigaretten geraucht.



**Abbildung 10.** Inzidenz des Substanzkonsums

### 3.5 Kommunikation

Die Skala zur Erfassung der Kommunikationsfähigkeit setzte sich aus insgesamt acht Items zu den Bereichen Kommunikationsregeln (z. B. „Wenn ich mit jemandem rede, falle ich ihm nicht ins Wort.“), Selbstbehauptung (z. B. „Ich sage, was ich denke, auch wenn die anderen nicht meiner Meinung sind.“), gewaltfreie Kommunikation (z. B. „Bei einem Streit mit jemandem suche ich gemeinsam mit ihm nach Lösungen.“) und nonverbale Kommunikation (z. B. „Ich kann die Gefühle anderer erkennen, ohne mit Ihnen zu sprechen.“) zusammen. Auf einer Skala von 0 („Stimmt gar nicht“) bis 3 („Stimmt genau“) wurden die Schülerinnen und Schüler gebeten, anzugeben, inwieweit sie den einzelnen Aussagen zustimmen. Die Kommunikationsfähigkeit unterschied sich zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe nicht ( $M_{IG}=2,07$ ,  $SD=0,45$  vs.  $M_{KG}=2,13$ ,  $SD=0,39$ ;  $t(405)=1,52$ ,  $p=0,13$ ) und kann als vergleichbar hoch eingestuft werden.

### 3.6 Umgang mit Streit

Der Umgang mit Streit wurde in der zweiten Nachbefragung mit der offenen Frage „Was tust du bei einem Streit, damit der andere deine Sicht versteht?“ erfasst.

Die genannten Methoden der Schülerinnen und Schüler wurden inhaltlich kategorisiert in die übergeordneten Strategien positiver Umgang mit Streit, d.h. konstruktiv und soziale Unterstützung suchend (z. B. „Nachfragen, ob der andere meine Sicht versteht“, „Nicht ausrasten, nicht schreien“, „Dass jeder eine andere Meinung haben kann“, „Einen Lehrer hinzuziehen“) und negativer Umgang mit Streit, d. h. eskalierend, persuasiv, nachgiebig oder vermeidend (z. B. „Laut reden, nicht ausreden lassen, anschreien“, „Ihm sagen, dass er im Unrecht ist“, „Nichts, weil sowieso niemand auf mich hört“, „Versuchen, gar keinen Streit anzufangen“).

Nur wenige Schüler gaben an, nicht zu wissen, was sie in einem Streitfall tun könnten (z. B. „Weiß nicht“, „War noch nie bei einem Streit dabei“). Einige der genannten Methoden konnten keiner der übergeordneten Strategien zugeordnet werden (z. B. „Dazwischen gehen“, „Ich mache dann irgendeinen Gesichtsausdruck“).

Die Häufigkeiten, in der die übergeordneten Strategien bzw. die ihnen zugeordneten Methoden genannt wurden, sind getrennt für Interventions- und Kontrollgruppe in der Tabelle 3 dargestellt. Es wurde kein bedeutsamer Gruppenunterschied festgestellt. Die meisten Schülerinnen und Schüler beider Gruppen gehen erfreulicherweise positiv – und hierbei primär konstruktiv – mit Streit um.

**Tabelle 3.** Umgang mit Streit

	Intervention (N=222)		Kontrolle (N=186)		OR <sup>b</sup>	95% KI	p
	N	%	N	%			
Streit							
Positiver Umgang <sup>a</sup>	166	74,8	138	74,2	0,95	0,60-1,51	0,84
Konstruktiv	165	74,3	138	74,2	0,98	0,62-1,55	0,94
Soziale Unterstützung	7	3,2	2	1,1	0,33	0,06-1,64	0,18
Negativer Umgang <sup>a</sup>	27	12,2	22	11,8	0,90	0,48-1,67	0,74
Eskalierend	8	3,6	8	4,3	1,00	0,33-2,95	0,99
Persuasiv	13	5,9	8	4,3	0,75	0,30-1,86	0,53
Nachgiebig	1	0,5	3	1,6	3,44	0,34-33,80	0,29
Vermeidend	5	2,3	4	2,2	0,86	0,22-3,30	0,83

Anmerkung: <sup>a</sup> Angaben der Anzahl und des Anteils beziehen sich auf Schülerinnen und Schüler, die mindestens eine der zugeordneten Methoden benannten; <sup>b</sup> kontrolliert für Teilnahme an Programmen zur Gewaltprävention/Konfliktlösung

### 3.7 Umgang mit Überredungsversuchen

Die Erfassung des Umgangs mit Überredungsversuchen erfolgte über die offene Frage „Was tust du, wenn dich andere zu etwas überreden wollen und du nicht möchtest?“.

