



Beiträge zur
Gesundheitsberichterstattung
des Bundes

**Bundes-Gesundheitssurvey:
Soziale Unterschiede im Rauchverhalten und
in der Passivrauchbelastung in Deutschland**



Beiträge zur
Gesundheitsberichterstattung
des Bundes

**Bundes-Gesundheitssurvey:
Soziale Unterschiede im Rauchverhalten und
in der Passivrauchbelastung in Deutschland**

Alexander Schulze, Thomas Lampert

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie.

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Robert Koch-Institut
Gesundheitsberichterstattung
Seestraße 10
13353 Berlin

Autoren

Alexander Schulze
Deutsches Krebsforschungszentrum
Heidelberg
Thomas Lampert
Robert Koch-Institut, Berlin

E-Mail: gbe@rki.de
www.rki.de
Tel.: 018 88. 754-34 00
Fax: 018 88. 754-35 13

Satz

Fotosatz Voigt, Berlin

Druck

Mercedes-Druck, Berlin
gedruckt auf PROFIsilk, tcf

ISBN

3-89606-161-5

Inhaltsverzeichnis

1	Gesundheitspolitische Relevanz	5
2	Sozialhistorische Entwicklung des Tabakkonsums	6
2.1	Entwicklung des Tabakverbrauchs in Deutschland	6
2.2	Sozialer Wandel des Tabakkonsums	8
3	Individuelle und gesellschaftliche Konsequenzen des Tabakkonsums ..	10
3.1	Tabakassoziierte Krankheits- und Beschwerdebilder	10
3.2	Tabakkonsum und vorzeitige Sterblichkeit	13
3.3	Ökonomische Konsequenzen des Tabakkonsums in Deutschland	13
4	Aktueller Forschungsstand	15
5	Datenbasis und Methodik	19
5.1	Erhebung des Rauchverhaltens und der Passivrauchexposition	19
5.2	Messung der Sozialindikatoren	21
6	Soziale Unterschiede im Rauchverhalten	23
6.1	Prävalenz des Rauchens	23
6.2	Zigarettenverbrauch	27
6.3	Einstiegsverhalten	31
6.4	Ausstiegsverhalten	38
6.5	Spezifizierung sozialer Risikogruppen	44
7	Soziale Unterschiede in der Passivrauchbelastung	46
7.1	Verbreitung von Passivrauchbelastungen	46
7.2	Spezifizierung sozialer Risikogruppen	52
8	Ausblick	54
	Literatur	56
	Tabellenverzeichnis	60
	Abbildungsverzeichnis	60

1 Gesundheitspolitische Relevanz

Der Tabakkonsum stellt am Anfang des 21. Jahrhunderts das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko in den entwickelten Industrienationen dar. Viele schwerwiegende Erkrankungen treten bei Rauchern und tabakrauchbelasteten Nichtraucherern weitaus häufiger als bei nicht exponierten Personen auf, u.a. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen und bösartige Neubildungen. Ein Teil der mit dem Tabakkonsum assoziierten Erkrankungen nimmt einen chronischen Verlauf und zieht langwierige Behandlungsprozesse und Einschränkungen der individuellen Lebensqualität nach sich.

Die gesellschaftlichen Kosten des aktiven und passiven Tabakkonsums ergeben sich vor allem aus dem erhöhten Behandlungs- und Versorgungsbedarf sowie Produktionsausfällen infolge von Krankenschreibungen und Arbeitsunfähigkeit von Rauchern. Den deutlichsten Ausdruck der individuellen und gesellschaftlichen Folgeschäden findet der Tabakkonsum in der vorzeitigen Sterblichkeit. Allein in Deutschland sterben Schätzungen zufolge jedes Jahr 100.000 bis 140.000 Menschen vorzeitig an Erkrankungen, die auf das Rauchen zurückzuführen sind. Weltweit sind es nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bis zu 5 Millionen Menschen jährlich.

Vor diesem Hintergrund stellt eine nachhaltige Verringerung des Tabakkonsums eine zentrale gesundheitspolitische Herausforderung dar, der nur entsprochen werden kann, wenn verschiedene Maßnahmen kombiniert und aufeinander abgestimmt werden. Der Erfolg bevölkerungsbezogener Interventionen, die den Einstieg in den Tabakkonsum verhindern, den Ausstieg fördern und vor Passivrauchen schützen, hängt entscheidend davon ab, ob die fokussierten Zielgruppen auch erreicht werden. Dies setzt eine möglichst genaue Definition dieser Zielgruppen und der mit den Interventionen verbundenen Absichten voraus. Für die Tabakprävention und Tabakkontrollpolitik sind Informationen erforderlich, die Auskunft über die Verbreitung des Tabakkonsums in Deutschland geben und zugleich auf bevölkerungsgruppenspezifische Unterschiede in den Konsumgewohnheiten hinweisen.

Ähnlich wie in anderen Industrieländern wird auch in Deutschland beobachtet, dass in den sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen zunehmend mehr geraucht wird, während der Anteil der Raucher in den sozial besser gestellten Gruppen eher rückläufig ist. Wenn vermehrt in den sozial schwachen Bevölkerungsgruppen geraucht wird, dann müssen diese in den Mittelpunkt der Tabakprävention und Tabakkontrollpolitik gestellt und entsprechende Zugangswege erschlossen werden. Andernfalls muss mit einer Verfestigung oder sogar Ausweitung der ohnehin stark ausgeprägten gesundheitlichen Ungleichheit – deren Verringerung sowohl für die WHO als auch die Bundesregierung ein wichtiges Gesundheitsziel darstellt – gerechnet werden.

Der vorliegende Beitrag befasst sich mit der Frage, welche sozialen Unterschiede im Tabakkonsum und in der Verteilung von Passivrauchbelastungen beobachtbar sind. Dazu werden Analysen auf der Basis von Daten des Bundes-Gesundheits-surveys 1998 durchgeführt. Der Survey liefert bundesweit repräsentative Informationen zum Tabakkonsum und ermöglicht zudem bevölkerungsgruppenspezifische Betrachtungen anhand von Merkmalen wie Einkommen, Bildung, Berufsstatus, Familienstand, Alter und Geschlecht. Um die Untersuchungsergebnisse einordnen und gesundheitspolitische Schlussfolgerungen ziehen zu können, wird vorab näher auf die sozialhistorische Entwicklung sowie die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Konsequenzen des Tabakkonsums eingegangen. Außerdem werden der aktuelle Forschungsstand und die zugrunde gelegte Datenbasis beschrieben.

2 Sozialhistorische Entwicklung des Tabakkonsums

Die Verbreitung des Rauchens weist eine lange Entwicklungsgeschichte auf (Tab. 2.1). Bereits vor 10.000 Jahren wurde Tabak in Nord- und Mittelamerika für kultische Zwecke, z.B. zur Opferdarbringung, für Regen- und Kriegszauber oder zur Bekräftigung von Verträgen und Freundschaften, genutzt. Nach der Entdeckung Amerikas im Jahr 1492 wurde die Tabakpflanze auch in Europa bekannt und bereits kurz darauf in vielen Regionen angebaut. Ein französischer Gesandter mit dem Namen Jan Nicot führte den Tabak im ausgehenden 16. Jahrhundert am portugiesischen Hof, zunächst als Heilmittel, ein. Ihm zu Ehren erhielt

Tabelle 2.1
Kulturgeschichtliche und gesellschaftspolitische Aspekte des Tabakgebrauchs

Quelle: Hess 1987; International Agency for Research on Cancer 2004; US Department of Health and Human Services 1997a

Jahr	Ereignis
1492	Columbus entdeckt Amerika
1550	Tabak wird in Europa bekannt und angebaut
1600	Tabak wird in Deutschland eingeführt
1884	Erfindung der ersten Maschine zur industriellen Produktion von Zigaretten
1913	Einführung und Massenvermarktung der Zigarettenmarke »Camel«
1914–18	Soldaten erhalten Zigaretten im Ersten Weltkrieg als Rationen zugeteilt
1928	Frauen werden zur Zielgruppe der Tabakwerbung
1936	Erste deutschsprachige Publikation zu »Tabak und Gesundheit«
1939–45	Massenversorgung von Soldaten mit Zigaretten im Zweiten Weltkrieg
1950	Erste internationale Publikation zum Thema »Tabakkonsum und Morbidität«
1964	Der »U.S. Surgeon General's Report on Smoking and Health« erscheint
1977	Verbot von Tabakwerbung im deutschen Rundfunk und Fernsehen
1986	Der »U.S. Surgeon General's Report on Involuntary Smoking« erscheint
2003	»WHO Framework Convention on Tobacco Control« wird verabschiedet

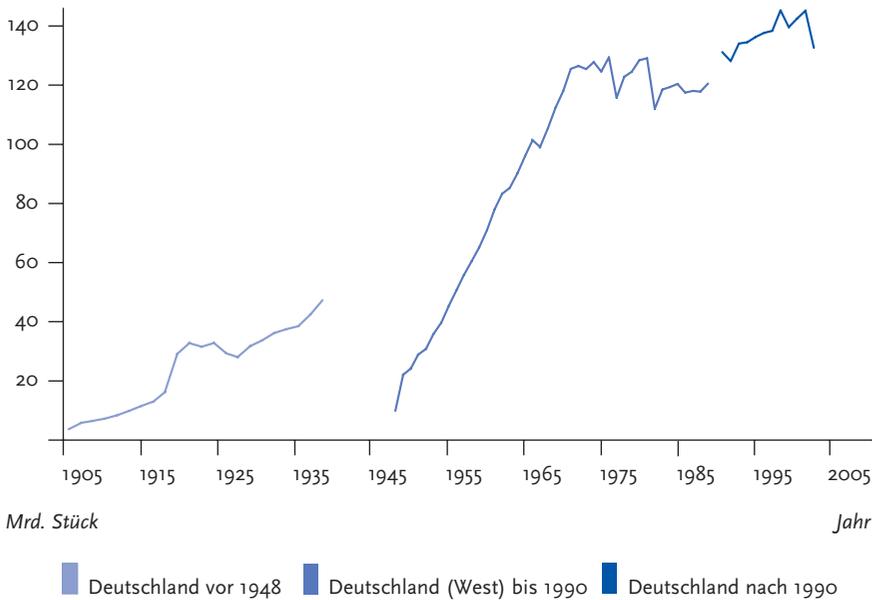
das Hauptalkaloid des Tabaks im Jahr 1828 die Bezeichnung Nicotin [Hess 1987].

Eine starke Verbreitung erfuhr der Tabakkonsum in Deutschland bereits während des Dreißigjährigen Krieges (1618 – 1648). Die ersten Versuche einer politischen Regulation lassen sich an Rauchverböten in Bayern, Kursachsen und Österreich im späten 17. Jahrhundert festmachen. Später folgten Berlin (1723), Stettin (1744) und Preußen (1764) mit ähnlichen Tabakakten [Proctor 2000]. Im 19. Jahrhundert erfuhren die zunächst vor allem moralisch-religiös motivierten Verbote eine Fortsetzung in einer rationalen Steuerpolitik, mit der Tabak vom ausschließlich individuellen Konsumgut zu einem staatlichen Kapitalmittel wurde. Während im 16. und 17. Jahrhundert vorwiegend Pfeife geraucht wurde, waren im 18. Jahrhundert der Schnupftabak und im 19. Jahrhundert die Zigarre die am stärksten abgesetzten Tabakwaren. Heute werden mehr als 90 % aller Tabakprodukte in Form von Zigaretten konsumiert [Statistisches Bundesamt 2005].

2.1 Entwicklung des Tabakverbrauchs in Deutschland

Die epidemische Verbreitung des Tabakrauchens setzte mit der Entwicklung der maschinell gefertigten und vergleichsweise preisgünstigen Zigarette am Ende des 19. Jahrhunderts ein. Zunächst galt die Zigarette als Statussymbol der besser gestellten Gesellschaftsschichten; sie setzte sich dann jedoch schnell in allen gesellschaftlichen Kreisen durch. Innerhalb eines Jahrhunderts erhöhte sich der Absatz von fabrikfertigen Zigaretten in Deutschland von 6 Milliarden Stück auf 133 Milliarden Stück pro Jahr (Abb. 2.1). Zwischenzeitlich betrug der Zigarettenverbrauch sogar mehr als 140 Milliarden Stück pro Jahr [Statistisches Bundesamt 2000]. Damit überstieg der Zigarettenabsatz am Ende des 20. Jahrhunderts den zu Beginn um mehr als das 20-fache – bei nicht einmal einer Verdreifachung der Bevölkerungszahl im selben Zeitraum.

Abbildung 2.1
Jährlicher Zigarettenverbrauch in Deutschland 1908–2004 (in Mrd. Stück)
 Quelle: Forey, Wald 2000; Statistisches Bundesamt 2005



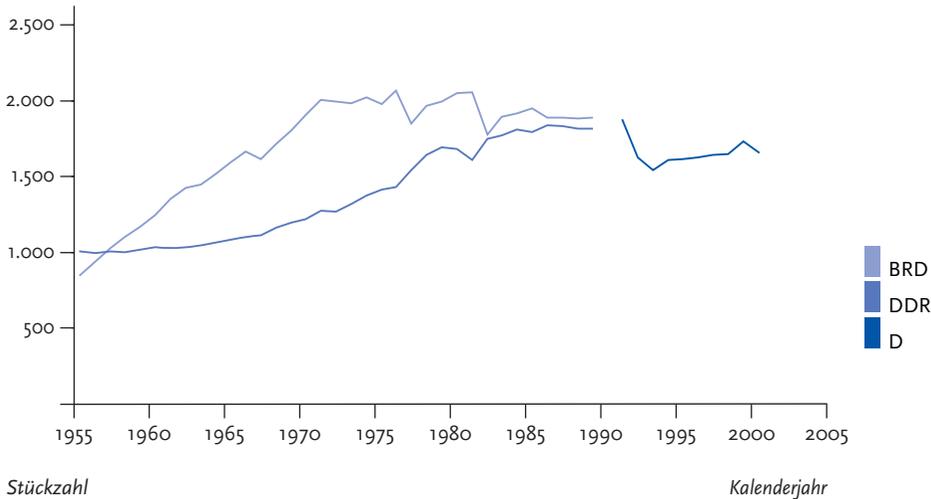
Der enorme Anstieg des Tabakkonsums vor allem seit den 1950er Jahren lässt sich auch am Pro-Kopf-Verbrauch der Bevölkerung nachzeichnen. Während 1897 im Bevölkerungsdurchschnitt 40 Zigaretten geraucht wurden, waren es 1905 bereits 80 Zigaretten und 1915 sogar 290 Zigaretten. Der enorme Anstieg seit 1905 ist im Zusammenhang mit dem Ersten Weltkrieg zu sehen, da Soldaten aller Nationen großzügig mit Zigaretten als Mittel zur Unterdrückung von Müdigkeit und Hungergefühlen sowie zur Erhöhung der Kampfbereitschaft versorgt wurden [Ravenholt 2004].

In den 1930er Jahren stieg der Tabakverbrauch trotz der vorherrschenden Nichtraucherideologie der Nationalsozialisten bis auf 900 Zigaretten pro Kopf an [Forey 2000]. Diese Entwicklung wurde erst durch die schlechte Verfügbarkeit in den letzten Kriegsjahren gebremst. Durch die bis 1949 aufrechterhaltene Rationierung verringerte sich der jährliche Pro-Kopf-Verbrauch bis auf 320 Zigaretten [Proctor 2000].

Seit den 1950er Jahren verlief die Entwicklung des Tabakkonsums im geteilten Deutschland unterschiedlich (Abb. 2.2). Während der Ziga-

rettenverbrauch in der DDR bis in die 1970er Jahre auch im Vergleich zu anderen Ländern als moderat eingestuft werden kann, ist für die neu gegründete Bundesrepublik ein deutlicher Anstieg bis auf 2.042 Zigaretten pro Jahr und Kopf zu verzeichnen. Bis zur Wiedervereinigung ist allerdings eine Angleichung zu beobachten, die vor allem auf einen deutlichen Anstieg des Zigarettenverbrauchs in der DDR zurückzuführen war. Seitdem sind die jährlichen Verbrauchszahlen leicht rückläufig und lagen in Gesamtdeutschland im Jahr 2003 bei 1.607 Stück pro Kopf.

Abbildung 2.2
Jährlicher Pro-Kopf-Zigarettenverbrauch in Deutschland 1955–2003
 Quelle: Thamm, Lampert 2005



2.2 Sozialer Wandel des Tabakkonsums

Die Zunahme des Tabakkonsums kann nur im Zusammenhang mit der gesamtgesellschaftlichen Entwicklung im 20. Jahrhundert verstanden werden. Um den sozialen Wandel des Tabakkonsums zu beschreiben, wurde ein Modell vorgeschlagen, das in enger Anlehnung an gesellschaftliche Modernisierungsprozesse zwischen vier Entwicklungsphasen differenziert, die in den meisten Industrienationen – wenn auch nicht zeitgleich – nachvollzogen werden können (Abb. 2.3).

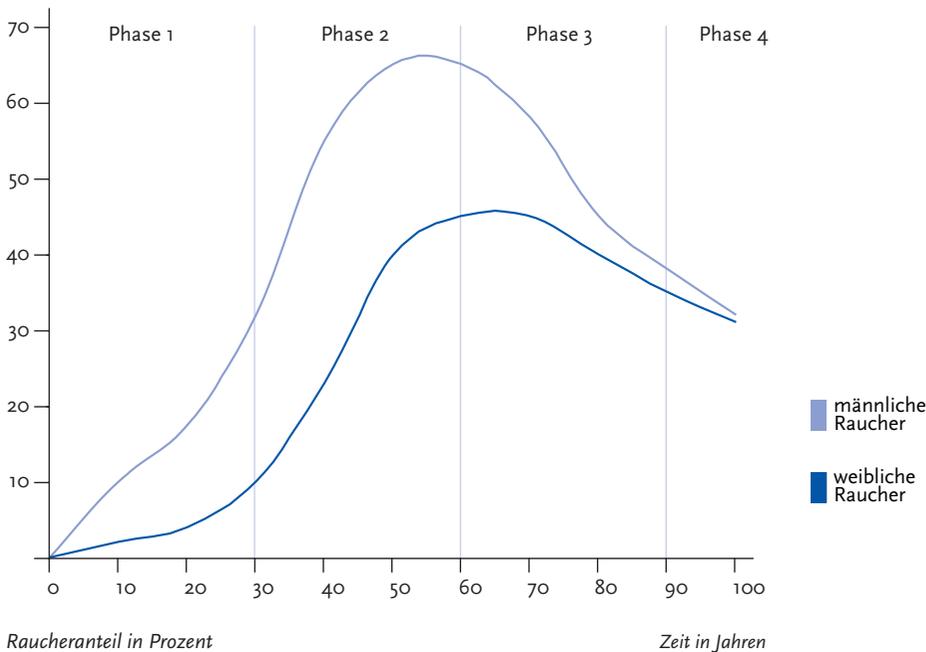
Der Ausgangspunkt wird durch die industrielle Revolution im 19. Jahrhundert und die Verbreitung der Zigaretten als Massenkonsumgut am Anfang des 20. Jahrhunderts vorgegeben (Phase 1). Der Zigarettenverbrauch und der Anteil der Raucher befinden sich auf niedrigem Niveau. In Deutschland beträgt der Zigarettenverbrauch im Bevölkerungsdurchschnitt etwa 100 Stück, wobei vor allem in den besser gestellten Bevölkerungsschichten geraucht wird. Im weiteren Verlauf ist ein Anstieg der männlichen Raucher zu beobachten. Frauen rauchen äußerst selten, was vor dem Hintergrund des damaligen gesellschaftlichen Werte- und Normensystems

und der geschlechtsspezifischen Rollenverteilung zu sehen ist. Das Bild der rauchenden Frau galt in der Öffentlichkeit bis weit ins 20. Jahrhundert hinein als unerwünscht oder gar inakzeptabel. Die gesundheitlichen Folgen des Tabakkonsums sind in dieser Phase noch nicht sichtbar oder werden nicht dem Rauchen zugeschrieben.

Die zweite Phase ist durch eine Expansion des Tabakkonsums charakterisiert. In einzelnen Ländern steigt der Anteil der männlichen Tabakkonsumenten auf 50 bis 80 % an. Durch den einsetzenden Emanzipationsprozess nimmt die Teilhabe von Frauen am öffentlichen Leben zu, was auch zu einer Verringerung des sozialen Drucks zum Nichtrauchen führt. Auch weil die Tabakindustrie Frauen als potenzielle Käuferschicht entdeckt, steigt der Anteil der Raucherinnen sukzessive an, bleibt aber deutlich hinter dem Anteil der Raucher zurück [Amos et al. 2000]. Der jährliche Pro-Kopf-Verbrauch an Zigaretten beträgt in dieser Phase in Deutschland zwischen 500 und 1.000 Stück. In den sozial besser gestellten Bevölkerungsgruppen wird nach wie vor mehr geraucht, die Unterschiede zwischen den sozialen Gruppen werden aber geringer. Gegen Ende dieser Phase sind bei Männern bis zu 10% aller

Abbildung 2.3
Phasen-Modell der Transformation des Tabakkonsums

Quelle: Lopez et al. 1994



Todesfälle auf das Rauchen zurückzuführen, und auch bei Frauen sind erste gesundheitliche Konsequenzen zu beobachten.

In der Mitte des 20. Jahrhunderts geht der Anteil der männlichen Raucher bis auf 40% zurück. Der Tabakkonsum von Frauen nimmt weiter zu, erreicht aber noch nicht das Niveau von Männern. Der Pro-Kopf-Verbrauch an Zigaretten liegt in Deutschland bei etwa 2.000 Stück, in anderen Ländern sogar noch deutlich darüber. Allmählich zeichnet sich eine Verschiebung des Tabakkonsums zu den sozial schlechter gestellten Bevölkerungsgruppen ab. Aufgrund neuerer wissenschaftlicher Erkenntnisse über die gesundheitlichen Gefahren des Rauchens nimmt die Raucherquote vor allem in den besser gebildeten Schichten, insbesondere durch die höhere Bereitschaft eines Rauchstopps, deutlich ab. Bei Männern sind bis zu 30% aller Todesfälle dem Rauchen zuzuschreiben, bei Frauen etwa 5%. Die gesellschaftliche Wahrnehmung des Tabakkonsums verändert sich zunehmend weg vom sozial akzep-

tierten Verhalten hin zu einer gesundheitsschädigenden Angewohnheit.

In der vorerst letzten Phase dieses Transformationsprozesses sind die sozialen Differenzen des Rauchens deutlich ausgeprägt und nehmen zu Ungunsten der sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen weiter zu. Das Zigarettenrauchen ist bei Männern wie Frauen die am häufigsten auftretende vermeidbare Todesursache in den Industrieländern.

3 Individuelle und gesellschaftliche Konsequenzen des Tabakkonsums

Mittlerweile ist unbestritten, dass der Konsum von Zigaretten und anderen Tabakprodukten Abhängigkeit erzeugt und Nikotin der für die Entwicklung der Tabakabhängigkeit entscheidende psychopharmakologische Inhaltsstoff des Tabakrauchs ist [US Department of Health and Human Services 1988; National Institute on Drug Abuse 2001]. Wie die meisten Abhängigkeiten entsteht die Tabakabhängigkeit multifaktoriell, d.h. neben der psychopharmakologischen Wirkung des Nikotins spielen lernpsychologische und soziale Faktoren eine wichtige Rolle [Balfour 1999; Batra 2000].

Erste Anzeichen einer Tabakabhängigkeit können bei Kindern und Jugendlichen bereits innerhalb weniger Wochen nach Beginn eines nur gelegentlichen Zigarettenkonsums auftreten [Di Franza et al. 2000]. Wird über einen längeren Zeitraum nicht geraucht, treten bei abhängigen Rauchern Entzugssymptome wie Schlafstörungen, Konzentrationsschwäche, Nervosität oder vermehrte Unruhe auf [Sass et al. 1996]. Die Tabakabhängigkeit ist der entscheidende Grund für die langfristige Aufrechterhaltung des Rauchens, die niedrigen Erfolgsquoten bei Aufhörversuchen und die häufigen Rückfälle nach anfangs gelungenen Ausstiegen [Benowitz 1988; Di Franza et al. 2000]. Bei Zugrundelegung der Abhängigkeitskriterien der 10. Revision der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) muss davon ausgegangen werden, dass 70 bis 80% aller Raucher tabakabhängig sind [Batra et al. 1997].

3.1 Tabakassoziierte Krankheits- und Beschwerdebilder

Bereits der U.S. Surgeon General's Report on Smoking and Health, der von der amerikanischen Gesundheitsbehörde im Jahr 1964 herausgegeben wurde, spricht von einem Kausalzusammenhang zwischen Tabakkonsum und verschiedenen Krankheiten und Gesundheitsstörungen [US Department of Health and Human Services 1964]. Die seitdem veröffentlichten Berichte und Über-

blicksarbeiten belegen einen ursächlichen Einfluss des Rauchens auf mehr als 40 zum Teil schwerwiegende und tödlich verlaufende Krankheiten, darunter Krebs-, Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen (Tab. 3.1) [International Agency for Research on Cancer 1986, 2003; US Department of Health and Human Services 1989, 2001]. Um das Gefährdungspotenzial des Tabakkonsums zu beurteilen, kann neben epidemiologischen Erkenntnissen mittlerweile auch auf ein umfangreiches Wissen über die toxischen Auswirkungen einer Vielzahl der 4.000 partikel- und gasförmigen Substanzen im Tabakrauch zurückgegriffen werden [Environmental Protection Agency 1993; Hecht 2002; Pfeifer et al. 2002]. Für die etwa 40 kanzerogenen Stoffe, die im Tabakrauch nachgewiesen werden können, existiert kein unterer Schwellenwert, bei dem davon ausgegangen werden könnte, dass diese gesundheitsunschädlich sind [Marquardt et al. 1994; Wiebel 1999].

Mehr als 20% aller Krebserkrankungen werden in Deutschland auf das Rauchen zurückgeführt. Insbesondere die Entwicklung von Lungenkrebs ist durch den Tabakkonsum bedingt. In Deutschland sind bis zu 90% aller Lungenkrebsfälle bei Männern (jährlich 28.600 tabakassoziierte Neuerkrankungen) und 60% bei Frauen (jährlich 6.200 tabakassoziierte Neuerkrankungen) auf das aktive Rauchen zurückzuführen [Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland et al. 2004; Becker et al. 1998]. In Abhängigkeit vom täglichen Zigarettenkonsum haben Raucher im Vergleich zu Nichtrauchern ein deutlich erhöhtes Lungenkrebsrisiko: Bei einem täglichen Zigarettenverbrauch von weniger als 15 Zigaretten ein etwa 8-faches Risiko, bei 15 bis 24 Zigaretten ein 13-faches Risiko und bei einem Konsum von mehr als 25 Zigaretten pro Tag ein 25-faches Lungenkrebsrisiko [Doll et al. 1994; Doll, Peto 1976]. Die Wahrscheinlichkeit, Lungenkrebs zu entwickeln, steigt dabei in Abhängigkeit von der Dauer des Tabakkonsums im Lebensverlauf und in Abhängigkeit vom Einstiegsalter deutlich an [Garfinkel, Stellman 1988; US Department of Health and Human Services 1997b].

