

Verbreitung und Strukturen des Tabakkonsums in Deutschland

Trotz zunehmender politischer Bemühungen um eine Verringerung des Tabakkonsums lassen sich in der Bevölkerung bislang keine nachhaltigen Veränderungen der Konsumgewohnheiten feststellen. Der jährliche Verbrauch an Zigaretten liegt gegenwärtig bei 132,6 Milliarden Stück und hat sich damit in den letzten 10 Jahren nicht verringert. Das entspricht einem Pro-Kopf-Verbrauch von 1607 Stück pro Jahr. Für Tabakwaren wie Zigarren, Zigarillos und Feinschnitt werden sogar steigende Absatzzahlen berichtet. Leicht rückläufig ist lediglich der Verbrauch von Pfeifentabak, der aber nur einen relativ geringen Anteil am gesamten Tabakwarenabsatz ausmacht [1]. Im europäischen Vergleich nimmt Deutschland damit beim Tabakkonsum einen der vorderen Plätze ein. Deutlich mehr geraucht wird nur in Griechenland und in den Niederlanden [2]. Noch schlechter schneidet Deutschland bei Jugendlichen ab, da in dieser Altersgruppe gegenwärtig für kein anderes europäisches Land höhere Rauchprävalenzen berichtet werden [3]. Aktuelle Daten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zeigen aber auch, dass der Tabakkonsum in der Gruppe der Heranwachsenden in den letzten Jahren etwas zurückgegangen ist [4].

Inzwischen können viele durch den Tabakkonsum hervorgerufene Schädigungen der Gesundheit als empirisch gesichert gelten: Rauchen erhöht z. B. das Risiko für Herzinfarkt, Schlaganfall, Arteriosklerose, Hypertonie, Lungenentzündung, chronische Bronchitis sowie bösartige

Neubildungen der Lunge, der Mundhöhle, des Kehlkopfs und der Verdauungsorgane [5, 6]. Außerdem schwächt das Rauchen die körpereigenen Abwehrkräfte, erhöht die Wahrscheinlichkeit von Infektionen und beschleunigt das Fortschreiten bestehender Krankheiten und Gesundheitsstörungen. Raucher und Raucherinnen berichten zudem häufiger Beeinträchtigungen des allgemeinen Wohlbefindens und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, nehmen vermehrt die Leistungen des medizinischen Versorgungssystems in Anspruch, fehlen häufiger wegen Krankheit am Arbeitsplatz und verursachen so nicht unerhebliche Produktionsausfälle [7]. Auch eine regelmäßige Passivrauchexposition wirkt sich nachteilig auf die Gesundheit aus, wobei sich das Spektrum der Krankheits- und Beschwerdebilder sowie der individuellen und gesellschaftlichen Folgeschäden nicht wesentlich von denen beim aktiven Tabakkonsum unterscheidet [5, 6].

Die starke Verbreitung des Tabakkonsums in der Bevölkerung weist damit auf latente Präventions- und Interventionspotenziale hin, die künftig besser ausgeschöpft werden sollten. Eine wesentliche Voraussetzung hierfür ist ein Monitoringssystem, das regelmäßig verlässliche Daten zum Tabakkonsum liefert und frühzeitig neue oder sich verfestigende Problemlagen kenntlich macht. Die Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (RKI), die in mehrjährigen Abständen bundesweit durchgeführt werden, könnten ein wichtiger Bestandteil eines solchen Monito-

ringsystems sein, zumal sie gegenüber anderen bevölkerungsrepräsentativen Erhebungen wie dem Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes, der Drogenaffinitätsstudie der BZgA oder dem Epidemiologischen Suchtsurvey des Instituts für Therapie- und Präventionsforschung den Vorteil haben, dass sie vertiefende Analysen unter Berücksichtigung von Informationen zu Krankheiten und Beschwerden sowie weiteren gesundheitsrelevanten Verhaltensmustern, wie z. B. Ernährung oder körperliche Aktivität, erlauben. Außerdem sind Analysen der sozialen und sozioökonomischen Bestimmungsgründe des Tabakkonsums und damit Rückschlüsse auf bevölkerungsgruppenspezifische Präventionspotenziale möglich.

Nachfolgend werden aktuelle Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 (GSTelo3) vorgestellt und diskutiert. Neben der Verbreitung des Tabakkonsums wird dabei auch nach Konsummustern und möglichen Determinanten des Rauchverhaltens gefragt. Unter Hinzuziehung von Daten früherer Gesundheitssurveys werden Entwicklungslinien über einen Zeitraum von annähernd 20 Jahren nachgezeichnet.

Methode

Der GSTelo3 des RKI basiert auf einer zufallsgenerierten Stichprobe, die zum Zeitpunkt der Stichprobenziehung für die 18-jährige und ältere Wohnbevölkerung in Deutschland repräsentativ war. Die Stichprobenbasis bildete ein nach dem Gabler-

Tabelle 1

Zentrale Untersuchungsvariablen (in %, n=8316)

Variable	Kategorie	Fallzahl (n)	Stichprobe [%]	Grundgesamtheit [%] ^a
Rauchstatus	• Tägliche Raucher/innen	2216	26,6	25,4
	• Gelegenheitsraucher/innen	602	7,2	7,1
	• Exraucher/innen	2238	26,9	26,9
	• Nieraucher/innen	3260	39,2	40,6
	• Fehlende Werte	2	0,1	–
Sozialschicht	• Unterschicht	1249	15,0	17,1
	• Mittelschicht	4381	52,7	54,0
	• Oberschicht	2546	30,6	28,9
	• Fehlende Werte	142	1,7	–
Erwerbsstatus	• Erwerbstätige	5344	64,2	59,0
	• Arbeitslose	323	3,9	3,9
	• Hausfrauen	685	8,2	7,9
	• Rente/Vorruhestand	1713	20,6	25,8
	• Auszubildende	245	2,9	3,4
	• Fehlende Werte	8	0,1	–
Lebensform	• Alleinlebende	1862	22,4	19,9
	• Alleinerziehende	275	3,3	2,2
	• Partnerhaushalt ohne Kinder	3070	36,9	40,3
	• Partnerhaushalt mit Kindern	2342	28,1	25,5
	• Fehlende Werte ^b	770	9,3	–
Wohnregion	• Alte Bundesländer	7037	84,6	83,3
	• Neue Bundesländer	1281	15,4	16,7
	• Fehlende Werte	0	0,0	–
Migrationsstatus	• Mit Migrationshintergrund	746	9,0	9,3
	• Ohne Migrationshintergrund	7572	91,0	90,7
	• Fehlende Werte	0	0,0	–

^a Gewichtet auf die 18-jährige und ältere Wohnbevölkerung zum Zeitpunkt der Stichprobenziehung (ohne fehlende Werte).

^b Die fehlenden Werte umfassen bei der Variablen Lebensform nicht nur Antwortverweigerungen, sondern beziehen sich auch auf sonstige, in der Analyse nicht berücksichtigte Formen des Zusammenlebens.

Häder-Design gezogenes und vom Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen bereitgestelltes Sample privater Telefonanschlüsse. Im Zeitraum von September 2002 bis Mai 2003 konnten insgesamt 8318 computerassistierte Telefoninterviews realisiert werden, was einer Stichprobenausschöpfung von 59,2% entspricht. Das dabei eingesetzte Programm Interviewer-Suite 4.3 ermöglichte eine komfortable Interviewführung und unmittelbare Datenerfassung während des Interviews [8].

Zu den inhaltlichen Schwerpunkten des Interviews, das im Durchschnitt 23 Minuten in Anspruch nahm, zählten chronische Krankheiten und Beschwerden, Krankheitsfolgen, subjektive Gesundheit, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Ge-

sundheitsverhalten sowie die Inanspruchnahme von Leistungen des medizinischen Versorgungssystems. Um die Vergleichbarkeit mit den vorgängigen Gesundheitssurveys zu gewährleisten, wurde soweit möglich und vorhanden auf bewährte Erhebungsinstrumente zurückgegriffen, die den spezifischen Anforderungen einer telefonischen Befragung angepasst wurden.

