

## Tabakkonsumverhalten unter jungen Deutschen

### Abstrakt

Daten aus den Mikrozensusbefragungen zum Tabakkonsum unter jungen Deutschen weisen erhebliche und zunehmend große Unterschiede zwischen den Bundesländern auf. In Sachsen-Anhalt wurde 2013 mit 23,3% am meisten in der Altersgruppe 15-19 J. geraucht, in Hamburg mit 6,8% am wenigsten. Möglicherweise trägt die unterschiedliche Landespolitik, insbesondere die Bildungspolitik zu den Unterschieden bei. Auffällig sind die niedrigen Prävalenzen in genau die Regionen, wo eine besondere Form der Prävention praktiziert wird, in Hamburg und in der Region Rhein-Neckar in Baden-Württemberg. Die besondere Bedeutung von Jugendschutzmaßnahmen auf Bundesebene wird verdeutlicht.

### Einführung

Zahlreiche Studien haben sich in den letzten Jahren versucht, die effektivsten Methoden der schulbasierten Suchtprävention herauszufinden. In einem „Review von Reviews“ untersuchten Pöttgen et al (2015) 253 solche Studien aus 14 Übersichtsarbeiten aus den Jahren 2007-2013. Fähigkeitsfördernde Interventionen, die z. B. auf eine Stärkung des Selbstbewusstseins und die Peerresistenz abzielen, zeigten demnach vielversprechende Wirksamkeitshinweise. Mehrkomponenten- und Mehrebenen-Interventionen eigneten sich vor allem zur Prävention von Alkohol- und Cannabiskonsum. Zur Prävention von Tabakkonsum sei die Studienlage allerdings inkonsistent. Die Wirksamkeit von wissenschaftlichen Interventionen sei demnach begrenzt.<sup>1</sup>

In einer Stellungnahme vom 7. August 2014 zur Einführung der Einheitsverpackung im Vereinigten Königreich führte Imperial Tobacco einen „German Model“ ein. Mit 18 Verweise auf Deutschland wurde behauptet, schulbasierte Prävention sei hier erfolgreich gewesen. Gesetzliche Einschränkungen auf Tabakwerbung, ob in der Außenwerbung, am Verkaufsort oder in der Aufmachung, wären von daher überflüssig.<sup>2</sup> Erwartungsgemäß folgte aus Deutschland vielfacher Protest. Frau Dr. Pötschke-Langer, Leiterin der WHO-Stabsstelle für Krebsprävention und Tabakkontrolle, bestätigte einen erheblichen Rückgang in den letzten Jahren in der Tabakprävalenz unter Kindern und Jugendlichen. Dies sei aber vorwiegend anderen Faktoren zurückzuführen, wie z.B. die Tabaksteuer. 85% der Kinder im Alter 6-10 J. und 91% der Kinder und Jugendliche im Alter 11-14 J. hätten an keinem Programm der Tabakprävention teilgenommen. Gesundheitserziehung und Intervention in den Schulen hätten kaum Wirkung wenn überhaupt.<sup>3</sup> Anschließend wurde streitig, ob die Gründe für den Rückgang unter Kindern und Jugendlichen überhaupt festzustellen wären und insbesondere ob die Erhöhung der Tabaksteuer den Einstieg in den Tabakkonsum effektiv bekämpft.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Pöttgen, S. et al. (2015). Wie wirksam sind schulbasierte Interventionen zur Prävention und/oder Reduktion von Substanzkonsum bei Schülern/-innen in Grund- und Sekundarschulen? Eine systematische Übersicht vorhandener Reviews. *Gesundheitswesen* 2015. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1547275>.

<sup>2</sup> Imperial Tobacco (2014). Illegal, Unnecessary and Damaging for UK plc. Why standardised packaging is a bad policy idea that would not work: A response to the Department of Health consultation on standardised packaging of tobacco products. Zugriff am 21.05.2015 unter [http://www.imperial-tobacco.com/assets/files/cms/Submission\\_to\\_the\\_second\\_UK\\_government\\_consultation\\_on\\_plain\\_packaging\\_of\\_tobacco\\_products.pdf](http://www.imperial-tobacco.com/assets/files/cms/Submission_to_the_second_UK_government_consultation_on_plain_packaging_of_tobacco_products.pdf).