Tabelle 3.1

Rauchverursachte Krankheiten und Gesundheitsstörungen

Quelle: International Agency for Research on Cancer 2004; US Department of Health and Human Services 2004

Rauchverursachte Krankheiten und Beschwerden	
Entwicklungsstörungen	
	Unfruchtbarkeit (bei Frauen) Schwangerschaftskomplikationen
Atemwegserkrankungen	
	Chronische Bronchitis Lungenentzündung Reduzierte Lungenfunktionswerte
Krebserkrankungen	
	Harnleiterkrebs Blasenkrebs Gebärmutterhalskrebs Speiseröhrenkrebs Nierenkrebs Kehlkopfkrebs Leukämie Lungenkrebs Mundhöhlenkrebs Bauchspeicheldrüsenkrebs Magenkrebs
Herz- und Gefäßerkrankungen	
	Bauchaortenaneurysma Arteriosklerose Zerebrovaskuläre Erkrankungen Koronare Herzerkrankungen
Außerdem	
	Grauer Star (bei Frauen) Niedrige Knochendichte (bei Frauen nach der Menopause) Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür

Während in Deutschland bei Männern die höchsten Lungenkrebsinzidenzen Mitte der 1970er und Ende der 1980er Jahre erreicht wurden und seitdem rückläufig sind, nimmt die Zahl der Neuerkrankungen bei Frauen weiter zu (Abb. 3.1). Diese unterschiedlichen Trendentwicklungen können hauptsächlich auf veränderte Rauchgewohnheiten bei Frauen und Männern zurückgeführt werden [Strand et al. 2004].

Ein ursächlicher Zusammenhang mit dem Tabakkonsum ist für eine Reihe weiterer Krebskrankheiten etabliert. Dies betrifft die Krebsentstehung im Mund-, Nasen- und Rachenraum, in Kehlkopf, Speiseröhre, Magen, Bauchspeicheldrüse, Leber, Niere und Harnblase sowie bestimmte Formen der Leukämie und des Gebärmutterhals-

krebses [Becker 2001; Boyle 1997; Newcomb, Carbone 1992].

Der Tabakkonsum ist zudem ein Hauptrisikofaktor für Herz-Kreislaufkrankheiten und periphere Durchblutungsstörungen [US Department of Health and Human Services 1983; US Department of Health and Human Services 1989]. Dies ist unter anderem auf eine veränderte Blutgerinnung, die frühzeitige Entwicklung von Arteriosklerose sowie eine erhöhte Herzfrequenz und einen erhöhten Blutdruck bei Rauchern zurückzuführen [US Department of Health and Human Services 2004]. Der Tabakkonsum erhöht zudem das Risiko von Schlaganfällen durch einen verminderten Blutfluss im Gehirn [Shinton, Beevers 1989]. Das Risiko eines Rauchers, einen Schlaganfall zu erleiden, ist fast zweimal höher als das eines Nichtrauchers [Haheim et al. 1996; Shinton, Beevers 1989]. Raucher haben außerdem ein etwa 2- bis 4-fach höheres Risiko eine Herz-Kreislaufkrankheit zu entwickeln als Nichtraucher [Haustein 2001; US Department of Health and Human Services 1989]. Bei sehr starken Rauchern wird sogar ein bis zu 10-faches Risiko erreicht [Willett et al. 1987].

Neben den bereits beschriebenen Krankheitsbildern ist der Tabakkonsum der bedeutendste Umweltfaktor für die Entwicklung einer chronisch obstruktiven Bronchitis [US Department of Health and Human Services 1984; Viegi et al. 2001]. Nach Angaben der Cancer Prevention Study versterben Raucher etwa 12-mal häufiger an chronischen Lungenkrankheiten als Nichtraucher [US Department of Health and Human Services 1997b]. Dabei steigt das Risiko in Abhängigkeit von der täglich konsumierten Zigarettenmenge an [Doll et al. 1994]. Zudem verursacht das Rauchen bei Erwachsenen Husten und Atemgeräusche und verschlechtert die Lungenfunktionswerte [US Department of Health and Human Services 2004]. Bleiben solche Schädigungen dauerhaft bestehen, entwickelt sich schließlich eine chronisch obstruktive Bronchitis.

Darüber hinaus ist der Tabakkonsum mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für das Auftreten anderer gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen verbunden, vor allem für übermäßigen Alkoholgenuß, ungesunde Ernährung und unzureichende sportliche Betätigung. Diese Kombination gesundheitsriskanter Verhaltensweisen

Abbildung 3.1

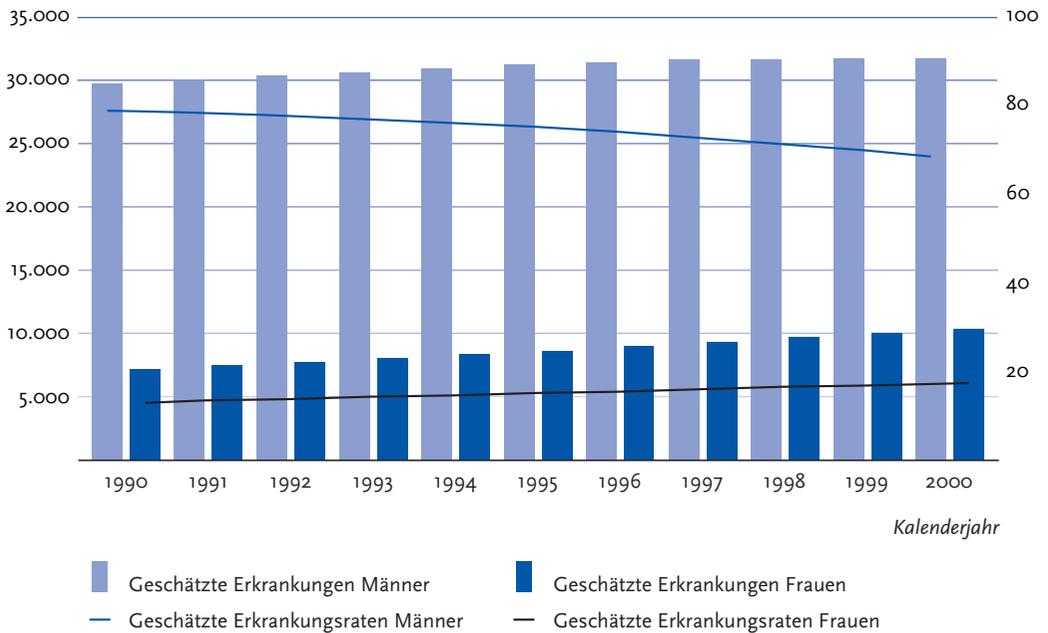
Altersstandardisierte Lungenkrebsinzidenz in Deutschland für Männer und Frauen 1990–2000

Quelle: Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland, Robert Koch-Institut 2004

Lungenkrebs (ICD'10 : C33–34)

Zahl der Erkrankungen

Erkrankungsraten pro 100.000



tritt vor allem bei starken Rauchern auf und ist in allen sozialen Gruppen zu beobachten [John et al. 2003; Laaksonen et al. 2002; Schumann et al. 2001]. Der starke Anstieg der Sterblichkeit durch Mund-Rachenkarzinome in den vergangenen zwei Jahrzehnten wird unter anderem auf die Potenzierung des Risikos durch Alkohol und Rauchen zurückgeführt [Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001].

Rauchen schädigt nicht nur die Gesundheit der Raucher, sondern stellt auch für tabakrauchbelastete Nichtraucher ein erhebliches Gesundheitsrisiko dar. Der erste umfangreiche Bericht zu den gesundheitlichen Auswirkungen des Passivrauchens der US-amerikanischen Umweltbehörde (EPA) aus dem Jahr 1993 [Environmental Protection Agency 1993] wurde mittlerweile durch zahlreiche weitere Überblicksarbeiten ergänzt [US Department of Health and Human Services 1999]. Demnach können Nichtraucher, die regelmäßig Tabakrauch ausgesetzt sind, die gleichen Gesund-

heitsschäden wie aktive Raucher erleiden – wenn auch mit geringerer Häufigkeit. Eine ursächliche Beteiligung des Passivrauchens ist für eine Vielzahl von Krankheiten und Todesursachen nachgewiesen, u.a. für Lungenkrebs [Boffetta et al. 1998; Environmental Protection Agency 1993; Kreuzer et al. 2001], Schlaganfall [Bonita et al. 1999; Haheim et al. 1996; US Department of Health and Human Services 1999], akute und chronische respiratorische Symptome bei Erwachsenen und Kindern [Baier et al. 2002; Cook, Strachan 1999; International Agency for Research on Cancer 2002] sowie akute und chronische Herzkrankheiten [Law et al. 1997; Wells 1998].

Das Rauchen der Mutter während und nach der Schwangerschaft kann bei Ungeborenen, Säuglingen und Kindern zu langfristigen und potenziell irreversiblen Schäden führen. Es ist mit einem erhöhten Risiko für Spontanaborte, Schwangerschaftskomplikationen, plötzlichen Kindstod (SIDS), vermindertem Längenwachstum des

Fötus, Frühgeburtlichkeit, niedrigem Geburtsgewicht und vermindertem Kopfumfang verbunden [Alm et al. 1998; California Environmental Protection Agency 1997; Cnattingius, Nordstrom 1996; Cooke 1998; International Agency for Research on Cancer 2002; Mannino et al. 2001]. Mit der Zahl der täglich gerauchten Zigaretten nimmt das Risiko für SIDS, niedriges Geburtsgewicht und vermindertes Längenwachstum deutlich zu [Klonoff-Cohen et al. 1995; Schellscheidt et al. 1998]. Passivrauchexponierte Kinder haben darüber hinaus ein erhöhtes Risiko für akute und chronische Entzündungen der unteren Atemwege, Mittelohrentzündungen und Asthma [Law, Hackshaw 1996].

3.2 Tabakkonsum und vorzeitige Sterblichkeit

Schätzungen zufolge sind im 20. Jahrhundert weltweit mehr als 100 Millionen Menschen an den Folgen des Rauchens gestorben und jährlich kommen etwa fünf Millionen neue Tabakopfer hinzu [Ezzati, Lopez 2003]. Allein in Deutschland sterben zwischen 100.000 und 140.000 Menschen pro Jahr an den Folgen tabakbedingter Krankheiten [John, Hanke 2001; Peto et al. 1992; Welte et al. 2000]. Damit ist der Tabakkonsum konservativ geschätzt für mehr als 13% aller jährlich auftretenden Todesfälle hierzulande verantwortlich (Männer: 22%, Frauen: 3%) [Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001]; das sind mehr als doppelt so viele Todesfälle wie durch den Konsum illegaler Drogen und Alkohol zusammen [Bühringer et al. 2000; Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2003].

Mehr als die Hälfte aller regelmäßigen Raucher versterben vorzeitig an den Folgen ihres Konsums [Doll et al. 1994]. Wiederum die Hälfte dieser vorzeitigen tabakbedingten Todesfälle tritt bereits im mittleren Lebensalter auf [Peto et al. 1992]. Raucher erreichen in Abhängigkeit vom täglichen Konsum nur zu 50 bis 70% das 70. Lebensjahr und sogar nur zu 8 bis 15% das 85. Lebensjahr, im Vergleich zu 80% bzw. 33% der Nichtraucher [Doll et al. 1994; Peto et al. 1992]. Während der statistische Durchschnitt verlorener Lebenszeit bei über acht Jahren liegt, büßen diejenigen, welche bereits im mittleren Alter sterben,

über 20 Jahre ihrer durchschnittlichen Lebenserwartung ein [Doll et al. 1994; Peto et al. 1992].

Zudem sind die in Industriestaaten wie Deutschland vorherrschenden sozialen Differenzen in Morbidität und Mortalität zu einem großen Teil auf unterschiedliche Rauchgewohnheiten zurückzuführen [Chaloupka et al. 2001]. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht davon aus, dass in diesen Ländern bei Männern etwa die Hälfte der Unterschiede in den Sterberaten zwischen der niedrigsten und höchsten Sozialschicht durch das Rauchen verursacht werden [Bobak et al. 2000].

3.3 Ökonomische Konsequenzen des Tabakkonsums in Deutschland

Mit der durch den Zigarettenkonsum verursachten Morbidität und Mortalität sind enorme Kosten in Form von Gesundheitsdiensten und Produktivitätsausfällen verbunden. Der Zigarettenkonsum ist für mehr als 1% der gesamten Lohnkosten in Deutschland verantwortlich [Adams 2002]. Wissenschaftliche Schätzungen sehen die arbeitsbezogenen Abwesenheitsraten von Rauchern gegenüber Nichtrauchern um 33 bis 73% erhöht, außerdem kann der Zeitaufwand des Rauchens bis zu 8% eines Arbeitstages in Anspruch nehmen [Lesmes, Donofrio 1992]. Hinzu kommen Kosten für rauchbedingte Gesundheitsleistungen, die sich bereits im Jahr 1993 auf nahezu 17,3 Milliarden Euro bzw. 1% des bundesdeutschen Bruttoinlandsproduktes summieren [Welte et al. 2000]. Umgerechnet auf die deutsche Wohnbevölkerung fallen entsprechend dieser Berechnung pro Kopf und Jahr tabakbedingte Gesundheitskosten in Höhe von rund 210 Euro an. Betrachtet man nur die Raucher, dann betragen die durchschnittlichen Gesundheitskosten 820 Euro im Jahr. Werden zusätzlich Geldwerte für unbezahlte Arbeit, z.B. Haushalt oder Betreuung von Angehörigen, einberechnet, erhöhen sich die gesundheitlichen Gesamtausgaben auf bis zu 43,5 Milliarden Euro [Welte et al. 2000]. Die genannten Kosten basieren auf konservativen Kalkulationen, da weder die Folgekosten des Tabakkonsums während der Schwangerschaft, die Behandlung von passivrauchbedingten Krankheiten, die Kosten für Prävention, Beratung und Forschung, noch

die privat aufgewendeten Kosten für Entwöhnung und Rückfallprophylaxe des Tabakkonsums Berücksichtigung finden. Allein die ärztliche Versorgung der Frühgeburten, die auf Rauchen in der Schwangerschaft zurückzuführen sind, verursachen in Deutschland zusätzlich geschätzte Kosten in Höhe von mindestens 35 Millionen Euro pro Jahr [Voigt et al. 2001]. Die mindestens 1,5 Millionen Jahre Lebenserwartung, die durch das Rauchen allein in Deutschland Jahr für Jahr verloren gehen, entsprechen noch einmal jährlich rund 40 Milliarden Euro an volkswirtschaftlichen Aufwendungen [Adams 2002; Viscusi et al. 2000]. Die Gesamtkosten des Rauchens für die bundesdeutsche Volkswirtschaft lassen sich letztendlich nicht genau angeben. Neben wissenschaftlichen Unstimmigkeiten über die einzubeziehenden negativen und positiven Externalitäten des Rauchens ist eine Gegenrechnung der Einsparungseffekte durch die Entlastung der Rentenkassen aufgrund vorzeitiger Sterblichkeit ethisch fragwürdig [Lafert 1998].

Nicht nur für die deutsche Volkswirtschaft entstehen durch den Tabakkonsum erhebliche Aufwendungen, auch private Raucherhaushalte sehen sich einer höheren Kostenbelastung ge-

genüber. Nach Angaben der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) 1998 geben die deutschen Privathaushalte im Durchschnitt 5,5 % ihres Einkommens für Tabakwaren aus [Statistisches Bundesamt, Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen 2002]. Nach der letzten Steuererhöhung im Dezember 2004 beträgt die finanzielle Belastung für einen Raucher bei einem Konsum von einer Schachtel Zigaretten am Tag mehr als 1.400 Euro jährlich. Der relative Anteil dieser Aufwendungen für Tabakwaren am Haushaltseinkommen ist in ökonomisch schwachen Haushalten, abhängig von der Zahl der Raucher und Personenzahl im Haushalt, deutlich höher als in einkommensstarken Haushalten [Gong et al. 1995; Siahpush 2003]. Internationale Studien belegen, dass in einkommensschwachen Gruppen und vor allem bei allein Erziehenden dieser Ausgabenanteil zwischen 10 und 20 % betragen kann [Dorsett 1999; Gong et al. 1995; Sayginsoy et al. 2002]. Dabei ist entscheidend, dass die für den Zigarettenkonsum aufgewendeten Finanzmittel in einkommensschwachen Haushalten entsprechend nicht mehr für andere Dinge des täglichen Bedarfs wie Nahrung, Hygiene und Kleidung zur Verfügung stehen.

4 Aktueller Forschungsstand

In Deutschland werden von mehreren Institutionen in regelmäßigen Abständen bevölkerungsrepräsentative Erhebungen durchgeführt, die aussagekräftige Daten zum Tabakkonsum und zum Teil auch zur Passivrauchexposition liefern. Zu nennen sind in erster Linie die Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der Epidemiologische Suchtsurvey des Instituts für Therapieforschung (IFT), der Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes (StaBA) und die Gesundheitssurveys des Robert Koch-Institutes (RKI). In den 1980er und frühen 1990er Jahren wurden zudem durch die MONICA Augsburg Studie (MONItoring Trends and Determinants in Cardiovascular Disease) und die Nationalen Untersuchungssurveys im Rahmen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) Daten zum Rauchen bereitgestellt. Seit einigen Jahren beinhaltet auch das Erhebungsprogramm des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) einzelne Fragen zum Rauchen.

Auf Grundlage dieser Datenbasis erscheinen in nunmehr regelmäßigen Abständen Publikationen, die die Häufigkeit des Rauchens in der Bundesrepublik deutlich machen [Augustin et al. 2005; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2004; Lampert, Burger 2004; Statistisches Bundesamt 2004]. Analysen zu sozialen Unterschieden im Rauchverhalten und in der Passivrauchbelastung sind aber insgesamt selten (Tab. 4.1).

Einfluss von Ausbildung und Beruf auf den Zigarettenkonsum (Härtel et al. 1993)

Im Rahmen der MONICA Augsburg Kohortenstudie wurden Veränderungen im Rauchverhalten von Männern und Frauen im Alter von 25 bis 64 Jahren mittels zweier Querschnittserhebungen untersucht, die in den Jahren 1984–85 und 1987–88 durchgeführt wurden. Im Jahr 1984–85 zeigte sich, dass der altersstandardisierte Anteil der Zigarettenraucher bei Männern und Frauen mit dem höchsten Ausbildungsniveau am niedrigsten war. Insbesondere bei gut ausgebildeten Männern nahm der Anteil der Raucher im

Beobachtungszeitraum noch einmal ab und lag 1987–88 mit 21% deutlich unter dem Vergleichswert von 37% für Männer mit der schlechtesten Ausbildung. Weiterhin zeigte sich, dass die Art des Berufes einen Einfluss auf das Rauchverhalten hat. Bei Männern fanden sich die höchsten Raucheranteile bei Arbeitern und leitenden Angestellten, die niedrigsten bei Beamten und Landwirten. Im Fall der Frauen rauchten einfache Angestellte am häufigsten und Beamtinnen am seltensten.

Berufsgruppenspezifische Unterschiede im Rauchverhalten (Helmert, Borgers 1998)

Zusammenhänge zwischen Beruf und Rauchen lassen sich auch mit Daten der alle vier Jahre durchgeführten Zusatzerhebung zur Gesundheit des Mikrozensus untersuchen. Im Jahr 1995 wurden die höchsten Rauchprävalenzen für Männer in einfachen manuellen Berufen (Bauhilfsarbeiter 54%, Straßenbauer 42%, Dachdecker 51%) und einfachen Dienstleistungsberufen (Transportarbeiter 52%, Berufskraftfahrer 49%) berichtet. Die niedrigsten Prävalenzen fanden sich bei Gymnasiallehrern (13%), Hochschullehrern (15%), Volksschullehrern (16%), Elektroingenieuren (17%) und Landwirten (17%). Bei Frauen rauchten Gastwirtinnen (45%), Altenpflegerinnen (36%), Kassiererinnen (35%), Raumpflegerinnen (35%) und Krankenpflegerinnen (34%) am häufigsten und Landwirtinnen (9%), Lehrerinnen (16%) und Ärztinnen (11%) am seltensten. Die größten berufsgruppenspezifischen Differenzen zeigten sich bei beiden Geschlechtern in der Altersgruppe der 18- bis 34-Jährigen.

Einkommen und Rauchen (Helmert 1999)

Die Daten des Mikrozensus 1995 weisen außerdem auf Einkommensunterschiede im Rauchverhalten hin. In der 18- bis 64-jährigen Bevölkerung rauchten Mitte der 1990er Jahre 43% aller Männer mit einem monatlichen Haushaltsnettoeinkommen unter 1.400 DM, im Vergleich zu 23% in der höchsten Einkommensgruppe mit

6.500 DM und mehr im Monat. Bei Frauen ist vor allem im jungen Erwachsenenalter ein Zusammenhang zwischen Einkommen und Rauchen festzustellen. Außerdem lässt sich ab dem 30. Lebensjahr beobachten, dass Männer und Frauen mit höherem Einkommen eher das Rauchen aufgeben. Für Männer und Frauen, die angaben, überwiegend von Arbeitslosenunterstützung oder Sozialhilfe zu leben, fanden sich deutlich über dem Durchschnitt liegende Rauchprävalenzen.

Einkommen und Rauchen (Lampert, Kroll 2005)

Einkommensunterschiede im Rauchverhalten werden auch durch Daten des Sozio-oekonomischen Panels aus dem Jahr 2002 belegt. Die Ergebnisse sprechen für ein im jungen und mittleren Lebensalter markant ausgeprägten Einkommensgradienten: Je niedriger das Einkommen, desto höher ist der Anteil der Raucher bzw. Raucherinnen. Die höchsten Raucheranteile fanden sich bei den 18- bis 29-jährigen und 30- bis 44-jährigen Männern

Tabelle 4.1
Studienübersicht zum Thema soziale Unterschieden im Rauchverhalten und in der Passivrauchbelastung in Deutschland

Autor/Jahr	Datengrundlage	Fallzahl (N)	Alter	Erklärungsgegenstand	Sozialindikatoren
Härtel et al. 1993	MONICA Augsburg Studie 1984–85, 1987–88	3.753	25–64	Aktivrauchen	Berufliche Ausbildung, Beruf
Helmert, Borgers 1998	Mikrozensus 1995	95.359	18+	Aktivrauchen	Beruf
Helmert 1999	Mikrozensus 1995	185.822	18+	Aktivrauchen	Einkommen, Sozialhilfebezug
Lampert, Kroll 2005	Sozio-oekonomisches Panel 2002	22.138	18+	Aktivrauchen	Einkommen, Sozialhilfebezug
Helmert et al. 2001	Mikrozensus 1995	186.424	18+	Aktivrauchen	Schulbildung, Beruf, Einkommen, Sozialhilfebezug, Arbeitslosigkeit, Familienstand
Helmert, Maschewsky-Schneider 1998	Nationaler Untersuchungssurvey 1990–91	6.686	24–69	Aktivrauchen	Einkommensarmut, Arbeitslosigkeit
Lampert, Burger 2005	Telefonischer Gesundheitssurvey 2003	8.318	18+	Aktivrauchen	Sozialschicht, Arbeitslosigkeit, Familienstand, Elternstatus
Lampert, Thamm 2004	Bundes-Gesundheitssurvey 1998	7.124	18–79	Aktivrauchen	Schulbildung, Beruf, Einkommen
Helmert, Lang 1997	Nationale Untersuchungssurveys 1984–86, 1987–88, 1990–91	2.538 Frauen	25–40	Passivrauchbelastung von Kleinkindern	Sozialschicht, Familienstand, Elternstatus
Helmert et al. 1998	Nationale Untersuchungssurveys 1984–86, 1987–88, 1990–91	8.385 Frauen	25–40	Passivrauchbelastung von Ungeborenen und Kleinkindern	Sozialschicht, Familienstand, Elternstatus
Thefeld 2002	Bundes-Gesundheitssurvey 1998	1.658 Frauen	18–44	Passivrauchbelastung von Ungeborenen und Kleinkindern	Sozialschicht

der Armutsrisikogruppe mit 53% bzw. 61%. Bei Frauen waren die Unterschiede schwächer ausgeprägt, sie zeichneten sich aber dennoch deutlich ab. Keine auffälligen Unterschiede bestanden bei den 65-Jährigen und Älteren. Bei statistischer Kontrolle des Alterseinflusses rauchten Männer und Frauen mit einem Armutsrisiko 2,1- bzw. 1,3-mal häufiger als Männer und Frauen aus der am besten gestellten Einkommensgruppe.

Soziale Determinanten des Rauchverhaltens (Helmert et al. 2001)

Aussagekräftig sind zudem Analysen, die mehrere soziale Einflussfaktoren und deren Wechselwirkungen auf das Rauchen berücksichtigen. Auf Basis des Mikrozensus 1995 ergaben sich überdurchschnittliche Raucheranteile für Personen mit niedriger Schulbildung und niedrigem beruflichen Status, für Geschiedene sowie für Arbeitslose und Personen, die überwiegend von Sozialhilfe leben. Personen, die gleichzeitig mehrere soziale Benachteiligungen aufwiesen, rauchten rund 5-mal häufiger als Personen mit durchgängig günstigen sozialen Faktoren. So rauchen 15% der verheirateten Männer zwischen 30 und 49 Jahren mit Abitur und einem hohen beruflichen Status, im Vergleich zu 65% der gleichaltrigen geschiedenen Männer mit Volksschulabschluss und niedrigem beruflichen Status. Bei Frauen betrug die entsprechenden Anteile 13% und 54%.

Tabakrauchen bei Arbeitslosen und Armen (Helmert, Maschewsky-Schneider 1998)

Mit Daten des Nationalen Untersuchungssurveys 1990–91 wurde das Rauchverhalten von Menschen in besonders prekären Lebenslagen untersucht. Bei Arbeitslosen und Einkommensarmen konnten deutlich erhöhte Rauchprävalenzen festgestellt werden. Mit der Dauer der Arbeitslosigkeit steigt der Tabakkonsum unabhängig von Alter und Geschlecht an. Von den 40- bis 54-jährigen Männern, die seit mehr als 6 Jahren ohne Arbeit waren, rauchten 59%, im Vergleich zu 35% bei denjenigen Männern der gleichen Altersgruppe, die in den letzten Jahren durchgängig erwerbstätig gewesen sind. Diese Differenz erhöht sich noch einmal, wenn die Arbeitslosigkeit mit Einkommensarmut einhergeht.

