

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

DEUTSCHES ZENTRUM FÜR SUCHTFRAGEN DES KINDES- UND JUGENDALTERS (DZSKJ)

LEITUNG: PROF. DR. R. THOMASIUŠ

**WELCHE EINFLUSSFAKTOREN BEGÜNSTIGEN DEN ERSTKON-
SUM VON ZIGARETTEN BEI KINDERN IM ALTER VON NEUN BIS 14
JAHREN?**

DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DES GRADES EINES DOKTORS DER MEDIZIN
AN DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT DER UNIVERSITÄT HAMBURG.

VORGELEGT VON

SOPHIA BOISSERÉE

AUS MÜNCHEN

HAMBURG 2013

Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am:

Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende:
Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in:
Prüfungsausschuss, dritte/r Gutachter/in:

INHALTSVERZEICHNIS

INHALTSVERZEICHNIS	III
1. FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESE	1
2. EINLEITUNG	2
2.1. EINFÜHRUNG IN DIE ARBEIT	2
2.2. STAND DER FORSCHUNG	9
2.2.1. PRÄVALENZ DES NIKOTINKONSUMS	9
2.2.2. RELEVANZ DER PRÄVENTION	12
2.2.3. WARUM KINDER UND JUGENDLICHE RAUCHEN	14
2.2.4. PRÄDIKTIVE UND PROTEKTIVE FAKTOREN DES RAUCHENS	15
2.3. FRAGESTELLUNGEN	18
3. METHODEN	19
3.1. FORSCHUNGSINSTRUMENT	19
3.2. UNTERSUCHUNGSABLAUF	22
3.2.1. STUDIENDESIGN	22
3.2.2. DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG	22
3.3. AUSWERTUNG DER DATEN	25
3.3.1. STATISTISCHE VERFAHREN	25
3.3.2. DURCHGEFÜHRTE DATENKONTROLLE	25
3.4. STICHPROBENBESCHREIBUNG	29
3.4.1. ANZAHL DER UNTERSUCHTEN SCHÜLER	29
3.4.2. SOZIODEMOGRAPHISCHE MERKMALE	29
3.4.3. ANGABEN ZUM NIKOTINKONSUM	31

4. ERGEBNISSE	33
4.1. WELCHE UNTERSCHIEDE FINDEN SICH ZWISCHEN NEURAUCHERN UND NIERAUCHERN IN BEZUG AUF SOZIODEMOGRAPHISCHE MERKMALE?	33
4.2. WELCHE UNTERSCHIEDE FINDEN SICH ZWISCHEN NEURAUCHERN UND NIERAUCHERN IN BEZUG AUF KONSUMVERHALTEN UND EINSTELLUNGSMERKMALE?	37
4.3. WELCHE UNTERSCHIEDE FINDEN SICH ZWISCHEN NEURAUCHERN UND NIERAUCHERN IN BEZUG AUF SOZIALE EINFLÜSSE?	40
4.4. WELCHE UNTERSCHIEDE FINDEN SICH ZWISCHEN NEURAUCHERN UND NIERAUCHERN IN BEZUG AUF PSYCHOSOZIALE EINFLÜSSE?	45
4.5. LOGISTISCHES MODELL ZUR ERKLÄRUNG DER UNTERSCHIEDE ZWISCHEN NEURAUCHERN UND NIERAUCHERN	54
4.6. ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE	58
5. DISKUSSION	59
5.1. WELCHE UNTERSCHIEDE FINDEN SICH ZWISCHEN NEURAUCHERN UND NIERAUCHERN IN BEZUG AUF SOZIODEMOGRAPHISCHE MERKMALE?	59
5.2. WELCHE UNTERSCHIEDE FINDEN SICH ZWISCHEN NEURAUCHERN UND NIERAUCHERN IN BEZUG AUF KONSUMVERHALTEN UND EINSTELLUNGSMERKMALE?	61
5.3. WELCHE UNTERSCHIEDE FINDEN SICH ZWISCHEN NEURAUCHERN UND NIERAUCHERN IN BEZUG AUF SOZIALE EINFLÜSSE?	62
5.4. WELCHE UNTERSCHIEDE FINDEN SICH ZWISCHEN NEURAUCHERN UND NIERAUCHERN IN BEZUG AUF PSYCHOSOZIALE EINFLÜSSE?	65
5.5. VERGLEICH DER GEFUNDENEN PRÄDIKTOREN MIT ERGEBNISSEN AUS DER LITERATUR	67
5.6. LIMITATIONEN	70
5.7. AUSBLICK	71
6. ZUSAMMENFASSUNG	73
7. TABELLENVERZEICHNIS	75
8. ABBILDUNGSVERZEICHNIS	76
9. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	78
10. LITERATURVERZEICHNIS	79
11. ANHANG	89

11.1. FRAGEBOGEN	89
11.2. FEEDBACKBÖGEN	103
11.2.1. FEEDBACKBOGEN ZU T1	103
11.2.2. FEEDBACKBOGEN ZU T2	105
<u>DANKSAGUNG</u>	<u>X</u>
<u>LEBENS LAUF</u>	<u>XI</u>
<u>EIDESSTÄTTLICHE ERKLÄRUNG</u>	<u>XII</u>

1. FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESE

Die Aufklärungsveranstaltung „Nichtrauchen ist cool!“ zur Nikotinprävention für Schülerinnen und Schüler der 5.-7. Klasse findet seit Mai 2005 einmal wöchentlich im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf statt. Die hohen Teilnahmezahlen von inzwischen gut 55.000 Schülerinnen und Schülern und die starke Nachfrage von Seiten der Lehrkräfte lässt darauf schließen, dass die Veranstaltung äußerst positiv angenommen wird und sich inzwischen zu einem verankerten Element in der Suchtprävention in Hamburg entwickelt hat. Da die Frage nach der Wirksamkeit der Aufklärungsveranstaltung aber aus wissenschaftlicher Sicht noch nicht beantwortet war, beauftragte der Trägerverein „Verein zur Prävention der Nikotinsucht bei Kindern und Jugendlichen in Hamburg und Umgebung, e.V.“ das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters unter Leitung von Prof. Dr. Rainer Thomasius damit, die Aufklärungsveranstaltung wissenschaftlich zu evaluieren.

Daraufhin wurde im Zeitraum von 2008 bis 2010 eine kontrollierte Längsschnittstudie mit 1378 Schülerinnen und Schülern aus 18 Schulen durchgeführt, um die Wirkung der Veranstaltung auf Risikoeinschätzung, Verhalten und Einstellung der Jugendlichen bezüglich des Rauchens zu untersuchen.

Die vorliegende Dissertationsschrift präsentiert Ergebnisse aus der untersuchten Stichprobe und beleuchtet Einflussfaktoren des frühen Nikotinkonsums bei Kindern und Jugendlichen. Anschließend wird eine Gewichtung vorgenommen, um die Wertigkeit der einzelnen Faktoren abschätzen zu können.

Aus der Literatur sind Prädiktoren des frühen Nikotinkonsums bekannt. Es wird erwartet, dass diese hier repliziert werden können. Insbesondere wird erwartet, dass schulische Leistungen und Verhaltensauffälligkeiten einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage des frühen Nikotinkonsums in der Stichprobe liefern.

2. EINLEITUNG

2.1. Einführung in die Arbeit

Tabak steht nach Alkohol an zweiter Stelle der konsumierten abhängigkeiterzeugenden Substanz in Deutschland (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) 2008). Insbesondere wegen der raschen und starken Suchtentwicklung und den mit lang andauerndem Konsum assoziierten Erkrankungen bzw. Risikofaktoren für chronische Krankheiten wie Herz- Kreislauferkrankungen, Atemwegserkrankungen, Krebs und Typ 2 Diabetes (Pötschke-Langer et al. 2009) birgt das Rauchen eine große Gefahr. Allein in Deutschland sterben laut den Zahlen des Deutschen Krebsforschungszentrums jährlich etwa 110.000 bis 140.000 Menschen an tabakbedingten Erkrankungen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2011). Die volkswirtschaftlichen Kosten, die durch die medizinische Versorgung tabakbedingter Erkrankungen sowie durch Erwerbsunfähigkeit, Frühberentung und vorzeitige Todesfälle entstehen, werden mit 21 Milliarden Euro jährlich veranschlagt (Neubauer et al. 2006, S. 464-471). Doch im Vergleich zu anderen krankheitsbedingenden Faktoren zählt das Rauchen zu einer vermeidbaren gesundheitsgefährdenden Handlung. Somit wird schon bei Betrachtung dieser wenigen Zahlen deutlich, dass politischer und gesellschaftlicher Handlungsbedarf besteht. Darauf reagierend haben sich in den letzten Jahren sowohl deutschland- als auch weltweit die politisch Verantwortlichen dieser Aufgabe gestellt.

An erster Stelle ist hier das WHO-Rahmenprogramm zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC) (WHO 2003) zu nennen. Hierbei handelt es sich um das erste und bislang einzige internationale Abkommen im Gesundheitsbereich.

Nachdem die Konvention von 168 Staaten unterzeichnet und von 121 Staaten ratifiziert wurde, ist sie seit dem 27. Februar 2005 geltendes internationales Recht. Ziel des Abkommens ist gemäß der Präambel, „heutige und künftige Generationen vor den verheerenden gesundheitlichen, gesellschaftlichen, umweltrelevanten und wirtschaftlichen Folgen des Tabakkonsums und des Passivrauchens zu schützen“ (WHO 2003, S. 12). Gestützt auf diese Grundlage werden die Mitgliedsstaaten angehalten, unter anderem folgende Maßnahmen zu etablieren (vergleiche Deutsches Krebsforschungszentrum (dkfz) 2011):

- Verbot von Tabakwerbung, Verkaufsförderung und Sponsoring (Artikel 13)
- Schutz vor Passivrauchen (Artikel 8)

- Warnhinweise auf Verpackungen, Verbot von täuschenden Etikettierungen (Artikel 13)
- Unterbindung von Schmuggel (Artikel 15)
- Erhöhung von Tabaksteuer und Untersagen von steuer- und zollfreien Waren (Artikel 6)
- Regulation von Produkten sowie Angabe von Inhaltsstoffen (Artikel 9 und 10)

In Deutschland nahm der Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ im Jahr 2000 seine Arbeit auf. Der durch ihn entwickelte nationale Gesundheitszieleprozess „gesundheitsziele.de“, der auf Initiative der Bundesregierung und der Länderregierungen begonnen wurde, hat sich unter anderem das Ziel gesetzt, den Tabakkonsum zu reduzieren. Festgehalten ist dies als eines von bisher sieben sogenannten nationalen Gesundheitszielen.

„gesundheitsziele.de“ versteht sich als Forum, bei dem Akteure von Bund, Ländern, Kommunen, Kostenträgern, Leistungserbringern, Fachverbänden, Patient(innen)- und Selbsthilfeorganisationen, Gewerkschaften, Wohlfahrtsverbänden, Industrie und Wissenschaft zusammenarbeiten. Insgesamt handelt es sich um mehr als 120 Organisationen aus dem Gesundheitswesen. Initiiert und gefördert wird das Projekt unter anderem vom Bundesministerium für Gesundheit und der „Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.“ (GVG). Bei den bisher sieben erarbeiteten Gesundheitszielen handelt es sich um Vereinbarungen der verantwortlichen Akteure im Gesundheitssystem. Langfristiges Ziel ist dabei die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung. Um dies zu erreichen, werden Empfehlungen an die Politik und andere Akteure herausgegeben und Maßnahmenkataloge für bestimmte gesellschaftliche Gruppen oder Bereiche zusammengestellt. Die jeweiligen beteiligten Verantwortlichen sind zur Umsetzung verpflichtet. Besonders positiv wirkt sich hierbei aus, dass die Gesundheitsziele im breiten Konsens insbesondere mit den politischen Verantwortlichen und Handelnden getroffen werden. Zudem stützen sie sich aufgrund der Mitarbeit von Wissenschaft und Forschung auf eine solide Grundlage von Wissen und Fachkompetenzen und schaffen so die Möglichkeit einer koordinierten, auf dasselbe Ziel gerichteten Aktionen, die größtmögliche Erfolgchancen bieten.

Das Forum „gesundheitsziele.de“ erarbeitete ein Konzeptpapier mit dem Titel „Tabakkonsum reduzieren“ und legte dieses im Frühjahr 2003 dem Bundesministerium für Gesundheit vor. Es enthält weitreichende strukturelle, versorgungsbezogene und präventive Maßnahmen. Zugrunde gelegt ist diesen die Theorie, dass nur eine Kombinati-

on aus gebündelten und sowohl zeitlich als auch inhaltlich abgestimmten Maßnahmen, ein sogenannter „Policy-Mix“, erfolgversprechend für eine nachhaltige Reduzierung des Tabakkonsums ist (Kröger et al. 2010, S. 91). Darunter versteht man sowohl ein Handeln auf der strukturellen Ebene (Verhältnisprävention), was Tabaksteuererhöhung, Maßnahmen zum Jugendschutz oder Werbeeinschränkungen einschließt, als auch Aktivitäten zur Verhaltensprävention. Diese zielen auf „Einstellungs- und Verhaltensänderungen bzw. -stabilisierungen auf individueller Ebene“ (BZgA 2011, S. 29) ab, was unter anderem durch die massenmediale und personalkommunikative Kampagne der BZgA zur „Förderung des Nichtrauchens bei Jugendlichen“ bewirkt werden soll sowie durch viele unterschiedliche Maßnahmen anderer Akteure wie z.B. Programme zur Förderung von Lebenskompetenz oder Selbstwertgefühl. Die im Konzeptpapier vorgeschlagenen Maßnahmen können drei großen Bereichen zugeordnet werden: allgemeine Tabakentwöhnung (Ausstieg erleichtern), Förderung des Nichtrauchens insbesondere bei Kindern und Jugendlichen (Einstieg verhindern) und Schutz vor Passivrauchen (Kröger et al. 2010, S. 91-102).

Folgende fünf Basismaßnahmen aus dem Spektrum umfassender Tabakkontrollpolitik wurden empfohlen: Tabaksteuererhöhung, vollständiges Verbot direkter und indirekter Tabakwerbung, Schutz vor Passivrauchen, Förderung des Ausstiegs aus der Tabakabhängigkeit und Maßnahmen zur Verhinderung des Einstiegs in das Rauchen. Im Jahr 2008 wurden auf dieser Grundlage vom Drogen- und Suchtrat der Drogenbeauftragten Empfehlungen für ein „Nationales Aktionsprogramm zur Tabakprävention“ vorgestellt. Diese wurde von vielen Organisationen, darunter der Bundesvereinigung „Prävention und Gesundheitsförderung e.V.“, dem Aktionsbündnis Nichtrauchen und der Bundesärztekammer scharf kritisiert. Es wurde bemängelt, dass das Aktionsprogramm „hinsichtlich der zu setzenden Prioritäten, genauer Zeit-Maßnahmen-Planungen und vorgesehener Finanzmittel unklar bleibt“ (Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (bvpg), <http://www.bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=bvpg&snr=7068>, Stand April 2013, 2008).

Auch wenn sich also ein konsequentes und bindendes Vorgehen bisher nicht etablieren konnte, hat es in den letzten Jahren einige positive Veränderungen gegeben, wie die folgenden Daten aus der Evaluation des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“ von Kröger et al. (2010) zeigen:

Tabaksteuererhöhung

Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass Tabaksteuererhöhungen zu einer Verringerung des Zigarettenkonsums führen. Besonders Personengruppen mit geringem Einkommen, z.B. Kinder und Jugendliche, reduzieren den Verbrauch stark bei steigenden Kosten (Licht et al. 2011). Folglich erscheint es sinnvoll, die Besteuerung von Tabak zu erhöhen. Dies geschah in den Jahren 2001 bis 2008 von 8,02 Cent auf 13,93 Cent pro Zigarette zu entrichtender Steuer. Damit lag der Preis pro Zigarette im Durchschnitt bei 22,1 Cent (Pötschke-Langer et al. 2009, S.61). Eine weitere Erhöhung der Steuer ist schrittweise bis 2015 geplant und wurde im fünften Gesetz zur Änderung von Verbrauchsteuergesetzen festgehalten. Demnach wird die Steuer auf Zigaretten ab Januar 2015 auf mindestens 19,636 Cent je Stück abzüglich der Umsatzsteuer des Kleinverkaufspreises der zu versteuernden Zigarette ansteigen (Tabaksteuergesetz (TabStG) http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/tabstg_2009/gesamt.pdf, Stand April 2013). Obwohl im Rahmen dieses Gesetzes eine Angleichung der Besteuerung von Zigarren, Zigarillos, Feinschnitt und Pfeifentabak im Vergleich zu Zigaretten angestrebt wird, werden die Erstgenannten dennoch weit weniger besteuert und stellen somit weiterhin eine billigere Variante und Ausweichmöglichkeit dar. Der Anteil der jugendlichen Raucher, die Zigaretten selbst drehen, ist parallel zu den beschriebenen Steuererhöhungen nachweislich angestiegen (Orth und Töppich 2010).

Verbot von Tabakwerbung

2007 lag der Etat der Tabakindustrie für Werbung, Promotion und Sponsoring bei knapp 129 Mio. Euro (Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009, S.38). Dadurch bieten sich für die Konzerne viele Möglichkeiten, ein „positives gesellschaftliches Klima für den Tabakkonsum zu erzeugen und Rauchen in Zusammenhang mit Lebensstilen und Erlebniswerten zu stellen“ (Kröger et al. 2010, S. 94). Nachdem die Klage Deutschlands gegen die Umsetzung der EU-Richtlinie abgewiesen worden ist, gilt das „Vorläufige Tabakgesetz“ (VTabakG). Vieles wird dadurch untersagt, z.B. die Verteilung von Probepackungen und Promotionsartikeln. Plakataußenwerbung und Kinowerbung ab 18 Uhr sind aber weiterhin erlaubt. Kritiker weisen auf die weiterhin bestehenden zahlreichen Möglichkeiten hin, indirekte Werbemethoden wie z.B. Sportsponsoring nützen zu können. Zusätzlich sollten freiwillige Selbstbeschränkungen, unter anderem der Verzicht auf Plakataußenwerbung im Bereich von 100m um Schulen und Jugendzentren, durch wirksame gesetzliche Regelungen ersetzt werden.

Schutz vor Passivrauchen

Ein Teilziel des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“ ist, den Schutz vor Passivrauchen durch gesetzliche Regelungen zu erhöhen. Durch die Arbeitsstättenverordnung im Jahr 2002, das Bundesgesetz zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens im Jahr 2007 und die bis 2008 in Kraft getretenen 16 Landesnichtraucherschutzgesetze ist man diesem Ziel deutlich näher gekommen. Durch die genannten Gesetze gilt in allen öffentlichen Einrichtungen des Bundes, im öffentlichen Personenverkehr, an Bahnhöfen und in den Einrichtungen der Länder ein grundsätzliches Rauchverbot. Auch der Konsum von Zigaretten in Gaststätten ist erheblich eingeschränkt worden, hier gelten in den Bundesländern allerdings unterschiedliche Regeln. Auch dadurch hat sich das gesellschaftliche Bewusstsein für die Gefahren des Passivrauchens und eine hohe Akzeptanz des Rauchverbots entwickelt (Mons et al. 2008). Dennoch sind immer noch viele Menschen, besonders Kinder, Zuhause oder in ihrer Freizeit Passivrauch ausgesetzt.

Hilfe zum Ausstieg

Tabakabhängigkeit ist wie andere Suchterkrankungen auf viele verschiedene Einflüsse zurückzuführen. Daher gilt, dass auch eine Therapie mehrere Ansatzpunkte haben sollte, um erfolgreich zu sein. So sollten sowohl „die körperliche als auch die psychische Abhängigkeit berücksichtigt und sowohl akut- als auch langwirksame Therapieelemente“ (Batra et al. 2006, S. 107) zum Einsatz kommen. Damit wird klar, dass dies fast nur mit professioneller Unterstützung und Anleitung möglich ist.

Neben den Krankenkassen bieten auch viele private Organisationen komplexe Programme zum Ausstieg an. Ein Beispiel für ein niederschwelliges Angebot ist das internetbasierte „Rauchfrei-Ausstiegsprogramm“, das ein wichtiger Teil der Kampagne „rauchfrei!“ zur Förderung des Nichtrauchens der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (vergleiche www.rauchfrei-info.de) ist. Dabei werden aufhörwillige Raucherinnen und Raucher über einen Zeitraum von bis zu vier Wochen auf ihrem Weg zum Nichtrauchen begleitet. Neben Hilfestellungen in Form von Informationen und Empfehlungen, die in einem persönlichen Benutzerkonto bereitgestellt oder per E-Mail verschickt werden, liegen Schwerpunkte auf der Vorbereitung eines „Ausstiegstags“ und auf Hilfen bezüglich Schwierigkeiten, die in Folge des Rauchstopps auftreten können. Viel Wert wird außerdem auf die Entwicklung positiver Alternativen zum Rauchen gelegt, was die Chancen eines Erfolgs erhöhen sollen. Seit seinem Bestehen im Jahr 2006 ist das Programm inzwischen von über 50.000 Menschen in Anspruch genommen worden (vergleiche BZgA, www.rauchfrei-info.de).

Auch für Kinder und Jugendliche gibt es Angebote, wenn auch in begrenzter Zahl. So soll zum Beispiel eine angepasste Version von „rauchfrei!“ speziell Kinder und Jugendliche ansprechen. Sie bietet neben Informationen über Tabak und Rauchen ein der Zielgruppe angepasstes internetbasiertes Ausstiegsprogramm an.

Durch eine großangelegte Kampagne ist es in den letzten Jahren gelungen, den Bekanntheitsgrad von „rauchfrei!“ deutlich zu erhöhen. So hatten nach einer Erhebung von Orth et. al (2010) im Jahr 2008 bereits 67% der Jugendlichen davon gehört.

Insgesamt stehen im Bundesgebiet etwa 3000 Angebote zur Tabakentwöhnung mit etwa 250.000 Plätzen pro Jahr zur Verfügung (Etzel et al. 2008, S. 1459). Die Untersuchung von Etzel et al. zeigt weiter, dass es trotz aller Anstrengungen bei ortsgebundenen Therapieangeboten ausgeprägte regionale Ungleichverteilungen gibt und dass fast ein Viertel der Anbieter keine Zusatzqualifikation vorweisen können. Problematisch ist auch, dass Ärzte, die in ihrer Ausbildung kaum in Kontakt mit Suchtbehandlung kommen, im Alltag damit aber häufig konfrontiert werden. Die Bundesärztekammer hat diesen Missstand erkannt und bietet eine Fortbildungsmaßnahme an, um so flächendeckend Angebote für eine qualifizierte Tabakentwöhnung zu ermöglichen. Dennoch gibt es hier noch erhebliche Notwendigkeit zu Verbesserungen, denn eine nachweisliche Wirksamkeit besteht nur für wenige Ansätze und „viele der auf dem Markt befindlichen Raucherentwöhnungsverfahren entbehren einer soliden wissenschaftlichen Grundlage oder einer klaren theoretischen Fundierung“ (Batra et al. 2006, S. 91).

Verhinderung des Einstiegs

Da der Einstieg in der Regel in dieser Lebensphase stattfindet, soll vor allem bei Jugendlichen angesetzt werden. Orte und Einrichtungen, die vorwiegend von Jugendlichen benutzt werden, sollen möglichst komplett rauchfrei werden. Ein großer Schritt in diese Richtung ist das Rauchverbot an inzwischen allen Schulen in Deutschland. Auch wurde mit dem Jugendschutzgesetz die Altersgrenze für die Abgabe von Tabakprodukten von 16 Jahre auf 18 Jahre erhöht. Rauchen ist Jugendlichen bis zu einem Alter von 18 Jahren in der Öffentlichkeit untersagt. Zudem sank die Zahl der Zigarettensautomaten um knapp die Hälfte auf 470.000 im Jahr 2006, was die Verfügbarkeit von Tabakprodukten erheblich erschwert.

Auch der Wettbewerb „Be smart- don't start“, der ebenfalls von der BZgA, von der Deutschen Krebshilfe und vom Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung

organisiert wird, hat das Ziel, die Schüler im Klassenverband zu motivieren, nicht zu rauchen und über einen gewissen Zeitraum rauchfrei zu bleiben. Damit wird versucht, die Schülerinnen und Schüler an die Thematik heranzuführen, die „Norm des Nichtrauchens in der Klassengemeinschaft“ zu festigen (Hanewinkel et al. 2007, S. 39), nichtrauchende Schülerinnen und Schüler zu motivieren, nicht zu rauchen und rauchende Schülerinnen und Schüler dazu zu bewegen, das Rauchen wieder aufzugeben. Das Programm entstand 1989 in Finnland und hat sich zu einem internationalen Projekt entwickelt. Europaweit nehmen inzwischen 18 Länder an dem Projekt, das unter dem Namen „Smokefree Class Competition“ läuft, teil. In Deutschland fand der Wettbewerb zum ersten Mal 1997 statt. Seither haben sich die Teilnehmerzahlen stetig erhöht, im Schuljahr 2010/2011 haben sich 10.550 Schulklassen deutschlandweit angemeldet, die sich der Herausforderung stellen, gut fünf Monate rauchfrei zu bleiben (vergleiche Deutsche Krebshilfe e.V. 2011, www.besmart.info).

Neben diesen genannten Programmen haben wie schon erwähnt auch viele andere Organisationen und Vereine Programme auf den Weg gebracht, um Rauchen besonders bei Jugendlichen zu bekämpfen und zu verhindern. Unterschiedliche Projekte und Ansätze haben sich so in ganz Deutschland entwickelt, hier sollen als Auswahl die folgenden genannt werden: „Just be smokefree“ (www.justbesmokefree.de) der DAK, „Fiese Falle“ (www.fiese-falle.de), „Schüler in der Klinik“ (vgl. Stamm-Balderjahn, 2012) und „ohne Kippe“ (www.ohnekippe.de).

Besondere Erwähnung soll an dieser Stelle das Präventionsprogramm des Vereins „Prävention der Nikotinsucht bei Kindern und Jugendlichen in Hamburg und Umgebung e.V.“ erhalten, da die Daten, auf die sich die vorliegende Arbeit stützt, in Zusammenhang mit der Evaluation dieses Programms entstanden sind und zur Verfügung gestellt wurden.

Die Aufklärungsveranstaltung „Nichtrauchen ist cool!“ des Vereins „Prävention der Nikotinsucht bei Kindern und Jugendlichen in Hamburg und Umgebung e.V.“ lehnt sich an das Heidelberger Projekt „Ohne Kippe“ an und wird seit Mai 2005 jeden Donnerstag für Schülerinnen und Schüler der 5. bis 7. Klasse Hamburger Schulen und der Umgebung angeboten. Nach einer Vorbereitung in der Schule durch bereitgestellte Materialien kommen die Schülerinnen und Schüler für die etwa zweistündige Veranstaltung an das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Dort wird durch einen Arzt in Form eines Vortrags Wissen über die Gefährlichkeit des Rauchens und die kurz-, mittel- und lang-

fristigen Folgen vermittelt. Anschließend wird ein Video einer Bronchoskopie bei einem Patienten mit Lungenkrebs gezeigt. So wird aus dem eher ungreifbaren Begriff Krebs etwas Vorstellbares. Um dies noch zu verstärken, erzählt ein Patient oder ein Verwandte eines Betroffenen mit Lungenkrebs, der aufgrund langjährigen Nikotinkonsums entstanden ist, von seiner Krankheit und den für ihn daraus resultierenden Folgen und Beschwerden. Zudem bietet sich die Möglichkeit für die Kinder und Jugendlichen, Fragen zu stellen. Durch eine gründliche Nachbereitung in der Schule soll eine Integration in schulische Maßnahmen und eine Verfestigung des Erlebten gewährleistet werden. Die Veranstaltung erfreut sich großer Beliebtheit bei Schülern und Lehrern. Viele Lehrer haben den Besuch der Aufklärungsveranstaltung als festen Bestandteil in ihren Unterricht integriert und kommen regelmäßig mit wechselnden Klassen. Insgesamt haben gut 55.000 Schülerinnen und Schüler aus mehr als 250 Schulen im Zeitraum von 2005 bis 2013 Jahren an dem Projekt teilgenommen (www.nicht-rauchen-ist-cool.de).

Es kann also festgehalten werden, dass zusätzlich zu den Maßnahmen, die von politischer Seite aus realisiert wurden, sei es im rechtlichen Rahmen oder in Form von Angeboten verschiedener Art, auch eine Reihe anderer Organisationen, Vereine und private Träger im Bereich der Information, Prävention und des Nichtraucher-schutzes etabliert sind und damit wichtige Arbeit im Sinne der Rauchprävention leisten.

2.2. Stand der Forschung

Die Bemühungen unterschiedlichster Art und unterschiedlichster Ansätze, die im vorigen Abschnitt beschrieben wurden, zeigen besonders bei Jugendlichen Wirkung. Dies wird deutlich, wenn man einen Blick auf den Verlauf der Prävalenz des Rauchens in den letzten Jahren wirft.

2.2.1. Prävalenz des Nikotinkonsums

Eine Vielzahl von Erhebungen liefert in regelmäßigen Abständen aktuelle Zahlen, alle kommen zu ähnlichen Ergebnissen: so rauchen nach Angaben der Gesundheitsberichterstattung des Bundes 30% der Bundesbürger, aufgeschlüsselt nach Geschlecht zählen 26% der Frauen und 34% der Männer als tägliche oder gelegentliche Raucher. Auch wenn sich Ende des 20. Jahrhunderts die Prävalenzen deutlich angenähert haben, rauchen in allen Altersgruppen mehr Männer als Frauen. Betrachtet man die Anteile der Raucherinnen und Raucher in den verschiedenen Altersgruppen, zeigt sich,

dass besonders im jüngeren Erwachsenenalter die Prävalenz sehr hoch ist, erst ab etwa 50 Jahren sinkt sie dann deutlich unter 40%. Da sich die Werte in den letzten Jahren kaum verändert haben, bedeutet dies, dass ungefähr 20 Millionen Menschen in Deutschland rauchen (BZgA 2011). Anders verhält es sich, schaut man auf die Altersgruppen 12 bis 17 Jahre und 18 bis 25 Jahre im Verlauf von 1973 bis 2010 (BZgA 2011). Danach gehen die Zahlen derjenigen, die sich selbst als „gelegentliche oder ständige Raucher“ bezeichnen, in der Altersgruppe 12 bis 17 Jahre von 27% bei den Mädchen und 39% bei den Jungen im Jahr 1973 auf 12% bzw. 14% im Jahr 2010 zurück. Ein gleichgerichteter Trend lässt sich in der Altersgruppe 18 bis 25 Jahre beobachten: Hier liegt die Raucherquote bei aktuell 36% bei den jungen Frauen und 41% bei den jungen Männern. Gleichzeitig steigt auch die Zahl derjenigen, die noch nie geraucht haben, nach einem Abfall im Jahr 2001 auf nun 68% bei den 12- bis 17-Jährigen und 30% bei den 18- bis 25-Jährigen.

