

4. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

4.1 Ausgewählte Schwerpunkte

...

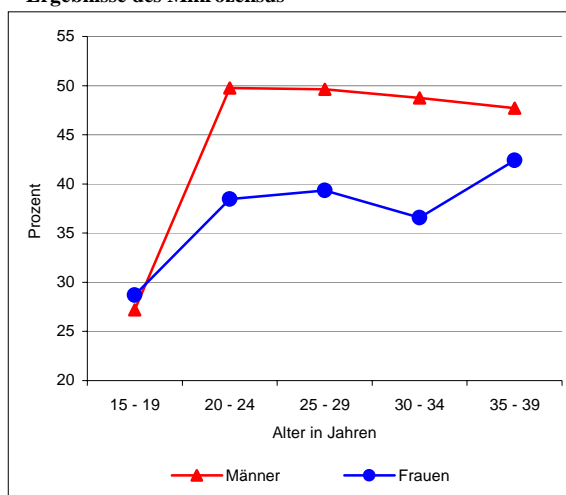
4.1.2 Rauchen

Rauchen zählt zu den größten verhaltensbedingten Gesundheitsgefährdungen überhaupt. Eine neuere Studie¹ kommt zu dem Schluss, dass jährlich weltweit etwa 5 Millionen Menschen durch Rauchen sterben, und dass fast jeder zehnte Todesfall auf Tabak zurückzuführen ist. Knapp 30 Krankheiten sind mit ihm assoziiert, häufigste durch das Rauchen bedingte Todesursache waren Herz-Kreislaufferkrankungen, gefolgt von Lungenkrankheiten und Lungenkrebs. Die beste Maßnahme gegen das Rauchen ist, erst gar nicht damit anzufangen. Wie so oft ist auch hier ein möglichst früher Ansatz wichtig, denn mit dem Rauchen fängt man nicht in jedem Lebensalter an. Wenn ein Mensch mit zwanzig noch nicht raucht, so ist die Chance sehr groß, dass er niemals damit anfangen wird. Dies hat auch die Tabakindustrie erkannt; eine Sichtung von internationalen Studien ergab, dass die Tabakwerbung geeignet ist, Jugendliche dazu zu verleiten, mit dem Rauchen anzufangen².

Rauchen -
wichtigste Ursache
für Morbidität und
Mortalität weltweit

Nachfolgend soll daher betrachtet werden, in welchem Alter wieviele Jugendliche rauchen, wann sie zu regelmäßigen und damit abhängigen Rauchern und Raucherinnen werden, und bis zu welchem Alter sich entscheidet, ob jemand eine Raucherkarriere beginnt oder nicht. Auch soll untersucht werden, ob sich die Raucherhäufigkeit in den letzten Jahrzehnten verändert hat und ob ein Trend erkennbar wird.

Abbildung 4.3:
Raucherprävalenz in Berlin 2003 nach ausgewählten Altersgruppen und Geschlecht
- Ergebnisse des Mikrozensus



(Datenquelle: StaLa Berlin / Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Zum Rauchverhalten bei Jugendlichen sind bundesweit und auch für Berlin eine Reihe

Mikrozensus: In Berlin rauchen über 40 % der 15- bis 40-Jährigen

von Untersuchungen verfügbar. Die aktuellste davon ist der *Mikrozensus 2003*. Demnach rauchen in der Berliner Bevölkerung ab 15 Jahre durchschnittlich 34,1 %. Dieser relativ niedrige Wert wird durch die geringe Raucherquote der älteren Bevölkerung deutlich beeinflusst, der Prozentsatz der Altersgruppe ab 65 Jahre beträgt nur 14,1 %. In der Altersgruppe der 15- bis unter 40-Jährigen geben 41,4 % an zu rauchen. Eine nach Geschlecht differenzierte Darstellung dieser Altersgruppe zeigt Abbildung 4.3.

Die Ergebnisse des Mikrozensus geben deutliche Hinweise darauf, dass die Entscheidung, ob jemand zum Raucher wird, im Wesentlichen vor dem 20. Lebensjahr fällt, da sich danach die Raucherprävalenz nicht mehr in größerem Umfang ändert.

