



Gesundheitsberichterstattung der Landeshauptstadt Stuttgart

Tabakkonsum im Kindes- und Jugendalter

Das Austesten von Grenzen - auch beim Rauchen - ist ein Bestandteil der Entwicklung im Kindes- und Jugendalter. Ziel im Sinne der Gesundheitsförderung und Suchtprävention ist, dass aus Jugendlichen, die das Rauchen ausprobieren, keine regelmäßigen Raucherinnen und Raucher werden.

Faktenblatt zur Stuttgarter Sondererhebung der Studie Health Behaviour in School-aged Children 2017/18

Stand: Februar 2020

Worum geht es?

Die Prävalenz des Tabakkonsums ist in Deutschland bei Kindern und Jugendlichen rückläufig (1,2). Dennoch stellt Rauchen ein erhebliches Gesundheitsrisiko dar. Insbesondere der frühe Einstieg führt häufig zu einer Nikotinsucht (3).

Der Körper von Jugendlichen ist anfälliger für die Schäden des Rauchens als der von Erwachsenen. Das Rauchen hat negative Auswirkungen auf die Entwicklung der Lungen, der Knochen und des Kreislaufs. Außerdem wirkt das Nikotin stärker auf das Gehirn von Jugendlichen als auf das von Erwachsenen. Jugendliche können deshalb sehr schnell süchtig nach Zigaretten werden und es kann für sie sehr schwer sein, vom Rauchen loszukommen. (3). Deshalb ist es besonders wichtig, bereits bei Kindern und Jugendlichen mit Maßnahmen zur Prävention des Tabakkonsums zu beginnen.

Dass möglichst wenig Jugendliche zur Zigarette greifen, ist auch deshalb so wichtig, weil die allermeisten Menschen, die rauchen, im Jugendalter damit begonnen haben. Wer dagegen bis zum Erwachsenenalter nicht raucht, hat gute Chancen, auch für den Rest des Lebens Nichtraucher oder Nichtraucherin zu bleiben.

Wie wurden die Daten zum Tabakkonsum erhoben?

Der Tabakkonsum wurde über folgende Frage erfasst: „An wie vielen Tagen (wenn überhaupt) hast du Zigaretten geraucht?“. Dabei wurde zum einen nach dem Konsum im gesamten Leben (Lebenszeit-Prävalenz) und zum anderen nach dem Konsum in den letzten 30 Tagen gefragt. Die Teilnehmenden hatten jeweils die Möglichkeit, aus einer siebenstufigen Antwortskala zu wählen. Diese umfasste die Antwortvorgaben „nie“ bis „an 30 Tagen oder mehr“. Daraus wurden drei Kategorien gebildet: nie, gelegentlich (an 1-5 Tagen) und regelmäßig (an 6 oder mehr Tagen).

Wie sehen die zentralen Ergebnisse aus?

- Lebenszeit-Prävalenz: 18,8 % der Mädchen und 15,0 % der Jungen haben mindestens einmal in ihrem Leben Zigarette geraucht.
- 30-Tage-Prävalenz: In den letzten 30 Tagen haben 8,9 % der Jugendlichen Zigaretten geraucht. 4,8 % berichten einen gelegentlichen und 4,1 % einen regelmäßigen Konsum.
- Geschlechtsunterschiede sind beim Tabakkonsum nicht feststellbar: 91,1 % der befragten Jugendlichen rauchen nicht, 4,8 % gelegentlich und 4,1 % regelmäßig.
- Mit steigendem Alter nimmt der Anteil der Jugendlichen, die regelmäßig Zigaretten rauchen statistisch signifikant zu: Während von den 11-Jährigen niemand regelmäßig raucht, rauchen 1,9 % der 13-Jährigen und 8,9 % der 15-Jährigen regelmäßig.
- Jugendliche aus Familien mit niedrigem Wohlstandsniveau rauchen tendenziell häufiger als Jugendliche aus Familien mit hohem Wohlstandsniveau.
- Jugendliche, die eine Werkreal- oder Realschule besuchen, rauchen statistisch signifikant häufiger als Jugendliche auf dem Gymnasium.

