

Journal of Health Monitoring · 2022 7(3)  
DOI 10.25646/10290  
Robert Koch-Institut, Berlin

Anne Starker, Ronny Kuhnert,  
Jens Hoebel, Almut Richter

Robert Koch-Institut, Berlin  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-  
monitoring

Eingereicht: 11.04.2022  
Akzeptiert: 22.07.2022  
Veröffentlicht: 14.09.2022

# Rauchverhalten und Passivrauchbelastung Erwachsener – Ergebnisse aus GEDA 2019/2020-EHIS

## Abstract

**Hintergrund:** Rauchen ist ein bedeutendes Gesundheitsrisiko und die führende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit. Passivrauch verursacht dieselben negativen gesundheitlichen Folgen wie das Rauchen, wenn auch in einem geringeren Ausmaß. Die Verringerung des Tabakkonsums und der Schutz vor Passivrauch sind daher wichtige gesundheitspolitische Ziele.

**Methode:** Die Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) ist eine telefonische Querschnittbefragung (04/2019 bis 09/2020) der in Deutschland lebenden Wohnbevölkerung mit Fragen zum aktuellen Rauchverhalten und zur Passivrauchbelastung. Die Analysestichprobe umfasst 22.708 Personen ab 18 Jahren.

**Ergebnisse:** 24,0 % der Frauen und 33,9 % der Männer ab 18 Jahren rauchen aktuell, zumindest gelegentlich. Bei beiden Geschlechtern rauchen Erwachsene ab 65 Jahren deutlich seltener als Erwachsene in den jüngeren Altersgruppen. 4,1 % der Erwachsenen, die selbst nicht rauchen, sind täglich Passivrauchbelastung in geschlossenen Räumen ausgesetzt. Das betrifft besonders junge Erwachsene und Männer. Es bestehen Bildungsunterschiede im Tabakkonsum und in der Passivrauchbelastung zuungunsten von Erwachsenen aus unteren Bildungsgruppen.

**Schlussfolgerungen:** In Deutschland besteht weiterhin Handlungsbedarf für eine effektive Maßnahmen der Tabakprävention, Rauchentwöhnung und Tabakkontrollpolitik, die in allen Bevölkerungsgruppen wirken und die Belange sozial benachteiligter Gruppen berücksichtigen.

📌 RAUCHEN · PASSIVRAUCHEN · ERWACHSENE · BILDUNG · GEDA 2019/2020-EHIS

## 1. Einleitung

Tabakrauchen ist in den Industrienationen das bedeutendste vermeidbare Gesundheitsrisiko und die führende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit [1]. Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebserkrankungen treten bei Raucherinnen und Rauchern vermehrt auf. So sind in Deutschland etwa 15 % aller Krebsneuerkrankungen auf das Rauchen zurückzuführen [2]. Dabei ist Lungenkrebs die häufigste

tabakassoziierten Krebserkrankung. Aber auch bösartige Neubildungen an Lippen, Mundhöhle, Rachenraum, Speiseröhre, Kehlkopf und den ableitenden Harnwegen gelten als tabakassoziierte Erkrankungen. Bei diesen Krebsdiagnosen ist mindestens ein Drittel aller Erkrankungsfälle in Deutschland auf Tabakkonsum zurückzuführen. Darüber hinaus wirkt sich Rauchen negativ auf Immunsystem, Stoffwechsel, Skelett, Zahnhalteapparat, Augen und Fertilität aus [3]. Schätzungen zufolge starben im Jahr 2018 in Deutschland

## GEDA 2019/2020-EHIS

Fünfte Folgerhebung der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell

**Datenhalter:** Robert Koch-Institut

**Ziele:** Bereitstellung zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand, das Rauchverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, mit Möglichkeit zum europäischen Vergleich

**Studiendesign:** Telefonische Querschnitterhebung

**Grundgesamtheit:** Deutschsprachige Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten, die über Festnetz oder Mobilfunk erreichbar sind

**Stichprobenziehung:** Zufallsstichprobe von Festnetz- und Mobilfunknummern (Dual-Frame-Verfahren) aus dem Stichprobensystem des ADM (Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e. V.)

**Stichprobenumfang:** 23.001 Teilnehmende

**Datenerhebungszeitraum:** April 2019 bis September 2020

### GEDA-Erhebungswellen:

- ▶ GEDA 2009
- ▶ GEDA 2010
- ▶ GEDA 2012
- ▶ GEDA 2014/2015-EHIS
- ▶ GEDA 2019/2020-EHIS

Mehr Informationen unter [www.geda-studie.de](http://www.geda-studie.de)

rund 127.000 Menschen an den Folgen des Rauchens [4]. Die Kosten für die Versorgung von Krankheiten und Gesundheitsproblemen, die auf das Rauchen zurückgehen, wurden mit ca. 30 Milliarden Euro kalkuliert [5].

Das Tabakrauchen hat nicht nur negative gesundheitliche Folgen für die Rauchenden selbst, sondern auch für Personen, die einer Passivrauchbelastung ausgesetzt sind. Die Zusammensetzung des Tabakrauchs in der Umgebungsluft unterscheidet sich kaum vom Zigarettenrauch, der beim aktiven Rauchen inhaliert wird [6]. Deswegen verursacht Passivrauchen dieselben negativen gesundheitlichen Folgen wie Tabakrauchen, wenn auch in einem geringeren Ausmaß [7]. Da sich Tabakrauch auf Oberflächen ablagert und von dort Schadstoffe wieder in die Raumluft abgegeben werden, ist auch kalter Rauch (englisch: third-hand smoke) für eine Passivrauchbelastung verantwortlich [8]. Kinder sind aufgrund ihrer erhöhten Atemfrequenz [9] und dem noch nicht vollständig entwickelten Entgiftungssystem [10] besonders gefährdet, wenn sie mit Tabakrauch konfrontiert werden. Passivrauchen in der Schwangerschaft gefährdet die gesunde Entwicklung des Embryos und bei Säuglingen erhöht Passivrauch das Risiko für den plötzlichen Kindstod [11]. Die Krankheitskosten der Passivrauchbelastung für Personen, die im gleichen Haushalt mit Rauchenden leben, werden aktuell auf 1,3 Milliarden Euro pro Jahr geschätzt [12]. Die zuletzt verfügbare Schätzung für die passivrauchbedingte Mortalität in Deutschland aus dem Jahr 2003 geht von 3.300 jährlichen Todesfällen aus [7]. Es wird angenommen, dass die seit 2007 erlassenen Nichtraucherchutzgesetze des Bundes und der Länder zur Reduktion der Passivrauchbelastung und deren Folgen beigetragen haben [1].

Vor diesem Hintergrund stellt die nachhaltige und zielgruppenspezifische Verringerung des Tabakkonsums inklusive der Verringerung der Passivrauchbelastung ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel dar. Deutschland hat seit Beginn der 2000er-Jahre verschiedene Maßnahmen auf den Weg gebracht, um den Tabakkonsum in der Bevölkerung zu verringern, beispielsweise mehrstufige Tabaksteuererhöhungen oder Nichtraucherchutzgesetze des Bundes und der Länder. Deutschland verfügt aber im Gegensatz zu anderen Ländern über keine Strategie für eine nachhaltige Tabakkontrolle [13], wie zum Beispiel Finnland [14], England [15] oder Irland [16]. Deshalb wurde im Jahr 2021 vom Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) gemeinsam über 50 weiteren Gesundheitsorganisationen eine „Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040“ [17] mit dem Ziel vorgelegt, dass bis dahin weniger als fünf Prozent der Erwachsenen und weniger als zwei Prozent der Jugendlichen Tabakprodukte oder E-Zigaretten konsumieren. Aktuell raucht aber noch ein vergleichsweise hoher Anteil der Erwachsenen und es besteht weiterhin Bedarf für effektive Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums.