Der Tabakkonsum wurde im GSTelo3 über 7 Fragen erhoben, die sich sowohl auf das gegenwärtige als auch frühere Rauchverhalten beziehen [9]. Für die statistische Analyse wird zwischen täglichen Rauchern, Gelegenheitsrauchern, Exrauchern und Nierauchern unterschieden. Wenn von Jemalsrauchern gesprochen wird, sind aktuelle und Exraucher gemeint.

Im Hinblick auf die bevorzugte Tabakware kann zwischen Zigaretten, Zigarillos, Zigarren oder Stumpfen sowie Pfeifentabak differenziert werden. Um Aussagen über die Konsumintensität treffen zu können, werden leichte Raucher (bis 10 Zigaretten am Tag) mittelstarken Rauchern (11–19 Zigaretten am Tag) und starken Rauchern (20 oder mehr Zigaretten am Tag) gegenübergestellt. Unterschiede im Ausstiegsverhalten werden anhand der Ausstiegsquote beschrieben, die den Anteil der Exraucher auf die Summe aller Personen, die jemals geraucht haben, bezieht.

Als potenzielle Determinanten des Tabakkonsums werden die Schichtzugehörigkeit, der Erwerbsstatus, die Lebensform, die Wohnregion und der Migrationsstatus untersucht. Die Schichtzugehörigkeit wird über ein mehrdimensionales Konzept ermittelt, das auf Angaben zur Schulbildung und beruflichen Qualifikation, zum Haushaltsnettoeinkommen sowie zum höchsten Berufsstatus der befragten Person oder des Partners bzw. der Partnerin basiert und eine Zuordnung nach Unter-, Mittel- und Oberschicht vornimmt [10]. Im Zusammenhang mit dem Erwerbsstatus werden Erwerbstätige, Arbeitslose, Hausfrauen, Rentner und Personen im Vorruhestand sowie Auszubildende (einschließlich Wehr- und Zivildienstleistende) verglichen. Die Lebensform wird über die Haushaltszusammensetzung und den Familienstand bestimmt. Unterschieden wird zwischen Alleinlebenden, Alleinerziehenden, Partnerhaushalten ohne Kinder und Partnerhaushalten mit Kindern. Aussagen über die Wohnregion beziehen sich auf den Wohnsitz zum Zeitpunkt der Befragung und die Unterscheidung zwischen den alten und neuen Bundesländern, wobei Berlin insgesamt den alten Bundesländern zugerechnet wird. Der Migrationsstatus findet Berücksichtigung, um zwischen Personen, die selbst oder deren Eltern nach Deutschland zugewandert sind, und Personen ohne Migrationshintergrund unterscheiden zu können. Eine Differenzierung nach Herkunftsland und damit Berücksichtigung kulturspezifischer Rauchgewohnheiten ist aufgrund der geringen Fallzahl nicht möglich.

Darüber hinaus werden mit den 18- bis 19-Jährigen, 20- bis 29-Jährigen, 30- bis 39-Jährigen, 40- bis 49-Jährigen, 50- bis 59-

Jährigen, 60- bis 69-Jährigen sowie 70-Jährigen und Älteren 7 Altersgruppen unterschieden, um Veränderungen des Tabakkonsums und relevanter Einflussgrößen im Altersgang aufzeigen zu können. Kohortenspezifische Betrachtungen sind für den Anteil der Jemalsraucher und das Alter bei Rauchbeginn möglich. Dazu wird zwischen 1906- bis 1929-, 1930- bis 1939-, 1940- bis 1949-, 1950- bis 1959-, 1960- bis 1969- sowie 1970- bis 1985-Geborenen differenziert. Alle Analysen werden für Frauen und Männer getrennt durchgeführt und damit eine geschlechtsspezifische und geschlechtervergleichende Deutung der Ergebnisse unterstützt. In **▣ Tabelle 1** sind die Untersuchungsvariablen unter Angabe der Fallzahlen sowie Häufigkeiten in Stichprobe und Grundgesamtheit dargestellt. Um repräsentative Aussagen über die Grundgesamtheit treffen zu können, wurden die Daten anhand eines Gewichtungsfaktors an die auf Basis der Bevölkerungsstatistik des Statistischen Bundesamtes ermittelte Alters-, Geschlechts- und regionale Verteilung in der 18-jährigen und älteren Wohnbevölkerung Deutschlands (Stichtag: 31. Dezember 2001) angepasst [8]. Die statistischen Auswertungen wurden mit den Programmpaketen SPSS 12.0 und SAS 9.1.2 durchgeführt.

Verbreitung und Entwicklung des Tabakkonsums

Im Jahr 2003 rauchte fast ein Drittel der 18-jährigen und älteren Bevölkerung in Deutschland: Männer rauchten mit 37,3% häufiger als Frauen mit 28%, wobei der Unterschied insbesondere beim täglichen Konsum zum Ausdruck kommt (**▣ Tabelle 2**). Noch stärker treten die geschlechtsspezifischen Konsumgewohnheiten zutage, wenn die Anteile der Nieraucher und Nieraucherinnen betrachtet werden, da immerhin fast die Hälfte der Frauen nie geraucht hat, während dies nur auf knapp ein Drittel der Männer zutrifft. Bei Männern wie Frauen nimmt die Verbreitung des Rauchens im Altersgang ab und ist folglich in der Gruppe der 70-Jährigen und Älteren am geringsten.

Bei Frauen ist ein Teil der Altersvariationen einem Kohorteneffekt zuzuschreiben. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts war der Tabakkonsum überwiegend den

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2005 · 48:1231–1241
DOI 10.1007/s00103-005-1158-7
© Springer Medizin Verlag 2005

T. Lampert · M. Burger

Verbreitung und Strukturen des Tabakkonsums in Deutschland

Zusammenfassung

Der Tabakkonsum erhöht die Auftretenswahrscheinlichkeit vieler chronisch-degenerativer Krankheiten und verursacht erhebliche gesellschaftliche Folgekosten. Die nach wie vor starke Verbreitung des Rauchens in der Bevölkerung verdeutlicht somit einen vordringlichen gesundheitspolitischen Handlungsbedarf. Nach Daten des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 rauchen in Deutschland rund 37% der 18-jährigen und älteren Männer und 28% der gleichaltrigen Frauen. Fast die Hälfte der täglichen Raucher und ein Drittel der täglichen Raucherinnen konsumieren 20 und mehr Zigaretten am Tag und setzen sich damit einem gravierenden Gesundheitsrisiko aus. Besonders häufig rauchen die Angehörigen sozial benachteiligter Bevölkerungs-

gruppen, die zudem vermehrt zu den starken Rauchern zählen und seltener das Rauchen wieder aufgeben. In den letzten 20 Jahren ist der Tabakkonsum von Männern nur geringfügig zurückgegangen; bei Frauen ist sogar eine Zunahme zu beobachten. Diese Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit einer umfassenden Tabakprävention und Tabakkontrolle, die neben allgemeinen auch an spezifischen Zielgruppen ausgerichtete Maßnahmen umfassen sollten.

Schlüsselwörter

Rauchen · Tabakkonsum · Tabakkontrolle · Soziale Ungleichheit · Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

Distribution and patterns of tobacco consumption in Germany

Abstract

Tobacco consumption increases the risk of many chronic degenerative diseases and causes considerable social follow-up costs. The ongoing high tobacco consumption in the population, therefore, highlights an area in which health policy action is urgently required. According to the Telephone Health Survey 2003, about 37% of men aged 18 years and older and 28% of women of the same age are smokers. Almost half of the male daily smokers and a third of the female daily smokers consume 20 or more cigarettes a day, thus exposing themselves to a serious health risk. Among persons of socially disadvantaged groups, smoking prevalence

is particularly high; they are also more likely to be heavy smokers and less likely to stop smoking. In the last 20 years, tobacco consumption has only declined slightly among men, while it has increased among women. These results underline the necessity for comprehensive tobacco prevention and tobacco control, and this means not only general measures but also initiatives focusing on specific target groups.