Die genannten Methoden der Schülerinnen und Schüler wurden inhaltlich kategorisiert in die übergeordneten Strategien Ablehnen, d. h. sowohl in angemessener als auch aggressiver Form (z. B. „Ich sage Nein danke“, „Sagen, dass ich nicht möchte und ich nicht gezwungen werden möchte“, „Ihn ablenken“, „Sagen, dass sie abhauen sollen“), Kompromiss

suchend/Abwägen, d. h. nach Lösung suchend oder differenzierte Entscheidung je nach Situation, Personen, Gegenstand der Überredung etc. treffend (z. B. „Versuche ihnen entgegenzukommen“, „Höre mir den Vorschlag an, sage meine Meinung“, „Bei Freunden lass ich es zu, bei anderen nicht“, „Manchmal lasse ich mich überreden, das kommt darauf an, worum es geht“, „Kommt drauf an: Bei Rauchern nein sagen“) und Nachgeben (z. B. „Nichts, lasse mich überreden“, „Tue es höflichkeitshalber trotzdem“). Wenige Schüler gaben an, nichts zu tun oder nicht zu wissen, was sie tun würden.

Es konnte ein signifikanter Gruppenunterschied hinsichtlich der übergeordneten Strategie Ablehnen gefunden werden ( $p=0,02$ ; vgl. Tabelle 4), der auf die häufigere Nennung von angemessenen Formen des Abweisens von Überredungsversuchen in der Kontrollgruppe im Vergleich zur Interventionsgruppe zurückzuführen ist ( $p=0,02$ ). Im Gegensatz dazu zeigte sich hinsichtlich der übergeordneten Strategie Kompromiss suchend/ Abwägen ein tendenzieller Gruppenunterschied zugunsten der Interventionsgruppe ( $p=0,06$ ). Bei Betrachtung der zugeordneten Methoden fiel auf, dass die Schülerinnen und Schüler der Interventionsgruppe in der Tendenz häufiger angaben, ihre Reaktion auf Überredungsversuche in Abhängigkeit von der konkreten Situation abzuwägen ( $p=0,06$ ).

**Tabelle 4.** Umgang mit Überredungsversuchen

	Intervention (N=222)		Kontrolle (N=186)		OR <sup>b</sup>	95% KI	p
	N	%	N	%			
Überredungsversuche							
Ablehnen <sup>a</sup>	179	80,6	165	88,7	<b>1,98</b>	<b>1,11-3,51</b>	<b>0,02</b>
Angemessen	176	79,3	162	87,1	<b>1,93</b>	<b>1,11-3,36</b>	<b>0,02</b>
Aggressiv	4	1,80	3	1,6	0,60	0,10-3,34	0,56
Kompromiss	30	13,5	15	8,1	<b>0,53</b>	<b>0,26-1,03</b>	<b>0,06</b>
suchend/Abwägen <sup>a</sup>							
Lösungsorientiert	13	5,9	9	4,8	0,73	0,29-1,82	0,51
Abwägend	17	7,7	6	3,2	<b>0,40</b>	<b>0,15-1,04</b>	<b>0,06</b>
Nachgeben <sup>a</sup>	4	1,8	1	0,54	0,30	0,03-2,68	0,28

Anmerkung: <sup>a</sup> Angaben der Anzahl und des Anteils beziehen sich auf Schülerinnen und Schüler, die mindestens eine der zugeordneten Methoden benannten; <sup>b</sup> kontrolliert für Teilnahme an Programmen zur Suchtprävention

### 3.8 Umgang mit Stress

Zusätzlich wurden die Schülerinnen und Schüler zu ihrem Umgang mit Stress über die offene Frage „Was tust du, wenn du Stress hast?“ befragt.

Die genannten Methoden der Schülerinnen und Schüler wurden inhaltlich kategorisiert in die übergeordneten Strategien emotionsregulierend, d. h. Bagatellisierung, Ablenkung, Entspannung und Rückzug (z. B. „Mir vorstellen, es gäbe keine Probleme“, „Mit Haustieren spielen“, „Hinsetzen und Augen schließen, entspannen“, „Mich zurückziehen“), problemlösend, d. h. Situationskontrolle, Positive Selbstinstruktion, Soziale Unterstützung (z. B. „Einen Plan machen, wann ich was mache, Plan einhalten“, „Mir einreden, dass ich das schaffe“, „Eltern um Hilfe bitten“) und sonstige, d. h. Gedankliche Weiterbeschäftigung, Aggression in angemessener Form und Aggression in unangemessener Form, d. h. gegen

Personen gerichtet (z. B. „Grübeln“, „Auf ein Kissen schlagen“, „Ausrasten, Personen anschreien“). Wenige Schülerinnen und Schüler nannten zusätzliche Methoden wie „Beten“, „Es aufschreiben, aufzeichnen“, die keiner der oben genannten Kategorien zugeordnet werden konnten, oder gaben an, nichts zu machen. Ebenfalls nur ein kleiner Anteil der Befragten benannte Stressreaktionen wie z. B. „Ich reagiere mit Kopfschmerzen, Übelkeit, Herzasen, Schwindel“ oder gab an, nicht zu wissen, was er bei Stress tun könnte.