Um aktuelle Entwicklungen und Trends im Rauchverhalten und der Passivrauchbelastung in der Bevölkerung beurteilen zu können, ist ein regelmäßiges Monitoring anhand bundesweit repräsentativer Studien erforderlich. Der vorliegende Beitrag beschreibt daher aktuelle Querschnittergebnisse zum Rauchverhalten und zur Passivrauchbelastung Erwachsener aus GEDA 2019/2020-EHIS, analysiert im Hinblick auf gesundheitliche Ungleichheiten Unterschiede hinsichtlich Geschlecht, Alter und Bildung und ordnet die Ergebnisse und Entwicklungen ein.

## 2. Methode

### 2.1 Studiendesign und Stichprobe

Die Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) ist eine bundesweite telefonische Querschnittbefragung der in Deutschland lebenden Wohnbevölkerung, die auf einer Zufallsstichprobe von Festnetz- und Mobilfunknummern (Dual-Frame-Verfahren) basiert. Für die Stichprobenziehung wurde das Telefonstichprobensystem des Arbeitskreises Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V. (ADM) genutzt [18]. Die Erhebung fand zwischen April 2019 und September 2020 statt. Eingesetzt wurde ein programmierter, vollstrukturierter Fragebogen (Computer Assisted Telephone Interview, CATI), die Fragebogeninhalte waren durch den European Health Interview Survey (EHIS) vorgegeben [19].

Insgesamt liegen in GEDA 2019/2020-EHIS vollständige Interviews von 23.001 Personen ab 15 Jahren vor. Eine ausführliche Darstellung der Methodik von GEDA 2019/2020-EHIS findet sich im Beitrag [Gesundheit in Deutschland aktuell \(GEDA 2019/2020-EHIS\) – Hintergrund und Methodik](#) in der Ausgabe 3/2021 des Journal of Health Monitoring [20].

Zur Beschreibung von Geschlechterunterschieden wurde in GEDA 2019/2020-EHIS die Angaben zum Geburts-geschlecht und zur Geschlechtsidentität verwendet: Die Befragten konnten angeben, welches Geschlecht bei ihrer Geburt in die Geburtsurkunde eingetragen wurde und welchem Geschlecht sie sich zugehörig fühlen. Für die Analysen nach Geschlecht werden diejenigen betrachtet, die als Frauen beziehungsweise Männer geboren wurden und sich auch so fühlen, als auch transgeschlechtliche Menschen,

die sich einem dieser beiden Geschlechter zuordnen. Personen, die sich nicht als weiblich oder männlich identifizieren (genderdiverse Menschen) werden aufgrund der geringen Fallzahl nicht ausgewiesen, sind jedoch in der Gesamt-Kategorie enthalten [21].

Die Analysen zum Rauchverhalten basieren auf gültigen Angaben von insgesamt 22.699 teilnehmenden Personen ab 18 Jahren, die zur Passivrauchbelastung beziehen sich auf die gültigen Angaben von insgesamt 17.823 Personen ab 18 Jahren, die selbst nicht rauchen.

### 2.2 Instrumente und Indikatoren

#### Rauchverhalten

Zur Erfassung des Rauchstatus wurde den Teilnehmenden von GEDA 2019/2020-EHIS die Frage gestellt: „Rauchen Sie Tabakprodukte, einschließlich Tabakerhitzer? Bitte schließen Sie elektronische Zigaretten oder ähnliche Produkte aus.“ (Antwortkategorien: „Ja, täglich“, „Ja, gelegentlich“, „Nein, nicht mehr“ und „Ich habe noch nie geraucht“). Ausgehend von den Antwortkategorien wird im Folgenden zwischen aktuell Rauchenden (täglich oder gelegentlich), ehemaligen Raucherinnen und Rauchern sowie Nierrauchenden unterschieden.

#### Passivrauchbelastung

Die Passivrauchbelastung wurde mit folgender Frage erhoben: „Wie oft sind Sie in geschlossenen Räumen Tabakrauch ausgesetzt?“ (Antwortkategorien: „Täglich, 1 Stunde oder mehr“, „Täglich, weniger als 1 Stunde“, „Mindestens 1 Mal pro Woche (aber nicht täglich)“, „Weniger als 1 Mal pro Woche“ und „Nie oder fast nie“). Ausgehend von den

**24,0% der Frauen und  
33,9% der Männer ab  
18 Jahren rauchen  
zumindest gelegentlich.**

Antwortkategorien kann die tägliche Passivrauchbelastung beurteilt werden (weniger als 1 Stunde oder 1 Stunde oder mehr). Diese Angaben beziehen sich auf Personen, die selbst nicht rauchen.

### 2.3 Statistische Analysen

Um Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur zu korrigieren, werden die Analysen mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt. Im Rahmen der Datengewichtung erfolgt zunächst eine Designgewichtung für die unterschiedlichen Auswahlwahrscheinlichkeiten (Mobilfunk und Festnetz) und anschließend eine Anpassung an die amtlichen Bevölkerungszahlen bezogen auf Alter, Geschlecht, Bundesland und Kreistyp (Stand: 31.12.2019). Zusätzlich wird an die Bildungsverteilung im Mikrozensus 2017 [22] nach der International Standard Classification of Education (ISCED) [23] angepasst.

Die deskriptiven Analysen des Tabakkonsums differenzieren nach den Variablen Geschlecht, Alter (18 bis 29 Jahre, 30 bis 44 Jahre, 45 bis 64 Jahre, ab 65 Jahren) und Bildung (ISCED: untere Bildungsgruppe (ISCED-Stufe 1 und 2), mittlere Bildungsgruppe (ISCED-Stufe 3 und 4), obere Bildungsgruppe (ISCED-Stufe 6 und 8)) [23] und erfolgt durch die Berechnung von Prävalenzen (relativen Häufigkeiten) mit 95%-Konfidenzintervallen (95%-KI). Von einem signifikanten Unterschied zwischen Gruppen (mittels Chi-Quadrat-Test bestimmt) wird ausgegangen, wenn der unter Berücksichtigung der Gewichtung und des Surveydesigns berechnete p-Wert kleiner als 0,05 ist.

Aufgrund kleiner Zellenbesetzungen und der damit verbundenen größeren statistischen Unsicherheit, differen-

zieren die deskriptiven Analysen der Stichprobe für die Passivrauchbelastung nach Geschlecht und Alter sowie nach Geschlecht und Bildung.

Die Analysen wurden mit Stata 17.0 durchgeführt. Um die Gewichtung bei der Berechnung von Konfidenzintervallen und p-Werten angemessen zu berücksichtigen, wurden alle Analysen mit Surveyprozeduren berechnet.

## 3. Ergebnisse

### 3.1 Rauchverhalten

Nach den Selbstangaben aus GEDA 2019/2020-EHIS rauchen 28,9% der Erwachsenen in Deutschland zumindest gelegentlich, bei Frauen sind es 24,0% und bei Männern 33,9%. Über die Hälfte der Frauen (52,4%) gibt an, noch nie geraucht zu haben. Bei den Männern sind es 36,1% (Tabelle 1). Der Anteil der aktuell Rauchenden unterscheidet sich in den Altersgruppen bis 64 Jahre relativ wenig. Bei Frauen und Männern ist ein deutlicher Rückgang erst ab einem Alter von 65 Jahren zu beobachten. Wird der Anteil Rauchender in den einzelnen Altersgruppen nach Bildung betrachtet, ist er in der unteren und in der mittleren Bildungsgruppe größer als in der oberen Bildungsgruppe, sowohl bei Frauen als auch bei Männern. Die Ausnahme bilden bei beiden Geschlechtern die 65-Jährigen und Älteren wo keine Bildungsunterschiede bestehen.