Schichtspezifität des Rauchens (Lampert, Burger 2005)

Mit Daten des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 wurde ein ausgeprägter Schichtgradient im Tabakkonsum der 18-jährigen und älteren Bevölkerung in Deutschland aufgezeigt. Die Schichtzugehörigkeit wird dabei über einen mehrdimensionalen Index abgebildet, der auf Angaben zum Haushaltsnettoeinkommen, Bildungsniveau und Berufsstatus basiert. Die Angehörigen der unteren Sozialschicht rauchten häufiger, sie zählten zu einem höheren Anteil zu den starken Rauchern und sie geben das Rauchen seltener wieder auf. Bei Männern waren diese Unterschiede stärker ausgeprägt als bei Frauen. Im höheren Lebensalter lässt der Einfluss der Schichtzugehörigkeit auf das Rauchverhalten merklich nach. Hohe Rauchprävalenzen wurden darüber hinaus für arbeitslose Männer (59%) und Frauen (46%) sowie allein erziehende Mütter (60%) berichtet.

Einfluss alternativer Sozialindikatoren auf das Rauchen (Lampert, Thamm 2004)

Ausgehend von dem Befund schichtspezifischer Unterschiede im Rauchverhalten wurde mit Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 geprüft, welches der schichtbildenden Merkmale den größten Erklärungswert besitzt. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen zeigten sich Zusammenhänge zwischen der Schulbildung und dem Rauchverhalten, die im jungen und mittleren Lebensalter am stärksten zutage traten. Außerdem gaben Männer und Frauen mit niedriger Schulbildung seltener das Rauchen wieder auf. Für das Einkommen und den Berufsstatus konnte kein bedeutsamer Einfluss auf das Rauchen festgestellt werden, wenn gleichzeitig die Schulbildung berücksichtigt wurde. Allerdings fanden sich Hinweise darauf, dass Frauen mit hohem Einkommen eher das Rauchen aufgeben als Frauen im unteren Einkommensbereich.

Passivrauchen bei Kindern im Alter bis zu 5 Jahren (Helmert, Lang 1997)

Analysen zur sozial ungleich verteilten Passivrauchbelastung sind nach wie vor selten. Eine bemerkenswerte Ausnahme stellt eine Unter-

suchung auf Basis von Daten der Nationalen Untersuchungssurveys 1984–91 dar, die den Schwerpunkt auf Kinder im Alter bis 5 Jahre legt. Danach lebten 55% der Kleinkinder in Haushalten mit mindestens einem rauchenden Elternteil. Nahezu jedes 4. Kind lebte in Haushalten, in denen sowohl der Vater als auch die Mutter rauchten. Sofern nur ein Elternteil Tabak konsumierte, handelte es sich in zwei von drei Fällen um den Vater. Besonders häufig rauchten die Angehörigen der Unterschicht sowie unverheiratete oder getrennt lebende Mütter. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind eine rauchende Mutter hat, war in der Unterschicht bis zu dreimal höher als in der Oberschicht.

Rauchverhalten von Schwangeren und Müttern (Helmert 1998)

Mit Daten der Nationalen Untersuchungssurveys 1984–91 wurde gezeigt, dass Mitte der 1980er bis Anfang der 1990er Jahre rund 21% der Schwangeren in Deutschland rauchten. Während in der Oberschicht 24% und in der Mittelschicht 17% der schwangeren Frauen rauchten, waren es in der Unterschicht mit 40% etwa doppelt so viele. Bei schwangeren Frauen, die ledig oder geschieden sind, lag der Raucheranteil mit über 60% dreimal höher als bei verheirateten Schwangeren (17%). Auch das Rauchverhalten von Müttern mit kleinen Kindern steht im engen Zusammenhang mit der Schichtzugehörigkeit und dem Familienstand.

Rauchverhalten von Frauen im gebärfähigen Alter (Thefeld 2002)

Weiteren Aufschluss gibt eine Analyse des Rauchverhaltens von Frauen im gebärfähigen Alter, die auf Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 basiert. Als wichtigste Einflussgröße des Rauchverhaltens erwies sich neben dem Alter die soziale Schicht. Bei den 18- bis 44-jährigen Frauen rauchten mehr als die Hälfte aller Frauen aus der Unterschicht, 41% aus der Mittelschicht und 30% aus der Oberschicht. In der oberen Sozialschicht hatten doppelt so viele Frauen mit dem Rauchen aufgehört wie in der unteren Schicht. Zudem hatten fast 50% der Frauen in der Oberschicht nie geraucht, während dieser Anteil in der Unter-

schicht nur 38% betrug. In Haushalten mit Kindern wurde in der unteren Schicht (36%) häufiger geraucht als in der Oberschicht (16%). Von den Müttern aus der Unterschicht gab nur ein Viertel an, dass im Haushalt niemand raucht, während es in der Oberschicht fast zwei Drittel waren.

Die bisherigen Studien deuten somit auf zum Teil stark ausgeprägte soziale Unterschiede im Rauchverhalten hin. Hohe Rauchprävalenzen finden sich unter anderem bei niedrigem Einkommen, geringer Schulbildung und beruflicher Qualifikation, niedrigem Berufsstatus, Arbeitslosigkeit sowie Sozialhilfeabhängigkeit. Im jungen und mittleren Erwachsenenalter sind die Unterschiede stärker ausgeprägt als im fortgeschrittenen Alter und bei Männern etwas stärker als bei Frauen. Auch in der Passivrauchbelastung zeigen sich Unterschiede zu Ungunsten der sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen, wenngleich bislang nur wenige aussagekräftige Studien vorliegen. Informationsdefizite werden besonders deutlich, wenn Aussagen über das Einstiegsalter oder die Aufhörenbereitschaft getroffen werden sollen. Zudem gibt bislang keine Studie Aufschluss über die zeitliche Entwicklung von sozialen Unterschieden im Rauchverhalten der Bevölkerung. Neben Datendefiziten ist hierfür eine ungenügende Nutzung der vorhandenen Analysemöglichkeiten verantwortlich.

In der nachfolgend vorgestellten Untersuchung, die auf Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 basiert, wird diese Lücke durch retrospektive kohortenspezifische Betrachtungen zentraler Indikatoren des Rauchverhaltens geschlossen. Retrospektive Kohortenbetrachtungen sind die einzige Möglichkeit, um auf Basis von Querschnittserhebungen langfristige zeitliche Trends nachzuzeichnen [Schulze, Mons 2005]. Dies setzt jedoch voraus, dass wie im Bundesgesundheitssurvey 1998 Rauchbiographien erhoben werden. Präzisere Aussagen ließen sich nur durch Kohortensequenzanalysen, die längsschnittliche Daten zum Rauchverhalten aufeinander folgender Geburtskohorten bereitstellen, treffen. Eine solche Datengrundlage steht in Deutschland bislang jedoch nicht zur Verfügung.

5 Datenbasis und Methodik

Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98) wurde vom Robert Koch-Institut mit dem Ziel konzipiert, eine breite und verlässliche Datengrundlage für epidemiologische Forschungen und die Gesundheitsberichterstattung des Bundes zu schaffen. Für den Survey wurde eine mehrfach geschichtete 2-stufige Zufallsstichprobe gezogen, die zum Zeitpunkt der Stichprobengenerierung für die 18- bis 79-jährige Wohnbevölkerung Deutschlands repräsentativ war. Zur Grundgesamtheit gehörten alle in Deutschland in Privathaushalten lebenden und in den Einwohnermelderegistern mit Hauptwohnsitz eingetragenen Erwachsenen im entsprechenden Altersbereich. Ausgehend von der um die qualitätsneutralen Ausfälle bereinigten Bruttostichprobe entsprach die Teilnehmerzahl von 7.124 Personen einer Responserate von 62%. Wie systematische Non-Responderanalysen belegen, wird die Repräsentativität der Erhebungen, insbesondere im Bereich des Rauchverhaltens, durch den Stichprobenausfall nicht entscheidend beeinträchtigt [Stolzenberg 2000; Thefeld et al. 1999].

Die Feldarbeit wurde zwischen Oktober 1997 und März 1999 von der I+G Gesundheitsforschung GmbH durchgeführt und erstreckte sich auf 120 Studienzentren in ganz Deutschland. Das Erhebungsprogramm war thematisch breit angelegt und umfasste sowohl einen Befragungsteil als auch einen Untersuchungsteil. Die Befragung basierte auf einem Selbstausfüllfragebogen und enthielt Fragen zu Krankheiten, Beschwerden, gesundheitsbezogener Lebensqualität, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsversorgung. Der Untersuchungsteil umfasste ein ärztliches Interview zur Krankengeschichte und eine medizinische Untersuchung, die u.a. die Messung von Blutdruck und Pulsfrequenz sowie die Feststellung von Körpergröße und -gewicht vorsah. Außerdem wurden Blut- und Urinproben genommen, anhand derer später bis zu 40 Laborwerte, darunter Cholesterin, Gesamteiweiß, Hämoglobin und Eisen, bestimmt wurden. An Substichproben wurden zusätzliche Erhebungen realisiert, die vertiefende Betrachtungen zu ausgewählten Themen wie Ernährung, Umweltbelastungen, Folsäu-

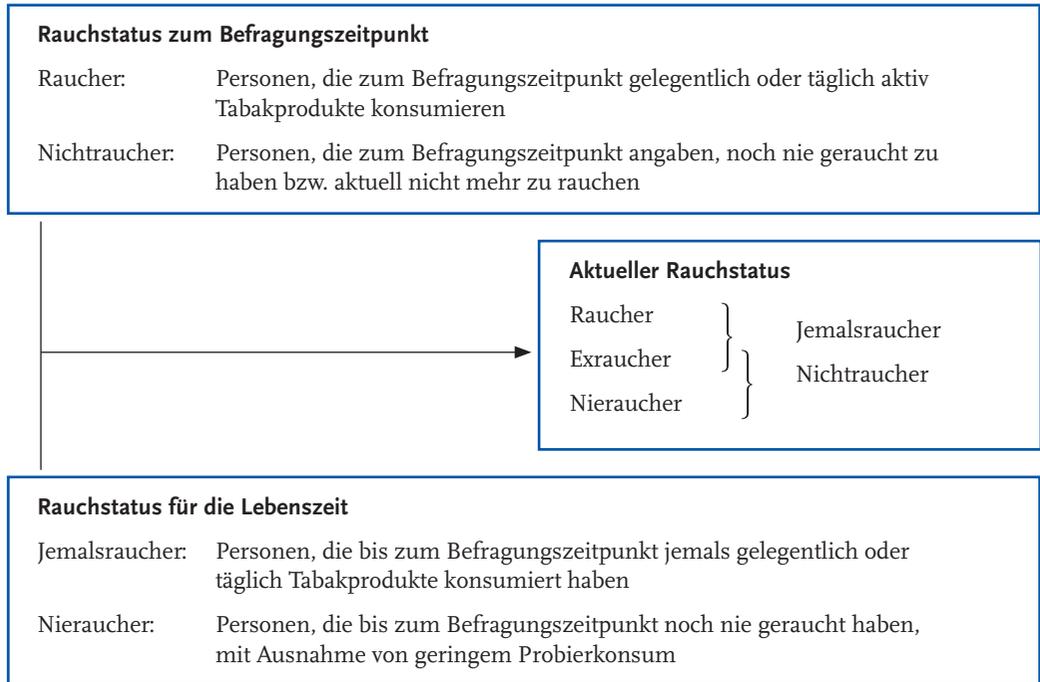
reversorgung und psychische Störungen erlauben [Bellach et al. 1998].

Der aufbereitete Datensatz steht als Public Use-File für wissenschaftliche Auswertungen zur Verfügung. Die Analysen für den vorliegenden Beitrag wurden mit der Statistiksoftware SAS V.8 durchgeführt. Um repräsentative Aussagen für die Grundgesamtheit treffen zu können, wurden die Auswertungsergebnisse mittels des eigens für den Survey entwickelten Gewichtungsfaktor (w98), der die Merkmale Alter, Geschlecht und Bundesland berücksichtigt, an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands im Jahr 1998 angepasst.

5.1 Erhebung des Rauchverhaltens und der Passivrauchexposition

Die Erhebung des Rauchverhaltens war Bestandteil der schriftlichen Befragung und erstreckte sich auf fünf Fragen zum aktiven Rauchen und zwei Fragen zur Passivrauchexposition. Für die Analysen wird ausgehend von der Frage »Haben Sie früher geraucht oder rauchen Sie zurzeit« zwischen aktuellen Rauchern, Exrauchern und Nier Rauchern unterschieden, wobei neben Zigaretten auch andere Tabakwaren wie Zigarren, Zigarillos oder Pfeifen berücksichtigt werden. Als *aktuelle Raucher* gelten Personen, die angaben, gegenwärtig täglich oder gelegentlich zu rauchen. *Exraucher* haben früher täglich oder gelegentlich geraucht, sich inzwischen aber das Rauchen abgewöhnt. *Nierraucher* haben in ihrem bisherigen Leben zu keinem Zeitpunkt geraucht, allenfalls haben sie wenige Male probiert. Bisweilen wird zudem von *Jemalsrauchern* und *Nichtrauchern* gesprochen. Unter *Jemalsrauchern* werden alle aktuellen Raucher und Exraucher verstanden. Wenn von *Nichtrauchern* die Rede ist, sind Exraucher und Nierraucher gemeint, also alle Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung nicht rauchten (Abb. 5.1).

Abbildung 5.1
Erhebung des Rauchverhaltens und Definitionen der einzelnen Zustände des Rauchverhaltens



Der BGS98 erlaubt darüber hinaus Aussagen über die Rauchbiographie der einzelnen Befragten zu treffen, da die Zahl der täglich gerauchten Zigaretten, das Alter bei Rauchbeginn und das Alter bei Beendigung des Rauchens erhoben wurde. Anhand der Antworten auf die Frage »Wie viel rauchen Sie zurzeit durchschnittlich am Tag« wird gemäß einer Einteilung der WHO zwischen *Wenigrauchern* (1–4 Zigaretten am Tag), *normalen Rauchern* (5–20 Zigaretten am Tag) und *starken Rauchern* (mehr als 20 Zigaretten am Tag) differenziert. Um das Alter bei Rauchbeginn zu ermitteln wurde gefragt: *Wie alt waren Sie, als Sie angefangen haben zu rauchen, wenn auch nur in kleineren Mengen?* Die Frage zum Alter bei Beendigung des Rauchens lautete: *»Habe im Alter von ... Jahren aufgehört [zu rauchen]«*. Für Analysen des Aufhörungsverhaltens wird zudem die *Ausstiegsquote* als Anteil der Exraucher an den Jemalsrauchern ermittelt.

Die *Passivrauchexposition* wird im BGS98 über die Frage »Halten Sie sich tagsüber oder abends häufiger in Räumen auf, in denen geraucht wird?« erhoben. Möglich waren Angaben zu Passivrauchbelastungen am Arbeitsplatz, Zuhause oder an anderen Orten. Als passivrauchbelastet werden im Folgenden diejenigen Nichtraucher betrachtet, die an mindestens einem der genannten Orte einer Tabakrauchbelastung ausgesetzt sind. Aussagen über das Ausmaß der Passivrauchbelastung lassen sich mit Daten des BGS98 nicht treffen.

Bei der Erhebung von Informationen zum Rauchverhalten und der Passivrauchexposition ist zu berücksichtigen, dass die Angaben der Befragten von der gesellschaftlichen Akzeptanz des Rauchens beeinflusst sind. Bei retrospektiv erfassten Angaben muss zudem mit zunehmender Zeit der Rückerinnerung von Fehleinschätzungen ausgegangen werden. Prävalenzen des Rauchens, die aus Querschnittsstudien gewonnen werden,

spiegeln zudem nicht immer die tatsächlichen Rauchgewohnheiten der Bevölkerung wider. Zum einen können temporale Verschiebungen im Rauchverhalten und in der Sozialstruktur oftmals nicht hinreichend berücksichtigt werden, zum anderen stellt vor allem die höhere Frühsterblichkeit von Rauchern ein Problem dar. Da der vorliegende Datensatz nur Angaben von Personen umfasst, die zum Erhebungszeitpunkt erreichbar, also nicht verstorben waren, wird insbesondere in höheren Altersgruppen bzw. älteren Geburtskohorten die Zahl der Jemalsraucher unterschätzt.

5.2 Messung der Sozialindikatoren

Um ein differenziertes Bild der sozialen Unterschiede im Rauchverhalten und der Passivrauchbelastung wiedergeben zu können, werden verschiedene Sozialindikatoren herangezogen. Im Mittelpunkt der Analyse stehen die Schulbildung, der Berufsstatus und das Einkommen, die sowohl einzeln als auch gemeinsam, als aggregierter Schichtindex, betrachtet werden.

Die Schulbildung wird im BGS98 über den höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss erhoben. Für die Analysen wird zwischen Hauptschul-/Volksschulabschluss, Realschulabschluss und Abitur unterschieden. Der in der ehemaligen DDR erworbene Abschluss der Polytechnischen Oberschule wird mit dem Realschulabschluss, der Abschluss der Erweiterten Oberschule mit dem Abitur gleichgesetzt.

Das Einkommen wird im BGS98 als Haushaltsnettoeinkommen (Nettoeinkommen aller Haushaltsmitglieder nach Abzug der Steuern und Sozialabgaben) in 17 Kategorien erfasst. Für die Analysen wurden neun Einkommensgruppen gebildet: bis unter 1.000 DM, 1.000 bis unter 2.000 DM, 2.000 bis unter 3.000 DM, 3.000 bis unter 4.000 DM, 4.000 bis unter 5.000 DM, 5.000 bis unter 6.000 DM, 6.000 bis unter 7.000 DM, 7.000 bis unter 8.000 DM, 8.000 DM und mehr. Für viele sozialwissenschaftliche Analysen wird unter Berücksichtigung der Haushaltsgröße und des Alters der Haushaltsmitglieder eine Bedarfsgewichtung des Haushaltsnettoeinkommens vorgenommen. Aufgrund der kategorialen Abfrage des Haushaltseinkommens ist dies mit den Daten des BGS98 jedoch nur begrenzt möglich. Deshalb

ist zu beachten, dass bei Betrachtungen auf Basis des Haushaltsnettoeinkommens ohne Berücksichtigung von Haushaltsgröße und -struktur die Einkommensposition von Personen aus kinderreichen und personenstarken Familien überschätzt wird. Um dem zumindest ansatzweise entgegenzuwirken, wird – soweit dies möglich und sinnvoll ist – für die Haushaltsgröße kontrolliert.

Die Erhebung des Berufsstatus erfolgte mittels eines Standardinstrumentes, das für die Mikrozensus-Zusatzerhebung 1971 entwickelt wurde und seitdem in der Sozial- und Gesundheitsforschung breite Anwendung findet. Das Instrument umfasst insgesamt 19 Kategorien, die zu vier Hauptgruppen zusammengefasst wurden. Zu den »Arbeitern« zählen un- und angelernte Arbeiter, gelernte Arbeiter und Facharbeiter sowie Vorarbeiter, Kolonnenführer, Meister, Poliere und Brigadiere. Als »Selbstständige« werden selbstständige Landwirte und Genossenschaftsbauern, freie Berufe und Akademiker, sonstige Selbstständige sowie mithelfende Familienangehörige bezeichnet. In der Gruppe der »Angestellten« sind Industrie- und Werkmeister im Angestelltenverhältnis, Angestellte mit einfacher, qualifizierter oder hochqualifizierter Tätigkeit sowie Angestellte mit umfassenden Führungsaufgaben zusammengefasst. »Beamte« sind Personen im einfachen, mittleren, gehobenen und höheren Dienst, einschließlich Richter und Berufssoldaten. Alle Personen, die keiner der vier Gruppen zugeordnet werden können, z.B. Schüler, Auszubildende, Studenten, Wehrpflichtige und Zivildienstleistende, wurden aus den Analysen ausgeschlossen.

Die Schichtzugehörigkeit wird über einen Index erfasst, der eine mehrdimensionale, die Möglichkeit der Kumulation von sozialen Vor- bzw. Nachteilen in Rechnung stellende Betrachtung ermöglicht [Winkler, Stolzenberg 1999]. Berechnet wird der Index als ungewichteter aggregierter Punktsummenscore auf Basis von Angaben zum höchsten Schul- und Ausbildungsabschluss, Haushaltsnettoeinkommen und beruflichen Status. In jeder Dimension werden 1 bis 7 Punkte vergeben, so dass der Summenscore zwischen 3 und 21 Punkten betragen kann. Gemäß der erreichten Punktzahl werden die Studienteilnehmer drei Sozialschichten zugeordnet, wobei die Schichtgrenzen so gezogen werden, dass jede Schicht etwa die gleiche Anzahl von Index-Werten

umfasst: Unterschicht (3–8 Punkte), Mittelschicht (9–14 Punkte), Oberschicht (15–21 Punkte).

Zusätzlich zu den sozio-ökonomischen Indikatoren wird in den Analysen der Familienstand berücksichtigt, der gemäß der Standarddemographie fünfstufig erhoben wurde: »verheiratet, mit Ehepartner zusammenlebend«, »verheiratet, vom Ehepartner getrennt lebend«, »ledig«, »geschieden« und »verwitwet«. Als weitere Gruppe werden

festе Lebenspartnerschaften berücksichtigt. Die Kategorien beziehen sich auf die Lebensumstände der Studienteilnehmer zum Befragungszeitpunkt. Bei der Interpretation deskriptiver Ergebnisse ist die unterschiedliche Alterszusammensetzung der Kategorien zu berücksichtigen. In den Kategorien »ledig« oder »feste Partnerschaft« befinden sich vor allem junge Personen, in der Kategorie »verwitwet« sind vor allem ältere Personen vertreten.

6 Soziale Unterschiede im Rauchverhalten

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Analysen zu sozialen Unterschieden im aktiven Rauchverhalten der Bevölkerung präsentiert. Zunächst wird anhand deskriptiver Statistiken gezeigt, wie stark der Anteil der aktuellen Raucher und deren Zigarettenverbrauch mit der Schulbildung, dem Haushaltsnettoeinkommen, dem Berufsstatus, der Sozialschicht und dem Familienstand variiert. Dabei wird auch auf alters- und geschlechtsspezifische Ausprägungen der sozialen Unterschiede im Rauchverhalten eingegangen. Die altersdifferenzierende Betrachtung bezieht sich auf sieben Altersgruppen: 18–19, 20–29, 30–39, 40–49, 50–59, 60–69 und 70–79 Jahre. Um den Erklärungswert der Sozialindikatoren für das Rauchverhalten zu bestimmen, wurden zusätzlich logistische Regressionen durchgeführt und der Alterseinfluss statistisch kontrolliert. Darüber hinaus werden Merkmalskombinationen ermittelt, die Gruppen mit besonders hohen bzw. niedrigen Raucheranteilen bezeichnen. Für den Anteil der Jemalsraucher, das Einstiegs- und Ausstiegsalter sowie die Ausstiegsquote werden kohortenspezifische Betrachtungen angestellt. Dazu wurden Geburtskohorten gebildet, die jeweils fünf Geburtsjahrgänge umfassen. Der ältesten Geburtskohorte gehören die 1921–25 Geborenen, der jüngsten Geburtskohorte die 1976–80 Geborenen an. Für die Analysen zum Rauchverhalten standen Angaben von 6.963 Personen zur Verfügung.

6.1 Prävalenz des Rauchens

In Deutschland raucht nach den Daten des BGS98 etwa ein Drittel der Bevölkerung im Alter zwischen 18 und 79 Jahren: Männer mit 37% häufiger als Frauen mit 28%. Bei beiden Geschlechtern ist das Rauchen unter den 18- bis 19-Jährigen am weitesten verbreitet (Männer: 54%; Frauen: 48%). Bis zur Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen lässt sich nur ein geringer Rückgang der Rauchprävalenzen beobachten. Danach sinken die Prävalenzen sukzessive bis auf 16% bei 70- bis 79-jährigen Männern und 10% bei gleichaltrigen Frauen (Abb. 6.1).

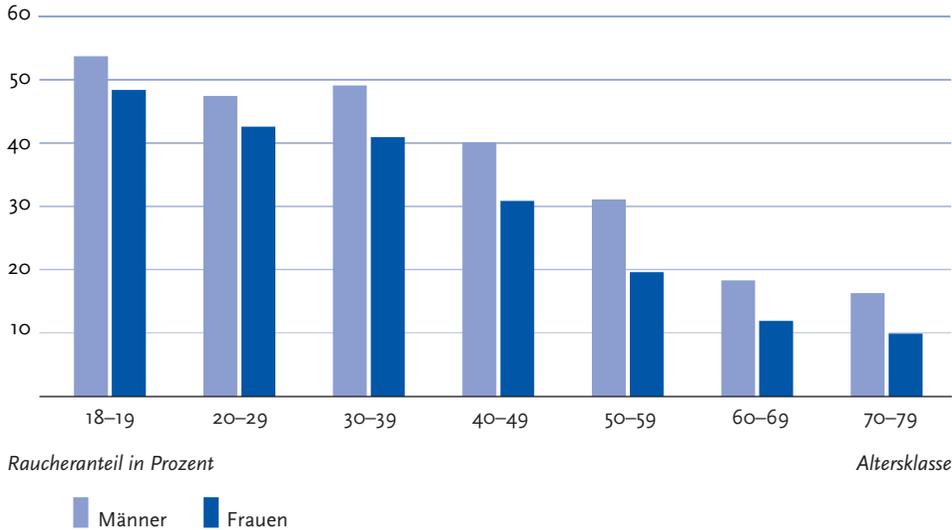
Die Verbreitung des Rauchens variiert mit der Schulbildung. In der Gruppe der 18- bis 19-Jährigen rauchen 63% der Personen mit Hauptschulabschluss, 52% derjenigen mit einem Realschulabschluss und 39% derjenigen mit Abitur. Auch in der Gruppe der 20- bis 29-Jährigen und 30- bis 39-Jährigen sind die Bildungsunterschiede stark ausgeprägt. In den höheren Altersgruppen werden diese Unterschiede geringer und bei den 60- bis 69-Jährigen sind sie nicht mehr zu beobachten. Die bildungsspezifischen Unterschiede in der Veränderung des Rauchens im Altersgang sind bei Männern und Frauen ähnlich ausgeprägt. Nach Adjustierung für Alter und Geschlecht ergibt sich für Personen mit Hauptschulabschluss ein im Vergleich zu Personen mit Abitur mehr als 2-fach erhöhtes Risiko, zur Gruppe der Raucher zu gehören. Für Personen mit Realschulabschluss beträgt dieses Verhältnis 1,6:1 (Tab. 6.1)

Unterschiede im Rauchverhalten finden sich auch in bezug auf die berufliche Stellung der Befragten: Arbeiter rauchen mit 38% am häufigsten, gefolgt von Selbstständigen und Angestellten mit jeweils 29% sowie Beamten mit 28%. Diese Reihenfolge lässt sich in allen Altersklassen feststellen. Einzige Ausnahme ist die Gruppe der 20- bis 29-Jährigen, in der Beamte (53%) und Selbstständige (54%) am häufigsten rauchen.¹ Darüber hinaus fallen geschlechtsspezifische Besonderheiten auf: Zum einen findet der Zusammenhang zwischen Berufsstatus und Rauchen bei Männern einen stärkeren Ausdruck als bei Frauen. Zum anderen rauchen bei Frauen, anders als bei Männern, die Angestellten deutlich häufiger als die Selbstständigen und Beamten (Tab. 6.1).

