



Tabakkonsum in Europa: Wo steht Deutschland?

Benjamin Kuntz, Johannes Zeiher, Anne Starker,
Jens Hoebel und Thomas Lampert

Abteilung für Epidemiologie und
Gesundheitsmonitoring



dkfz. DEUTSCHES
KREBSFORSCHUNGSZENTRUM
IN DER HELMHOLTZ-GEMEINSCHAFT

Stichtag für ein Leben ohne Krebs

17. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle

WHO-Kooperationszentrum
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?	/
Haben Sie in den letzten 5 Jahren Beratungshonorare von der Pharma-, Tabak- oder E-Zigarettenindustrie oder deren Lobby-Organisationen bezogen (Advisory Boards)?	/
Haben Sie in den letzten 5 Jahren von der Pharma-, Tabak- oder E-Zigarettenindustrie oder deren Lobby-Organisationen finanzielle Unterstützung für Projekte bezogen?	/
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)?	/
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)?	/
Haben Sie sonstige Verbindungen zur Pharma-, Tabak- oder E-Zigarettenindustrie oder deren Lobby-Organisationen?	/
Bitte beschreiben Sie hier potentielle andere Interessenskonflikte:	/



Ich deklariere hiermit, keine Interessenkonflikte im Rahmen der 17. Deutschen Konferenz für Tabakkontrolle zu haben.

NACHNAME, VORNAME (BLOCKBUCHSTABEN)

Kuntz, Benjamin

Datum und Unterschrift

28.11.19

B. Kuntz

Hintergrund: Der Tabakwarenabsatz und die Rauchprävalenz in Deutschland sinken



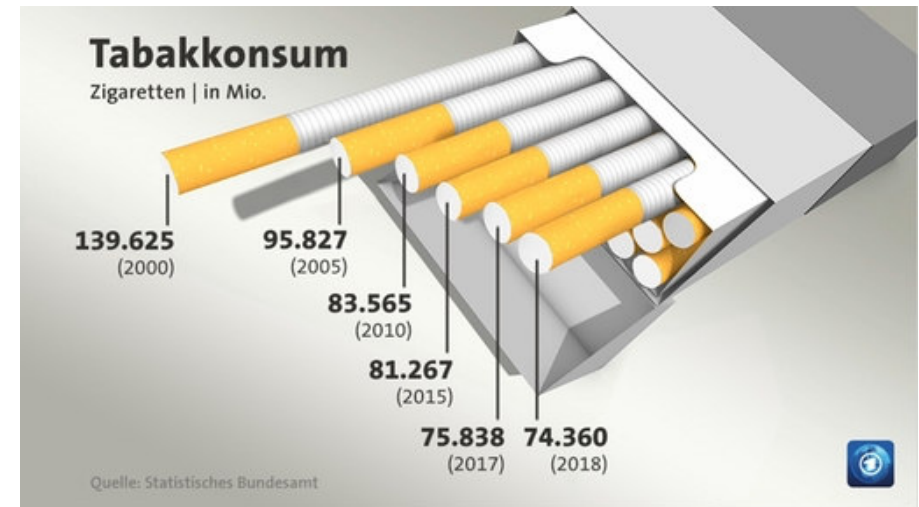
Trends der 30-Tage Prävalenz des Rauchens und des starken Rauchens bei 18- bis 59-Jährigen, 1990-2018

	Erhebungsjahr									
	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018
Gesamt										
30-Tage Prävalenz	44.6*	36.1*	36.8*	34.9*	33.9*	33.1*	30.3*	27.6*	25.8*	21.4
Starkes Rauchen ¹	17.4*	14.7*	14.0*	11.1*	11.3*	9.6*	7.1*	6.4*	4.5	3.9
Männer										
30-Tage Prävalenz	48.1*	42.8*	43.4*	39.0*	37.1*	37.3*	34.1*	30.6*	28.1*	24.2
Starkes Rauchen ¹	22.1*	19.4*	19.5*	14.2*	14.3*	12.9*	9.0*	8.4*	5.8	5.5
Frauen										
30-Tage Prävalenz	41.0*	29.3*	30.2*	30.6*	30.5*	28.8*	26.4*	24.4*	23.4*	18.5
Starkes Rauchen ¹	12.7*	9.9*	8.4*	7.8*	8.3*	6.4*	5.3*	4.3*	3.1*	2.3

¹ Täglich 20 oder mehr Zigaretten

*p<.05 für Vergleich mit dem Jahr 2018.

Logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Referenz: 2018), Alter, (Geschlecht), Erhebungsmodus.



Datenbasis: Epidemiologischer Suchtsurvey (IFT, München)

Datenbasis: Tabaksteuerstatistik

Wichtig für den internationalen Vergleich von Studienergebnissen: Vergleichbarkeit!



