

2. NICHTMEDIZINISCHE GESUNDHEITSAKTIVITÄTEN

2.5. Tabakkonsum von Erwachsenen

Tabakkonsum ist nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweitwichtigste Todesursache weltweit und direkt verantwortlich für etwa jeden zehnten Todesfall in der Erwachsenenbevölkerung, was rd. 6 Millionen Todesfällen jährlich entspricht (Shafey et al., 2009). Der Tabakkonsum spielt eine wichtige Rolle als Risikofaktor für mindestens zwei der häufigsten Ursachen von vorzeitigem Tod: Krankheiten des Kreislaufsystems und eine Reihe von Krebsarten. Zudem trägt er erheblich zu Erkrankungen der Atmungsorgane bei, und Rauchen während der Schwangerschaft kann darüber hinaus ein niedriges Geburtsgewicht und Krankheiten beim Säugling verursachen. Rauchen ist im OECD-Raum nach wie vor das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko.

Der Prozentsatz der täglichen Raucher in der Erwachsenenbevölkerung ist im Ländervergleich sehr unterschiedlich, selbst zwischen Nachbarländern (Abbildung 2.5.1). Am niedrigsten waren die Raucherquoten 2007 in Schweden, den Vereinigten Staaten, Australien, Neuseeland, Kanada, Island und Portugal, wo die Quote der täglichen Raucher überall weniger als 20% der Erwachsenenbevölkerung betrug. Im Durchschnitt sind die Raucherquoten in den OECD-Ländern seit 1995 um etwa 5 Prozentpunkte gesunken, bei Männern stärker als bei Frauen. Besonders stark zurückgegangen sind die Quoten in der Türkei (von 47% auf 33%), in Luxemburg (von 33% auf 21%), Norwegen (von 33% auf 22%), Japan (von 37% auf 26%) und Dänemark (von 36% auf 25%). Am höchsten ist die Raucherquote nach wie vor in Griechenland sowie in der Türkei und Ungarn (30% oder mehr tägliche Raucher in der Erwachsenenbevölkerung). Griechenland und Mexiko sind die einzigen OECD-Länder, wo das Rauchen offenbar sowohl unter Männern als auch unter Frauen zunimmt.

Im historischen Rückblick folgte die Nachkriegsentwicklung in den meisten OECD-Ländern einem allgemeinen Trend, der in den 1960er und 1970er Jahren durch sehr hohe Raucherquoten der Männer charakterisiert war (50% oder mehr), während sich die 1980er und 1990er Jahre durch einen deutlichen Rückgang des Tabakkonsums auszeichneten. Dieser Rückgang war zu einem großen Teil auf Maßnahmen zur Senkung des Tabakkonsums durch öffentliche Aufklärungskampagnen, Werbeverbote und höhere Tabaksteuern zurückzuführen, mit denen die zunehmende Häufigkeit durch Tabakkonsum bedingter Krankheiten bekämpft werden sollte (Weltbank, 1999). Neben den staatlichen Maßnahmen erwiesen sich Kampagnen von Anti-Raucher-Gruppen, die die Auffassungen über die Auswirkungen des Rauchens auf die Gesundheit veränderten, im Hinblick auf die Senkung der Raucherquoten als sehr wirksam – vor allem in Nordamerika (Cutler und Glaeser, 2006).

Obwohl weiterhin große Unterschiede bestehen, sind die Raucherquoten in den meisten OECD-Ländern im Lauf des vergangenen Jahrzehnts deutlich gesunken

(Abbildung 2.5.3). Die Raucherhäufigkeit ist unter den Männern in allen OECD-Ländern mit Ausnahme von Schweden und Norwegen nach wie vor höher als unter den Frauen. Die Raucherquoten der Frauen sind in den meisten OECD-Ländern weiter rückläufig, in mehreren Fällen (Türkei, Neuseeland, Island, Kanada, Vereinigte Staaten, Vereinigtes Königreich und Irland) sogar in stärkerem Maße als die der Männer. Nur in fünf Ländern sind die Raucherquoten der Frauen in den letzten 12 Jahren offenbar gestiegen (Österreich, Deutschland, Griechenland, Mexiko und Portugal), doch ist die Raucherwahrscheinlichkeit in diesen Ländern bei Frauen immer noch geringer als bei Männern. Besonders groß war der Unterschied zwischen den geschlechtsspezifischen Raucherquoten 2007 in Korea, Japan und der Türkei, geringer dagegen in Mexiko, Portugal, Griechenland und Polen (Abbildung 2.5.2).

