



GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG STEIERMARK

IM BLICKPUNKT

TABAK- UND NIKOTINKONSUM
IN DER STEIERMARK



Impressum:

Herausgeber und Medieninhaber:
Gesundheitsfonds Steiermark
Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark
Herrengasse 28, 8010 Graz
E-Mail: gfst@gfstmk.at
Website: www.gesundheitsfonds-steiermark.at

1. Auflage 2020

Auftragnehmerin:

EPIG GmbH – Entwicklungs- und
Planungsinstitut für Gesundheit



Projektleitung EPIG GmbH:

Mag. Christa Peinhaupt, MBA

Projektmitarbeit EPIG GmbH:

Mag. (FH) Maria Plank
DI Gernot Fassolder, BSc
DI Sandra Neubauer, BSc

Projektmitarbeit Gesundheitsfonds Steiermark:

Dr.ⁱⁿ Cornelia Weberhofer

Gesamtkoordination Gesundheitsfonds Steiermark:

Lisa Bauer, MA; Mag. Sandra Marczik-Zettinig, MPH

Gestaltung: Peter Michael Schaffer, TORDREI

Lektorat: Agentur Textbox. Mag. Werner Schandor

Coverfoto & Foto Seite 6: istockphoto.com

Druck: Druckhaus Thalerhof

Zitiervorschlag für diesen Bericht:

Gesundheitsfonds Steiermark (Hg.) (2020): Tabak- und Nikotinkonsum in der Steiermark.
Gesundheitsberichterstattung Steiermark_Im Blickpunkt. Graz

Gendering

Die Berücksichtigung der gleichen Rechte von Frauen und Männern ist uns wichtig. Das Redaktionsteam bemüht sich daher um die sprachliche Gleichbehandlung von Personenbezeichnungen. Wird in einigen Dokumenten dennoch nur die weibliche oder männliche Form verwendet, so dient dies einer größeren Verständlichkeit des Textes und soll für beide Geschlechter gleichermaßen gelten.



Inhaltsverzeichnis

1. Executive Summary	6
2. Gesundheitsziel „Gesundheitsfolgen aufgrund von Tabakkonsum verringern“	8
2.1 Tabakpräventionsstrategie Steiermark	8
2.2 Überblick über häufige Tabak- und Nikotinprodukte	9
3. Methodik und Datengrundlagen	10
4. Tabak- und Nikotinkonsum in der erwachsenen Bevölkerung	12
4.1 Prävalenz Zigarettenkonsum	12
4.2 Konsum von weiteren Tabak- und Nikotinprodukten	14
4.3 Belastung durch Passivrauch	15
5. Tabak- und Nikotinkonsum von Schülerinnen und Schülern	16
5.1 Prävalenz Zigarettenkonsum	16
5.2 Prävalenz Konsum von E-Zigaretten	18
5.3 Konsum von weiteren Tabak- und Nikotinprodukten	21
6. Gesundheitszustand und Gesundheitsfolgen aufgrund von Tabakkonsum	22
6.1 Tabakassoziierte Morbidität	23
6.2 Tabakassoziierte Mortalität	24
6.3 Vorzeitige Mortalität durch tabakassoziierte Erkrankungen	26
6.4 Tabakassoziierte Morbidität am Beispiel der Chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD)	27
6.5 Krebsinzidenz am Beispiel der bösartigen Neubildungen von Lunge, Bronchien und Trachea	30
7. Angebote zur Reduktion des Tabakkonsums von Steirerinnen und Steirern	31
7.1 Entwöhnangebote für Raucherinnen und Raucher	31
7.2 Beratung zur Tabakentwöhnung in der Vorsorgeuntersuchung	34
7.3 Rauchfreie Gesundheitseinrichtungen	35
8. Gesundheitskompetenz und Tabakkonsum	36
8.1 Risikobewusstsein bei Schülerinnen und Schülern	36
8.2 Risikobewusstsein bei Erwachsenen	39
9. Rahmenbedingungen	42
9.1 Gesetzliche Grundlage auf regionaler Ebene	42
9.2 Gesetzliche Grundlagen auf nationaler Ebene	44
9.3 Anzahl von Tabakverkaufsstellen und Tabakautomaten	45
9.4 Zigarettenumsatz	46
9.5 Preisgestaltung, Anteil des Haushaltsbudgets für Tabakwaren	47
9.6 Volkswirtschaftliche Kosten	49
10. Schlussfolgerungen und Empfehlungen	50
11. Anhang: Datengrundlagen	51
12. Literaturverzeichnis	51

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Tägliche oder fast tägliche Raucherinnen und Raucher	12
Abbildung 2:	Prävalenz Zigarettenkonsum	13
Abbildung 3:	Einstieg in das regelmäßige Rauchen mind. 1 x pro Woche	13
Abbildung 4:	Prävalenz von weiteren Tabak- und Nikotinprodukten in der erwachsenen Bevölkerung	14
Abbildung 5:	Belastung durch Passivrauchen am Arbeitsplatz	15
Abbildung 6:	Lebenszeitprävalenz Zigarettenkonsum nach Schulform	16
Abbildung 7:	Die erste Zigarette nach Einstiegsalter	17
Abbildung 8:	Konsumprävalenz E-Zigaretten	18
Abbildung 9:	Die erste E-Zigarette	19
Abbildung 10:	Einstiegsalter regelmäßiger Konsum von E-Zigaretten	20
Abbildung 11:	Zigarettenkonsum vor dem Konsum von E-Zigaretten	20
Abbildung 12:	Lebenszeitprävalenz Konsum von Shishas (Wasserpfeife)	21
Abbildung 13:	Konsum von weiteren Tabak- und Nikotinprodukten	22
Abbildung 14:	Stationäre Krankenhausaufenthalte je 10.000 EW aufgrund einer tabakassozierten Diagnose	23
Abbildung 15:	Tabakassozierte Todesfälle je 10.000 EW pro Versorgungsregion	24
Abbildung 16:	Tabakassozierte Todesfälle nach Alter und Geschlecht	25
Abbildung 17:	Tabakassozierte Todesfälle je 10.000 EW	25
Abbildung 18:	Vorzeitige tabakassozierte Todesfälle je 10.000 EW pro Versorgungsregion	26
Abbildung 19:	Vorzeitige tabakassozierte Todesfälle je 10.000 EW je Altersgruppe	26
Abbildung 20:	Selbstberichtete COPD	27
Abbildung 21:	Krankenhausaufenthalte mit Hauptdiagnose COPD je 10.000 EW	28
Abbildung 22:	Krankenhausaufenthalte je 10.000 EW mit Hauptdiagnose COPD	28
Abbildung 23:	Todesfälle aufgrund von COPD je 10.000 EW pro Versorgungsregion	29
Abbildung 24:	Todesfälle aufgrund von COPD je 10.000 EW nach Geschlecht	29
Abbildung 25:	Todesfälle aufgrund von COPD für die Altersgruppe von 0–69 Jahren nach Geschlecht	30
Abbildung 26:	Inzidenz von bösartigen Neubildungen der Lunge, der Bronchien und der Trachea	31
Abbildung 27:	Gruppenentwöhnangebote der ÖGK-Landesstelle Steiermark	32
Abbildung 28:	Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Gruppenentwöhnangeboten der ÖGK-Landesstelle Steiermark nach Altersgruppen	32
Abbildung 29:	Anteil der steirischen Teilnehmerinnen und Teilnehmer von stationären Entwöhnangeboten der BVAEB und SVS	33
Abbildung 30:	Steirerinnen und Steirer, die im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung eine Empfehlung bzw. Kurzintervention erhalten haben	34
Abbildung 31:	Tabakfrei zertifizierte Gesundheitseinrichtungen nach Status Gold, Silber und Bronze	35
Abbildung 32:	Risiko für körperliche Schäden oder Schäden anderer Art bei gelegentlichem bzw. regelmäßigem Zigarettenkonsum	36
Abbildung 33:	Risiko für körperliche Schäden oder Schäden anderer Art bei regelmäßigem Konsum von E-Zigaretten	37
Abbildung 34:	Gründe für den Konsum von E-Zigaretten	38
Abbildung 35:	Schülerinnen und Schüler, die beim ersten Konsum von E-Zigaretten über deren Inhaltsstoffe (nicht) Bescheid wussten	38
Abbildung 36:	Raucherinnen und Raucher, die bereits überlegt haben mit dem Rauchen aufzuhören, es aber noch nie ernsthaft versucht haben	39
Abbildung 37:	Einstellung zum Schutzalter für Zigaretten	40



Abbildung 38:	Auswirkungen von Zigarettenpreissteigerungen auf das eigene Rauchverhalten	41
Abbildung 39:	Einstellung zum generellen Rauchverbot in der Gastronomie	41
Abbildung 40:	Testkäufe in Trafiken und Tankstellen, bei denen Tabak und gebrannter Alkohol verkauft wurden	43
Abbildung 41:	Einschätzung der Verfügbarkeit von Zigaretten (außer E-Zigaretten und Kräuterzigaretten) durch Schülerinnen und Schüler nach Altersgruppen	43
Abbildung 42:	Einschätzung der Verfügbarkeit von Zigaretten (außer E-Zigaretten und Kräuterzigaretten) durch Schülerinnen und Schüler nach Schultypen	44
Abbildung 43:	Anzahl der Tabakfachgeschäfte, Tabakverkaufsstellen und dislozierten Tabakautomaten in der Steiermark	45
Abbildung 44:	Verteilung der Orte in den steirischen Versorgungsregionen und in Österreich, an denen Zigaretten verkauft werden	46
Abbildung 45:	Verkaufte Zigaretten nach Verkaufsort Tabakfachgeschäft (TFG) oder Tabakverkaufsstelle (TVG)	47
Abbildung 46:	Unterschiede im Preisniveau von Tabak im europäischen Vergleich	48

Abkürzungsverzeichnis

AHS	Allgemeinbildende höhere Schule	GU	Graz-Umgebung
ATHIS	Österreichische Gesundheitsbefragung	HF	Hartberg-Fürstenfeld
BHS	Berufsbildende höhere Schule	KHK	Koronare Herzkrankheit
BM	Bruck-Mürzzuschlag	LB	Leibnitz
BMS	Berufsbildende mittlere Schule	LE	Leoben
BS	Berufsschule	LI	Liezen
BVAEB	Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau	MT	Murtal
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung	MU	Murau
DL	Deutschlandsberg	MVG	Monopolverwaltungsgesellschaft
ENSP	European Network for Smoking and Tobacco Prevention (Europäisches Netzwerk für Rauch- und Tabak-Prävention)	ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (Europäische Schülerinnen- und Schülerbefragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen)	PAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit
ESTC	European Strategy on Tobacco Control (Europäische Anti-Tabak-Strategie)	PTS	Polytechnische Schule
EU	Europäische Union	SO	Südoststeiermark
EUR	Euro	SVS	Sozialversicherung der Selbstständigen
EW	Einwohnerinnen/Einwohner	TCS	Tobacco Control Scale (Tabakkontrollskala)
FCCT	Framework Convention on Tobacco Control (Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs)	TFG	Tabakfachgeschäfte
G	Graz	TVS	Tabakverkaufsstellen
GPS	General population survey – Österreichische Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch	VO	Voitsberg
		VPI	Verbraucherpreisindex
		VR	Versorgungsregion
		WHO	World Health Organisation – Weltgesundheitsorganisation
		WZ	Weiz



1. Executive Summary

Im Rahmen des steirischen Gesundheitsziels „Gesundheitsfolgen aufgrund von Tabakkonsum verringern“ wird seit 2007 von VIVID – Fachstelle für Suchtprävention die steirische Tabakpräventionsstrategie koordiniert und umgesetzt.

Tabak ist als legale Droge die führende Ursache für vermeidbare Todesfälle weltweit. Neben dem direkten Konsum von Tabakprodukten ist auch Passivrauch für Krankheit und Tod verantwortlich zu machen (Mathers 2012, S. 4).

Mit dem Gesundheitsbericht über Tabak- und Nikotinkonsum in der Steiermark werden wesentliche und auf die Steiermark bezogene Daten zu Konsumgewohnheiten, zur Morbidität und zur Mortalität sowie zu Rahmenbedingungen des Rauchens zusammengetragen. Neben Daten zum Zigarettenkonsum werden in diesem Bericht auch Daten zum Konsum anderer tabak- und nikotinhaltinger Produkte wie E-Zigaretten oder Shishas beschrieben.

Der Anteil der täglich oder fast täglich Rauchenden sank von 44,6 % im Jahr 2004 auf 22,8 % im Jahr 2015. Von den Männern rauchten im Jahr 2015 24,7 %, von den Frauen 20,8 % täglich oder fast täglich Zigaretten. Der Anteil der Personen, die ernsthaft überlegt haben mit dem Rauchen von Zigaretten

aufzuhören, ist von rund 19 % 2008 auf 32,0 % im Jahr 2015 gestiegen (36,1 % Frauen und 28,4 % Männer). Allerdings gibt es in der Zwischenzeit eine große Vielzahl an Tabak- und Nikotinprodukten, die hinsichtlich der Prävalenzen noch wenig verfolgt werden und daher in der Zukunft beobachtet werden müssen. 30,6 % der erwachsenen Steirerinnen und Steirer geben an, Shisha (Wasserpfeife) geraucht zu haben, jedoch erfolgt der Konsum nicht regelmäßig. 15,0 % berichten, E-Zigarette zu rauchen, 2,7 % geben an täglich oder fast täglich E-Zigaretten zu rauchen.

Der Anteil der Schülerinnen und Schüler, die rauchen geht etwas zurück. Knapp die Hälfte der befragten Schülerinnen und Schüler der 9. und 10. Schulstufe (14–17 Jahre) gab im Jahr 2019 an, noch nie eine Zigarette geraucht zu haben. Dies sind um 5 % mehr als im Jahr 2015. 24 % der Schülerinnen und Schüler gaben 2019 an, in den letzten 30 Tagen geraucht zu haben; im Jahr 2015 waren es noch 30%. Die Anteile bei Mädchen und Burschen glichen sich ausgehend von höheren Prävalenzzahlen bei Mädchen im Jahr 2015 auf ein ähnliches Niveau 2019 an, so haben sich Geschlechterunterschiede in der Prävalenz verringert. Der Anteil der Schülerinnen und Schüler von Polytechnischen Schulen und Berufsschulen, der zumindest einmal eine Zigarette probiert hat, ist mit 61,6 % im Vergleich zu den Schülerinnen und Schülern von anderen Schultypen über 10 % höher. Das Einstiegsalter beim Zigarettenrauchen geht eher nach oben. Im Vergleich zu 2015 schätzte 2019 ein größerer Anteil von Schülerinnen und Schülern das Risiko für körperliche Schäden oder Schäden anderer Art, das man durch Tabakkonsum eingeht, als hoch ein. Der Anteil derer, die kein Risiko erkennen, wurde kleiner.

Sowohl bei den unter als auch bei den über 16-jährigen Schülerinnen und Schülern schätzt 2019 ein höherer Anteil der Befragten die Verfügbarkeit von Zigaretten als sehr schwierig, ziemlich schwierig oder unmöglich ein.

Schülerinnen und Schüler konsumieren nicht mehr nur traditionelle Zigaretten. Es gibt eine Vielzahl an Tabak- und Nikotinprodukten, die zumindest ausprobiert werden. Vor allem der Konsum von E-Zigaretten steigt. 40 % der Schülerinnen und Schüler berichteten im Jahr 2019, dass sie E-Zigaretten probiert haben, davon knapp ein Drittel der Mädchen und knapp die Hälfte der Burschen.

Die tabakassoziierten Todesfälle gingen in der Steiermark im Zeitverlauf von 2002 bis 2018 um etwa 10 Fälle je 10.000 EW zurück. Männer sind mit 12,3 Fällen je 10.000 EW etwa doppelt so häufig betroffen wie Frauen mit 6,1 Fällen. Von 2002 bis 2018 ging die vorzeitige Mortalität aufgrund von tabakassoziierten Diagnosen bei den Männern von 16 auf 12,3 Fälle je 10.000 EW zurück, bei den Frauen gab es in diesem Zeitraum kaum eine Veränderung.

Bei der Inzidenz von bösartigen Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge zeigt der Zeitverlauf seit 2002 einen Rückgang bei Männern, während die Inzidenz bei Frauen anstieg. Die Raten der Steirerinnen und Steirer liegen unter den Raten der österreichischen Bevölkerung.

Es gibt zahlreiche Angebote, Menschen dabei zu unterstützen, mit dem Rauchen aufzuhören. Spezielle Entwöhnangebote bieten z. B. die gesetzlichen Krankenversicherungen an. Im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen wird der Rauchstatus abgefragt und es werden Kurzinterventionen zur Veränderung des Rauchverhaltens durchgeführt.

Veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen für den Tabakkonsum sind in Österreich relativ jung. Diese betreffen das allgemeine Rauchverbot in der Gastronomie und das heraufgesetzte Schutzalter für den Erwerb und Konsum von Tabakerzeugnissen bei Jugendlichen auf 18 Jahre. Veränderungen im Rauchverhalten aufgrund dieser Gesetzesänderungen werden in den nächsten Jahren zu beobachten sein.

2. Gesundheitsziel „Gesundheitsfolgen aufgrund von Tabakkonsum verringern“

Im Jahr 2007 wurden die Gesundheitsziele Steiermark verabschiedet (Gesundheitsfonds Steiermark 2011). Ein Gesundheitsziel befasst sich mit dem Rauchen: „Gesundheitsfolgen aufgrund von Tabakkonsum verringern“. Um dieses Ziel umfassend bearbeiten zu können, wurde für die Steiermark eine Tabakpräventionsstrategie erarbeitet, die seit 2007 von VIVID – Fachstelle für Suchtprävention¹ koordiniert und umgesetzt wird.

Der gegenständliche Bericht dient dazu, wesentliche Indikatoren zu Konsumgewohnheiten, zur Morbidität und zur Mortalität sowie zu Rahmenbedingungen rund um das Rauchen zu beschreiben. Damit wird auch eine Grundlage geschaffen, das Gesundheitsziel „Gesundheitsfolgen aufgrund von Tabakkonsum verringern“ weiterzuentwickeln und entsprechende Maßnahmen zu planen.

Tabak ist als legale Droge die führende Ursache für vermeidbare Todesfälle weltweit. Neben dem direkten Konsum von Tabakprodukten ist auch Passivrauchen für Krankheit und Tod verantwortlich zu machen (Mathers 2012, S. 4). Die WHO publizierte 2012 einen weltweiten Report mit länderspezifischen Berechnungen, wie sehr Tabak im jeweiligen Land zu Krankheit und Todesfällen beiträgt (vgl. Mathers 2012).

Krankheiten, die durch Tabak beeinflusst werden, sind vielfältig und beeinflussen Infektionskrankheiten, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett genauso wie bösartige Neubildungen, Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems und des Atemsystems und viele weitere. Weltweit sind 12 % aller Todesfälle bei Erwachsenen ab 30 Jahren mit Tabakkonsum in Verbindung zu bringen, in Europa und Amerika sind es sogar 16 %. Tabakassoziierte Todesfälle betreffen in hohem Ausmaß Personen in jüngeren Altersgruppen (30–69 Jahre) (Mathers 2012, S. 11–16).

2.1 Tabakpräventionsstrategie Steiermark

Die Tabakpräventionsstrategie Steiermark baut auf folgenden vier Zielbereichen auf (vgl. Land Steiermark 2011):

- Weniger Menschen, die zu rauchen beginnen
- Mehr Menschen, die mit dem Rauchen aufhören
- Schutz der Menschen vor den Folgen des Passivrauchs
- Verbesserter Informationsstand der Bevölkerung zu Folgen des Rauchens und Passivrauchens

Die Tabakpräventionsstrategie Steiermark ist eingebettet in nationale, EU-weite und weltweite Rahmenbedingungen. Zu nennen ist etwa das weltweite Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC), das Österreich im Jahr 2003 unterzeichnete und 2005 ratifizierte, und das über nationale Grenzen hinweg an Maßnahmen zur Tabakkontrolle arbeitet.²

1 Vivid. Fachstelle für Suchtprävention. (2020). Tabak. <http://www.vivid.at/wissen/tabak/> (abgerufen am: 15.06.2020)

2 WHO. (2020). FCTC. WHO Framework Convention on Tobacco Control. <https://www.who.int/fctc/cop/about/en/> (abgerufen am: 23.06.2020)

Die Europäische Anti-Tabak-Strategie (European Strategy on Tobacco Control, ESTC) wurde 2002 von allen EU-Staaten unterzeichnet und verfolgt das Ziel eines rauchfreien Europas.³

Im Rahmen des Europäischen Netzwerks für Rauch- und Tabak-Prävention (European Network for Smoking and Tobacco Prevention, ENSP)⁴, einer Non-Profit-Organisation, gefördert durch das Gesundheitsprogramm der Europäischen Union, entstand die Tabakkontrollskala (Tobacco Control Scale, TCS).⁵ Diese vergleicht die Länder hinsichtlich umgesetzter wirksamer Tabakkontrollmaßnahmen im Rahmen eines Monitorings. Die aktuellsten Ergebnisse des Rankings liegen aus dem Jahr 2019 vor. Österreich, welches bis dahin immer den letzten Platz von 35 Ländern belegt hatte, konnte sich aufgrund der neuen Gesetzgebung (Rauchverbot in den Innenräumen der Gastronomie und verbesserter Jugendschutz) auf Platz 20 positionieren.⁶

Anlässlich des Weltnichtrauchertages 2020 verlieh die WHO den Weltnichtrauchertag-Preis (World No Tobacco Day Award) an VIVID – Fachstelle für Suchtprävention für deren jahrzehntelange Arbeit in der Tabakprävention. Dieser Preis gilt als weltweit höchste Auszeichnung in der Arbeit der Tabakprävention und ging erstmals an eine österreichische Institution. Er wurde am 29. Mai 2020 feierlich in Wien verliehen.⁷

2.2 Überblick über häufige Tabak- und Nikotinprodukte

Die Möglichkeiten, Tabak zu konsumieren, vervielfältigten sich im Laufe der letzten Jahre. Neben der traditionellen Tabakzigarette, die durch Verbrennung konsumiert wird, gibt es andere Tabakprodukte. Vermehrt kommen auch Nikotinprodukte ohne Tabak auf den Markt. Die folgende Infobox wurde von der Koordinatorin der Tabakpräventionsstrategie Steiermark, Mag.^a Waltraud Posch, zusammengestellt und gibt einen Überblick über häufig konsumierte Produkte.