Bezüglich der übergeordneten Strategie problemlösend zugeordneten Methode Soziale Unterstützung konnte ein tendenzieller Gruppenunterschied zugunsten der Interventionsgruppe gefunden werden ( $p=0,08$ ; vgl. Tabelle 5), d. h. Jugendliche aus der Interventionsgruppe gaben häufiger an, Unterstützung aus ihrem sozialen Umfeld zur Bewältigung von Stress in Anspruch zu nehmen. Generell wurden von den Schülerinnen und Schülern beider Gruppen Methoden der Emotionsregulation am häufigsten benannt. Diese dienen der Regulation der durch den Stress verursachten Anspannung und negativen Emotionen.

**Tabelle 5.** Umgang mit Stress

	Intervention (N=222)		Kontrolle (N=186)		OR <sup>b</sup>	95% KI	p
	N	%	N	%			
Stress							
Emotionsregulierend <sup>a</sup>	153	68,9	118	63,4	0,78	0,50-1,20	0,26
Bagatellisierung	1	0,5	3	1,6	3,99	0,40-39,02	0,23
Ablenkung	106	47,8	80	43,0	0,81	0,54-1,23	0,33
Entspannung	57	25,7	37	19,9	0,71	0,43-1,16	0,17
Rückzug	32	14,4	30	16,1	1,25	0,71-2,17	0,44
Problemlösend <sup>a</sup>	88	39,6	72	38,7	0,86	0,56-1,31	0,49
Situationskontrolle	46	20,7	45	24,2	1,11	0,67-1,81	0,69
Positive	1	0,5	1	0,5	-	-	-
Selbstinstruktion <sup>c</sup>							
Soziale Unterstützung	51	23,0	32	17,2	<b>0,63</b>	<b>0,37-1,06</b>	<b>0,08</b>
Sonstige <sup>a</sup>	21	9,5	15	8,1	0,92	0,45-1,87	0,82
Gedankliche Weiterbeschäftigung <sup>c</sup>	5	2,3	0	0	-	-	-
Aggression in angemessener Form	13	5,9	12	6,5	1,32	0,57-3,03	0,52
Aggression in unangemessener Form	3	1,4	3	1,6	1,09	0,21-5,56	0,92

Anmerkung: <sup>a</sup> Angaben der Anzahl und des Anteils beziehen sich auf Schülerinnen und Schüler, die mindestens eine der zugeordneten Methoden benannten; <sup>b</sup> kontrolliert für Teilnahme an Programmen zur Stressbewältigung oder Gewaltprävention/Konfliktlösung; <sup>c</sup> Teststatistiken nicht berechenbar

### 3.9 Umgang mit unangenehmen Gefühlen

Der Umgang mit unangenehmen Gefühlen wurde in der Nachbefragung mit der offenen Frage „Was tust du bei unangenehmen Gefühlen, z. B. wenn du sehr wütend bist?“ erfasst.

Die genannten Methoden der Schülerinnen und Schüler umfassen Problemorientiertes Handeln, Zerstreuung, Stimmung anheben, Vergessen, Kognitives Problemlösen, Umbewertung, Aggression in angemessener Form, Aggression in unangemessener Form



(gegen Personen gerichtet), Rückzug, Perseveration, Soziale Unterstützung, Ausdruck, Emotionskontrolle und Entspannung (z. B. „Ich kläre, worüber ich wütend bin“, „Etwas machen, das mir Spaß macht“, „An letzten Urlaub denken“, „Nicht dran denken“, „Lösung suchen“, „Positiv denken“, „Rausgehen und in den Sand schlagen“, „Jemanden hauen“, „In mein Zimmer verkriechen“, „Mich aufregen“, „Rede ich mit jemandem“, „Sagen, warum ich wütend bin“, „Versuche ich sie zu unterdrücken“, „Mich beruhigen, tief durchatmen“). Wenige Schülerinnen und Schüler benannten Methoden wie „Sie aufschreiben und den Zettel ins Feuer werfen“ oder gaben an, nichts zu machen oder nicht zu wissen, was sie tun könnten.