Als Lebenszeitprävalenz des Rauchens bezeichnet man den „prozentualen Anteil der Personen, die jemals in ihrem Leben zumindest ein einziges Mal geraucht haben“ (BZgA 2011, S. 9). Nach den Zahlen der Befragung der BZgA im Jahr 2010 haben 32% aller Jugendlichen in der Altersgruppe 12 bis 17 Jahre schon mindestens einmal geraucht. Dabei gibt es kaum einen Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Jugendlichen. Weitaus höher ist der Anteil in der Altersgruppe der 18- bis 25-Jährigen, hier sind es 71%.

Große Unterschiede bei den Raucheranteilen gibt es nach den Daten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011) in Bezug auf die verschiedenen Schulformen. Vergleicht man hier die Zahlen der rauchenden Schülerinnen und Schüler, die die Sekundarstufe I besuchen, so rauchen in der Hauptschule 9%, in der Realschule 14% und in der Gesamtschule 11%. Am wenigsten verbreitet ist das Rauchen am Gymnasium mit 5%. Dieses Ergebnis findet sich auch bei den Schülerinnen und Schülern der Sekundarstufe II. Hier liegen die Werte mit 23% bei den Gymnasiasten ebenfalls am niedrigsten, mit einigem Abstand folgen die Schülerinnen und Schüler der Berufsschule mit 31%. Studierende rauchen zu 27% und Azubis zu 44%.

Die Mittelwerte des Alters, in dem zum ersten Mal geraucht wird, liegen bei den 12- bis 25-Jährigen insgesamt bei 14 Jahren im Jahr 2010. Nach den Zahlen der BZgA zeigt sich im Beobachtungszeitraum seit 1986, dass das Alter leicht von 13.3 auf 14 Jahre ansteigt. Dabei lässt sich kaum ein geschlechtsspezifischer Unterschied ausmachen, auch verlaufen die Schwankungen parallel bei Mädchen und Jungen.

Laut den Daten des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts (Lampert und Thamm 2007) gibt es bereits unter den 11- bis 13-Jährigen regelmäßige und sogar starke Raucher. Bei den Mädchen sind dies 1.7% bzw. 0.2%, bei den Jungen liegen diese Zahlen bei 2.1% und 0.4%. Bei den älteren Jugendlichen, den 14- bis 17-Jährigen, werden mit 26% deutlich höhere Zahlen für regelmäßiges Rauchen beobachtet, für tägliches Rauchen sind es bei Mädchen und Jungen gleichermaßen 21%. Die durchschnittlich konsumierte Zahl an Zigaretten ist nach dieser Studie bei den regelmäßig rauchenden Mädchen 8 Zigaretten und bei den regelmäßig rauchenden Jungen 9 Zigaretten pro Tag. Anhand dieser Zahlen lässt sich verdeutlichen, dass mit zunehmendem Alter die Intensität und die Regelmäßigkeit des Konsums deutlich zunimmt.

Die bundesweit beobachteten Trends lassen sich auch durch die Zahlen der SCHULBUS-Sondererhebung „Die Entwicklung des jugendlichen Umgangs in Hamburg 2004 bis 2009“ (Baumgärtner 2009) belegen. Der Hamburger SCHULBUS ist eine „Schüler- und Lehrerbefragung zum Umgang mit Suchtmitteln“, die vom Büro der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen seit 2004 durchgeführt wird. Befragt werden 14- bis 18-jährige Hamburger Jugendliche. Diese lokal erfassten Daten zeigen Folgendes: Im Jahr 2009 lag die Lebenszeitprävalenz bei 59% bei den Mädchen und 62% bei den Jungen. Die 30-Tages-Prävalenz, die angibt, ob in den letzten 30 Tagen mindestens eine Zigarette geraucht wurde, lag bei 30% bei den Mädchen und 34% bei den Jungen. Ein rückläufiger Trend ist bei beiden Zahlen zu beobachten. Auch die Konsumintensität ist deutlich gesunken auf nun 13%, die mehr als 5 Zigaretten pro Tag rauchen, und 1%, die mehr als 20 Zigaretten pro Tag rauchen. Das durchschnittliche Alter des Erstkonsums liegt mit 13.2 Jahren etwas unter den Zahlen, die die BZgA herausgegeben hat.

Die Wichtigkeit solcher regionalen Daten liegt auf der Hand, wenn man sich verdeutlicht, dass „Suchtprävention stets die Arbeit vor Ort ist, und das bedeutet, dass der Erfolg der Planung und Durchführung konkreter Maßnahmen in einem direkten Verhältnis zu dem Ausmaß steht, in dem hier die regionalen Besonderheiten explizit Berücksichtigung finden können“ (<http://www.sucht-hamburg.de/projekte/schulbus>, Stand März 2011). Hat man die Möglichkeit, Daten in regelmäßigen Abständen zu erheben, so ist es dadurch „möglich, sehr frühzeitig konkrete Hinweise auf sich etablierende Konsummuster und die ihnen zugrunde liegenden Motive zu bekommen und darauf bauend Präventionsmaßnahmen gezielt planen, umsetzen, auf ihre Effekte hin prüfen,

korrigieren und übergreifend koordinieren zu können“ (<http://www.suchthamburg.de/projekte/schulbus>, Stand März 2011).

2.2.2. Relevanz der Prävention

In der Sucht- und Drogenforschung gilt es inzwischen als erwiesen, dass sich „das Alter des Erstkonsums von Tabak entscheidend auf die Frage nach der Verfestigung des zukünftigen Rauchverhaltens der Jugendlichen auswirkt und auch einen Einfluss auf die spätere Konsumintensität ausübt“ (Baumgärtner 2005, S. 31). Belegt werden kann dies z.B. durch die vorliegenden Zahlen aus derselben Quelle: Danach liegt die von 18-Jährigen durchschnittlich gerauchte Zahl der Zigaretten bei 11, wenn das Alter des Erstkonsums 10 Jahre und jünger war. Durchschnittlich 9 Zigaretten wurden geraucht, wenn das Erstkonsumalter zwischen 11 bis 13 Jahren lag und 6 Zigaretten, wenn der Erstkonsum in einem Alter von mindestens 16 Jahren stattfand.

Chassin et al. (1996) schreiben, dass ein früher Rauchbeginn die Wahrscheinlichkeit erhöht, im Erwachsenenalter eine Tabakabhängigkeit zu entwickeln. Auch beginnen die meisten späteren Raucher bereits in ihrer früher Jugend zu rauchen. Laucht und Schmid (2007) sprechen in diesem Zusammenhang von einer signifikanten Vorhersagemöglichkeit des Konsumverhaltens anhand des Alters des Erstkonsums. Ergebnisse des griechischen Global Youth Tobacco Surveys (GYTS) (Kyrlesi et al. 2007) belegen, dass ein Viertel aller Raucher vor dem zehnten Lebensjahr mit dem Nikotinkonsum begonnen hat. Das heißt im Umkehrschluss: Wer als Jugendlicher nicht mit dem Rauchen beginnt, bleibt auch als Erwachsener mit hoher Wahrscheinlichkeit Nichtraucher.

Die Daten, die Fiedler et al. (2006) veröffentlichen und die Schlussfolgerungen, die sie daraus ziehen, gehen sogar noch weiter. Danach reicht eine einzige Zigarette, die im Alter von elf Jahren geraucht wurde, um später eher mit dem Rauchen zu beginnen als andere 11-Jährige. So ist nach Fiedler die Chance 2.1-mal größer, mit 14 Jahren das Rauchen zu beginnen, gehörte der Jugendliche zur Gruppe der „Einmaligen Probierer“.

Noch weitere wichtige Faktoren gilt es zu beachten. So weiß man aus vielen Untersuchungen, dass Tabakrauch massive Schäden und gesundheitliche Probleme hervorruft. Diese sind abhängig vom Einstiegsalter, der Dauer des regelmäßigen Rauchens und der Konsumintensität. Beginnen Kinder und Jugendlichen zu rauchen, ist also die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass später schwerwiegende Krankheiten auftreten, da der

Organismus sich noch in der Wachstumsphase befindet, die organische Entwicklung noch nicht abgeschlossen und dadurch vulnerabler ist (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2007, S. 49). Viele Jugendliche erleben zwar die akuten Gesundheitsschädigungen, wie z.B. Reizungen der Schleimhäute der Augen und des Atemtrakts, diese klingen aber nach einiger Zeit ab und eine Gewöhnung tritt ein. Dadurch werden die Schäden des Tabakkonsums, die erst mit großer Latenzzeit auftreten, wie z.B. chronisch obstruktive Lungenerkrankungen oder Lungenkrebs, von den Jugendlichen oft unterschätzt.

Nicht genügend beachtet wird auch die besonders schnelle Entwicklung einer Abhängigkeit bei Jugendlichen. Durch die Wirkung des Nikotins im Gehirn kommt es rasch zu einer physischen, durch Konditionierungsprozesse zu einer psychischen Abhängigkeit. Dadurch kann es geschehen, dass bereits nach kurzer Zeit die Kontrolle über das Rauchverhalten, auch bei nur gelegentlichem Konsum, verringert ist (Kandel et al. 2007). So kommt es von den Jugendlichen zu der Fehleinschätzung, es könne ihnen jederzeit gelingen, das Rauchen wieder aufzugeben. Bancej et al. (2007) kommen in ihrem Review zu dem Ergebnis, dass mehr als die Hälfte der jugendlichen Raucher mehrere „Stopversuche“ hinter sich hat, 89% gelingt es nicht, ein Jahr abstinent zu bleiben. Ähnliches zeigt eine Erhebung des Rauchstatus über einen Zeitraum von 15 Jahren: Nur ein Drittel der Befragten, die als Jugendliche täglich rauchten, konsumieren im Alter von 28 Jahren keinen Tabak mehr (Paavola et al. 2001). Nicht nur die jugendlichen Raucher, sondern auch Experten hegen oft die Annahme, dass es für diese junge Raucher leicht sei, das Rauchen aufzugeben, „da sich das Rauchverhalten noch nicht so verfestigt habe wie bei jahrzehntelangen Rauchern im Erwachsenenalter“ (Lindinger 2005, S. 2). Spätestens seit Veröffentlichungen, unter anderem von DiFranza et al. (2000), ist aber klar, dass es sich anders verhält. Sie belegen nämlich, dass gut ein Viertel der 12- bis 13-Jährigen erste Abhängigkeitssymptome wie Unruhe, Nervosität oder Konzentrationsschwierigkeiten innerhalb der ersten vier Wochen, in denen sie rauchen, entwickelten. Dabei musste kein tägliches Rauchen stattfinden.

Gervais et al. (2006) unterteilen den Verlauf vom ersten Versuch einer Zigarette bis zur Abhängigkeit in 12 Stadien, die innerhalb eines Jahres auch bei unregelmäßigem Konsum durchlaufen werden können. Allerdings, so weiter, bringen Jugendliche die sich zeigenden Symptome nicht in Zusammenhang mit ihrem Rauchverhalten, demzufolge entsteht kein Bewusstsein für eine nötige Intervention und sie sind für Tabakentwöhnungsprogramme oder -hilfestellungen unempfindlich.

All diese Faktoren erschweren es erheblich, Jugendliche zur Tabakentwöhnung zu bewegen. Darum hat sich der Fokus inzwischen darauf gelegt, dem „Tabakkonsum bei Jugendlichen entgegenzuwirken und den Zeitpunkt des ersten Rauchens so weit wie möglich hinauszuzögern oder gar zu verhindern“ (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2007, S. 50). Um dies zu ermöglichen, ist es wichtig zu verstehen, welche Faktoren ausschlaggebend sind, Kinder und Jugendliche zur Zigarette greifen zu lassen bzw. was eine Maßnahme leisten muss, damit Kindern dies unterlassen. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, einen Beitrag zu leisten, diese Faktoren näher zu beleuchten und somit eine erfolgreiche und effiziente Tabakprävention bei Kinder und Jugendlichen zu ermöglichen.

2.2.3. Warum Kinder und Jugendliche rauchen

In der Literatur werden folgende Gründe als Ursachen für Tabakkonsum bei Kindern und Jugendlichen genannt:

Im Rahmen von alters- und geschlechtsspezifischen Entwicklungsaufgaben nimmt Rauchen für Jugendliche oft die Funktion ein, den Schritt vom Kind zum Erwachsenen zu verdeutlichen. Dazu zählen die Ablösung von den Eltern, Erprobung eigener Lebensstile, Auseinandersetzung mit der Geschlechterrolle und erste Sexualerfahrungen (Lampert und Thamm 2007). Weitere häufig genannte Motivationen sind Risikoverhalten, um eigene Grenzen zu testen (Hurrelmann 2002), die Annahme, durch das Rauchen leichter Zugang zu Freundeskreisen zu finden, Emotionen besser zu bewältigen sowie schneller Entspannung zu erlangen. Einstellungen, Überzeugungen und Werthaltungen, die im frühen Kindesalter durch das soziale Umfeld geprägt werden oder aber auch gesellschaftlicher Druck oder soziale Normen können ausschlaggebend dafür sein, dass Jugendliche durch ihr Rauchverhalten Anerkennung und Respekt erhalten wollen, aber auch Konflikte und Stress besser im Griff haben zu glauben (Lampert und Thamm 2007). Befragungen von bereits rauchenden Jugendlichen zeigen, dass für sie häufige Gründe Gewohnheit, Stressbewältigung, Geschmack und Langeweile sowie rauchende Freunde sind (Radtke et al. 2008). Besonders Mädchen nennen außerdem als Grund den Wunsch, nicht an Gewicht zuzunehmen zu wollen (Morgenstern et al. 2007). All diese Eigenschaften und Einstellungen bezüglich des Rauchens werden unter anderem durch die Medien und durch Tabakwerbung, die speziell auf die Probleme und Bedürfnisse von Jugendlichen abgestimmt ist, verstärkt. Das Deutsche Krebszentrum zeigt in einer Veröffentlichung von 2012 auf, welche Mittel und Methoden gewählt werden, um bestimmte Werte mit den Produkten zur verknüp-

fen und den Jugendlichen so zu suggerieren, dass sie ihre Probleme und Unsicherheiten mit dem Konsum von Zigaretten lösen können. Über die Bedeutung dieser Zielgruppe ist man sich bewusst, denn, so wird Myron E. Johnston, Marktforscher bei Philip Morris, in einem Report aus dem Jahr 1981 zitiert „der Teenager von heute ist der potentielle regelmäßige Konsument von morgen, und die überwältigende Mehrheit der Raucher beginnt zu rauchen, solange sie unter 20 sind“ (Johnston 1981).

2.2.4. Prädiktive und protektive Faktoren des Rauchens

In der Forschung werden einige Theorien diskutiert, die sich mit der Erklärung von Gesundheitsverhalten auseinandersetzen und zum Ziel haben, präventive oder risikobehaftete Verhaltensweisen und Einflussfaktoren bezüglich der Gesundheit zu bestimmen. Bei der Entwicklung von suchtpreventiven Maßnahmen, die auf dem Interventionsmodell basieren, spielt inzwischen neben der Theorie des geplanten Verhaltens und der soziale Lerntheorie das Modell der Risiko- und Schutzfaktoren eine Rolle (BZgA 2006). Risiko- und Schutzfaktoren sind demnach Einflussfaktoren auf den Substanzkonsum. Dabei erhöhen vorliegende Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit während Schutzfaktoren die Wahrscheinlichkeit des Substanzkonsums verringern.

Wesentliche Risikofaktoren sind soziale Einflüsse wie Rauchen der Eltern, Geschwistern und Peer-Gruppe, psychologische Faktoren wie Impulsivität, Stress, Verlangen nach Zigaretten und Konsum von anderen Substanzen wie Alkohol und illegalen Drogen (O’Loughlin et al. 2009). Weitere wichtige Faktoren sind depressive Verhaltensweisen, rebellierendes Verhalten, schlechte Schulleistung, Kennen von Zigarettenwerbung (O’Loughlin et al. 2009), Rauchen in Filmen (Hanewinkel und Sargent 2007), verfügbares Taschengeld (Shubhadeep et al. 2011) und Neugier (Milton et al. 2008).

Viele Daten deuten darauf hin, dass es einen Zusammenhang zwischen dem soziodemographischen Status und dem Rauchverhalten in der Bevölkerung, nicht nur bei Kindern und Jugendlichen, sondern auch bei Erwachsenen gibt. Pötschke-Langer et al. (2009) zeigen mit ihren Daten im „Tabakatlas Deutschland, 2009“, dass sich die Raucheranteile bei Frauen und Männern stark nach sozialen Merkmalen unterscheiden, diese sind inzwischen sogar größer als die früher stark beobachteten Geschlechtsunterschiede. Gleiches ist bei Kindern und Jugendlichen zu beobachten, hier ist das Rauchen unter Jugendlichen, die sich selbst einem niedrigen sozialen Status zuordnen,

signifikant stärker verbreitet als unter Jugendlichen, die mit hohen sozialen Lebensstandards aufwachsen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2007). Wie bereits beschrieben, lassen sich schon bei Jugendlichen je nach besuchter Schulform deutliche Unterschiede feststellen. Während nur ein vergleichsweise geringer Anteil der Schülerinnen und Schüler eines Gymnasiums raucht, steigt diese Zahl kontinuierlich in der Realschule bis hin zur Hauptschule mit dem höchsten Anteil. Dieser Trend setzt sich dann bei den Erwachsenen in den unterschiedlichen Berufsgruppen und in den Bildungsgruppen fort, wobei in der Gruppe mit hohem Bildungsniveau signifikant weniger geraucht wird (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2009).

Dazu kommt der Einfluss des sozialen Umfelds. Unterschiedliche Einschätzungen gibt es bezüglich des Einflusses des Rauchverhaltens der Eltern. Während einige Studien starke Zusammenhänge sehen (Gečov et al. 2005), bestreiten andere den Einfluss (Avenevoli und Merikangas 2003). Sicherlich kann angenommen werden, dass das Verhalten der Eltern eine Vorbildfunktion einnehmen kann und durch die Kinder und Jugendlichen imitiert und nachgemacht wird, außerdem haben sie eher die Möglichkeit, an Zigaretten zu gelangen, wenn diese im Haushalt verfügbar sind (Milton et al. 2008). Beeinflussend wirkt die Stimmung im Haushalt auf das Rauchverhalten. So schreiben Albers et al. (2009), dass Jugendliche sich eher eine Nichtraucherwohnung suchen, wenn in ihrem Elternhaus ebenfalls das Rauchen nicht erlaubt war. Huver et al. (2006) fanden heraus, dass weniger die Häufigkeit, in der das Thema Rauchen angesprochen wird, als vielmehr die Qualität der Gespräche entscheidend ist. Auch finden sie eher erhöhte Rauchprvalenzen, eventuell als Reaktion und Rebellion, wenn ein striktes Rauchverbot in der Familie herrscht. Starken Einfluss hat außerdem, ob das Thema in der Schule behandelt wird und dort Regeln herrschen, die Rauchen eher unterbinden sollen.

Ein nicht zu vernachlässigender Punkt ist das Rauchverhalten der Peer-Gruppe. Während Übereinstimmung darüber herrscht, dass Jugendliche durch ihre Freunde und Geschwister im Rauchverhalten beeinflusst werden (Avenevoli und Merikangas 2003), wird nun auch zunehmend diskutiert, ob Jugendliche sich ihre Freunde nicht dementsprechend aussuchen könnten (de Vries et al. 2006) und somit doch die Einstellungen, die bereits im Kindesalter ausgeprägt werden, die wichtigere Rolle spielen.

Weitere Erkenntnisse soll die vorliegende Arbeit liefern, die Prävalenz und Prädiktoren bei Kindern und Jugendlichen für das Rauchen in einem Alter untersucht, in

dem bereits erste Raucherfahrungen bereits getätigt wurden oder werden und bisher wenige Daten über diese Altersspanne zur Verfügung stehen.

2.3. Fragestellungen

Lassen sich Einflussfaktoren identifizieren, die (mit unterschiedlicher Wichtigkeit) den Erstkonsum von Zigaretten bei Kindern im Alter von neun bis 14 Jahren erklären können?

Um diese Primärfrage beantworten zu können, werden zunächst die folgenden einzelnen Themen untersucht, die auf eine prinzipielle bzw. ungewichtete Identifizierung von Einflussfaktoren abzielen, sozusagen auf eine Liste. Der internationalen Terminologie folgend, werden Kinder ohne Erfahrung im Tabakkonsum dabei als „Nieraucher“ und Kinder ab der ersten Erfahrung im Tabakkonsum als „Neuraucher“ bezeichnet.

- Welche soziodemographische Faktoren unterscheiden Neuraucher von Nierauchern?
- Welche Einstellungsmerkmale unterscheiden Neuraucher von Nierauchern?
- Welche soziale Einflüsse (z.B. Elterhaus, Gleichaltrige) unterscheiden Neuraucher von Nierauchern?
- Welche psychischen Faktoren (z.B. Verhaltensprobleme, Ängstlichkeit) unterscheiden Neuraucher von Nierauchern?
- Welche Unterschiede finden sich zwischen Neurauchern und Nierauchern in Bezug auf psychosoziale Einflüsse (z.B. Selbstwirksamkeit, Lebenszufriedenheit)?

Die Primärfrage wird abschließend durch eine vergleichende simultane statistische Analyse der gefundenen Faktoren beantwortet.

Somit liegt mit der hier vorgelegten Dissertationsschrift keine Evaluationsstudie vor, dies wurde im Rahmen anderer Arbeiten geleistet (vergleiche z.B. Hampel 2010, Berger 2012), sondern eine Prognosestudie (vergleiche Schumacher & Schulgen 2008).

3. METHODEN

In der dieser Dissertationsschrift vorangegangenen Diplomarbeit „Einflussfaktoren auf die Einstellungen zum Nikotinkonsum und das Rauchverhalten 11-13-jähriger Schülerinnen und Schüler im Verlauf von 3-4 Monaten: Ergebnisse der ersten beiden Untersuchungszeitpunkte der Hamburger Schülerbefragung zu „Nichtrauchen ist cool!“, Hampel, Universität Hamburg 2010, wird ausführlich auf die Inhalte des Fragebogens und die Durchführung der Befragung eingegangen. In der vorliegenden Arbeit werden die gleichen Instrumente genutzt. Die nachfolgende Kurzdarstellung stützt sich wesentlich auf diese Ausführungen. Für weitere Beschreibungen kann Hampel 2010 zum Vergleich herangezogen werden.

3.1. Forschungsinstrument

Der genutzte Fragebogen baut auf Erfahrungen von erfolgreich durchgeführten Schülerbefragungen. Der zusammengestellte Fragebogen besteht zu Teilen aus eigens entwickelten Items, welche auf aus der Literatur berichtete Einflussfaktoren bauen. Andere Items wurden aus bewährten Fragebögen entnommen (Hampel 2010). So lehnt er sich unter anderem an die Schülerstudien HBSC und ESPAD (Kraus et al. 2008) an, um soziodemographische Merkmale und Drogenkonsummerkmale zu erfassen. Der Fragebogen beinhaltet Bereiche wie soziodemographische Merkmale, schulische Leistung, Sport, Familie, Substanzkonsum, Risikoeinschätzung, Einstellungen zum Tabakkonsum, Skalen zu Merkmalen der Person und den „Fragebogen zu Stärken und Schwächen“ (SDQ) (Goodman 1999). Die Auswahl der Fragekomplexe und Fragestellungen wurde in Abstimmung mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Behörde für Schule und Berufsbildung (BSB) der Freien und Hansestadt Hamburg getroffen. Bereiche, in denen kein Konsens gefunden wurde, wurden nicht in den Fragebogen aufgenommen. Daher wurden einige Themenkomplexe von zusätzlichem Interesse nicht erfragt. Der Fragebogen lässt sich im Rahmen einer Schulstunde zeitlich gut beantworten. Das Design der Studie, das Datenschutzkonzept und das gesamte Untersuchungsmaterial wurde von der BSB begutachtet (Hampel 2010, S.54). Alle Teilnehmer, also Eltern, Schülerinnen, Schüler und Lehrer, erhielten im Vorhinein Informationsschreiben, die Erziehungsberechtigten der Schülerinnen und Schüler gaben zusätzlich durch eine schriftliche Einwilligungserklärungen die Erlaubnis zur Teilnahme. Die Bögen wurden über ein sechsstelliges „Geheimwort“, bestehend aus den letzten Buchstaben des Nachnamens, des Geburtstages und den ersten zwei Buchstaben des Vornamens pseudonymisiert, wodurch eine Zuordnung der zu den unterschiedlichen

Messzeitpunkten ausgefüllten Fragebögen zueinander möglich ist. Die Untersuchungsgruppe erhielt zusätzlich einen Feedbackbogen zur Präventionsveranstaltung, in dem wichtige Elemente und die Vortragenden von den Schülern bewertet wurden.

Einige für die vorliegende Arbeit relevante Fragenkomplexe werden hier exemplarisch dargestellt und beschrieben, der gesamte Fragebogen befindet sich im Anhang.

Family Affluence Scale (FAS)

Um den familiären Wohlstand zu erfassen, wurde der FAS-Index (Family Affluence Scale) (Currie et al. 1997) genutzt. Dieser wurde entwickelt, um den sozioökonomischen Status (SES) der Eltern erheben zu können. Da eine Einschätzung der ökonomischen Verhältnisse sowie des Bildungsstands der Eltern den meisten Kindern und Jugendlichen schwerfällt bzw. sie darüber häufig keine Auskunft geben können, wurde hiermit eine Möglichkeit geschaffen, durch leicht zu beantwortende Fragen eine Einteilung in geringen, mittleren und hohen familiären Wohlstand vornehmen zu können. Dazu werden die vier folgenden Merkmale erfasst und daraus ein Summenwert gebildet:

- Besitz von Kraftfahrzeugen
- Besitz von Computern bzw. Laptops
- eigenes Zimmer des Kindes
- Zahl der familiären Urlaubsreisen.

Substanzkonsum

Neben Angaben zum Tabakkonsum wurden auch Angaben zum Alkoholkonsum erhoben. Bei Tabak wird neben Zigarettenkonsum auch der Genuss von Wasserpfeife oder Shisha angesprochen, der sich in den letzten Jahren unter Jugendlichen stark verbreitet hat (BZgA 2009). Es wird jeweils nach der Erfahrung mit der Substanz sowie dem entsprechenden Alter des Erstkonsums gefragt. Differenziertere Informationen werden besonders zum Zigarettenkonsum erbeten: eine Selbsteinschätzung der bisher konsumierten Anzahl an Zigaretten und ob Konsum im Monat vor der Untersuchung erfolgte.

Risikoeinschätzung, Einstellungen zum Tabakkonsum

Für die Ermittlung der Risikoeinschätzung hinsichtlich des Konsums von Tabak und anderen Substanzen wurden als Vorlage die Fragebogenitems bei Kraus et al. (2004) aus der internationalen ESPAD-Studie herangezogen.

Um die Einstellungen zum Tabakkonsum zu erfassen, wurden neun Adjektive mit einer siebenstufigen Antwortgraduierung angeboten, wobei der Bereich „1-3“ eine positive Einstellung, „4“ eine neutrale und „5-7“ eine negative Einstellung zum Rauchen bedeutet (Van den Eijnden et al. 2006; Fife-Shaw et al. 2007). Durch Itemanalysen der inhaltlich gleichsinnig umgepolten Items wurde ermittelt, dass sechs dieser Fragen eine Skala mit guter Konsistenz von Cronbachs $\alpha = .80$ ergeben, nämlich: krank, unangenehm, langweilig, schwach, (nicht) gut, (nicht) harmlos. Erfasst wird also die ablehnende Einstellung zum Rauchen.

Skalen zu Merkmalen der Person

Die Skalen „Allgemeine Selbstwirksamkeit“ (SWE), „Leistungsdruck“ und „Zufriedenheit in unterschiedlichen Lebensbereichen“ wurden von Schwarzer et al. (2001) entwickelt. Die Antwortmöglichkeiten reichen von „trifft nicht zu“ bis „trifft genau zu“. Die Fragen zielen darauf ab, herauszufinden, wie die Schülerinnen und Schüler ihr Verhalten in schwierigen Situationen, bei der Lösung von Problemen und im Umgang mit unerwarteten und fordernden Geschehnissen einschätzen.

Zur Beurteilung der Lebenszufriedenheit sind fünf Bereiche sowie der Bereich „Leben insgesamt“ mit einer fünfstufigen Skala von „sehr unzufrieden“ bis „sehr zufrieden“ zu bewerten. Zu den Bereichen zählen Schule und Freizeit, Familie, Freunde und die Selbstbewertung.

Fragebogen zu Stärken und Schwächen (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ)

Goodman entwickelte den Fragebogen zur Erfassung von Stärken und Schwächen SDQ (Goodman 1999). Der international vielfach genutzte Fragebogen „dient als valides diagnostisches Basis-Screening zur Ermittlung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen“ (Schäfer 2010, S.16). 25 in fünf inhaltliche Gruppen angeordnete Fragen zu den Themen „Emotionale Symptome“, „Störungen des Sozialverhaltens“, „Hyperaktivität“, „Peer-Beziehungsprobleme“ und „Prosoziales Verhalten“ geben ein differenziertes und umfassendes Bild über mögliche Verhaltensauffälligkeiten und -stärken von Kindern und Jugendlichen. Die fünf Einzelskalen mit jeweils fünf Merkmalen werden einzeln ausgewertet und außerdem addiert (ohne die Skala „prosoziales Verhalten“), wodurch der sogenannte Gesamtproblemwert entsteht. Die Bewertung erfolgt jeweils dreistufig mit „nicht zutreffend“, „teilweise zutreffend“ und „eindeutig zutreffen“.