- **Tabakzigaretten:** Die klassische Zigarette besteht aus Tabak mit Filterpapier und Filter. Sie wird entzündet und verbrennt. Trotz vieler neuer Produkte ist sie das mit großem Abstand am häufigsten konsumierte Nikotinprodukt.
- **Tabak zum Selbstdrehen (RYO – Roll your own cigarette):** Der Konsument/die Konsumentin setzt die Zigaretten aus Tabak und Filterpapier selbst zusammen. Sie sind geringer besteuert und daher billiger. Geraucht werden sie durch Verbrennung und meistens ohne Filter.
- **Zigarren:** Zigarren bestehen aus anderem Tabak als Zigaretten und sind mit einem Tabakblatt umhüllt. Zum Rauchen werden sie entzündet und verbrennen. Kleine Zigarren nennt man Zigarillos.
- **Pfeifen:** Spezieller Pfeifentabak wird in die Pfeife gestopft und entzündet. Die Inhalation erfolgt über die Pfeife.
- **E-Zigaretten (Vaporizer):** Eine Verdampfereinheit mit Heizspirale wird elektrisch erhitzt. Sie enthält einen Behälter mit Flüssigkeit (Liquid). Über den Verdampfer inhaliert der Konsument/die Konsumentin die erhitzte Flüssigkeit. E-Zigaretten gibt es mit und ohne Nikotin. Die meisten konsumieren jedoch mit Nikotin. Charakteristisch für E-Zigaretten ist die große Bandbreite an erhältlichen Aromen.

3 WHO Europe. (2020). European Strategy for Tobacco Control. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/publications/2002/european-strategy-for-tobacco-control> (abgerufen am: 23.06.2020)

4 ENSP. (2017). European Network for Smoking and Tobacco Prevention. <http://ensp.network/mission-and-vision/> (abgerufen am: 23.06.2020)

5 TCS. (2017). Tobacco Control Scale. <https://www.tobaccocontrolscale.org/> (abgerufen am: 23.06.2020)

6 TCS. (2017). Tobacco Control Scale. Results 2019. <https://www.tobaccocontrolscale.org/results-2019/> (abgerufen am: 23.06.2020)

7 VIVID. (2020). VIVID bekommt Welt-Preis. <http://www.vivid.at/who-award> (abgerufen am: 9.07.2020)



- **Wasserpfeifen (Shishas):** Spezieller Tabak wird – meist mit Aromen – durch Verbrennung geraucht. Der Rauch wird dabei durch ein mit Wasser gefülltes Gefäß gezogen.
- **Tabakerhitzer (Heated Tobacco Products):** Über ein Tabakheizsystem wird eine spezielle Tabakzigarette („Heatstick“) erhitzt. Der Konsument/die Konsumentin zieht über das Gerät an der Zigarette und inhaliert den Rauch. Die Erhitzung erfolgt jedoch nicht bis zum Verbrennungspunkt.
- **Schnupftabak:** Tabak wird durch Aufziehen über die Nase aufgenommen („geschnupft“). Das Nikotin gelangt über die Nasenschleimhaut in die Blutbahn.
- **Kautabak:** Kautabak wird in der Mundhöhle (meist Backettasche) gelutscht und gibt dort Nikotin ab. Der Verkauf ist in Österreich verboten. Er ist sehr ähnlich wie Snus.
- **Snus:** Snus wird in der Mundhöhle (meist Backettasche) geparkt und gibt dort Nikotin ab. Der Verkauf ist in der EU außer in Schweden verboten. Es ist sehr ähnlich wie Kautabak.
- **Nikotinbeutel:** Wie Kautabak und Snus werden sie in den Mund gesteckt (meist Backettasche) und geben dort Nikotin ab. Sie beinhalten jedoch keinen Tabak, sondern haben andere Trägersubstanzen.
- **Kräuterzigaretten:** Sie enthalten weder Tabak noch Nikotin, werden entzündet und durch Verbrennung geraucht.

3. Methodik und Datengrundlagen

Der vorliegende Bericht schließt mit seinem Indikatorensatz an die Gesundheitsberichterstattung der Steiermark an. Der Indikatorensatz und die Ergebnisse wurden dankenswerterweise mit steirischen Fachleuten zum Thema Rauchen reflektiert.

- Mag.^a Waltraud Nistelberger, Gesundheitsfonds Steiermark
- Mag. (FH) Stefan Pawlata, Fachbeirat für Gendergesundheit
- Mag.^a Waltraud Posch, VIVID – Fachstelle für Suchtprävention
- Ao. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med. univ. Eva Rásky, Medizinische Universität Graz, Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin
- Dr.ⁱⁿ Irina Robinson, LKH Graz, Klinische Abteilung für Pulmonologie, in Vertretung für Univ.-Prof. Dr. Horst Olschewsky
- Lisa Rücker, Fachbeirat für Gendergesundheit
- Univ.-Prof. Dr. Hellmut Samonigg, Rektor, Medizinische Universität Graz
- Mag. Bernhard Stelzl, Österreichische Gesundheitskasse

Die Ergebnisse werden je nach Datenverfügbarkeit bzw. Stichprobengröße regional nach Versorgungsregionen (VR), Geschlecht, Alter und Bildungsstand und im zeitlichen Verlauf dargestellt. Bei Befragungsdaten ist aufgrund der Stichprobengröße oder der Zielsetzung der Befragung eine Darstellung häufig nur auf Ebene der Steiermark möglich. Geänderte Erhebungsmethoden (z. B. andere Altersgruppen, andere Fragestellungen) lassen nicht immer eine Darstellung des zeitlichen Verlaufs zu. Grundsätzlich werden in der Gesundheitsberichterstattung Steiermark die Daten in Altersgruppen von 10 Jahren dargestellt. Aufgrund von niedrigen Fallzahlen oder von kleinen Stichprobengrößen werden die Altersgruppen teilweise breiter zusammengefasst.

Das Konsumverhalten sowie Fragen zur Gesundheitskompetenz zum Thema Rauchen werden auf Basis der international durchgeführten Europäischen Schülerinnen- und Schülerbefragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs, ESPAD) für Schülerinnen und Schüler der 9. und 10. Schulstufe (14–17 Jahre) und der Österreichischen Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch (General population survey, GPS) für Erwachsene ab 15 Jahren berichtet.

Die aktuellste ESPAD-Erhebung wurde 2019 durchgeführt. Die Befragung bezieht Polytechnische Lehrgänge und Berufsschulen mit ein. Dass der Bildungsstand hinsichtlich der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit Auswirkungen auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten hat, wurde in einer Sonderauswertung der ATHIS-Befragung 2014 für Österreich analysiert (vgl. Statistik Austria 2016, S. 51 ff.).

Zur Abbildung des Konsumverhaltens der Erwachsenen dient die GPS Befragung, da diese Daten aus 2015 aktueller sind als die ATHIS-Daten von 2014. Diese wurden für die Steiermark bereits berichtet (vgl. Gesundheitsfonds Steiermark, 2016). Im Herbst 2020 lief die jüngste GPS-Erhebungswelle, diese Daten sind voraussichtlich im Laufe des 1. Quartals 2021 verfügbar. Ein Update der Datenlage mit den aktuellen Zahlen für die digitale Version dieses Berichts ist vorgesehen.

Der Gesundheitszustand wird anhand von Mortalitätsdaten und Daten aus der Krankenhausentlassungsstatistik beschrieben. Diese Daten wurden nach der österreichischen Standardbevölkerung des jeweiligen Jahres alters- und geschlechtsstandardisiert. Daten aus dem Krebsregister wurden nach der europäischen Standardbevölkerung 2013 standardisiert.

Die Inanspruchnahme von Entwöhnprogrammen und Beratungen zur Tabakentwöhnung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung werden mit Daten der gesetzlichen Krankenversicherung beschrieben.

Die Beschreibungen der gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und volkswirtschaftlichen Rahmenbedingungen des Tabakkonsums erfolgen auf Grundlage von Internetrecherchen bei einschlägigen nationalen und internationalen Organisationen (z. B. WHO, EU, FCTC), von Daten zu Testkäufen im Rahmen des Steirischen Jugendgesetzes⁸ sowie Daten der Monopolverwaltung GmbH zur Anzahl von Tabakverkaufsstellen und verkauften Stückzahlen von Zigaretten.

Eine Übersichtstabelle mit den Datenquellen befindet sich im Anhang.

4. Tabak- und Nikotinkonsum in der erwachsenen Bevölkerung

Die europaweite Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch (GPS) wird regelmäßig in der erwachsenen Bevölkerung ab 15 Jahren durchgeführt. Es wird nach dem Konsum von traditionellen Tabakwaren (Zigaretten, Pfeife, Zigarren), anderen Tabak- und Nikotinprodukten⁹ und der Belastung durch Passivrauch in der erwachsenen Bevölkerung gefragt.

4.1 Prävalenz Zigarettenkonsum

ABBILDUNG 1:

Anteil der täglich oder fast täglich Rauchenden, nach Geschlecht, 2004, 2008, 2015; Daten nach Geschlecht und Alter gewichtet und hochgerechnet (Stichprobe: Steiermark gesamt 2004: n = 666; 2008: n = 567; 2015: n = 567; Österreich gesamt 2004: n = 4.495; 2008: n = 4.147; 2015: n = 3.980); Quelle: GPS-Befragung Österreich; Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH.

Der Anteil der täglich oder fast täglich Rauchenden sank von 44,6 % anno 2004 auf 22,8 % anno 2015. Von den Männern rauchten im Jahr 2015 24,7 %, von den Frauen 20,8 % täglich oder fast täglich.



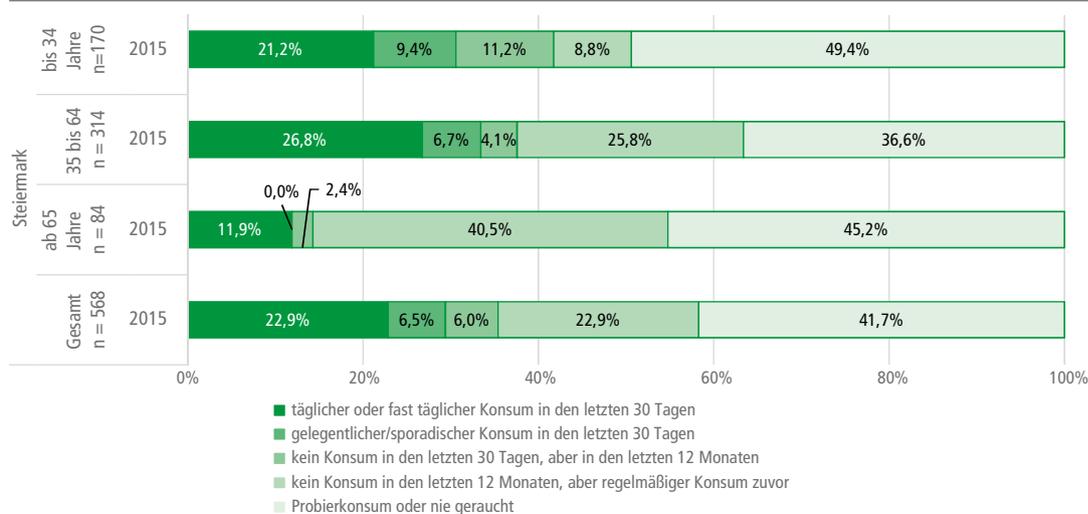
Ergebnisse aus der österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) zeigen im Zeitverlauf einen eher gleichbleibenden Anteil an täglich Rauchenden. Die beiden Befragungen (GPS und ATHIS) wurden vergleichend ausgewertet. Jedoch sind die Fragen unterschiedlich detailliert gestellt und daher schwer miteinander vergleichbar. Dass Rauchen sozial nicht mehr erwünscht ist, könnte eine Erklärung für ein verändertes Antwortverhalten sein (vgl. Gesundheit Österreich GmbH 2016, S. 34, 2019, S. 26). Wie unterschiedlich generell die Fragestellungen und auch das Antwortverhalten zu Fragen des Tabakkonsums sind, zeigt eine aktuelle Auswertung. Es werden daher für eine Prävalenzschätzung auch Verkaufszahlen und Umsatzstatistiken herangezogen. Verkaufszahlen gehen in Österreich leicht zurück und lassen daher einen tatsächlichen leichten Rückgang der Raucherprävalenz vermuten (Gesundheit Österreich GmbH 2019, S. 16). Ein hoher Anteil an Personen in der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen, der angibt, noch nie geraucht zu haben, könnte diese Annahme stützen:

⁹ Eine Auflistung und Beschreibung häufiger Produkte findet sich in der Infobox im Einführungskapitel

26,8 % der 35- bis 64-Jährigen gaben an, täglich oder fast täglichen Zigaretten zu rauchen. In der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen ist der Anteil derer, die nie geraucht oder nur probiert haben, mit 49,9 % am höchsten.

ABBILDUNG 2:

Prävalenz Zigarettenkonsum nach Altersgruppen, 2015; Daten nach Geschlecht und Alter gewichtet und hochgerechnet (Stichprobe: Steiermark gesamt 2015: n = 568; Österreich gesamt 2015: n = 3981); Quelle: GPS-Befragung Österreich; Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH



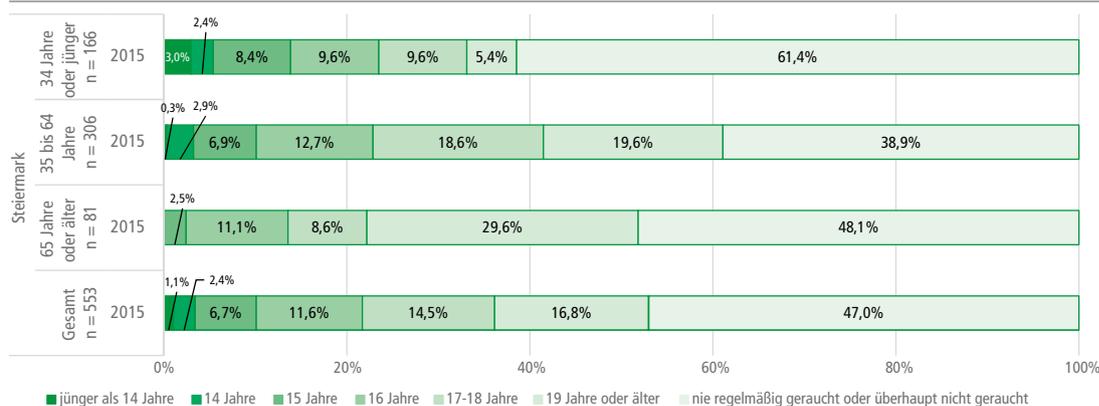
In der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen rauchen nach eigenen Angaben 21,2 %. Der Anteil derer, die nie Zigaretten geraucht oder nur probiert haben, war in der Altersgruppe der bis 34-Jährigen mit 49,9 % am höchsten. Der Anteil der Befragten, die angaben, früher geraucht zu haben, aber in den letzten 12 Monaten nicht mehr, war in der Gruppe der ab 65-Jährigen am höchsten (40,5 %). So geben in der Altersgruppe der ab 65-Jährigen 85,7 % an, derzeit nicht zu rauchen.

Das Alter, in dem die erste Zigarette geraucht wurde, wird vorrangig mit 15 Jahren und 16 Jahren angegeben.

Mit etwa 16 Jahren haben Raucherinnen und Raucher begonnen, regelmäßig (zumindest einmal pro Woche) zu rauchen.

ABBILDUNG 3:

Einstieg ins regelmäßige Rauchen mind. 1x pro Woche, nach Altersgruppen, 2015; Daten nach Geschlecht und Alter gewichtet und hochgerechnet (Stichprobe: Steiermark gesamt 2015: n = 553; Österreich gesamt 2015: n = 3904); Quelle: GPS-Befragung Österreich; Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH



60 % der bis 34-jährigen geben an, noch nie geraucht zu haben. Mit 13,9 % der Befragten gibt in dieser Altersgruppe der größte Anteil an, beim Einstieg ins Rauchen jünger als 16 Jahre alt gewesen zu sein.

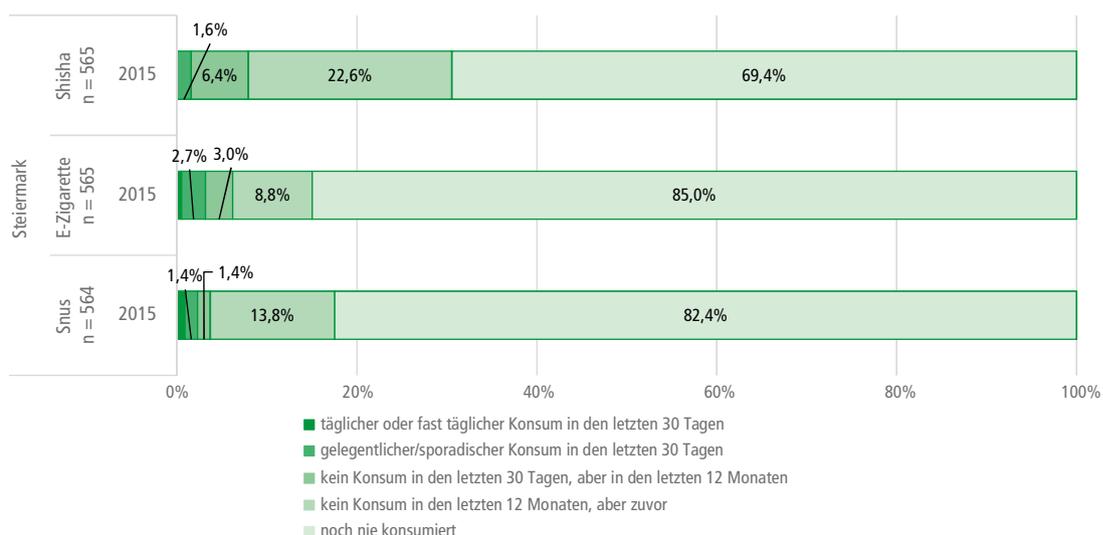
Nach Altersgruppen betrachtet gibt mit 61,4 % ein größerer Anteil der bis 34-Jährigen an, nie regelmäßig geraucht zu haben oder jemals probiert zu haben, als die älteren Altersgruppen. In dieser Altersgruppe wird mit 13,9 % am häufigsten berichtet, beim Einstieg ins Rauchen jünger als 16 Jahre gewesen zu sein. In der Gruppe der 35- bis 64-Jährigen sind dies 10,1 %. Die älteren Befragten geben eher ein Alter von 16 Jahren oder älter an, in dem sie mit dem regelmäßigen Rauchen begonnen haben. Ein Vergleich mit dem österreichischen Schnitt zeigt ein ähnliches Bild in der Verteilung innerhalb der Altersgruppen.

4.2 Konsum von weiteren Tabak- und Nikotinprodukten

Es gibt eine Vielzahl an Tabak- und Nikotinprodukten, die alternativ zur traditionellen Zigarette konsumiert werden (siehe auch die Infobox im Einleitungskapitel).

Neben herkömmlichen Zigaretten konsumieren Erwachsene am häufigsten Shisha (Wasserpfeife), gefolgt von Snus und E-Zigaretten. Shisha wird unabhängig vom Geschlecht vorrangig in der Altersgruppe jünger als 35 Jahre, die E-Zigarette wird unabhängig von Alter und Geschlecht konsumiert. Snus ist ein Produkt, das vorrangig von Männern und eher in jüngerem Alter bis 35 Jahre konsumiert wird. Die folgende Abbildung zeigt die Konsumprävalenz der verschiedenen Rauchwaren:

ABBILDUNG 4:
Prävalenz von weiteren Tabak- und Nikotinprodukten in der erwachsenen Bevölkerung, Steiermark, 2015; Daten nach Geschlecht und Alter gewichtet und hochgerechnet (Stichprobe: Steiermark gesamt 2015: 565);
 Quelle: GPS-Befragung Österreich; Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH



30,6 % der erwachsenen Steirerinnen und Steirer geben an, Shisha (Wasserpfeife) geraucht zu haben, jedoch erfolgt der Konsum nicht regelmäßig. 15,0 % berichten, E-Zigarette zu rauchen.

4.3 Belastung durch Passivrauch

Passivrauch besteht zu 15 % aus dem Rauch, der von Raucherinnen und Rauchern ausgeatmet wird (Hauptstromrauch), und zu 85 % aus dem Rauch, der durch das Rauchen einer glimmenden Zigarette entsteht (Nebenstromrauch). Nebenstromrauch ist besonders toxisch, durch den Verbrennungsvorgang entstehen viele Giftstoffe. Jeder Atemzug mit Passivrauch ist daher gesundheitsschädlich.¹⁰

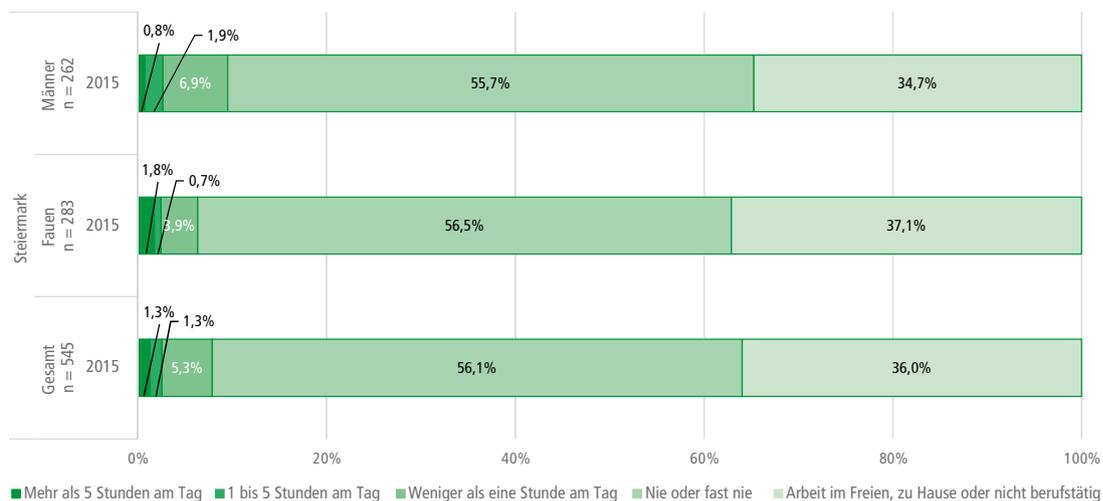
Die folgenden Daten stammen aus dem Jahr 2015, weshalb die aktuellsten rechtlichen Bestimmungen z.B. zum allgemeinen Rauchverbot in der Gastronomie noch nicht berücksichtigt sind. 13,5 % der befragten Steirerinnen und Steirer (Männer: 15,1 %; Frauen: 11,9 %) geben an, zu Hause von Passivrauch belastet zu sein. Nach Altersgruppen betrachtet, betrifft eine Passivrauchbelastung zu Hause eher junge Altersgruppen.

Eine Passivrauchbelastung am Arbeitsplatz berichten knapp 8 % der Befragten. Nach Altersgruppen betrachtet, sind von den Personen im erwerbstätigen Alter am häufigsten die jüngeren Altersgruppen bis 35 Jahre belastet. Männer sind eher häufiger, dafür über einen kürzeren Zeitraum als Frauen davon betroffen:

Im Jahr 2015 berichten 9,5 % der Männer und 6,4 % der Frauen über eine Passivrauchbelastung während der Arbeit. 1,8 % der Frauen berichten über eine Belastung, die mehr als fünf Stunden andauert. Knapp 7 % der Männer sind weniger als eine Stunde davon betroffen.