Hinsichtlich der Nennungshäufigkeit der Methoden fiel auf, dass Schülerinnen und Schüler der Interventionsgruppe im Vergleich zu denjenigen der Kontrollgruppe tendenziell häufiger angaben, das den unangenehmen Gefühlen zugrundeliegende Problem kognitiv zu lösen ( $p=0,08$ ; vgl. Tabelle 3), d. h. dass sie darüber nachdenken, wie das Problem gelöst werden könnte.

**Tabelle 6.** Umgang mit unangenehmen Gefühlen

	Intervention (N=222)		Kontrolle (N=186)		OR <sup>a</sup>	95% KI	p
	N	%	N	%			
Unangenehme Gefühle							
Problemorientiertes Handeln	9	4,1	5	2,7	0,70	0,22-2,16	0,54
Zerstreuung	83	37,4	66	35,5	0,92	0,60-1,41	0,70
Stimmung anheben	2	0,9	5	2,7	6,00	0,66-54,45	0,11
Vergessen	5	2,3	4	2,2	0,73	0,16-3,12	0,67
Kognitives Problemlösen	14	6,3	5	2,7	<b>0,39</b>	<b>0,13-1,13</b>	<b>0,08</b>
Umbewertung	1	0,5	1	0,5	1,16	0,07-19,06	0,92
Aggression in angemessener Form	46	20,7	37	19,9	0,84	0,50-1,40	0,51
Aggression in unangemessener Form	6	2,7	9	4,8	1,45	0,48-4,35	0,51
Rückzug	48	21,6	46	24,7	1,21	0,74-1,95	0,44
Perseveration	8	3,6	13	7,0	2,21	0,84-5,77	0,11
Soziale Unterstützung	48	21,6	47	25,3	1,18	0,73-1,90	0,50
Ausdruck	8	3,6	4	2,2	0,76	0,21-2,64	0,66
Emotionskontrolle	5	2,3	6	3,2	1,29	0,37-4,37	0,69
Entspannung	27	12,2	30	16,1	1,21	0,67-2,19	0,53

Anmerkung: <sup>a</sup> kontrolliert für Teilnahme an Programmen zur Stressbewältigung oder Gewaltprävention/Konfliktlösung

## 4 Diskussion

Nachdem Hinweise auf die kurz- und mittelfristige Wirksamkeit des Programms *Klasse2000* bereits erbracht werden konnten<sup>1-4</sup>, war es das Ziel der vorliegenden Studie, die langfristigen Auswirkungen des Programms auf die Entwicklung von Kindern zu überprüfen. Hierzu wurden Schülerinnen und Schüler, die an der Ausgangsstudie von 2004/05 bis 2007/08 in Hessen teilgenommen hatten, am Ende des 7. Schuljahres, also drei Jahre nach Ende der Intervention erneut zum Substanzkonsum sowie zu Gesundheitsverhalten und -einstellungen befragt.

Bezüglich der gesundheitsbezogenen Selbstwirksamkeit konnte in der Kontrollgruppe eine stärkere Zunahme beobachtet werden, die im 7. Schuljahr zu einer Angleichung der am Ende der Grundschulzeit gefundenen Gruppenunterschiede zugunsten der Interventionsgruppe führte. Das Achten auf die eigene Ernährung als eine Möglichkeit, gesund zu bleiben, wurde von Schülerinnen und Schülern der Interventionsgruppe häufiger als von Schülerinnen und Schülern der Kontrollgruppe genannt.

Weitere positive Programmeffekte konnten v. a. für den Bereich des Substanzkonsums beobachtet werden: Im Vergleich zur Kontrollgruppe hatte ein geringerer Prozentsatz der Schülerinnen und Schüler in der Interventionsgruppe schon einmal geraucht. Ebenso war der Anteil an Kindern, die in dem Zeitraum zwischen der letzten Befragung Ende der 4. Klasse und der Nachbefragung am Ende der 7. Klasse mit dem Rauchen begonnen hatten, in der Interventionsgruppe bedeutsam geringer als in der Kontrollgruppe. Dieser Zusammenhang blieb auch nach Kontrolle des Alters, des Geschlechts sowie des Schultyps bestehen. Der Anteil an Schülerinnen und Schülern, die mindestens eine der beiden betrachteten Substanzen, Tabak und Alkohol, erstmals im Verlauf des Beobachtungszeitraums konsumiert hatten, fiel ebenfalls in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe geringer aus. Nach Kontrolle der oben genannten Variablen erwies sich der beobachtete Zusammenhang jedoch nicht mehr als bedeutsam. Bei Betrachtung der Jugendlichen, die in der 7. Klasse bereits heimlich Alkohol konsumiert haben, zeigte sich nach Kontrolle für Alter, Geschlecht und Schultyp, dass bedeutsam weniger Schülerinnen und Schüler der Interventionsgruppe als der Kontrollgruppe bei einer Trinkgelegenheit mehr als zwei alkoholische Getränke trinken. Zudem berichteten weniger Jugendliche in der Interventionsgruppe als in der Kontrollgruppe, mindestens schon einmal betrunken gewesen zu sein oder mindestens schon einmal fünf oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit getrunken zu haben. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse sind jedoch die geringen Fallzahlen zu berücksichtigen.

