

Aus dem Institut für Medizinische Psychologie und Soziologie
(Direktor: Prof. Dr. W.D. Gerber)
im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel
an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

**LONGITUDINALE UNTERSUCHUNG ZU DEN
AUSWIRKUNGEN ELTERLICHER RESTRIKTIONEN DES
FILMKONSUMS AUF DIE INITIIERUNG DES TRINKENS IM
JUGENDALTER**

Inauguraldissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von
JANTJE GERLACH
aus Leer

Kiel 2011

1. Berichterstatter: PD Dr. Hanewinkel, Institut für Medizinische
Psychologie und Soziologie

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Stephani, Klinik für Neuropädiatrie

Tag der
mündlichen Prüfung: 07.07.2011

zum Druck genehmigt,
Kiel, den 07.07.2011

gez. Prof. Dr. Gerber, Institut für Medizinische
Psychologie und Soziologie

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
1.1. Historie des Alkoholkonsums	1
1.2. Problem des Missbrauchs und der Abhängigkeit - Kosten, Beitrag zur Morbidität und Mortalität.....	6
1.3. Epidemiologie des Alkoholkonsums in Deutschland.....	8
1.4. Alkoholkonsum im Jugendalter	9
1.5. Gründe für den Beginn des Alkoholkonsums	11
1.6. Ableitung der Fragestellung	14
2. Material und Methoden	16
2.1. Auswahl der Teilnehmer	16
2.2. Datenerhebung	19
2.3. FSK.....	19
2.4. Erhebung von Risikofaktoren der Initiierung des Alkoholkonsums im Jugendalter	20
2.4.1. Filmrestriktionen	20
2.4.2. Demographische Variablen	21
2.4.3. Variablen zu den sozialen Einflüssen.....	21
2.4.4. Charakteristika der Jugendlichen	22
2.5. Erfassung der Initiierung des Alkoholkonsums im Jugendalter.....	23
2.6. Statistische Analyse.....	23
3. Ergebnisse.....	24
3.1. Beschreibung der Stichprobe	24
3.2. Assoziation zwischen der FSK-Restriktion und den Covariaten	25
3.3. Relation zwischen der elterlichen FSK-Restriktion und der Initiierung des Alkohol Trinkens bzw. des Binge Drinkings	28
3.4. Relation zwischen den Covariaten und der Initiierung des Alkohol Trinkens und des Binge Drinkings	31
4. Diskussion	33
4.1. Zusammenfassung der grundsätzlichen Ergebnisse.....	33
4.2. Stärken und Schwächen der Studie	34
4.3. Vergleich mit anderen Studien	37

II

4.4. Bedeutung der Studie – mögliche Konsequenzen.....	39
4.5. Unbeantwortete Fragen und mögliche zukünftige Forschung	42
5. Zusammenfassung	43
5.1. Fragestellung	43
5.2. Methoden.....	44
5.3. Ergebnisse	44
5.4. Schlussfolgerungen	45
6. Literaturverzeichnis.....	46
7. Anhang	51
8. Danksagung.....	65
9. Lebenslauf	66

1. Einleitung

1.1. Historie des Alkoholkonsums

Die Geschichte des Alkohols reicht weit zurück. Seit Menschengedenken wird Alkohol in vielen Kulturen genossen. Die Anfänge des Konsums von Alkohol können bis ins Jahr 8000 v. Chr. zurückverfolgt werden. Damals begannen Ackerbaukulturen aus dem vorderen Orient aus angebautem Getreide Bier zu brauen. Die Herstellung von Wein begann etwa um 4000 v. Chr., als die Ägypter erstmals systematisch ein Getränk erzeugten, welches dem heute bekannten Wein sehr ähnlich war (Hengartner und Merki, 1999).

Mit der Niederlassung von zahlreichen Kulturkreisen gab es auch erste getreideanbauende Kulturen. So wurde im 4. Jahrtausend v. Chr. in Ostasien begonnen Hirse- und Reisbier herzustellen. In Amerika setzte die Erzeugung von Maisbier im 3. Jahrtausend v. Chr. ein, und ab dem 2. Jahrtausend v. Chr. wurde auch in Afrika ein Hirsebier gebraut. In diesen Kulturen erlangte das Bier schnell einen hohen Stellenwert als Nahrungsmittel und verlor zunehmend seine frühere Besonderheit als Rauschtrank. Eine richtige Bierproduktion im größeren Stil setzte erst mit den Priesterkönigtümern im Bereich des Nils und des Euphrats ein. Die ersten staatlich kontrollierten Bierbrauereien gab es in Ägypten, wo zahlreiche verschiedene Biersorten erzeugt wurden. Damals galt in diesen Kulturkreisen der Rausch als kulturelle Pflicht an Festtagen, an denen sich Pharaonen, Priester und Hofbeamte teils bis zur Bewusstlosigkeit betranken (Hengartner und Merki, 1999).

Andere Kulturen, vor allem die Römer und die Griechen waren eher vom Wein geprägt. Im 2. Jahrtausend v. Chr. war Wein in Kreta ein beliebtes Getränk, wobei er ebenfalls wie das Bier eine große Bedeutung als Nahrungsmittel hatte. Obwohl der ausgeprägte Alkoholkonsum kritisch beäugt wurde, gab es regelrechte Trinkgelage, bei denen ein Rausch, der im Erbrechen endete, nicht als Peinlichkeit galt. Neben der Funktion als Nahrungsmittel wurde dem Wein von den Griechen eine erkenntnisfördernde Wirkung zugesprochen. So herrschte unter den Griechen die Vorstellung, die Kontaktaufnahme zwischen „normaler“ und „heiliger“ Welt werde durch den Alkoholrausch ermöglicht.

Etwa im 8. und 7. Jahrhundert v. Chr., in der homerischen Zeit, kam der Wein nach Italien und somit zum römischen Kulturkreis (Hengartner und Merki, 1999). Dort fand ein Wandel

der Trinkkultur statt, in dem der Rausch nur noch als profanes Vergnügen betrachtet wurde. 186 v. Chr. wurden die „Saufgelage“ der Griechen vom römischen Senat unter Strafe gestellt. Erst in der Kaiserzeit erlebten diese Trinkgelage ein Wiederaufleben. Nichtsdestotrotz war die Bedeutung des Weins als Agrarprodukt und Nahrungsmittel im Römischen Reich zu jeder Zeit wichtig.

Bei den Germanen spielte der Bierkonsum eine besonders große Rolle in kultureller und sozialer Hinsicht. Wichtige Beschlüsse wurden nur in berauschem Zustand bestimmt, wobei jeder Abstimmende die gleiche Menge Alkohol trinken musste.

Im Mittelalter wurde im Rahmen der Christianisierung der Trinkzwang aufgehoben. Dabei nahm die Bedeutung des Alkohols als Nahrungsmittel wieder zu. So förderte beispielsweise Karl der Große, trotz eigener Abstinenz, die Bier- und Weinproduktion. Da das Wasser damals aus gesundheitlichen Gründen nicht als durststillendes Mittel für die Bevölkerung geeignet war, gab es einen hohen Konsum alkoholischer Getränke. Bier wurde vornehmlich von den unteren Schichten konsumiert, während Wein eher dem gehobenen Bürgertum zuzuordnen war. Aufgrund des hohen Preises des Weins hatte das Bier als Nahrungsmittel eine deutlich größere Bedeutung. Selbst Kinder tranken schon „schwache“ oder verdünnte Biere, während den 14-Jährigen bereits der Konsum von Starkbier empfohlen wurde. Zwischen den Geschlechtern gab es hinsichtlich des Konsums keinen Unterschied, jedoch fanden Trinkgelage immer geschlechtergetrennt statt (Hengartner und Merki, 1999).

In der Neuzeit erlebte der Alkoholkonsum zunächst einen Rückgang. Dies ist vorwiegend auf das Aufkommen von alkoholfreien Heißgetränken zurückzuführen. So machten gekochter Tee und Kaffee das Wasser ohne gesundheitliche Folgen trinkbar. Der Wein entwickelte sich in dieser Zeit weiter zum Luxusgut (nicht zuletzt wegen der guten Lagerfähigkeit in Glasflaschen mit Korken), während das Bier zunehmend an Bedeutung verlor.

Im 11. Jahrhundert gelang es erstmalig Wein zu destillieren und somit einen sehr hochprozentigen Alkohol herzustellen. Ab diesem Zeitpunkt wurde Alkohol auch in der Medizin zunehmend als allgemeines Nahrungs- und Stärkungsmittel oder als Heilmittel eingesetzt (Schott, 2001). So wurde er zum Beispiel als „Aqua vitae“ als Mittel gegen Pest eingesetzt und auch in der Klostermedizin wurde Alkohol für den Auszug von Kräuterwirkstoffen zur Erstellung von Essenzen gebraucht (Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und –Importeure e.V., 2009). Da die Ärzte die heilende und gesundheitsprotektive Wirkung der

Branntweine lobten, wurden diese anfangs vorwiegend in Apotheken verkauft. Der Branntwein blieb aufgrund des hohen Preises zunächst überwiegend den wohlhabenden Bürgerschichten vorbehalten (Hengartner und Merki, 1999).

Eine Ausnahme davon stellt die sogenannte „Gin-Epidemie“ in England dar. Im beginnenden 18. Jahrhundert (1720-1750) wurde in England die Biersteuer erhöht, wodurch den unteren Schichten die Möglichkeit des Alkoholkonsums aus finanzieller Sicht erschwert wurde. Es bedurfte also eines Bierersatzes für die unteren Schichten, die nun zunehmend zu dem billigen Gin griffen. So wurde der Pro-Kopf-Konsum von Gin bis zum Jahr 1750 verzehnfacht. Die hohe Alkoholkonzentration im Gin führte zu weitaus exzessiveren Rauscherlebnissen, als die Leute es von Bier und Wein gewohnt waren, sodass gesundheitliche Probleme in den unteren Schichten stark zunahmen. 1751 wurde der Gin-Verbrauch durch eine Erhebung von Steuern eingedämmt, jedoch blieb eine Vielzahl alkoholtoxisch geschädigter Menschen zurück (Hengartner und Merki, 1999).

Im 19. und 20. Jahrhundert bewirkte die kapitalistische Entwicklung in Europa in Bezug auf den Alkoholkonsum zwei entscheidende Veränderungen. Zum einen war es durch die industrielle Herstellung möglich, höhere Produktionsmengen zu fördern, zum anderen formierte sich eine Arbeiterbewegung, die sich zunehmend in Kneipen und Gaststätten traf. So bildete sich eine „proletarische Trinkkultur“ aus, die zu einer Verlagerung des Alkoholkonsums in die Freizeit führte und durch die der Alkohol seine Bedeutung als Genussmittel erlangte (Hengartner und Merki, 1999). Außerdem führte die industrielle Revolution zu einer Verelendung breiter Bevölkerungsschichten, wodurch eine ausgeprägte Alkoholproblematik entstand (Schott, 2001).

Wie im Deutschen Reich waren diese Prozesse in ähnlicher Weise auch in anderen Ländern Europas zu beobachten, wobei es leichte Unterschiede im Konsumverhalten gab. So war der Bierkonsum im Weinland Italien nur äußerst gering, dafür blieb Wein nach wie vor das Alltagsgetränk. Dies mag nicht zuletzt daran liegen, dass es in den Anbaugebieten des Weins auch den Unterschichten möglich war, Wein zu erwerben und sich dieser in Italien nicht zum Luxusgut wandelte. Erst nach dem Zweiten Weltkrieg erlebte der Wein –nun als reines Genussmittel- eine Verbreitung über die Anbaugebiete hinaus.

Ende des 19. / Anfang des 20. Jahrhunderts ist der Beginn der „alkoholischen Moderne“ durch den stark gestiegenen Branntweinkonsum der unteren Schichten besonders in den nörd-

lichen Trinkkulturen gekennzeichnet. Während die Oberschicht bevorzugt hochqualitativen Branntwein konsumierte, konnte sich das Proletariat lediglich schlechten „Fusel“ leisten, der oftmals aus eigener Herstellung stammte. Da die alten Trinkgewohnheiten von Bier und Wein einfach auf hochprozentige Getränke übertragen wurden, zeigten sich schnell ausgeprägte soziale und gesundheitliche Schäden in ganzen Bevölkerungsschichten. Gerade in den unteren Schichten, die zusätzlich durch einen schlechten Ernährungszustand gekennzeichnet waren, traten die alkoholtoxischen Schädigungen stark in den Vordergrund.

Zu dieser Zeit entstand erstmals die Auffassung, dass schwerer Alkoholkonsum als Krankheit, die sogenannte „Trunksucht“, angesehen wurde (Hengartner und Merki, 1999). Ab diesem Zeitpunkt begann sich auch die Medizin mit dem Thema „Alkoholismus“ zu beschäftigen. Ärzte setzten sich nun zunehmend mit der „Trunksucht“ auseinander und entwickelten erste Therapieversuche (Schott, 2001).

In den USA und in einzelnen Landstrichen Europas bildeten sich erste Mäßigkeits- bzw. Abstinenzbewegungen. Diese bewirkten durch Einzug von Schanklizenzen und Drosselung der Fördermengen eine Erschwerung des Branntweinkonsums. Dadurch wurde ein deutlicher Rückgang des Alkoholkonsums in Europa bewirkt. In den USA wurde 1917 eine Änderung der Verfassung vorgenommen, die nun ein totales Verbot von Alkohol aussprach.

Mit dieser Prohibition wurde der Alkoholkonsum zwar um etwa die Hälfte gesenkt, jedoch blieb der heilsame politische Effekt aus. Stattdessen entstand eine ausgeprägte Kriminalität, was die Alkoholproduktion und die Beschaffung von Alkohol anging. Die Preise für Alkohol erreichten auf dem Schwarzmarkt horrenden Preise, sodass sich Finanzschwache nur billige alkoholische Getränke leisten konnten, die häufig unrein waren und schwere gesundheitsschädigende Folgen nach sich zogen. Für die 20er Jahre wurden 35.000 Tote aufgrund von akuten Alkoholvergiftungen verzeichnet (Renggli und Tanner, 1994). 1933 wurde das Alkoholverbot in den USA wieder aufgehoben, da die Prohibition keinen wirklichen Erfolg zeigte (Hengartner und Merki, 1999).

In einzelnen Ländern entwickelte sich ein rassenhygienischer Gedanke des Alkoholkonsums, der unter anderem durch die stark alkoholembryopathisch gezeichneten Kinder aus „Trinkerfamilien“ gestützt wurde (Schott, 2001). Starke Trinker wurden als erbminderwertig angesehen und im Zuge dessen zwangssterilisiert. Diese Maßnahmen wurden besonders in Skandinavien durchgeführt, jedoch fanden in Deutschland nach der Machtergreifung Hitlers

1933 ebenfalls Zwangssterilisierungen von Alkoholikern statt. Später wurden Alkoholranke sogar in Konzentrationslagern interniert.

Nach dem Zweiten Weltkrieg stieg der Konsum von Alkohol bis in die 80er Jahre wieder an und hält sich seitdem auf einem hohen Niveau. Lediglich eine leichte Tendenz zur Abnahme des Alkoholkonsums ist seit Beginn des 21. Jahrhunderts zu beobachten (Hengartner und Merki, 1999).

In der Medizin spielt Alkohol auch heute noch eine große Rolle. Neben dem Gebrauch von Alkohol als Desinfektionsmittel und /oder als Mittel zur Kühlung und Konservierung, gewinnt der übermäßige Genuss von Alkohol immer mehr an Bedeutung. Seit der Alkoholismus nach einem Entschluss des Bundessozialgerichts 1968 als „Suchtkrankheit“ anerkannt wird, ist die Leitidee einer medizinischen und sozialen Rehabilitation in einem interdisziplinären Ansatz praktisch umsetzbar (Schott, 2001).

Dieser geschichtliche Abriss macht deutlich, dass die Herstellung und der Konsum von Alkohol seit vielen Jahrhunderten Bestandteil der menschlichen Kultur ist. Außerdem zeigt er, dass Alkohol und die Folgen seines vermehrten Konsums nicht erst in der heutigen Zeit für Probleme sorgen. Obwohl Alkohol vor langer Zeit vor allem eine Bedeutung als Nahrungsmittel hatte, so wurde auch seine rauschfördernde Wirkung genutzt und ebenso die gesundheitsschädigenden Folgen wurden schon vor Jahrhunderten deutlich. Interessant sind auch die Trinkgewohnheiten unserer Vorfahren, wie z.B. die regelrechten Saufgelage, bei denen sich bis zur Besinnungslosigkeit betrunken wurde. Damals waren es zwar vorwiegend Erwachsene, die sich zu solchen Gelagen trafen, jedoch ist eine Parallele zum heutigen Binge Drinking oder dem Rauschtrinken der Jugendlichen nicht von der Hand zu weisen.

So wie die Politik heutzutage versucht, das Problem „Alkohol und seine Folgen“ in den Griff zu bekommen, so gab es auch früher schon zu verschiedenen Zeitabschnitten immer wieder Maßnahmen und Gesetze, die den Konsum von Alkohol betrafen und ihn einzuschränken versuchten.

1.2. Problem des Missbrauchs und der Abhängigkeit - Kosten, Beitrag zur Morbidität und Mortalität

Weltweit wird die Zahl derer, die alkoholische Getränke konsumieren, auf etwa 2 Milliarden geschätzt, die Zahl der diagnostizierbaren Alkoholkrankheiten auf 76,3 Millionen. Gerade in den westlichen Kulturkreisen ist das Trinken von Alkohol verbreitet. Die gesundheitlichen, sozialen und auch ökonomischen Folgen des häufigen und regelmäßigen Alkoholkonsums sind weitreichend und können sehr folgenschwer sein (WHO, 2004).

Laut der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. wird die Belastung der Volkswirtschaft in der BRD durch alkoholbedingte Schäden auf ca. 24 Milliarden Euro geschätzt. Im Jahr 2002 war dies ein Anteil von 1,16% des Bruttoinlandprodukts (Hanke und John, 2003). Dabei entstehen ungefähr 60% der Gesamtkosten durch indirekte Kosten (Bergmann und Horch, 2002), wie z.B. Mortalität, Arbeitsunfähigkeit, Frühberentungen und Arbeits-/Wegeunfälle (Küfner und Kraus, 2002). Im internationalen Vergleich zeigen sich starke Schwankungen hinsichtlich dieser Verteilung der Kosten (Rehm et al., 2009), was unter anderem daran liegen mag, dass die unterschiedlichen Länder sehr verschiedene soziale Sicherheitssysteme für die Bevölkerung bieten. In Deutschland machen also die indirekten Kosten den größeren Teil der Gesamtkosten aus, während die direkten Kosten etwa 40% der Gesamtkosten von ca. 24 Milliarden Euro ausmachen. Zu den direkten Kosten zählen unter anderem die entstehenden Kosten durch Krankenhausaufenthalte, medizinische Reha-Maßnahmen, ambulante Behandlungen, präventive Maßnahmen, Forschung und Ausbildung sowie Verwaltungs- und Investitionsausgaben.

Betrachtet man den jährlichen Umsatz der Alkoholindustrie von ca. 15 Milliarden Euro, so wird einem die Dimension der durch Alkohol verursachten Gesamtschäden deutlich (Küfner und Kraus, 2002). Es muss mehr Geld für die alkoholbedingten Schäden ausgegeben werden, als die Alkoholindustrie überhaupt einnimmt. Die steuerlichen Einnahmen durch Alkohol von 2,6 Milliarden Euro (Bundesfinanzministerium, 2006) scheinen zu einem Gesamtschaden von 24 Milliarden Euro durch Alkohol in keinem Verhältnis zu stehen.