Keywords

Smoking · Tobacco consumption · Tobacco control · Social inequality · Telephone Health Survey 2003

Tabelle 2

Anteil der täglichen Raucher/innen, Gelegenheitsraucher/innen, Exraucher/innen und Nieraucher/innen nach Alter (in %, n=8316)

	Altersgruppen in Jahren							Gesamt
	18–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70+	
Männer								
• Tägliche Raucher	40,3	39,1	36,8	34,7	24,6	16,1	11,3	29,2
• Gelegenheitsraucher	14,3	14,5	8,4	8,5	6,9	4,4	3,5	8,1
• Exraucher	11,8	15,3	21,7	30,9	37,2	44,8	56,8	31,8
• Nieraucher	33,6	31,1	33,1	26,0	31,2	34,8	28,4	30,9
Frauen								
• Tägliche Raucherinnen	42,9	32,1	29,9	28,2	24,1	11,3	4,0	21,9
• Gelegenheitsraucherinnen	9,5	11,3	7,4	7,9	4,3	3,4	2,2	6,1
• Exraucherinnen	13,3	14,7	23,5	25,6	27,7	19,9	22,5	22,3
• Nieraucherinnen	34,3	42,0	39,2	38,3	43,9	65,3	71,3	49,7

Tabelle 3

Zigarettenkonsum von täglichen Rauchern und Raucherinnen nach Alter (in % bzw. Stückzahl, n=2068)

	Altersgruppen in Jahren							Gesamt
	18–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70+	
Männer								
• 0–10 Zigaretten am Tag	47,9	29,7	22,4	18,7	10,2	26,7	40,5	23,9
• 11–19 Zigaretten am Tag	35,4	34,7	28,4	26,6	23,7	30,2	24,3	29,1
• 20+ Zigaretten am Tag	16,7	35,6	49,2	54,8	66,1	43,0	35,1	47,1
• Tagesdurchschnitt (Stückzahl)	12,49	15,43	17,64	20,47	21,46	17,43	16,59	17,97
Frauen								
• 0–10 Zigaretten am Tag	66,7	56,0	38,9	38,8	33,1	41,9	48,4	43,3
• 11–19 Zigaretten am Tag	20,0	25,5	26,6	23,0	25,9	24,3	41,9	25,5
• 20+ Zigaretten am Tag	13,3	18,5	34,4	38,3	41,0	33,8	9,7	31,2
• Tagesdurchschnitt (Stückzahl)	11,53	12,07	15,13	15,26	16,08	14,44	10,85	14,32

Tabelle 4

Ausstiegsquote nach Alter und Geschlecht (in %, n=5056)

	Altersgruppen in Jahren							Gesamt
	18–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70+	
Männer								
• Raucher insgesamt	17,7	22,2	32,4	41,7	54,1	68,6	79,3	46,0
• Tägliche Raucher	14,8	18,1	28,2	39,3	53,5	68,1	78,9	44,3
• Gelegenheitsraucher	27,8	39,0	58,8	58,5	60,6	73,7	82,5	57,0
Frauen								
• Raucherinnen insgesamt	20,3	25,3	38,6	41,4	49,4	57,5	78,4	44,3
• Tägliche Raucherinnen	11,3	19,2	34,4	40,0	46,2	55,4	76,8	40,9
• Gelegenheitsraucherinnen	46,7	49,3	68,9	54,2	74,4	71,0	84,4	64,3

Männern vorbehalten. Insbesondere das Rauchen in der Öffentlichkeit entsprach nicht dem gesellschaftlichen Frauenbild und rief breite Ablehnung hervor [11]. Belegen lässt sich dies mit einer kohortenspezifischen Betrachtung der Jemalsraucher und Jemalsraucherinnen (Abb. 1). Danach hat in der Kohorte der 1906- bis 1929-

Geborenen lediglich ein Drittel der Frauen gegenüber mehr als zwei Dritteln der Männer jemals geraucht. Erst ab den 1940- bis 1949-Geborenen zeichnet sich bei Frauen ein verändertes Rauchverhalten ab, bis hin zu einer weitgehenden Annäherung zwischen Frauen und Männern, die zwischen 1970 und 1985 geboren sind, also

zum Zeitpunkt der Befragung 18–33 Jahre alt waren.

Der Großteil der Raucher und Raucherinnen konsumiert Zigaretten. Etwa 92% der Männer und 99% der Frauen, die rauchen, greifen ausschließlich oder vorzugsweise zur Zigarette. Der Siegeszug der vergleichsweise günstigen und bequem zu

rauchenden Zigarette setzte bereits im ausgehenden 19. Jahrhundert ein und verdrängte sukzessive die ehemals vorherrschenden Tabakprodukte, zu denen neben der Zigarre und dem Pfeifentabak auch der Schnupftabak zählte. Heute haben diese Tabakwaren nur bei älteren Männern noch eine gewisse Bedeutung, was nicht allein als Alters-, sondern auch als Kohorteneffekt zu deuten ist.

Für die gesundheitsschädigende Wirkung des Rauchens ist relevant, wie stark geraucht wird und in welchem Alter mit dem Rauchen begonnen wurde. Immerhin 39,6% der Personen, die täglich rauchen, haben einen Verbrauch von 20 oder mehr Zigaretten am Tag. Damit sind 9,4% der 18-jährigen und älteren Bevölkerung als starke Zigarettenraucher zu klassifizieren. Weitere 27,4% der täglichen Raucher bzw. 6,6% der erwachsenen Bevölkerung rauchen täglich 11–19 Zigaretten. Männer rauchen häufiger stark als Frauen: Dies spiegelt sich sowohl im Anteil der starken Raucher bzw. Raucherinnen als auch im täglichen Zigarettenverbrauch wider (■ **Tabelle 3**). Bei Männern wie Frauen ist der Tabakkonsum im mittleren Lebensalter am höchsten. Ein Grund hierfür dürfte die mit der Konsumdauer ansteigende Nikotinabhängigkeit und die daraus resultierende Notwendigkeit einer höheren Nikotinzufuhr sein. Dass der Anteil der starken Raucher und Raucherinnen ab dem 60. Lebensjahr wieder abnimmt, ist vor dem Hintergrund der zunehmenden Auftretenswahrscheinlichkeit von Tabak-assoziierten Krankheiten und Todesfällen zu sehen.