<sup>3</sup> Pötschke-Langer, M. (2014). Das "Deutsche Modell" in der Tabakprävention – made by Imperial Tobacco und Philip Morris. *SUCHT*, 60 (2), 2014, 65 – 68.

<sup>4</sup> Hanewinkel, R. (2014). Wie kann man Jugendliche davon überzeugen, rauchfrei zu bleiben? *SUCHT*, 60 (3), 2014, 189 - 191.

Ursachen für den aktuellen Rückgang und Strategien für die weitere Bekämpfung von Tabakkonsum unter Kindern und Jugendlichen bleiben weitgehend umstritten.

Der Kernlehrplan des jeweiligen Landes dürfte die wichtigste strukturelle Komponente für die schulische Intervention bilden. Jedoch wird in der Literatur der Effekt solcher bildungspolitischen Entscheidungen auf Landesebene kaum wahrgenommen. Der Großteil der Forschung wird prospektiven Studien gewidmet, um effektive Methoden der Prävention herauszufinden. Trends der Verbreitung und Entwicklung des Tabakkonsums unter Kindern und Jugendlichen werden vergleichsweise seltener untersucht. Jedoch sind solche Trenddaten enorm wichtig, um Präventionsmaßnahmen im Kontext zu planen und zu evaluieren.

Belastbare Daten über den Konsum von Tabakprodukten unter Kindern und Jugendlichen in Deutschland stammen aus etwa fünf Studien. Neben der Mikrozensusbefragung werden ebenso in einer Repräsentativbefragung alle vier Jahre in der von der Weltgesundheitsorganisation unterstützten Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) Daten erhoben.<sup>5</sup> Jährlich gibt es Erhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert Koch-Institutes bietet jahrgangsbezogenen Daten zum Tabakkonsum an. Schließlich wird die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) alle vier Jahre in Deutschland vom Institut für Therapieforchung durchgeführt.<sup>6</sup>

In der letzten Erhebung werden in den teilnehmenden Schulen Schüler der 9. und 10. Klassen aus fünf Bundesländern befragt, Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen.<sup>7</sup> In allen fünf Bundesländern war auf Basis dieser Daten länderübergreifend ein Abwärtstrend im Tabakkonsum festzustellen. Da die ESPAD aber keine Repräsentativbefragung ist, könnte kein zuverlässiger Ländervergleich für den Konsumverhalten in sich erstellt werden.<sup>8</sup>

Daten zum Tabakkonsum unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen aus dem Mikrozensus wurden bislang kaum untersucht. Hollederer stellte 2013 auf Basis der Mikrozensusdaten vom 2009 innerhalb NRW „sehr große regionale Disparitäten und sozial bedingte Unterschiede beim Rauchen“ fest. Die Ergebnisse könnten der Entwicklung bedarfsgerechter Strategien in der Primär- und Sekundärprävention dienen.<sup>9</sup> Ein Vergleich des Konsumverhaltens unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen aufgeteilt nach Bundesland ist bislang nicht bekannt.

### Methodik

Eine mehrdimensionale Analyse der Datensätze aus der Mikrozensusbefragungen ist Mitgliedern einer Forschungseinrichtung vorenthalten und wurde deshalb dem Unterzeichner bislang verwehrt. Untersuchungen wurden deshalb allein auf Basis aggregierter Daten durchgeführt.

<sup>5</sup> Kolip, P. et al. (2012) Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter aus Geschlechterperspektive. Nationaler Bericht zur WHO-Studie Health Behaviour in School-aged Children 2009/10. *Weinheim: Juventa*.

<sup>6</sup> Richter, M. (2012). Veränderungen im Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum von Jugendlichen im Zeitraum von 2002 bis 2010 in Deutschland. *Gesundheitswesen 2012; 74 (Suppl 1): S42-S48*.

