



# Trends berufsgruppenspezifischer Unterschiede im Rauchverhalten von Erwerbstätigen

Dr. Benjamin Kuntz  
Abteilung für Epidemiologie und  
Gesundheitsmonitoring  
FG28 Soziale Determinanten der Gesundheit



## 16. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle

Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Antworten an:	Interessenskonflikt / Ja – Nein (Wenn ja, welche)
Haben Sie in den letzten 5 Jahren Vortragshonorare von der Pharma-, Tabak- oder E-Zigarettenindustrie oder deren Lobby-Organisationen bezogen?	Nein
Haben Sie in den letzten 5 Jahren Beratungshonorare von der Pharma-, Tabak- oder E-Zigarettenindustrie oder deren Lobby-Organisationen bezogen (Advisory Boards)?	Nein
Haben Sie in den letzten 5 Jahren von der Pharma-, Tabak- oder E-Zigarettenindustrie oder deren Lobby-Organisationen finanzielle Unterstützung für Projekte bezogen?	Nein
Haben Sie kommerzielle Verbindungen zu den Herstellern oder den Vertriebsorganisationen für Tabakprodukte, Nikotinersatzprodukte oder E-Inhalationsprodukte, die im Rahmen der 16. Deutschen Konferenz für Tabakkontrolle erwähnt werden (soweit vorhanden)?	Nein
Haben Sie kommerzielle Verbindungen zu Konkurrenten von Herstellern oder den Vertriebsorganisationen für Tabakprodukte, Nikotinersatzprodukte oder E-Inhalationsprodukte, die im Rahmen der 16. Deutschen Konferenz für Tabakkontrolle erwähnt werden (soweit vorhanden)?	Nein
Haben Sie sonstige Verbindungen zur Pharma-, Tabak- oder E-Zigarettenindustrie oder deren Lobby-Organisationen?	Nein
Bitte beschreiben Sie hier potentielle andere Interessenskonflikte:	
/	



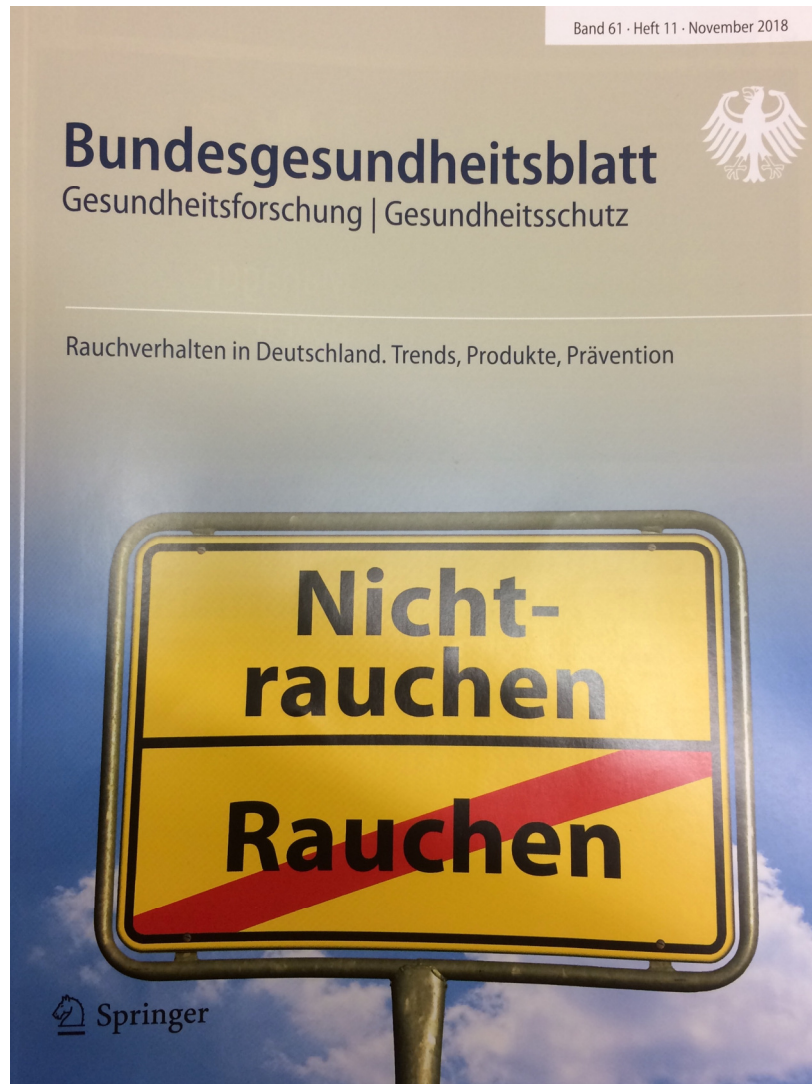
Ich deklariere hiermit, keine Interessenkonflikte im Rahmen der 16. Deutschen Konferenz für Tabakkontrolle zu haben.