ABBILDUNG 5:

Belastung durch Passivrauch am Arbeitsplatz, nach Geschlecht, 2015; Daten nach Geschlecht und Alter gewichtet und hochgerechnet; Quelle: GPS-Befragung Österreich; Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH



10 Factsheet 9 – Passivrauchen. Hintergründe und steirische Fakten. http://www.vivid.at/uploads/Tabak/Factsheet_9_Passivrauchen.pdf (abgerufen am 15.10.2020).

5. Tabak- und Nikotinkonsum von Schülerinnen und Schülern

Die Prävalenz des Tabakkonsums von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Schulstufen (14–17 Jahre) wird in Österreich regelmäßig mit der ESPAD-Befragung (Europäische Schülerinnen- und Schülerbefragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen) in Schulen erhoben. Neben traditionellen Zigaretten hat sich das Feld der unterschiedlichen Rauchwaren in den letzten Jahren merklich verbreitert. Im Folgenden wird daher detailliert über den Konsum von traditionellen Zigaretten und über den Konsum von E-Zigaretten berichtet. Weiters wird ein Überblick über den Konsum mit weiteren verschiedenen Rauchwaren gegeben.

5.1 Prävalenz Zigarettenkonsum

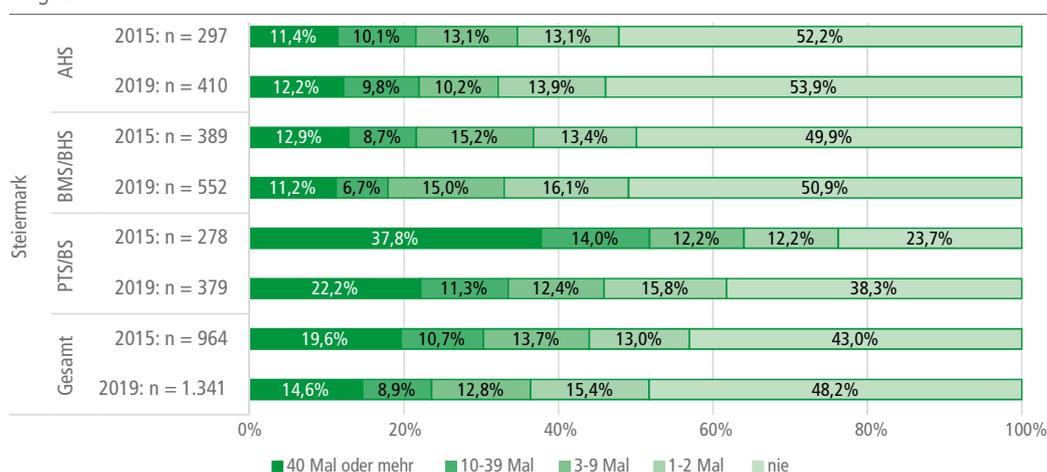
5.1.1 Lebenszeitprävalenz Zigarettenkonsum

Knapp die Hälfte der befragten Schülerinnen und Schüler (48,3 %) gab 2019 an, noch nie Zigaretten geraucht zu haben. Dies sind um 5 % mehr als im Jahr 2015. Der Anteil der Schülerinnen und Schüler, die angaben, noch nie geraucht zu haben, hat sich zwischen 2015 bis 2019 vor allem in der Altersgruppe der 16- und 17-Jährigen erhöht (von 32,8 % auf 40,8 %). In der Altersgruppe der 14- und 15-Jährigen ist der Anteil in etwa gleich geblieben. Die Anteile bei Mädchen und Burschen glichen sich ausgehend von höheren Prävalenzzahlen bei Mädchen im Jahr 2015 an ein ähnliches Niveau an, so haben sich Geschlechterunterschiede zwischen 2015 bis 2019 verringert.

Der Anteil der Tabak und Nikotin konsumierenden Schülerinnen und Schüler in Polytechnischen Schulen (PTS) und Berufsschulen (BS) ist seit 2015 zurückgegangen. In Allgemeinbildenden höheren Schulen (AHS) und Berufsbildenden mittleren und höheren Schulen (BMS, BHS) ist der Anteil der Raucherinnen und Raucher zwischen 2015 und 2019 fast unverändert geblieben:

ABBILDUNG 6:

Lebenszeitprävalenz Zigarettenkonsum nach Schulform, 2015 und 2019; Befragungsdaten gewichtet nach Geschlecht und Schultyp; Quelle: ESPAD-Befragung Österreich; Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH



Schülerinnen und Schüler von PTS und BS rauchten 2019 in einem geringeren Ausmaß als 2015. Der Anteil der Schülerinnen und Schüler, die angaben 40 Mal oder mehr geraucht zu haben, ist anno 2019 in PTS und BS mit 22,2 % aber immer noch fast doppelt so groß wie in anderen Schultypen.

Der Anteil der Schülerinnen und Schüler von PTS oder BS, der 2019 angab, noch nie oder ein bis zwei Mal geraucht zu haben, stieg seit 2015 von 36 % auf 54,1 %. Im Vergleich dazu liegt dieser Anteil bei Schülerinnen und Schülern von AHS und BMS/BHS etwa bei zwei Drittel. Der Anteil der Schülerinnen von PTS oder BS, die angaben, 40 Mal oder öfter geraucht zu haben, reduzierte sich von 37,8 % auf 22,2 %, ist aber immer noch fast doppelt so groß wie bei Schülerinnen und Schülern von AHS und BMS/BHS.

5.1.2 30-Tage-Prävalenz Zigarettenkonsum

24 % der Schülerinnen und Schüler gaben 2019 an, in den letzten 30 Tagen geraucht zu haben, 2015 waren es noch 30 %. Der Anteil der Schülerinnen und Schüler, die angegeben haben, in den letzten 30 Tagen mehr als sechs Zigaretten konsumiert zu haben, reduzierte sich zwischen 2015 und 2019 von 15,7 % auf 8,9 %. Ein großer Anteil des Rückgangs der 30-Tage-Prävalenz ist sowohl insgesamt als auch beim Konsum von mehr als sechs Zigaretten auf Schülerinnen und Schüler der PTS/BS zurückzuführen.

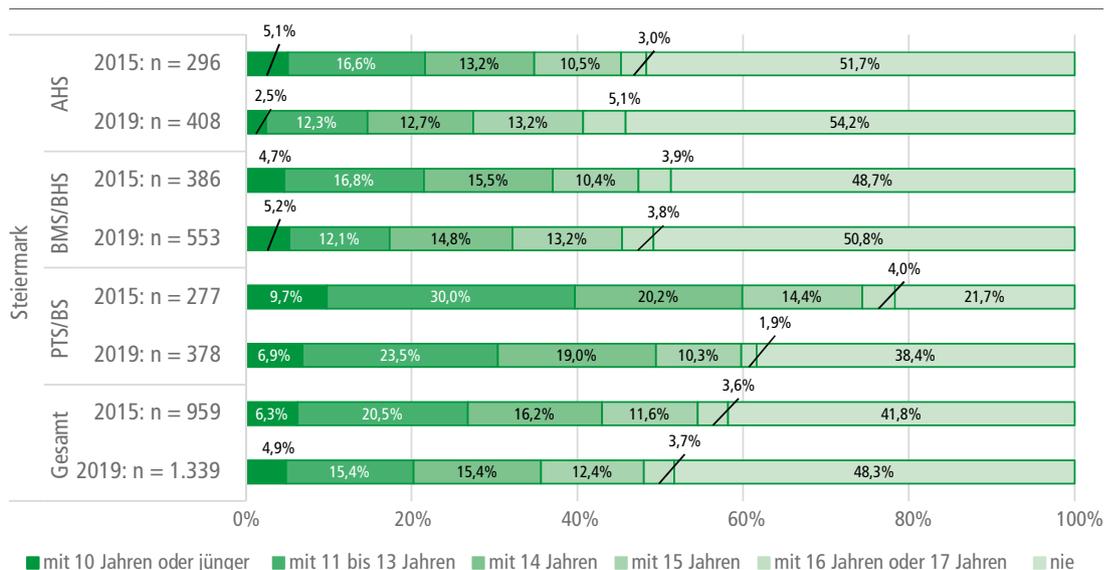
5.1.3 Einstiegsalter Zigarettenkonsum

Der ESPAD-Befragung zufolge hat sich der Anteil derer, die vor dem 13. Lebensjahr zum ersten Mal geraucht haben, von 27 % im Jahr 2015 auf 20,3 % im Jahr 2019 reduziert. Zigaretten werden vor allem in einem Alter ab 14 Jahren ausprobiert. Vor allem die Mädchen geben 2019 an, das Zigarettenrauchen später auszuprobieren, als dies 2015 der Fall war.

Nach Schulform betrachtet, veränderte sich vor allem bei den Schülerinnen und Schülern der PTS und BS das Einstiegsalter nach oben, verglichen mit den AHS und BHS/BMS. Trotzdem gaben auch 2019 knapp 30 % der Schülerinnen und Schüler von PTS/BS an, in einem Alter von 13 Jahren oder jünger die erste Zigarette probiert zu haben, wie aus folgender Abbildung ersichtlich ist:

ABBILDUNG 7: **Einstiegsalter erste Zigarette, nach Schulform, 2015 und 2019;** Befragungsdaten gewichtet nach Geschlecht und Schultyp; Quelle: ESPAD-Befragung Österreich; Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH

Das Einstiegsalter für die erste Zigarette wird nach Schultypen betrachtet in PTS/BS am häufigsten mit 13 Jahren oder jünger angegeben. Obwohl die Zahlen von PTS/BS verglichen mit anderen Schultypen auch 2019 am höchsten sind, ist hier im Zeitvergleich zu 2015 die größte Veränderung zu erkennen.



Beim Einstieg ins regelmäßige tägliche Rauchen von Zigaretten lässt sich im Zeitverlauf keine Veränderung feststellen. Diejenigen, die regelmäßig konsumieren, tun das ab einem Alter von 14 oder 15 Jahren.

5.2 Prävalenz Konsum von E-Zigaretten

Schülerinnen und Schüler konsumieren nicht mehr nur traditionelle Zigaretten. Es gibt eine Vielzahl an Tabak- und Nikotinprodukten, die zumindest ausprobiert werden. Der Konsum von E-Zigaretten steigt, sie werden sowohl ausprobiert als auch regelmäßig konsumiert.

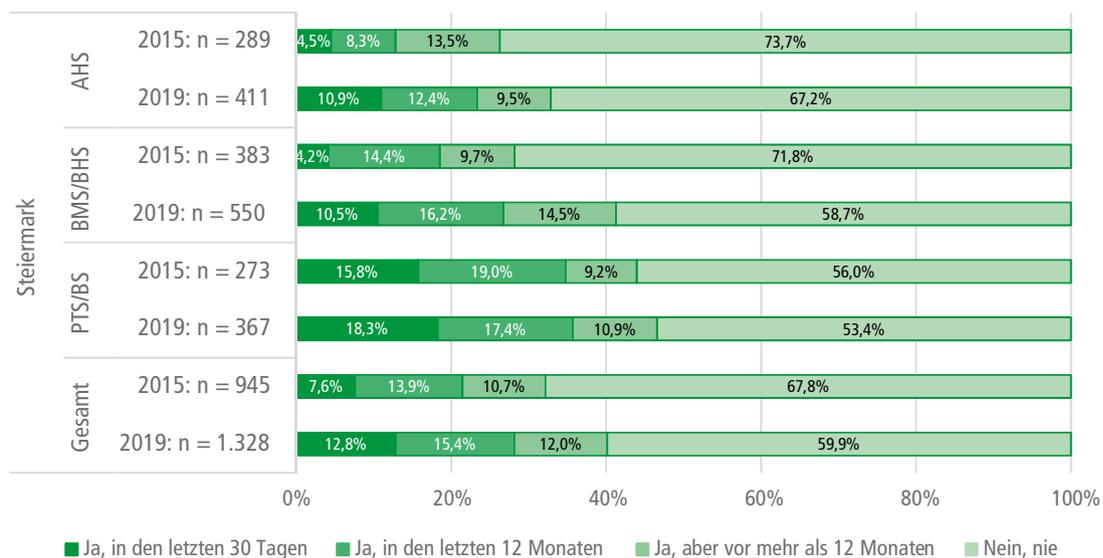
5.2.1 Erste Erfahrungen mit E-Zigaretten

40 % der Schülerinnen und Schüler berichten 2019, E-Zigaretten probiert zu haben, davon knapp ein Drittel der Mädchen und knapp die Hälfte der Burschen. 2015 war es noch insgesamt ein knappes Drittel (32,2 %). Die unterschiedlichen Erfahrungen mit dem Rauchen von E-Zigaretten nach Schultypen sind in folgender Abbildung dargestellt.

ABBILDUNG 8:

Konsumprävalenz E-Zigaretten, nach Schultyp, 2015 und 2019; Befragungsdaten gewichtet nach Geschlecht und Schultyp; Quelle: ESPAD-Befragung Österreich; Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH

Der Anteil an Schülerinnen und Schülern, die jemals E-Zigaretten konsumiert haben, ist in PTS/BS am höchsten. Auch der Anteil derer, die in den letzten 30 Tagen E-Zigaretten geraucht haben, ist in dieser Schulform mit über 18,3 % am höchsten. In AHS ist der Anteil derer, die noch nie E-Zigaretten probiert haben, mit 67,2 % am höchsten.

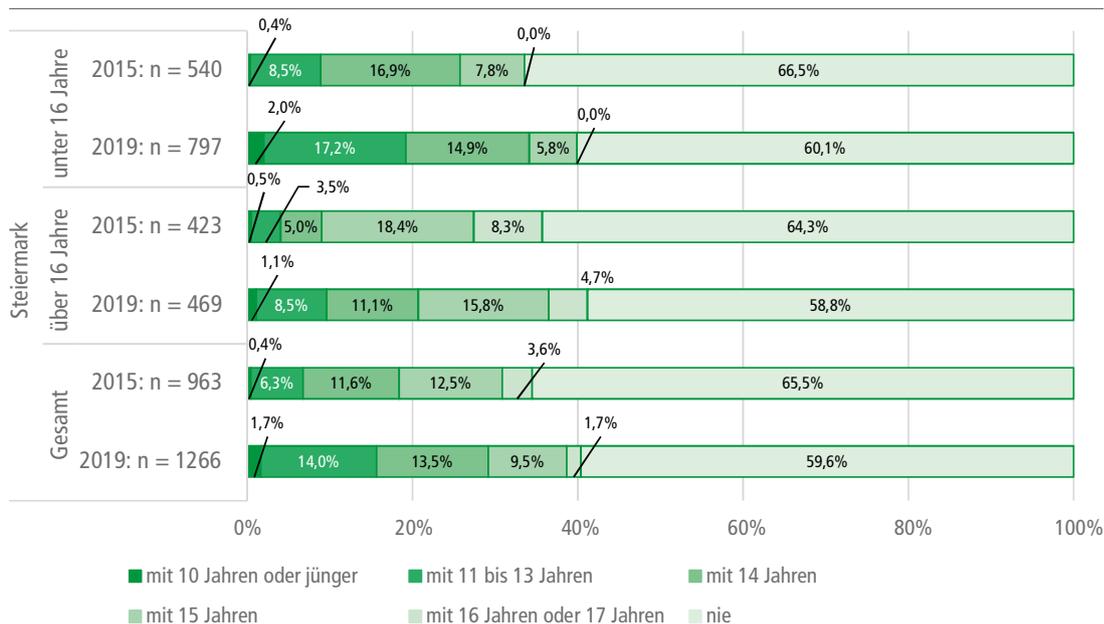


Im Vergleich zu 2015 sind die Schülerinnen und Schüler 2019 bei den ersten Erfahrungen mit E-Zigaretten jünger als noch 2015. Der Anteil derer, die mit 12 oder 13 Jahren erste Erfahrungen sammelten, stieg von 5,7 % im Jahr 2015 auf 12,7 % im Jahr 2019. Nach Alter betrachtet, zeigt sich folgendes Bild:

Mit 17,2 % ist der Anteil der Schülerinnen und Schüler unter 16 Jahren, der angibt, bei der ersten E-Zigarette zwischen 11 und 13 Jahre alt gewesen zu sein, doppelt so groß wie bei den 16- und 17-Jährigen (8,5 %).

ABBILDUNG 9:

Alter bei der ersten E-Zigarette, nach Altersgruppen, 2015 und 2019; Befragungsdaten gewichtet nach Geschlecht und Schultyp; Quelle: ESPAD-Befragung Österreich; Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH



12,8 % der Schülerinnen und Schüler geben an, in den letzten 30 Tagen E-Zigaretten geraucht zu haben. Nach Geschlecht betrachtet sind es 17 % der Burschen und 8,3 % der Mädchen. Nach Alter betrachtet findet sich kaum ein Unterschied im Konsummuster. Nach Schultyp betrachtet sind es die Schülerinnen und Schüler der PTS/BS, die mit 9,3 % in einem größeren Ausmaß angeben, zumindest einmal pro Woche und fast täglich oder täglich E-Zigaretten zu rauchen.

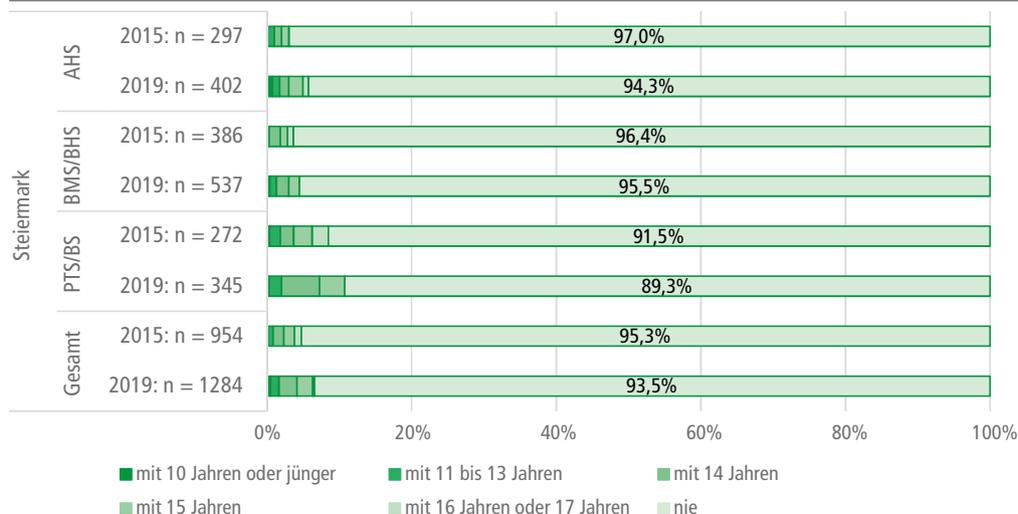
5.2.2 Regelmäßige Erfahrungen mit E-Zigaretten

Knapp 7 % der Schülerinnen und Schüler geben 2019 an, täglich E-Zigarette zu rauchen, davon mehr Burschen (10,2 %) als Mädchen (3,3 %). Es gibt keinen Unterschied zwischen den Altersgruppen. Die Anteile haben sich insgesamt seit 2015 um 2 % erhöht, bei den Burschen in einem größeren Ausmaß als bei den Mädchen, bei den 14- und 15-Jährigen stärker als bei den 16- und 17-Jährigen. Nach Schultyp betrachtet, sind es die PTS/BS, die größere Anteile an regelmäßig E-Zigaretten-Rauchenden zeigen. Im Folgenden wird das Einstiegsalter für regelmäßigen E-Zigarettenkonsum nach Schulform gezeigt:

Das Einstiegsalter für den regelmäßigen Konsum von E-Zigaretten verteilt sich vor allem auf das 14. und 15. Lebensjahr. Schülerinnen und Schüler von PTS und BS beginnen im Vergleich zu anderen Schultypen eher früher. Hier geben 5,2 % das 14. Lebensjahr an, und 1,7 % das 13. Lebensjahr oder jünger.

ABBILDUNG 10:

Einstiegsalter regelmäßiger Konsum von E-Zigaretten, nach Schulform, 2015 und 2019; Befragungsdaten gewichtet nach Geschlecht und Schultyp; Quelle: ESPAD-Befragung Österreich; Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH

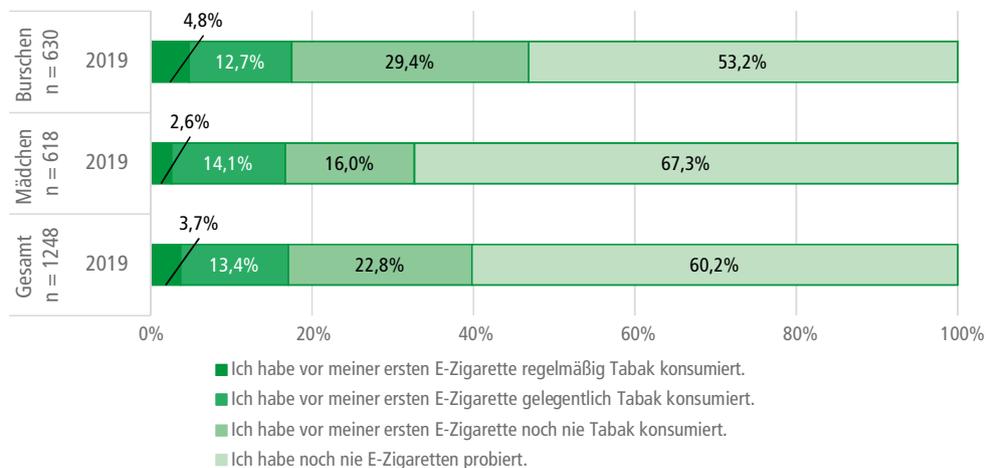


5.2.3 Zigarettenkonsum vor dem ersten Konsum von E-Zigaretten

Auf die Frage, ob vor dem ersten Konsum einer E-Zigarette gelegentlich oder regelmäßig herkömmliche Zigaretten geraucht wurden, antworten 17,1 % der Befragten mit Ja. 22,8 % geben an, vor der E-Zigarette keinen anderen Tabak konsumiert zu haben. Nach Schulform betrachtet, gibt über ein Viertel der Schülerinnen und Schüler von PTS/BS (26,3 %) an, vorher andere Zigaretten geraucht zu haben. Nach Geschlecht betrachtet, zeigt sich folgendes Bild:

ABBILDUNG 11:

Zigarettenkonsum vor dem Konsum von E-Zigaretten, nach Geschlecht, 2019; Befragungsdaten gewichtet nach Geschlecht und Schultyp; Quelle: ESPAD-Befragung Österreich; Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH



Knapp 30 % der Burschen und 16 % der Mädchen geben an, vor dem ersten Konsum von E-Zigaretten noch nie Zigaretten geraucht zu haben. 4,8 % der Burschen und 2,6 % der Mädchen geben an, vorher regelmäßig geraucht zu haben. 13,4 % der Befragten haben gelegentlich geraucht.

5.3 Konsum von weiteren Tabak- und Nikotinprodukten

Neben traditionellen Zigaretten und E-Zigaretten werden noch verschiedene andere Produkte konsumiert. Eine Auflistung und Beschreibung der wichtigsten Produkte findet sich im Einleitungskapitel.

