

Prüß, Ulrike / Brandenburg, Alexander / von Ferber, Christian und
Lehmkuhl, Gerd

Verhaltensmuster jugendlicher Raucher

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 53 (2004) 5, S. 307-318

urn:nbn:de:bsz-psydok-45028

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Bobzien, M.; Hausmann, V.; Kornder, T.; Manz-Gill, B.: „... damit Theo weiß, was er besser machen soll“. Kundenorientierung in der sozialtherapeutischen Kindergruppenarbeit – Ein Erfahrungsbericht aus dem Qualitätsmanagement einer Erziehungsberatungsstelle („... so that Theo knows what he should do better“. Client orientation in social-therapeutic child group work – An experiential report of quality management at a child guidance clinic)	497
Leweke, F.; Kurth, R.; Milch, W.; Brosig, B.: Zur integrativen Behandlung des instabilen Diabetes mellitus im Jugendalter: Schulung oder Psychotherapie? (Integrative treatment of instable Diabetes mellitus: Education or psychotherapy?)	347
Schulte-Markwort, M.; Resch, F.; Bürgin, D.: Die „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter“ (OPD-KJ) in der Praxis (“Operationalised psychodynamic diagnostics in childhood and adolescence” (OPD-CA) in practice) . . .	77
Weber, M.; Klitzing, K. v.: Die Geschichtenstamm-Untersuchung in der klinischen Anwendung bei jüngeren Kindern (Story stem evaluation in clinical practice with young children)	333
Weißhaupt, U.: Die virtuelle Beratungsstelle: Hilfe für Jugendliche online (Virtual counselling: online help for adolescents)	573

Originalarbeiten / Original Articles

Bredel, S.; Brunner, R.; Haffner, J.; Resch, F.: Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit aus der Sicht von Patienten, Eltern und Therapeuten – Ergebnisse einer evaluativen Studie aus der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (Success of treatment, experience of treatment, and satisfaction with treatment from the perspective of patients, parents, and therapists – Results of an evaluative study on inpatient treatment in child and adolescent psychiatry)	256
Dähne, A.; Aßmann, B.; Ettrich, C.; Hinz, A.: Normwerte für den Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBek) für Kinder und Jugendliche (Norm values for the questionnaire to assess the own body (Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers, FBek) for adolescents)	483
Kaltenborn, K.: Ko-Produktion von Wissen zur Sorgerechtsregelung durch Betroffene: eine partizipative Studie (Co-production of knowledge about custody criteria with subjects affected by their parents' custody dispute: a participatory study)	167
Kastner-Koller, U.; Deimann, P.; Konrad, C.; Steinbauer, B.: Entwicklungsförderung im Kindergartenalter (The enhancement of development at nursery school age)	145
Kefßels, T.: Angstträume bei neun- bis elfjährigen Kindern (Anxiety dreams in 9- to 11-year-old children)	19
Klicpera, C.; Gasteiger Klicpera, B.: Vergleich zwischen integriertem und Sonderschulunterricht: Die Sicht der Eltern lernbehinderter Schüler (Comparing students in inclusive education to those in special schools: The view of parents of children with learning disabilities)	685
Kraenz, S.; Fricke, L.; Wiater, A.; Mitschke, A.; Breuer, U.; Lehmkuhl, G.: Häufigkeit und Belastungsfaktoren bei Schlafstörungen im Einschulalter (Prevalence and influencing factors of sleep disturbances in children just starting school)	3

Miksch, A.; Ochs, M.; Franck, G.; Seemann, H.; Verres, R.; Schweitzer, J.: Was hilft Kindern, wenn sie Kopfschmerzen haben? – Qualitative Auswertung systemischer Familieninterviews nach Abschluss einer lösungs- und ressourcenorientierten Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche mit primären Kopfschmerzen (What is helpful for kids with headache? – Qualitative analysis of systemic family interviews at the end of a solution and resource oriented group therapy for children and adolescents with primary headache)	277
Prüß, U.; Brandenburg, A.; Ferber, C. v.; Lehmkuhl, G.: Verhaltensmuster jugendlicher Raucher (Patterns of behaviour of juvenile smokers and non-smokers)	305
Roebbers, C.M.; Beuscher, E.: Wirkungen eines Bildkärtchentrainings für Grundschulkin-der zur Verbesserung ihrer Ereignisberichte (Training children in event recall: Benefits of a brief narrative elaboration training)	707
Roth, M.; Bartsch, B.: Die Entwicklungstaxonomie von Moffitt im Spiegel neuerer Befunde – Einige Bemerkungen zur „jugendgebundenen“ Delinquenz (Moffitt's developmental taxonomy as seen by new results – Some remarks on the “adolescence-limited” delinquency)	722
Sarimski, K.: Beurteilung problematischer Verhaltensweisen bei Kindern mit intellektueller Behinderung mit der „Nisonger Child Behavior Rating Form“ (Assessment of behavioral problems in children with intellectual disability: The Nisonger Child Behavior Rating Form)	319
Schaunig, I.; Willinger, U.; Diendorfer-Radner, G.; Hager, V.; Jörgl, G.; Sirsch, U.; Sams, J.: Parenting Stress Index: Einsatz bei Müttern sprachentwicklungsgestörter Kinder (Parenting Stress Index and specific language impairment)	395
Schreiber, M.; Lenz, K.; Lehmkuhl, U.: Zwischen Umweltverschmutzung und Gottes Wille: Krankheitskonzepte türkeistämmiger und deutscher Mädchen (Between environmental pollution and will of god: Concepts regarding illness of Turkish and German girls)	419
Schulz, W.; Schmidt, A.: Inanspruchnahme und Wirksamkeit von Kurzberatung in der Erziehungsberatung (Utilization and effectiveness of short-term counseling in child guidance)	406
Stauber, T.; Petermann, F.; Korb, U.; Bauer, A.; Hampel, P.: Adipositas und Stressverarbeitung im Kindesalter (Obesity and coping in childhood)	182
Subkowski, P.: Harry Potter – das Trauma als Motor der psychischen Entwicklung (Harry Potter – The trauma as a drive for psychic development)	738
Weber, A.; Karle, M.; Klosinski, G.: Trennung der Eltern: Wie wird sie den Kindern vermittelt und welchen Einfluss haben Art und Inhalt der Mitteilung auf das Trennungserleben der Kinder? (Separation of parents: How is it conveyed to children? How does the content of the communication influence the separation experience of children?)	196
Widdern, S. v.; Häßler, F.; Widdern, O. v.; Richter, J.: Ein Jahrzehnt nach der Wiedervereinigung – Wie beurteilen sich Jugendliche einer nordost-deutschen Schülerstichprobe hinsichtlich ihrer psychischen Befindlichkeit? (Ten years after german unification – Current behavioural and emotional problems of adolescents in Germany)	652

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Benecken, J.: Zur Psychopathologie des Stotterns (On the psychopathology of stuttering)	623
Bergh, B. v. d.: Die Bedeutung der pränatalen Entwicklungsperiode (The importance of the prenatal life period)	221
Bergh, P. M. v. d.; Knorth, E. J.; Tausendfreund, T.; Klomp, M.: Grundlagen der psychosozialen Diagnostik in der niederländischen Kinder- und Jugendhilfe: Entwicklungen und	

Aufgaben (Basics of the psychosocial diagnostic in child- and youth care in the Netherlands: Developments and tasks)	637
Bögle, R.M.: Beraterische Arbeit mit modernen Ausprägungen mythologischer Bilder (Counselling with modern expressions of mystic pictures)	560
Frölich, J.; Lehmkuhl, G.: Differenzialdiagnostische Zusammenhänge von Schlaf- und Vigilanzstörungen im Kindesalter – Verbindungen zu psychischen Störungen und organischen Erkrankungen (Differential diagnosis of sleep and vigilance disorders in children)	48
Kamp-Becker, I.; Matzejat, F.; Renschmidt, H.: Zur Diagnostik und Ätiologie des Asperger-Syndroms bei Kindern und Jugendlichen (Diagnosis and etiology of Asperger syndrome in children and adolescents)	371
Keupp, H.: Ressourcenförderung als Basis von Projekten der Gewalt- und Suchtprävention (Resource support as the basis of projects for the prevention of violence and addiction)	531
Lehmkuhl, G.; Frölich, J.: Kinderträume: Inhalt, Struktur und Verlauf (Children's dreams)	39
Noeker, M.: Artifizielle Störung und artifizielle Störung by proxy (Factitious disorder and factitious disorder by proxy)	449
Petermann, F.; Hampel, P.; Stauber, T.: Enuresis: Erklärungsansätze, Diagnostik und Interventionsverfahren (Enuresis: pathogenesis, diagnostics, and interventions)	237
Schreiner, J.: Humor als ergänzender Bestandteil der psychologisch-psychiatrischen Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen: Entwurf eines humordiagnostischen Modells (Humor as an additional component of psychological and psychiatric diagnostics in children and adolescents: Concept of a humor-diagnostic model)	468
Thiel-Bonney, C.; Cierpka, M.: Die Geburt als Belastungserfahrung bei Eltern von Säuglingen mit Selbstregulationsstörungen (Birth as a stressful experience of parents with newborns and infants showing regulatory disorders)	601
Vossler, A.: Wandel hoch drei – Beratung für Jugendliche in einer verunsichernden Gesellschaft (Change to the power of three – counselling for adolescents in a society which causes uncertainty)	547

