

Autorin und Autoren:

Johannes Zeiher, Benjamin Kuntz,
Cornelia Lange

Journal of Health Monitoring · 2017 2(2)

DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-030

Robert Koch-Institut, Berlin

Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland

Abstract

Rauchen ist ein bedeutendes Gesundheitsrisiko und die führende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit. In Deutschland wurden zahlreiche Maßnahmen (z. B. Steuererhöhungen, Nichtraucherchutz und Warnhinweise) auf den Weg gebracht, um den Tabakkonsum der Bevölkerung zu senken. Nach GEDA 2014/2015-EHIS rauchen 20,8% der Frauen und 27,0% der Männer ab 18 Jahren zumindest gelegentlich. Bei beiden Geschlechtern ist der Anteil der aktuell Rauchenden in den jüngeren Altersgruppen am höchsten. Das Rauchen ist in höheren Bildungsgruppen bei Frauen und Männern deutlich seltener verbreitet als in niedrigen Bildungsgruppen. Seit 2003 ist der Anteil der Raucherinnen und Raucher in der Erwachsenenbevölkerung gesunken. Trotz beachtlicher Fortschritte besteht in Deutschland hinsichtlich der Tabakpräventionspolitik – auch im europäischen Vergleich – in vielen Bereichen (z.B. Werbeverbote und Besteuerung) noch deutliches Verbesserungspotenzial.

◆ RAUCHEN · ERWACHSENE · BILDUNG · GESUNDHEITSMONITORING · DEUTSCHLAND

Einleitung

In den Industrienationen und auch in immer mehr Schwellenländern ist Rauchen das bedeutendste einzelne vermeidbare Gesundheitsrisiko und die führende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit. Weltweit sind pro Jahr rund fünf Millionen Todesfälle auf den Tabakkonsum zurückzuführen, knapp sechs Millionen sind es, wenn die durch Passivrauchbelastungen verursachten Sterbefälle hinzugezählt werden [1, 2]. Berechnungen für Deutschland ergeben für das Jahr 2013 rund 121.000 auf das Rauchen zurückzuführende Todesfälle, was einem Anteil von 13,5% an allen Todesfällen entspricht [3]. Zu den Krankheiten, deren Entstehung durch das Rauchen begünstigt wird, zählen u. a. Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebs-erkrankungen [4].

In Deutschland wurden in den letzten 20 Jahren zahlreiche Maßnahmen auf den Weg gebracht, um den Tabakkonsum der Bevölkerung zu senken. An erster Stelle zu nennen sind hierbei die deutlichen Tabaksteuererhöhungen in den Jahren 2002 bis 2005. Weitere wichtige Schritte waren der gesetzliche Schutz vor den gesundheitlichen Gefahren des Passivrauchs am Arbeitsplatz, das Abgabeverbot von Tabakprodukten an Personen unter 18 Jahren, die Einschränkung von Tabakwerbung und die Gesetzgebung des Bundes und der Länder zum Nichtraucherchutz [5]. Seit Mai 2016 sind zudem kombinierte Warnhinweise auf Zigarettenschachteln auch in Deutschland verpflichtend, die neben einem Schriftzug auch sogenannte „Schockbilder“ enthalten müssen und 65% der Packungsvorder- und rückseite einnehmen. Des Weiteren wird auch der Verkauf und

GEDA 2014/2015-EHIS

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Bereitstellung zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, mit Möglichkeit zum europäischen Vergleich

Erhebungsmethode: Schriftlich oder online ausgefüllter Fragebogen

Grundgesamtheit: Bevölkerung ab 18 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

Stichprobenziehung: Einwohnermeldeamtstichproben – zufällig ausgewählte Personen aus 301 Gemeinden in Deutschland wurden eingeladen

Teilnehmende: 24.016 Personen (13.144 Frauen und 10.872 Männer)

Response rate: 26,9%

Untersuchungszeitraum: November 2014 – Juli 2015

Datenschutz: Die Studie unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und wurde von der Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit in Deutschland genehmigt. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung (informed consent).