In fast allen Kulturen, in denen Alkohol getrunken wird, zeigen sich alkoholbezogene soziale und gesundheitliche Probleme. Der Konsum von Alkohol trägt substantiell zur weltweiten Krankheitsbelastung bei, so sind 4% der Weltgesamtmortalität und 4-5% der verlorenen Lebensjahre in voller Gesundheit auf Alkohol zurückzuführen (Rehm et al., 2009).

Bei Menschen, die jünger als 60 Jahre alt sind, beträgt die Anzahl der alkoholbedingten Todesfälle sogar 5,8% der Gesamtmortalität. Da der Alkoholkonsum in unterschiedlichen Ländern und Regionen sehr ungleich verbreitet ist, schwanken diese Zahlen. Auch zwischen den Geschlechtern sind die Werte sehr unterschiedlich. So werden 6,1% der männlichen Todesfälle durch Alkohol verursacht, aber nur 1,1% der Todesfälle der Frauen sind auf Alkohol zurückzuführen. Diese Unterschiede erklären sich durch das unterschiedliche Trinkverhalten von Männern und Frauen, wobei Männer in allen Regionen der Welt mehr Alkohol konsumieren als Frauen und zusätzlich auch ein riskanteres Trinkverhalten zeigen. In Europa, welches im Vergleich zu anderen Erdregionen die höchsten Werte für alkoholbedingte Mortalität und Morbidität aufweist, sind 11,0% der männlichen Todesfälle und 1,8% der weiblichen Todesfälle durch Alkohol verursacht (Rehm et al., 2009). Die meisten alkoholbezogenen Tode lassen sich den Kategorien Verletzungen, Krebs, kardiovaskuläre Ereignisse und Leberzirrhose zuordnen (Rehm et al., 2009).

In einer britischen Studie, in der 12.000 britische Ärzte im Alter von 48-78 über einen Zeitraum von 23 Jahren beobachtet wurden, konnte ein direkter Zusammenhang zwischen dem Alkoholkonsum und der Mortalität dargestellt werden. Hier zeigte sich eine signifikante Dosis-Wirkungs-Beziehung mit den höchsten Mortalitätsraten bei ständigen Trinkern im Gegensatz zu denjenigen, die nur gelegentlich oder nie Alkohol trinken (Doll et al., 2004).

Der viel diskutierte protektive Einfluss von Alkohol auf kardiovaskuläre Erkrankungen und die Entstehung von Diabetes mellitus hat keinen großen Effekt auf die Gesamtmortalität (Rehm et al., 2009). Zwar gibt es Hinweise auf den schützenden Einfluss von Alkohol, Wein und Weinhaltstoffen auf das Gefäßsystem und eine Verringerung der Mortalität bei gemäßigttem Alkoholkonsum, jedoch ist dies gegenüber dem erhöhten Risiko bei vermehrtem Konsum genauestens abzuwägen (Böhm et al., 2002). Außerdem ist dieser mögliche protektive Einfluss des Alkohols vorwiegend bei Männern im mittleren Lebensalter untersucht worden (Böhm et al., 2002), sodass eine ähnliche Wirkung bei Frauen nur vermutet werden kann. Ob der Alkohol auch bei jüngeren Menschen einen schützenden Effekt auf das Gefäßsystem hat, ist nicht klar. Diesbezüglich gibt die derzeitige Studienlage keine Hinweise.

Die gesundheitlichen Folgen des Alkoholkonsums sind sehr schwerwiegend und können im Grunde genommen jedes Organsystem des menschlichen Körpers betreffen. Diverse Krebserkrankungen, Leberzirrhose, Schlaganfälle, Herzinfarkte, gastrointestinale Störungen, Stoffwechselstörungen und einige psychiatrische Erkrankungen können neben anderen

Erkrankungen stark mit dem Missbrauch von Alkohol assoziiert sein (WHO, 2004; Kürfner und Kraus, 2002). Auch die Zahl der durch Alkohol verursachten Verkehrsunfälle ist erschreckend hoch (WHO, 2004).

Weltweit sind 4,6 % der Krankheiten und/oder Verletzungen (7,6% bei den Männern, 1,4% bei den Frauen) durch den Konsum von Alkohol bedingt und 36,4% aller verlorenen Lebensjahre durch neuropsychiatrische Erkrankungen sind auf den Alkoholkonsum zurückzuführen. Dabei finden sich die höchsten Zahlen für alkoholbezogene Erkrankungen, mit 33,6% aller alkoholbedingten Krankheiten, in der Gruppe der 15-29-Jährigen, was zeigt, dass Alkohol im Gegensatz zu anderen Risikofaktoren (Tabak, Cholesterin) besonders in den jüngeren Bevölkerungsgruppen zu ausgeprägten Schäden führt (Rehm et al., 2009). Diese Tatsache ist auch in Deutschland deutlich zu sehen, wo sich die höchsten Alkoholmortalitätsraten bei Männern und Frauen im Alter von 35-64 Jahre finden und die alkoholbezogenen Krankheiten einen substantiellen Teil der Totalmortalität im produktivsten Teil des Erwachsenenlebens ausmachen. Von allen alkoholbedingten Todesfällen in Deutschland treffen rund 75% unter 65 Jahren ein (John und Hanke, 2002). Davon abgesehen sind 8,9% der Verkehrsunfälle auf Alkohol zurückzuführen und 25% der Gewalttaten finden unter Einfluss von Alkohol statt (Kürfner und Kraus, 2002).

Diese Zahlen machen die Dimension des Risikofaktors „Alkohol“ sehr deutlich. In Anbetracht der Tatsache, dass die Tendenz hinsichtlich alkoholbezogener Morbidität und Mortalität zunehmend ist (Rehm et al., 2009), sind geeignete Präventionsmaßnahmen von dringender Notwendigkeit.

1.3. Epidemiologie des Alkoholkonsums in Deutschland

Im internationalen Vergleich steht die Bundesrepublik Deutschland mit einem jährlichen Pro-Kopf-Konsum von 10,6 Liter (L) reinem Alkohol an fünfter Stelle. Dabei steht die Bundesrepublik Deutschland nur knapp hinter Frankreich mit einem Pro-Kopf-Konsum von 10,7 L. An erster Stelle steht Luxemburg, welches bedingt durch den Grenzverkehr den höchsten, jedoch nicht aussagekräftigen, Pro-Kopf-Konsum von Alkohol hat. An zweiter und dritter Stelle finden sich Irland (11,6 L) und Portugal (11,0 L). Deutschland nimmt also hinsichtlich des jährlichen Pro-Kopf-Konsums von Alkohol eine absolute Spitzenstellung im internationalen Vergleich ein (Kürfner und Kraus, 2002).

In den letzten 20 Jahren konnte in einigen europäischen Ländern zwar ein deutlicher Rückgang des Alkoholkonsums vermerkt werden, jedoch fiel er mit 7,3% in Deutschland vergleichsweise niedrig aus, während sich z.B. in Italien (-40,8%) und Frankreich (-28,2%) ein sehr viel stärkerer Rückgang zeigte.

Der ausgeprägte Alkoholkonsum in Deutschland spiegelt sich auch in Studien und Befragungen wider. Laut der Bundesstudie 2000 gaben 78% der Befragten einen risikoarmen Konsum an. Bei 12% der 18-59-Jährigen zeigte sich ein riskanter Konsum und bei 4% der Befragten wurde ein gefährlicher Konsum von Alkohol festgestellt. Ein Hochkonsum wurde von 0,7% der Befragten angegeben. Bis auf die Gruppe des risikoarmen Konsums waren Männer in allen Gruppen prozentual gesehen deutlich stärker vertreten.

Der 2006 durchgeführte Epidemiologische Suchtsurvey ergab zum Konsum psychotroper Substanzen bei Erwachsenen, bezogen auf die letzten 12 Monate, bei 2,4% der Befragten eine Alkoholabhängigkeit und bei 3,8% der Befragten einen Missbrauch ohne Abhängigkeit. Des Weiteren konnte bei 18,3% ein riskanter und bei 11,4% der Befragten ein schädlicher Alkoholkonsum ausgemacht werden. Aus einer Hochrechnung im Jahr 2006 ergab sich somit eine Zahl von 1,3 Millionen Deutschen (2,4% der deutschen Bevölkerung), die aktuell an einer Alkoholabhängigkeit erkrankt sind. Eine remittierende Alkoholabhängigkeit findet sich bei 2 Millionen Deutschen, was einem Bevölkerungsanteil von 3,8% entspricht (Pabst und Kraus, 2008). Die schon erläuterten Probleme des Alkohols in Hinblick auf Morbidität und Mortalität betreffen demnach einen recht großen Teil der deutschen Bevölkerung und stellen somit ein echtes gesellschaftliches Problem dar.

1.4. Alkoholkonsum im Jugendalter

Die weitreichende Problematik des Alkoholkonsums betrifft keineswegs nur Erwachsene, auch Kinder und Jugendliche sind immer mehr davon betroffen. Laut der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen zeigt sich eine deutliche Steigerung in Hinblick auf den Alkoholkonsum unter Jugendlichen und die immer häufiger werdenden Alkohol-Rauscherfahrungen (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2008). Zwar konnte ein leichter Rückgang des regelmäßigen Alkoholkonsums von 21,2% im Jahr 2004 auf 17,4% im Jahr 2008 unter den Jugendlichen verzeichnet werden, jedoch zeigt sich ein deutlich zunehmender Trend zu riskanteren Trinkmustern (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2009).

Gerade das sogenannte Binge Drinking, welches als „Trinken von fünf oder mehr alkoholischen Getränken innerhalb kurzer Zeit“ (Stolle et al., 2009) definiert wird, scheint unter den Jugendlichen immer häufiger zu werden: „Die Berliner Landesdrogenbeauftragte [...] verweisen in den letzten Jahren immer wieder auf den besorgniserregenden Zuwachs eines exzessiven Trinkverhaltens bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, der sich z. B. an der von Jahr zu Jahr steigenden Anzahl von Krankenhauseinlieferungen aufgrund von Alkoholintoxikation ablesen lässt“ (Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin, 2008).

Laut einer Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung haben 20,4% der Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren in den letzten 30 Tagen Binge Drinking praktiziert, 5,8% von ihnen betreiben das Binge Drinking sogar wöchentlich. Gemessen an den Grenzwerten für Erwachsene an reinem Alkohol in Gramm(g)/Tag (Grenzwerte für riskanten Konsum: >12/24 g Reinalkohol/Tag; >20/30 g Reinalkohol/Tag für den gefährlichen Konsum (Pabst und Kraus, 2008)), zeigen 6,2% der 12-17-Jährigen einen riskanten und 2,0% einen gefährlichen Alkoholkonsum, was die Wahrscheinlichkeit des Auftretens alkoholbezogener Probleme erheblich erhöht (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2009).

Die „Health Behavior in School-aged Children“- Studie (HBSC-Studie), die von der WHO betreut wird, hat ergeben, dass „ein kritischer Substanzmittelkonsum auch im Jugendalter mit einem schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand, mit vermehrt auftretenden psychosomatischen Beschwerden und einer schlechteren gesundheitsbezogenen Lebensqualität assoziiert ist“ (Nickel et al., 2007).

Stolle et al. (2009) zählen in ihrem Artikel die weitreichenden Konsequenzen des jugendlichen Alkoholkonsums, insbesondere des Binge Drinkings, auf. Demnach verursacht der Konsum von Alkohol etwa 1/3 der schwerwiegenden Verkehrsunfälle, die die häufigste Todesursache unter Jugendlichen darstellen (Levy et al., 2002) und ist für 50% der schweren Kopfverletzungen bei Jugendlichen verantwortlich (Hicks et al., 1990). Weitere Konsequenzen des jugendlichen Alkoholkonsums sind die frühere Aufnahme sexueller Aktivität, wodurch es gehäuft zu ungewollten Schwangerschaften bei jungen Mädchen und zur vermehrten Übertragung von sexuell übertragbaren Krankheiten, wie z.B. HIV, kommt (Champion et al., 2004). Außerdem kann der regelmäßige oder gehäufte Alkoholkonsum gerade bei Jugendlichen zu irreversiblen neurodegenerativen Schäden führen (Pyapali et al., 1999). Die Gehirnstrukturen junger Menschen reagieren sensibler auf Alkohol, weswegen Jugendliche Erwachsenen gegenüber ein höheres Risiko für diese neurodegenerativen Verän-

derungen haben. So wurde ein Substanzverlust im limbischen System, besonders im Hippocampus, unter Einfluss von Alkohol nachgewiesen (De Bellis et al., 2000). Diese Schäden können zu gravierenden Beeinträchtigungen in Hinblick auf das Erinnerungsvermögen, auf Lernvorgänge, den Antrieb und die Motivation führen.

Bereits bei 11-Jährigen findet sich bei 2,4% der Jungen und 0,6% der Mädchen ein regelmäßiger Alkoholkonsum. Bei den 13-Jährigen sind es bereits 11,3% der Jungen und 8,5% der Mädchen, die regelmäßig Alkohol trinken. Von den 15-jährigen Jungen trinken 37,0% regelmäßig Alkohol und bei den 15-jährigen Mädchen sind es knapp 25%, die regelmäßig zum Alkohol greifen. Das durchschnittliche Alter für den Erstkonsum liegt bei 12,8 Jahren, während die erste Rauscherfahrung im Schnitt mit 13,8 Jahren erlebt wird.

In Anbetracht der Tatsache, dass diese Jugendlichen nach dem Jugendschutzgesetz weder Alkohol erwerben noch in der Öffentlichkeit konsumieren dürfen, sind dies erschreckend hohe Zahlen, die deutlichen Handlungsbedarf in diesem Bereich zeigen (Setterbotulte, 2003).

1.5. Gründe für den Beginn des Alkoholkonsums

Es gibt eine Reihe von Faktoren, die den Beginn des Alkoholkonsums beeinflussen. Ein Faktor, der sicherlich eine nicht unerhebliche Rolle spielt, ist die leichte Verfügbarkeit des Alkohols für Jugendliche. Laut § 9 Abs.1 Nr. 2 des Jugendschutzgesetzes ist der Erwerb von Bier, Wein und Sekt sowie deren Verzehr in der Öffentlichkeit erst ab dem 16. Lebensjahr erlaubt. In Begleitung eines Personensorgeberechtigten sinkt diese Altersgrenze auf 14 Jahre. Für hochprozentige branntweinhalte Getränke liegt die Altersgrenze für den Erwerb und den Verzehr bei 18 Jahren (§ 9 Abs.1 Nr.1 JuSchG). Trotz dieser Altersgrenzen gelingt es auch jüngeren Jugendlichen immer wieder, Alkohol an Tankstellen, Kiosken und auch in normalen Supermärkten ohne Vorlage des Personalausweises zu erwerben. Sollte dies nicht gelingen, finden sich zumeist ältere Freunde oder Geschwister, die bereits Alkohol erwerben dürfen und diesen für die Jüngeren besorgen. Außerdem sind es auch oft die eigenen Eltern, die ihren Kindern den Konsum von Alkohol erlauben, obwohl dies vom Alter des Kindes her noch nicht zulässig wäre. In den USA, wo der Erwerb und der Konsum von Alkohol in einigen Bundesstaaten erst ab dem 21. Lebensjahr legal ist, ist der jährliche Pro-Kopf-Alkoholkonsum mit ca. 6,7 L deutlich geringer als in Deutschland, was vermutlich nicht vollständig, jedoch sicherlich teilweise auf die höhere Altersgrenze zurückzuführen ist.

Ein weiterer Faktor, der zum frühen Beginn des Alkoholkonsums beiträgt, sind die geringen Kosten. Im Vergleich zu anderen Ländern (besonders den skandinavischen Ländern), ist der Erwerb von Alkohol in Deutschland sehr günstig. Während sich Jugendliche z.B. in den skandinavischen Ländern den hochbesteuerten Alkohol schon aus rein finanziellen Gründen seltener leisten können, stellt dies in Deutschland kein Hindernis dar. Hierzulande sind ein „Sixpack“ Bier oder eine Flasche Wein schon für wenige Euro erhältlich. Dass die Preise des Alkohols einen Einfluss auf den Konsum haben, zeigt sich durch die sog. „Alcopop-Steuer“. Seit Einführung der Sondersteuer für Alcopops (1. Juli 2004), welche die Preise für Alcopops enorm anstieg ließ, zeigt sich ein deutlicher Rückgang des Konsums von Alcopops bei Kindern und Jugendlichen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2007).

Der erste Kontakt von Kindern und Jugendlichen mit Alkohol findet in den meisten Fällen im Kreise der Familie statt (Richter, 2005). Hier kann den Eltern als Rollenmodellen also eine große Bedeutung zugesprochen werden.

Die Entstehung solchen Risikoverhaltens bei Kindern und Jugendlichen, wie eben der Konsum von Alkohol, ist vorwiegend auf soziale Faktoren zurückzuführen. Dabei zeigt das Verhalten der Eltern, Geschwister und Peers einen hohen Einfluss, der mit der sozial-kognitiven Lerntheorie Banduras erklärt werden kann (Bandura, 2001). Demnach werden Einstellungen und Verhaltensweisen der Kinder vor allem durch die Beobachtung bedeutsamer Rollenmodelle geformt. Besonders wenn die Eltern, Geschwister, Peers oder andere Rollenmodelle von den Kindern bewundert werden und sie sich mit ihnen identifizieren, imitieren die Kinder das Verhalten dieser Personen. Dabei spielen auch Medien eine große Rolle, da sie die Einstellungen und Erwartungen von Kindern und Jugendlichen bedeutend beeinflussen können (Brown and Cantor, 2000).

Es ist hinreichend bekannt, dass Jugendliche in ihrem Risikoverhalten stark von den Medien beeinflusst werden (Strasburger, 2009). So konnte in mehreren Studien belegt werden, dass die Exposition von Alkoholwerbung und Alkoholkonsum in den Medien mit einem erhöhten Konsum von Alkohol bei Jugendlichen einhergeht (Smith and Foxcroft, 2009; Anderson et al., 2009). Doch nicht nur in der Werbung werden Kinder und Jugendliche mit Alkohol konfrontiert, auch in TV-Serien und Spielfilmen sowie Kinofilmen ist der Konsum von Alkohol häufig zu sehen.

In einer bekannten Vorabend-Serie namens „Goede Tijden, Slechte Tijden“, die in den Niederlanden ausgestrahlt wird und dessen Serienkonzept auch nach Deutschland exportiert wurde, wurde die Darstellung von Alkohol von einer niederländischen Studiengruppe untersucht. Dabei wurden 40 Ausstrahlungen hinsichtlich des Alkoholkonsums ausgewertet, wobei sich zeigte, dass die absolute Mehrzahl (98%) der Ausstrahlungen den Alkoholkonsum von mindestens einem Darsteller porträtierten. Insgesamt wurden in den 40 Ausstrahlungen 177 Szenen mit Alkoholkonsum gezählt, von denen etwa die Hälfte den abendlichen/nächtlichen Alkoholkonsum, 25% den Konsum von alkoholischen Getränken zum Abendbrot und 20% den Alkoholkonsum vor 17:00 Uhr zeigten. 16% der Alkoholszenen stellten den Konsum nachmittags dar und 4% der Szenen zeigten einen morgendlichen Konsum von Alkohol.