Verhältnismäßig häufig wird in unteren Einkommensgruppen geraucht. Personen mit einem Haushaltsnettoeinkommen unter 1.000 DM rauchen zu 41% und diejenigen mit einem Ein-

¹ Da sich der Großteil der 18- bis 19-Jährigen noch in der Ausbildung befindet, werden Sie in den Analysen zum Zusammenhang zwischen Berufsstatus und Rauchen nicht berücksichtigt. Gleiches gilt für die 70- bis 79-Jährigen, die bis auf wenige Ausnahmen nicht mehr erwerbstätig sind.

Abbildung 6.1
Prävalenz des Rauchens nach Alter und Geschlecht



kommen von 1.000 bis unter 2.000 DM zu 37%, während der Anteil Raucher in der Einkommensgruppe mit 8.000 DM und mehr bei 30% liegt (Tab. 6.1). Bei Kontrolle für Alter, Geschlecht, Schulbildung, Familienstand und Haushaltsgröße ist das Risiko zu Rauchen in den unteren beiden Einkommensgruppen in etwa um den Faktor 1,8 im Vergleich zur höchsten Einkommensgruppe erhöht. Zwischen dem mittleren und höheren Einkommensbereich zeigen sich hingegen nur geringe Unterschiede.

Entsprechend der Ergebnisse zu Schulbildung, Berufsstatus und Einkommen ergibt sich in der Betrachtung nach sozialer Schichtzugehörigkeit die höchste Rauchprävalenz in der unteren Sozialschicht mit 37%. Im Vergleich dazu rauchen 33% der Angehörigen der mittleren und 28% derjenigen der oberen Sozialschicht (Tab. 6.1). Allerdings variiert der Zusammenhang zwischen Sozialschicht und Rauchen deutlich mit dem Alter und Geschlecht (Abb. 6.2 und 6.3). Sowohl bei Männern als auch bei Frauen tritt im jungen und mittleren Lebensalter ein stark ausgeprägter Schichtgradient in der Verbreitung des Rauchens zutage. Während bei Frauen ab dem 50. Lebensjahr keine Unterschiede mehr bestehen, rauchen Männer aus der Unterschicht auch in den Alters-

gruppen der 50- bis 59-Jährigen und 60- bis 69-Jährigen häufiger. Dass in der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen mehr Männer aus der Oberschicht als aus der Mittel- und Unterschicht rauchen, ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass in der ersten Hälfte des Jahrhunderts das Rauchen eher in den gesellschaftlich besser gestellten Kreisen verbreitet war. Der Einfluss der Schichtzugehörigkeit auf das Rauchverhalten bleibt auch bei Kontrolle für Alter, Geschlecht und Familienstand bestehen. Das Risiko zu rauchen ist unabhängig von den anderen Merkmalen in der Unterschicht 1,7-mal und in der Mittelschicht 1,2-mal höher als in der Oberschicht (Tab. 6.1).

Im Zusammenhang mit dem Familienstand lassen sich hohe Raucheranteile bei geschiedenen und getrennt lebenden Personen (41% bzw. 49%) sowie Personen, die mit einem festen Partner zusammenleben (41%), feststellen. Verheiratete und verwitwete Personen rauchen vergleichsweise selten (28% bzw. 27%). Vor allem bei Verwitweten ist dies jedoch zu einem großen Teil auf das bereits fortgeschrittene Alter der Befragten zurückzuführen. Männer rauchen in allen Lebensformen häufiger als Frauen. Insbesondere geschiedene und ledige Männer rauchen deutlich häufiger als vergleichbare Frauen. Im Altersgang erweisen sich

Abbildung 6.2
Prävalenz des Rauchens bei Männern nach Alter und Schichtzugehörigkeit

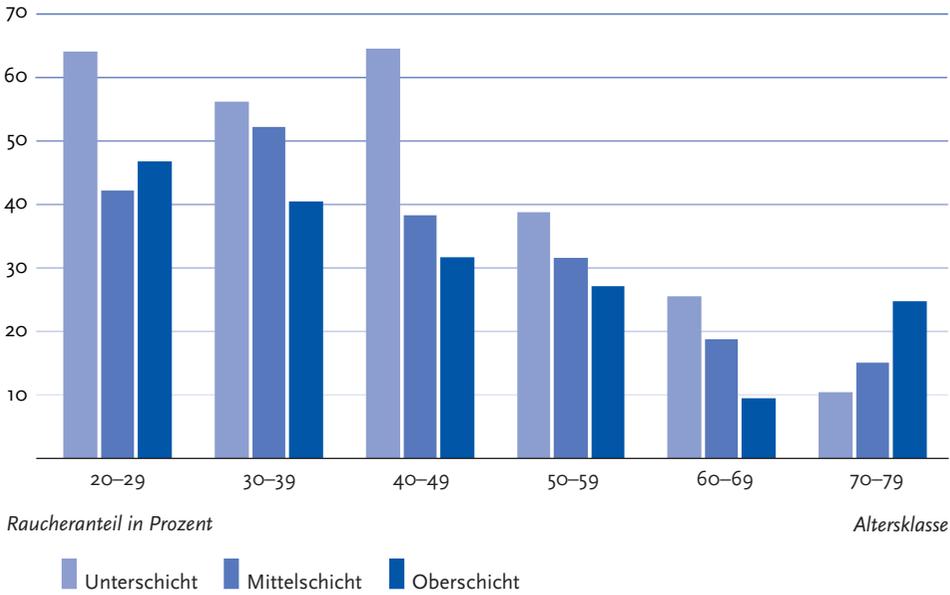


Abbildung 6.3
Prävalenz des Rauchens bei Frauen nach Alter und Schichtzugehörigkeit

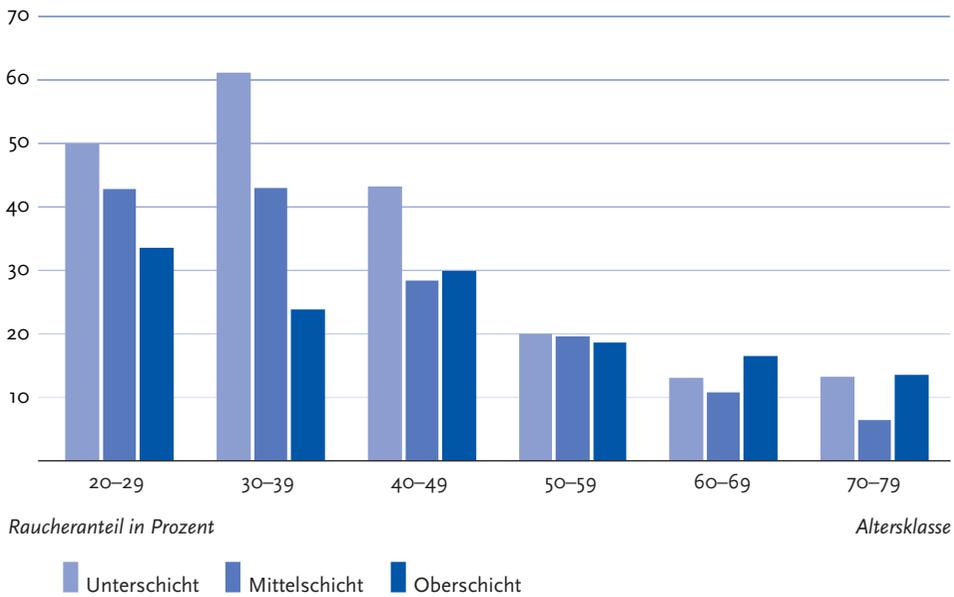


Tabelle 6.1
Übersicht der Auswertungsergebnisse zu sozialen Unterschieden in den Rauchprävalenzen

Rauchprävalenzen	Männer (%)	Frauen (%)	Gesamt (%)	Odds Ratio ¹ (KI-95 %)
Gesamt	37,3	27,9	32,7	–
Alter				
18–19	53,7	48,4	51,1	Ref.
20–29	47,4	42,6	45,1	0,77 (0,53 – 1,11)
30–39	49,1	41,0	45,1	1,14 (0,74 – 1,64)
40–49	40,1	30,9	35,6	0,63 (0,40 – 0,99)
50–59	31,1	19,7	25,4	0,47 (0,30 – 0,74)
60–69	18,3	12,0	15,0	0,16 (0,10 – 0,25)
70–79	16,3	10,0	12,3	0,15 (0,09 – 0,23)
Schulbildung				
Haupt- und Volksschule	43,7	25,0	30,6	2,02 (1,32 – 3,10)
Realschule/POS	41,3	32,6	36,6	1,63 (1,12 – 2,36)
Gymnasium/EOS	31,4	25,1	28,5	Ref.
Berufsstatus				
Arbeiter	43,4	30,1	38,2	Ref.
Selbstständige	33,6	23,6	29,5	0,86 (0,69 – 1,06)
Angestellte	31,4	27,1	28,7	0,80 (0,70 – 0,92)
Beamte	30,0	22,5	27,6	0,84 (0,63 – 1,13)
Haushaltsnettoeinkommen				
< 1.000 DM	48,1	37,0	41,0	1,79 (0,94 – 3,41)
< 2.000 DM	51,8	28,0	37,2	1,85 (1,22 – 2,79)
< 3.000 DM	42,3	29,4	35,7	1,36 (0,96 – 1,93)
< 4.000 DM	28,5	31,5	30,0	0,98 (0,70 – 1,37)
< 5.000 DM	39,0	28,0	33,9	1,06 (0,77 – 1,47)
< 6.000 DM	36,1	26,8	32,0	0,90 (0,63 – 1,29)
< 8.000 DM	30,4	27,0	29,0	0,83 (0,58 – 1,20)
≥ 8.000 DM	30,1	29,6	30,0	Ref.
Soziale Schicht				
Unterschicht	47,1	29,6	36,8	1,68 (1,42 – 2,00)
Mittelschicht	37,2	28,7	32,9	1,22 (1,06 – 1,40)
Oberschicht	30,1	24,3	27,6	Ref.
Familienstand				
Verheiratet	31,7	24,0	27,9	Ref.
Feste Partnerschaft	52,0	45,8	49,0	1,53 (1,23 – 1,83)
Geschieden	48,2	38,7	41,7	2,38 (1,77 – 3,16)
Ledig	47,2	36,3	42,7	0,95 (0,80 – 1,13)
Verwitwet	30,9	15,4	17,3	1,58 (1,18 – 2,13)

¹ Adjustiert wurde für Alter, Geschlecht, Schulbildung und Familienstand (außer die Variable ist selbst Untersuchungsvariable); bei der Analyse des Haushaltsnettoeinkommens zusätzlich für die Haushaltsgröße
 Ref. = Referenzgruppe
 KI-95% = 95%-Konfidenzintervall

die familienstandsbezogenen Unterschiede als relativ stabil, erst nach dem 70. Lebensjahr findet eine Angleichung der Rauchprävalenzen zwischen den verschiedenen Familienstandstypen statt.

Tabelle 6.1 fasst die Ergebnisse zu den sozialen Unterschieden im Rauchverhalten noch einmal zusammen. Ausgewiesen sind Prävalenzen für Männer und Frauen zusammen und getrennt. Außerdem sind Odds Ratios mit dazugehörigen 95%-Konfidenzintervallen bei Kontrolle für Alter, Geschlecht, Schulbildung und Familienstand angegeben. Bei der Analyse für das Haushaltsnettoeinkommen wurde außerdem für die Haushaltsgröße adjustiert.

6.2 Zigarettenverbrauch

Der überwiegende Teil der Raucher greift täglich zur Zigarette (81%), und mehr als 70% aller täglichen Raucher konsumieren pro Tag zwischen 6 und 20 Zigaretten. Mit einem durchschnittlichen Konsum von mehr als 20 Zigaretten sind 21% der täglichen Raucher – gemäß der WHO-Definition – als starke Raucher einzustufen. Männer

zählen mehr als doppelt so häufig zu den starken Rauchern als Frauen (28% gegenüber 13%). Im Durchschnitt konsumiert jeder Raucher täglich zwischen 15 und 16 Zigaretten, tägliche Raucher sogar 18 Zigaretten. Raucherinnen verbrauchen durchschnittlich etwa 4 Zigaretten weniger als Raucher (Tab. 6.2).

Die täglich konsumierte Zigarettenmenge variiert dabei umgekehrt U-förmig mit dem Alter (Abb. 6.4). Ausgehend von den 18- bis 19-Jährigen steigt der durchschnittliche Verbrauch von 12 auf 18 Zigaretten pro Tag bei den 40- bis 49-Jährigen an (Männer: 19 Zigaretten/Tag; Frauen: 16 Zigaretten/Tag). Bei den über 50-Jährigen sinkt der Verbrauch dann wieder kontinuierlich bis auf 10 Zigaretten pro Tag in der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen (Männer: 12 Zigaretten/Tag; Frauen: 8 Zigaretten/Tag).

Entsprechend ist der Anteil der starken Zigarettenraucher im mittleren Lebensalter am höchsten (Tab. 6.2). Von den 40- bis 49-jährigen täglichen Rauchern verbrauchen 40% mehr als 20 Zigaretten pro Tag. Die niedrigsten Anteile an starken Rauchern finden sich bei den 18- bis 19-Jährigen und 70- bis 79-Jährigen mit jeweils

Abbildung 6.4
Durchschnittlicher täglicher Zigarettenverbrauch nach Alter und Geschlecht

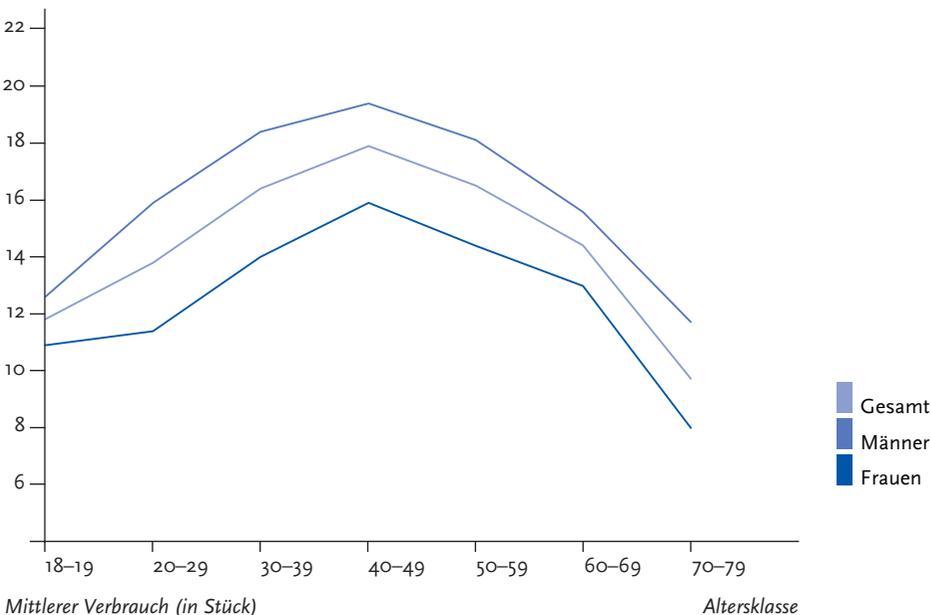
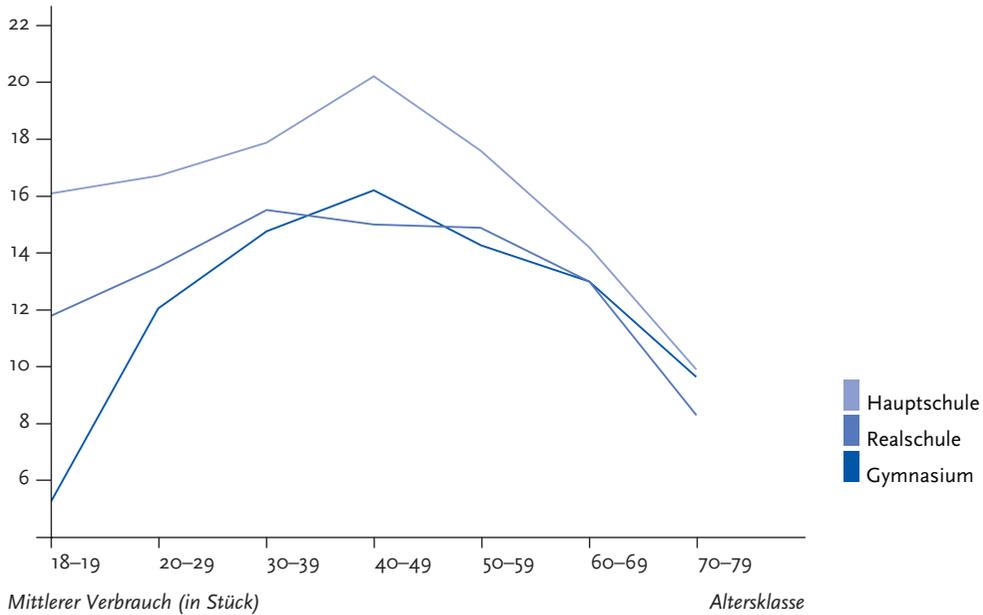


Abbildung 6.5
Durchschnittlicher täglicher Zigarettenverbrauch nach Schulbildung und Alter



unter 10%. Bei Frauen ist der Anteil mit einem Konsum von über 20 Zigaretten am Tag in allen Altersgruppen geringer als bei Männern, das Verteilungsmuster über die Altersgruppen mit einem Gipfel in der Gruppe der 40- bis 49-Jährigen zeichnet sich aber auch bei ihnen deutlich ab.

Der anfängliche Anstieg des täglichen Verbrauchs und des Anteils der starken Raucher bis ins mittlere Lebensalter hängt vor allem mit der Dauer des Konsums und der damit verbundenen Entwicklung der Nikotinabhängigkeit zusammen. Um die gewünschte psychoaktive Wirkung zu erzielen, muss der Raucher aufgrund von Gewöhnungseffekten eine höhere Nikotinzufuhr erreichen. Dass sich der durchschnittliche Verbrauch und der Anteil der starken Raucher im höheren Alter verringern, erklärt sich unter anderem durch die Reduktion des Zigarettenkonsums von langjährigen Rauchern, die keinen Rauchstopp geschafft haben, aber aufgrund von Krankheiten und Beschwerden oder in Erwartung von Gesundheitsvorteilen ihren Zigarettenverbrauch einschränken. Daneben ist dieser Rückgang aber auch auf die frühzeitige Sterblichkeit von Perso-

nen mit hohem und sehr hohem Tabakkonsum zurückzuführen.

Bildungsdifferenzen drücken sich in einem höheren Zigarettenverbrauch von Haupt- und Volksschulabsolventen (17 Zigaretten/Tag) aus (Tab. 6.2). In dieser Gruppe findet sich ebenfalls der höchste Anteil an starken Rauchern (25%). Im Durchschnitt am wenigsten rauchen Personen mit Abitur (14 Zigaretten/Tag). Am deutlichsten sind die Bildungsunterschiede im Zigarettenverbrauch bis zum 50. Lebensjahr ausgeprägt (Abb. 6.5). Bis zu diesem Alter beträgt der Unterschied zwischen Hauptschulabsolventen und Personen mit Abitur etwa 4 Zigaretten täglich, bei den 18- bis 19-jährigen sind es sogar mehr als 10 Zigaretten. Ein Grund hierfür könnte der frühzeitigere Einstieg von Hauptschülern in den Tabakkonsum sein.

Von allen Berufsstatusgruppen weisen Arbeiter nicht nur den höchsten Anteil täglicher Raucher auf (87%), für sie ist auch der höchste tägliche Zigarettenverbrauch zu verzeichnen (Tab. 6.2). Lediglich als Selbstständige tätige Raucher haben mit 18 Zigaretten am Tag einen ähnlich hohen Verbrauch. Beamte und Angestellte rauchen mit

Tabelle 6.2
Übersicht der Auswertungsergebnisse zum täglichen Zigarettenverbrauch

Zigaretten- verbrauch	Anteil täglicher Raucher (%)	Anteil ge- legentlicher Raucher (%)	Mittlerer täglicher Zigarettenverbrauch (in Stück)		Tägliche Raucher nach Zigarettenverbrauch (%)		
			Gesamt	tägliche Raucher	1–5	6–20	> 20
Gesamt	81,0	19,0	15,6	18,0	7,5	71,3	21,2
Geschlecht							
Männer	82,7	17,3	17,4	19,6	5,5	66,6	27,9
Frauen	78,8	21,2	13,4	15,8	10,1	77,4	12,6
Alter							
18–19	79,6	20,4	11,8	14,1	9,8	84,7	5,5
20–29	76,6	23,4	13,8	16,7	9,4	74,4	16,2
30–39	82,6	17,4	16,4	18,5	5,2	72,6	22,2
40–49	84,8	15,3	17,9	20,2	4,0	65,7	30,3
50–59	82,7	17,3	16,5	18,3	9,1	69,1	21,8
60–69	77,5	22,5	14,4	17,0	15,3	64,3	20,4
70–79	74,8	25,2	9,7	11,5	15,8	80,3	3,9
Schulbildung							
Hauptschule	86,7	13,3	17,2	18,7	7,3	67,5	25,2
Realschule/POS	78,4	21,6	14,5	17,2	6,5	76,7	16,8
Gymnasium/EOS	73,3	26,7	13,9	17,2	10,6	69,2	20,2
Berufsstatus							
Arbeiter	87,3	12,7	17,5	19,1	4,7	70,6	24,7
Selbstständige	75,9	24,1	17,9	21,4	5,0	64,1	30,9
Angestellte	77,8	22,2	14,4	17,0	10,1	71,3	18,6
Beamte	75,1	24,9	14,3	16,9	3,8	74,6	21,6
Haushaltsnetto- einkommen							
< 1.000 DM	81,4	18,6	16,9	18,7	15,8	63,7	20,5
< 2.000 DM	84,3	15,7	16,2	18,2	7,4	72,4	20,2
< 3.000 DM	80,9	19,1	15,8	17,9	8,4	69,7	21,9
< 4.000 DM	84,0	16,0	16,4	18,5	7,0	70,2	22,8
< 5.000 DM	78,0	22,0	15,7	18,4	5,6	72,7	21,7
< 6.000 DM	82,5	17,5	16,2	18,4	6,8	70,6	22,6
< 8.000 DM	71,0	29,0	13,6	16,9	1,4	82,5	16,1
≥ 8.000 DM	74,8	25,2	12,5	15,6	14,8	69,6	15,6

Tabelle 6.2
Übersicht der Auswertungsergebnisse zum täglichen Zigarettenverbrauch

Zigaretten- verbrauch	Anteil täglicher Raucher (%)	Anteil ge- legentlicher Raucher (%)	Mittlerer täglicher Zigarettenverbrauch (in Stück)		Tägliche Raucher nach Zigarettenverbrauch (%)		
			Gesamt	tägliche Raucher	1–5	6–20	> 20
Soziale Schicht							
Unterschicht	85,5	14,5	16,2	18,0	8,3	70,7	21,0
Mittelschicht	81,9	18,1	15,8	18,1	6,9	71,4	21,8
Oberschicht	72,0	28,0	14,2	17,4	8,6	71,9	19,6
Familienstand							
Verheiratet	79,9	20,1	15,6	18,1	6,7	71,3	22,0
Feste Partnerschaft	85,0	15,0	16,3	17,8	8,7	69,5	21,8
Geschieden	87,1	12,9	18,5	20,5	9,0	65,3	25,7
Ledig	78,1	21,9	14,6	17,5	7,4	73,7	18,8
Verwitwet	84,8	15,2	12,3	13,8	16,3	71,3	12,4

durchschnittlich 14 Zigaretten am Tag weitaus weniger. Der höchste Anteil an starken Rauchern findet sich unter Selbstständigen (31%), gefolgt von Arbeitern (25%) und Beamten (22%).

Die Einkommensunterschiede im Zigarettenverbrauch sind schwächer ausgeprägt, aber sichtbar (Tab. 6.2). Personen mit dem niedrigsten Einkommen rauchen im Durchschnitt 19 Zigaretten am Tag, während die Personen mit dem höchsten Einkommen etwa 16 Zigaretten täglich konsumieren. Der Anteil der starken Raucher variiert von der niedrigsten bis zur höchsten Einkommensgruppe zwischen 21% und 16%.

Schichtspezifische Unterschiede in der Konsumintensität lassen sich insbesondere im Hinblick auf den Anteil der täglichen Raucher fest-

stellen, der in der Unterschicht mit 86% deutlich über denen in der Mittelschicht mit 82% und Oberschicht mit 72% liegt (Tab. 6.2). Der tägliche Zigarettenverbrauch und der Anteil der starken Raucher variiert hingegen nur schwach mit der Schichtzugehörigkeit.

Betrachtet man den Familienstand, dann finden sich die höchsten Anteile täglicher Raucher bei Geschiedenen (87%) und Verwitweten (85%), die niedrigsten Anteile bei den Verheirateten (80%) und Ledigen (78%). Ein ähnliches Muster zeigt sich im durchschnittlichen Zigarettenkonsum und beim Anteil der starken Raucher (Tab. 6.2).

6.3 Einstiegsverhalten

Um das Einstiegsverhalten zu analysieren, muss von allen Personen ausgegangen werden, die jemals mit dem Rauchen begonnen haben. Neben den aktuellen Rauchern sind damit auch die ehemaligen Raucher zu betrachten. Abbildung 6.6 zeigt, wie sich der Anteil der Jemalsraucher in der Kohortenfolge entwickelt hat. In der ältesten Geburtskohorte, zu der Personen zählen, die zwischen 1921 und 1925 geboren wurden, haben etwa 20% der Frauen und 78% der Männer mit dem Rauchen begonnen. In den nachfolgenden Kohorten blieben die Jemalsraucheranteile der Männer nach einem kurzen Rückgang auf hohem Niveau relativ stabil, während bei Frauen ein Anstieg des Anteils der Jemalsraucherinnen bis zur Geburtskohorte 1961–1965 zu beobachten ist. Als Folge dieser Entwicklung liegt der Anteil der

Jemalsraucherinnen in der jüngsten Geburtskohorte (1976–1980 Geborene) mit 49% nur noch geringfügig unter dem entsprechenden Anteil bei Männern mit 54%.

Die gegenläufige Entwicklung des Rauchverhaltens von Männern und Frauen hat verschiedene Ursachen. Lange Zeit haben normative und soziale Zwänge die Verbreitung des Rauchens bei Frauen verhindert. Dies änderte sich erst mit der allmählichen gesellschaftlichen Gleichstellung der Geschlechter. Im Zuge dessen wurden Frauen von der Tabakindustrie zunehmend als Zielgruppe erkannt. Die Tabakwerbung zeichnet inzwischen schon seit einigen Jahrzehnten ein modernes Frauenbild, in dem Emanzipation, Jugendlichkeit, Sportlichkeit und eine selbstbewusste Lebenseinstellung der Frauen zum Ausdruck kommen [Amos, Haglund 2000].