NACHNAME, VORNAME (BLOCKBUCHSTABEN)

**Kuntz, Benjamin**

Datum und Unterschrift

11.12.18 B. Kuntz



## Leitthema

Bundesgesundheitsbl 2018 · 61:1388–1398  
<https://doi.org/10.1007/s00103-018-2818-8>  
Online publiziert: 13. September 2018  
© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2018



Benjamin Kuntz<sup>1</sup> · Lars Eric Kroll<sup>1</sup> · Jens Hoebel<sup>1</sup> · Maria Schumann<sup>1</sup> · Johannes Zeiher<sup>2</sup> · Anne Starker<sup>2</sup> · Thomas Lampert<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FG 28 Soziale Determinanten der Gesundheit, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland

<sup>2</sup>FG 27 Gesundheitsverhalten, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland

## Zeitliche Entwicklung berufsprüfungsspezifischer Unterschiede im Rauchverhalten von erwerbstätigen Männern und Frauen in Deutschland

Ergebnisse des Mikrozensus 1999–2013

### Einleitung

Das Rauchen von Tabakprodukten ist in den Industrienationen das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko und die führende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit. Zu den Erkrankungen, die bei Raucherinnen und Rauchern vermehrt auftreten, gehören u. a. Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebserkrankungen [1]. Allein in Deutschland sind jedes Jahr mehr als 120.000 Todesfälle (13,5 % aller Todesfälle) auf das Rauchen zurückzuführen [2]. Mehr als ein Viertel (26,2 %) der hiervon betroffenen Personen sterben zwischen dem 35. und 64. Lebensjahr – also noch vor Erreichen des gesetzlichen Renteneintrittsalters.

Rauchen schadet nicht nur der Gesundheit, sondern auch der Wirtschaft. Da erwerbstätige Raucherinnen und Raucher im Durchschnitt häufiger krank sind [3] und vermehrt Pausen machen, um zu rauchen [4], entstehen durch Fehlzeiten und Produktivitätsausfälle hohe Kosten [5]. Dies gilt umso mehr für Unternehmen mit überdurchschnittlich hohem Raucheranteil in der Belegschaft. In Deutschland belaufen sich die volkswirtschaftlichen Kosten, die auf das Rauchen zurückgeführt werden, auf 79,1 Mrd. € pro Jahr [6, 7].

Dabei sind die indirekten Kosten, die durch tabakassoziierte Erkrankungen verursacht werden (Erwerbsunfähigkeit, Frühberentungs- und Todesfälle), mit geschätzten 53,7 Mrd. € rund doppelt so hoch wie die direkten Kosten (25,4 Mrd. €), die im Gesundheitssystem für die Versorgung tabakbedingter Krankheitsfälle anfallen [6, 7].

Angesichts der gravierenden gesundheitlichen und ökonomischen Folgen des Rauchens kommt der Verringerung des Tabakkonsums eine große Bedeutung zu [8]. Dies spiegelt sich unter anderem in den Jahresberichten der Drogenbeauftragten [9], der Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung [10] und dem nationalen Gesundheitszieleprozess [11] wider. Zu den Maßnahmen, die seit Beginn der 2000er-Jahre im Zuge einer verstärkten Tabakkontrollpolitik in Deutschland umgesetzt wurden, zählen Tabaksteuererhöhungen, die Einschränkung von Tabakwerbung, das Abgabeverbot von Tabakprodukten an Personen unter 18 Jahren sowie gesetzliche Rauchverbote am Arbeitsplatz, in öffentlichen Gebäuden, Verkehrsmitteln und (zumindest teilweise) in der Gastronomie [6, 12]. Da Maßnahmen am Arbeitsplatz einen Großteil der erwachsenen Menschen in ihrem Alltag erreichen, stellt das betriebliche Um-

feld ein zentrales Setting der Tabakprävention und -kontrolle dar [13, 14].

Wie die Tabaksteuerstatistik und bevölkerungsweite Studien zeigen, ist sowohl der Zigarettenabsatz als auch der Anteil der Jugendlichen und Erwachsenen, die rauchen, in den letzten 25 Jahren deutlich zurückgegangen [8, 15–18]. Trotz der insgesamt positiven Entwicklung lässt sich eine stark ausgeprägte, bisweilen sogar zunehmende soziale Polarisierung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung beobachten. Querschnittstudien belegen, dass Personen mit geringer Bildung, niedrigem Berufsstatus und wenig Einkommen häufiger rauchen als sozial besser gestellte Personen [19–24]. Die wiederholt durchgeführten Gesundheitsstudien des Robert Koch-Instituts (RKI) und die Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) weisen zudem darauf hin, dass die sozialen Unterschiede im Rauchverhalten seit Beginn der 2000er-Jahre weiter zugenommen haben. Während der Anteil der Männer und Frauen, die rauchen, in den oberen Bildungsgruppen gesunken ist, hat in den unteren Bildungsgruppen kein vergleichbarer Rückgang stattgefunden [25, 26]. Sollte sich dieser Trend in Zukunft fortsetzen, könnte es auch zu einer Ausweitung





- Rauchen ist das bedeutendste einzelne **vermeidbare Gesundheitsrisiko** und die **führende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit**
- Zu den Krankheiten, deren Entstehung durch das Rauchen begünstigt wird, zählen u.a. **Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebserkrankungen**
- An den Folgen des Rauchens starben im Jahr 2013 allein in Deutschland rund **121.000** Menschen (rund jeder 7. Todesfall) (Mons & Kahnert 2017)
- Mehr als ein Viertel (26,2%) der betroffenen Personen starben zwischen dem 35. und 64. Lebensjahr – also noch **vor Erreichen des gesetzlichen Renteneintrittsalters**
- Erwerbstätige Raucherinnen und Raucher sind im Durchschnitt **häufiger krank** und machen **vermehrt Pausen**, um zu rauchen
- Die **volkswirtschaftlichen Kosten des Rauchens** betragen rund **79 Mrd. € pro Jahr**. Dabei sind die indirekten Kosten, die durch Fehlzeiten und Produktivitätsausfälle entstehen, rund doppelt so hoch wie die direkten Kosten, die im Gesundheitssystem für die Versorgung tabakbedingter Krankheitsfälle anfallen (Effertz 2015)