Mehrere Studien liefern aussagekräftige Befunde über sozioökonomische Unterschiede in Bezug auf Rauchen und Mortalität (Mackenbach et al., 2008). Bei Personen der unteren Sozialkategorien sind Inzidenz und Intensität des Rauchens sowie die Sterberate aller Ursachen höher sowie die Überlebensrate bei Krebs niedriger (Woods et al., 2006). Der Einfluss des Rauchens als Bestimmungsfaktor der Gesundheitsungleichheiten insgesamt ist so stark, dass die Mortalitätsunterschiede zwischen den Sozialkategorien einer Nichtraucherpopulation um die Hälfte geringer wären (Jha et al., 2006).

In Abbildung 2.5.4 ist die Korrelation zwischen dem Tabakkonsum (in Gramm pro Kopf) und der Inzidenz von Lungenkrebs in den OECD-Ländern mit einer 20-jährigen Verzögerung dargestellt. Ein höherer Tabakverbrauch auf nationaler Ebene ist im OECD-Vergleich im Allgemeinen auch mit höheren Sterberaten auf Grund von Lungenkrebs 10 oder 20 Jahre später verbunden.

Definition und Abweichungen

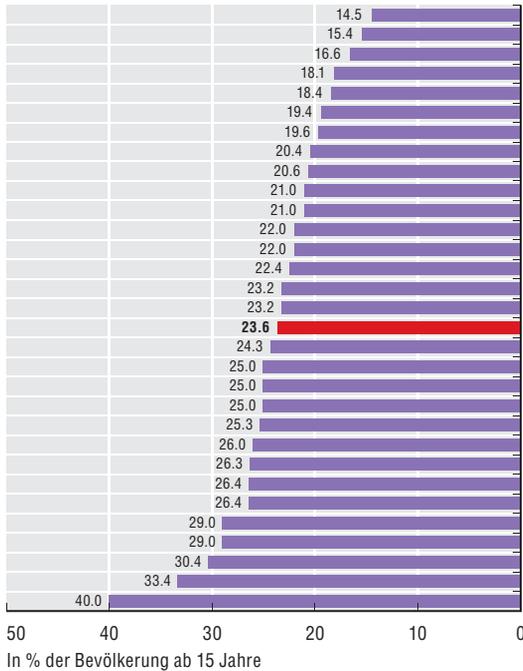
Der Prozentsatz der täglichen Raucher ist definiert als der Prozentsatz der Bevölkerung ab 15 Jahre, der laut eigenen Angaben täglich raucht.

Die internationale Vergleichbarkeit ist durch die mangelnde Standardisierung der Messung der Rauchgewohnheiten in den Gesundheitsumfragen eingeschränkt, die in den verschiedenen OECD-Ländern durchgeführt werden. Es bestehen nach wie vor Unterschiede bei der Formulierung der Fragen, den Antwortkategorien und den Erhebungsmethoden. In mehreren Ländern wird z.B. nicht danach gefragt, ob die Betroffenen täglich, sondern ob sie regelmäßig rauchen.

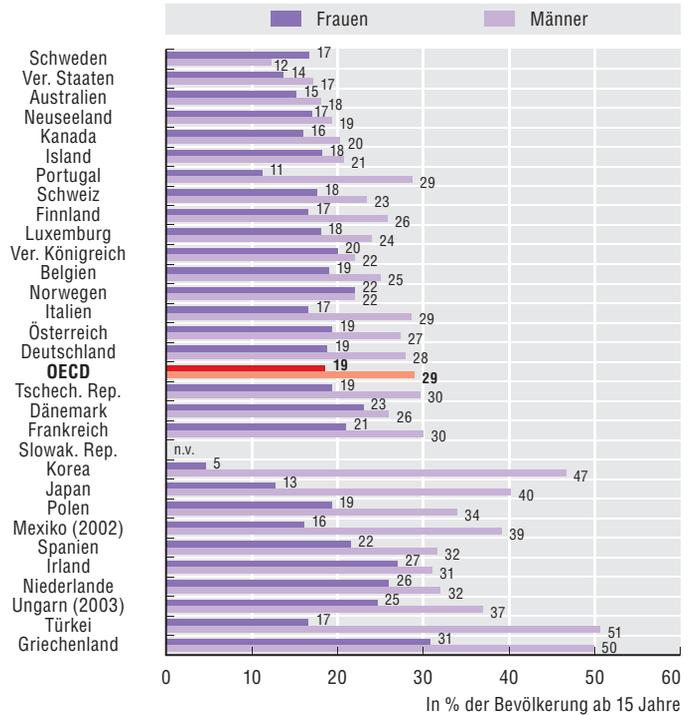
2. NICHTMEDIZINISCHE GESUNDHEITSAKTIVITÄTEN