3.2. Untersuchungsablauf

3.2.1. Studiendesign

Als Studiendesign wurde eine kontrollierte Längsschnittstudie gewählt. Die Untersuchung umfasste 18 Schulen, die aus 12 Untersuchungsschulen und 6 Kontrollschulen mit insgesamt 1378 Schülerinnen und Schülern bestanden. Die Untersuchungsgruppen besuchten die Aufklärungsveranstaltung und füllten im Zeitraum von einem Jahr dreimal den Fragebogen aus, die Kontrollgruppe beantwortete ebenfalls dreimal den Fragebogen, besuchte allerdings nicht die Aufklärungsveranstaltung.

Ausgewählt wurden die Untersuchungsgruppen anhand der Anmeldung der Schulen zur Veranstaltung im Erhebungszeitraum von November 2008 bis Februar 2009. Auf Drängen der Veranstalter wurden die Kontrollgruppen nicht aus den angemeldeten Schulen rekrutiert, um durch ein Enttäuschen der sehr engagiert teilnehmenden Lehrerinnen und Lehrer die Veranstaltung in ihrem Bestehen nicht zu gefährden. Mit Hilfe der Schulbehörde wurden stattdessen Schulen ausgewählt, die aufgrund soziodemographischer Daten mit den Untersuchungsschulen vergleichbar waren.

In der weiteren Arbeit und der Ergebnisdarstellung wird kein Unterschied zwischen den Gruppen „Untersuchungs-“ und „Kontrollschule“ gemacht, sondern immer die Gesamtstichprobe von 1378 Schülerinnen und Schülern betrachtet.

3.2.2. Durchführung der Untersuchung

Die Datenerhebungsphase, die sich in insgesamt drei Befragungszeiträume gliederte, erstreckte sich über dem Zeitraum von 2008 bis 2010. Dabei beantworteten Schüler, die die fünfte und sechste Klasse Hamburger Schulen besuchten, den oben beschriebenen Fragebogen.

Die Befragung wurde in drei Untersuchungszeitpunkte eingeteilt, dargestellt in Abbildung 1 für die Untersuchungsgruppe und in Abbildung 2 für die Kontrollgruppe. Dabei handelte es sich um einen ersten Messzeitpunkt, im Folgenden t1 genannt, gebildet aus dem Fragebogen, etwa eine Woche vor dem Besuch der Informationsveranstaltung. Kurze Zeit, zumeist wenige Tage nach der Teilnahme wurde die Veranstaltung durch die Schülerinnen und Schüler der Untersuchungsgruppe mit Hilfe eines Feedbackbogens evaluiert. Der zweite Messzeitpunkt, im Folgenden t2 genannt, zusammengesetzt aus dem Fragebogen und einem weiteren Feedbackbogen, fand drei Mo-

nate später statt, der dritte Messzeitpunkt, im Folgenden t3 genannt, bestehend aus dem Fragebogen, fand weitere neun später Monate statt. Daraus ergibt sich eine Datenerhebung mit einem 1-Jahres-Follow-up.

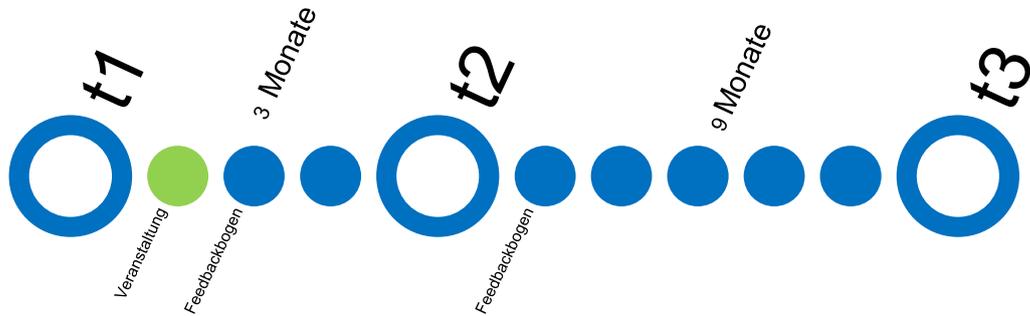


Abbildung 1 Studiendesign mit Darstellung der Erhebungszeitpunkte t_1 , t_2 und t_3 bei der Untersuchungsgruppe

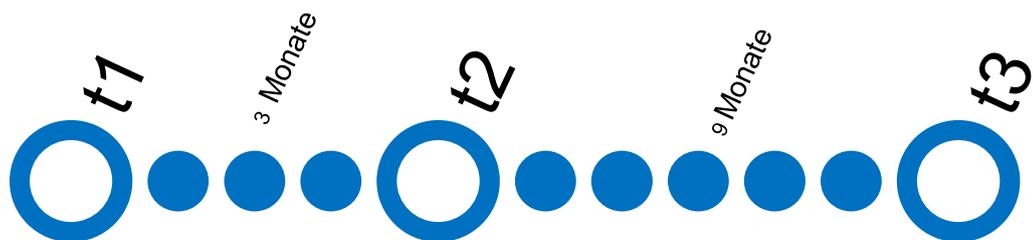


Abbildung 2 Studiendesign mit Darstellung der Erhebungszeitpunkte t_1 , t_2 und t_3 bei der Kontrollgruppe

3.3. Auswertung der Daten

3.3.1. Statistische Verfahren

Die Daten wurden in PASW Statistics in der Version 18.0 (SPSS Inc.) eingegeben und ausgewertet. Als Auswertungsverfahren wurden Student's t-Tests für unabhängige Stichproben, χ^2 -Tests sowie schrittweise binäre logistische Regressionen eingesetzt. Alle statistischen Verfahren folgen – soweit nicht anders angegeben – der voreingestellten SPSS-Routine. Die logistische Regression nutzte als Kriterium bei der Vorwärtsselektion die Likelihood-Funktion, ein Verfahren, wie es z.B. Bühl (2010, S. 425) empfiehlt. Als Hintergrundliteratur zum Verständnis der logistischen Regression wurde Backhaus et al. (2011) herangezogen.

Um die stark ungleichen Zellfrequenzen in den χ^2 - und den t-Tests auszugleichen, wurden Kontrollberechnungen mit gewichteten Gruppengrößen vorgenommen. Das Programm PASW Statistics schätzt die Prüfgrößen χ^2 und t unter Maßgabe der ihm vorgegebenen Gewichte. Die Gewichte waren stets 5.9 für die (sehr kleine) Gruppe der „Neuraucher“ sowie 0.6 für die sehr große Gruppe der „Nieraucher“; diese Gewichte ergeben sich für ein $N = 1370$ mit zwei exakt gleich großen Gruppen von $n_1 = n_2 = 685$ (Brosius 2008).

Das Resultat der ungewichteten sowie der gewichteten Berechnung wird jeweils mitgeteilt. In den Tabellen und Diagrammen werden stets die empirischen Originalwerte mitgeteilt, und auch die Interpretation bezieht sich auf die empirischen Werte.

3.3.2. Durchgeführte Datenkontrolle

In Abbildung 3 wird die Entstehung der Endstichprobe und die Anzahl der befragten Schülerinnen und Schüler zu den jeweiligen Zeitpunkten dargestellt und einzelne Schritte im Weiteren erklärt.

Bei der ersten Befragung beantworteten insgesamt 1902 Schülerinnen und Schüler den Fragebogen, zum zweiten Zeitpunkt wurden insgesamt 1901 Schülerinnen und Schüler und zum dritten Zeitpunkt 1801 Schülerinnen und Schüler befragt.

Zum Zeitpunkt t1 wurden insgesamt 1902 Schülerinnen und Schüler befragt, zum Zeitpunkt t2 lagen von 1607 Schülerinnen und Schülern Fragebögen zu t1 und t2 vor und zum Zeitpunkt t3 lagen von 1389 Schülerinnen und Schüler die Fragebögen zu t1,

t2 und t3 vor. Von dieser Stichprobe wurden elf Schülerinnen und Schüler nach dem im Folgenden beschriebenen Vorgehen ausgeschlossen, sodass vollständige Daten für alle drei Zeitpunkte von insgesamt 1378 Schülerinnen und Schülern vorliegen.

Somit liegen aufgrund von nicht anwesenden Schülerinnen und Schülern zu den nachfolgenden Untersuchungszeitpunkten, Drop-outs aufgrund Klassenumstrukturierungen und organisatorischen Schwierigkeiten mit den Schulen Fragebögen von allen drei Befragungszeitpunkten von 1389 Schülerinnen und Schülern vor. Die Datenanalysen beruhen auf $N = 1378$ Schülerinnen und Schülern.

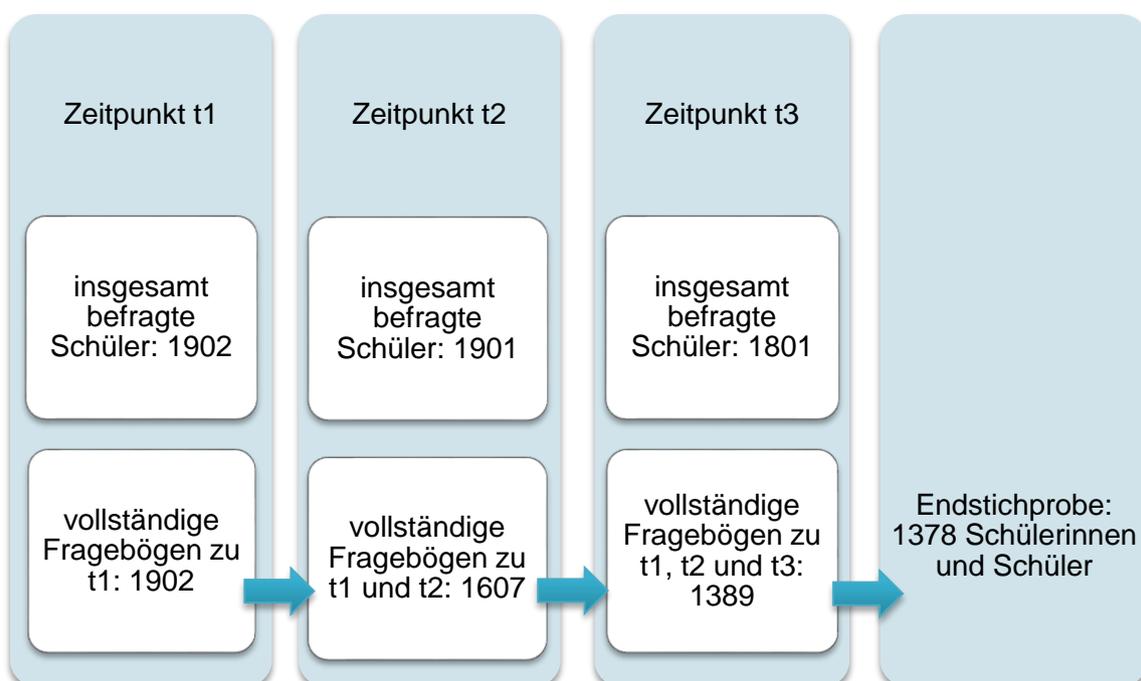


Abbildung 3 Darstellung der Anzahl der befragten Schülerinnen und Schüler zu den Befragungszeitpunkten t1, t2 und t3

Von diesen zu allen drei Zeitpunkten vollständigen 1389 Datensätzen wurden insgesamt elf Datensätze gestrichen. Sechs, da die betreffenden Kinder trotz Zugehörigkeit zur Untersuchungsgruppe nicht an der Aufklärungsveranstaltung teilgenommen hatten. Dadurch entstanden zwei in sich homogene Gruppen, die jeweils die gleichen Studienbedingungen erfüllen und die aufgrund der Variable „Besuch der Aufklärungsveranstaltung/ kein Besuch der Aufklärungsveranstaltung“ unterschieden werden können.

Die Daten einer weiteren Person wurden gestrichen, da keine Einverständniserklärung der Eltern vorlag. Während der gesamten Datenerhebung wurde strengstens darauf geachtet, dass eine Einverständniserklärung durch die Eltern vorhanden war. Diese wurde im Vorhinein eingeholt und vor der Fragebogenausteilung von den studentischen Hilfskräften, die die Befragung durchführten, eingesammelt und überprüft. Nur Schülerinnen und Schüler, die eine Einverständniserklärung vorweisen konnten, durften an der Untersuchung teilnehmen. Aufgrund des sehr genauen Vorgehens ist davon auszugehen, dass die Einverständniserklärung des betreffenden Kindes vorlag, diese später bei der Dateneingabe aber nicht mehr gefunden werden konnte. Aus diesem Grund wurden die Angaben des Kindes vollständig aus den Daten gelöscht.

Die verbliebenen vollständigen 1382 Fragebögen wurden einer ausführlichen und gründlichen Datenkontrolle unterzogen. Dabei wurden in einem ersten Schritt Auswertungen vorgenommen, um unplausible Daten zu entdecken. Anschließend wurden diese Personen ihren Pseudonymen zugeordnet und die fraglichen Angaben anhand der ausgefüllten Fragebögen im Archiv überprüft. Falls ein Fehler bei der Dateneingabe entstanden war, wurde dieser korrigiert.

Enthielt der ausgefüllte Fragebogen unsinnige Angaben, so wurde das folgende Vorgehen beschlossen:

- Lagen mehrere unsinnige Angaben vor und wurde damit die Glaubwürdigkeit des Fragebogens so weit beeinträchtigt, dass der Status als Raucher oder Nichtraucher nicht mehr als hinreichend gesichert angenommen werden konnte, wurde der komplette Fall mit allen vorliegenden Daten gelöscht. Dieser Fall kam viermal vor.

Nachvollziehbar wird dies an folgendem Beispiel. Hier gab der Schüler 304.669 gerauchte Zigaretten im letzten Monat und 304.670 gerauchte Zigaretten im Leben an. Während Angaben wie 1000 Zigaretten im letzten Monat (leider) durchaus realistisch sind (dies entspricht 33 Zigaretten pro Tag, also etwa eineinhalb Schachteln), kann nicht davon ausgegangen werden, dass ein Jugendlicher mehr als 10.000 Zigaretten pro Tag geraucht hat.

- Des Weiteren wurden einzelne offensichtlich unsinnige Angaben gelöscht. Dies betraf z.B. Personen, die angaben, 124 bzw. 150 Schulstunden/ Woche außerhalb der Schulstunden Sport zu betreiben. Unwahrscheinliche, aber

prinzipiell mögliche Angaben wurden grundsätzlich nicht verändert (z.B. ein Zigaretten-Erstkonsumalter von drei Jahren).

Durch dieses Vorgehen wurden mehrere Unstimmigkeiten gefunden, beseitigt und so die Daten bereinigt. Die konkreten Schritte werden nun im Folgenden beschrieben.

Die Variablen, die bei der Auswertung auffielen und kontrollbedürftig erschienen, waren das Lebensalter, das Erstkonsumalter für Zigaretten, die Anzahl gerauchter Zigaretten im letzten Monat und im gesamten Leben.

Bei der erstgenannten problematischen Variablen wurden ausschließlich Tippfehler, bei der zweiten, dem Erstkonsumalter, häufig unwahrscheinliche Angaben gefunden. Eine Korrektur wurde bei zwei Übereinstimmungen der Angaben, bei jeweils drei unterschiedlichen Angaben eine Streichung des Wertes vorgenommen. Die Daten von vier Personen, die insbesondere bei der Anzahl der konsumierten Zigaretten nicht glaubhafte Angaben gemacht hatten, wurden herausgenommen.

Zudem wurden bei 29 Schülerinnen und Schülern Unstimmigkeiten jeweils zwischen dem Fragebogen zum Zeitpunkt t2 und t3 festgestellt, die genau überprüft wurden und anschließend nach dem im Folgenden erläuterten Prozedere verändert wurden. Dabei handelte es sich um Personen, die bei der Befragung zum Zeitpunkt t2 eine einzige gerauchte Zigarette angegeben hatten und außerdem angaben, dass dieses Ereignis nicht im letzten Monat stattgefunden hatte. Zusätzlich musste bei der Prüfung der Daten ein plausibles Erstkonsumalter, also ein Alter, welches die Person zwischen den Zeitpunkten t1 und t2 erreichen konnte, vorliegen und als Konsummenge zu irgendeinem Zeitpunkt der Befragung maximal eine Zigarette angegeben werden. Dies traf bei den erwähnten 29 Schülerinnen und Schülern zu. Aufgefallen waren diese Schülerinnen und Schüler allerdings dadurch, dass sie ihre Angabe einer gerauchten Zigarette zum Zeitpunkt t3 nicht wiederholten, stattdessen keine bisher gerauchte Zigarette angaben. Bei diesen Schülerinnen und Schülern wurde daraufhin davon ausgegangen, dass sie einmalige Probierer waren und die Angaben in den Daten zum Zeitpunkt t3 diesbezüglich in eine einzige gerauchte Zigarette im Leben verändert. Diese Änderung wurde nicht vorgenommen, wenn die oben genannten Kriterien nicht zutrafen, insbesondere wenn ein Erstkonsumalter vorlag, das deutlich vor dem Zeitpunkt t1 lag und sich die Person also schon bei der Befragung zu t1 als Raucher hätte identifizieren können. Insgesamt wurden somit unplausible Daten von elf Schülerinnen und Schülern gestrichen, sodass die Endstichprobe, auf die sich die vorgenommenen und im Weiteren beschriebenen Untersuchungen stützen, 1378 auswertbare Datensätze umfasst.

3.4. Stichprobenbeschreibung

3.4.1. Anzahl der untersuchten Schüler

Wie in 3.3.2 dargestellt setzt sich die Endstichprobe aus $N = 1378$ Schülerinnen und Schülern zusammen.

3.4.2. Soziodemographische Merkmale

Die Stichprobe von $N = 1378$ Kindern setzt sich aus 694 Schülerinnen (50.4%) und 684 Schülern (49.6%) zusammen, durchschnittlich sind sie elf Jahre ($M = 11.22$, $SD = 0.754$) Jahre alt.

Die schulische Leistung wird von den Kindern selbst mit der Schulnote im Bereich gut – befriedigend ($M = 2.50$, $SD = 0.741$) eingeschätzt. Bezüglich der sportlichen Aktivitäten außerhalb der Schule werden fünf Schulstunden Sport pro Woche ($M = 5.08$, $SD = 5.13$) angegeben. Um den familiären Wohlstand zu erfassen, wurde der FAS-Index (Family Affluence Scale) (Currie 1997) genutzt. Hierbei wurde eine Einteilung in die Gruppen „niedriger“ (1), „mittlerer“ (2) und „hoher familiärer Wohlstand“ (3) anhand vier erfragter Merkmale vorgenommen. Daraus ergibt sich folgende Zuordnung: 50% der untersuchten Schülerinnen und Schüler leben in einer Familie mit hohem Wohlstand, 42% gehören der mittleren Wohlstandsschicht an und 8% stammen aus einfachen sozialen Verhältnissen.

Tabelle 1 gibt die soziodemographischen Merkmale zusammengefasst wieder.

Tabelle 1 Soziodemographische Merkmale in der Stichprobe zum Zeitpunkt der ersten Befragung

Merkmal	Stichprobe N = 1378
Schultyp	
Gymnasium	n = 849
Realschule	n = 27
Gesamtschule/ Stadtteilschule	n = 502
Gesamt	N = 1378
Geschlecht	
Weiblich	n = 694 (50.4%)
Männlich	n = 684 (49.6%)
Gesamt	N = 1378
Alter	
Gesamt	M = 11.22 (SD = 0.75)
Schulische Leistung	
Gesamt	M = 2.50 (SD = 0.74)
Sportstunden	
Gesamt	M = 5.08 (SD = 5.13)
FAS	
Gruppe 1	n = 114 (8.4%)
Gruppe 2	n = 574 (42.1%)
Gruppe 3	n = 675 (49.5%)
Gesamt	N = 1363

3.4.3. Angaben zum Nikotinkonsum

Im Folgenden wird die Stichprobenbeschreibung bezüglich ihrer eigenen Konsumgewohnheiten zu den drei Messzeitpunkten dargestellt.

Zum Zeitpunkt t1 geben 7.5% (n = 104) der Schülerinnen und Schüler an, schon einmal eine Zigarette geraucht zu haben. Im Schnitt waren sie dabei 9.98 (SD = 1.884) Jahre alt. Die Altersspanne reicht von ein bis 13 Jahre, wobei mit 28.2% elf Jahre am häufigsten angegeben wird, gefolgt von zehn Jahren mit 21.4%. Die Anzahl der gerauchten Zigaretten im Leben liegt zwischen 0.25 und 60, wobei hier am häufigsten „eine“ Zigarette angegeben wird und mehrmalige Nennungen zwischen 0.5 und sechs bzw. neun liegen. Die Anzahl der gerauchten Zigaretten im letzten Monat liegt zwischen einer und 18 Zigaretten, auch hier wird am häufigsten „eine“ Zigarette angegeben, diese Frage wird nur von 18 Schülern überhaupt positiv beantwortet.

Zum Zeitpunkt t2 geben 9.4% (n = 130) der Schülerinnen und Schüler an, schon einmal eine Zigarette geraucht zu haben. Der Altersdurchschnitt liegt hier bei 9.85 (SD = 2.326). Auch hier reicht die Altersspanne von ein bis 13 Jahre, wobei von 29.3% elf Jahre und von 21.1% zehn Jahre angegeben wird. Die Anzahl der gerauchten Zigaretten im Leben liegt zwischen 0.25 und 1000, wobei hier am häufigsten „eine“ und „zwei“ Zigaretten angegeben werden und mehrmalige Nennungen zwischen eins und fünf, sieben, 13 und 20 Zigaretten liegen. Die Anzahl der gerauchten Zigaretten im letzten Monat liegt ebenfalls zwischen „einer“ und 1000 Zigaretten, auch hier wird am häufigsten „eine“ Zigarette angegeben, doppelte Nennungen gibt es jeweils bei der Anzahl zwei und fünf Zigaretten. Die Frage zum bisherigen Nikotinkonsum zum Zeitpunkt t2 wurde von 24 Schülerinnen und Schülern positiv beantwortet.

Zum Zeitpunkt t3 geben 15.7% (n = 217) der Schülerinnen und Schüler an, schon einmal eine Zigarette geraucht zu haben. Der Altersdurchschnitt liegt hier bei 10.43 (SD = 2.374). Nun reicht die Altersspanne von ein bis 14 Jahre, wobei nun 12 Jahre als Erstkonsumalter mit 25.6% angegeben wird, gefolgt von elf Jahren mit 24.2%. Die Anzahl der gerauchten Zigaretten im Leben liegt zwischen 0.5 und 5000 Zigaretten, am häufigsten wird hier wiederum „eine“ Zigarette angegeben, mehrmalige Nennungen finden sich bis 15 Zigaretten, außerdem bei 20, 30, 50 Zigaretten, doppelte Nennungen bei 70 und 2000 Zigaretten. Die Anzahl der gerauchten Zigaretten im letzten Monat liegt weiterhin zwischen „einer“ und 1000, weiterhin wird am häufigsten „eine“ Zigarette angegeben, mehrmalige Nennungen bis zur Anzahl 50, doppelte Nennungen gibt es

jeweils bei 100 und 150 Zigaretten. Die Frage zum bisherigen Nikotinkonsum zum Zeitpunkt t3 wurde von 47 Schülerinnen und Schülern positiv beantwortet. Die Zahl der positiven Antworten steigt also von 18 über 24 zu 47 über die drei Zeitpunkte.

4. ERGEBNISSE

Der Ergebnisteil stellt die beobachtete Prävalenz, Einflüsse verschiedener Art und Einstellungsmerkmale bezüglich des Rauchens dar. Dabei wird unterschieden zwischen der Gruppe der Nieraucher, die zu allen Untersuchungszeitpunkten von keinerlei Zigarettenerfahrung berichtet hat (91%), und der Gruppe der Neuraucher (9%). Diese haben im Erhebungszeitraum zwischen t1 und t3, also im Verlauf eines Jahres, erste Erfahrungen mit Zigaretten gemacht, d.h. mindestens eine Zigaretten geraucht (vergleiche Abbildung 4). Dabei wurden aus der Stichprobe von N = 1378 insgesamt 104 Fälle entfernt, welche bereits zu t1 geraucht hatten, so dass die hier ausgewertete Stichprobe aus N = 1274 besteht mit 91% Nierauchern und 9% Rauchern.

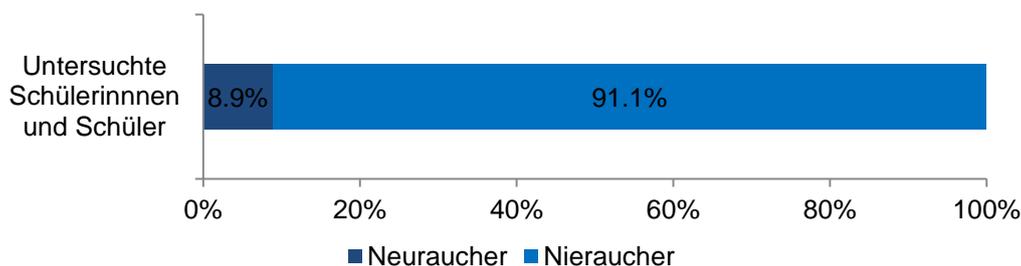


Abbildung 4 Lebenszeitprävalenz des Rauchens und prozentuale Anteile der Nieraucher

Anmerkung: Nieraucher = keine Raucherfahrung, Neuraucher = erste Erfahrungen mit Rauchen nach t1

4.1. Welche Unterschiede finden sich zwischen Neurauchern und Nierauchern in Bezug auf soziodemographische Merkmale?

Bei der Berechnung der Mittelwertsvergleiche (vergleiche Tabelle 2) zeigt sich Folgendes: Die Neuraucher sind 11.50 Jahre im Durchschnitt alt. Damit sind sie geringfügig älter als die Nieraucher mit 11.15 Jahren im Durchschnitt.

Die Betrachtung der Verteilung der Neuraucher bezüglich des Geschlechts zeigt, dass 65% (n = 73) männlich und 35% (n = 40) weiblich sind. Bei den Nierauchern zeigt sich ein anderes Bild, hier überwiegen die Nieraucherinnen mit 53% (n = 618) zu 47% (n = 543) Nierauchern (vergleiche Abbildung 5).

Ihre schulische Leistung geben die Neuraucher mit im Mittel „befriedigend“ (Note 3) an, bei den Nierauchern findet sich eine bessere schulische Leistung mit „gut“ (Note 2) (vergleiche Tabelle 2).

Sportlicher Betätigung gehen außerhalb der Schule die Nieraucher mit 4.77 Stunden pro Woche nach, bei den Neurauchern findet sich 6.53 Stunden pro Woche (vergleiche Tabelle 2). Alle beschriebenen Unterschiede sind statistisch signifikant.

Dagegen finden sich nur geringe Unterschiede im FAS-Sozialindex (Family Affluence Scale). Wie bereits beschrieben wird damit der sozioökonomische Status erfasst. Bei den Neurauchern ergibt sich ein Wert von 6.32, bei den Nierauchern liegt er bei 6.33, dies wird als Zugehörigkeit zu einer mittleren sozioökonomischen Schicht gedeutet. Somit kann auf im Mittel gleiche sozioökonomische Verhältnisse geschlossen werden.

Ebenfalls deutliche Unterschiede fallen bei der Verteilung der Neuraucher bezüglich der Schulform auf. Hier finden sich 40% (n = 45) der Schülerinnen und Schüler an Gymnasien, während 60% (n = 68) eine andere Schulform (Real-, Hauptschule, Stadtteil- oder Gesamtschule) besuchen. Unter den Nierauchern findet sich ein gegensätzliches Bild, hier besuchen 66% (n = 767) ein Gymnasium und 34% (n = 394) eine Schule mit anderem Abschluss (vergleiche Abbildung 6).

Tabelle 2 Mittelwerte der soziodemographischen Merkmale bei Nierauchern und Neurauchern

Variable	Nieraucher M	SD	Neuraucher M	SD	T*	df*	p*
Alter	11.15	0.74	11.50	0.67	4.83	1272	0.000
					-9.79	538.45	0.000
Schulische Leistung	2.44	0.70	2.82	0.80	-5.43	1263	0.000
					-8.73	443.87	0.000
Sport h/Woche	4.77	4.59	6.53	4.59	-3.74	122.34	0.002
					-6.40	340.00	0.000
FAS-Sozial- index	6.33	1.89	6.32	1.92	0.05	1257	0.962
					-1.08	512.87	0.283

Anmerkung: Nieraucher = keine Raucherfahrung, Neuraucher = erste Erfahrungen mit Rauchen nach t1

* Erste Zeile jeweils ungewichtete Ergebnisse, zweite Zeile jeweils nach Stichprobengröße gewichtete Ergebnisse

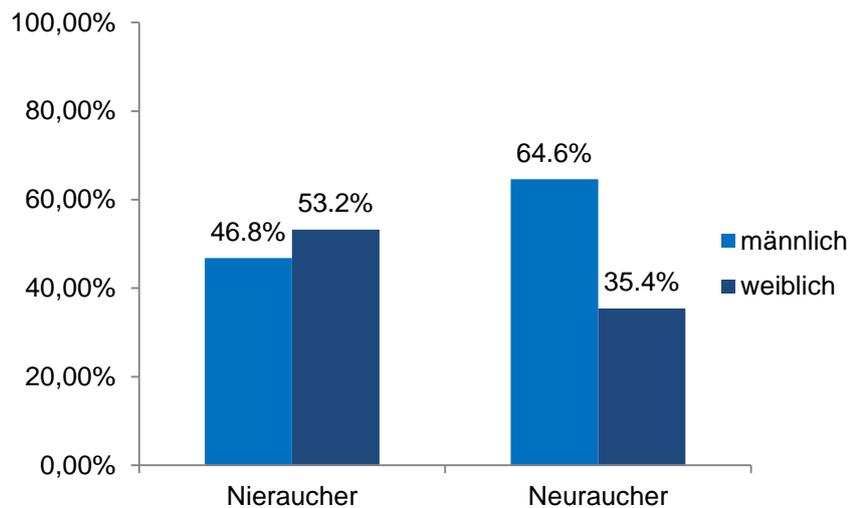


Abbildung 5 Prozentuale Anteile der Nieraucher und Neuraucher nach Geschlecht

Anmerkung: $\chi^2 = 13.11$, $p = 0.000$, nach Stichprobengröße gewichtete Ergebnisse: $\chi^2 = 48.87$, $p = 0.000$

Nieraucher = keine Raucherfahrung, Neuraucher = erste Erfahrungen mit Rauchen nach t1

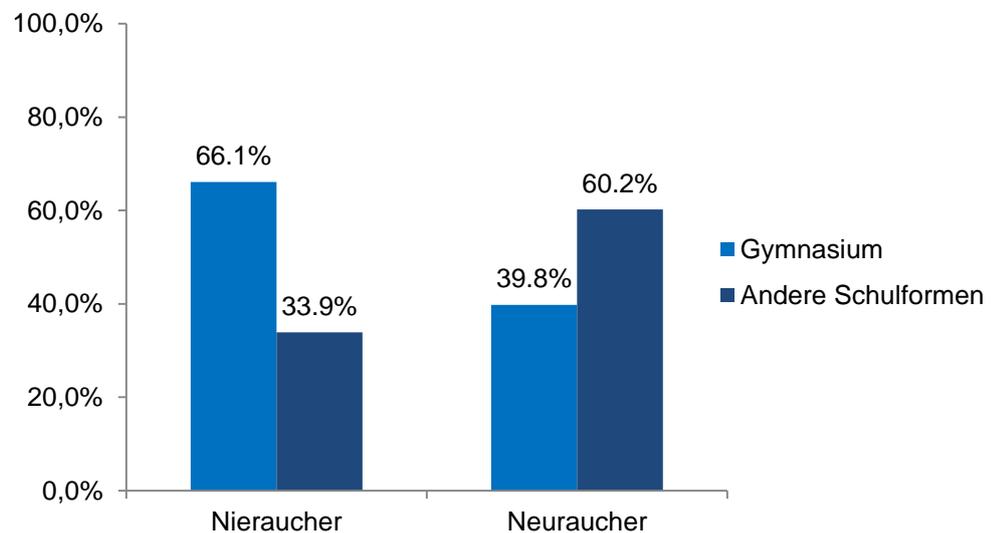


Abbildung 6 Prozentuale Anteile der Nieraucher und Neuraucher nach Schulform

Anmerkung: $\chi^2 = 30.68$, $p = 0.000$, nach Stichprobengröße gewichtete Ergebnisse: $\chi^2 = 58.49$, $p = 0.000$

Nieraucher = keine Raucherfahrung, Neuraucher = erste Erfahrungen mit Rauchen nach t1

4.2. Welche Unterschiede finden sich zwischen Neurauchern und Nierauchern in Bezug auf Konsumverhalten und Einstellungsmerkmale?