# Epidemiologie des Rauchens in Deutschland

## Zeitliche Entwicklung und soziale Unterschiede

- Wie die Tabaksteuerstatistik und bevölkerungsweite Studien zeigen, ist sowohl der **Zigarettenabsatz** als auch **der Anteil der Jugendlichen und Erwachsenen, die rauchen**, in den letzten 25 Jahren **deutlich zurückgegangen**
- Trotz der insgesamt positiven Entwicklung lässt sich eine stark ausgeprägte, bisweilen sogar **zunehmende, soziale Polarisierung des Rauchens** in der Erwachsenenbevölkerung beobachten
- Studien belegen, dass **Personen mit geringer Bildung, niedrigem Berufsstatus und wenig Einkommen** häufiger rauchen als sozial bessergestellte Personen
- Da Maßnahmen am Arbeitsplatz einen Großteil der erwachsenen Menschen in ihrem Alltag erreichen, stellt das **betriebliche Umfeld** ein **zentrales Setting der Tabakprävention und -kontrolle** dar



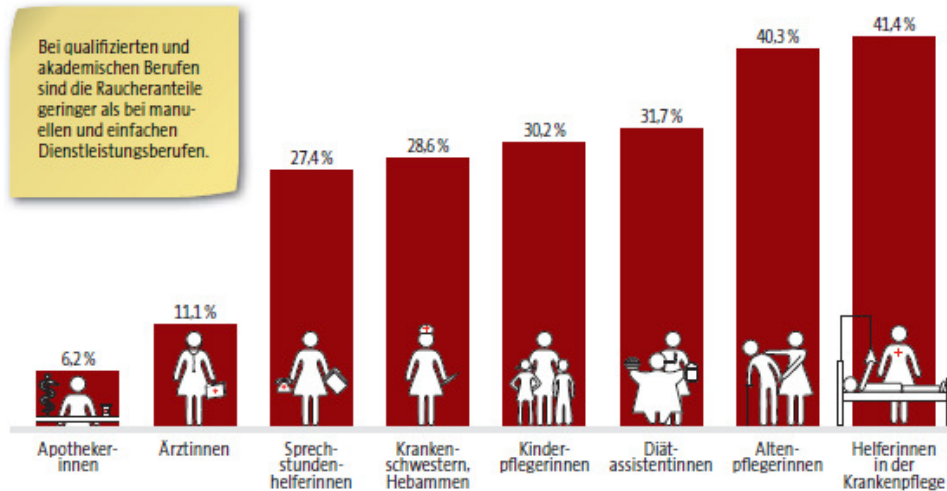
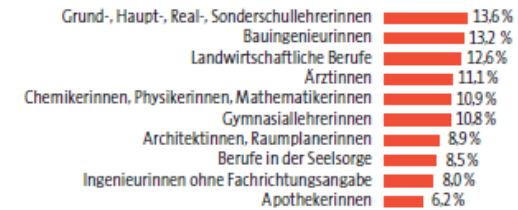
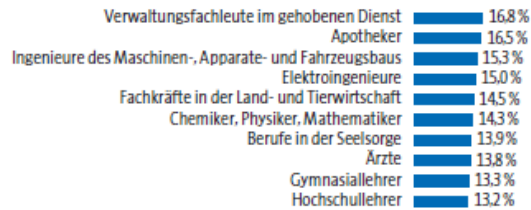
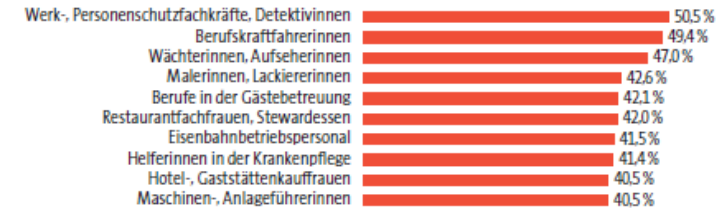
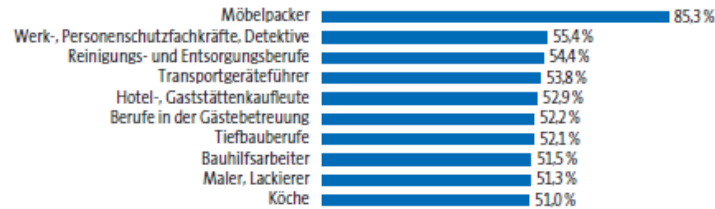
# Fragestellung: Wie hat sich das Rauchverhalten in unterschiedlichen Berufsgruppen entwickelt?



- Um berufsgruppenspezifische Unterschiede im Rauchverhalten zu analysieren, sind **umfangreiche Studien mit großen Fallzahlen** erforderlich. In Deutschland sind entsprechende Analysen mit den Daten des Mikrozensus möglich
- Zahlreiche, auf unterschiedlichen Wellen des **Mikrozensus** beruhende Studien belegen, dass in manuellen Berufen und gering qualifizierten Dienstleistungsberufen ein deutlich höherer Anteil der Beschäftigten raucht als in qualifizierten und akademischen Berufen
- Wie sich das Rauchverhalten in unterschiedlichen Berufsgruppen **entwickelt hat**, wurde bislang jedoch noch nicht analysiert
- Entsprechende **Trenddaten** könnten jedoch zur **Planung** und **Evaluation von zielgruppenspezifischen Maßnahmen** der **Tabakprävention** und **Tabakkontrollpolitik** herangezogen werden
- Vor diesem Hintergrund untersucht der vorliegende Beitrag erstmals die **zeitliche Entwicklung berufsgruppenspezifischer Unterschiede im Rauchverhalten** von erwerbstätigen Männern und Frauen in Deutschland

