

Rauchen

**Handlungsfeld 1: Diabetesrisiko reduzieren****Kinder und Jugendliche**

Hintergrund

Rauchen zählt zu den wichtigsten Risikofaktoren für die Entstehung von chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten, insbesondere für Krebs, Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen, aber auch für Diabetes [1]. Das Risiko für tabakassoziierte Erkrankungen steigt deutlich an, wenn schon im jungen Alter mit dem Rauchen begonnen wird, weil der jugendliche Organismus besonders anfällig für Schädigungen durch die Schadstoffe aus dem Tabakrauch ist [2]. Darüber hinaus zeigen Studien, dass ein früher Raucheinstieg auch zu einer stärkeren Tabakabhängigkeit führt und die Chance eines erfolgreichen Rauchausstiegs im späteren Leben vermindert [3].

Kernaussagen

- ▶ Etwa 7 von 100 Mädchen und Jungen im Alter zwischen 11 und 17 Jahren rauchen.
- ▶ Im Zeitverlauf hat die Rauchprävalenz bei Kindern und Jugendlichen deutlich abgenommen.
- ▶ Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die rauchen.

Abbildung 1: Zeitliche Entwicklung der Prävalenz von Rauchen bei Kindern und Jugendlichen (11 – 17 Jahre) in % nach Geschlecht zwischen 2004 und 2015.

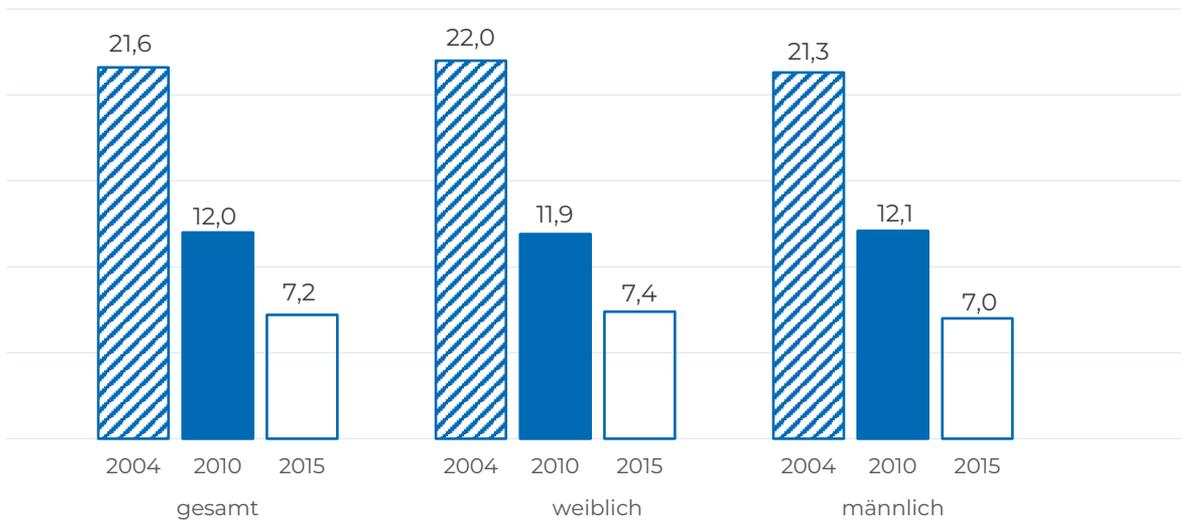


Abbildung 2: Prävalenz von Rauchen bei Kindern und Jugendlichen (11 – 17 Jahre) in % nach Alter und Geschlecht im Jahr 2015.