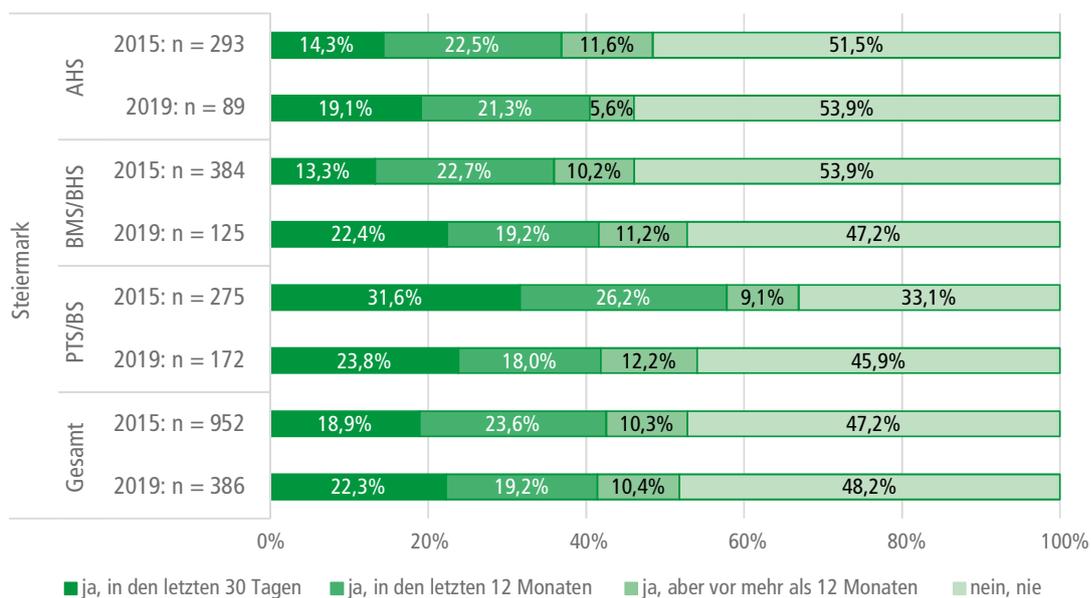
5.3.1 Shisha (Wasserpfeife)

Etwas mehr als die Hälfte der Schülerinnen und Schüler berichten 2019 darüber, Shisha geraucht zu haben. Dieser Wert hat sich seit 2015 insgesamt um etwa ein Prozent verringert. Der Anteil der Burschen ist mit 57 % um zehn Prozent höher als der der Mädchen. 22,3 % der Schülerinnen und Schüler (Burschen: 29,1 %; Mädchen: 16,9 %) geben an, in den letzten 30 Tagen Shisha geraucht zu haben. Die unter 14- und 15-Jährigen berichten einen Shisha-Konsum in einem fast gleich hohen Ausmaß wie die Schülerinnen und Schüler über 16 Jahren. Zwischen den Schultypen hat sich der Shisha-Konsum seit 2015 eher angeglichen, wie folgende Abbildung zeigt:

ABBILDUNG 12:

Lebenszeitprävalenz Konsum von Shishas (Wasserpfeife), nach Schulform, 2015 und 2019; Befragungsdaten gewichtet nach Geschlecht und Schultyp; Quelle: ESPAD-Befragung Österreich; Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH

Knapp ein Fünftel der Schülerinnen und Schüler an AHS, 22,4 % an BMS/BHS und ein knappes Viertel (23,8 %) an PTS/BS berichten 2019 von einem Shisha-Konsum in den letzten 30 Tagen. Während dieser Wert in AHS und BMS/BHS seit 2015 anstieg, reduzierte er sich in PTS/BS um 7,8 %.



5.3.2 Lebenszeitprävalenz weiterer Tabak- und Nikotinprodukte

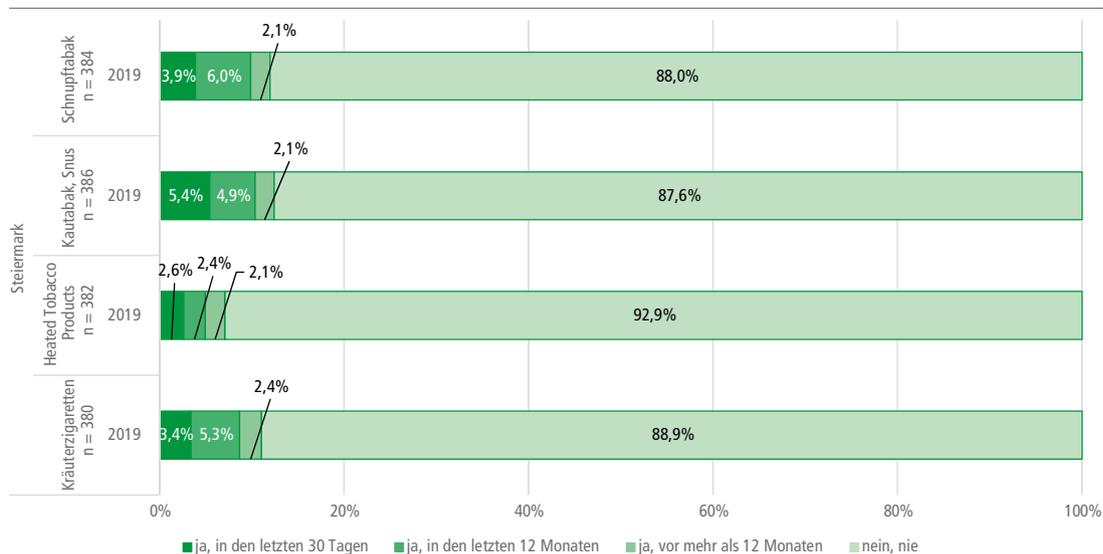
Der Konsum von Kräutertzigaretten wird von den 14- und 15-Jährigen mit 13 % häufiger berichtet als von über 16-Jährigen (8 %). Tabakerhitzer (Heated Tobacco Products) werden eher von Burschen und – nach Schulform betrachtet – von Schülerinnen und Schülern von BMS/BHS am häufigsten konsumiert. 20 % der über 16-Jährigen haben Erfahrung mit Kautabak oder Snus, im Vergleich zu 9 % der unter 16-Jährigen. Auch dieses Tabakprodukt wird eher von Burschen als von Mädchen konsumiert.

Der Konsum von Schnupftabak ist nach Geschlecht und Alter ähnlich verteilt wie Kautabak und Snus. Die folgende Abbildung zeigt eine Übersicht dieser Tabakprodukte nach Häufigkeit des Konsums:

8–12 % aller Schülerinnen und Schüler berichten, jemals Schnupftabak, Kautabak oder Snus, Tabakerhitzer oder Kräutergigaretten konsumiert zu haben. Tabakerhitzer werden von steirischen Schülerinnen und Schülern am seltensten, Kautabak und Snus am häufigsten konsumiert.

ABBILDUNG 13:

Konsum von weiteren Tabak- und Nikotinprodukten, Steiermark gesamt, 2019, Befragungsdaten gewichtet nach Geschlecht und Schultyp; Quelle: ESPAD-Befragung Österreich; Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH



6. Gesundheitszustand und Gesundheitsfolgen aufgrund von Tabakkonsum

Die WHO (vgl. Mathers 2012) und der Bericht des Sanitätsinspektors der USA (U.S. Department of Health and Human Services 2014) weisen eine Vielzahl an Erkrankungen auf, deren Entstehung durch Tabakkonsum begünstigt wird. So wurden in die Auswertung der folgenden Morbiditäts- und Mortalitätsdaten ein Großteil von bösartigen Neuerkrankungen, Koronare und Hirngefäßerkrankungen, die Peripher arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) sowie Erkrankungen des Atemsystems aufgenommen.¹¹ Bei Frauen zusätzlich die geschlechtsspezifisch bösartigen Neubildungen des Cervix uteri (Gebärmutterhalses). Vor allem die Sterblichkeit in jüngeren Altersgruppen (bis 69 Jahre) wird durch Tabakkonsum beeinflusst (Mathers 2012, S. 24–25; S. 46–47).

Im folgenden Kapitel wird die Krankheitslast durch tabakassoziierte Erkrankungen mit Daten aus der Krankenhausentlassungsstatistik beschrieben. Die selbstberichtete Krankheitslast für die Chronisch

¹¹ In die Auswertung der tabakbezogenen Mortalität wurden folgende ICD-10-Codes inkludiert: C00–C15; C32–C34; C16, C18–20, C22, C25, C53 (Cervix uteri), C64–67, I20–I25; I60–I69, I73.9, J40–J47

obstruktive Lungenerkrankung (COPD) wird aus der ATHIS-Befragung abgeleitet. Die Mortalität wird anhand der Todesfallstatistik und Krebsinzidenz berichtet.¹²

Im Besonderen wird auf die Altersgruppen jünger als 70 Jahre eingegangen (vorzeitige Todesfälle). Bei jüngeren Menschen ist Rauchen in einem höheren Ausmaß ein auslösender oder begünstigender Faktor für das Entstehen einer tabakassoziierten Krankheit¹³ oder eines Todesfalls als bei Menschen, die älter als 70 Jahre sind (Mathers 2012, S. 24–25; S. 46–47).

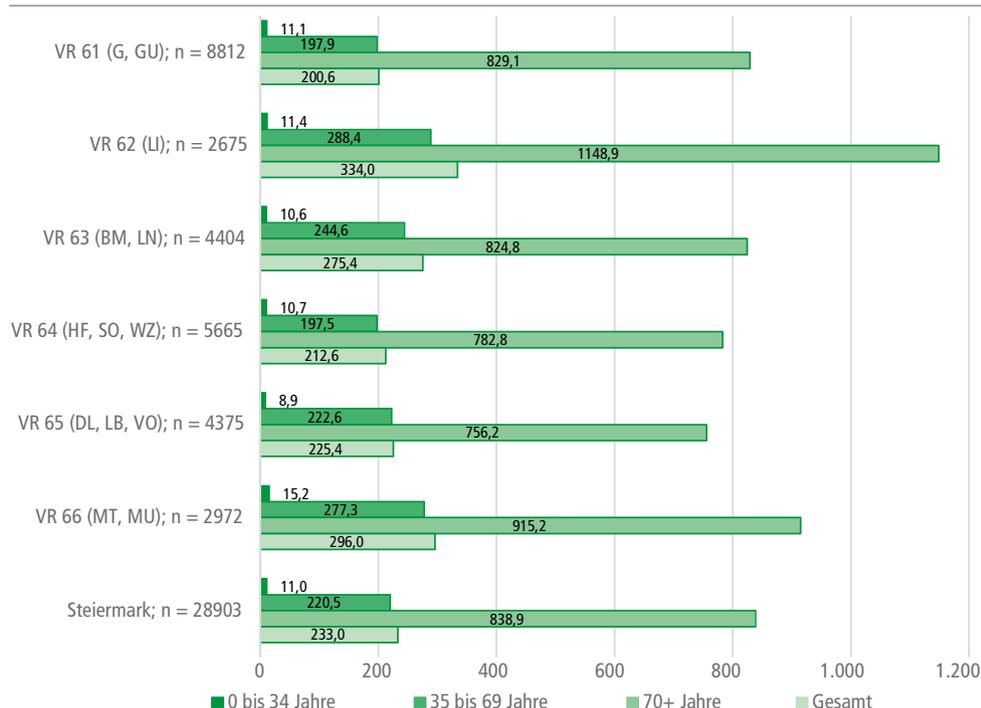
6.1 Tabakassoziierte Morbidität

Die tabakassoziierte Morbidität der Steirerinnen und Steirer im Jahr 2018 wird anhand der Krankenhausentlassungsstatistik beschrieben. Dabei wird betrachtet, wie viele Steirerinnen und Steirer mit einer entsprechenden Hauptdiagnose aus dem Krankenhaus entlassen wurden. Insgesamt gab es im Jahr 2018 347.677 Krankenhausentlassungen, 28.903 davon (8,3 %) mit einer tabakassoziierten Diagnose. Von diesen 28.903 Fällen entfielen knapp 57 % auf die Altersgruppe der 65- bis 84-Jährigen und 21 % auf die Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen. Nach Geschlecht betrachtet entfielen im Alter zwischen 45 und 74 Jahren knapp zwei Drittel aller Fälle auf Männer.

ABBILDUNG 14:

Stationäre Krankenhausaufenthalte je 10.000 EW aufgrund einer tabakassoziierten Hauptdiagnose nach Altersgruppen, nach Versorgungsregionen und Steiermark gesamt, 2018; Alters- und geschlechtsstandardisierte Darstellung. Quelle: Krankenhausentlassungsstatistik; Berechnung und Darstellung: EPIG GmbH.

Die höchsten Raten an stationären Aufenthalten aufgrund einer tabakassoziierten Hauptdiagnose weisen in allen Altersgruppen die VR 62 (LI) und VR 66 (MT, MU) auf. Werte unter dem steirischen Schnitt sind in den VR 61 (G, GU) und VR 64 (HF, SO, WZ) zu sehen.



¹² Es werden alle Fälle aus der Krankenhausentlassungsstatistik sowie alle Sterbefälle zu den in der Auswertung inkludierten ICD-10 Codes nach Hauptdiagnosen dargestellt. Nicht jeder einzelne dieser Fälle ist direkt auf Tabakkonsum zurückzuführen, auch andere Faktoren können die Entstehung dieser Krankheiten beeinflussen (z.B. Ernährungsgewohnheiten, Alkoholkonsum, Umgang mit Stress, Luftqualität, Wohnungsverhältnisse, Arbeitsverhältnisse etc.). Das Auftreten eines gewissen Anteils der Fälle wird jedoch durch Tabakkonsum in der Entstehung und Schwere des Krankheitsverlaufs beeinflusst, daher gelten diese Diagnosen als tabakassoziierte Krankheiten.

¹³ In die Auswertung der vorzeitigen tabakbezogenen Mortalität wurden folgende ICD-10-Codes inkludiert: C00–C15; C32–C34; C16, C18–20, C22, C25, C53 (Cervix uteri), C64–67, I20–I25; I60–I69, I73.9, J40–J47

6.2 Tabakassoziierte Mortalität

6.2.1 Tabakassoziierte Mortalität im regionalen Vergleich

36,2 Todesfälle je 10.000 EW waren im Jahr 2018 in der Steiermark tabakassoziierten Erkrankungen zuzuschreiben. Dies liegt etwas unter dem österreichweiten Schnitt von 38,0 Fällen je 10.000 EW. Die Versorgungsregion 65 (DL, LB, VO) hat mit 41,5 Fällen die meisten Fälle, die niedrigste Rate ist in der VR 64 (HF, SO, WZ) mit 33,0 Fällen zu verzeichnen. Männer sind mit 40,1 Fällen je 10.000 EW in der Steiermark stärker betroffen als steirische Frauen (32,4 Fälle je 10.000 EW).

ABBILDUNG 15:

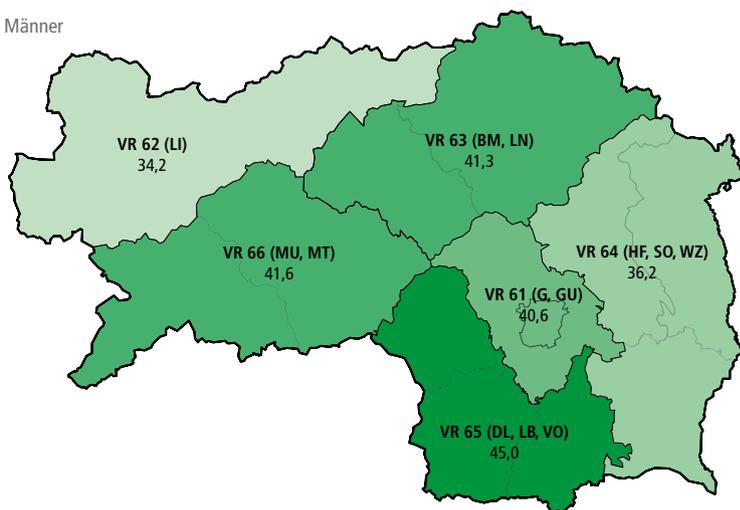
Tabakassoziierte Todesfälle je 10.000 EW pro Versorgungsregion, nach Geschlecht, Steiermark, 2018;

(n = 4.490); alters- und geschlechtsstandardisierte Darstellung nach der österreichischen Standardbevölkerung 2018.

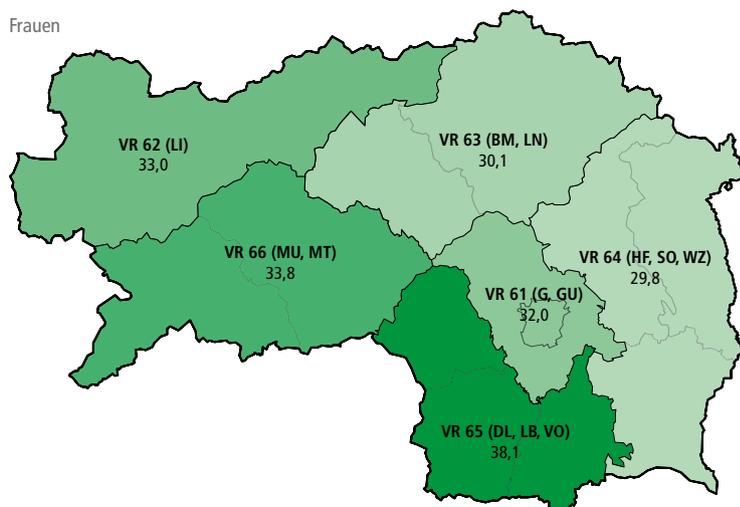
Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik; Bearbeitung: LASTAT Steiermark; Berechnung und Darstellung: EPIG GmbH.

Die höchste Anzahl an tabakassoziierten Todesfällen ist für beide Geschlechter in der VR 65 (DL, LB, VO) zu sehen (Männer: 45,0 Fälle; Frauen: 38,1 Fälle je 10.000 EW). Die niedrigste Anzahl an Fällen ist bei Männern in der VR 62 (34,2 Fälle je 10.000 EW), bei Frauen in der VR 64 (29,8 Fälle je 10.000 EW) zu sehen.

Männer



Frauen

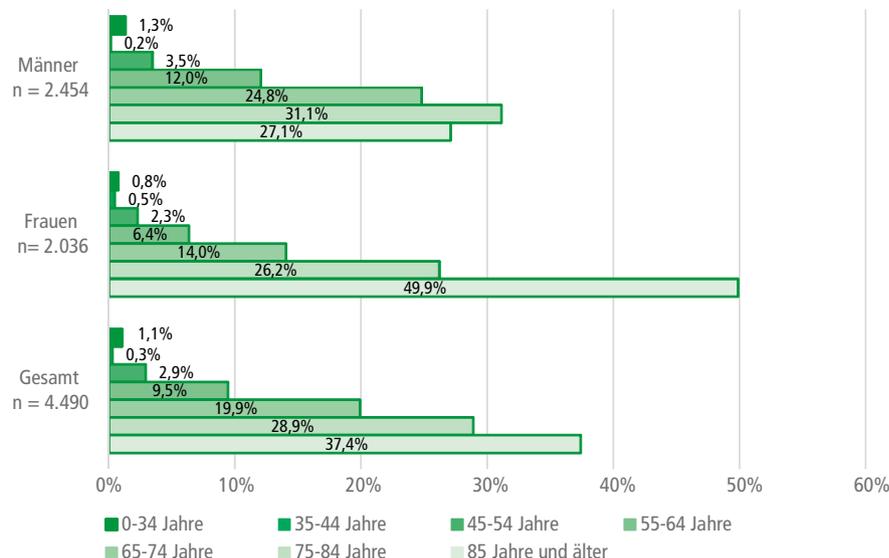


6.2.2 Tabakassoziierte Mortalität nach Alter und Geschlecht

58,2 % der tabakassoziierten Todesfälle ereigneten sich 2018 bei den steirischen Männern in einem Alter ab 75 Jahren, dies entspricht dem österreichischen Durchschnitt. Bei den steirischen Frauen fielen 76,1 % dieser Todesfälle in die Altersgruppe der ab 75-Jährigen (Österreich: 75,5 %). Bei den steirischen Männern ereignen sich 17 % der tabakassoziierten Todesfälle in einem Alter jünger als 65 Jahre (Österreich: 18 %), bei den Frauen sind es in dieser Altersgruppe 9,9 % (Österreich 10,1 %).

ABBILDUNG 16:

Tabakassoziierte Todesfälle nach Altersgruppen und Geschlecht, Steiermark, 2018; alters- und geschlechtsstandardisierte Darstellung nach der österreichischen Standardbevölkerung 2018. Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik; Bearbeitung: LASTAT Steiermark; Berechnung und Darstellung: EPIG GmbH.

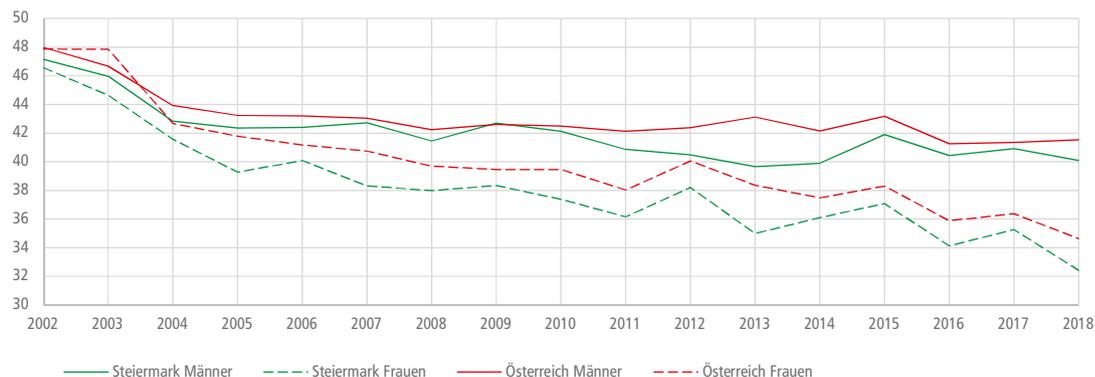


6.2.3 Tabakassoziierte Mortalität im Zeitverlauf

Im Zeitverlauf von 2002 bis 2018 gingen die Todesfälle in der Steiermark um etwa 10 Fälle je 10.000 EW zurück. Dieser Rückgang erfolgte in allen Versorgungsregionen. Nach Versorgungsregionen betrachtet, liegt in der VR 65 (DL, LB, VO) das Niveau immer deutlich über den österreichischen oder steirischen Gesamtwerten. Nach Geschlecht betrachtet, zeigt sich folgendes Bild:

ABBILDUNG 17:

Tabakassoziierte Todesfälle je 10.000 EW nach Geschlecht, Steiermark und Österreich, im Zeitverlauf, 2002–2018; alters- und geschlechtsstandardisierte Darstellung nach der österreichischen Standardbevölkerung. Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik; Bearbeitung: LASTAT Steiermark; Berechnung und Darstellung: EPIG GmbH.



Die Rate der tabakassoziierten Todesfälle je 10.000 EW für die Steiermark liegt jeweils unter dem österreichischen Wert. Bei den Männern gingen die Raten um etwa 7 Fälle je 10.000 EW zurück, bei den Frauen sind es in der Steiermark etwas mehr als 14 Fälle je 10.000 EW.

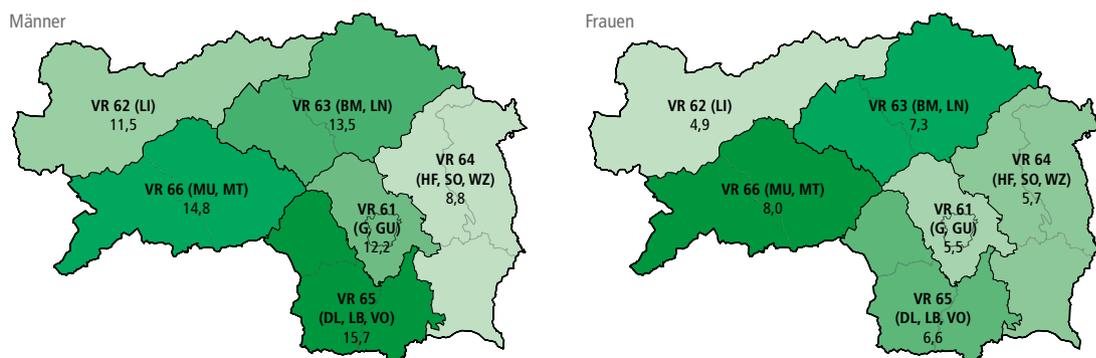
6.3 Vorzeitige Mortalität durch tabakassoziierte Erkrankungen

In der Steiermark sind im Alter von 0 bis 69 Jahren 9,3 Todesfälle je 10.000 EW auf tabakassoziierte Erkrankungen zurückzuführen. Dies liegt etwas unter dem österreichischen Schnitt von 10,0 Fällen. Männer sind mit 12,3 Fällen je 10.000 EW etwa doppelt so häufig betroffen wie Frauen mit 6,1 Fällen. Die höchste Anzahl an Todesfällen je 10.000 EW dieser Altersgruppe sind in den VR 66 (MU, MT) (11,5 Fälle) und VR 65 (DL, LB, VO) mit 11,2 Fällen zu verzeichnen. Die niedrigste Anzahl ist in der VR 64 (HF, SO, WZ) mit 7,3 Fällen zu sehen. Die folgende Abbildung nach Regionen gibt die Werte für Männer und Frauen getrennt wieder.

Die VR 65 (DL, LB, VO) und die VR 66 (MU, MT) haben die meisten vorzeitigen tabakassoziierten Todesfälle je 10.000 EW unter den Männern zu verzeichnen (15,7 und 14,8 Fälle). Bei den Frauen liegen die VR 66 (MU, MT) mit 8,0 Fällen und VR 63 (BM, LE) mit 7,3 Fällen je 10.000 EW über dem steirischen Schnitt.

ABBILDUNG 18:

Vorzeitige tabakassoziierte Todesfälle je 10.000 EW pro Versorgungsregion, nach Geschlecht, Altersgruppe 0–69 Jahre, 2018; (n = 979); alters- und geschlechtsstandardisierte Darstellung nach der österreichischen Standardbevölkerung 2018; Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik; Bearbeitung: LASTAT Steiermark; Berechnung und Darstellung: EPIG GmbH.

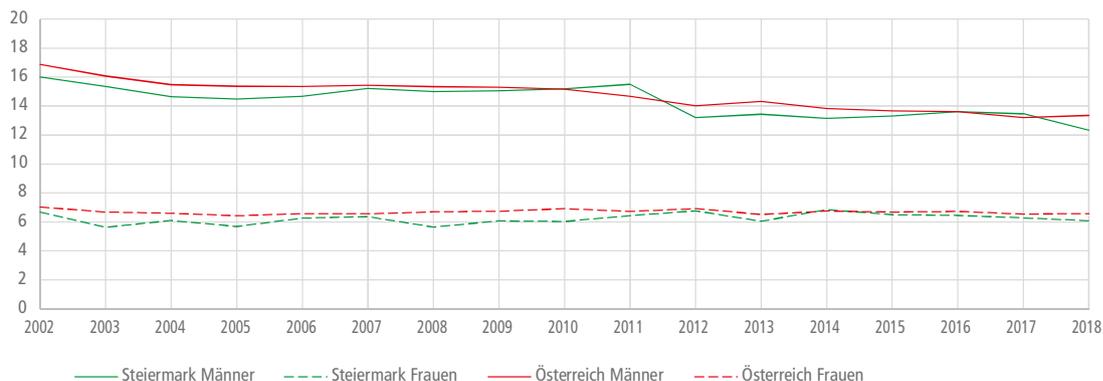


Die Auswertung für die Altersgruppe zwischen 0 und 69 Jahren nach Geschlecht zeigt im Zeitverlauf folgendes Bild:

ABBILDUNG 19:

Vorzeitige tabakassoziierte Todesfälle je 10.000 EW für die Altersgruppe von 0–69 Jahren nach Geschlecht im Zeitverlauf 2002–2018, Steiermark und Österreich; alters- und geschlechtsstandardisierte Darstellung nach der österreichischen Standardbevölkerung; Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik; Bearbeitung: LASTAT Steiermark; Berechnung und Darstellung: EPIG GmbH.

Die vorzeitigen tabakassoziierten Todesfälle gingen bei den Männern von 16 auf 12,3 je 10.000 EW der Altersgruppe 0–69 Jahre zurück. Bei den Frauen ist in dieser Altersgruppe im Zeitverlauf kaum eine Veränderung zu sehen.



6.4 Tabakassoziierte Morbidität am Beispiel der Chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD)

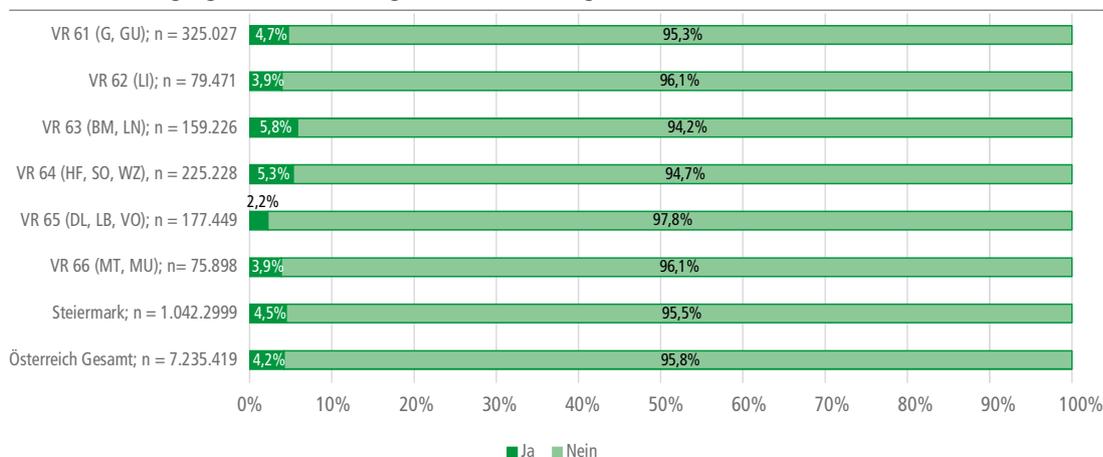
Tabak ist in Österreich mit 71 % der Todesfälle aufgrund von COPD in Verbindung zu bringen. Diese Anteile sind höher in jüngeren Altersgruppen und auch bei Männern im Vergleich zu Frauen (Mathers 2012, S. 46). Aufgrund der hohen Assoziation zu Tabakkonsum wurde diese Erkrankung gesondert betrachtet. Ausgehend von der selbstberichteten Krankheitslast im Rahmen der österreichischen Gesundheitsbefragung wird die Morbidität sowie die Mortalität und die vorzeitige Mortalität aufgrund von COPD beleuchtet.

6.4.1 Selbstberichtete Krankheitslast

In der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 wurde danach gefragt, ob die Person in den letzten 12 Monaten an chronischer Bronchitis, COPD oder einem Lungenemphysem gelitten habe. 4,5 % der Steirerinnen und Steirer beantworteten diese Frage mit Ja (Österreich 4,2 %). 2007 waren es 4,4 %, allerdings bei etwas anderer Fragestellung. Nach Alter betrachtet, geben vor allem Personen ab 60 Jahren an, von diesen Krankheiten betroffen zu sein. Im Zeitverlauf ist ein leichter Anstieg von 2,9 % auf 3,4 % bei den 45- bis 59-Jährigen erkennbar. Nach Bildungsstand sind mit 6,7 % höhere Anteile bei Personen mit Pflichtschulabschluss betroffen. Im Zeitverlauf ist vor allem bei Personen mit höheren Bildungsabschlüssen (Matura oder Hochschulabschluss) ein prozentueller Anstieg von Menschen mit COPD oder einem Lungenemphysem zu sehen. Nach Regionen betrachtet, zeigt sich für 2014 folgendes Bild:

ABBILDUNG 20:

Selbst berichtete COPD, Steiermark, 2014; gewichtete und hochgerechnete Daten. Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung, 2014; Bearbeitung: LASTAT; Darstellung: EPIG GmbH.



Die höchsten Anteile einer selbstberichteten Krankheitsbelastung durch COPD werden in der VR 63 (BM, LE) und VR 64 (HF, SO, WZ) angegeben. Der niedrigste Anteil ist in der VR 65 (DL, LB, VO) mit 2,2 % zu sehen.

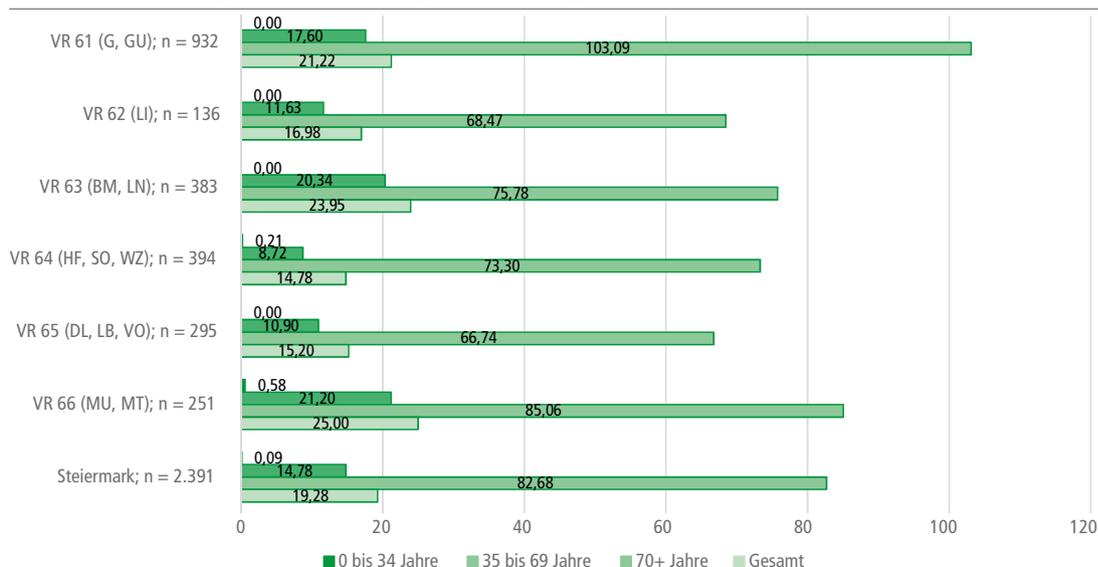
6.4.2 Morbidität bei COPD

Im Jahr 2018 wurden 11.459 Steirerinnen und Steirer mit COPD als Haupt- oder als Zusatzdiagnose stationär behandelt. Davon erhielten 2.391 Fälle (20,9 %) COPD als Hauptdiagnose, in knapp vier Fünftel der Fälle (79,1 %) wurde eine Zusatzdiagnose dokumentiert. Im Folgenden werden die Fälle der Hauptdiagnosen näher beschrieben.

Von den 2.391 Steirerinnen und Steirern, die im Jahr 2018 mit der Hauptdiagnose J44 (COPD) stationär behandelt wurden, waren 55,4 % Männer und 44,6 % Frauen. Knapp zwei Drittel dieser Patientinnen und Patienten waren über 70 Jahre, 36,6 % der Betroffenen waren zwischen 35 und 69 Jahre alt. Auf 10.000 EW der jeweiligen Altersgruppen bezogen, zeigt sich auf Ebene der Versorgungsregionen folgendes Bild:

ABBILDUNG 21: Krankenhausaufenthalte mit Hauptdiagnose COPD (J44.00–44.99) je 10.000 EW nach Altersgruppen, je Versorgungsregion und Steiermark gesamt, 2018; alters- und geschlechtsstandardisierte Darstellung. Quelle: Krankenhausentlassungsstatistik; Berechnung und Darstellung: EPIG GmbH

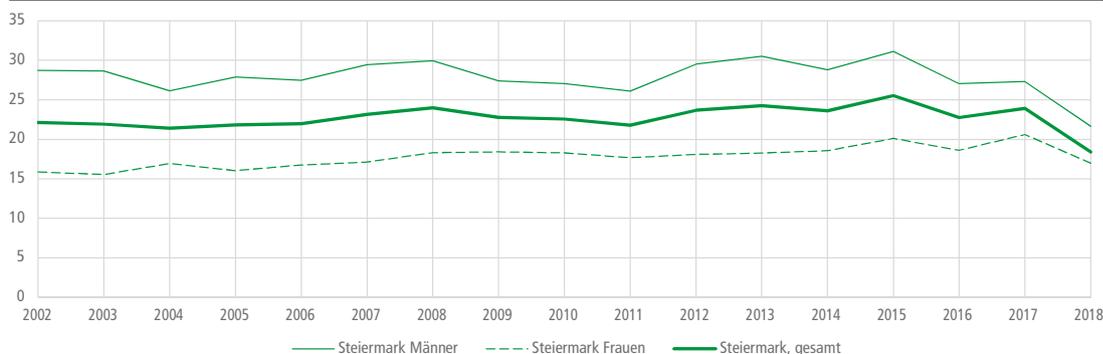
In der Altersgruppe der 35- bis 69-Jährigen liegen die Versorgungsregionen 66 (MU, MT), 63 (BM, LE) und 61 (G, GU) über dem steirischen Durchschnitt von 14,78 Krankenhausaufenthalten mit der Hauptdiagnose COPD je 10.000 EW. In der Altersgruppe der über 70-Jährigen zeigen die VR 61 (G, GU) und VR 66 (MU, MT) Zahlen über dem steirischen Durchschnitt.



Der zeitliche Verlauf der stationären Aufnahmen zeigt für die Steiermark gesamt zwischen 2002 bis 2017 zwischen knapp 22 und 25,5 Fälle je 10.000 EW. Im Jahr 2018 gab es einen Rückgang auf 18,4 Fälle je 10.000 EW. Nach Geschlecht betrachtet, zeigt sich im Zeitverlauf folgendes Bild:

ABBILDUNG 22: Krankenhausaufenthalte je 10.000 EW mit Hauptdiagnose COPD (J44.00–44.99), nach Geschlecht, Steiermark, 2002–2018; alters- und geschlechtsstandardisierte Darstellung; Quelle: Krankenhausentlassungsstatistik; Berechnung und Darstellung: EPIG GmbH.

Bei Männern bleiben die Zahlen der Krankenhausaufenthalte aufgrund von COPD mit leichten Schwankungen ähnlich, bei Frauen ist im Laufe der Zeit ein leichter Anstieg der Fallzahlen zu erkennen. Für das Jahr 2018 wurden insgesamt etwas weniger Fälle dokumentiert.



6.4.3 Mortalität bei COPD

2018 waren in der Steiermark 3,1 Todesfälle je 10.000 EW aufgrund von COPD zu verzeichnen, dies liegt knapp über dem österreichischen Schnitt von 3,0. Männer sind mit 3,4 Fällen je 10.000 EW häufiger betroffen als Frauen (2,8 Fälle). Nach Altersgruppen betrachtet, ereignen sich 90 % der Todesfälle ab einem Alter von 75 Jahren. Todesfälle in jüngeren Altersgruppen kommen vor allem in der VR 66 (MU, MT) vor. Im regionalen Vergleich ist die höchste Zahl an Fällen über beide Geschlechter betrachtet in der VR 61 (G, GU) mit 3,4 je 10.000 EW zu sehen. Im Folgenden wird die regionale Verteilung der Sterblichkeit aufgrund von COPD jeweils nach Geschlecht dargestellt.

ABBILDUNG 23:

Todesfälle aufgrund von COPD je 10.000 EW pro Versorgungsregion, nach Geschlecht, Steiermark, 2018; alters- und geschlechtsstandardisierte Darstellung nach der österreichischen Standardbevölkerung 2018; (n = 381); Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik; Bearbeitung: LASTAT Steiermark; Berechnung und Darstellung: EPIG GmbH.

Die VR 66 (MU,MT) hat mit 3,9 Todesfällen je 10.000 EW die höchste Mortalitätsrate aufgrund von COPD bei Männern, bei Frauen ist es die VR 61 (G, GU) mit 3,5 je 10.000 EW. Die niedrigste Rate weist bei beiden Geschlechtern die VR 64 (HF, SO, WZ) auf.

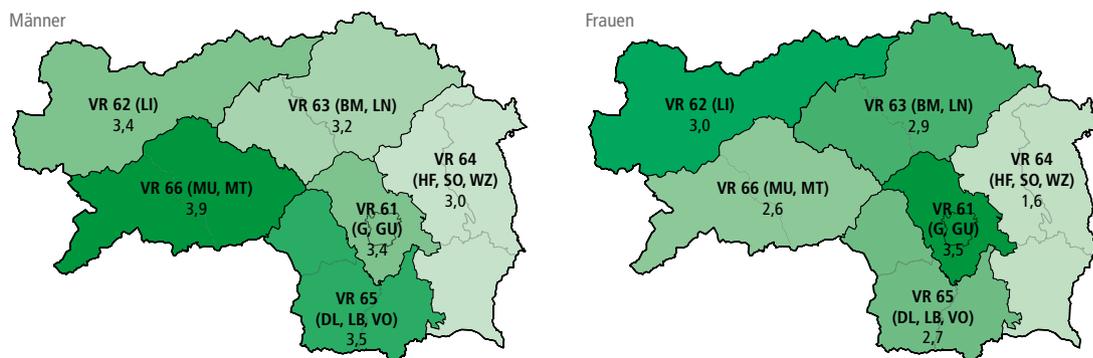
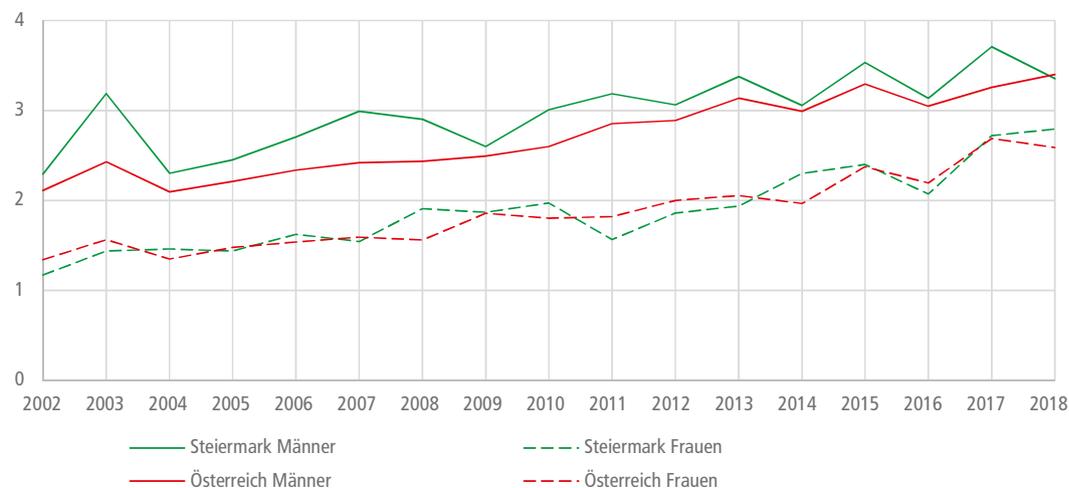


ABBILDUNG 24:

Todesfälle aufgrund von COPD je 10.000 EW, nach Geschlecht, im Zeitverlauf 2002–2018, Steiermark und Österreich; alters- und geschlechtsstandardisierte Darstellung nach der österreichischen Standardbevölkerung. Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik; Bearbeitung: LASTAT Steiermark; Berechnung und Darstellung: EPIG GmbH.

Der Zeitverlauf zeigt für beide Geschlechter einen Anstieg der Todesfälle aufgrund von COPD, die steirischen Männer liegen dabei jeweils über dem österreichischen Wert, während die Werte der Frauen für die Steiermark und Österreich ähnlich verlaufen.



6.4.4 Vorzeitige Mortalität aufgrund COPD

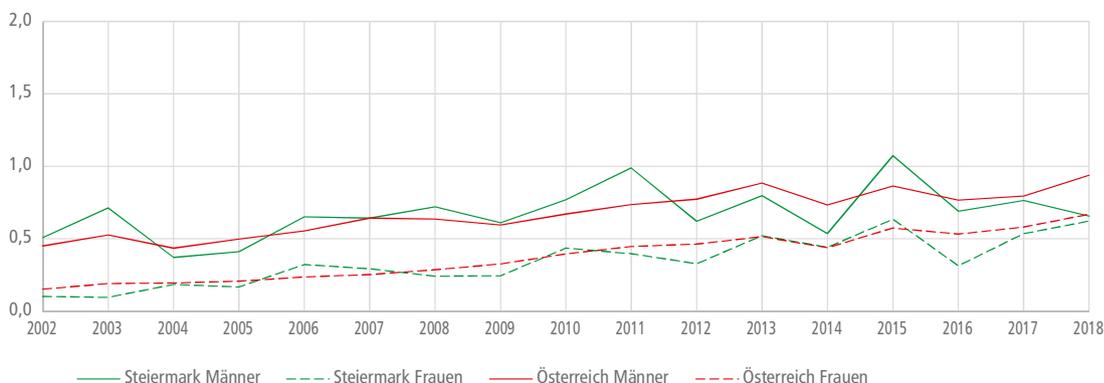
Tabak ist in Österreich in der Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen Männer für 82 % der Todesfälle aufgrund von COPD verantwortlich (Frauen: 78 %) (Mathers 2012, S. 47). Die Todesfälle aufgrund von COPD liegen in der Steiermark in der Altersgruppe von 0 bis 69 Jahren bei 0,6 Fällen je 10.000 EW, dies liegt unter dem Durchschnitt von 0,8 Fällen je 10.000 EW in Österreich. Die höchste Anzahl ist mit 1,1 Fällen je 10.000 EW der Altersgruppe in der VR 66 (MU, MT) zu verzeichnen. Nach Geschlecht betrachtet, finden sich bei Männern die meisten Todesfälle in dieser Altersgruppe in der VR 66 (MU, MT) mit 1,4 Fällen je 10.000 EW, dies ist das Doppelte des steirischen Durchschnitts bei Männern. Bei Frauen sind die höchsten Fallzahlen in der VR 63 (BM, LE) mit 0,9 Fällen je 10.000 EW zu sehen, dies entspricht dem Eineinhalbfachen des steirischen Schnitts. Die geringste Anzahl an Todesfällen liegt bei beiden Geschlechtern in der VR 64 (HF, SO, WZ) mit 0,3 Fällen je 10.000 EW.