# In welchen Berufen wird wie viel geraucht?

Datenbasis: Mikrozensus 2009



Raucheranteile in ausgewählten Gesundheitsberufen bei Frauen  
Daten: Mikrozensus 2009



Quelle: dkfz 2015



- Der **Mikrozensus** ist eine seit 1957 jährlich durchgeführte repräsentative Haushaltsbefragung der amtlichen Statistik in Deutschland
- Rund 1% der Haushalte in Deutschland werden dazu jährlich zufällig ausgewählt. Die Teilnahme ist infolge des Mikrozensusgesetzes verpflichtend
- **Kumulierte Daten der Scientific Use Files** der Mikrozensus-Erhebungen 1999, 2003, 2005, 2009 und 2013 (Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter der Länder und des Bundes)
- **Erwerbstätige (Teilzeit/Vollzeit)** im Alter von **18 bis 64 Jahren**
- Fallzahl insgesamt = **1.084.592** (mehr als eine Millionen Erwerbstätige im Alter von 18 bis 64 Jahren; ca. 200.000 pro Welle)
- Fälle mit gültigen Angaben zum Tabakkonsum = **688.746**





- Die Erhebung zum Rauchverhalten im Mikrozensus ist Teil des **Zusatzmoduls Gesundheit**
- Seit dem Jahr 2005 wird dieses Modul **alle vier Jahre** im Mikrozensus durchgeführt und die darin enthaltenen Fragen werden allen Befragten vorgelegt
- Die **Beantwortung der gesundheitsbezogenen Fragen ist aber freiwillig** und nicht gesetzlich verpflichtend
- Da bis zum Jahr 2003 das Modul nur in einem Teil (45%) der befragten Haushalte eingesetzt wurde, gibt es in den Jahren 1999 und 2003 deutlich mehr fehlende Angaben zum Tabakkonsum bei Erwerbstätigen als in den späteren Zeiträumen
- Die Fragestellung zum aktuellen Rauchstatus war in allen Mikrozensus-Wellen gleich: **„Rauchen Sie gegenwärtig?“** („Ja, regelmäßig“, „Ja, gelegentlich“, „Nein“, „keine Angabe“).
- Die im Folgenden dargestellten **Rauchquoten beziehen sich auf jeglichen Konsum**, also sowohl auf regelmäßiges als auch auf gelegentliches Rauchen