Buchbesprechungen / Book Reviews

Amorosa, H.; Noterdaeme, M. (2003): Rezeptive Sprachstörungen. Ein Therapiemanual. (<i>D. Irblich</i>)	61
Barrett, P.; Webster, H.; Turner, C.: FREUNDE für Kinder. Trainingsprogramm zur Prävention von Angst und Depression. (<i>K. Sarimski</i>)	65
Boeck-Singelmann, C.; Hensel, T.; Jürgens-Jahnert, S.; Monden-Engelhardt, C. (Hg.) (2003): Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 3: Störungsspezifische Falldarstellungen. (<i>L. Unzner</i>)	213
Bonney, H. (2003): Kinder und Jugendliche in der familientherapeutischen Praxis. (<i>K. Mauthe</i>)	364
Brandau, H.; Pretis, M.; Kaschnitz, W. (2003): ADHS bei Klein- und Vorschulkindern. (<i>D. Irblich</i>)	439
Brisch, K.H.; Hellbrügge, T. (Hg.) (2003): Bindung und Trauma. (<i>L. Unzner</i>)	66
Erler, M. (2003): Systemische Familienarbeit. Eine Einführung. (<i>A. Müller</i>)	137
Essau, C.A. (2003): Angst bei Kindern und Jugendlichen. (<i>K. Sarimski</i>)	135
Etzersdorfer, E.; Fiedler, G.; Witte, M. (Hg.) (2003): Neue Medien und Suizidalität. Gefahren und Interventionsmöglichkeiten. (<i>K. Jost</i>)	441
Fay, E. (Hg.) (2003): Tests unter der Lupe 4. Aktuelle psychologische Testverfahren – kritisch betrachtet. (<i>M. Micklej</i>)	214

Feil, C. (2003): Kinder, Geld und Konsum. Die Kommerzialisierung der Kindheit. (W. Schweizer)	297
Finger-Trescher, U.; Krebs, H. (Hg.) (2003): Bindungsstörungen und Entwicklungschancen. (L. Unzner)	66
Flaake, K.; King, V. (Hg.) (2003): Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen. (C. v. Bülow-Faerber)	133
Fonagy, P. (2003): Bindungstheorie und Psychoanalyse. (L. Unzner)	66
Fonagy, P.; Target, M. (2003): Frühe Bindung und psychische Entwicklung. (L. Unzner) .	66
Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (Hg.) (2003): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 46. (M. Hirsch)	130
Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (Hg.) (2003): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 47. (M. Hirsch)	209
Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (Hg.) (2004): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 48. (M. Hirsch)	514
Gabriel, T.; Winkler, M. (Hg.) (2003): Heimerziehung. Kontexte und Perspektiven. (L. Unzner)	361
Gontard, A. v. (2004): Enkopresis. Erscheinungsformen – Diagnostik – Therapie. (E. Bauer)	757
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G. (2003): Enuresis. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. (M. H. Schmidt)	66
Grossmann, K.E.; Grossmann, K. (Hg.) (2003): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. (L. Unzner)	291
Günter, M. (2003): Psychotherapeutische Erstinterviews mit Kindern. Winnicotts Squiggletechnik in der Praxis. (R. Schepker)	516
Häußler, A.; Happel, C.; Tuckermann, A.; Altgassen, M.; Adl-Amini, K. (2003): SOKO Autismus. Gruppenangebote zur Förderung Sozialer Kompetenzen bei Menschen mit Autismus – Erfahrungsbericht und Praxishilfen. (D. Irblich)	295
Hascher, T.; Hersberger, K.; Valkanover, S. (Hg.) (2003): Reagieren, aber wie? Professioneller Umgang mit Aggression und Gewalt in der Schule. (G. Roloff)	437
Herwig-Lempp, J. (2004): Ressourcenorientierte Teamarbeit. Systemische Praxis der kollegialen Beratung. Ein Lern- und Übungsbuch. (D. Irblich)	678
Hobrücker, B. (2002): Zielentwicklung mit Kindern in Psychotherapie und Heilpädagogik. Verhaltensvereinbarung als Behandlungselement. (R. Mayr)	208
Huber, M. (2003): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil 1. (D. Irblich)	213
Huber, M. (2003): Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung, Teil 2. (D. Irblich)	517
Klemenz, B. (2003): Ressourcenorientierte Diagnostik und Intervention bei Kindern und Jugendlichen. (R. Mayr)	62
Klicpera, C.; Schabmann, A.; Gasteiger-Klicpera, B. (2003): Legasthenie. Modelle, Diagnose, Therapie und Förderung. (D. Irblich)	675
Koch-Kneidl, L.; Wiese, J. (Hg.) (2003): Entwicklung nach früher Traumatisierung. (D. Irblich)	136
Krowatschek, D.; Albrecht, S.; Krowatschek, G. (2004): Marburger Konzentrationstraining (MKT) für Kindergarten- und Vorschulkinder. (D. Irblich)	761
Kubinger, K.; Jäger, R. (Hg.) (2003): Schlüsselbegriffe der Psychologischen Diagnostik. (D. Gröschke)	64
Lang, P.; Sarimski, K. (2003): Das Fragile-X-Syndrom. Ein Ratgeber für Eltern. (D. Irblich)	593
Langfeldt, H.-P. (Hg.) (2003): Trainingsprogramme zur schulischen Förderung. Kompendium für die Praxis. (D. Gröschke)	63