<sup>7</sup> Kraus, L. et al. (2012). Die europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2011 (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen (Bericht Nr. 181). *München: IFT Institut für Therapieforchung*.

<sup>8</sup> Gomes de Matos, E. (2014). Trends im Substanzkonsum Jugendlicher: Gibt es regionale Unterschiede? *SUCHT, 60 (3), 2014, 163 – 172*.

<sup>9</sup> Hollederer, A. (2012). Regionale und soziale Unterschiede im Tabakkonsumverhalten im Mikrozensus 2009: Ergebnisse für das Land Nordrhein-Westfalen und dessen Kreise. *Gesundheitswesen 2013; 75: 43-50*.

In der randomisierten Stichprobenerhebung der Mikrozensusbefragungen wurden über den Tabakkonsumverhalten 1992, 1995, 1999, 2003, 2005, 2009 und 2013 jeweils 1% der Bevölkerung befragt. Im Jahr 2005 wurden methodische und organisatorische Veränderungen am Erhebungskonzept vorgenommen. Die Mikrozensus-Daten der Jahre 1992 bis 2003 sind mit den Daten der Jahre von 2005 bis 2013 daher nur eingeschränkt vergleichbar. 2013 waren in der Altersgruppe 15-19 J. 3,991 Millionen Bürger am Hauptwohnsitz. 77% der Befragten lieferten für diese Altersgruppe Antworten zum Rauchverhalten. Dies entspricht ein Teilnehmerzahl von etwa N=30.550. Die Teilnahmequote war ähnlich hoch in allen Bundesländern. Überwiegend wurden für diese Altersgruppe nur die Eltern über das Rauchverhalten ihrer Kinder befragt. Dadurch sind die Ergebnisse nicht unmittelbar mit anderen Befragungen vergleichbar, wo der jugendliche Raucher in der Regel selbst befragt wird.

Aufgrund der Aggregation der Daten war praktisch nur eine vereinfachte Analyse möglich. Als Indikator für das Rauchen in der Gruppe 15-19 J. wurde das Rauchverhalten in der Altersgruppe 25-64 J. genommen. Die Gruppe ab 65 ist atypisch und wird in der folgenden Analyse von den übrigen Erwachsenen ausgeklammert, da ein Großteil der Raucher im Vergleich zu den Nichtrauchern bis zu dieser Gruppe weggestorben sind. Ebenso ist die Gruppe 20-24 J. für die Erwachsenen insgesamt weniger repräsentativ, als die übrige Gruppe 25-64 J.

Aggregierte Daten auf Bundesebene aufgeschlüsselt nach Altersgruppen wurden vom statistischen Bundesamt für insgesamt 36 Bezirksregierungen bzw. Bundesländer in Deutschland aufgeteilt für die Jahre 1999, 2003, 2005, 2009 und 2013 bereitgestellt. Weiterhin haben die statistischen Landesämter in NRW Daten auf Kreisebene und in Baden-Württemberg auf einer verfeinerten regionalen Ebene für 2009 und 2013 geliefert.

Genau Teilnehmerzahlen sind nicht vorhanden. Angaben zu den Konfidenzintervallen werden von daher im Folgenden wenn überhaupt nur schätzungsweise zum Vergleich angegeben.

### Datenanalyse

Vergleichsdaten zum Rauchverhalten in Deutschland sind in Fig. 1 zusammengefasst. Die Ergebnisse für NRW und Deutschland sind hervorgehoben. NRW weist in dem gesamten Zeitraum 1992-2013 überdurchschnittliche Werte für den Anteil der Raucher zur Gesamtbevölkerung. In dem Zeitraum 1992-1999 hatten die drei Stadtstaaten die höchsten Prävalenzen unter den Bundesländern in der Bevölkerung ab 15 Jahren. Sachsen hatte dagegen die kleinste.

