

Tabakkonsum

Einleitung

Rauchen erhöht das Risiko für eine Vielzahl schwerwiegender Krankheiten, darunter Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebserkrankungen (IARC 2004; USDHHS 2014). Jedes Jahr sterben allein in Deutschland mehr als 100.000 Menschen an den gesundheitlichen Folgen des Rauchens (Mons 2011). Die nachhaltige Verringerung des Tabakkonsums ist im nationalen Gesundheitszieleprozess verankert und damit ein zentrales Handlungsfeld der Gesundheits- und Präventionspolitik (Kröger et al. 2010). Im Kindes- und Jugendalter kommt der Verhinderung des Einstiegs in das Rauchen eine Schlüsselrolle zu. Dies gilt umso mehr, da in jungen Jahren die Weichen für den Tabakkonsum im späteren Leben gestellt werden. Je früher der Einstieg ins Rauchen erfolgt, desto höher ist zudem die Wahrscheinlichkeit eine Nikotinabhängigkeit zu entwickeln (Kendler et al. 2013). Hinzu kommt, dass viele Jugendliche die gesundheitlichen Konsequenzen des Rauchens unterschätzen (Lampert 2008; Lampert et al. 2014).

Indikator

Das Rauchverhalten wurde in KiGGS Welle 1 anhand mehrerer Fragen erhoben, die sich u. a. auf den aktuellen Tabakkonsum und die Intensität des Rauchens beziehen (Lampert et al. 2014). Um die Lebenszeitprävalenz des Tabakkonsums zu erfassen, wurden zunächst alle Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren gefragt: »Hast du schon einmal geraucht?« (Antwortkategorien: »ja«, »nein«). Diejenigen, die diese Frage bejahten, wurden außerdem gefragt, wie oft sie zurzeit rauchen (Antwortkategorien: »täglich«, »mehrmals pro Woche«, »einmal pro Woche«, »seltener als einmal pro Woche«, »gar nicht«). Unter aktuellem Rauchen wird im Folgenden jeglicher, das heißt auch gelegentlicher Tabakkonsum verstanden.

Die Abbildung gibt den Anteil der Mädchen und Jungen, die aktuell rauchen, nach Alter wieder. In den Tabellen werden zusätzlich zum aktuellen Rauchen Angaben zum täglichen Rauchen und zur Lebenszeitprävalenz gemacht. Dabei wird nach Geschlecht, Alter und Sozialstatus differenziert.

Kernaussagen

- ▶ Aktuell rauchen 12,0 % der Jugendlichen, knapp die Hälfte davon (5,4 %) täglich. 27,0 % der Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren haben schon einmal geraucht.
- ▶ Die Rauchprävalenzen steigen mit zunehmendem Alter stark an.
- ▶ Zwischen Mädchen und Jungen zeichnen sich keine bedeutsamen Unterschiede im Rauchverhalten ab.
- ▶ Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus rauchen häufiger als Gleichaltrige mit hohem Sozialstatus. Am deutlichsten zeigt sich dies beim täglichen Tabakkonsum.

Einordnung der Ergebnisse

Der Vergleich mit den Daten aus der KiGGS-Basiserhebung zeigt, dass der Anteil der Jugendlichen, die rauchen, in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen ist. Rauchten nach den Daten, die in den Jahren 2003 bis 2006 erhoben wurden, 20,4 % der 11- bis 17-jährigen Jugendlichen, sind es den aktuellen Daten zufolge nur noch 12,0 % (Lampert et al. 2014). Damit stehen die Befunde aus KiGGS im Einklang mit den Ergebnissen aus anderen Studien, die den Tabakkonsum von Jugendlichen in Deutschland regelmäßig untersuchen, wie z. B. den Repräsentativerhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der Health Behaviour in School-aged Children Studie (HBSC) oder der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) (Kraus et al. 2011; Richter et al. 2012; BZgA 2013). Zu den Maßnahmen, die zum Rückgang des Rauchens beigetragen haben dürften, zählen die schrittweise Anhebung der Tabaksteuer, die Heraufsetzung der Altersgrenze für den Erwerb und den Konsum von Tabakprodukten sowie die seit 2007 erlassenen Nichtraucherschutzgesetze des Bundes und der Länder, die sich auf öffentliche Gebäude und Verkehrsmittel, Schulen und Krankenhäuser sowie auf gastronomische Betriebe beziehen (Kröger et al. 2010; DKFZ 2014). Die KiGGS-Daten zeigen jedoch auch, dass weiterhin stark ausgeprägte soziale Unterschiede im