Bildlizenz: [cc by/2.0/de](https://creativecommons.org/licenses/by/2.0/de/) (by [Apple and Pear Australia Ltd](https://www.appleandpear.com/))

Datenquellen für den Vergleich von Rauchprävalenzen in Europa



■ Jugendliche

- ESPAD (alle 4 Jahre)
- HBSC (alle 4 Jahre)

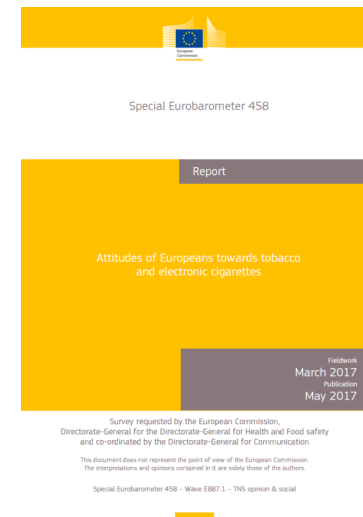


The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs



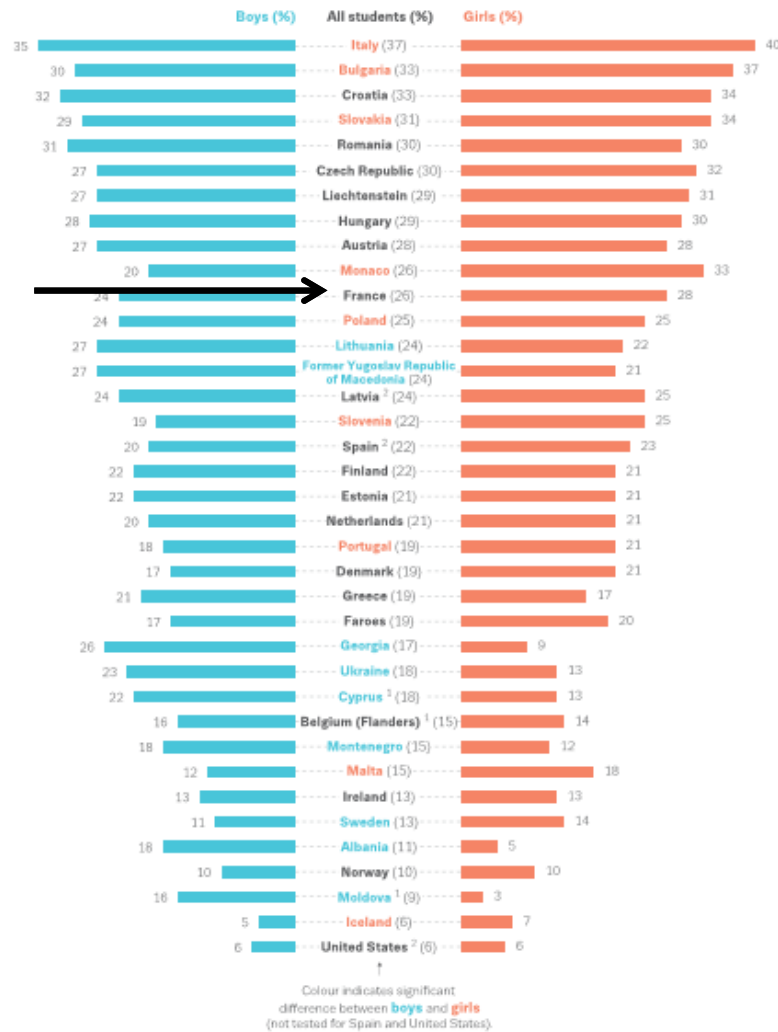
■ Erwachsene

- Eurobarometer (unregelmäßig, zuletzt 2017)
- EHIS (European Health Interview Survey, 2. Welle 2013-2015)

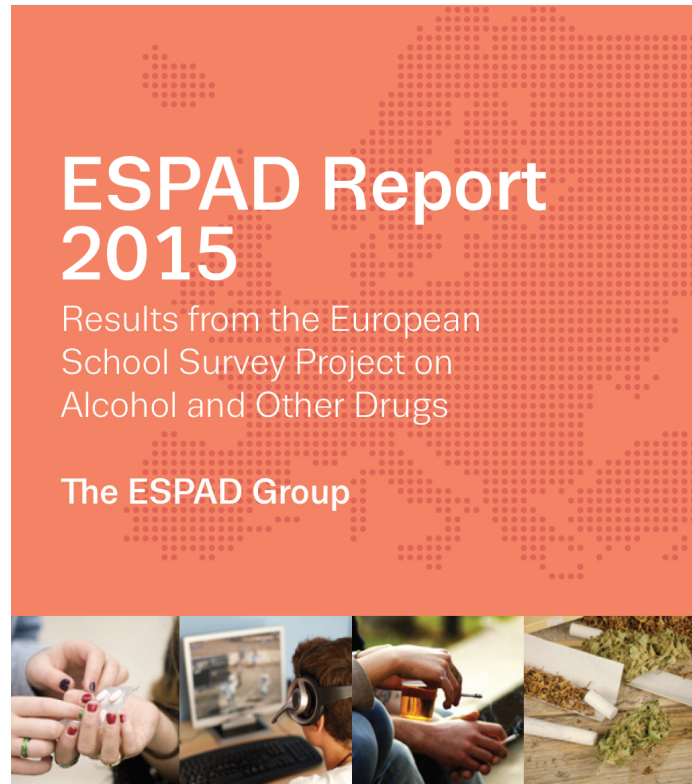


30-Tage-Prävalenz des Zigarettenkonsums bei 15- bis 16-jährigen Schülern in Europa nach Geschlecht

Datenbasis: ESPAD-Studie 2015



Bayern (26%)

