



Suchtmonitoring Bayern 1: Rauchen

Rauchen und seine Folgen

Rauchen ist die führende Ursache für vorzeitige Sterblichkeit in Deutschland. Rauchen ist weltweit für 5 Mio. Todesfälle pro Jahr verantwortlich. Somit ist Rauchen das bedeutendste einzelne vermeidbare Gesundheitsrisiko (Zeiger et al. 2017).

Nach dem Epidemiologischen Suchtsurvey 2018 rauchen 13,1 % der Frauen und 17,0 % der Männer in Deutschland von 18-64 Jahren zumindest täglich. Das entspricht 7,8 Mio. Konsumenten.

An den Folgen des Rauchens sterben allein in Deutschland jedes Jahr mehr als 127.000 Menschen. Dies entspricht ca. 13,3 % aller jährlichen, bundesweiten Todesfälle (Schaller et al. 2020). In Bayern belaufen sich die Schätzungen auf ca. 16.000 tabakbedingte Sterbefälle pro Jahr (eigene Berechnungen LGL).

Inhaltsstoffe des Tabaks

Tabakrauch enthält über 5.300 Substanzen, mehr als 90 davon sind krebserregend. Dem Tabak wird eine Vielzahl von Zusatzstoffen zugefügt. Die in Lebensmitteln teilweise unbedenklichen Zusatzstoffe wie Menthol können sich beim Rauchen aufgrund der hohen Temperaturen (600 bis 900 °C) in gesundheitsgefährdende Substanzen umwandeln, u.a. in krebserzeugende Verbrennungsprodukte und Kohlendioxid.

Die zahlreichen Substanzen des Tabakrauchs können miteinander in Wechselwirkung treten und sich in ihrer Schadwirkung gegenseitig verstärken. Die Gesundheitsgefährdung entsteht daher nicht nur durch die einzelnen Substanzen, sondern durch das komplexe Stoffgemisch (Schaller et al. 2020).

Rauchen erhöht das Risiko für eine Vielzahl von Erkrankungen, insbesondere Krebs-, Herz-Kreislauf- sowie Atemwegserkrankungen. Es gibt praktisch kein Organ, das nicht durch das Rauchen geschädigt wird. Insgesamt führt dies dazu, dass Raucherinnen und Raucher im Schnitt zehn Jahre früher sterben als Menschen, die nicht rauchen (Schaller et al. 2020).

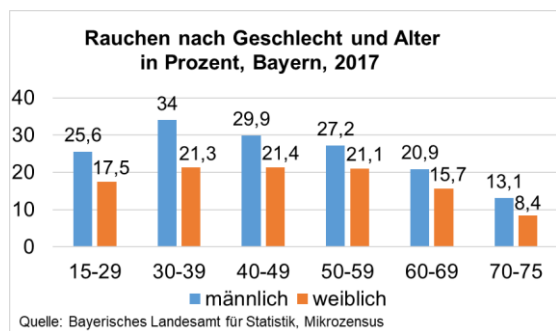
Der Anteil Rauchender in der Gesamtbevölkerung in Deutschland ist seit Jahren rückläufig. Rauchten im Jahr 1990 noch 44,6 Prozent der deutschen Bevölkerung von 18-59 Jahren, waren es im Jahr 2018 nur noch 21,4 Prozent (Epidemiologischen Suchtsurvey 2018). Bei beiden Geschlechtern ist ein Rückgang um rund die Hälfte zu beobachten.

Im europäischen Vergleich belegt Deutschland in der Tabakpräventionspolitik, trotz großer Anstrengungen wie dem Nichtraucherschutzgesetz, laut der „Europäischen Tabakkontrollskala 2019“ derzeit noch den letzten Platz (Schaller et al. 2020). Einer Änderung des Tabakerzeugnisgesetzes wurde im September 2020 durch den Bundesrat zugestimmt.

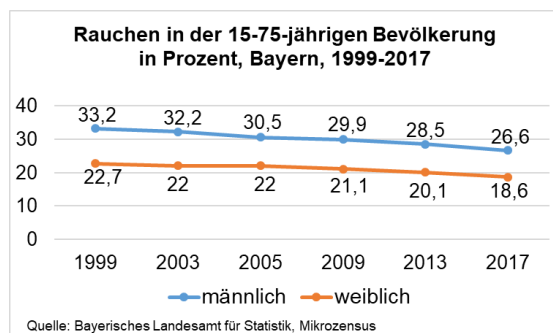
Rauchen in Bayern

Im Mikrozensus 2017 gab rund ein Fünftel (21 %) der über 15-jährigen Befragten in Bayern an zu rauchen. Männer rauchen über alle Altersgruppen hinweg häufiger als Frauen. Den höchsten Anteil weist bei Männern die Altersgruppe der 30-39-Jährigen auf, bei den Frauen ist die Quote bei den 40-49-Jährigen am höchsten.

Im weiteren Altersverlauf ist das Rauchen bei beiden Geschlechtern deutlich rückläufig, unter den 70-74-Jährigen rauchen noch rund 13 % der Männer und 8 % der Frauen.



Seit 1999 ist in Bayern ein stetiger Rückgang der Raucherzahlen bei beiden Geschlechtern zu verzeichnen.



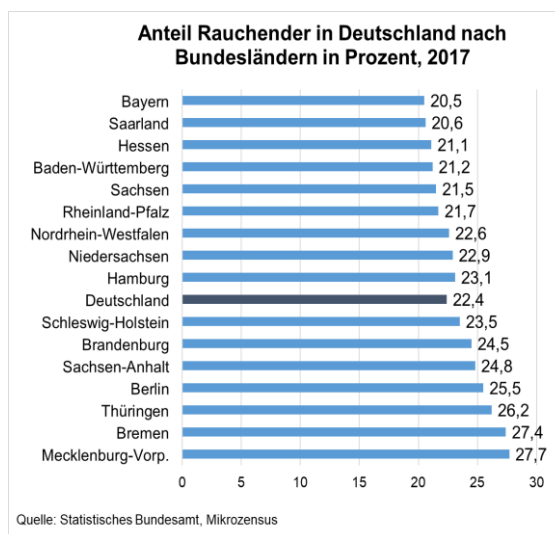
Rauchen im Regionalvergleich

Die regionalen Unterschiede beim Rauchen sind u.a. durch die soziale Lage beeinflusst. Dem Mikrozensus zufolge war 2017 der Anteil Rauchender in Oberbayern und Unterfranken vergleichsweise niedrig (ca. 20 %), in der Oberpfalz hoch (23,7 %). Im Gegensatz zum bayernweiten Rückgang des Anteils Rauchender war 2017 in der Oberpfalz ein Zuwachs der Raten von 22,4 % in 2013 auf 23,7 % in 2017 zu verzeichnen. Auf Kreisebene liegen keine Daten vor.

Rauchen im Bundesvergleich

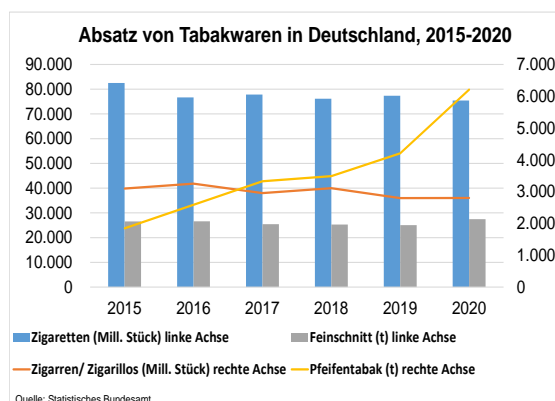
Der Anteil an Raucherinnen und Rauchern fällt in Bayern im Vergleich zu den anderen Bundesländern seit Jahren geringer aus. 2017 wies Bayern mit 20,5 % die niedrigste Quote aller Bundesländer auf, gefolgt vom Saarland (20,6 %). Der Bundesdurchschnitt betrug 22,4 % (Heiles 2018).