Mehr Informationen unter
www.geda-studie.de

Konsum von elektronischen Inhalationsprodukten in Deutschland gesetzlich reglementiert. Begleitet wurden diese Maßnahmen im Rahmen des nationalen Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“, das 2003 initiiert, 2009 evaluiert und schließlich 2015 aktualisiert wurde [6, 7]. Darüber hinaus wird im Rahmen der Nachhaltigkeitsstrategie für Deutschland ein Absenken der Raucherquote angestrebt [8]. Auf internationaler Ebene ist mit dem „Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs“ (FCTC) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 2005 erstmalig ein globales Gesundheitsabkommen in Kraft getreten, das mittlerweile von den meisten Staaten – darunter Deutschland – angenommen wurde [3, 9].

Indikator

Der Rauchstatus wird in der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ 2014/2015-EHIS (GEDA 2014/2015-EHIS) mit der Frage erhoben: „Rauchen Sie?“ (Antwortkategorien: „ja, täglich“, „ja, gelegentlich“, „nein, nicht mehr“, „habe noch nie geraucht“). Ausgehend von diesen Antwortkategorien wird im Folgenden zwischen aktuellen Rauchern (täglich oder gelegentlich), ehemaligen Rauchern und Nierauchern unterschieden. Der Rauchstatus wurde in früheren Gesundheitssurveys in ähnlicher Weise erhoben, so dass Aussagen über zeitliche Entwicklungen und Trends möglich sind [10, 11]. Die Ergebnisse werden nach Geschlecht, Alter und Bildung sowie für aktuelles Rauchen nach Geschlecht und Bundesland stratifiziert dargestellt.

Die Analysen basieren auf Daten von 23.960 teilnehmenden Personen ab 18 Jahren (13.108 Frauen, 10.852

Männer) mit gültigen Angaben zum Rauchstatus. Die Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2014) hinsichtlich Geschlecht, Alter, Kreistyp und Bildung korrigiert. Der Kreistyp spiegelt den Grad der Urbanisierung und entspricht der regionalen Verteilung in Deutschland. Die Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) wurde verwendet, um die Angaben der Teilnehmenden zur Bildung vergleichbar zu machen [12]. Eine ausführliche Darstellung der Methodik von GEDA 2014/2015-EHIS findet sich im Beitrag [Gesundheit in Deutschland aktuell – neue Daten für Deutschland und Europa](#) in Ausgabe 1/2017 des Journal of Health Monitoring.

Ergebnisse und Einordnung

Derzeit rauchen in der Erwachsenenbevölkerung Deutschlands 20,8% der Frauen und 27,0% der Männer zumindest gelegentlich. 52,6% der Frauen und 38,0% der Männer haben noch nie geraucht ([Tabelle 1](#) und [Tabelle 2](#)). Bei beiden Geschlechtern ist der Anteil der aktuell Rauchenden in den jüngeren Altersgruppen am höchsten. Bei den Männern sinkt die Raucherquote ab einem Alter von 45 Jahren, bei den Frauen ist ein deutlicher Rückgang erst ab einem Alter von 65 Jahren zu beobachten. Das Rauchen ist in höheren Bildungsgruppen sowohl bei Frauen als auch bei Männern deutlich weniger verbreitet als in niedrigen Bildungsgruppen. Dieser deutliche Unterschied nach dem Bildungsniveau zeigt sich für fast alle Altersgruppen, lediglich in der Altersgruppe ab 65 Jahren ist kein bedeutender Bildungsunterschied festzustellen.

21 % der Frauen und 27 % der Männer ab 18 Jahren rauchen zumindest gelegentlich.

Der Anteil der Raucherinnen und Raucher in der Erwachsenenbevölkerung ist seit 2003 gesunken.

Auch regional unterscheidet sich die Rauchquote teilweise erheblich. Bei Männern ist die Rauchquote in Sachsen-Anhalt am höchsten, in Bayern am niedrigsten. Bei Frauen ist die Rauchquote in Sachsen am niedrigsten und in Bremen am höchsten. Tendenziell liegt die Rauchquote im Norden höher als im Süden, im Osten höher als im Westen und in den Stadtstaaten höher als in den Flächenstaaten (*Abbildung 1*). Beim Vergleich der Rauchprävalenzen zwischen den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union liegt Deutschland bei den Frauen im mittleren Drittel und bei den Männern im unteren Drittel.