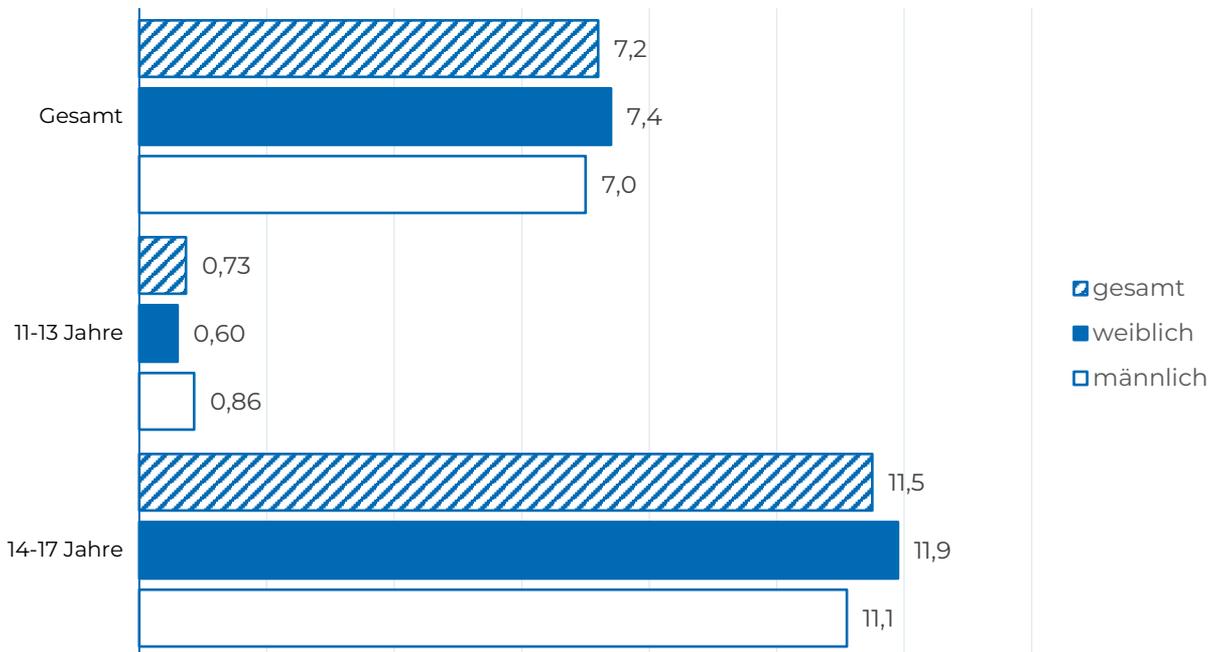


Abbildung 3: Prävalenz von Rauchen bei Kindern und Jugendlichen (11 – 17 Jahre) in % nach Bildungsgruppe und Geschlecht im Jahr 2015.

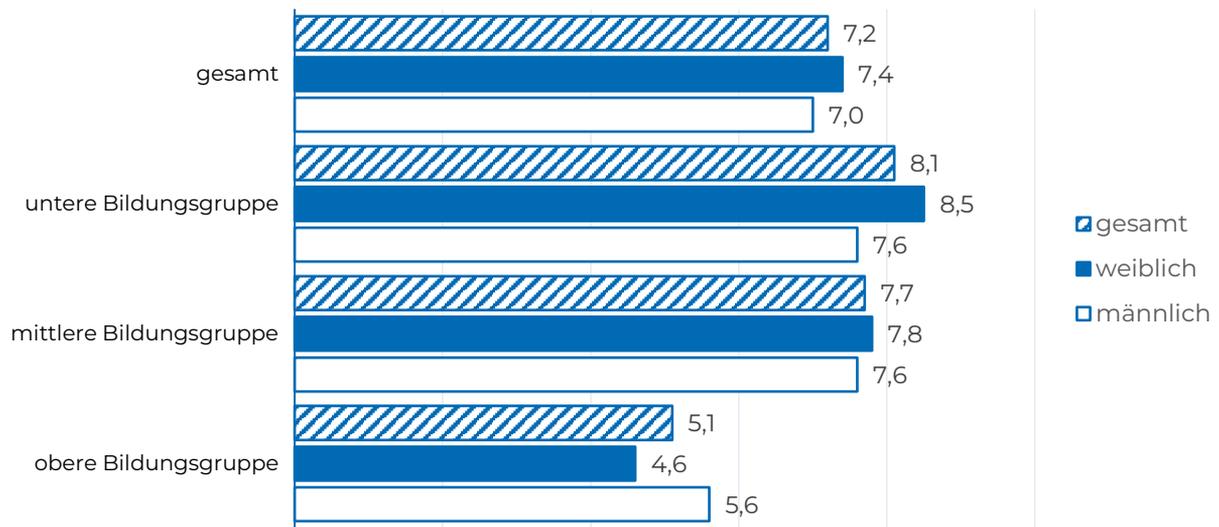
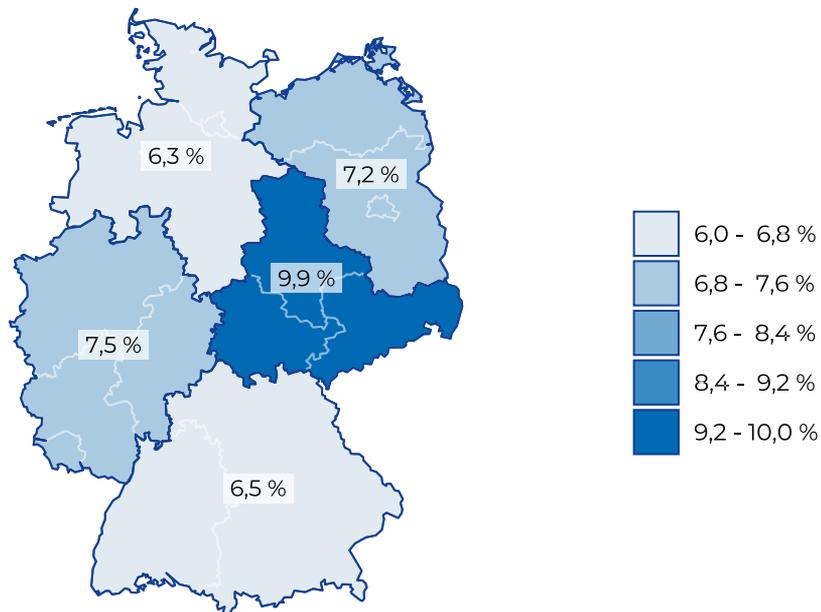