### 3.2 Passivrauchbelastung

Derzeit sind in Deutschland 4,1% der nichtrauchenden Erwachsenenbevölkerung täglich Passivrauchbelastung ausgesetzt (Tabelle 2), zusammen mit denen, die mindestens

Tabelle 1  
Rauchstatus nach Geschlecht,  
Alter und Bildung  
(n = 11.955 Frauen, n = 10.682 Männer)  
Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

Erwachsene ab 65 Jahren  
rauchen deutlich seltener  
als Erwachsene in den  
jüngeren Altersgruppen.

	Rauchen					
	Täglich oder gelegentlich		Nicht mehr		Nie	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
<b>Gesamt</b>	28,9	(27,9 – 29,9)	26,7	(25,9 – 27,5)	44,4	(43,4 – 45,4)
<b>Frauen</b>	<b>24,0</b>	<b>(22,7 – 25,3)</b>	<b>23,6</b>	<b>(22,5 – 24,7)</b>	<b>52,4</b>	<b>(51,1 – 53,8)</b>
<b>18–29 Jahre</b>	30,4	(26,4 – 34,6)	12,2	(9,7 – 15,4)	57,4	(53,1 – 61,6)
Untere Bildungsgruppe	47,4	(36,7 – 58,4)	10,7*	(5,3 – 20,2)	41,9	(31,8 – 52,7)
Mittlere Bildungsgruppe	29,1	(24,2 – 34,6)	13,6	(10,2 – 17,9)	57,3	(51,7 – 62,8)
Obere Bildungsgruppe	18,7	(13,3 – 25,5)	9,6	(6,5 – 14,0)	71,8	(64,7 – 77,9)
<b>30–44 Jahre</b>	29,6	(26,6 – 32,8)	23,5	(21,0 – 26,1)	46,9	(43,8 – 50,0)
Untere Bildungsgruppe	46,1	(33,7 – 59,0)	15,5*	(8,1 – 27,6)	38,4	(26,8 – 51,4)
Mittlere Bildungsgruppe	32,7	(28,7 – 37,0)	24,9	(21,4 – 28,7)	42,4	(38,2 – 46,7)
Obere Bildungsgruppe	17,1	(14,2 – 20,3)	24,4	(21,5 – 27,6)	58,5	(54,8 – 62,2)
<b>45–64 Jahre</b>	28,2	(26,3 – 30,3)	27,2	(25,5 – 29,1)	44,5	(42,5 – 46,5)
Untere Bildungsgruppe	36,6	(29,5 – 44,3)	28,0	(21,7 – 35,3)	35,4	(28,4 – 43,1)
Mittlere Bildungsgruppe	29,4	(27,1 – 31,9)	27,2	(25,0 – 29,5)	43,4	(41,0 – 45,9)
Obere Bildungsgruppe	18,8	(16,9 – 20,9)	27,0	(24,9 – 29,2)	54,2	(51,7 – 56,7)
<b>≥ 65 Jahre</b>	11,3	(9,8 – 12,9)	25,2	(23,3 – 27,2)	63,6	(61,3 – 65,8)
Untere Bildungsgruppe	11,7	(8,5 – 15,9)	20,4	(16,5 – 24,9)	67,9	(62,6 – 72,7)
Mittlere Bildungsgruppe	11,2	(9,7 – 13,0)	27,4	(25,2 – 29,7)	61,4	(58,9 – 63,9)
Obere Bildungsgruppe	10,3	(8,7 – 12,2)	29,0	(26,5 – 31,7)	60,7	(57,8 – 63,4)
<b>Männer</b>	<b>33,9</b>	<b>(32,5 – 35,4)</b>	<b>29,9</b>	<b>(28,7 – 31,2)</b>	<b>36,1</b>	<b>(34,8 – 37,5)</b>
<b>18–29 Jahre</b>	40,5	(36,7 – 44,3)	13,1	(10,6 – 15,9)	46,5	(42,8 – 50,2)
Untere Bildungsgruppe	49,7	(41,4 – 58,1)	9,2*	(5,3 – 15,5)	41,1	(33,4 – 49,3)
Mittlere Bildungsgruppe	40,4	(35,5 – 45,6)	13,1	(9,8 – 17,2)	46,5	(41,6 – 51,5)
Obere Bildungsgruppe	26,9	(21,8 – 32,7)	18,5	(14,0 – 24,1)	54,5	(48,3 – 60,6)
<b>30–44 Jahre</b>	45,0	(41,7 – 48,4)	23,0	(20,5 – 25,8)	32,0	(29,2 – 34,8)
Untere Bildungsgruppe	57,6	(45,0 – 69,2)	23,3*	(14,7 – 34,9)	19,2*	(11,2 – 30,8)
Mittlere Bildungsgruppe	52,3	(47,6 – 57,0)	21,8	(18,3 – 25,8)	25,9	(22,2 – 29,9)
Obere Bildungsgruppe	28,5	(25,2 – 32,1)	24,7	(21,6 – 28,0)	46,8	(43,2 – 50,4)
<b>45–64 Jahre</b>	36,7	(34,4 – 39,1)	31,2	(29,1 – 33,3)	32,2	(30,1 – 34,2)
Untere Bildungsgruppe	47,6	(37,6 – 57,9)	24,7	(17,2 – 34,1)	27,7	(19,7 – 37,4)
Mittlere Bildungsgruppe	42,1	(38,8 – 45,4)	32,9	(29,9 – 36,0)	25,0	(22,4 – 27,9)
Obere Bildungsgruppe	23,3	(21,3 – 25,5)	30,7	(28,6 – 32,9)	46,0	(43,6 – 48,4)
<b>≥ 65 Jahre</b>	13,6	(11,7 – 15,8)	47,8	(45,2 – 50,5)	38,6	(36,0 – 41,2)
Untere Bildungsgruppe	20,8*	(12,1 – 33,4)	40,0	(29,4 – 51,7)	39,1	(28,2 – 51,3)
Mittlere Bildungsgruppe	13,5	(11,0 – 16,4)	49,8	(46,0 – 53,6)	36,7	(33,1 – 40,5)
Obere Bildungsgruppe	11,5	(10,0 – 13,2)	47,4	(44,9 – 49,9)	41,1	(38,7 – 43,6)

KI = Konfidenzintervall, \* = Zellenbesetzung n < 20

**Tabelle 2**  
**Passivrauchbelastung von Nichtrauchenden**  
**nach Geschlecht, Alter und Bildung**  
**(n=9.695 Frauen, n=8.083 Männer)**  
 Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

**8,3 % der Erwachsenen,**  
**die selbst nicht rauchen,**  
**sind regelmäßig**  
**Passivrauchbelastung**  
**ausgesetzt, 4,1 % täglich.**