Zwei Fragestellungen zielten auf riskantes Konsumverhalten ab, dabei wurde nach Shisha- und Alkoholkonsum gefragt. Unter den Neurauchern finden sich 14% (n = 15), die bereits Shisha geraucht haben. Dieses Ergebnis zeigt, dass Shisha Kindern und Jugendlichen bekannt ist und konsumiert wird (vergleiche Abbildung 7).

Stärker ausgeprägte Erfahrungen können in beiden Gruppen in Bezug auf Alkohol beobachtet werden, hier erzielen die Neuraucher höhere Ergebnisse mit 59% (n = 66), die schon einmal ein alkoholisches Getränk probiert haben, im Vergleich zu 30% (n = 345) der Nieraucher (vergleiche Abbildung 8).

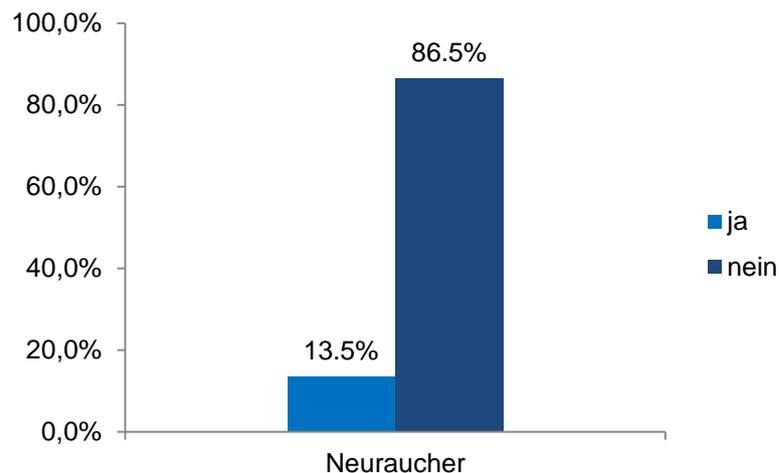


Abbildung 7 Prozentuale Darstellung der Shishakonsumerfahrung bei Neurauchern
Neuraucher = erste Erfahrungen mit Rauchen nach t1

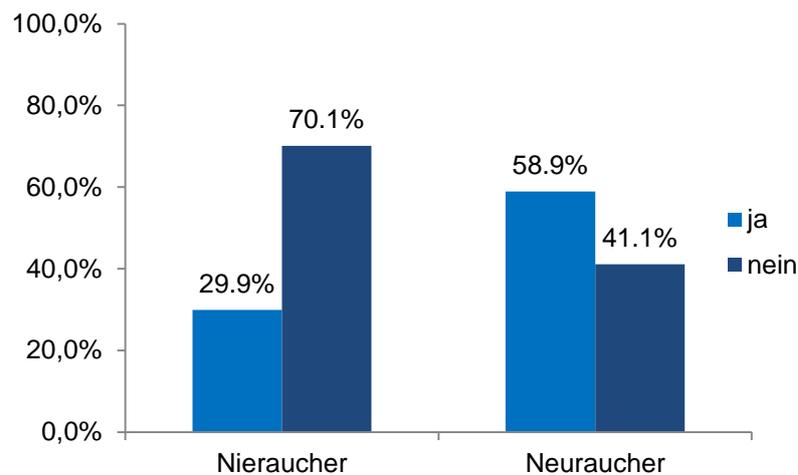


Abbildung 8 Prozentuale Darstellung der Alkoholkonsumerfahrung bei Nierauchern und Neurauchern

Anmerkung: $\chi^2 = 39.16$, $p = 0.000$, nach Stichprobengröße gewichtete Ergebnisse: $\chi^2 = 63.21$, $p = 0.000$

Nieraucher = keine Raucherfahrung, Neuraucher = erste Erfahrungen mit Rauchen nach t1

Die Einstellungsfaktoren der Schülerinnen und Schüler bezüglich des Rauchens sind nahezu identisch. Gelegentliches Rauchen wird als „mäßiges Risiko“, tägliches Rauchen als „großes Risiko“ eingeschätzt. Ebenso herrscht Einigkeit darüber, dass rauchende Kinder und Jugendliche in der Öffentlichkeit bei der Bevölkerung eher auf wenig Verständnis und auf Missbilligung stoßen. Interessanterweise stimmen die Schülerinnen und Schüler beider Gruppen eher kaum der Aussage zu, dass Raucher in Zukunft eine ungeliebte Minderheit sein werden, stattdessen scheinen die Kinder und Jugendlichen eher den Eindruck zu haben, dass Rauchen weiterhin gesellschaftlich toleriert werden wird (vergleiche Tabelle 3).

Tabelle 3 Mittelwerte der Einstellungsfaktoren bezüglich Rauchen bei Nierauchern und Neurauchern

Variable	Nieraucher M	SD	Neuraucher M	SD	T*	df*	p*
Risiko für gelegentliches Rauchen	1.77	0.91	1.76	0.87	0.041	1230	0.967
					1.452	512.84	0.147
Welches Risiko für körperliche Schäden gehen deiner Meinung nach Leute ein, wenn sie gelegentlich Zigaretten rauchen? (0 = kein Risiko, 1 = leichtes Risiko, 2 = mäßiges Risiko, 3 = großes Risiko)							
Risiko für mindestens eine Packung Zigaretten	2.74	0.55	2.69	0.70	0.805	126.25	0.422
					1.045	413.94	0.297
Welches Risiko für körperliche Schäden gehen deiner Meinung nach Leute ein, wenn sie 1 oder mehr Packungen Zigaretten pro Tag rauchen? (0 = kein Risiko, 1 = leichtes Risiko, 2 = mäßiges Risiko, 3 = großes Risiko)							
Hamburger sind mit rauchenden Jugendlichen einverstanden	0.68	0.80	0.63	0.78	0.600	1252	0.549
					1.079	516.39	0.281
Die Mehrheit der Hamburger findet es ganz ok, wenn Kinder und Jugendliche in der Öffentlichkeit rauchen. (0 = trifft nicht zu, 1 = trifft kaum zu, 2 = trifft eher zu, 3 = trifft genau zu)							
Raucher werden zukünftig eine Minderheit sein	1.39	0.92	1.37	0.95	0.201	1246	0.840
					2.233	505.11	0.026
Raucher werden in Zukunft eine Minderheit sein, die keiner mag. (0 = trifft nicht zu, 1 = trifft kaum zu, 2 = trifft eher zu, 3 = trifft genau zu)							

Anmerkung: Nieraucher = keine Raucherfahrung, Neuraucher = erste Erfahrungen mit Rauchen nach t1

* Erste Zeile jeweils ungewichtete Ergebnisse, zweite Zeile jeweils nach Stichprobengröße gewichtete Ergebnisse

4.3. Welche Unterschiede finden sich zwischen Neurauchern und Nierauchern in Bezug auf soziale Einflüsse?

Weiterhin zeigen die Ergebnisse, dass Kinder und Jugendliche mit mindestens einem rauchenden Elternteil häufiger ebenfalls zu Nikotin greifen und somit das ihnen vorgelebte Verhalten nachahmen. 58% (n = 66) der Neuraucher geben an, dass mindestens ein Elternteil raucht, bei den Nierauchern liegt diese Angabe bei 38% (n = 438) (vergleiche Abbildung 9). Nicht nur in diesem Punkt sind die Schülerinnen und Schüler, die zur Gruppe der Neuraucher gehören, häufiger mit rauchenden Erwachsenen und Passivrauch konfrontiert. Diese Beobachtung lässt auch auf die folgenden Bereiche übertragen: Sowohl im Haus mit 32% (n = 36) als auch im Auto mit 17% (n = 19) sind die Neuraucher den Nierauchern mit 20% (n = 229) bzw. 7% (n = 80) deutlich häufiger Rauch ausgesetzt (vergleiche Abbildung 10 und Abbildung 11).

Neben diesen Einflüssen aus der sozialen Umgebung der Schülerinnen und Schüler gibt es noch weitere Faktoren, die einen Effekt zu haben scheinen (vergleiche Tabelle 4 und Abbildung 12). Die Nieraucher geben verstärkt an, dass ihnen wichtige Menschen dem Rauchen eher ablehnend gegenüberstehen, während diese Aussage von den Neurauchern nicht so stark getroffen wird. Auch erinnern sich die Nieraucher weniger an Szenen aus Fernseh- oder Kinofilmen, in denen geraucht wird. Die Neuraucher geben dagegen an, sich an ziemlich viele Rauchszenen in Medien, die ihnen zugänglich sind, zu erinnern. Rauchen in der direkten Umgebung wird von Neurauchern eher als neutral empfunden, Nieraucher geben dagegen an, dass es ihnen eher unangenehm ist. Des Weiteren scheint ein wichtiger Faktor der Freundeskreis zu sein, sowohl bei den Neurauchern als auch bei den Nierauchern sind es zwar eine verschwindend geringe Anzahl, die rauchende Freunde haben, dennoch wird von den Neurauchern statistisch signifikant häufiger angegeben, Raucher im Freundeskreis zu haben.

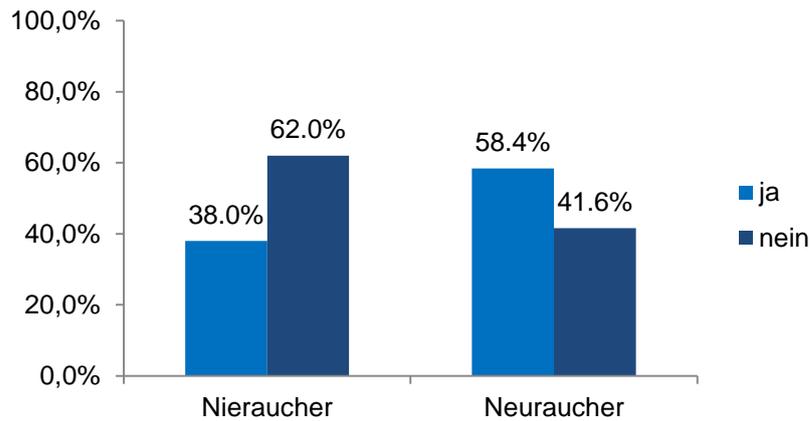


Abbildung 9 Prozentualer Anteil der Nieraucher und Neuraucher mit mindestens einem rauchenden Elternteil

Anmerkung: $\chi^2 = 17.84$, $p = 0.000$, nach Stichprobengröße gewichtete Ergebnisse: $\chi^2 = 16.03$, $p = 0.000$

Nieraucher = keine Raucherfahrung, Neuraucher = erste Erfahrungen mit Rauchen nach t1

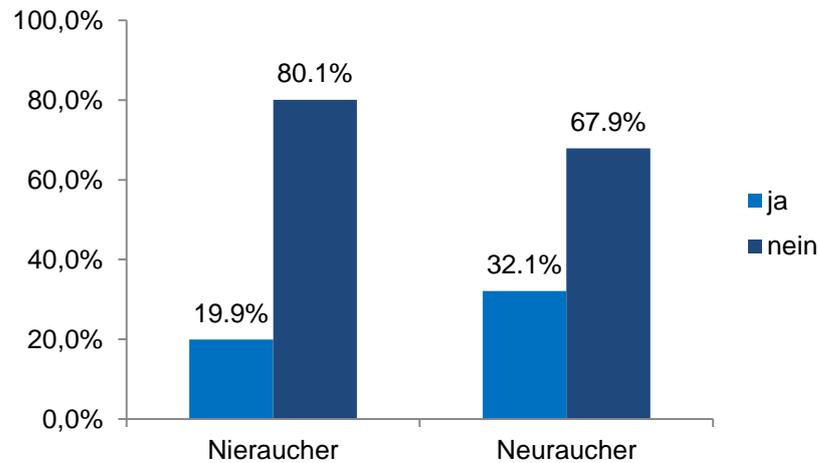


Abbildung 10 Prozentuale Verteilung der Nieraucher und Neuraucher bezüglich der Frage, ob zuhause drinnen geraucht werden darf

Anmerkung: $\chi^2 = 9.20$, $p = 0.003$, nach Stichprobengröße gewichtete Ergebnisse: $\chi^2 = 25.46$, $p = 0.000$

Nieraucher = keine Raucherfahrung, Neuraucher = erste Erfahrungen mit Rauchen nach t1

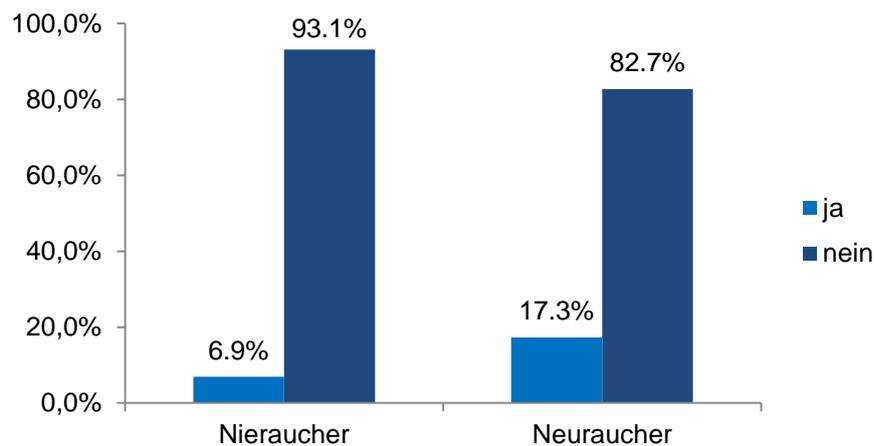


Abbildung 11 Prozentuale Verteilung der Nierauchern und Neuraucher bezüglich der Frage, ob Rauchens während einer Autofahrt gestattet ist

Anmerkung: $\chi^2 = 14.85$, $p = 0.000$, nach Stichprobengröße gewichtete Ergebnisse: $\chi^2 = 10.23$, $p = 0.002$

Nieraucher = keine Raucherfahrung, Neuraucher = erste Erfahrungen mit Rauchen nach t1

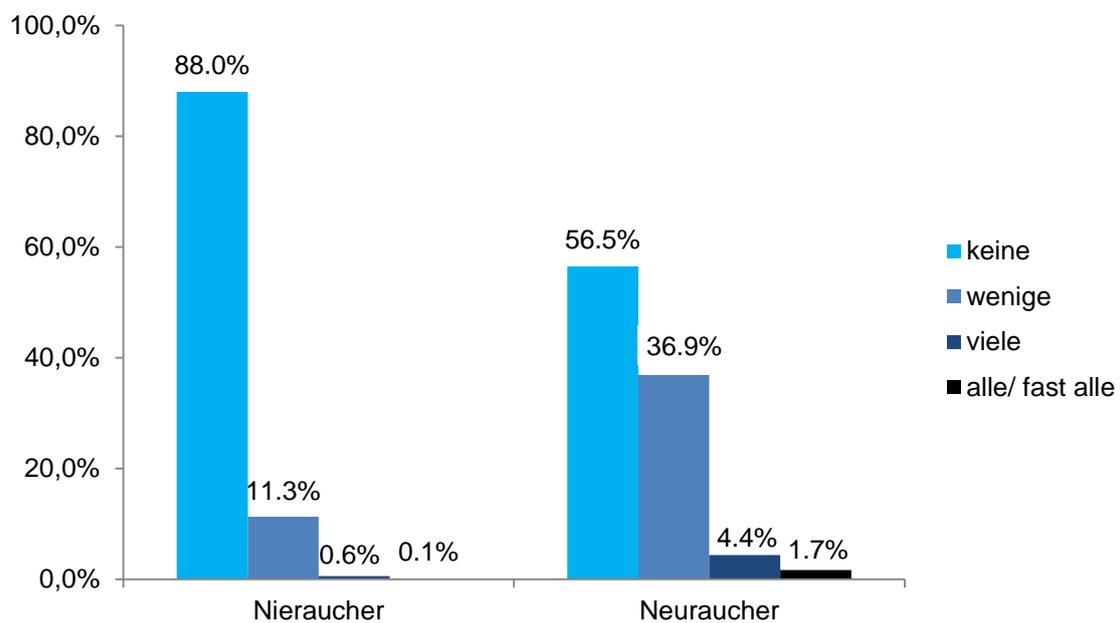


Abbildung 12 Anzahl rauchender Freunde/innen

Anmerkung: $\chi^2 = 65.23$, $p = 0.000$, nach Stichprobengröße gewichtete Ergebnisse: $\chi^2 = 122.00$, $p = 0.000$

Nieraucher = keine Raucherfahrung, Neuraucher = erste Erfahrungen mit Rauchen nach t1

Tabelle 4 Mittelwerte der Einflüsse der sozialen Umgebung von Nierauchern und Neurauchern

Variable	Nieraucher		Neuraucher		T*	df*	p*
	M	SD	M	SD			
Wichtige Menschen lehnen Rauchen ab	2.08	0.93	1.83	0.99	-2.681	1264	0.007
					-7.226	351.83	0.000
Die meisten Menschen, die mir wichtig sind, lehnen das Rauchen ab. (0 = trifft nicht zu, 1 = trifft kaum zu, 2 = trifft eher zu, 3 = trifft genau zu)							
Erinnerung an Szenen aus Fernseh- oder Kinofilmen	1.51	0.87	1.89	0.94	-4.407	1262	0.000
					-7.366	481.39	0.000
Kannst Du Dich an Szenen aus Fernseh- oder Kinofilmen erinnern, wo Menschen rauchen? (0 = an keine, 1 = an wenige, 2 = an ziemlich viele, 3 = an viele)							
Rauchen in der Umgebung wird als angenehm empfunden	1.27	0.58	1.51	0.80	-3.120	123.63	0.002
					-7.174	358.77	0.000
Wie angenehm oder unangenehm findest Du es, wenn in Deiner unmittelbaren Umgebung geraucht wird? (0 = unangenehm, 1 = eher unangenehm, 2 = neutral, 3 = eher angenehm, 4 = angenehm)							

Anmerkung: Nieraucher = keine Raucherfahrung, Neuraucher = erste Erfahrungen mit Rauchen nach t1

* Erste Zeile jeweils ungewichtete Ergebnisse, zweite Zeile jeweils nach Stichprobengröße gewichtete Ergebnisse

Ein sehr einheitliches Bild zeigt sich bei der Betrachtung der Ergebnisse auf die Frage, ob das Thema Rauchen schon in der Schule besprochen wurde. Mehr als die Hälfte der Befragten bejahen diese Frage (vergleiche Abbildung 13). Auch haben 17% (n = 194) der Schülerinnen und Schüler aus der Gruppe der Nieraucher schon einmal an einem Wettbewerb oder Projekt zur Nichtraucherförderung teilgenommen, in der Gruppe der Neuraucher sind es 34% (n = 37) (vergleiche Abbildung 14).

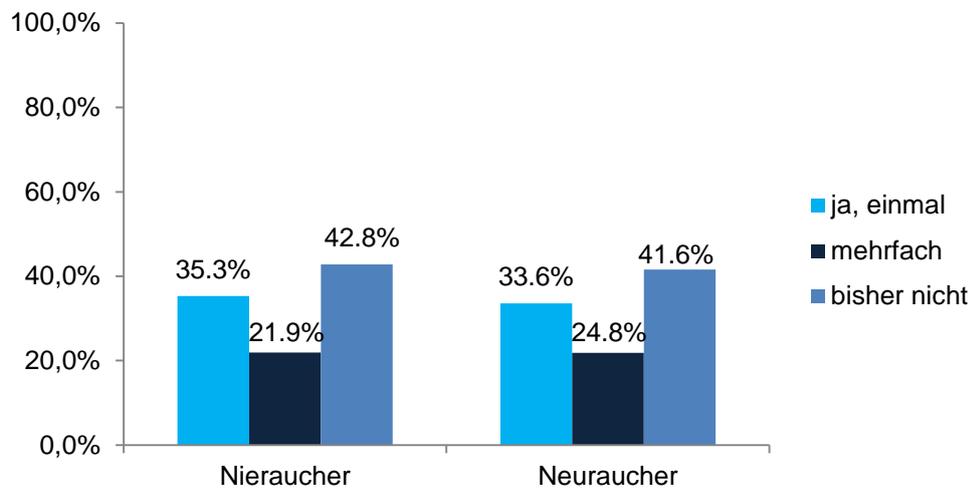


Abbildung 13 Prozentuale Verteilung der Nieraucher und Neuraucher bei der bisherigen Thematisierung des Themas Rauchen im Unterricht

Anmerkung: $\chi^2 = 0.487$, $p = 0.784$, nach Stichprobengröße gewichtete Ergebnisse: $\chi^2 = 1.93$, $p = 0.381$

Nieraucher = keine Raucherfahrung, Neuraucher = erste Erfahrungen mit Rauchen nach t1

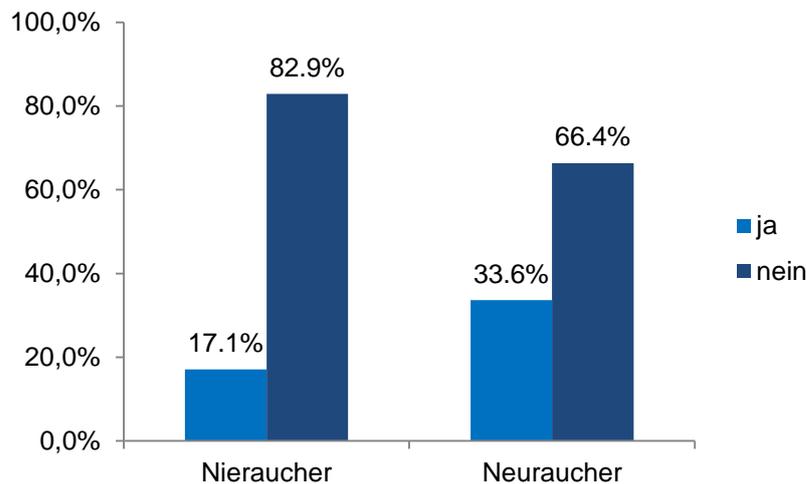


Abbildung 14 Prozentuale Anteile der Nieraucher und Neuraucher, die schon an Wettbewerben/Projekten zur Nichtraucherförderung teilgenommen haben

Anmerkung: $\chi^2 = 18.21$, $p = 0.000$, nach Stichprobengröße gewichtete Ergebnisse: $\chi^2 = 52.86$, $p = 0.000$

Nieraucher = keine Raucherfahrung, Neuraucher = erste Erfahrungen mit Rauchen nach t1

4.4. Welche Unterschiede finden sich zwischen Neurauchern und Nierauchern in Bezug auf psychosoziale Einflüsse?

Ebenfalls sehr ähnlich sind die Aussagen der Nieraucher und Neuraucher bezüglich ihrer Selbsteinschätzung. Beide Gruppen trauen es sich eher zu, selbst bestimmen zu können, ob sie rauchen werden oder nicht. Sie sind zuversichtlich, eine Zigarette ablehnen zu können, auch wenn dies negative soziale Auswirkungen hat. Allerdings ergibt sich hier eine signifikant geringere Zustimmung bei den Neurauchern, dennoch liegt die Zustimmung beider Gruppen zu dieser Aussage eindeutig im Bereich „trifft genau zu“. Beide Gruppen wollen gleichermaßen nicht „mindestens eine Zigarette in naher Zukunft“ rauchen, wobei hier in der nach Stichprobengröße gewichteten Berechnung ein signifikanter Unterschied mit mehr Zustimmung, d.h. eher eine Umsetzung dieser Aussage durchzuführen, auf Seiten der Neuraucher nachzuweisen ist (vergleiche Tabelle 5). Was die Zufriedenheit betrifft, so unterscheiden sich Nieraucher und Neuraucher in den unterschiedlichen Bereichen ihres Lebens mit Ausnahme des Bereichs Freizeit signifikant. In den gewichteten Berechnungen liegt auch in diesem Bereich ein signifikanter Unterschied vor. Dies wird nicht weiter interpretiert, da die Resultate in den Berechnungen so unterschiedlich ausfallen und sind nur der Vollständigkeit halber erwähnt. In ihrer Lebenszufriedenheit mit dem Leben insgesamt zeigt sich nur eine marginale Differenz ($p = 0.061$). Dies wird in der gewichteten Berechnung eindeutiger und zeigt nun einen deutlichen signifikanten Unterschied ($p = 0.000$), der für die Neuraucher mit einer geringeren Lebenszufriedenheit gleichzusetzen ist. Insgesamt haben die Nieraucher somit in allen untersuchten Bereichen eine größere Lebenszufriedenheit als die Neuraucher (vergleiche Tabelle 6).

Tabelle 5 Mittelwerte der psychosozialen Einflüsse bei Nierauchern und Neurauchern

Variable	Nieraucher M	SD	Neuraucher M	SD	T*	df*	p*
Selbstbestimmung über Rauchen	2.30	1.14	2.23	1.17	0.639	1257	0.523
					0.755	479.26	0.451
Ob ich in Zukunft rauche, bestimme ich selbst. (0 = trifft nicht zu, 1 = trifft kaum zu, 2 = trifft eher zu, 3 = trifft genau zu)							
Annahme, eine Zigarette abzulehnen	2.75	0.68	2.60	0.77	2.026	127.09	0.045
					3.444	416.08	0.001
Ich traue mir zu, Zigaretten abzulehnen, auch wenn meine Freunde mich deswegen auslachen oder ausschließen. (0 = trifft nicht zu, 1 = trifft kaum zu, 2 = trifft eher zu, 3 = trifft genau zu)							
Planung, mindestens eine Zigarette in den nächsten drei Monaten zu rauchen	0.04	0.33	0.09	0.32	-1.392	136.48	0.166
					-3.565	478.69	0.000
Ich werde in den nächsten drei Monaten mindestens eine Zigarette rauchen. (0 = trifft nicht zu, 1 = trifft kaum zu, 2 = trifft eher zu, 3 = trifft genau zu)							

Anmerkung: Nieraucher = keine Raucherfahrung, Neuraucher = erste Erfahrungen mit Rauchen nach t1

* Erste Zeile jeweils ungewichtete Ergebnisse, zweite Zeile jeweils nach Stichprobengröße gewichtete Ergebnisse

Tabelle 6 Mittelwerte bezüglich der Skala „Zufriedenheit“ bei Nierauchern und Neurauchern

Variable	Nieraucher M	SD	Neuraucher M	SD	T*	df*	p*
Wie zufrieden bist Du im Augenblick mit den folgenden Bereichen Deines Lebens? (1 = sehr unzufrieden – 5 = sehr zufrieden)							
Zufriedenheit mit Schule	3.92	0.98	3.51	1.05	3.972	130.49	0.000
					5.609	435.38	0.000
Zufriedenheit mit Freizeit	4.30	0.95	4.23	0.94	0.712	1268	0.477
					3.186	450.69	0.002
Zufriedenheit mit Familie	4.50	0.87	4.13	1.17	3.251	123.26	0.001
					5.314	412.14	0.000
Zufriedenheit mit Freunden	4.47	0.83	4.27	0.92	2.207	129.30	0.029
					4.057	434.93	0.000
Zufriedenheit mit sich selbst	4.13	0.97	3.93	1.12	2.042	1267	0.041
					3.510	424.66	0.000
Zufriedenheit mit dem Leben gesamt	4.28	0.90	4.08	1.10	1.892	125.66	0.061
					4.027	413.88	0.000

Anmerkung: Nieraucher = keine Raucherfahrung, Neuraucher = erste Erfahrungen mit Rauchen nach t1

* Erste Zeile jeweils ungewichtete Ergebnisse, zweite Zeile jeweils nach Stichprobengröße gewichtete Ergebnisse

Die Raucheinstellung ergibt sich aus der Zustimmung zu neun Adjektive eines Polaritätsprofils. Beide Gruppen haben insgesamt eine negative Einstellung zum Rauchen, es findet sich jedoch ein signifikant höherer, und damit negativerer Mittelwert bei den Nierauchern. Dagegen wird von den Neuraucher das Rauchen als geringfügig positiver einschätzen. Eine Einstellung gegenüber dem Nikotinkonsum z.B. als „gut“, eher „gesund“ oder „interessant“ geht damit mit einer höheren Wahrscheinlichkeit des frühen Konsums einher.