Für die Altersgruppe 15-19 J. im Zeitraum 2005 - 2013 weisen die Bundesländer untereinander erhebliche Unterschiede auf. Alle fünf neuen Bundesländer hatten überdurchschnittlich hohe Prävalenzen. 2005 standen dagegen alle alten Bundesländer einschließlich Berlin fast gleichauf, während die Unterschiede unter einander bis 2013 größer wurden. NRW weist typische Prävalenzen für die alten Bundesländer auf, immerhin am unteren Rand. Änderungen in Bremen und Saarland sind aufgrund der kleineren Fallzahlen weniger zuverlässig. Im Fall Hamburg ist eine auffällige Entwicklung erkennbar. Dort ist seit 2005 das Programm "Nichtrauchen ist cool" an der Uniklinik Hamburg-Eppendorf im Einsatz. Ein starker Rückgang in der Gesamtbevölkerung ab 15 J. in Hamburg geht in diesem

Zeitraum mit einem überdurchschnittlichen Rückgang in der Gruppe 15-19 J. einher. In NRW wurde die Zahl von 21,4% in 2005 in acht Jahren auf 11,7% fast halbiert. In Hamburg war 2005 die Zahl mit 22% ähnlich hoch wie in NRW. Bis 2013 hat NRW jedoch verhältnismäßig fast doppelt so viele (87% mehr) jugendliche Raucher, als in Hamburg mit 6,8%. Auch Niedersachsen hat inzwischen weniger jugendliche Raucher, als NRW. Auf dem anderen Extrem, Sachsen-Anhalt hat 2013 mit 23,3% mehr als dreimal soviel jugendliche Raucher, als Hamburg. In Sachsen-Anhalt ist die Rate seit 2005 von 30,1% auf 23,3% um rund nur ein Viertel zurückgegangen. Der Rückgang ist seit 2005 deutlich von einem Bundesland zum nächsten unterschiedlich, ein Hinweis auf die Wirkung der unterschiedlichen Landespolitik. Es liegt nah, dass Tabakprävention in den Schulen unterschiedlich effektiv aber enorm wichtig sein könnte. (Siehe Fig. 2.)

In Fig. 3 wird zum Vergleich die unterschiedlichen Erfahrungen je nach Bezirksregierung in NRW analysiert. Die Unterschiede zwischen den fünf Regierungsbezirken in NRW ist minimal im Vergleich zum Unterschied zwischen den Bundesländern.

Als nächstes wird in Fig. 4 die Prävalenzen in der Gruppe 15-19 J. je nach Bezirksregierung bundesweit mit den Prävalenzen in der Gruppe 25-64 J. verglichen. Sachsen-Anhalt ist typisch indem eine hohe Prävalenz in der Altersgruppe 25-64 J. mit einem ebenso hohen Wert in der Gruppe 15-19 J. einhergeht. Auffällig ist die Entwicklung der Zahlen in Bayern. 2013 hat der Freistaat in der Gruppe ab 15 J. die niedrigste Raucherprävalenz Deutschlands. Erwartungsgemäß ist die Gruppe 25-64 J. in allen sieben Regierungsbezirken mit unterdurchschnittlichen Werten gekennzeichnet. Jedoch ist die Rate unter den Jugendlichen und jungen Erwachsenen 15-19 J. mit 14,0% im Vergleich zu 12,9% für die alten Bundesländer überdurchschnittlich hoch. Das Rauchverbot in der Gastronomie nach dem Bürgerentscheid am 4.7.2010 hatte auf das Rauchverhalten der Jugendlichen anscheinend keine positive Wirkung. Im Gegenteil ist es möglich, dass ein strenges Nichtraucherschutzgesetz zu Überheblichkeit führt, ein möglicher Vorbote für NRW. Der Erfolg in Hamburg in der Gruppe 15-19 J. geschah trotz der relativ hohen Prävalenz in der Gruppe 25-64 J. In zwei von drei Regierungsbezirke hat Sachsen dagegen relativ niedrige Prävalenzen unter den Erwachsenen 25-64 J., jedoch relativ hohe Prävalenzen unter den Jugendlichen. Ein Rückgang im Rauchverhalten in Sachsen ist seit 1992 insgesamt nicht erkennbar, eine Ausnahme in Deutschland.