	Passivrauchbelastung							
	Täglich		Mindestens 1 Mal pro Woche		Weniger als 1 Mal pro Woche		Nie oder fast nie	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
<b>Gesamt</b>	4,1	(3,7–4,7)	4,1	(3,6–4,7)	5,8	(5,3–6,3)	85,9	(85,1–86,7)
<b>Frauen</b>	<b>3,0</b>	<b>(2,5–3,7)</b>	<b>2,9</b>	<b>(2,4–3,6)</b>	<b>4,7</b>	<b>(4,1–5,3)</b>	<b>89,4</b>	<b>(88,3–90,3)</b>
<b>Altersgruppe</b>								
18–29 Jahre	7,2	(4,9–10,6)	9,0	(6,3–12,8)	11,0	(8,6–14,0)	72,7	(68,0–76,9)
30–44 Jahre	3,2	(2,1–4,8)	2,6	(1,6–4,0)	5,6	(4,2–7,5)	88,7	(86,1–90,8)
45–64 Jahre	2,7	(2,0–3,7)	2,5	(1,7–3,5)	3,7	(2,9–4,6)	91,1	(89,6–92,5)
≥ 65 Jahre	1,5	(1,0–2,2)	1,2	(0,8–1,7)	2,5	(1,9–3,3)	94,8	(93,7–95,7)
<b>Bildungsstatus</b>								
Untere Bildungsgruppe	3,9	(2,4–6,1)	1,7*	(0,9–3,2)	3,7	(2,4–5,9)	90,7	(87,7–93,0)
Mittlere Bildungsgruppe	3,2	(2,5–4,1)	3,9	(3,0–4,9)	4,6	(3,9–5,5)	88,3	(86,8–89,6)
Obere Bildungsgruppe	1,8	(1,4–2,5)	1,5	(1,1–2,1)	5,7	(4,8–6,9)	90,9	(89,5–92,1)
<b>Männer</b>	<b>5,3</b>	<b>(4,5–6,3)</b>	<b>5,6</b>	<b>(4,8–6,5)</b>	<b>7,2</b>	<b>(6,4–8,0)</b>	<b>81,9</b>	<b>(80,6–83,2)</b>
<b>Altersgruppe</b>								
18–29 Jahre	9,1	(6,5–12,5)	10,1	(7,6–13,4)	13,6	(10,9–16,8)	67,2	(62,7–71,4)
30–44 Jahre	6,5	(4,7–8,9)	8,8	(6,6–11,7)	10,0	(8,0–12,5)	74,7	(71,0–78,0)
45–64 Jahre	5,8	(4,4–7,6)	4,3	(3,2–5,7)	5,8	(4,7–7,0)	84,1	(81,8–86,2)
≥ 65 Jahre	2,1	(1,6–2,9)	2,5	(1,7–3,7)	3,6	(2,8–4,6)	91,8	(90,2–93,1)
<b>Bildungsstatus</b>								
Untere Bildungsgruppe	9,8	(6,3–15,0)	8,6	(5,4–13,4)	5,5	(3,4–9,0)	76,0	(69,7–81,4)
Mittlere Bildungsgruppe	6,2	(5,1–7,6)	5,9	(4,8–7,3)	7,5	(6,3–8,8)	80,4	(78,3–82,3)
Obere Bildungsgruppe	2,5	(2,0–3,3)	4,0	(3,3–4,9)	7,4	(6,5–8,4)	86,0	(84,6–87,2)

KI = Konfidenzintervall, \* = Zellenbesetzung n < 20

einmal wöchentlich davon betroffen sind, sind es 8,2%. Frauen sind seltener von täglicher oder auch wöchentlicher Passivrauchbelastung betroffen als Männer. Die höchste Exposition zeigt sich bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 29 Jahren. Mit zunehmendem Alter nimmt die Passivrauchbelastung ab, besonders in der Altersgruppe ab 65 Jahren.

Die Daten der Studie GEDA 2019/2020-EHIS zeigen für Männer Unterschiede in der täglichen Passivrauchbelastung in Abhängigkeit vom Bildungsstatus der Befragten:

Männer aus der unteren und mittleren Bildungsgruppe sind häufiger von einer täglichen Passivrauchbelastung in geschlossenen Räumen betroffen, als diejenigen aus der oberen Bildungsgruppe.

#### 4. Diskussion

Nach den Daten von GEDA 2019/2020-EHIS rauchen in Deutschland aktuell (täglich oder gelegentlich) noch 28,9%



## Junge Erwachsene sind am häufigsten von Passivrauchexposition betroffen.

der Erwachsenen, anteilig mehr Männer als Frauen. Erst in der Gruppe der 65-Jährigen und Älteren nehmen der Anteil Rauchender und die Bildungsunterschiede ab.

8,2 % der nichtrauchenden Erwachsenen sind regelmäßig Passivrauchbelastung ausgesetzt. Auch hier zeigt sich ein deutlicher Geschlechterunterschied dahingehend, dass Männer häufiger betroffen sind. Eine regelmäßigen Passivrauchbelastung berichten vor allem Frauen und Männer im Alter von 18 bis 29 Jahren, Männer darüber hinaus bis 44 Jahre. Bei Männern zeigen sich zudem stark ausgeprägte Bildungsunterschiede zuungunsten der unteren Bildungsgruppe.

Die vorliegenden Ergebnisse zum Rauchverhalten ordnen sich in ihrer Größenordnung in die Ergebnisse anderer bundesweiter repräsentativer Erhebungen und Studien ein. Zu berücksichtigen ist, dass die Erhebungen zum Teil länger zurückliegen, sich zum Teil auf unterschiedliche Altersspannen beziehen und unterschiedliche Erhebungsmethoden (Befragung per Telefon, Papierfragebogen oder online) beziehungsweise Befragungsinstrumente zum Einsatz kamen, was einen direkten Vergleich einschränkt. Nach den Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) mit der Frage „Rauchen Sie gegenwärtig, seien es Zigaretten, Pfeifen oder Zigarren?“ (Antwortmöglichkeiten: Nein, Ja) beträgt der Anteil Rauchender 2016 bei Personen ab 18 Jahren für Frauen 22,4 %, für Männern 29,5 % [24]. Gemäß Mikrozensus 2017 (Frage: „Rauchen Sie gegenwärtig?“ (Antwortmöglichkeiten: Ja, regelmäßig, Ja, gelegentlich, Nein)) rauchen 19 % der 15-jährigen und älteren Frauen und 26 % der gleichaltrigen Männer [25]. Nach Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys 2018, die sich auf die 18- bis 64-jährige Bevölkerung beziehen, geben 20,0 % der

Frauen und 26,4 % der Männer innerhalb der letzten 30 Tage vor der Befragung an, Zigarette, Zigarre, Zigarillo oder Pfeife geraucht zu haben [26]. Und in der aktuellen Erhebung der Deutschen Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA) im Jahr 2020/2021, die Personen ab 14 Jahren einschließt, rauchen 26,0 % der Frauen und 34,0 % der Männer [27]. Die Frage lautete: Welcher der folgenden Zustände trifft am besten auf Sie zu? Bitte beachten, dass das Rauchen von Tabak gemeint ist und nicht von elektronischen Zigaretten oder Tabakerhitzern. Antwortmöglichkeiten: Ich rauche Zigaretten, und zwar jeden Tag, Ich rauche Zigaretten, aber nicht jeden Tag, Ich rauche gar keine Zigaretten, aber ich rauche Tabak in anderer Form (zum Beispiel Pfeife oder Zigarre), Ich habe in den letzten 6 Monaten vollständig mit dem Rauchen aufgehört, Ich habe vor mehr als 6 Monaten vollständig mit dem Rauchen aufgehört, Ich habe nie geraucht (nie länger als ein Jahr).

In zwei Wellen der DEBRA-Studie (zwischen Januar und März 2020) wurde die Passivrauchbelastung in den letzten sieben Tage von Personen ab 14 Jahren in Fahrzeugen, geschlossenen Räumen und im Freien erfragt [28]. Danach geben 25 % der Befragten in den letzten sieben Tagen eine Exposition in geschlossenen Räumen an. An einem bis zwei Tage in den letzten sieben Tagen waren es 11,4 %. Bei Nicht-Rauchenden lag dieser Anteil bei 9,2 %, bei ehemaligen Rauchenden bei 11,1 %. Durch die andere Fragestellung sind die Ergebnisse nur bedingt mit den von GEDA 2019/2020-EHIS vergleichbar. Sie liegen aber in einer ähnlichen Größenordnung.

Das Ergebnis von GEDA 2019/2020-EHIS, wonach mehr Männer als Frauen rauchen, zeigt sich auch in den bereits

## Rauchen und Passivrauchbelastung sind in der unteren Bildungsgruppe deutlich häufiger verbreitet als in der oberen Bildungsgruppe.

genannten Studien. Dieser Geschlechterunterschied ist zum Teil historisch begründet, da bis in die 1960er-Jahre das Rauchen in Deutschland bei Frauen weniger gesellschaftlich akzeptiert war als bei Männern und auch nur ein geringer Anteil der Frauen mit dem Rauchen begonnen hat [29]. Das belegen auch Auswertungen zu Trends und Entwicklungen beim Tabakkonsum Erwachsener in Deutschland, die für Frauen der Geburtsjahrgänge 1930 bis 1959 einen kontinuierlichen Anstieg der Prävalenz des Jemalsrauchens zeigen, während sich der Anteil bei den Männern in diesem Zeitraum kaum verändert hat [30]. Die Analyse konnte dementsprechend auch zeigen, dass sich der Geschlechterunterschied im Lauf der Zeit verringert hat [30]. Zurückgeführt wird dies auf einen ab 2003 stärkeren Rückgang der Rauchprävalenz bei Männern im Vergleich zu Frauen. Mit den Daten der Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung kann der Anteil der Nierauchenden seit den 1970er Jahren abgebildet werden und damit zeigen, wie akzeptiert und verbreitet das Rauchen unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist und ob Geschlechterunterschiede bestehen beziehungsweise wie deren Entwicklung verläuft. Der Anteil Nierauchender steigt bei Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren im Zeitverlauf kontinuierlich an und liegt im Jahr 2019 mit 85,1 %, so hoch wie noch nie, wobei es kaum noch Geschlechterunterschiede gibt [31]. Auch bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren ist eine Zunahme des Anteils Nierauchender zu verzeichnen, aktuell liegt er bei 45,9 %. Allerdings bestehen in dieser Altersgruppe Unterschiede nach Geschlecht (Frauen: 50,5 %, Männer: 41,9 %). Diese sind vor allem auf Unterschiede bei den 22- bis 25-Jährigen zurückzuführen [31]. Diese Ergebnisse

können als Hinweis dafür gewertet werden, dass sich die Geschlechterunterschiede zukünftig weiter angleichen werden, wenn die Geburtsjahrgänge, die zu einem geringeren Anteil mit dem Rauchen angefangen haben, ins mittlere und höhere Erwachsenenalter kommen.

Auch bei der Passivrauchbelastung besteht der Geschlechterunterschied dahingehend, dass Männer häufiger betroffen sind. Bereits in früheren GEDA-Studien zeigten Unterschiede in der Passivrauchbelastung zuungunsten der Männer [32, 33]. Die DEBRA-Studie findet Geschlechterunterschiede für die Passivrauchbelastung in Fahrzeugen, jedoch nicht in Innenräumen oder im Freien [28]. Danach ist bei Frauen die Wahrscheinlichkeit geringer, dass sie in den letzten sieben Tagen in einem Fahrzeug Passivrauchen ausgesetzt waren.

Die Tatsache, dass der Anteil Rauchender erst mit zunehmendem Alter (ab 65 Jahren) abnimmt wird auch in den anderen Studien zum Rauchverhalten in Deutschland belegt [24, 25]. Grund für den Rückgang könnten Kohorteneffekte sein, da sich das Rauchverhalten früherer Geburtsjahrgänge von dem späterer unterscheidet [29, 30]. Ein weiterer Grund können die im höheren Alter häufiger auftretenden Krankheiten und Beschwerden sein, weshalb das Rauchen aufgegeben wird. Außerdem kann die erhöhte vorzeitige Sterblichkeit von Raucherinnen und Rauchern dazu beitragen, dass der Anteil Rauchender in älteren Bevölkerungsgruppen niedriger liegt [34–36]. Die Altersunterschiede in der Passivrauchbelastung, wonach vor allem Personen im jüngeren Erwachsenenalter betroffen sind, zeigen sich auch in anderen Studien [28, 32, 37].

Ein höherer Tabakkonsum in unteren Bildungsgruppen ist in Deutschland seit vielen Jahren festzustellen [38–40].



Die vorliegenden Ergebnisse aus GEDA 2019/2020-EHIS bestätigen dies. In der zeitlichen Entwicklung wird deutlich, dass die Unterschiede im Rauchverhalten ab Anfang der 2000er-Jahre dahingehend zugenommen haben, dass bei Frauen und Männern der oberen Bildungsgruppe ein deutlicher Rückgang beim Anteil Rauchender zu verzeichnen ist, dagegen bei Männern in der unteren Bildungsgruppe der Anteil annähernd gleichgeblieben und bei Frauen sogar angestiegen ist [38, 40]. Bildungsunterschiede im Rauchverhalten zeigen sich bereits im Jugendalter [30, 41], einer prägenden Phase in der Entscheidung für oder gegen das Rauchen. Im jungen Erwachsenenalter manifestiert sich dieses Verhalten. Demnach ist die höhere Raucherprävalenz in den unteren Bildungsgruppen durch einen häufigeren Raucheinstieg und selteneren Ausstieg gekennzeichnet [42].

Auch bei der Passivrauchbelastung zeigen sich Bildungsunterschiede zuungunsten der unteren Bildungsgruppe, vor allem bei Männern im Alter zwischen 30 und 64 Jahren. In GEDA 2014/2015-EHIS, wo zusätzlich zum Umfang auch der Ort der Passivrauchbelastung erfragt wurde, zeigten Analysen, dass die stärkere Passivrauchbelastung in der unteren und mittleren Bildungsgruppe bei den nichtrauchenden Männern vor allem auf eine hohe Belastung durch Passivrauch am Arbeitsplatz zurückzuführen war [32]. Das steht im Einklang mit Ergebnissen, wonach der Anteil Rauchender in Berufsgruppen mit niedrigem Berufsstatus nach wie vor am höchsten ist [43]. Und dass, obwohl die Arbeitsstättenverordnung seit 2002 den Nichtraucherschutz für Beschäftigte regelt. Danach sind Arbeitgeber gesetzlich verpflichtet, nichtrauchende Arbeitnehmende vor den gesundheitlichen Gefahren durch

Passivrauchen zu schützen. Die genaue Ausgestaltung ist in der Verordnung jedoch nicht geregelt, sondern obliegt den Arbeitgebern. Ob Männer aus unteren Bildungsgruppen noch immer am Arbeitsplatz häufiger von Passivrauch betroffen sind, kann derzeit nicht eingeschätzt werden. Und auch die DEBRA-Studie findet Bildungsunterschiede in Bezug auf die Passivrauchexposition in Fahrzeugen und Innenräumen dahingehend, dass Personen mit geringerer Bildung ein höheres Risiko hatten Passivrauch ausgesetzt zu sein, als Personen mit höherer Bildung [28].

Das Rauchverhalten der Erwachsenenbevölkerung wird regelmäßig in Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts erfasst, zuletzt in GEDA 2014/2015-EHIS [44]. Werden die Ergebnisse gegenübergestellt, scheint es in GEDA 2019/2020 zu einem Anstieg des Anteils Rauchender in der Erwachsenenbevölkerung zu kommen (23,8 % vs. 28,9 %). Allerdings sind die Ergebnisse dieser beiden Erhebungszeitpunkte nur eingeschränkt vergleichbar, da verschiedene Erhebungsmodi zum Einsatz kamen (Online-Fragebogen vs. Telefoninterview) und die Fragestellung zur Erfassung des Rauchverhaltens im EHIS geändert wurde (bei gleich gebliebenen Antwortkategorien). Die GEDA 2019/2020-EHIS erfasst explizit das Rauchen von Tabakprodukten inklusive Tabakerhitzer, während in GEDA 2014/2015-EHIS gefragt wurde „Rauchen Sie“. Zudem unterscheiden sich die Stichproben beider Surveys: GEDA 2014/2015-EHIS basiert auf einer Einwohnermeldeamtstichprobe und GEDA 2019/2020-EHIS auf einer Telefonstichprobe.