Abbildung 4: Prävalenz von Rauchen bei Kindern und Jugendlichen (11 – 17 Jahre) in % nach Region (Nordost, Nordwest, Mitte-Ost, Mitte-West, Süden) im Jahr 2015.



Ergebnisse

Im Jahr 2015 rauchen 7,2 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren (Mädchen: 7,4 %, Jungen: 7,0 %). 2004 waren es in dieser Altersgruppe mit 21,6 % noch dreimal so viele. Nach Altersgruppen betrachtet fällt auf, dass bei 14- bis 17-Jährigen die Rauchprävalenz mit 11,5 % deutlich höher ist als bei 11- bis 13-Jährigen mit 0,7 %. Die aufgezeigten altersspezifischen Muster zeigen sich bei beiden Geschlechtern. Hinsichtlich der elterlichen Bildung und der Wohnregion sind 2015 keine ausgeprägten Unterschiede im Rauchverhalten bei Kindern und Jugendlichen zu beobachten.

Fazit

Zwar hat die Rauchprävalenz im späten Kindes- und Jugendalter im Zeitverlauf abgenommen, dennoch rauchte im Jahr 2015 in Deutschland im Alter zwischen 11 und 17 Jahren jede bzw. jeder Vierzehnte [4]. Ein Zusammenhang der Rauchprävalenz mit der Bildung der Eltern ist nicht zu erkennen, jedoch werden deutliche Unterschiede im Rauchverhalten in Abhängigkeit von der besuchten weiterführenden Schulform zuungunsten von Schülerinnen und Schülern an Haupt-, Real- und Gesamtschulen berichtet [5]. Ein wichtiges Ziel in der Diabetesprävention bleiben daher weiterhin Maßnahmen zur Förderung der Rauchabstinenz von Kindern und Jugendlichen, wie es im Rahmen des nationalen Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“ [6] vorgesehen ist. Auch sollten hier neuere Formen des Nikotinkonsums wie E-Zigaretten oder (E-)Shishas mitbedacht werden.

Methodik und Datenquellen

Definition

Der Indikator Rauchen ist definiert als Anteil der Kinder und Jugendlichen, die täglich oder gelegentlich rauchen, in der Bevölkerung.

Operationalisierung

Erfassung des Rauchverhaltens basierend auf Selbstangaben der Kinder und Jugendlichen im Alter zwischen 11 und 17 Jahre.

Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS)

Basiserhebung, KiGGS Welle 2:

- ▶ „Rauchst du zurzeit?“
 - „Nein“, „Täglich“, „Mehrmals pro Woche“, „Einmal pro Woche“, „Seltener“.

KiGGS Welle 1:

- ▶ „Hast du schon einmal geraucht?“
 - „ja“, „nein“. Bei „ja“ wurde anschließend gefragt „Wie oft rauchst du zurzeit?“ – „Täglich“, „Mehrmals pro Woche“, „Einmal pro Woche“, „Seltener als einmal pro Woche“, „Gar nicht“.
- ▶ Rauchen wird definiert als Angabe „Täglich“, „Mehrmals pro Woche“, „Einmal pro Woche“ oder „Seltener“ (KiGGS-Basiserhebung, KiGGS Welle 2) bzw. „Seltener als einmal pro Woche“ (KiGGS Welle 1)

Bezugspopulation

Kinder und Jugendliche mit ständigem Wohnsitz in Deutschland, Alter 11-17 Jahre.