Lauth, G. W.; Grünke, M.; Brunstein, J. C. (Hg.) (2004): Interventionen bei Lernstörungen. Förderung, Training und Therapie in der Praxis. (<i>D. Irblich</i>)	679
Lepach, A. C.; Heubrock, D.; Muth, D.; Petermann, F. (2003): Training für Kinder mit Gedächtnisstörungen. Das neuropsychologische Einzeltraining REMINDER. (<i>D. Irblich</i>)	436
Maur-Lambert, S.; Landgraf, A.; Oehler, K.-U. (2003): Gruppentraining für ängstliche und sozial unsichere Kinder und ihre Eltern. (<i>D. Irblich</i>)	293
Mayer, R.; Born, M.; Kähni, J.; Seifert, T. (2003): „Wirklich?! – Niemals Alkohol?!“ Problemskizierungen zur präventiven Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Familien Suchtkranker. Balingen: Eigenverlag (<i>E. M. Dinkelaker</i>)	596
Mentzos, S.; Münch, A. (Hg.) (2003): Psychose und Sucht. (<i>W. Schweizer</i>)	296
Michels, H.-P.; Borg-Laufs, M. (Hg.) (2003): Schwierige Zeiten. Beiträge zur Psychotherapie mit Jugendlichen. (<i>W. Schweizer</i>)	129
Möller, C. (2003): Jugend sucht. Drogenabhängige Jugendliche berichten. (<i>M. Schulte-Markwort</i>)	515
Oetker-Funk, R.; Dietzfelbinger, M.; Struck, E.; Volger, I. (2003): Psychologische Beratung. Beiträge zu Konzept und Praxis. (<i>B. Plois</i>)	594
Papoušek, M.; Gontard, A. v. (Hg.) (2003): Spiel und Kreativität in der frühen Kindheit. (<i>D. Irblich</i>)	212
Papoušek, M.; Schieche, M.; Wurmser, H. (Hg.) (2004): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. (<i>L. Goldbeck</i>)	756
Petermann, F.; Wiedebusch, S. (2003): Emotionale Kompetenz bei Kindern. (<i>D. Irblich</i>)	292
Piaget, J. (2003): Meine Theorie der geistigen Entwicklung, herausgegeben von R. Fatke. (<i>D. Gröschke</i>)	63
Poustka, F.; Bölte, S.; Feineis-Matthews, S.; Schmötzer, G. (2004): Autistische Störungen. (<i>C. v. Bülow-Faerber</i>)	758
Reinehr, T.; Dobe, M.; Kersting, M. (2003): Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Das Adipositas-Schulungsprogramm OBELDICKS. (<i>G. Latzko</i>)	676
Richman, S. (2004): Wie erziehe ich ein autistisches Kind? Grundlagen und Praxis. (<i>Y. Ahren</i>)	760
Rosenkötter, H. (2003): Auditive Wahrnehmungsstörungen. Kinder mit Lern- und Sprachschwierigkeiten behandeln. (<i>M. Mickley</i>)	130
Sarimski, K. (2003): Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome. 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl. (<i>D. Irblich</i>)	440
Scheithauer, H.; Hayer, T.; Petermann, F. (2003): Bullying unter Schülern. Erscheinungsformen, Risikobedingungen und Interventionskonzepte. (<i>L. Mürbeth</i>)	595
Scheuerer-Englisch, H.; Suess, G. J.; Pfeifer, W.-K. (Hg.) (2003): Wege zur Sicherheit. Bindungswissen in Diagnostik und Intervention. (<i>L. Unzner</i>)	289
Schönplflug, W. (2004): Geschichte und Systematik der Psychologie. Ein Lehrbuch für das Grundstudium. 2. Aufl. (<i>D. Gröschke</i>)	518
Streeck-Fischer, A. (Hg.) (2004): Adoleszenz – Bindung – Destruktivität. (<i>L. Unzner</i>)	680
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2003): Therapie der Lese-Rechtschreibstörung (LRS). Traditionelle und alternative Behandlungsmethoden im Überblick. (<i>M. Mickley</i>)	211
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2004): Welche Chancen haben Kinder mit Entwicklungsstörungen? (<i>K. Sarimski</i>)	762
Vossler, A. (2003): Perspektiven der Erziehungsberatung. Kompetenzförderung aus der Sicht von Jugendlichen, Eltern und Beratern. (<i>H. Heekerens</i>)	592
Watkins, J. G.; Watkins, H. H. (2003): Ego-States. Theorie und Therapie. Ein Handbuch. (<i>D. Irblich</i>)	362

Winkelheide, M.; Knees, C. (2003): ... doch Geschwister sein dagegen sehr. Schicksal und Chancen der Geschwister behinderter Menschen. (<i>D. Irblich</i>)	365
Zander, B.; Knorr, M. (Hg) (2003): Systemische Praxis der Erziehungs- und Familienberatung. (<i>C. v. Bülow-Faerber</i>)	360

Neuere Testverfahren / Test Reviews

Krowatschek, D. (2002): Überaktive Kinder im Unterricht. Ein Programm zur Förderung der Selbstwahrnehmung, Strukturierung, Sensibilisierung und Selbstakzeptanz von unruhigen Kindern im Unterricht und in der Gruppe, 4. Auf. (<i>C. Kirchheim</i>)	764
Rauer, W.; Schuck, K.-D. (2003): Fragebogen zur Erfassung emotionaler und sozialer Schulerfahrungen von Grundschulkindern dritter und vierter Klassen (FEES 3–4). (<i>K. Waligora</i>)	139
Stadler, C.; Janke, W.; Schmeck, K. (2004): Inventar zur Erfassung von Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie bei 9- bis 14-jährigen Kindern (IVE). (<i>C. Kirchheim</i>)	521

Editorial / Editorial	1, 75, 529
Autoren und Autorinnen / Authors	60, 127, 207, 288, 359, 434, 513, 587, 674, 754
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	588
Tagungskalender / Congress Dates	71, 142, 216, 300, 367, 444, 524, 598, 683, 767
Mitteilungen / Announcements	220, 448, 527

Verhaltensmuster jugendlicher Raucher*

Ulrike Prüß¹, Alexander Brandenburg², Christian von Ferber¹
und Gerd Lehmkuhl³

Summary

Patterns of behaviour of juvenile smokers and non-smokers

Preventing habitual smoking by young people forms an important goal of health promotion in schools. In achieving this target, information is needed about the age at which smoking becomes a temptation for young people as well as knowledge about the attitudes that are associated with smoking. At two elementary schools and at one grammar school in a community of a former coal-mining area, 985 German pupils aged 11–18 years were interviewed with the Youth Self Report (YSR) together with a questionnaire concerning their smoking habits. The rate of smoking among the pupils rose from the age group 11–15 years to the age group 16–18 years (in this age access to cigarettes is no longer restricted by law) from 12 % to 63 %; between the sexes there is no difference in smoking habits. According to the scales of the YSR in both types of school, smokers scored significantly higher on scales of „antisocial“ and „aggressive behaviour“. On the other hand non-smokers scored significantly higher on the scale „social problems“. The significantly higher rate of smokers in both elementary schools compared with the corresponding rate in the grammar school will be interpreted by two interrelated explanations: the influence of lower social class as well as the lack of the deferred gratification pattern as an ingredient of the culture in elementary schools. The difference between smoking and non-smoking juveniles according to the scales of the YSR can be explained by the association of smoking behaviour with the juvenile culture of deviant groups on the one hand and by the attitudes of the non-smokers, who are more reluctant in joining peer groups. The results support a strategy for effectively preventing habitual smoking habits of juveniles in schools by combining youth activities inside and outside the schools.

Keywords: juvenile smoker and non-smoker – health promotion in schools – deferred gratification pattern – Youth Self Report

* Diese Untersuchung wurde im Rahmen des Public Health Förderungsprogramms des BMG gefördert (Nordrhein-westfälischer Forschungsverbund Public Health Förderkennzeichen: 01 EG 9803). Die Auswertungen zum Rauchen wurden vom Fachbereich Gesundheit der Stadt Herne, Abteilung Gesundheitsplanung und Gesundheitsförderung, finanziell unterstützt. Die Verfasser danken der Schulbehörde, den Schulleitungen und den Lehrern der beteiligten Schulen für die sachkundige und engagierte Unterstützung bei den Befragungen. Sie danken ebenso Frau Dr. Liselotte von Ferber für wichtige Hinweise zur Auswertung und für die kritische Begleitung bei der Gestaltung des Manuskripts sowie Frau Ingrid Köster für die wertvolle Unterstützung bei der statistischen Auswertung.

¹ Forschungsgruppe Primärmedizinische Versorgung an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Klinikum der Universität zu Köln.

² Fachbereich Gesundheit der Stadt Herne.

³ Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Klinikum der Universität zu Köln.

Zusammenfassung

Es ist eine wichtige Aufgabe der Gesundheitsförderung an den Schulen, dem Entstehen habituellen Rauchens entgegenzuwirken. Für das Erreichen dieses Ziels bedarf es gesicherter Erkenntnisse über das Einstiegsalter und über die mit dem Rauchen assoziierten Verhaltensorientierungen. An zwei Hauptschulen und einem Gymnasium im Ruhrgebiet wurden 985 deutsche Schüler im Alter von 11 bis 18 Jahren mit dem Youth Self Report (YSR) und zu ihren Rauchgewohnheiten während der Schulzeit befragt. Der Anteil der Raucher stieg von der Altersgruppe der 11- bis 15-Jährigen bis zur Altersgruppe der 16- bis 18-Jährigen kontinuierlich an, und zwar von 12 auf 63 %. Jungen und Mädchen unterschieden sich nicht in ihren Rauchgewohnheiten. Im Mittel über alle Altersgruppen lag die Raucherquote an den Hauptschulen bei 40 %, am Gymnasium bei 23 %. Nach dem YSR waren rauchende Jugendliche an beiden Schultypen signifikant stärker auf den Skalen „Dissoziales Verhalten“ und „Aggressivität“ belastet als ihre nicht rauchenden Mitschüler. Dagegen waren nicht rauchende Jugendliche signifikant stärker belastet auf der Skala „Soziale Probleme“. Für die deutlich höhere Raucherquote an den Hauptschulen im Vergleich zum Gymnasium werden die Unterschiede der Sozialschicht sowie als generalisierte Verhaltensweise ein deferred gratification pattern (Zukunftsorientierung) der Gymnasiasten diskutiert. Für die Unterschiede zwischen Rauchern und Nichtrauchern entsprechend den Ergebnissen des YSR sind Bindungen an sozial abweichende und opponierende Gruppen auf Seiten der Raucher und soziale Distanz gegenüber altersgleichen Jugendlichen auf Seiten der Nichtraucher in Betracht zu ziehen.