# Erhebung des Berufsstatus und der Berufsgruppenzugehörigkeit

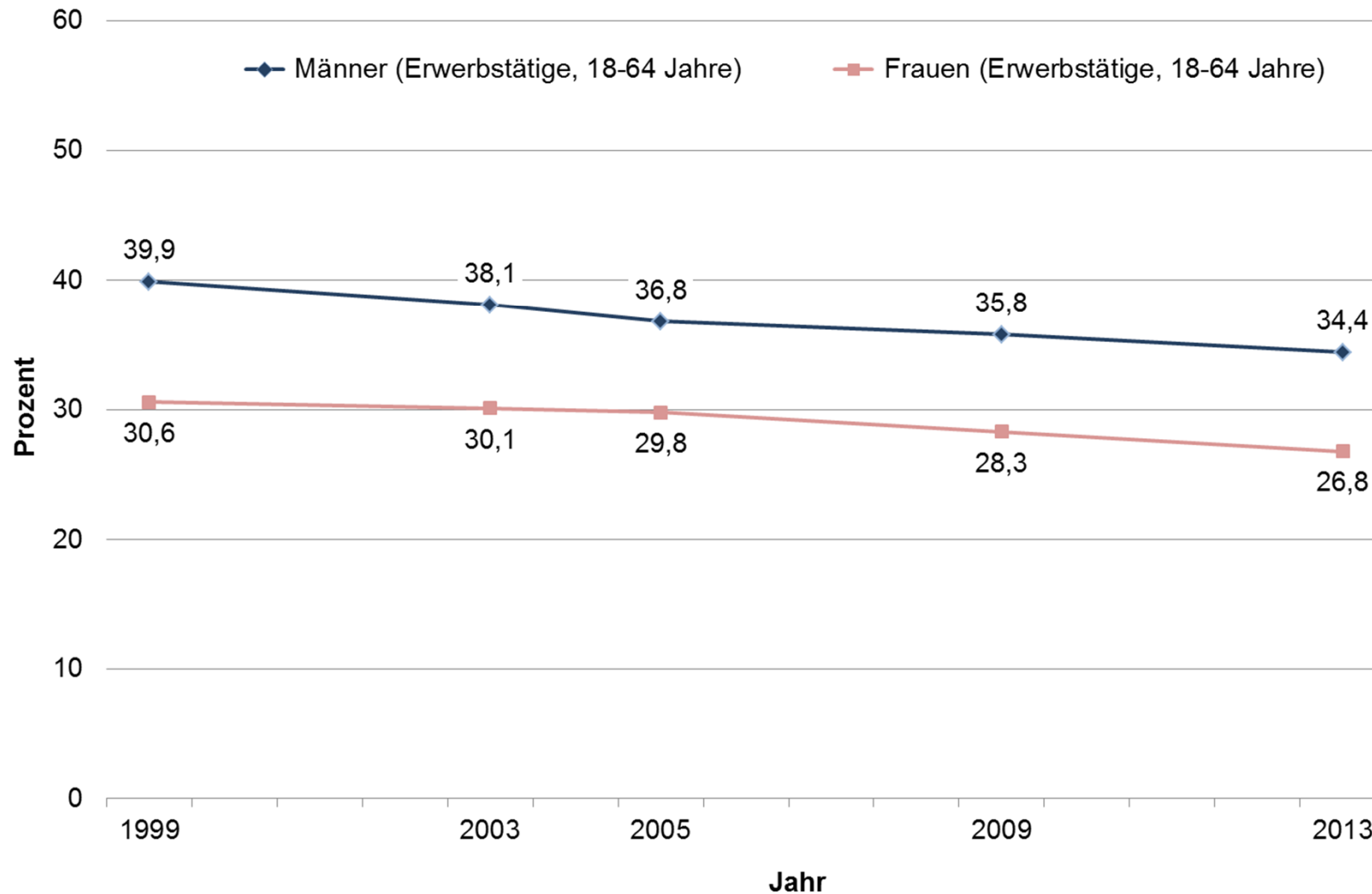


- Die **Berufsangaben** wurden unter Verwendung **internationaler Berufsklassifikationen** zusammengefasst
- **Berufsstatus: ISEI-08** („International Socio-Economic Status“)
  - Kann Werte zwischen 10 und 89 Punkten annehmen (höhere Punktwerte = höherer Berufsstatus)
  - Quintilbildung und Einteilung in drei Gruppen: niedrig (0%-<20%), mittel (20%-<80%), hoch (80%-100%)
- **Berufsgruppen: ISCO-08** („International Standard Classification of Occupations“)
  - Einteilung auf Basis von „Dreistellern“ (sog. Minor Groups)