Eine ausführlichere Einordnung der Ergebnisse für Deutschland im europäischen Vergleich findet sich im Artikel [Gesundheitsverhalten in Europa – internationaler Vergleich ausgewählter Indikatoren](#) in dieser Ausgabe des Journal of Health Monitoring [13]. Unter Einbeziehung der Daten früherer Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts lässt sich zeigen, dass der Anteil der Raucherinnen und Raucher in der Erwachsenenbevölkerung seit dem Jahr 2003 um gut acht Prozentpunkte bei Frauen bzw. gut elf Prozentpunkte bei Männern zurückgegangen ist [14]. Auch andere Erhe-

Frauen	Raucherinnen (täglich oder gelegentlich)		Ehemalige Raucherinnen		Nieraucherinnen	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	20,8	(19,9–21,7)	26,6	(25,6–27,6)	52,6	(51,4–53,8)
18–29 Jahre	28,4	(26,3–30,7)	15,9	(13,9–18,0)	55,7	(53,0–58,4)
Untere Bildungsgruppe	34,7	(28,6–41,4)	16,7	(12,2–22,6)	48,5	(42,2–54,9)
Mittlere Bildungsgruppe	28,3	(25,5–31,2)	15,7	(13,4–18,3)	56,1	(52,8–59,2)
Obere Bildungsgruppe	19,5	(15,8–23,8)	15,6	(12,2–19,8)	64,9	(59,6–69,8)
30–44 Jahre	26,9	(24,8–29,1)	27,0	(24,9–29,1)	46,1	(43,9–48,4)
Untere Bildungsgruppe	37,0	(30,5–44,0)	24,0	(18,0–31,2)	39,0	(32,4–46,1)
Mittlere Bildungsgruppe	29,8	(27,0–32,8)	27,1	(24,6–29,8)	43,0	(40,2–46,0)
Obere Bildungsgruppe	14,2	(11,9–17,0)	28,5	(25,1–32,1)	57,3	(53,2–61,3)
45–64 Jahre	24,2	(22,8–25,6)	32,4	(30,8–34,0)	43,4	(41,6–45,2)
Untere Bildungsgruppe	29,8	(25,8–34,1)	30,6	(26,8–34,6)	39,7	(35,4–44,0)
Mittlere Bildungsgruppe	25,3	(23,5–27,2)	32,8	(30,8–34,9)	41,8	(39,6–44,1)
Obere Bildungsgruppe	15,1	(13,3–17,2)	32,7	(30,3–35,3)	52,1	(49,4–54,8)
≥ 65 Jahre	6,8	(5,8–7,9)	24,9	(22,9–27,0)	68,3	(65,9–70,6)
Untere Bildungsgruppe	5,9	(4,6–7,5)	20,1	(17,4–23,0)	74,0	(70,9–76,9)
Mittlere Bildungsgruppe	7,5	(6,1–9,2)	28,3	(25,2–31,5)	64,2	(60,7–67,7)
Obere Bildungsgruppe	5,9	(4,0–8,5)	29,4	(24,7–34,6)	64,7	(59,3–69,8)
Gesamt (Frauen und Männer)	23,8	(23,1–24,6)	30,7	(29,9–31,5)	45,5	(44,6–46,4)

KI = Konfidenzintervall

Tabelle 1
Rauchstatus nach Alter und
Bildungsstatus bei Frauen (n=13.108)
 Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Bei beiden Geschlechtern ist der Anteil der aktuell Rauchenden in den jüngeren Altersgruppen am höchsten.

bungen, z. B. der Mikrozensus und der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA), deuten auf einen Rückgang des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung hin [15, 16]. Hervorzuheben ist insbesondere, dass immer weniger Jugendliche mit dem Rauchen beginnen. Nach Daten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist der Anteil der 12- bis 17-jährigen Mädchen, die zumindest gelegentlich rauchen, im Zeitraum von 2004 bis 2015 von 23% auf 8% zurückgegangen, bei gleichaltrigen Jungen von 24% auf 8% [17]. Auch die Ergebnisse der vom RKI durchgeführten „Studie zur Gesundheit von Kindern und

Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) [18, 19] und der internationalen Schülersgesundheitsstudie „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) [20] sprechen für einen deutlichen Rückgang der Rauchprävalenzen im Jugendalter. Abzuwarten bleibt, welche Effekte die zunehmende Nutzung von elektronischen Inhalationsprodukten („E-Zigarette“) und der Einstieg der großen Tabakkonzerne in diesen Markt mit sich bringen werden. Der Schaden und Nutzen (in Bezug auf die Tabakentwöhnung) dieser Produktgruppe wird unter Vertretern der Tabakprävention sehr kontrovers diskutiert [21].

Männer	Raucher (täglich oder gelegentlich)		Ehemalige Raucher		Nieraucher	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Männer (gesamt)	27,0	(25,9–28,1)	35,0	(34,0–36,1)	38,0	(36,9–39,1)
18–29 Jahre	35,1	(32,1–38,3)	12,3	(10,4–14,5)	52,6	(49,4–55,7)
Untere Bildungsgruppe	40,6	(33,7–47,9)	14,8	(10,6–20,2)	44,6	(37,8–51,6)
Mittlere Bildungsgruppe	34,5	(30,8–38,4)	11,8	(9,6–14,5)	53,7	(50,0–57,3)
Obere Bildungsgruppe	27,4	(22,0–33,6)	9,9	(7,0–13,8)	62,7	(56,2–68,7)
30–44 Jahre	35,7	(33,2–38,3)	28,3	(25,9–30,8)	36,0	(33,5–38,6)
Untere Bildungsgruppe	48,1	(40,4–56,0)	23,1	(16,9–30,8)	28,7	(21,9–36,7)
Mittlere Bildungsgruppe	37,6	(34,2–41,1)	31,4	(28,1–35,0)	31,0	(27,7–34,5)
Obere Bildungsgruppe	26,4	(23,2–30,0)	24,8	(21,6–28,4)	48,7	(44,9–52,5)
45–64 Jahre	28,3	(26,7–30,1)	37,8	(36,1–39,6)	33,8	(32,2–35,6)
Untere Bildungsgruppe	37,5	(32,6–42,7)	36,5	(31,0–42,4)	26,0	(21,5–31,0)
Mittlere Bildungsgruppe	31,5	(29,1–34,0)	38,6	(36,0–41,3)	29,9	(27,5–32,5)
Obere Bildungsgruppe	19,4	(17,4–21,6)	36,4	(33,8–39,2)	44,2	(41,4–46,9)
≥65 Jahre	9,2	(8,0–10,4)	55,5	(53,2–57,7)	35,4	(33,3–37,5)
Untere Bildungsgruppe	8,6	(5,9–12,2)	54,2	(48,6–59,7)	37,2	(32,1–42,6)
Mittlere Bildungsgruppe	9,3	(7,6–11,3)	56,5	(53,2–59,7)	34,2	(31,3–37,3)
Obere Bildungsgruppe	9,3	(7,6–11,3)	53,8	(50,4–57,1)	36,9	(33,9–40,0)
Gesamt (Frauen und Männer)	23,8	(23,1–24,6)	30,7	(29,9–31,5)	45,5	(44,6–46,4)

KI = Konfidenzintervall

Tabelle 2

Rauchstatus nach Alter und Bildungsstatus bei Männern (n=10.852)

Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Trotz der Fortschritte, die mit Blick auf die Tabakpräventionspolitik erzielt wurden, können weiterhin zahlreiche Handlungsbedarfe für Deutschland identifiziert werden. So liegt Deutschland in der aktuellen Bewertungsrunde der Tabakkontrollskala, die 35 Länder hinsichtlich ihrer Tabak-

präventionspolitik miteinander vergleicht, auf dem vorletzten Platz [22]. Demnach besteht in den Bereichen der Besteuerung, der rauchfreien Umgebung, bei Werbeverböten, Präventionskampagnen und der Tabakentwöhnung für Deutschland noch großes Potenzial zur Verbesserung.

Das Rauchen ist in höheren Bildungsgruppen sowohl bei Frauen als auch bei Männern deutlich weniger verbreitet als in niedrigen Bildungsgruppen.