Abbildung 6.6
Anteile der Jemalsraucher und Jemalsraucherinnen in verschiedenen Geburtskohorten

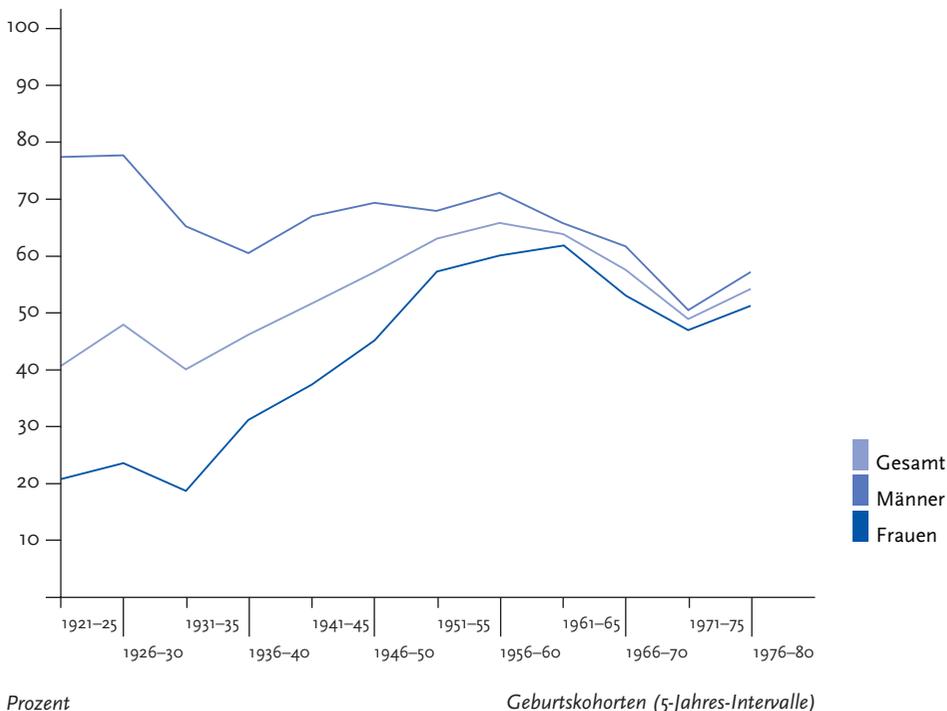


Abbildung 6.7
Durchschnittliches Einstiegsalter in verschiedenen Geburtskohorten

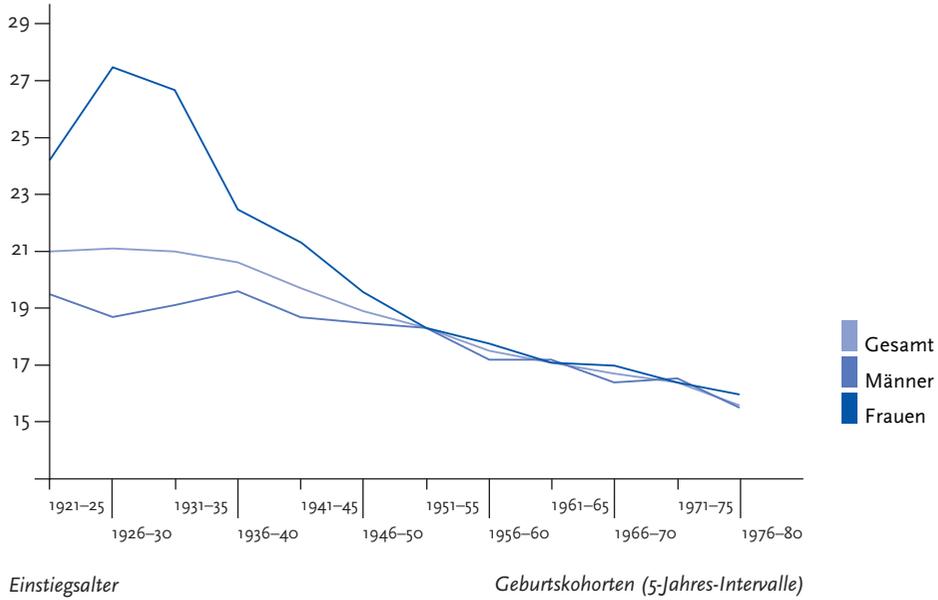


Abbildung 6.8
Auf das Einstiegsalter bezogener kumulierter jemalsraucheranteil in den Geburtskohorten 1921-25, 1941-45, 1961-65 und 1976-80

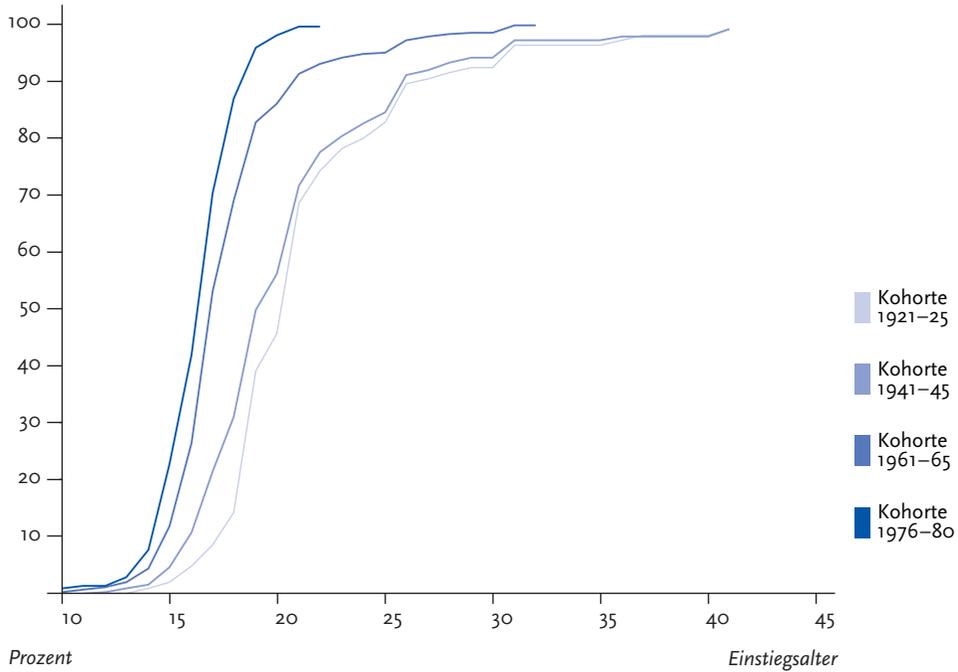
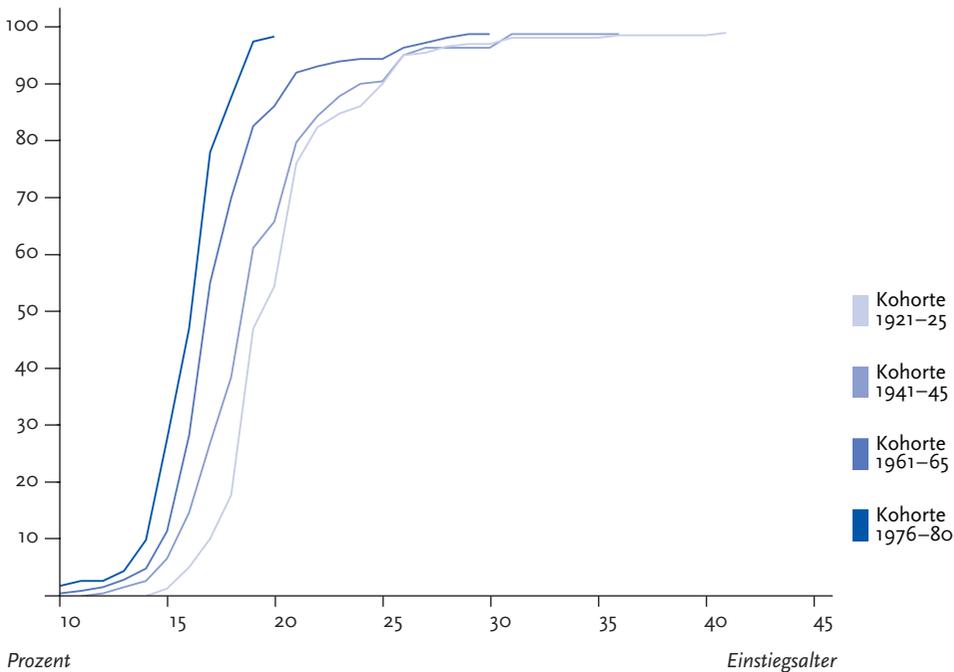


Abbildung 6.9
Auf das Einstiegsalter bezogener kumulierter Jemalsraucheranteil: Männer der Geburtskohorten
1921–25, 1941–45, 1961–65 und 1976–80



Diejenigen, die mit dem Rauchen beginnen, tun dies in einem immer jüngeren Alter.² Insgesamt nahm das durchschnittliche Einstiegsalter in der Abfolge der Geburtsjahrgänge 1921 bis 1980 von 21 auf unter 16 Jahre ab (Abb. 6.7). Während das Einstiegsalter der männlichen Raucher in diesem Zeitraum um ca. 4 Jahre gesunken ist, betrug der Rückgang bei Frauen mehr als 8 Jahre. Ausgehend vom Höchstwert von über 27 Jahren in der Geburtskohorte 1926–30 hat das Einstiegsalter bei Frauen sogar um fast 11 Jahre abgenommen. In der jüngsten Geburtskohorte lassen sich deshalb kaum noch Unterschiede im Einstiegsalter von Männern und Frauen feststellen.

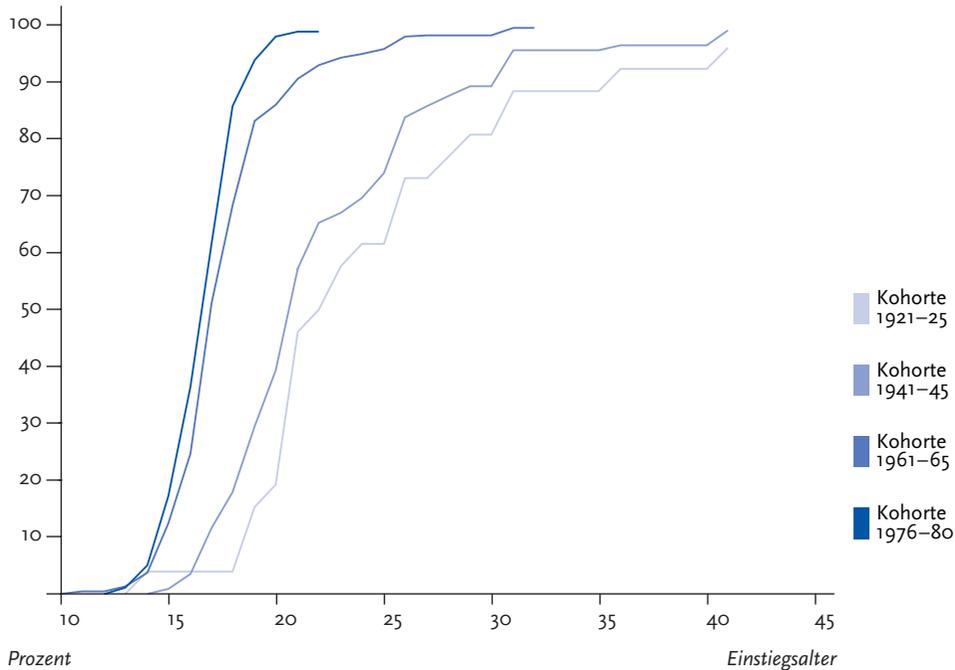
Aus Abbildung 6.8 ist zu ersehen, wie hoch der Anteil der Jemalsraucher in den betrachteten Kohorten ist, die vor einem bestimmten Alter angefangen haben zu rauchen. An den kumulierten Anteilen lässt sich z.B. ablesen, dass von den zwischen 1921–25 Geborenen etwa 40% vor dem 18. Lebensalter mit dem Rauchen begonnen haben. Bei den 1941–45 Geborenen trifft dies auf an-

nähernd 30% zu, bei den 1961–65 Geborenen auf 70% und bei den 1976–80 Geborenen auf 86%.

Die erhebliche Vorverlagerung der kumulierten Einstiege ist überwiegend auf das veränderte Einstiegsverhalten von Frauen zurückzuführen. Während die Vorverlagerung bei Männern innerhalb der Kohortenfolge relativ gleichmäßig verlief (Abb. 6.9), ist der größte Teil der Vorverlagerung des Einstiegsalters bei Frauen in den Kohorten 1941–65 zu beobachten. In diesen Kohorten stieg der Anteil der Jemalsraucherinnen, die bis zum 18. Lebensjahr mit dem Rauchen begonnen haben, von 30% auf 83% an (Abb. 6.10).

² Bei den Angaben zum Einstiegsalter muss vor allem bei den älteren Kohorten mit Verzerrungen gerechnet werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich viele ältere Menschen nicht genau erinnern, wann sie mit dem Rauchen angefangen haben. In der Mehrzahl werden sie eher dazu neigen, einen späteren Rauchbeginn anzugeben, woraus eine Unterschätzung der mit einem frühen Rauchbeginn verbundenen Risiken resultieren würde.

Abbildung 6.10
Auf das Einstiegsalter bezogener kumulierter jemalsraucherinnenanteil: Frauen der Geburtskohorten 1921–25, 1941–45, 1961–65 und 1976–80



Darüber hinaus zeigen sich deutliche Bildungsunterschiede in der Entwicklung des Einstiegsalters.³ Während zu Beginn des Jahrhunderts ein größerer Anteil von Personen der höheren Bildungsschichten zur Zigarette griff, ist dies in den jüngeren Kohorten für die niedrigen Bildungsschichten der Fall (Abb. 6.11). In der Geburtskohorte 1921–25 beträgt der Anteil der Jemalsraucher mit Abitur 68%, mit mittlerer Reife 52% und mit Haupt- oder Volksschulabschluss 35%. Bei den 1976–80 Geborenen stellt sich dies genau umgekehrt dar: 41% der Personen mit Abitur haben jemals geraucht, 56% derjenigen mit Realschulabschluss und ebenso 56% der Haupt- oder Volksschulabsolventen. Diese Zahlen verdeutlichen die in Kapitel 2.2 angesprochene temporale Diffusion des Rauchverhaltens von den sozial besser gestellten in die benachteiligten gesellschaftlichen Gruppen.⁴

Eine ähnliche Entwicklung zeichnet sich im Hinblick auf den Rauchbeginn ab. Zwar hat sich das Einstiegsalter in allen Bildungsgruppen

vorverlagert, am deutlichsten wird dieser Trend jedoch bei Personen mit niedrigen Bildungsabschlüssen. Innerhalb der Geburtsjahrgänge von 1925 bis 1980 ist das durchschnittliche Einstiegsalter bei Personen mit Hochschulreife um 3,5 Jahre gesunken, bei Personen mit Realschulabschluss um 5,5 Jahre und bei Personen mit Haupt- oder Volksschulabschluss um 6,5 Jahre (Abb. 6.12).

Aus Abbildungen 6.13 bis 6.15 ist zu ersehen, wie sich der Anteil der Jemalsraucher mit Haupt-/Volksschulabschluss, mittlerer Reife oder Abitur,

- 3 Auf Unterschiede nach Einkommen, Berufsstatus, Sozialschicht und Familienstand wird im Folgenden nicht eingegangen, da diese Merkmale im Lebenslauf weniger stabil sind als die Schulbildung und sich deshalb für kohortenspezifische Betrachtungen nicht gleichermaßen gut eignen.
- 4 Zu berücksichtigen ist dabei, dass die Bildungsbeteiligung im Zeitverlauf zugenommen hat und in den jüngeren Geburtskohorten ein weitaus höherer Anteil das Abitur erwirbt als in den älteren Kohorten.

Abbildung 6.11
Anteil der Jemalsraucher in der Gesamtbevölkerung in verschiedenen Geburtskohorten nach Schulbildung

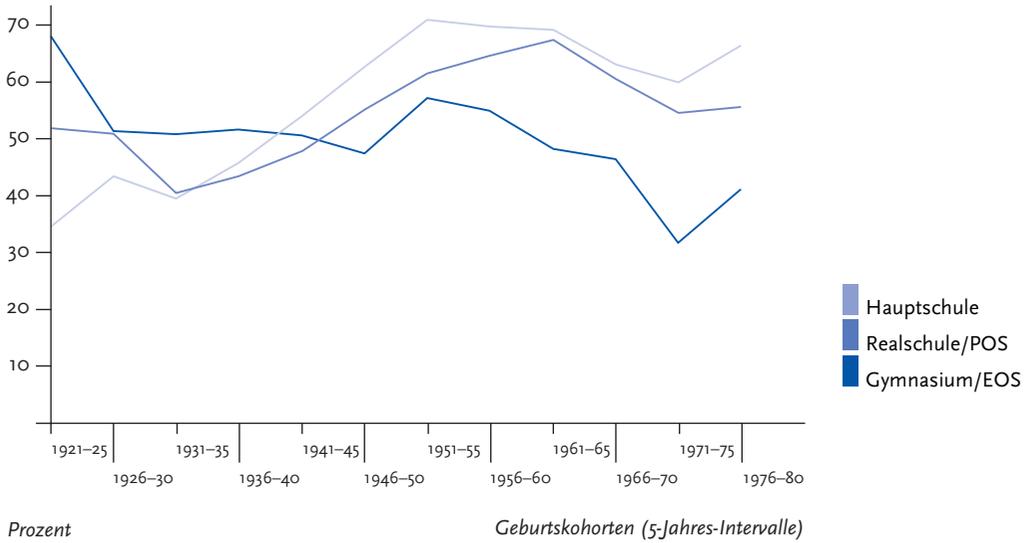


Abbildung 6.12
Durchschnittliches Einstiegsalter in verschiedenen Geburtskohorten nach Schulbildung

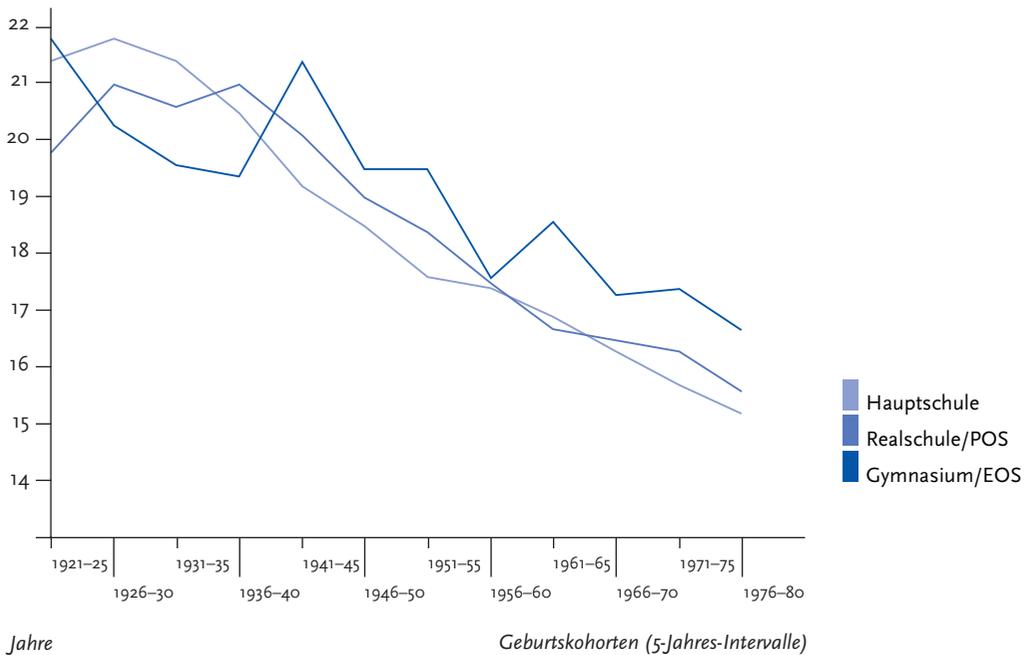
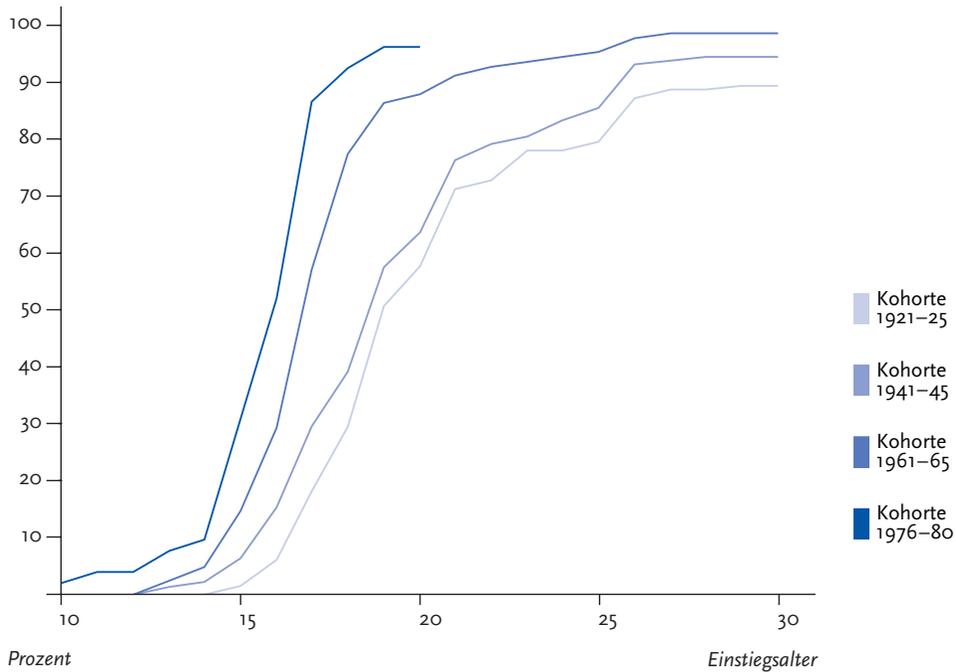


Abbildung 6.13

Auf das Einstiegsalter bezogener kumulierter Jemalsraucheranteil: Hauptschul- und Volksschulabsolventen der Geburtskohorten 1921–25, 1941–45, 1961–65 und 1976–80



die zu einem bestimmten Alter mit dem Rauchen begonnen haben, in der Kohortenfolge verändert hat. Während in der Geburtskohorte 1926–30 noch relativ mehr Jemalsraucher mit Abitur im Vergleich zu Realschulabsolventen und Personen mit Hauptschul- oder Volksschulabschluss bis zum 18. Lebensjahr mit dem Rauchen begonnen haben, zeichnet sich schon in der Geburtskohorte der 1941–45 Geborenen ein verändertes Bild ab: 30% der Personen mit niedriger gegenüber 20% derjenigen mit mittlerer und 12% derjenigen mit höherer Schulbildung haben vor dem Alter von 18 Jahren angefangen zu rauchen. Bei den 1976–80 Geborenen fallen die Unterschiede mit 70%, 86% und 90% auf insgesamt deutlich höherem Niveau ähnlich stark aus.

Abbildung 6.14

Auf das Einstiegsalter bezogener kumulierter Jemalsraucheranteil: Realschulabsolventen der Geburtskohorten 1921–25, 1941–45, 1961–65 und 1976–80

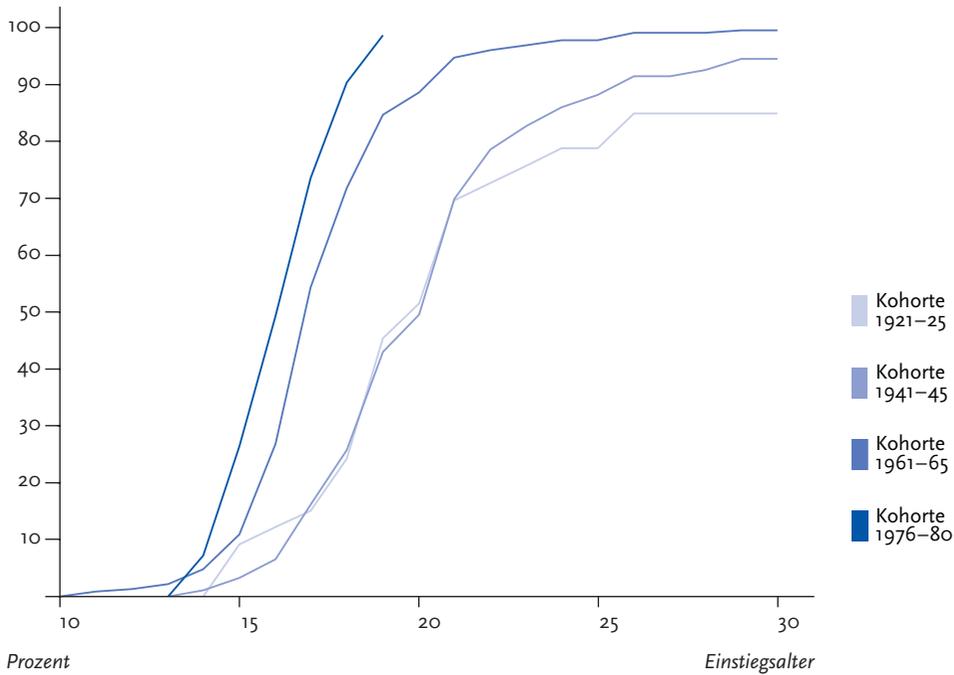
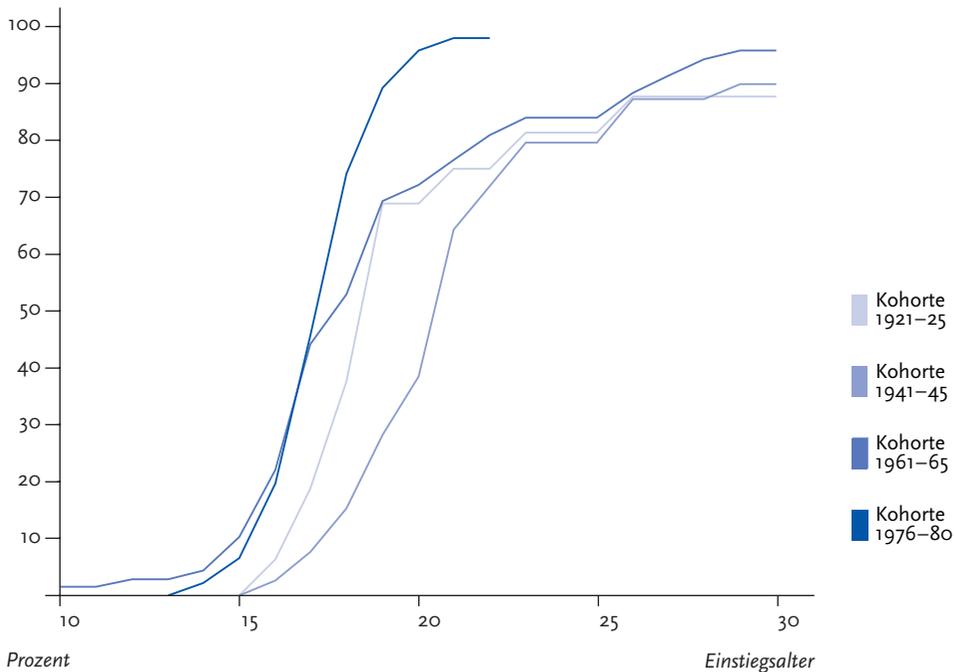


Abbildung 6.15

Auf das Einstiegsalter bezogener kumulierter Jemalsraucheranteil: Personen mit Abitur der Geburtskohorten 1921–25, 1941–45, 1961–65 und 1976–80



6.4 Ausstiegsverhalten

Neben dem Einstiegsverhalten ist das Ausstiegsverhalten eine zentrale Bestimmungsgröße für die Verbreitung des Rauchens in der Bevölkerung und damit ein Anknüpfungspunkt für die Tabakkontrollpolitik. Ein aussagekräftiger Indikator ist in diesem Zusammenhang die so genannte Ausstiegsquote, die den Anteil der Jemalsraucher bezeichnet, die mit dem Rauchen wieder aufgehört haben. Aus Abbildung 6.16 ist zu ersehen, dass die Ausstiegsquote sowohl bei Männern als auch bei Frauen mit dem Alter kontinuierlich zunimmt. In der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen haben sich 80% der Männer und 50% der Frauen das Rauchen wieder abgewöhnt. Dass Frauen seltener aufhören zu rauchen, ist ein Grund für die Angleichung der Raucheranteile zwischen den Geschlechtern, die im hohen Alter zu beobachten ist. Die geringere Ausstiegshäufigkeit von Frauen wird vor allem auf ein ausgeprägtes Bewusstsein für Gewichtskontrolle, höhere Stressbelastungen sowie eine höhere Rückfallgefährdung nach einem Rauchstopp zurückgeführt [Amos et al. 1997; Health Canada 1997].