Hinsichtlich der Wahrnehmung der mit dem Zigarettenkonsum verbundenen Konsequenzen konnte zwar nicht bezüglich der Gesamtskala, jedoch bezüglich des einzelnen wahrgenommenen Risikos „Ich fühle mich krank“ ein tendenziell bedeutsamer Gruppenunterschied zugunsten der Interventionsgruppe gefunden werden. Schülerinnen und Schüler, die an *Klasse2000* teilgenommen haben, schätzen die gesundheitlichen Risiken des Zigarettenkonsums tendenziell höher ein als Schülerinnen und Schüler, die nicht an dem Programm teilgenommen haben.

Schließlich scheint laut Selbstauskunft bei den Jugendlichen der Interventionsgruppe im Vergleich zu denen der Kontrollgruppe das Rauchen und das Trinken von Alkohol unter ihren Freundinnen und Freunden seltener verbreitet zu sein.

Einige tendenziell bedeutsame Gruppenunterschiede zeigten sich auch im Bereich der Lebenskompetenzen. Mehr Schülerinnen und Schüler der Kontrollgruppe gaben an, auf Überredungsversuche unterschiedlichster Art mit Ablehnung in vorwiegend angemessener Form zu reagieren. Schülerinnen und Schüler der Interventionsgruppe hingegen scheinen ihre Reaktion stärker in Abhängigkeit von der Situation, der Person und dem Gegenstand der Überredung abzuwägen. Zur Bewältigung von Stress nannten tendenziell mehr Jugendliche in der Interventionsgruppe die problemlösende Strategie Soziale Unterstützung, d. h. das Erfragen von Hilfe vor allem bei Eltern und Freunden. Schließlich scheinen Schülerinnen und Schüler der Interventionsgruppe bei der Verarbeitung unangenehmer Gefühle häufiger die Methode Kognitives Problemlösen einzusetzen, d. h. sie gaben häufiger an, darüber nachzudenken, wie sie das dem unangenehmen Gefühl zugrunde liegende Problem lösen könnten. Insgesamt kann der Umgang mit Streit, Überredungsversuchen, Stress und unangenehmen Gefühlen sowohl in Interventions- als auch Kontrollgruppe als adäquat eingestuft werden.

Bezüglich der restlichen erhobenen Variablen zum Gesundheitsverhalten, zu Gesundheitseinstellungen, zum Substanzkonsum sowie zu den Lebenskompetenzen wiesen beide Gruppen insgesamt günstige Ausprägungen bzw. Entwicklungen auf. Zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe konnten hier keine Unterschiede gefunden werden.

Die in dieser Studie gefundenen Programmeffekte v. a. auf den Substanzkonsum bestätigen und erhärten die gefundenen kurz- und mittelfristigen Effekte in früheren Evaluationsstudien zu *Klasse2000*. Vor allem den Einstieg in den Zigarettenkonsum scheint eine Teilnahme am Programm langfristig zu verzögern. Zudem erbringt diese Studie zusätzliche Hinweise auf die Effektivität von *Klasse2000*, das Ausmaß des problematischen Alkoholkonsums zu modifizieren.

Einschränkend auf die Interpretierbarkeit der Befunde wirkt sich aus, dass alle Daten nur als Selbstbeurteilungen mit den damit verbundenen Schwierigkeiten und Verzerrungstendenzen, darunter die Verfälschung der Daten durch sozial erwünschten Antworten der Schülerinnen und Schüler vorliegen. Schließlich liegen bezüglich des problematischen Alkoholkonsums nur Querschnittsdaten vor. Die ursprüngliche Vergleichbarkeit der Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich dieser Variablen sowie die Entwicklung dieser Variablen in Abhängigkeit von der Gruppenbedingung konnten somit nicht untersucht werden.