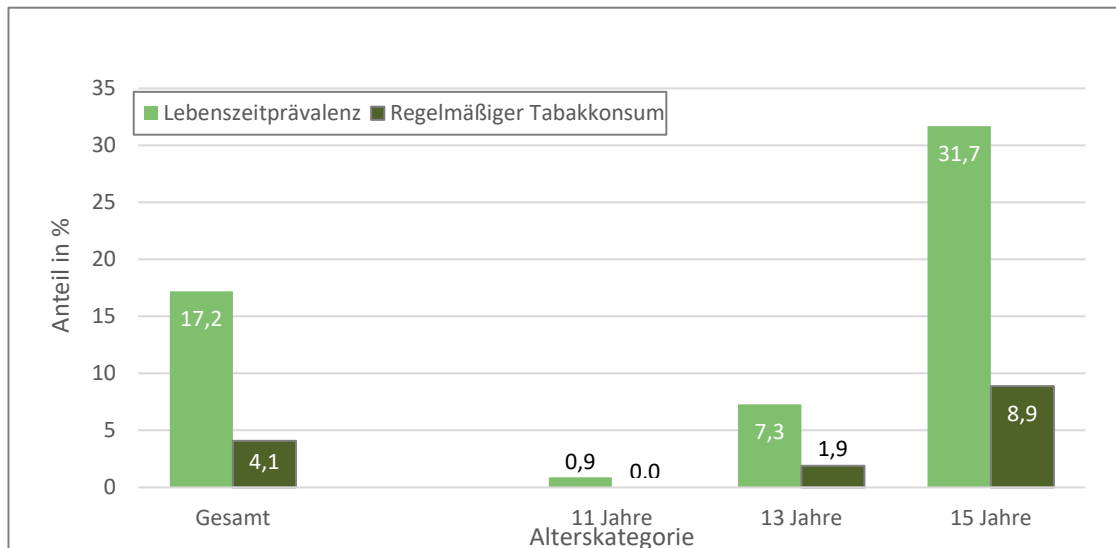


Abbildung 1: Lebenszeitprävalenz und regelmäßiger Tabakkonsum nach Alter (in %)

Was bedeutet das für Stuttgart?

Die Ergebnisse der Stuttgarter HBSC-Studie lassen erkennen, dass die befragten Jugendlichen aus Stuttgart eine niedrigere Raucherprävalenz aufweisen als Jugendliche deutschlandweit. Beispielweise liegt der Anteil an regelmäßig konsumierenden Jungen beziehungsweise Mädchen in Stuttgart bei 3,6% respektive 4,4%. Der Anteil in Deutschland liegt im Vergleich dazu bei den Jungen bei 5,7% und bei den Mädchen bei 7% (4).

Diesen erfreulichen Trend zum Nichtrauchen gilt es zu stärken und weiter auszubauen. Deshalb ist es Ziel von Stuttgarter Präventionsmaßnahmen, den Einstieg in das Rauchen zu verhindern oder so weit wie möglich zu verzögern. Bei denjenigen, die bereits rauchen, soll der gesundheitliche Schaden begrenzt werden.

Das Rauchen wird Kindern und Jugendlichen in ihrem Umfeld vorgelebt. „Gruppendruck“ und das Verhalten von Vorbildern und Bezugspersonen üben Einfluss aus. Damit Kinder und Jugendliche eine positive Haltung zum Nichtrauchen entwickeln, sind Eltern und Erziehungshilfe-Einrichtungen aufgefordert, unterstützend mitzuwirken. Das Ziel soll sein, dass es selbstverständlich ist, zu Hause und in den jeweiligen Einrichtungen nicht zu rauchen.

Neben dem Zigarettenrauchen birgt das Rauchen von E-Zigaretten und Wasserpfeifen ebenfalls ein hohes gesundheitliches Risiko, das vielen Kindern und Jugendlichen nicht bekannt ist. Tabakpräventionsmaßnahmen berücksichtigen diesen Trend und informieren zu einem verantwortungsvollen und selbstbestimmten Umgang mit der neuen, angeblich so hippen Art zu rauchen. Negative Folgen wie gesundheitliche und soziale Probleme oder Abhängigkeiten werden verhindert.

Methoden und Herangehensweisen der Tabakprävention werden auf Basis der Datenlage aktualisiert und angepasst.

Literatur

(1) Richter, M. u.a. (2012): Veränderung im Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum von Jugendlichen im Zeitraum von 2002 bis 2010 in Deutschland. In: Gesundheitswesen, Vol. 74 (2012), Heft 1, S. 42-48.

(2) GBD 2015 Tobacco Collaborators (2017): Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990-2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. In: Lancet, Vol. 389 (2017), Heft 10082, S. 1885-1906.

(3) U.S. Department of Health and Human Services (Hrsg.) (2012): Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults. A Report of the Surgeon General. Atlanta.

(4) HBSC-Studienverbund Deutschland (Hrsg.) (2015): Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen“.

Tabelle 1: Tabakkonsum von **Mädchen** nach Alterskategorien, familiärem Wohlstand, Migrationshintergrund und Schulform (in %)

	Nie	Gelegentlich	Regelmäßig
	%	%	%
Mädchen gesamt (n=501)	89,8	5,8	4,4
Nach Alterskategorien (n=501)			
11 Jahre (n=121)	99,2	0,8	0,0
13 Jahre (n=192)	92,7	5,2	2,1
15 Jahre (n=187)	80,7	9,6	9,6
Nach familiärem Wohlstand (n=491)			
Niedrig (n=84)	89,3	7,1	3,6
Mittel (n=213)	89,2	6,1	4,7
Hoch (n=194)	91,2	4,1	4,6
Nach Migrationshintergrund (n=471)			
Kein M./deutsch (n=182)	91,2	4,9	3,8
Einseitig (n=72)	86,1	5,6	8,3
Zweiseitig (n=217)	88,9	7,4	3,7
Nach Schulform (n=443)			
Werkrealschule (n=75)	80,0	8,0	12,0
Realschule (n=127)	87,4	6,3	6,3
Gemeinschaftsschule (n=21)	95,2	4,8	0,0
Gymnasium (n=220)	93,2	6,5	1,4
Gesamt (n=836)			
Jungen und Mädchen	91,1	4,8	4,1

Tabelle 2: Tabakkonsum von **Jungen** nach Alterskategorien, familiärem Wohlstand, Migrationshintergrund und Schulform (in %)

	Nie	Gelegentlich	Regelmäßig
	%	%	%
Jungen gesamt (n=335)	93,1	3,3	3,6
Nach Alterskategorien (n=335)			
11 Jahre (n=88)	100,0	0,0	0,0
13 Jahre (n=121)	95,0	3,3	1,7
15 Jahre (n=126)	86,5	5,6	7,9
Nach familiärem Wohlstand (n=322)			
Niedrig (n=52)	82,7	5,7	11,5
Mittel (n=132)	94,7	3,0	2,3
Hoch (n=138)	94,9	2,9	2,2
Nach Migrationshintergrund (n=315)			
Kein M./deutsch (n=125)	94,4	3,2	2,4
Einseitig (n=48)	89,6	4,2	6,3
Zweiseitig (n=142)	92,3	3,5	4,2
Nach Schulform (n=306)			
Werkrealschule (n=66)	78,8	7,6	13,6
Realschule (n=61)	96,7	3,3	0,0
Gemeinschaftsschule (n=16)	100,0	0,0	0,0
Gymnasium (n=163)	96,3	1,8	1,8
Gesamt (n=836)			
Jungen und Mädchen	91,1	4,8	4,1

Stuttgarter Sondererhebung der Studie Health Behaviour in School-aged Children 2017/18

- Ziele:** Beschreibung des Gesundheitszustands und Gesundheitsverhaltens von Stuttgarter Jugendlichen und Nutzung der Daten für die Gesundheitsplanung sowie für den Jugendhilfe- und Schulsektor
- Studiendesign:** Querschnittstudie als schriftliche Befragung in Schulklassen
- Grundgesamtheit:** Alle Schülerinnen und Schüler, die die 5., 7. oder 9. Klasse einer allgemeinbildenden staatlichen Schule in Stuttgart besuchen
- Stichprobenziehung:** Angestrebt war eine Vollerhebung. Alle 63 allgemeinbildenden staatlichen Schulen Stuttgarts (Gymnasien, Gemeinschaftsschulen, Realschulen und Werkrealschulen) wurden zur Teilnahme eingeladen. Angemeldet haben sich 23 Schulen mit knapp 3.000 Schülerinnen und Schüler.

Beschreibung der Stichprobe

- **Umfang:** 869 Schülerinnen und Schüler
- **Geschlecht:** 59 % Mädchen; 41 % Jungen
- **Klassenstufe/Alterskategorie:** 24,7 % 5. Klasse/11 J.; 37,9 % 7. Klasse/13 J.; 37,4 % 9. Klasse/15 J.
- **Familiärer Wohlstand:** 17,3 % niedrig; 42,2 % mittel; 40,5 % hoch
- **Migrationshintergrund:** 38,3 % kein M./deutsch; 15,3 % einseitig; 46,4 % zweiseitig
- **Schulform:** 17,3 % Werkrealschule; 22,9 % Realschule; 4,8 % Gemeinschaftsschule; 44,9 % Gymnasium; 10,1 % Schulart unklar
- **Erhebungszeitraum:** Juni - Juli 2018

Autorinnen

- Natalie Paschek, Duale Hochschule Baden-Württemberg Stuttgart
- Annette Faust-Mackensen, Beauftragte für Suchtprophylaxe der Landeshauptstadt Stuttgart
- Arbeitskreis Suchtprävention
- Annette Galante-Gottschalk, Gesundheitsberichterstattung für die Landeshauptstadt Stuttgart

Projektverantwortung und Kontakt

Annette Galante-Gottschalk
Gesundheitsamt Stuttgart
Gesundheitsberichterstattung
E-Mail: annette.galante-gottschalk@stuttgart.de
Telefon: 0711 216-59423

Die Stuttgarter Sondererhebung zur Jugendgesundheitsstudie Health Behaviour in School-aged Children wurde durchgeführt von der Gesundheitsberichterstattung am Gesundheitsamt Stuttgart (Sachgebiet Strategische Gesundheitsförderung, **Heinz-Peter Ohm**) in enger Kooperation mit **Prof. Dr. Jens Bucksch** (Pädagogische Hochschule Heidelberg) und **Prof. Dr. Gorden Sudeck** (Universität Tübingen) sowie dem HBSC-Studienverbund Deutschland¹.

Wir bedanken uns bei allen Beteiligten für die gelungene Kooperation!

Ein besonderer Dank geht an die Schulleitungen, Lehrkräfte und Schulsekretärinnen, welche die Befragung an ihren Schulen durchgeführt haben.

¹ Der HBSC-Studienverbund Deutschland setzt sich aus den folgenden Standorten zusammen: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Leitung und Koordination, Prof. Dr. Matthias Richter); Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg (Prof. Dr. Ludwig Bilz); Pädagogische Hochschule Heidelberg (Prof. Dr. Jens Bucksch); Universität Bielefeld (Prof. Dr. Petra Kolip); Universität Tübingen (Prof. Dr. Gorden Sudeck MPH); Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer MPH)

