

Rauchen

**Handlungsfeld 1: Diabetesrisiko reduzieren****Erwachsene**

Hintergrund

Rauchen von Zigaretten und anderen Tabakprodukten zählt zu den wichtigsten Risikofaktoren für die Entstehung von nichtübertragbaren Erkrankungen, insbesondere für Lungen- und kardiovaskuläre Erkrankungen sowie für Typ-2-Diabetes [1].

Kernaussagen

- ▶ Fast 30 % der Erwachsenen in Deutschland geben im Jahr 2019 an, zu rauchen; Frauen seltener als Männer.
- ▶ Die Prävalenz des Rauchens ist in der unteren und mittleren Bildungsgruppe deutlich höher als in der oberen Bildungsgruppe.
- ▶ Eine Verringerung der Rauchprävalenz hat nach wie vor eine hohe Public-Health-Relevanz.

Abbildung 1: Zeitlicher Verlauf der Prävalenz des Rauchens bei Erwachsenen in % nach Geschlecht in den Jahren zwischen 2003 und 2019 (altersstandardisiert).

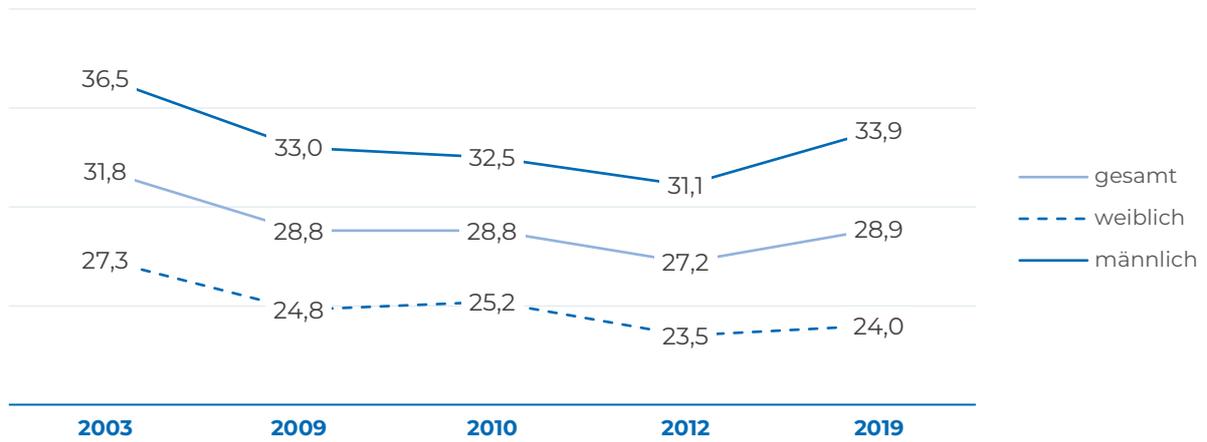


Abbildung 2: Prävalenz des Rauchens bei Erwachsenen in % nach Alter und Geschlecht im Jahr 2019.