Auch bei der Selbstwirksamkeitserwartung erzielen die Nieraucher signifikant höhere Werte. Damit zeigen sie eine subjektive Überzeugung, schwierige Situationen gut meistern zu können. Die Skala ist unspezifisch und bezieht sich auf alle Lebensbereiche, zeigt also, dass die Neuraucher unabhängig vom Rauchen signifikant geringeres Vertrauen in das eigene Handeln und eine geringere Selbstüberzeugung besitzen (vergleiche Tabelle 7).

Tabelle 7 Mittelwerte der Raucheinstellung und Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) bei Nierauchern und Neurauchern

Variable	Nieraucher M	SD	Neuraucher M	SD	T*	df*	p*
Raucheinstellung	5.68	0.56	5.38	0.86	3.523	114.99	0.001
					6.148	339.59	0.000
(0 – 3 = positive Einstellung, 4 = neutrale Einstellung, 5 – 7 = negative Einstellung)							
Selbstwirksamkeit	3.00	0.45	2.90	0.52	2.140	1168	0.033
					2.246	386.29	0.025
(0 = trifft nicht zu, 1 = trifft kaum zu, 2 = trifft eher zu, 3 = trifft genau zu)							

Anmerkung: Nieraucher = keine Raucherfahrung, Neuraucher = erste Erfahrungen mit Rauchen nach t1

* Erste Zeile jeweils ungewichtete Ergebnisse, zweite Zeile jeweils nach Stichprobengröße gewichtete Ergebnisse

Hohe Werte in den Subskalen, die mit dem Fragebogen zur Selbsteinschätzung von Stärken und Schwächen (SDQ) ermittelt wurden, bedeuten Verhaltensauffälligkeiten, worunter unter anderem leicht aufbrausendes Temperament, Lügen und Stehlen, schlechte Konzentrationsfähigkeit, auffälliges Verhalten in Gruppen und mit Mitmenschen verstanden wird. Auffällige Werte werden in engem Zusammenhang mit einem frühen Zigarettenkonsum gesehen. Wie in Tabelle 8 zu sehen, weisen die Schülerinnen und Schüler der Gruppe der Neuraucher in allen Kategorien höhere bzw. auffälliger Werte auf. Niedrigere Werte in der Subskala Prosoziales Verhalten stehen dabei für geringer ausgeprägtes prosoziales Verhalten.

Tabelle 8 Mittelwerte der ermittelten Sekundärvariablen des SDQ bei Nierauchern und Neurauchern

Variable	Nieraucher M	SD	Neuraucher M	SD	T*	df*	p*
Emotionale Probleme	2.81	2.19	2.92	2.18	-0.475	1206	0.635
					-2.019	457.09	0.044
(0 – 5 = normal, 6 = grenzwertig, 7 – 10 = auffällig)							
Verhaltensprobleme	1.89	1.48	2.74	1.64	-5.217	128.53	0.000
					-7.537	486.58	0.000
(0 – 3 = normal, 4 = grenzwertig, 5 – 10 = auffällig)							
Hyperaktivität	3.49	2.11	4.38	2.27	-4.086	1209	0.000
					-7.095	408.97	0.000
(0 – 5 = normal, 6 = grenzwertig, 7 – 10 = auffällig)							
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	2.25	1.69	2.32	1.93	-0.419	122.45	0.676
					-0.986	434.22	0.000
(0 – 3 = normal, 4 - 5 = grenzwertig, 6 – 10 = auffällig)							
Prosoziales Verhalten	8.17	1.62	7.40	1.95	4.019	125.48	0.000
					3.984	406.68	0.000
(6 – 10 = normal, 5 = grenzwertig, 0 - 4 = auffällig)							
Gesamtproblemwert	10.48	5.12	12.16	5.48	-3.093	1123	0.002
					-4.746	393.79	0.000
(0 – 15 = normal, 16 - 19 = grenzwertig, 20 – 40 = auffällig)							

Anmerkung: Nieraucher = keine Raucherfahrung, Neuraucher = erste Erfahrungen mit Rauchen nach t1

* Erste Zeile jeweils ungewichtete Ergebnisse, zweite Zeile jeweils nach Stichprobengröße gewichtete Ergebnisse

Abschließend sind die signifikanten Ergebnisse, die bereits im Text besprochen wurden, in Abbildungen dargestellt.

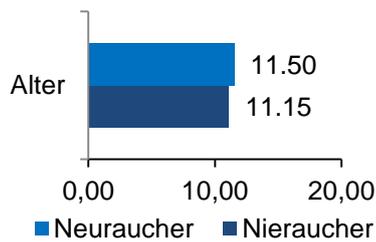


Abbildung 15 Mittelwerte zum Alter bei Nierauchern und Neurauchern

Anmerkung: Nieraucher = keine Raucherfahrung, Neuraucher = erste Erfahrungen mit Rauchen nach t1

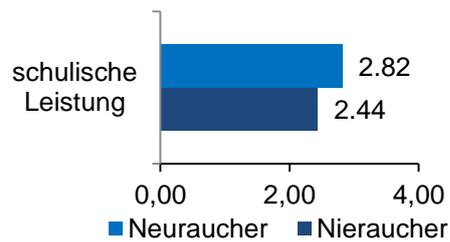


Abbildung 16 Mittelwerte zur selbstberichteten schulischen Leistung bei Nierauchern und Neurauchern

Anmerkung: Nieraucher = keine Raucherfahrung, Neuraucher = erste Erfahrungen mit Rauchen nach t1

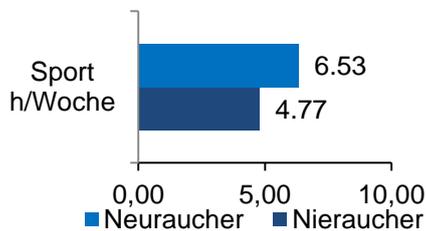


Abbildung 17 Mittelwerte zu außerschulischem Sport in h/Woche bei Nierauchern und Neurauchern

Anmerkung: Nieraucher = keine Raucherfahrung, Neuraucher = erste Erfahrungen mit Rauchen nach t1

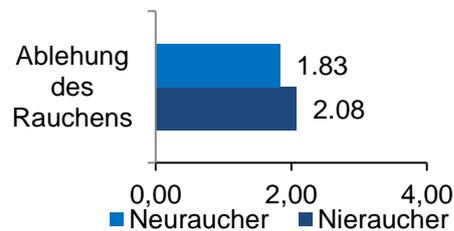


Abbildung 18 Mittelwerte zur Ablehnung des Rauchens bei Nierauchern und Neurauchern

Anmerkung: Nieraucher = keine Raucherfahrung, Neuraucher = erste Erfahrungen mit Rauchen nach t1

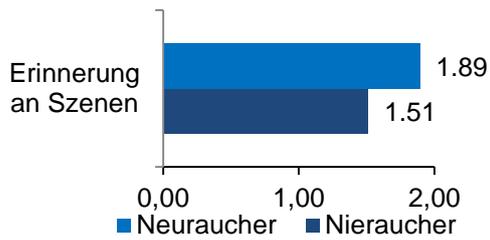


Abbildung 19 Mittelwerte zur Anzahl Erinnerung an Szenen mit rauchenden Darstellern, etc. in Filmen
Anmerkung: Nieraucher = keine Raucherfahrung, Neuraucher = erste Erfahrungen mit Rauchen nach t1

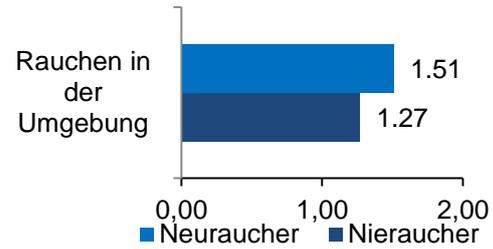


Abbildung 20 Mittelwerte des unangenehmen Empfindens bezüglich Rauchens in der Umgebung
Anmerkung: Nieraucher = keine Raucherfahrung, Neuraucher = erste Erfahrungen mit Rauchen nach t1

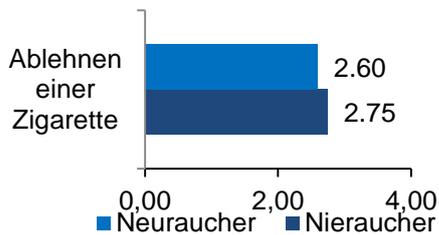


Abbildung 21 Mittelwerte zur Ablehnung eines Zigarettenangebots bei Nierauchern und Neurauchern
Anmerkung: Nieraucher = keine Raucherfahrung, Neuraucher = erste Erfahrungen mit Rauchen nach t1

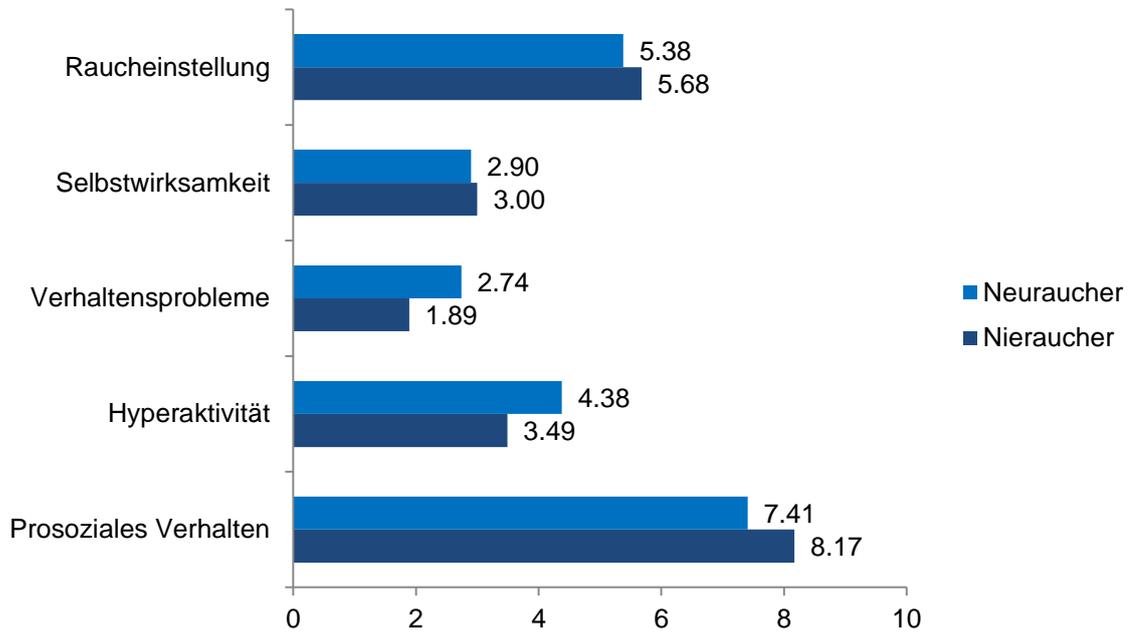


Abbildung 22 Mittelwerte zur ablehnenden Einstellung zum Rauchen und zur Selbstwirksamkeit (SWE) sowie der Subskalen des SDQ bei Nierauchern und Neurauchern

Anmerkung: Nieraucher = keine Raucherfahrung, Neuraucher = erste Erfahrungen mit Rauchen nach t1

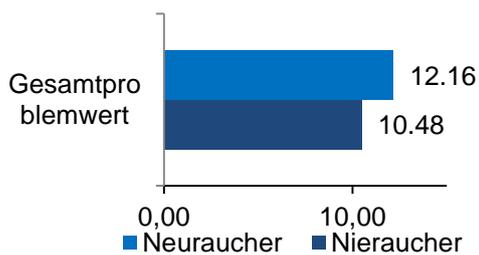


Abbildung 23 Mittelwerte des Gesamtwerts des SDQ bei Nierauchern und Neurauchern

Anmerkung: Nieraucher = keine Raucherfahrung, Neuraucher = erste Erfahrungen mit Rauchen nach t1

Einige Ergebnisse sind nach der nach Stichprobengröße gewichteten Berechnung ebenfalls signifikant und werden in den folgenden Abbildungen dargestellt.

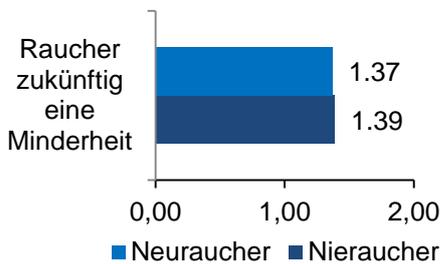


Abbildung 24 Mittelwerte der Zustimmung, dass Raucher in Zukunft eine Minderheit sein werden

Anmerkung: Nieraucher = keine Raucherfahrung, Neuraucher = erste Erfahrungen mit Rauchen nach t1

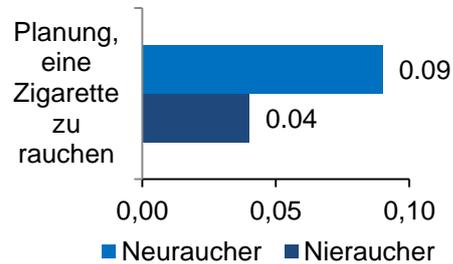


Abbildung 25 Mittelwerte der Planung, innerhalb der nächsten drei Monate mindestens eine Zigarette zu rauchen

Anmerkung: Nieraucher = keine Raucherfahrung, Neuraucher = erste Erfahrungen mit Rauchen nach t1

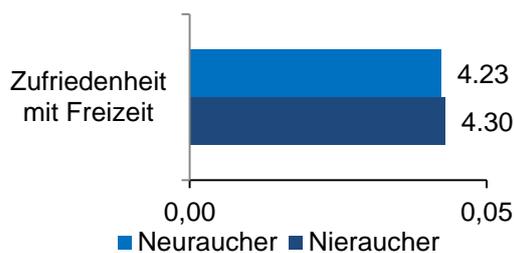


Abbildung 26 Mittelwerte der Skala Zufriedenheit mit der Freizeit

Anmerkung: Nieraucher = keine Raucherfahrung, Neuraucher = erste Erfahrungen mit Rauchen nach t1

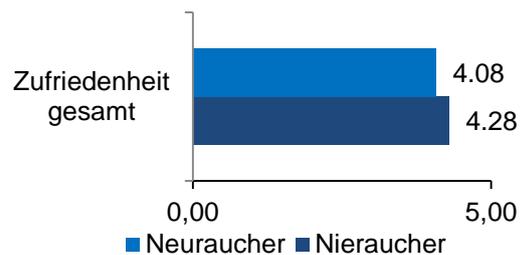


Abbildung 27 Mittelwerte der Skala Zufriedenheit gesamt

Anmerkung: Nieraucher = keine Raucherfahrung, Neuraucher = erste Erfahrungen mit Rauchen nach t1

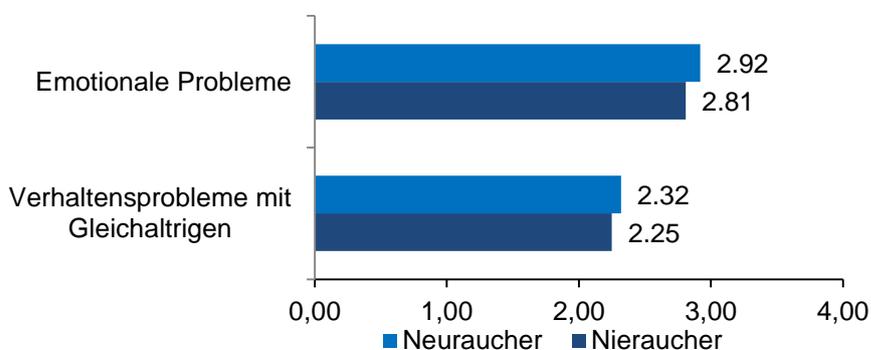


Abbildung 28 Mittelwerte der Subskalen des SDQ bei Nierauchern und Neurauchern

Anmerkung: Nieraucher = keine Raucherfahrung, Neuraucher = erste Erfahrungen mit Rauchen nach t1

4.5. Logistisches Modell zur Erklärung der Unterschiede zwischen Neurauchern und Nierauchern

Nach der Darstellung der Ergebnisse in ungewichteter und nach Stichprobengröße gewichteter Form in den vorangegangenen Abschnitten folgt nun eine Zusammenfassung der Ergebnisse im direkten Vergleich mit einer logistischen Regression (vergleiche Tabelle 9 und Tabelle 10).

Um die Prädiktoren zu ermitteln, die einen frühen Nikotinkonsum begünstigen, wurde eine logistische Regression durchgeführt, in die alle untersuchten Merkmale eingingen.

Anhand dieses Modells ist eine richtige Klassifikation der Fälle in 91.1% möglich. Es können neun Merkmale identifiziert werden, welche als Prädiktoren für einen frühen Nikotinkonsum betrachtet werden können (Tabelle 9):

Als ersten Punkt zeigt sich hier die Teilnahme an einem Projekt zur Förderung des Nichtrauchens bzw. der Prävention und Aufklärung über Nikotin (OR = 2.35, $p = 0.001$). Demnach kann dies als wichtigster Risikofaktor in Zusammenhang mit frühem Nikotinkonsum angesehen werden. Eine weitere wichtige Rolle spielt das Geschlecht (OR = 1.87, $p = 0.009$). So haben Jungen ein deutlich höheres Risiko, zur Gruppe der Neuraucher zu gehören. Fördernd auf den Erstkonsum von Nikotin wirkt auch die Schulleistung. Die selbst eingeschätzte schlechtere Leistung kann somit ebenfalls als Risikofaktor gelten (OR 1.57, $p = 0.006$). Gleiches gilt auch für die Zufriedenheit mit der Schule (OR = 1.30, $p = 0.033$), die geringer im Vergleich zu den Nierauchern ist. Weiter sind Werte, die für verstärkte Verhaltensprobleme sprechen (OR = 1.29, $p = 0.009$) und mit dem SDQ erhoben wurden, ein Risikofaktor. Eine wichtige Rolle spielt auch die Raucheinstellung (OR = 1.28, $p = 0.014$). Darin sind die Einschätzungen der Schülerinnen und Schüler zusammengefasst, die mithilfe der Adjektivpaare gut - schlecht, aufregend - beruhigend, krank - gesund, langweilig - interessant, gesellig - einsam, schwach - stark, unabhängig - abhängig, unangenehm - angenehm und harmlos - gefährlich das Rauchen als eher unbedenklich bewertet hatten und somit eine positivere Einstellung gegenüber Rauchen erkennen lassen. Ebenfalls ausschlaggebend scheint das Elternhaus zu sein (OR = 1.25, $p = 0.071$). Hierbei scheint der Zusammenhang besonders mit der geringeren Zufriedenheit mit der Familie zu bestehen. Erhöhte Werte im SDQ, die auf eine Hyperaktivität hindeuten (OR = 1.17, $p = 0.035$), erweisen sich

ebenso wie der erhöhte Gesamtproblemwert (OR = 1.10, p = 0.015), erhoben mit dem SDQ, als prädiktiv für einen Konsum von Nikotin.

Tabelle 9 Zusammenfassende Binär-logistische Regression zur Vorhersage des Ereignisses „ist Neuraucher zu t3“ anhand signifikanter Prädiktoren. Alle ORs und Konfidenzintervalle sind in die Interpretationsrichtung „erhöht das Risiko, Neuraucher zu t3 zu werden“ umgerechnet.

Prädiktoren	β	Exp. B (OR)	[K.I.]	p	R ²
Teilnahme an mehreren früheren schulischen Präventionsprojekten	0.85	2.35	[1.42;3.90]	0.001	0.07
Geschlecht (<i>nicht weiblich</i>)	-0.63	1.87	[1.23;3.00]	0.009	
Selbstberichtete Schulleistung <i>eher schlecht</i>	0.45	1.57	[1.14;2.17]	0.006	
<i>Wenig</i> zufrieden mit der Schule (Lebenszufriedenheit)	-0.27	1.30	[1.02;1.66]	0.033	
Verhaltensprobleme <i>eher höher</i> (SDQ)	0.25	1.29	[1.06;1.56]	0.009	
Teileinstellung „Rauchen ist nicht harmlos“ <i>eher nicht</i>	-0.25	1.28	[1.05;1.56]	0.014	
<i>Wenig</i> zufrieden mit der Familie (Lebenszufriedenheit)	-0.22	1.25	[1.02;1.58]	0.071	
Hyperaktivität <i>eher höher</i> (SDQ)	0.16	1.17	[1.01;1.35]	0.035	
Gesamtproblemwert <i>eher erhöht</i> (SDQ)	-0.10	1.10	[1.02;1.20]	0.015	

Anmerkung: Modell-Konstante n.s. [K.I.] = Konfidenzintervall; R² nach Cox & Snell; OR = Odds Ratio. Richtige Klassifikation der Fälle zu 91.1%.

Zur Kontrolle wurde eine logistische Regression durchgeführt, in die alle untersuchten Merkmale auf Basis der gewichteten Ergebnisse eingingen.

Anhand dieses Modells ist eine richtige Klassifikation der Fälle in 90.1% möglich. Es können nun zehn Merkmale identifiziert werden, welche als Prädiktoren für einen frühen Nikotinkonsum betrachtet werden können (Tabelle 10). Zusätzlich zu den oben aufgeführten Ergebnissen wurden das Alter und die Sportstunden pro Woche als Prädiktoren ermittelt, die Zufriedenheit mit der Schule zählt nicht mehr zu den Prädiktoren.

Es kann davon ausgegangen werden, dass alle Ergebnisse, die in beiden Berechnungen auftauchen, als sehr stabil zu werten sind und die erzielten Ergebnisse plausibel erscheinen. Damit ist die Durchführung der Berechnung der gewichteten Ergebnisse als Kontrolle sinnvoll gewesen.

In der nachfolgenden Diskussion wird auf die Ergebnisse der logistischen Regression anhand der ungewichteten Ergebnisse eingegangen.

Tabelle 10 Zusammenfassende Binär-logistische Regression zur Vorhersage des Ereignisses „ist Neuraucher zu t3“ anhand signifikanter Prädiktoren auf Grundlage der gewichteten Ergebnisse. Alle ORs und Konfidenzintervalle sind in die Interpretationsrichtung „erhöht das Risiko, Neuraucher zu t3 zu werden“ umgerechnet.

Prädiktoren	β	Exp. B (OR)	[K.I.]	p	R ²
Teilnahme an mehreren früheren schulischen Präventionsprojekten	1.80	6.04	[3.70;9.86]	0.000	0.31
Geschlecht (<i>nicht weiblich</i>)	-1.13	3.09	[0.21;0.51]	0.000	
Selbstberichtete Schulleistung <i>eher schlecht</i>	0.83	2.30	[1.72;3.06]	0.000	
Teileinstellung „Rauchen ist nicht harmlos“ <i>eher nicht</i>	-0.62	1.85	[0.41;0.71]	0.000	
Alter (<i>eher älter</i>)	0.50	1.65	[1.22;2.22]	0.001	
<i>Wenig</i> zufrieden mit der Familie (Lebenszufriedenheit)	-0.41	1.50	[0.54;0.83]	0.000	
Hyperaktivität <i>eher höher</i> (SDQ)	0.27	1.31	[1.14;1.51]	0.000	
Verhaltensprobleme <i>eher höher</i> (SDQ)	0.25	1.29	[1.07;1.54]	0.006	
Gesamtproblemwert <i>eher erhöht</i> (SDQ)	-0.14	1.25	[0.80;0.94]	0.000	
Sport (<i>mehr</i> Stunden pro Woche)	0.07	1.07	[1.03;1.12]	0.003	

Anmerkung: Modell-Konstante n.s. [K.I.] = Konfidenzintervall; R² nach Cox & Snell; OR = Odds Ratio. Richtige Klassifikation der Fälle zu 90.1%.

4.6. Zusammenfassung der Ergebnisse

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Schülerinnen und Schüler, die im Beobachtungszeitraum erste Erfahrungen mit Zigaretten gemacht haben, d.h. mindestens eine Zigarette geraucht haben, eher männlich und älter sind und eine andere Schulform als das Gymnasium besuchen. Ihre schulischen Leistungen bewerten sie schlechter. In ihrer Freizeit treiben sie häufiger Sport und haben öfter schon andere gesundheitsschädliche und sucherzeugende Substanzen (Shisha, Alkohol) konsumiert. Keine signifikanten Unterschiede finden sich zwischen den Neurauchern und Nierauchern bezüglich des Wissens über die schädliche Wirkung von Rauchen. In den gewichteten Ergebnissen zeigt sich allerdings eine niedrigere Zustimmung der Neuraucher zu der Aussage, dass Raucher in Zukunft eine Minderheit sein werden. Sowohl im häuslichen Bereich als auch im Freundeskreis und in den Medien haben die Neuraucher öfter Kontakt zu anderen Rauchern oder sind Passivrauch ausgesetzt. Des Weiteren hat schon eine größere Anzahl der Neuraucher an einem Projekt zur Nichtraucherförderung teilgenommen. Die Aussage, in nächster Zeit Zigaretten konsumieren zu wollen zeigt eine deutliche Zustimmung bei den Neurauchern im Vergleich zu den Nierauchern in der gewichteten Berechnung. Auffällig sind zudem die erreichten Werte in der Gruppe der Neuraucher bei den Befragungen zur Zufriedenheit und Selbstwirksamkeitserwartung. Bei der Selbsteinschätzung von Stärken und Schwächen erzielen die Neuraucher in den Subskalen Verhaltensprobleme, Hyperaktivität, und Prosoziales Verhalten sowie zusätzlich in den gewichteten Ergebnissen in den Subskalen Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen und Emotionale Probleme durchweg schlechtere Werte.

Nach Durchführung der logistischen Regression zeigt sich, dass folgende Faktoren in absteigender Reihenfolge das größte Risiko bergen, zur Gruppe der Neuraucher zu gehören. An erster Stelle steht die vorherige Teilnahme an einem Projekt zur Förderung des Nichtrauchens bzw. der Prävention und Aufklärung über Nikotin, gefolgt von männlichem Geschlecht, schlechterer Schulleistung, geringerer Zufriedenheit mit der Schule und Auffälligkeiten im Verhalten. Des Weiteren ist zu nennen eine eher unbedenklichere Einstellung zum Rauchen, eine geringere Zufriedenheit mit der Familie und schließlich Zeichen von Hyperaktivität und ein erhöhter Gesamtproblemwert.

5. DISKUSSION

Die Aufklärungsveranstaltung „Nichtrauchen ist cool!“ des Vereins „Prävention der Nikotinsucht bei Kindern und Jugendlichen in Hamburg und Umgebung e.V.“ wird am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf seit Mai 2005 abgehalten und erfreut sich großer Beliebtheit. Zur wissenschaftlichen Evaluation der Veranstaltung wurde eine kontrollierte Längsschnittstudie durchgeführt, Ergebnisse in Hinblick auf diese Fragestellung können bei Hampel (2010) und Berger (2012) nachgelesen werden. Für die vorliegende Dissertation wurden Daten von N = 1378 Schülerinnen und Schüler ausgewertet mit der Hauptfragestellung nach dem Vorhersagebeitrag der Einflussfaktoren, die einen Erstkonsum von Zigaretten bei Kindern im Alter von neun bis 14 Jahren begünstigen können. Die ungewichteten und die zur Kontrolle nach Stichprobengröße gewichteten Daten wurden im vorangegangenen Teil beschrieben und werden in der anschließenden Diskussion mit aktuellen Ergebnissen aus der Literatur verglichen.

5.1. Welche Unterschiede finden sich zwischen Neurauchern und Nierauchern in Bezug auf soziodemographische Merkmale?

In der untersuchten Stichprobe wurde von 9% der Schülerinnen und Schüler im Verlauf des Erhebungszeitraumes von einem Jahr mindestens eine Zigarette geraucht und somit Raucherfahrung gesammelt. Dabei kann unterschieden werden zwischen einmaligen Probierern, die 5% ausmachen, und Schülerinnen und Schülern, die mehr als eine Zigarette geraucht haben (4%). Ähnliche Prozentangaben werden von Bidstrup et al. (2009) von Untersuchungen bei einer vergleichbaren Stichprobe aus Dänemark berichtet, Ausems et al. (2009) finden geringfügig höhere Anteile von Neurauchern bei niederländischen Schulkindern in dieser Altersgruppe.

Die Neuraucher sind mit durchschnittlich 11.50 Jahren etwas älter als die Nieraucher. Eine Befragung niederländischer Schulkinder im Alter von durchschnittlich 11.6 Jahren kommt zu einem vergleichbaren Wert (Ausems et al. 2009). Während ab einem gewissen Alter die Wahrscheinlichkeit sinkt, dass ein Jugendlicher mit dem Nikotinkonsum beginnt (vergleiche 2.2.2.), steigt in dieser Altersspanne und Experimentierphase die Wahrscheinlichkeit, mit einem etwas höheren Alter im Vergleich zu den Mitschüler eher Nikotin zu probieren. Somit scheint in diesem Altersbereich in kritisches Zeitfenster zu liegen, in dem sich der mögliche Beginn des Rauchens abspielt.

Das Verhältnis weiblicher zu männlicher Neuraucher mit eins zu zwei zeigt, dass die männlichen Kinder deutlich mehr Raucherfahrung als ihre Altersgenossinnen haben. Dieses Ergebnis unterscheidet sich von dem seit längerem bundesweit beobachteten Trend, dass sich die Geschlechtsunterschiede immer mehr aufheben (BZgA 2009).

Neuraucher besuchen gegenüber Nierauchern deutlich seltener ein Gymnasium, schätzen ihre schulische Leistung schlechter ein, sind weniger zufrieden mit ihrer Schule und treiben häufiger Sport. Dies deckt sich mit den aktuellen Daten der BZgA (2011), nach denen Rauchen an Real-, Gesamt- und Hauptschulen signifikant häufiger beobachtet wird als an Gymnasien. Eine Studie der DAK (Morgenstern et al. 2007) zeigt ebenfalls, dass rauchende Jugendliche schlechtere schulische Leistungen haben. So geben in der dort untersuchten Stichprobe 71% der rauchenden Schülerinnen und Schüler an, schlechte oder durchschnittliche Bewertungen zu erhalten, im Gegensatz zu 56% der nichtrauchenden Schülerinnen und Schüler. Auch fühlen sich 33% der rauchenden Schülerinnen und Schüler nicht wohl an der Schule, unter den Nichtrauchern sind dies 22%. Widersprüchlich erscheint dagegen auf den ersten Blick das Ergebnis, dass Neuraucher deutlich mehr Sport pro Woche treiben. Untersuchungen z.B. Locher (2001) zeigen, dass Mitglieder von Sportvereinen insgesamt ein geringeres Risikopotential in Bezug auf Tabakkonsum haben, es jedoch keine Unterschiede bei Konsum von Alkohol und anderen Drogen gibt. Locher kommt allerdings auch zu dem Schluss, dass die ausgeübte Sportart einen entscheidenden Einfluss darauf hat, ob die Kinder und Jugendlichen anfangen zu rauchen. So ist insbesondere in Sportarten, die mit einem stark kampforientierten Aspekt betrieben werden wie z.B. Fußball oder Handball, das Risiko mit dem Rauchen zu beginnen, erhöht. Es kann an dieser Stelle nur gemutmaßt werden, dass diese Erklärung auch für die Ergebnisse aus der untersuchten Stichprobe zutreffend ist.