Die Auswertung der vorzeitigen Todesfälle aufgrund von COPD zeigt vor allem bei den Frauen einen ansteigenden Trend:

Österreichweit ist für beide Geschlechter in der Altersgruppe von 0–69 Jahren ein Anstieg der Todesfälle aufgrund von COPD im Zeitverlauf zu erkennen, auch bei den steirischen Frauen ist dieser Trend zu erkennen. Die steirischen Männer lassen keinen eindeutigen Trend nach oben oder unten erkennen.

ABBILDUNG 25:

Todesfälle aufgrund von COPD für die Altersgruppe von 0–69 Jahren nach Geschlecht im Zeitverlauf 2002–2018, Steiermark und Österreich; Alters- und geschlechtsstandardisierte Darstellung nach der österreichischen Standardbevölkerung; Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik; Bearbeitung: LASTAT Steiermark; Berechnung und Darstellung: EPIG GmbH.



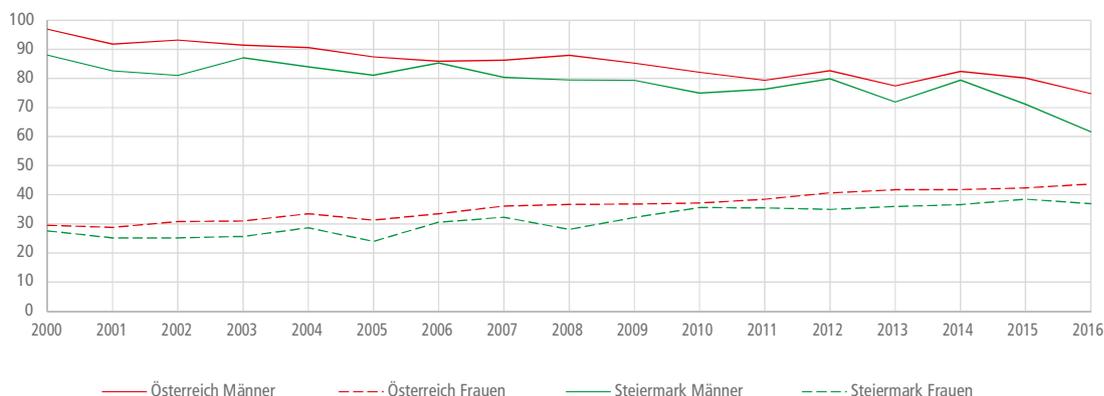
6.5 Krebsinzidenz am Beispiel der bösartigen Neubildungen von Lunge, Bronchien und Trachea

Die Entstehung von bösartigen Neubildungen von Lunge, Bronchien und Trachea wird durch den Tabakkonsum begünstigt. So ist Tabak bei österreichischen Männern in 89 % der Fälle, bei Frauen in 68 % der Fälle mit Todesfällen aufgrund von diesen Diagnosen assoziiert (Mathers 2012, S. 47). Im Zeitverlauf von 2000 bis 2016 ist an der Inzidenz dieser Krebsarten für die Steiermark ein Rückgang bei Männern und ein Anstieg bei Frauen zu erkennen.

Inzidenz von bösartigen Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge: Der Zeitverlauf zeigt seit 2002 einen Rückgang bei Männern, während die Inzidenz bei Frauen anstieg. Die Raten der Steirerinnen und Steirer liegen unter den Raten der österreichischen Bevölkerung.

ABBILDUNG 26:

Inzidenz von bösartigen Neubildungen der Lunge, der Bronchien und der Trachea, je 100.000 EW, nach Geschlecht, Steiermark und Österreich, 2002–2016; Alters- und geschlechtsstandardisiert nach der Europäischen Standardbevölkerung 2013; Quelle: Statistik Austria, Österreichisches Krebsregister und Todesursachenstatistik. Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark. Darstellung: EPIG GmbH.



7. Angebote zur Reduktion des Tabakkonsums von Steirerinnen und Steirern

Das folgende Kapitel berichtet über Angebote zur Rauchentwöhnung von gesetzlichen Krankenversicherungen in der Steiermark und deren Inanspruchnahme durch Steirerinnen und Steirer. In der Vorsorgeuntersuchung wird der Rauchstatus abgefragt. Im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung werden auch Kurzinterventionen durchgeführt oder Empfehlungen zur Veränderung des Rauchverhaltens ausgesprochen. Das Kapitel schließt mit Zahlen zu den rauchfreien Gesundheitseinrichtungen in der Steiermark.

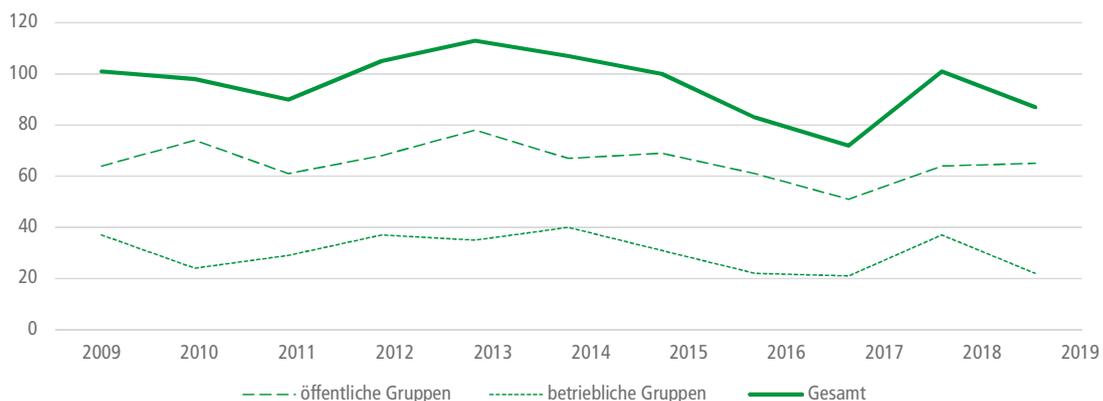
7.1 Entwöhnangebote für Raucherinnen und Raucher

Entwöhnangebote für Raucherinnen und Raucher werden von allen gesetzlichen Krankenversicherungen (ÖGK Landesstelle Steiermark, BVAEB, SVS) angeboten. Die Angebote reichen von ambulanten Gruppen- und Einzelberatungen bis zu stationären Entwöhnungen. Das Rauchfrei-Telefon bietet österreichweit Telefonberatung an.

Die ÖGK-Landesstelle Steiermark bietet in der gesamten Steiermark ambulante Gruppenentwöhnungen an.

Durchschnittlich werden von der ÖGK-Landesstelle Steiermark pro Jahr rund 100 Gruppen angeboten. Zwei Drittel bis drei Viertel der Gruppen sind öffentlich zugänglich, etwa ein Drittel bis ein Viertel der Gruppen wird jeweils in Betrieben angeboten.

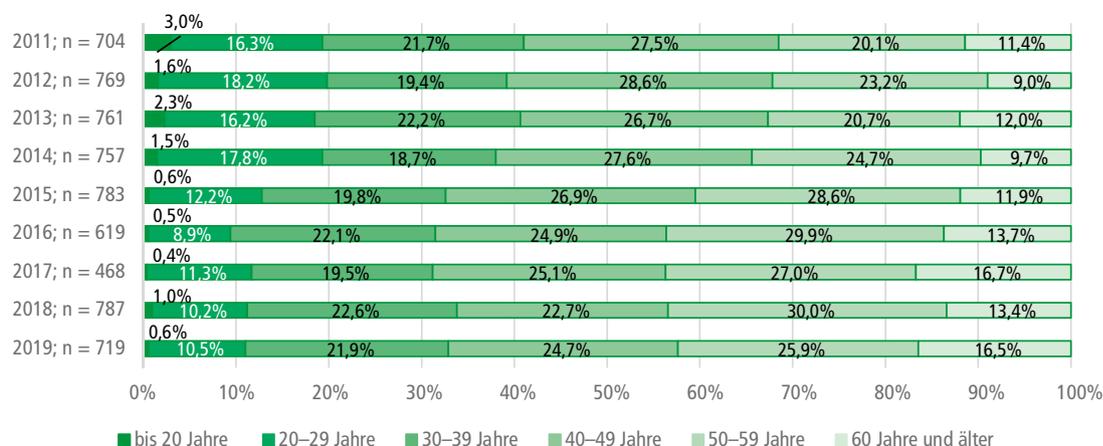
ABBILDUNG 27:
Anzahl der Gruppenentwöhnangebote der ÖGK-Landesstelle Steiermark, absolut, 2009–2019;
Quelle: ÖGK-Landesstelle Steiermark; Berechnung und Darstellung: EPIG GmbH



Im Durchschnitt nehmen knapp acht Personen an einer Gruppenentwöhnung teil, knapp 55 % der Teilnehmenden sind weiblich. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer kommen aus allen Versorgungsregionen der Steiermark. Der Teilnehmerkreis ist im Laufe der letzten neun Jahre etwas älter geworden:

Der Anteil der Personen, die an einem Entwöhnangebot der ÖGK-Landesstelle Steiermark teilgenommen haben und jünger als 30 Jahre sind, hat sich zwischen 2011 und 2019 von knapp 20 % auf 11 % verringert. Etwa die Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ist zwischen 30 und 49 Jahre alt. Der Anteil der Personen über 50 Jahren ist von knapp 32 % im Jahr 2011 auf 42 % anno 2019 gestiegen.

ABBILDUNG 28:
Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Gruppenentwöhnangeboten der ÖGK-Landesstelle Steiermark nach Altersgruppen, 2011–2019; n = Teilnehmerzahlen zum Messzeitpunkt 1 des Minimal Basic Data Sets; Quelle: ÖGK-Landesstelle Steiermark; Bearbeitung und Darstellung: EPIG GmbH



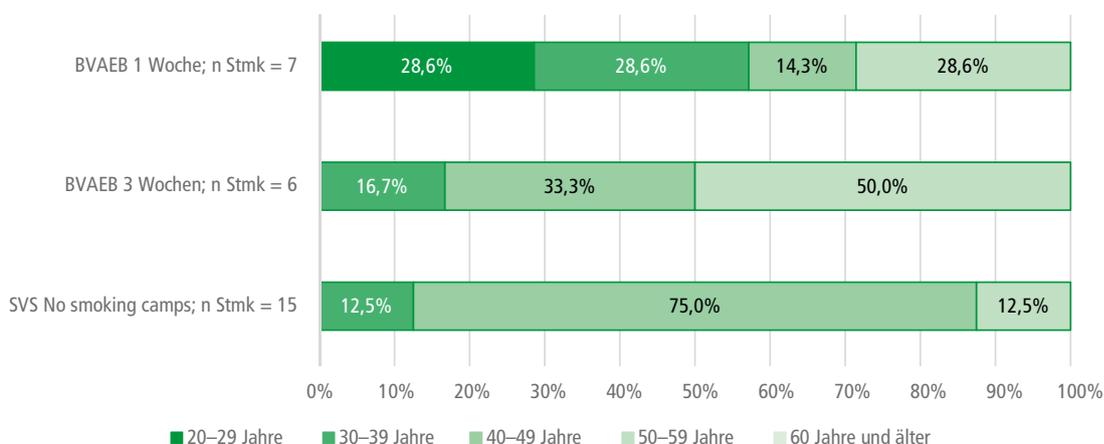
Zusätzlich zu den Gruppenangeboten werden von der ÖGK-Landesstelle Steiermark Einzelentwöhnungen durchgeführt, wenn eine Teilnahme an einer Gruppe nicht möglich ist. Das kann z. B. bei einer Schwangerschaft oder einer psychischen Erkrankung der Fall sein. Zwischen 2009 und 2019 nahmen im Schnitt jährlich 35 Personen dieses Angebot in Anspruch. Im Rahmen von Kontakten mit der ÖGK-Landesstelle Steiermark – z.B. bei Besuchen in Zahnambulatorien oder in Facharztzentren – werden jährlich rund 2.800 motivierende Ansprachen zum Rauchstopp durch die Ärztinnen und Ärzte der Ambulatorien während der Behandlung durchgeführt.

Wie wirksam die Entwöhnangebote der ÖGK sind, wird mit Abfragen zur Abstinenz erfasst. Die Angebote der Sozialversicherung (ÖGK, BVAEB und SVS; österreichweit) werden mithilfe eines Minimal Basic Data Sets anhand von drei Messzeitpunkten (vor der Intervention, nach der Intervention, nach sechs Monaten) evaluiert. Ca. 60% der Teilnehmenden der ÖGK-Gruppenangebote sind nach sechs Wochen rauchfrei. Eine detaillierte Auswertung für die Steiermark wird dazu in der Evaluation der steirischen Tabakpräventionsstrategie durchgeführt und im Evaluationsbericht, der 2021 veröffentlicht werden wird, nachzulesen sein.

Die BVAEB und SVS führen stationäre Entwöhnungen für ihre Versicherten durch. Im Schnitt werden von der BVAEB fünf einwöchige und sieben dreiwöchige Kurse pro Jahr durchgeführt. Die SVS bietet durchschnittlich im Jahr fünf „No smoking“-Camps an. Jährlich nutzen im Mittel etwa 27 Steierinnen und Steirer aus allen Versorgungsregionen diese Angebote. Die stationären Angebote werden eher von Männern genutzt. Die Teilnehmenden der SVS sind zu zwei Drittel männlich, von der BVAEB sind rund 85 % der teilnehmenden Steierinnen und Steirer Männer. Die höheren Anteile an Männern spiegeln zu einem Teil auch die jeweilige Versichertenstruktur wider. Nach Alter betrachtet, ergibt sich für stationäre Angebote der Versicherungen für das Jahr 2018 folgendes Bild:

ABBILDUNG 29:
Anteile der steirischen Teilnehmerinnen und Teilnehmer von stationären Entwöhnangeboten der BVAEB und SVS nach Altersgruppen, 2018; Quelle: BVAEB und SVS; Bearbeitung und Darstellung: EPIG GmbH

Während das einwöchige Entwöhnprogramm der BVAEB auch von Personen zwischen 30 und 39 Jahren besucht wurde, spricht das dreiwöchige Programm und das Programm der SVS vor allem Personen ab 50 Jahren an.



Daten aus dem ÖGK-Angebot „Rauchfrei Telefon“¹⁴ können nicht gesondert für die Steiermark oder nach Alter oder Geschlecht ausgewertet werden, da viele Beratungen anonym durchgeführt werden. In Österreich werden jährlich rund 6.000 Beratungsgespräche über das Rauchfrei-Telefon durchgeführt. Beim Rauchfrei-Telefon können auch sogenannte Rauchfrei-Tickets angefordert werden, welche ähnlich einem Rückrufservice einen sehr niederschweligen und aufsuchenden Charakter haben. Sie sollen der Rückfallprophylaxe dienen. In der Steiermark wird das Rauchfrei-Telefon intensiv als Rückfallvorsorge empfohlen. Rund 700 Rauchfrei-Tickets werden im Schnitt jährlich angefordert, davon kommen knapp 30 % (2019: n = 205 Personen) aus der Steiermark. Nach Geschlecht betrachtet, wird das Rauchfrei-Ticket in der Steiermark gleichermaßen von Männern und Frauen in Anspruch genommen (Quelle: Rauchfrei-Telefon).

¹⁴ <https://rauchfrei.at/> (abgerufen am: 23.06.2020)

7.2 Beratung zur Tabakentwöhnung in der Vorsorgeuntersuchung

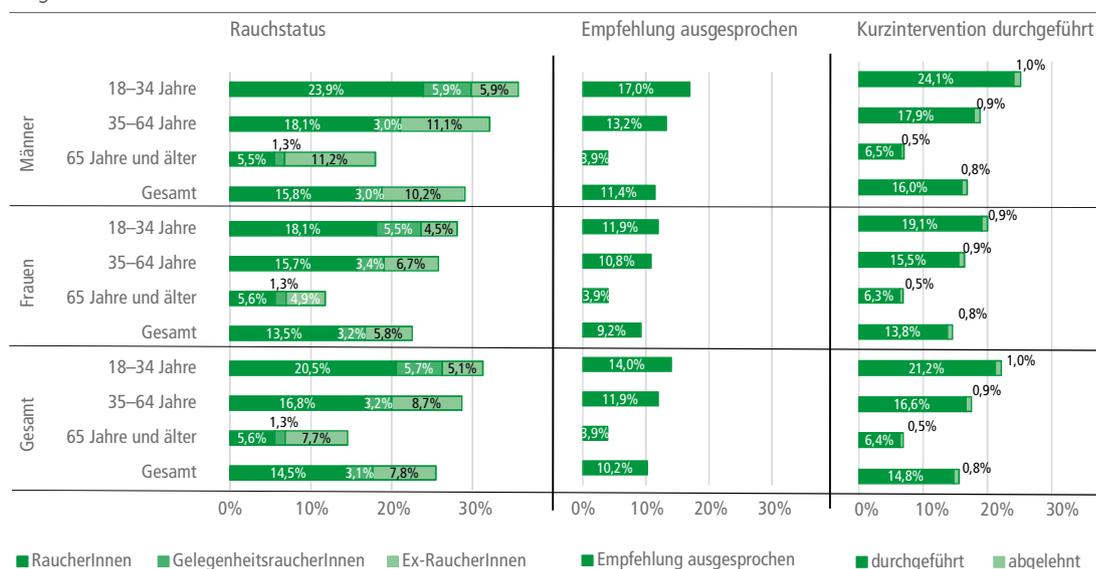
Die „Vorsorgeuntersuchung neu“ wurde etabliert, um die Beratung zur Verhaltensmodifikation durch Ärztinnen und Ärzte zu verstärken. Es wird bei der Vorsorgeuntersuchung der Rauchstatus von Patientinnen und Patienten erhoben. Es wird auch vermerkt, ob eine Kurzintervention im Rahmen der Untersuchung durchgeführt wurde bzw. ob eine Empfehlung zu einer Intervention ausgesprochen wurde.

Zwischen 2017 und 2019 nahmen jährlich zwischen rund 122.000 und 149.000 Personen eine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch. 2019 lag der Frauenanteil bei 55,0 %. Insgesamt wurde im Jahr 2019 bei 14,5 % der Patientinnen und Patienten (n = 21.670) ein Raucherstatus dokumentiert, 74,5 % waren Nichtraucherinnen oder Nichtraucher, 7,8 % waren ehemalige Raucherinnen oder Raucher und weitere 3,1 % gaben an, gelegentlich zu rauchen. Die größten Anteile von Personen, die bei der Vorsorgeuntersuchung angeben zu rauchen, finden sich in den Altersgruppen bis 44 Jahre. Ab 45 Jahre geht der Anteil der Rauchenden zurück.

Bei 16 % der Männer und 14 % der Frauen wurde bei der Vorsorgeuntersuchung eine Kurzintervention zum Rauchen durchgeführt, am häufigsten erfolgte diese in der Altersgruppe zwischen 18 und 34 Jahre.

ABBILDUNG 30:

Anteil der Steiererinnen und Steirer, die die Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen haben, nach Rauchstatus, sowie Anteil der Personen, die im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung eine Empfehlung bzw. Kurzintervention erhalten haben, nach Altersgruppen und Geschlecht, 2019; (Männer: n = 67.183; Frauen: n = 81.991; Gesamt: n = 149.174); Quelle: Dachverband der Sozialversicherung; Bearbeitung und Darstellung: EPIG GmbH



Im Jahr 2019 wurde in etwa 10 % aller Vorsorgeuntersuchungen bei Steiererinnen und Steirern eine Empfehlung zur Änderung des Rauchverhaltens ausgesprochen (Männer: rund 12 %; Frauen: rund 9 %). Diese Werte sind über die Zeit als auch im österreichweiten Vergleich ähnlich. Der Anteil, bei dem eine Kurzintervention durchgeführt wird, entspricht in etwa dem Anteil der Personen, die einen Rauchstatus angeben (Männer: 16 %; Frauen: 14 %). Die größten Anteile an Kurzinterventionen werden in den Altersgruppen der 18- bis 34-Jährigen dokumentiert. In diesem Alter wird bei knapp einem Viertel der Männer und bei knapp einem Fünftel der Frauen interveniert.

7.3 Rauchfreie Gesundheitseinrichtungen

Im Rahmen des Österreichischen Netzwerks gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (ONGKG) ist eine Zertifizierung als tabakfreie Gesundheitseinrichtung durch das Global Network for Tobacco Free Healthcare Services möglich.¹⁵ Die Zertifizierung wird abgestuft im Gold-, Silber- und Bronzestatus vergeben. Die Zertifizierung erfolgt in acht Standards, wobei ein unterschiedlich hoher Anteil des Standards erfüllt sein muss (Silber: 75 % des Standards; Gold: 87,5 %). Die Standards betreffen die Bereiche „Führung und Engagement“, „Kommunikation“, „Schulung und Training“, „Erfassung, Diagnose und Behandlung von Tabakabhängigkeit“, „Tabakfreies Umfeld“, „Gesunder Arbeitsplatz“, „Öffentliches Engagement“ und „Monitoring und Evaluation“.¹⁶ Österreichweit sind derzeit insgesamt 28 Einrichtungen zertifiziert, dies entspricht 15,5 % der gesamten 181 Kur- und Krankenanstalten in Österreich. Acht Einrichtungen (28,6 %) befinden sich in der Steiermark, damit sind knapp 18 % aller steirischen Kur- und Krankenanstalten zertifiziert.

ABBILDUNG 31:

Anzahl der tabakfrei zertifizierten Gesundheitseinrichtungen nach Status Gold, Silber und Bronze, Österreich und Steiermark, 2019. Quelle: Österreichisches Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser, <http://www.ongkg.at/rauchfrei/zertifizierung.html> (abgerufen am 15.09.2020); Darstellung: EPIG GmbH

Tabakfrei Zertifizierungen in Gesundheitseinrichtungen, Österreich und Steiermark, 2019					
Status	Österreich gesamt	Anteil in Prozent	davon Steiermark	Anteil in Prozent	
Gold	3	10,7%	0	0,0%	
Silber	16	57,1%	6	75,0%	
Bronze	9	32,1%	2	25,0%	
Gesamt	28	100,0%	8	100,0%	

Sechs der acht steirischen Gesundheitseinrichtungen mit einer Tabakfrei-Zertifizierung halten den Status Silber, zwei den Status Bronze.

Das LKH-Universitätsklinikum Graz erhielt die Zertifizierung im Jahr 2011 und ist damit von den steirischen Einrichtungen am längsten zertifiziert. Die jüngste Zertifizierung erhielt 2019 die Sonderkrankenanstalt Rehabilitationszentrum Bad Aussee.

Als ein Angebot des rauchfreien Krankenhauses LKH-Universitätsklinikum Graz wird von der Abteilung für Pulmonologie Raucherberatung und Entwöhnung für Raucherinnen und Raucher angeboten, die stationär aufgenommen sind bzw. einen geplanten chirurgischen Eingriff haben. Dazu wird vom LKH eine ärztliche Teilzeitstelle finanziert. Dieser Arzt bzw. diese Ärztin führt Beratungsgespräche mit Patientinnen oder Patienten vor allem auf der Thorax- und Gefäßchirurgie durch, hält Kurzvorträge auf der Zahnklinik und bietet Gruppenentwöhnungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des LKH an.

¹⁵ONGKG. Rauchfrei. Die Zertifizierung. <http://www.ongkg.at/rauchfrei/zertifizierung.html> (abgerufen am 15.09.2020).

¹⁶ Vgl. Fragebogen zur Selbsteinschätzung, http://www.ongkg.at/rauchfrei/zertifizierung.html?no_cache=1&download=GNTH_SB2018_form_01.pdf&did=258 (abgerufen am 13.10.2020)

8. Gesundheitskompetenz und Tabak- und Nikotinkonsum

Gesundheitskompetenz umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen Gesundheitsförderung (zur Erhaltung und Stärkung der Gesundheit), Prävention (zur Vorbeugung von Beschwerden oder Erkrankungen) und Krankenversorgung (bei bestehenden Beschwerden oder Erkrankungen) Entscheidungen treffen zu können, die zur Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit während des gesamten Lebensverlaufs beitragen. Gesundheitskompetenz ist einerseits eine Frage der persönlichen Fähigkeiten, hängt aber andererseits von den Anforderungen der Umgebung an diese Fähigkeiten ab.¹⁷

Das folgende Kapitel berichtet vom Risikobewusstsein im Umgang mit Tabak- und Nikotinprodukten, gesundheitlichen Überlegungen zum Aufhören sowie Einstellungen zu Maßnahmen der Tabakpolitik. Die Daten stammen aus den Befragungen zum Substanzenkonsum von Schülerinnen und Schülern (ESPAD) und von Erwachsenen (GPS).

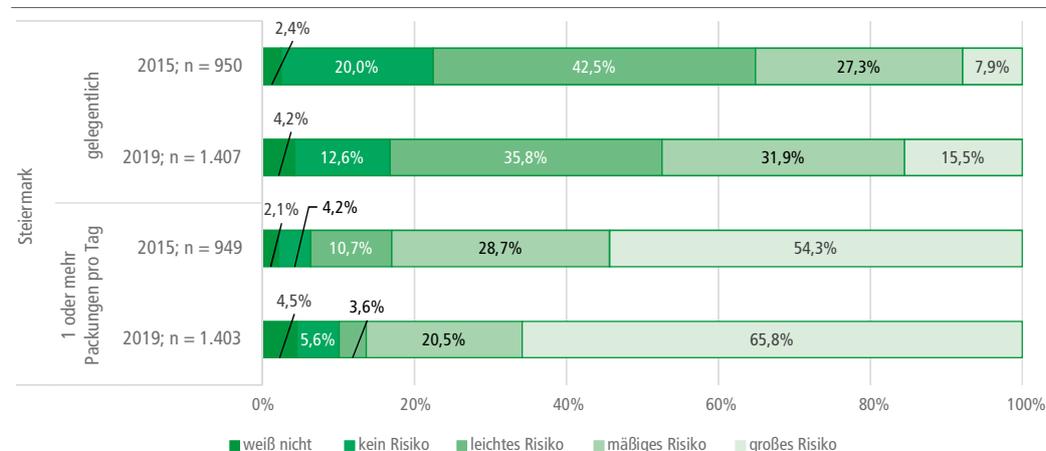
8.1 Risikobewusstsein bei Schülerinnen und Schülern

8.1.1 Risiko für körperliche Schäden oder Schäden anderer Art durch Zigaretten

Schülerinnen und Schüler wurden gefragt, wie sie das Risiko einschätzen, das Personen eingehen, wenn sie gelegentlich oder regelmäßig Zigaretten rauchen, E-Zigaretten probieren oder regelmäßig konsumieren. Folgende Abbildung zeigt die Einschätzung des Risikos durch Schülerinnen und Schüler beim gelegentlichen und regelmäßigen Konsum von traditionellen Zigaretten im Jahr 2015 und 2019:

ABBILDUNG 32:

Risiko für körperliche Schäden oder Schäden anderer Art bei gelegentlichem bzw. regelmäßigem Zigarettenkonsum, Steiermark, 2015 und 2019; Befragungsdaten gewichtet nach Geschlecht und Schultyp; Quelle: ESPAD-Befragung Österreich; Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH



Im Vergleich zu 2015 schätzte 2019 ein größerer Anteil von Schülerinnen und Schülern das Risiko für körperliche Schäden oder Schäden anderer Art, das man durch Tabakkonsum eingeht, als hoch ein. Der Anteil derer, die kein Risiko erkennen, wurde kleiner. Jedoch wurde der Anteil größer, der die Frage nach dem Risiko nicht beantworten konnte.

¹⁷<https://oepgk.at/glossary/gesundheitskompetenz-2/> (abgerufen am 15.10.2020)

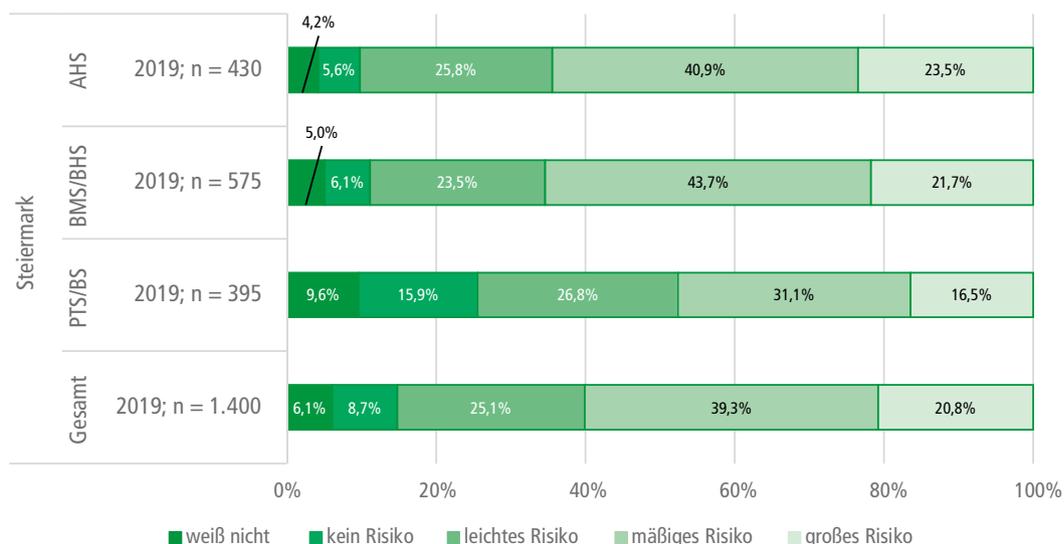
8.1.2 Risiko für körperliche Schäden oder Schäden anderer Art durch E-Zigaretten

Rund 80 % der Schülerinnen und Schüler schätzen, dass ein- oder zweimaliger Probierkonsum von E-Zigaretten mit keinem Risiko (53,9 %) oder mit leichtem Risiko (27,0 %) verbunden ist. Burschen haben mit 7,0 % in einem größeren Ausmaß als Mädchen (4,1 %) keine Antwort auf diese Frage. Auch 8,3 % der Schülerinnen und Schüler von PTS/BS wissen über das Risiko nicht Bescheid.

Der regelmäßige Konsum von E-Zigaretten wird von Burschen mit 38,5 % in einem größeren Ausmaß mit keinem oder leichtem Risiko bewertet als von Mädchen (28,9 %). 60,1 % der Schülerinnen und Schüler bewerten ihn mit mäßigem oder hohem Risiko (Burschen: 54,1 %; Mädchen: 66,7 %). 6,0 % kennen das Risiko nicht. Nach Schulform betrachtet, zeigt sich in der Risikoeinschätzung folgendes Bild:

ABBILDUNG 33: Risiko für körperliche Schäden oder Schäden anderer Art bei regelmäßigem Konsum von E-Zigaretten, nach Schultyp, 2019; Befragungsdaten gewichtet nach Geschlecht und Schultyp; Quelle: ESPAD-Befragung Österreich; Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH

15,9 % der Schülerinnen und Schüler von PTS und BS sehen kein Risiko bei einem regelmäßigen Konsum von E-Zigaretten. Dieser Anteil ist mehr als doppelt so groß wie in den anderen Schultypen. Während knapp zwei Drittel der Schülerinnen und Schüler von AHS und BMS/BHS das Risiko als mäßig oder groß einschätzen, sind es bei den PTS/BS 47,6 %.



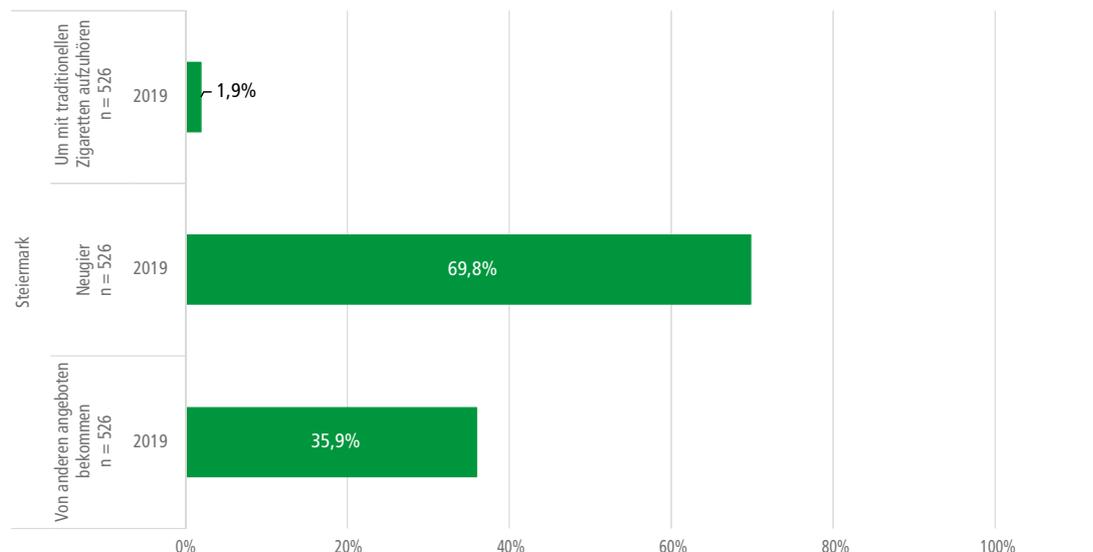
8.1.3 Gründe für den Konsum von E-Zigaretten

Folgende Abbildung zeigt, dass nur ein kleiner Anteil der Schülerinnen und Schüler in der Befragung angab, dass das Rauchen von E-Zigaretten das Ziel hat, mit dem Rauchen herkömmlicher Zigaretten aufzuhören:

Schülerinnen und Schüler begründen ihren Konsum von E-Zigaretten zu zwei Dritteln mit Neugier und zu etwa einem Drittel damit, eine E-Zigarette von anderen Personen angeboten bekommen zu haben. Nur in knapp 2 % der Fälle ist der Wechsel von herkömmlichen Zigaretten der Grund für den Konsum von E-Zigaretten.

ABBILDUNG 34:

Gründe für den Konsum von E-Zigaretten, Steiermark, 2019; Befragungsdaten gewichtet nach Geschlecht und Schultyp; Quelle: ESPAD-Befragung Österreich; Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH

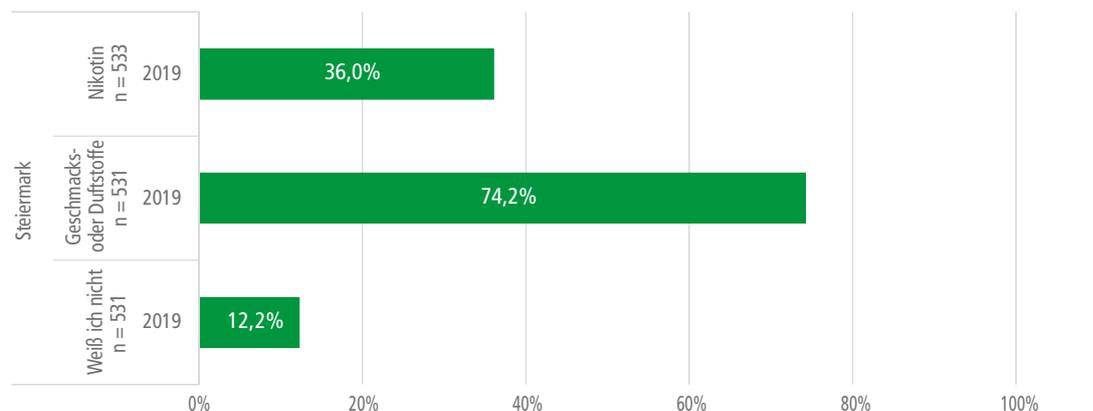


Ob sie beim ersten Konsum von E-Zigaretten über Inhaltsstoffe Bescheid wussten, beantworten die Schülerinnen und Schüler folgendermaßen:

12,2 % der Schülerinnen und Schüler gaben 2019 an, beim ersten Konsum einer E-Zigarette nicht über die Inhaltsstoffe Bescheid gewusst zu haben. Drei Viertel wussten über Duft- und Geschmacksstoffe Bescheid, 36,0 % über Nikotin.

ABBILDUNG 35:

Anteil der Schülerinnen und Schüler, die beim ersten Konsum von E-Zigaretten über deren Inhaltsstoffe (nicht) Bescheid wussten, Steiermark, 2019; Befragungsdaten gewichtet nach Geschlecht und Schultyp; Quelle: ESPAD-Befragung Österreich; Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH



8.2 Risikobewusstsein bei Erwachsenen

8.2.1 Konsum von E-Zigaretten

Erwachsene wurden dazu befragt, ob sie aus gesundheitlichen Überlegungen auf E-Zigaretten gewechselt haben. Diese Frage bejahten österreichweit zwei Drittel aller Befragten, in der Steiermark sogar über drei Viertel.

8.2.2 Aufhörtmotivation

Der Anteil derer, die bereits überlegt haben, mit dem Rauchen aufzuhören, es aber noch nie ernsthaft versucht haben, ist in den letzten Jahren sowohl in Österreich als auch in der Steiermark gestiegen:

ABBILDUNG 36:

Anteil derer, die bereits überlegt haben, mit dem Rauchen aufzuhören, es aber noch nie ernsthaft versucht haben, in Prozent, nach Geschlecht, 2004 (n = 658), 2008 (n = 303) und 2015 (n = 153); Daten nach Geschlecht und Alter gewichtet und hochgerechnet; Quelle: GPS-Befragung Österreich; Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH

In der Steiermark ist der Anteil der Personen, die ernsthaft überlegt haben, mit dem Rauchen aufzuhören, von rund 19 % 2008 auf 32,0 % im Jahr 2015 gestiegen (36,1 % Frauen und 28,4 % Männer).



Nach Altersgruppen betrachtet, geben Personen höheren Alters in höheren Anteilen an, bereits Rauchstoppversuche hinter sich zu haben. So geben dies im Jahr 2015 42,0 % der 35- bis 64-Jährigen und 40 % der über 65-Jährigen an. Die ernsthafte Überlegung, mit dem Rauchen aufzuhören, ohne es jemals probiert zu haben, geben mit 35,6 % am häufigsten die Personen an, die 34 Jahre oder jünger sind.

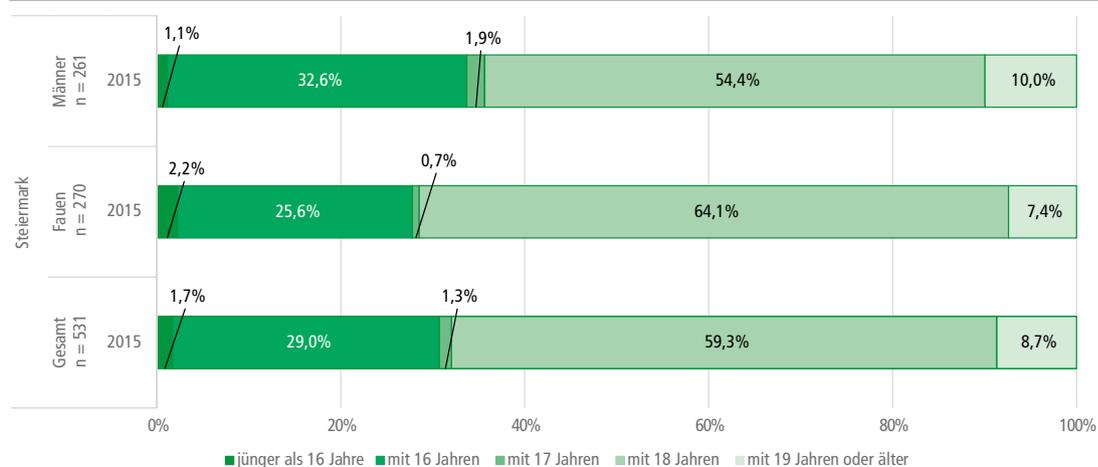
8.2.3 Einstellungen zu nikotinpolitischen Maßnahmen

Politische bzw. gesetzliche Regelungen geben den strukturellen Rahmen für Produktion, Verkauf und Konsum von Tabak vor. Das Übereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC)¹⁸ spannt einen Rahmen auf, um auf internationaler und nationaler sowie regionaler Ebene Maßnahmen zu setzen, die möglichst auf allen Ebenen abgestimmt sind. Das Übereinkommen FCTC wurde von 168 Ländern ratifiziert. Österreich setzte es am 15. September 2005 in Kraft.¹⁹ Maßnahmen in der Tabakpolitik sind eng miteinander verwoben und setzen unter anderem auch beim Wissen und den Einstellungen der Konsumentinnen und Konsumenten an, um diese zu verändern.

2015 wurde in der GPS-Befragung die Einstellung zum Schutzalter für Zigaretten abgefragt (das in der Zwischenzeit auf 18 Jahre angehoben wurde), die Einstellung zu Zigarettenpreisen, die Auswirkungen von Zigarettenpreiserhöhungen auf das eigene Rauchverhalten und die Einstellung zum damals noch geplanten Rauchverbot in der Gastronomie (das in der Zwischenzeit umgesetzt wurde).

Die Einstellung zum Schutzalter zeigte sich 2015 wie folgt:

ABBILDUNG 37: Einstellung zum Schutzalter für Zigaretten, nach Geschlecht, 2015; Daten nach Geschlecht und Alter gewichtet und hochgerechnet; Quelle: GPS-Befragung Österreich; Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH



2015 hielten knapp 60 % (Männer: 54,4 %; Frauen: 64,1 %) der Befragten ein Schutzalter für Zigaretten von 18 Jahren für angemessen, 29,0 % hielten 16 Jahre für angemessen.

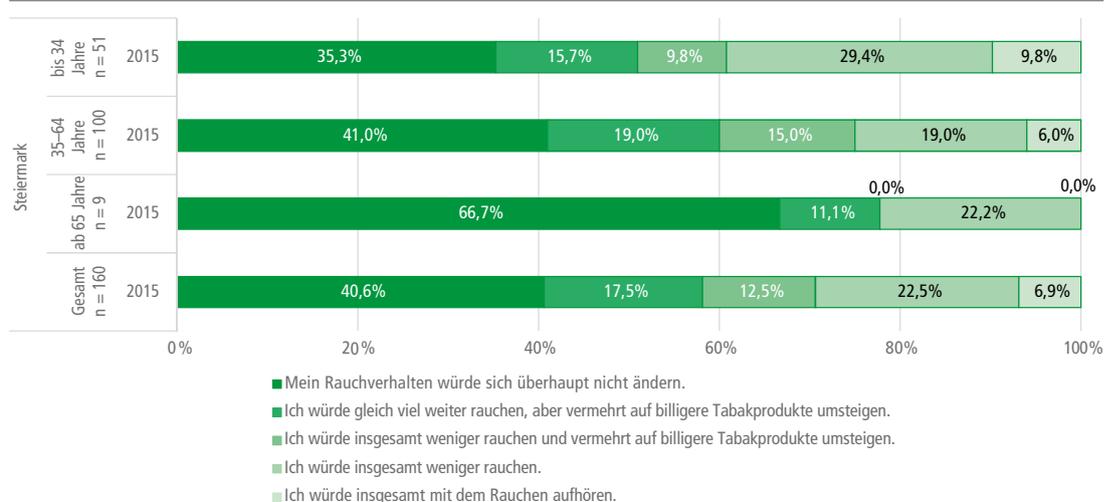
Die Zigarettenpreise wurden von einem Viertel der Befragten als zu hoch, von einem Drittel der Befragten als angemessen und von 41,2 % der Befragten als zu niedrig bewertet. Danach gefragt, wie sich eine Erhöhung des Zigarettenpreises auf das eigene Rauchverhalten auswirken würde, sagten rund 30 % der Befragten, sie würden mit dem Rauchen aufhören oder weniger rauchen. 41 % meinten, sie würden ihr Rauchverhalten deswegen nicht ändern. Nach Altersgruppen zeigt sich folgendes Bild:

¹⁸ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf;jsessionid=6D65C055FCC37A372B36368E865301FD?sequence=1> (abgerufen am 13.10.2020)
¹⁹ https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtmsg_no=IX-4&chapter=9&clang=_en (abgerufen am 13.10.2020)

Zwei Drittel der über 65-Jährigen würden auf eine Steigerung des Zigarettenpreises nicht mit einer Änderung des eigenen Rauchverhaltens reagieren.

In der Personengruppe bis 34 Jahre würde knapp 40 %, in der Altersgruppe der 35- bis 64-Jährigen etwa ein Viertel mit dem Rauchen aufhören oder den Konsum reduzieren.