Datenquelle und Fallzahl

Bundesweite Befragungs- und Untersuchungssurveys 2003 – 2006 (KiGGS-Basiserhebung), 2009 – 2012 (KiGGS Welle 2) und 2014 – 2017 (KiGGS Welle 2) des Robert Koch-Instituts (RKI) basierend auf Einwohnermeldeamtsstichprobe und Erhebung durch Selbstausfüllfragebogen.

- ▶ KiGGS-Basiserhebung: n = 17.641, davon 6.729 im Alter zwischen 11 und 17 Jahren
- ▶ KiGGS Welle 1 (Querschnittserhebung): 12.368, davon 4.944 im Alter zwischen 11 und 17 Jahren
- ▶ KiGGS Welle 2 (Querschnittserhebung): n = 15.023, davon 4.747 im Alter zwischen 11 und 17 Jahre

Berechnung

- ▶ **Beschreibung:** Für den Indikator werden die Kennziffern für gesamt, Mädchen und Jungen sowie jeweils stratifiziert nach Altersgruppe, Wohnregion und höchstem Bildungsstand der Eltern 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 in der Regel $\leq 33,5\%$).
- ▶ **Stratifizierung:** Die geographische Einordnung des Wohnsitzes der teilnehmenden Person erfolgte nach Bundesland/Region (Nord-Ost, Nord-West, Mitte-Ost, Mitte-West und Süden). Der Bildungsstatus der Eltern 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 jeweils zugrundeliegenden Bezugspopulation aufgrund von unterschiedlicher Teilnahmebereitschaft oder Auswahlwahrscheinlichkeit zu korrigieren, wurde für die Berechnung des Indikators in der KiGGS-Basiserhebung, KiGGS Welle 1 und KiGGS Welle 2 jeweils ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese passen die Surveys an die Bevölkerungsstruktur der Bezugspopulation hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und deutscher Staatsangehörigkeit (ja/nein) zum 31.12.2004 (Basiserhebung), 31.12.2010 (Welle 1) und 31.12.2015 (Welle 2) sowie an die Bildungsverteilung der Eltern im Mikrozensus 2005 (Basiserhebung), 2009 (Welle 1) und 2013 (Welle 2) an. In KiGGS Welle 1 wurde bei der Gewichtung zusätzlich die unterschiedliche Teilnahmewahrscheinlichkeit von Wiederteilnehmenden aus der KiGGS-Basiserhebung berücksichtigt.

Datenqualität

Die RKI-Surveys für Kinder und Jugendliche liefern repräsentative Ergebnisse für die 0- bis 17-jährige Wohnbevölkerung Deutschlands. Dabei ist es durch unterschiedliche Maßnahmen gelungen (u. a. Oversampling von Kindern und Jugendlichen ohne deutsche Staatsangehörigkeit), auch die Gruppe der Migrantinnen und Migranten annähernd entsprechend ihres Anteils in der Bevölkerung in die KiGGS-Studie einzuschließen. Dennoch sind künftig weitere Anstrengungen insbesondere für Kinder und Jugendlichen mit geringen Deutschkenntnissen notwendig.

Datendownload

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

Referenzen

1. GBD 2015 Tobacco Collaborators. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990-2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2017;389(10082):1885-906. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30819-X.
2. US Department of Health and Human Services. Preventing tobacco use among youth and young adults: A report of the Surgeon General. Atlanta: GA: 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; 2012 [cited 21.06.2021]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK99237/>.
3. Garcia-Rodriguez O, Blanco C, Wall MM, Wang S, Jin CJ, Kendler KS. Toward a comprehensive developmental model of smoking initiation and nicotine dependence. *Drug Alcohol Depend*. 2014;144:160-9. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2014.09.002.
4. Zeiher J, Starker A, Kuntz B. Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *J Health Monit*. 2018;3(1):40-6. doi: 10.17886/RKI-GBE-2018-008.
5. Kuntz B, Lampert T. Educational differences in smoking among adolescents in Germany: what is the role of parental and adolescent education levels and intergenerational educational mobility? *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10(7):3015-32. Epub 20130719. doi: 10.3390/ijerph10073015.
6. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Nationales Gesundheitsziel Tabakkonsum reduzieren. Berlin: BMG; 2015 [cited 26.11.2024]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsziel_e/Broschuere_Nationales_Gesundheitsziel_-_Tabakkonsum_reduzieren.pdf.

Weiterführende Links

- ▶ Robert Koch-Institut. Informationen zur Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) 2024 [cited 30.01.2025]. Available from: <http://www.rki.de/kiggs>.

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–Kinder und Jugendliche.
Robert Koch-Institut, Berlin. doi: 10.25646/12273.

Open access

CC BY 4.0 Lizenzvertrag Namensnennung 4.0 International

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