Mit einem frühen Rauchbeginn ist ein erhöhtes Gesundheitsrisiko verbunden, weil die organische Entwicklung nachhaltig beeinträchtigt wird. Beispielsweise lässt sich für die Atmungsorgane ein irreversibler Verlust an Kapazitätsreserven und eine erhöhte Auftretenswahrscheinlichkeit schwerwiegender Erkrankungen unterstellen [5, 6]. Deshalb ist als problematisch zu werten, dass fast drei Viertel der aktuellen Raucher bereits vor dem 18. Lebensjahr mit dem Rauchen begonnen haben. In den älteren Geburtskohorten ist vor allem für Männer ein früher Rauchbeginn zu beobachten, während die meisten Frauen deutlich später mit dem Rauchen angefangen haben. Mittlerweile hat aber auch

Abb. 1 ▶ Anteil der Jemalsraucher und Jemalsraucherinnen nach Geburtskohorte (in %, n=8316)

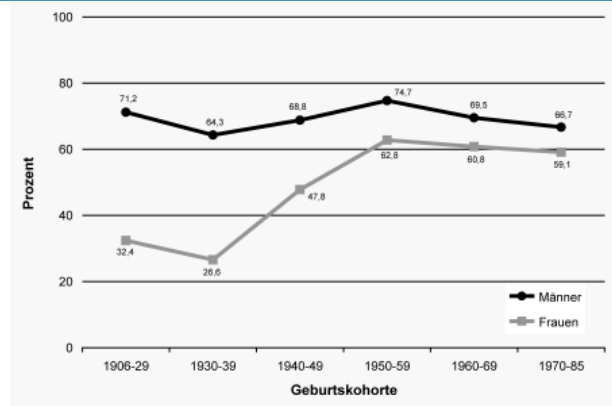
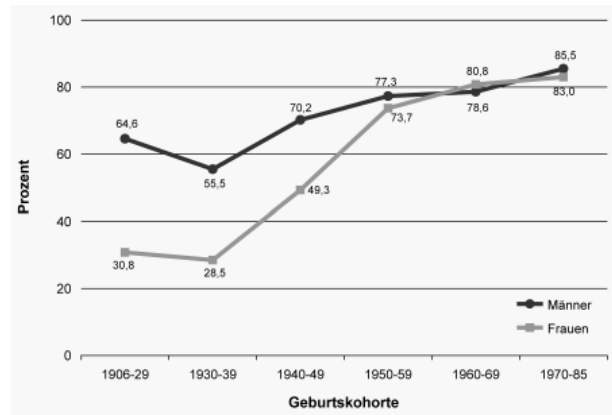


Abb. 2 ▶ Anteil der Jemalsraucher und Jemalsraucherinnen, die vor dem 18. Lebensjahr angefangen haben zu rauchen nach Geburtskohorte (in %, n=5056)



beim Einstiegsalter eine Angleichung zwischen den Geschlechtern stattgefunden, sodass bei den 1970- bis 1985-Gebo- renen kaum noch Unterschiede festzu- stellen sind (■ **Abb. 2**).

Insgesamt hat etwa die Hälfte der 18- Jährigen und Älteren, die jemals geraucht haben, das Rauchen wieder aufgegeben. Besonders hoch ist die Ausstiegsquote in den älteren Bevölkerungsgruppen, wofür neben dem Ausscheiden aus dem Arbeits- leben und Verschiebungen der Freizeitge- staltung auch eine Höherbewertung der Gesundheit oder aber bereits aufgetre- tene Erkrankungen und Beschwerden ver- antwortlich sein könnten. ■ **Tabelle 4** verdeutlicht außerdem, dass Gelegenheitsra-ucher und Gelegenheitsraucherinnen weit- aus häufiger das Rauchen aufgeben als täg-liche Raucher und Raucherinnen, was ein- mal mehr auf das Suchtpotenzial des Ta- bakkonsums, aber auch auf die Habituali- sierung von Verhaltensroutinen und regel- mäßigen Konsumgewohnheiten verweist. Zur Gruppe der Gelegenheitsraucher und Gelegenheitsraucherinnen werden dabei nur Männer und Frauen gezählt, die zu keinem Zeitpunkt in ihrem Leben regel- mäßig geraucht haben.

Für die Planung und Durchführung von Interventionen zur Verringerung des Tabakkonsums sind Informationen über zeitliche Entwicklungen der Rauch- gewohnheiten erforderlich. Neben den aktuellen Daten des GSTelo3 wird im Folgenden auf die im Rahmen der Deut- schen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) durchgeführten Nationalen Un- tersuchungssurveys 1984–86 und 1990/91, den Gesundheitssurvey OST 1991/92 so- wie den Bundes-Gesundheitssurvey 1998 zurückgegriffen, um die Entwicklung im Zeitraum von 1984–2003 zu beschreiben. Der erste Beobachtungspunkt bezieht sich damit nur auf die alten Bundesländer, wäh- rend ab 1990–92 (gepoolter Datensatz) auch die neuen Bundesländer berücksich- tigt werden können. Da die Surveys ver- schiedene Altersspannen umfassen, muss für die Analyse der zeitlichen Trends eine Eingrenzung auf die 25- bis 69-jährige Be- völkerung erfolgen.

Bei Männern hat der Anteil der Ra-ucher seit Mitte der 1980er-Jahre von 41,6% auf gegenwärtig 38% abgenommen (■ **Abb. 3**). Der Rückgang ist zwar ge- ring, verlief aber kontinuierlich. Für Fra-uen lässt sich eine gegenläufige Entwick-

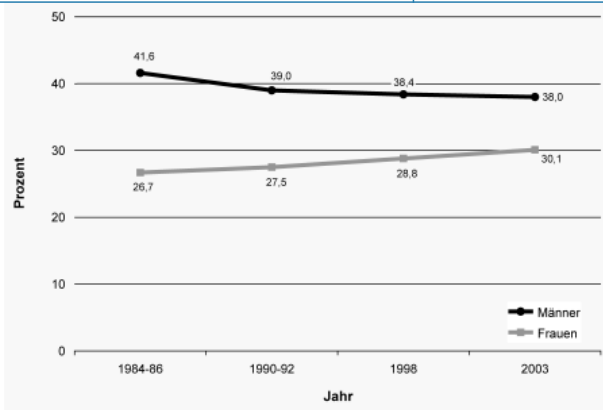


Abb. 3 ▲ Entwicklung des Anteils der Raucher und Raucherinnen an der 25- bis 69-jährigen Bevölkerung Deutschlands 1984–2003. Angaben für 1984–86 beziehen sich nur auf die alten Bundesländer

lung feststellen. Der Anteil der Raucherinnen hat sukzessive zugenommen, von 26,7% in den Jahren 1984–86 bis auf 30,1% im Jahr 2003. Der Anstieg in den 1990er-Jahren geht vor allem auf die Entwicklung in den neuen Bundesländern zurück. Ein Grund hierfür dürfte sein, dass die gesellschaftlichen Transformationsprozesse nach der Wiedervereinigung Deutschlands für viele Frauen in den neuen Bundesländern mit erheblichen, zum Teil belastenden Veränderungen der Lebenssituation einhergingen, was sich z. B. mit einem starken Anstieg der Arbeitslosen- und Scheidungsquoten belegen lässt [9].

Determinanten des Tabakkonsums

Aus zahlreichen Studien ist bekannt, dass in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen häufiger geraucht wird [12, 13, 14]. Als mögliche Erklärungen lassen sich ein geringeres Gesundheitsbewusstsein, stärkere körperliche und psychische Belastungen am Arbeitsplatz sowie häufigere Konflikte und Probleme im Familienkontext anführen. Mit den Daten des GSTel03 kann unter anderem eine deutliche Schichtspezifität des Rauchverhaltens belegt werden. ■ **Abbildung 4a** gibt zunächst für Männer die Verbreitung des Rauchens nach Sozialschicht und Alter wieder und macht zugleich den Anteil der starken Raucher kenntlich.

In allen Altersgruppen zeigt sich ein ähnliches schichtspezifisches Verteilungsmuster mit höheren Raucheranteilen in der unteren und auch in der mittleren im Vergleich zur oberen Sozialschicht. Die Angehörigen der Unterschicht konsumieren zudem überproportional häufig 20

oder mehr Zigaretten am Tag. Insbesondere im mittleren Lebensalter (30–64 Jahre) ist in der Unterschicht ein im Verhältnis zu den anderen Sozialschichten deutlich höherer Anteil an starken Rauchern zu beobachten.

Für Frauen stellt sich der Zusammenhang zwischen der Schichtzugehörigkeit und dem Rauchen anders als bei Männern dar (■ **Abb. 4b**). Ein stark ausgeprägtes Schichtgefälle zeigt sich nur in der Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen. Auch schichtspezifische Unterschiede in der Konsumintensität sind einzig in dieser Altersgruppe zu beobachten. Für die anderen Altersgruppen lässt sich feststellen, dass Frauen aus der Mittelschicht ebenso häufig oder sogar häufiger rauchen als die Frauen aus der Unterschicht.