Schlagwörter: Rauchen Jugendlicher – Raucherprävention an Schulen – Verhaltensauffälligkeit nach YSR – deferred gratification pattern

1 Einleitung

Mehr als 80 % der erwachsenen Raucher in Deutschland geben an, dass sie bereits vor dem 20. Lebensjahr mit dem Rauchen begonnen haben (Junge u. Nagel 1999). Die biographische Entwicklung zum habituellen Raucher ist also eng mit den Sozialisationserfahrungen Jugendlicher verbunden (Silbereisen 1999). Maßnahmen der Gesundheitsförderung, die sich darauf richten, die gesundheitlichen Risiken des Zigarettenrauchens einzuschränken, müssen sich mit diesen Erfahrungen auseinandersetzen.

Für die schulische Prävention ist die Sekundarstufe I von großer Bedeutung. Das Durchschnittsalter, in dem Jugendliche ihre erste Zigarette rauchen, liegt zwischen 13 und 14 Jahren, 11 % sind beim Konsum ihrer ersten Zigarette jünger als elf Jahre (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2001). Vergleichbare Altersangaben zu einer repräsentativen Umfrage in Deutschland liegen auch aus anderen Ländern vor (Janson 1999).

Die Entwicklung zum gewohnheitsmäßigen Rauchen erfolgt entgegen negativen körperlichen Erfahrungen und offiziellen Verboten sowie aus der Sicht der Jugend-

lichen unter einander widersprechenden Verhaltensorientierungen. Erste Raucherfahrungen werden überwiegend als unangenehm empfunden, das gewohnheitsmäßige Rauchen wird von mehr oder minder stark wahrgenommenen somatischen Beschwerden begleitet, die körperliche Leistungsfähigkeit ist herabgesetzt. Rauchverbote in den Schulen sowie Verkaufsverbote in Bezug auf Kinder und Jugendliche (in Deutschland bis zum Alter von 16 Jahren) bewerten das Rauchen Jugendlicher negativ. Auf die gesundheitlichen Gefahren des Rauchens wird im Schulunterricht hingewiesen. Programme zur Beratung und Behandlung des Rauchens für unterschiedliche Zielgruppen – also auch für die jugendlichen Raucher – gehören zu den Handlungsempfehlungen für eine nationale Tabakkontrollpolitik (Deutsches Krebsforschungszentrum 2002). Für jugendliche Raucher werden spezifische Beratungsprogramme angeboten, die über das Internet zugänglich sind (www.justbesmokefree.de 2003; www.bzga.de 2003). Öffentliche Verbote und negative Bewertungen des Rauchens im Schulunterricht tragen mit dazu bei, dass unter den Jugendlichen „Raucher“ und „Nichtraucher“ zu Symbolen der Zugehörigkeit zu Gruppen „konformer“ und „opponierender“ Gleichaltriger werden. Im Übergang vom Kind zum Jugendlichen übernehmen solche Peergroups zunehmend Funktionen der Orientierung und der Identitätsfindung (Münchmeier 2001). Zu den Sozialisationserfahrungen Jugendlicher rechnet daher auch die Auseinandersetzung mit Verhaltensmustern in den gesellschaftlichen Gruppen, die sie ablehnen oder denen sie angehören bzw. denen anzugehören sie anstreben. In diesem Fall übernehmen sie die in der Bezugsgruppe geltenden Verhaltensweisen, Einstellungen und Wertorientierungen (Merton 1957). Jugendliche verbringen einen großen Teil ihres Alltags mit den Mitschülern oder mit Gleichaltrigen in ihrem Wohnbezirk. Das Rauchen von Zigaretten zumal gegen offizielle Verbote verbindet die Jugendlichen untereinander; es unterstützt Gruppenidentität.

2 Fragestellungen

Eine Untersuchung zur Verbreitung der Rauchgewohnheiten unter Jugendlichen wird überindividuelle Einflüsse berücksichtigen müssen, denen die Jugendlichen aus der normativen Struktur des Lebensalltags in der Schule und – damit verknüpft – infolge der Identifizierung mit Gruppen Gleichaltriger ausgesetzt sind. Zu diskutieren sind die verhaltensprägenden Merkmale ihres (Schul-) Alltags.

In der im Folgenden vorgestellten Untersuchung werden vier Fragestellungen bearbeitet:

1. Welchen Einfluss hat das Lebensalter? In welcher Altersgruppe besteht derzeit das größte Risiko, mit dem Rauchen zu beginnen und möglicherweise abhängig zu werden?
2. Gibt es noch Unterschiede in den Rauchgewohnheiten zwischen Jungen und Mädchen? Vor dem Hintergrund dieser beiden Fragestellungen werden die Zielgruppen für eine schulische Prävention identifiziert und die Angleichung der Rauchgewohnheiten von Mädchen und Jungen untersucht.

3. Welchen Einfluss hat der besuchte Schultyp (Hauptschule vs. Gymnasium) auf die Rauchgewohnheiten Jugendlicher? Dabei kommt der Unterscheidung von Hauptschülern und Gymnasiasten auch die Funktion eines Indikators für die unterschiedlichen für die Schüler erreichbaren Berufsausbildungsziele und die damit verbundenen Sozialchancen zu. Unter den Bedingungen, die zum habituellen Rauchen führen können, wird der Schultyp als eine wichtige Vermittlung von Sozialchancen in seiner Bedeutung für die Verbreitung von Rauchgewohnheiten Jugendlicher untersucht.
4. In welcher Weise unterscheiden sich rauchende von nicht rauchenden Schülern in der Selbsteinschätzung ihres Befindens und ihres Sozialverhaltens nach dem Youth Self-Report (YSR)? Gibt es spezifische Einschätzungen von Befinden und Sozialverhalten für rauchende und nicht rauchende Jugendliche? Unter den Bedingungen, die zum Rauchen führen, wird die Selbsteinschätzung der rauchenden Schüler in Bezug auf die nicht rauchenden Mitschüler untersucht.

3 Methodisches Vorgehen

3.1 Die Befragung

Die Befragung der Schüler und Schülerinnen wurde in einer Großstadt im Ruhrgebiet in zwei Hauptschulen und in einem Gymnasium durchgeführt. Es wurden die Schüler der Schuljahrgangsstufen 5 bis 10 der beiden Hauptschulen und des Gymnasiums befragt. Die schriftlichen Befragungen fanden in den Klassenzimmern der Schüler/-innen statt und wurden in der Regel von den Klassenlehrern oder Klassenlehrerinnen begleitet. Die Eltern wurden über die Zielsetzung und Durchführung der Untersuchung vor der Befragung informiert. Anonymität und Freiwilligkeit waren gewährleistet.

3.2 Die Fragebogen

3.2.1 Der Youth Self-Report

Zur Erfassung der Befindenssituation und der Verhaltensweisen der Schüler und Schülerinnen wurde eine Variante der Child Behavior Checklist, der Youth Self-Report (YSR) eingesetzt (Achenbach 1991). Der YSR ermittelt die Selbsteinschätzung von Kindern und Jugendlichen im Alter von elf bis 18 Jahren im Hinblick auf Kompetenzen, Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Probleme sowie auf körperliche Beschwerden und sozial erwünschte Verhaltensweisen. Der Fragebogen wurde für Deutschland adaptiert und auf Reliabilität und Validität durch die Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik getestet. Durch die PAK-KID-Studie (Psychische Auffälligkeiten und Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland) erfolgte eine Normierung des Fragebogens für Deutschland (Döpfner et al. 1998). Einige wenige Items wie „Ich denke daran, mich umzubringen“ wurden weggelassen, weil sie nach Meinung der Lehrer die Schüler zu stark belasten könnten.