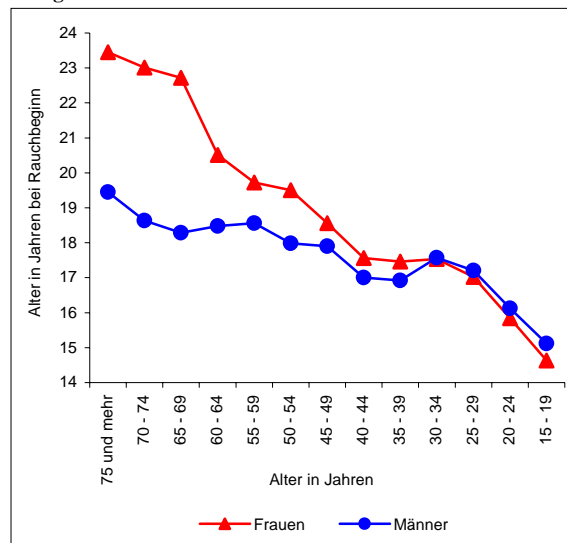
Das Alter, in dem mit dem Rauchen begonnen wird, ist deutlich gesunken

Es wurde ebenfalls nach dem Alter gefragt, in dem mit dem *regelmäßigen* Rauchen begonnen wurde. In der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen betrug dieses Alter durchschnittlich 14,9 Jahre, 15,1 Jahre bei den Jungen und 14,6 Jahre bei den Mädchen. Abbildung 4.4 zeigt die Veränderung des Rauchbeginns in den letzten Jahrzehnten (vgl. auch Tabelle 4.2.5).

Mädchen beginnen mittlerweile früher mit dem regelmäßigen Rauchen als Jungen

Die Zahlen machen deutlich, dass das Einstiegsalter beim Rauchen deutlich gesunken ist, vor allem bei den Frauen, und dass die Mädchen mittlerweile früher mit dem gewohnheitsmäßigen Tabakkonsum beginnen als die Jungen.

Abbildung 4.4:
Durchschnittliches Alter des Rauchbeginns der Bevölkerung in Berlin 2003 nach ausgewählten Altersgruppen und Geschlecht
- Ergebnisse des Mikrozensus



(Datenquelle: StaLa Berlin / Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Eine weitere Datenquelle ist die *HBSC-Studie 2002*³. Ziel dieser internationalen Studie ist es, zu einem erweiterten Verständnis gesundheitsbezogener Einstellungen und Verhaltensweisen junger Menschen beizutragen. Die Studie wird alle vier Jahre durchgeführt; die Zahl der teilnehmenden Länder ist von anfänglich 5 im Jahre 1982 auf 36 in der aktuellen Studie angewachsen.

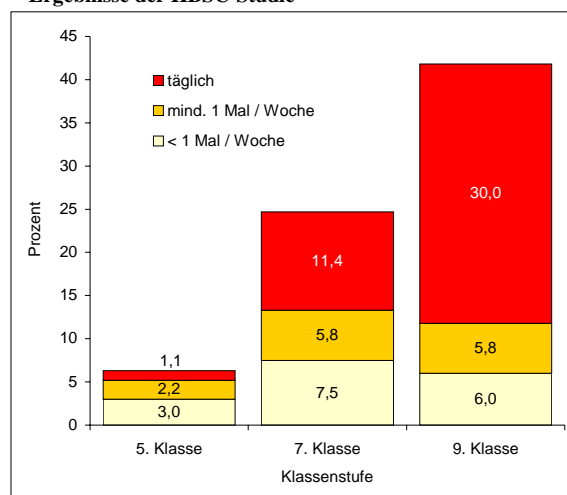
Berlin gehört zu den vier Bundesländern, die sich an der deutschen Stichprobe beteiligt haben; somit liegen die Daten von 9.704 Berliner Kindern bzw. Jugendlichen vor. Da nach dem international standardisierten Design Schüler/innen der 5., 7. und 9. Klasse befragt werden, wurden so die Altersgruppen der 11-, 13- und 15-Jährigen erfasst. Es wurden alle regulären Schulformen berücksichtigt; in Zusammenarbeit mit der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz wurde eine repräsentative soziale Verteilung an Hand der Sozialindizes aus dem Sozialstrukturatlas⁴ sicher gestellt.

Die Studie ergab, dass der Anteil der täglich Rauchenden von 1,1 % (11 Jahre) über 11,4 % (13 Jahre) auf 30,0 % bei den 15-Jährigen ansteigt (Abbildung 4.5).