Ein vollständiges Bild der Schichtspezifität des Rauchens entsteht erst, wenn auch das Ausstiegsverhalten betrachtet wird. Wie die Gegenüberstellung der Jemalsraucher bzw. Jemalsraucherinnen und der Ausstiegsquote verdeutlicht, fangen Männer und Frauen aus der Unterschicht nicht nur häufiger mit dem Rauchen an, ihnen fällt es offenbar auch schwerer, wieder aufzuhören (■ **Tabelle 5**). Der Schichtgradient im aktuellen Tabakkonsum ist diesen Ergebnissen zufolge sogar zum größeren Teil auf Unterschiede im Ausstiegs- als im Einstiegsverhalten zurückzuführen.

Der Einfluss der Schichtzugehörigkeit auf das Rauchen und andere Aspekte der Gesundheit entfaltet sich u. a. über die Arbeitswelt. Die Erwerbstätigkeit eröffnet zahlreiche Lebens- und Teilhabechancen, ist aber auch mit Stressbelastungen und anderen Risiken für die Gesundheit verbunden, die zum Teil berufsspezifisch geprägt sind. Erwerbstätige Männer rauchen zu

41,2% und erwerbstätige Frauen zu 36,9% (■ **Tabelle 6**). In den jüngeren Altersgruppen ist der Anteil der erwerbstätigen Männer und Frauen, die rauchen, noch deutlich höher. Die höchsten Rauchprävalenzen finden sich allerdings unter den Arbeitslosen: In der Gruppe der 18- bis 29-Jährigen rauchen zwei Drittel der arbeitslosen Männer und sogar drei Viertel der arbeitslosen Frauen. Das Rauchen kann dabei als Verhaltensreaktion auf finanzielle und psychosoziale Belastungen, denen Arbeitslose verstärkt ausgesetzt sind, verstanden werden [15]. Auch junge Erwachsene, die noch in der Ausbildung sind, rauchen häufig, aber deutlich seltener als die Erwerbstätigen und Arbeitslosen gleichen Alters. Das Ausscheiden aus dem Berufsleben hat bei Männern offenbar keinen bedeutsamen Einfluss auf das Rauchverhalten, während Frauen im Ruhe- oder Vorruhestand seltener rauchen als erwerbstätige Frauen.

■ **Tabelle 6** gibt darüber hinaus Auskunft über Unterschiede im Tabakkonsum nach Lebensform, Wohnregion und Migrationshintergrund. Im Zusammenhang mit der Lebensform fallen vor allem die relativ hohen Raucheranteile bei allein lebenden Männern im Alter ab 45 Jahren sowie bei jungen Vätern auf. Männer im mittleren und höheren Lebensalter, die mit einer Partnerin und ohne Kinder leben, rauchen vergleichsweise selten. Bei Frauen sind es die Alleinlebenden und besonders die Alleinerziehenden, die vermehrt rauchen. Die geringsten Prävalenzen finden sich bei Frauen, die mit einem Partner und Kindern in einem Haushalt zusammenleben.

Zwischen den alten und neuen Bundesländern lassen sich 13 Jahre nach der Wiedervereinigung Deutschlands nur noch geringe Unterschiede im Tabakkonsum feststellen. Bei Männern fällt lediglich in der Gruppe der 18- bis 29-Jährigen ein etwas höherer Konsum in den alten Bundesländern auf. Bei Frauen wird in der Altersgruppe der 30- bis 64-Jährigen in den alten Bundesländern vermehrt geraucht.

Migrationsspezifische Unterschiede zeigen sich insbesondere im jungen Erwachsenenalter. Männer mit Migrationshintergrund rauchen auch im mittleren Erwachsenenalter etwas häufiger. Dass 65-jährige und ältere Migrantinnen seltener rauchen als gleichaltrige Frauen, die keine Migra-

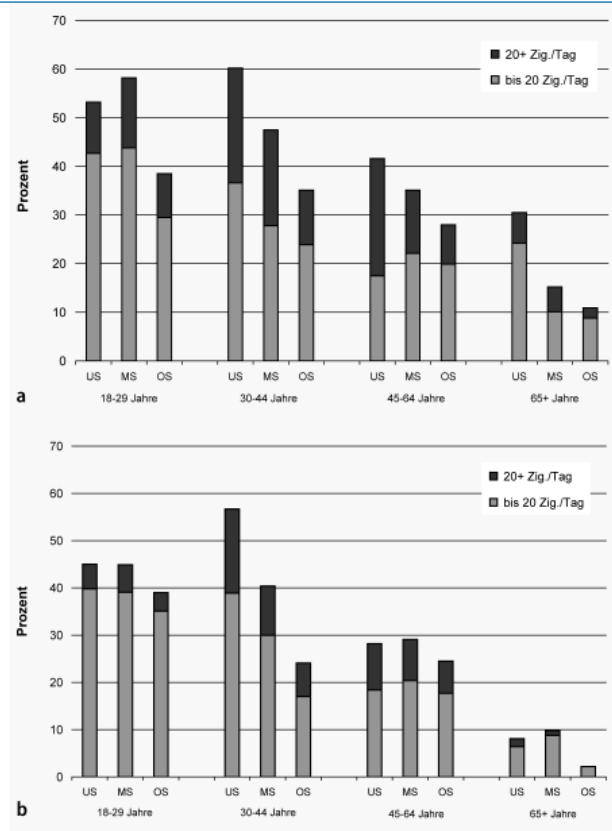
tionserfahrungen haben, ist auf einen Kohorteneffekt in den jeweiligen Herkunftsländern zurückzuführen: In vielen Ländern hat sich der Tabakkonsum bei Frauen noch deutlich später durchgesetzt als in Deutschland. Bei der Bewertung dieser Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass Migranten und Migrantinnen im GSTelo3 untererfasst wurden, was u. a. auf Sprachprobleme und kulturelle Barrieren zurückzuführen ist. Die teilnehmenden Männer und Frauen mit Migrationshintergrund stellen eine selektive Gruppe mit höherem Sozialstatus dar, sodass die Rauchprävalenzen unterschätzt werden könnten.

Um den Stellenwert der sozialen Determinanten des Tabakkonsums beurteilen zu können, müssen sie multivariat betrachtet werden. Nur so lässt sich der Alterseinfluss angemessen berücksichtigen und die relative Bedeutung der Determinanten erfassen. In **Tabelle 7** sind die Ergebnisse logistischer Regressionen für den aktuellen Rauchstatus (o „Nein“, 1 „Ja“) dargestellt, die für Männer und Frauen getrennt durchgeführt wurden. Neben dem Alterseffekt wurde auch der Einfluss chronischer Krankheit statistisch kontrolliert, da viele chronisch Kranke auf ärztlichen Rat hin oder aus eigener Einsicht das Rauchen aufgeben.

Die Regressionen wurden schrittweise entwickelt, um den relativen Erklärungsbeitrag der Einflussgrößen bestimmen zu können. In Modell 1 gingen zunächst nur die Kontrollvariablen Alter und chronische Krankheit ein. Im zweiten Schritt wurden die Sozialschicht und der Erwerbsstatus, also die sozioökonomischen Einflussgrößen, integriert (Modell 2). Die übrigen Variablen wurden in das Modell 3 aufgenommen, das somit alle Einflussgrößen gemeinsam betrachtet und als Grundlage für die abschließende Bewertung dient. Nach jedem Schritt wurde die Güte der Modellanpassung ($-2 \text{ Log-Likelihood}$ und Nagelerke's Pseudo R^2) und die Veränderung gegenüber dem vorherigen Modell (Pseudo R^2 -Change) ermittelt.