Rauchverhalten bestehen. Diese lassen sich am sozialen Status der Jugendlichen festmachen. In der KiGGS-Basiserhebung und im Rahmen anderer Studien wurden zudem deutliche Unterschiede in Abhängigkeit von der besuchten Schulform der Jugendlichen gefunden. Gymnasiasten rauchen demzufolge seltener als Gesamt-, Haupt- und Realschüler (Lampert, Thamm 2007; Lampert 2008; Kraus et al. 2011; BZgA 2013). Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung zielgruppenspezifischer Maßnahmen der Tabakprävention.

Hinweis: Eine detaillierte Studienbeschreibung sowie methodische Erläuterungen sind auf der Internetseite der KiGGS-Studie www.kiggs-studie.de zu finden sowie bei [Lange et al. \(2014\)](#). Weiterführende Ergebnisse zum Tabakkonsum finden sich bei [Lampert et al. \(2014\)](#).

Literatur

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2013) Der Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. BZgA, Köln www.bzga.de (Stand: 21.07.2014)
- Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg) (2014) Tabakprävention in Deutschland – was wirkt wirklich? Aus der Wissenschaft – für die Politik. dkfz, Heidelberg www.dkfz.de (Stand: 21.07.2014)
- International Agency for Research on Cancer (2004) IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Volume: 83. Tobacco smoke and involuntary smoking. IARC, Lyon www.iarc.fr (Stand: 21.07.2014)
- Kendler KS, Myers J, Damaj MI et al. (2013) Early smoking onset and risk for subsequent nicotine dependence: a monozygoter co-twin control study. *Am J Psychiatry* 170 (4): 408–413
- Kraus L, Pabst A, Piontek D (2011) Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2011 (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. IFT-Berichte Band 181. IFT Institut für Therapieforchung, München www.ift.de (Stand: 21.07.2014)
- Kröger C, Mons U, Klärs G et al. (2010) Evaluation des Gesundheitsziels »Tabakkonsum reduzieren«. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 53 (2): 91–102
- Lampert T, Thamm M (2007) Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 600–608
- Lampert T (2008) Smoking and passive smoking exposure in young people - Results of the German health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS). *Dtsch Arztebl Int* 105 (15): 265–271
- Lampert T, Kuntz B, KiGGS Study Group (2014) Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 57 (7): 830–839
- Lange M, Butschalowsky HG, Jentsch F et al. (2014) Die erste KiGGS-Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Studierendurchführung, Stichprobendesign und Response. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 57 (7): 747–761
- Mons U (2011) Tabakattributable Mortalität in Deutschland und in den deutschen Bundesländern – Berechnungen mit Daten des Mikrozensus und der Todesursachenstatistik. *Gesundheitswesen* 73 (4): 238–246
- Richter M, Pfortner TK, Lampert T et al. (2012) Veränderungen im Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum von Jugendlichen im Zeitraum von 2002 bis 2010 in Deutschland. *Gesundheitswesen* 74 (Suppl 1): S42–S48
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) (2014) The health consequences of smoking – 50 years of progress: a report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta www.surgeongeneral.gov (Stand: 21.07.2014)

Abbildung 1
Anteil der Mädchen und Jungen, die aktuell rauchen, nach Alter

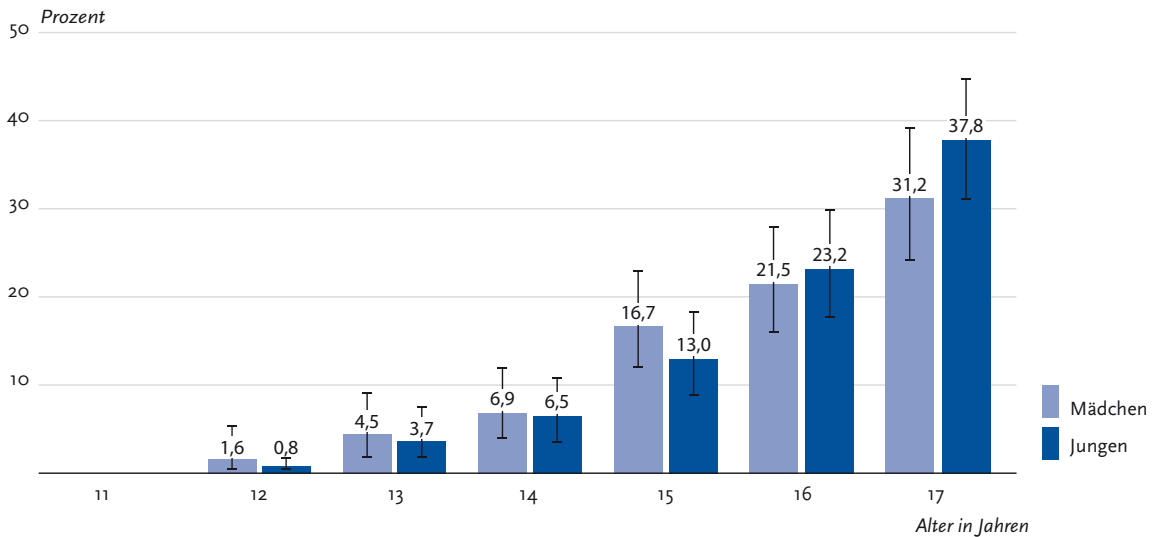


Tabelle 1
Verbreitung des Tabakkonsums bei 11- bis 17-jährigen Mädchen nach Alter und Sozialstatus

| | Rauchen aktuell | | Rauchen täglich | | Rauchen jemals | |
|------------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------|------------------|----------------|--------------------|
| | % | (95 %-KI) | % | (95 %-KI) | % | (95 %-KI) |
| Mädchen | 11,9 | (10,2–13,8) | 5,3 | (4,2–6,8) | 26,9 | (24,5–29,4) |
| Alter | | | | | | |
| 11–13 Jahre | 2,1 | (1,1–4,0) | 0,5 | (0,1–2,7) | 4,9 | (3,4–7,1) |
| 14–17 Jahre | 19,1 | (16,4–22,2) | 8,9 | (7,0–11,3) | 43,2 | (39,3–47,2) |
| Sozialstatus | | | | | | |
| Niedrig | 13,9 | (9,2–20,5) | 7,7 | (4,7–12,3) | 31,1 | (24,2–39,0) |
| Mittel | 12,3 | (10,1–15,0) | 5,6 | (4,0–7,7) | 27,1 | (24,1–30,3) |
| Hoch | 7,5 | (5,2–10,5) | 1,0 | (0,3–3,4) | 21,4 | (17,5–25,9) |
| Gesamt (Mädchen und Jungen) | 12,0 | (10,8–13,3) | 5,4 | (4,7–6,3) | 27,0 | (25,3–28,8) |

Tabelle 2
Verbreitung des Tabakkonsums bei 11- bis 17-jährigen Jungen nach Alter und Sozialstatus

| | Rauchen aktuell | | Rauchen täglich | | Rauchen jemals | |
|------------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------|------------------|----------------|--------------------|
| | % | (95 %-KI) | % | (95 %-KI) | % | (95 %-KI) |
| Jungen | 12,1 | (10,5–14,0) | 5,5 | (4,4–6,9) | 27,2 | (24,8–29,7) |
| Alter | | | | | | |
| 11–13 Jahre | 1,5 | (0,8–2,9) | 0,8 | (0,3–2,1) | 9,2 | (6,9–12,2) |
| 14–17 Jahre | 20,2 | (17,5–23,3) | 9,2 | (7,3–11,5) | 41,0 | (37,4–44,6) |
| Sozialstatus | | | | | | |
| Niedrig | 14,8 | (10,2–20,9) | 8,5 | (5,3–13,4) | 32,6 | (25,2–40,9) |
| Mittel | 11,3 | (9,6–13,3) | 5,1 | (3,9–6,6) | 25,8 | (23,1–28,6) |
| Hoch | 10,3 | (7,9–13,2) | 3,1 | (2,0–4,7) | 23,5 | (19,9–27,6) |
| Gesamt (Mädchen und Jungen) | 12,0 | (10,8–13,3) | 5,4 | (4,7–6,3) | 27,0 | (25,3–28,8) |

Redaktion

Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Dr. Benjamin Kuntz, Laura Krause,
Panagiotis Kamtsiuris, PD Dr. Thomas Lampert
General-Pape-Straße 62–66
12101 Berlin

Zitierweise

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Tabakkonsum. Faktenblatt zu
KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugend-
lichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009–2012. RKI,
Berlin

www.kiggs-studie.de

Erscheinungsdatum: 21.07.2014