Als eine Stärke dieser Studie kann der lange Nachbefragungszeitraum betrachtet werden. Eine drei Jahre nach Beendigung der Intervention durchgeführte Katamnese scheint einmalig für den deutschsprachigen Raum zu sein. Betrachtet man die Rücklaufquoten (61,5% in der Interventions- bzw. 63,2% in der Kontrollgruppe) kann das Vorgehen der postalischen Befragung als erfolgreich angesehen werden. Der Vorteil dieser Art der Befragung ist, dass Schülerinnen und Schüler den Fragebogen zu einem selbst gewählten Zeitpunkt und in eigenem Bearbeitungstempo ausfüllen können. Die fehlende Kontrolle über

die Ausfüllbedingungen, d. h. inwieweit der Fragebogen selbständig oder zusammen mit den Eltern ausgefüllt wurde, zählen zu ihren Nachteilen.

Insgesamt können die Ergebnisse der Nachbefragung zu *Klasse2000* als sehr positiv betrachtet werden. Sie zeigen, dass das Grundschulprogramm langfristige Effekte v. a. hinsichtlich des Substanzkonsums erzielt.

## Literatur

- (1) Bölcskei PL, Hörmann A, Holleederer A, Jordan S, Frenzel H. Suchtprävention an Schulen - Besondere Aspekte des Nikotinabusus: Effekte nach einer vierjährigen Intervention durch das Suchtpräventions- und Gesundheitsförderungsprogramm Klasse2000. *Präv Rehab* 1997;9:82-88.
- (2) Isensee B, Hanewinkel R. Klasse2000: Evaluation des Unterrichtsprogramms in Hessen. Abschlussbericht. 2009. Kiel, Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung, IFT-Nord.
- (3) Maruska K, Isensee B, Hanewinkel R. Universelle Prävention des Substanzkonsums: Effekte des Grundschulprogramms *Klasse2000*. *Sucht* 2011;57:301-312.
- (4) Maruska K, Isensee B, Hanewinkel R. *Das Unterrichtsprogramm Klasse2000: Welche Effekte gibt es über die Grundschulzeit hinaus? Abschlussbericht*. Kiel: Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung, IFT-Nord, 2010.
- (5) Jerusalem M, Drössler S, Kleine D, Klein-Heßling J, Mittag W, Röder B. *Förderung von Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmung im Unterricht - Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen*. Berlin: Humboldt-Universität zu Berlin, Lehrstuhl für Pädagogische Psychologie und Gesundheitspsychologie, 2009.
- (6) Bühler A, Schröder E, Silbereisen RK. The role of life skills promotion in substance abuse prevention: a mediation analysis. *Health Educ Res* 2008;23:621-632.
- (7) World Health Organisation. *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic*. Geneva: World Health Organisation, 1998.
- (8) Pierce JP, Choi WS, Gilpin EA, Merritt RK, Farkas AJ. Validation of susceptibility as a predictor of which adolescents take up smoking in the United States. *Health Psychol* 1996;15:355-361.
- (9) Pabst A, Piontek D, Kraus L, Müller S. Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009. *Sucht* 2010;56:327-336.
- (10) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. *Der Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2010. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011.
- (11) Kraus L, Pabst A, Steiner S. Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2007 (ESPAD). Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Thüringen. Bundesministerium für Gesundheit, editor. 2008. Institut für Therapieforschung, IFT München. IFT-Berichte Bd. 165.
- (12) Kraus L, Pabst A, Steiner S. *Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2007 (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Thüringen*. München: IFT Institut für Therapieforschung, 2007.
- (13) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. *Die Drogenaffinität jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Verbreitung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. Köln: BZgA, 2009.

- (14) StataCorp. *Stata Statistical Software: Release 12*. College Station, Texas: StataCorp LP, 2011.

## **Anhang**

### **Fragebogen der Nachbefragung**

# FRAGEBOGEN FÜR SCHÜLERINNEN UND SCHÜLER

## Bogen für die Erstellung des geheimen Kennwortes

Dein Nachname

Dein Vorname

Dein Geburtstag   /   /

Tag Monat Jahr

Vorname deiner Mutter

Vorname deines Vaters



Wenn du dein geheimes Kennwort in die farbigen Kästchen auf der nächsten Seite eingetragen hast, kannst du diese Seite (und nur diese Seite) mit deinem Namen abreißen und behalten.

Liebe Schülerin, lieber Schüler,

vielen Dank, dass du an der Befragung teilnimmst.

Beachte bitte:

Dies ist kein Test. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Deine Antworten bleiben geheim. Du kannst ganz ehrlich und frei antworten. Es erfährt niemand, welcher Fragebogen von dir kommt und was du geantwortet hast.

Das Ausfüllen des Fragebogens ist freiwillig.

Wenn du Fragen hast, dann lies bitte den beigefügten farbigen Zettel durch.