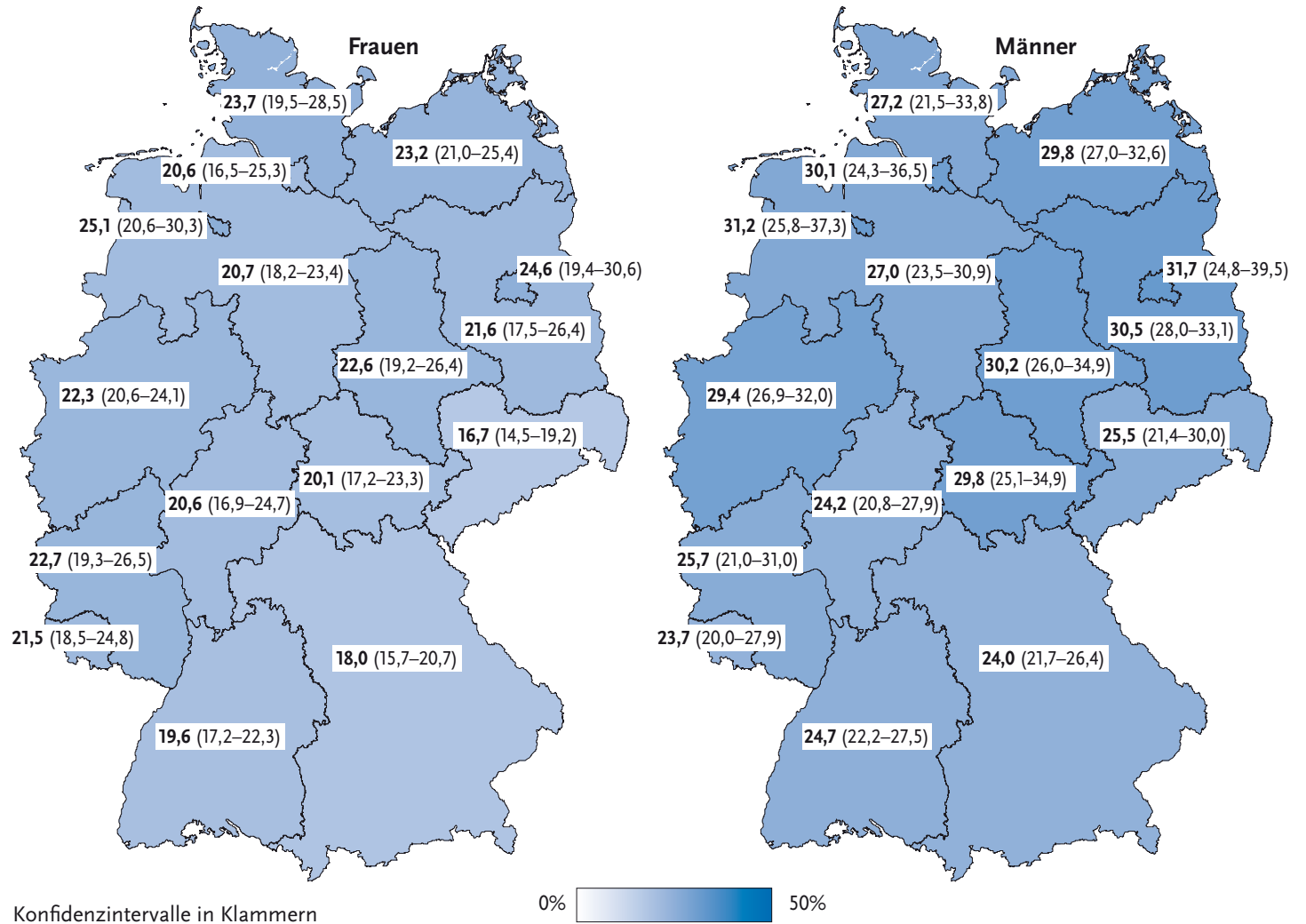


Abbildung 1
Aktuelles Rauchen bei Frauen und Männern
nach Bundesland
 (n = 13.108 Frauen; n = 10.852 Männer)
 Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Literatur