3.2.2 Die Befragung zum Rauchen

Zur Erfassung der Rauchgewohnheiten wurden Fragen zum Raucherstatus, zur Häufigkeit des Rauchens, zur durchschnittlichen Menge pro Tag sowie zum Lebensalter bei Beginn des regelmäßigen Rauchens gestellt. Entsprechend der Definition der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wurden Schüler als „Raucher“ oder „Raucherin“ definiert, die angaben, entweder „gelegentlich“ oder „regelmäßig“ zu rauchen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2001).

3.3 Stichprobenmerkmale

In die Auswertung wurden alle Fragebogen einbezogen, die einen gültigen YSR auswiesen, Antworten zum Rauchverhalten enthielten und von Schülerinnen und Schülern stammten, die eine Angabe zur Muttersprache gemacht hatten und zwischen elf und 18 Jahren alt waren.

Von den 775 Schülerinnen und Schülern der beiden Hauptschulen wurden in einem ersten Schritt insgesamt 71,7 % ($n = 556$) berücksichtigt. Diese Schüler gaben vollständig ausgefüllte Fragebogen ab. Die Non-Response-Rate betrug 18,8 %, d. h. diese Schüler fehlten am Befragungstag oder die Eltern waren nicht mit der Teilnahme einverstanden. 9,4 % der Schülerinnen und Schüler dieser Schulen gaben unvollständig ausgefüllte Fragebogen ab.

Am Gymnasium, wo 679 Schüler der Sekundarstufe I die Grundgesamtheit bildeten, konnten die Fragebogen von 587 Schülerinnen und Schülern ausgewertet werden (86 %). Die Non-Response-Rate betrug 7,9 %. 5,5 % der Schüler gaben unvollständig ausgefüllte Fragebogen ab.

In den Vergleich der Hauptschüler mit den Gymnasiasten wurden in einem zweiten Schritt nur noch die Schüler und Schülerinnen aus den beiden Hauptschulen einbezogen, die im YSR als Muttersprache Deutsch angegeben hatten ($n = 398$). Für diesen Schritt sprechen zwei methodische Gründe: Am Gymnasium gibt es kaum Schüler oder Schülerinnen nichtdeutscher Muttersprache, während an den beiden Hauptschulen sich 20,4 % nicht der deutschen Muttersprache zurechnen. Zum anderen rauchen die Schüler nichtdeutscher Muttersprache deutlich weniger als ihre deutschen Mitschüler. Aus diesem Grunde beschränkt sich der Vergleich Hauptschüler/Gymnasiasten auf deutsche Schüler und Schülerinnen.

Unter den Hauptschülern gab es 56 % Jungen und 44 % Mädchen. Das Durchschnittsalter lag bei 14,2 Jahren. Am Gymnasium betrug der Anteil der Jungen 41 %, der der Mädchen 59 %. Der Altersdurchschnitt war 13,4 Jahre. Das Merkmal Muttersprache wurde hier nicht erhoben, um die Anonymität der wenigen Schüler nichtdeutscher Muttersprache wahren zu können.

4 Ergebnisse

4.1 Prävalenz des Rauchens nach Einstiegsalter und Altersgruppen: Welchen Einfluss hat das Lebensalter?

Das durchschnittliche *Einstiegsalter* liegt für alle befragten Schüler und Schülerinnen, die angeben, gelegentlich oder regelmäßig zu rauchen, bei zwölf Jahren. Rauchende Hauptschüler beginnen durchschnittlich mit 11,2 Jahren zu rauchen, Gymnasiasten dagegen mit 12,8 Jahren. Auch bestehen deutliche Unterschiede im Hinblick auf die aktuelle Beziehung zum Rauchen.

Rauchende und nicht rauchende Schüler unterscheiden sich deutlich nach Altersgruppen (***) ($p \leq 0,001$) (Tab. 1). Die Raucherquote verdreifacht sich im Alter von 14 und 15 Jahren gegenüber den 11- bis 13-jährigen Schülern, um sich dann im Alter, in dem das gesetzliche Verkaufsverbot in Bezug auf Tabakwaren (seit 2002) bereits aufgehoben ist, noch einmal um das 1,7-fache zu erhöhen.

Tab. 1: Anteile der Raucher nach Altersgruppen und Schultyp sowie Gesamt

Altersgruppen	11–13 Jahre N = 469		14–15 Jahre N = 336		16–18 Jahre N = 180		Gesamt N = 985	
	n	Raucher [%]	n	Raucher [%]	n	Raucher [%]	n	Raucher [%]
Hauptschule N = 398	159	20,1	157	44,6	82	72,0	398	40,4
Gymnasium N = 587	310	7,7	179	32,4	98	55,1	587	23,2
Gesamt N = 985	469	11,9	336	38,1	180	62,7	985	30,1

In allen drei Altersgruppen ist die Raucherquote unter den Hauptschülern deutlich höher als unter den Gymnasiasten. An beiden Schulformen überwiegt jedoch in der Altersgruppe der 16- bis 18-jährigen Schüler der Anteil der Raucher gegenüber den Nichtrauchern: an den Hauptschulen im Verhältnis 72 % zu 28 %, am Gymnasium 55,1 % zu 44,9 %.

4.2 Gibt es noch Unterschiede im Rauchverhalten von Jungen und Mädchen?

Zwischen Jungen und Mädchen besteht kein signifikanter Unterschied in den Rauchgewohnheiten bzw. in der Beziehung zum Rauchen. Dies gilt sowohl, wenn wir alle befragten Jugendlichen unabhängig vom Schultyp betrachten, als auch dann, wenn wir die Geschlechtsunterschiede getrennt nach Schultypen beobachten. An den Hauptschulen rauchen 39,4 % der Jungen und 41,7 % der Mädchen, am Gymnasium sind es 22,2 % der Jungen und 23,8 % der Mädchen. Unter den rauchenden Jugendlichen überwiegen also die Mädchen leicht.

4.3 Welchen Einfluss hat der Schultyp?

Der Schultyp, der die Alltagswelt, vor allem die Sozialkontakte der Jugendlichen innerhalb wie außerhalb der Schule prägt, hat entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung des habituellen Rauchens Jugendlicher. Alle untersuchten Parameter: Einstiegsalter, altersspezifische Raucherquote (Tab. 1), Geschlecht (Tab. 2) zeigen deutlich unterschiedliche Ausprägungen für Hauptschüler und Gymnasiasten ($***p \leq 0,001$).

Wenn wir Jungen und Mädchen nach Schultypen vergleichen, gibt es deutliche Unterschiede; Jungen und Mädchen unterscheiden sich in ihren Beziehungen zum Rauchen jeweils nach ihrer Schulzugehörigkeit (Tab. 2). Unterschiede werden nahezu ausschließlich durch das Schulumilieu bestimmt.

Tab. 2: Raucherstatus nach Geschlecht und Schultyp

Raucherstatus	Jungen Hauptschule		Jungen Gymnasium		Mädchen Hauptschule		Mädchen Gymnasium	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Habe nie geraucht	69	30,9	121	50,6	41	23,4	150	43,1
Habe probiert	43	19,3	52	21,8	38	21,7	91	26,1
Habe wieder aufgehört	23	10,3	13	5,4	23	13,1	24	6,9
Rauche gelegentlich	26	11,7	30	12,6	19	10,9	47	13,5
Rauche regelmäßig	62	27,8	23	9,6	54	30,9	36	10,3
Gesamt	223	100,0	239	100,0	175	100,0	348	100,0

4.4 Verhaltensauffälligkeiten und Rauchen – Auffälligkeitsprofile von „Rauchern“ und „Nichtrauchern“

Der YSR differenziert rauchende und nicht rauchende Schüler auf den Skalen „Dissoziales Verhalten“ ($***p \leq 0,001$) und in der Skala „Aggressives Verhalten“ ($*p \leq 0,05$) – hier schätzen sich die „Raucher“ signifikant als auffälliger ein als die „Nichtraucher“. Auf der Skala „soziale Probleme“ – sie enthält Items, die sich auf die Zugehörigkeit zu Gruppen Gleichaltriger beziehen – sind die „Nichtraucher“ ihrer Einschätzung nach auffälliger als die „Raucher“ ($**p \leq 0,01$).