HBSC-Studie: Bereits 30 % der 15-Jährigen rauchen täglich - Mikrozensuszahlen zu niedrig

Der Prozentsatz der täglich rauchenden 15-Jährigen ist hier mit 30,0 % also höher, als der Mikrozensus 2003 für die gesamte Altersspanne der 15- bis 19-Jährigen angibt (27,9 %). Da die Aussagekraft und die Validität der HBSC-Studie höher einzustufen sind als die des Mikrozensus, bedeutet dies, dass wie beim Übergewicht *die Angaben im Mikrozensus das Gesundheitsproblem deutlich unterschätzen* (vgl. auch Tabelle 4.2.1).

Abbildung 4.5:
Rauchverhalten von Jugendlichen in Berlin 2002 nach Klassenstufe und Rauchfrequenz
- Ergebnisse der HBSC-Studie

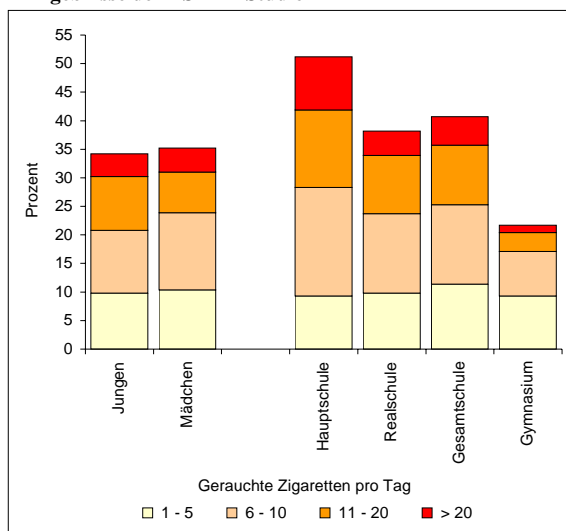


(Datenquelle: RKI, HBSC-Studie 2002 / Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Ebenfalls Auskunft über das Rauchverhalten Jugendlicher gibt die *ESPAD-Studie*⁵. Dies ist eine europaweite bevölkerungsepidemiologische Studie, die die Schüler und Schülerinnen der neunten und zehnten Klasse und damit die 15- bis 16-Jährigen umfasst. An der aktuellen Erhebung im Jahr 2003 beteiligten sich mehr als 40 Länder; in Deutschland nahmen fünf Bundesländer teil, darunter auch Berlin. Hier wurden 1.719 Jugendliche befragt.

Die ESPAD-Studie bestätigt die Ergebnisse der HBSC-Studie: Bereits 34,2 % der männlichen und 35,2 % der weiblichen Jugendlichen in Berlin rauchen täglich. Unter Beachtung der Tatsache, dass die Jugendlichen bei ESPAD einen höheren Altersdurchschnitt aufweisen, ergibt sich eine sehr gute Übereinstimmung (vgl. auch Tabelle 4.2.2).

Abbildung 4.6:
Rauchprävalenz von Jugendlichen (30-Tage-Frequenz) in Berlin 2003 nach Geschlecht, Schultyp und Anzahl der gerauchten Zigaretten pro Tag - Ergebnisse der ESPAD-Studie



(Datenquelle: Institut für Therapieforschung 2004 / Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Die ESPAD-Studie schlüsselt die Ergebnisse zusätzlich nach Schultyp auf. (Dies tut die HBSC-Studie

zwar auch, aber leider wurden für Berlin nicht die drei Altersgruppen getrennt publiziert). Abbildung 4.6 zeigt die Verhältnisse bei Haupt-, Real- und Gesamtschulen sowie bei Gymnasien. Maßgeblich für die Angabe des Tabakkonsums waren dabei die letzten 30 Tage vor der Befragung.

Da die Schultypen sich nach sozialer Zusammensetzung der Schülerschaft deutlich unterscheiden, ist es keine Überraschung, dass die Raucheranteile ebenfalls je nach Schultyp stark differieren. Bemerkenswert ist unter anderem, dass die Hauptschüler/innen zu 51,2 % rauchen, die Gymnasiastinnen/Gymnasiasten hingegen nur zu 21,7 %; und dass bei ersteren 9,3 % bereits starke Raucher/innen sind (über 20 Zigaretten pro Tag), bei den Jugendlichen, die ein Gymnasium besuchen, hingegen lediglich 1,3 %.