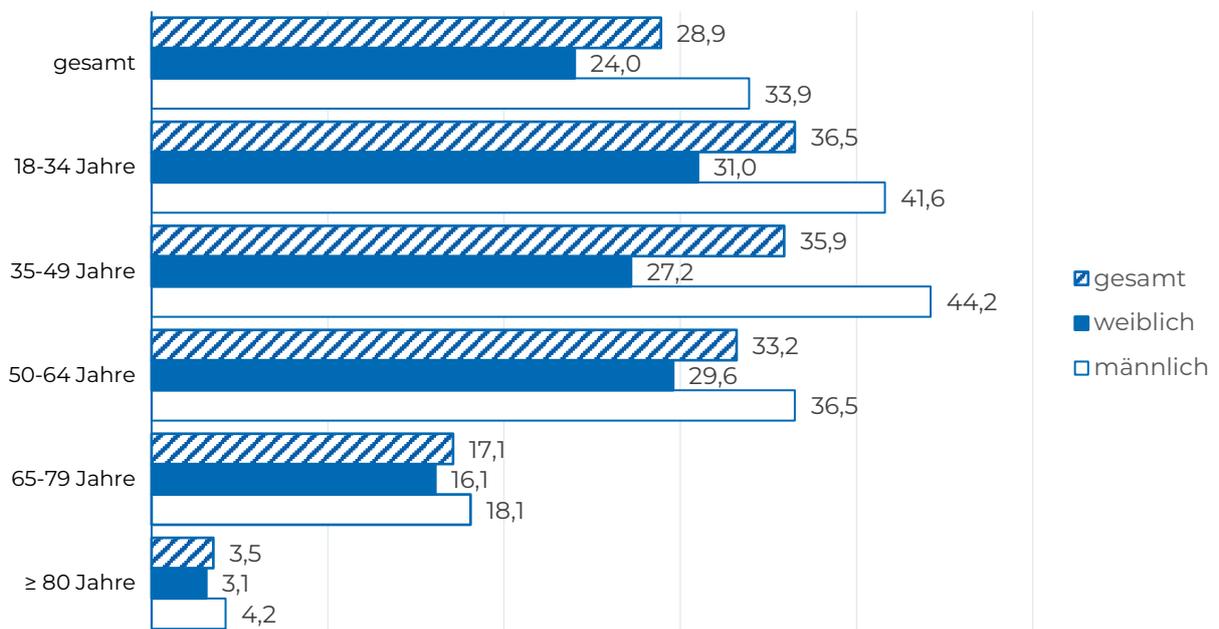


Abbildung 3: Prävalenz des Rauchens bei Erwachsenen in % nach Bildungsgruppe und Geschlecht im Jahr 2019.

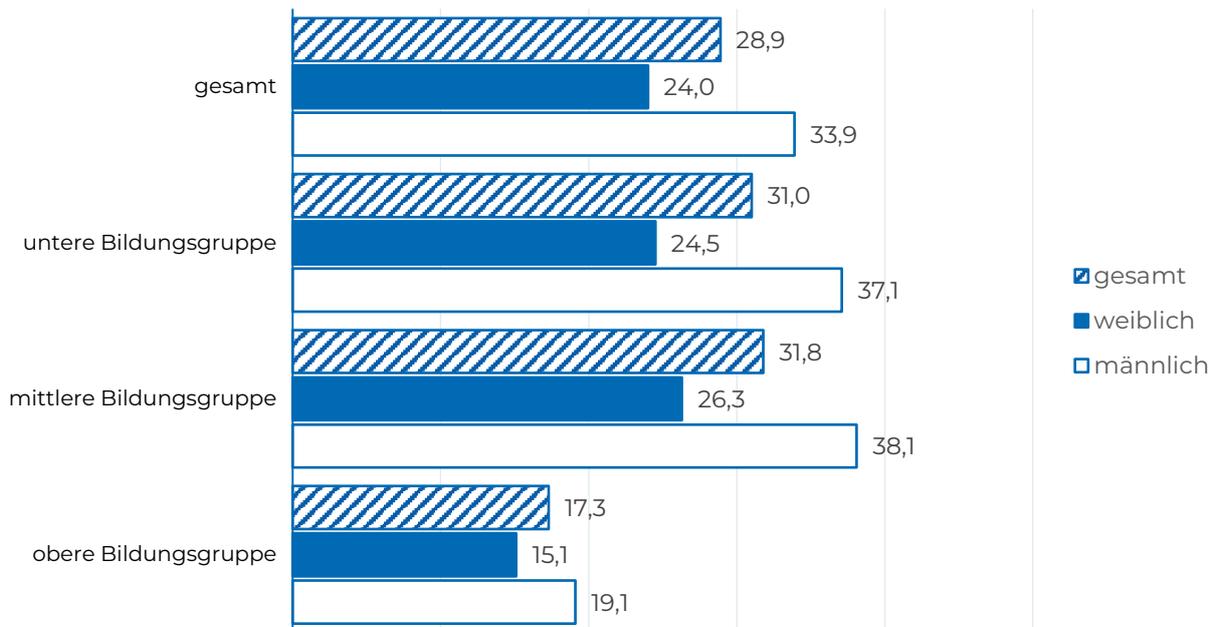
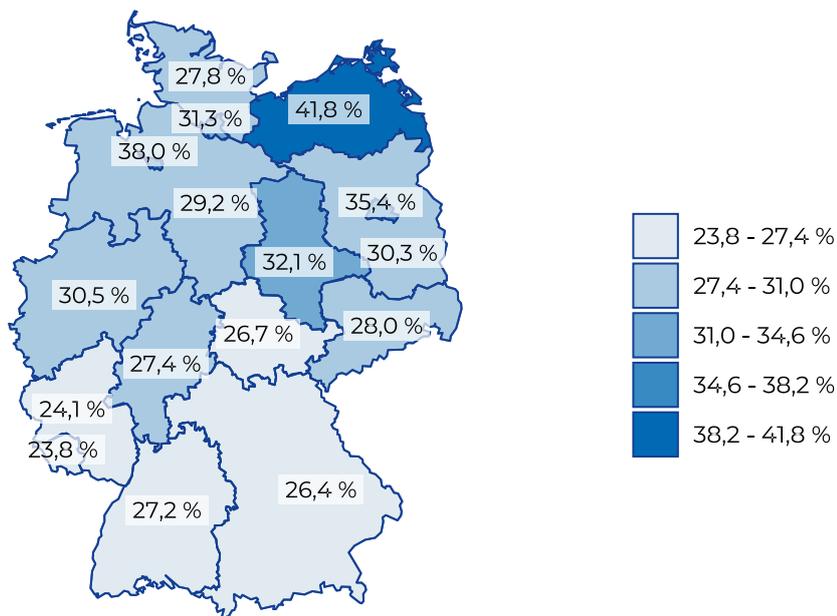