# Zeitliche Entwicklung des Rauchens bei 18- bis 64-jährigen Erwerbstätigen in Deutschland

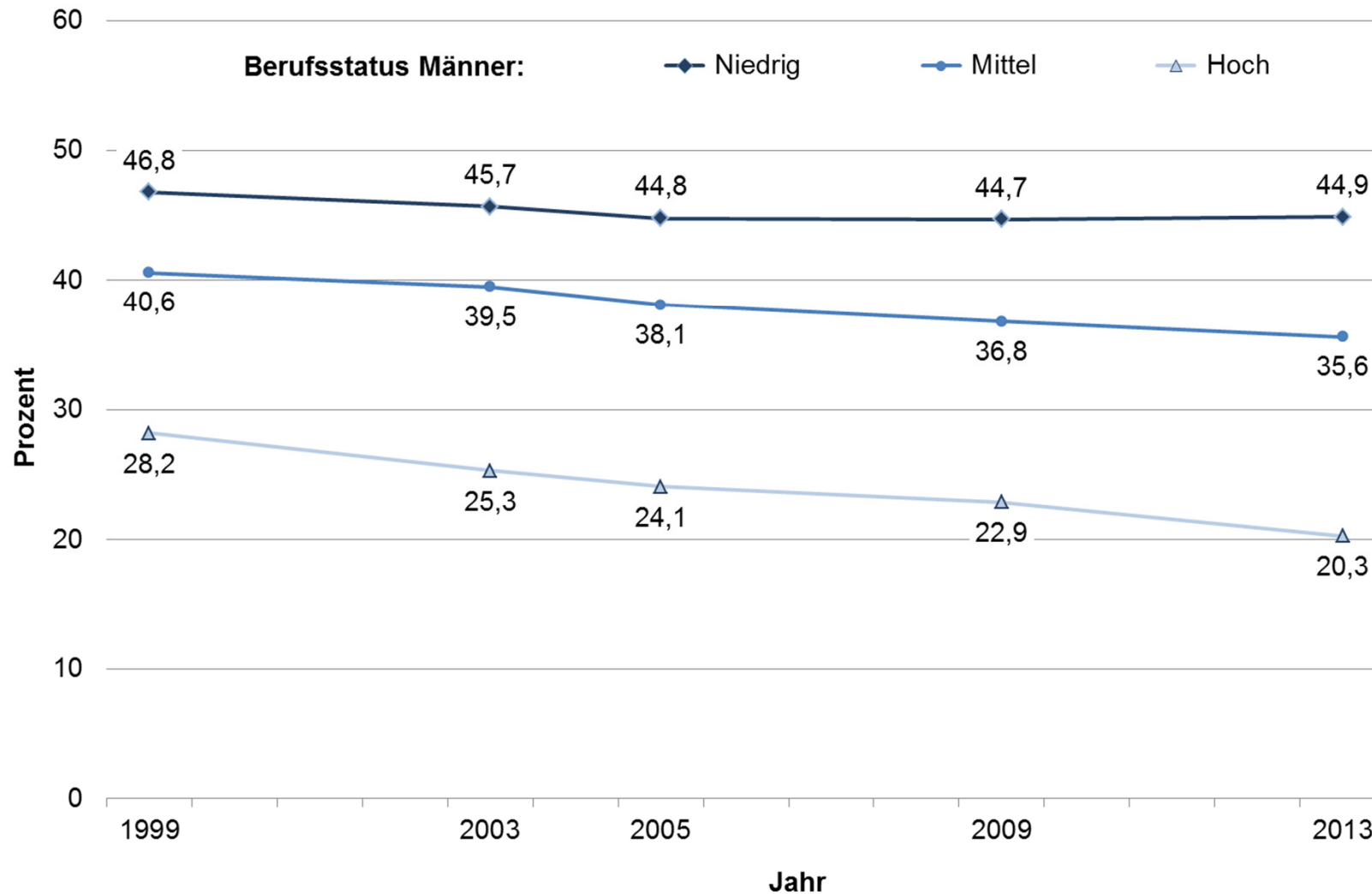


Datenbasis: Mikrozensus 1999-2013



# Zeitliche Entwicklung des Rauchens bei 18- bis 64-jährigen erwerbstätigen Männern nach Berufsstatus

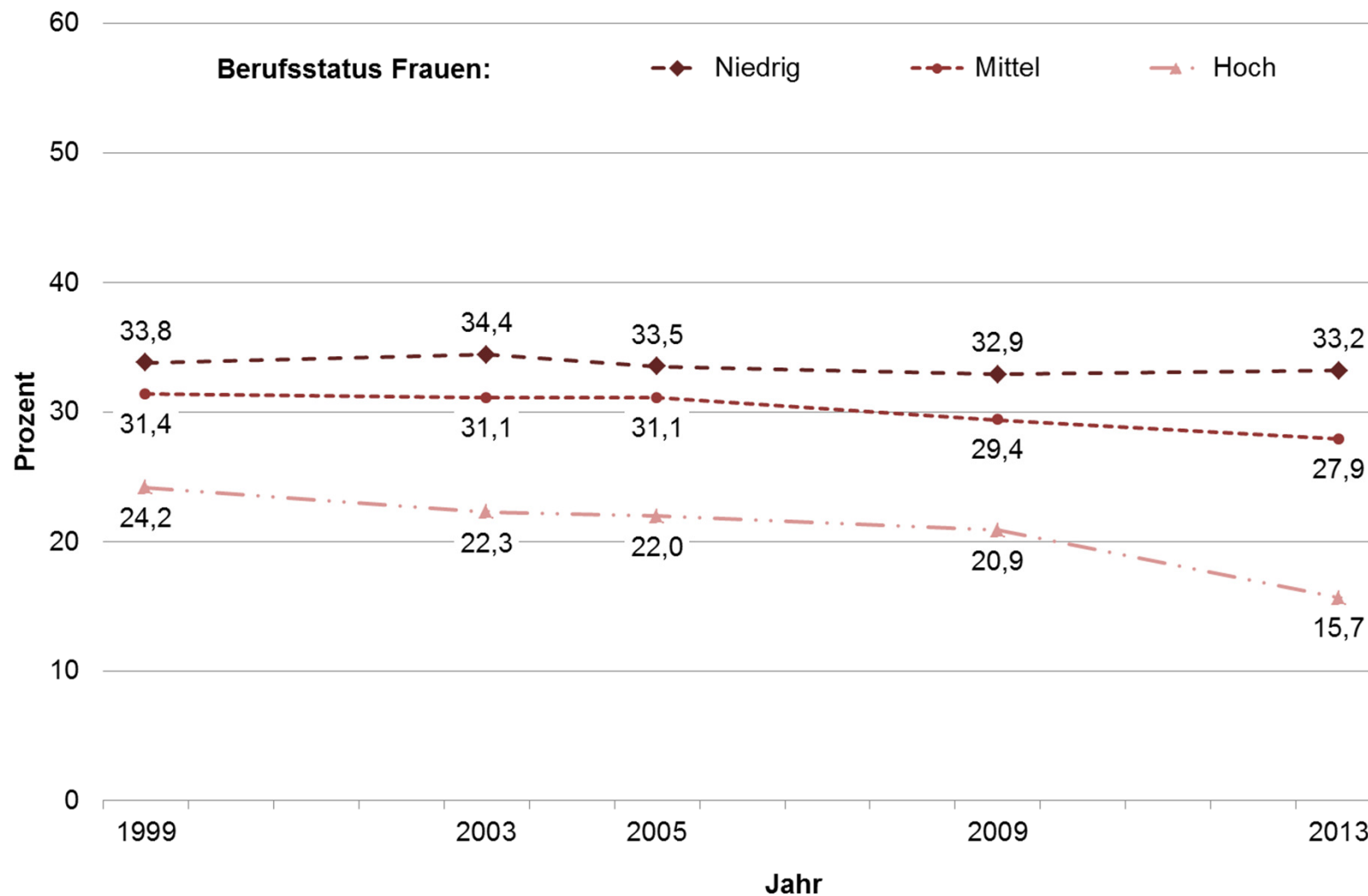
Datenbasis: Mikrozensus 1999-2013





# Zeitliche Entwicklung des Rauchens bei 18- bis 64-jährigen erwerbstätigen Frauen nach Berufsstatus

Datenbasis: Mikrozensus 1999-2013



# In welchen Berufen wird am wenigsten geraucht?

Datenbasis: Mikrozensus 1999-2013



**Tab. 2** Berufsgruppen mit den niedrigsten Rauchprävalenzen (<20 % in Bezug auf das Jahr 2013): Zeitliche Entwicklung der Rauchquote (modellbasiert standardisierte Prävalenzen für Alter, Geschlecht, Verhältnis Vollzeit/Teilzeit; Datenbasis: Mikrozensus 1999, 2003, 2005, 2009 und 2013)

	Berufsklassifikation nach ISCO-08	1999 (in %)	2003 (in %)	2005 (in %)	2009 (in %)	2013 (in %)	Absolute Entwicklung (1999–2013) in Prozentpunkten	Relative Entwicklung (1999–2013) in Prozent
1	Ingenieure (Elektrotechnik, Elektronik und Telekommunikationstechnik)	16,8	17,5	13,4	14,3	8,6	-8,2	-48,6
2	Ärzte	16,7	16,5	16,7	13,6	11,1	-5,6	-33,7
3	Juristen	19,9	17,9	20,3	16,2	12,4	-7,5	-37,5
4	Lehrkräfte im Primar- und Vorschulbereich	24,9	23,4	26,5	21,5	12,6	-12,3	-49,5
5	Universitäts- und Hochschullehrer	18,6	16,1	14,2	15,9	12,6	-6,0	-32,3
6	Lehrkräfte im Sekundarbereich	16,9	17,4	17,2	14,2	12,7	-4,2	-24,7
7	Ingenieurwissenschaftler (ohne Elektrotechnik, Elektronik und Telekommunikation)	21,6	16,3	17,7	16,6	14,4	-7,1	-33,1
8	Entwickler und Analytiker von Software und Anwendungen	24,2	23,5	19,1	19,5	17,3	-6,9	-28,5
9	Sonstige akademische und verwandte Gesundheitsberufe	22,5	21,0	21,6	21,8	17,7	-4,8	-21,3
10	Akademische und vergleichbare Fachkräfte im Bereich Finanzen	29,2	24,0	22,5	23,8	18,1	-11,0	-37,8
11	Landwirte mit Ackerbau und Tierhaltung (ohne Schwerpunkt)	19,9	19,0	17,8	19,9	18,4	-1,5	-7,7
12	Schalterbedienstete, Inkassobeauftragte und verwandte Berufe	29,6	26,6	27,2	24,7	18,9	-10,7	-36,1
13	Fachkräfte im Bereich Sport und Fitness	26,4	27,9	26,5	26,0	19,2	-7,2	-27,4
14	Lehrkräfte im Bereich Berufsbildung	32,5	30,9	27,4	28,9	19,8	-12,7	-39,1
15	Autoren, Journalisten und Linguisten	30,1	23,4	24,0	22,7	19,8	-10,3	-34,1

ISCO-08 Berufsklassifikation International Standard Classification of Occupations 2008

# In welchen Berufen wird am häufigsten geraucht?

Datenbasis: Mikrozensus 1999-2013



**Tab. 3** Berufsgruppen mit den höchsten Rauchprävalenzen (>40% in Bezug auf das Jahr 2013): Zeitliche Entwicklung der Rauchquote (modellbasiert standardisierte Prävalenzen für Alter, Geschlecht, Verhältnis Vollzeit/Teilzeit; Datenbasis: Mikrozensus 1999, 2003, 2005, 2009 und 2013)

	Berufsklassifikation nach ISCO-08	1999 (in %)	2003 (in %)	2005 (in %)	2009 (in %)	2013 (in %)	Absolute Entwick- lung (1999–2013) in Prozentpunkten	Relative Entwick- lung (1999–2013) in Prozent
1	Abfallentsorgungsarbeiter	45,9	50,0	53,2	51,0	51,9	6,0	13,0
2	Reinigungspersonal für Fahrzeuge, Fenster, Wäsche und sonstige manuelle Reinigungsberufe	43,5	40,2	38,0	41,4	50,0	6,4	14,8
3	Maler, Gebäudereiniger und verwandte Berufe	42,6	44,0	44,4	43,0	48,2	5,6	13,1
4	Bediener mobiler Anlagen	42,1	46,0	43,7	47,0	47,8	5,7	13,6
5	Kellner und Barkeeper	49,5	49,2	47,7	43,5	47,1	-2,4	-4,8
6	Sonstige Verkaufskräfte	37,3	35,4	39,3	36,9	46,4	9,2	24,6
7	Fahrer schwerer Lastkraftwagen und Busse	47,8	44,8	45,7	45,7	46,0	-1,9	-3,9
8	Baukonstruktions- und verwandte Berufe	44,9	44,5	42,6	44,4	45,3	0,5	1,0
9	Kraftfahrzeugführer	47,5	49,5	45,1	48,1	44,7	-2,9	-6,0
10	Hilfsarbeiter im Bergbau und im Bau	43,5	44,6	41,5	41,2	44,5	1,0	2,3
11	Betreuungsberufe im Gesundheitswesen	39,3	37,0	38,0	39,1	44,2	4,8	12,2
12	Ausbaufachkräfte und verwandte Berufe	41,5	43,0	37,9	43,1	43,2	1,7	4,2
13	Kassierer und Kartenverkäufer	54,1	38,0	35,6	38,7	42,8	-11,3	-20,9
14	Sonstige Hilfsarbeitskräfte	41,0	41,3	40,7	38,3	42,7	1,7	4,2
15	Bediener sonstiger stationärer Anlagen und Maschinen	43,8	47,2	42,7	41,6	42,0	-1,8	-4,1
16	Hilfsarbeiter in Transport und Lagerei	42,4	43,3	42,9	41,9	41,7	-0,7	-1,5
17	Bediener von Maschinen zur Herstellung von Gummi-, Kunststoff- und Papierwaren	38,6	43,7	36,4	41,2	41,5	2,8	7,4
18	Köche	42,6	39,3	41,9	40,8	41,3	-1,2	-2,9
19	Führungskräfte in Hotels und Restaurants	44,2	44,2	41,0	39,9	41,1	-3,1	-7,0
20	Reinigungspersonal und Hilfskräfte in Privathaushalten, Hotels und Büros	42,0	39,4	43,5	41,7	40,8	-1,2	-2,9

ISCO-08 Berufsklassifikation International Standard Classification of Occupations 2008