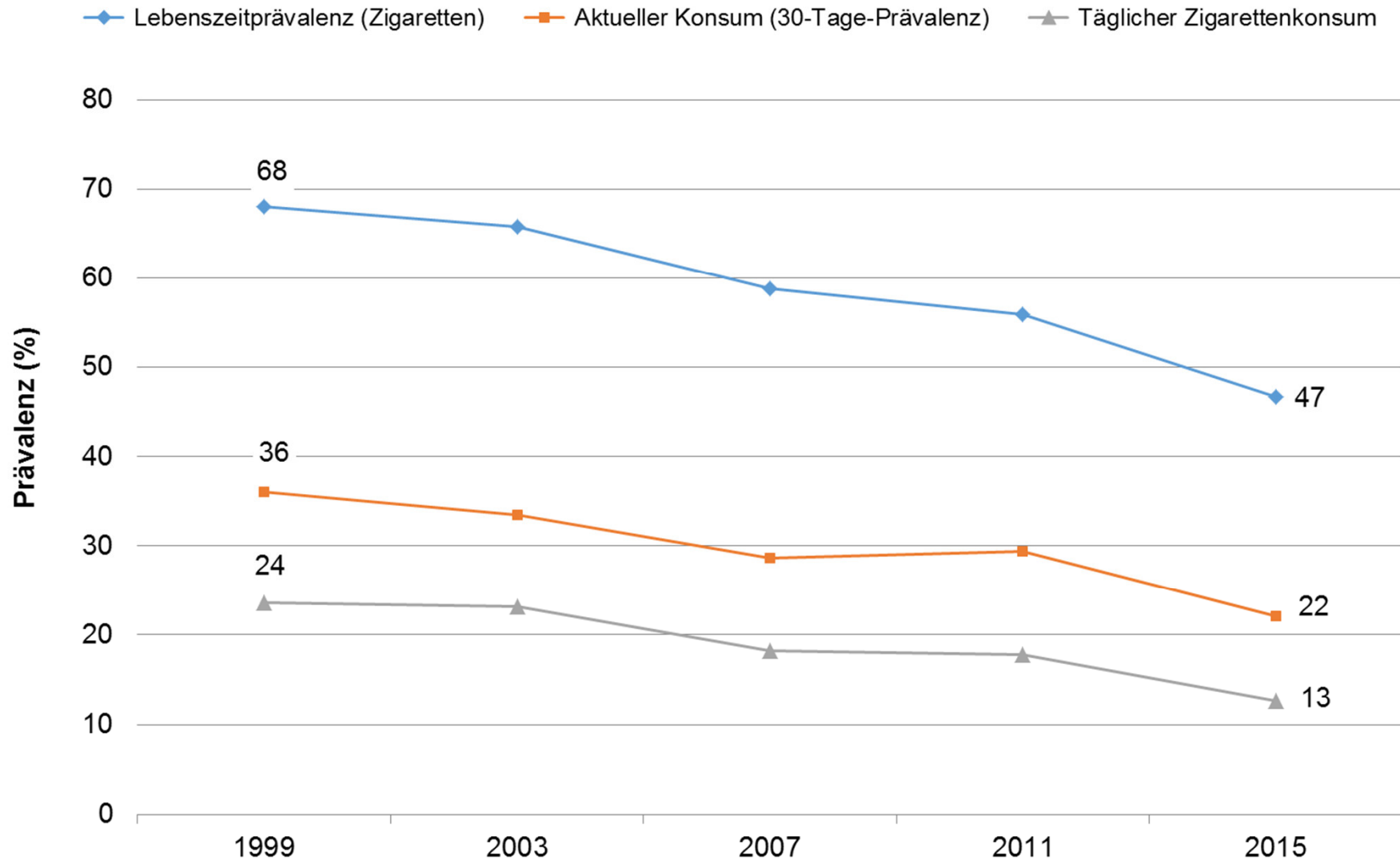


Kraus et al. 2016

¹ Belgium (Flanders), Cyprus and Moldova: limited geographical coverage.
² Latvia, Spain and United States: limited comparability.