1. Jha P, Peto R (2014) Global Effects of Smoking, of Quitting, and of Taxing Tobacco. *New England Journal of Medicine* 370(1):60-68
2. World Health Organization (2015) Tobacco. Fact Sheet No. 339. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/> (Stand: 23.02.2017)
3. Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg) (2015) Tabakatlas Deutschland 2015. Pabst Science Publishers, Lengerich
4. U.S. Department of Health and Human Services (2014) The health consequences of smoking-50 years of progress. A report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta
5. Kuntz B, Zeiher J, Lampert T (2017) Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg) DHS Jahrbuch Sucht 2016. Pabst, Lengerich, S. 51-84
6. Kröger C, Mons U, Klärs G et al. (2010) Evaluation des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 53(2):91-102
7. Bundesministerium für Gesundheit (2015) Nationales Gesundheitsziel Tabakkonsum reduzieren. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
8. Bundesregierung (Hrsg) (2017) Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie. Neuauflage 2016. www.deutsche-nachhaltigkeitsstrategie.de (Stand: 23.02.2017)
9. Deutsches Krebsforschungszentrum (2011) Das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs: WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg
10. Kuntz B, Zeiher J, Lampert T (2016) Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg) Jahrbuch Sucht 2016. Pabst, Lengerich, S. 55-87
11. Lampert T, Burger M (2005) Distribution and patterns of tobacco consumption in Germany. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 48(11):1231-1241
12. Eurostat (2016) Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED). http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:International_standard_classification_of_education_%28ISCED%29/de (Stand: 13.01.2017)
13. Lange C, Finger JD (2017) Gesundheitsverhalten in Europa – Vergleich ausgewählter Indikatoren für Deutschland und die Europäische Union. *Journal of Health Monitoring* 2(2): 3–20 www.rki.de/journalhealthmonitoring
14. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“ Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/recJuHnzacx8A/PDF/28Gs-WuNtFjVqY.pdf (Stand: 23.02.2017)
15. Gomes de Matos E, Atzendorf J, Kraus L et al. (2016) Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. *SUCHT* 62(5):271-281
16. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2014) Verteilung der Bevölkerung nach ihrem Rauchverhalten in Prozent. Mikrozensus 2003–2013 (Eigene Auswahl und Aufbereitung der Daten). <http://www.gbe-bund.de> (Stand: 23.02.2017)
17. Orth B (2016) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
18. Lampert T, Kuntz B, KiGGS Study Group (2014) Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 57(7):830-839 <http://edoc.rki.de/oa/articles/reAq3DgSjnNxU/PDF/23aKgb-9Slyu2.pdf> (Stand: 23.02.2017)
19. Kuntz B, Lampert T (2016) Smoking and passive smoke exposure among adolescents in Germany. Prevalence, trends over time, and differences between social groups. *Deutsches Ärzteblatt International* 113(3):23-30
20. Moor I, Schumann N, Hoffmann L et al. (2016) Tabak, Alkohol- und Cannabiskonsum im Jugendalter. In: Bilz L, Sudeck G, Bucksch J et al. (Hrsg) Schule und Gesundheit. Ergebnisse des Gesundheitskarte „Health Behaviour in School-aged Children“. Beltz Juventa, Weinheim, S. 65-83
21. Eichler M, Blettner M, Singer S (2016) Nutzung elektronischer Zigaretten. *Deutsches Ärzteblatt International* 113(50):847-854
22. Joossens L, Raw M (2017) The tobacco control scale 2016 in Europe. *Association of European Cancer Leagues (ECL), Brussels*

Impressum

Journal of Health Monitoring

Institution der beteiligten Autorin und Autoren

Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin

Korrespondenzadresse

Johannes Zeiher
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: Zeiherj@rki.de

Interessenkonflikt

Der korrespondierende Autor gibt für sich, die Koautorin und den Koautor an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Finanzierung

Die GEDA-Studie wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Franziska Prütz,
Martina Rabenberg, Alexander Rommel, Dr. Anke-Christine Saß,
Stefanie Seeling, Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz

Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

Zitierweise

Zeiher J, Kuntz B, Lange C (2017) Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(2):59–65. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-030

ISSN 2511-2708



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung 4.0
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit