



### Kernaussagen

- ▶ Rauchen gefährdet die Gesundheit und erhöht das Risiko z. B. von Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebserkrankungen.
- ▶ Im Jahr 2009 rauchten 26 % der 18-jährigen und älteren Frauen und 34 % der gleichaltrigen Männer; der Anteil der starken Raucherinnen und Raucher lag bei 5 % bzw. 9 %.
- ▶ Im Zeitraum von 2003 bis 2009 war erstmals ein Rückgang des Rauchens und starken Rauchens zu beobachten.
- ▶ Verändert hat sich insbesondere das Rauchverhalten von jungen Erwachsenen. In den älteren Altersgruppen lässt sich kein bedeutsamer Rückgang feststellen.
- ▶ Die Ergebnisse sprechen für den Erfolg der umgesetzten Maßnahmen der Tabakprävention, während in Bezug auf die Raucherentwöhnung nach wie vor ein hoher Handlungsbedarf besteht.

## Rauchen – Aktuelle Entwicklungen bei Erwachsenen

Das Rauchen ist in den Industrieländern das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko und die führende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit. Zu den Erkrankungen, die bei Raucherinnen und Rauchern vermehrt auftreten, gehören z. B. Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebserkrankungen (IARC 2004; USDHHS 2006). An den Folgen des Rauchens sterben allein in Deutschland jedes Jahr zwischen 100.000 und 120.000 Menschen (DKFZ 2009; Mons 2011). Zu berücksichtigen sind auch Erkrankungen und Gesundheitsbeschwerden sowie vorzeitige Todesfälle, die durch eine regelmäßige Passivrauchexposition verursacht werden (DKFZ 2010). Die Kosten für die Versorgung von Krankheiten und Gesundheitsproblemen, die auf das Rauchen zurückgehen, belaufen sich Schätzungen zufolge auf 7,5 Milliarden Euro jährlich. Unter Einbeziehung von Erwerbsunfähigkeit, Frühberentung und Todesfällen ist sogar von gesamtwirtschaftlichen Kosten in Höhe von 21 Milliarden Euro pro Jahr auszugehen (Neubauer et al. 2006).

In den letzten Jahren hat die Bundesregierung zahlreiche Maßnahmen ergriffen, um den Tabakkonsum in der Bevölkerung zu verringern und Nichtraucherinnen und Nichtraucher vor Passivrauchbelastungen zu schützen. Zu verweisen ist unter anderem auf die mehrstufige Tabaksteuererhöhung in den Jahren 2002 bis 2005, die Novellierung der Arbeitsstättenverordnung im Jahr 2002, die Heraufsetzung der Altersgrenze für den Kauf und Konsum von Tabakprodukten im Jahr 2008, die Einschränkung bzw. das weitgehende Verbot von Tabakwerbung entsprechend des geltenden EU-Rechts sowie die seit 2007 erlassenen Nichtraucherschutzgesetze des Bundes und der Länder, die sich auf öffentliche Gebäude und Verkehrsmittel, Schulen und Krankenhäuser sowie – allerdings mit länderspezifischen Ausnahmeregelungen – auf gastronomische Betriebe beziehen. Unterstützt werden diese durch Aufklärungskampagnen, wie z. B. der »rauchfrei«-Jugendkampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), und zahlreiche Aktivitäten in Schulen, Betrieben und Krankenhäusern, die häufig lokal, zum Teil aber auch schon überregional oder sogar bundesweit durchgeführt werden, darunter das Projekt »Rauchfrei am Arbeitsplatz« des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und die Initiativen des Deutschen Netzes Rauchfreier Krankenhäuser (DNRfK).

Anlässlich des Weltnichtrauchertages am 31. Mai 2011 wird im Folgenden der Frage nachgegangen, inwieweit sich die Bemühungen der letzten Jahre in einer Verringerung des Tabakkonsums in der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland niedergeschlagen haben. Dazu werden Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell« (GEDA) aus dem Jahr 2009 berichtet, die das Robert Koch-Institut (RKI) im Rahmen des Gesundheitsmonitorings durchgeführt hat. Aussagen über zeitliche Entwicklungen und Trends können getroffen werden, weil das Rauchverhalten in den früheren Gesundheitssurveys des RKI in vergleichbarer Weise erhoben wurde. Vorab wird auf die mit dem Rauchen verbundenen Gesund-

heitsgefahren eingegangen, um die individuelle wie auch gesellschaftliche Relevanz dieses vermeidbaren Gesundheitsrisikos zu unterstreichen.

### Rauchen gefährdet die Gesundheit

Tabakrauch besteht aus über 4.800 Substanzen, von denen viele gesundheitsschädigend sind, wie z.B. das Kohlenmonoxid, die Bestandteile des Kondensats und das Nikotin. Das Kohlenmonoxid schädigt die Gefäße und leistet dadurch Durchblutungsstörungen, Arteriosklerose und Herz-Kreislauf-Erkrankungen Vorschub, während die Kondensatbestandteile vor allem bei der Entstehung von Krebserkrankungen eine Rolle spielen. Das im Tabakrauch enthaltene Nikotin wirkt auf das Herz-Kreislauf-System, erhöht z. B. die Herzfrequenz und den Blutdruck, und vermindert darüber hinaus das Hungergefühl. Für die körperliche und psychische Abhängigkeit vom Rau-

**Abbildung 1**  
Erkrankungen und Gesundheitsprobleme, die bei Raucherinnen und Rauchern gehäuft auftreten

Quelle: modifiziert nach DKFZ 2009

<b>Krebs:</b>	Lungenkrebs Mundhöhlenkrebs Kehlkopfkrebs Speiseröhrenkrebs Magenkrebs Bauchspeicheldrüsenkrebs Harnleiterkrebs Blasenkrebs Nierenkrebs Leukämie
<b>Herz-Kreislauf:</b>	Arteriosklerose Herzinfarkt Schlaganfall Bauchaortenaneurisma Gefäßverschlüsse (Raucherbein)
<b>Stoffwechsel:</b>	Diabetes mellitus
<b>Atemwege:</b>	Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung Lungenentzündung Bronchitis Asthma
<b>Augen:</b>	Grauer Star
<b>Zähne:</b>	Parodontitis
<b>Frauen</b>	Unfruchtbarkeit Schwangerschaftskomplikationen Osteoporose (nach der Menopause) Gebärmutterhalskrebs Brustkrebs
<b>Männer</b>	Impotenz
<b>Neugeborene</b>	Geringe Größe Geringes Geburtsgewicht Kleinerer Kopfumfang Geburtsdefekte Plötzlicher Kindstod

chen ist zuvorderst die psychotrope Wirkung des Nikotins verantwortlich, die sich über zentralnervöse Aktivierungen entfaltet. Zu den als positiv empfundenen und damit abhängigkeitsfördernden Effekten gehören eine erhöhte Konzentrationsfähigkeit und Entspannungsgefühle, die durch Stimulierung bestimmter Hirnbereiche, z. B. eine Steigerung der Dopaminübertragung, ausgelöst werden. Eine Nikotinabhängigkeit bildet sich Schätzungen zufolge bei 70 % bis 80 % der Raucherinnen und Raucher heraus (Batra, Fagerström 1997).

Neben Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebserkrankungen kommen auch bestimmte Stoffwechselstörungen bei Raucherinnen und Rauchern vermehrt vor. Darüber hinaus schädigt Rauchen die Augen, den Zahnhalteapparat, das Skelett und schränkt die Fruchtbarkeit ein. Das Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft schadet dem ungeborenen Kind, mit zum Teil erheblichen Auswirkungen auf die gesundheitliche Entwicklung im weiteren Lebenslauf (Abbildung 1).

Das Rauchen ist oftmals ein fester Bestandteil der individuellen Lebensführung und der Bewältigung alltäglicher Anforderungen und Belastungen. Für viele Jugendliche ist Rauchen ein Ausdruck des Erwachsenseins und der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gleichaltrigengruppe oder Jugendkultur. Auch für Erwachsene ist das Rauchen ein vielfach verwendetes Mittel der Kommunikation und sozialen Repräsentation sowie der Stressbewältigung. Um sich das Rauchen abzugewöhnen, muss daher nicht nur die körperliche und psychische Abhängigkeit überwunden werden, sondern zugleich eine Veränderung des Selbstbildes und der Alltags- und Freizeitgestaltung vonstatten gehen.

### Noch immer raucht fast ein Drittel der Erwachsenen

Die Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell« (GEDA) wird vom Robert Koch-Institut (RKI) mit dem Ziel durchgeführt, regelmäßig aktuelle Daten zur gesundheitlichen Situation der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland bereitzustellen (Kurth et al. 2009; RKI 2011). Um den aktuellen Rauchstatus zu erfassen, wurden die Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer gefragt: »Rauchen Sie zurzeit – wenn auch nur gelegentlich?« (Antwortvorgaben: »Ja, täglich«, »Ja, gelegentlich«, »Nein, nicht mehr«, »Nein, habe noch nie geraucht«).

Nach den Daten der GEDA-Studie 2009 rauchen 30 % der 18-jährigen und älteren Bevölkerung; 24 % rauchen täglich und 6 % greifen zumindest gelegentlich zur Zigarette oder einem anderen Tabakprodukt. Weitere 26 % der Erwachsenen haben früher geraucht, inzwischen aber das Rauchen wieder aufgegeben. Dass sie nie geraucht haben, trifft auf 44 % der Erwachsenen zu. Damit beläuft sich die Zahl der Erwachsenen in Deutschland, die aktuell rauchen, auf etwa 20 Millionen. Die Zahl der Erwachsenen, die jemals geraucht haben, kann mit 38 Millionen beziffert werden.

## Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)

<b>Datenhalter:</b>	Robert Koch-Institut
<b>Ziele:</b>	Bereitstellung aktueller Daten zu gesundheitsbezogenen Themen, Analyse zeitlicher Entwicklungen und Trends
<b>Erhebungsmethode:</b>	Computerunterstützte telefonische Befragung (CATI)
<b>Grundgesamtheit:</b>	18-jährige und ältere Wohnbevölkerung Deutschlands
<b>Stichprobe:</b>	21.262 Frauen und Männer
<b>Kooperationsrate:</b>	51,2 %
<b>Untersuchungszeitraum:</b>	Juli 2008 bis Juni 2009

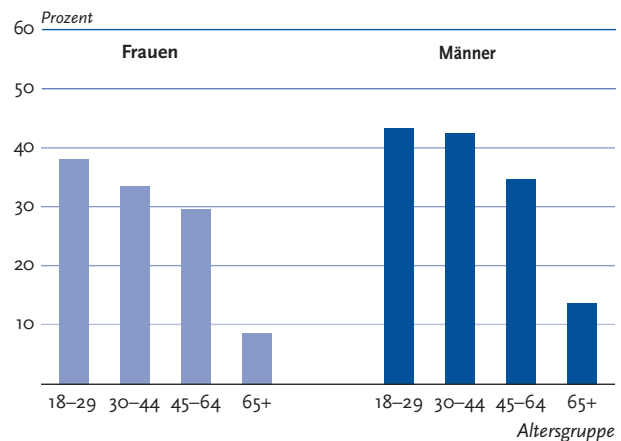
Frauen rauchen zu 26 % und damit seltener als Männer, die zu 34 % rauchen. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied tritt beim täglichen Tabakkonsum noch deutlicher hervor als beim Gelegenheitsrauchen. Aus Abbildung 2 lässt sich auch entnehmen, dass von den heutigen Erwachsenen fast die Hälfte der Frauen und sogar zwei Drittel der Männer jemals geraucht haben.

### Geraucht werden vor allem Zigaretten

Die meisten Raucherinnen und Raucher konsumieren Zigaretten. Etwa 83 % der Frauen und 76 % der Männer, die rauchen, greifen ausschließlich oder vorzugsweise zu fabrikfertigen Zigaretten. Selbstgedrehte oder selbstgestopfte Zigaretten werden von 24 % der Raucherinnen und 26 % der Raucher konsumiert. Andere Tabakwaren haben eine weitaus geringere Verbreitung. So werden Zigarren und Zigarillos von 2 % der Raucherinnen und 11 % der Raucher geraucht. Dass sie Pfeife rauchen, trifft auf 0,2 % der

Raucherinnen und 4 % der Raucher zu. Eine stärkere Verbreitung erfahren diese Tabakwaren lediglich bei 65-jährigen und älteren Männern, die – sofern sie zu den Rauchern zählen – zu 18 % Zigarren und Zigarillos und zu 13 % Pfeife rauchen.

**Abbildung 3**  
Anteil der Raucherinnen und Raucher in verschiedenen Altersgruppen  
Datenbasis: GEDA 2009

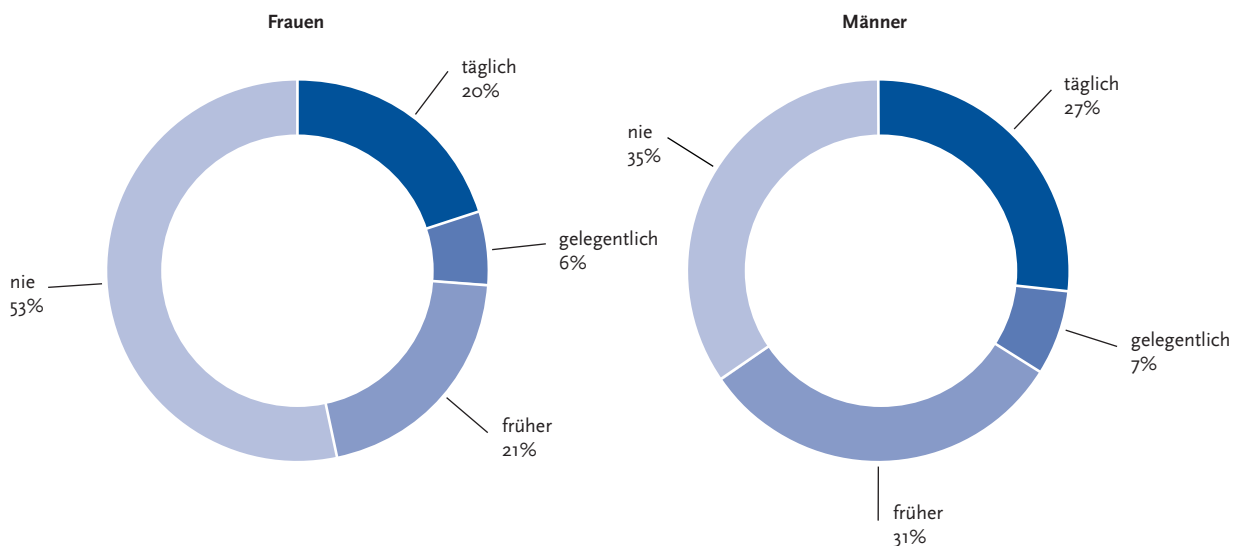


### Junge Erwachsene rauchen am häufigsten

Am stärksten verbreitet ist das Rauchen im jungen Erwachsenenalter. In der Gruppe der 18- bis 29-Jährigen rauchen 38 % der Frauen und 43 % der Männer. Im mittleren Lebensabschnitt liegen die Prävalenzen aber nur geringfügig niedriger. Erst ab einem Alter von 65 Jahren lässt sich ein deutlicher Rückgang beobachten (Abbildung 3).

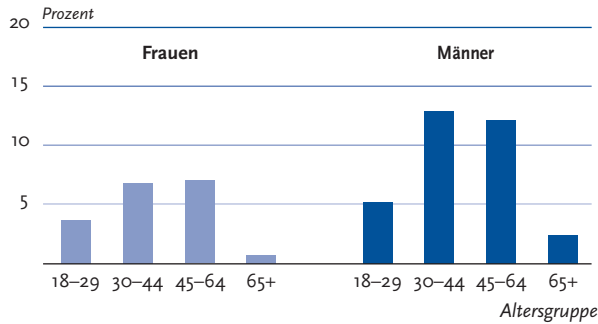
Dieser ist nicht allein auf einen freiwilligen Ausstieg aus dem Tabakkonsum zurückzuführen, sondern auch vor dem Hintergrund der Zunahme tabakbedingter

**Abbildung 2**  
Rauchgewohnheiten von 18-jährigen und älteren Frauen und Männern  
Datenbasis: GEDA 2009



**Abbildung 4**  
Anteil der starken Raucherinnen und Raucher (20+ Zigaretten am Tag) in verschiedenen Altersgruppen

Datenbasis: GEDA 2009



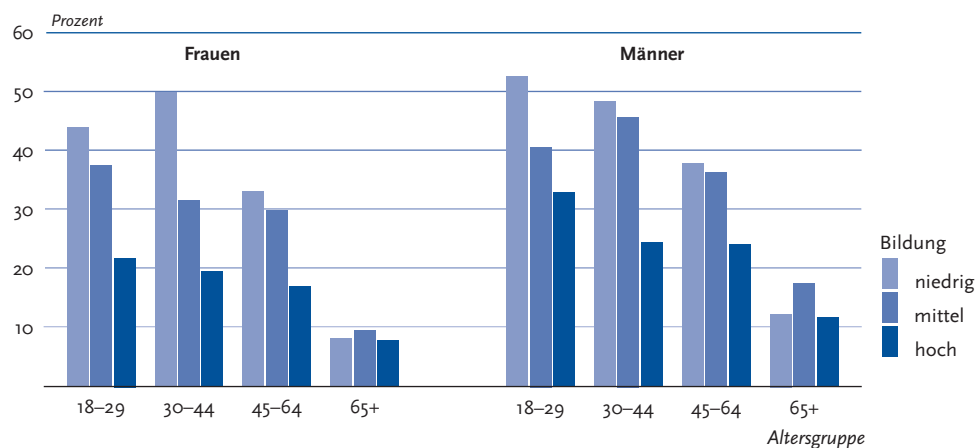
Erkrankungen und Todesfälle zu sehen. Bei Frauen ist außerdem ein Kohorteneffekt zu berücksichtigen, da in den älteren Geburtsjahrgängen ein vergleichsweise geringer Anteil der Frauen mit dem Rauchen angefangen hat (vgl. Lampert, Burger 2004).

### Starkes Rauchen im mittleren Lebensalter am verbreitetsten

Das Risiko für die Gesundheit nimmt mit der Dauer und mit der Intensität des Tabakkonsums zu. In der GEDA-Studie wurden deshalb die Zigarettenraucherinnen und -raucher auch danach gefragt, wie viele Zigaretten am Tag sie zurzeit durchschnittlich rauchen. Dass sie weniger als 10 Zigaretten täglich konsumieren, trifft auf 37 % der Raucherinnen und Raucher zu. 39 % rauchen zwischen 10 und 19 Zigaretten am Tag und 24 % sogar 20 und mehr Zigaretten täglich. Bezogen auf letztere Gruppe wird in Anlehnung an eine Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) auch von starkem Rauchen gesprochen. Die Prävalenz des starken Rauchens in der gesamten Bevölkerung ab 18 Jahren kann nach den GEDA-Daten mit 7 % beziffert werden. Bei Frauen liegt dieser Wert mit 5 % gegenüber 9 % deutlich niedriger als bei Männern.

**Abbildung 5**  
Anteil der Raucherinnen und Raucher nach Bildung in verschiedenen Altersgruppen

Datenbasis: GEDA 2009



Darüber hinaus fällt auf, dass anders als beim Rauchen insgesamt das starke Rauchen im mittleren Lebensalter verbreiteter ist als im jungen Erwachsenenalter (Abbildung 4). Ein Grund hierfür dürfte sein, dass bei Nikotinabhängigkeit mit zunehmender Dauer eine höhere Nikotinzufuhr erfolgen muss, um den gewünschten psychoaktiven Effekt zu erzielen. Dass der Anteil der starken Raucherinnen und Raucher in der Gruppe der 65-Jährigen und Älteren geringer ausfällt, ist zum einen auf die veränderten Lebensumstände und Alltagsroutinen im höheren Lebensalter zurückzuführen. Zum anderen kommt zum Tragen, dass das Erkrankungs- und vorzeitige Sterberisiko mit der Dauer und Intensität des Rauchens steigt.

### Niedrige Bildung erhöht das Risiko zu rauchen

Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen häufiger geraucht wird als in sozial begünstigten Bevölkerungsgruppen (Schulze, Lampert 2006; Lampert 2010). Mit den GEDA-Daten lässt sich dies z. B. bezüglich des Bildungsniveaus feststellen. Zur Ermittlung des Bildungsniveaus wird auf eine internationale Klassifikation zurückgegriffen, die sowohl Angaben zur Schulbildung als auch zur beruflichen Qualifikation berücksichtigt und eine Unterscheidung zwischen drei Bildungsgruppen ermöglicht (»CASMIN – Comparative Analyses of Social Mobility in Industrial Nations«, Brauns et al. 2003).

Bereits bei jungen Erwachsenen sind deutliche Unterschiede zu Ungunsten der niedrigen gegenüber der mittleren und insbesondere der höheren Bildungsgruppe zu beobachten (Abbildung 5). Auch im mittleren Lebensalter zeichnen sich die Bildungsunterschiede im Rauchverhalten deutlich ab. Lediglich bei den 65-Jährigen und Älteren sind keine signifikanten Variationen nach dem Bildungsniveau zu erkennen. Nach statistischer Kontrolle des Alterseffektes lässt sich die Aussage treffen, dass bei Frauen und Männern aus der niedrigen im Vergleich zu denen aus der hohen Bildungsgruppe das Risiko zu rauchen um das

2,3- bzw. 1,9-fache erhöht ist (OR=2,33; 95 %-KI=1,99-2,73 bzw. OR=1,91; 95 %-KI=1,65-2,22). Noch deutlicher treten die Bildungsunterschiede hervor, wenn das starke Rauchen betrachtet wird. Bei Frauen ist das entsprechende Risiko in der niedrigen im Vergleich zur hohen Bildungsgruppe um den Faktor 3,4, bei Männern um den Faktor 2,9 erhöht (OR=3,37; 95 %-KI=2,38-4,77 bzw. OR=2,89; 95 %-KI=2,21-3,79).

### Anteil der Raucherinnen und Raucher nimmt ab

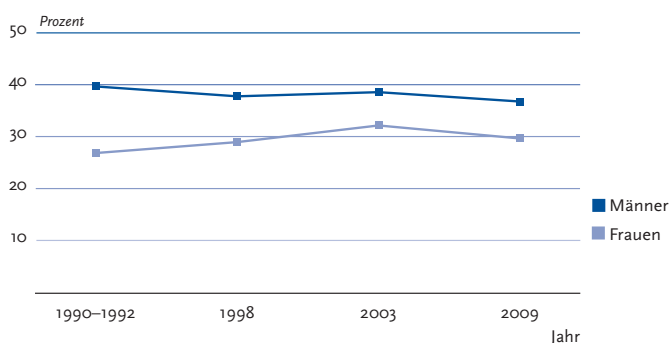
Um Aussagen über zeitliche Entwicklungen und Trends beim Rauchen treffen zu können, werden die Ergebnisse der GEDA-Studie 2009 mit denen früherer Gesundheitssurveys des RKI verglichen, die in den Jahren 1990-92, 1998 und 2003 durchgeführt wurden. Damit erstreckt sich der Beobachtungszeitraum über annähernd 20 Jahre. Da für die Jahre 1990-92 nur Daten für die 25- bis 69-jährige Bevölkerung zur Verfügung stehen, muss die Analyse der langfristigen Entwicklung auf dieses Altersspektrum eingegrenzt werden.

Anfang der 1990er-Jahre haben 27 % der 25- bis 69-jährigen Frauen und 40 % der gleichaltrigen Männer geraucht (Abbildung 6). In den Folgejahren hat der Anteil der Raucherinnen sukzessive zugenommen, während der Anteil der Raucher weitgehend konstant geblieben ist. Im Zuge dessen hat sich der vormals große Unterschied zwischen Frauen und Männern bis zum Jahr 2003 deutlich verringert. Im Zeitraum von 2003 bis 2009 hat die Prävalenz des Rauchens bei beiden Geschlechtern abgenommen, was insbesondere bei Frauen als Trendwende beschrieben werden kann.

Bezüglich des starken Rauchens kann für die 25- bis 69-jährige Bevölkerung bereits für den Zeitraum 1998 bis 2003 ein Rückgang beobachtet werden, und zwar insbesondere bei Männern (Abbildung 7). Bis zum Jahr 2009 hat sich diese Entwicklung weiter fortgesetzt. Ausgehend von 1990-92 ist der Anteil der starken Raucherinnen von 9 % auf 6 % zurückgegangen. Bei Männern entspricht der Rückgang von 20 % auf 11 % fast einer Halbierung des Anteils der starken Raucher.

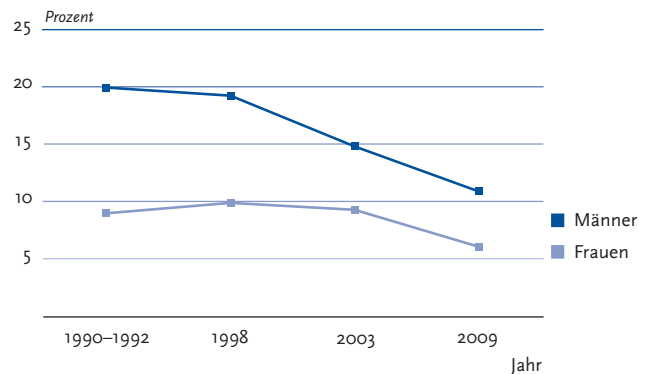
**Abbildung 6**  
Entwicklung des Anteils der 25- bis 69-jährigen Raucherinnen und Raucher im Zeitraum 1990 bis 2009

Datenbasis: Gesundheitssurveys 1990-92, 1998, 2003, GEDA 2009



**Abbildung 7**  
Entwicklung des Anteils der 25- bis 69-jährigen starken Raucherinnen und Raucher im Zeitraum 1990 bis 2009

Datenbasis: Gesundheitssurveys 1990-92, 1998, 2003, GEDA 2009



### Verändert hat sich das Rauchverhalten der jungen Erwachsenen

Angesichts dieser Zahlen kann von einer Veränderung des Rauchverhaltens gesprochen werden, die sich spätestens ab dem Jahr 2003 deutlich abzeichnet. Nachfolgend wird deshalb für den Zeitraum von 2003 bis 2009 eine altersdifferenzierte Betrachtung der Entwicklung des Rauchens angestellt. Da sich auch der Gesundheitssurvey 2003 auf die 18-jährige und ältere Bevölkerung bezog, kann dabei diese Altersspanne zugrunde gelegt werden.

Wie die altersdifferenzierte Betrachtung zeigt, ist der Rückgang des Rauchens insbesondere auf Veränderungen bei jungen Erwachsenen zurückzuführen (Tabelle 1). Der Anteil der Raucherinnen im Alter von 18 bis 29 Jahren hat zwischen 2003 und 2009 um mehr als 8 Prozentpunkte abgenommen. Bei gleichaltrigen Rauchern betrug der Rückgang sogar über 11 Prozentpunkte. Bei Frauen lässt sich auch in der Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen ein signifikanter Rückgang des Rauchens beobachten. Die Veränderungen in den anderen Altersgruppen, die zum Teil auch eine Zunahme des Anteils der Raucherinnen bzw. Raucher zum Ausdruck bringen, sind unter Berücksichtigung der Fehlerwahrscheinlichkeiten (p-Werte) statistisch nicht bedeutsam.

Darüber hinaus lässt sich mit den Daten des Gesundheitssurveys 2003 und der GEDA-Studie 2009 zeigen, dass der Anteil der Raucherinnen und Raucher in allen Bildungsgruppen zurückgegangen ist. In der niedrigen Bildungsgruppe zeichnet sich der Rückgang sogar noch stärker ab als in der mittleren und hohen Bildungsgruppe. Infolgedessen hat das Risiko zu rauchen in der niedrigen im Verhältnis zur hohen Bildungsgruppe etwas abgenommen, bei Frauen vom Faktor 2,8 auf 2,3 (OR=2,79; 95 %-KI=2,11-3,70 bzw. OR=2,33; 95 %-KI=1,99-2,73), bei Männern vom Faktor 2,2 auf 1,9 (OR=2,21; 95 %-KI=1,81-2,71 bzw. OR=1,91; 95 %-KI=1,65-2,22).

Tabelle 1

## Veränderung des Anteils der Raucherinnen und Raucher bzw. der starken Raucherinnen und Raucher in verschiedenen Altersgruppen

Datenbasis: Gesundheitssurvey 2003, GEDA 2009

	Rauchen				Starkes Rauchen			
	2003	2009	Differenz	p-Wert	2003	2009	Differenz	p-Wert
<b>Frauen</b>								
18–29 Jahre	46,2%	37,9%	-8,3	p<0,010	6,3%	3,7%	-2,6	p<0,050
30–44 Jahre	39,6%	33,4%	-6,2	p<0,010	12,8%	6,8%	-6,0	p<0,001
45–64 Jahre	27,8%	29,4%	+1,6	p=0,277	8,5%	7,0%	-1,5	p=0,114
65 Jahre und älter	7,0%	8,7%	+1,7	p=0,204	0,9%	0,7%	-0,2	p=0,562
Gesamt	28,9%	26,1%	-2,8	p<0,050	7,4%	4,7%	-2,7	p<0,001
<b>Männer</b>								
18–29 Jahre	54,5%	43,2%	-11,3	p<0,010	12,4%	5,2%	-7,2	p<0,001
30–44 Jahre	45,9%	42,2%	-3,7	p=0,068	18,3%	12,4%	-5,9	p<0,010
45–64 Jahre	33,4%	34,6%	+1,2	p=0,526	13,2%	12,1%	-1,1	p=0,677
65 Jahre und älter	17,1%	13,7%	-3,4	p=0,112	4,7%	2,4%	-2,3	p<0,050
Gesamt	38,3%	33,9%	-4,4	p<0,001	13,2%	9,2%	-4,0	p<0,001

Differenz = Veränderung der Prävalenzen zwischen 2003 und 2009 in Prozentpunkten; p-Wert = Fehlerwahrscheinlichkeit für die beschriebene Differenz. Ab einem p-Wert  $p < 0,050$  ist von einer statistisch signifikanten Veränderung auszugehen.

## Diskussion

Die Ergebnisse der GEDA-Studie zeigen einerseits, dass noch immer ein beträchtlicher Anteil der Erwachsenen in Deutschland raucht. Andererseits ist in den letzten Jahren erstmals ein bedeutsamer Rückgang des Rauchens zu beobachten. Für den Zeitraum 2003 bis 2009 lässt sich dieser bei 18-jährigen und älteren Frauen mit fast 3 Prozentpunkten und bei gleichaltrigen Männern mit mehr als 4 Prozentpunkten beziffern. Ein im Verhältnis noch stärkerer Rückgang zeichnet sich bezüglich des Anteils der starken Raucherinnen und Raucher ab. Zurückzuführen ist der Rückgang insbesondere auf Veränderungen im Rauchverhalten der 18- bis 44-Jährigen. Die Veränderungen in den älteren Altersgruppen fallen deutlich schwächer aus und sind zumeist statistisch nicht signifikant.

Der Rückgang beim Rauchen lässt sich auch anhand anderer Datenquellen belegen, z. B. dem Epidemiologischen Suchtsurvey des Instituts für Therapieforschung (IFT) und dem Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes (DESTATIS). Nach den Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys, die sich auf die 18- bis 59-jährige Bevölkerung beziehen, hat der Anteil der Raucherinnen im Zeitraum von 2003 bis 2009 von 30,5 % auf 26,4 % abgenommen, während der Anteil der Raucher von 37,1 % auf 34,1 % zurückgegangen ist (Kraus et al. 2010). Auch die Daten des Mikrozensus, die für die 15-jährige und ältere Bevölkerung repräsentativ sind, deuten für diesen Zeitraum auf einen Rückgang hin. Während die Prävalenz des Rauchens bei Frauen allerdings nur von 23,1 % auf 22,3 % zurückgegangen ist, lässt sich bei Männern ein deutlicher Rückgang von 35,3 % auf 33,2 % feststellen (DESTATIS 2011). Dass sich der Rückgang beim Rauchen insbesondere in den jüngeren Altersgruppen abzeichnet, spricht eher für Veränderungen im Einstiegs- als im Ausstiegsverhalten. Untermauern lässt sich diese Annahme mit Daten der Drogenaffinitäts-

studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Für den Zeitraum von 2004 bis 2010 wird für 12- bis 17-jährige Mädchen ein Rückgang von 23 % auf 12 % und bei gleichaltrigen Jungen von 24 % auf 14 % berichtet (BZgA 2011).

### Vergleichbarkeit der Studien zum Rauchen

Ein unmittelbarer Vergleich der Ergebnisse zur Verbreitung und Entwicklung des Tabakkonsums ist nicht möglich, da sich die Studien in mehrfacher Hinsicht voneinander unterscheiden. Die Unterschiede betreffen unter anderem die Stichprobengenerierung und -ausschöpfung, die Erhebungsmethodik (telefonische, postalische oder persönliche Befragung), die Erfassung des Rauchverhaltens und Definition des Rauchstatus sowie die statistischen Analysen und die dabei verwendeten Bevölkerungsgewichte zur Gewährleistung der Repräsentativität der Ergebnisse. Verglichen werden können aber die Tendenz und das Muster der Veränderungen über die Zeit, die bei allen genannten Studien für einen Rückgang des Rauchens insbesondere in den jüngeren Altersgruppen sprechen.

Vor diesem Hintergrund kann geschlussfolgert werden, dass die in den letzten Jahren unternommenen Bemühungen zur Verringerung des Tabakkonsums in der Bevölkerung erfolgreich gewesen sind. Die Erfolge lassen sich insbesondere an einem Rückgang des Rauchens in den jüngeren Altersgruppen festmachen und damit Maßnahmen und Programmen, die auf eine Verhinderung des Einstiegs ins Rauchen zielen, zuschreiben (Maschewsky-Schneider, Pott 2010; Mons, Pötschke-Langer 2010).

Dass sich in den älteren Altersgruppen keine oder nur geringe Veränderungen beim Tabakkonsum feststellen lassen, deutet auf den nach wie vor hohen Bedarf an Angeboten zur Tabakentwöhnung hin (Kröger, Gradl 2010).

Eine nachhaltige Eindämmung des Rauchens wird sich aber letztlich nur erreichen lassen, wenn die bisherigen Bemühungen fortgesetzt und weiter ausgebaut werden, und zwar sowohl in Bezug auf die Tabakprävention als auch die Tabakentwöhnung.

Neben einer regelmäßigen Berichterstattung zur Verbreitung und Entwicklung des Rauchens sind dabei auch Gesundheitsziele als Instrument der Planung, Steuerung und Erfolgskontrolle der Maßnahmen und Programme von Bedeutung, insbesondere wenn diese unter Einbindung der relevanten Akteure formuliert werden und mit konkreten Handlungsempfehlungen verknüpft sind (BMG 2003; Kröger et al. 2010).

*Dr. Thomas Lampert*  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und  
Gesundheitsberichterstattung

## Literatur

- Batra A, Fagerström KO (1997) Neue Aspekte der Nikotinabhängigkeit und Raucherentwöhnung. *Sucht* 43: 277–282
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2003) [gesundheitsziele.de](http://gesundheitsziele.de) – Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. BMG, Berlin
- Brauns H, Scherer S, Steinmann S (2003) The CASMIN educational classification in international comparative research. In: Hoffmeyer-Zlotnik JHP, Wolf C (Hrsg) *Advances in cross-national comparison*. Kluwer, New York, S 221–244
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011) *Der Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends*. BZgA, Köln  
<http://www.bzga.de> (Stand: 23.05.2011)
- DESTATIS – Statistisches Bundesamt (2011) *Mikrozensus – Fragen zur Gesundheit: Rauchgewohnheiten der Bevölkerung*. DESTATIS, Wiesbaden  
<http://destatis.de> (Stand: 23.05.2011)
- DKFZ – Deutsches Krebsforschungszentrum (2009) *Tabakatlas Deutschland 2009*. DKFZ, Heidelberg  
<http://www.dkfz.de> (Stand: 23.05.2011)
- DKFZ – Deutsches Krebsforschungszentrum (2010) *Schutz der Familie vor Tabakrauch. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle Band 14*. DKFZ, Heidelberg  
<http://www.dkfz.de> (Stand: 23.05.2011)
- IARC – International Agency for Research on Cancer (Hrsg) (2004) *IARC Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking*. IARC, Lyon
- Kraus L, Pabst A, Piontek D et al. (2010) Trends des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen. *Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 1995-2009*. *Sucht* 56: 337–347
- Kröger C, Gradl S (2010) *Tabakentwöhnungsmaßnahmen in Deutschland*. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 53(2/3): 201–206
- Kröger C, Mons U, Klärs G et al. (2010) Evaluation des Gesundheitsziels »Tabakkonsum reduzieren«. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 53(2/3): 91–102
- Kurth BM, Lange C, Kamtsiuris P et al. (2009) *Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. Sachstand und Perspektiven*. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 52(5): 557–570
- Lampert T (2010) Soziale Determinanten des Tabakkonsums bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 53(2/3): 108–116
- Lampert T, Burger M (2004) *Rauchgewohnheiten in Deutschland – Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurveys 2003*. *Gesundheitswesen* 66:511–517
- Maschewsky-Schneider U, Pott E (2010) *Tabakprävention in Deutschland*. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 53(2/3): 89–90
- Mons U (2011) *Tabakattributable Mortalität in Deutschland und in den deutschen Bundesländern – Berechnungen mit Daten des Mikrozensus und der Todesursachenstatistik*. *Gesundheitswesen* 73: 238–246
- Mons U, Pötschke-Langer M (2010) *Gesetzliche Maßnahmen zur Tabakprävention. Evidenz, Erfolge und Barrieren*. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 53(2/3): 144–151
- Neubauer S, Welte R, Beiche A et al. (2006) Mortality, morbidity and costs attributable to smoking in Germany: update and a 10-year comparison. *Tobacco Control* 15: 464–471
- RKI – Robert Koch-Institut (2011) *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin  
<http://www.rki.de> (Stand: 23.05.2011)
- Schulze A, Lampert T (2006) *Bundes-Gesundheitssurvey: Soziale Unterschiede im Rauchverhalten und in der Passivrauchbelastung in Deutschland*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin  
<http://www.rki.de> (Stand: 23.05.2011)
- USDHHS – U.S. Department of Health and Human Services (Hrsg) (2006) *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General*. USDHHS, Atlanta  
<http://www.surgeongeneral.gov> (Stand: 23.05.2011)



**Impressum**

GBE kompakt

**Herausgeber**

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20  
13353 Berlin

**Redaktion**

Dr. Christine Hagen  
Dr. Livia Ryl  
Robert Koch-Institut  
Abt. für Epidemiologie und  
Gesundheitsberichterstattung  
General-Pape-Straße 62  
12101 Berlin  
Tel.: 030-18 754-3400  
E-Mail: [gbe@rki.de](mailto:gbe@rki.de)  
[www.rki.de/gbe](http://www.rki.de/gbe)

**Zitierweise**

Lampert T (2011)  
Rauchen – Aktuelle Entwicklungen bei Erwachsenen  
Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin  
GBE kompakt 2(4)  
[www.rki.de/gbe-kompakt](http://www.rki.de/gbe-kompakt) (Stand: 24.05.2011)

ISSN 2191-4974

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