Kein Unterschied findet sich bezüglich des Sozialindex. Sowohl Neuraucher als auch Nieraucher ordnen sich mit der FAS in eine mittlere sozialökonomische Schicht ein. Das erscheint überraschend, finden sich doch in allen Altersgruppen deutliche Unterschiede im Rauchverhalten abhängig von der sozialen Schicht und der Bildung. Es hat sich jedoch gezeigt, dass die familiäre sozioökonomische Lage bei Kindern noch kaum eine Rolle spielt und erst bei Jugendlichen stärker an Einfluss gewinnt (Jordan und Sack 2009). Als weiterer Grund für das hier erzielte Ergebnis kann möglicherweise der insgesamt relativ hohe Anteil der Kinder in der untersuchten Stichprobe aufgeführt werden, die sich einer mittleren und hohen Wohlstandsschicht zuordnen. Nur gut 8% der befragten Kinder und Jugendlichen gehören nach dem FAS-Index einer niedrigen

sozialen Schicht an. Dies entspricht allerdings nicht der aktuellen Zusammensetzung der deutschen Bevölkerung. Nach einer subjektiven Selbsteinschätzung würden sich etwa 33% der Befragten zu unteren Schichten rechnen (Statistisches Bundesamt 2008). Nach Einkommensklassen berechnet, wären sogar 41% der Haushalte in einer unteren Schicht (Statistisches Bundesamt 2008). Von Kinderarmut sind nach den Zahlen des Deutschen Jugendinstituts (2009) rund 26% betroffen. Somit scheinen die Kinder aus den befragten Gymnasien, Realschulen und Gesamtschulen zumindest gemäß FAS-Index eher mittleren Schichten anzugehören, so dass die Variation in den Daten nicht ausreicht, etwaige signifikante Unterschiede zu finden.

5.2. Welche Unterschiede finden sich zwischen Neurauchern und Nierauchern in Bezug auf Konsumverhalten und Einstellungsmerkmale?

In Bezug auf Erfahrungen mit weiteren gesundheitsschädlichen Konsumverhaltensweisen weisen Neuraucher erhöhte Angaben bei Alkohol und Erfahrungen mit Shisha-Rauchen auf. Ein Blick in die Literatur zeigt, dass es einen Zusammenhang zwischen dem regelmäßigen Konsum von Alkohol und erstem Kontakt mit Zigarettenkonsum gibt. Rees et al. (2007, S. 461) schreiben, dass Alkohol eine „gateway substance“ für Zigaretten sein könnte. Aufgrund dessen kann ein ähnlicher Einfluss von Alkohol auch bereits bei Kindern und Jugendlichen angenommen werden und eine solche „gateway“-Funktion auch für die vorliegende Stichprobe vermutet werden. Betrachtet man Konsum von Alkohol als Kind oder Jugendlicher als eine Bereitschaft für riskantes Gesundheitsverhalten (Hurrelmann 2002), erscheint diese Erklärung plausibel. Ähnliches gilt für die Erfahrungen mit Shisha-Rauchen. Shisha-Rauchen bei Jugendlichen ist ein in den letzten Jahren aufkommender Trend. Die Wasserpfeifen, ursprünglich orientalischen Ursprungs, werden mittlerweile in vielen sogenannten Shisha-Bars angeboten und dort von einer Gruppe gemeinsam geraucht. Shisha-Rauchen hat so die Funktion eines gemeinschaftlichen Erlebnisses bekommen und dadurch einen Platz im sozialen Leben eingenommen. Angeboten wird aromatisierter Wasserpfeifentabak, unter anderem dadurch entsteht bei vielen Konsumenten die Annahme, Shisha-Rauchen sei wenig gesundheitsschädlich. Dies ist allerdings nicht der Fall. Die WHO rechnet vor, dass das Rauchen einer Shisha etwa dem Rauchen von 100 Zigaretten entspricht. Die gesundheitlichen Schäden durch das Inhalieren und durch den entstehenden Nebenstrom (Passivrauch) sind mit denen des Zigarettenrauchens durchaus vergleichbar (WHO 2005). Während allerdings in einer Untersuchung 91% der Befragten, die

Shishas kennen, das Rauchen von Zigaretten für ziemlich oder sehr schädlich halten, weisen diese Attribute nur 38% dem Shisha-Rauchen zu (BZgA 2007). Interessanterweise schätzen sich viele Shisha-Raucherinnen und Raucher selbst nicht als Raucherin bzw. Raucher ein. In derselben Untersuchung bezeichnen sich von 14% aktuellen Shisha-Raucherinnen und -Rauchern nur 48% als Raucherin bzw. Raucher, 33% als Nichtraucherin bzw. Nichtraucher und 19% als Nieraucherin bzw. Nieraucher. Es finden sich in der Literatur Hinweise, dass es einen Zusammenhang zwischen Shisha-Rauchen und Zigarettenrauchen geben könnte (vgl. Maziak 2011). So gibt es zum einen die Vermutung, dass Raucherfahrung das Probieren von Shishas begünstigt, schlüssig ist aber auch die Annahme, dass der aromatisierte und leicht zu inhalierende Rauch der Shisha erst zum Zigarettenrauchen verleitet. Diese Frage kann aus den erhobenen Daten nicht abschließend beantwortet werden, beobachten lässt sich allerdings ein ausgeprägter Shishakonsum in der Gruppe der Neuraucher.

Die Einstellungen bzw. Einschätzungen des Risikos körperlicher Schäden aufgrund von Zigarettenkonsum unterscheiden sich nur sehr geringfügig zwischen den Gruppen. Gelegentliches Rauchen wird dabei von beiden als „mäßiges Risiko“, (starkes) tägliches Rauchen als „großes Risiko“ eingestuft. Durch das insgesamt gewachsene Bewusstsein und der Thematisierung des Risikos von Zigarettenkonsum in der Gesellschaft ist davon auszugehen, dass alle befragten Schülerinnen und Schüler das Wissen erworben haben, dass Rauchen schädlich ist (vgl. Orth 2010). Auch die Konfrontation mit dieser Befragung sowie verschiedene Kampagnen und nicht zuletzt die eingeführten Warnhinweise auf Werbeplakaten und Zigarettenpackungen können zu einer Auseinandersetzung und Wissensvermittlung geführt haben (Deutsches Krebsforschungszentrum (dkfz) 2009).

5.3. Welche Unterschiede finden sich zwischen Neurauchern und Nierauchern in Bezug auf soziale Einflüsse?

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, dass rauchende Jugendliche häufiger in einem raucherfreundlichen Umfeld aufwachsen, in dem Rauchen nicht gegen eine soziale Norm verstößt. Die Jugendlichen geben häufiger an, dass zuhause drinnen oder beim Autofahren geraucht werden darf. Eltern rauchen häufiger selbst und andere Menschen, die eine wichtige Rolle spielen, lehnen das Rauchen tendenziell nicht ab. Das Erlauben von Tabakkonsum sowie die Einstellungen zum Rauchen in der Familie wirken sich somit direkt auf die Einstellungen der Heranwachsenden aus.

Nieraucher dagegen haben häufiger ein Umfeld, in dem Rauchen nicht akzeptiert wird und insgesamt der Kontakt mit rauchenden Erwachsenen geringer ist. Die bereits erwähnte Studie von Ausems et al. (2009), deren Stichprobe vergleichbar ist, bestätigt diese Ergebnisse. Demnach beginnen Kinder und Jugendliche, deren Eltern oder Geschwister rauchen, eher zu rauchen. Dies wird auch durch Zahlen von Wang et al. (2012) oder Morgenstern et al. (2007) belegt. Als weiterer Faktor wird ein rauchendes Umfeld in Bezug auf Peer-Gruppen und Freunde genannt (vgl. Lampert und Thamm 2007). Hier ist besonders der Druck ausschlaggebend, der von den (besten) Freunden ausgeübt wird, damit man selbst mit dem Rauchen anfängt (Bidstrup et al. 2009). Andersherum stellt sich die Situation vergleichbar dar: Die Untersuchungen von Go et al. (2010) oder Chang et al. (2006) zeigen, dass Freundeskreise, in denen nicht geraucht wird, einen großen Einfluss auf das Nikotinkonsumverhalten ausüben können und dass sich Raucher bei einem Wechsel in eine Gruppe, in der weniger oder gar nicht geraucht wird, den dortigen Normen anpassen. Es ist davon auszugehen, dass durch das Erleben von Werten, die dem Rauchen ablehnend gegenüberstehen sowie Unterstützung der Selbstwirksamkeit die Kinder bestärkt werden, dem sozialen Druck der Gleichaltrigen zu widerstehen und nicht zu rauchen, oder aber es ihnen leichter fällt, das Rauchen wieder aufzugeben.

Szenen aus Fernseh- und Kinofilmen zeigen häufig rauchende Darsteller, insbesondere in Serien und Spielfilmen, die deutscher Produktion entstammen, wird doppelt so häufig geraucht wie in ausländischen Produktionen. Dies gilt auch für Filme, die eine Altersfreigabe für Kinder bekommen (Hanewinkel et al. 2006). Viele Kinder verbringen mehrere Stunden pro Tag mit Medien, sei es TV, Videos, DVDs oder Computer. Somit ergibt sich eine Vielzahl an Möglichkeiten, Tabakrauchszene zu sehen und durch diese beeinflusst zu werden. Da Rauchen oft als Mittel genützt wird, eine Person mit bestimmten Eigenschaften darzustellen oder diese zu verstärken, vermitteln die Szenen bestimmte Werte und prägen ein im Allgemeinen positives Raucherimage. Das scheint Auswirkungen auf das Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen zu haben. Hanewinkel und Sargent (2007) konnten in einer Studie mit Kindern und Jugendlichen im Alter von zehn bis 17 Jahren zeigen, dass eine positive Korrelation zwischen der Anzahl gesehener Filme mit Rauchszene und einem gelegentlichen oder regelmäßigen Rauchen besteht. So stieg die Wahrscheinlichkeit, schon einmal im Leben geraucht zu haben, bei hoher Exposition mit Rauchszene auf über 70%. Die Wahrscheinlichkeit, im Monat vor der Befragung geraucht zu haben, lag bei 35% bei hoher Exposition. Neuere Daten von Hanewinkel et al. (2012) zeigen, dass Rauchen in Filmen als ein eigenständiger Risikofaktor zur Rauchinitiation bei Jugendlichen angesehen werden

kann. Dies bestätigt die Ergebnisse der Arbeit, in der Neuraucher sich signifikant an mehr Filme erinnern, in denen geraucht wurde. Auch wenn viele Faktoren, die eine Rolle spielen könnten, wie z.B. eigene Vorlieben für Genre der Fernseh- oder Kinofilme, in diesem Fall nicht kontrolliert werden konnten, scheinen Filmszenen, in denen rauchende Personen auftraten, von höherem Erinnerungswert für solche Kinder gewesen zu sein, die erste Raucherfahrungen gemacht hatten.

Fast 60% der Schülerinnen und Schüler, sowohl in der Gruppe der Neuraucher als auch der Nieraucher, hat sich im Unterricht schon einmal oder sogar mehrfach mit dem Thema Rauchen beschäftigt. Für die Hamburger Gymnasien wird das Thema „Rauchen schadet der Gesundheit“ im Rahmenplan für die fünften und sechsten Klassen unter dem Hauptbereich „Pubertät und bewusste Lebensführung“ (Freie und Hansestadt Hamburg 2004) als verpflichtendes Thema im Fach „Naturwissenschaften/Technik“ aufgeführt. Auch in der siebten bzw. achten Jahrgangsstufe wird das Thema „Gesundheitsrisiken durch Rauchen und Drogenkonsum“ unter dem Hauptbereich „Die Verantwortung des Menschen für seine Gesundheit“ aufgelistet und sollte demnach mit den Schülerinnen und Schülern behandelt werden. Ebenso finden sich die Themen auch in den Plänen für die integrierte Gesamtschule (Freie und Hansestadt Hamburg 2003). In den Haupt- und Realschulen wird Rauchen unter dem Komplex „Der Mensch als Lebewesen“ in der siebten und achten Jahrgangsstufe unterrichtet (Freie und Hansestadt Hamburg 2003). Dass aber trotzdem über 40% der Schülerinnen und Schüler in der Befragung bisher keine Behandlung der Thematik im Unterricht angeben, kann bedeuten, dass es in einem weiteren Schuljahr noch besprochen wird oder aber aufgrund der Fülle von zu behandelnden Themen nicht unterrichtet wird. Somit ist eine Veranstaltung wie „Nichtrauchen ist cool!“, unabhängig von der Wirkung, ob Jugendlichen vom Rauchen abgehalten werden können oder nicht, von immenser Bedeutung, um ein Basiswissen bezüglich der Gefahren, Folgen und Auswirkungen des Tabakkonsums in der Gesellschaft zu garantieren.

Auffällig ist, dass 34% der Neuraucher bereits an einem Projekt zur Förderung des Nichtrauchens teilgenommen hatten. Dieser Wert liegt bei den Nierauchern bei 17%. Auch erweist sich die Teilnahme als prädiktiv für Rauchen bei der Durchführung der logistischen Regression. Dies ist möglicherweise ein zufälliger Befund, da sich in der gesamten Stichprobe insgesamt sehr wenige Personen mit Erfahrungen zu Präventionsveranstaltungen oder Projekten zur Nichtraucherförderung finden. Weiter ist in Betracht zu ziehen, dass Klassen den Wettbewerb „be smart- don't start“, der als das häufigste Projekt zu diesem Thema genannt wurde, abgebrochen haben könnten, da

Schülerinnen und Schüler erste Raucherfahrungen machten und somit die Klasse die Wettbewerbsauflagen nicht mehr erfüllten. Schließlich lässt sich vermuten, dass bei solchen Veranstaltungen die Gefahr besteht, dass bei einigen Schülerinnen und Schülern durch den Kontakt mit dem Thema erst Interesse oder Neugier geweckt wird und sie ihre ersten Konsumerfahrungen machen (vergleiche dazu unter anderem Brehm et al. 1999). Diese Vorwürfe wurden mit mehreren Evaluationen zur Wirksamkeit von Präventionsveranstaltungen untersucht, z.B. von Stamm-Balderjahn et al. (2012). Die Befragten waren im Vergleich zur vorliegenden Stichprobe etwas älter und nahmen an einem Präventionsprogramm teil, welches ähnlich aufgebaut ist wie „Nichtrauchen ist cool!“. Die Ergebnisse zeigen, dass von einmaligen Veranstaltungen v.a. weibliche Nichtraucher profitieren und in ihrer Ablehnung des Konsums von Tabakprodukten bestärkt werden. Ein Rauchstopp bei bereits konsumierenden Kindern und Jugendlichen lässt sich jedoch nicht beobachten. Einen umfassenden Überblick in Bezug auf die Effekte von Primär- und Sekundärpräventionen bietet Hanewinkel et al. (2012). Eine Analyse des Wettbewerbs „be smart- don't start“ (Hanewinkel 2007) weist kurzfristige Effekte und eine Verzögerung des Rauchbeginns nach. Insbesondere wird dargestellt, dass es keine Hinweise auf negative Effekte gibt, die auf die teilnehmenden Schüler verstärkt wirken könnten. In Bezug auf die Effektivität von Präventionsmaßnahmen lässt sich die Forderung ableiten, dass Präventionsprogramme stärker diejenigen berücksichtigen sollten, die auf diese Programme eher nicht ansprechen, da sie z.B. schon regelmäßig Tabak konsumieren oder aber auf die Art der Informationspräsentation nicht mit einer Verhaltensänderung reagieren (vgl. Sack et al. 2013). Dies ist natürlich eine pauschale Forderung, die leicht gestellt ist und zu der die Autorin keine Vorschläge machen kann, da sie auf die Planung entsprechender Programme keinen Einfluss hat.

5.4. Welche Unterschiede finden sich zwischen Neurauchern und Nierauchern in Bezug auf psychosoziale Einflüsse?

Die Selbsteinschätzung, über das Rauchverhalten selbst zu bestimmen sowie eine Zigarette trotz negativer sozialer Auswirkungen abzulehnen, unterscheidet sich kaum zwischen den Nierauchern und Neurauchern. Beide Gruppen gehen davon aus, diese Entscheidungen gemäß der eigenen Einstellung fällen zu können und kaum von außen beeinflusst zu werden. Diese Einschätzung wirkt recht optimistisch, zeigt sich doch, dass gerade die Standards der Gleichaltrigengruppe darüber entscheiden, welche Ver-

haltensweisen zum „Erkunden der eigenen sozialen Rolle und der Wertigkeit in der Prestigehierarchie“ (Hurrelmann 2012, S. 869) genutzt werden, um eine „eigene soziale Identität als Junge oder als Mädchen aufzubauen“ (Hurrelmann 2012, S. 869).

Die Nieraucher weisen in allen befragten Bereichen einen höheren Wert der Zufriedenheit auf, signifikant erhöht im Bereich Schule, Familie, Freunde und der Zufriedenheit mit sich selbst. In der gewichteten Berechnung zeigen sich signifikante Unterschiede mit erhöhten Werten zugunsten der Nieraucher auch im Bereich Lebenszufriedenheit insgesamt. Hurrelmann (2002) schreibt, dass Kinder und Jugendliche in der Gesellschaft, wie sie sich heutzutage präsentiert, eine Vielzahl von Möglichkeiten geboten wird, jedoch oft „ernste Herausforderungen und Selbsterfahrungen fehlen, die eine Erprobung eigener psychischer und sozialer Kompetenzen gestatten“ (S. 870) und die Jugendlichen ein „Sinndefizit“ (S.871) erleben, auf das sie zum Teil mit Risikoverhalten reagieren. Dementsprechend können die vorliegenden Ergebnisse insofern interpretiert werden, als dass eine größere Zufriedenheit eine protektive Funktion einnimmt und die Kinder und Jugendlichen keine extremen Wege wählen müssen, um sich auszudrücken und auf sich aufmerksam zu machen.

In der vorliegenden Befragung assoziieren die Neuraucher durchweg positivere Eigenschaften mit Rauchen. Dies erscheint logisch in Hinblick auf die Vorteile und positiven Effekte, die sich Kinder und Jugendliche von Tabakkonsum versprechen. Wie in 2.2.3. ausgeführt wird, erfüllt das Rauchen vielfältige Funktionen und wird zudem mit der Hoffnung verknüpft, bestimmte Fähigkeiten leichter erlangen zu können. Dazu zählt z.B. erschließen von Freundeskreisen, Selbstständigkeit und Unabhängigkeit von den Eltern sowie die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben bzw. Probleme bei ebendiesen (vgl. Hurrelmann 2002).

Auch im Bereich der Selbstwirksamkeit (SWE) liegen die Nieraucher vor den Schülerinnen und Schülern mit Nikotinerfahrung. Dieser Fragekomplex zielt weniger auf das Rauchen als auf übergreifend alle Lebensbereiche ab und zeigt, dass die Neuraucher eine weniger optimistische Selbstüberzeugung, Kompetenzerwartung und Vertrauen in das eigene Handeln besitzen. Außerdem weisen sie in der Schule, in der Familie und mit Freunden ein geringeres Wohlbefinden auf. In der Forschung werden diese Punkte mit einer höheren Bereitschaft zu rauchen in Verbindung gebracht (Chang et al. 2006). Hurrelmann (2002) sieht insbesondere den Konsum von Alkohol, Tabak und Drogen als eine Art des extremen Risikoverhaltens, die „Vorteile für Anerkennung und Selbstwertgefühl“ sowie den „Hunger nach Zuwendung und nach Aufmerksamkeit in einer

nüchternen Wettbewerbsgesellschaft“ stillen soll (Hurrelmann 2002, S. 871). Es lässt sich somit festhalten, dass die Ergebnisse einen Zusammenhang zwischen geringerem sozialen Verhalten und Kompetenzen und riskantem Gesundheitsverhalten nahelegen.

Auch gestützt auf diese Erkenntnisse gibt es inzwischen die Forderung, nicht nur Informationsvermittlung, sondern auch sogenannte Skills-Trainings als festen Bestandteil von Präventionsprogrammen aufzunehmen, um die Bemühungen der Prävention erfolgreich und wirksam zu machen (Suchtpräventionsstelle Züricher Oberland 2005).

Weiterhin ergibt die Auswertung ungünstigere Werte in allen Skalen des Selbsteinschätzungsbogens für Stärken und Schwächen (SDQ) bei einer bestehenden Nikotinerfahrung. Signifikant sind sie für die Skalen „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“ und den „Gesamtproblemwert“. Signifikant niedrigere Werte im Vergleich zu Nierrauchern erzielen Kinder und Jugendliche mit Nikotinerfahrung in der Skala „Prosoziales Verhalten“. Nur geringe Unterschiede gibt es in den Skalen „Emotionale Probleme“ und „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“, in den gewichteten Ergebnissen zeigen sich auch hier signifikante Unterschiede. Ein Review von Chaiton et al. (2009) beschreibt einen Zusammenhang zwischen Zigarettenrauchen und Depression. Klinisch kann sich diese insbesondere bei Kindern oft durch psychomotorische Agitiertheit zeigen (Steinhausen 2006, S. 183). Entstehende Probleme durch leichte Erregbarkeit, Gewaltanwendung, Unruhe, leichte Ablenkbarkeit und emotionale Instabilität wie häufige Sorgen, Traurigkeit, Ängste und Nervosität können zu einer großen Belastung in der Alltagsbewältigung führen. Möglicherweise greift hier die Hypothese der Selbstmedikation (Lerman et al. 1996), nach der die Symptome einer psychischen Belastung oder erst recht einer psychischen Störung durch Rauchen gelindert werden. Nach Morgenstern et al. (2007) nennen Jugendliche als Gründe für Rauchen an erster Stelle eine bessere Stimmung, Konzentrationssteigerung und Vermeidung von Nervosität. Daraus kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass rauchende Kinder und Jugendliche Nikotin bewusst oder unbewusst bereits gezielt einsetzen, um psychische Probleme zu bewältigen oder sich von Problemen abzulenken.

5.5. Vergleich der gefundenen Prädiktoren mit Ergebnissen aus der Literatur

Die vorgenommene Gewichtung der ermittelten Einflussfaktoren lässt eine Aussage treffen, welchen Faktoren eine besonders wichtige Rolle zur Prognose des Erstkonsums von Zigaretten bei Kindern im Alter von neun bis 14 Jahren spielen. Damit geht

die vorliegende Arbeit über das Gros der Studien hinaus, welche zumeist die Einflussfaktoren „isoliert“ mitteilen.

Der Nikotinkonsum im Kindes- und Jugendalter wird demnach vor allem beeinflusst durch vorherigen Kontakt zu einem Präventionsprogramm. Wie bereits in 5.3. diskutiert wird, ist dieses Ergebnis mit Vorsicht zu bewerten, da sich in der gesamten Stichprobe insgesamt sehr wenige Personen mit Erfahrungen zu Präventionsveranstaltungen oder Projekten zur Nichtraucherförderung finden. Trotz vieler Evaluationen, die einen primärpräventiven Effekt nachweisen können (vergleiche z.B. Stamm-Balderjahn 2012, Isensee und Hanewinkel 2012) bleibt zu beachten, dass schulische Tabakprävention, wie es z.B. mit „Nichtrauchen ist cool!“ vorliegt, durchaus aber an Grenzen stößt und dies für die gefundenen Ergebnisse zutreffen könnte. So zeigt sich z.B. kein Rauchstopp bei bereits konsumierenden Schülerinnen und Schülern (Sack et al. 2013). Zudem kann die Schule weder als „therapeutische Einrichtung, noch als Familienersatz oder gesamtgesellschaftlicher Reparaturbetrieb“ (Schlömer 2009, S.372) angesehen werden, was bedeutet, dass ihr Einfluss zwar beachtenswert, dennoch limitiert ist, nicht überschätzt und mit Erwartungen überfrachtet werden sollte. Es bleibt insgesamt festzuhalten, dass nur eine Kombination von verschiedenen schulischen, familiären, gesellschaftlichen und politischen Maßnahmen sowie selektive Prävention für Kinder mit besonderen Risikofaktoren dauerhafte Effekte nachweisen können (Sack et al. 2013).

Weiterhin zeigt sich, dass Jungen ein höheres Risiko haben, zu den Neurauchern zu gehören. Dies deckt sich mit Ergebnissen von anderen Untersuchungen (vergleiche z.B. Stamm- Balderjahn 2012). Hurrelmann (2002) legt dar, dass Jugendliche ein Risikoverhalten wählen, um Grenzen auszuloten und sich selbst auszuprobieren. Dieses Verhalten ist bis zu einer gewissen Ausprägung in der Pubertät normal und kann bei den allermeisten Jugendlichen beobachtet werden. Es können allerdings Unterschiede zwischen den von Mädchen und Jungen gewählten Verhalten ausgemacht werden. So wählen insbesondere Jungen ein Risikoverhalten, mit dem sie „ihre eigene Stärke und Durchsetzungsfähigkeit prüfen“ (Hurrelmann 2002, S. 870) und einen Hunger nach „herausragenden [...] Erlebnissen“ stillen können, was z.B. durch aggressives Verhalten oder Drogenkonsum möglich scheint. Ähnlich argumentiert auch Zenker (2009). Mädchen dagegen zeigen eher „stille Formen des Risikoverhaltens“ und sind „zurückhaltend, abwägend und vorsichtig umwelterkundend und stärker auf Anpassung bedacht“ (Hurrelmann 2002, S.870). Mit ihrem Verhalten wollen sie eher „ihre Geschicklichkeit, Flexibilität und Attraktivität unter Beweis stellen“ (Hurrelmann 2002, S. 870) und greifen dafür eher nicht auf Tabak oder andere Drogen zurück.

Auch eine schlechtere schulische Leistung sowie eine geringere Zufriedenheit mit der Schule erweisen sich als prädiktiv für einen frühen Nikotinkonsum. In der HBSC-Studie zeigt sich, dass rund ein Viertel der Kinder und Jugendlichen sich in der Schule von den Anforderungen einigermaßen stark oder sehr stark belastet fühlen (HBSC-Team Deutschland 2011). Die dadurch erlebten Selbstzweifel, Ängste und Belastungen „bestimmen maßgeblich die Entwicklung des Selbstwerts, der Selbstwahrnehmung und der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen mit“ (HBSC-Team Deutschland 2011, S. 1). Das empfundene Gefühl der Ablehnung oder des Misserfolges kann wiederum dazu führen, diese Bedürfnisse in anderen Lebensbereichen zu stillen (vgl. Hurrelmann 2002, S. 870)

Weitere zu berücksichtigende Faktoren sind Probleme, die aufgrund von unterschiedlichen Verhaltensauffälligkeiten auftreten. In der Literatur wird ein Zusammenhang zwischen frühem Rauchbeginn und psychiatrischen Auffälligkeiten beschrieben (Wernz und Batra 2009). Dies bezieht Verhaltensstörungen, Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen, Depression und weitere substanzbezogenen Störungen (z.B. verstärkter Alkohol- und Drogenkonsum) mit ein. Hurrelmann (2002) belegt, dass eine Zunahme an psychischen und psychosomatischen Störungen in den letzten Jahren bei Kindern zu verzeichnen ist. Ähnlich wie bei Erwachsenen kann davon ausgegangen werden, dass „der Konsum von psychoaktiven Substanzen [...] ein ausweichendes Verhalten“ (Hurrelmann 2002, S. 868) auch bei Kindern darstellt.

Einfluss auf das Rauchverhalten hat zudem die Einstellung zum Rauchen. Diese ist bei den Neurauchern durchweg positiver. Orth (2010) kann dies in seiner Untersuchung bestätigen. Während die Eigenschaften, die dem Rauchen zugeordnet werden können, bei den Nierauchern zunehmend negativer im Verlauf der Befragungen von 2003 bis 2008 wurden, zeigt sich kaum eine Veränderung bei den Rauchern. Dieses Ergebnis erscheint in der Zusammenschau der gefundenen Ergebnisse sinnvoll, leben die Neuraucher doch zumeist in einem Umfeld, in dem sie positive Werte gekoppelt an das Rauchen vermittelt bekommen und diese durch ihr eigenes Verhalten umsetzen.

Zuletzt ist als wichtiger ermittelter Einflussfaktor die Unzufriedenheit mit der Familie zu nennen. Die Ergebnisse der KiGGS-Studie zeigen, dass Zufriedenheit in der Familie als ein wichtiger Schutzfaktor angesehen werden kann. Dies ist v.a. vom Klima in der Familie und von der den Kindern durch ihre Eltern entgegengebrachte Empathie abhängig. Treten Probleme und Schwierigkeiten auf, zeigen sich teils große Auswirkungen auf die Gesundheit und das Verhalten der betroffenen Kinder. Dazu zählt unter

anderem ein erhöhtes Risiko für Essstörungen und Übergewicht, ADHS, Ausübung von Gewalt und Tabakkonsum (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2010). Da sich zeigt, wie wichtig die „familiären Ressourcen wie emotionale und soziale Stabilität, Vertrauen und Geborgenheit“ (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2010, S. 64) sind und dass die „psychosozialen Belastungen und Stressreaktionen der Kinder [...] ganz wesentlich von den Beziehungen zu ihren Eltern“ abhängen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2010, S. 63), leuchtet ein, welche Risikofaktoren andererseits durch Fehlfunktionen in der Familie zur Ausprägung kommen können. So liegt es nahe, die Kinder und Jugendlichen nicht isoliert, sondern die Familie und ihre Probleme immer mit zu betrachten und bei eventuellen Interventionen insbesondere in Zusammenhang mit auffälligem Substanzkonsum frühzeitig mit einzubinden (Küstner et al. 2009).