Auch hier spielt vermutlich die soziale Lage eine ausschlaggebende Rolle, möglicherweise zudem auch das vergleichsweise strenge Gesundheitsschutzgesetz in Bayern.



Konsummuster und – trends

Von 2015 bis 2020 ist der Absatz von Zigaretten in Deutschland um 8,6 % auf knapp 75,5 Mrd. Stück zurückgegangen. Auch der Absatz von Zigarren/Zigarillos (Rückgang um 9,6 % bis 2020) und Feinschnitttabak für Zigaretten zum Selbstdrehen (Rückgang um 5,6 % von 2015 bis 2019) ist seit Jahren rückläufig. Der Absatz von Feinschnitttabak hat allerdings im Corona Jahr 2020 wieder zugenommen und stieg im Vergleich zum Vorjahr um ca. 10 %. Die Zunahme des Absatzes von Feinschnitt ist einerseits durch veränderte Konsumgewohnheiten in der Corona Pandemie, als auch durch veränderte Handelsbedingungen zu erklären (Pressemitteilung Nr. N 003, 18. Januar 2021, Statistisches Bundesamt).



Pfeifentabak hingegen steigt seit 2015 stetig in seiner Beliebtheit. 6.209 Tonnen Pfeifentabak wurden 2020 verkauft, 2015 waren es noch 1.850 Tonnen, was einem Anstieg von 236 % entspricht. Im Corona Jahr 2020 fiel der Anstieg mit 44,3 % im Vergleich zum Vorjahr besonders stark aus (Statistisches Bundesamt 2020). Unter Pfeifentabak fallen unter anderem Tabak für Wasserpfeifen und elektrische Tabakerhitzer, welche den Großteil der Absatznahme ausmachen.

Wasserpfeifen (Shishas) sind insbesondere bei jungen Erwachsenen beliebt. In der Altersgruppe 17 bis 25 Jahre hat sich die 30 Tage Prävalenz von 7,8 % im Jahr 2008 auf 19,1 % im Jahr 2018 mehr als verdoppelt. Zum Vergleich: Bei Jugendlichen im Alter von 12-17 Jahren betrug die 30-Tage-Prävalenz im Jahr 2018 9,0 % (Orth & Merkel 2019), bei Erwachsenen im Alter von 18 bis 64 Jahren rund 4 % (Atzendorf et al. 2019).

Wasserpfeifenrauch enthält ebenso wie Tabakrauch zahlreiche Schadstoffe. Hinzu kommt, dass der Konsument beim Shisha-Rauchen deutlich größere Rauchmengen pro Zug aufnimmt als beim Zigarettenrauchen. Die Dauer der einzelnen Züge ist länger, das Volumen größer und eine Shisha Sitzung dauert mit 30-60 Minuten wesentlich länger als das Rauchen einer Zigarette mit 5-10 Minuten (Schaller et al. 2018a).

Weitere Alternativen zum herkömmlichen Rauchen stellen E-Zigaretten, E-Shishas und elektrische Tabakerhitzer dar. Die elektronische Zigarette (**E-Zigarette**) ist ein elektronisches Inhalationsprodukt und in Deutschland seit 2006 auf dem Markt erhältlich. Im Unterschied zu herkömmlichen Zigaretten wird in ihr kein Tabak verbrannt, sondern eine Flüssigkeit, das sogenannte „Liquid“, vernebelt. E-Shishas sind baugleich, aber in der Regel Einweggeräte.

Aktuell nutzen der DEBRA-Studie zufolge 1,3 % der deutschen Bevölkerung die E-Zigarette. Seit 2016 schwankt die Nutzung zwischen 0,5 und 2,6 %. Gesundheitliche und finanzielle Gründe sind dabei die wichtigsten subjektiven Motive für die Nutzung von E-Zigaretten in der Altersgruppe der Über-18-Jährigen (Kotz & Kastaun 2018).

Bevölkerungsumfragen des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015 und 2018 bestätigen den Trend, dass eher jüngere Personen und Raucherinnen und Raucher konventioneller Zigaretten zur E-Zigarette greifen (Seitz et al. 2020, Atzendorf et al. 2019).

Elektrische Tabakerhitzer sind, ähnlich wie E-Zigaretten, batteriebetriebene Inhalationsgeräte, in denen ein spezieller Tabakstick auf etwa 250-350 °C erhitzt, jedoch nicht verbrannt wird. Das dadurch entstehende nikotinhaltige Aerosol wird anschließend inhaliert.

Das erste Modell kam 2016 in Deutschland in den Handel. Die Verbreitung ist im Vergleich zu anderen Ländern niedrig.

E-Zigaretten: Methode zur Tabakentwöhnung?

Die E-Zigarette ist die am häufigsten eingesetzte Methode zur Unterstützung der Tabakentwöhnung (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2019), jedoch nicht ohne Risiken für die Gesundheit: Das enthaltene Liquid kann die Atemwege reizen und enthält eine Reihe gesundheitsgefährdende Stoffe, wie Formaldehyd und Acrolein. Weitere Inhaltsstoffe wie Glycerin, Propylenglykol und die verwendeten Aromen sind zwar als Lebensmittel zugelassen, zu deren Auswirkung bei täglicher Inhalation über einen längeren Zeitraum, liegen bisher allerdings keine Erkenntnisse vor (Schaller et al. 2020).

Die Studienlage zeigt, dass E-Zigaretten bei der Tabak-/Nikotinentwöhnung zwar unterstützen können, allerdings schaffen es auf diesem Wege nur 7-9 % längerfristig mit dem Rauchen aufzuhören (Rom et al. 2015). Demgegenüber steht eine Erfolgsrate von 30 %, bei Inanspruchnahme professioneller Unterstützung (Europäische Union 2017) bei der Tabak-/Nikotinentwöhnung, wie beispielsweise Kurzberatung durch eine Ärztin/einen Arzt oder verhaltenstherapeutische Behandlungen. Zudem besteht die Gefahr, dass der Konsum von E-Zigaretten insbesondere Jugendliche zum Einstieg in das Rauchen verleiten könnte (Gateway-Effekt). Eine Studie aus Schleswig-Holstein (Morgenstern et al. 2018) bestätigt, dass Jugendliche mit vorherigem E-Zigarettenkonsum ein mehr als doppelt so hohes Risiko besitzen, mit dem Zigarettenrauchen zu beginnen. Eine Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit ergab, dass 85 % der E-Zigaretten-Verwender Nikotin konsumieren (Marchall et al. 2019).

Den Ergebnissen der DEBRA-Studie zufolge waren im Beobachtungszeitraum von 2016 bis 2017 0,3 % der aktuellen sowie früheren Raucherinnen und Raucher (Rauchstopp <12 Monaten) Nutzer von Tabakerhitzern. Der Epidemiologische Suchtsurvey 2018 berichtet von einer 30-Tagesprävalenz von 0,8 % (Atzendorf et al. 2019). Die Verbreitung ist bei Frauen höher und steigt tendenziell mit zunehmendem Sozialstatus. Eine Erklärung könnten die vergleichsweise hohen Anschaffungskosten von Tabakerhitzern sein (Kotz & Kastan 2018).