Die Ergebnisse der Regressionsanalyse bestätigen die deskriptiven Befunde: Auch bei Kontrolle des Einflusses von Alter und chronischer Krankheit zeigt sich ein markantes Schichtgefälle im aktuellen Rauchverhalten. Männer und Frauen aus der Unterschicht rauchen etwa

Abb. 4 ▶ a Anteil der Raucher (bis 20 Zigaretten am Tag und 20+ Zigaretten am Tag) nach Sozialschicht und Alter (in %, $n=3.821$). (US Unterschicht, MS Mittelschicht, OS Oberschicht). b Anteil der Raucherinnen (bis 20 Zigaretten am Tag und 20+ Zigaretten am Tag) nach Sozialschicht und Alter (in %, $n=4353$) (US Unterschicht, MS Mittelschicht, OS Oberschicht)



2-mal häufiger als die Angehörigen aus der Oberschicht, und auch in der Mittelschicht wird stärker geraucht als in der Oberschicht. Der Einfluss des Erwerbsstatus lässt sich bei Männern an einem erhöhten Tabakkonsum von Arbeitslosen und geringeren Raucheranteilen bei Auszubildenden ablesen. Bei Frauen lässt sich auch bei Hausfrauen und Rentnerinnen ein geringerer Zuspruch zu Tabakprodukten beobachten. Die Berücksichtigung der Schichtzugehörigkeit und des Erwerbsstatus trägt, gemessen an den zugrunde gelegten Gütekriterien, zu einer signifikanten Verbesserung des Regressionsmodells bei (Modell 2).

Durch Einbeziehung der Variablen Lebensform, Wohnregion und Migrationshintergrund wird eine weitere Verbesserung der Modellanpassung erreicht (Modell 3). Der stärkste Einfluss geht dabei von der Lebensform aus: Allein lebende Männer und Frauen rauchen häufiger als jene, die mit ihrer Partnerin bzw. ihrem Partner in einem 2-Personen-Haushalt leben. Besonders bemerkenswert ist das Ergebnis für allein erziehende Frauen, die 2,7-mal häufiger rauchen als Frauen in Partnerhaushalten ohne Kinder. Sig-

nifikante Unterschiede nach Wohnregion sind nur bei Frauen zu beobachten und machen sich an einer geringeren Rauchprävalenz bei Frauen aus den neuen Bundesländern fest. Keine bedeutsamen Unterschiede bestehen zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund, was vor dem Hintergrund der oben beschriebenen methodischen Einschränkungen zu sehen ist.

Gesundheitspolitische Schlussfolgerungen

Die Daten des GSTelo3 bestätigen das Rauchen als in der Bevölkerung weit verbreitetes Gesundheitsrisiko. Bei Männern lässt sich über die letzten 20 Jahre lediglich ein geringer Rückgang beobachten, bei Frauen hat der Tabakkonsum sogar noch zugenommen. Besonders problematisch stellt sich der Tabakkonsum in den sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen dar: Die Angehörigen der unteren Sozialschicht, Arbeitslose und allein erziehende Frauen rauchen nicht nur häufiger, sie rauchen auch mehr und geben das Rauchen seltener wieder auf. Die Ergebnisse verweisen damit auf die Notwendigkeit einer Tabakprävention und Ta-

Tabelle 5

Anteil der Jemalsraucher/innen (n=8316) und Ausstiegsquote (n=5056) nach Sozialschicht und Alter (in %)						
	Jemalsraucher/innen			Ausstiegsquote		
	Unterschicht	Mittelschicht	Oberschicht	Unterschicht	Mittelschicht	Oberschicht
Männer						
18–29 Jahre	68,5	72,0	52,6	22,9	19,2	26,8
30–44 Jahre	78,9	72,3	58,5	23,7	34,2	40,2
45–64 Jahre	76,8	74,2	66,2	45,3	52,7	57,7
65+ Jahre	78,9	68,0	63,9	61,3	77,6	82,9
Gesamt	74,2	72,0	62,2	34,8	44,5	55,0
Frauen						
18–29 Jahre	62,5	58,2	53,2	28,3	23,1	26,8
30–44 Jahre	80,0	63,5	51,7	16,7	36,4	53,3
45–64 Jahre	47,1	54,0	54,1	40,2	46,1	54,5
65+ Jahre	24,6	33,3	28,9	68,5	70,1	92,3
Gesamt	46,9	53,1	48,8	36,6	41,8	55,6

Tabelle 6

Anteil der aktuellen Raucher/innen nach Erwerbsstatus, Lebensform, Wohnregion und Migrationshintergrund (in %, n=8316)										
	Männer					Frauen				
	18–29	30–44	45–64	65+	Gesamt	18–29	30–44	45–64	65+	Gesamt
Erwerbsstatus										
Erwerbstätige	56,2	42,6	32,4	15,3	41,2	47,0	37,1	31,5	16,7	36,9
Arbeitslose	65,9	71,0	44,3	–	59,1	74,1	53,3	33,3	–	46,5
Hausfrauen	–	–	–	–	–	36,7	31,7	21,1	5,0	26,7
Rente/Vorruhestand	–	–	31,7	15,4	20,2	–	–	19,6	7,2	10,0
Auszubildende	39,7	–	–	–	40,1	34,7	–	–	–	37,0
Lebensform										
Alleinlebende	55,7	50,2	45,3	21,5	43,9	45,3	38,7	33,6	9,5	22,3
Alleinerziehende	–	–	–	–	–	50,0	61,9	60,0	–	60,3
Partner/in, ohne Kinder	54,1	50,2	30,2	13,8	29,9	41,1	37,5	24,2	4,6	22,6
Partner/in, mit Kindern	71,2	39,0	31,4	–	38,5	35,0	32,0	26,7	–	31,3
Wohnregion										
Alte Bundesländer	55,0	44,0	33,3	15,6	37,5	44,4	37,6	28,3	7,4	28,7
Neue Bundesländer	48,1	46,1	31,5	15,6	36,2	45,5	31,8	23,0	7,4	24,7
Migrationshintergrund										
Nein	52,8	43,8	32,8	15,4	36,5	44,2	36,8	27,3	7,7	27,7
Ja	58,1	48,6	35,9	17,9	44,1	47,4	35,9	26,9	2,0	31,7

bakkontrollpolitik, die neben allgemeinen bevölkerungsbezogenen auch an spezifischen Zielgruppen ausgerichtete Maßnahmen umfasst [16, 17].

Eine nachhaltige Reduzierung des Tabakkonsums kann wahrscheinlich am ehesten durch ein Bündel sich ergänzender und aufeinander abgestimmter Maßnah-

men erreicht werden. Ein solcher „policy mix“ sollte einerseits an den gesetzgeberischen Rahmenbedingungen der Herstellung und des Absatzes von Tabakprodukten ansetzen, andererseits auf eine Veränderung der Nachfrage und der individuellen Konsumgewohnheiten zielen [18]. Im Projekt „gesundheitsziele.de“ wurden im

Juli 2004 fünf in Deutschland bislang nur unzureichend umgesetzte Basismaßnahmen verabschiedet, die zentrale Elemente eines „Nationalen Aktionsplans zur Verringerung des Tabakkonsums“ darstellen könnten: Tabaksteuererhöhungen, Verbot direkter und indirekter Tabakwerbung, Schutz vor Passivrauchen, Förderung des

Tabelle 7

Soziale Determinanten des aktuellen Rauchverhaltens von Männern und Frauen. Ergebnisse logistischer Regressionen: Odds Ratios (OR) und 95%-Konfidenzintervalle (95%-KI)