Eine besondere Gefahr liegt dabei in der Darstellung. In über 35% der alkoholdarstellenden Szenen wurde der Alkoholkonsum als Missbrauch präsentiert, indem der Alkohol zur Unterdrückung von Problemen, Ängsten und Konflikten getrunken wurde (van Hoof et al., 2008). Diese Darstellung führt zur Steigerung der gesellschaftlichen Akzeptanz des Konsums von Alkohol und vermittelt den Jugendlichen den Missbrauch in Konfliktsituationen als etwas ganz Alltägliches und Hilfreiches.

Die Darstellung des Missbrauchs ist ein Aspekt, jedoch spielt auch die Darbietung der Schauspieler selbst eine große Rolle. So werden Fernsehstars, die in den Serien/Filmen Alkohol trinken, häufig als attraktiv, beliebt und sportlich dargestellt, was dazu führt, dass die Kinder und Jugendlichen den Alkoholkonsum als Teil des positiven und bewundernswerten Images ansehen, welches sie zu imitieren versuchen. Gleichzeitig führt das Alkohol Trinken im Film zu einem Gewöhnungseffekt bei den Jugendlichen.

Durch die häufigen Darstellungen von Alkoholkonsum wird das Trinken von Alkohol als etwas „Normales“ angesehen, was zu einer Steigerung der sozialen Akzeptanz führt. Ein weiterer Faktor mit bedeutendem Einfluss auf Kinder und Jugendliche ist, dass der Konsum von Alkohol in Filmen in den meisten Fällen in einem positiven Zusammenhang dargestellt wird. So erfolgt die Darstellung von „coolen“ Partys im Film fast immer in Zusammenhang mit Alkohol: Die Schauspieler trinken alkoholische Getränke, die Stimmung ist gut, es wird viel gelacht und man hat eine Menge Spaß. Die negativen Konsequenzen des Alkoholkonsums werden im Film jedoch nur unzureichend dargestellt. Den Jugendlichen wird also

suggestiert, der Konsum von Alkohol sei fast durchweg positiv, wodurch ein verzerrtes Bild der Realität entsteht (Engels et al., 2009).

In mehreren Studien (Sargent et al., 2006; Hanewinkel et al., 2007; Thomsen, 2007; Dinani et al., 2009; Hanewinkel et al., 2009b; Hanewinkel et al., 2009a) konnte gezeigt werden, dass die Exposition von Alkohol in Hollywood-Spielfilmen einen signifikanten Einfluss auf den Alkoholkonsum bei Jugendlichen hat. Es konnte ein linearer Zusammenhang zwischen der Alkoholexposition und der Initiierung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen und der Initiierung des Binge Drinking festgestellt werden. Je mehr die Jugendlichen der Alkoholexposition ausgesetzt waren, desto höher war das Risiko, dass sie mit dem Trinken von Alkohol oder dem Binge Drinking begannen. Gleichzeitig wurde in den Studien gezeigt, wie hoch die Exposition von Alkohol in Filmen tatsächlich ist. Als Alkoholexposition wurde neben dem expliziten Konsum von Alkohol auch der angedeutete Gebrauch von Alkohol aufgefasst (z.B. ein gefülltes Glas Wein, welches vor dem Schauspieler steht). Dabei wurden 398 international veröffentlichte Spielfilme aus den Top 25 des deutschen Kassenerfolgs der Jahre 1994-2001 und aus den Top 100 des deutschen Kassenerfolgs aus den Jahren 2002-2004 hinsichtlich der Darstellung von Alkohol und dessen Konsum ausgewertet. Hierbei zeigte sich, dass in dem größten Teil der Filme (87,6%), Alkoholkonsum dargestellt wurde. Die durchschnittliche Darstellungszeit für den Alkoholkonsum lag bei 1,86 Minuten. Insgesamt wären Jugendliche, die alle 398 ausgewerteten Filme gesehen hätten, einer Zeit von 3,2 Stunden der Darstellung von Alkoholkonsum ausgesetzt gewesen (Hanewinkel et al., 2009a).

Diese hohen Zahlen zeigen sehr eindringlich, wie verbreitet der Alkoholkonsum in Filmen ist und machen deutlich, dass Kinder und Jugendliche in einem hohen Maße dieser Art der Alkoholexposition ausgesetzt sind.

1.6. Ableitung der Fragestellung

Die oben erläuterten Erkenntnisse machen deutlich, dass geeignete Präventionsmaßnahmen hinsichtlich des Alkoholkonsums von Jugendlichen von dringender Notwendigkeit sind. Im Hinblick auf die hohe Alkoholexposition gegenüber Kindern und Jugendlichen und deren Effekt auf das Trinkverhalten gilt es nach Faktoren zu suchen, die diese Exposition reduzieren können. Eine sinnvolle Option diesbezüglich scheint die Kontrolle des Mediengebrauchs von Kindern und Jugendlichen zu sein. Hier kann den Eltern eine bedeutsame Rolle zugewiesen

werden, da anzunehmen ist, dass sie einen Einfluss darauf haben, welche Filme ihre Kinder sehen dürfen und somit auch beeinflussen, wie viel Alkoholgebrauch ihre Kinder im Fernsehen, im Kino oder über DVD sehen (Hanewinkel et al., 2008).

In mehreren Studien aus den USA wurde gezeigt, dass Filme, die nach dem Bewertungssystem aus den USA mit einem „R“ bewertet wurden und somit für unter 17-Jährige nur in Begleitung eines Erwachsenen zugänglich sind, häufig Risikoverhalten wie Rauchen oder das Trinken von Alkohol porträtieren (Dal Cin et al., 2008; Dalton et al., 2002a, Dalton et al., 2002b). Desweiteren konnte festgestellt werden, dass die Darstellung des Alkoholkonsums mit höherer Alterskategorie in ihrer Häufigkeit zunimmt (Tickle et al., 2009). Auch in Deutschland wird dieses Risikoverhalten gehäuft in Filmen gezeigt, die für ältere Jugendliche oder Erwachsene vorgesehen sind (Hanewinkel et al., 2007; Hanewinkel et al., 2008).

Weiterhin konnte in einer Querschnitts- und einer Longitudinalstudie in den USA ein protektiver Einfluss der elterlichen Restriktionen hinsichtlich dieser Filme auf das Risikoverhalten Jugendlicher festgestellt werden. Es zeigte sich eine dosisabhängige Beziehung zwischen der elterlichen Restriktion und dem jugendlichen Substanzenkonsum für Tabak und Alkohol, unabhängig von anderen untersuchten Covariaten wie z.B. der generellen elterlichen Erziehung (Dalton et al., 2002; Dalton et al., 2006).

Es stellt sich also die Frage, ob die Ergebnisse der Studien aus den USA sich auf Deutschland übertragen lassen. Bislang gibt es nur eine veröffentlichte longitudinale Studie aus Deutschland darüber, ob die elterliche Filmrestriktion einen Effekt auf das riskante Trinkverhalten Jugendlicher hat. In dieser Studie wurde aber nur der Einfluss der elterlichen Filmrestriktion auf das Binge Drinking untersucht, nicht aber auf die Initiierung des Alkoholkonsums (Hanewinkel et al., 2008). Deswegen ist anzunehmen, dass Eltern durch ihre FSK-16-Restriktionen einen Einfluss auf die Alkoholexposition ihrer Kinder in Filmen nehmen können und somit das Risiko für eine frühe Initiierung des Alkoholkonsums oder des Binge Drinkings senken können.

In dieser Längsschnittstudie mit über 2.000 Jugendlichen, die bis zur Baselineerhebung noch keine Erfahrungen mit dem Trinken von Alkohol gesammelt haben, wird untersucht, ob die elterliche Filmkontrolle einen präventiven Effekt im Hinblick auf die Initiierung des riskanten Alkoholkonsums hat.

Als elterliche Filmkontrolle wird hier die elterliche Restriktion der FSK-16-Filme verstanden. Mögliche Outcomes der Studie, die den Alkoholkonsum Jugendlicher betreffen, sind die Initiierung des Alkoholkonsums (Trinken von alkoholischen Getränken, ohne dass die Eltern davon wissen) und die Initiierung des Binge Drinkings (Trinken von fünf oder mehr alkoholischen Getränken innerhalb einiger Stunden).

2. Material und Methoden

2.1. Auswahl der Teilnehmer

Die Datenerhebung basierte auf einer schriftlichen Befragung von Schülerinnen und Schülern im Alter von 10-16 Jahren an insgesamt 27 Schulen in Schleswig-Holstein.

Aus einer Gesamtzahl von 94 Schulen mit Sekundarstufe in der KERN-Region Kiel, Neumünster, Rendsburg und Eckernförde wurden im September 2005 42 randomisiert ausgewählte Schulen aus Schleswig-Holstein schriftlich eingeladen an der Befragung teilzunehmen. Von den 42 Schulen erklärten sich 27 (64%) mit der Teilnahme an der Studie einverstanden. Eine schriftliche Einwilligung der Eltern musste vor der Befragung vorliegen, ebenso mussten die Schülerinnen und Schüler sich mit der Teilnahme an der Studie einverstanden erklären.

Insgesamt nahmen 5.771 oder 85% aller Schülerinnen und Schüler der Klassenstufen sechs bis acht (Gesamt-N = 6.607) der 27 eingeschlossenen Schulen an der Befragung teil. Bei den restlichen Schülern lag zum Zeitpunkt der Befragung keine schriftliche Einwilligung der Eltern vor (N = 836; 12,7%) oder sie waren am Tag der Befragung in der Schule nicht anwesend (N = 145; 2,5%). Bei einem kleinen Teil der Schüler (N = 45; 0,8%) wurden keine oder fehlerhafte Angaben zu den Alkohol-Fragen gemacht, sodass diese bei der Auswertung nicht mit einbezogen werden konnten (Hanewinkel et al., 2007).

Da es sich um eine longitudinale Studie handelt, wurde die Befragung 12-13 Monate später (September – November 2006) wiederholt. Von den Jugendlichen, die zum Zeitpunkt der Baselineerhebung angaben, noch nie Alkohol konsumiert zu haben (N = 3.432), konnten 85% (N = 2.926) erneut befragt werden. Wegen fehlender Daten in einzelnen Items konnten von den 2.926 Schülern 218 (7,45%) Fragebögen nicht ausgewertet werden. Zusätzlich fielen 23

(0,78%) Schüler wegen nicht zuzuordnender Daten bezüglich des Alters heraus. Weitere 61 (2,08%) wurden aus der Auswertung aufgrund ihres zu hohen Alters ausgeschlossen, da sie zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung 16 Jahre oder älter gewesen wären und somit Alkohol sowohl legal beziehen, als auch in der Öffentlichkeit konsumieren durften.

Die letztendliche Stichprobe der Datenerhebung beläuft sich insgesamt also auf N= 2.624 (76,46%) der Jugendlichen, die in der Ersterhebung angegeben hatten, noch nie in ihrem Leben Alkohol konsumiert zu haben.

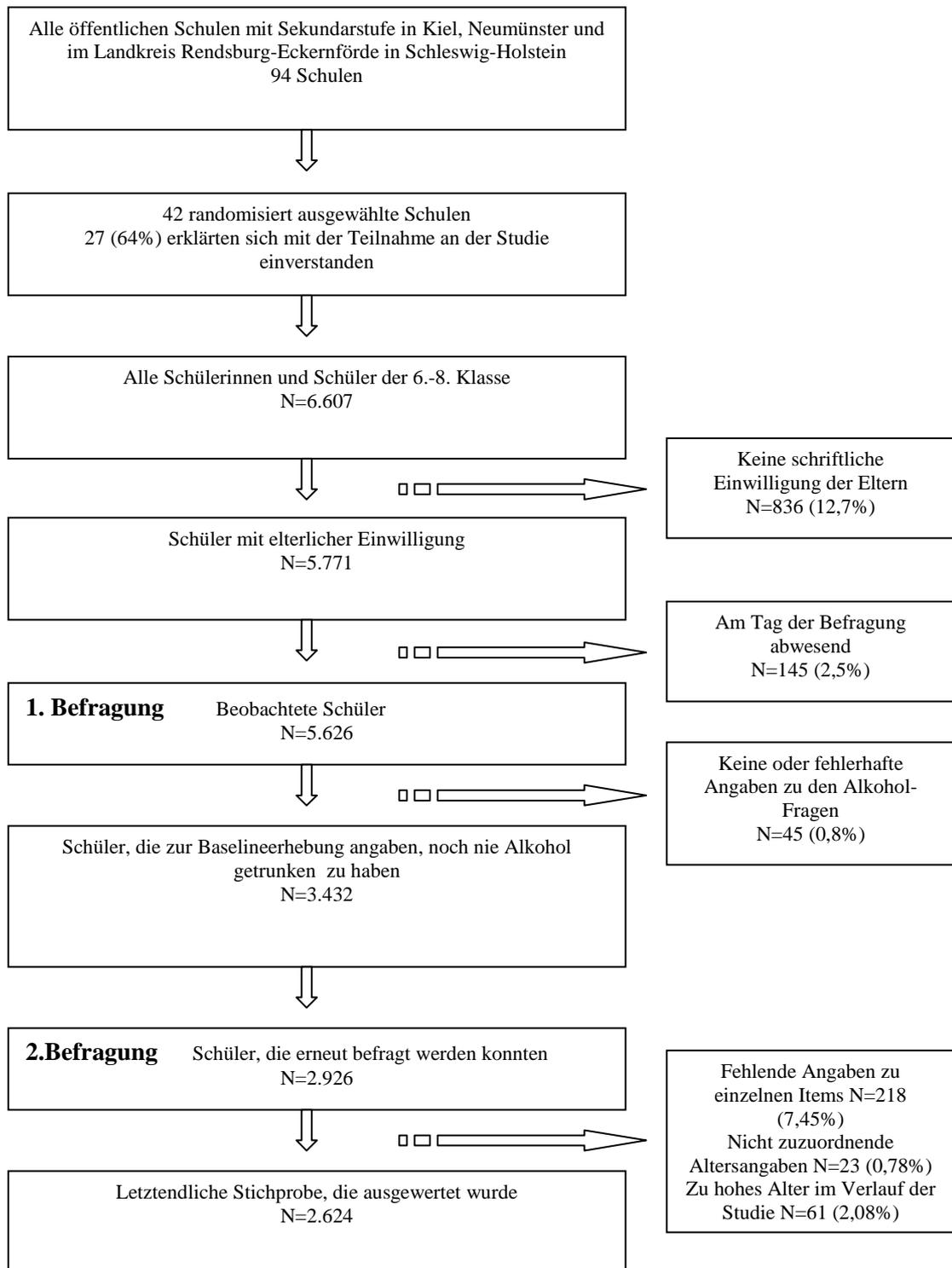


Abbildung 1: Auswahl der Stichprobe

2.2. Datenerhebung

Den teilnehmenden Schülern wurde während des Schulunterrichts der Fragebogen durch geschultes Studienpersonal ausgeteilt. Der Vorgang wurde 12-13 Monate später erneut wiederholt.

Damit die Schüler unbefangene und ehrliche Antworten auf die Fragen geben konnten, wurde die Befragung anonymisiert durchgeführt. Dazu wurde ein Fragebogen entwickelt, bei dem die Schüler ihren eigenen anonymen Code generierten, indem sie aus ihrem Nachnamen, Vornamen, Geburtstag, Vorname der Mutter und des Vaters jeweils vorgeschriebene Buchstaben-/Zahlenpositionen aneinander reihten (siehe Fragebogen im Anhang). Dieser anonyme Code war personenspezifisch und wurde vom selben Schüler ein Jahr später aus den identischen Angaben genauso wieder generiert. Der jeweilige anonyme Code war nur dem einzelnen Schüler selbst bekannt. Die selbstgenerierten Codes ermöglichten eine Zuordnung identischer Personen über die beiden Messpunkte.

Dieses Verfahren wurde zuvor in einer großen europäischen multizentrischen Studie erfolgreich erprobt (Galanti et al., 2007).

2.3. FSK

Die Bewertung von Filmen, die in Deutschland veröffentlicht werden, erfolgt durch die „Freiwillige Selbstkontrolle der Filmwirtschaft“ (FSK). Die Aufgaben der FSK sind vom Jugendschutzgesetz (§11/12 i.V.m. §14 Jugendschutzgesetz) vorgeschrieben und werden von der verantwortlichen Filmindustrie durchgeführt. Jeder Film wird von einem bewertenden Ausschuss geprüft und erhält dann eine der folgenden FSK-Zertifizierungen:

- FSK 0: ohne Altersbeschränkung
- FSK 6: freigegeben ab 6 Jahren
- FSK 12: freigegeben ab 12 Jahren, Kinder zwischen 6 und 11 Jahren dürfen diese Filme in Begleitung einer personensorgeberechtigten Person ebenfalls sehen
- FSK 16: freigegeben ab 16 Jahren
- FSK 18: nicht freigegeben unter 18 Jahren, seit April 2003 „keine Jugendfreigabe“

Es gibt keine veröffentlichten objektiven Kriterien für diese Bewertung, jedoch heißt es auf der Internetseite der Freiwilligen Selbstkontrolle der Filmwirtschaft (www.fsk.de) in Bezug auf FSK-16-Filme:

„Nicht freigegeben werden Filme, die Gewalt tendenziell verherrlichen, einem partnerschaftlichen Rollenverhältnis der Geschlechter entgegenstehen, einzelne Gruppen diskriminieren oder Sexualität auf ein reines Instrumentarium der Triebbefriedigung reduzieren. Auch die Werteorientierung in Bereichen wie Drogenkonsum, politischer Radikalismus oder Ausländerfeindlichkeit wird mit besonderer Sensibilität geprüft.“ (Freiwillige Selbstkontrolle der Filmwirtschaft, 2009)

Zur Beurteilung werden also keine festen Kriterien angewandt, vielmehr werden Maßstäbe in Hinblick auf unterschiedliche Gesichtspunkte, wie z.B. Gewalt, Sexualität, Diskriminierung unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen usw., angesetzt.

Von besonderer Bedeutung für die vorliegende Untersuchung sind die FSK-16-Filme, da alle Schülerinnen und Schüler unserer Studie unter 16 Jahre alt waren, sodass es ihnen gesetzlich nicht erlaubt ist, diese Filme im Kino zu sehen, sie käuflich zu erwerben oder in der Videothek auszuleihen. Außerdem ist es diejenige Kategorie, die den „R-rated movies“ aus bereits veröffentlichten Studien zu diesem Thema aus den USA am ähnlichsten ist (Hanewinkel et al., 2008).

2.4. Erhebung von Risikofaktoren der Initiierung des Alkoholkonsums im Jugendalter

2.4.1. Filmrestriktionen

Filmrestriktionen auf FSK-16-Filme wurden wie folgt erhoben: „Wie oft lassen deine Eltern dich Filme, Videos oder DVDs sehen, die man erst ab 16 Jahren sehen darf?“. Mögliche Antworten waren „nie“, „hin und wieder“, „manchmal“ oder „immer“. Um mögliche Confounder bei der Analyse berücksichtigen zu können, wurden demographische Variablen, Variablen zu den sozialen Einflüssen und Variablen zu gewissen Charakteristika der Jugendlichen erfasst.

2.4.2. Demographische Variablen

Folgende demographische Angaben zur Person wurden erfasst: Alter, Geschlecht und Nationalität.