Zur Einschätzung der Entwicklung beim Rauchverhalten Erwachsener kann daher auf frühere Trendauswertungen

anderer Surveys zurückgegriffen werden. Diese belegen für den Zeitraum 2003 bis 2015 einen sinkenden Anteil der Raucherinnen und Raucher [30]. Auch andere Erhebungen, wie der Mikrozensus 2017 [25] und der Epidemiologische Suchtsurvey 2018 [45], hatten zuletzt sinkende Anteile von Rauchenden in der Erwachsenenbevölkerung berichtet. Die DEBRA-Studie verzeichnet zwischen den Jahren 2020 und 2021 erstmals wieder einen leichten Anstieg des Anteils Rauchender [27]. Als ein Grund für den Anstieg wird ein verändertes Rauchverhalten infolge der COVID-19-Pandemie diskutiert [46, 47]. Auch die Ergebnisse der COSMO-Studie (COVID-19 Snapshot Monitoring), die u. a. auch das Verhalten der Bevölkerung während der Corona-Pandemie untersucht, weisen darauf hin, dass die Verbreitung und die Häufigkeit des Konsums von Tabak- und E-Zigaretten während der Pandemie (zwischen April 2020 und September 2021) zugenommen haben [48]. Das Design der aktuellen GEDA-Studie erlaubt die Beurteilung des monatlichen Verlaufs des Rauchverhaltens während der gesamten Studienlaufzeit (04/2019 bis 09/2020). Die Analysen zeigen keine auffälligen Entwicklungen im Rauchverhalten im Verlauf der Pandemie [49, 50]. In zwei Wellen der DEBRA-Studie (Juni bis August 2020) wurden Teilnehmende gezielt zu möglichen Verhaltensänderungen im Rauchverhalten infolge Maßnahmen zur Eindämmung der ersten COVID-19-Infektionswelle im Frühjahr 2020 befragt. Dabei gab die Mehrheit der Befragten keine Veränderungen im Rauchverhalten an. Daneben berichteten andere mehr als vorher geraucht zu haben oder auch den Konsum verringert zu haben, wobei der Anteil der Personen mit dem gesteigerten Konsum größer war als der mit verringertem Konsum [47].

Auch die Passivrauchbelastung wurde in früheren Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts erfasst, zuletzt in GEDA 2014/2015-EHIS [32]. Damals gaben 11,3 % der Nichtraucher an, weniger als eine Stunde oder eine Stunde am Tag oder mehr Passivrauchbelastung in geschlossenen Räumen ausgesetzt zu sein [32]. Allerdings sind auch diese Ergebnisse nur eingeschränkt vergleichbar, da in den beiden EHIS-Wellen die Vorgaben für die Antwortkategorien bei gleich gebliebener Fragestellung geändert wurden. In GEDA 2019/2020-EHIS standen fünf Antwortkategorien zur Auswahl (siehe oben), in GEDA 2014/2015-EHIS drei („Nie oder fast nie“, „Weniger als 1 Stunde am Tag“, „1 Stunde am Tag oder mehr“). Auch wenn die Änderung der Antwortkategorien die Vergleichbarkeit einschränkt, deutet die niedrige Prävalenz der täglichen Passivrauchbelastung in GEDA 2019/2020-EHIS (4,1 %) darauf hin, dass weniger Menschen als noch vor fünf Jahren davon betroffen sind. Einschränkend ist, dass die Frage nach der Passivrauchbelastung keinen Bezugsrahmen vorgibt, z. B. im letzten Monat. Somit ist sie eher eine ungefähre Einschätzung, denn eine genaue Abbildung der Belastung.

Um den Tabakkonsum in der Bevölkerung zu verringern und Nichtraucher besser vor den Gesundheitsgefahren des Passivrauchens zu schützen, wurden in Deutschland seit Beginn der 2000er-Jahre verstärkt tabakkontrollpolitische Maßnahmen eingeführt. Dazu zählten mehrstufige Tabaksteuererhöhungen, die Novellierung der Arbeitsstättenverordnung mit der Regelung des Schutzes der nicht-rauchenden Beschäftigten bei der Arbeit, das Heraufsetzen der Altersgrenze für den Kauf und Konsum von Tabakprodukten von 16 auf 18 Jahre, die Nichtraucherenschutzgesetze

des Bundes und der Länder und die Verschärfung der gesetzlichen Regelungen für Tabakwerbung [51]. Außerdem wurden zielgruppen- und settingbezogene Programme und Kampagnen gestartet. Wesentliche Impulse für diese Entwicklung gingen vom Rahmenübereinkommen der Weltgesundheitsorganisation zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) aus, dessen erklärtes Ziel der Schutz vor den gesundheitlichen, gesellschaftlichen, ökologischen und wirtschaftlichen Folgen des Tabakkonsums und des Passivrauchens ist. Bei der Konvention handelt es sich um einen völkerrechtlichen Vertrag, der durch die 56. Weltgesundheitsversammlung angenommen wurde und am 27. Februar 2005 in Kraft trat. Deutschland hat den Vertrag bereits im Jahr 2004 unterzeichnet und sich damit zur Ratifizierung verpflichtet.

Im internationalen Vergleich waren die in Deutschland bis zum Jahr 2019 umgesetzten Maßnahmen zur Tabakkontrolle noch relativ schwach. Diese Einschätzung spiegelte sich auch in der europäischen Tabakkontrollskala von 2019 wider, für die insgesamt 36 Länder hinsichtlich ihrer Bemühungen um effektive Tabakprävention und Tabakkontrolle miteinander verglichen wurden. Deutschland lag in diesem Ranking auf dem letzten Platz [52]. Seit 2019 gab es dann weitere gesetzliche Maßnahmen, wie die zur Einschränkung von Tabakwerbung in Kinos und zur schrittweisen Einführung des Verbots der Außenwerbung auf Grundlage der Änderungen des Tabakerzeugnisgesetzes von 2020, und eine Änderung des Tabaksteuergesetzes und der Tabaksteuerverordnung auf Grundlage des Tabaksteuermodernisierungsgesetz von 2021, die eine Besteuerung von Zigaretten und Feinschnitt in den

nächsten fünf Jahren regelt, sowie die Anpassung der Besteuerung von erhitztem Tabak und Substanzen, die in E-Zigaretten konsumiert werden, inkl. Wasserpfeifentabak. Ebenfalls im Jahr 2021 wurde die „Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040“ von einem breiten Bündnis von Gesundheits- und zivilgesellschaftlichen Organisationen veröffentlicht [17]. Ziel ist, dass im Jahr 2040 weniger als fünf Prozent der Erwachsenen und weniger als zwei Prozent der Jugendlichen in Deutschland Tabakprodukte, E-Zigaretten oder andere verwandte Erzeugnisse konsumieren, insbesondere, wenn diese das suchterzeugende Nikotin enthalten. Die Strategie benennt zehn Maßnahmen mit konkreten Teilschritten und Zeitvorgaben für deren Umsetzung, die sich am FCTC orientieren. Im Einzelnen sind das folgende Maßnahmen: Tabaksteuererhöhung, Unterstützung von Rauchenden beim Rauchstopp, Werbeverbot und standardisierte Verpackung, Reduzierung der Verfügbarkeit von Tabak und verwandten Produkten, Schutz vor Passivrauchbelastung, Umsetzung der Kinderrechte und Jugendschutz in Bezug auf Tabak, Aufklärungskampagnen, Initiativen zur Tabakkontrolle und Alternativen zum Tabakanbau im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit, Schutz politischer Entscheidungen und deren Organisationen vor Beeinflussung durch die Tabakindustrie sowie regelmäßige Überprüfung, Anpassung und Weiterentwicklung der genannten Maßnahmen. Aus Public Health Perspektive wäre die gesundheitspolitische Umsetzung dieser Maßnahmen ein wichtiger Beitrag, um das bedeutendste vermeidbare Gesundheitsrisiko in Deutschland weiter zu verringern und dabei auch die Belange sozial benachteiligter Gruppen stärker zu berücksichtigen.

**Korrespondenzadresse**

Anne Starker  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
General-Pape-Str. 62–66  
12101 Berlin  
E-Mail: [StarkerA@rki.de](mailto:StarkerA@rki.de)

**Zitierweise**

Starker A, Kuhnert R, Hoebel J, Richter A (2022)  
Rauchverhalten und Passivrauchbelastung Erwachsener –  
Ergebnisse aus GEDA 2019/2020-EHIS.  
J Health Monit 7(3): 7–22.  
DOI 10.25646/10290

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter:  
[www.rki.de/journalhealthmonitoring-en](http://www.rki.de/journalhealthmonitoring-en)

**Datenschutz und Ethik**

GEDA 2019/2020-EHIS unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Die Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat die Studie unter ethischen Gesichtspunkten geprüft und der Durchführung des Studienvorhabens zugestimmt (Antragsnummer EA2/070/19). Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre mündliche Einwilligung (informed consent).

**Datenverfügbarkeit**

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass für die den Ergebnissen zugrunde liegenden Daten einige Zugangsbeschränkungen gelten. Der Datensatz kann nicht öffentlich

zugänglich gemacht werden, da die Einwilligung (informed consent) der Studienteilnehmenden die öffentliche Bereitstellung der Daten nicht abdeckt. Der minimale Datensatz, der den Ergebnissen zugrunde liegt, ist im Forschungszentrum des Robert Koch-Instituts archiviert und kann von Forschenden auf begründete Anfrage eingesehen werden. Der Datenzugriff ist vor Ort im Secure Data Center des Forschungsdatenzentrums des Robert Koch-Instituts möglich. Anfragen können per E-Mail an [fdz@rki.de](mailto:fdz@rki.de) gestellt werden.

**Förderungshinweis**

GEDA 2019/2020-EHIS wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

**Interessenkonflikt**

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

**Danksagung**

Ein besonderer Dank gilt allen Beteiligten, die durch ihre engagierte Mitarbeit die GEDA-Studie ermöglicht haben: den Interviewerinnen und Interviewern der USUMA GmbH, den Kolleginnen und Kollegen des GEDA-Teams am RKI. Ebenfalls möchten wir uns bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern herzlich bedanken.

**Hinweis**

Das Dashboard [Gesundheit in Deutschland aktuell – GEDA 2019/2020](#) enthält in den Bereichen Gesundheitsverhalten, Gesundheitsversorgung, Gesundheitszustand, Körperliche

und Psychische Gesundheit über 40 Gesundheitsindikatoren. Diese sind abrufbar nach Geschlecht, Alter, Bildung und Bundesland. So findet sich z. B. der Gesundheitsindikator Rauchen unter der Kategorie Gesundheitsverhalten. Weitere Informationen: [www.rki.de/geda-dashboard](http://www.rki.de/geda-dashboard)

### Literatur

- Mons U, Kahnert S (2019) Neuberechnung der tabakattributablen Mortalität – Nationale und regionale Daten für Deutschland. *Gesundheitswesen* 81(1):24–33
- Wienecke A, Kraywinkel K (2018) Tabakassoziierte Krebserkrankungen in Deutschland – Entwicklung der Inzidenz und Mortalität seit 1995. *Bundesgesundheitsbl* 61(11):1399–1406
- U.S. Department of Health and Human Services (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 (GA)
- Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (2020) 4.7 Durch Rauchen bedingte Todesfälle. In: DKFZ (Hrsg) *Tabakatlas Deutschland 2020*. Papst Science Publishers, Lengerich, S. 54
- Effertz T (2019) Die Kosten des Rauchens in Deutschland im Jahr 2018 – aktuelle Situation und langfristige Perspektive. *Atemwegs- und Lungenkrankheiten* 45(7):307–317
- Environmental Protection Agency (1993) Respiratory health effects of passive smoking: lung cancer and other disorders. US Department of Health and Human Services, Environmental Protection Agency, Washington DC
- Keil U, Becher H, Heidrich J et al. (2005) Passivrauchbedingte Morbidität und Mortalität in Deutschland. In: Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (Hrsg) *Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko*. DKFZ, Heidelberg, S. 20–33
- Díez-Izquierdo A, Cassanello-Peñarroya P, Lidón-Moyano C et al. (2018) Update on thirdhand smoke: A comprehensive systematic review. *Environ Res* 167:341–371
- Fleming S, Thompson M, Stevens R et al. (2011) Normal ranges of heart rate and respiratory rate in children from birth to 18 years of age: A systematic review of observational studies. *Lancet* 377(9770):1011–1018
- Moore TJ, Weiss SR, Kaplan S et al. (2002) Reported adverse drug events in infants and children under 2 years of age. *Pediatrics* 110(5)
- Raghuveer G, White DA, Hayman LL et al. (2016) Cardiovascular Consequences of Childhood Secondhand Tobacco Smoke Exposure: Prevailing Evidence, Burden, and Racial and Socioeconomic Disparities: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation* 134(16):e336–e359
- Effertz T (2020) Die volkswirtschaftlichen Kosten von Alkohol- und Tabakkonsum in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg) *Jahrbuch Sucht 2020*. Pabst, Lengerich, S. 225–234
- Schaller K, Mons U (2018) Tabakprävention in Deutschland und international. *Bundesgesundheitsbl* 61(11):1429–1438
- Ministry of Social Affairs and Health (2014) Roadmap to a tobacco-free Finland: action plan on tobacco control. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/70305> (Stand: 16.08.2022)
- Department of Health (2017) Towards a Smokefree Generation. A Tobacco Control Plan for England. London
- Tobacco Policy Review Group (2013) Tobacco Free Ireland. Department of Health, Dublin
- Deutsches Krebsforschungszentrum, Deutsche Krebshilfe, Aktionsbündnis Nichtrauchen (2021) Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040. [https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/2021\\_Strategie-fuer-ein-tabakfreies-Deutschland-2040.pdf](https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/2021_Strategie-fuer-ein-tabakfreies-Deutschland-2040.pdf) (Stand: 25.01.2022)
- von der Heyde C (2013) Das ADM-Stichprobensystem für Telefonbefragungen. [www.gessgroup.de/wp-content/uploads/2016/09/Beschreibung-ADM-Telefonstichproben\\_DE-2013.pdf](http://www.gessgroup.de/wp-content/uploads/2016/09/Beschreibung-ADM-Telefonstichproben_DE-2013.pdf) (Stand: 11.07.2022)
- European Commission, Eurostat (2018) European Health Interview Survey (EHIS wave 3). Methodological manual. European Commission, Luxembourg
- Allen J, Born S, Damerow S et al. (2021) Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) – Hintergrund und Methodik. *J Health Monit* 6(3):72–87. <https://edoc.rki.de/handle/176904/8753> (Stand: 25.07.2022)
- Pöge K, Rommel A, Starker A et al. (2022) Erhebung geschlechtlicher Diversität in der Studie GEDA 2019/2020-EHIS – Ziele, Vorgehen und Erfahrungen. *J Health Monit* 7(2):52–71. <https://edoc.rki.de/handle/176904/9885> (Stand: 25.07.2022)



22. Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2017) Mikrozensus 2017. DOI: 10.21242/12211.2017.00.00.1.1.1, eigene Berechnungen
23. UNESCO Institute for Statistics (2021) International Standard Classification of Education (ISCED) 2011. UNSECO, Montreal
24. Heilert D, Kaul A (2017) Smoking Behaviour in Germany – Evidence from the SOEP. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), SOEPpapers 920. DIW, Berlin
25. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018) Mikrozensus – Fragen zur Gesundheit. Verteilung der Bevölkerung nach ihrem Rauchverhalten (in Prozent). <http://www.gbe-bund.de> (Stand: 28.01.2022)
26. Atzendorf J, Rauschert C, Seitz NN et al. (2019) Gebrauch von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen und Medikamenten: Schätzungen zu Konsum und substanzbezogenen Störungen in Deutschland. *Dtsch Arztebl Int* 116(35/36):577–584
27. Kastaun S (2021) Aktuelle Daten zum Konsum von Tabak und alternativen Nikotinprodukten (DEBRA Studie). [https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Deutsche\\_Konferenzen\\_fuer\\_Tabakkontrolle/Kastaun-TK-Konferenz\\_2021\\_DKFZ\\_Kastaun\\_final.pdf?m=1640250913&](https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Deutsche_Konferenzen_fuer_Tabakkontrolle/Kastaun-TK-Konferenz_2021_DKFZ_Kastaun_final.pdf?m=1640250913&) (Stand: 12.01.2022)
28. Mlinarić M, Kastaun S, Kotz D (2022) Exposure to Tobacco Smoking in Vehicles, Indoor, and Outdoor Settings in Germany: Prevalence and Associated Factors. *Int J Environ Res Public Health* 19(7)
29. Dinges M (2012) Rauchen: gesundheitsgefährdend – und typisch „männlich“? Zum historischen Wandel geschlechtsspezifischer Zuschreibungen. In: Baader MS, Bilstein J, Tholen T (Hrsg) *Erziehung, Bildung und Geschlecht: Männlichkeiten im Fokus der Gender-Studies*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 129–145
30. Zeiher J, Finger JD, Kuntz B et al. (2018) Zeitliche Trends beim Rauchverhalten Erwachsener in Deutschland: Ergebnisse sieben bundesweiter Gesundheitssurveys 1991–2015. *Bundesgesundheitsbl* 61(11):1365–1376
31. Orth B, Merkel C (2020) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
32. Zeiher J, Starker A, Lampert T et al. (2018) Passivrauchbelastung bei Erwachsenen in Deutschland. *J Health Monit* 3(2):72–80. <https://edoc.rki.de/handle/176904/5686> (Stand: 25.07.2022)
33. Kuntz B, Starker A (2021) Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg) *DHS Jahrbuch Sucht 2021*. Pabst Science Publishers, Lengerich, S. 55–89
34. Banks E, Joshy G, Weber MF et al. (2015) Tobacco smoking and all-cause mortality in a large Australian cohort study: findings from a mature epidemic with current low smoking prevalence. *BMC Medicine* 13(1):38
35. Jha P (2020) The hazards of smoking and the benefits of cessation: A critical summation of the epidemiological evidence in high-income countries. *eLife* 9:e49979
36. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V et al. (2013) 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *N Engl J Med* 368(4):341–350
37. Kuntz B, Zeiher J, Lampert T (2017) Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg) *DHS Jahrbuch Sucht 2017*. Pabst, Lengerich, S. 51–84
38. Hoebel J, Kuntz B, Kroll LE et al. (2018) Trends in absolute and relative educational inequalities in adult smoking since the early 2000s: The case of Germany. *Nicotine Tob Res* 20(3):295–302
39. Kotz D, Böckmann M, Kastaun S (2018) Nutzung von Tabak und E-Zigaretten sowie Methoden zur Tabakentwöhnung in Deutschland. Eine repräsentative Befragung in 6 Wellen über 12 Monate (die DEBRA-Studie). *Dtsch Arztebl Int* 115(14):235–242
40. Lampert T, Michalski N, Wachtler B et al. (2021) Gesundheitliche Ungleichheit. In: Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) (Hrsg) *Datenreport 2021 – Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*, Bonn, S. 334–345
41. Kuntz B, Lampert T (2013) Educational Differences in Smoking among Adolescents in Germany: What is the Role of Parental and Adolescent Education Levels and Intergenerational Educational Mobility? *Int J Environ Res Public Health* 10(7):3015–3032
42. Kuntz B, Hoebel J, Lampert T (2014) Bildungsunterschiede im Tabakkonsum und Rauchausstieg junger Erwachsener. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) 2009 und 2010. *Gesundheitswesen* 76(10):647–654
43. Kuntz B, Kroll LE, Hoebel J et al. (2018) Zeitliche Entwicklung berufsspezifischer Unterschiede im Rauchverhalten von erwerbstätigen Männern und Frauen in Deutschland: Ergebnisse des Mikrozensus 1999–2013. *Bundesgesundheitsbl* 61(11):1388–1398
44. Zeiher J, Kuntz B, Lange C (2017) Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland. *J Health Monit* 2(2):59–65. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2653> (Stand: 25.07.2022)



45. Seitz NN, Lochbühler K, Atzendorf J et al. (2019) Auswertung des epidemiologischen suchtsurveys von 1995 bis 2018. Dtsch Arztebl Int 116(35/36)

---

46. Jordan S, Starker A, Krug S et al. (2020) Gesundheitsverhalten und COVID-19: Erste Erkenntnisse zur Pandemie. J Health Monit 5(S8):2–16.  
<https://edoc.rki.de/handle/176904/6993> (Stand:25.07.2022)

---

47. Klosterhalfen S, Kotz D, Kastaun S (2022) Haben sich die selbstberichteten Angaben zum Tabakrauchen, Alkoholkonsum und der körperlichen Bewegung während der COVID-19-Restriktionen im Frühjahr 2020 in Deutschland verändert? Erkenntnisse aus einer populationsbezogenen Querschnittserhebung (DEBRA Studie). Sucht 68(3):129–138

---

48. COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO) (2022) Dysfunktionales Verhalten.  
<https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/topic/wissen-verhalten/70-rauchen-trinken/> (Stand: 30.08.2022)

---

49. Damerow S, Rommel A, Prütz F et al. (2020) Die gesundheitliche Lage in Deutschland in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie. Zeitliche Entwicklung ausgewählter Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. J Health Monit 5(4):3–22.  
<https://edoc.rki.de/handle/176904/7548.2> (Stand: 25.07.2022)

---

50. Damerow S, Rommel A, Beyer AK et al. (2022) Gesundheitliche Lage in Deutschland in der COVID-19-Pandemie. Zeitliche Entwicklung ausgewählter Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020 – Ein Update. J Health Monit 7(S3):2–21.  
<https://edoc.rki.de/handle/176904/9907> (Stand: 25.07.2022)

---

51. Kuntz B, Zeiher J, Starker A et al. (2018) Bekämpfung des Rauchens: Erfolge in der Tabakkontrollpolitik. Public Health Forum 26(3):252–256

---

52. Joossens L, Feliu A, Fernandez E (2020) The Tobacco Control Scale 2019 in Europe.  
<http://www.tobaccocontrolscale.org/TCS2019.pdf> (Stand: 14.10.2021)

## Impressum

### Journal of Health Monitoring

[www.rki.de/journalhealthmonitoring](http://www.rki.de/journalhealthmonitoring)

### Herausgeber

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20  
13353 Berlin

### Redaktion

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung  
General-Pape-Str. 62–66  
12101 Berlin  
Tel.: 030-18 754-3400  
E-Mail: [healthmonitoring@rki.de](mailto:healthmonitoring@rki.de)

### Verantwortlicher Redakteur

Dr. Thomas Ziese  
Stellvertretung: Dr. Anke-Christine Saß

### Redakteurinnen und Redakteure

Dr. Martina Groth, Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter,  
Dr. Franziska Prütz, Dr. Alexander Rommel, Dr. Livia Ryl,  
Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling, Simone Stimm

### Satz

Katharina Behrendt, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

ISSN 2511-2708

### Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die  
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer  
Creative Commons Namensnennung 4.0  
International Lizenz.



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