Jugendliche und Rauchen

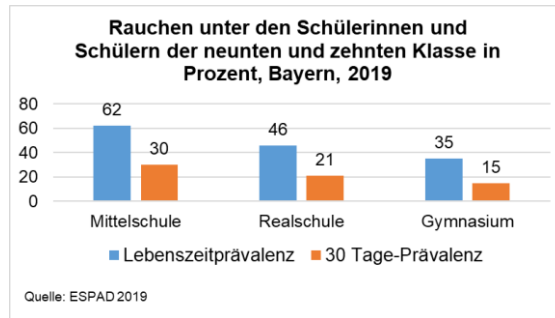
Der Anteil der Jugendlichen, die rauchen, ist seit Jahren rückläufig. Den Daten der BZgA zufolge ist der Anteil Rauchender bei den 12- bis 17-Jährigen seit 2001 um ca. 80 % auf 7,2 % im Jahr 2019 gesunken. Deutschlandweite Studien bestätigen den rückläufigen Trend beim Rauchverhalten der Jugendlichen in allen Bildungsgruppen (Kuntz et al. 2018a).

Bayernbezogene Daten wurden im Rahmen der ESPAD-Studie zuletzt im Jahr 2019 für Jugendliche der 9. und 10. Jahrgangsstufen erhoben. Daten zum Rauchverhalten von Jugendlichen anderer Altersgruppen sind in Bayern nicht verfügbar.

Circa 45,8 % der Befragten haben jemals und 21,4 % innerhalb der letzten 30 Tage geraucht. 2011 waren es noch 64 % bei der Jemals-Nutzung und knapp 35 % bei dem Konsum innerhalb der letzten 30 Tage, was einen Rückgang bei der Jemals-Nutzung von knapp 20 Prozentpunkten bedeutet.

Bei der Jemals-Nutzung liegen Jungen und Mädchen ungefähr gleich auf. Die Konsumprävalenz innerhalb des letzten 30 Tage unterschied sich nur gering zwischen Mädchen (22,5 %) und Jungen (20,4 %). Allerdings neigten Jungen im Vergleich zu Mädchen zu stärkerem Konsum.

Der Vergleich des Rauchverhaltens nach Schularten in Bayern und damit dem Sozialstatus zeigt auch in der ESPAD-Studie deutliche Unterschiede:



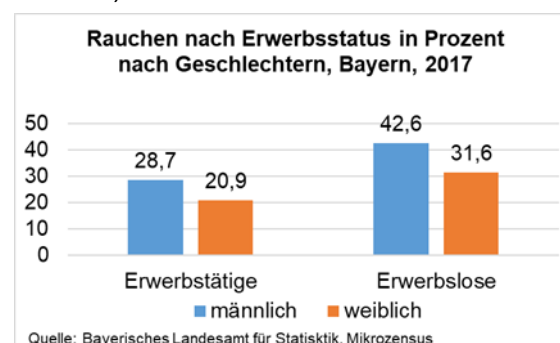
Die Mittelschulen verzeichneten sowohl bei der Lebenszeit- als auch der 30-Tage Prävalenz den höchsten Anteil, gefolgt von Realschulen und Gymnasien. Die 30-Tage Prävalenz der Mittelschüler/-innen war mit 30 % im Vergleich zu den Gymnasiasten/-innen mit 15 % doppelt so hoch.

Auswertungen der ESPAD-Studie zum Konsum alternativer Produkte bei Jugendlichen zeigen, dass Jungen diese häufiger konsumieren als Mädchen und die Wasserpfeife leicht beliebter ist als die E-Zigarette.

Deutschlandweit ist bei Jugendlichen im Jahr 2019 der ausschließliche Konsum von Wasserpfeifen, E-Zigaretten oder E-Shishas weiterverbreitet als der ausschließliche Konsum von Tabakzigaretten (Orth & Merkel 2018).

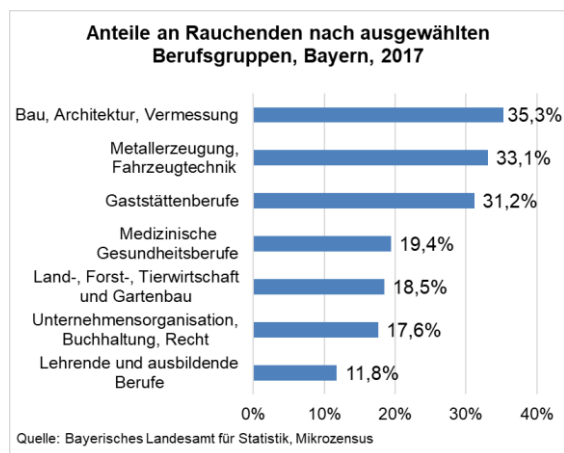
Rauchen und soziale Lage

Nationale und internationale Studien weisen übereinstimmend darauf hin, dass Rauchen bei Personen mit niedriger Bildung weiterverbreitet ist als bei jenen mit höherer Bildung (Zeiger et al. 2017, WHO 2019). Dieser Trend, der sich bereits bei Jugendlichen im Schulartenvergleich gezeigt hat, setzt sich im Erwachsenenalter fort. Je niedriger das Haushaltseinkommen ist, desto höher ist die Konsumrate (Kotz et al. 2020).



So rauchen erwerbslose Menschen häufiger als Erwerbstätige und auch hier gibt es Diskrepanzen zwischen den Geschlechtern. Laut Mikrozensus 2017 weisen erwerbslose Männer einen Anteil Raucher von knapp 43 % auf, erwerbstätige Männer einen Anteil von knapp 29 %. Erwerbslose Frauen rauchen ebenfalls häufiger als erwerbstätige Frauen (ca. 32 % gegenüber 21 %).

Auch zwischen verschiedenen Berufsgruppen sind erhebliche Unterschiede zu verzeichnen. Berufsfelder in denen häufig geraucht wird sind den Ergebnissen des Mikrozensus 2017 zufolge in den Bereichen Bau, Architektur und Vermessung (35,3 %) sowie Metallherzeugung und -bearbeitung, Maschinen und Fahrzeugtechnik (33,1 %) zu beobachten. Seltener wird beispielsweise in der Unternehmensorganisation und Verwaltung (17,6 %) sowie in lehrenden Berufen (11,6 %) geraucht.



Die Zahlen bestätigen die Tendenz, dass Rauchen in technischen und handwerklichen (meist körperlich fordernden) Berufen weiterverbreitet ist als in akademisch besetzten Berufen wie dem Lehrerberuf.

Passivrauch

Passivrauchen, also das Einatmen von Tabakrauch aus der Umgebungsluft, ist mit vergleichbaren gesundheitlichen Risiken verbunden wie aktives Rauchen. Beispielsweise erhöht sich das Schlaganfallrisiko bei Passivrauchbelastung um 20-30 %. Das Risiko für Lungenkrebs erhöht sich ebenfalls um 20 bis 30 % (Schaller et al. 2020).

Ausschlaggebend für die Passivrauchbelastung ist der Nebenstromrauch, während nicht an der Zigarette gezogen wird. In dieser Zeit verbrennt der Tabak nur bei bis zu 600 Grad Celsius. Dieser ist deshalb so gesundheitsschädlich, weil durch die niedrigeren Temperaturen die Verbrennung des Tabaks weniger vollständig als beim Hauptstromrauch erfolgt.

Dadurch ist gerade hierbei die Konzentration von Schadstoffen wie Kohlenmonoxid oder Benzol besonders hoch (Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2019).