2.4.3. Variablen zu den sozialen Einflüssen

Um bei der Auswertung die Möglichkeit zu berücksichtigen, dass Eltern, die als sehr verantwortungsbewusst gegenüber ihren Kindern und anspruchsvoll angesehen werden, sich eventuell auch strenger in Bezug auf den Konsum von Medien und Alkohol verhalten, wurde der elterliche Erziehungsstil ebenfalls erfragt. Hierzu wurden acht Fragen (siehe Tabelle 1) bezüglich der mütterlichen Erziehung gestellt, aus denen ein Score berechnet wurde. Je höher der Score-Wert ist, desto strenger und verantwortungsbewusster ist die Erziehung (Jackson et al., 1998). Das Chronbachs α dieser Skala betrug 0,64.

Das Trinkverhalten der Eltern und die Anzahl der Alkohol konsumierenden Freunde wurden ebenfalls erfasst. Hierzu wurde der Schüler gebeten anzugeben, wie oft seine Eltern Alkohol konsumieren: „nie“, „einmal im Jahr“, „einmal im Monat“, „einmal in der Woche“ oder „jeden Tag“. Die Anzahl der alkoholkonsumierenden Freunde konnte mit „keine“, „einige“, „die meisten“ oder „alle“ angegeben werden, wobei wir bei der statistischen Auswertung die letzten drei vereinten, sodass wir nur noch zwei Gruppen in dieser Kategorie hatten: „keine“ alkoholkonsumierenden Freunde und „einer oder mehr“.

Tabelle 1: Erfassung des mütterlichen Erziehungsstils

<u>Items:</u>
Ich muss mich an ihre Regeln halten.
Wenn ich geknickt oder traurig bin, dann schafft sie es, dass ich mich besser fühle.
Sie hört mir zu.
Sie ist zu beschäftigt, um mit mir zu reden.
Sie möchte über meine Probleme Bescheid wissen.
Sie sagt mir, wann ich zu Hause sein muss.
Sie fragt mich, was ich mit meinen Freunden so mache.
Sie weiß, wo ich nach der Schule bin.
<u>Antwortalternativen:</u> Meine Mutter ist überhaupt nicht so/ Meine Mutter ist ein bisschen so/ Meine Mutter ist ziemlich so/ Meine Mutter ist genau so.

2.4.4. Charakteristika der Jugendlichen

Da die Schule, welche ein Schüler besucht, stark mit dem sozio-ökonomischen Status des Schülers assoziiert ist (Richter, Hurrelmann, 2004), wurde die Schulart (Gymnasium, Realschule, Hauptschule und Gesamtschule) als Maß für diesen herangezogen.

Die schulische Leistung wurde durch die Frage „Wie würdest du deine Noten vom letzten Schuljahr beschreiben?“ mit den Antwortmöglichkeiten „sehr gut“, „gut“, „durchschnittlich“ und „schlechter als durchschnittlich“ vom Schüler selbst eingeschätzt.

Aus zwölf Fragen (siehe Tabelle 2), welche hauptsächlich die Neigung zu bestimmten Verhaltensweisen des Schülers betreffen, wurde ein Score errechnet, der als Maß für die Neigung zu rebellischem Verhalten und dem sog. „Sensation-Seeking“ herangezogen wurde. Höhere Werte bedeuten ein höheres Ausmaß an rebellischem Verhalten und eine höhere Neigung zum Sensation-Seeking (Sargent et al., 2004). Das Chronbachs α dieser Skala betrug 0,77.

Tabelle 2: Erfassung der Rebellität und des Sensation-Seeking

<u>Items:</u>
Ich kriege in der Schule Ärger.
Ich streite mich oft mit anderen Kindern.
Ich mach Sachen, die meine Eltern mich nicht machen lassen möchten.
Ich mach das, was die Lehrer mir sagen.
Ich nehme manchmal einfach Sachen mit, die mir nicht gehören.
Ich streite mich mit meinen Lehrern
Mir macht es Spaß, mich nicht an die Regeln zu halten.
Ich mag gerne Sachen tun, die einem Angst machen.
Ich finde es langweilig, immer mit denselben Freunden zusammen zu sein.
Ich mag gerne Sachen tun, die gefährlich sind.
Ich denk oft, es gibt nichts zu tun.
Ich mag gerne laute Musik hören.
<u>Antwortalternativen:</u> Ich bin überhaupt nicht so/ Ich bin ein bisschen so/ Ich bin ziemlich so/ Ich bin genau so.

2.5. Erfassung der Initiierung des Alkoholkonsums im Jugendalter

Der erste Kontakt von Jugendlichen mit Alkohol findet in vielen Fällen erstmals im Rahmen familiärer Anlässe, wie z.B. bei Familienfeiern oder bei der Konfirmation/Kommunion, statt. Dieser Konsum von Alkohol erfolgt aber in der Regel unter kontrollierten Bedingungen und unter Aufsicht der Eltern oder anderer Familienmitglieder, sodass er von der Bedeutung her ganz anders anzusehen ist, als der Alkoholkonsum, der ohne elterliches Wissen stattfindet. Deswegen interessieren wir uns in dieser Studie vor allem für den „heimlichen“ Alkoholkonsum, von dem die Eltern nichts wissen.

Dieser Alkoholkonsum der Schüler wurde durch die Fragen „Hast du jemals Alkohol getrunken und deine Eltern wussten nichts davon?“ (Antwortmöglichkeiten: Ja, Nein) und „Hast du schon mal fünf oder mehr alkoholische Getränke hintereinander innerhalb von einigen Stunden getrunken?“ (Antwortmöglichkeiten: Ja, Nein) erfragt. Lediglich Schüler, die zum Zeitpunkt der Baselineerhebung noch nie Alkohol getrunken hatten, wurden in die Analyse einbezogen. In der zweiten Befragung 12-13 Monate später konnte durch diese beiden Fragen das Outcome der Schüler „Initiierung des Alkoholkonsums“ und/oder „Initiierung des Binge Drinking“ ermittelt werden.

2.6. Statistische Analyse

Für die statistische Auswertung der Studie wurde das Programm STATA Version 10.0 (Stata Corp, College Station, TX) benutzt.

Um die Assoziation zwischen der elterlichen FSK-Restriktion und der Covariaten zu evaluieren, wurden bei kategorialen Variablen χ^2 -Tests und bei intervallskalierten Variablen ANOVAs eingesetzt. Zur Bestimmung der Assoziation zwischen den elterlichen Filmrestriktionen und der Initiierung des Alkoholtrinkens ohne elterliches Wissen bzw. des Binge Drinking wurden „Generalized linear models“ eingesetzt (McCullagh, Nelder, 1989). Die Initiierung des Trinkens von Alkohol ohne elterliches Wissen und das Binge Drinking wurden als Funktion der elterlichen FSK-Film-Restriktion und der Covariaten (Alter, Geschlecht, Schulart, Schulleistung, Alkoholkonsum der Eltern, Alkoholkonsum der Freunde, Sensation-Seeking/Neigung zur Rebellion und der mütterliche Erziehungsstil) bewertet. Dazu wurde eine Log-Link-Funktion angewandt, um das Relative Risiko direkt berechnen zu können. Da

die Daten an 27 Schulen erhoben wurden und somit geclustert sind, wurde der „cluster“-Befehl des Statistikprogramms STATA verwandt. Diese Prozedur führt zu robusten Schätzungen des Standardfehlers.

Als statistisch signifikant wurden Ergebnisse bewertet, deren p-Wert im zweiseitigen Test $p < 0,05$ war, bzw. deren 95%-Konfidenzintervall nicht die Zahl 1 beinhaltet.

3. Ergebnisse

3.1. Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe besteht zu 47,98% (N = 1.259) aus Jungen und zu 52,02% (N = 1.365) aus Mädchen, sodass die Geschlechterverteilung als gleich anzusehen ist. Das Durchschnittsalter beträgt 12,35 Jahre (SD: 0,98). Von den 2.624 befragten Schülern besuchten 47,60% (N = 1.249) das Gymnasium, 21,27% (N = 558) die Realschule, 22,90% (N = 601) die Hauptschule und 8,23% (N = 216) die Gesamtschule.

Hinsichtlich der elterlichen Filmrestriktionen gaben 35,75% (N = 938) der Schüler an, nie FSK-16-Filme schauen zu dürfen, 28,16% (N = 739) wurde dies gelegentlich erlaubt, 24,92% (N = 654) öfters und 11,17% (N = 293) der Schüler dürfen immer FSK-16-Filme schauen. Ein großer Teil der Schüler schätze seine Schulleistung als „gut“ (N = 1.230; 46,88%) oder „durchschnittlich/unterdurchschnittlich“ (N = 1.086; 41,29%) ein, während nur 11,74% (N = 308) die Schulnoten als „sehr gut“ bewerteten.

Bezüglich der elterlichen Trinkgewohnheiten gaben 10,37% (N = 272) der Schüler an, ihre Eltern würden „nie“ Alkohol trinken, während täglicher Alkoholkonsum der Eltern von 4,92% (N = 129) der Schüler angegeben wurde, einmal/Jahr von 19,25% (N = 505) und einmal/Monat von 35,79% (N = 939). Die Mehrzahl der Schüler (N = 1.894; 72,18%) hatte zum Zeitpunkt der Befragung den Angaben nach keine Freunde, die Alkohol tranken.

Die aus den zwölf Fragen errechnete Skala als Maß für das Sensation-Seeking und die Neigung zu rebellischem Verhalten reichte von 0 – 2,25, wobei sich aus allen befragten Schülern ein Mittelwert von 0,579 (SD: 0,342) ergab. Die Skala für den mütterlichen Erziehungsstil, die aus 8 Fragen berechnet wurde, reichte von 0,375 – 3,0. Der Mittelwert der

Stichprobe lag für diesen Wert bei 2,225 (SD: 0,414).

3.2. Assoziation zwischen der FSK-Restriktion und den Covariaten

Alle Covariaten zeigen eine deutliche Korrelation mit den FSK-Restriktionen. Die Tabelle 3 gibt eine Übersicht über die Häufigkeitsverteilung der Covariaten in Bezug auf die FSK-Restriktionen. Wie schon erwartet, zeigt das Alter einen stark signifikanten Effekt auf die FSK-Restriktionen. Je älter ein Schüler ist, desto eher ist es ihm erlaubt, FSK-16-Filme zu schauen. Es zeigt sich diesbezüglich ein annähernd linearer Zusammenhang. Von 562 11-Jährigen ist es gerade mal 4,80% (N = 27) erlaubt, immer FSK-16-Filme zu schauen, bei den 12-Jährigen sind es schon 8,12% (N = 77) von 948 Schülern, bei den 13-Jährigen sind es 13,22% (N = 97) von 734 Schülern und von den 14-Jährigen dürfen fast ein Viertel der 380 Schüler (N = 92; 24,21%) immer FSK-16-Filme schauen. Während es 50,36% (N = 283) der 11-Jährigen nie erlaubt ist, FSK-16-Filme zu schauen, so sind es bei den 14-Jährigen nur noch 18,16% (N = 69), die nie FSK-16-Filme sehen dürfen.

Ebenso wie das Alter ist auch das männliche Geschlecht signifikant mit schwächeren FSK-Restriktionen assoziiert. Während von 1.365 Schülerinnen nur 6,01% (N = 82) immer FSK-16-Filme sehen dürfen, ist dies 16,76% (N = 211) von 1.259 Schülern erlaubt. Andersrum ist es 47,11% (N = 643) der Mädchen immer untersagt, FSK-16-Filme zu schauen, während nur 23,43% (N = 295) der Jungen nie FSK-16-Filme schauen dürfen.

Auch die Schulart, welche als Maß für den sozioökonomischen Status dient (Richter, Leppin, 2007), hat einen signifikanten Einfluss auf die FSK-Restriktion. Schüler und Schülerinnen des Gymnasiums (N = 1.249) scheinen im Vergleich zu den anderen Schulen den strengsten FSK-Restriktionen ausgesetzt zu sein. 42,43% (N = 530) von ihnen dürfen nie FSK-16-Filme ansehen, 32,11% (N = 401) dürfen dies manchmal, 18,98% (N = 237) öfters und nur 6,49% (N = 81) der Gymnasiasten dürfen immer FSK-16-Filme schauen. Bei den Realschülern (N = 558) sind es nur noch 29,57% (N = 165), die sich nie FSK-16-Filme anschauen dürfen und bei den Hauptschülern sind es gerade mal 24,96% (N = 150) von 601 Schülerinnen und Schülern, denen das Ansehen von FSK-16-Filmen immer untersagt ist. Hingegen sind es prozentual gesehen fast doppelt so viele (N = 64; 11,47%) Realschüler wie Gymnasiasten, die immer FSK-16-Filme schauen dürfen und ganze 21,63% (N = 130) der Hauptschüler dürfen sich immer FSK-16-Filme ansehen. An der Gesamtschule, die ja alle drei Schulformen schulintern

vertritt, verhält es sich in Hinblick auf die FSK-Restriktionen ähnlich wie am Gymnasium. Die Prozentzahlen weisen nur geringfügig höhere Werte als am Gymnasium auf.

Die Schulleistung korreliert ebenfalls mit den FSK-Restriktionen. Von den Schülerinnen und Schülern mit „guten“ (N = 1.230) und „sehr guten“ (N = 308) Noten dürfen nur etwa 9,4 % immer FSK-16-Filme schauen, während es 13,63% (N = 148) der Schüler mit durchschnittlichen oder unterdurchschnittlichen Leistungen (N = 1.086) immer dürfen. Je besser die Schulnoten sind, desto strenger sind die elterlichen FSK-Restriktionen in Bezug auf FSK-16-Filme.

Das Vorhandensein von alkoholkonsumierenden Freunden ist ebenfalls signifikant mit den FSK-Restriktionen assoziiert. 40,87% (N = 774) der 1.894 Schüler ohne Alkoholkonsum im Freundeskreis dürfen nie FSK-16-Filme schauen und nur 8,34% (N = 158) von ihnen dürfen immer diese Filme sehen. Im Vergleich dazu sind es bei den Schülern, die alkoholkonsumierende Freunde im Freundeskreis haben (N = 730), 18,49% (N = 135), denen das Schauen von FSK-16-Filmen immer erlaubt ist und nur 22,47% (N = 164), denen es immer untersagt ist. Somit zeigt sich, dass Schüler ohne alkoholtrinkende Freunde strengere FSK-Restriktionen erfahren, als solche mit alkoholkonsumierenden Freunden.

Auch das elterliche Trinkverhalten variiert bedeutsam mit der Frage, ob Kinder Restriktionen im Hinblick auf ihre Filmauswahl unterliegen. Danach scheinen insbesondere Eltern, die nie Alkohol konsumieren, besonders restriktiv in Bezug auf die Filmauswahl ihrer Kinder zu sein. Zwischen den FSK-Restriktionen und den Covariaten „Sensation-Seeking“ und „mütterlicher Erziehungsstil“ zeigt sich ebenfalls ein überzufälliger Zusammenhang. Wie schon erwartet, verhalten sich Eltern mit einem strengeren und verantwortungsbewussteren Erziehungsstil auch strenger in Bezug auf die FSK-Restriktionen. Je strenger die Restriktionen sind, desto höher ist auch der errechnete Mittelwert auf der Skala für die „mütterliche Erziehung“, gleichbedeutend mit einem strengeren und verantwortungsvolleren Erziehungsstil. Das Sensation-Seeking als Persönlichkeitsmerkmal zeigt ebenfalls eine signifikante Assoziation mit der FSK-Restriktion. Je ausgeprägter dieses Merkmal ist, was durch höhere Werte auf der Skala angezeigt wird, desto weniger streng sind die FSK-Restriktionen.

Tabelle 3 verdeutlicht, dass alle Covariaten bedeutsam mit den FSK-Restriktionen assoziiert sind. Es ist daher erforderlich, diese Covariaten in den multivariaten Analysen zu kontrollieren.

Tabelle 3: Assoziation zwischen der FSK-Restriktion und den Covariaten

FSK-16-Filme dürfengesehen werden

	N	nie	manchmal	öfter	immer	χ^2 -/F-Wert	p-Wert
Alter						$\chi^2(9)=190,53$	$p < 0,001$
11	562	283 (50,36%)	146 (25,98%)	106 (18,86)	27 (4,80%)		
12	948	382 (40,30%)	256 (27,00%)	233 (24,58%)	77 (8,12%)		
13	734	204 (27,79%)	226 (30,79%)	207 (28,20%)	97 (13,22%)		
14	380	69 (18,16%)	111 (29,21%)	108 (28,42%)	92 (24,21%)		
Geschlecht						$\chi^2(3)=198,59$	$p < 0,001$
Jungen	1.259	295 (23,43%)	374 (29,71%)	379 (30,10%)	211 (16,76%)		
Mädchen	1.365	643 (47,11%)	365 (26,74%)	275 (20,15%)	82 (6,01%)		
Schulart						$\chi^2(9)=199,96$	$p < 0,001$
Gymnasium	1.249	530 (42,43%)	401 (32,11%)	237 (18,98%)	81 (6,49%)		
Realschule	558	165 (29,57%)	175 (31,36%)	154 (27,60%)	64 (11,47)		
Hauptschule	601	150 (24,96%)	114 (18,97%)	207 (34,44%)	130 (21,63%)		
Gesamtschule	216	93 (43,06%)	49 (22,69%)	56 (25,93%)	18 (8,33%)		
Schulleistung						$\chi^2(6)=37,95$	$p < 0,001$
sehr gut	308	144 (46,75%)	77 (25,00%)	58 (18,83%)	29 (9,42%)		
gut	1.230	463 (37,64%)	348 (28,29%)	303 (24,63%)	116 (9,43%)		
durchschnittlich/ unter- durchschnittlich	1.086	331 (30,48%)	314 (28,91%)	293 (26,98%)	148 (13,63%)		
Alkoholkonsum der Eltern						$\chi^2(12)=44,57$	$p < 0,001$
nie	272	80 (29,41%)	56 (20,59%)	87 (31,99%)	49 (18,01%)		
einmal im Jahr	505	203 (40,20%)	124 (24,55%)	118 (23,37%)	60 (11,88%)		
einmal im Monat	939	331 (35,25%)	305 (32,48%)	223 (23,75%)	80 (8,52%)		
einmal in der Woche	779	277 (35,56%)	221 (28,37%)	193 (24,78%)	88 (11,30%)		
jeden Tag	129	47 (36,43%)	33 (25,58%)	33 (25,58%)	16 (12,40%)		
Anzahl der Freunde, die Alkohol trinken						$\chi^2(3)=111,40$	$p < 0,001$
keine	1.894	774 (40,87%)	531 (28,04%)	431 (22,76%)	158 (8,34%)		
einer oder mehr	730	164 (22,47%)	208 (28,49%)	223 (30,55%)	135 (18,49%)		
Sensation- Seeking Mittelwert (Skala: 0 -2,25		0,431 (SD 0,289)	0,601 (SD 0,315)	0,675 (SD 0,341)	0,789 (SD 0,367)	F=129,89 (3,2620)	$p < 0,001$
mütterlicher Erziehungsstil Mittelwert (Skala: 0,375 – 3)		2,340 (SD 0,374)	2,221 (SD 0,402)	2,175 (SD 0,413)	1,982 (SD 0,444)	F=65,29 (3,2620)	$p < 0,001$

3.3. Relation zwischen der elterlichen FSK-Restriktion und der Initiierung des Alkohol Trinkens bzw. des Binge Drinkings

Während der Follow-up Periode der Studie von 12-13 Monaten haben insgesamt 860 Schüler (32,77%) erstmals in ihrem Leben Alkohol konsumiert, 372 Schüler (14,8%) haben in diesem Zeitraum mindestens eine Binge Drinking Erfahrung gemacht. Von den Schülerinnen und Schülern, die angaben, nie FSK-16-Filme schauen zu dürfen, konsumierten 194 (20,68%) während des Beobachtungszeitraums Alkohol und 56 (5,97%) von ihnen versuchten das Binge Drinking. Höhere Zahlen finden sich bereits bei Schülern, deren Eltern es manchmal erlauben FSK-16-Filme zu sehen (N = 739). 261 (35,32%) von ihnen tranken Alkohol und 110 (14,88%) begannen mit dem Binge Drinking. Eine weitere Steigerung ist bei Schülern zu sehen, die öfter FSK-16-Filme gucken dürfen. In dieser Gruppe (N = 654) begannen 273 (41,74%) mit dem Alkoholkonsum und 124 (18,96%) praktizierten Binge Drinking. Bei denjenigen Schülerinnen und Schülern, deren Eltern immer erlauben FSK-16-Filme zu schauen (N = 293), zeigten sich die höchsten Prozentzahlen. Von ihnen konsumierten 132 (45,05%) im Beobachtungszeitraum Alkohol und 82 (27,99%) begannen in diesem Zeitraum mit dem Binge Drinking. Diese Werte sind in einem Säulendiagramm in der Abbildung 2 veranschaulicht.