### Zuerst ein paar allgemeine Fragen ...

1.) Bist du ein Junge oder ein Mädchen? Junge Mädchen

2.) Wie alt bist du?   Jahre alt

3.) Auf was für eine Schule gehst du?  
Gymnasium Realschule Hauptschule Förderschule Integrierte Gesamtschule Kooperative Gesamtschule Andere

↓

Wenn ja: Welcher Schulzweig?  
Gymnasium Realschule Hauptschule

*Bitte nur ausfüllen, wenn du eine Kooperative Gesamtschule besuchst.*

4.) In welcher Klasse bist du?  
6. 7. 8.

5.) Nimmst du zusammen mit deiner Klasse an einem Programm zu folgenden Themen teil?

Bitte kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Ja	Nein
Rauchen, Alkohol und Drogen (z. B. Be Smart - Don't Start, Rauchfreie Klasse, Lions Quest, Erlich's, ohnekippe-bergstrasse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheit (z. B. TOPP, Fitness Kompass, BACK ATTACK, PriMA, Fit-Kids, gesundekids)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress (z. B. SCHOOL KIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewalt und Konfliktlösung (z. B. Buddy, Faustlos, PIT-Hessen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.) Wie stark achtest du auf deine Gesundheit?  
Gar nicht Weniger stark Mittelmäßig Stark Sehr stark

7.) Was meinst du: Kannst du selbst etwas tun, um gesund zu bleiben?  
Nein, gar nichts Nein, eher nichts Weiß nicht Ja, ein bisschen Ja, sehr viel

8.) Wenn ja: **Was** kannst du tun, um gesund zu bleiben? Schreib auf, was dir einfällt.

zum Beispiel: Stichpunkte genügen.

-----

-----

-----



9.) Was tust du bei einem Streit, damit der andere deine Sicht versteht?

zum Beispiel Stichpunkte genügen.

-----

-----

-----

10.) Hier findest du noch ein paar Aussagen zu dir: Wie sehr stimmst du ihnen zu?

Bitte kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Stimmt gar nicht	Stimmt ein wenig	Stimmt ziemlich	Stimmt genau
Wenn ich mit jemandem rede, schaue ich ihn an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mit jemandem rede, falle ich ihm nicht ins Wort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich etwas nicht verstehe, frage ich nach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich sage, was ich denke, auch wenn die anderen nicht meiner Meinung sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mit jemandem ein Problem habe, spreche ich es an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei einem Streit mit jemandem suche ich gemeinsam mit ihm nach Lösungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich jemanden verletzt oder verärgert habe, entschuldige ich mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann die Gefühle anderer erkennen, ohne mit ihnen zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.) Was tust du, wenn dich andere zu etwas überreden wollen und du nicht möchtest?

zum Beispiel Stichpunkte genügen.

-----

-----

-----

## Nun ein paar Fragen zu dem Thema Rauchen ...

12.) Wie viele Zigaretten hast du in deinem Leben geraucht?

- Keine
- Nur ein paar Züge
- 1 bis 19 Zigaretten (weniger als eine Packung)
- 20 bis 100 Zigaretten (eine bis fünf Packungen)
- Mehr als 100 Zigaretten (mehr als fünf Packungen)

13.) Wie häufig rauchst du zur Zeit?

- Ich rauche nicht
- Weniger als einmal im Monat
- Mindestens einmal im Monat, aber nicht jede Woche
- Mindestens einmal die Woche, aber nicht jeden Tag
- Jeden Tag

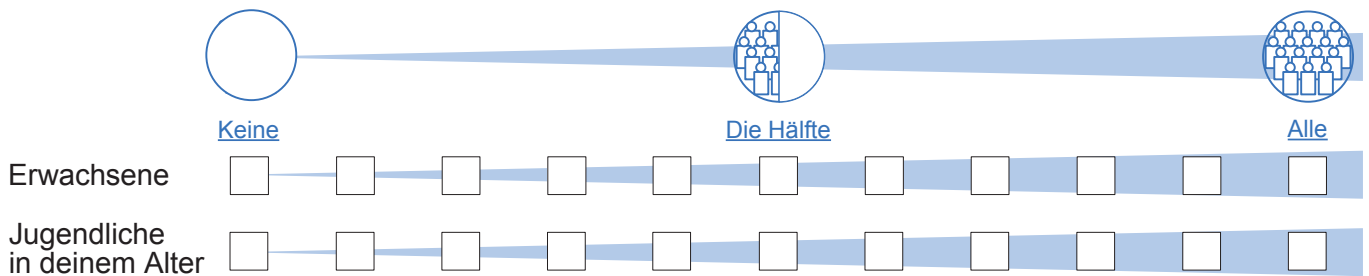
14.) Wie viele deiner Freunde rauchen?