- Der Anteil der erwerbstätigen Männer und Frauen in Deutschland, die rauchen, **ist rückläufig** (insbesondere im jungen Erwachsenenalter)
- Die **Unterschiede zwischen den Berufsstatusgruppen** sind jedoch gleichzeitig **gestiegen**: Während die Rauchprävalenz bei Erwerbstätigen mit hohem Berufsstatus zurückgegangen ist, blieb sie in der niedrigen Statusgruppe weitgehend stabil
- Besonders deutlich kommen die sozialen Unterschiede im Rauchverhalten beim Vergleich **unterschiedlicher Berufsgruppen** zum Tragen
- Wie bereits ältere auf den Daten des Mikrozensus beruhende Auswertungen gezeigt haben, ist der **Anteil der Beschäftigten, die rauchen, in manuellen Berufen und gering qualifizierten Dienstleistungsberufen deutlich höher als in akademischen Berufen**
- Die nun erstmalig vorgelegten Trendanalysen deuten darauf hin, dass sich die **erheblichen Unterschiede im Rauchverhalten** unterschiedlicher Berufsgruppen seit 1999 **eher noch ausgeweitet haben**





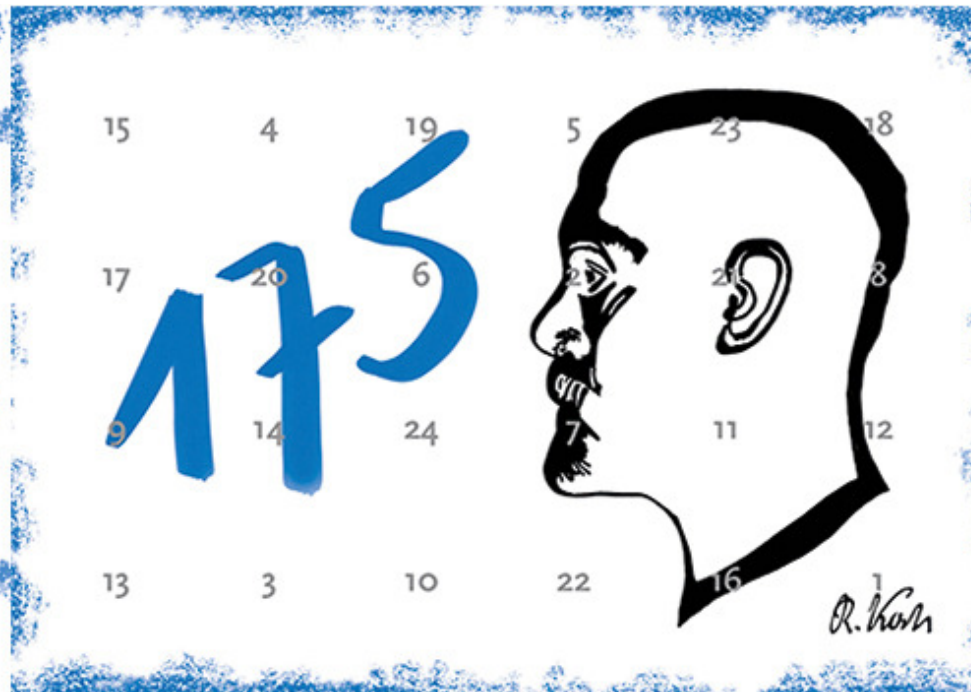
- Der **gesetzliche Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz** (Arbeitsstättenverordnung 2002) und weitere Tabakkontrollmaßnahmen dürften mit dazu beigetragen haben, dass die Prävalenz des Rauchens in der erwerbstätigen Bevölkerung rückläufig ist
- Da sich die Rauchverbote v.a. auf Innenräume bezogen, ist davon auszugehen, dass Berufsgruppen, in denen vorwiegend in geschlossenen Räumen gearbeitet wird, die Auswirkungen deutlich stärker gespürt haben
- Warum wird in bestimmten Berufsgruppen häufiger geraucht?
  - **Selektions- und Kausationseffekte**
  - Bildung beeinflusst sowohl die Berufswahl als auch das Rauchverhalten
- **Limitationen**
  - Fehlende Werte (ca. 20-25 % der Befragten machen keine Angabe zum Rauchen)
  - Selbstangaben: Sozial erwünschtes Antwortverhalten

# Bedeutung der Ergebnisse für die Tabakprävention und Tabakentwöhnung (insb. im Setting Betrieb)



- Um den Tabakkonsum in der Bevölkerung zu reduzieren und soziale Unterschiede im Rauchverhalten zu verringern, bedarf es **zielgruppengerechter Maßnahmen** zur Verhinderung des Raucheinstiegs und zur Förderung des Rauchausstiegs
- Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sollten Maßnahmen der **Tabakprävention und -entwöhnung** gezielt auf Berufsgruppen ausgerichtet werden, in denen besonders häufig geraucht wird
- Studien zeigen, dass die **Rauchquote bereits bei Berufsschülern und Auszubildenden deutlich höher** ist als bei gleichaltrigen Gymnasiasten und Studierenden
- Das **Ziel** muss sein, dass der Berufseinstieg junger Auszubildender nicht gleichzeitig den Einstieg in eine langfristige „Raucherkarriere“ bedeutet

Vielen Dank!



Kontakt:

Dr. Benjamin Kuntz

Robert Koch-Institut

Abt. für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring

FG 28 Soziale Determinanten der Gesundheit

E-Mail: [b.kuntz@rki.de](mailto:b.kuntz@rki.de)

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