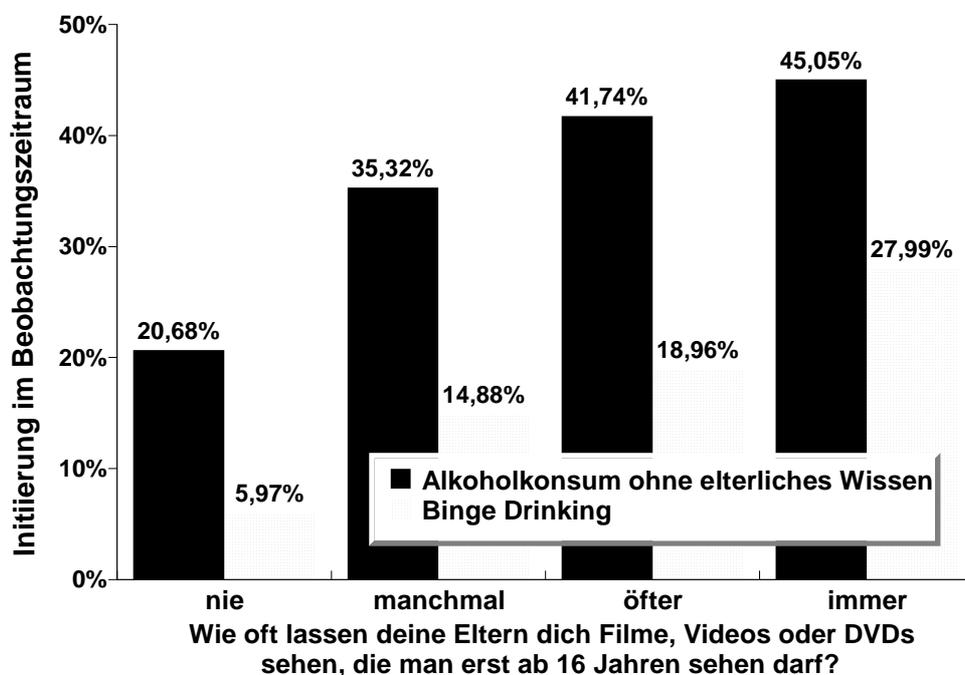


Abbildung 2: Relation zwischen der FSK-Restriktion und der Initiierung des Alkoholkonsums, bzw. des Binge Drinkings

In den durchgeführten multivariaten Analysen konnte unter Kontrolle der Covariaten ein signifikanter Effekt der elterlichen Film-Restriktionen auf die Initiierung des Trinkens von Alkohol und auf das Binge Drinking festgestellt werden. Schüler, deren Eltern das Sehen von FSK-16 Filmen immer erlauben, haben ein signifikant höheres Risiko das Trinken von Alkohol (Adjustiertes Relatives Risiko (ARR): 1,55; 95%KI: 1,25 – 1,91) zu beginnen und Binge Drinking zu praktizieren (ARR: 2,20; 95%KI: 1,46 – 3,32) als Jugendliche, deren Eltern das Anschauen von FSK-16-Filmen immer verbieten. Außerdem lässt sich ein annähernd linearer Zusammenhang zwischen der FSK-16-Restriktion und der Initiierung des Alkoholkonsums und des Binge Drinkings feststellen. Je weniger streng die Eltern in Bezug auf das Anschauen von FSK-16-Filmen sind, desto höher ist das Risiko für ihre Kinder, mit dem Alkoholkonsum und/oder dem Binge Drinking zu beginnen.

Die Tabelle 4 gibt eine Übersicht über das Relative Risiko und das adjustierte Risiko für die beiden Outcomes „Initiierung des Alkoholkonsums“ und „Binge Drinking“ als Funktion der elterlichen Filmrestriktion und der untersuchten Covariaten.

Tabelle 4: Relatives Risiko und adjustiertes Risiko für die Trinkinitiiierung und das Binge Drinking

Risiko-Faktor	N	Initiierung des erstmaligen Alkoholkonsums (%)	unadjustiertes RR (95% KI)	adjustiertes RR* (95% KI)	Initiierung des Binge Drinkings (%)	unadjustiertes RR (95% KI)	adjustiertes RR* (95% KI)
FSK-16 Filmrestriktion							
FSK-16 Filme dürfen..... gesehen werden							
nie	938	20,68	Referenz	Referenz	5,97	Referenz	Referenz
manchmal	739	35,32	1,71 (1,38 - 2,11)	1,39 (1,12 - 1,73)	14,88	2,49 (1,72 - 3,61)	1,68 (1,13 - 2,50)
öfter	654	41,74	2,02 (1,59 - 2,56)	1,61 (1,30 - 1,98)	18,96	3,18 (2,25 - 4,48)	2,00 (1,41 - 2,83)
immer	293	45,05	2,18 (1,74 - 2,73)	1,55 (1,25 - 1,91)	27,99	4,69 (3,27 - 6,73)	2,20 (1,46 - 3,32)
Schüler-Charakteristik							
Alter							
10-11	562	20,82	Referenz	Referenz	5,52	Referenz	Referenz
12	948	29,96	1,44 (1,18 - 1,76)	1,30 (1,07 - 1,59)	9,92	1,80 (1,24 - 2,61)	1,49 (0,99 - 2,25)
13	734	41,83	2,01 (1,51 - 2,68)	1,59 (1,24 - 2,04)	20,16	3,66 (2,41 - 5,55)	2,48 (1,66 - 3,71)
14	380	40,00	1,92 (1,42 - 2,61)	1,49 (1,15 - 1,93)	26,05	4,72 (3,17 - 7,03)	2,93 (1,98 - 4,33)
Geschlecht							
männlich	1259	34,31	Referenz	Referenz	16,60	Referenz	Referenz
weiblich	1365	31,36	0,91 (0,81 - 1,03)	1,10 (0,97 - 1,25)	11,94	0,72 (0,55 - 0,95)	0,97 (0,75 - 1,25)
Schulart							
Gymnasium	1249	30,98	Referenz	Referenz	12,97	Referenz	Referenz
Realschule	558	36,92	1,19 (0,91 - 1,56)	1,04 (0,81 - 1,33)	16,67	1,29 (0,97 - 1,70)	1,12 (0,93 - 1,35)
Hauptschule	601	31,28	1,01 (0,78 - 1,30)	0,85 (0,68 - 1,05)	15,97	1,23 (0,88 - 1,73)	0,91 (0,68 - 1,22)
Gesamtschule	216	36,57	1,18 (0,96 - 1,45)	1,12 (0,94 - 1,34)	9,72	0,75 (0,60 - 0,94)	0,73 (0,61 - 0,87)
Schulleistung							
sehr gut	308	23,38	Referenz	Referenz	9,74	Referenz	Referenz
gut	1230	29,35	1,26 (1,05 - 1,50)	1,08 (0,92 - 1,27)	10,73	1,10 (0,81 - 1,50)	0,92 (0,68 - 1,24)
durchschnittlich/ unter-durchschnittlich	1086	39,32	1,68 (1,41 - 2,01)	1,25 (1,07 - 1,46)	19,34	1,99 (1,45 - 2,73)	1,27 (0,95 - 1,71)
Alkoholkonsum der Eltern							
nie	272	20,96	Referenz	Referenz	8,82	Referenz	Referenz
einmal im Jahr	505	31,88	1,52 (1,14 - 2,03)	1,55 (1,19 - 2,02)	12,48	1,41 (0,85 - 2,34)	1,57 (0,97 - 2,55)
einmal im Monat	939	33,76	1,61 (1,14 - 2,29)	1,60 (1,18 - 2,16)	12,99	1,47 (0,88 - 2,46)	1,69 (1,02 - 2,80)
einmal in der Woche	779	35,82	1,71 (1,27 - 2,31)	1,60 (1,23 - 2,07)	17,33	1,96 (1,17 - 3,31)	2,03 (1,21 - 3,42)
jeden Tag	129	35,66	1,70 (1,21 - 2,40)	1,63 (1,18 - 2,27)	21,71	2,46 (1,41 - 4,29)	2,79 (1,58 - 4,93)
Anzahl der Freunde, die Alkohol trinken							
keine	1894	26,82	Referenz	Referenz	9,40	Referenz	Referenz
einer oder mehr	730	48,22	1,80 (1,56 - 2,08)	1,33 (1,21 - 1,46)	26,58	2,83 (2,28 - 3,51)	1,62 (1,34 - 1,95)
Sensation-seeking							
Mittelwert (12 items, range 0-2,25)	0,580 (SD 0,342)		2,40 (2,06 - 2,79)	1,74 (1,47 - 2,05)		3,61 (2,81 - 4,64)	2,18 (1,67 - 2,85)
mütterlicher Erziehungsstil							
Mittelwert (8 Items, range 0,375- 3)	2,225 (SD 0,414)		0,65 (0,56 - 0,76)	0,89 (0,77 - 1,02)		0,56 (0,44 - 0,72)	0,97 (0,74 - 1,25)

Legende:

* Adjustiert für alle in der Tabelle aufgeführten Risikofaktoren

RR = Relatives Risiko

KI = Konfidenzintervall

3.4. Relation zwischen den Covariaten und der Initiierung des Alkohol Trinkens und des Binge Drinkings

Neben der elterlichen Filmrestriktion gibt es noch diverse Covariaten, für die ein signifikanter Effekt auf die Initiierung des Alkoholkonsums und des Binge Drinkings festgestellt werden konnte (siehe Tabelle 5). Die Geschlechter unterscheiden sich hinsichtlich der Initiierung des Alkohol Trinkens und des Binge Drinkings nicht voneinander. Von den 1.259 männlichen Schülern konsumierten 432 (34,31%) während der Datenerhebung erstmals Alkohol und 209 (16,60%) tranken in diesem Zeitraum fünf oder mehr alkoholische Getränke innerhalb weniger Stunden. Bei den weiblichen Schülern (insgesamt 1365) zeigten sich ähnliche Werte: 428 (31,36%) Schülerinnen tranken in dem beobachteten Zeitraum Alkohol und 163 (11,94%) initiierten das Binge Drinking. In der Berechnung des adjustierten Risikos konnte für diese mögliche Covariate kein signifikanter Effekt auf das Outcome der Schüler nachgewiesen werden.

Im Gegensatz zum Geschlecht spielt das Alter bei der Initiierung des Alkoholkonsums und/oder des Binge Drinkings, wie erwartet, eine entscheidende Rolle. Von den insgesamt 562 10- und 11-Jährigen konnte bei 117 (20,82%) Schülern eine Initiierung des Alkoholkonsums und bei 31 Schülern (5,52%) eine Initiierung des Binge Drinkings festgestellt werden. Eine weitere Steigerung zeigte sich bei den 12-,13- und 14-jährigen Schülern. Von den 380 14-Jährigen konsumierten bereits 40,00% erstmals Alkohol und 26,05% von ihnen begannen mit dem Binge Drinking.

Die Berechnung des adjustierten Risikos ergab für die Initiierung des Alkoholkonsums folgende Werte für die verschiedenen Altersgruppen in Bezug auf die 10-11-Jährigen: 12 Jahre ARR: 1,30 (95% KI: 1,07 – 1,59); 13 Jahre ARR: 1,59 (95% KI: 1,24 – 2,04); 14 Jahre ARR: 1,49 (95% KI: 1,15 – 1,93). Für die Initiierung des Binge Drinkings berechneten sich folgende Werte für das relative Risiko in Bezug auf die jüngste Altersgruppe: 12 Jahre ARR: 1,49 (95% KI: 0,99 – 2,25), 13 Jahre ARR: 2,48 (95% KI: 1,66 – 3,71), 14 Jahre ARR: 2,93 (95% KI: 1,98 – 4,33). Somit zeigt sich ein signifikanter Einfluss des Alters auf die beiden Outcomes, ausgenommen die Altersgruppe der 12-Jährigen, die gegenüber den 10-11-Jährigen kein erhöhtes Risiko haben, mit dem Binge Drinking zu beginnen. Je höher das Alter ist, desto größer ist das Risiko für die Initiierung des Alkoholkonsums und/oder des Binge Drinkings. Gerade in Bezug auf das Binge Drinking scheint das Alter einen sehr großen

Effekt zu haben. Während das Risiko der 14-Jährigen für die Initiierung des Alkoholkonsums nur ca. 1,5-fach höher ist als bei der Referenzgruppe der 10- und 11-Jährigen, so ist das Risiko für das Binge Drinking um etwa das 3-fache erhöht.

Während für die Schulart und die schulische Leistung des Schülers kein signifikanter Einfluss auf den Beginn des Alkoholkonsums und auf den Beginn des Binge Drinkings festgestellt werden konnte, zeigte der elterliche Alkoholkonsum einen hohen Einfluss. Auch hier zeigt sich ein linearer Zusammenhang. Je häufiger die Eltern Alkohol konsumieren, desto höher ist auch die Wahrscheinlichkeit, dass ihre Kinder mit dem Trinken von Alkohol oder dem Binge Drinking beginnen. Von den 272 Schülern, die angaben, ihre Eltern würden nie Alkohol trinken, konsumierten nur 57 (20,96%) Schüler während des Beobachtungszeitraums von einem Jahr Alkohol, 24 (8,82%) von ihnen begannen mit dem Binge Drinking. Bei jährlichem Alkoholkonsum der Eltern waren es bereits 161 (31,88%) von 505 Schülern, die mit dem Trinken von Alkohol begannen und 63 (12,48%) Schüler, die mindestens einmal Binge Drinking praktizierten. Bei denjenigen Schülern, deren Eltern monatlich (N=939) oder wöchentlich (N=779) Alkohol trinken, zeigten sich wiederum höhere Zahlen.

Eine weitere Steigerung des Risikos zeigt sich bei den Schülern, deren Eltern täglich Alkohol konsumieren. Der prozentuale Anteil dieser Schüler (N=129), die innerhalb des Beobachtungszeitraums mit dem Alkohol trinken begannen, liegt mit 35,66% gleichauf mit dem wöchentlichen Alkoholkonsum der Eltern. Allerdings begannen 21,71% der Schüler mit täglichem elterlichen Alkoholkonsum mit dem Binge Drinking, was wiederum eine deutliche Steigerung gegenüber dem wöchentlichen Eltern-Alkoholkonsum (17,33%) ist. Die berechneten Werte für das adjustierte Risiko spiegeln die lineare Beziehung des elterlichen Alkoholkonsums zur Initiierung des Alkoholkonsums ihrer Kinder und der Initiierung des Binge Drinkings ebenfalls wider. Sie sind der Tabelle 4 mit dazugehörigen 95%-Konfidenzintervallen zu entnehmen. Interessant ist abermals, dass der elterliche Alkoholkonsum, ähnlich dem Alter, einen größeren Effekt auf die Initiierung des Binge Drinking zu haben scheint als auf die Initiierung des Alkoholkonsums. Gerade bei den Schülern, deren Eltern wöchentlich oder täglich Alkohol trinken, ist dieser Unterschied auf die beiden Outcomes deutlich. Bei Schülern mit Eltern, die täglich Alkohol trinken, ist das Risiko, mit dem Binge Drinking zu beginnen (ARR: 2,79), fast doppelt so groß wie das Risiko, Alkohol zu trinken (ARR: 1,63).

Neben dem elterlichen Trinkverhalten spielt der Alkoholkonsum der Freunde ebenfalls eine große Rolle. In unserer Analyse unterschieden wir nur Schüler, die keine alkoholtrinkenden Freunde hatten, von solchen, in deren Freundeskreis Alkohol getrunken wird. Unabhängig von der Anzahl der Freunde, die Alkohol trinken, konnte gezeigt werden, dass Alkoholkonsum im Freundeskreis einen signifikanten Einfluss auf das Outcome der Schüler hatte. Das adjustierte Risiko von Schülern mit Freunden, die Alkohol trinken, für die Initiierung des Alkoholkonsums ist gegenüber Schülern ohne Freunde mit Alkoholkonsum um das 1,33-fache erhöht (95%KI: 1,21- 1,46). Für das Binge Drinking als Outcome liegt das Risiko bei ARR: 1,62 (95%KI: 1,34 – 1,95) für Schüler mit alkoholtrinkenden Freunden im Vergleich zu Schülern, die keine Freunde mit Alkoholkonsum haben.

Ein weiterer bedeutsamer Zusammenhang, der auch bei multivariater Analyse bestehen bleibt, zeigt sich für das Persönlichkeitskonstrukt Sensation Seeking: Je ausgeprägter dieses Persönlichkeitsmerkmal, desto höher das Risiko der Initiierung des Alkoholkonsums und des Binge Drinkings. Unter Berücksichtigung der Covariaten zeigt sich kein bedeutsamer Zusammenhang zwischen dem mütterlichen Erziehungsstil und der Initiierung des Alkoholkonsum bzw. des Binge Drinkings.

4. Diskussion

4.1. Zusammenfassung der grundsätzlichen Ergebnisse

Diese Studie ist die erste longitudinale Studie, die den Einfluss elterlicher Filmrestriktionen auf die Initiierung des Alkoholkonsums und die Initiierung des Binge Drinkings untersucht. Jugendliche, die laut eigener Angaben keine elterlichen Restriktionen in Hinblick auf FSK-16-Filme erfahren, haben ein signifikant höheres Risiko, mit dem Trinken von Alkohol generell oder dem Binge Drinking zu beginnen. Es zeigte sich ein linearer Zusammenhang zwischen den FSK-16-Restriktionen und der Initiierung des Alkoholkonsums und des Binge Drinkings. Je schwächer die elterlichen Restriktionen sind, desto höher ist das Risiko für die Jugendlichen, ein erstmaliges bzw. riskantes Trinkverhalten zu entwickeln.