Es kann also festgestellt werden, dass die gefundenen Prädiktoren des frühen Nikotinkonsums einleuchtend und plausibel erscheinen und durch die aktuelle Forschung bestätigt werden können. Insbesondere die Annahme, dass schlechte Schulleistungen und Verhaltensauffälligkeiten eine wichtige Rolle spielen, konnten bestätigt werden.

5.6. Limitationen

Die vorliegende Stichprobe hat einige Limitationen, die im Folgenden aufgeführt werden. Zum einen kann nicht sicher ausgeschlossen werden, dass sich die Studiengruppe nicht durch ihre besondere Motivationsgrundlage an der Studie teilzunehmen, von anderen Klassen im gleichen Alter unterscheidet. Damit könnten „raucherfeindliche“ Kinder im Gegensatz zur Gesamtbevölkerung stärker in der Stichprobe vertreten sein. Dies könnte auch durch besonders engagierte Lehrer verstärkt werden, die eine gewisse Vorbildwirkung in Bezug auf die Einstellung zum Rauchen haben könnten. Dies scheint aber, wenn überhaupt nur kaum der Fall zu sein, da keine besonderen Auffälligkeiten und Unterschiede zwischen den Gruppen, die die Aufklärungsveranstaltung besuchten und denjenigen, die ohne Besuch befragt wurden, in den Ergebnissen zu erkennen sind (vergleiche insbesondere Hampel, 2010).

Zum anderen beruht die vorliegende Untersuchung auf Selbstangaben der Schülerinnen und Schüler. In der Forschung wird die Validität solcher Angaben zum Rauchen als akzeptabel eingeschätzt (Kentala et al. 2004). Auch die geringe Anzahl an inkonsistenten Antworten, beispielsweise Nichtangabe von in den vorherigen Befragungen angegebenem Lebenszeitkonsum, spricht für ein gutes und korrektes Antwortverhalten. Ein wichtiger Punkt ist außerdem, dass die Zahl der Raucher,

insbesonderer derjenigen, die häufig und viel rauchen, sowohl in der untersuchten Stichprobe als auch in der Altersgruppe insgesamt noch sehr gering ist.

Durch den Aufbau und die Ausführung der Befragung kann davon ausgegangen werden, dass eine Verzerrung durch sozial erwünschte Antworten, besonders in Bezug auf das Rauchverhalten und die Einstellung zum Rauchen eher gering ist. Zum einen wurden die Bögen in Anwesenheit einer neutralen, unbekanntem Person ausgefüllt und eingesammelt, zum anderen wurden die Fragebögen durch einen Code pseudonymisiert und mehrmals im Fragebogen darauf hingewiesen, dass die Antworten für niemand anders als die Untersucher zugänglich sein werden.

5.7. Ausblick

Die Ergebnisse zeigen, dass alle untersuchten Bereiche, sei es Familie, Bekannte, Freunde oder Medien, in denen Kinder und Jugendliche mit Nikotin in Kontakt kommen, zum Nikotinkonsum zu verleiten scheinen. Ein weiterhin explizit zu verfolgendes Ziel sollte es daher sein, junge Menschen vor Kontakt mit Nikotin und Konsum in jeglicher Hinsicht zu schützen. Dazu sollten rechtliche Maßnahmen genauso herangezogen werden wie intensive Informationsvermittlung und Beratungen. Um langfristige Effekte von Veranstaltungen wie „Nichtrauchen ist cool!“ oder „be smart- don't start“ zu haben, wäre es wünschenswert, Erhebungen wie die vorliegende über einen längeren Zeitraum zu ermöglichen, um Aussagen über Einflussfaktoren im Langzeitverlauf treffen zu können.

Die untersuchten rauchenden Kinder und Jugendlichen weisen bei Charaktereigenschaften, die eine gewisse Selbstsicherheit und Standfestigkeit bewirken und bei einigen Verhaltensweisen niedrigere bzw. schlechtere Werte auf. Die daraus resultierenden Probleme besonders in sozialen Bereichen, können z.B. Unsicherheit, Probleme in Gruppen und damit einhergehend Auffälligkeiten oder Verzögerungen in der Entwicklung eines Kindes bewirken. Ein Augenmerk sollte daher darauf gelegt werden, ob Kinder und Jugendliche bewusst oder unbewusst Substanzen verwenden, um die sich ihnen stellenden Probleme bewältigen zu können und in der Gesellschaft zu funktionieren, anerkannt und akzeptiert zu werden.

Auch bezüglich des weiter fortschreitenden und sich ausweitenden Konsums von Tabak mittels Shisha besteht weiterer Forschungsbedarf. Es gilt die Frage zu klären, ob Shisha-Rauchen Kinder und Jugendliche dazu bringt, eher zur Zigarette zu greifen. Außerdem muss der Informationsstand der Bevölkerung zur Gefährlichkeit des Shisha-

Rauchens erhöht werden. Da besonders unter Jugendlichen das Shisha-Rauchen verbreitet und populär ist, sollte mit vielseitigen Mitteln versucht werden, dieser gefährlichen Bewegung entgegenzuwirken.

6. ZUSAMMENFASSUNG

Durch die starke Abhängigkeitsentwicklung und die entstehenden Spätfolgen stellt Rauchen neben anderen gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen wie z.B. Alkohol- und Drogenkonsum besonders bei Kindern und Jugendlichen ein ernstzunehmendes Problem dar. Die Verhinderung des Einstiegs und die Förderung des Ausstiegs aus dem Nikotinkonsum ist daher eines der wichtigsten gesundheitspolitischen Ziele der Bundesregierung im Rahmen der gesundheitlichen Prävention. Die vorliegende Arbeit versucht, wesentliche Einflussgrößen zu identifizieren, die den Erstkonsum von Zigaretten begünstigen.

Im Rahmen einer kontrollierten Längsschnittstudie wurden insgesamt 1378 Schülerinnen und Schüler im Alter von neun bis 14 Jahren zu drei unterschiedlichen Untersuchungszeitpunkten befragt. Die Daten wurden im Zeitraum 2008 bis 2010 erhoben. Die Befragung erfolgte mittels eines pseudonymisierten Fragebogens, der soziodemographische, psychosoziale Bereiche sowie Fragen zu tabak- und anderen substanzspezifischen Einstellungs- und Verhaltensweisen enthielt.

Vergleicht man die Schülerinnen und Schüler, die im Zeitraum zwischen der ersten und dritten Befragung erste Erfahrungen mit Zigaretten gemacht haben (9%), mit denen ohne Nikotinerfahrung, so fallen in den untersuchten Bereichen folgende Unterschiede auf: Die Schülerinnen und Schüler mit Zigarettenkonsum sind zumeist männlich, älter, besuchen deutlich seltener ein Gymnasium und bewerten ihre schulische Leistung schlechter. Sie geben häufiger Konsum von anderen gesundheitsschädlichen Substanzen an. Auch im familiären Umfeld und im Freundeskreis sind sie häufiger mit Zigaretten konfrontiert. Die Teilnahme an einem Projekt zur Nikotinprävention scheint einen Erstkonsum ebenso zu fördern wie die konsumierten Medien, welche häufiger das Thema Rauchen beinhalten, zumindest sind entsprechende Szenen oder Filmpassagen den Kindern und Jugendlichen deutlicher in Erinnerung.

Geringere Werte weisen sie in der Zufriedenheit mit unterschiedlichen Lebensbereichen und in der Selbstwirksamkeitserwartung auf. Signifikant höher und damit auffälliger sind außerdem die Werte in den Skalen zur Beurteilung von Verhaltensauffälligkeiten sowie in der Einstellung zum Rauchen.

Keine Unterschiede konnten gefunden werden in Bezug auf die Schichtzugehörigkeit, die Einstellung bezüglich der Risiken von Zigarettenkonsum sowie in der Einschätzung, über zukünftiges Rauchverhalten selbst entscheiden zu können.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass es Unterschiede zwischen Kindern mit Erstkonsum von Nikotin und Kindern ohne Nikotinerfahrungen in soziodemographischen Merkmalen, Einstellungen und sozialen Einflüssen gibt. Diese Ergebnisse können in Einklang mit der aktuellen Forschung gebracht werden. Über die Gefährlichkeit und Schädlichkeit des Rauchens scheinen alle befragten Kinder und Jugendlichen gut aufgeklärt und informiert zu sein. Alle Bereiche, in denen Kinder mit Nikotin oder anderen Substanzen in Berührung kommen können, scheinen die Gefahr zu bergen, zum Nikotinkonsum zu verleiten. Ziel sollte es somit sein, besonders Kinder und Jugendliche, die ein höheres Risikopotential für Substanzkonsum haben, gezielt mit Maßnahmen anzusprechen und Präventionsarbeit zu leisten. Zudem sollte der Kontakt von Kindern und Jugendlichen zu Nikotin möglichst verhindert werden.

7. TABELLENVERZEICHNIS

TABELLE 1 SOZIODEMOGRAPHISCHE MERKMALE IN DER STICHPROBE ZUM ZEITPUNKT DER ERSTEN BEFRAGUNG	30
TABELLE 2 MITTELWERTE DER SOZIODEMOGRAPHISCHEN MERKMALE BEI NIERAUCHERN UND NEURAUCHERN	35
TABELLE 3 MITTELWERTE DER EINSTELLUNGSFAKTOREN BEZÜGLICH RAUCHEN BEI NIERAUCHERN UND NEURAUCHERN	39
TABELLE 4 MITTELWERTE DER EINFLÜSSE DER SOZIALEN UMGEBUNG VON NIERAUCHERN UND NEURAUCHERN	43
TABELLE 5 MITTELWERTE DER PSYCHOSOZIALEN EINFLÜSSE BEI NIERAUCHERN UND NEURAUCHERN	46
TABELLE 6 MITTELWERTE BEZÜGLICH DER SKALA „ZUFRIEDENHEIT“ BEI NIERAUCHERN UND NEURAUCHERN	47
TABELLE 7 MITTELWERTE DER RAUCHEINSTELLUNG UND SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG (SWE) BEI NIERAUCHERN UND NEURAUCHERN	48
TABELLE 8 MITTELWERTE DER ERMITTELTEN SEKUNDÄRVARIABLEN DES SDQ BEI NIERAUCHERN UND NEURAUCHERN	49
TABELLE 9 ZUSAMMENFASSENDE BINÄR-LOGISTISCHE REGRESSION ZUR VORHERSAGE DES EREIGNISSES „IST NEURAUCHER ZU T3“ ANHAND SIGNIFIKANTER PRÄDIKTOREN. ALLE ORS UND KONFIDENZINTERVALLE SIND IN DIE INTERPRETATIONSRICHTUNG „ERHÖHT DAS RISIKO, NEURAUCHER ZU T3 ZU WERDEN“ UMGERECHNET	55
TABELLE 10 ZUSAMMENFASSENDE BINÄR-LOGISTISCHE REGRESSION ZUR VORHERSAGE DES EREIGNISSES „IST NEURAUCHER ZU T3“ ANHAND SIGNIFIKANTER PRÄDIKTOREN AUF GRUNDLAGE DER GEWICHTETEN ERGEBNISSE. ALLE ORS UND KONFIDENZINTERVALLE SIND IN DIE INTERPRETATIONSRICHTUNG „ERHÖHT DAS RISIKO, NEURAUCHER ZU T3 ZU WERDEN“ UMGERECHNET	57

8. ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABBILDUNG 1 STUDIENDESIGN MIT DARSTELLUNG DER ERHEBUNGSZEITPUNKTE T1, T2 UND T3 BEI DER UNTERSUCHUNGSGRUPPE	24
ABBILDUNG 2 STUDIENDESIGN MIT DARSTELLUNG DER ERHEBUNGSZEITPUNKTE T1, T2 UND T3 BEI DER KONTROLLGRUPPE	24
ABBILDUNG 3 DARSTELLUNG DER ANZAHL DER BEFRAGTEN SCHÜLERINNEN UND SCHÜLER ZU DEN BEFRAGUNGSZEITPUNKTEN T1, T2 UND T3	26
ABBILDUNG 4 LEBENSZEITPRÄVALENZ DES RAUCHENS UND PROZENTUALE ANTEILE DER NIERAUCHER	33
ABBILDUNG 5 PROZENTUALE ANTEILE DER NIERAUCHER UND NEURAUCHER NACH GESCHLECHT	36
ABBILDUNG 6 PROZENTUALE ANTEILE DER NIERAUCHER UND NEURAUCHER NACH SCHULFORM	36
ABBILDUNG 7 PROZENTUALE DARSTELLUNG DER SHISHAKONSUMERFAHRUNG BEI NEURAUCHERN	37
ABBILDUNG 8 PROZENTUALE DARSTELLUNG DER ALKOHOLKONSUMERFAHRUNG BEI NIERAUCHERN UND NEURAUCHERN	38
ABBILDUNG 9 PROZENTUALER ANTEIL DER NIERAUCHER UND NEURAUCHER MIT MINDESTENS EINEM RAUCHENDEN ELTERNTEIL	41
ABBILDUNG 10 PROZENTUALE VERTEILUNG DER NIERAUCHER UND NEURAUCHER BEZÜGLICH DER FRAGE, OB ZUHAUSE DRINNEN GERAUCHT WERDEN DARF	41
ABBILDUNG 11 PROZENTUALE VERTEILUNG DER NIERAUCHERN UND NEURAUCHER BEZÜGLICH DER FRAGE, OB RAUCHENS WÄHREND EINER AUTOFAHRT GESTATTET IST	42
ABBILDUNG 12 ANZAHL RAUCHENDER FREUNDE/INNEN	42
ABBILDUNG 13 PROZENTUALE VERTEILUNG DER NIERAUCHER UND NEURAUCHER BEI DER BISHERIGEN THEMatisIERUNG DES THEMAS RAUCHEN IM UNTERRICHT	44
ABBILDUNG 14 PROZENTUALE ANTEILE DER NIERAUCHER UND NEURAUCHER, DIE SCHON AN WETTBEWERBEN/PROJEKTEN ZUR NICHTRAUCHERFÖRDERUNG TEILGENOMMEN HABEN	44
ABBILDUNG 15 MITTELWERTE ZUM ALTER BEI NIERAUCHERN UND NEURAUCHERN	50
ABBILDUNG 16 MITTELWERTE ZUR SELBSTBERICHTETEN SCHULISCHEN LEISTUNG BEI NIERAUCHERN UND NEURAUCHERN	50

ABBILDUNG 17 MITTELWERTE ZU AUßERSCHULISCHEM SPORT IN H/WOCHE BEI NIERAUCHERN UND NEURAUCHERN	50
ABBILDUNG 18 MITTELWERTE ZUR ABLEHNUNG DES RAUCHENS BEI NIERAUCHERN UND NEURAUCHERN	50
ABBILDUNG 19 MITTELWERTE ZUR ANZAHL	51
ABBILDUNG 20 MITTELWERTE DES UNANGENEHMEN EMPFINDENS BEZÜGLICH RAUCHENS IN DER UMGEBUNG	51
ABBILDUNG 21 MITTELWERTE ZUR ABLEHNUNG EINES ZIGARETTENANGEBOTS BEI NIERAUCHERN UND NEURAUCHERN	51
ABBILDUNG 22 MITTELWERTE ZUR ABLEHNENDEN EINSTELLUNG ZUM RAUCHEN UND ZUR SELBSTWIRKSAMKEIT (SWE) SOWIE DER SUBSKALEN DES SDQ BEI NIERAUCHERN UND NEURAUCHERN	52
ABBILDUNG 23 MITTELWERTE DES GESAMTWERTS DES SDQ BEI NIERAUCHERN UND NEURAUCHERN	52
ABBILDUNG 29 MITTELWERTE DER ZUSTIMMUNG, DASS RAUCHER IN ZUKUNFT EINE MINDERHEIT SEIN WERDEN	51
ABBILDUNG 30 MITTELWERTE DER PLANUNG, INNERHALB DER NÄCHSTEN DREI MONATE MINDESESTENS EINE ZIGARETTE ZU RAUCHEN	51
ABBILDUNG 26 MITTELWERTE DER SKALA ZUFRIEDENHEIT MIT DER FREIZEIT	53
ABBILDUNG 27 MITTELWERTE DER SKALA ZUFRIEDENHEIT GESAMT	51
ABBILDUNG 28 MITTELWERTE DER SUBSKALEN DES SDQ BEI NIERAUCHERN UND NEURAUCHERN	53

9. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
BSB	Behörde für Schule und Berufsbildung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
BVPG	Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse
DHS	Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
FAS-Index	Family Affluence Scale
FCTC	Framework Convention in Tobacco Control
GVG	Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.
GYTS	Global Youth Tobacco Survey
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children Studie Die internationale Kinder- und Jugendgesundheitsstudie in Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO)
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
SCHULBUS	Schüler- und Lehrerbefragung zum Umgang mit Suchtmitteln
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SES	sozioökonomischer Status
SWE	Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung
TabStG	Tabaksteuergesetz
t1, t2, t3	Messzeitpunkt 1, 2, 3
VTabakG	Vorläufiges Tabakgesetz
WHO	World Health Organization

10. LITERATURVERZEICHNIS

- Albers, A.B., Biener, L., Siegel, M., Cheng, D.M., Rigotti, N.A., „*Impact of parental home smoking policies on policy choices of independently living young adults.*“ *Tob Control* 18, 2009: 245-248.
- Ausems, M., Mesters, I., v. Breukelen, G., de Vries, H., „*Smoking among Dutch elementary schoolchildren: gender-specific predictors.*“ *Health Educ Res* 24(5), 2009: 818-828.
- Avenevoli, S., Merikangas, K.R., „*Familial influences on adolescent smoking.*“ *Society for the Study of Addiction to Alcohol and other Drugs*, 98, 2003.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., Weiber, R., „*Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung, 13. überarbeitete Auflage.* Berlin: Springer, 2011.
- Bancej, C., O’Loughlin, J., Platt, R.W., Paradis, G., Gervais, A., „*Review: Smoking cessation attempts among adolescent smokers: a systematic review of prevalence studies.*“ *Tob Control* 16(6), 2007.
- Batra, A., Schütz, C.G., Lindinger, P., „*Tabakabhängigkeit.*“ In: *Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie substanzbezogener Störungen.*, Schmidt, L.G., Köln: Dt. Ärzte Verlag, 2006: 91-142.
- Baumgärtner, T., „*Die Entwicklung des jugendlichen Umgangs mit Suchtmitteln in Hamburg 2004 bis 2009.*“ Hamburg, 2009.
- Baumgärtner, T., „*Epidemiologie des Drogengebrauchs bei Jugendlichen und Heranwachsenden in Hamburg 2005.*“ Hamburg: BfS-Berichte EVA 24, 2005.
- Berger, N.R., „*Long-term Evaluation of the Smoking Prevention Program for Adolescents „Nichtrauchen ist cool“.*“ Unpublished Master Thesis. Faculty of Psychology & Neuroscience. Maastricht University, NL, 2012.
- Behörde für Bildung und Sport, Freie und Hansestadt Hamburg, (Hrsg.). „*Rahmenplan Naturwissenschaften/Technik, Bildungsplan achtstufiges Gymnasium Sekundarstufe I.*“ 2004. URL: <http://www.hamburg.de/bildungsplaene/> (Zugriff am 23.05.2011).
- . „*Rahmenplan Naturwissenschaften/Technik, Bildungsplan integrierte Gesamtschule Jahrgangsstufen fünf und sechs.*“ 2003. URL: <http://www.hamburg.de/bildungsplaene/> (Zugriff am 23.05.2011).
-

-
- . „*Rahmenpläne Naturwissenschaften/Technik, Bildungsplan Hauptschule und Realschule Sekundarstufe I.*“ 2003. URL: <http://www.hamburg.de/bildungsplaene/> (Zugriff am 23.05.2011).
- Bidstrup, P.E., Frederiksen, K., Siersma, V., Mortensen, E., Ross, L., Vinther-Larsen, M., Gronbaek, M., Johansen, C., „*Social-Cognitive and School Factors in Initiation of Smoking among Adolescents: A Prospective Cohort Study.*“ *Cancer Epidem Biomar Prev* 18, 2009: 384-394.
- Brehm, S.S., Kassin, S.M., Fein, S.,. *Social Psychology* . Hughton Mifflin, 1999.
- Brosius, F.,. *SPSS-Programmierung. Effizientes Datenmanagement und Automatisierung mit SPSS-Syntax (2. Auflage)*. Bonn: mitp-Verlag, 2008.
- Bühl, A.,. *SPSS 18. Einführung in die moderne Datenanalyse*. München: Pearson Studium Verlag, 2010.
- Bundesministerium für Justiz. URL: bunderecht.juris.de/lmg_1974/gesamt.pdf (Zugriff am 24.03.2011).
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (bvpg). *Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V., BVPG*. URL: <http://www.bvpraevention.de/cms/index.asp?bvpg> (Zugriff am 23.03.2011).
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (bvpg), *Stellungnahme vom 29.09.2008*, URL: <http://www.bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=bvpg&snr=7068>, (Zugriff am 09.04.2013).
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, (BZgA). *Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs*. Köln: Eigenverlag, 2006.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, (BZgA). *Förderung des Nichtrauchens bei Jugendlichen 2007. Kurzbericht*. Köln: Eigenverlag, 2007.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, (BZgA). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*. Köln: Eigenverlag, 2009.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, (BZgA). *Der Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2010. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends*. Köln: Eigenverlag, 2011.
-

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. *rauchfrei!* URL: <http://www.rauchfrei-info.de/index.php?id=8> (Zugriff am 23.03.2011).
- Chaiton, M.O., Cohen, J.e., O'Loughlin, J., Rehm, J., „*A Systematic review of longitudinal studies and the association between depression and smoking in adolescents.*“ *BMC Public Health* 9, 2009.
- Chang, F.C., Lee, C.M., Lai, H.R., Chiang, J.T., Lee, P.H., Chen. W.J., „*Social influences and self-efficacy as predictors of youth smoking initiation and cessation: a 3-year longitudinal study of vocational high school students in Taiwan.*“ *Soc Stud Add MC* 2006: 1645-1655.
- Chassin, L., Presson, C.C., Rose, J.S., Sherman, S.J., „*The natural history of cigarette smoking from adolescence to adulthood: demographic predictors of continuity and change.*“ *Health Psychol* 11, 1996: 478-484.
- Currie, C., Elton, R.A., Todd, J., Platt, S., „*Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children Survey.*“ *Health Educ Res*, 1997: 385-397.
- de Vries, H., Candel, M., Engels, R., Mercken, L., „*Challenges to the peer influence paradigm: results for 12-13 year olds from six European countries from the Eurpoean Smoking Prevention Framework Approach study.*“ *Tob Controll* 15, 2006: 83-89.
- Deutsche Gesellschaft für Nikotinprävention e.V., „*Fiese Falle*“, URL: www.fiese-falle.de. (Zugriff am 27.03.2011).
- Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V., (DHS). *Tabakabhängigkeit behandeln! Memorandum der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V.* Hamm: Eigenverlag, 2008.
- Deutsche Krebshilfe e.V. „*Stark für das Leben. gemeinsam gegen Krebs.*“ URL: <http://www.krebshilfe.de/> (Zugriff am 26.03.2011).
- Deutsches Krebsforschungszentrum. URL: http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Voelkerrecht_FCTC.html. (Zugriff am 24.02.2011).
- Deutsches Krebsforschungszentrum, (dkfz) (Hrsg.). *Ein Bild sagt mehr als tausend Worte: Kombinierte Warnhinweise aus Bild und Text auf Tabakprodukten.* Heidelberg: Eigenverlag, 2009.
-

Deutsches Krebsforschungszentrum, (dkfz) (Hrsg.). *Gesundheit fördern - Tabakkonsum verringern: Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland*. Heidelberg: Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Sonderband I. Eigenverlag, 2002.

Deutsches Krebsforschungszentrum, (dkfz) (Hrsg.). *Zigarettenwerbung in Deutschland – Marketing für ein gesundheitsgefährdendes Produkt*. Heidelberg: Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Eigenverlag, 2012.

DiFranza, J.R., Rigottie, N.A., McNeill, A.D., Ockene, J.K., Savageau, J.A., Cyr, D.S., Coleman, M., *Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents*. *Tob Control* 9, 2000: 313-319.

Drogenbeauftragte der Bundesregierung. *Drogen- und Suchtbericht*. Berlin: Eigenverlag, 2009.

Etzel, M., Mons, U., Schmitt, S., Lang, P., Pötschke-Langer, M., „*Raucherentwöhnung in Deutschland 2007*.“ Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 12, (Online publiziert: 17. Dezember 2008) DOI 10.1007/s00103-008-0719-y, Springer Medizin Verlag, 2008: 1453-1461.

Fidler, J.A., Wardle, J., Brodersen, N.H., Jarvis, M.J., West, R., „*Vulnerability to smoking after trying a single cigarette can lie dormant for three years or more*.“ *Tob Control* 15, 2006: 205-209.

Fife-Shaw, C., Sheeran, P., Norman, P., „*Simulating behaviour change interventions based on the theory of planned behaviour: Impacts on intention and action*.“ *Br J Soc Psychol* 46, 2007: 43-68.

Gechová, A.M., Stewart, R., v.Dijk, J.P., Orosová, O., Groothoff, J.W., Post, D., „*Influence of Socio-Economic Status, Parents and Peers on Smoking Behaviour of Adolescents*.“ *Eur Addict Res* 11, 2005: 204-209.

Gervais, A., O’Loughlin, J., Meshefedjian, G., Bancey, C., Tremblay, M., „*Milestones in the natural course of onset of cigarette use among adolescents*.“ *CMAJ* 175 (3), 2006: 255-262.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V., „*gesundheitsziele.de*“, URL: www.gesundheitsziele.de (Zugriff am 27.03.2011).

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. *Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein*. Berlin: Eigenverlag, 2007.

-
- Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2009"*. Berlin: Eigenverlag, 2009.
- Go. M.H., Green, H.D., Kennedy, D.P., Pollard, M., Tucker, J.S., „*Peer influence and selection effects on adolescent smoking.*“ Drug Alcohol Depen, 2010.
- Goodman, R., „*The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note.*“ J Child Psychol Psychiatry 38, 1997: 581-586.
- Hampel, J., „*Einflussfaktoren auf die Einstellung zum Nikotinkonsum und das Rauchverhalten 11- bis 13-jähriger Schülerinnen und Schüler im Verlauf von 3-4 Monaten: Ergebnisse der ersten beiden Untersuchungszeitpunkte der Hamburger Schülerbefragung zu "Nichtrauchen ist cool!"*“ Diplom-Arbeit, Hamburg: Universität Hamburg, Fachbereich Psychologie, 2010.
- Hanewinkel, R., „*"Be Smart- Don't Start". Ergebnisse des Nichtraucherwettbewerbs in Deutschland 1997-2007.*“ Gesundheitswesen 69, 2007: 38-44.
- Hanewinkel, R., B. Isensee, Morgenstern, M., „*Maßnahmen zur Tabakprävention.*“ Pneumologie 9, 2012: 191–196, (Online publiziert: 15. April 2012) DOI 10.1007/s10405-011-0557-8.
- Hanewinkel, R., Blohmke, S., Sargent, J.D., „*Rauchen in Filmen und Etablierung des Rauchens im Jugendalter.*“ Gesundheitswesen 74, 2012: 476–484.
- Hanewinkel, R., Sargent, J.D., „*Exposure to Smoking in popular Contemporary Movies and Youth Smoking in Germany.*“ Am J Prev Med, 2007: 466-474.
- Hanewinkel, R., Wiborg, G., Sargent, J.D., *Verbreitung des Rauchens im deutschen Fernsehen und in deutschen Kinofilmen.* Kiel: Eigenverlag, 2006.
- HBSC-Team Deutschland. *Studie Health Behaviour in School-aged Children - Faktenblatt "Schulische Belastung von Kindern und Jugendlichen"*. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion, 2011.
- Hübenthal, M., „*Kinderarmut in Deutschland, Empirische Befunde, kinderpolitische Akteure und gesellschaftspolitische Handlungsstrategien, Expertise im Auftrag des Deutschen Jugendinstituts.*“ In: Deutsches Jugendinstitut, (Hrgs.), 2009. URL: http://www.dji.de/bibs/21_expertise_huebenthal_kinderarmut_2009.pdf (Zugriff am 23.05.2011).
-

-
- Hurrelmann, K., „*Psycho- und somatosomatische Gesundheitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen.*“ Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 11, 2002: 866-872.
- Huver, R.M.E., Engels, R.C.M.E., de Vries, H., „*Are anti-smoking parenting practices related to adolescent smoking cognitions and behavior?*“ Health Educ Res 21(1), 2006: 66-77.
- Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung, IFT-NORD, „*Be smart don't start Der Wettbewerb für rauchfreie Schulklassen.*“ URL: www.besmart.info. (Zugriff am 27.03.2011).
- Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung, IFT-NORD, „*just be smokefree*“, URL: www.justbesmokefree.de. (Zugriff am 27.03.2011).
- Isensee, B., Hanewinkel, R., „*Meta-Analyses on the Effects of the Smoke-Free Class Competition on the Smoking Prevention on Adolescents.*“ Eur Addict Res 18, 2012: 110-115.
- Johnsten, M., „*Young smokers - prevalence, trends, implications, and related demographic trends.*“ URL: <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/ftu74e00/pdf>. 1981. (Zugriff am 02.02.2013).
- Jordan, S., Sack, P.M., „*Schutz- und Risikofaktoren.*“ In: Handbuch der Suchstörungen im Kindes- und Jugendalter. Thomasius, R., Schulte-Markwort, M., Küstner, U.J., Riedesser, P., (Hrsgs.) Stuttgart: Schattauer, 2009: 127-138.
- Kandel, D.B., Hu, M., Griesler, P.C., Schaffran, C., „*On the development of nicotine dependence in adolescence.*“ Drug Alcohol Depen, 2007: 26-39.
- Kentala, J., Utriainen, P., Pahkala, K., Mattila, K., „*Verification of adolescent self-reported smoking.*“ Addict Behav 29, 2004: 405-411.
- Kraus, L., Heppekausen, K., Barrera, A., Orth, B., „*Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen.*“ Institut für Therapieforschung (IFT), München: IFT-Berichte Band 141, 2004.
- Kraus, L., Pabst, A., Steiner, S., „*Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2007 (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg, Vorpommern, Saarland und Thüringen.*“ Institut für Therapieforschung (IFT), München: IFT-Bericht Band 165, 2008.
-