ESPAD-Studie:
In Hauptschulen wird doppelt so oft geraucht wie in Gymnasien

Zuletzt sollen noch einige Ergebnisse der sogenannten „*Drogenaffinitätsstudie*“ vorgestellt werden, die die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung seit 1973 in regelmäßigen Abständen durchführt. Sie erfasst auch den Konsum von Tabak und Alkohol bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 12 bis 25 Jahren. Es wurden bisher neun Wiederholungsbefragungen durchgeführt; die vorliegende stammt von 2001. Die ersten sechs Befragungen bezogen sich auf das ehemalige Bundesgebiet; seit 1993 werden auch die neuen Bundesländer einbezogen⁶. Es handelt sich um eine rein deutsche Studie, deren besondere Stärke in ihrer Fähigkeit besteht, längerfristige Trends aufzuzeigen.

Die Studie bedient sich neben „*Nichtraucher*“ auch der Begriffe „*Nieraucher*“ (im ganzen Leben 0 Zigaretten geraucht) und „*Kaumraucher*“ (unter 100 Zigaretten), wobei man aus pragmatischen Gründen bei den letzten Publikationen dazu übergegangen ist, auch die Kaumraucher zu den Nierauchern hinzu zu zählen. Des Weiteren wurden für einige Berechnungen die Daten der Jugendlichen altersstrukturbereinigt, das heißt, mathematisch diejenigen Effekte eliminiert, die sich lediglich aus Veränderungen der Altersstruktur ergaben. Somit zeigen die berechneten Trends die tatsächlichen Veränderungen im Tabakkonsum der Jugendlichen und sind unverzerrt (vgl. auch Tabellen 4.2.3 und 4.2.4).

Eine gesonderte Publikation über die Daten der Drogenaffinitätsstudie 2001 zum Rauchverhalten⁷ beziffert die Raucherquote der 12- bis 15-Jährigen auf 19 %. Bei den 16- bis 19-Jährigen erreicht die

Quote dann 45 % und bleibt bei den 20- bis 25-Jährigen auf diesem Niveau. Auch hier wird deutlich, dass sich das Schicksal „Raucher oder Nichtraucher“ im Wesentlichen in der Kindheit und Jugend entscheidet. Welche Entwicklung hat hierbei in den vergangenen 20 Jahren (genauer: zwischen 1979 und 2001) stattgefunden?

Drogenaffinitätsstudie:
Nach Erfolgen in den letzten Jahrzehnten steigt Raucherzahl wieder an

Auf den ersten Blick scheint die Entwicklung sehr erfreulich zu sein. Sie ist gekennzeichnet durch einen lang anhaltenden Anstieg des Nieraucheranteils der 12- bis 25-Jährigen, der im genannten Zeitraum von 31 % auf 49 % gestiegen ist. Als strukturbereinigter Trend ausgedrückt ist der Nieraucheranteil seit 1979 pro Jahr um durchschnittlich 0,9 % gestiegen. Differenziert man jedoch nach Altersgruppen, so wird deutlich, dass die Entwicklung nicht für alle Altersbereiche gleichermaßen gilt.

So *stagniert* bei den 12- bis 15-Jährigen der Anteil derer, die *nicht anfangen zu rauchen*. Diese Entwicklung ist bei Jungen und Mädchen gleich; Ende der 70er Jahre war der Anteil an Nierauchern bei den Mädchen höher, heute haben sich die Nieraucherquoten angeglichen. Die *Raucherquote* jedoch ist nur bis 1989 gesunken und steigt seitdem signifikant wieder an. Dabei ist der Anstieg bei den Mädchen stärker ausgeprägt; in dieser Altersgruppe rauchen mehr Mädchen als Jungen.

Bei den 16- bis 19-Jährigen fällt vor allem die unterschiedliche Entwicklung bei Männern und Frauen auf. Bei den Frauen sinkt die Raucherquote bis 1989 kontinuierlich ab, um danach genauso kontinuierlich wieder anzusteigen. Bei den Männern hingegen fällt die Quote bis 1986 steil ab, stagniert danach im Wesentlichen (bis auf einen „Ausreißer“ 1997) und verändert sich zwischen 1989 und 2001 praktisch nicht (vgl. Abbildung 4.7).