Um den Einfluss möglicher Confounder auf den Effekt der elterlichen Restriktionen auszuschließen, wurde eine Vielzahl von Covariaten erhoben. Diese umfassten Alter,

Geschlecht, Schulart, schulische Leistung der Schüler sowie den Alkoholkonsum der Eltern, die Anzahl der alkoholkonsumierenden Freunde, das Persönlichkeitsmerkmal „Sensation-Seeking“ und den mütterlichen Erziehungsstil.

Die Auswertung ergab, dass der Effekt der elterlichen Restriktionen des Filmkonsums nicht nur im univariaten Modell bedeutsam ist, vielmehr bleibt er auch im multivariaten Modell bei der Kontrolle der erhobenen Covariaten statistisch signifikant.

Das Hauptergebnis dieser Studie ist also, dass elterliche Filmrestriktionen einen bedeutsamen Effekt auf die Initiierung des Alkoholkonsums und die Initiierung des Binge Drinkings haben können.

4.2. Stärken und Schwächen der Studie

Auch diese Studie weist gewisse Stärken und Schwächen auf, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden sollten. Die größte Schwäche dieser Studie ist die Tatsache, dass alle erhobenen Daten auf Selbstangaben der Schüler basieren. Eine Erhebung von objektivierbaren Daten, wie z.B. eine Blutuntersuchung oder eine Urinuntersuchung, war bei dieser Fragestellung nicht möglich, da sie keinen Aufschluss über die beiden möglichen Outcomes gegeben hätte. Abgesehen davon wäre eine labortechnisch-chemische Untersuchung in diesem Umfang aus verschiedenen Gründen nicht möglich gewesen. Die erhobenen Daten dieser Studie sind also nur subjektive Angaben der Schüler, deren Richtigkeit nicht kontrolliert werden kann. Gerade aufgrund der Tatsache, dass wir bei der Befragung speziell nach dem Alkoholkonsum ohne elterliches Wissen und dem Binge Drinking gefragt haben, welches von Eltern und Lehrern mit Sicherheit unerwünscht ist, ist zu befürchten, dass die Schüler sich aus Angst vor möglichen Folgen nicht trauen, wahrheitsgemäße Angaben zu machen. Auch Fragen über die mütterliche Erziehung und Fragen zu dem Persönlichkeitsmerkmal „Sensation-Seeking“ könnten Schüler veranlassen, aufgrund von sozialer Unerwünschtheit bestimmter Verhaltensweisen, falsche Angaben zu machen. Um die Wahrscheinlichkeit zu senken, dass Schüler sich nicht trauen wahrheitsgemäß zu antworten, da sie Restriktionen von Eltern und Lehrern fürchten, falls diese ihre Antworten lesen, wurde ein bestimmtes Konzept zur Durchführung der Befragung entworfen.

Die Fragebögen wurden von geschulten Personen, die weder aus dem Lehrerkreis noch aus dem Elternkreis der befragten Schüler stammten, verteilt und später wieder eingesammelt. Nach dem Beantworten der Fragen, wurden die Fragebögen vor den Augen der Schüler in einen Umschlag gesteckt, der umgehend verschlossen wurde. So konnten die Schüler sicher sein, dass weder die Lehrer noch ihre Eltern die beantworteten Fragebögen zu Gesicht bekommen würden. Außerdem generierten die Schüler ihren eigenen spezifischen anonymen Code, der nur ihnen selbst bekannt war. Die beantworteten Fragebögen enthielten also keine Namen, sondern nur Codes, die namentlich nicht zuzuordnen waren.

Durch dieses anonymisierte Verfahren erhöhten wir die Wahrscheinlichkeit von wahrheitsgemäßen Angaben der Jugendlichen, sodass wir bei der Auswertung der Daten von deren überwiegender Richtigkeit ausgehen konnten.

Um den Familien-sanktionierten Alkoholkonsum der Jugendlichen auszuschließen, wurde in der Befragung nur derjenige Alkoholkonsum erfasst, der ohne elterliches Wissen erfolgt. Die Messung beinhaltet also nicht den vollkommenen prävalenten Alkoholkonsum der Jugendlichen, sondern nur denjenigen, der heimlich stattfindet. Rein theoretisch könnte es also sein, dass Eltern über das riskante Trinkverhalten ihrer Kinder Bescheid wissen, wir dieses Trinkmuster aber nicht erfasst haben, da es mit elterlichem Wissen geschieht. Diese Annahme ist jedoch eher unwahrscheinlich, da nicht anzunehmen ist, dass Eltern über das riskante Trinkverhalten ihrer Kinder Bescheid wissen und es dennoch zulassen.

Obwohl wir in unserer Studie eine Vielzahl möglicher Confounder untersucht haben, kann die Existenz eines nicht geprüften Confounders nicht ausgeschlossen werden. Dieser Confounder, der die Ergebnisse der Studie verfälschen könnte, müsste stark mit der elterlichen Filmrestriktion und der Trinkinitiation assoziiert sein, ohne mit den anderen untersuchten Variablen zu korrelieren. Seine Existenz erscheint demnach eher unwahrscheinlich, kann jedoch nicht sicher ausgeschlossen werden.

Spielfilme sind nur einen Teil von vielen Entertainment-Medien, die den Konsum von Alkohol porträtieren und somit die Jugendlichen zu dessen Konsum verleiten können. In dieser Studie wurden nur die elterlichen Restriktionen in Hinblick auf FSK-16-Filme untersucht. Wie sich die Eltern in Bezug auf Alkoholwerbung und TV-Serien, die ja ebenfalls den Gebrauch von Alkohol zeigen, verhalten, wurde in dieser Studie nicht untersucht. Diese Tatsache kann als weiterer Schwachpunkt der Studie betrachtet werden, da Alkohol-Werbung

und der Konsum von Alkohol in TV-Serien ebenfalls zur Initiierung des Alkoholkonsums und der Initiierung des Binge Drinkings bei Jugendlichen beitragen können.

Im Follow-up der Datenerhebung, also der zweiten Befragung, fehlen Jugendliche mit einem hohen Risiko für riskante Verhaltensmuster in der Regel öfter als solche, die ein geringes Risiko haben. Das liegt daran, dass Jugendliche mit erhöhtem Risiko öfter in der Schule fehlen oder ggf. auch der Schule verwiesen werden, sodass diese am Tag der zweiten Datenerhebung nicht anwesend sind. Diese Annahme mag sicherlich auch bei dieser Studie teilweise zutreffend sein. Für die Ergebnisse der Jugendlichen, die eine höhere Neigung zu riskanten Verhaltensmustern zeigen, sind die Daten also weniger sicher, da sie im Follow-up häufiger nicht erhoben werden können.

An eine Beeinflussung einzelner Covariaten untereinander ist ebenfalls zu denken. Es wäre beispielsweise möglich, dass Jugendliche, die mehr FSK-16-Filme sehen dürfen, dadurch in ihrem Sensation-Seeking beeinflusst werden. Da Filme, die für ältere Jugendliche und Erwachsene bestimmt sind, insgesamt häufig riskantes Verhalten zeigen (Gunasekera et al., 2005), wäre es denkbar, dass Jugendliche das porträtierte riskante Verhalten zu imitieren versuchen und somit eine höhere Neigung zum Sensation-Seeking entwickeln.

Des Weiteren sollte erwähnt werden, dass der Konsum von Alkohol und das Binge Drinking unter deutschen Jugendlichen insgesamt sehr verbreitet ist. Trotzdem wird bei weitem nicht jeder alkoholkonsumierende Jugendliche später alkoholabhängig. Die Erfahrungen im Jugendalter mit Alkohol gehören, zumindest teils, einfach zum Erwachsenwerden dazu und tragen ihren Teil zu der Identitätsfindung der Jugendlichen bei. Nichtsdestotrotz haben jugendliche Trinker ein vielfach höheres Risiko, ein riskantes Trinkverhalten im Erwachsenenalter zu entwickeln (McCarty et al., 2004).

Zum Schluss ist noch die Generalisierbarkeit der Studie in Frage zu stellen. Die 2624 befragten Schüler stammen alle aus Schleswig-Holstein und wohnen in einer eher ländlichen Umgebung. Ob die Ergebnisse dieser Studie somit auf alle deutschen Jugendlichen zutrifft, kann nicht sicher behauptet werden. Es wäre möglich, dass eine Befragung von Kindern und Jugendlichen, die in Großstädten Deutschlands aufwachsen, andere Ergebnisse erzielt hätte. Die frühere Annahme, dass ein „Nord-Süd-Gefälle“ in der Prävalenz riskanten Alkoholkonsums in Deutschland bestünde, gilt heute nicht mehr. Es bestehen zwar regionale Unterschiede im Trinkverhalten, jedoch scheint es kein „Nord-Süd-Gefälle“ in Hinblick auf

den riskanten Konsum von Alkohol zu geben und auch ein vermehrtes Auftreten von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in den nördlichen Regionen konnte nicht bewiesen werden (Kraus et al., 2001). Ein unterschiedliches Trinkverhalten zwischen Jugendlichen aus ländlicher Umgebung und Jugendlichen aus Großstädten ist jedoch denkbar. Der Trend zu riskanten Verhaltensmustern von Kindern und Jugendlichen aus Großstädten lässt ein höheres Risiko dieser Jugendlichen für die Initiierung des Alkoholkonsums oder des Binge Drinkings vermuten. Welchen Effekt die elterlichen Filmrestriktionen auf das Trinkverhalten von Großstadt-Jugendlichen haben, kann nur vermutet werden. Diesbezüglich wären entsprechende Daten wünschenswert.

Insgesamt ist festzustellen, dass die Studie aufgrund der großen Stichprobe von N=2624 eine sehr gute Datenbasis bietet. Durch das longitudinale Design dieser Studie konnte der Effekt elterlicher Filmrestriktionen auf die Initiierung des Alkoholkonsums und die Initiierung des Binge Drinkings bei Jugendlichen untersucht werden. Gegenüber anderen Studiendesigns hat eine longitudinale Studie den Vorteil, dass es uns möglich war, einen temporalen Zusammenhang zwischen der elterlichen Filmrestriktion und dem Trinkverhalten der Jugendlichen herzustellen.

Auch die große Anzahl der mituntersuchten Covariaten ist eine Stärke dieser Studie. Einige der untersuchten Covariaten haben, ähnlich den elterlichen Restriktionen, einen signifikanten Effekt auf die Initiierung des jugendlichen Trinkverhaltens, wodurch die Sinnigkeit der Auswahl der Covariaten belegt ist. Da alle erhobenen Covariaten als mögliche Confounder in der multivariaten Datenanalyse berücksichtigt wurden, ist eine Verfälschung der Ergebnisse sehr unwahrscheinlich.

4.3. Vergleich mit anderen Studien

Meiner derzeitigen Kenntnis nach wurden bislang lediglich zwei Querschnitt- und zwei Längsschnittstudien publiziert, die sich mit der Fragestellung der Auswirkungen elterlicher Filmrestriktionen auf den beginnenden Alkoholkonsum im Kindes- und Jugendalter auseinandersetzen. Während die bisherigen Untersuchungen die Initiierung des Alkoholkonsums generell bzw. des riskanten Trinkverhaltens untersuchten, handelt es sich bei der hier durchgeführten Untersuchung um die erste, die beide Parameter simultan erfasste.

Die von Hanewinkel et al. 2007 durchgeführte Querschnittsstudie und die von Hanewinkel et al. 2009a durchgeführte Längsschnittstudie über die Exposition gegenüber Alkoholgebrauch in Entertainment-Medien und dem Alkoholkonsum unter Jugendlichen lieferte signifikante Ergebnisse, die als Grundlage für die Fragestellung dieser Studie dienen. Je mehr Alkoholexposition die Jugendlichen ausgesetzt waren, desto höher ist ihr Risiko für den Konsum von Alkohol und das Risiko, mit dem Binge Drinking zu beginnen (Hanewinkel et al., 2007; Hanewinkel et al., 2009a). Diese Tatsache veranlasste uns zu der Fragestellung, ob Eltern durch ihre Filmrestriktionen einen Einfluss auf das Outcome der Jugendlichen haben können.

Eine im Jahr 2002 durchgeführte Studie in den USA von Dalton et al. untersuchte in einem Querschnittsdesign die Beziehung zwischen elterlichen Filmrestriktionen und dem Tabak- und Alkoholkonsum bei Jugendlichen. Es zeigte sich, dass die Restriktionen der Eltern das Risiko für den Konsum von Tabak und Alkohol bei Jugendlichen signifikant senken. Aufgrund des Querschnittsdesigns ist eine kausale Zuordnung jedoch weniger sicher als bei einem longitudinalen Studiendesign.

Eine Longitudinalstudie aus dem Jahr 2006 (Dalton et al., 2006), die ebenfalls in den USA durchgeführt wurde, untersuchte abermals die Assoziation zwischen den elterlichen Regeln und der elterlichen Überwachung des kindlichen Fernsehens und dem Risiko für den Tabak- und Alkoholkonsum von Kindern. Auch in dieser Studie wurde ein signifikanter Einfluss der elterlichen Überwachung des Medienverhaltens der Kinder auf den Tabak- und Alkoholkonsum von Kindern festgestellt. Leider wurde auch in dieser Studie nicht das Outcome des riskanten Trinkverhaltens, wie z.B. des Binge Drinkings, erfasst.

Die in Deutschland durchgeführte Studie (Hanewinkel et al., 2008) über den Einfluss der elterlichen Filmrestriktion auf das jugendliche Rauchen und Alkohol Trinken untersucht zwar den Einfluss der Filmrestriktionen auf das riskante Trinkverhalten bei Jugendlichen, jedoch wurde die Initiierung des Alkoholkonsums nicht parallel erhoben.

Die Ergebnisse dieser Studie, die denen aus den erwähnten amerikanischen Studien sehr ähneln, sprechen für eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse. Aufgrund der strengeren Gesetze in den USA bezüglich des Alkoholerwerbs und des Konsums von Alkohol wäre ein Unterschied in den Ergebnissen bei gleicher Fragestellung in den USA und in Deutschland möglich gewesen.

Diese Studie bietet also aufgrund des longitudinalen Designs die Möglichkeit, eine temporale Beziehung zwischen den elterlichen Filmrestriktionen und der Initiierung des Alkoholkonsums sowie der Initiierung des Binge Drinkings herzustellen. Die Übereinstimmung der Ergebnisse mit anderen Studien aus den USA und aus Deutschland mit ähnlichen Fragestellungen spricht für die Richtigkeit und die Generalisierbarkeit der Daten.

4.4. Bedeutung der Studie – mögliche Konsequenzen

Die Ergebnisse der Studie machen sehr deutlich, dass elterliche Interventionen einen protektiven Effekt auf die Jugendlichen haben können. Durch elterliche Restriktionen von FSK-16-Filmen, die ja ohnehin nur für ältere Jugendliche und Erwachsene bestimmt sind, kann das Risiko für die Initiierung des Alkoholkonsums und der Initiierung des Binge Drinkings erheblich gesenkt werden.

Im Sinne der Verhaltensprävention sollte den Eltern also verdeutlicht werden, dass sie durch ihre Filmrestriktionen einen protektiven Einfluss auf riskantes Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen haben können. Dazu wäre es sinnvoll, geeignete Maßnahmen zu entwickeln, die Eltern informieren und unterstützen. Den meisten Eltern fehlt die Information, dass sie durch eine strengere Überwachung des kindlichen Filmkonsums ihre Kinder vor einem gesundheitsschädigenden Verhalten beschützen können. Würden sich die Eltern genauer über die Altersbeschränkungen von Filmen informieren und ihren Kindern nur erlauben altersentsprechende Spielfilme zu sehen, so könnte das Risiko für eine Initiierung des Alkoholkonsums und das Risiko für eine Initiierung des Binge Drinkings signifikant gesenkt werden.

Diese Aufklärung der Eltern ist dringend notwendig, gleichzeitig sollte es den Eltern erleichtert werden, sich über die Altersbeschränkungen von Spielfilmen zu informieren.

Eine bessere Aufklärung sollte möglichst alle Eltern erreichen. Es wäre zum Beispiel denkbar, dass Eltern in Gesprächen im Rahmen ärztlicher Untersuchungen aufgeklärt werden. Hier würde sich z.B. die J1-Untersuchung beim Kinderarzt oder Hausarzt gut eignen. Die J1-Untersuchung wird derzeit von den Krankenkassen finanziert und wird im Alter von 13-14 Jahren durchgeführt. Der betreuende Arzt könnte also Gespräche führen und die Eltern über den protektiven Effekt von Filmrestriktionen in Hinblick auf das Trinkverhalten aufklären.

Wünschenswert wäre allerdings eine noch frühere Aufklärung. Da bereits ein Teil der 13-14-Jährigen Erfahrungen mit dem Trinken von Alkohol gemacht hat, wäre es sinnvoller die Eltern aufzuklären, bevor ihre Kinder in Kontakt mit Alkohol kommen. Anbieten würde sich in diesem Fall die U11-Untersuchung, die im Alter von 9-10 Jahren statt findet. Allerdings wird die U11-Untersuchung derzeit nicht von den Krankenkassen bezahlt, sodass ein Teil der Eltern diese Untersuchung aufgrund der zusätzlichen Kosten nicht wahrnimmt.

Eine Aufklärung der Eltern wäre auch im Rahmen von Elternabenden in der Schule denkbar. Hiermit würden vielleicht mehr Eltern erreicht werden können als im ärztlichen Setting. Eine Verteilung geeigneter Informationsbroschüren könnte auch durch den Lehrer erfolgen, der den Elternabend leitet.

Zwar ist es fraglich, ob Kinderärzte, Hausärzte und/oder Lehrer den zeitlichen Mehraufwand bewältigen können, jedoch wäre es eine lohnenswerte Investition in die Zukunft der Kinder und Jugendlichen. Gerade in Anbetracht der Tatsache, dass das riskante Trinkverhalten unter Jugendlichen zunimmt, sind Präventionsmaßnahmen in diesem Bereich von dringender Notwendigkeit.

Neben den verhaltenspräventiven Maßnahmen, die sich auf die Eltern beziehen, sollten auch die Kinder und Jugendlichen in geeignete Maßnahmen einbezogen werden. Hier spielt die Erhöhung der Medienkompetenz der Schüler eine bedeutende Rolle. Durch eine bessere Aufklärung über die möglichen Konsequenzen von riskanten Verhaltensweisen, wie z.B. dem Konsum von Alkohol, sollten die Schülerinnen und Schüler dazu angehalten werden, den Alkoholkonsum in den Medien kritisch zu bewerten. Eine erweiterte Sichtweise, die durch eine bessere Aufklärung erreicht werden kann, soll es den Schülern ermöglichen, sich von den alkoholkonsumierenden Rollenmodellen aus den Medien zu distanzieren und deren gesundheitsschädigendes Verhalten als solches zu erkennen. Wichtig ist hierbei vor allem die Darstellung des Alkoholkonsums in Filmen und im Fernsehen. Den Jugendlichen sollte verdeutlicht werden, dass der Konsum von Alkohol keineswegs „cool“ ist, sondern vielmehr zu schweren gesundheitlichen und sozialen Schäden führen kann.

Diese Aufklärungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche könnten sinnvollerweise im schulischen Rahmen stattfinden und somit eine sehr hohe Anzahl von Schülerinnen und Schülern erreichen. Informationsgespräche im ärztlichen Setting wären, wie oben erwähnt, natürlich ebenfalls denkbar.