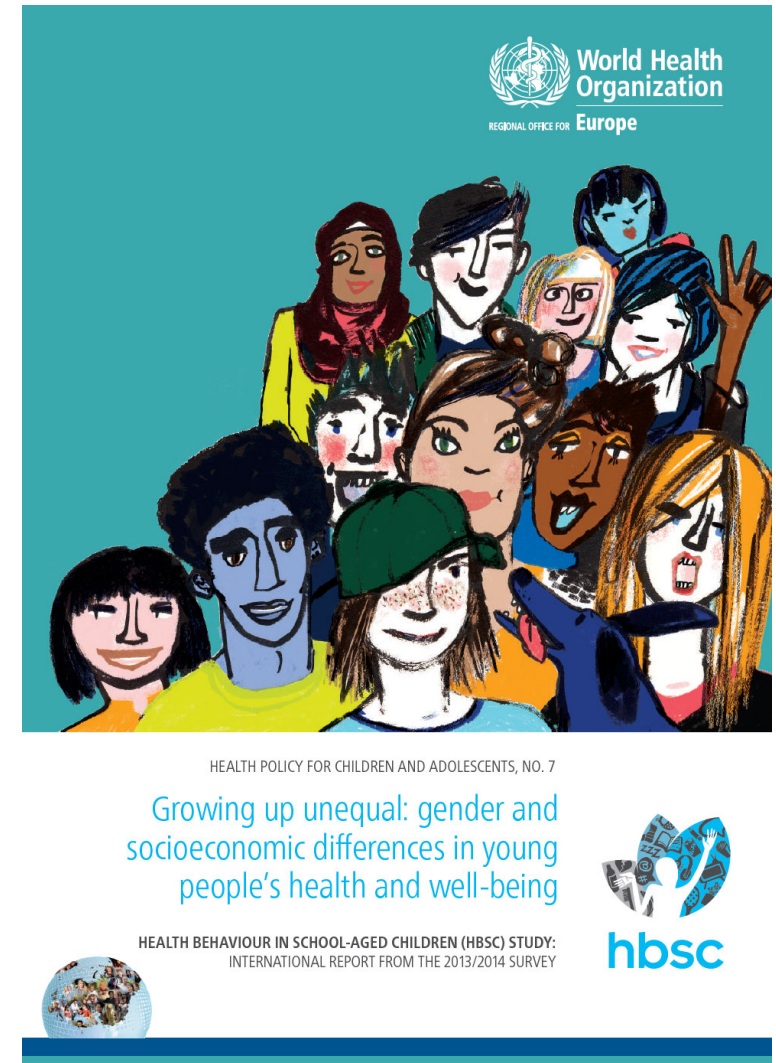
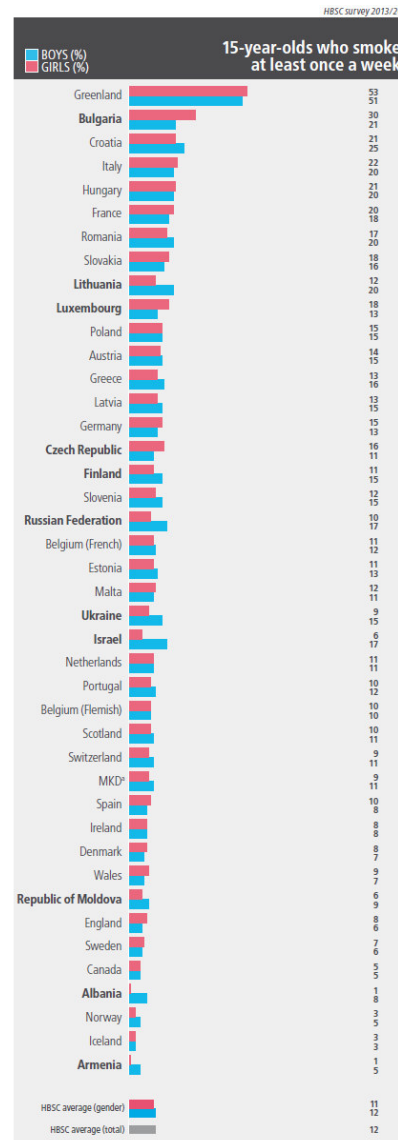
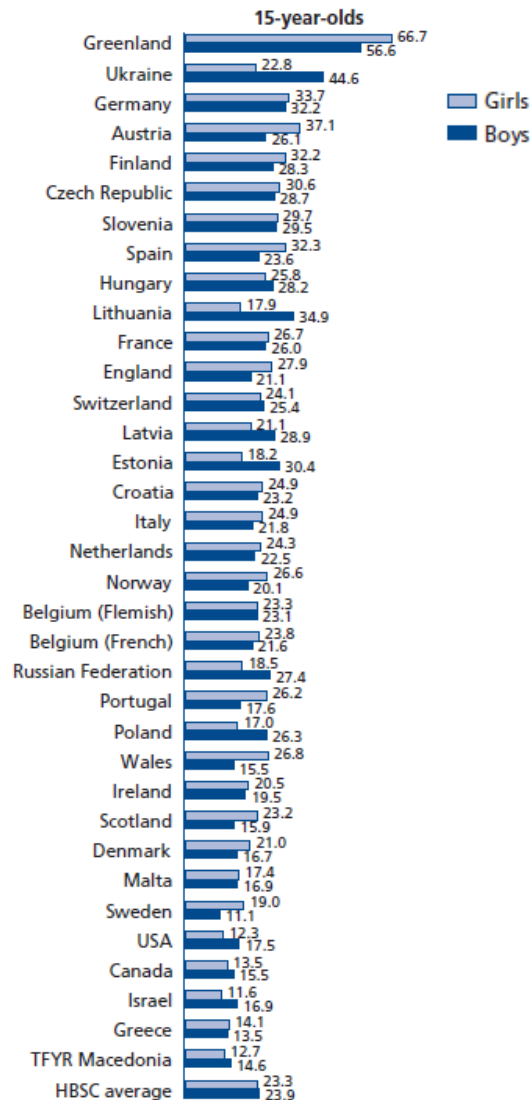
Zigarettenkonsum bei 15- bis 16-jährigen Schülerinnen und Schülern in 25 Ländern Europas

Datenbasis: ESPAD-Studie 1999-2015



Anteil 15-jähriger Schülerinnen und Schüler, die regelmäßig (mind. einmal pro Woche) rauchen

Datenbasis: HBSC-Studie 2001/02 vs. 2013/14



Prävalenz aktuellen Rauchens in Deutschland und Europa

Datenbasis: Special Eurobarometer 458 (2017), Personen ab 15 Jahren (N=27.901)