Analysieren wir die Items, die in den drei Skalen „Dissozialität“, „Aggressivität“ und „Soziale Probleme“ zusammengefasst werden, dann lassen sich „Auffälligkeitsprofile“ „rauchender“ und „nicht rauchender“ Jugendlicher beschreiben. Für die Beschreibung solcher „Auffälligkeitsprofile“ haben wir das folgende Verfahren angewandt. Es bleiben die Items unberücksichtigt, die rauchende und nicht rauchende Jugendliche nicht differenzieren oder bei denen die Auffälligkeit für alle befragten Schüler mehr als 50 % beträgt. Bei letztgenannten Items kann unterstellt

werden, dass die Jugendlichen dieses Verhalten oder Befinden nicht als „auffällig“ einschätzen; hierzu gehört in der Skala „Dissoziales Verhalten“ z. B. das Item „Ich fluche oder gebrauche unanständige Wörter“. Ferner bleiben für die Beschreibung von „Auffälligkeitsprofilen“ die Items unberücksichtigt, bei denen „Raucher“ und „Nichtraucher“ sich um weniger als zehn Prozentpunkte unterscheiden, die Unterschiede wahrscheinlich bereits im Bereich des Zufälligen liegen. Wenden wir dieses Verfahren an, so beschreiben aus den insgesamt elf Items, die im YSR in der Skala „Dissoziales Verhalten“ zusammengefasst werden, die folgenden sechs Items ein „Auffälligkeitsprofil“ der „Raucher“ (Tab. 3).

Tab. 3: Auffälligkeitsprofil Jugendlicher nach Items der Skala „Dissoziales Verhalten“ nach Schultyp und Raucherstatus, Anteile der Angaben „manchmal“ oder „häufig“

Item	Gymnasium	Hauptschule
	Raucher – Nichtraucher [%]	Raucher – Nichtraucher [%]
Ich trinke Alkohol, nehme Drogen und Medikamente, die nicht von einem Arzt verschrieben wurden	***(76,5 – 17,5)	***(50,9 – 7,2)
Ich schwänze die Schule oder einzelne Schulstunden	***(50,0 – 9,8)	***(51,6 – 11,0)
Ich bin mit Kindern oder Jugendlichen zusammen, die in Schwierigkeiten geraten	***(57,4 – 32,4)	***(58,4 – 36,7)
Ich habe anderswo gestohlen	***(33,8 – 11,3)	***(41,6 – 16,9)
Ich habe zu Hause gestohlen	***(27,2 – 7,1)	***(27,2 – 7,2)
Ich zünde gerne oder habe schon Feuer gelegt	** (27,9 – 17,5)	***(37,9 – 13,9)

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$; n. s. = nicht signifikant; Chi-Quadrat-Test

Bemerkenswert ist die Übereinstimmung zwischen Gymnasiasten und Hauptschülern in der Auffälligkeit der Raucher im Verhältnis zu den Nichtrauchern in den meisten Items der Skala.

Nach dem gleichen Verfahren ergibt sich auf der Skala „Aggressives Verhalten“ das folgende Profil für die rauchenden Schüler im Vergleich zu den nicht rauchenden. Zu der Skala „Aggressives Verhalten“ tragen insgesamt 19 Items bei. Aus diesen charakterisieren sieben das Auffälligkeitsprofil der rauchenden Jugendlichen (Tab. 4).

Bemerkenswert an diesem Profil ist die weitgehende Übereinstimmung zwischen Gymnasiasten und Hauptschülern, schultypische Abweichungen erscheinen plausibel.

Die „Nichtraucher“ schätzen sich auf der Skala „Soziale Probleme“ als auffälliger ein als die Raucher. Von den acht Items, die in dieser Skala zusammengefasst werden, charakterisieren fünf das Auffälligkeitsprofil der Nichtraucher (Tab. 5).

In dieser Skala gibt es drei Items, bei denen die Angaben zur Auffälligkeit deutlich nach Schultypen voneinander abweichen, sie beziehen sich auf den Umgang mit anderen bzw. auf das Verhalten anderer zum Befragten.

Tab. 4: Auffälligkeitsprofil Jugendlicher nach Items der Skala „Aggressives Verhalten“ nach Schultyp und Raucherstatus, Anteile der Angaben „manchmal“ oder „häufig“

Item	Gymnasium	Hauptschule
	Raucher – Nichtraucher [%]	Raucher – Nichtraucher [%]
Ich gehorche in der Schule nicht	***(52,2 – 26,4)	***(57,1 – 28,)
Ich habe anderen gedroht, sie zu verletzen	***(35,3 – 10,2)	***(34,2 – 11,0)
Ich bin lauter als andere Jugendliche	***(49,3 – 22,8)	*(41,0 – 29,5)
Ich laufe von zu Hause weg	***(48,5 – 30,4)	n.s.(46,0 – 39,2)
Ich hänsle andere gern	** (47,1 – 32,6)	*** (46,6 – 27,0)
Ich greife andere körperlich an	***(30,1 – 16,0)	***(37,9 – 19,8)
Ich gerate oft in Raufereien	***(30,1 – 16,9)	***(50,3 – 30,4)

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$; n.s. = nicht signifikant; Chi-Quadrat-Test

Tab. 5: Auffälligkeitsprofil Jugendlicher nach Items der Skala „Soziale Probleme“ nach Schultyp und Raucherstatus, Anteile der Angaben „manchmal“ oder „häufig“

Item	Gymnasium	Hauptschule
	p-Wert (Raucher – Nichtraucher) [%]	p-Wert (Raucher – Nichtraucher) [%]
Ich bin lieber mit Jüngeren als mit Jugendlichen meines Alters zusammen	***(9,6 – 29,5)	***(21,1 – 38,0)
Ich verhalte mich zu jung für mein Alter	***(21,3 – 36,8)	*(34,8 – 46,8)
Ich bin zurückhaltend, nehme keinen Kontakt zu anderen auf	** (14,7 – 26,8)	n.s.(26,7 – 29,5)
Ich bin bei anderen Kindern/Jugendlichen nicht beliebt	** (19,9 – 31,9)	** (21,1 – 32,9)
Ich komme mit anderen Kindern oder Jugendlichen nicht zurecht	*(18,4 – 28,6)	n.s.(28,0 – 28,7)
Ich werde oft gehänselt	n.s.(23,5 – 27,7)	*(24,8 – 36,3)

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$; n.s. = nicht signifikant; Chi-Quadrat-Test

5 Diskussion

Die Befragung wurde während der Schulzeit in den Klassenzimmern durchgeführt. Unterschiedliche Befragungsmethoden haben in der Jugendforschung bei „heiklen Themen“ offenbar einen Einfluss (Oberwittler u. Naplava 2002). Für den Vergleich zwischen rauchenden und nicht rauchenden Jugendlichen nach Schultyp, also nach einem auch sozialräumlich gebundenen Kontext, spielen die methodischen Unterschiede in der Vorgehensweise der Befragung allerdings keine Rolle.

Die Tatsache, dass die Raucherquote unter den Jugendlichen mit dem Lebensalter zunimmt, entspricht den Erwartungen aufgrund der hierzu vorliegenden Veröffentlichungen, ebenso die Angleichung der Rauchgewohnheiten von Jungen und Mädchen (Junge 2001). Dennoch ist auch in unserer Studie eine Tendenz dahingehend festzustellen, dass mehr weibliche Jugendliche rauchen als männliche, ein international beobachtbarer Trend (Gabhainn u. Francois 2000).

Für die Unterschiede im Rauchverhalten von Gymnasiasten und Hauptschülern können verschiedene Interpretationen herangezogen werden. Der zunächst naheliegende Gedanke, dass es sich dabei um spezifische, nur für die untersuchten Schulen geltende Bedingungen handelt, führt aus zwei Gründen nicht zu einer Erklärung. Obwohl die beiden untersuchten Hauptschulen im Stadtgebiet weit voneinander entfernt liegen und sich überdies im Anteil von Kindern mit nichtdeutscher Muttersprache sehr stark unterscheiden, liegen dennoch die Raucherquoten der deutschen Hauptschüler gleich hoch und weichen in gleichem Maße von denen der Gymnasiasten ab.

Beide Hauptschulen unterscheiden sich als Schultyp vom Gymnasium in den Merkmalen, die für den Eintritt ins Erwerbsleben und die damit verbundenen Sozialchancen wesentlich sind. Die Schulzeit endet mit der Sekundarstufe I; im letzten Schuljahr werden die Schüler über Berufspraktika und arbeitsmarktnahe Unterrichtsveranstaltungen auf die Arbeitswelt vorbereitet. Der Status als Schüler endet für die überwiegende Mehrzahl mit 16 Jahren; im günstigsten Falle treten sie in ein Lehrverhältnis als Auszubildende ein, nicht wenige werden mit dem Schulabschluss arbeitslos; nur wenige besuchen bei entsprechenden Leistungen eine weiterführende Schule. Für die Gymnasiasten dagegen setzt sich fast ausnahmslos nach Abschluss der Sekundarstufe I die Schulzeit fort.