-
- Kröger, C., Mons, U., Klärs, G., Orth, B., Maschewsky-Schneider, U., Lampert, T., „*Evaluation des Gesundheitsziels "Tabakkonsum reduzieren"*. Bundesgesundheitsbl-Geundheitsforsch-Gesundheitsschutz 2(3), 2010: 91-102.
- Küstner, U.J., Sack, P.M., Stolle, M., Thomasius, R., „*Familientherapeutische Frühintervention.*“ In: Handbuch der Suchstörungen im Kindes- und Jugendalter. Thomasius, R., Schulte-Markwort, M., Küstner, U.J., Riedesser, P., (Hrgs.) Stuttgart: Schattauer, 2009: 292-301.
- Kyrlesi, A., Soteriades, E.S., Warren, C.W., Kremastinou, J., Papastergiou, P., Jones, N., Hadjichristodoulou, C., „*Tabacco use among students aged 13-15 years old in Greece: the GYTS project.*“ 2007.
- Lampert, T., Thamm, M., „*Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS).*“ Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 50, 2007: 600-608.
- Laucht, M., Schmid, B., „*Früher Einstieg in den Alkohol- und Tabakkonsum – Indikator für eine erhöhte Suchtgefährdung?*“ Z Kinder Jug- Psych, 35 (2), 2007: 137–143.
- Lerman, C., Audrain, J., Orleans, C.T., Boyd, R., Gold, K., Main, D., Caporaso, N., „*Investigation of mechanisms linking depresses mood to nicotine dependence.*“ Addict Behav 21(1), 1996: 9-19.
- Licht, A.S., Hyland, A.J., O’Connoer, R.O., Chaloupka, F.J., Borland, R., Fong, G.T., Nargsi, N., Cummings, K.M., „*Socio-Economic Variation on Price Minimizing Behaviours: Findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey.*“ Int J Environ Res, 2011: 234-252.
- Licht, A.S., Hyland, A.J., O’Connor, R.O., Chaloupka, F.J., Borland, R., Fong, G.T., Nargis, N., Cummings, K.M., „*Socio-Economic Variation in Price Minimizing Behaviors: Findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey.*“ Int J Environ Res, 2011: 234-252.
- Lindinger, P., „*Therapieangebote für junge Raucherinnen und Raucher: Herausforderungen und Erfolge.*“ 2005.
- Locher, B., „*Bedeutung suchtpreventiver Maßnahmen im Kontext der Inzidenz und Prävalenz von Alkohol und Nikotin 13- bis 16-jähriger Jugendlicher in Sportvereinen.*“ Sucht 47(1), 2001: 33-48.
- Maziak, W., „*The global epidemic of waterpipe smoking.*“ Addict Behav 36, 2011: 1-5.
-

-
- Milton, B., Woods, S.E., Dugdill, L., Porellato, L., Springett, R.J., „*Starting young? Children's Experiences of trying smoking during pre-adolescence.*“ *Health Educ Res* 23(2), 2008: 298-309.
- Mons, U., Amhof, R., Pötschke-Langer, M., „*Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung.*“ In: *Gesundheitsmonitor 2008*. J., Braun. B., Amhof, R., Böcken, (Hrsg.) S. 181-209. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2008.
- Morgenstern, M., Wiborg, G., Hanewinkel, R., „*Rauchen im Jugendalter: Geschlechtsunterschiede, Rolle des sozialen Umfelds, Zusammenhänge mit anderen Risikoverhaltensweisen und Motivation zum Rauchstopp. Ergebnisse einer Schülerbefragung.*“ Kiel: Eigenverlag, 2007.
- Neubauer, S., Welte, R., Beiche, A., „*Mortality, morbidity and costs attributable to smoking in Germany, update and a 10-year comparison.*“ *Tob Control* 15, 2006: 464-471.
- O'Loughlin, J., Karp, I., Koulis, T., Paradis, G., DiFranza, J., „*Determinants of First Puff and Daily Cigarette Smoking in Adolescents.*“ *Am J Epidemiol* 170/5, 2009: 585-597.
- Orth, B., Töppich, J., „*Veränderung von Wissen, Einstellungen und Rauchverhalten bei Jugendlichen in Deutschland.*“ *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz* 2(3), 2010: 133-143.
- Paavola, M., Vartiainen, E., Puska, P., „*Smoking cessation between teenage years and adulthood.*“ *Health Educ Res* 16(1), 2001: 49-57.
- Pötschke-Langer, M., Mons, U., Schaller, K., Stein, S., Kahnert, S., Schneider, N., Nair, U., Schunk, S., Mersmann, H., „*Tabakatlas Deutschland 2009.*“ Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum, 2009.
- Radtko, T., Keller, R., Krebs, H., Hornung, R., „*Tabakmonitoring: Tabakkonsum Jugendlicher 2001-2007/8.*“ Bern: Eigenverlag, 2008.
- Reed, M.B., Wang, R., Shillington, A.M., Clapp, J.D., Lange, J.E., „*The relationship between alcohol use and cigarette smoking in a sample of undergraduate college students.*“ *Addict Behav* 32, 2007: 449-464.
- Sack, P.M., Hampel, J., Bröning, S., Petersen, K.U., Andritzky, B., Laack, E., Thomasius, R., „*Was limitiert schulische Tabakprävention? Ergebnisse aus „Nichtrauchen ist cool!“ für 5. und 6. Klassen.*“ *Prävention und Gesundheitsförderung*. (Online 26 April 2013). DOI 10.1007/s11553-013-0388-z. 2013
-

-
- Schäfer, S. „Immer öfter eine gute Wahl: Lizenzfreie Testverfahren“. *Psychotherapie Aktuell* 3, 2010: 12-16.
- Schlömer, H. „Programme und Projekte schulischer Suchprävention.“ In: *Handbuch der Suchstörungen im Kindes- und Jugendalter*. Thomasius, R., Schulte-Markwort, M., Küstner, U.J., Riedesser, P., (Hrsg.) Stuttgart: Schattauer, 2009: 366-374.
- Schumacher, M., Schulgen, G., *Methodik klinischer Studien(3.Auflage)* Berlin: Springer, 2008.
- Schwarzer, R., Jerusalem, M., „Skalen zu Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen: Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen“. Berlin: Freie Universität Berlin, 2001.
- Shubhadeep, D., Gosh, M., Sarkar, M., Joardar, S., Chatterjee, R., Chatterjee, S., „Adolescents Speak: Why do we smoke?“ *J Trop Pediatr*, 2011.
- Stamm-Balderjahn, S., Groneberg, D.A., Kusma, B., Jagota, A., Schönfeld, N., „Smoking prevention in school students - positive effects of a hospital-based intervention..“ *Dtsch Arztebl Int* 109(44), 2012: 746–752.
- Statistisches Bundesamt, (Hrsg.). „Datenreport 2008, Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland.“2008.
URL:<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publicationen/Querschnittsveroeffentlichungen/Datenreport/Downloads/Datenreport2008,property=file.pdf> (Zugriff am 23.05.2011).
- Steinhausen, H.C., *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. München: Elsevier GmbH, 2006.
- Sucht Hamburg. 2010. URL: <http://www.sucht-hamburg.de/projekte/schulbus> (Zugriff am 26.03.2011).
- Suchtpräventionsstelle Züricher Oberland, (Hrsg.). „Welche Suchtprävention wirkt?“ 2005. URL: <http://www.sucht-praevention.ch/p84000232.html> (Zugriff am 24.05.2011).
- Thoraxklinik-Heidelberg „ohnekippe“, URL: www.ohnekippe.de. (Zugriff am 27.03.2011).
- Tabaksteuergesetz (TabStG) URL: http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/tabstg_2009/gesamt.pdf (Zugriff am 26.04.2013).
-

- UKE - II. Medizinische Klinik und Poliklinik, „*Nichtrauchen ist cool*“, URL: www.nicht-rauchen-ist-cool.de. (Zugriff am 27.03.2011).
- Van den Eijnden, R.J.J.M., Spijkerman, R., Engels, R.C.M.E., „*Relative contributions of smoker prototypes in predicting smoking among adolescents: A comparison with factors from the theory of planned behaviour*.“ Eur Addict Res 12, 2006: 113-120.
- Wang, M-P., Ho, S-Y., Lo, W-S., Lam, T-H., „*Smoking family, secondhand smoke exposure at home, and nicotine addiction among adolescent smokers*.“ Addict Behav 37, 2012: 743–746.
- Wernz, F.D., Batra, A., „*Tabak*.“ In: Handbuch der Suchstörungen im Kindes- und Jugendalter. Thomasius, R., Schulte-Markwort, M., Küstner, U.J., Riedesser, P., (Hrsg.) Stuttgart: Schattauer, 2009: 463-469.
- World Health Organization (WHO). „*WHO Framework Convention on Tobacco Control*“. Genf: Eigenverlag, 2003.
- World Health Organization (WHO). „*Waterpipe Tobacco Smoking: Health Effects, Research Needs and Recommended Actions by Regulators*.“ WHO Study Group on Tobacco Product Regulation (TobReg). Genf: Eigenverlag, 2005.
- Youthinmind Ltd „*Youth in mind*“. www.sdqinfo.org (Zugriff am 17.03.2011).
- Zenker, C. „*Gendertypische Aspekte*.“ In: Handbuch der Suchstörungen im Kindes- und Jugendalter. Thomasius, R., Schulte-Markwort, M., Küstner, U.J., Riedesser, P., (Hrsg.) Stuttgart: Schattauer, 2009: 55-68.

11.ANHANG

11.1. Fragebogen

FRAGEBOGEN FÜR SCHÜLERINNEN & SCHÜLER

**Liebe Schülerin,
lieber Schüler,**

dieser Fragebogen ist Teil einer Studie, die Hamburger Schülerinnen und Schüler zu ihren Einstellungen zum Rauchen und zu ihrer Lebenszufriedenheit befragt. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig, und eine Nichtteilnahme bleibt folgenlos. Die Zustimmung zur Teilnahme kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Dies ist ein anonymer Fragebogen. Mit Deinen Antworten können wir weder Deinen Namen noch Deine Klasse herausfinden. Schreibe daher Deinen Namen und Deine Klasse bitte nicht auf den Fragebogen. Du erhältst stattdessen ein persönliches Geheimwort. Dieses Geheimwort brauchst Du Dir jedoch nicht zu merken, wie Du gleich sehen wirst.

Zunächst schreibe bitte in die beiden schwarzen Kästchen die letzten beiden Buchstaben Deines Nachnamens (Anna Müller würde schreiben: ER).

Jetzt erinnere Dich bitte an Deinen Geburtstag, schreibe aber in die folgenden beiden schwarzen Kästchen nur den Tag und nicht den Monat (Anna Müller hat am 8. Mai Geburtstag und schreibt: 08).

Zuletzt nimmst Du einfach die letzten beiden Buchstaben Deines Vornamens (Anna Müller schreibt: NA):

Bitte beantworte jede Frage so gut Du kannst. Dies ist kein Test, es gibt daher keine richtigen oder falschen Antworten. Solltest Du keine genau passende Antwort finden, wähle die Antwortmöglichkeit, die ihr am nächsten kommt.

Vielen Dank für Deine Teilnahme!

LENiC Hamburger Schülerbefragung zu „Nichtrauchen ist cool“ **DZSKJ**

Im Folgenden geht es vor allem um Tabak (z.B. Zigaretten) und Alkohol. Bitte fülle diesen Fragebogenteil auch aus, wenn Du nichts von dem Genannten jemals probiert hast. Es ist für uns wichtig, Deine Meinung darüber zu erfahren!

9. Hast Du schon mal eine Zigarette geraucht?

nein ja

Wenn ja, wie alt warst Du da? Ich war... Jahre alt.

(Wenn Du mehr als eine Zigarette geraucht hast, ist hier die erste gemeint)

10. Hast Du schon mal eine Wasserpfeife (Shisha) mit anderen oder allein geraucht?

nein ja

Wenn ja, wie alt warst Du da? Ich war... Jahre alt.

(Wenn Du mehr als eine Wasserpfeife geraucht hast, ist hier die erste gemeint)

11. Hast Du schon mal ein alkoholisches Getränk (Bier, Wein etc.) getrunken?

nein ja

Wenn ja, wie alt warst Du da? Ich war... Jahre alt.

(Wenn Du mehr als einmal ein alkoholisches Getränk getrunken hast, ist hier das erste gemeint)

Achtung: Die nächsten beiden Fragen kannst Du nur beantworten, wenn Du schon mal Zigaretten geraucht hast. Wenn Du nicht geraucht hast, kannst Du auf der nächsten Seite mit Frage 14 weitermachen.

12. Wie viel Zigaretten hast Du in Deinem Leben bisher geraucht? Bitte schätze die Anzahl und trage sie ein! (z.B. eine „0“ für „keine Zigarette“)

Ich habe etwa Zigaretten im Leben geraucht

13. Wie viel Zigaretten hast Du letzten Monat geraucht? Bitte schätze die Anzahl und trage sie ein! (z.B. eine „0“ für „keine Zigarette“)

Ich habe etwa Zigaretten letzten Monat geraucht

LENiC	Hamburger Schülerbefragung zu „Nichtrauchen ist cool“	DZSKJ
--------------	---	--------------

14. Welches Risiko für körperliche Schäden oder Schäden anderer Art gehen Deiner Meinung nach Leute ein, wenn sie...

(Kreuze bitte in jeder Zeile nur ein Kästchen an)

	kein Risiko	leichtes Risiko	mäßiges Risiko	großes Risiko	weiß nicht
gelegentlich Zigaretten rauchen	<input type="checkbox"/>				
1 oder mehr Packungen Zigaretten pro Tag rauchen	<input type="checkbox"/>				
gelegentlich Shisha (Wasserpfeife) rauchen	<input type="checkbox"/>				
täglich Shisha (Wasserpfeife) rauchen	<input type="checkbox"/>				
gelegentlich ein alkoholisches Getränk trinken	<input type="checkbox"/>				
gelegentlich so viel trinken, dass sie betrunken sind	<input type="checkbox"/>				
täglich große Mengen Alkohol trinken	<input type="checkbox"/>				

15. Im Folgenden findest Du einige Einstellungen zum Rauchen. Kreuze bitte an, wie sehr Du ihnen zustimmen würdest (von „trifft nicht zu“ bis „trifft genau zu“)!

a. Die meisten Menschen, die mir wichtig sind, lehnen das Rauchen ab.

trifft nicht zu trifft kaum zu trifft eher zu trifft genau zu

b. Die Mehrheit der Hamburger findet es ganz ok., wenn Kinder und Jugendliche in der Öffentlichkeit rauchen

trifft nicht zu trifft kaum zu trifft eher zu trifft genau zu

c. Raucher werden in der Zukunft eine Minderheit sein, die keiner mag.

trifft nicht zu trifft kaum zu trifft eher zu trifft genau zu

d. Ob ich in der Zukunft rauchen werde, bestimme ich selbst.

trifft nicht zu trifft kaum zu trifft eher zu trifft genau zu

e. Ich traue mir zu, Zigaretten abzulehnen, auch wenn meine Freunde mich deswegen auslachen oder ausschließen.

trifft nicht zu trifft kaum zu trifft eher zu trifft genau zu

LENiC	Hamburger Schülerbefragung zu „Nichtrauchen ist cool“	DZSKJ
--------------	---	--------------

f. Ich werde in den nächsten drei Monaten mindestens eine Zigarette rauchen.

trifft nicht zu trifft kaum zu trifft eher zu trifft genau zu

16. Darf bei Dir zuhause drinnen geraucht werden (z.B. Deine Eltern, Gäste)?

ja nein

17. Rauchen Deine Eltern?

nein nur meine Mutter nur mein Vater beide

18. Wird bei Euch beim Autofahren geraucht?

ja nein

19. Wie oft wird bei Dir zuhause drinnen geraucht?

nie eher selten eher häufig häufig

20. Wie viele Deiner Freunde/Freundinnen rauchen?

keine(r) wenige viele alle/ fast alle

21. Kannst Du Dich an Szenen aus Fernseh- oder Kinofilmen erinnern, wo Menschen rauchen?

an keine an wenige an ziemlich viele an viele

22. Wie angenehm oder unangenehm findest Du es, wenn in Deiner unmittelbaren Umgebung geraucht wird?

unangenehm Eher unangenehm neutral Eher angenehm angenehm

23. Wurde im Unterricht das Thema „Rauchen“ schon mal besprochen?

ja, einmal mehrfach bisher nicht

LENiC Hamburger Schülerbefragung zu „Nichtrauchen ist cool“ **DZSKJ**

24. Hast Du schon mal an dem Wettbewerb „Be smart don't start“ oder anderen schulischen Projekten zur Nichtraucherförderung teilgenommen?

nein ja

welche? _____

Im Folgenden möchten wir etwas über Deine Einstellung zum Rauchen erfahren. Dazu haben wir unten Eigenschaften mit ihren Gegenteilen aufgelistet (z.B. gut/schlecht). Wenn Du denkst, Rauchen ist z.B. eindeutig gut oder schlecht, dann wähle links die 1 für gut oder rechts die 7 für schlecht. Wenn Du denkst, das ist eher etwas dazwischen und nicht so eindeutig, dann kreuze dazwischen (2-6) an. Bitte kreuze für jede Eigenschaft an, wo Du das Rauchen am ehesten siehst! Es geht nur um Deine persönliche Meinung und nicht darum, was andere (z.B. Lehrer, Eltern) denken würden.

25.

Rauchen finde ich...

gut 1 2 3 4 5 6 7 schlechtaufregend 1 2 3 4 5 6 7 beruhigendkrank 1 2 3 4 5 6 7 gesundlangweilig 1 2 3 4 5 6 7 interessantgesellig 1 2 3 4 5 6 7 einsamschwach 1 2 3 4 5 6 7 starkunabhängig 1 2 3 4 5 6 7 abhängigunangenehm 1 2 3 4 5 6 7 angenehmharmlos 1 2 3 4 5 6 7 gefährlich

LENiC Hamburger Schülerbefragung zu „Nichtrauchen ist cool“ **DZSKJ**

26.

Hier geht es um Deine persönlichen Einschätzungen und Gefühle. Bitte kreuze das Kästchen an, das am ehesten zutrifft!

1. Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.

trifft nicht zu trifft kaum zu trifft eher zu trifft genau zu

2. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.

trifft nicht zu trifft kaum zu trifft eher zu trifft genau zu

3. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.

trifft nicht zu trifft kaum zu trifft eher zu trifft genau zu

4. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.

trifft nicht zu trifft kaum zu trifft eher zu trifft genau zu

5. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen werde.

trifft nicht zu trifft kaum zu trifft eher zu trifft genau zu

6. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.

trifft nicht zu trifft kaum zu trifft eher zu trifft genau zu

7. Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.

trifft nicht zu trifft kaum zu trifft eher zu trifft genau zu

8. Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.

trifft nicht zu trifft kaum zu trifft eher zu trifft genau zu

9. Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.

trifft nicht zu trifft kaum zu trifft eher zu trifft genau zu

LENiC	Hamburger Schülerbefragung zu „Nichtrauchen ist cool“	DZSKJ
--------------	--	--------------

10. Wenn ein Problem auf mich zukommt, habe ich meist mehrere Ideen, wie ich es lösen kann.

trifft nicht zu trifft kaum zu trifft eher zu trifft genau zu

27.

Wie zufrieden bist Du im Augenblick mit den folgenden Bereichen Deines Lebens?

1. mit Deiner Schule.

sehr unzufrieden	1	2	3	4	5	sehr zufrieden
	☹		☹		☹	

2. mit Deiner Freizeit.

sehr unzufrieden	1	2	3	4	5	sehr zufrieden
	☹		☹		☹	

3. mit Deiner Familie.

sehr unzufrieden	1	2	3	4	5	sehr zufrieden
	☹		☹		☹	

4. mit Deinen Freunden.

sehr unzufrieden	1	2	3	4	5	sehr zufrieden
	☹		☹		☹	

5. mit Dir selbst.

sehr unzufrieden	1	2	3	4	5	sehr zufrieden
	☹		☹		☹	

6. mit Deinem Leben insgesamt.

sehr unzufrieden	1	2	3	4	5	sehr zufrieden
	☹		☹		☹	

28.

Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-Deu)

Bitte markiere zu jedem Punkt "nicht zutreffend", "teilweise zutreffend" oder "eindeutig zutreffend". Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, selbst wenn Du Dir nicht ganz sicher bist oder Dir eine Frage merkwürdig vorkommt. Überlege bitte bei der Antwort, wie es Dir im letzten halben Jahr ging.

	nicht zutreffend	teilweise zutreffend	eindeutig zutreffend
Ich versuche, nett zu anderen Menschen zu sein, ihre Gefühle sind mir wichtig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin oft unruhig; ich kann nicht lange stillsitzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe häufig Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen; mir wird oft schlecht.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich teile normalerweise mit Anderen (z. B. Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde leicht wütend; ich verliere oft meine Beherrschung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin meistens für mich alleine; ich beschäftige mich lieber mit mir selbst.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalerweise tue ich, was man mir sagt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache mir häufig Sorgen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder traurig sind.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin dauernd in Bewegung und zappelig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen oder mehrere gute Freunde oder Freundinnen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schlage mich häufig; Ich kann Andere zwingen zu tun, was ich will.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin oft unglücklich oder niedergeschlagen; ich muss häufig weinen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Allgemeinen bin ich bei Gleichaltrigen beliebt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lasse mich leicht ablenken; ich finde es schwer, mich zu konzentrieren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neue Situationen machen mich nervös; ich verliere leicht das Selbstvertrauen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin nett zu jüngeren Kindern.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere behaupten oft, dass ich lüge oder mogele.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde von anderen gehänselt oder schikaniert.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich helfe anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder Gleichaltrigen).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke nach, bevor ich handele.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme Dinge, die mir nicht gehören (von zu Hause, in der Schule oder anderswo).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich komme besser mit Erwachsenen aus als mit Gleichaltrigen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe viele Ängste; ich fürchte mich leicht.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was ich angefangen habe, mache ich zu Ende; ich kann mich lange genug konzentrieren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29 Was denkst Du, wenn Du andere Kinder/ Jugendliche rauchen siehst?

LENiC Hamburger Schülerbefragung zu „Nichtrauchen ist cool“ DZSKJ

30 Weißt Du, zu welchen Krankheiten das Rauchen führen kann? Nenne bitte Beispiele!



Im Namen des ganzen Teams vielen herzlichen Dank für Deine Mühe !!!





KIDSCREEN-10 Index
Gesundheitsfragebogen für Kinder und Jugendliche

Kinder- und Jugendlichenversion
8 bis 18 Jahre
für Deutschland

Datum _____
 Monat Jahr

Hallo!

Wie geht es dir? Wie fühlst du dich? Das möchten wir von dir wissen.

Bitte lies dir jede Frage genau durch. Was kommt dir als Antwort zuerst in den Sinn? Wähle den Kreis aus, der am besten zu deiner Antwort passt, und kreuze ihn an.

Übrigens: Das ist keine Prüfung! Du kannst also nichts falsch machen. Wichtig ist aber, dass du möglichst alle Fragen beantwortest und dass deine Kreuze deutlich zu sehen sind. Bitte denke dabei an die letzte Woche, also an die letzten sieben Tage.

Du musst deinen Fragebogen niemandem zeigen. Und niemand, der dich kennt, schaut deinen Fragebogen nachher an.

Zu deiner Gesundheit

Wenn du an die letzte Woche denkst...

1.	Hast du dich fit und wohl gefühlt?	überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
		<input type="radio"/>				
2.	Bist du voller Energie gewesen?	nie	selten	manchmal	oft	immer
		<input type="radio"/>				
3.	Hast du dich traurig gefühlt?	nie	selten	manchmal	oft	immer
		<input type="radio"/>				
4.	Hast du dich einsam gefühlt?	nie	selten	manchmal	oft	immer
		<input type="radio"/>				
5.	Hast du genug Zeit für dich selbst gehabt?	nie	selten	manchmal	oft	immer
		<input type="radio"/>				
6.	Konntest du in deiner Freizeit die Dinge machen, die du tun wolltest?	nie	selten	manchmal	oft	immer
		<input type="radio"/>				
7.	Haben deine Mutter / dein Vater dich gerecht behandelt?	nie	selten	manchmal	oft	immer
		<input type="radio"/>				
8.	Hast du mit deinen Freunden Spaß gehabt?	nie	selten	manchmal	oft	immer
		<input type="radio"/>				
9.	Bist du in der Schule gut zurechtgekommen?	überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
		<input type="radio"/>				
10.	Konntest du gut aufpassen?	nie	selten	manchmal	oft	immer
		<input type="radio"/>				

Wie würdest du deine Gesundheit im Allgemeinen beschreiben?

- ausgezeichnet
- sehr gut
- gut
- weniger gut
- schlecht

11.2. Feedbackbögen

11.2.1. Feedbackbogen zu t1

Die Organisatoren der Aufklärungsveranstaltung „Nichtrauchen ist cool“ möchten Dir ein paar Fragen stellen. Das Ziel ist, zu erfahren, was Du an der Veranstaltung gut und wichtig fandest. Es geht aber auch um das, was Du vielleicht nicht so gut fandest.

Bitte trage zunächst Dein Geheimwort hier ein:

(1)

Zuerst bitten wir Dich, ein paar Noten zwischen 1 (sehr gut) und 6 (ungenügend) zu verteilen, wie Du das aus der Schule kennst.

(1a)

Wie interessant fandest Du die Veranstaltung insgesamt?

Note

(1b)

Wie gut hat Dich die Ärztin / der Arzt von „Nichtrauchen ist cool“ zum Thema „Rauchen“ informiert?

Note

(2)

Bei „Nichtrauchen ist cool“ hast Du als Videoübertragung gesehen, wie eine Raucherlunge medizinisch untersucht wurde.

Fandest Du das informativ?

nein ein bisschen sehr

Fandest Du das unangenehm?

nein ein bisschen sehr

Fandest Du das beeindruckend?

nein ein bisschen sehr

Fandest Du das eklig?

nein ein bisschen sehr

Fandest Du das gruselig?

nein ein bisschen sehr

(3)

Bei „Nichtrauchen ist cool“ hast Du einen Menschen gesehen und gehört, der, nachdem er geraucht hat, an Krebs erkrankt ist.

Fandest Du das informativ?

nein ein bisschen sehr

Fandest Du das unangenehm?

nein ein bisschen sehr

Ist Dir das Schicksal des Patienten nahe gegangen?

nein ja

(4)

Ist die Veranstaltung im Unterricht vorbereitet worden?

nein ja

(5)

Würdest Du „Nichtrauchen ist cool“ anderen Schülerinnen und Schülern empfehlen?

Nein	eher nicht	weiß nicht	eher ja	Ja
<input type="checkbox"/>				

(6)

Wenn Du magst, schreibe bitte auf, was Dich an der Veranstaltung beeindruckt hat!

(7)

Wenn Dich etwas an der Veranstaltung gestört hat, bitte schreibe auch das auf!

11.2.2. Feedbackbogen zu t2

Die Organisatoren der Aufklärungsveranstaltung „Nichtrauchen ist cool“ möchten Dir ein paar Fragen stellen. Das Ziel ist, zu erfahren, was Du an der Veranstaltung gut und wichtig fandest. Es geht aber auch um das, was Du vielleicht nicht so gut fandest.

Bitte trage zunächst Dein Geheimwort hier ein:

(1)

Zuerst bitten wir Dich, ein paar Noten zwischen 1 (sehr gut) und 6 (ungenügend) zu verteilen, wie Du das aus der Schule kennst.

1.a Wie interessant fandest Du die Veranstaltung insgesamt?

Note

1.b Wie gut hat Dich die Ärztin / der Arzt von „Nichtrauchen ist cool“ zum Thema „Rauchen“ informiert?

Note

(2)

Bei „Nichtrauchen ist cool“ geht es ja um Rauchen und Krankheit, also um unangenehme Dinge.

Haben Dich diese Dinge hinterher noch beunruhigt?

nein ein bisschen viel sehr viel

Haben Dich diese Dinge auch am nächsten Tag noch beunruhigt?

nein ein bisschen viel sehr viel

Haben Dich diese Dinge auch am nächsten Tag noch beschäftigt?

nein ein bisschen viel sehr viel

Wenn dich die Dinge noch beschäftigt haben, was genau?

(3)

Ist die Veranstaltung im Unterricht nachbereitet worden? nein ja

(4)

Hast Du nach der „Nichtrauchen ist cool“-Veranstaltung Menschen auf die Gefährlichkeit des Rauchens angesprochen? (Kreuze bitte alles an, was zutrifft!)

nein meinen Vater meine Mutter andere Verwandte
Freunde Fremde

(5)

Würdest Du „Nichtrauchen ist cool“ anderen Schülerinnen und Schülern empfehlen?

Nein eher weiß eher Ja
 nicht nicht ja

(6)

Wenn Du magst, schreibe bitte auf, was Du aus der Veranstaltung besonders erinnerst!

DANKSAGUNG

Ich möchte mich bei meinem Doktorvater Prof. Dr. Rainer Thomasius für die Ermöglichung meiner Dissertation und der Bearbeitung dieses interessanten Themas bedanken.

Mein Dank gilt meinem Betreuer Dr. Kay-Uwe Petersen, der mich mit vielen Anregungen, wertvollen Hinweisen und guten Ratschlägen hervorragend betreut hat. Durch sein Engagement und seine Unterstützung hat er einen großen Beitrag zum Gelingen dieser Arbeit geleistet. Nach Dr. Petersens Wechsel an die Universität Tübingen nahm Dr. Peter-Michael Sack seine Stelle ein, bei ihm bedanke ich mich sehr herzlich für die Unterstützung bei den letzten Feinheiten der Fertigstellung dieser Arbeit.

Die Aufklärungsveranstaltung „Nichtrauchen ist cool!“ (NiC) sowie deren Evaluation wurde gefördert durch den Verein „Prävention der Nikotinsucht bei Kindern und Jugendlichen in Hamburg und Umgebung e.V.“ Sie wurde unterstützt durch die „Hamburger Krebsgesellschaft“ und die II. Medizinische Klinik und Poliklinik am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. NiC ist Teil des Präventionsprogramms des Universitären Cancer Center Hamburg (UCCH) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

„Zwei Dinge sollen Kinder von ihren Eltern bekommen: Wurzeln und Flügel.“

J.W. von Goethe

Meine Eltern haben mir Beides mit ihrer liebevollen und wunderbaren Art geschenkt.

LEBENS LAUF

Entfällt aus datenschutzrechtlichen Gründen.

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit mit dem Titel „Welche Einflussfaktoren begünstigen den Erstkonsum von Zigaretten bei Kindern im Alter von neun bis 14 Jahren?“ selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift