

4. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

4.1 Ausgewählte Schwerpunkte

4.1.1 Rauchgewohnheiten

Nach Angaben der WHO stirbt weltweit alle 10 Sekunden ein Mensch an den Folgen des Tabakkonsums.

Der Tabakkonsum ist eines der bedeutendsten und *individuell vermeidbaren Gesundheitsrisiken*. Mehr als 1,1 Milliarden Menschen weltweit rauchen. Rund 500.000 Menschen sterben europaweit pro Jahr an den Folgen des Rauchens, nach Schätzungen der WHO weltweit fast 5 Millionen Menschen. In Deutschland starben 1999 täglich 270 Menschen an den Folgen des Rauchens, aber nur 21 Menschen an den Folgen eines Verkehrsunfalls (siehe auch Themenfeld 3, Tabellen 3.2.12, 3.2.13 und 3.2.14 bzw. Indikatoren 3.13 und 3.14). Experten der WHO ermittelten für Deutschland jährlich einen *volkswirtschaftlichen Schaden von mindestens 17,5 Milliarden Euro*. Diese Summe errechnet sich aus den Kosten der Behandlung von Folgeerkrankungen, des Produktivitätsausfalls sowie der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit bei Rauchern. Jährliche Einnahmen aus der Tabaksteuer betragen dagegen nur 13,8 Milliarden Euro.¹

Jährlich sterben weltweit fast 5 Mio. Menschen an den Folgen des Tabakkonsums

Bereits in vielen Ländern Europas (z. B. Norwegen, Schweden, Österreich, Niederlande, Italien) gibt es seit geraumer Zeit *gesetzliche Regelungen für den Nichtraucherschutz*. In Deutschland ist per Gesetz nur das Rauchen am Arbeitsplatz geregelt (durch Änderung der Arbeitsstättenverordnung, in Kraft getreten am 03.10.2002). Seit September 2004 läuft in Berlin das Aktionsprogramm „Berlin qualmfrei“ der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz und den Berliner Bezirken mit Unterstützung der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport. Mit diesem Aktionsprogramm soll die derzeitige Situation umfassend verändert und ein Klima geschaffen werden, in dem das Nichtrauchen selbstverständlich wird. Das Programm verfolgt einen mehrdimensionalen, integrierten Ansatz, der mit einem weit gefächerten Bündel von Maßnahmen zu einem flächendeckenden Synergieeffekt führen soll (nähere Informationen siehe Themenfeld 7, Schwerpunkt: 7.1.9).²

Nach den aktuell vorliegenden Daten des Telefonischen Gesundheitssurveys 2002/2003 des Robert Koch-Institutes (RKI) rauchen derzeit in Deutschland 28 % der Frauen und 37 % der Männer (18-jährige und ältere Bevölkerung). Von den täglichen Zigarettenraucherinnen und -rauchern konsumieren fast die Hälfte der Männer und ein Drittel der Frauen mehr als 20 Zigaretten am Tag. In der Altersgruppe der 18- bis unter 30-Jährigen finden sich sowohl bei den Frauen mit 34,6 % als auch bei den Männern mit 53,7 % die größten Raucheranteile. Mit steigendem Alter sinkt der Anteil der Raucher und Raucherinnen kontinuierlich (vgl. Tabelle 4.2.2).³

28 % der Frauen und 37 % der Männer in Deutschland rauchen

Bei der Betrachtung der Ergebnisse des Mikrozensus der Jahre 1999 und 2003 in den Bundesländern ist festzustellen, dass der Raucheranteil fast überall leicht angestiegen ist. Nur die Länder Hamburg, Saarland und Sachsen-Anhalt wiesen einen leichten Rückgang des Raucheranteils auf.

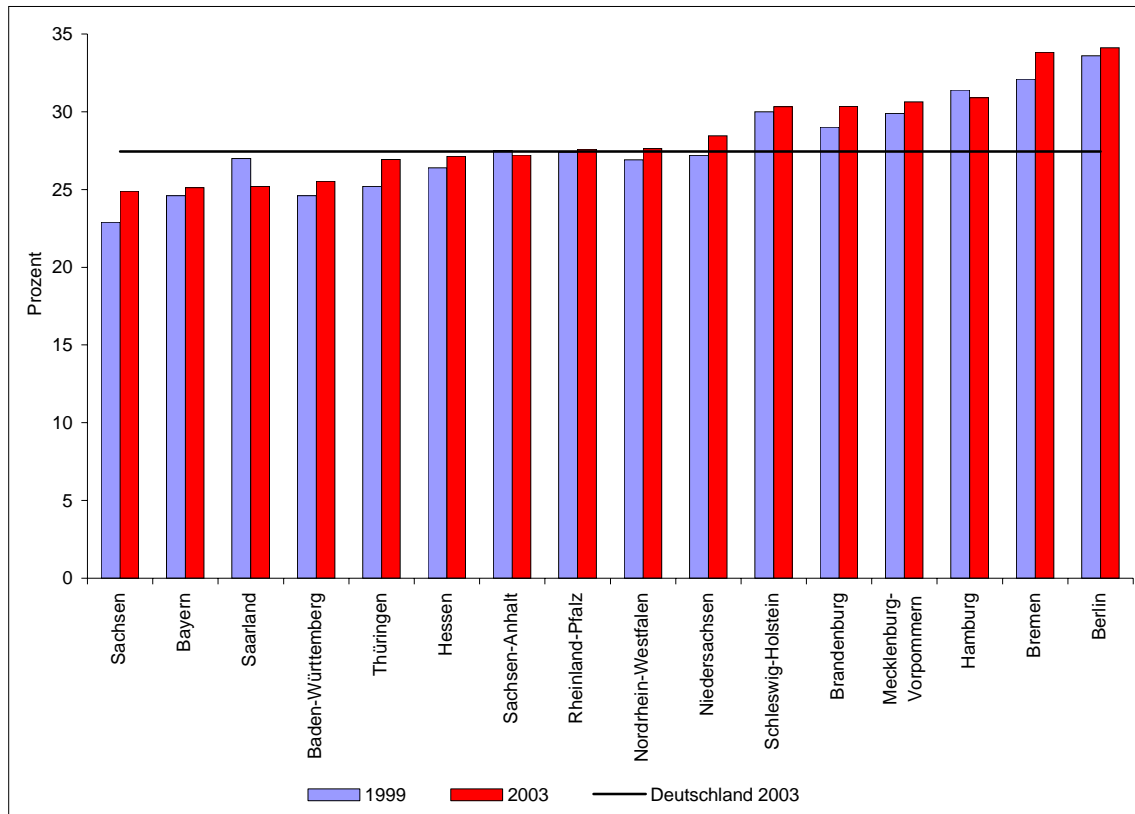
¹ Initiativkreis für rauchfreie Arbeitsplätze (2006): Daten und Fakten zum Rauchen, Passivrauchen und zum Nichtraucherschutz. www.who-nichtrauchertag.de/html/nrs_ikra_daten.html (24.03.2006).

² Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (2006): Neues zum Aktionsprogramm „Berlin qualmfrei“. www.berlin.de/sengsv/drogen_und_sucht/qf_start.html (24.03.2006).

³ Lampert, T.; Burger, M. (2004): Rauchgewohnheiten in Deutschland - Ergebnisse des Telefonischen Gesundheitssurveys 2002/2003. Das Gesundheitswesen 66, S. 511-517. http://www.rki.de/clin_006/nn_225840/DE/Content/GBE/Auswertungsergebnisse/Gesundheitsverhalten/Rauchen/rauchen_inhalt.html_nnn=true (24.03.2006).

Insgesamt ist der *Raucheranteil in den drei Stadtstaaten am höchsten*. Berlin führt mit 34,1 %. An zweiter Stelle folgt Bremen (33,8 %) und schließlich Hamburg (30,9 %). 7 Bundesländer liegen unter dem Bundesdurchschnitt von 27,4 % (vgl. Abbildung 4.1).

Abbildung 4.1:
Raucheranteil in Deutschland 1999 und 2003 nach Bundesländern

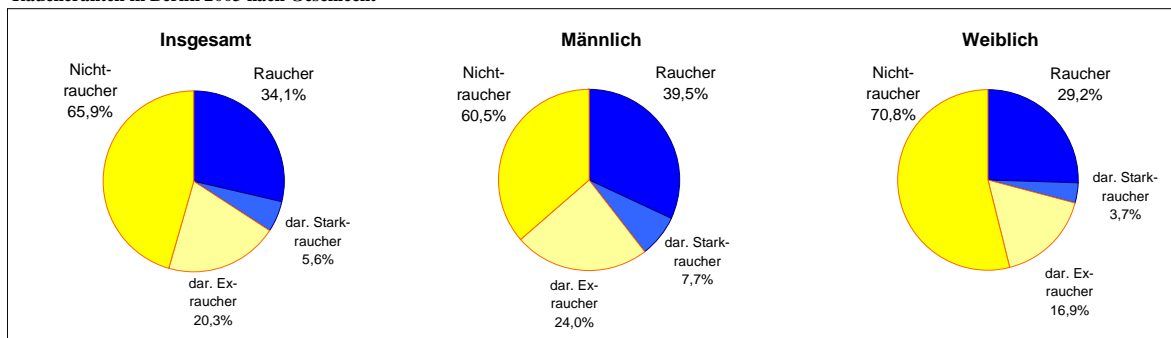


(Datenquelle: StaLa Berlin, Ergebnisse des Mikrozensus / Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Rauchgewohnheiten in Berlin

Insgesamt ist in Berlin nach Angaben des Mikrozensus der Raucheranteil von 33,6 % im Jahr 1999 auf 34,1 % im Jahr 2003 (bezogen auf die Bevölkerung ab 15 Jahre) weiterhin leicht gestiegen. Diese Entwicklung zeigt sich sowohl bei den Männern (1999: 39,0 %; 2003: 39,5 %) als auch bei den Frauen (1999: 28,7 %; 2003: 29,2 %). *Unter den Männern gibt es mehr als doppelt so viele stark rauchende als unter den Frauen* (nach WHO-Definition zählt ein Raucher bzw. eine Raucherin zu den starken Tabakkonsumenten, wenn mehr als 20 Zigaretten täglich geraucht werden) (vgl. Abbildung 4.2).

Abbildung 4.2:
Raucheranteil in Berlin 2003 nach Geschlecht



(Datenquelle: StaLa Berlin, Ergebnisse des Mikrozensus / Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Die Entwicklung des Raucheranteils von 1999 bis 2003 stellt sich in den einzelnen Bezirken unterschiedlich dar. In 14 von 23 ehemaligen Bezirken ist der Anteil der Raucher und Raucherinnen insgesamt gesunken. In Tiergarten ging der Anteil sogar um 10,0 Prozentpunkte zurück. Deutliche Rückgänge des Raucheranteils der Berliner Bevölkerung waren auch in Schöneberg mit 8,5 Prozentpunkten und in Charlottenburg mit 7,1 Prozentpunkten zu beobachten. Dagegen wies den höchsten Anstieg der Raucheranteile mit 5,9 Prozentpunkten Spandau auf. Obwohl sich in Zehlendorf ebenfalls die Zahl der Raucher und Raucherinnen stark erhöhte (um 4,4 Prozentpunkte), ist dieser Bezirk noch der mit der geringsten Raucherquote von 22,6 %, gefolgt von Köpenick mit 25,1 % und Treptow mit 26,8 %. In den letztgenannten Bezirken ist der Raucheranteil im Vergleich zu 1999 sogar geringfügig zurückgegangen. *Die meisten Raucher und Raucherinnen wohnen gegenwärtig in den Bezirken Wedding (39,3 %), Friedrichshain (38,6 %) und Mitte (38,3 %).* 1999 hatten noch Neukölln, Schöneberg und Tiergarten die höchsten Raucheranteile.

Rauchgewohnheiten nach Erwerbstätigkeit und Berufsgruppen

Der vom RKI durchgeführte telefonische Gesundheitssurvey 2003 ergab, dass in Deutschland in der Gruppe der 20- bis 59-Jährigen fast zwei Drittel der kurzzeit- und der langzeitarbeitslosen Männer, aber nur knapp über 40 % der erwerbstätigen Männer rauchen. Noch deutlicher wird die Differenz bei Betrachtung der Dauer der Arbeitslosigkeit. *Männer, die seit mehr als einem Jahr arbeitslos sind, rauchen 2,7-mal häufiger im Vergleich zu erwerbstätigen Männern.* Bis zu einem Jahr arbeitslose Männer (Kurzzeitarbeitslose) rauchen bis zu 1,9-mal häufiger als erwerbstätige Männer.

Nach Angaben des Mikrozensus ist auch in Berlin der Anteil der Raucher und Raucherinnen unter den Erwerbslosen deutlich höher als unter den Erwerbstätigen bzw. den Nichterwerbspersonen. Insgesamt liegt bei der erwerbslosen Bevölkerung der Raucheranteil bei 51,2 %. Bei den Berliner Männern liegt der Anteil unabhängig von der Altersgruppe bei ca. 55,5 %. Bei den erwerbslosen Berlinerinnen ist der Anteil der Raucherinnen bei den 40- bis unter 65-Jährigen mit 40,9 % deutlich geringer als bei den 15- bis unter 40-Jährigen mit 49,5 %.

Jede/r zweite Erwerbslose in Berlin raucht

Der Anteil der Raucher und Raucherinnen unter den Berliner Erwerbstätigen liegt bei 40,3 %. Hier finden sich jedoch bei beiden Geschlechtern erhebliche Unterschiede in den Altersgruppen. Bei den 40- bis unter 65-jährigen Erwerbstätigen ist der Anteil der Raucher sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen ca. 8 Prozentpunkte geringer als bei den 15- bis unter 40-jährigen.

In Deutschland liegt der größte Raucheranteil bei den Männern im *Berufsbereich* der Bergleute und Mineralgewinner (55,4 %). Aber auch im Bereich der Fertigungsberufe raucht jeder zweite Beschäftigte bei den Hoch-, Tief- und Ausbauberufen. Hier ist ebenfalls der Anteil der starken Raucher mit 15,5 % sehr hoch. Ein genauso hoher Anteil starker Raucher findet sich bei den Verkehrsberufen (vgl. Abbildung 4.3).

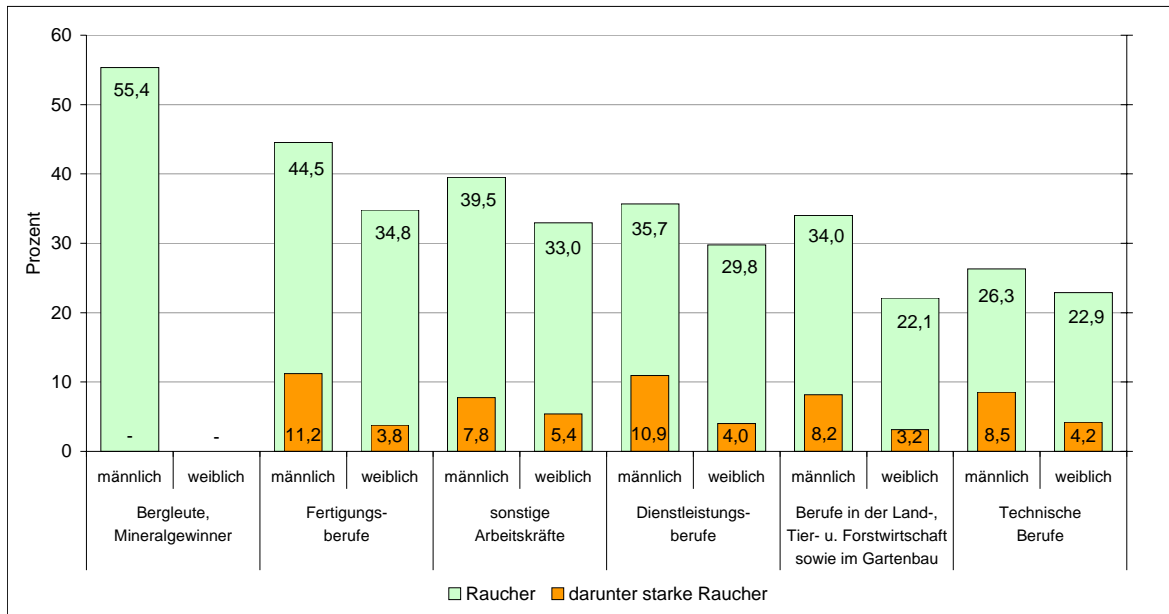
Die wenigsten Raucher gibt es bei den Männern unter den Ingenieuren (19,2 %), Lehrern (20,0 %) und Ärzten/Apothekern (20,2 %).

Bei den Frauen zeichnet sich im gesamten Bundesgebiet ein ähnliches Bild. Hier ist der Anteil der Raucherinnen im Berufsbereich der Verkehrsberufe mit 38,0 % am höchsten - ebenso der Anteil der starken Raucherinnen mit 6,4 %. Ein hoher Raucheranteil findet sich ebenso beim Verkaufspersonal (36,5 %). Aber auch nahezu jede dritte Krankenschwester/Hebamme raucht.

Wie bei den Männern findet sich auch bei den Frauen der geringste Anteil an Raucherinnen bei den Ärztinnen/Apothekerinnen (13,0 %), Lehrerinnen (15,8 %) und den Ingenieurinnen (16,0 %).

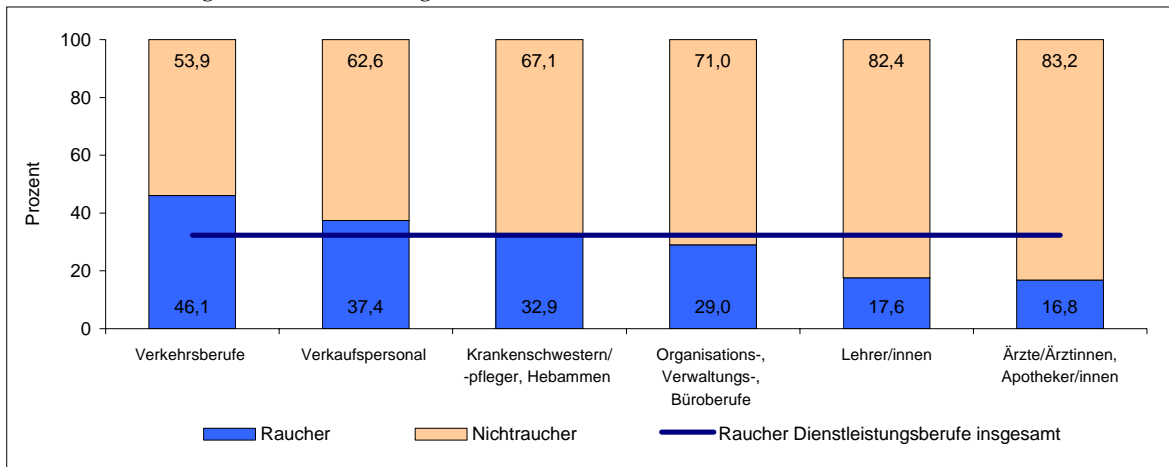
Betrachtet man ausgewählte Berufe aus den *Dienstleistungsberufen*, ergibt sich ein sehr stark differenziertes Bild. Es reicht von einem Raucheranteil von 46 % bei den Verkehrsberufen bis zu einem Anteil von 17 % unter den Ärzten und Ärztinnen sowie Apothekern und Apothekerinnen (vgl. Abbil-

Abbildung 4.3:
Raucheranteil in Deutschland 2003 nach Berufsbereichen und Geschlecht



(Datenquelle: StaLa Berlin, Ergebnisse des Mikrozensus / Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Abbildung 4.4:
Raucheranteil in ausgewählten Dienstleistungsberufen in Deutschland 2003



(Datenquelle: StaLa Berlin, Ergebnisse des Mikrozensus / Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

dung 4.4). In Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wurde ein Konzept zum rauchfreien Krankenhaus (Projekthandbuch „Rauchfrei im Krankenhaus“) erarbeitet. Dazu wurde Mitte der neunziger Jahre eine Befragung in 7 Allgemeinkrankenhäusern durchgeführt. Der Raucheranteil beim ärztlichen Personal lag bei 21 % (Pflegedienst 40 % Raucherquote). Jedoch gab es unter den rauchenden Ärzten und Ärztinnen 54 % Aufhörwillige.⁴

Bei der Betrachtung der Berufsbereiche und –gruppen zeigt sich eindeutig die Tendenz, dass *Persone*n in akademischen Berufen weniger rauchen als die Beschäftigten in Berufen mit einem geringeren Sozialstatus. Diese prägende Wirkung auf das persönliche Lebensumfeld und die individuellen

⁴ Initiativkreis für rauchfreie Arbeitsplätze (Hrsg.) (2002): Das rauchfreie Krankenhaus, WHO-Partnerschaftsprojekt Tabakabhängigkeit 1999-2002. www.who-nichtrauchertag.de/html/folienkkh.html (10.03.2006).

Verhaltensweisen ist aus gesundheitspolitischer Sicht von wesentlicher Bedeutung. Das berufliche Umfeld bietet für Prävention im Sinne eines Settings vielerlei Ansatzpunkte für Erfolg versprechende Maßnahmen.⁵

Es gibt umfassende Konzepte und Musterbetriebsvereinbarungen für *rauchfreie Betriebe*. In vielen großen Unternehmen wurden bereits verschiedene Varianten getestet. So wird in einer Abteilung der Siemens AG in Berlin Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zwei Jahre lang eine monatliche Sonderzahlung überwiesen, wenn sie in der Zeit nicht rauchen (weder dienstlich noch privat). In einem anderen Standort der Siemens AG (Bocholt) wurde das Projekt Apfelecke eingerichtet. In abgetrennten Bereichen des Büros gibt es Äpfel, Wasserspender und die Möglichkeit, kurz abzuschalten. Viele Raucher/innen sind dort bereits von Nikotin auf Vitamine umgestiegen. Aber es gibt auch Unternehmen, die jeder Nichtraucherin und jedem Nichtraucher in der Belegschaft eine monatliche Prämie zahlen. Es steht jeder und jedem Rauchenden frei, sich für das Nichtrauchen zu verpflichten und diese Prämie zu erhalten.

Bei Philips Semiconductors Hamburg, Siemens Nixdorf Frankfurt, Opel, der Berliner Bank und anderen gibt es Betriebsvereinbarungen zum Nichtraucherschutz, in denen beispielsweise ein generelles Rauchverbot in Arbeits- und Büroräumen geregelt ist.

Weitere Informationen zum Konzept für Betriebe zur Umsetzung eines rauchfreien Arbeitsplatzes finden sich unter www.rauchfrei-am-arbeitsplatz.de, www.who-nichtrauchertag.de, www.bzga.de.

Rauchgewohnheiten und Sozialstruktur

Soziale Komponenten wie z. B. Schulabschluss, berufliche Situation und Familienstand haben einen nachweisbaren Einfluss auf das Rauchverhalten.

Abbildung 4.5 lässt einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem Raucheranteil in den ehemaligen Bezirken und dem Sozialindex erkennen (Korrelationskoeffizient -0,7426).

Darin zeigt sich auch, dass es *beim Rauchen eine deutliche Verschiebung zu sozial benachteiligten Gruppen* gibt. Hohe Raucheranteile weisen demnach vor allem Bevölkerungsgruppen mit geringerer Bildung, geringem Einkommen und niedrigem beruflichem Status sowie Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger auf. In der Literatur ist belegt, dass in Bevölkerungsgruppen, die mehrere dieser Risikomerkmale auf sich vereinigen, die Raucherquote im Vergleich zu sozial und ökonomisch besser gestellten Bevölkerungsgruppen um das Vier- bis Sechsfache höher liegt.⁶

Bildung

Der Bildung kommt im Gesundheitsverhalten ein übergeordneter Stellenwert zu, da über die Bildung bestimmte gesundheitsbezogene Einstellungen vermittelt werden. Die Ergebnisse des Gesundheitssurveys 2003 ergeben, dass die Raucherprävalenz bei Männern und Frauen je nach Alter und Bildungsabschluss variiert. Bei den Männern im Bundesgebiet zeigen sich in allen angegebenen Altersgruppen starke Unterschiede zwischen den einzelnen Schulbildungen. So liegt beispielsweise bei den Männern in der Altersgruppe der 30- bis unter 40-Jährigen der Raucheranteil bei den Abiturienten bei 33,4 % und bei den Männern mit Volks-/Hauptschulabschluss bei 58,3 %. Auch bei den Frauen sind die Unterschiede bis zum Alter von 59 Jahren eindeutig zu erkennen. Hier ist - ebenso wie bei den Männern - in der Altersgruppe der 30- bis unter 40-Jährigen die Differenz am höchsten (Abitur: 29,4 %, Volks-/Hauptschulabschluss: 56,8 %) (vgl. Tabelle 4.1).

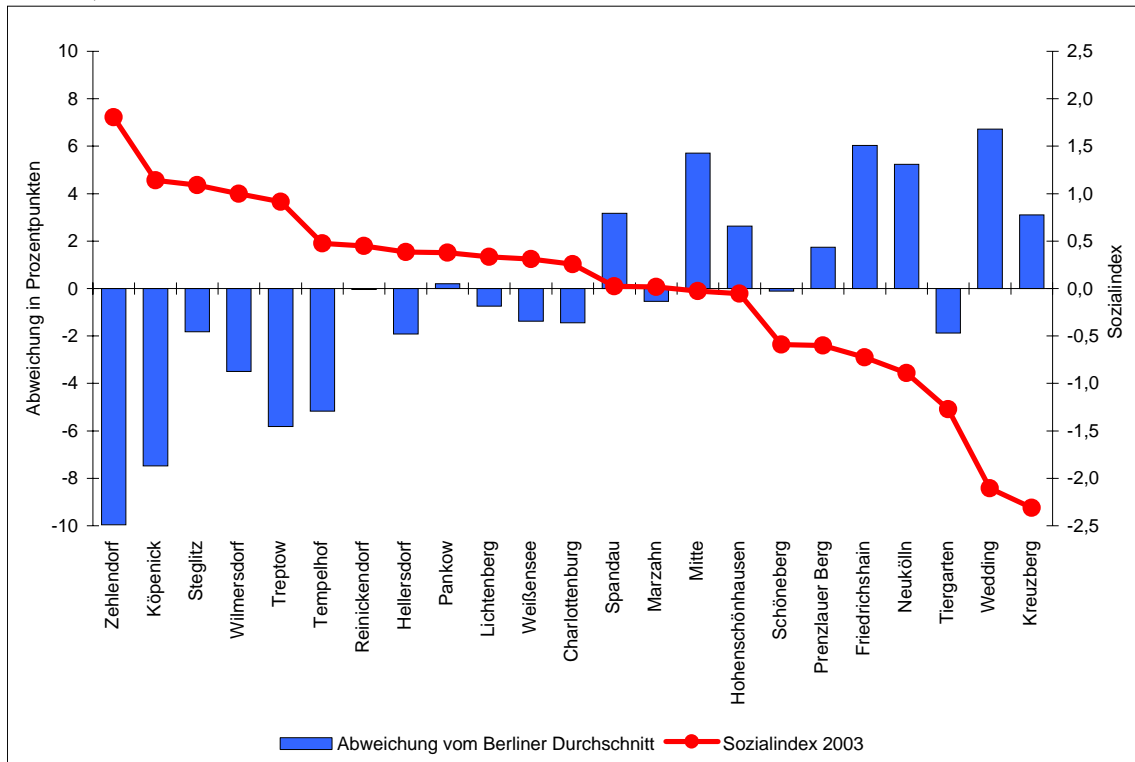
Deutliche Unterschiede der Raucherprävalenz nach den Bildungsabschlüssen

⁵ Lampert, T.; Ziese, T. (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit, Expertise des Robert Koch-Institutes zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. RKI, Berlin.

⁶ siehe Fußnote ¹.

Abbildung 4.5:

Zusammenhang zwischen Sozialindex 2003 und Raucheranteil (bezogen auf alle Altersgruppen) nach Bezirken (alte Struktur)



(Datenquelle: StaLa Berlin, Ergebnisse des Mikrozensus / Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Betrachtet man nur die starken Raucher/innen, so ist auch hier eindeutig der Zusammenhang zur Schulbildung zu erkennen. 42 % der männlichen Raucher mit Volks-/Hauptschulabschluss werden zu den starken Rauchern gezählt (täglich 20 Zigaretten und mehr). Bei den Frauen liegt der Anteil mit 31 % ebenfalls sehr hoch. Dagegen ist der Anteil starken Tabakkonsums unter den Raucherinnen und Rauchern mit Abitur deutlich geringer (Männer: 26 % ; Frauen: 21 %).

Familienstand

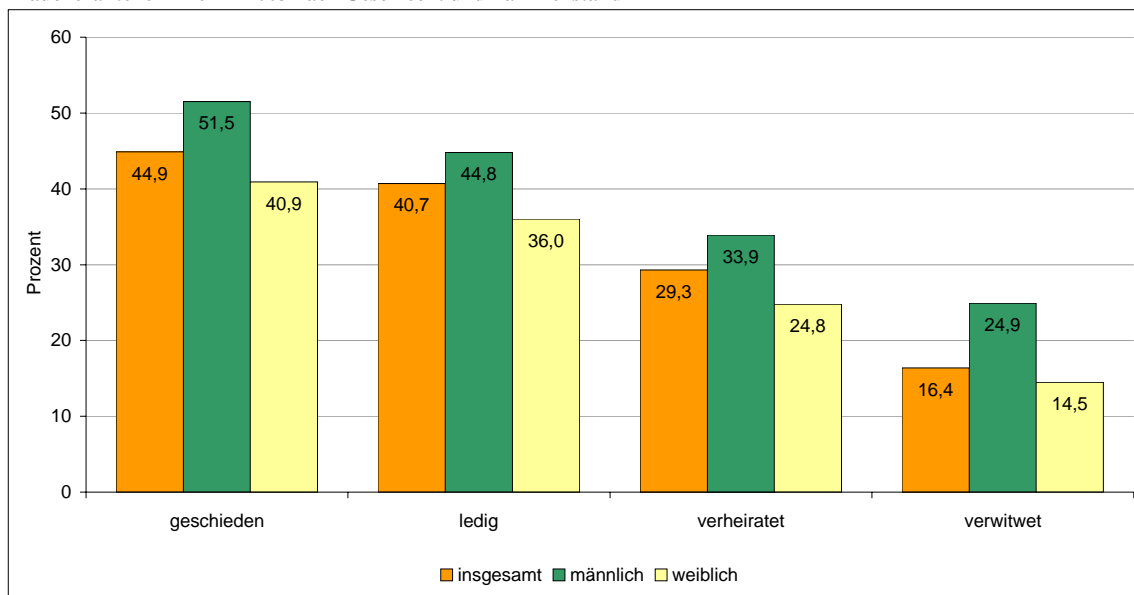
Jeder zweite geschiedene Mann in Berlin ist, wie aus den Ergebnissen des Mikrozensus hervorgeht, ein Raucher, das sind mehr als doppelt so viele Raucher als unter den verwitweten Männern. Auch bei den Berliner Frauen ist der Anteil unter den geschiedenen mit 40,9 % am höchsten. Der Raucheranteil ist bei den verheirateten (jeder dritte) und verwitweten (jeder sechste) Berlinern und Berlinerinnen am geringsten (vgl. Abbildung 4.6). Insgesamt verteilen sich in Deutschland die Raucheranteile wie folgt: ledig: 35,0 %, verheiratet: 24,6 %, verwitwet: 11,8 %, geschieden: 42,4 %. Bei den Geschiedenen ist der Unterschied zwischen den Männern und Frauen mit 50,2 % zu 36,9 % besonders hoch. Die Daten der Einschulungsuntersuchung (ESU) in Berlin aus dem Jahr 2004 ergaben, dass in Haushalten der Einschulkinder mit einem allein erziehenden Elternteil der Raucheranteil sogar 51,3 % beträgt.

Tabelle 4.1:
Raucheranteil in Deutschland 2003 nach Alter, Geschlecht und Schulbildung

Alter in Jahren	Raucheranteil in % der Bevölkerung					
	Männer			Frauen		
	Volks-/Hauptschule	mittlere Reife	Abitur	Volks-/Hauptschule	mittlere Reife	Abitur
18 - 29	67,8	59,9	43,7	61,9	51,6	35,7
30 - 39	58,3	48,4	33,4	56,8	37,8	29,4
40 - 49	45,6	45,6	38,3	46,9	37,9	26,6
50 - 59	33,5	33,5	26,4	33,3	27,2	22,8
60 - 69	22,6	19,6	18,2	15,7	13,8	14,1
70 u. älter	19,9	12,2	9,2	6,9	6,4	4,5
insgesamt	37,9	42,1	31,8	26,2	31,7	25,5

(Datenquelle: RKI, Telefonischer Gesundheitssurvey 2002/2003)

Abbildung 4.6:
Raucheranteile in Berlin 2003 nach Geschlecht und Familienstand



(Datenquelle: StaLa Berlin, Ergebnisse des Mikrozensus / Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Einkommen

Sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern in Deutschland zeigt sich nach Ergebnissen des Sozio-ökonomischen Panels 2002 ein *deutlicher Zusammenhang zwischen Einkommen und Rauchverhalten*. Ausgehend vom Haushaltsnettoeinkommen wurde ein Äquivalenzeinkommen berechnet, das ein Maß für relative Einkommensarmut oder Wohlstand bildet. Bei der Berechnung des Äquivalenzeinkommens wird das Haushaltsnettoeinkommen nicht durch die Anzahl der Haushaltsmitglieder geteilt, vielmehr werden diesen unterschiedliche Personengewichte zugewiesen.⁷ Entsprechend einer EU-Konvention gelten Personen bzw. Haushalte, die über 60 % oder weniger des Äquivalenzeinkommens verfügen, als arm. In Deutschland lag diese Armutsrisikogrenze bei 746 Euro, während das durchschnittlich verfügbare monatliche Äquivalenzeinkommen (Median) der Bevölkerung in Privathaushalten 1.243 Euro betrug. Als Risikogruppe gelten auch Personen mit einem Äquivalenzeinkommen zwischen 60 und 80 %, da diese bei Arbeitslosigkeit, längerer Krankheit oder Überschuldung wenig Ausgleichspotentiale haben. Personen, die monatlich über 150 % und mehr des durchschnittlichen Äquivalenzeinkommens verfügen, gelten danach als einkommensreich.

Der Zusammenhang zwischen Einkommen und Rauchen ist für die jungen und mittleren Lebensaltersstufen besonders deutlich: Je niedriger das Einkommen, desto höher ist der Anteil der Raucher und Raucherinnen (vgl. Abbildung 4.7). Bei den 30- bis unter 45-jährigen Männern ist der Raucheranteil in der Armutsrisikogruppe (60 % und weniger des durchschnittlichen Äquivalenzeinkommens) mit 61,4 % besonders hoch. Männer aus dieser Armutsgruppe rauchen etwa 2,1-mal, in der nächst folgenden Gruppe (60 – 80 % des Äquivalenzeinkommens) 1,5-mal häufiger als Männer mit den höchsten Einkommen. Bei den Frauen ist die Raucherprävalenz in den beiden unteren Einkommensgruppen um den Faktor 1,3 bzw. 1,1 erhöht.⁸

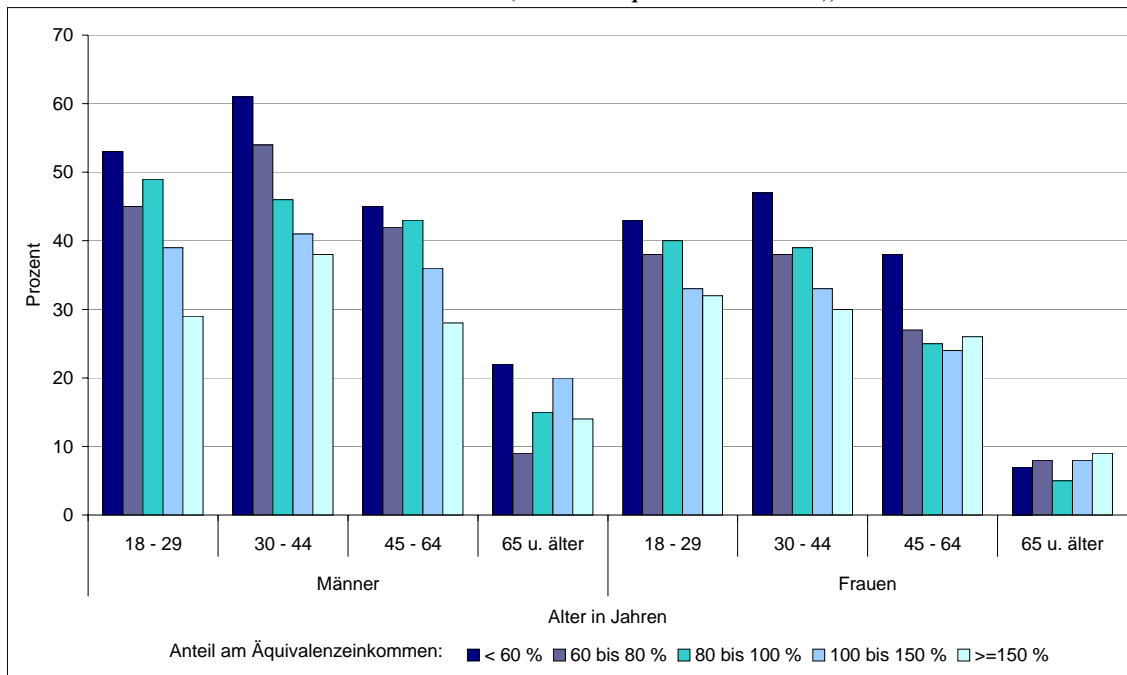
Je niedriger das Einkommen, desto höher der Raucheranteil

⁷ Berechnungsbasis ist die neue OECD-Äquivalenzskala. Danach wird dem Haushaltsvorstand ein Bedarfsgewicht von 1,0 zugewiesen, jeder weiteren Person ab 15 Jahren ein Gewicht von 0,5 sowie Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren ein Gewicht von 0,3.

⁸ Lampert, T.; Kroll, L.E. (2005): Einfluss der Einkommensposition auf die Gesundheit und Lebenserwartung. Discussion Papers 527. DIW, Berlin.

Abbildung 4.7:

Raucheranteil in Deutschland 2002 nach Einkommen (Anteil am Äquivalenzeinkommen), Alter und Geschlecht



(Datenquelle: DIW, Sozio-oekonomisches Panel 2002 / Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Rauchverhalten im Haushalt

Fast jedes zweite Berliner Kind lebt in einem Raucherhaushalt

Die Drogenaffinitäts-Studie 2004 der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat den Einfluss des sozialen Umfeldes der Jugendlichen (12 bis 25 Jahre) auf das Rauchverhalten untersucht. Ab einem Alter von 20 Jahren leben bereits viele Jugendliche nicht mehr in der elterlichen Wohnung, sondern alleine, mit Partnern oder Partnerinnen oder in Wohngemeinschaften. In mehr als der Hälfte (55 %) der Haushalte, in denen die 12- bis 25-jährigen Jugendlichen leben, wird geraucht. Dazu gehören aber auch solche Haushalte, in denen ausschließlich die befragten Jugendlichen rauchen, beispielsweise die Singlehaushalte. Wenn es um den sozialen Einfluss geht, der vom Haushalt auf die Entscheidung zu rauchen oder nicht zu rauchen ausgeht, ist es wichtiger zu wissen, wie hoch der Anteil der Jugendlichen ist, die in einem Haushalt mit mindestens einem anderen Raucher oder einer anderen Raucherin zusammen leben. Das trifft nach dieser Studie auf weniger als der Hälfte (46 %) der 12 bis 25-Jährigen in Deutschland zu. Aus den Daten der ESU geht hervor, dass in Berlin 2004 bereits 47,6 % der untersuchten Einschulkinder in einem Raucherhaushalt leben. Für die Hälfte der Jugendlichen ist Rauchen also schon allein deshalb ein selbstverständlicher Teil ihres alltäglichen Lebens, weil sie in ihrer Familie, Partnerschaft oder Wohngemeinschaft mit Rauchern und Raucherinnen zusammen leben.

Es zeigt sich auch deutlich, dass es einen *Zusammenhang zwischen dem Raucheranteil unter den Jugendlichen und weiteren Rauchern und Raucherinnen im Haushalt* gibt. Die Ergebnisse der Drogenaffinitätsstudie ergaben, dass 22 % der Jugendlichen, die mit Nichtrauchern und Nichtraucherinnen zusammen leben, rauchen. Wenn es nur einen weiteren Tabakkonsumenten im Haushalt gibt, steigt der Raucheranteil auf das Doppelte (43 %), bei mehreren sogar auf 47 %. Auch zeigt sich, dass die Bereitschaft der Jugendlichen, mit dem Rauchen anzufangen, stark von den Rauchgewohnheiten der im Haushalt Lebenden beeinflusst wird. Von jugendlichen Nichtrauchern und Nichtraucherinnen, bei denen zu Hause nicht geraucht wird, können sich 11 % vorstellen, in den nächsten 12 Monaten zu rauchen. Gibt es einen Raucher oder eine Raucherin im Haushalt, steigt die Bereitschaft auf 15 %; bei mehreren ist der Anteil der potenziellen Einsteiger mit 21 % fast doppelt so hoch.