Passivrauchbelastung in PKWs

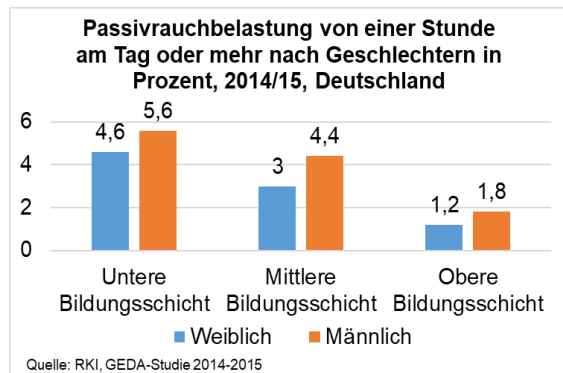
Das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit untersuchte die Schadstoffbelastung in Autos während des Rauchens von Tabakerhitzer „IQOS“, E-Zigarette und Tabakzigarette.

Die Messungen ergaben die höchste Partikelbelastung, und damit auch das höchste Gesundheitsrisiko, beim Rauchen der Tabakzigarette. IQOS und E-Zigarette unterschieden sich hinsichtlich der Freisetzung von flüchtigen organischen Verbindungen und Nikotin nur geringfügig voneinander. Beim Gebrauch der E-Zigarette wurden hohe Mengen feiner Flüssigkeitspartikel gemessen, welche die Lungenfunktion beeinträchtigen können. IQOS gab hohe Gehalte an ultrafeinen alveolgängigen Partikeln frei, mit unklarer gesundheitlicher Bedeutung für den Passivrauchenden. Alle drei Rauchtchniken werden als vermeidbare Schadstoffquellen beschrieben und es wird insbesondere bei Anwesenheit empfindlicher Personen wie Schwangeren oder Kindern empfohlen, den Gebrauch im Auto zu vermeiden (Schober 2018).

Erhebungen der letzten GEDA-Studie (Gesundheit in Deutschland aktuell) zufolge waren 2014-2015 11,3 % der erwachsenen Nichtraucherinnen und Nichtraucher in Deutschland einer regelmäßigen Passivrauchbelastung ausgesetzt (darunter 3,4 %, die täglich mindestens eine Stunde und 7,9 %, die weniger als eine Stunde pro Tag Passivrauch ausgesetzt sind). Die Passivrauchbelastung hängt u.a. vom Geschlecht und dem Bildungsstand ab und unterscheidet sich je nach Ort der Exposition.

Männer sowie Personen mit niedrigem Bildungsstand sind deutlich häufiger regelmäßigem Passivrauch ausgesetzt.

Zu den wichtigsten Expositionsorten zählen bei Männern der Arbeitsplatz, bei Frauen das häusliche Umfeld sowie Freunde und Bekannte. Auch das Alter spielt eine Rolle: die Passivrauchbelastung ist unter den 18- bis 29-Jährigen am höchsten und nimmt mit zunehmendem Alter ab. Verschiedene Studien bestätigen einen Rückgang der Passivrauchbelastung über die letzten Jahre (Zeiger et al. 2018).



Auch durch Passivrauch bedingte Todesfälle durch Lungenkrebs scheinen rückläufig zu sein: Eine aktuelle Studie schätzt, dass von den jährlich 6.000 Todesfällen infolge von Lungenkrebs bei Nichtraucherinnen und Nichtrauchern 167 auf Passivrauchbelastung zurückzuführen sind. Für 1994 liegt die Schätzung noch bei 400 (Becher et al. 2018).

Kinder reagieren auf Passivrauchbelastung besonders empfindlich und sie können sich dem Rauch nur schwer entziehen.

In Deutschland hatten 39 % der Kinder zwischen 11 und 17 Jahren mindestens ein Elternteil, das raucht. Bei knapp 12 % der Heranwachsenden wurde auch in deren Gegenwart in der Wohnung geraucht (Zeiger et al. 2018). Kinder, die Passivrauch ausgesetzt sind, haben ein doppelt so hohes Risiko an Asthma zu erkranken (Schaller et al. 2019).

Mütterliches Rauchen während der Schwangerschaft stellt ein hohes Gesundheitsrisiko für das Ungeborene dar. Die giftigen Substanzen aus dem Tabakrauch gehen in den Blutkreislauf des Ungeborenen über und beeinträchtigen seine Versorgung mit Sauerstoff und Nährstoffen.

Folgen für das Kind sind beispielsweise ein geringeres Geburtsgewicht, Fehlbildungen oder eine verringerte Lungenfunktion. Zudem kommt es häufiger zu Schwangerschaftskomplikationen. Auch die soziale Lage spielt hier eine bedeutende Rolle: Während gut ein Viertel der schwangeren Frauen mit niedrigem sozioökonomischen Status rauchen, liegt der Raucheranteil der Schwangeren mit einem hohen sozialen Status bei weniger als 2 % (Kuntz et al. 2018b).

Rauchen und Gesundheit

Rauchen wirkt sich nicht nur nachteilig auf die Atemwege und das Herz-Kreislaufsystem aus, auch das Gehirn, die Augen, Zähne, Knochen und Gelenke sowie die Fortpflanzung können beeinträchtigt werden (Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2019). Rauchende haben im Vergleich zu Nichtrauchenden ein mehr als doppelt so hohes Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen und ein doppelt so hohes Risiko für Schlaganfälle (Schaller et al. 2020).

Darüber hinaus ist das Rauchen für ein erhöhtes Krebsrisiko verantwortlich, unter anderem im Hinblick auf Krebserkrankungen des Rachens, des Kehlkopfes, der Speiseröhre, der Luftröhre und der Lunge (Schaller et al. 2020).

Von besonderer Relevanz ist dabei der Lungenkrebs: Bei Männern sind schätzungsweise 89 % aller Lungenkrebsfälle auf das Rauchen zurückzuführen, bei den Frauen beträgt der Anteil 83 % (Mons et al. 2018). Auch für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (chronic obstructive pulmonary diseases, COPD) ist Rauchen die bedeutendste Ursache (Schaller et al. 2020).

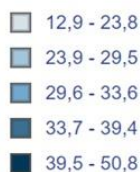
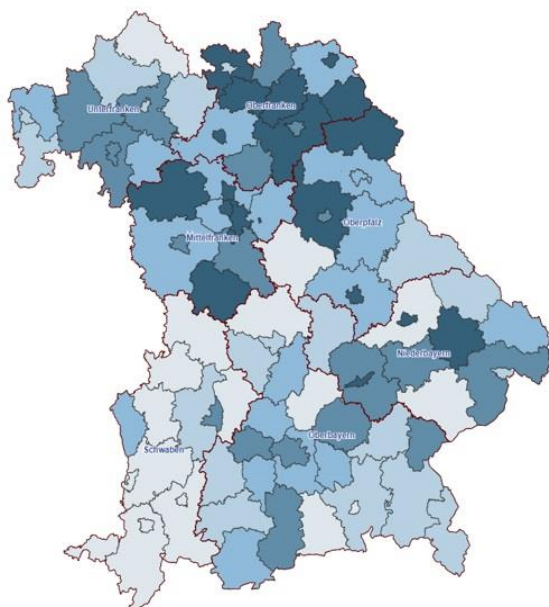
Dem Krebsregister zufolge wies Lungenkrebs (ICD-Code C33/C34) im Jahr 2016 in Bayern bei Männern eine altersstandardisierte Neuerkrankungsrate von 41,4 je 100.000 Einwohner auf, bei den Frauen betrug die Neuerkrankungsrate 23,6 je 100.000 Einwohner.