Weiteren Aufschluss gibt eine kohortenspezifische Betrachtung des Ausstiegsverhaltens. Bei den 1921–25 Geborenen haben bis zum 75. Lebensjahr etwa drei Viertel aller Raucher das Rauchen

wieder aufgegeben (Abb. 6.17). Für jüngere Geburtsjahrgänge kann das Ausstiegsverhalten nicht über einen so langen Zeitraum betrachtet werden, jedoch deutet sich im kohortenbezogenen Vergleich eine Vorverlagerung der Ausstiegshäufigkeiten an. Ein Großteil der Raucher aus jungen Jahrgängen beendet ihren Konsum früher als dies Raucher aus älteren Geburtsjahrgängen getan haben. Während bei den 1961–65 Geborenen fast 25% aller Jemalsraucher ihren Konsum bis zum 35. Lebensjahr beendet haben, waren dies bei den 1941–45 Geborenen 17% und bei den 1921–25 Geborenen lediglich 12%.⁵

Bei Männern zeichnet sich die Vorverlagerung der Ausstiegshäufigkeiten früher ab als bei Frauen. So nimmt der Anteil der Raucher, die bis zum 35. Lebensjahr wieder aufgehört haben, von der Kohorte 1921–25 bis zur Kohorte 1941–45 von 13% auf 19% zu, während bei Frauen in diesem Zeitraum kein bedeutsamer Anstieg zu beobachten ist (Abb. 6.18 und 6.19). Erst bei den 1961–65 Geborenen weisen Frauen bis zum 35. Lebensjahr ähnlich hohe Ausstiegsanteile auf wie Männer.

- 5 Möglicherweise werden diese Unterschiede überschätzt, da im jungen und mittleren Lebensalter viele Raucher, die das Rauchen aufgegeben haben, wieder rückfällig werden, was hier nicht berücksichtigt werden kann.

Abbildung 6.16
Ausstiegsquoten nach Alter und Geschlecht

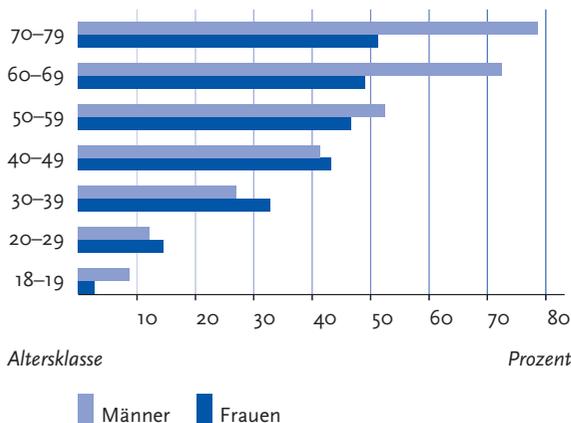


Abbildung 6.17
 Kumulierte Ausstiegsquoten in den Geburtskohorten 1921–25, 1941–45 und 1961–65

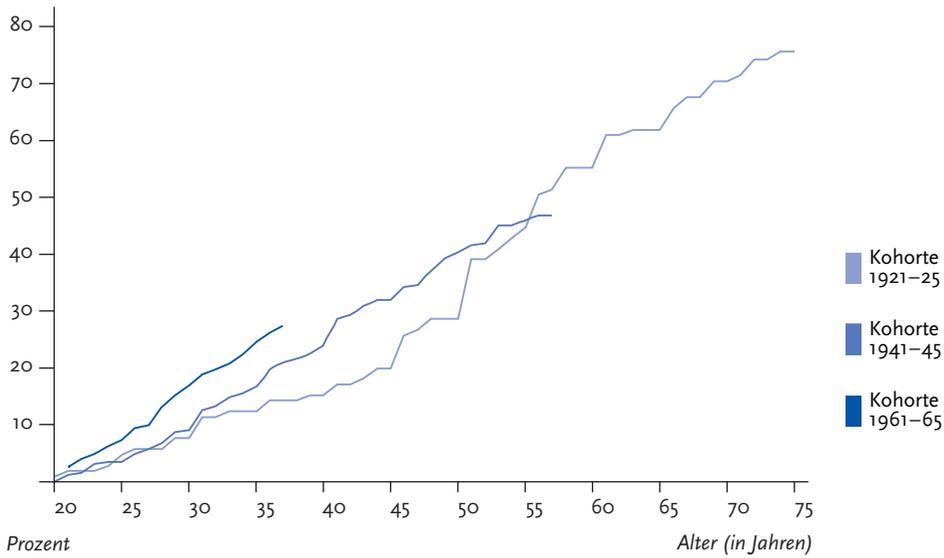


Abbildung 6.18
 Kumulierte Ausstiegsquoten bei Männern in den Geburtskohorten 1921–25, 1941–45 und 1961–65

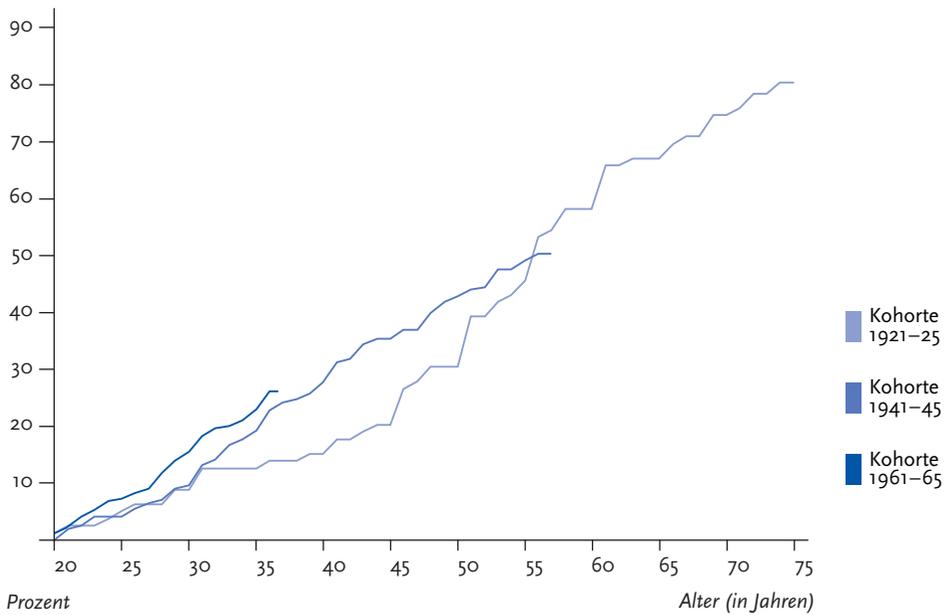
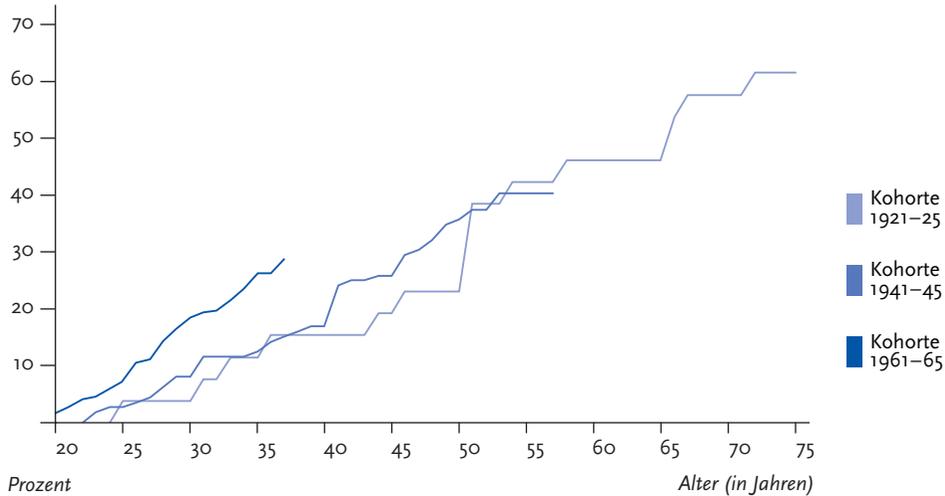


Abbildung 6.19

Kumulierte Ausstiegsquoten bei Frauen in den Geburtskohorten 1921–25, 1941–45 und 1961–65



Für die jüngeren Geburtsjahrgänge bleibt abzuwarten, wie sich das Ausstiegsverhalten bei Männern und Frauen bis ins hohe Alter entwickeln wird. Insgesamt macht die Kohortenbetrachtung aber deutlich, dass Männer letztendlich frühzeitiger ihren Konsum beenden als Frauen [Schulze, Mons 2005].

Betrachtet man das Ausstiegsverhalten im Zusammenhang mit dem Bildungsniveau ergeben sich klare Unterschiede. Im Allgemeinen gilt: Je höher die Bildung, desto höher die Ausstiegsquote. In der Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen haben 77% der Personen mit Abitur im Vergleich zu 66% derjenigen mit einem Realschulabschluss und 62% derjenigen mit Haupt- oder Volksschulabschluss das Rauchen aufgegeben (Abb. 6.20).

In der längsschnittlichen Betrachtung stellt sich der Zusammenhang von Bildung und Ausstiegsverhalten etwas differenzierter dar. Noch bei den 1921–25 Geborenen weisen Haupt- und Volksschulabsolventen höhere kumulierte Ausstiegshäufigkeiten auf als Personen mit einem Realschulabschluss oder Abitur (Abb. 6.21–6.23). Dies gilt zumindest bis zum 50. Lebensjahr. Nach diesem Alter kehrt sich das Verhältnis allmählich um. Bei den 1941–45 Geborenen liegt die Ausstiegsquote der Haupt- und Volksschulabsol-

venten ab dem 35. Lebensjahr unter der von Personen mit einem höherwertigen Schulabschluss. In der Geburtskohorte 1961–65 weisen Personen mit niedriger Schulbildung durchweg geringere altersspezifische Ausstiegsraten auf. Für diese Kohorte lässt sich zwar keine Aussage über die endgültigen Aussteigeranteile treffen, da sie sich gegenwärtig erst im mittleren Lebensalter befindet, der Trend scheint jedoch klar: Personen mit geringerer Bildung steigen im Vergleich zu Personen mit höheren Bildungszertifikaten zunehmend später und in immer geringerer Zahl aus dem Tabakkonsum aus.

Soziale Unterschiede im Ausstiegsverhalten lassen sich auch an der Schichtzugehörigkeit festmachen. Angehörige der Unterschicht weisen in allen Altersklassen geringere Ausstiegsquoten auf als Personen, die der Mittel- oder Oberschicht zuzurechnen sind (Abb. 6.24). Während bei den 30- bis 39-Jährigen nur 23% der Personen in der Unterschicht ihren Konsum beenden haben, sind es in der Mittelschicht 28% und in der Oberschicht 40%. Bei den 60- bis 69-Jährigen sind es entsprechend 52% in der Unterschicht, 69% in der Mittelschicht und 78% in der Oberschicht.

Abbildung 6.20
Ausstiegsquoten nach Alter und Schulbildung

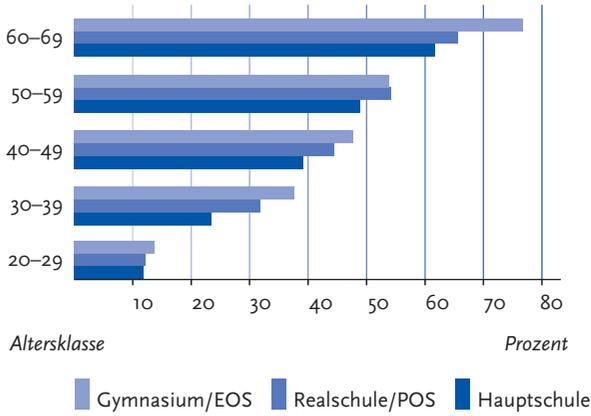


Abbildung 6.21
Kumulierte Ausstiegsquoten bei Haupt- und Volksschulabsolventen in den Geburtskohorten 1921-25, 1941-45 und 1961-65

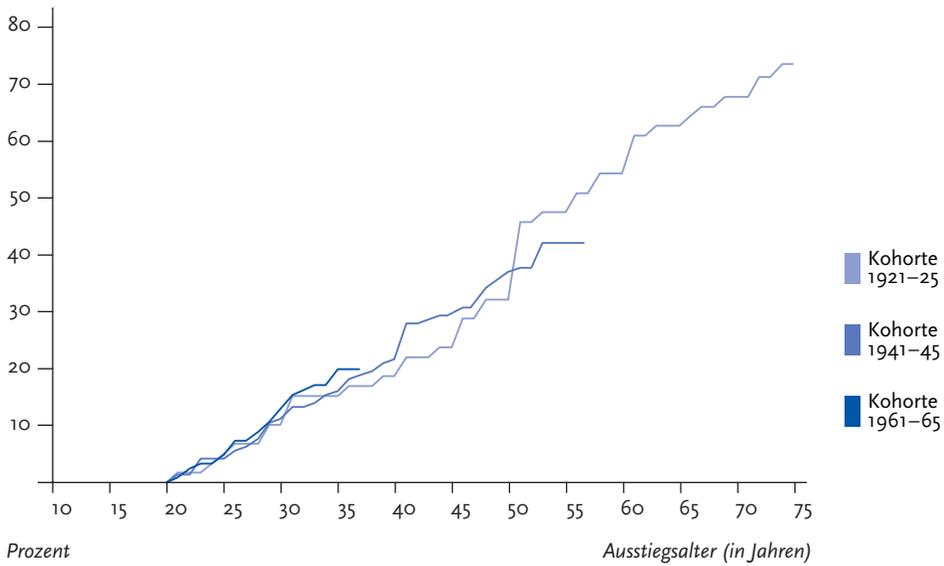


Abbildung 6.22
 Kumulierte Ausstiegsquoten bei Realschulabsolventen in den Geburtskohorten 1921–25, 1941–45 und 1961–65

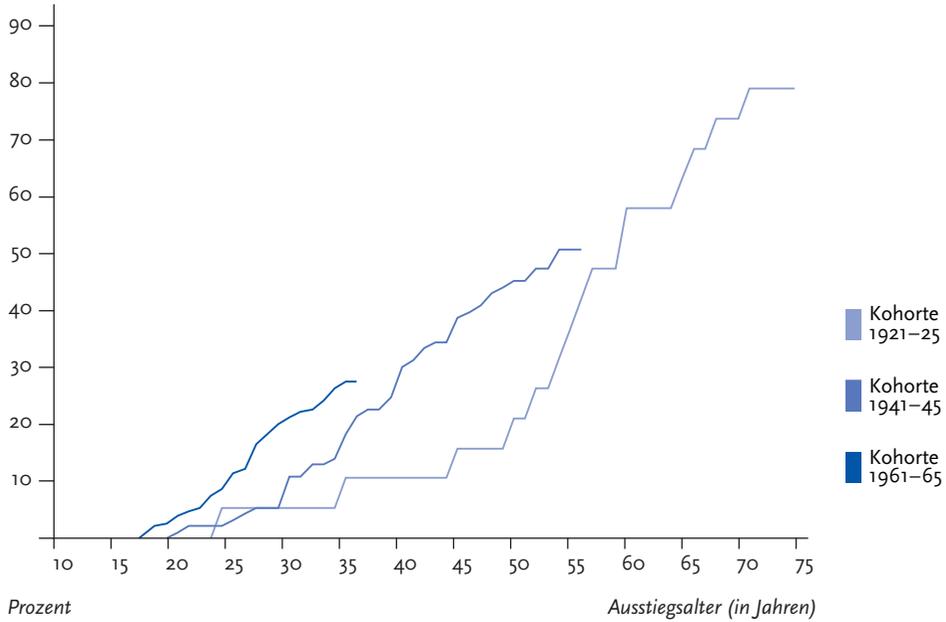


Abbildung 6.23
 Kumulierte Ausstiegsquoten bei Personen mit Abitur in den Geburtskohorten 1921–25, 1941–45 und 1961–65

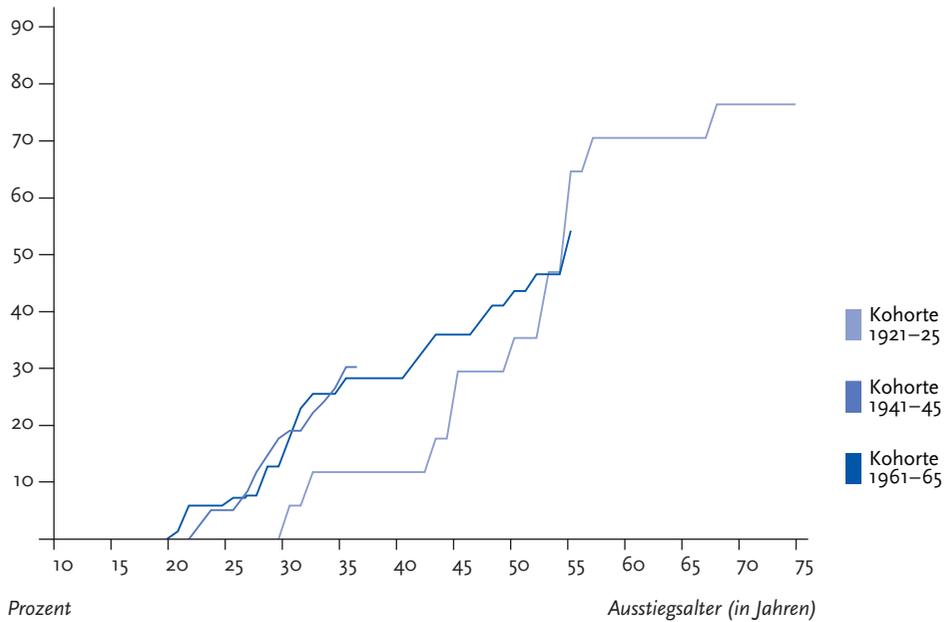


Abbildung 6.24
Ausstiegsquoten nach Alter und Schichtzugehörigkeit

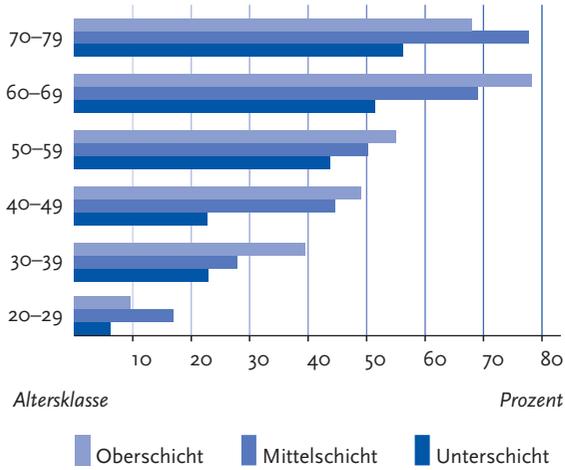
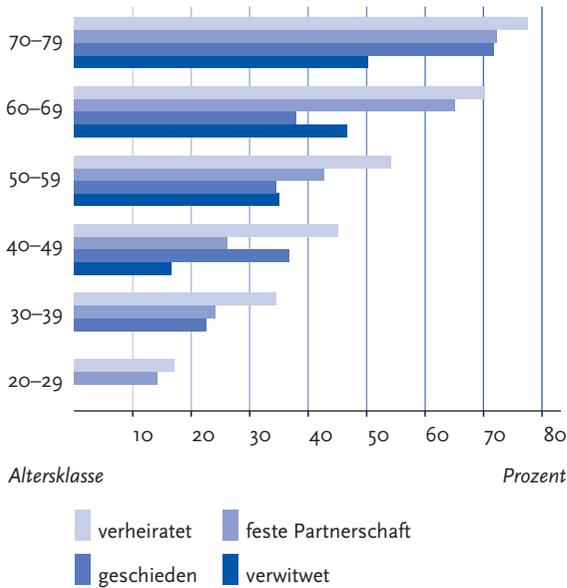


Abbildung 6.25
Ausstiegsquoten nach Alter und Familienstand



Noch deutlicher treten Unterschiede im Ausstiegsverhalten hervor, wenn der Familienstand als diskriminierende Variable berücksichtigt wird. Vor allem Verwitwete und Geschiedene weisen sehr niedrige Ausstiegsquoten bis in das hohe Alter auf. Am häufigsten geben Verheiratete das Rauchen auf. In der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen haben 78% dieser Gruppe mit dem Rauchen aufgehört, bei Personen in nichtehelichen Partnerschaften sind es 72%, bei geschiedenen Personen 71% und bei Verwitweten nur 50% (Abb. 6.25). Damit bestätigt sich die Vermutung, dass partnerschaftliche Beziehungen die Ausstiegschancen und die Stabilisierung der Abstinenz verbessern, u.a. aufgrund der ausgeübten sozialen Kontrolle [Waller 1995].

6.5 Spezifizierung sozialer Risikogruppen

Bisher wurde auf bevölkerungsgruppenspezifische Unterschiede im Rauchverhalten hingewiesen, die sich entlang der Merkmale Alter, Geschlecht, Schulbildung, Berufsstatus, Einkommen und Familienstand festmachen lassen. So rauchen jüngere Menschen häufiger als ältere, Männer häufiger als Frauen, Haupt- und Volksschulabsolventen häufiger als Personen mit mittlerer Reife oder Abitur, Arbeiter häufiger als Beamte, Angestellte und Selbstständige, ledige, verwitwete und geschiedene häufiger als verheiratete Personen.

In Gruppen, die mehrere dieser Merkmale auf sich vereinen, sind die Raucheranteile im Vergleich zu anderen sozialen Gruppen noch einmal erhöht. Bereits bei der kombinierten Betrachtung von zwei relevanten Merkmalen nimmt die Differenz der Raucheranteile zwischen den Extremgruppen um mehr als 10% zu (Tab. 6.3). Je mehr Merkmale in die Analyse einbezogen werden, desto größer werden die Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. Bei der kombinierten Betrachtung des Alters, der Schulbildung und des Familienstandes kristallisieren sich klare Hochrisikogruppen heraus. In einigen Risikogruppen (z.B. 20 bis 29 Jahre + Haupt- bzw. Volksschulabschluss + ledig) ist die Rauchprävalenz fünfmal höher als in der Gruppe mit den niedrigsten Raucheranteilen (z.B. 60 bis 69 Jahre + Abitur + verheiratet). Entsprechendes gilt für die separate Betrachtung von Männern und Frauen. Insgesamt variieren die Raucheranteile von Männern und Frauen je nach Kombination der Merkmale zwischen 10% und 60%. Deutlich erhöhte Rauchprävalenzen finden sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen vor allem bei (i) ledigen Personen mit Hauptschulabschluss in allen Altersgruppen, (ii) Haupt- und Realschulabsolventen in den jüngsten Altersgruppen sowie (iii) ledigen und geschiedenen Männern und Frauen bis zum 60. Lebensjahr. Besonders niedrige Raucheranteile weisen Personen in allen Altersklassen mit Abitur auf, insbesondere wenn sie verheiratet sind (Tab. 6.3).

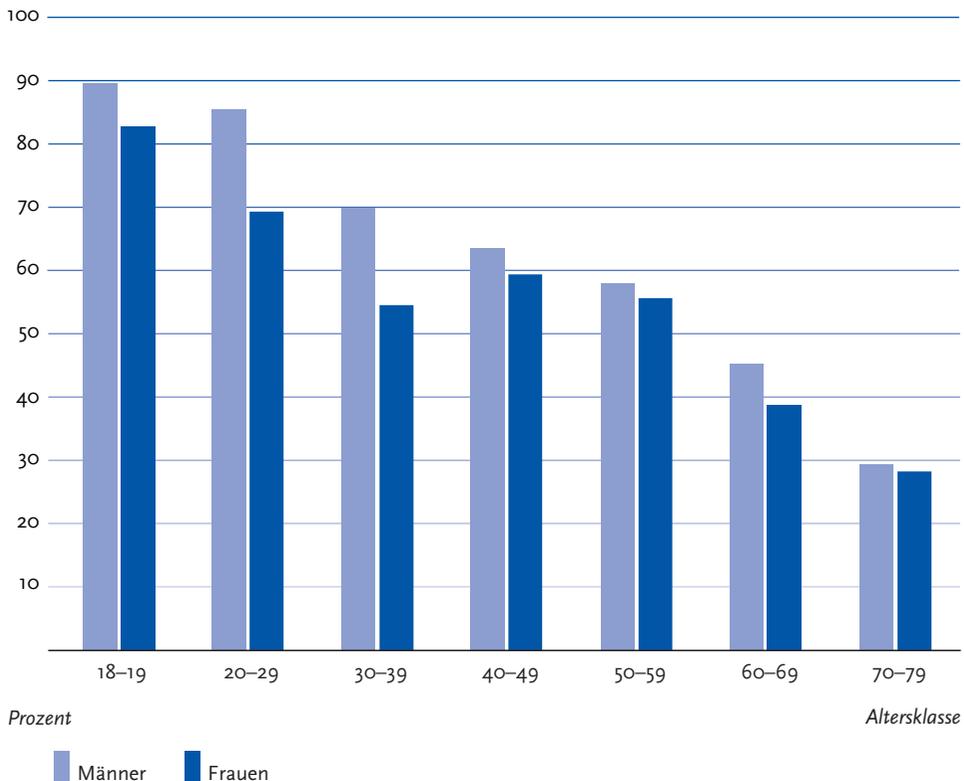
7 Soziale Unterschiede in der Passivrauchbelastung

Soziale Unterschiede in der Passivrauchbelastung werden zunächst entlang der einzelnen sozialen Merkmale beschrieben und dabei zwischen dem Arbeitsplatz, der eigenen Wohnung und anderen Orten differenziert. Als passivrauchbelastet wird nur gewertet, wer selbst nicht raucht, d.h. Passivraucheranteile beziehen sich immer auf alle Nichtraucher. Wie beim aktiven Tabakkonsum werden im Anschluss über Merkmalskombinationen spezifische Risikokonstellationen aufgezeigt. Für die Analysen der Passivrauchbelastung konnte auf Informationen von 6.945 Personen zurückgegriffen werden.

7.1 Verbreitung von Passivrauchbelastungen

Von allen Nichtrauchern zwischen 18 und 79 Jahren sind nach eigener Auskunft 55% häufig Tabakrauch ausgesetzt (Tab. 7.1). Im jungen Erwachsenenalter sind die Belastungen mit bis zu 90% bei den 18- bis 19-jährigen nichtrauchenden Männern am höchsten. Im mittleren Lebensalter (30–59 Jahre) sind die Tabakrauchbelastungen zwar geringer, mit 55–70% aber auf weiterhin hohem Niveau. Am niedrigsten ist die Tabakrauchexposition mit weniger als 30% bei den 70- bis 79-Jährigen (Abb. 7.1).

Abbildung 7.1
Anteile tabakrauchexponierter Personen nach Alter und Geschlecht



Die Passivrauchbelastung ist an verschiedenen Orten unterschiedlich stark (Tabelle 7.1): Am Arbeitsplatz sehen sich 22% der erwachsenen Bevölkerung Passivrauchbelastungen gegenüber, Männer mit 30% häufiger als Frauen mit 16%. In der eigenen Wohnung sind 14% mit Tabakrauch konfrontiert (Männer: 12%; Frauen: 15%). Die stärkste Passivrauchbelastung erfahren Nichtraucher allerdings außerhalb der Arbeitswelt und der eigenen Wohnung, z.B. in Cafés, Restaurants, öffentlichen Einrichtungen, bei Freunden oder Bekannten (Männer: 50%; Frauen: 41%). Abbildung 7.2 deutet darauf hin, dass ein Grund für die geringere Passivrauchexposition im höheren Lebensalter das Ausscheiden aus dem Erwerbs-

leben sein könnte. Daneben dürften aber auch mit dem Alter einhergehende Änderungen der Lebensweise und die niedrigeren Raucheranteile in den höheren Altersgruppen eine Rolle spielen.

Die Passivrauchbelastung variiert außerdem mit dem Bildungsniveau (Abb. 7.3). Vor allem im mittleren Lebensalter zeigen sich Unterschiede zu Ungunsten von Personen mit niedriger Schulbildung. So sind in der Gruppe der 40- bis 49-Jährigen fast 70% der Haupt- und Volksschulabsolventen häufig Tabakrauch ausgesetzt, im Vergleich zu 60% derjenigen mit mittlerer Reife und 50% derjenigen mit Abitur. Diese Unterschiede sind erst bei den 70- bis 79-Jährigen nicht mehr zu beobachten.

Abbildung 7.2
Passivrauchbelastung nach Alter und Ort der Exposition

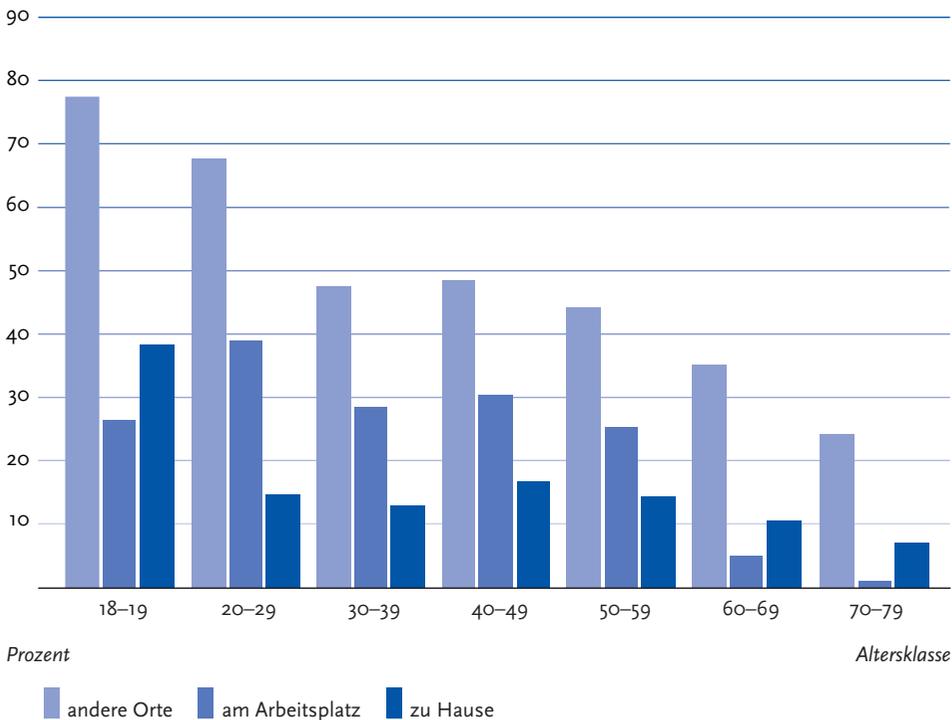
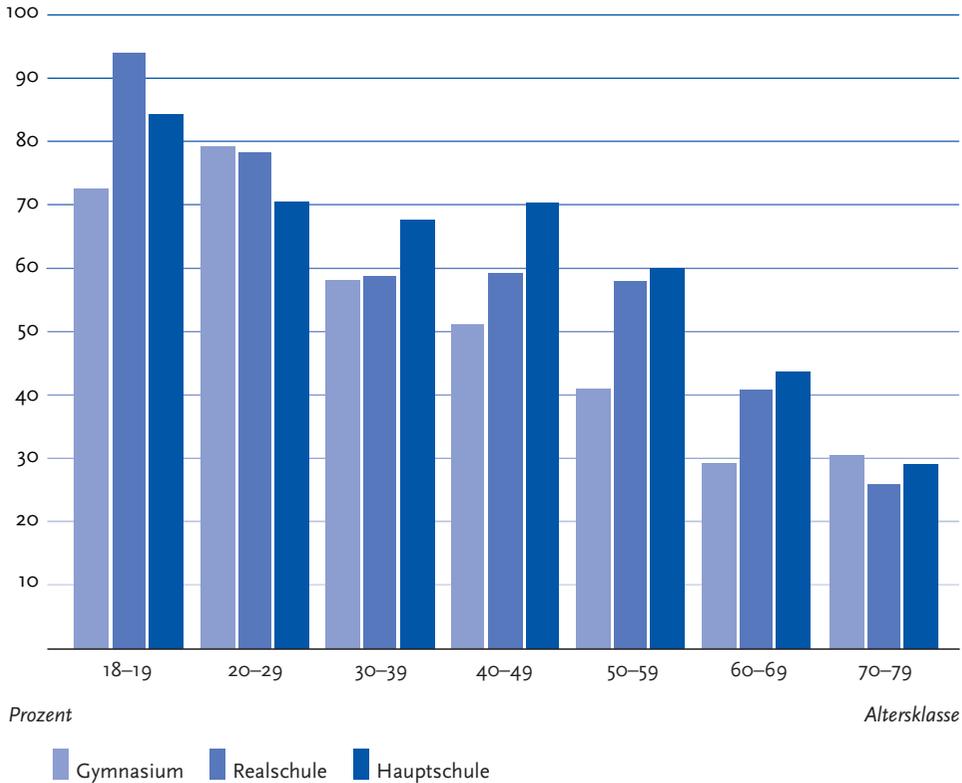


Abbildung 7.3
Passivrauchbelastung nach Alter und Schulbildung

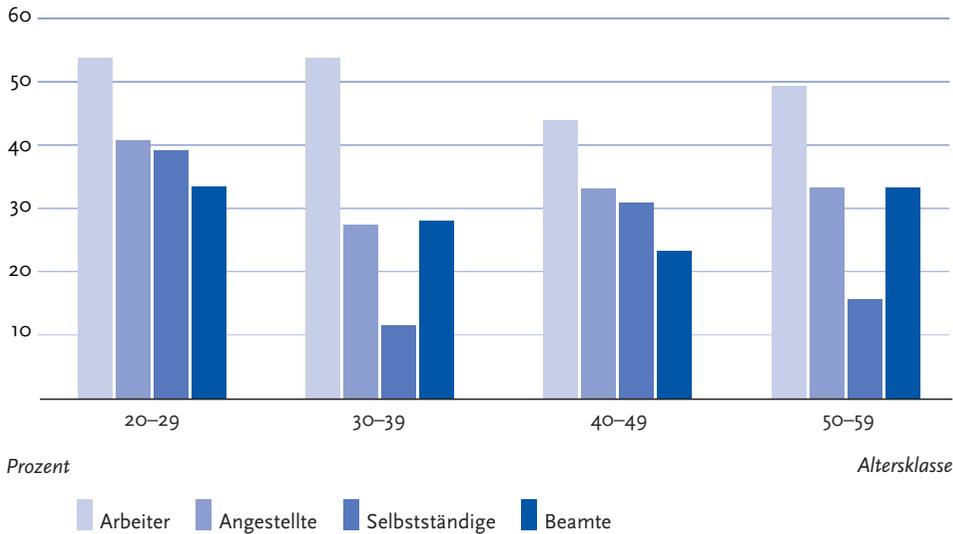


Die Tabakrauchbelastung am Arbeitsplatz wird unterschätzt, wenn man auch Personen betrachtet, die nicht erwerbstätig sind. Beschränkt man die Analyse auf die erwerbstätige Bevölkerung ergibt sich eine deutlich höhere Belastung als sie sich aus Abbildung 7.2 erschließt. Im Alter von 18 bis 59 Jahren sind 40% der erwerbstätigen Männer und 30% der erwerbstätigen Frauen am Arbeitsplatz Tabakrauch ausgesetzt. Am stärksten ist die Exposition in der Gruppe der 20- bis 29-Jährigen mit 58% der Männer und 31% der Frauen. Zudem wird deutlich, dass erwerbstätige Männer in allen Altersgruppen häufiger als Frauen am Arbeitsplatz mit Tabakrauch konfrontiert sind.

Aufgrund von berufsgruppenspezifischen Unterschieden im Tabakkonsum und der unterschied-

lichen Handhabung von Rauchverböten variiert die Passivrauchbelastung mit der beruflichen Stellung. Am stärksten am Arbeitsplatz belastet sind Arbeiter mit 57%, gefolgt von Angestellten mit 54%, Selbstständigen mit 51% und Beamten mit 47%. Abbildung 7.4 zeigt, dass Arbeiter in allen Altersgruppen den höchsten Anteil an passivrauchbelasteten Personen aufweisen, sich zwischen den anderen Statusgruppen aber nur geringere Unterschiede zeigen. Die stärkere Passivrauchexposition bei Arbeitern ist nur bei Männern zu beobachten. Arbeiterinnen sind nicht stärker belastet als weibliche Angestellte. Für beide Geschlechter gilt aber gleichermaßen, dass Beamte bzw. Beamtinnen sowie Selbstständige an ihren Arbeitsplätzen am wenigsten durch Tabakrauch belastet sind (Tab. 7.1).

Abbildung 7.4
Passivrauchbelastung am Arbeitsplatz nach beruflicher Stellung und Alter



Ein Zusammenhang zwischen der Höhe des Einkommens und der Tabakrauchbelastung lässt sich nicht herstellen (Tab. 7.1). Dafür sind schichtspezifische Unterschiede zu beobachten, die folglich in erster Linie dem Einfluss der Schulbildung und des Berufsstatus zuzuschreiben sind. Für die Altersspanne 20- bis 59-Jahre gilt, dass die Angehörigen der Unterschicht häufiger passivrauchexponiert sind als die Angehörigen der Mittel- und Oberschicht (Abb. 7.5). Während bei den 60- bis 69-Jährigen keine Unterschiede bestehen, ist die Tabakrauchbelastung bei den 70- bis 79-Jährigen in der Oberschicht höher als in den beiden anderen Sozialschichten. Dieses Ergebnis ist im Zusammenhang mit den höheren Raucheranteilen bei den Angehörigen der Oberschicht in dieser Altersgruppe zu sehen.

Die Schichtunterschiede in der Passivrauchbelastung zeigen sich aber nur bei der Exposition in der eigenen Wohnung. So gaben in der Unterschicht 17% der Nichtraucher an, zuhause mit Tabakrauch konfrontiert zu sein, im Vergleich zu 14% in der Mittelschicht und 7% in der Oberschicht (Tab. 7.1). Bei Belastungen am Arbeitsplatz und an anderen Orten lassen sich hingegen keine schichtspezifischen Unterschiede feststellen.

Im Zusammenhang mit dem Familienstand fallen insbesondere die höhere Passivrauchbelastung der Ledigen (76%) und von Personen in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft (74%) auf. Die Verheirateten (52%), Geschiedenen (50%) und Verwitweten (35%) sind vergleichsweise selten Tabakrauch ausgesetzt (Tab. 7.1). Am deutlichsten sind die Familienstandsunterschiede bei Belastungen außerhalb der Arbeitswelt und der eigenen Wohnung. Bei der Passivrauchexposition in der eigenen Wohnung ist mit zu berücksichtigen, dass viele der ledigen, geschiedenen, verheiratet getrennt lebenden und verwitweten Personen alleine im Haushalt leben.

In Tabelle 7.1 sind die Ergebnisse zu den sozialen Unterschieden in der Passivrauchbelastung zusammengefasst. Neben den Unterschieden zwischen Männern und Frauen wird durch die Gesamtschau der Ergebnisse auch noch einmal unterstrichen, dass der Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Belastung und den betrachteten sozialen Merkmalen mit dem Ort der Exposition variiert.

Abbildung 7.5
Passivrauchbelastung nach Alter und Schichtzugehörigkeit

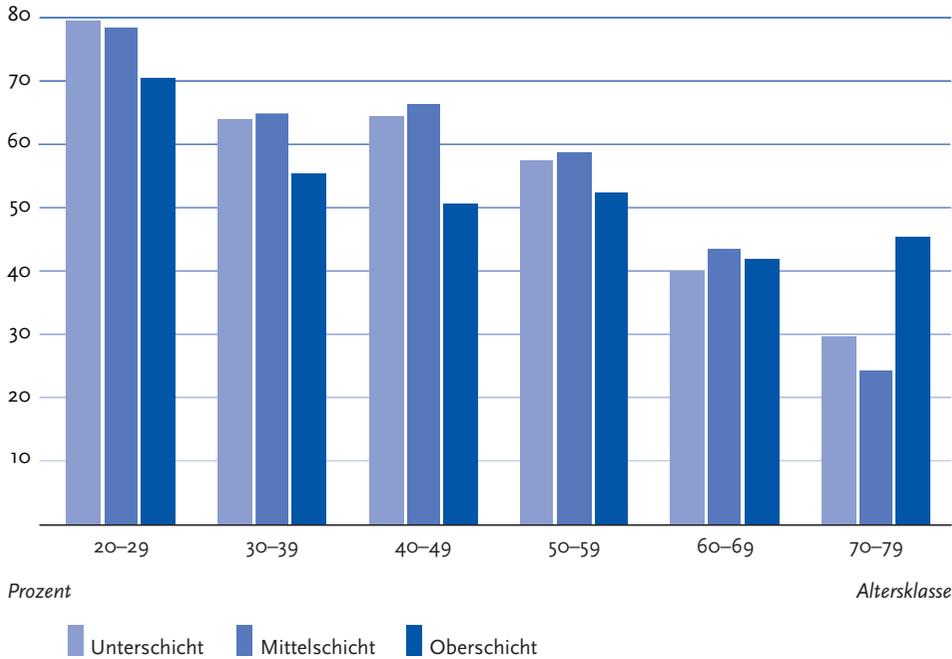


Tabelle 7.1
Übersicht der Auswertungsergebnisse zu sozialen Unterschieden in der Passivrauchbelastung
Angaben in %

Passivraucheranteile	Männer	Frauen	Gesamt	Zu Hause	Arbeitsplatz	Andere Orte
Gesamt	60,4	51,0	55,2	13,5	22,1	45,1
Geschlecht						
Männer	-	-	60,4	11,5	29,6	50,4
Frauen	-	-	51,0	15,1	15,7	40,5
Alter						
18-19	89,6	82,6	86,0	38,4	26,6	77,5
20-29	85,8	69,3	77,4	14,8	39,0	67,8
30-39	69,9	54,6	61,8	13,1	28,5	47,5
40-49	63,7	59,5	61,4	16,8	30,5	48,6
50-59	57,8	55,6	56,6	14,4	25,4	44,2
60-69	45,5	38,9	41,9	10,7	5,2	35,4
70-79	29,4	28,3	28,6	7,1	1,0	24,3

Tabelle 7.1
Übersicht der Auswertungsergebnisse zu sozialen Unterschieden in der Passivrauchbelastung
Angaben in %

Passivraucheranteile	Männer	Frauen	Gesamt	Zu Hause	Arbeitsplatz	Andere Orte
Schulbildung						
Hauptschule und Volksschule	57,4	47,7	51,9	14,0	19,8	41,6
Realschule/POS	64,9	54,4	58,8	14,0	25,1	47,5
Gymnasium/EOS	58,3	54,7	56,7	9,3	22,1	47,1
Berufsstatus						
Arbeiter	61,5	50,3	56,5	15,7	27,1	43,8
Selbstständige	54,8	47,2	51,4	10,6	15,6	42,6
Angestellte	59,8	51,0	54,1	11,3	20,2	44,4
Bearnte	50,2	40,3	46,7	8,7	21,5	37,9
Haushaltsnettoeinkommen						
< 1.000 DM	68,4	47,8	54,2	14,6	17,8	51,9
< 2.000 DM	54,1	44,0	47,1	11,6	14,9	41,2
< 3.000 DM	57,6	51,5	54,2	13,4	22,3	41,8
< 4.000 DM	59,0	47,1	53,4	13,1	25,6	41,3
< 5.000 DM	66,2	59,8	63,0	17,6	29,3	50,7
< 6.000 DM	62,6	51,8	57,4	8,4	20,4	48,5
< 8.000 DM	67,4	52,8	61,2	13,3	24,4	50,0
≥ 8.000 DM	67,4	58,6	63,5	10,8	29,3	59,1
Soziale Schicht						
Unterschicht	60,3	47,3	51,8	17,4	17,1	41,1
Mittelschicht	63,8	53,4	58,1	14,5	25,7	47,5
Oberschicht	54,1	50,2	52,3	7,5	18,8	43,5
Familienstand						
Verheiratet	54,9	48,8	51,8	12,9	20,2	40,3
Feste Partnerschaft	74,6	73,7	74,1	19,9	33,7	62,3
Geschieden	60,0	45,6	49,7	10,5	27,6	44,2
Ledig	80,3	71,2	76,1	16,7	33,0	68,7
Verwitwet	48,8	33,9	35,4	9,0	5,5	29,6

7.2 Spezifizierung sozialer Risikogruppen

Passivrauchen am Arbeitsplatz, in öffentlichen Gebäuden und zu Hause ist in Deutschland weit verbreitet, das Ausmaß der Belastungen unterscheidet sich jedoch erheblich zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Junge Erwachsene, Männer, Arbeiter, Personen mit niedriger Schulbildung sowie Personen, die in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft leben, sind überproportional häufig betroffen. Bei der kombinierten Betrachtung der Altersstruktur, der beruflichen Stellung und des Familienstandes kristallisieren sich klare Hochrisikogruppen heraus (Tabelle 7.2). In einigen Hochrisikogruppen (z.B. 20 bis 60 Jahre + feste Beziehung + Arbeiter oder Angestellter) ist der Anteil tabakrauchbelasteter Personen fast doppelt so hoch wie in der Gruppe mit den günstigsten Faktoren (z.B. 40 bis 80 Jahre + verheiratet + Beamter). Deutlich erhöhte Passivraucheranteile finden sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen vor allem bei (i) Arbeitern und Angestellten bis zum 60. Lebensjahr, (ii) Personen jeden Alters, die in einer festen nichtehelichen Partnerschaft leben. Eine besonders niedrige Exposition weisen (i) Verheiratete (ausgenommen Arbeiter) bis zum 60. Lebensjahr, (ii) Beamte und (iii) geschiedene Frauen in allen Altersklassen auf.

8 Ausblick

Angesichts der nach wie vor hohen Raucheranteile und der starken Passivrauchbelastung in der Bevölkerung wird die vom Tabakkonsum ausgehende gesundheitliche Bedrohung überdeutlich. Gleichzeitig dokumentiert sie aber auch ein enormes Potenzial tabakbezogener Prävention für die Gesundheit der Allgemeinbevölkerung. International kann auf Erfahrungen und wissenschaftliche Nachweise für die Wirksamkeit einer Reihe evidenzbasierter Interventionen zurückgegriffen werden. Folgende Maßnahmen haben sich für die Gesamtbevölkerung als besonders wirksam erwiesen: deutliche Tabaksteuererhöhungen, eine wirksame Bekämpfung des Zigarettschmuggels, Tabakwerbeverbote, Abschaffung von Zigarettenautomaten, Durchsetzung des Nichtraucherschutzes und von rauchfreien Einrichtungen, Maßnahmen zur Produktregulation von Tabakwaren wie z.B. umfassende Verbraucherinformationen, große Warnhinweise auf Zigarettenpackungen und Verkaufsbeschränkungen mit entsprechenden Kontrollen, bestimmte massenmediale Aufklärungskampagnen sowie Beratungs- und Behandlungsangebote zur Tabakentwöhnung [Deutsches Krebsforschungszentrum 2002; Pott et al. 2003; Weltbank 2003].

Jede einzelne der genannten Maßnahmen kann dazu beitragen, die Raucherquote zu senken und den Pro-Kopf-Verbrauch zu verringern. Eine nachhaltige Reduktion des Tabakkonsums ist jedoch wahrscheinlich nur durch die Kombination dieser Maßnahmen möglich. Im Projekt »gesundheitsziele.de«, das von der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit durchgeführt wird, um Gesundheitsziele als Instrument der Gesundheitspolitik zu verankern, wird deshalb im Zusammenhang mit dem Tabakkonsum für notwendig erachtet, ein aufeinander abgestimmtes Bündel von Maßnahmen (»policy-mix«) zu entwickeln und umzusetzen [BMGS 2003; Pott et al. 2003]. Da in den sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen am häufigsten geraucht wird, ist sicherzustellen, dass auch diese von den Interventionen gegen

das Rauchen erreicht werden [Schulze 2004; Lampert, Burger 2005].

Tabaksteuererhöhungen

Einen Beitrag zur Verringerung der sozialen Unterschiede im Rauchverhalten könnten Tabaksteuererhöhungen leisten, da ärmere Bevölkerungsschichten sensibler als andere auf Preiserhöhungen reagieren [Chaloupka et al. 2000; Gruber 2001; Townsend et al. 1994]. Nach Schätzungen der Weltbank bewirkt eine 10%ige Steuererhöhung einen Rückgang des Konsumverhaltens bei Personen mit Niedrigeinkommen um bis zu 13% im Gegensatz zu einer 4%igen Änderung in der Gesamtbevölkerung [Chaloupka, Wechsler 1997; Weltbank 1999]. Um diese wünschenswerte Wirkung einer Preiserhöhung zu erzielen, muss eine wirksame Bekämpfung des Zigarettschmuggels erfolgen, damit die einkommensschwachen Schichten nicht auf billige, unversteuerte Zigaretten ausweichen. Allerdings ist festzustellen, dass diejenigen Personen aus einkommensschwachen Haushalten, die weiter rauchen, nach der Preiserhöhung einer deutlich höheren finanziellen Belastung ausgesetzt sind. Deshalb sollten flankierend weitere Maßnahmen ergriffen werden.

Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz

Der Arbeitsplatz wird als wirksame und angemessene Umgebung angesehen, um Tabakentwöhnungsprogramme einzuführen und eine rauchfreie Umgebung zu ermöglichen. Internationale Studien belegen, dass ein rauchfreier Betrieb einen erheblichen Anteil daran hat, Raucher zum Rauchstopp zu ermutigen oder ihren täglichen Zigarettenkonsum deutlich zu vermindern [Brenner, Fleischle 1994; Eriksen, Gottlieb 1998]. Maßnahmen der Tabakentwöhnung und des Nichtraucherschutzes sollten insbesondere in Betrieben umgesetzt werden, in denen Berufsgruppen mit hohen Raucheranteilen beschäftigt sind. Eine besondere Bedeutung kommt einer besseren Umsetzung der im Jahr 2001 novellierten Arbeitsstät-

tenverordnung zu, nach der die Arbeitgeber dazu verpflichtet sind, Nichtraucher am Arbeitsplatz vor Tabakrauch zu schützen.

Tabakwerbung

Werbung und Marketing für Tabakprodukte haben einen erheblichen Einfluss auf die Gesamtnachfrage nach Tabakwaren [Gilpin, Pierce 1997; Saffer 2000]. Die Marketingstrategie der Tabakkonzerne besteht sowohl in der direkten Produktwerbung als auch in indirekter Werbung, mit der Verwendung von Markennamen, -logos, oder -emblemen auf anderen Konsumartikeln. Lange Zeit schloss dies auch die Abgabe von Gratisproben und Preisnachlässen ein, die mittlerweile aber gesetzlich unterbunden wurden. Da die Tabakindustrie ihre Werbung zielgruppenspezifisch an Alter, Geschlecht und sozioökonomischen Merkmalen orientiert und auf diese Weise erfolgreich für den Absatz ihrer Produkte wirbt, profitieren auch und möglicherweise gerade die unteren Sozialschichten von Tabakwerbeverboten.

Massenmediale Kommunikation

Massenmediale Kommunikation ist ein Kernbestandteil einer umfassenden Strategie der Tabakkontrolle [Goldman, Glantz 1998]. Sie weist allerdings nur dann eine nachhaltige Wirkung auf, wenn sie sich gezielt an bestimmte Zielgruppen wendet und mit weiteren Maßnahmen der Tabakkontrolle kombiniert wird [Connolly, Robbins 2001]. Durch Medienkampagnen, die sich an den Bedürfnissen sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen orientieren, können die Anzahl von Aufhörversuchen erhöht, die Abstinenzraten gesteigert und die Inanspruchnahme von Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen zur Tabakentwöhnung verbessert werden.

Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen zur Tabakentwöhnung

Bislang sind nur wenige Ausstiegshilfen und Begleitangebote für sozial schwache Gruppen entwickelt worden. Interventionen sind jedoch ermutigend, wenn sie niedrigschwellige und kostenfreie Angebote enthalten. Vor allem gemein-

debasierete Ansätze haben gute Chancen, einen großen Teil ausstiegsbereiter Personen in diesen Gruppen zu erreichen.

Gegenwärtig wird von der Weltgesundheitsorganisation die Wertigkeit der einzelnen Maßnahmen einer erneuten Prüfung unterzogen. Bereits jetzt zeichnet sich ab, dass Tabaksteuererhöhungen sowie der Unterbindung des Zigarettenschmuggels die höchste Wirksamkeit auf das Konsumverhalten, insbesondere auch in den Hochrisikogruppen, bescheinigt werden wird. In Deutschland ist mit der aktuellen mehrstufigen Tabaksteuererhöhung, die bereits zu einem deutlichen Absatzrückgang von Zigaretten geführt hat, ein erster wichtiger Schritt in Richtung auf eine effektive Tabakkontrolle unternommen worden. Dieser Erfolg sollte durch weitere Bemühungen gesichert werden, was am ehesten durch ein umfassendes und aufeinander abgestimmtes Maßnahmenbündel erreicht werden kann. Die Ergebnisse zu den sozialen Unterschieden im Rauchverhalten und der Passivrauchbelastung deuten in diesem Zusammenhang auf die Notwendigkeit hin, die eingeleiteten Maßnahmen und Programme zielgruppenspezifisch auszurichten und die Zugangswege, zu den Gruppen, die bislang nur ungenügend erreicht werden, zu verbessern.

Literatur

- Adams M (2002) Überblick: Tabaksteuererhöhungen. Vortragsfolien für die Abschluss- und Perspektivkonferenz des WHO-Partnerschaftsprojektes Tabakabhängigkeit am 17.–18. Juni 2002 in Bonn
- Alm B, Milerad J, Wennergren G et al. (1998) A case-control study of smoking and sudden infant death syndrome in the Scandinavian countries, 1992 to 1995. The Nordic Epidemiological SIDS Study. *Archives of Disease in Childhood* 78: 329–334
- Amos A, Gray D, Currie C et al. (1997) Healthy or druggy? Self-image, ideal image and smoking behaviour among young people. *Social Science & Medicine* 45: 847–858
- Amos A, Haglund M (2000) From social taboo to »torch of freedom«. The marketing of cigarettes to women. *Tobacco Control* 9: 3–8
- Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland, Robert Koch-Institut (2004) Krebs in Deutschland – Häufigkeiten und Trends. Saarbrücken, Robert Koch-Institut
- Augustin R, Metz K, Heppekausen K et al. (2005) Tabakkonsum, Abhängigkeit und Änderungsbereitschaft. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003. *Sucht* 51: 40–48
- Baier G, Stopper H, Kopp C et al. (2002) Erkrankungen der oberen Atemwege und Genotoxizität bei Tabakrauch exponierten Kindern. *Laryngo-Rhino-Otol* 81: 217–225
- Becker N (2001) Epidemiologic aspects of cancer prevention in Germany. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology* 127: 9–19
- Bellach B-M, Knopf H, Thefeld W (1998) Der Bundes-Gesundheitssurvey 1997/98. *Das Gesundheitswesen* 60 (Sonderheft 2): S59–S68
- Bobak M, Jha P, Nguyen S et al. (2000) Poverty and smoking. In: Jha P, Chaloupka FJ (Eds.) *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, S 41–61
- Boffetta P, Agudo A, Ahrens W et al. (1998) Multicenter case-control study of exposure to environmental tobacco smoke and lung cancer in Europe. *Journal of the National Cancer Institute* 90: 1440–1450
- Bonita R, Duncan J, Truelsen T et al. (1999) Passive smoking as well as active smoking increases the risk of acute stroke. *Tobacco Control* 8: 156–160
- Boyle P (1997) Cancer, cigarette smoking and premature death in Europe: a review including the recommendations of European Cancer Experts Consensus Meeting, Helsinki, October 1996. *Lung Cancer* 17: 1–60
- Brenner H, Fleischle MM (1994) Smoking regulations at the workplace and smoking behavior: a study from southern Germany. *Preventive Medicine* 23: 230–234
- Bühringer G, Augustin R, Bergmann E et al. (2000) Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2003) »gesundheitsziele.de« – Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Berlin, BMGS
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- California Environmental Protection Agency (1997) Health effects of exposure to environmental tobacco smoke. Sacramento, California Environmental Protection Agency
- Chaloupka FJ, Hu H, Warner KE et al. (2000) The taxation of tobacco products. In: Jha P, Chaloupka FJ (Eds.) *Tobacco control in developing countries*. New York, Oxford University Press, S 237–272
- Chaloupka FJ, Jha P, Corrao V (2001) The evidence base for reducing mortality from smoking in low and middle income countries. CMH Working paper series, Paper No. WG5: 7. Geneva, Commission on Macroeconomics and Health
- Chaloupka FJ, Wechsler H (1997) Price, tobacco control policies and smoking among young adults. *Journal of Health Economics* 16: 359–373
- Cnattingius S, Nordstrom ML (1996) Maternal smoking and feto-infant mortality: biological pathways and public health significance. *Acta Paediatrica* 85: 1400–1402
- Connolly GN, Robbins H (2001) Designing an effective statewide tobacco control program – Massachusetts. *Cancer* 83: 2722–2727
- Cook DG, Strachan DP (1999) Summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and implications for research. *Thorax* 54: 357–366
- Cooke RW (1998) Smoking, intra-uterine growth retardation and sudden infant death syndrome. *International Journal of Epidemiology* 27: 238–241
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2002) Gesundheit fördern – Tabakkonsum verringern. Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland. Heidelberg, Deutsches Krebsforschungszentrum
- Doll R, Peto R (1976) Mortality in relation to smoking: 20 years' observation on male British doctors. *British Medical Journal* 2: 1525–1536
- Doll R, Peto R, Wheatley K et al. (1994) Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal* 309: 901–911
- Dorsett R (1999) An econometric analysis of smoking prevalence among lone mothers. *Journal of Health Economics* 18: 429–441
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2003) Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung. Berlin, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
- Environmental Protection Agency (1993) Respiratory health effects of passive smoking: lung cancer and other disorders. The report of the US Environmental Protection Agency. Washington DC, US Department of Health and Human Services, US Environmental Protection Agency

- Eriksen MP, Gottlieb NH (1998) A review of the health impact of smoking control at the workplace. *American Journal of Health Promotion* 13: 83–104
- Ezzati M, Lopez AD (2003) Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet* 362: 847–852
- Forey B, Wald N (2000) International smoking statistics. A collection of historical data from 30 economically developed countries. New York, Oxford University Press
- Garfinkel L, Stellman SD (1988) Smoking and lung cancer in women: findings in a prospective study. *Cancer Research* 48: 6951–6955
- Gilpin EA, Pierce JP (1997) Trends in adolescent smoking initiation in the United States: is tobacco marketing an influence? *Tobacco Control* 6: 122–127
- Goldman LK, Glantz SA (1998) Evaluation of antismoking advertising campaigns. *Journal of the American Medical Association* 279: 772–777
- Gong YL, Koplan JP, Feng W et al. (1995) Cigarette smoking in China. Prevalence, characteristics, and attitudes in Minhang District. *Journal of the American Medical Association* 274: 1232–1234
- Gruber J (2001) Tobacco at the crossroads: the past and future of smoking regulation in the United States. *Journal of Economic Perspectives* 15: 193–212
- Haheim LL, Holme I, Hjermann I et al. (1996) Smoking habits and risk of fatal stroke: 18 years follow-up of the Oslo Study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 50: 621–624
- Härtel U, Stieber J, Keil U (1993) Der Einfluss von Ausbildung und beruflicher Position auf Veränderungen im Zigarettenrauchen und Alkoholkonsum: Ergebnisse der MONICA Augsburg Kohortenstudie. *Sozial- und Präventivmedizin* 38: 133–141
- Haustein K-O (2001) Tabakabhängigkeit. Gesundheitliche Schäden durch das Rauchen. Ursachen – Folgen – Behandlungsmöglichkeiten – Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Köln, Deutscher Ärzte-Verlag
- Health Canada (1997) Women and smoking cessation. Ottawa, Health Canada
- Helmert U (1999) Einkommen und Rauchverhalten in der Bundesrepublik Deutschland – eine Sekundäranalyse der Daten des Mikrozensus 1995. *Das Gesundheitswesen* 61: 31–37
- Helmert U, Borgers D (1998) Rauchen und Beruf – eine Analyse von 100.000 Befragten des Mikrozensus 1995. *Bundesgesundheitsblatt* 41: 102–107
- Helmert U, Borgers D, Bammann K (2001) Soziale Determinanten des Rauchverhaltens in Deutschland: Ergebnisse des Mikrozensus 1995. *Sozial- und Präventivmedizin* 46: 172–181
- Helmert U, Lang P (1997) Passivrauchen bei Kindern im Alter bis zu 5 Jahren. *Das Gesundheitswesen* 59: 461–466
- Helmert U, Lang P, Cuelenaere B (1998) Rauchverhalten von Schwangeren und Müttern mit Kleinkindern. *Sozial- und Präventivmedizin* 43: 51–58
- 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. Opladen, Leske + Budrich, S 153–165
- Hess H (1987) Rauchen. Geschichte, Geschäfte, Gefahren. Frankfurt/Main, Campus Verlag
- International Agency for Research on Cancer (2002) Tobacco smoke and involuntary smoking. Summary of data reported and evaluation. Lyon, International Agency for Research on Cancer
- International Agency for Research on Cancer (2004) IARC Monographs on the evaluation of the carcinogenic risks to humans. Tobacco smoke and involuntary smoking. Lyon, International Agency for Research on Cancer
- John U, Hanke M (2001) Tabakrauch-attributable Mortalität in den deutschen Bundesländern. *Das Gesundheitswesen* 63: 363–369
- John U, Meyer C, Rumpf HJ et al. (2003) Strength of the relationship between tobacco smoking, nicotine dependence and the severity of alcohol dependence syndrome criteria in a population-based sample. *Alcohol* 38: 606–612
- Junge B, Thamm M (2003) Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. Jahrbuch Sucht 2003. Geesthacht, Neuland-Verlagsgesellschaften
- Klonoff-Cohen HS, Edelstein SL, Lefkowitz BS et al. (1995) The effect of passive smoking on tobacco exposure through breast milk on sudden infant death syndrome. *Journal of the American Medical Association* 273: 795–798
- Kreuzer M, Gerken M, Kreienbrock L et al. (2001) Lung cancer in lifetime nonsmoking men – results of a case-control study in Germany. *British Journal of Cancer* 84: 134–140
- Laaksonen M, Lahelma E, Prattala R (2002) Associations among health-related behaviours: sociodemographic variation in Finland. *Sozial- und Präventivmedizin* 47: 225–232
- Laffert Gv (1998) Rauchen, Gesellschaft und Staat. Wiesbaden, Gruber Verlag, Deutscher Universitäts-Verlag
- Lampert T, Burger M (2004) Rauchgewohnheiten in Deutschland – Ergebnisse des telefonischen Bundes-Gesundheitssurveys 2003. *Das Gesundheitswesen* 66: 511–517
- Lampert T, Burger M (2005) Verbreitung und Strukturen des Tabakkonsums in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 48: 1231–1241
- Lampert T, Kroll LE (2005) Einfluss der Einkommensposition auf die Gesundheit und Lebenserwartung. DIW Discussion Papers 527. Berlin, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
- Lampert T, Thamm M (2004) Soziale Ungleichheit des Rauchverhaltens in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 47: 1033–1042

- Law MR, Hackshaw AK (1996) Environmental tobacco smoke. *British Medical Bulletin* 52: 22–34
- Law MR, Morris JK, Wald NJ (1997) Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. *British Medical Journal* 315: 973–980
- Lesmes GR, Donofrio KH (1992) Passive smoking: the medical and economic issues. *The American Journal of Medicine* 93: 38–42
- Lopez AD, Piha T, Collishaw N (1994) A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control* 3: 242–247
- Mannino DM, Moorman JE, Kingsley B et al. (2001) Health effects related to environmental tobacco smoke exposure in children in the United States. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 155: 36–41
- Newcomb PA, Carbone PP (1992) The health consequences of smoking: Cancer. *Medical Clinics of North America* 76: 305–331
- Peto R, Lopez AD, Boreham J et al. (1992) Mortality from tobacco in development countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 339: 1268–1278
- Pott E, Lang P, Töppich J (2003) Gesundheitsziel: Tabakkonsum reduzieren. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 46: 150–155
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001) Sondergutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III. Über-, Unter- und Fehlversorgung. Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft
- Saffer H (2000) Tobacco advertising and promotion. In: Jha P, Chaloupka FJ (Eds.) *Tobacco control in developing countries*. New York, Oxford University Press, S 215–235
- Sayginsoy O, Yürekli AA, de Beyer J (2002) Cigarette demand, taxation, and the poor. A case study of Bulgaria. HNP discussion paper, Economics of Tobacco Control Paper No. 4. Geneva, World Bank
- Schellscheidt J, Jorch G, Menke J (1998) Effects of heavy maternal smoking on intrauterine growth patterns in sudden infant death victims and surviving infants. *European Journal of Pediatrics* 157: 246–251
- Schulze A (2004) Rauchen und soziale Ungleichheit – Konsequenzen für die Tabakkontrollpolitik. Heidelberg, Deutsches Krebsforschungszentrum
- Schulze A, Mons U (2005) Trends in smoking initiation and cessation among birth cohorts of 1926–1970 in Germany. *European Journal of Cancer Prevention* 14: 477–483
- Schumann A, Hapke U, Rumpf HJ et al. (2001) The association between degree of nicotine dependence and other health behaviours. Findings from a German general population study. *European Journal of Public Health* 11: 450–452
- Shinton R, Beevers G (1989) Meta-analysis of relation between cigarette smoking and stroke. *British Medical Journal* 298: 789–794
- Siahpush M (2003) Socioeconomic status and tobacco expenditure among Australian households: results from the 1998–99 Household Expenditure Survey. *Journal of Epidemiology and Community Health* 57: 798–801
- Statistisches Bundesamt (2000) Fachserie 14: Finanzen und Steuern, Reihe 9.1.1: Absatz von Tabakwaren 1999. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt
- Statistisches Bundesamt (2004) Gesundheitswesen. Mikrozensus 2003 – Fragen zur Gesundheit – Rauchgewohnheiten der Bevölkerung im Mai 2003. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt
- Statistisches Bundesamt (2005) Fachserie 14: Finanzen und Steuern, Reihe 9.1.1: Absatz von Tabakwaren 2004. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt
- Statistisches Bundesamt, Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (2002) Datenreport 2002. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Berlin, Bundeszentrale für politische Bildung
- Stolzenberg H (2000) Bundes-Gesundheitssurvey 1998. Dokumentation des Datensatzes. Berlin, Robert Koch-Institut
- Strand TE, Malayeri C, Eskonsipo PK et al. (2004) Adolescent smoking and trends in lung cancer incidence among young adults in Norway 1954–1998. *Cancer Causes Control* 15: 27–33
- Thamm M, Lampert T (2005) Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) *Jahrbuch Sucht 2005*. Geesthacht, Neuland, S 29–51
- Thefeld W (2002) Rauchen und Kinder: Rauchverhalten von Frauen im gebärfähigen Alter, von Eltern und Erwachsenen. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.) *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Der Bundesgesundheitsurvey – Baustein der Gesundheits-surveillance in Deutschland*. Berlin, Robert Koch-Institut
- Thefeld W, Stolzenberg H, Bellach B-M (1999) Bundes-Gesundheitssurvey: Response, Zusammensetzung der Teilnehmer und Non-Responder-Analyse. *Das Gesundheitswesen* 61 (Sonderheft 2): S57–S61
- Townsend J, Roderick P, Cooper J (1994) Cigarette smoking by socioeconomic group, sex, and age: effects of price, income, and health publicity. *British Medical Journal* 309: 923–927
- US Department of Health and Human Services (1983) *The health consequences of smoking: cardiovascular disease*. Rockville, Maryland, US Department of Health and Human Services, Office of Smoking and Health
- US Department of Health and Human Services (1984) *Summary of the health consequences of smoking. Chronic obstructive lung disease: report of the Surgeon General*. Rockville, Maryland, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute

- US Department of Health and Human Services (1989) Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress: a report of the Surgeon General. Rockville, Maryland, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office on Smoking and Health
- US Department of Health and Human Services (1997) Changes in cigarette-related disease risks and their implication for prevention and control. Smoking and tobacco control monograph no. 8. Bethesda, Maryland, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institute of Health, National Cancer Institute
- US Department of Health and Human Services (1999) Health effects of exposure to environmental tobacco smoke. Bethesda, Maryland, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health
- US Department of Health and Human Services (2004) The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Bethesda, Maryland, 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
- Viegi G, Scognamiglio A, Baldacci S et al. (2001) Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Respiration* 68: 4–19
- Viscusi WK, Vernon JM, Harrington JE (2000) Economics of regulation and antitrust. Cambridge, Massachusetts, Massachusetts Institute of Technology
- Voigt M, Hesse V, Honke B et al. (2001) Kosten des Rauchens der Mütter in der Schwangerschaft für die Perinatalmedizin. In: Hausteil K-O (Hrsg.) Rauchen und kindliche Entwicklung – Raucherschäden und Primärprävention. Nürnberg, Perfusion GmbH, S 29–34
- Waller H (1995) Gesundheitswissenschaft: eine Einführung in Grundlagen und Praxis. Stuttgart Berlin, Kohlhammer
- Wells AJ (1998) Lung cancer from passive smoking at work. *American Journal of Public Health* 88: 1025–1029
- Weltbank (1999) Curbing the epidemic. Governments and the economic of tobacco control. Washington DC, Weltbank
- Weltbank (2003) Der Tabakepidemie Einhalt gebieten. Regierungen und wirtschaftliche Aspekte der Tabakkontrolle. Heidelberg, Deutsches Krebsforschungszentrum
- Welte R, König HH, Leidl R (2000) The costs of health damage and productivity losses attributable to cigarette smoking in Germany. *European Journal of Public Health* 10: 31–38
- Willett WC, Green A, Stampfer MJ et al. (1987) Relative and absolute excess risks of coronary heart disease among women who smoke cigarettes. *New England Journal of Medicine* 317: 1303–1309
- Winkler J, Stolzenberg H (1999) Der Sozialschichtindex im Bundes-Gesundheitssurvey. *Das Gesundheitswesen* 61 (Sonderheft 2): S178–S183

Tabellenverzeichnis

Tab. 2.1	Kulturgeschichtliche und gesellschaftspolitische Aspekte des Tabakgebrauchs	6
Tab. 3.1	Rauchverursachte Krankheiten und Gesundheitsstörungen.	11
Tab. 4.1	Studienübersicht zum Thema soziale Unterschiede im Rauchverhalten und in der Passivrauchbelastung in Deutschland.	16
Tab. 6.1	Übersicht der Auswertungsergebnisse zu sozialen Unterschieden in den Rauchprävalenzen	26
Tab. 6.2	Übersicht der Auswertungsergebnisse zum täglichen Zigarettenverbrauch	29
Tab. 6.3	Rauchprävalenzen spezifischer Bevölkerungsgruppen entlang der Merkmale Alter, Geschlecht, Schulbildung und Familienstand	45
Tab. 7.1	Übersicht der Auswertungsergebnisse zu sozialen Unterschieden in der Passivrauchbelastung.	50
Tab. 7.2	Passivrauchbelastung spezifischer Bevölkerungsgruppen entlang der Merkmale Alter, Geschlecht, Familienstand und Berufsstatus.	53

Abbildungsverzeichnis

Abb. 2.1	Jährlicher Zigarettenverbrauch in Deutschland 1908–2004	7
Abb. 2.2	Jährlicher Pro-Kopf-Zigarettenverbrauch in Deutschland 1955–2003.	8
Abb. 2.3	Phasen-Modell der Transformation des Tabakkonsums	9
Abb. 3.1	Altersstandardisierte Lungenkrebsinzidenz in Deutschland für Männer und Frauen 1990–2000.	12
Abb. 5.1	Erhebung des Rauchverhaltens und Definitionen der einzelnen Zustände des Rauchverhaltens	20
Abb. 6.1	Prävalenz des Rauchens nach Alter und Geschlecht.	24
Abb. 6.2	Prävalenz des Rauchens bei Männern nach Alter und Schichtzugehörigkeit.	25
Abb. 6.3	Prävalenz des Rauchens bei Frauen nach Alter und Schichtzugehörigkeit.	25
Abb. 6.4	Durchschnittlicher täglicher Zigarettenverbrauch nach Alter und Geschlecht	27
Abb. 6.5	Durchschnittlicher täglicher Zigarettenverbrauch nach Schulbildung und Alter	28
Abb. 6.6	Anteile der Jemalsraucher und Jemalsraucherinnen in verschiedenen Geburtskohorten	31
Abb. 6.7	Durchschnittliches Einstiegsalter in verschiedenen Geburtskohorten	32
Abb. 6.8	Auf das Einstiegsalter bezogener kumulierter Jemalsraucheranteil in den Geburtskohorten 1921–25, 1941–45, 1961–65 und 1976–80.	32
Abb. 6.9	Auf das Einstiegsalter bezogener kumulierter Jemalsraucheranteil: Männer der Geburtskohorten 1921–25, 1941–45, 1961–65 und 1976–80.	33

Abb. 6.10	Auf das Einstiegsalter bezogener kumulierter Jemalsraucherinnenanteil: Frauen der Geburtskohorten 1921–25, 1941–45, 1961–65 und 1976–80	34
Abb. 6.11	Anteil der Jemalsraucher in der Gesamtbevölkerung in verschiedenen Geburtskohorten nach Schulbildung	35
Abb. 6.12	Durchschnittliches Einstiegsalter in verschiedenen Geburtskohorten	35
Abb. 6.13	Auf das Einstiegsalter bezogener kumulierter Jemalsraucheranteil: Hauptschul- und Volksschulabsolventen der Geburtskohorten 1921–25, 1941–45, 1961–65 und 1976–80	36
Abb. 6.14	Auf das Einstiegsalter bezogener kumulierter Jemalsraucheranteil: Realschulabsolventen der Geburtskohorten 1921–25, 1941–45, 1961–65 und 1976–80	37
Abb. 6.15	Auf das Einstiegsalter bezogener kumulierter Jemalsraucheranteil: Personen mit Abitur der Geburtskohorten 1921–25, 1941–45, 1961–65 und 1976–80	37
Abb. 6.16	Ausstiegsquoten nach Alter und Geschlecht	38
Abb. 6.17	Kumulierte altersspezifische Ausstiegsquoten in den Geburtskohorten 1921–25, 1941–45 und 1961–65	39
Abb. 6.18	Kumulierte altersspezifische Ausstiegsquoten bei Männern in den Geburtskohorten 1921–25, 1941–45 und 1961–65	39
Abb. 6.19	Kumulierte altersspezifische Ausstiegsquoten bei Frauen in den Geburtskohorten 1921–25, 1941–45 und 1961–65	40
Abb. 6.20	Ausstiegsquoten nach Alter und Schulbildung	41
Abb. 6.21	Kumulierte altersspezifische Ausstiegsquoten bei Haupt- und Volksschulabsolventen in den Geburtskohorten 1921–25, 1941–45 und 1961–65	41
Abb. 6.22	Kumulierte altersspezifische Ausstiegsquoten bei Realschulabsolventen in den Geburtskohorten 1921–25, 1941–45 und 1961–65	42
Abb. 6.23	Kumulierte altersspezifische Ausstiegsquote bei Personen mit Abitur in den Geburtskohorten 1921–25, 1941–45 und 1961–65	42
Abb. 6.24	Ausstiegsquoten nach Alter und Schichtzugehörigkeit	43
Abb. 6.25	Ausstiegsquoten nach Alter und Familienstand	43
Abb. 7.1	Anteile tabakrauchexponierter Personen nach Alter und Geschlecht	46
Abb. 7.2	Passivrauchbelastung nach Alter und Ort der Exposition	47
Abb. 7.3	Passivrauchbelastung nach Alter und Schulbildung	48
Abb. 7.4	Passivrauchbelastung am Arbeitsplatz nach beruflicher Stellung und Alter	49
Abb. 7.5	Passivrauchbelastung nach Alter und Schichtzugehörigkeit	50

Tobacco consumption is the most significant single health risk and the main cause of premature mortality today. In Germany alone, up to 140,000 people die every year of illnesses that can be linked to smoking, e.g. heart attack, stroke, chronic bronchitis, pneumonia or lung cancer. Not only smokers are affected, but also non-smokers who are regularly exposed to tobacco smoke. From a public-health standpoint, therefore, reducing tobacco consumption must be a high health-policy priority. Information on the differences in the distribution of smoking and passive exposure cigarette smoke in the population is therefore an essential prerequisite in order to be able to plan and implement target-group-specific interventions. Data from the 1998 National Health Survey have been processed for this article to describe differences related to social characteristics such as education, income, vocational status, family status, age and gender. The results prove a high degree of social polarisation in both smoking and passive smoke exposure, thus providing information on specific areas where measures of tobacco prevention and tobacco control could be meaningfully applied.

Der Tabakkonsum ist heute in den Industrieländern das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko und die führende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit. Allein in Deutschland sterben jedes Jahr bis zu 140.000 Menschen infolge von Krankheiten, die sich mit dem Rauchen in Verbindung bringen lassen, z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, chronische Bronchitis, Lungenentzündung oder Lungenkrebs. Betroffen sind nicht nur Raucher, sondern auch Nichtraucher, die regelmäßig Tabakrauch ausgesetzt sind. Aus Public Health-Sicht stellt deshalb eine nachhaltige Senkung des Tabakkonsums ein vorrangiges gesundheitspolitisches Handlungsfeld dar. Informationen zur unterschiedlichen Verbreitung des Rauchens und der Passivrauchbelastung in der Bevölkerung sind dabei eine wesentliche Voraussetzung, um zielgruppenspezifische Interventionen planen und umsetzen zu können. Für den vorliegenden Beitrag wurden Daten des Bundes-Gesundheitsveys 1998 ausgewertet, um Unterschiede entlang sozialer Merkmale wie Bildung, Einkommen, beruflicher Stellung, Familienstand, Alter und Geschlecht zu beschreiben. Die Ergebnisse belegen eine starke soziale Polarisierung des Rauchens und der Passivrauchbelastung und zeigen damit konkrete Ansatzpunkte für Maßnahmen der Tabakprävention und Tabakkontrolle auf.

© Robert Koch-Institut

ISBN 3-89606-161-5