Neben der Verhaltensprävention wären auch verhältnispräventive Maßnahmen sinnvoll, da diese oft den Vorteil haben, eine ganze Population erreichen zu können. Hier spielen die Informationen über die Altersbeschränkungen von Spielfilmen eine große Rolle. Um den kindlichen und jugendlichen Zugang zu Entertainment-Medien besser kontrollieren zu können, ist eine bessere Kennzeichnung von Altersbeschränkungen nötig. Die Kennzeichnung soll es den Eltern erleichtern zu entscheiden, ob z.B. ein Spielfilm für ihr Kind geeignet ist oder nicht.

Seit das erste Gesetz zur Änderung des Jugendschutzgesetzes am 1. Juli 2008 in Kraft getreten ist, wird eine neue FSK-Kennzeichnung vorgeschrieben. Dies ist mit Sicherheit ein Schritt in die richtige Richtung, da die Mindestgröße und die Sichtbarkeit der Alterskennzeichnung nun gesetzlich vorgeschrieben sind. Die neue FSK-Kennzeichnung sieht vor, dass die Kennzeichnung der Altersbeschränkung auf der Frontseite des jeweiligen Mediums in der linken unteren Ecke erkenntlich ist. Dazu wurde jeder FSK-Klassifikation eine Farbe zugeschrieben, sodass eine bessere Erkennbarkeit der Altersbeschränkung erreicht wurde. Ab dem 1. April 2010 ist die Übergangsfrist abgelaufen, sodass ab diesem Zeitpunkt jeder Film unabhängig vom Medium deutlich mit einer FSK-Kennzeichnung versehen ist (Freiwillige Selbstkontrolle der Filmwirtschaft, 2008).

Doch nicht nur die Kennzeichnung auf den jeweiligen Film-Covern ist von Bedeutung, auch in TV-Zeitschriften und direkt im Fernsehen sollten die Filme mit einer entsprechenden Altersbeschränkung versehen sein, die deutlich sichtbar ist. In den gängigen Fernsehzeitschriften erhält man zwar die Alters-Information eines Filmes, jedoch ist diese Angabe alles andere als deutlich sichtbar. In den meisten Fällen befindet sich eine Information bezüglich der FSK-Klassifikation eines Filmes im Kleingedruckten und „motiviert“ Eltern und Kinder müssen angestrengt suchen, um die Information überhaupt zu finden. Eine deutlichere Kennzeichnung wäre also sehr wünschenswert. Geeignet wäre sicherlich eine ähnliche Kennzeichnung von Spielfilmen in Fernsehzeitschriften, wie es für die Medien-Cover vorgesehen ist. Würde man die neuen FSK-Kennzeichnungen auch einfach in den Fernsehzeitschriften deutlich sichtbar drucken, so wäre es für Eltern um vieles leichter, den Filmkonsum ihrer Kinder zu kontrollieren.

Auch direkt im Fernsehen sollten Spielfilme durchgehend mit einer Altersbeschränkung gekennzeichnet sein. Während in Deutschland die Altersbeschränkung eines Filmes nur in einem kurzen Vorspann angezeigt wird und dies auch nur bei FSK-16-Filmen, so ist die

Altersbeschränkung in den USA durchgehend während des ganzen Filmes eingeblendet. Somit wird es den Eltern deutlich erleichtert einen guten Überblick zu haben, was ihre Kinder sich im Fernsehen anschauen. Wenn die Eltern nur einen kurzen Blick in das Zimmer werfen, in dem ihr Kind gerade Fernsehen schaut, so sehen die amerikanischen Eltern auf einen Blick die Altersbeschränkung. In Deutschland ist es für Eltern schwieriger zu überprüfen, was ihre Kinder gerade im Fernsehen schauen. Sie müssen zuerst mühsam in einer Programmzeitschrift nach der FSK-Klassifizierung suchen.

Eine ähnliche Regelung wie in den USA wäre auch in Deutschland denkbar, um den Eltern eine Einschätzung der Altersbeschränkung eines Filmes zu erleichtern. So würde es ihnen erleichtert werden, Restriktionen auszuüben und gegenüber ihren Kindern durchzusetzen. Das Risiko für eine frühe Initiierung des Alkoholkonsums und des Binge Drinkings bei Jugendlichen könnte somit vermindert werden, um die Jugendlichen vor einem späteren Missbrauch von Alkohol zu schützen.

In Anbetracht der Tatsache, dass Alkoholkonsum nicht nur in Spielfilmen, sondern vielmehr auch in der Werbung und in TV-Serien porträtiert wird, wäre eine Bewertung der Alters-tauglichkeit auch für TV-Serien sinnvoll. Derzeit werden nur Spielfilme, die für die öffentliche Vorführung in Deutschland, bzw. die Zugänglichmachung vorgesehen sind, mit einer FSK-Klassifizierung versehen. Da Alkoholkonsum aber auch in TV-Serien vielfach dargestellt wird und die Schauspieler ebenso wie bei den Spielfilmen als Rollenmodelle für die Jugendlichen fungieren, sollten auch TV-Serien nach altersentsprechenden Klassifikationen bewertet werden. Dies würde eine bessere Kontrollierbarkeit des Fernsehkonsums von Kindern und Jugendlichen nach sich ziehen und insbesondere der Konsum von altersentsprechenden Filmen und Serien würde erleichtert werden.

4.5. Unbeantwortete Fragen und mögliche zukünftige Forschung

Aufgrund der fraglichen Generalisierbarkeit der Studie, wäre eine bundesweite, repräsentative Datenerhebung natürlich wünschenswert.

Da wir in dieser Studie nur die elterlichen Restriktionen der FSK-16-Filme untersucht haben und diese nur einen Teil der verfügbaren Entertainment-Medien ausmachen, wäre eine weitgreifendere Fragestellung sinnvoll. Interessant wäre es zu untersuchen, ob elterliche

Restriktionen der TV-Serien oder allgemein Einschränkung des Medien-Konsums von Kindern ebenfalls einen präventiven Effekt auf die Initiierung des Alkoholkonsums und die Initiierung des Binge Drinkings haben.

Eine zukünftige Forschung könnte die Wirksamkeit von präventiven Maßnahmen beinhalten. Diese Präventionsmaßnahmen sollten in randomisierten Studien auf ihre Wirksamkeit überprüft werden.

Wie unter 4.4. erläutert, wäre eine Aufklärung der Eltern z.B. durch den Kinderarzt oder den Hausarzt denkbar. Es müsste also ein geeignetes Trainingsprogramm entwickelt werden, welches die edukative Information den Eltern optimal vermittelt. Anschließend könnte man eine randomisierte Kontrollgruppenstudie durchführen, bei der geprüft wird, ob dieses Trainingsprogramm Erfolg zeigt. Einen Teil der Eltern würde man also dem Trainingsprogramm unterziehen und sie von der Nützlichkeit von Filmrestriktionen unterrichten. Dem anderen Teil der Eltern würde man diese präventive Information nicht zukommen lassen. Daraufhin müsste man in einem longitudinalen Design untersuchen, ob Kinder, deren Eltern an dem Trainingsprogramm teilgenommen haben, ein geringeres Risiko für die Initiierung des Alkoholkonsums und des riskanten Trinkverhaltens haben, als diejenigen Kinder, deren Eltern diese edukative Information nicht erhielten.

Ebenfalls könnte man auch andere präventive Maßnahmen in randomisierten Studien untersuchen. Beispielsweise könnte eine Fernsehzeitschrift entwickelt werden, die deutlich sichtbare Kennzeichen für die FSK-Klassifikationen von Filmen enthält. Das Risiko für die Initiierung des Alkoholkonsums und des Binge Drinkings von Kindern, deren Eltern die neu entwickelte Fernsehzeitschrift erhalten, müsste mit dem Risiko von Kindern verglichen werden, deren Eltern die deutliche FSK-Kennzeichnung nicht zugänglich ist.

5. Zusammenfassung

5.1. Fragestellung

Im Rahmen ihrer Persönlichkeitsentwicklung orientieren sich Jugendliche an Rollenmodellen, die auch durch Filme vermittelt werden. So imitieren Jugendliche das Verhalten ihrer (Film-) Stars. Forschungsergebnisse zeigen ferner, dass in Filmen, die für ältere Jugendliche bzw.

Erwachsene vorgesehen sind, häufiger riskante Verhaltensweisen wie Rauchen oder Trinken porträtiert werden. Diese Studie untersucht, ob elterliche Restriktionen des Filmkonsums einen Einfluss auf die Initiierung des Trinkens und des riskanten Trinkens im Jugendalter haben können.

5.2. Methoden

Im Rahmen einer Längsschnittstudie von 2624 Jugendlichen im mittleren Alter (Range 11-15 Jahre), die bis zur Baselineerhebung noch keine Erfahrungen mit Alkohol gesammelt haben, wird untersucht, ob die elterliche Filmkontrolle von FSK-16-Filmen einen präventiven Effekt in Hinblick auf die Initiierung des Alkoholkonsums und die Initiierung des Binge Drinkings hat. Hierzu wurde eine anonymisierte schriftliche Befragung von Schülerinnen und Schülern aus 27 Schulen des Landes Schleswig-Holstein durchgeführt, die 12-13 Monate später wiederholt wurde.

Um bei der Auswertung mögliche Confounder mit einbeziehen zu können, wurden neben der elterlichen Filmrestriktion noch weitere Covariaten erhoben, zu denen die demographischen Variablen, Variablen zu sozialen Einflüssen und Variablen zu bestimmten Charakteristika der Jugendlichen gehören.

In den durchgeführten multivariaten Analysen konnte unter Kontrolle der Covariaten der Effekt der elterlichen Filmrestriktionen auf die Initiierung des Trinkens von Alkohol und auf das Binge Drinking untersucht werden.

5.3. Ergebnisse

Insgesamt konsumierten während des Beobachtungszeitraums 860 Schülerinnen und Schüler (32,77%) erstmals ohne Wissen der Eltern Alkohol und 372 (14,8%) begannen mit dem Binge Drinking.

Es konnte ein bedeutsamer Effekt der elterlichen Filmrestriktionen auf die Initiierung des Alkoholkonsums und die Initiierung des Binge Drinkings festgestellt werden. Strengere Filmrestriktionen senken das Risiko für die Entstehung solchen Risikoverhaltens bei Jugendlichen signifikant. Im Vergleich zu Jugendlichen, deren Eltern es ihnen nie erlauben FSK-16-Filme zu sehen, betrug das Adjustierte Relative Risiko ((ARR) (95% Konfidenzintervall)) für die

Trinkinitiierung ARR: 1,55 (1,25-1,91) und für die Initiierung des Binge Drinkings ARR: 2,20 (1,46-3,32) für Jugendliche, die immer FSK-16-Filme sehen dürfen.

5.4. Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse machen deutlich, dass elterliche Interventionen einen präventiven Effekt auf das jugendliche Trinkverhalten haben können. In Anbetracht der Tatsache, dass riskante Trinkmuster im Jugendalter das Risiko für die Entstehung eines Alkoholmissbrauchs oder einer Alkoholabhängigkeit im Erwachsenenalter erhöhen und dass dieses riskante Trinkverhalten zu einer erhöhten Morbidität und Mortalität führt, sind präventive Maßnahmen notwendig.

Diese Maßnahmen sollten verhaltenspräventiv z.B. eine Aufklärung der Eltern und eine Erhöhung der Medienkompetenz der Kinder und Jugendlichen beinhalten, sowie eine bessere Kennzeichnung der Altersbeschränkungen von Entertainment-Medien im Sinne einer Verhältnisprävention umfassen.

6. Literaturverzeichnis

- Anderson P, de Bruijn A, Angus K, Gordon R, Hastings G, 2009. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systemic review of longitudinal studies. *Alcohol Alcohol*; 44: 229-243.
- Bandura A, 2001. Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annu Rev Psychol*; 52: 1-26.
- Bergmann E, Horch K, 2002. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Kosten alkoholassoziierter Krankheiten. Berlin. Robert-Koch-Institut.
- Böhm M, Rosenkranz S, Laufs U, 2002. Das „French Paradox“ – Wirkungen von Alkohol, Wein und Weinhaltstoffen auf das Herz. *Dtsch Med Wochenschr*; 127: 2748-2756.
- Brown JD, Cantor J, 2000. An agenda for research on youth and the media. *J Adolsc Health*; 27: 2-7.
- Bundesfinanzministerium, 2006. IST-Bericht zum Bundeshaushalt 2006. Berlin: Bundesfinanzministerium.
- Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und –Importeure e.V., 2009. Lexikon. www.bsi-bonn.de, 23.11.2009.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2007. Alkoholkonsum der Jugendlichen in Deutschland 2004-2007. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2009. Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Champion HLO, Foley KL, DuRant RH et al., 2004. Adolescent sexual victimization, use of alcohol and other substances, and other health risk behaviors. *J Adolesc Health*; 35: 321-8.
- Dal Cin S, Worth KA, Dalton MA, Sargent JD, 2008. Youth exposure to alcohol use and brand appearances in popular contemporary movies. *Addiction*; 103: 1925-1932.
- Dalton MA, Adachi-Mejia AM, Longacre MR, Titus-Ernstoff LT, Gibson JJ, Martin SK, Sargent JD, Beach ML, 2006. Parental rules and monitoring of children's movie viewing associated with children's risk for smoking and drinking. *Pediatrics*; 118: 1932-1942.
- Dalton MA, Ahrens MB, Sargent JD, 2002a. Relation between parental restrictions on movies and adolescent use of tobacco and alcohol. *Eff Clin Pract*. 5;1: 1-10.

- Dalton MA, Tickle JJ, Sargent JD, Beach ML, Ahrens MB, Heatherton TF, 2002b. The incidence and context of tobacco use in popular movies from 1988-1997. *Prev Med*; 35: 516-523.
- De Bellis MD, Clark DB, Beers SR et al., 2000. Hippocampal volume in adolescent-onset alcohol related disorders. *Am J Psychiatry*; 157: 737-44.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2008. Stellungnahme der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen „Alkohol ist ein gefährliches Produkt – Werbung für Alkohol gefährdet Kinder und Jugendliche“.
- Dinani N, Wood NR, Robbé IJ, 2009. Exposure to alcohol use in motion pictures and teen drinking in Germany. *Int J Epidemiol*; 38: 1412.
- Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I, 2005. Mortality in relation to alcohol consumption: a prospective study among male British doctors. *Int J Epidemiol*; 34: 199-204.
- Engels RCME, Hermans R, van Baaren RB, Hollenstein T, Bot SM, 2009. Alcohol portrayal on television affects actual drinking behavior. *Alcohol and Alcoholism*; 44: 244-249.
- Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin, 2008. Berliner JAH-Studie. Berlin.
- Freiwillige Selbstkontrolle der Filmwirtschaft, 2008. Informationen zum Ersten Gesetz zur Änderung des Jugendschutzgesetzes (JuSchG).
<http://www.spio.de/index.asp?SeitID=408>, 23. Dezember 2009.
- Freiwillige Selbstkontrolle der Filmwirtschaft, 2009. Alterseinstufungen.
<http://www.spio.de/index.asp?SeitID=18>, 16. Oktober 2009.
- Galanti R, Siliquni R, Cuomo L, Melero JC, Panella M, Faggiano F, 2007. Testing anonymous link procedures for follow-up of adolescents in a school-based trial: The EU-DAP pilot study. *Prev Med*; 44: 174-177.
- Gunasekera H, Chapman S, Campbell S, 2005. Sex and drugs in popular movies: an analysis of the top 200 films. *JRSM*; 98: 464-470.
- Hanewinkel R, Morgenstern M, Tanski SE, Sargent JD, 2008. Logitudinal study of parental movie restriction on teen smoking and drinking in Germany. *Addiction*; 103: 1722-1730.
- Hanewinkel R, Sargent JD, 2009a. Longitudinal study of exposure to entertainment media and alcohol use among German adolescents. *Pediatrics*; 123: 989-995.
- Hanewinkel R, Tanski SE, Sargent JD, 2007. Exposure to alcohol use in motion pictures and teen drinking in Germany. *Int J Epidemiol*; 36: 1068-1077.
- Hanewinkel R, Tanski SE, Sargent JD, 2009b. Author's response. *Int J Epidemiol*; 38: 1413-1414.

- Hanke M, John U, 2003. Tabak- oder alkohol-attributable stationäre Behandlungen. Dtsch Med Wochenschr; 128: 1387-1390.
- Hengartner T, Merki CM, 1999. Genussmittel: ein kulturgeschichtliches Handbuch. Frankfurt a.M./New York. Campus-Verlag.
- Hicks BA, Morris Jr JA, Bass SM, Holcomb III GW, Neblett WW, 1990. Alcohol and the adolescent trauma population. J Ped Sur; 25: 944–8.
- Jackson C, Henriksen L, Foshee VA, 1998. The authoritative parenting index: predicting health risk behaviors among children and adolescents. Health Educ Behav; 25: 319-37.
- John U, Hanke M, 2002. Alcohol-attributable mortality in a high per capita consumption country- Germany. Alcohol and Alcoholism; 37; 6: 581-585.
- Klingemann H, 2001. Alkohol und die sozialen Folgen – die vergessene Dimension. Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa, unveröffentlichtes Manuskript.
- Kraus L, Augustin R, Bloomfield K, Reese A, 2001. Der Einfluss regionaler Unterschiede im Trinkstil auf riskanten Konsum, exzessives Trinken, Missbrauch und Abhängigkeit. Gesundheitswesen; 63: 775-782.
- Küfner H, Kraus L, 2002. Epidemiologische und ökonomische Aspekte des Alkoholismus. Dtsch Ärztebl; 14: 936-945.
- Levy S, Vaughn BL, Knight JR, 2002. Office-based intervention for adolescent substance abuse. Pediatric Clinic of North America; 49: 329–43.
- Mc Cullagh P, Nelder JA, 1989. Generalized linear models. 2nd ed. London, United Kingdom. Chapman and Hall.
- McCarty CA, Ebel BE, Garrison MM, DiGiuseppe DL, Christakis DA, Rivara FP, 2004. Continuity of binge and harmful drinking from late adolescence to early adulthood. Pediatrics; 114: 714-719.
- Nickel J, Ravens-Sieberer U und die HBSC-Studiengruppe, 2007. Trends im Tabak-und Alkoholkonsum bei Kindern und Jugendlichen – Die WHO Jugendgesundheitsstudie. 18.Fachtagung für Entwicklungspsychologie, Heidelberg, 24.-27.September 2007.
- Pabst A, Kraus L, 2008. Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. Sucht; 54 (Sonderheft 1): 36-46.
- Pyapali GK, Turner DA, Wilson WA, Swartzwelder HS, 1999. Age and dosedependent effects of ethanol on the induction of hippocampal longterm potentiation. Alcohol; 19: 107–11.

- Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J, 2009. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol-use disorders. *Lancet*; 373: 2223-33.
- Renggli R, Tanner J, 1994. *Das Drogenproblem. Geschichte, Erfahrungen, Therapiekonzepte.* Berlin/New York. Springer.
- Richter M, 2005. *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter – Der Einfluss sozialer Ungleichheit.* 1.Auflage .Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Richter M, Hurrelmann K, 2004. Socioeconomic difference in adolescent alcohol use. *Sucht*; 50: 258-68.
- Richter M, Leppin A, 2007. Trends in socio-economic differences in tobacco smoking among German schoolchildren, 1994-2002. *Eur J Public Health*; 17: 565-71.
- Sargent JD, Beach ML, Dalton MA et al., 2004. Effect of parental R-rated movie restriction on adolescent smoking initiation: a prospective study. *Pediatrics*; 114: 149-56.
- Sargent JD, Wills TA, Stoolmiller M, Gibson J, Gibbons FX, 2006. Alcohol use in motion pictures and its relation with early-onset teen drinking. *J Stud Alcohol*; 67: 54-65.
- Schott H, 2001. Das Alkoholproblem in der Medizingeschichte. *Dtsch Ärztebl*; 98: A 1958-1962.
- Setterbotulte W, 2003. Jugendliche und ihr Suchtmittelkonsum - Daten und Fakten aus dem WHO – Jugendgesundheitsurvey. Vortrag auf der Fachtagung „Jugend und Sucht“ der Landesstelle Berlin gegen die Suchtgefahren am 27. 08. 2003, Universität Bielefeld Fakultät für Gesundheitswissenschaften.
- Smith LA, Foxcroft DR, 2009. The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behavior in young people: systematic review of prospective cohort studies. *BMC Public Health*; 9: 51.
- Stolle M, Sack PM, Thomasius R, 2009. Binge drinking in childhood and adolescence. *Dtsch Ärztebl Int*; 106: 323-8.
- Strasburger VC, 2009. Children, adolescents and the media: what we know, what we don't know and what we need to find out (quickly!). *Arch Dis Child*; 94: 655-657.
- Thomsen SR, 2007. Commentary: searching for media effects. *Int J Epidemiol*; 36: 1078-1079.
- Tickle JJ, Beach ML, Dalton MA, 2009. Tobacco, alcohol and other risk behaviors in film: how well do MPAA ratings distinguish content?. *J Health Comm*; 14: 756-767.

van Hoof JJ, de Jong MDT, Fennis BM, Gosselt JF, 2009. There`s alcohol in my soap: portrayal and effects of alcohol use in a popular television series. *Oxford Journals-Health Educ Res*; 24: 421-429.

WHO, 2004. *Global Status Report on Alcohol 2004*. Geneva: World Health Organization.

7. Anhang

Fragebogen

FRAGEBOGEN FÜR SCHÜLERINNEN UND SCHÜLER

BOGEN FÜR DIE ERSTELLUNG DES ANONYMEN CODES

The form consists of five rows of input fields, each with a label on the left and a row of boxes on the right. Colored boxes highlight specific positions, and arrows point from these boxes to the right, indicating the flow of information or the order of input.

- Dein Nachname:** A row of 8 boxes. The first box is cyan, and the second is grey. A cyan arrow points from the first box to the right, and a grey arrow points from the second box to the right.
- Dein Vorname:** A row of 10 boxes. The third box is blue. A blue arrow points from the third box to the right.
- Geburtstag (Tag/Monat/Jahr):** A row of 7 boxes: []/[]/[]. The first box is pink. A pink arrow points from the first box to the right.
- Vorname der Mutter:** A row of 8 boxes. The first box is yellow. A yellow arrow points from the first box to the right.
- Vorname des Vaters:** A row of 8 boxes. The third box is green. A green arrow points from the third box to the right.

Liebe Schülerin, lieber Schüler,

vielen Dank, dass du an der Befragung teilnimmst.
Zunächst möchten wir dir einige wichtige Informationen geben.

Deine Teilnahme an der Befragung ist freiwillig und dein Fragebogen wird nach der Auswertung vernichtet.

Du musst deinen Namen nicht auf den Bogen schreiben.

Du gibst auf dieser Seite einen speziellen Code ein, den nur du kennst.

So erfährt niemand, welcher Fragebogen von dir kommt und was du geantwortet hast. Weder deine Lehrer noch deine Eltern werden deine Antworten zu sehen bekommen.

Nach der Befragung werden die Fragebogen in deinem Beisein in einen Briefumschlag gesteckt. Der Briefumschlag geht dann direkt nach Kiel in das Institut, das die Fragebogen auswertet.



A) Einige Fragen zu dir und was du so in deiner Freizeit machst ...

- 1.) Wie alt bist du? Jahre alt
- 2.) Wieviel wiegst du? kg
- 3.) Wie groß bist du? cm
- 4.) Bist du ein Junge oder ein Mädchen? ₁ Junge ₂ Mädchen
- 5.) Was ist deine Nationalität? ₁ Deutsch ₂ Andere
- 6.) Wieviele Fernsehprogramme gibt es bei dir zu Hause?
Gib alle die Programme an, die ihr empfangen könnt.
Wenn du es nicht weißt, schätz einfach.
- 7.) Darfst du im Fernsehen alles sehen, was du möchtest? ₁ Ja ₂ Nein
- 8.) Wie viele Stunden täglich siehst du normalerweise in deiner Freizeit Fernsehen, Videos oder DVDs?
- a. Denk an die Wochentage:
- | | | | | | | | |
|--|---------------------------------------|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | keine | ungefähr eine
halbe Stunde
am Tag | ungefähr
1 Stunde
am Tag | ungefähr
2 Stunden
am Tag | ungefähr
3 Stunden
am Tag | ungefähr
4 Stunden
am Tag | mehr als
4 Stunden
am Tag |
| | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ |
- b. Denk an die Wochenenden:
- | | | | | | | | |
|--|---------------------------------------|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | keine | ungefähr eine
halbe Stunde
am Tag | ungefähr
1 Stunde
am Tag | ungefähr
2 Stunden
am Tag | ungefähr
3 Stunden
am Tag | ungefähr
4 Stunden
am Tag | mehr als
4 Stunden
am Tag |
| | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ |
- 9.) Wieviele Stunden täglich verbringst du normalerweise in deiner Freizeit am Computer (um Spiele zu spielen, zu E-mails oder im Internet zu surfen)?
- a. Denk an die Wochentage:
- | | | | | | | | |
|--|---------------------------------------|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | keine | ungefähr eine
halbe Stunde
am Tag | ungefähr
1 Stunde
am Tag | ungefähr
2 Stunden
am Tag | ungefähr
3 Stunden
am Tag | ungefähr
4 Stunden
am Tag | mehr als
4 Stunden
am Tag |
| | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ |
- b. Denk an die Wochenenden:
- | | | | | | | | |
|--|---------------------------------------|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | keine | ungefähr eine
halbe Stunde
am Tag | ungefähr
1 Stunde
am Tag | ungefähr
2 Stunden
am Tag | ungefähr
3 Stunden
am Tag | ungefähr
4 Stunden
am Tag | mehr als
4 Stunden
am Tag |
| | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ |

10.) Hier ist eine Liste von Filmen.
Kreuze bitte für jeden Film an, ob du ihn gesehen hast oder nicht.

3245	Kick It Like Beckham	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
2724	Jeepers Creepers - Es ist angerichtet	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
3253	Johnny English	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
3489	30 über Nacht	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
967	Big Daddy	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
55	Cool Runnings	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
436	Sieben Jahre in Tibet	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
3336	School of Rock	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
3540	Plötzlich Prinzessin 2	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
2566	Spurwechsel	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein

11.) Hast du einen Fernseher in deinem Zimmer?

- ₁ Ja
₂ Nein

12.) Wie oft lassen deine Eltern dich Filme, Videos oder DVDs sehen, die man erst ab 16 Jahren sehen darf?

- ₁ Nie
₂ Hin und wieder
₃ Manchmal
₄ Immer

13.) Wie viel Geld hast du jede Woche zu deiner freien Verfügung? _____ Euro, _____ Cent
 Zähl alles Geld zusammen, das du für dich hast.

14.) Jetzt geht es um Mütter ...
 Entscheide bei jedem Satz, wie sehr die Aussage auf deine Mutter zutrifft.

Wenn du eine Mutter und eine Stiefmutter hast, dann antworte für die Person, mit der du die meiste Zeit verbringst. Und los geht's ...

	Meine Mutter ist ...			
	überhaupt nicht so	ein bisschen so	ziemlich so	genau so
Ich muss mich an ihre Regeln halten.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Wenn ich geknickt oder traurig bin, dann schafft sie es, dass ich mich besser fühle.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Sie hört mir zu.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Sie ist zu beschäftigt, um mit mir zu reden.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Sie möchte über meine Probleme Bescheid wissen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Sie sagt mir, wann ich zu Hause sein muss.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Sie fragt mich, was ich mit meinen Freunden so mache.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Sie weiß, wo ich nach der Schule bin.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

15.) Hier ist eine Liste von Filmen.
Kreuze bitte für jeden Film an, ob du ihn gesehen hast oder nicht.

3492	Liebe auf Umwegen	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
395	Mäusejagd	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
2558	Panic Room	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
2593	Königin der Verdammten	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
3250	Freaky Friday - Ein voll verrückter Freitag	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
558	Free Willy 2 - Freiheit in Gefahr	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
2903	Austin Powers in Goldständer	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
761	Der Soldat James Ryan	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
3261	Fluch der Karibik	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
3641	Das Phantom der Oper	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein

16.) Bei den nächsten Sätzen geht es um dich. Entscheide bei jedem Satz, wie sehr die Aussage auf dich zutrifft.

	Ich bin ...			
	überhaupt nicht so	ein bisschen so	ziemlich so	genau so
Ich kriege in der Schule Ärger.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Ich streite mich oft mit anderen Kindern.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Ich mach Sachen, die meine Eltern mich nicht machen lassen möchten.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Ich mach das, was die Lehrer mir sagen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Ich nehme manchmal einfach Sachen mit, die mir nicht gehören.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Ich streite mich mit meinen Lehrern.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Mir macht es Spaß, mich nicht an die Regeln zu halten.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Ich mag gerne Sachen tun, die einem Angst machen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Ich finde es langweilig, immer mit denselben Freunden zusammen zu sein.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Ich mag gerne Sachen tun, die gefährlich sind.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Ich denk oft, es gibt nichts zu tun.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Ich mag gerne laute Musik hören.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

B) Einige Fragen zu deiner körperlichen Aktivität

Körperliche Aktivitäten sind alle Aktivitäten, die dein Herz schneller schlagen lassen und dich manchmal aus der Puste bringen.

Einige Beispiele sind: Laufen, Inlineskating, Fahrradfahren, Skateboarding, Schwimmen, Fußball, Reiten usw., auch wenn du zu Fuß zur Schule gehst, gehört das dazu.

17.) Denk an die letzten sieben Tage.

An wie vielen Tagen warst du mindestens 60 Minuten körperlich aktiv?
Zähl alle Aktivitäten zusammen.

an keinem Tag	an 1 Tag	an 2 Tagen	an 3 Tagen	an 4 Tagen	an 5 Tagen	an 6 Tagen	an 7 Tagen
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈

18.) Denk an eine typische Woche.

An wie vielen Tagen warst du mindestens 60 Minuten körperlich aktiv?
Zähl alle Aktivitäten zusammen.

an keinem Tag	an 1 Tag	an 2 Tagen	an 3 Tagen	an 4 Tagen	an 5 Tagen	an 6 Tagen	an 7 Tagen
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈

- 19.) Hier ist eine Liste von Filmen.
Kreuze bitte für jeden Film an, ob du ihn gesehen hast oder nicht.

752	Shakespeare in Love	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
129	In & Out	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
80	Dumm und Dümmer	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
211	Space Jam	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
3308	Die Geistervilla	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
430	Romeo und Julia	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
2945	Frida	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
3065	Old School - Wir lassen absolut nichts anbrennen	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
979	Message in a Bottle	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
3403	Big Fish - Der Zauber, der ein Leben zur Legende macht	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein

C) Einige Fragen zum Rauchen

20.) Bist du Raucher? ₁ Ja ₂ Nein

21.) Denkst du darüber nach, bald Zigaretten zu probieren?

- ₁ Ja ₃ Ich rauche schon
₂ Nein

22.) Wieviele Zigaretten hast du in deinem Leben geraucht?

- ₁ Keine
₂ Nur ein paar Züge
₃ 1 bis 19 Zigaretten (weniger als eine Packung)
₄ 20 bis 100 Zigaretten (eine bis fünf Packungen)
₅ Mehr als 100 Zigaretten (mehr als fünf Packungen)

23.) Wie häufig rauchst du zur Zeit?

- ₁ Ich rauche nicht
₂ Jeden Tag
₃ Mindestens einmal die Woche, aber nicht jeden Tag
₄ Mindestens einmal im Monat, aber nicht jede Woche
₅ Weniger als einmal im Monat

24.) Wenn dir einer deiner Freunde eine Zigarette anbieten würde, würdest du sie dann probieren?

- ₁ Mit Sicherheit ja
₂ Wahrscheinlich ja
₃ Wahrscheinlich nein
₄ Mit Sicherheit nein

25.) Denkst du, dass die meisten Erwachsenen rauchen?

- ₁ Mit Sicherheit ja
₂ Wahrscheinlich ja
₃ Wahrscheinlich nein
₄ Mit Sicherheit nein

26.) Wie heißt die Zigarettenmarke aus deiner Lieblings-Zigarettenwerbung?
(Wenn du keine Lieblings-Zigarettenwerbung hast, dann schreibe "keine".)

27.) Wenn du rauchen würdest, was wäre deine Lieblingsmarke? Wenn du schon rauchst, was ist deine Lieblingsmarke? (Wenn du keine Lieblingsmarke hast, dann schreibe "keine".)

28.) Hier ist eine Liste von Filmen.
Kreuze bitte für jeden Film an, ob du ihn gesehen hast oder nicht.

3427	Das geheime Fenster	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
684	Dr. Dolittle	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
3070	Das Dschungelbuch 2	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
51	Con Air	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
3325	Mystic River	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
1227	Der Patriot	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
2653	Rush Hour 2	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
661	Rendezvous mit Joe Black	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
36	Braveheart	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
134	Interview mit einem Vampir	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein

- 29.) Stell dir vor, du würdest rauchen. Wie wäre es dann bei dir?
 Kreuze die Antworten an, die auf dich am meisten zutreffen würden.
 Wenn du bereits rauchst, kreuze an "ich rauche bereits".

	Stimme voll zu	Stimme zu	Stimme nicht zu	Stimme über- haupt nicht zu
Ich denke, dass ich Spaß am Rauchen hätte.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Ich denke, dass mir Rauchen helfen würde, mit Problemen oder Stress umzugehen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Ich denke, dass Rauchen mir dabei helfen würde, schlank zu sein.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Ich denke, dass Rauchen entspannend wäre.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Ich denke, dass ich cool aussehe, wenn ich rauchen würde.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
	<input type="checkbox"/> ₀ Ich rauche bereits.			

- 30.) Wie viele deiner Freunde rauchen?

₁ Keiner
₂ Einige
₃ Die meisten
₄ Alle

- 31.) Raucht mindestens eines von deinen Geschwistern?

₁ Ja
₂ Nein
₃ Weiß ich nicht
₄ Ich habe keine Brüder oder Schwestern

- 32.) Die nächste Frage bezieht sich auf deine Mutter. Wenn du sowohl eine Mutter als auch eine Stiefmutter hast, beantworte die Frage für die Person, mit der du die meiste Zeit verbringst.

Raucht deine Mutter?

₁ Ja
₂ Nein
₃ Weiß ich nicht

- 33.) Die nächste Frage bezieht sich auf deinen Vater. Wenn du sowohl einen Vater als auch einen Stiefvater hast, beantworte die Frage für die Person, mit der du die meiste Zeit verbringst.

Raucht dein Vater?

₁ Ja
₂ Nein
₃ Weiß ich nicht

- 34.) Hier ist eine Liste von Filmen.
Kreuze bitte für jeden Film an, ob du ihn gesehen hast oder nicht.

3061	Die Wutprobe	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
2914	Ein Chef zum Verlieben	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
2714	Die Royal Tenenbaums	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
1479	Der Sturm	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
2652	Die Monster AG	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
1490	Gladiator	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
2550	Star Wars: Episode II - Angriff der Klonkrieger	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
182	Philadelphia	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
517	Der Mann in der eisernen Maske	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein
2560	Blade II	<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein

D) Und jetzt noch fünf letzte Fragen

Die nächsten Fragen sind über Alkohol.

Mit Alkohol meinen wir Bier, Wein, Alkopops, Bowle oder andere alkoholische Getränke wie Wodka oder Rum.

35.) Hast du jemals Alkohol getrunken und deine Eltern wussten nichts davon?

- ₁ Ja
₂ Nein

36.) Hast du schon mal fünf oder mehr alkoholische Getränke hintereinander innerhalb von einigen Stunden getrunken?

- ₁ Ja
₂ Nein

37.) Wie viele deiner Freunde trinken Alkohol?

- ₁ Keiner
₂ Einige
₃ Die meisten
₄ Alle

38.) Welche der folgenden Angaben beschreibt am besten, wie oft deine Eltern Alkohol trinken?

- ₁ Nie
₂ Einmal im Jahr
₃ Einmal im Monat
₄ Einmal in der Woche
₅ Jeden Tag

39.) Wie würdest du deine Noten vom letzten Schuljahr beschreiben?

- ₁ Sehr gut
₂ Gut
₃ Durchschnittlich
₄ Schlechter als durchschnittlich

Alles ausgefüllt?

Vielen Dank für deine Hilfe!

8. Danksagung

Mein herzlicher Dank gilt meinem Doktorvater und Betreuer PD Dr. phil. R. Hanewinkel, unter dessen Anleitung diese Arbeit entstand. Ich danke ihm vor allem für das Ermöglichen dieser wissenschaftlichen Arbeit, die kontinuierliche und exzellente Unterstützung bei der Erstellung dieser Arbeit, sowie für die Geduld bei der Beantwortung meiner zahlreichen Fragen.

Besonderer Dank gilt auch meinen Eltern, Elke und Ortwin Gerlach, die mir nicht nur diese Ausbildung ermöglicht haben, sondern mir durch ihre vielfältige Unterstützung bei (fast) allen Wünschen und Ideen viele schöne Dinge ermöglicht haben.

Meinen Geschwistern, Marieke, Yannick und Maik danke ich ebenfalls für ihre Unterstützung während meines Studiums.

Vielen Dank auch an Janna Wilcke und Jan Post für das Korrekturlesen und die Hilfe bei der Formatierung dieser Arbeit.

9. Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name: Jantje Gerlach
 Geburtsdatum: 25.10.1984
 Geburtsort: Leer

Ausbildung/Studium:

1991 – 1995	Besuch der Grundschule Eichenwallschule in Leer
1995 – 1997	Besuch der Orientierungsstufe an der Möörkenschule in Leer
1997 – 2004	Besuch des Ubbo-Emmius-Gymnasiums in Leer
22.06.2004	Erlangung der Allgemeinen Hochschulreife am Ubbo-Emmius-Gymnasium in Leer
09/2004 – 03/2005	Freiwilliges Soziales Jahr, Alexianerkrankenhaus Münster
04/2005 – 09/2007	Studium der Humanmedizin (01.-05.Semester) an der Medizinischen Fakultät der Johannes-Gutenberg-Universität in Mainz
19.03.2007	Abschluss des vorklinischen Studienabschnittes der Humanmedizin mit dem Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
10/2007 – 02/2010	Studium der Humanmedizin (06.-10.Semester) an der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität in Kiel
02/2010	Beginn des Praktischen Jahres
05/2011	Abschluss des Studiums der Humanmedizin mit dem Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (Staatsexamen)

Wissenschaftliche Arbeit

05/2009 - 02/2010	Arbeit an der Dissertation „Longitudinale Untersuchung zu den Auswirkungen elterlicher Restriktionen des Filmkonsums auf die Initiierung des Trinkens im Jugendalter“
-------------------	---