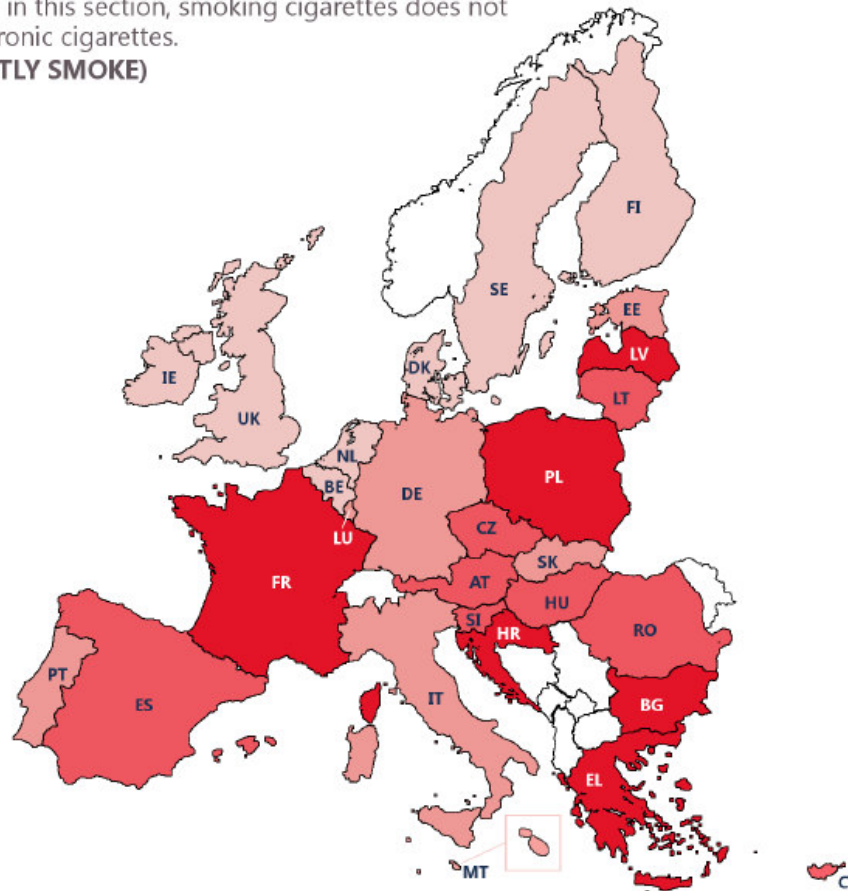


EL		37
BG		36
FR		36
HR		35
LV		32
PL		30
CZ		29
LT		29
CY		28
AT		28
RO		28
SI		28
ES		28
HU		27
PT		26
EU28		26
SK		26
DE		25
MT		24
IT		24
EE		23
LU		21
FI		20
BE		19
DK		19
IE		19
NL		19
UK		17
SE		7

QB1 Regarding smoking cigarettes, cigars, cigarillos or a pipe, which of the following applies to you? In this question and the following questions in this section, smoking cigarettes does not include use of electronic cigarettes.
(% - YOU CURRENTLY SMOKE)

Map Legend

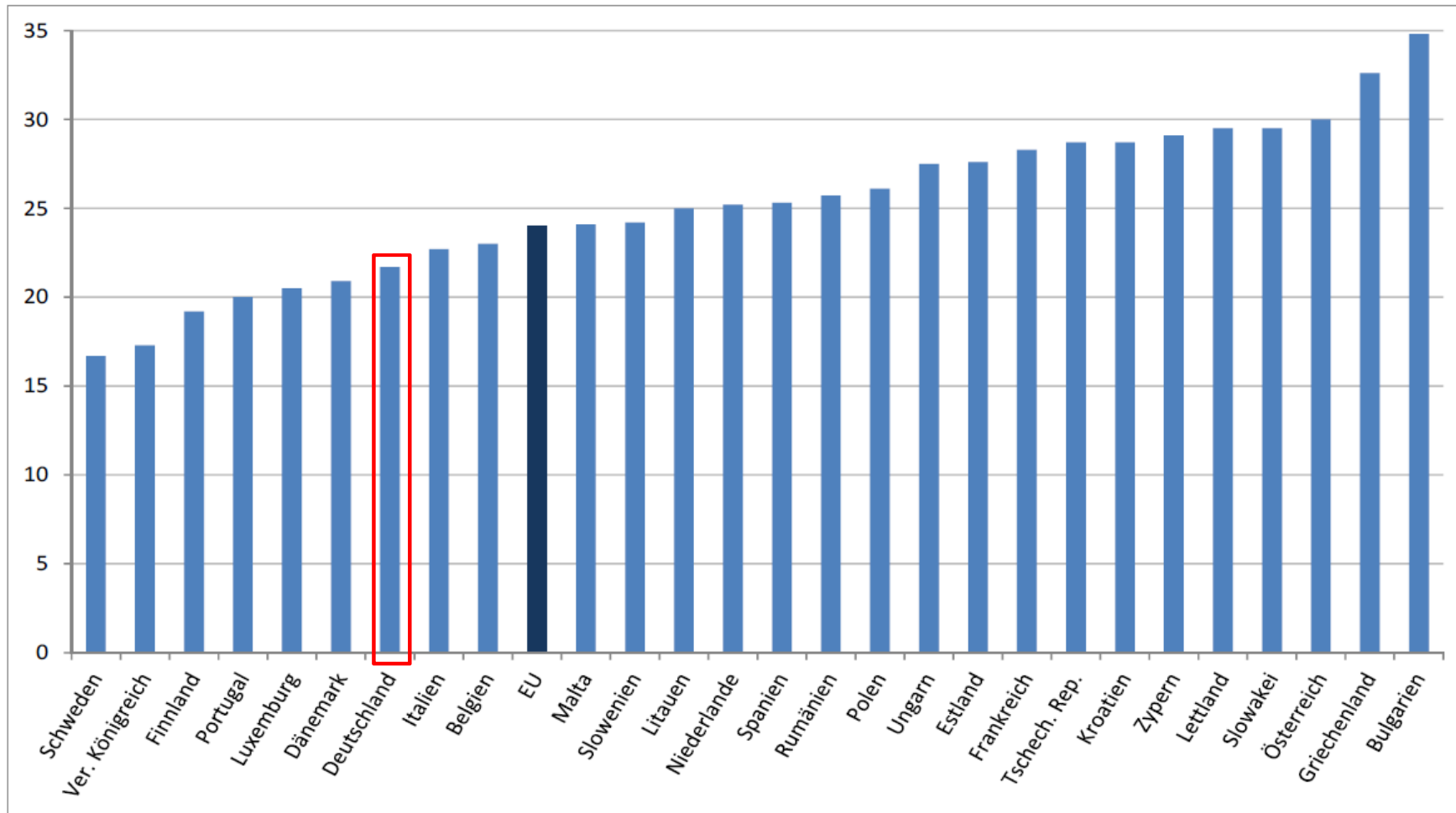
	30 - 100
	27 - 29
	21 - 26
	0 - 20



	You currently smoke
EU28	26
Gender	
Man	30
Woman	22
Age	
15-24	29
25-39	32
40-54	31
55 +	18
Education (End of)	
15-	23
16-19	32
20+	22
Still studying	22
Socio-professional category	
Self-employed	26
Managers	20
Other white collars	27
Manual workers	38
House persons	23
Unemployed	46
Retired	17
Students	22
Difficulties paying bills	
Most of the time	43
From time to time	34
Almost never/ Never	22
Consider belonging to	
The working class	31
The lower middle class	29
The middle class	23
The upper middle class	21
The upper class	22

Prävalenz aktuellen Rauchens in Deutschland und Europa

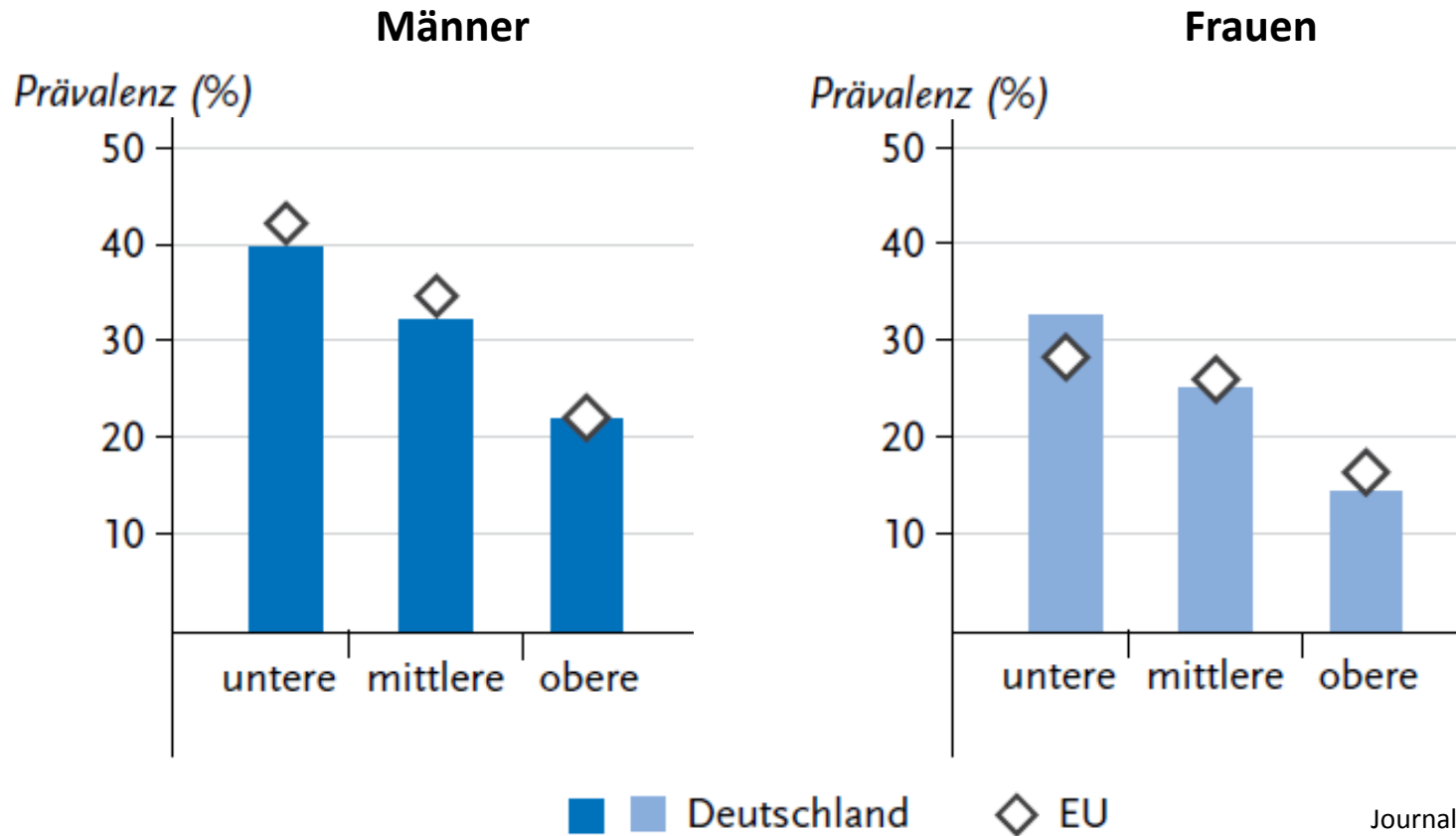
Datenbasis: EHIS 2 (2013-2015), Personen ab 15 Jahren (N=304.168)



Irland: Daten nicht verfügbar.

Altersstandardisierte Prävalenz aktuellen Rauchens nach Geschlecht und Bildung in Deutschland u. Europa

Datenbasis: EHIS 2 (2013-2015), 25- bis 69-Jährige (N=217.215)

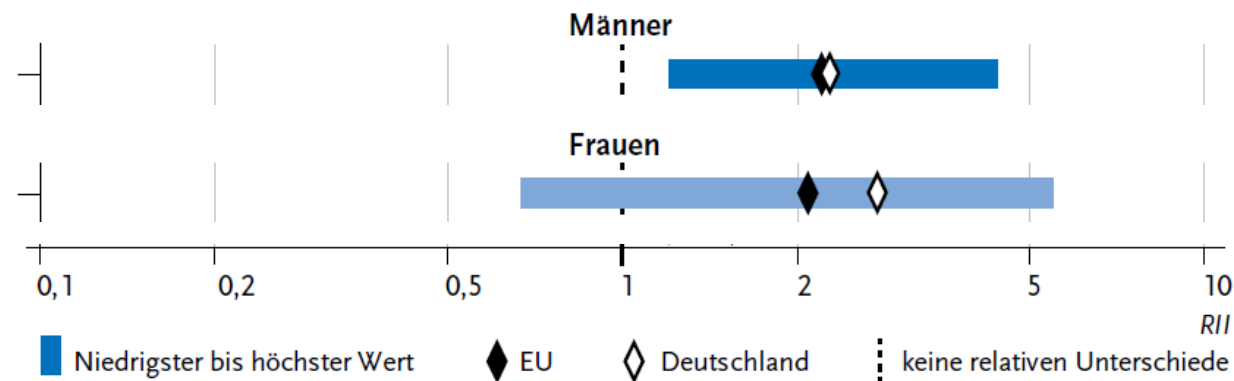
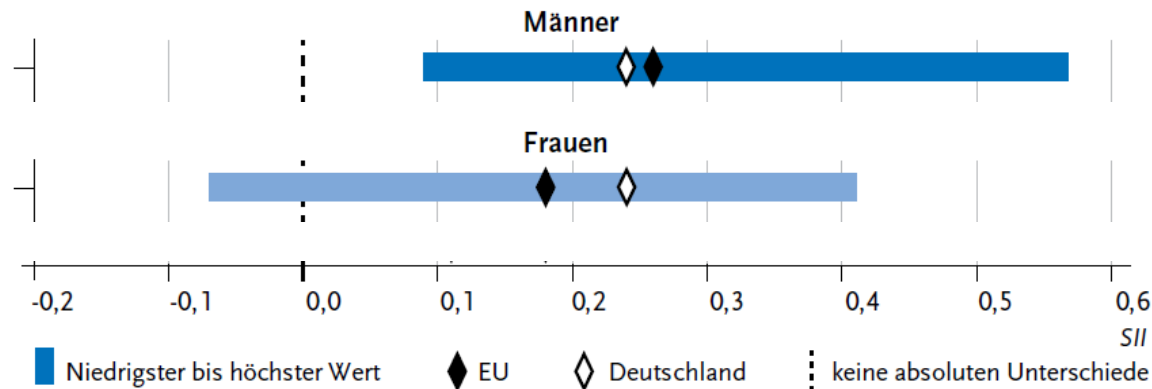


Finger et al. 2019
Journal of Health Monitoring 4 (4): 31-51

Männer: 28,4% vs. 32,3%
Frauen: 22,1% vs. 22,9%

Absolute und relative Bildungsunterschiede in der altersstandardisierten Prävalenz aktuellen Rauchens nach Geschlecht in Deutschland und Europa

Datenbasis: EHIS 2 (2013-2015), 25- bis 69-Jährige (N=217.215)



Bildungsstatus

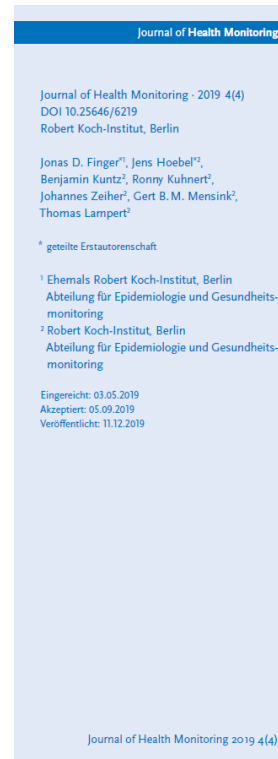
Der Bildungsstatus der Befragten wurde mithilfe der Internationalen Standardklassifikation des Bildungswesens (ISCED) in der Version von 2011 erfasst [15]. Die ISCED-Klassifikation berücksichtigt sowohl schulische als auch berufliche Bildungsabschlüsse und ermöglicht international vergleichende Analysen von Gruppen mit unterschiedlichem Bildungsstand in Ländern mit verschiedenen Bildungssystemen. Für die Analysen dieses Artikels wurden die ISCED-Level 0 bis 2 in eine untere, die ISCED-Level 3 bis 4 in eine mittlere und die ISCED-Level 5 bis 8 in eine obere Bildungsgruppe zusammengefasst.

Finger et al. 2019
Journal of Health Monitoring 4 (4): 31-51



- Insgesamt liegt die Rauchprävalenz in Deutschland im europäischen Durchschnitt
- Der Anteil der Raucherinnen und Raucher ist in Deutschland und den meisten Ländern Europas rückläufig
- Besonders stark abgenommen hat der Anteil der jugendlichen Raucher
- Verstärkte Tabakkontrollpolitik > sinkende Rauchprävalenzen?
- In (fast) allen europäischen Ländern lassen sich stark ausgeprägte soziale Unterschiede im Tabakkonsum der Bevölkerung feststellen
- Je niedriger der sozioökonomische Status, desto höher ist der Anteil der Raucherinnen und Raucher; die sozialen Unterschiede im Tabakkonsum haben sich in den vergangenen 20 Jahren eher noch ausgeweitet
- Welche Maßnahmen können sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen am besten erreichen?

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Bildungsunterschiede in der Prävalenz verhaltensbezogener Risikofaktoren in Deutschland und der EU – Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS) 2

Abstract

In diesem Beitrag werden Bildungsunterschiede in der Verbreitung verhaltensbezogener Risikofaktoren bei Erwachsenen untersucht und die Ergebnisse für Deutschland mit dem Durchschnitt der Europäischen Union (EU) verglichen. Datengrundlage ist die zweite Welle des European Health Interview Surveys 2013–2015 (EHIS2). Die Analyse erfolgte durch die regressionsbasierte Berechnung von relativen und absoluten Bildungsunterschieden in der Prävalenz verhaltensbezogener Risikofaktoren auf Basis von Selbstangaben 25- bis 69-jähriger Frauen und Männer (n=217.215). In Deutschland und im EU-Durchschnitt sind aktuelles Rauchen, Adipositas, körperliche Aktivität unter 150 Minuten pro Woche, episodisches Rauschtrinken und nicht täglicher Obst- oder Gemüsekonsum bei Personen mit niedrigem Bildungsstatus stärker verbreitet als bei jenen mit hohem Bildungsstatus. Vergleicht man die relativen Bildungsunterschiede für diese Risikofaktoren in Deutschland mit den Ergebnissen anderer EU-Länder, so liegt Deutschland insgesamt im Mittelfeld. Die relativen Bildungsunterschiede im aktuellen Rauchen und episodischen Rauschtrinken sind bei Frauen in Deutschland stärker ausgeprägt als im EU-Durchschnitt; bei Männern gilt dies für die geringe körperliche Aktivität. Die relativen Bildungsunterschiede für nicht täglichen Obst- oder Gemüsekonsum sind hingegen bei Frauen und Männern in Deutschland weniger stark ausgeprägt als im EU-Durchschnitt. Verstärkte Anstrengungen in unterschiedlichen Politikbereichen sind nötig, um die dem Gesundheitsverhalten zugrundeliegenden Verhältnisse insbesondere für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu verbessern und die gesundheitliche Chancengleichheit zu erhöhen.

GESUNDHEITSVERHALTEN · BILDUNGSUNTERSCHIEDE · ERWACHSENE · DEUTSCHLAND · EUROPÄISCHER VERGLEICH

1. Einleitung

In Deutschland und anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) bestehen beträchtliche soziale Unterschiede in der Mortalität, wobei das Risiko für vorzeitige Sterblichkeit in sozial schlechtergestellten Gruppen höher liegt als in sozial bessergestellten Gruppen [1, 2]. Für

einige europäische Länder liegen Hinweise darauf vor, dass sich die absoluten Mortalitätsunterschiede zwischen den sozioökonomischen Gruppen seit den 1990er Jahren verringert haben, die relativen Unterschiede aber weiter zugenommen haben [2]. Nichtübertragbare Krankheiten (noncommunicable diseases, NCD) – wie kardiovaskuläre Krankheiten, Krebserkrankungen, chronisch obstruktive

Kontakt:

Dr. Benjamin Kuntz

Robert Koch-Institut

Abt. für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring

FG 28 Soziale Determinanten der Gesundheit

E-Mail: b.kuntz@rki.de

www.rki.de