2.5. Tabakkonsum von Erwachsenen

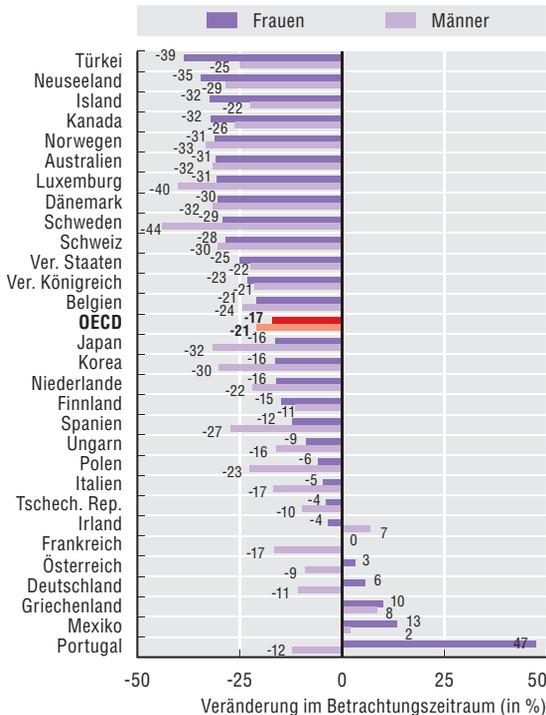
2.5.1 Prozentsatz der täglichen Raucher in der Erwachsenenbevölkerung, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



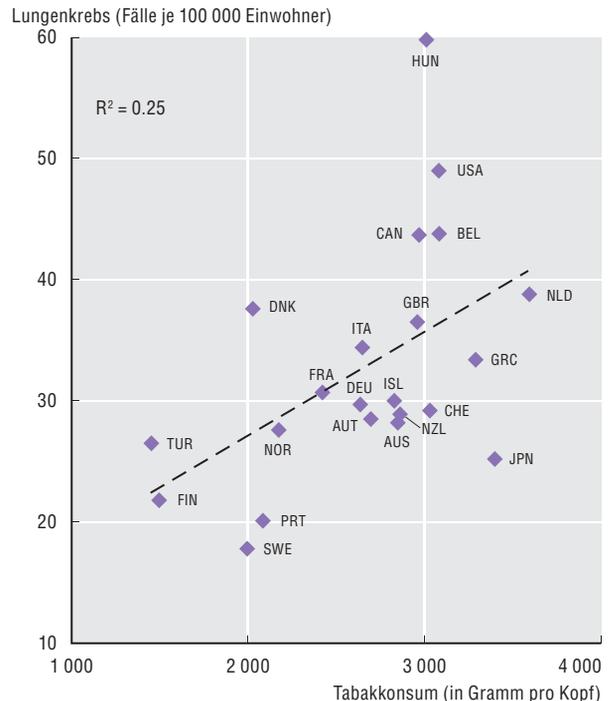
2.5.2 Prozentsatz der täglichen Raucher unter Frauen und Männern, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



2.5.3 Veränderung der geschlechtsspezifischen Raucherquoten, 1995-2007 (oder nächstgelegenes Jahr)



2.5.4 Tabakkonsum, 1980, und Lungenkrebsinzidenz, 2002



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/803301048045>



From:
Health at a Glance 2009
OECD Indicators

Access the complete publication at:
https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-en

Please cite this chapter as:

OECD (2010), "Tabakkonsum von Erwachsenen", in *Health at a Glance 2009: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/soc_glance-2009-20-de

Das vorliegende Dokument wird unter der Verantwortung des Generalsekretärs der OECD veröffentlicht. Die darin zum Ausdruck gebrachten Meinungen und Argumente spiegeln nicht zwangsläufig die offizielle Einstellung der OECD-Mitgliedstaaten wider.

This document and any map included herein are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.

You can copy, download or print OECD content for your own use, and you can include excerpts from OECD publications, databases and multimedia products in your own documents, presentations, blogs, websites and teaching materials, provided that suitable acknowledgment of OECD as source and copyright owner is given. All requests for public or commercial use and translation rights should be submitted to rights@oecd.org. Requests for permission to photocopy portions of this material for public or commercial use shall be addressed directly to the Copyright Clearance Center (CCC) at info@copyright.com or the Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) at contact@cfcopies.com.