	Männer			Frauen						
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 1	Modell 2	Modell 3				
	OR	95%-KI	OR	95%-KI	OR	95%-KI				
Alter	0,97	0,96–0,97	0,97	0,96–0,97	0,96	0,96–0,97	0,97	0,97–0,98	0,97	0,97–0,98
Chronische Krankheit										
Nicht krank	Ref.	–	Ref.	–	Ref.	–	Ref.	–	Ref.	–
Krank	0,89	0,77–1,03	0,85	0,73–0,98	1,00	0,86–1,16	1,00	0,86–1,16	0,99	0,85–1,16
Sozialschicht										
Oberschicht	Ref.	–	Ref.	–	Ref.	–	Ref.	–	Ref.	–
Mittelschicht	1,54	1,32–1,81	1,52	1,30–1,78	1,71	1,43–20,5	1,61	1,34–1,93		
Unterschicht	2,14	1,70–2,69	2,04	1,61–2,58	2,01	1,59–2,55	1,78	1,39–2,28		
Erwerbsstatus										
Erwerbstätige	Ref.	–	Ref.	–	Ref.	–	Ref.	–	Ref.	–
Arbeitslose	1,89	1,36–2,63	1,99	1,42–2,78	1,43	1,00–2,06	1,50	1,04–2,17		
Hausfrauen	–	–	–	–	0,69	0,56–0,85	0,73	0,59–0,91		
Rente/Vorruhestand	0,91	0,70–1,17	0,94	0,72–1,22	0,41	0,31–0,55	0,40	0,30–0,54		
Auszubildende	0,38	0,26–0,55	0,40	0,28–0,59	0,52	0,35–0,76	0,48	0,32–0,72		
Lebensform										
Alleinlebende	1,26	1,03–1,55	1,28	1,03–1,58						
Alleinerziehende	–	–	–	–	2,73	1,91–3,89				
Partner/in, ohne Kinder	Ref.	–	Ref.	–	Ref.	–				
Partner/in, mit Kindern	0,89	0,74–1,07	0,93	0,76–1,12						
Wohnregion										
Alte Bundesländer	Ref.	–	Ref.	–	Ref.	–				
Neue Bundesländer	0,88	0,72–1,06	0,79	0,64–0,96						
Migrationshintergrund										
Nein	Ref.	–	Ref.	–	Ref.	–				
Ja	1,03	0,82–1,29	0,90	0,70–1,16						
–2 Log-Likelihood	4892,32	4798,75	4776,44	4601,20	4502,35	4452,61				
Pseudo R ²	0,10***	0,13***	0,14***	0,12***	0,15***	0,17***				
Pseudo R ² -Change	–	0,03***	0,01**	–	0,03***	0,02***				

Signifikanz: * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$, *** $p \leq 0,001$ –

Ausstiegs aus der Tabakabhängigkeit und Maßnahmen zur Verhinderung des Einstiegs in das Rauchen [19].

Tabaksteuererhöhungen haben sich in vielen Ländern als probates staatliches Steuerungsinstrument zur Eindämmung des Tabakkonsums erwiesen. Laut einer Schätzung der Weltbank führt eine 10%ige Steuererhöhung zu einer durchschnittlichen Verringerung des Zigarettenkonsums um etwa 4% [20]. Da einkommensschwächere Gruppen sensibler auf Preiserhöhungen reagieren, kann zudem von einer Verringerung der sozialen Unterschiede im Rauchverhalten ausgegangen werden. Eine notwendige Voraussetzung ist allerdings eine erfolgreiche Eindämmung des Zigaretten Schmuggels, um einen Umstieg auf billige steuerfreie Zigaretten zu unterbinden. In Deutschland sind die Steuererhöhungen bislang überaus moderat ausgefallen, mit entsprechend geringen Effekten auf das Verhalten der Tabakkonsumenten [21]. Auch durch die gegenwärtig umgesetzte mehrstufige Tabaksteuererhöhung wird in erster Linie die Inflationsrate ausgeglichen und nur eine geringe reale Preiserhöhung erzielt.

Tabakwerbung hat nachweislich einen unmittelbaren Einfluss auf den Absatz von Tabakwaren und die Konsumgewohnheiten in der Bevölkerung. Dies trifft nicht nur auf die direkte Bewerbung von Tabakprodukten zu, sondern auch auf Werbung für Markenartikel und das Markensponsoring. In Deutschland ist die Tabakwerbung lediglich durch einige wenige gesetzliche Vorschriften geregelt, u. a. durch ein Werbeverbot in Rundfunk und Fernsehen. Darüber hinaus existieren sogenannte „Selbstbeschränkungsvereinbarungen“ der Tabakindustrie, die von vielen Experten jedoch als unwirksam oder sogar – sofern sie weiter reichende gesetzliche Vorschriften erschweren – kontraproduktiv angesehen werden [16]. Eine deutliche Verringerung des Tabakkonsums lässt sich wahrscheinlich nur durch ein umfassendes Werbeverbot erreichen, da die Hersteller andernfalls auf die Bereiche und Medien ausweichen, in denen Werbung und Sponsoring weiterhin erlaubt sind. Für den Zeitraum von 1981–1991 zeigt eine im Auftrag der Weltbank durchgeführte Studie, dass der Pro-Kopf-Verbrauch an Zigaretten in Ländern mit einem umfassenden Werbeverbot weitaus

stärker zurückging als in Ländern ohne ein solches Verbot [22]. Die Bundesregierung diskutiert gegenwärtig zwar über eine Ausweitung des Werbeverbots, ob und inwieweit diese realisiert wird, ist aber noch offen.

Als ebenso unzureichend sind die bisherigen Regelungen zum Schutz vor Passivrauchen anzusehen. Gemäß der im Jahr 2001 novellierten Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV) sind die Arbeitgeber verpflichtet, Nichtraucher am Arbeitsplatz vor Tabakrauch zu schützen. In vielen Betrieben und Einrichtungen wird diese Verordnung aber nicht konsequent umgesetzt, auch weil sie zum Teil unklar geregelt ist und einzelne Bereiche, z. B. das öffentliche Verkehrswesen, ausgenommen sind [16]. Neben der Arbeitswelt spielt das Passivrauchen in Cafes, Kneipen und Restaurants eine große Rolle. In einigen Ländern wurden in den vergangenen Jahren Rauchverbote in gastronomischen Betrieben durchgesetzt, z. B. in den USA, Irland und zuletzt in Italien. Von der Bundesregierung wird bislang einzig eine freiwillige Selbstverpflichtung der Gastronomiebetreiber erwogen, um diese zur Schaffung rauchfreier Zonen anzuhalten. Deutschland bleibt damit auch beim Nichtraucherschutz hinter den Regelungen in anderen Ländern zurück, obwohl die Akzeptanz solcher Regelungen in der Bevölkerung sehr hoch ist [23].

Defizite sind auch im Zusammenhang mit Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen zur Tabakentwöhnung festzustellen. Wie eine Bestandsaufnahme des Deutschen Krebsforschungszentrums und der BZgA ergab, unterbreiteten im Jahr 2000 nur 763 von über 11.000 befragten Gesundheitseinrichtungen, Beratungsstellen und Praxen Angebote zur Tabakentwöhnung [16, 24].

Entsprechend gering ist der Anteil der Raucher und Raucherinnen, die bereits einen ernsthaften Ausstiegsversuch unternommen haben: Ende der 90er-Jahre lag er mit 43% deutlich unter dem EU-Durchschnitt von 55% [25]. Neben einer Erweiterung und Verbesserung der Möglichkeiten zur Raucherentwöhnung sollte besser über vorhandene Angebote informiert und der Zugang zu diesen erleichtert werden. Ein besonderes Augenmerk ist auf die sozial benachteiligten Bevölkerungs-

gruppen zu richten, da diese bisher von den Maßnahmen der Tabakentwöhnung schlechter erreicht werden [14, 26].