Fig. 5 wiederholt Fig. 4 für das Erhebungsjahr 2009. Zu dieser Zeit waren die Prävalenzen für Jugendliche in Bayern insgesamt niedrig im Verhältnis zu den anderen Bundesländern, im Einklang mit den niedrigeren Prävalenzen in der erwachsenen Bevölkerung. NRW hatte damals relativ niedrige Raten für die Gruppe 15-19 J, vergleichbar mit Bremen und Berlin, beide mit höheren Prävalenzen unter den Erwachsenen, mit Niedersachsen und mit Baden-Württemberg, obwohl die Erwachsenen dort vergleichsweise seltener rauchten. In diesen Bundesländern scheinen die Prävalenzen in der Gruppe 15-19 abgekoppelt zu sein von denen unter den Erwachsenen. Hervorgehoben im Graphen ist die Region Rhein-Neckar in Baden-Württemberg, wo seit 2000 das Präventionsprogramm "ohne Kippe" an der Thoraxklinik Heidelberg Einsatz fand. "Nichtrauchen ist cool" in Hamburg ist nach dem Programm aus Heidelberg, Region Rhein-Neckar, inspiriert worden. Auch in Heidelberg treffen Schüler mit Patienten, die über ihre Raucherkarriere erzählen. Das Programm erreicht seit 2005 über 90% der Schüler in den Städten Heidelberg und Mannheim und im Rhein-Neckar-Kreis, alle in der Region Rhein-Neckar in Baden-Württemberg.

Um die Erfahrung aus der Region Rhein-Neckar weiter für die Altersgruppe 20-24 J. zu verfolgen, wird als letztes in Fig. 6 die Erfahrung in der Gruppe 15-24 J. mit der Gruppe 25-64 J. je nach Region in Baden-Württemberg verglichen. Der Unterschied in der Region Rhein-Neckar im Vergleich zu den anderen Regionen des Landes wäre statistisch sehr signifikant ( $p < 0,01$ ). Als retrospektive Studie sind solche Ergebnisse nur suggestiv und nicht als abschließend zu betrachten.

### Ergebnisse und Diskussion

Im Tabakkonsumverhalten in der Altersgruppe 15-19 J. wurde erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern festgestellt. Im Jahr 2009 waren die Prävalenzen unter den alten Bundesländern relativ homogen. 2013 gingen die Prävalenzen je nach Bundesland auseinander. 2005 und 2009 waren die höchsten Prävalenzen unter den neuen Bundesländern zu beobachten. Die höchste Prävalenz für ein Bundesland war 2009 immerhin weniger als doppelt so hoch als die kleinste Prävalenz. 2013 hatte Sachsen-Anhalt mit 23,3% die höchste Prävalenz unter den Bundesländern, diesmal aber mehr als dreimal so hoch wie die niedrigste Prävalenz, 6,8% in Hamburg. Der relative Unterschied zwischen den Ländern hat sich insofern seit 2009 deutlich erhöht.

Da nicht alle Schüler in der Region Rhein-Neckar am Programm teilnahmen, dürfte der Erfolg des Programms „ohne Kippe“ größer sein, als die drei Prozentpunkte Unterschied zum Durchschnitt in Baden-Württemberg erahnen lässt. Von Hundert Schülern, die am Programm teilgenommen hatten, rauchten anstatt drei möglicherweise vier bis fünf Jugendliche weniger. Der Trend setzte sich in der Gruppe 20-24 J. fort. Mit einem geschätzten Budget von 5 Euro pro Schüler, gäbe es rund ein Raucher weniger für jeden 100 Euro investiert.