Für die Unterschiede im Rauchverhalten zwischen Hauptschülern und Gymnasiasten bieten sich drei Erklärungsansätze an. Hauptschüler und Gymnasiasten unterscheiden sich in der Zugehörigkeit zu sozialen Schichten. Hauptschülern stehen aufgrund ihres Schulabschlusses und den damit gegebenen Arbeitsmarktchancen Berufspositionen in den gesellschaftlichen Grundschichten offen. Gymnasiasten streben mit der Weiterführung ihrer Schulausbildung Positionen in den mittleren Schichten an. Die für die Erwachsenen beobachtete Schichtspezifität im Rauchverhalten (Deutsches Krebsforschungsinstitut 2002) tritt bereits in dem besuchten schichtspezifischen Schultyp auf.

Es spricht vieles dafür, dass die Schichtdifferenz zwischen Hauptschülern und Gymnasiasten bereits zwischen den Herkunftsfamilien der Schüler besteht. Aktuelle Untersuchungen zur Schichtspezifität des Rauchens kommen zu dem Ergebnis, dass das Rauchverhalten sich in der Gesellschaft nach sozialen Schichten „polarisiert“ (Deutsches Krebsforschungsinstitut 2002) und dass die geringere Lebenserwartung der Grundschichten in einem nicht unerheblichen Ausmaß durch den höheren Verbrauch an Zigaretten bedingt ist (Helmert et al. 2001). Die höheren Raucherquoten der Hauptschüler wären demnach durch die Rauchgewohnheiten in ihren Herkunftsfamilien bedingt. In der vorliegenden Untersuchung konnten wir keine Informationen über Beruf und Ausbildung der Eltern als Indikatoren der Sozialschichtzugehörigkeit oder über deren Rauchgewohnheiten erheben.

Hauptschüler und Gymnasiasten unterscheiden sich in ihrer Vorbereitung auf den von ihnen mit der Schulbildung angestrebten Status im Erwerbsleben nach dem „deferred gratification pattern“ (Schneider u. Lysgaard 1953). Hauptschüler erreichen eine berufliche oder Erwerbsposition bereits im Alter von 16 bis 19 Jahren; Gymnasiasten „verzichten“ (im Sozialkontext ihrer schulischen Sozialisation) in diesem Alter auf eine Selbstständigkeit und finanzielle Unabhängigkeit als Erwerbstätiger, sie „verlängern“ ihre Lern- und Vorbereitungsphase im Interesse von späteren Berufspositionen, die hinsichtlich Einkommen und Sozialprestige aussichtsreicher sind. Sie schieben die Befriedigung der beruflichen Selbstständigkeit, das „Erwachsenensein“ als Erwerbstätiger um den Preis einer längeren Lernphase im Status des Schülers bzw. des Studierenden auf. Sie verhalten sich – unterstützt durch das in ihrer schulischen Sozialisation geltende Verhaltensmuster – nach dem „deferred gratification pattern“. Diese Orientierung des Verhaltens beschreibt eine generelle, bis in den Lebensalltag hinein reichende Arbeitshaltung, die die negativen Erfahrungen von Abhängigkeit und Unselbstständigkeit in der Situation einer „aufgeschobenen“ beruflichen Eigenverantwortung auf sich nimmt, um sich damit zukünftig günstigere und befriedigendere Chancen im Leben zu sichern. In seinen normativen Erwartungen ähnelt diese Arbeitshaltung dem Verhaltensmuster, das in dem hier interessierenden gesundheitlichen Verhaltensbereich mit dem Verzicht auf oder der bewussten Kontrolle des Zigarettenkonsums im Interesse einer Vermeidung von Gesundheitsrisiken erwartet wird. Ein Verzicht auf den Zigarettenkonsum führt erst im Verlauf von Jahrzehnten zu gesundheitlichen Vorteilen. Sofern es überhaupt derzeit eine theoretische Erklärung für den statistischen Zusammenhang von Bildungsstatus (Typ der schulischen Sozialisation), Gesundheitsverhalten und Lebenserwartung gibt, dann ist sie in der Entsprechung von schulischer Sozialisation und beruflichen Erwartungen einerseits und Gesundheitsverhalten und Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte andererseits zu suchen. Die berufliche Sozialisation erwartet ein Verhaltensmuster des „deferred gratification pattern“ und stützt dabei als ein generelles hintergründiges Verhaltensmuster die Vermeidung von Gesundheitsrisiken. Gesundheitsverhalten beruht auf einer zur Berufs- und Arbeitshaltung äquivalenten Verhaltensorientierung (Bahrdt 1991).

Mit der expliziten Bezugnahme auf das „deferred gratification pattern“ kommen wir einer berechtigten Kritik an der sozialespidemiologischen Theoriebildung nach, die den Zusammenhang zwischen sozialstrukturell bedingter Ungleichheit (hier schichtspezifische schulische Sozialisation) und individueller Verhaltensorientierung (hier Selbsteinschätzung von Befinden und Verhalten nach dem YSR und Gesundheitsverhalten) nicht schlüssig zu begründen vermag (Steinkamp 1993). Der Sozialkontext Schultyp vereint Schüler unterschiedlicher Soziallage in einem Sozialisationsprozess, der an seinem Ende den Zugang zu unterschiedlichen Wegen der Berufsvorbereitung eröffnet. Der schulische Sozialisationsprozess vermittelt – aufgrund seiner ordnungspolitischen Funktion – Berufs- und Sozialchancen, die in der Gesellschaft ungleich in Bezug auf Einkommen, Sozialprestige und Aufstiegschancen bewertet werden. In dem nach Schultypen sich unterscheidenden Sozialisationsprozess werden spezifische Verhaltensmuster für das individuelle Verhalten orientierend, die, als „Arbeitshaltung“ und Zukunftsorientierung generalisiert, in

spezifische Verhaltenssegmente wie Gesundheitsverhalten übernommen werden können. Im „deferred gratification pattern“ zeigt sich der von der sozialepidemiologischen Theorie (Steinkamp 1993) postulierte Zusammenhang zwischen gesellschaftlicher Ungleichheit und individueller Verhaltensorientierung.

Bemerkenswert an den Vergleichen zwischen rauchenden und nicht rauchenden Jugendlichen ist die weitgehende Ähnlichkeit der „Auffälligkeitsprofile“ von deutschen Hauptschülern und Gymnasiasten. Die Auffälligkeitsprofile stellen auf der Analyseebene der Items die Unterschiede in der Selbsteinschätzung des Sozialverhaltens zwischen rauchenden und nicht rauchenden Jugendlichen nach dem YSR dar. Neben der in der Literatur wiederholt erwähnten Beziehung zwischen Zigarettenkonsum einerseits und Alkohol-, Drogen- und Medikamentenkonsum (Gabhainn u. Francois 2000) andererseits, gibt es eine Reihe von weiteren Auffälligkeiten im Sozialverhalten, die Raucher und Nichtraucher von „unauffälligen“ Jugendlichen unterscheiden. Für rauchende Jugendliche besteht zum einen eine Beziehung zu sozial abweichendem Verhalten innerhalb der Schule wie Unterrichtschwänzen, aber auch außerhalb der Schule wie Bekanntschaft mit Kindern/Jugendlichen, die in Schwierigkeiten geraten, bis hin zu „stehlen“ oder „zündeln und Feuer legen“. Zum anderen neigen rauchende Jugendliche zu aggressivem Verhalten wie Opposition („Ungehorsam“) in der Schule und Gewaltbereitschaft gegenüber anderen.

Aber auch nicht rauchende Jugendliche schätzen sich im Vergleich zu rauchenden als auffällig im Verkehr mit Gleichaltrigen ein; sie bemühen sich vorzugsweise um Kontakte zu Jüngeren; sie fühlen sich von ihren Bezugsgruppen abgewiesen und offen diskriminiert.