Am effektivsten und nachhaltigsten lassen sich der Tabakkonsum und die tabakbedingten Folgeschäden eindämmen, wenn es gelingt, einen frühen Einstieg in das Rauchen zu verhindern. Tabaksteuererhöhungen und ein umfassendes Tabakwerbeverbot können hier einen wichtigen Beitrag leisten, da Kinder und Jugendliche besonders sensibel auf Preiserhöhungen reagieren und für Tabakwerbung, auch wenn diese nicht explizit auf sie ausgerichtet ist, empfänglich sind. Ebenso wichtig ist die Schaffung einer rauchfreien Umwelt, und zwar insbesondere dort, wo Kinder und Jugendliche sich vorwiegend aufhalten. Ein wichtiger Schritt in diesem Zusammenhang ist die Durchsetzung von Rauchverboten an Schulen. In Berlin sind die Schulen seit Beginn des Schuljahres 2004/05 angehalten, das Rauchen in den Schulgebäuden und auf dem Schulgelände zu untersagen; Bayern will alle Schulen bis zum Jahr 2008 in rauchfreie Bereiche umwandeln. In anderen Bundesländern gibt es ähnliche Bestrebungen, die zum Teil aber auf erheblichen Widerstand stoßen. Daneben sollte die Tabakprävention ein Bestandteil des Schulunterrichts sein und sowohl auf die Gefahren des Rauchens aufmerksam machen als auch die Motivation der Schüler und Schülerinnen zum Nichtrauchen fördern. Bislang gibt es keine flächendeckende schulische Tabakprävention, die diesen Anforderungen gerecht wird. Die beiden schulgestützten Präventionsprogramme „Klasse 2000“ [27] und „Be smart – Don't start“ [28] haben noch die größte Verbreitung.

Um einen frühen Einstieg in das Rauchen zu verhindern, bedarf es darüber hinaus massenmedialer Informations- und Aufklärungskampagnen, die präventive Zielsetzungen verfolgen und ein positives Klima für die Umsetzung von Maßnahmen der Tabakprävention und Tabakkontrolle schaffen. Die in Deutschland in den vergangenen Jahren durchgeführten massenmedialen Kampagnen waren nur von begrenzter Dauer, unzureichend finanziert und zielten einzig auf individuelle Verhaltensänderungen. Entsprechend gering war ihre Wirksamkeit. Internationale

Erfahrungen zeigen jedoch, dass Medienkampagnen zu einer deutlichen Verringerung des Tabakkonsums beitragen können, wenn sie auf Dauer angelegt sind und mit anderen Maßnahmen kombiniert werden [29, 30].

Der Erfolg der Tabakprävention und Tabakkontrollpolitik in Deutschland wird maßgeblich davon abhängen, inwieweit es gelingt, eine umfassende Strategie zur Verringerung des Tabakkonsums zu entwickeln, die ein breites Spektrum wirksamkeitsgeprüfter Maßnahmen umfasst und aufeinander abstimmt. Ein solcher „policy mix“ hängt vom politischen Handlungswillen ab, aber auch von einer besseren Vernetzung der für die Umsetzung verantwortlichen Akteure.

Korrespondierender Autor

T. Lampert

Abteilung Epidemiologie
und Gesundheitsberichterstattung,
Robert Koch-Institut,
Postfach 650261, 13302 Berlin
E-Mail: t.lampert@rki.de

Literatur

- Thamm M, Lampert T (2005) Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg) Jahrbuch Sucht 2005. Neuland, Geesthacht, S 29–51
- Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2004) OECD Health Database 2004. <http://www.oecd.org/>
- Weltgesundheitsorganisation (2004) Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. WHO, Kopenhagen
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Teilband Rauchen. BZgA, Köln
- International Agency for Research on Cancer (2004) IARC monographs on the evaluation of the carcinogenic risks to humans. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. International Agency for Research on Cancer, Lyon
- US Department of Health and Human Services (2004) The health consequences of Smoking: a report of the surgeon general. US 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. USDHHS, Atlanta, Georgia
- Wegner C, Gutsch A, Hessel F, Wasem J (2004) Rauchen-attributable Produktionsausfallkosten in Deutschland – eine partielle Krankheitskostenstudie unter Zugrundelegung der Humankapitalmethode. Gesundheitswesen 66:423–432
- Kohler M, Rieck A, Borch S (2005) Methodische Aspekte des telefonischen Gesundheitssurveys 2003. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz 48
- Lampert T, Burger M (2004) Rauchgewohnheiten in Deutschland – Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurveys 2003. Gesundheitswesen 66:511–517
- Winkler J, Stolzenberg H (1999) Der Sozialschichtindex im Bundes-Gesundheitssurvey. Gesundheitswesen 61 [Sonderheft 2]:178–183
- Hess (1987) Rauchen. Geschichte, Geschäfte, Gefahren. Campus, Frankfurt/Main
- Helmert U, Maschewsky-Schneider U (1998) Zur Prävalenz des Tabakrauchens bei Arbeitslosen und Armen. In: Henkel D, Vogt I (Hrsg) Sucht und Armut. Alkohol, Tabak, Medikamente, illegale Drogen. Leske & Budrich, Opladen, S 153–165
- Helmert U, Borgers D (1998) Rauchen und Beruf – Eine Analyse von 100.000 Befragten des Mikrozensus 1995. Bundesgesundheitsblatt 41:102–107
- Lampert T, Thamm M (2004) Soziale Ungleichheit des Tabakkonsums in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz 47:1033–1042
- Grobe T, Schwartz FW (2003) Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 13. Robert Koch-Institut, Berlin
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2002) Gesundheit fördern – Tabakkonsum verringern: Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Sonderband I. dkfz, Heidelberg
- Schulze A (2004) Rauchen und soziale Ungleichheit – Konsequenzen für die Tabakkontrollpolitik. dkfz, Heidelberg
- Pott E, Lang P, Töppich J (2003) Gesundheitsziel: Tabakkonsum reduzieren. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz 46:150–155
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (2004) AG 6 Tabakkonsum reduzieren: Basismaßnahmen zur Erreichung des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“. GVG, Köln
- US Department of Health and Human Services (2000) Reducing tobacco use: a report of the surgeon general, US 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. USDHHS, Atlanta, Georgia
- Isensee B, Hanewinkel R (2004) Evaluation der Tabaksteuererhöhung vom 1. Januar 2003. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz 47:771–779
- Saffer H, Chaloupka JF (2000) Tobacco advertising: economy theory and international evidence. J Health Economics 19:1117–1137
- Kraus L, Bauernfeind R (1998) Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997. Sucht 44:3–83
- Deutsches Krebsforschungszentrum, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2000) Marktübersicht zu Raucherentwöhnungshilfen in Deutschland. Unveröffentlichtes Dokument. dkfz, Heidelberg
- Boyle P, Gandini S, Robertson C (2000) Characteristics of smokers' attitudes towards stopping: Survey of 10,295 smokers in representative samples from 17 European countries. Eur J Public Health 10:5–14
- Helmert U (1999) Einkommen und Rauchverhalten in der Bundesrepublik Deutschland – eine Sekundäranalyse der Daten des Mikrozensus 1995. Gesundheitswesen 61:31–37
- Hollederer A, Bölskei PL (2000) Gesundheitsförderung in die Lehrpläne! Ein Ziel des Grundschulprogramms Klasse 2000. Prävention 23:99–103
- Wiborg G, Hanewinkel R (2000) Be smart – Don't start. Konzeption, Implementation und Evaluation einer Kampagne zur Prävention des Rauchens. In: Hausteil KO (Hrsg) Rauchen und Nikotin – Raucherschäden und Primärprävention. Perfusion, Nürnberg, S 106–110
- Siegel M (1998) Mass media antismoking campaigns: a powerful tool for health promotion. Ann Internal Med 129:128–132
- Connolly GN (2000) World's best practice. Mass media campaigns: Australia, UK, USA. Tobacco Control 9:235