Abbildung 4: Prävalenz des Rauchens bei Erwachsenen in % nach Bundesland und Geschlecht im Jahr 2019.



Ergebnisse

Die Prävalenz des Rauchens in der erwachsenen Bevölkerung im Jahr 2019 beträgt 28,9 % (Frauen: 24,0 %; Männer: 33,9 %). Im jüngeren oder mittleren Alter ist diese deutlich höher und sinkt mit dem Alter. Erwachsene in der unteren (31,0 %) und mittleren Bildungsgruppe (31,8 %) rauchen häufiger als Personen in der oberen Bildungsgruppe (17,3 %). Regional betrachtet weisen Mecklenburg-Vorpommern (41,8 %) und Berlin (35,4 %) mit den höchsten sowie das Saarland (23,8 %), Rheinland-Pfalz (24,1 %) und Bayern (26,4 %) mit den niedrigsten Prävalenzen von der Gesamtprävalenz in Deutschland ab. Über den Zeitraum von 2003 bis 2019 hat die Rauchprävalenz bei Erwachsenen in Deutschland insgesamt abgenommen.

Fazit

Trotz eines Rückgangs der Rauchprävalenz in Deutschland in den letzten Jahren [2, 3] geben insgesamt immer noch fast 30 % der Erwachsenen an, täglich oder gelegentlich zu rauchen. Deshalb stellen weitere Anstrengungen in der Tabakprävention, Rauchentwöhnung und Tabakkontrollpolitik wichtige Public-Health-Maßnahmen zur Risikoreduktion von Diabetes und anderen nichtübertragbaren Erkrankungen dar. Diese sollten auch neuere Formen des Nikotinkonsums wie etwa E-Zigaretten oder (E-)Shishas mitberücksichtigen.

Methodik und Datenquellen

Definition

Der Indikator Rauchen ist definiert als Anteil der Personen, die täglich oder gelegentlich Tabakprodukte rauchen, in der Bevölkerung.

Operationalisierung

Erfassung des Rauchverhaltens basierend auf Selbstangaben. Tägliches oder gelegentliches Rauchen wurde als Rauchen gewertet:

- ▶ „*Rauchen Sie zur Zeit - wenn auch nur gelegentlich?*“ (Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (GSTel03), Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) 2009, GEDA 2010, GEDA 2012)
 - Ja, täglich
 - Ja, gelegentlich
 - Nein, nicht mehr
 - habe noch nie geraucht

- ▶ „*Rauchen Sie Tabakprodukte, einschließlich Tabakerhitzer? Bitte schließen Sie elektronische Zigaretten aus oder ähnliche Produkte aus.*“ (Gesundheit in Deutschland aktuell/European Health Interview Survey 2019/2020 (GEDA 2019/2020-EHIS))
 - Ja, täglich
 - Ja, gelegentlich
 - Nein, nicht mehr
 - Ich habe noch nie geraucht

Bezugspopulation

Deutschsprachige Wohnbevölkerung in Deutschland, Alter ab 18 Jahren.

Datenquelle

Bundesweite Befragungssurveys 2002/03 (GSTel03), 2008/2009 (GEDA 2009), 2009/2010 (GEDA 2010), 2012/2013 (GEDA 2012) des Robert Koch-Instituts (RKI) basierend auf Telefonstichprobe (Festnetz) und 2019/2020 (GEDA 2019/2020-EHIS) basierend auf Telefonstichprobe (Festnetz und Mobilfunk) sowie Erhebung durch telefonische Befragung [3, 4].