Die Auffälligkeitsprofile rauchender und nicht rauchender Jugendlicher stützen die Annahme, dass habituelles Rauchen in starkem Umfang von der Zugehörigkeit zu Gruppen Gleichaltriger bestimmt wird. Bei der Beurteilung der Auffälligkeitsprofile ist allerdings stets zu bedenken, dass es sich um Selbsteinschätzungen Jugendlicher handelt und dass die „Auffälligkeiten“ immer nur einen mehr oder minder großen Prozentsatz der als „Raucher“ oder „Nichtraucher“ definierten Jugendlichen betreffen. Die Beziehung der „Raucher“ zu „dissozialem“ und „aggressivem“ Verhalten nach dem YSR gibt keinen Hinweis auf eine direkte kausale Beziehung, sondern wird wahrscheinlich über die Gruppenzugehörigkeit bzw. deren Wahl vermittelt.

Die Ergebnisse sind für die Raucherprävention in Schulen ermutigend und entmutigend zugleich. Eine ermutigende Herausforderung für die Rauchprävention in der Sekundarstufe I ist die Tatsache, dass in dieser Sozialisationsphase für die überwiegende Mehrheit der Raucher der Einstieg erfolgt, also in den Schulen eine optimale Chance besteht, einem Abhängigwerden entgegenzuwirken. Skepsis ist hinsichtlich der Frage angezeigt, ob damit einem späteren Einstieg in das Zigarettenrauchen deutlich entgegengewirkt wird (Bruvold 1993; Rooney u. Murray 1996), da bisher kein Anhaltspunkt dafür besteht, dass Erwachsene den „geheimen Verführern“ in der Konsumgesellschaft größeren Widerstand entgegensetzen als Kinder und Jugendliche.

Die Forderung, dass die Gesundheitsförderung bevorzugt sich den besonders belasteten Gruppen unter den Schülern zuwenden sollte, auch um ihre Effizienz zu er-

höhen, wird durch die höhere Belastung der Hauptschüler als einer wichtigen Zielgruppe überzeugend unterstrichen.

Skeptisch stimmt jedoch die Tatsache, dass Rauchen als ein habituelles Konsummuster mit einem hohen Abhängigkeitspotenzial in starkem Umfang durch die Zugehörigkeit der Jugendlichen zu Bezugsgruppen bedingt ist, die von den in den Schulen vertretenen Normen und Werten abweichen. Auf diese Bezugsgruppen können die Schulen wegen ihrer Orientierung an Leistungswerten und sozial konformem Verhalten wahrscheinlich nur geringen Einfluss nehmen. In jedem Falle aber könnte aus dieser Situation für die schulische Gesundheitsförderung die Forderung abgeleitet werden, Raucherprävention nicht isoliert zu betreiben, sondern in den Rahmen der pädagogischen Bemühungen zu stellen, die darauf gerichtet sind, Schüler umfassend und integrativ zu fördern, um auf diese Weise ein Gegengewicht gegen Selektion nach schulischen Leistungen und eine damit verbundene Ausgrenzung zu bilden, bei der das Rauchen eine symbolische Identitätsstiftung für opponierende Gruppen übernimmt. Auf diesem Wege könnte möglicherweise das im Rauchen latent enthaltene „Protestpotential“ verringert werden (Turbin et al. 2000).

Die Ergebnisse der Untersuchung unterstützen die Forderung, dass Raucherprävention für Jugendliche nur als eine professionell, umfassend und intensiv betriebene Aufgabe zum Erfolg führen kann und schulische Präventionsmaßnahmen dabei ein wichtiger Baustein sind (Deutsches Krebsforschungszentrum 2002). Hiervon sind wir in Deutschland im Vergleich zu den angloamerikanischen Ländern allerdings noch weit entfernt (Neue Zürcher Zeitung 2003).

Literatur

- Achenbach, T.M. (1991): Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile. Burlington, V.T: University of Vermont. Department of Psychiatry.
- Bahrtdt, H.P. (1991): Der Diabetiker – ein mündiger Patient? In: Nippert, R.P.; Pöhler, W.; Slesina, W. (Hg.): Kritik und Engagement. Soziologie als Anwendungswissenschaft. München: R. Oldenbourg, S. 475–487.
- Bruvold, W.H. (1993): A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *American Journal of Public Health* 83: 872–880.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik 2001. Endbericht. Köln.
- Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg (2002): Gesundheit fördern – Tabakkonsum verringern: Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle Sonderband. Heidelberg.
- Döpfner, M.; Plück, J.; Berner, W.; Englert, E.; Fegert, J.M.; Lenz, K.; Lehmkuhl, G.; Lehmkuhl, U.; Poustka, F. (1998): Psychische Auffälligkeiten und Psychosoziale Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen in neuen und alten Bundesländern. Ergebnisse einer bundesweit repräsentativen Studie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 27: 9–19.
- Gabhainn, S.N.; Francois, Y. (2000): Substance use. In: Currie, C.; Hurrelmann, K. et al. (Hg.): HBSC-Studie. Healthy Policy for children and adolescents (HEPCA) Series No.1 Health and Health Behavior among young people. Copenhagen: WHO, S. 97–114.
- Helmert, U.; Merzenich, H.; Bammann, K. (2001): Der Zusammenhang zwischen Bildungsstatus, chronischen Krankheiten und kardiovaskulären Risikofaktoren bei jungen Erwachsenen im Alter von 18–29 Jahren: Ergebnisse des Bundesgesundheitsurvey 1998. *Sozial- und Präventivmedizin* 46: 320–328.

- Janson, H. (1999): Longitudinal patterns of tobacco smoking from childhood to middle age. *Addictive Behaviors* 24: 239–249.
- Junge, B. (2001): Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.): *Jahrbuch Sucht*. Geesthacht: Neuland, S. 31–62.
- Junge, B.; Nagel, M. (1999): Das Rauchverhalten in Deutschland. *Gesundheitswesen* 61 Sonderheft 2: 5121–5125.
- Merton, R.K. (1957): The student-physician. *Introductory studies in the sociology of medical education*. In: Merton, R.K.; Reader, G.D.; Kendall, P.L. (Hg.): *The student-physician. Introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge, MA: Harvard University Press, Appendix A, S. 283.
- Münchmeier, R. (2001): Aufwachsen unter veränderten Bedingungen – Zum Strukturwandel von Kindheit und Jugend. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 50: 119–134.
- Neue Zürcher Zeitung (2003): Entschärfte Tabakkonvention. Kein allgemeines Werbeverbot mehr vorgesehen. 16.01.2003, S. 48.
- Oberwittler, D.; Naplava, Th. (2002): Auswirkungen der Erhebungsverfahren bei Jugendbefragungen zu „heiklen“ Themen – Schulbasierte schriftliche Befragung und haushaltsbasierte mündliche Befragung im Vergleich. *ZUMA Nachrichten* 51 (26): 29–77.
- Rooney, B.L.; Murray, D. (1996): A meta-analysis of smoking prevention programs after adjustment for errors in the unit of analysis. In: *Health Education Quarterly* 23: 48–64.
- Schneider, L.; Lysgaard, S. (1953): The deferred gratification pattern: A preliminary study. *American Sociological Review* 18: 142–149.
- Silbereisen, R.K. (1999): Differenzierungen und Perspektiven für Prävention aus entwicklungspsychologischer Sicht. In: Kolip, P. (Hg.): *Programme gegen Sucht. Internationale Ansätze zur Suchtprävention im Jugendalter*. Weinheim: Juventa, S. 70–85.
- Steinkamp, G. (1993): Soziale Ungleichheit, Erkrankungsrisiko und Lebenserwartung. Kritik der sozial-epidemiologischen Ungleichheitsforschung. *Sozial- und Präventivmedizin* 38: 111–122.
- Turbin, M.S.; Jessor, R.; Costa, F.M. (2000): Adolescent cigarette smoking: Health-related behavior or normative transgression? *Prevention Science* 1: 115–124.
- www.bzga.de (2003): „rauchfrei“. Jugendkampagne zum Nichtrauchen. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln.
- www.justbesmokefree.de (2003): Beratungsprogramm zum Nichtrauchen für Jugendliche. Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung. Kiel: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte.

Korrespondenzadresse: Ulrike Prüß, M.A., Forschungsgruppe Primärmedizinische Versorgung, Herderstraße 52–54, 50931 Köln; E-Mail: ulrike.pruess@medizin.uni-koeln.de