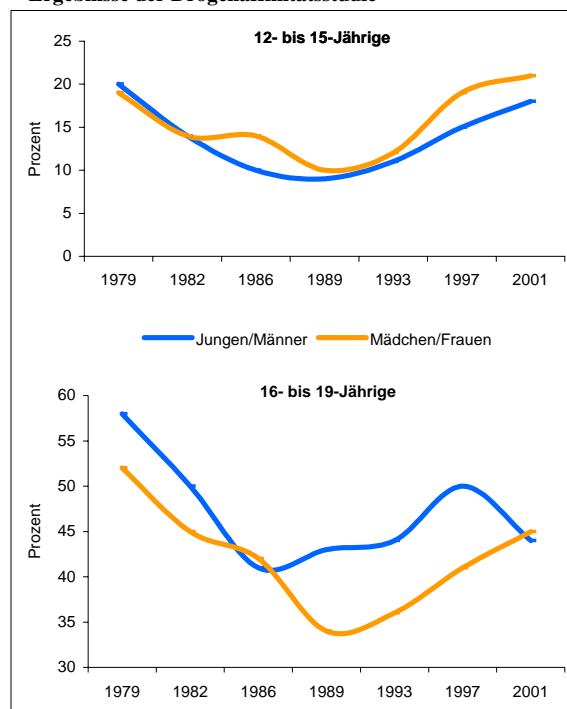
Zur differenzierten Betrachtung des Rauchverhaltens Jugendlicher liefert die Studie noch eine Reihe weiterer Daten, zum Beispiel Unterschiede in der *Rauchintensität* abhängig von Alter und Geschlecht. So zeigt sie, dass der Anteil an starken Rauchern (mindestens 20 Zigaretten pro Tag) mit steigenden Alter sprunghaft zunimmt. Weibliche Jugendliche rauchen mittler-weile häufiger als männliche, jedoch ist der Anteil der starken Raucher bei letzteren mit 24 % nahezu doppelt so hoch. Neben den Rauchern und Nierauchern verdienen auch die *Exraucher* Beachtung. So sind von den 24- bis 25-Jährigen 18 % Exraucher. In den jüngeren Altersgruppen scheint die Tendenz, mit dem Rauchen aufzuhören, jedoch abzunehmen.

Schlussfolgerungen für die Rauchprävention

Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus den vorhandenen Daten nun über die Prävention des Rauchens ziehen?

- Alle Datenquellen zeigen, dass das Kindes- und Jugendalter die entscheidende Zeitspanne für eine spätere Raucherkarriere ist. Entgegen den Beteuerungen der Tabakindustrie⁸ muss es ihr Ziel sein, Kinder in möglichst frühem Alter zum Rauchen zu verleiten. Untersuchungen² weisen klar darauf hin, dass sie dies auch tut. Alle entsprechenden Maßnahmen der Tabakindustrie müssen unterbunden werden.

Abbildung 4.7:
Raucheranteil bei Kindern/Jugendlichen ausgewählter Altersgruppen in Deutschland 1979 - 2001
- Ergebnisse der Drogenaffinitätsstudie



(Datenquelle: BZgA, Repräsentativerhebungen zur Drogenaffinität Jugendlicher / Darstellung: SenGesSozV - II A -)