- (Fast) keine  Sehr wenige  Einige  Die meisten  (Fast) alle

15.) Wenn dir einer deiner besten Freundinnen oder Freunde eine Zigarette anbieten würde, würdest du sie dann rauchen?

- Mit Sicherheit ja  Wahrscheinlich ja  Wahrscheinlich nein  Mit Sicherheit nein

16.) Was schätzt du: Wie viele der folgenden Personen rauchen in Deutschland? Bitte kreuze pro Zeile nur ein Kästchen an. (Es geht bei dieser Frage nicht nur um Personen, die du kennst, sondern um alle Erwachsenen und alle Jugendlichen in deinem Alter in Deutschland.)



17.) Stell dir Folgendes vor: Du rauchst regelmäßig im nächsten Monat. Würde dir das Folgende passieren?

Bitte kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Mit Sicherheit nein	Wahrscheinlich nein	Wahrscheinlich ja	Mit Sicherheit ja
Ich bekomme Probleme mit meinen Freundinnen und Freunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bekomme Geldprobleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich krank (z. B. Kopfschmerzen, Husten).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin weniger fit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann nicht mehr aufhören zu rauchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde in der Schule schlechter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Ein paar Fragen zu dem Thema Alkohol ...

18.) Hast du schon mal Alkohol getrunken?

Ja

Nein

19.) Hast du schon mal Alkohol getrunken und deine Eltern wussten nichts davon?

Ja

Nein

20.) Denk an die letzten 30 Tage. An wie vielen Tagen, wenn überhaupt, hast du Alkohol getrunken?

Nie

An 1-2 Tagen

An 3-5 Tagen

An 6-9 Tagen

An 10-19 Tagen

An 20-29 Tagen

Jeden Tag

21.) Wie oft, wenn überhaupt, warst du schon einmal betrunken, so dass du z.B. beim Laufen hin und her geschwankt bist, nicht mehr ordentlich sprechen konntest oder dich am nächsten Tag an nichts mehr erinnern konntest?

Noch nie

Einmal

Zweimal

Drei- bis fünfmal

Sechsmal  
oder öfter

22.) Wenn du Alkohol trinkst, wie viele alkoholische Getränke trinkst du dann normalerweise?

Ein alkoholisches Getränk ist z. B. ein Glas Wein, ein Glas Sekt, eine Flasche Bier oder Biermix oder ein Schnapsglas mit Wodka, Rum oder ähnlichem Schnaps.

Ich trinke keinen Alkohol

Weniger als ein ganzes alkoholisches Getränk

Ein bis zwei alkoholische Getränke

Drei bis vier alkoholische Getränke

Fünf bis sechs alkoholische Getränke

Mehr als sechs alkoholische Getränke

23.) Wie häufig hast du schon fünf oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit getrunken?

Noch nie

Einmal

Zweimal

3- bis 5-mal

6-mal oder öfter

24.) Wie viele deiner Freunde trinken Alkohol?

(Fast) keine

Sehr wenige

Einige

Die meisten

(Fast) alle

25.) Wenn dir einer deiner besten Freundinnen oder Freunde Alkohol anbieten würde, würdest du ihn dann trinken?

Mit Sicherheit  
jaWahrscheinlich  
jaWahrscheinlich  
neinMit Sicherheit  
nein

26.) Was schätzt du: Wie viele der folgenden Personen trinken Alkohol in Deutschland? Bitte kreuze pro Zeile nur ein Kästchen an. (Es geht bei dieser Frage nicht nur um Personen, die du kennst, sondern um alle Erwachsenen und alle Jugendlichen in deinem Alter in Deutschland.)

Keine Die Hälfte Alle

Erwachsene

Jugendliche in deinem Alter

27.) Stell dir Folgendes vor: Du trinkst regelmäßig Alkohol im nächsten Monat. Würde dir das Folgende passieren?

Bitte kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Mit Sicherheit nein	Wahrscheinlich nein	Wahrscheinlich ja	Mit Sicherheit ja
Ich werde in der Schule schlechter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bekomme Probleme mit meinen Freundinnen und Freunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann nicht mehr aufhören zu trinken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bekomme Geldprobleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich krank (z. B. Kopfschmerzen, Übelkeit).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Und zu guter Letzt möchten wir von dir erfahren:**

28.) Was tust du, wenn du Stress hast?

zum Beispiel Stichpunkte genügen.

-----

-----

-----

29.) Was tust du bei unangenehmen Gefühlen, z. B. wenn du sehr wütend bist?

zum Beispiel Stichpunkte genügen.

-----

-----

-----

**Du hast es geschafft! Vielen Dank für deine Hilfe.**