Das Präventionsprogramm Leben ohne Qualm in NRW begann kurz nach "ohne Kippe" in Heidelberg. NRW hat auch deutlich weniger Raucher unter den Jugendlichen 15-19 J. als im Bundesdurchschnitt. Das gute Ergebnis ist aber in beiden Gebieten Hamburg und Region Rhein-Neckar deutlich übertroffen worden. Dies könnte weiter auf einen Erfolg durch die Einbindung von Gesprächen mit Patienten mit tabakbedingten Krankheiten hindeuten. Diese Berührung mit Lebenserfahrung dürfte besonders an Hauptschulen wirksam sein, wo effektive Prävention auf mehr als nur einer intellektuellen Ebene stattfinden muss. Mehr Forschung über den möglichen langfristigen Erfolg von „ohne Kippe“ und „Nichtrauchen ist cool“ ist angesagt.

Angesichts eines Rückgangs in der Anzahl der Raucher generell, darf die Prävention in den Schulen nicht als selbstverständlich gelten. Die Erfahrung in Sachsen ist besonders bezeichnend, wo die Raucherprävalenz 1992 bundesweit am geringsten war und wo seitdem die Prävalenz sich kaum geändert hat. Auch die relativ schlechte Erfahrung in Bayern zeigt, dass ein Rückgang unter Jugendlichen nicht von allein kommt. Tabakprävention sei ein zäher Kampf und bedarf besondere Anstrengungen.

Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass Reduzierungen in den jugendlichen Raucherprävalenzen unterhalb von 10% auch für uns in Deutschland ausgesprochen schwierig zu erreichen sein dürfte. Diese Gruppe entspricht eine überwiegend bildungsferne Bevölkerungsschicht, die nicht mit herkömmlichen Methoden der Tabakprävention erreicht werden. Gefragt ist deshalb ein zusätzliches Programm der Frühintervention für die Sekundarstufe I. Letztlich brauchen die Schulen eine bessere Unterstützung bei der Erstellung ihres Konzepts zum Thema Rauchen. Zu oft zielen die Schulen primär auf die Einhaltung des Rauchverbots an der Schule. Diese Regel ist für eine Orientierung aber kategorisch

unzureichend und gibt zu oft den falschen Eindruck, dass das Rauchen ansonsten in Ordnung wäre. Statt dessen müssten die Schulen stets im Vordergrund darauf hinwirken, dass gar nicht erst mit dem Rauchen angefangen wird. Solche Unterschiede zwischen den Schulen könnten auf unterschiedliche Länderpolitik zurückgehen, die in den Ergebnissen zum Ausdruck kämen.

Das Plädoyer der Tabakindustrie für schulbasierte Tabakprävention hat diese in einen schlechten Ruf gebracht. Unabhängige Evaluierung ist nun umso wichtiger geworden. Die Tabakkontrollpolitik ist in Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern ausgesprochen schwach.<sup>10</sup> Deutschland ist z.B. das einzige Land der EU, wo die Außenwerbung für Tabakprodukte zugelassen wird. Unter solchen Bedingungen dürfte die Bedeutung von Prävention einen besonderen Ausmaß annehmen. Die Kombination aus schwachen Tabakkontrollmaßnahmen und schwacher Prävention könnte zu starken regionalen Verzerrungen in dem Konsumverhalten unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland führen. Deutschland dürfte dann nicht als „German Model“, ein Argument für die Ablehnung von Tabakkontrollmaßnahmen gelten, wie von Imperial Tobacco vorgestellt, sondern genau das Gegenteil: Da Prävention nie flächendeckend einzuführen sind, wären Tabakkontrollmaßnahmen für den Jugendschutz auf Bundesebene besonders wichtig.

---

<sup>10</sup> Joossens, L. und Raw, M. (2014). The Tobacco Control Scale 2013 in Europe: A Report of the Association of European Cancer Leagues. Zugriff am 24.05.2015 unter [http://www.europecancerleagues.org/images/TobaccoControl/TCS\\_2013\\_in\\_Europe\\_13-03-14\\_final\\_1.pdf](http://www.europecancerleagues.org/images/TobaccoControl/TCS_2013_in_Europe_13-03-14_final_1.pdf).