- Der Ländervergleich der HBSC-Studie zeigt, dass deutsche Jugendliche in Bezug auf das Rauchverhalten eine traurige Spitzenposition einnehmen. Es müssen die Erkenntnisse genutzt werden, warum die Quote in anderen Ländern niedriger ist. Es besteht wenig Zweifel daran, dass der Preis von Zigaretten hierbei eine wesentliche Rolle spielt. Da dies umso mehr gilt, je jünger die Kinder sind, und gerade die jüngste Altersgruppe am schutzbedürftigsten ist, ist hier ein klarer Ansatzpunkt gegeben.
- Die Gesellschaft sollte unmissverständlich klar machen, dass sie Tabakkonsum von Minderjährigen nicht dulden will. Hierbei sollte das Auseinanderklaffen von gesetzlichen Regelungen und tatsächlicher weitgehender Untätigkeit in der Praxis bei Verstößen beseitigt werden. Rauchen in der Öffentlichkeit und vor allem auch in Schulen sollte konsequent unterbunden, der Verkauf an und auch das Zurverfügungstellen von Tabakwaren für Jugendliche sollte effektiv sanktioniert werden. Zigarettenautomaten sollte es nicht mehr geben. Ein erster Schritt in diese Richtung ist getan: Seit Beginn des Schuljahres 2003/2004 gilt ein generelles Rauchverbot an Berliner Schulen.
- Untersuchungen zeigen den überragenden Einfluss von Gleichaltrigen auf die Rauchentscheidung^{3,7}. Ganz wesentlich ist hierbei der große Drang gerade Pubertierender, demonstrativ positiv besetzte Lebenshaltungen - lässig, souverän, überlegen, spaßbezogen - einzunehmen. Obwohl die Tabakindustrie bei ihrer Werbung keine Schauspieler/innen unter 30 Jahren einsetzen darf und 30-Jährige sonst bei 15-Jährigen schon als „alt“ gelten, gelingt es der Tabakwerbung dennoch, indem sie mit subtilen Methoden deren Sehnsüchte ausnutzt, dass die Jugendlichen ihre Produkte mit der ersehnten Ausstrahlung assoziieren. Dieses Umlenken von jugendlichen Sehnsuchtsprojektionen auf Zigaretten muss unterbunden, Tabakwerbung jeglicher Art untersagt werden.
- So wie der Einfluss von Gleichaltrigengruppen - und dies vielleicht in letzter Zeit verstärkt - das Rauchen fördern kann, so kann von ihnen auch ein protektiver Einfluss ausgehen. Ganz besonders scheint dies für Sportvereinsmitgliedschaften zu gelten, die überdies einem Bereich angehören, bei dem davon ausgegangen werden kann, dass hier noch ein wirksamer elterlicher Einfluss besteht (körperliche Aktivität und Fernsehkonsum)³. Die Förderung einer sinnvollen Lebensgestaltung in sozialer Umgebung ist nicht nur für die Rauchprävention gut. Es sollten dabei weniger die Vereine nach dem Gießkannenprinzip pauschal gefördert, als vielmehr gezielt besonders gefährdete Bevölkerungsschichten angesprochen und bei ihnen der Weg hinein in die Vereine erleichtert und gebahnt werden.
- Die sehr verschiedenen Raucherprävalenzen in den unterschiedlichen Schultypen zeigen auch die sozialen Bedingtheiten beim Tabakkonsum, die später zu erheblichen Unterschieden in der vorzeitigen Sterblichkeit und damit der Lebenserwartung führen⁹. Rauchprävention muss mit besonderem Fokus auf bestimmte soziale Gruppen und Schichten erfolgen. Dem Setting Schule kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu.

¹ Ezzati, M.; Lopez, A. (2003): Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. Lancet, Volume 361 Issue 9376 Page 2226.

² Lovato, C.; Linn, G.; Stead, L.; Best, A. (2004): Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. The Cochrane Library, Issue 2, 2004.

³ Hurrelmann, K.; Klocke, A.; Melzer, W.; Ravens-Sieberer, U. (2003): Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO (Health Behaviour in School-aged Children - HBSC). Juventa, Weinheim.

⁴ Meinschmidt, G.; Brenner, M. (1999): Sozialstrukturatlas Berlin 1999. - Eine soziale Diagnose für Berlin -. Senatsverwaltung für Soziales und Gesundheit / Technische Universität Berlin, Berlin.

⁵ Kraus, L. et. al. (2004): Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. IFT-Berichte Bd. 141. München.

⁶ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001. Köln.

⁷ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001): Jugendliche Raucher. Veränderungen des Rauchverhaltens und Ansätze für die Prävention. Köln.

⁸ Philip Morris International (2004): Wenn Sie nicht wollen, dass Kinder und Jugendliche rauchen, bedeutet dies dann nicht, dass Sie Ihre zukünftigen Kunden verlieren? Fragen und Antworten. <http://www.pmintl.de/pages/FAQ/FAQ.asp?position=20&listsection=YSP#Q20>, zuletzt aufgerufen am 15.06.2004.

⁹ Meinschmidt, G. (Herausgeber)(2004): Sozialstrukturatlas Berlin 2003 - Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung. Spezialbericht 2004-1. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Berlin.