Fallzahl

- ▶ GSTel03: n = 8.318
- ▶ GEDA 2009: n = 21.262
- ▶ GEDA 2010: n = 22.050
- ▶ GEDA 2012: n = 19.294
- ▶ GEDA 2019/2020-EHIS: n = 22.708

Berechnung

- ▶ **Beschreibung:** Für den Indikator werden die Kennziffern für gesamt, Frauen und Männer sowie jeweils stratifiziert nach Altersgruppe, Wohngebiet und Bildung angegeben, soweit die Fallzahl für die Kennziffer ≥ 5 ist und die statistische Unsicherheit in der Schätzung der Kennziffer als nicht zu groß angesehen wird (d.h. Variationskoeffizient $\leq 33,5\%$).
- ▶ **Stratifizierung:** Die geographische Einordnung des Wohnsitzes der teilnehmenden Person erfolgte nach Bundesland. Der Bildungsstatus wurde anhand des Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations (CASMIN)-Indexes bestimmt, in den Angaben zu schulischer und beruflicher Ausbildung eingehen und der die Einteilung in eine untere, mittlere und obere Bildungsgruppe ermöglicht.
- ▶ **Gewichtung:** Um Abweichungen der Surveys von der zugrundeliegenden Bezugspopulation aufgrund von unterschiedlicher Teilnahmebereitschaft oder Auswahlwahrscheinlichkeit zu korrigieren, wurde für die Berechnung des Indikators in den einzelnen Surveys jeweils ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese passen die Surveys an die Bevölkerungsstruktur der Bezugspopulation hinsichtlich Geschlecht, Alter und Bundesland zum 31.12.2002 (GSTel03), 31.12.2007 (GEDA 2009), 31.12.2008 (GEDA 2010) und 31.12.2011 (GEDA 2012) sowie hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Kreistyp zum 31.12.2019 (GEDA 2019/2020-EHIS) sowie an die Bildungsverteilung im Mikrozensus 2001 (GSTel03), 2007 (GEDA 2009), 2008 (GEDA 2010), 2011 (GEDA 2012) und 2017 (GEDA 2019/2020-EHIS) an.
- ▶ **Altersstandardisierung:** Es erfolgt eine Altersstandardisierung mit der Referenzpopulation erwachsene Wohnbevölkerung Deutschlands zum 31.12.2019.

Datenqualität

Die RKI-Befragungssurveys (GEDA) liefern repräsentative Ergebnisse für die deutschsprachige Wohnbevölkerung Deutschlands ab 18 Jahren. Wie bei allen bevölkerungsbezogenen Studien ist davon auszugehen, dass schwer kranke und institutionalisierte Personen unterrepräsentiert sind. Darüber hinaus basieren alle Informationen auf Selbstangaben und nicht auf ärztlichen Interviews. Zeitvergleiche der Ergebnisse zwischen der aktuellsten GEDA-Welle und früheren Wellen sollten aufgrund methodischer Unterschiede vorsichtig interpretiert werden.

Datendownload

Robert Koch-Institut. (2024). Ergebnisse der Nationalen Diabetes-Surveillance 2015 – 2024 [Data set]. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.14935276>

Referenzen

1. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S.; 2014. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/>.
2. Hoebel J, Kuntz B, Kroll LE, Finger JD, Zeiher J, Lange C, et al. Trends in Absolute and Relative Educational Inequalities in Adult Smoking Since the Early 2000s: The Case of Germany. *Nicotine Tob Res.* 2017;20(3):295-302. doi: 10.1093/ntr/ntx087.
3. Lampert T, Kroll LE, Kuntz B, Hoebel J. Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland und im internationalen Vergleich: Zeitliche Entwicklungen und Trends. *J Health Monit.* 2018;3(S1):1-26. doi: 10.17886/rki-gbe-2018-019.
4. Starker A, Kuhnert R, Hoebel J, Richter A. Rauchverhalten und Passivrauchbelastung Erwachsener – Ergebnisse aus GEDA 2019/2020-EHIS. *J Health Monit.* 2022;7(3):7-22. doi: 10.25646/10290.

Weiterführende Links

- ▶ Robert Koch-Institut. Informationen zur Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) 2024 [cited 30.01.2025]. Available from: <http://www.rki.de/geda>.

Impressum

Herausgeber

Robert Koch-Institut · Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
 Nationale Diabetes-Surveillance · Nordufer 20 · 13353 Berlin

Zitierweise

Nationale Diabetes-Surveillance am Robert Koch-Institut (2024)
 Ergebnisse der Diabetes-Surveillance 2015 – 2024. Rauchen – Erwachsene.
 Robert Koch-Institut, Berlin. doi: 10.25646/12257.

Open access

[CC BY 4.0 Lizenzvertrag Namensnennung 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Förderungshinweis

Das Projekt zum Aufbau einer Nationalen Diabetes-Surveillance am Robert Koch-Institut mit Erweiterung zu einer NCD-Surveillance (2015 – 2024) wurde gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit (Förderkennzeichen: GE20150323, GE20190305, 2522DIA700, 2523DIA002).

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages