



**Kreis
Steinburg**

Gesundheitsberichterstattung Kreis Steinburg

Heute im Blick:

**Tabakkonsum -
Verbreitung, Auswirkungen und Prävention**





**Kreis
Steinburg**

Impressum

Herausgeber: Kreis Steinburg
Der Landrat
Gesundheitsamt
Viktoriastraße 17a, 25524 Itzehoe

Bearbeitung: Tannja Pfaff

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe.

Mai 2024

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Tabakkonsum	5
3	Passivrauch-Belastung	6
4	Gesundheitliche Folgen	7
4.1	Medizinische Diagnosedaten	7
4.2	Lungenkrebs-Neuerkrankungen	8
4.3	Lungenkrebs-Sterberaten	9
5	Konsum alternativer Produkte	10
6	Gesundheitsökonomische Aspekte	11
7	Prävention	12
8	Fazit	14
9	Literatur	15

1 Einleitung

„Rauchen ist der wichtigste vermeidbare Risikofaktor für chronische, nicht übertragbare Krankheiten“

Durch aktives Rauchen erhöht sich das Risiko an Krebs, Herz-Kreislaufkrankungen oder chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) zu erkranken bzw. vorzeitig an den Folgen des Rauchens zu versterben. Psychische Abhängigkeit und/oder Verhaltensstörungen können sich entwickeln. Selbst Passivrauchen bewirkt gesundheitliche Leiden. 2018 waren 13,3 % aller Todesfälle in Deutschland auf durch Rauchen entstandene Krankheitsfolgen zurückzuführen, in Schleswig-Holstein waren dies 17,0 % [1] [2].

Schleswig-Holstein hat als ein Gesundheitsziel definiert, den Tabakkonsum im Land zu senken [3]. Dazu gibt es auf Landesebene vielfältige Präventionsangebote, bestehend aus Schulungen zur Sensibilisierung und zur Aufklärung zum Thema Rauchen. Auf Ebene der Gesetzgebung können strukturellen Maßnahmen den Rückgang des rauchenden Anteils bewirken [4].

Das Gesundheitsamt des [Kreises Steinburg](#) unterstützt fortlaufend und systematisch die Präventionsarbeit in Schulen und trägt damit einen Teil zur Reduzierung der Raucherquote bei.

Ziel des vorliegenden Berichts ist, Informationen und Daten aus der Fachliteratur bereitzustellen und dazu anzuregen, diese bewusst zu verinnerlichen. Wenn jede*r Bürger*in die Nachteile des Rauchens erkennt, kann es gemeinsam gelingen, Kinder und Jugendliche vom Rauchen abzuhalten und aktive Raucher*innen bei einer Reduzierung bzw. bestenfalls bei einer Entwöhnung zu unterstützen.

Tabakkonsum

2021 lag der Anteil an Bürger*innen im Alter ab 15 Jahren, die gelegentlich bis regelmäßig rauchten, laut der freiwilligen Angaben im Mikrozensus¹ [5] im **Kreis Steinburg**² mit 24,8 % höher als der Durchschnitt in Schleswig-Holstein und in Deutschland [6] [7].

In Schleswig-Holstein rauchten 2021 gelegentlich bis regelmäßig 19,3 % der Bevölkerung ab 15 Jahren. Männer rauchten mit einem Anteil von 22,2 % häufiger als Frauen (16,6 %). Am häufigsten rauchten Frauen im Alter zwischen 55 und 65 Jahren und Männer zwischen 35 und 45 Jahren [6].

In Deutschland sind die Werte niedriger. 2021 rauchten 18,9 % der Bürger*innen ab 15 Jahren Tabakprodukte. Es rauchten mehr Männer (22,3 %) als Frauen (15,7 %) [7] und häufiger Personen mit eher niedrigem ökonomischem Status [1].

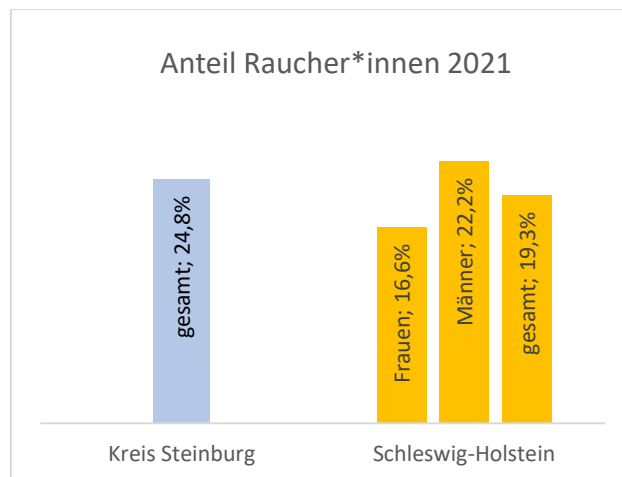


Abbildung 1: Anteil Raucher*innen in der Bevölkerung ab 15 Jahren im Kreis Steinburg (als räumliche Einheit gemeinsam mit Dithmarschen ausgewertet) und in SH
Quelle: Statistikamt Nord [6]; eigene Berechnungen und Darstellung

In der Bevölkerung ab 18 Jahren liegt der Anteil an Raucher*innen von Tabakprodukten einschließlich Tabakerhitzer (ohne E-Zigaretten) höher. Erhebungen des Robert Koch-Instituts (RKI) zeigen, dass 2019/2020 in Schleswig-Holstein 27,8 % der Bürger*innen (23,9 % Frauen, 31,9 % Männer), in Deutschland 28,9 % (24 % Frauen, 34 % Männer) zumindest gelegentlich rauchten [8]. Das bedeutet, dass weniger sehr junge Menschen rauchen, was auch die Erhebungen zeigen: 2021 rauchten 6,1 % der 12-17-jährigen Mädchen und Jungen gegenüber 27,5 % im Jahr 2001 [9].

Offenbar hat sich jedoch im Laufe der Pandemie der Raucheranteil, auch bei den Jüngeren, wieder erhöht. Im zwei-Monats-Intervall stattfindende repräsentative Umfragen determinieren den Wert aktuell auf 33,8 % in der Bevölkerung ab 14 Jahren (9/2023) [10].

¹ Der Mikrozensus ist eine in Deutschland jährliche, auf Basis gesetzlicher Vorgaben und für die ausgewählten Haushalte verpflichtende Befragung zu verschiedenen Themenbereichen. Das Rauchverhalten wird im Vier-Jahres-Rhythmus (die aktuellste Zusatzerhebung erfolgte in 2021) mittels einer freiwilligen Selbstausskunft erfragt und bezieht sich auf Tabakkonsum. Die hier vorgestellten

Anteile beziehen sich jeweils auf die Anzahl aller Personen, die gültige Angaben zu ihrem Rauchverhalten gemacht haben [5].

² Aufgrund zu geringer Fallzahlen wurde der Kreis Steinburg statistisch als räumliche Einheit gemeinsam mit Dithmarschen ausgewertet [6].

Passivrauch-Belastung

Durch Passivrauchen erhöht sich in Abhängigkeit von der Dauer und Stärke der Belastung z. B. das Risiko für Lungenkrebs um bis zu 40 % oder für einen Schlaganfall um bis 30 % im Vergleich zu „nicht-mit-Rauchenden“. Kinder haben ein erhöhtes Risiko für Atemwegserkrankungen und während der Schwangerschaft entstehen Nachteile für den ungeborenen Säugling [1] [11].

Der Anteil der nichtrauchenden Menschen, die in Schleswig-Holstein regelmäßig Belastungen durch das Rauchen anderer ausgesetzt sind, war 2019/2020 altersstandardisiert³ [12] mit 9,0 % höher als der Bundesdurchschnitt mit 8,3 %. Dabei sind in Schleswig-Holstein Männer mit 14,5 % (Deutschland 11,0 %) einer stärkeren Belastung ausgesetzt als Frauen mit 4,1 % (Deutschland 6,0 %). Deutschlandweit sind Männer und Frauen im Alter zwischen 18 und 29 Jahren am stärksten betroffen und tendenziell eher Personen aus der unteren Bildungsgruppe (Ergebnisse aus der RKI-Umfrage in der deutschsprachigen Bevölkerung ab 15 Jahren) [8].

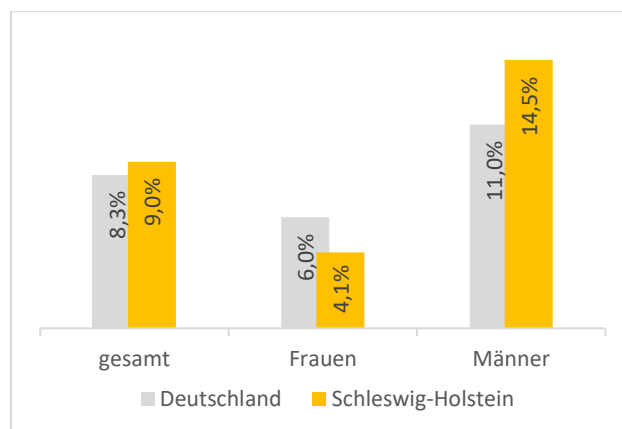


Abbildung 2: Altersstandardisierte Anteile unter Nichtrauchern hinsichtlich regelmäßiger Passivrauchbelastung

Quelle: RKI (GEDA 2019/2020) [8]; eigene Darstellung

³ Um bei einem Vergleich von Bevölkerungen mit unterschiedlichen Altersstrukturen Verzerrungen zu vermeiden, werden die realen Werte der betrachteten Bevölkerung gemäß der Altersstruktur einer hypothetischen Bevölkerung, der sogenannten Standardbevölkerung, gewichtet. Insofern ist bei der

Interpretation zu beachten, dass altersstandardisierte Werte nicht den tatsächlichen Werten entsprechen, sondern die Prävalenz angeben, die in der betrachteten Bevölkerung vorhanden wäre, wenn deren Altersstruktur der Standardbevölkerung entsprechen würde [12].

4.1 Medizinische Diagnosedaten

Nikotin macht physisch und psychisch abhängig [1].

Die Analyse der gesamten Diagnosegruppe „F17 Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak“ (geführt in der ICD-10-GM) in den krankenkassenübergreifenden, vertragsärztlichen und pseudonymisierten Daten aller Patient*innen mit Wohnort in Schleswig-Holstein und mindestens einem abgerechneten Arzt-/Ärztinnen-Kontakt im jeweiligen Jahr (2011 bis 2020) zeigt folgende Tendenzen:

Der altersstandardisierte⁴ Anteil derjenigen, die zwei Quartale in Folge eine Haupt- oder Nebendiagnose wegen z. B. Abhängigkeits- oder Entzugssyndromen erhielten, hat sich seit 2011 stetig erhöht. In Schleswig-Holstein ist die Diagnoseprävalenz von etwa 2,5 % im Jahr 2011 auf 4,4 % in den Jahren 2019 und 2020 gestiegen. Im **Kreis Steinburg** lag die Diagnoseprävalenz 2011 noch bei 1,9 %, erhöhte sich bis 2019 auf 4,4 %, 2020 auf 4,5 %. Die Anteile an F17-Diagnosen waren damit 2020 höher als im Bundesdurchschnitt (2011 etwa 2,3 %, 2020 etwa 4,0 %).

Die altersstandardisierte Neuerkrankungsrate einer F17-Diagnose für 2019 (Angaben für 2020 liegen nicht vor) lag in Schleswig-Holstein bei 1,2 Neuerkrankungen pro 100 Patient*innen. Im **Kreis Steinburg** lag die altersstandardisierte Neuerkrankungsrate bei 1,3 Neuerkrankungen je 100 Patient*innen (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland zitiert in [4]).

Bezüglich gesundheitlicher Folgen ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen. Die dargestellten Häufigkeiten beinhalten nicht die Personen, die zwar gesundheitliche Probleme haben, aber keine*n Mediziner*in konsultieren.

	Diagnoseprävalenz		Neuerkrankungsrate
	2011	2020	2019
Kreis Steinburg	1,9%	4,5%	1,3%
Schleswig-Holstein	2,5%	4,4%	1,2%

*Tabelle 1: Altersstandardisierte Diagnoseprävalenzen und Diagnose-Neuerkrankungsrate der Patient*innen, die 2019 in mindestens zwei Quartalen eine Diagnose aus der Gruppe F17 erhielten
Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung zitiert in [4], eigene Darstellung*

⁴ Die standardisierten Angaben beruhen auf der Patient*innen-Struktur mit Wohnort in der KV Schleswig-Holstein im Jahr 2020 [4].

4.2 Lungenkrebs-Neuerkrankungen

Neben den eingangs beschriebenen Erkrankungen sind bundesweit mehr als 80 % der Lungenkrebsfälle auf das Rauchen zurückzuführen.⁵ Hinsichtlich Neuerkrankungen von Lungenkrebs sind Männer, parallel zum höheren Anteil an Rauchern, häufiger betroffen als Frauen. Nach Angaben von Forscher*innen waren 2018 89 % der Lungenkrebsfälle bei Männern und 83 % der Lungenkrebsfälle bei Frauen auf das Rauchen zurückzuführen [1].

Im **Kreis Steinburg** ist 2022 die Neuerkrankungsrate von Frauen mit Lungenkrebs (ICD 10 C33+C34) mit fast 38 Fällen je 100.000 Einwohnerinnen etwas höher als in Schleswig-Holstein mit 36 Fällen, bei den Männern mit etwa 52 Fällen je 100.000 Einwohner annähernd gleich. Während die Neuerkrankungsrate bei Männern im **Kreis Steinburg** seit 2014 sinkt, ist sie in Schleswig-Holstein seit 2006 rückläufig. Bei den Frauen im **Kreis Steinburg** ist der seit 2016 sinkende Wert im Jahr 2022 erstmals leicht angestiegen. Seit 2017 ist der Verlauf der altersstandardisierten Lungenkrebs-Neuerkrankungsraten der männlichen Erkrankten des **Kreises Steinburg** und von Schleswig-Holstein nahezu gleich, bei den Frauen bereits seit 2014. Das mittlere Erkrankungsalter (Median⁶ [13]) von Männern und Frauen in Schleswig-Holstein lag 2022 bei 70 Jahren [14].

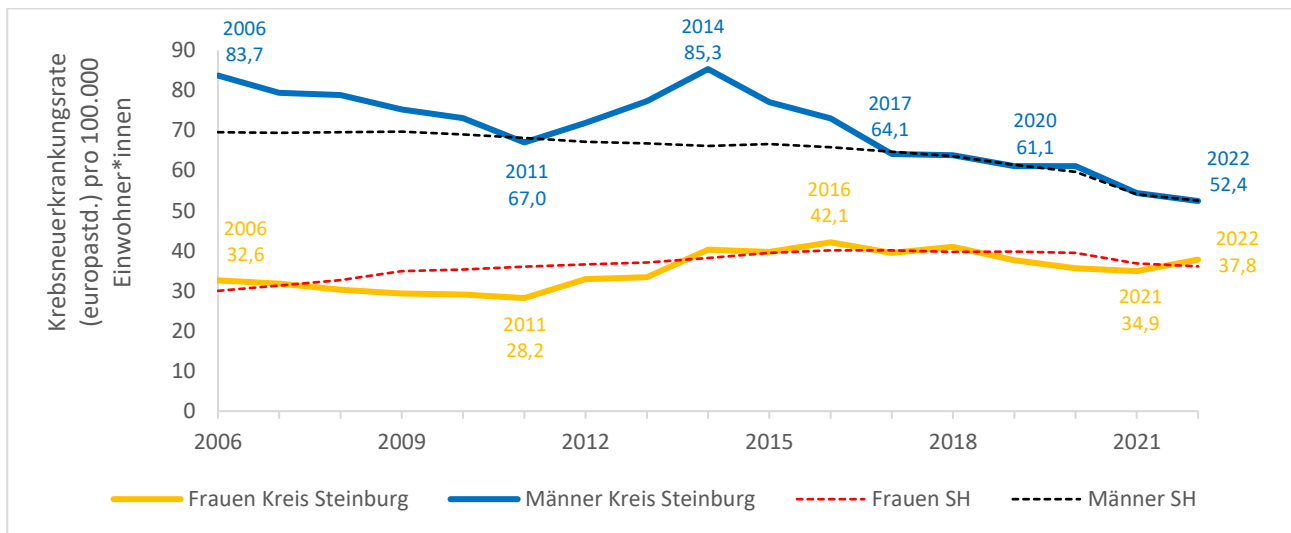


Abbildung 3: Altersstandardisierte Lungenkrebs-Neuerkrankungsraten (ICD10 C33+C34). Die Werte sind gemittelte Werte aus den Meldungen von zwei bzw. drei Jahren
Quelle: Krebsregister Schleswig-Holstein [14], eigene Darstellung

⁵ Auch wenn wegen der langen Latenzzeit für aktuelle Krebserkrankungen vor allem die Verbreitung des Rauchens vor zwei bis drei Jahrzehnten relevant ist, spiegelt die Verteilung der Lungenkrebsraten dennoch ein Stück weit die regionalen Unterschiede im Rauchverhalten wieder [1].

⁶ Der Median ist der Wert in einer der Größe nach geordneten Wertereihe, der genau in der Mitte aller Werte liegt und 50 % aller Werte kleiner/gleich dem Median, beziehungsweise 50 % aller Werte größer/gleich dem Median sind [13].

4.3 Lungenkrebs-Sterberaten

Die Überlebensrate mit Lungenkrebs ist tendenziell weniger gut, jedoch stark abhängig vom Stadium der Diagnose [10]. Seit 2015 ist Lungenkrebs (ICD10 C33+C34) bei Frauen und Männern in Schleswig-Holstein die häufigste Krebserkrankung beim Versterben durch Krebs [14].

2021 starben 1.257 Männer und 860 Frauen in Schleswig-Holstein an Lungenkrebs. Die altersstandardisierte Sterberate von etwa 26 Bürgerinnen pro 100.000 Einwohnerinnen war im **Kreis Steinburg** niedriger als in Schleswig-Holstein mit 28,5 Frauen je 100.000 Einwohnerinnen. Bei den Männern war die Sterberate 2021 im **Kreis Steinburg** mit circa 52 Männern je 100.000 Einwohner höher als im Landesdurchschnitt mit 49 Verstorbenen je 100.000 Einwohner. Im Zeitverlauf war die Lungenkrebs-Sterberate der Frauen im **Kreis Steinburg** von 2008 bis 2017 niedriger als in Schleswig-Holstein. Nach einem steigenden Trend bis 2018 sind die Werte aktuell rückläufig. Bei Männern sind die Werte leicht steigend. Seit 2017 ist der Verlauf der altersstandardisierten Lungenkrebs-Sterberaten des **Kreises Steinburg** und von Schleswig-Holstein nahezu gleich. Das mittlere Sterbealter lag 2021 in Schleswig-Holstein für Frauen und Männer bei 72,9 Jahre [14].

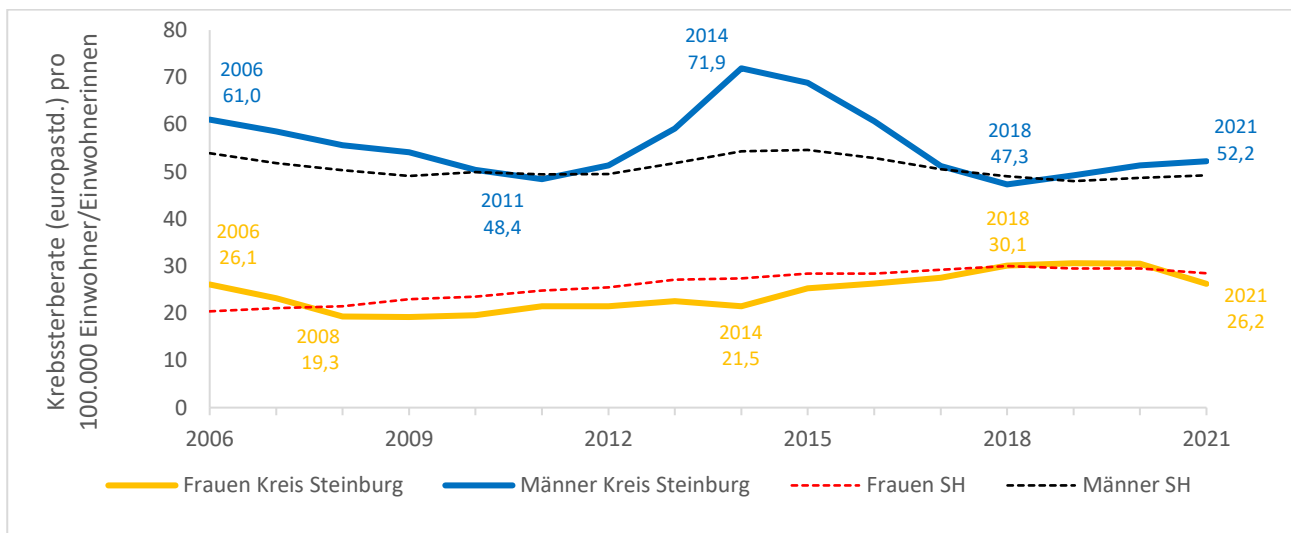


Abbildung 4: Altersstandardisierte Lungenkrebs-Sterberaten (ICD10 C33+C34). Die Werte sind gemittelte Werte aus den Meldungen von zwei bzw. drei Jahren
Quelle: Krebsregister Schleswig-Holstein [14], eigene Darstellung

Konsum alternativer Produkte

Der Konsum von Tabakprodukten wird angeführt von der klassischen Zigarette, gefolgt von Tabak zum Selbstdrehen (Feinschnitt). Weniger verbreitet ist der Gebrauch von Zigarren, Zigarillos und Pfeifentabak [1].

Populär sind, vorrangig bei jüngeren Menschen, als Alternative auch E-Zigaretten, bei deren Verwendung kein Tabak verbrannt wird, sondern eine Flüssigkeit, sogenannte „Liquids“ vernebelt und inhaliert werden. Liquids werden mit und ohne Nikotin angeboten (E-Shishas funktionieren nach dem gleichen Prinzip). In Tabakerhitzern wird nikotinhaltiger Tabak erhitzt und über einen Filter inhaliert. In Shishas wird Shishatabak oder z. B. tabakfreie Kräuter- bzw. Fruchtmischungen verwendet. Jedoch auch die tabakfreie Variante generiert (krebserregende) Schadstoffe [1].

Die regelmäßigen, für Deutschland repräsentativen, Befragungen junger Bürger*innen zwischen 12 und 25 Jahren durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zeigt, dass besonders das Rauchen von Wasserpfeife (Shisha) beliebt ist. In der Altersgruppe zwischen 12 und 17 Jahren haben 2021 7,1 % der Befragten in den letzten 30 Tagen (30-Tage-Prävalenz) mindestens einmal Wasserpfeife geraucht, bei den 18-25-jährigen 14,5 %. An zweiter Stelle rangiert der Gebrauch von E-Zigaretten, gefolgt von E-Shishas und Tabakerhitzer. Während der Konsum von Shishas, E-Zigaretten und E-Shisha seit 2018 in beiden Altersgruppen rückläufig ist, steigt die Nutzung von Tabakerhitzern in beiden Altersgruppen an. Auch diese Produkte werden vermehrt von männlichen Bürgern konsumiert und ist unter Gymnasiast*innen weniger verbreitet [9].

		30-Tage-Prävalenz*	
		12-17 Jahre	18-25 Jahre
Shisha	2018	10,2%	20,7%
	2021	7,1%	14,5%
E-Zigaretten	2018	5,1%	7,5%
	2021	2,4%	5,9%
E-Shisha	2018	4,2%	3,6%
	2021	1,4%	2,4%
Tabakerhitzer	2018	0,1%	0,5%
	2021	0,3%	1,6%

Tabelle 2: 30-Tage-Prävalenz des Konsums alternativer Produkte

**Die 30-Tage-Prävalenz beschreibt, dass das jeweilige Produkt in den 30 Tagen vor der Befragung an mindestens einem Tag konsumiert wurde. Die Autor*innen determinieren diesen Wert als Hinweis, von wie vielen Konsument*innen im jeweiligen Jahr auszugehen ist
Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [9], eigene Darstellung*

In Schleswig-Holstein konsumierten 2019/2020 3,7 % (bundesweit 3,2 %) der über 18-jährigen gelegentlich bis täglich Nikotin in Form von elektrischen Zigaretten, Shishas oder Pfeifen (GEDA-Studie Robert Koch-Institut zitiert in [4]).⁷

Der Konsum dieser Alternativen ist ebenso gesundheitsschädlich. Die Nutzung aller Produkte mit Nikotin führt zu Abhängigkeit. Beim Rauchen einer Shisha nimmt der*die Shisha-Rauchende pro Zug wesentlich mehr des schadstoffbelasteten Rauchs auf als bei einer klassischen Zigarette. Langfristige gesundheitliche Folgen des Konsums von Nikotin über E-Zigaretten oder Tabakerhitzer sind noch nicht eindeutig erforscht. Gesundheitlich bedenklich sind auch die freiwerdenden Aerosole und die Inhaltsstoffe des Liquids von E-Zigaretten [1].

⁷ Die Daten sind wegen kleiner Fallzahlen für Schleswig-Holstein mit Unsicherheiten behaftet und nur eingeschränkt aussagekräftig [4].

Gesundheitsökonomische Aspekte

Rauchen hat nicht nur Auswirkungen auf die eigene Gesundheit, sondern führt auch zu gesamtgesellschaftlichen Nachteilen. Das nach dem Solidaritätsprinzip gestaltete Gesundheitswesen wird durch direkte Kosten in Form von Behandlungen, Arzneimittelverordnungen und Rehabilitationsmaßnahmen im Gesundheitswesen zusätzlich belastet. Hinzu addieren sich indirekte Kosten durch z. B. geringere Produktivität und gegebenenfalls bei starken Symptomen ein früherer Renteneintritt. Durch die direkten und indirekten Kosten, die der Ökonom Effertz auf 97,24 Milliarden Euro pro Jahr in Deutschland beziffert, entstehen Umverteilungseffekte in den Sozialversicherungen. Die angeführten Kosten sind deutlich höher als die Summe aus den Einnahmen des Staates durch die Tabaksteuer und der geringeren Rentenauszahlungen aufgrund des mit dem Rauchen verbundenen Risikos der vorzeitigen Sterblichkeit [15].

Wenig Beachtung finden, weil sie monetär schwer zu erfassen sind, die sogenannten intangiblen Kosten. Deren Wert beziffert den Schmerz und die Einbuße an Lebensqualität der Betroffenen [15]. Besonders wegen der vermeidbaren intangiblen Kosten und aus Gründen des Gesundheitsschutzes (Public Health) verfolgt die Bundesregierung seit 2003 (damals lag die Raucherquote bei den Erwachsenen bei etwa 35 %, bei den 12-17-jährigen bei ca. 23 %) umfassende Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums [16]. Auch Schleswig-Holstein hat als ein Gesundheitsziel definiert, den Tabakkonsum im Land zu senken [3].

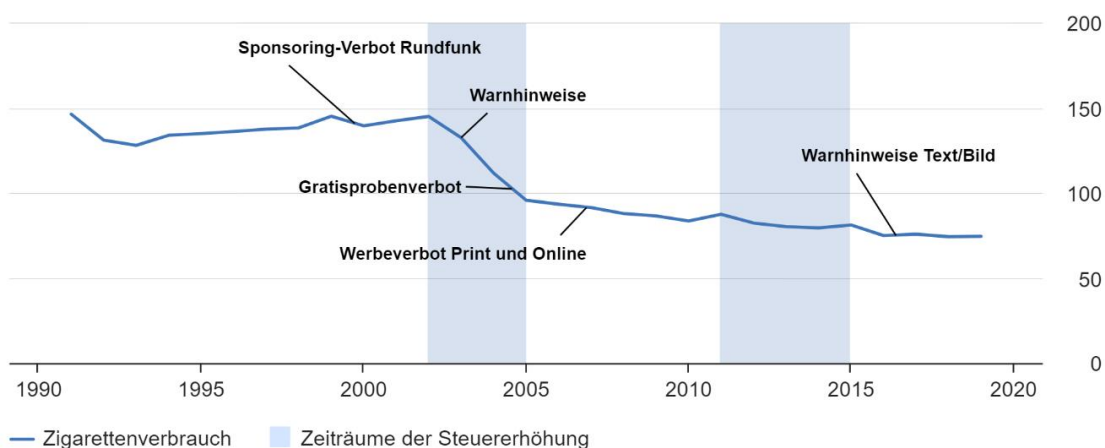
7 Prävention

Um das Ziel einer rauchfreien Gesellschaft⁸ [17] zu erreichen, sind einerseits rauchende Bürger*innen hinsichtlich eines Rauchstopps durch effektive Programme zu unterstützen [16] und gleichzeitig verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen zu etablieren [18]. Zentral ist die Präventionsarbeit mit Kindern und Jugendlichen. Ein*e 17-jährige*r Raucher*in hat mit durchschnittlich 15,3 Jahren begonnen, regelmäßig zu rauchen. Bis zum Alter von 13 Jahren findet kaum täglicher bzw. regelmäßiger Tabakkonsum statt [19]. Darum sind vorzugsweise Angebote zur Vermeidung einer „Raucher*innen-Karriere“ anzustreben. Dieses Ziel verfolgt auch die europäische Tabakrichtlinie, die seit 2016 in Deutschland umgesetzt wird [20]. Das Abhängigkeitsrisiko und die gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind umso höher, je jünger eine Person beim ersten Tabakkonsum ist [1] [21]. Mit Blick auf Kinder und Jugendliche sollte der Fokus auf speziellen Präventionsmaßnahmen für sozial benachteiligte Gruppen liegen. Umfragen zeigen, dass in diesen Familien häufiger geraucht wird und dadurch die Sensibilität gegenüber dem Rauchen und dessen Folgeerscheinungen geringer ist. Dies wiederum führt zu einer höheren Rate an Raucher*innen [18].

Verhältnispräventive Maßnahmen umfassen z. B. Tabak- und Nikotinprodukte höher zu besteuern, Werbung einzuschränken bzw. zu verbieten und den Verkauf an Kinder und Jugendliche stärker zu kontrollieren. Diese Rahmenbedingungen zu verändern erfordert gesetzliche Anpassungen. Die Einführung rauchfreier Räume (z. B. Gaststätten, Bahnhöfe) und stetig ansteigende Verkaufspreise haben in Verbindung mit verhaltenspräventiven Entscheidungen in der Vergangenheit zur Verringerung der Raucherquote beigetragen [18]. Die Effekte der durchgeführten Schritte einschließlich der positiven Auswirkungen der Steuererhöhungen in fünf Schritten zwischen 2002 und 2005 und nochmals in geringerer Ausprägung zwischen 2011 und 2015 sind in Abbildung 5 dargestellt [22] [23].

Annähernder Verbrauch von Zigaretten 1991-2019

in Milliarden Stück



Methodische Hinweise

© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023

Abbildung 5: Verbrauch von Zigaretten in Deutschland im Zeitverlauf
Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) [23]

⁸ Das deutsche Krebsforschungszentrum, die deutsche Krebshilfe und das Aktionsbündnis Nichtraucher fordern vielfältige Maßnahmen, damit 2040 weniger als 5 % der Erwachsenen und weniger als 2 % der Jugendlichen nikotinhaltige Tabakprodukte konsumieren [17].

Weitere Gesetze für verhältnispräventive Maßnahmen die ab 2021 verpflichtend wurden, betreffen veränderte Steuererhebungen (Tabaksteuermodernisierungsgesetz - TabStMoG) und Werbeverbote („Zweites Gesetz zur Änderung des Tabakerzeugnisgesetzes“). Darum ist seit Anfang 2022 Außenwerbung herkömmlicher Tabakerzeugnisse und seit Januar 2023 von Tabakerhitzern verboten. Das Aus für Werbung für E-Zigaretten folgte Anfang 2024, jedoch ist Werbung in Verkaufsstellen weiterhin erlaubt.

Verhaltenspräventive Maßnahmen, deren Ziel die Bewusstwerdung und Veränderung individuellen Verhaltens ist, zeigen die größte Wirkung, wenn die gewählte Methode mit dem Alter der Zielgruppe im Einklang steht. Auch durch gesundheitskompetentes Erziehungsverhalten innerhalb der Familien oder tabakbezogene Beratung in der Gesundheitsversorgung (z. B. durch Ärzt*innen) kann Rauchen vermieden oder reduziert werden. Weniger Effekte zeigen dagegen mediale Informationskampagnen [18].

Das Präventionsteam des [Kreises Steinburg](#) führt in Schulen für Jugendliche ab 12 Jahre das Programm „KlarSicht-Koffer“, welches von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung konzeptioniert wurde, durch. An verschiedenen Stationen erarbeiten sich die Schulklassen Wissen zu Tabak und Alkohol und stärken somit ihre Kompetenz, kluge Entscheidungen hinsichtlich des Konsums von Suchtstoffen zu treffen [24]. Parallel verpflichteten sich viele Klassen in Schleswig-Holstein im Rahmen des Programms „Be Smart – Don't Start“ sechs Monate lang rauchfrei zu bleiben. Ziel der Teilnahme ist, einen möglichen Rauchbeginn hinauszuzögern oder zu vermeiden. Zusätzlich werden die Gesundheit und der Zusammenhalt der Klasse gestärkt. Im Rahmen dieses Wettbewerbs können Schulklassen Preise gewinnen [25].

Des Weiteren stehen im Gesundheitsamt des [Kreises Steinburg](#) diverse Materialien für Schulen oder interessierte Gruppen zur Ausleihe zur Verfügung, siehe unter <https://www.steinburg.de/kreisverwaltung/informationen-der-fachaemter/gesundheitsamt/gesundheitsfoerderung.html>

Auch die Broschüre „Informationen und Tipps zur Herzgesundheit“ gibt einige Tipps, die unter folgender Adresse abrufbar sind:

https://www.steinburg.de/fileadmin/download/buerger-service/dienststellen-ansprechpartner/dezernat-3/gesundheitsamt/Herz_mit_Links_fuer_Website.pdf

8

Fazit

Wegen der negativen gesundheitlichen Folgen von Tabakkonsum, die körperliche und psychische Probleme verursachen können, sollte es in unser allem Interesse liegen, darüber umfangreich aufzuklären und zielführende Schritte zu unternehmen.

Dazu gehört die altersgerechte Präsentation von Basiswissen zu den Wirkungsabläufen im Körper und zum Suchtpotenzial ebenso wie die Vermittlung schützender (z. B. den eigenen Konsum von Suchtmittel selbstbestimmt zu reflektieren) und stärkender (z. B. als Nichtraucher unter Rauchenden Haltung zu zeigen) Fähigkeiten. Alle Bürger*innen sollten sich gut informiert und verantwortungsvoll mit dem Thema Rauchen auseinandersetzen können und sich für gesundheitsförderliches Verhalten entscheiden.

Besonders hinsichtlich der Daten, die für den [Kreis Steinburg](#) (als Raumeinheit zusammen mit dem Kreis Dithmarschen) mit einem Anteil an Raucher*innen von 24,8 % einen höheren Wert als der durchschnittliche Wert für Schleswig-Holstein (19,3 %) zeigen, wird das Gesundheitsamt des [Kreises Steinburg](#), gegebenenfalls gemeinsam mit externen Partnern, die Präventionsbemühungen intensivieren und Angebote für einen Rauch-Stopp verstärkt publizieren.

- [1] K. Schaller, S. Kahnert, L. Graen, U. Mons und N. Ouédraogo, „Tabakatlas Deutschland 2020,“ Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.), 2020. [Online]. Available: https://www.dkfz.de/de/krebspraevention/Downloads/pdf/Buecher_und_Berichte/2020_Tabakatlas-Deutschland-2020_dp.pdf. [Zugriff am 16. Oktober 2023].
- [2] G. Siemon, R. Loddenkemper, T. Raupach, K. Schaller und M. Pötschke-Lange, „Durch Rauchen und Passivrauchen verursachte Atemwegs- und Lungenerkrankungen,“ Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.), 2008. [Online]. Available: https://www.dkfz.de/de/krebspraevention/Downloads/pdf/FzR/FzR_2008_Durch-Rauchen-und-Passivrauchen-verursachte-Atemwegs-und-Lungenerkrankungen.pdf. [Zugriff am 17. November 2023].
- [3] NPK (Träger der Nationalen Präventionskonferenz), „Erster Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V,“ 2019. [Online]. Available: https://www.npk-info.de/fileadmin/user_upload/ueber_die_npk/downloads/2_praeventionsbericht/NPK-Praeventionsbericht_Barrierefrei.pdf. [Zugriff am 13. November 2023].
- [4] Bremer, D., Friederich, A., „Im Fokus: Rauchverhalten der Menschen in Schleswig-Holstein,“ Landesregierung Schleswig-Holstein, Ministerium für Justiz und Gesundheit (Hrsg.), 2022. [Online]. Available: https://www.schleswig-holstein.de/DE/fachinhalte/G/gesundheitsvorsorge/gesundheitsdienste/Downloads/gesundheits_diens te_rauchverhalten_bericht.pdf?__blob=publicationFile&v=5. [Zugriff am 11. Oktober 2023].
- [5] Statistisches Bundesamt (Destatis), „Mikrozensus - Fragen zur Gesundheit - Rauchgewohnheiten der Bevölkerung,“ 2017. [Online]. Available: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitszustand-Relevantes-Verhalten/Publikationen/Downloads-Gesundheitszustand/rauchgewohnheiten-5239004179004.pdf?__blob=publicationFile. [Zugriff am 2. November 2023].
- [6] Statistikamt Nord, „Ergebnisse aus dem Mikrozensus 2021 zu den Rauchgewohnheiten der Bevölkerung ab 15 Jahren in Schleswig-Holstein und im Kreis Steinburg,“ Daten bereitgestellt am 22. November 2023, 2023.
- [7] Statistisches Bundesamt (Destatis), „Gesundheitszustand und -relevantes Verhalten. Rauchgewohnheiten nach Altersgruppen. Endergebnisse des Mikrozensus 2021,“ 2023. [Online]. Available: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitszustand-Relevantes-Verhalten/Tabellen/liste-rauchverhalten.html#95630>. [Zugriff am 2. November 2023].
- [8] Robert Koch-Institut, „Dashboard zu Gesundheit in Deutschland aktuell - GEDA 2019/2020,“ Berlin. 2022. [Online]. doi: 10.25646/9362.
- [9] B. Orth und C. Merkel, „Der Substanzkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2021 zu Alkohol, Rauchen, Cannabis und Trends,“ BzGA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. 2022. [Online]. doi: 10.17623/BZGA:Q3-ALKSY21-DE-1.0.
- [10] DEBRA (Deutsche Befragung zum Rauchverhalten), „Befragung zum Konsum von Tabak und alternativen Nikotinabgabesystemen,“ 2023. [Online]. Available: <https://www.debra-study.info/>. [Zugriff am 16. Oktober 2023].
- [11] Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.), „Rauchen und Lungenerkrankungen. Fakten zum Rauchen (Autorinnen: Schaller, K.; Kahnert, S.; Mons, U.),“ [Online]. Available:

- https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/FzR/FzR_2019_Rauchen-und-Lungenerkrankungen.pdf. [Zugriff am 22. November 2023].
- [12] Robert Koch-Institut, „Gesundheitsberichterstattung-GBE Glossar: Altersstandardisierung,“ o. J. [Online]. Available: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Glossar/gbe_glossar_catalog.html?cms_lv2=3686272. [Zugriff am 20. November 2023].
- [13] Robert Koch-Institut, „Gesundheitsberichterstattung-GBE-Glossar: Median,“ o. J. [Online]. Available: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Glossar/gbe_glossar_catalog.html?cms_lv2=3686294. [Zugriff am 2. Februar 2024].
- [14] Krebsregister Schleswig-Holstein, „Regionale Abfrage für Schleswig-Holstein und den Kreis Steinburg,“ Inzidenz und Mortalität, Datenstand 18. Juli 2023, 2023. [Online]. Available: <https://www.krebsregister-sh.de/iWOB/index.html#/regional/maps>. [Zugriff am 13. November 2023].
- [15] T. Effertz, „Gesundheitskosten,“ in S3-Leitlinie "Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung" (AWMF-Register Nr. 076-006/Version 3.1), pp. 24-26, 2021. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.). [Online]. Available: https://register.awmf.org/assets/guidelines/076-006l_S3_Rauchen-_Tabakabhaengigkeit-Screening-Diagnostik-Behandlung_2021-03.pdf. [Zugriff am 23. November 2023].
- [16] Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), „Nationales Gesundheitsziel-Tabakkonsum reduzieren. Kooperationsverbund gesundheitsziele.de,“ 2015. [Online]. Available: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsziele/Broschuere_Nationales_Gesundheitsziel_-_Tabakkonsum_reduzieren.pdf. [Zugriff am 24. November 2023].
- [17] L. Graen und K. Schaller, „Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040,“ Deutsches Krebsforschungszentrum, Deutsche Krebshilfe und Aktionsbündnis Nichtraucher (Hrsg.), 2021. [Online]. Available: https://www.dkfz.de/de/krebspraevention/Downloads/pdf/Buecher_und_Berichte/2021_Strategie-fuer-ein-tabakfreies-Deutschland-2040_dp.pdf?m=1665667276&. [Zugriff am 14 November 2023].
- [18] A. Bühler und H. Kuttler, „Wirkungsorientierte Tabakprävention-Factsheet zur BZgA-Expertise Suchtprävention 2020,“ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), 2020. [Online]. Available: <https://www.bzga.de/>. [Zugriff am 21 November 2023].
- [19] J. Zeiher, C. Lange, A. Starker, T. Lampert und B. Kuntz, „Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-Jährigen in Deutschland-Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends,“ 2018. [Online]. doi: 10.17886/RKI-GBE-2018-066.
- [20] Deutscher Bundestag, „Wissenschaftliche Dienste/Kurzinformation WD 5 - 3000 - 037/18: Zur Umsetzung der EU-Tabakproduktrichtlinie in Deutschland,“ 2018. [Online]. Available: <https://www.bundestag.de/resource/blob/553890/11657052123809172d1c3eb47c6aa127/WD-5-037-18-pdf-data.pdf>. [Zugriff am 27. November 2023].
- [21] S. Mühlig und C. Kröger, „Ätiologie/Psychologie: Entstehung und Verlauf des Tabakkonsum,“ in S3-Leitlinie "Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung" (AWMF-Register Nr. 076-006/Version 3.1), pp. 27-29, 2021. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.). [Online]. Available: https://register.awmf.org/assets/guidelines/076-006l_S3_Rauchen-_Tabakabhaengigkeit-Screening-Diagnostik-Behandlung_2021-03.pdf. [Zugriff am 21. November 2023].
- [22] Deutsches Krebsforschungszentrum, Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln (Hrsg.), „Auswirkungen der Tabaksteuererhöhungen von 2002 bis 2004,“ 2005. [Online]. Available: https://www.dkfz.de/de/krebspraevention/Downloads/pdf/FS/FS_2005_Auswirkungen-der-Tabaksteuererhoehungen-von-2002-bis-2004.pdf. [Zugriff am 30 November 2023].

- [23] Statistisches Bundesamt (Destatis), „Absatz von Tabakwaren 2019: 0,3 % mehr Zigaretten versteuert als im Vorjahr: Pressemitteilung Nr. 016 vom 15. Januar 2020,“ 2023. [Online]. Available: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/01/PD20_016_799.html. [Zugriff am 2023].
- [24] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), „KlarSicht: Handbuch zum KlarSicht-Koffer zur Tabak- und Alkoholprävention,“ 2018. [Online]. Available: https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/Programme/klarsicht/media/pdf/Klarsicht-Koffer_Handbuch.pdf. [Zugriff am 20 Dezember 2023].
- [25] Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung gemeinnützige GmbH (IFT-NORD), „Be Smart - don't start,“ o. J. [Online]. Available: <https://www.besmart.info/>. [Zugriff am 17. Januar 2024].