Während die altersstandardisierte Krebsneuerkrankungsrate in Bayern zwischen 2006 und 2016 bei den Frauen leicht Anstieg (um 4,6 je 100.000 Einwohner), ist bei den Männern im Vergleichszeitraum ein deutlicher Rückgang (um 9,1 je 100.000 Einwohner) zu beobachten.

Die Neuerkrankungsraten von Lungenkrebs liegen in Bayern bei beiden Geschlechtern unter dem bundesweiten Durchschnitt. Im Regionalvergleich zeigt sich die Tendenz, dass die Rate der Lungenkrebsneuerkrankungen im Norden Bayerns erhöht ist.

Lungenkrebsneuerkrankungen Bayern 2016

altersstandardisierte Raten pro 100.000 Ew.



Datenquelle: Gesundheitsatlas LGL

Es ist zu berücksichtigen, dass der Lungenkrebs ebenso wie weitere tabakassoziierte Krebserkrankungen die veränderten Anteile Rauchender in der Bevölkerung mit einer Verzögerung von mehreren Jahrzehnten widerspiegelt. Entsprechend werden sich die Rückgänge des Tabakkonsums erst mittel- bis langfristig anhand der Krebsneuerkrankungsraten ablesen lassen (Wienecke & Kraywinkel 2018).

Ein Rauchstopp senkt das Erkrankungsrisiko von Lungenkrebs innerhalb von fünf bis zehn Jahren, wobei das Risiko umso deutlicher zurückgeht, je früher man mit dem Rauchen aufhört.

Eine "Tabak-/Nikotinabhängigkeit" nach ICD-10 Klassifikation besteht, wenn innerhalb des letzten Jahres 3 der 6 Kriterien über mindestens 2 Monate zutrafen:

1. Starker Wunsch oder Drang, Tabak zu konsumieren
2. eingeschränkte Kontrollfähigkeit über Beginn, Beendigung und Menge des Konsums
3. Toleranzentwicklung (um gleiche Wirkung zu erzielen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich)
4. Entzugserscheinungen bei Reduktion oder Beendigung des Konsums (siehe unter "Symptome – Beschwerden")
5. Zunehmende Vernachlässigung anderer Aktivitäten und Interessen zugunsten des Tabakkonsums
6. Anhaltender Konsum trotz Bewusstsein über die schädlichen Folgen (siehe unter "Folgeerkrankungen")

Quelle: DKFZ

Kosten des Rauchens

Rauchen zählt neben ernährungsbedingten Risiken und Bluthochdruck zu den bedeutendsten Risikofaktoren für die Krankheitslast in Deutschland (Global Burden of Disease Studie). Neben menschlichem Leid verursacht das Rauchen aufgrund der vielfältigen Folgeerkrankungen auch erhebliche Kosten für die Volkswirtschaft.

Schätzungen gehen für Deutschland von direkten Kosten (Kosten, die unmittelbar für die medizinische Versorgung aufzuwenden sind) in Höhe von rund 25,4 Mrd. € pro Jahr aus. Die indirekten Kosten des Rauchens (gesamtwirtschaftlicher Produktivitätsverlust durch Krankheit oder Tod) werden auf ca. 54 Mrd. € pro Jahr geschätzt (Schaller et al. 2020). Dies ergibt rund 80 Mrd. € volkswirtschaftliche Gesamtkosten in Deutschland.

Übertragen auf Bayern belaufen sich die geschätzten jährlichen Gesamtkosten auf ca. 13 Mrd. €.

Die volkswirtschaftlichen Gesamtkosten übersteigen die Steuereinnahmen durch das Rauchen bei weitem: Im Jahr 2019 betragen die Netto-Einnahmen des Bundes für Tabakwaren gut 14,2 Mrd. €. Der weitest-größte Teil entfiel mit 12,2 Mrd. € auf Zigaretten (Statistisches Bundesamt 2019). Eine Packung Zigaretten müsste 22,80 Euro kosten, um über den Zigarettenpreis die direkten und indirekten Folgekosten des Rauchens zu kompensieren (Schaller et al. 2020).

Rauchstopp

Nikotin ist eine Droge mit hohem Suchtpotential. Ca. 50-60 % aller Raucherinnen und Raucher sind nach den Diagnosekriterien ICD-10 als abhängig zu bezeichnen (Batra & Lindinger 2013).

Evidenzbasierte Raucherentwöhnung:

Die in Deutschland meistgenutzten Methoden zur Raucherentwöhnung (Kotz et al. 2020) sind:

- E-Zigarette mit und ohne Nikotin (10,2 %)
- Kurzberatung durch eine Ärztin/einen Arzt oder durch eine Apothekerin/einen Apotheker (8,4 %)
- Nikotinersatztherapie auf Rezept von Ärztin/Arzt oder ohne Rezept (7,6 %)

Leitliniengerechte Methoden der Therapie der Tabakabhängigkeit umfassen zunächst niederschwellige Beratungsangebote. Zu den intensiveren Behandlungsmethoden zählen verhaltenstherapeutische Behandlungen, ggf. in Verbindung mit Medikamenten, die bei einer nicht wirksamen Nikotinersatztherapie (z.B. Pflaster + schnell wirksames Nikotinpräparat) zum Einsatz kommen können (AWMF 2021).

Ein Rauchstopp ist für die Gesundheit nicht nur aufgrund einer Verminderung des Krebsrisikos lohnenswert, auch das Risiko für zahlreiche weitere Erkrankungen wie zum Beispiel Herz-Kreislauferkrankungen und Atemwegserkrankungen wird zum Teil deutlich gesenkt. Erfolgt der Rauchstopp im Alter von 25 bis 34 Jahren, beträgt der Gewinn an Lebenserwartung zehn Jahre (Schaller et al. 2020).

Neben den Gesundheitsaspekten zählen die Vorbildfunktion für Kinder und der Zigarettenpreis zu den Hauptgründen für einen Rauchstopp (Pötschke-Langer et al. 2010).

Eine Auswertung der für Deutschland repräsentativen DEBRA-Studie (2016-2019) zeigt, dass ca. 20 % aller Raucherinnen und Raucher in Deutschland im Jahr 2019 einen Rauchstoppversuch unternommen haben. Hiervon hatten 13,0 % bei ihrem letzten Versuch mindestens eine evidenzbasierte Methode genutzt.

Eine Pharmakotherapie (Nikotinersatztherapie, Medikamente) wurde mit steigendem Einkommen häufiger genutzt. Die am häufigsten einzeln genutzte Unterstützungsform war die elektrische Zigarette (Kotz et al. 2020).

Rauchfrei-Programm

Das Rauchfrei-Programm des Instituts für Therapie- und Verhaltensforschung in München und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) ist ein wissenschaftlich evaluiertes Tabakentwöhnungsprogramm, das mit erprobten Konzepten der Motivationsforschung und Verhaltenstherapie arbeitet. Angeleitet von zertifizierten Kursleitern erlernen die Teilnehmer Methoden, um langfristig rauchfrei zu bleiben. Das Rauchfrei-Programm umfasst drei bis sieben Kurstermine in der Gruppe und eine individuelle telefonische Beratung.

www.rauchfrei-programm.de

Prävention

Die deutsche Politik war bei der Umsetzung gesetzlicher Tabakpräventionsmaßnahmen lange sehr zögerlich. Seit der Jahrtausendwende hat sich dies, beginnend mit einer Reihe von Tabaksteuererhöhungen, geändert.

Im Dezember 2004 unterzeichnete und ratifizierte die Bundesregierung die Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), die im März 2005 in Kraft trat. Die Bundesregierung verpflichtete sich damit, die Bevölkerung über die Gefahren des Rauchens und Passivrauchens zu informieren sowie umfassende Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums zu ergreifen.

In den letzten Jahren sind somit in Deutschland verschiedene Maßnahmen durchgeführt und umgesetzt worden, die 1) den Einstieg in den Tabakkonsum verhindern, 2) den Ausstieg fördern und 3) vor Passivrauchbelastung schützen sollen.

Tabakkontrolle der WHO

Ein wesentlicher Meilenstein der Tabakkontrolle ist die WHO-Rahmenvereinbarung zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC), die für Deutschland 2005 rechtlich bindend wurde. Zu den sechs bedeutsamsten Maßnahmen (**MPOWER-Maßnahmen**), die zum Schutz heutiger und künftiger Generationen vor den Folgen des Rauchens und Passivrauchens beitragen, zählen:

- Monitoring: Überwachung des Tabakkonsums und präventiver Maßnahmen
- Tabaksteuererhöhungen
- Nichtraucherschutzgesetze
- Warnhinweise auf Tabakverpackungen
- Einführung umfassender Werbeverbote
- Unterstützung bei der Tabakentwöhnung

Weitere Informationen zur Tabakkontrolle sowie der WHO-Bericht zur Einhaltung der MPOWER-Kriterien sind abrufbar unter:
www.who.int/tobacco/en

Auf bundesweiter Ebene zählt die Reduktion des Tabakkonsums zu den Nationalen Gesundheitszielen. Das Ziel wurde 2015 aktualisiert und beinhaltet eine erhöhte Rauchstopprate in allen Altersgruppen, keine neu hinzukommenden Raucherinnen und Raucher bei der Altersgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowie einen umfassenden Schutz vor Passivrauch.

Tabakprävention wirkt insbesondere durch das Schaffen von Rahmenbedingungen, die das Nichtrauchen begünstigen und für Rauchfreiheit in öffentlichen Räumen sorgen. Die hierzu vorliegende Evidenz zur Wirksamkeit von Tabakkontrollmaßnahmen ist eindeutig belegt (Schaller & Mons 2018b). Zu den in Deutschland ergriffenen Tabakkontrollmaßnahmen zählen Tabaksteuererhöhungen, Werbe- und Abgabebeschränkungen, Nichtraucherschutzgesetze und Warnhinweise auf Tabakverpackungen.

Deutschland schneidet allerdings beim Nichtraucherschutz im internationalen Vergleich schlecht ab. Auf der Tabakkontrollskala, die die Implementierung der sechs bedeutsamsten Maßnahmen der WHO-Rahmenvereinbarung zur Eindämmung des Tabakgebrauchs abbildet, zählt Deutschland im europäischen Vergleich zu den Schlusslichtern, da lediglich zwei der sechs Maßnahmen (Monitoring und Warnhinweise auf Tabakverpackungen und E-Zigaretten) auf dem höchstmöglichen Niveau umgesetzt wurden (Schaller & Mons 2018b).

Der Bundesrat hat am 18. September 2020 dem vom Deutschen Bundestag beschlossenen Zweiten Gesetz zur Änderung des Tabakerzeugnisgesetzes zugestimmt. Das Gesetz sieht eine schrittweise Umsetzung des Werbeverbotes für Tabakerzeugnisse und E-Zigaretten vor. Beispielsweise zunächst in Kinos, wenn der Film für Unter-18-Jährige freigegeben ist. In Radio, Fernsehen sowie in Zeitungen und Zeitschriften ist sie schon seit Jahrzehnten untersagt. Ab Januar 2023 kommt dann das Werbeverbot auf Außenflächen wie Plakatwänden oder Haltestellen für Tabakerhitzer, und ab Januar 2024 für E-Zigaretten, hinzu. Wissenschaftlichen Hochrechnungen zufolge können durch eine restriktivere Präventionspolitik in Deutschland, über einen Zeithorizont von 30 Jahren über 13 % der tabakinduzierten Krebsfälle vermieden werden (Gredner et al. 2020).

In Bayern ist durch das Gesundheitsschutzgesetz aus dem Jahr 2010, das das Rauchen in öffentlichen Räumen wie beispielsweise in Gaststätten ohne Ausnahme untersagt, eine dritte MPOWER-Maßnahme (siehe Kasten links) gewährleistet. Rauchverbote in öffentlichen Räumen führen – entgegen gelegentlichen Befürchtungen – nicht zur Verlagerung des Rauchens in den häuslichen Bereich (Nanninga et al. 2018).

Was den Ausbau von Tabakkontrollmaßnahmen angeht, sprechen sich mehr als 70 % der Deutschen für ein Rauchverbot in privaten Kraftfahrzeugen aus, wenn Kinder anwesend sind, 57 % für eine stärkere Besteuerung der Gewinne der Tabakindustrie.

Ein Verkaufsverbot von Tabak und Zigaretten unterstützen hingegen nur knapp ein Viertel der Befragten (Boeckmann et al. 2018).

Ein weiterer bedeutsamer Aspekt der Tabakprävention stellt die Ansprache vulnerabler Gruppen dar. Die zwischen 2015 und 2017 durchgeführte KOPA-Studie (Kinder ohne Passivrauch) des Klinikums der Ludwig-Maximilians-Universität München griff die besondere Gefährdungssituation von Kindern aus Familien mit niedrigem Bildungsstand und Migrationshintergrund auf und entwickelte zielgruppenspezifische Zugangswege und Maßnahmen.

Innerhalb des Projekts wurden vier Kampagnenbilder zu den Folgen des Passivrauchens erarbeitet, als Hauptzugangsweg wurden soziale Medien identifiziert (Radon et al. 2017).

Besondere Popularität weist der seit mittlerweile 20 Jahren auch in Bayern stattfindende europaweite Nichtraucherwettbewerb „Be Smart – Don’t Start“ auf, bei dem sich 11-15-jährige Schülerinnen und Schüler verpflichten, in ihrer Klassengemeinschaft mindestens ein halbes Jahr lang nicht zu rauchen. Rund 640.000 Mädchen und Jungen haben in Bayern schon teilgenommen: www.zpg-bayern.de/be-smart-dont-start.html

Wichtige Informations- und Beratungsangebote:

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP):

Informationen zum Risikofaktor Rauchen und den gesetzlichen Grundlagen in Bayern: www.stmgp.bayern.de/vorsorge/sucht/tabake-zigaretten

In Bayern bietet das Zentrum für **Prävention und Gesundheitsförderung (ZPG)** allgemeine Informationen sowie zahlreiche Präventionsprojekte rund um die Themen Rauchen und Suchtprävention an. Darüber hinaus können Medien und Informationsmaterialien wie der KlarSichtKoffer oder Aktionssets und Filme zur Tabakprävention ausgeliehen werden. www.zpg-bayern.de

Die **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)** hält Daten und Informationen zu den Folgen des Rauchens, Tabakprävention und Angebote der Raucherentwöhnung wie das „Rauchfrei-Programm“ vor. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit einer Online-Beratung zum Rauchausstieg sowie einer Telefonberatung. Die BZgA-Telefonberatung zur Raucherentwöhnung ist Montag bis Donnerstag von 10 bis 22 Uhr und Freitag bis Sonntag von 10 bis 18 Uhr unter folgender kostenfreier Servicenummer erreichbar:

Tel.: **0800 8 31 31 31**. Nähere Informationen: www.rauchfrei-info.de

Institut für Therapieforchung (IFT):

Das Forschungsinstitut IFT trägt zum Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse über Abhängigkeitserkrankungen in die Praxis bei, unter anderem mit dem Rauchfrei-Programm zur Tabakentwöhnung.

www.ift-gesundheit.de/ift-institut-fuer-therapieforchung.html

Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen e.V. (BAS):

Die BAS trägt ebenfalls zum Transfer zwischen Wissenschaft und Praxis bei und fördert die Verbesserung des öffentlichen Gesundheitswesens im Suchtbereich. Ihre Angebote richten sich vor allem an Fachkräfte der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe, aber auch an Ärzte und Lehrkräfte. www.bas-muenchen.de

Auch die **Krankenkassen** bieten auf ihren Internetseiten Informationsmaterial sowie Kurse und andere Hilfen zur Tabakentwöhnung an.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS):

Die DHS richtet sich an Verbände und Vereine, die in der Suchtkrankenhilfe aktiv sind und stellt unter anderem Daten und Informationen zum Tabakkonsum in Deutschland zur Verfügung. www.dhs.de

Das **Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ)** stellt Daten und Informationen rund um das Thema Rauchen zur Verfügung, beispielsweise durch Factsheets sowie den 2020 veröffentlichten Tabakatlas Deutschland. www.dkfz.de

Literatur

1. Atzendorf J., Rauschert C., Seitz N.-N. et al. (2019). Gebrauch von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen und Medikamenten: Schätzungen zu Konsum und substanzbezogenen Störungen in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt Int* 2019; 116: 577–84. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0577
2. AWMF (Hrsg.) (2021). S3-Leitlinie „Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung“ Kurzversion. Aktualisierung 01/2021. AWMF-Register Nr. 076-006
3. Batra A. & Lindinger P. (2013). Tabakabhängigkeit: Suchtmedizinische Reihe Band 2. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). Hamm. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtmed_Reihe_2_Tabak.pdf
4. Becher H., Belau M., Winkler V. et al. (2018). Estimating lung cancer mortality attributable to second hand smoke exposure in Germany. *Int J Public Health* 63: 367-375. DOI: 10.1007/s00038-017-1022-1
5. Boeckmann M., Kotz D., Shahab L. et al. (2018). German Public Support for Tobacco Control Policy Measures: Results from the German Study on Tobacco Use (DEBRA), a Representative National Survey. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 15 (4): 696. DOI: 10.3390/ijerph15040696
6. Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Drogen und Suchtbericht 2019. Bundesministerium für Gesundheit. Druck- und Verlagshaus Zarbock GmbH & Co. KG. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/publikationen/drogen-und-suchtbericht-2019-1688896>
7. Europäische Union (2017). Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Special Eurobarometer 458 – Wave EB87.1 – TNS opinion & social. <https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/79002>
8. Gredner T., Niedermaier T., Brenner H. et al. (2020). Impact of Tobacco Control Policies on Smoking-Related Cancer Incidence in Germany 2020 to 2050: A Simulation Study, *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, DOI: 10.1158/1055-9965.EPI-19-1301
9. Heiles B. (2018). Die Gesundheit der bayerischen Bevölkerung: Ergebnisse des Mikrozensus 2017. *Bayern in Zahlen* 11/2018: 766-775. https://www.statistik.bayern.de/mam/produkte/biz/z1000g_201811.pdf
10. Kotz D. & Kastaun S. (2018). E-Zigaretten und Tabakerhitzer: repräsentative Daten zu Konsumverhalten und assoziierten Faktoren in der deutschen Bevölkerung. *Bundesgesundheitsblatt* 61: 1407-1414. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-018-2827-7>
11. Kotz D., Batra A. & Kastaun S. (2020). Rauchstoppversuche und genutzte Entwöhnungsmethoden: Eine deutschlandweite repräsentative Befragung anhand sozioökonomischer Merkmale in 19 Wellen von 2016–2019 (DEBRA-Studie). *Deutsches Ärzteblatt Int* 2020; 117: 7-13. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0007
12. Kuntz B., Waldhauer J., Moor I. et al. (2018a). Zeitliche Entwicklung von Bildungsunterschieden im Rauchverhalten von Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse aus vier bevölkerungsweiten Studien. *Bundesgesundheitsblatt* 61:7-19. DOI: 10.1007/s00103-017-2636-4
13. Kuntz B., Zeiher J., Starker A. et al. (2018b). Rauchen in der Schwangerschaft: Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 2018 3(1): 47-54. DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-009
14. Marschall J., Hildebrandt S. & Nolting H.-D. (2019). DAK-Gesundheitsreport 2019. IGES-Institut Berlin. <https://www.dak.de/dak/download/dak-gesundheitsreport-2019-sucht-pdf-2073718.pdf>
15. Mons U., Gredner T., Behrens G. et al. (2018). Krebs durch Rauchen und hohen Alkoholkonsum: Schätzung der attributablen Krebslast in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt* 115: 571-577. DOI: 10.3238/arztebl.2018.0571
16. Morgenstern M., Nies A., Goecke M. et al. (2018). E-Zigaretten und der Einstieg in den Konsum konventioneller Zigaretten: Eine Kohortenstudie bei Jugendlichen der 10 Klasse. *Deutsches Ärzteblatt Int* 2018; 115: 243–248. DOI: 10.3238/arztebl.2018.0243

17. Nanninga S., K. Lhachimi S. & Bolte G. (2018). Impact of public smoking bans on children's exposure to tobacco smoke at home: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 18: 749. DOI: 10.1186/s12889-018-5679-z
18. Orth, B. & Merkel C. (2018). Der Rückgang des Zigarettenkonsums Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland und die zunehmende Bedeutung von Wasserpfeifen, E-Zigaretten und E-Shishas. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 61(11), 1377-1387. DOI: 10.1007/s00103-018-2820-1
19. Orth, B. & Merkel, C. (2019). Rauchen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse des Alkoholsurveys 2018 und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. DOI: 10.17623/BZGA:225-ALKSY18-RAU-DE-1.0
20. Pötschke-Langer M., Mons U., & Kahnert S. (2013). ITC Germany National Report. Deutsches Krebsforschungszentrum, International Tobacco Control Policy Evaluation Project. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht_International_Tobacco_Control_Policy_Evaluation_Project_Kohortenstudie_zur_Evaluation_der_deutschen_Tabakkontrollpolitik.pdf
21. Radon K., Karnowski V., Sukalla F. et al. (2017). Kinder ohne Passivrauch (KOPA) Abschlussbericht. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/KOPA_Abschlussbericht_KOPA_v11.pdf
22. Rom O., Pecorelli A., Valacchi G. et al. (2015). Are E-cigarettes a safe and good alternative to cigarette smoking?. *Annals of the New York Academy of Sciences*. Volume 1340, Issue 1, Pages 65-74. <https://doi.org/10.1111/nyas.12609>
23. Schaller K., Kahnert S. & Mons U. (2018a). Fakten zum Rauchen: Wasserpfeifen. Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.). https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/FzR/FzR_2018_Wasserpfeifen.pdf
24. Schaller K., Mons U. (2018b). Tabakprävention in Deutschland und international. *Bundesgesundheitsblatt* 61: 1429-1438. 8. DOI: 10.1007/s00103-018-2819-7
25. Schaller K, Kahnert S. & Mons U (2019). Rauchen und Lungenerkrankungen: Fakten zum Rauchen, Heidelberg, 2019. https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/FzR/FzR_2019_Rauchen-und-Lungenerkrankungen.pdf
26. Schaller K., Kahnert S., Graen L. et al. (2020). *Tabakatlas Deutschland 1. Auflage 2020*. Pabst Science Publishers. <https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Tabakatlas-Deutschland-2020.pdf>
27. Schober W. (2018). Abschlussbericht zum Forschungsprojekt Schadstoffbelastung von PKW-Innenräumen beim Rauchen unterschiedlicher Rauchsysteme. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit München. https://www.lgl.bayern.de/gesundheitsarbeitsplatz_umwelt/expositionsmessungen/et_rauchen_im_auto.htm#kombi
28. Seitz N.-N., Rauschert C., Atzendorf J. et al. (2020). Substanzkonsum und Hinweise auf substanzbezogene Störungen in Berlin, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2018. https://www.ift.de/fileadmin/user_upload/esa_laenderberichte/Bd_190_ESA_2018_Bundeslaender.pdf
29. Statistisches Bundesamt (2019) Finanzen und Steuern: Absatz von Tabakwaren. Fachserie 14 Reihe 9.1.1 Wiesbaden.
30. World Health Organisation (WHO) (2019). *European Tobacco Use: Trends Report 2019*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/402777/Tobacco-Trends-Report-ENG-WEB.pdf
31. Wienecke A. & Kraywinkel K. (2018). Tabakassoziierte Krebserkrankungen in Deutschland: Entwicklung der Inzidenz und Mortalität seit 1995. *Bundesgesundheitsblatt* 2018 61: 1399-1406. DOI: 10.1007/s00103-018-2821-0
32. Zeiher J., Kuntz B. & Lange C. (2017). Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2017 2(2). DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-030
33. Zeiher J., Kuntz B. & Lange C. (2018). Passivrauchbelastung bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2018 3(2) 72-80. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2018-069

Tabellenanhang

Raucher/ innen in Bayern, 2017 nach Geschlecht und Altersgruppen								
Alter von ... bis unter ... Jahren	Bevölkerung 15 Jahre oder älter		Rauchen				Nichtrauchen	
	insgesamt	mit Angaben über die Rauch- gewohnheiten	insgesamt	gelegent- lich	regelmäßig		insgesamt	darunter früheres Rauchen
					zusam- men	darunter stark		
1 000								
Insgesamt								
15-20	656	493	55	14	41	/	438	/
20-25	755	562	134	27	107	(5)	428	29
25-30	868	651	181	32	149	(7)	470	73
30-35	846	634	182	34	148	10	453	100
35-40	841	628	170	27	143	(10)	459	119
15-40	3 965	2 968	721	134	588	34	2 247	324
40-45	779	593	153	22	131	14	440	99
45-50	966	716	182	27	155	18	534	125
50-55	1 083	818	206	29	177	21	612	168
55-60	977	747	172	24	148	16	575	166
60-65	801	637	139	21	118	11	498	157
40-65	4 606	3 511	852	123	729	79	2 658	716
65-70	723	597	86	14	72	(7)	511	161
70-75	546	459	48	(9)	39	/	410	129
75 oder mehr	1 260	1 041	51	11	39	/	990	228
65 oder mehr	2 529	2 097	185	34	151	13	1 911	517
Insgesamt	11 100	8 576	1 759	291	1 468	126	6 817	1 557
Männlich								
15-20	343	258	34	(8)	26	/	224	/
20-25	394	291	81	16	66	/	210	14
25-30	452	337	111	19	93	/	225	35
30-35	439	329	115	19	96	(7)	214	50
35-40	432	322	106	16	91	(8)	216	63
15-40	2 060	1 537	448	77	371	25	1 089	164
40-45	382	291	90	13	77	10	201	56
45-50	482	359	104	14	90	12	255	72
50-55	550	414	118	16	103	16	295	97
55-60	487	371	95	12	84	11	276	96
60-65	393	312	77	11	66	(9)	235	93
40-65	2 294	1 746	485	65	420	58	1 261	414
65-70	352	290	48	(8)	41	(5)	242	99
70-75	256	215	28	(6)	22	/	187	81
75 oder mehr	528	445	31	(6)	25	/	413	160
65 oder mehr	1 136	949	108	19	88	(10)	841	340
Zusammen	5 490	4 232	1 040	161	879	94	3 192	918
Weiblich								
15-20	313	235	21	(6)	15	/	214	/
20-25	361	271	52	11	41	/	218	15
25-30	416	314	70	14	56	/	244	38
30-35	407	305	67	15	52	/	238	50
35-40	408	306	63	11	53	/	243	55
15-40	1 905	1 431	273	57	217	(9)	1 158	160
40-45	397	302	63	10	53	/	239	43
45-50	484	357	78	13	66	(5)	279	53
50-55	533	404	88	14	74	(5)	316	71
55-60	491	377	77	12	65	/	300	71
60-65	407	325	62	(10)	52	/	263	64
40-65	2 312	1 765	368	58	309	21	1 397	302
65-70	371	307	38	(6)	32	/	269	61
70-75	291	244	20	/	17	/	224	48
75 oder mehr	732	596	19	/	14	/	577	68
65 oder mehr	1 394	1 148	78	15	63	/	1 070	177
Zusammen	5 610	4 344	719	130	589	33	3 625	639

Datenquelle: Bayerisches Landesamt für Statistik, Mikrozensus 2017

Impressum

Der Gesundheitsreport ist Teil der bayerischen Gesundheitsberichterstattung nach Art. 10 des Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetzes.

Bayerisches Landesamt
für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Eggenreuther Weg 43
91058 Erlangen

Tel.: 09131/6808-0

www.lgl.bayern.de
poststelle@lgl.bayern.de

Erlangen, Mai 2021, korrigierte Version März 2022

Ihre Ansprechpartner

Manuel Fenkl
Tel.: 09131 / 6808-5262
manuel.fenkl@lgl.bayern.de
(Gesundheitsberichterstattung)

Judith Hausmann
Tel: 09131 / 6808-5681
judith.hausmann@lgl.bayern.de
(Gesundheitsberichterstattung)

Johannes Brettner
Tel.: 09131 / 6808-5105
johannes.brettner@lgl.bayern.de
(Präventionsberichterstattung)

Dr. Joseph Kuhn
Tel.: 09131 / 6808-5302
joseph.kuhn@lgl.bayern.de
(Gesundheitsberichterstattung)

Diese Druckschrift wird kostenlos im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Staatsregierung herausgegeben. Sie darf weder von den Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern im Zeitraum von fünf Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zweck der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Staatsregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden. Bei publizistischer Verwertung – auch von Teilen – wird um Angabe der Quelle und Übersendung eines Belegexemplars gebeten.

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte sind vorbehalten. Die Broschüre wird kostenlos abgegeben, jede entgeltliche Weitergabe ist untersagt. Diese Broschüre wurde mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Eine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit kann dennoch nicht übernommen werden. Für die Inhalte fremder Internetangebote sind wir nicht verantwortlich.



BAYERN | DIREKT ist Ihr direkter Draht zur Bayerischen Staatsregierung.

Unter Telefon 089 122220 oder per E-Mail unter direkt@bayern.de erhalten Sie Informationsmaterial und Broschüren, Auskunft zu aktuellen Themen und Internetquellen sowie Hinweise zu Behörden, zuständigen Stellen und Ansprechpartnern bei der Bayerischen Staatsregierung.