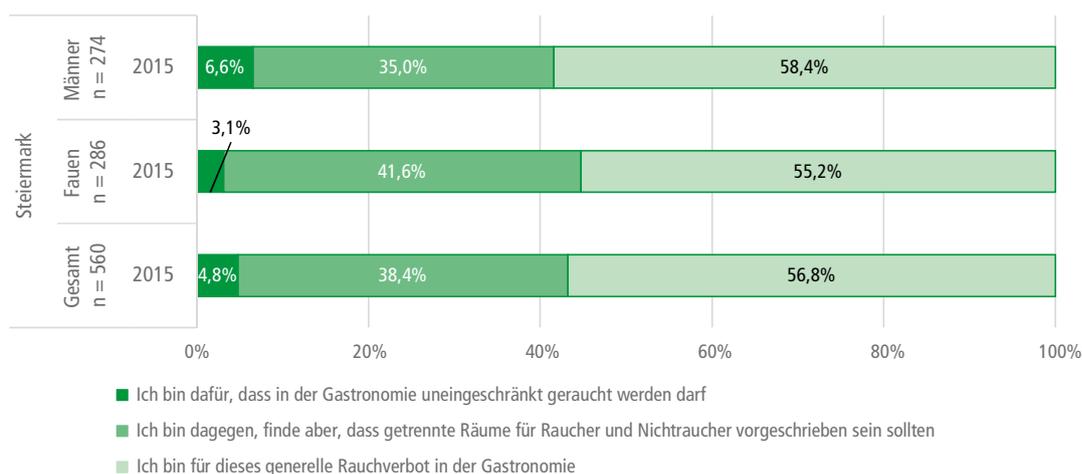
ABBILDUNG 38: Auswirkungen von Zigarettenpreissteigerungen auf das eigene Rauchverhalten, nach Altersgruppen, 2015; Daten nach Geschlecht und Alter gewichtet und hochgerechnet; Quelle: GPS-Befragung Österreich; Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH



Ein Rauchverbot in der Gastronomie wurde bereits 2015 von 56,8 % der Befragten über alle Altersgruppen hinweg befürwortet. Nach Geschlecht ist folgende Verteilung zu erkennen:

Etwas mehr Männer als Frauen befürworteten 2015 ein Rauchverbot in der Gastronomie, 41,6 % der Frauen und 35,0 % der Männer waren gegen ein generelles Verbot, befürworteten aber die getrennten Raucher- und Nichtraucherbereiche.

ABBILDUNG 39: Einstellung zum generellen Rauchverbot in der Gastronomie, nach Geschlecht, 2015; Daten nach Geschlecht und Alter gewichtet und hochgerechnet; Quelle: GPS-Befragung Österreich; Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH



9. Rahmenbedingungen

In den meisten Fällen sind die Rahmenbedingungen, in die Tabak und Tabakkonsum eingebettet sind, auf nationaler und internationaler Ebene verankert. Die Tabakindustrie agiert international, und auch illegaler Handel geschieht über Staatsgrenzen hinweg. Es ist daher notwendig, auch international Maßnahmen zum Schutz der Konsumentinnen und Konsumenten zu setzen. Die Tabakindustrie setzt auf verschiedene Strategien, um Tabakkontrolle möglichst zu verhindern, so z. B. auf politische Einflussnahme, Gerichtsverfahren, um Zeit zu gewinnen, Sponsoring und Werbung.²⁰ Daher bedarf es verschiedener Strategien und Maßnahmen, um ein Gegengewicht zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung zu schaffen. Die Tabakstrategie der Steiermark setzt entsprechende Maßnahmen auf regionaler Ebene; vor allem auf nationaler Ebene wirken gesetzliche und volkswirtschaftliche Grundlagen, wie z. B. eine entsprechende Preispolitik.

9.1 Gesetzliche Grundlage auf regionaler Ebene

Auf Landesebene ist das Steirische Jugendgesetz zu nennen, welches eine für Tabak relevante Regelung beinhaltet: Seit 2019 gilt in der Steiermark (wie in allen anderen Bundesländern) bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ein Verbot von Erwerb, Konsum und Abgabe von Tabakerzeugnissen und tabakverwandten Erzeugnissen.²¹ Vor 2019 lag die Altersgrenze bei 16 Jahren. Zur Überwachung dieses Gesetzes können durch die Landesregierung und Bezirksverwaltungsbehörden Testkäufe oder Testgeschäfte durchgeführt werden.²²

9.1.1 Testkäufe

Testkäufe für alkoholische Getränke sowie Tabakwaren werden im Rahmen des Jugendgesetzes von der Abteilung 6 des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung Gesellschaft, Jugendschutz, rechtliche Angelegenheiten, umgesetzt. Die Testkäufe werden in Trafiken und Tankstellen durchgeführt.

Von 2016 bis 2019 wurden jährlich zwischen 121 und 288 Testkäufe durchgeführt. An Tankstellen wurden häufiger Testkäufe durchgeführt als in Trafiken. Seit 2019 werden die Produkte Zigaretten und gebrannter Alkohol getrennt ausgewiesen. 2019 wurden in 34 von 117 Trafiken Waren verkauft (29,1 % der Testkäufe in Trafiken). In 60 von 171 Testkäufen an Tankstellen wurden Waren verkauft, davon 52 Mal Zigaretten (30,4 % der gesamten Testkäufe an Tankstellen). Im Beobachtungszeitraum wurden bei zwischen einem Drittel und etwa der Hälfte der Testkäufe Waren an Jugendliche verkauft.

²⁰ <https://www.unfairtobacco.org/tabakatlas/strategien-der-tabakindustrie/> (abgerufen am 13.10.2020)

²¹ § 18 Abs. 2 StJG

²² § 28 Abs. 1 StJG

Der Zeitverlauf zeigt 2018 und 2019 mit 30,3 % bzw. 32,6 % niedrigere Anteile an Verkäufen von Tabak bzw. gebranntem Alkohol an Jugendliche als 2016.

ABBILDUNG 40: Anteile der Testkäufe, bei denen Tabak bzw. Tabak und gebrannter Alkohol verkauft wurden, in Trafiken und Tankstellen in der Steiermark, 2016 (n = 121;), 2017 (n = 212), 2018 (n = 211), 2019 (n = 288); Quelle: Abteilung 6 des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung Gesellschaft, Jugendschutz, rechtliche Angelegenheiten. Bearbeitung und Darstellung: EPIG GmbH.

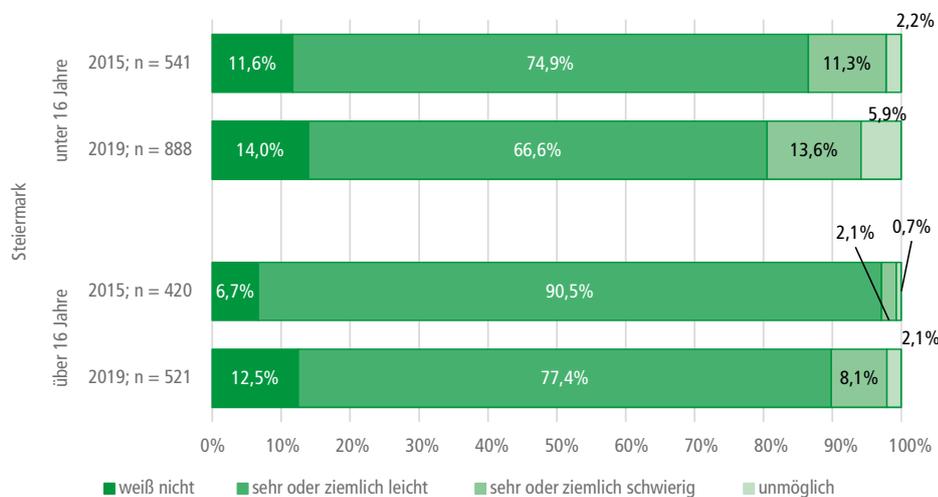


9.1.2 Einschätzung der Verfügbarkeit von Tabakwaren durch Schülerinnen und Schüler

In der Europäischen Schülerinnen- und Schülerbefragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen (ESPAD) wurde gefragt, wie Jugendliche die Verfügbarkeit von Zigaretten (außer E-Zigaretten und Kräuterzigaretten) einschätzen. Die Fragestellung wurde zwischen 2015 und 2019 zwar geringfügig abgeändert, kann aber trotzdem im Zeitverlauf verglichen werden. Die aktuellste Umfrage erfolgte bereits nach der Erhöhung des Schutzalters bei Tabak auf das vollendete 18. Lebensjahr. Es zeigt sich im Zeitverlauf sowohl nach Altersgruppen als auch innerhalb der unterschiedlichen Schultypen, dass der Zugang zu herkömmlichen Zigaretten als schwieriger eingestuft wird. Dieser Trend zeigt sich auch in den österreichweiten Daten.

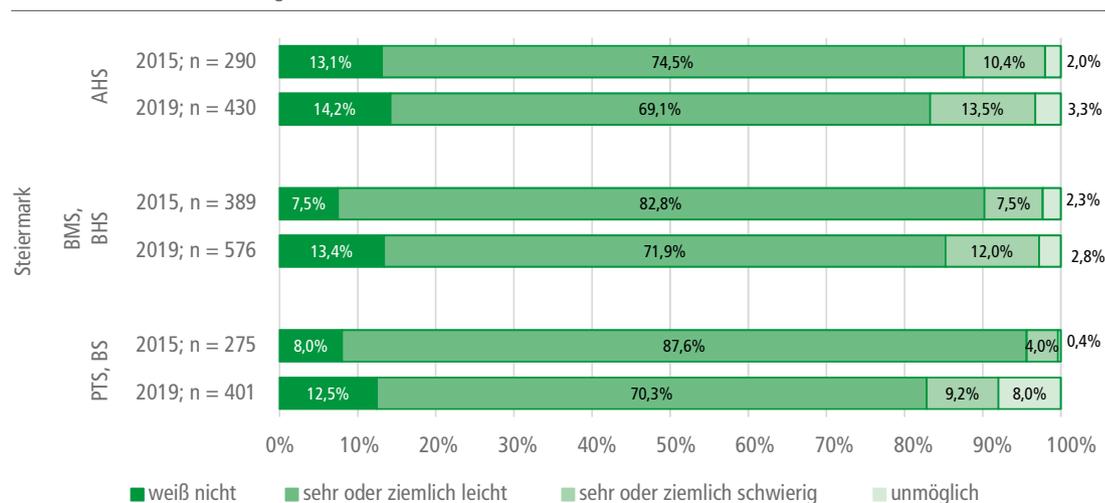
Sowohl bei den unter als auch bei den über 16-jährigen Schülerinnen und Schülern zeigt sich 2019 ein Anstieg der Anteile, die die Verfügbarkeit als sehr schwierig, ziemlich schwierig oder unmöglich einschätzen. Der Anteil der Schülerinnen und Schüler, die die Verfügbarkeit nicht einschätzen können, ist zwischen 2015 bis 2019 in beiden Altersgruppen gestiegen.

ABBILDUNG 41: Einschätzung der Verfügbarkeit von Zigaretten (außer E-Zigaretten und Kräuterzigaretten) durch Schülerinnen und Schüler nach Altersgruppen, 2015 und 2019. Quelle: ESPAD-Befragung; Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH.



Nach Schultypen zeigt sich 2019 ein Anstieg an Schülerinnen und Schülern, die die Verfügbarkeit als sehr schwierig, ziemlich schwierig oder unmöglich einschätzen.

ABBILDUNG 42: **Einschätzung der Verfügbarkeit von Zigaretten (außer E-Zigaretten und Kräuterezigaretten) durch Schülerinnen und Schüler nach Schultypen, 2015 und 2019.** Quelle: ESPAD-Befragung; Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH.



9.2 Gesetzliche Grundlagen auf nationaler Ebene

Das **Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtrauchererschutzgesetz** regelt die Herstellung und das Inverkehrbringen von Tabakerzeugnissen und verwandten Erzeugnissen sowie die Werbung für diese Erzeugnisse und auch den Nichtraucherinnen- und Nichtrauchererschutz. Geregelt sind z. B. Inhaltsstoffe bzw. deren Grenzwerte²³ und auch Art und Aussehen der Außenverpackung mit verpflichtenden Warnhinweisen²⁴ sowie Regelungen zu Werbung und Sponsoring²⁵. Die jüngste Regelung des umfassenden Nichtraucherinnen- und Nichtrauchererschutzes betrifft die Ausweitung des Rauchverbots auf alle Innenräume von Gastronomiebetrieben²⁶ mit November 2019.

Im **Tabaksteuergesetz** ist der Steuersatz von Tabakwaren (Zigaretten, Zigarren und Zigarillos, Rauchtabak und Tabak zum Erhitzen) für jede einzelne Tabakware geregelt²⁷ und beträgt z. B. für Zigaretten derzeit 37,5 % des Kleinverkaufspreises. Er entwickelt sich schrittweise hin zu 33 % des Kleinverkaufspreises ab April 2022.²⁸ Der Kleinverkaufspreis wiederum ist der Preis, zu dem Tabakwaren an Verbraucher abgegeben werden. Dieser Preis ist von der Monopolverwaltung GmbH zu veröffentlichen. Tabakwarenhändler dürfen nur zu diesen veröffentlichten Preisen verkaufen.²⁹ Die Entwicklung der Erhöhung des Kleinverkaufspreises im Zeitverlauf ist im Kap. 9.5, Preisgestaltung, beschrieben.

23 § 4 und § 8 TNRSRG

24 § 5 TNRSRG

25 § 11 TNRSRG

26 § 12 Abs. 1 TNRSRG

27 § 2 Tabaksteuergesetz

28 § 4 Abs. 1 Tabaksteuergesetz

29 § 5 Abs. 1–6 Tabaksteuergesetz

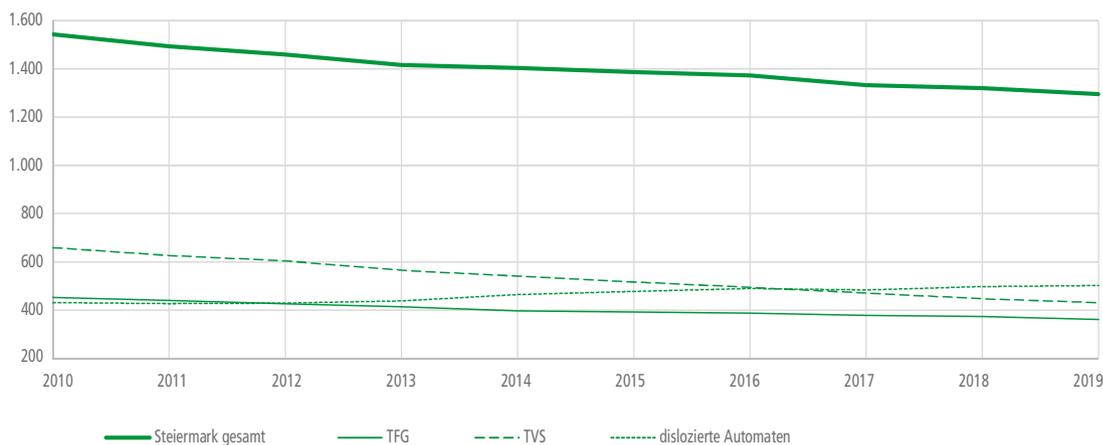
Im **Tabakmonopolgesetz** ist geregelt, dass Tabakerzeugnisse Monopolgegenstände des Bundes sind. Die Verwaltung des Tabakmonopols obliegt der Monopolverwaltung GmbH.³⁰ Dieses Gesetz regelt außerdem, dass der Kleinhandel mit Tabakerzeugnissen den Tabaktrafikanten vorbehalten ist.³¹ Die Monopolverwaltung GmbH ist zuständig für die Angelegenheiten des Kleinverkaufs mit Tabakwaren. Dazu zählt die Bestellung einer Zahl von Tabaktrafikanten, die für die Nahversorgung mit Tabakerzeugnissen notwendig ist.³² Tabaktrafiken werden in Form von Tabakfachgeschäften (TFG) (Trafiken) oder von Tabakverkaufsstellen (TVG) in den Sparten Handel, Gastronomie und Sonstiges geführt.³³ Tabaktrafikanten dürfen zum Verkauf auch Automaten (direkt im Geschäftslokal oder an der Außenfront des Geschäfts) verwenden. Das Betreiben von Automaten an anderen Standorten, disloziert vom Geschäftslokal, ist nur mit Bewilligung der Tabakmonopolverwaltung GmbH gestattet.³⁴

9.3 Anzahl von Tabakverkaufsstellen und Tabakautomaten

Die Zahl der Verkaufsstellen geht seit 2010 sowohl insgesamt in Österreich als auch in der Steiermark zurück. 2010 gab es in der Steiermark 1.543 Stellen für den Tabakverkauf, 2019 waren es 1.295 Stellen. In Österreich waren es 2010 8.487 Verkaufsstellen, 2019 waren es 7.104. Jedoch gab es einen Anstieg der Zahl der dislozierten Tabakautomaten in der Steiermark von 431 auf 502 (Österreich: von 1.497 auf 1.813).

ABBILDUNG 43:
Anzahl der Tabakfachgeschäfte, Tabakverkaufsstellen und dislozierten Tabakautomaten, absolut, Steiermark, 2010–2019; Quelle: Monopolverwaltungsgesellschaft. Berechnung und Darstellung: EPIG GmbH.

Die Zahl der Verkaufsstellen ging in den letzten Jahren insgesamt, also bei den Tabakfachgeschäften als auch bei den Tabakverkaufsstellen zurück. Die Anzahl der dislozierten Tabakautomaten stieg hingegen an.

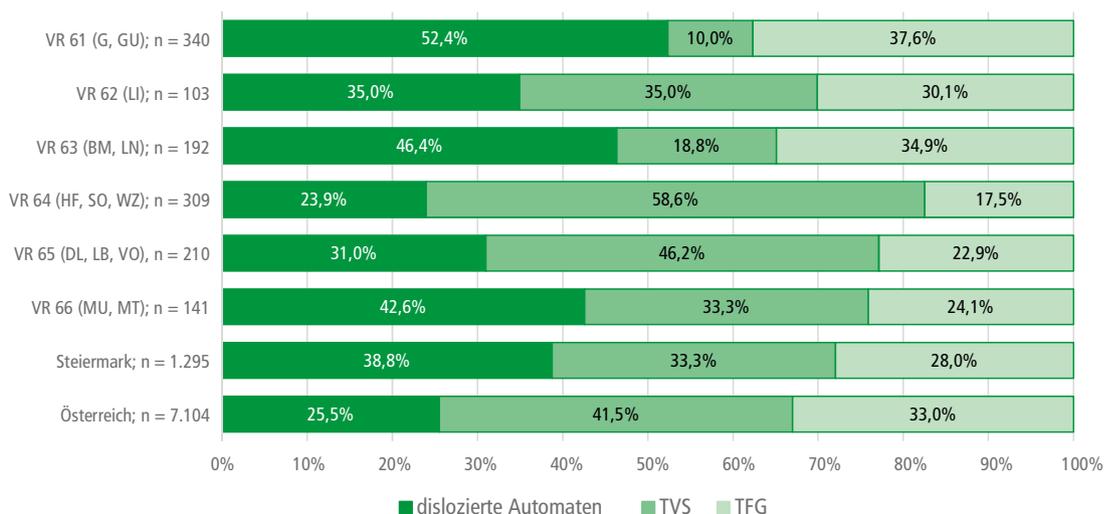


Die Anteile der unterschiedlichen Verkaufsorte sind in der Steiermark regional unterschiedlich verteilt.

30 § 1–3 TabMG
31 § 5 Abs. 2 TabMG
32 § 14 Abs. 1 TabMG
33 § 23 Abs. 5 TabMG
34 § 36 Abs. 8 TabMG

In der VR 61 (G, GU) gibt es mit 52,4 % den höchsten Anteil an Tabakautomaten. In der VR 64 (HF, SO, WZ) ist dagegen der Anteil der Tabakfachgeschäfte mit 58,6 % am größten. Die Steiermark hat mit 38,8 % einen höheren Anteil an Automaten als Österreich (25,5 %).

ABBILDUNG 44: Verteilung der Orte, an denen Zigaretten verkauft werden, nach Versorgungsregionen und für Steiermark und Österreich gesamt, 2019; Quelle: Monopolverwaltungsgesellschaft. Bearbeitung und Darstellung: EPIG GmbH.



9.4 Zigarettenumsatz

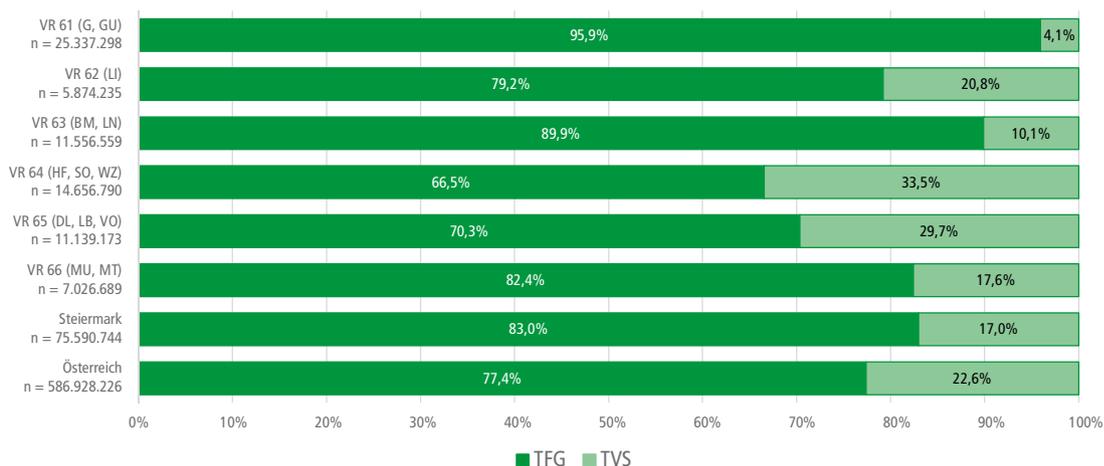
Die Monopolverwaltung GmbH weist für Tabakverkaufsstellen und Tabakfachgeschäfte Zahlen zu verkauften Zigaretten aus. Verkaufszahlen für dislozierte Tabakautomaten bzw. zu Umsatzzahlen durch Tabakprodukte abseits von Zigaretten stehen nicht zur Verfügung. Laut Monopolverwaltungsgesellschaft werden in Österreich rund 25 % der Tabakprodukte über Tabakautomaten verkauft.³⁵ Auch Zahlen von Zigaretten, die im Ausland erworben wurden, sind hier nicht enthalten. Auf Bundesebene gibt es dazu Schätzungen von Dunkelziffern (vgl. Gesundheit Österreich GmbH 2019). Das bedeutet, dass die folgende Auswertung nur einen Teil der tatsächlich in der Steiermark umgesetzten und konsumierten Tabakwaren abbildet.

2019 wurden in den Tabakfachgeschäften und Tabakverkaufsstellen insgesamt 75.590.744 Zigarettenpackungen (á 20 Stück) verkauft. Über vier Fünftel davon wurden in Tabakfachgeschäften (Trafiken) verkauft.

35 MVG (o.D.) Tätigkeitsbericht 2019. <https://www.mvg.at/index.php?page=view&id=57> (abgerufen am 14.10.2020)

In der VR 61 überwiegt mit über 95 % das Tabakfachgeschäft, in der VR 64 (HF, SO, WZ) und VR 65 (DL, LB, VO) wird knapp ein Drittel der Zigaretten an Tabakverkaufsstellen abgegeben.

ABBILDUNG 45: Anteile von verkauften Zigaretten nach Verkaufsort Tabakfachgeschäft (TFG) oder Tabakverkaufsstelle (TVG), 2019. Quelle: Monopolverwaltungsgesellschaft. Berechnung und Darstellung: EPIG GmbH.



9.5 Preisgestaltung, Anteil des Haushaltsbudgets für Tabakwaren

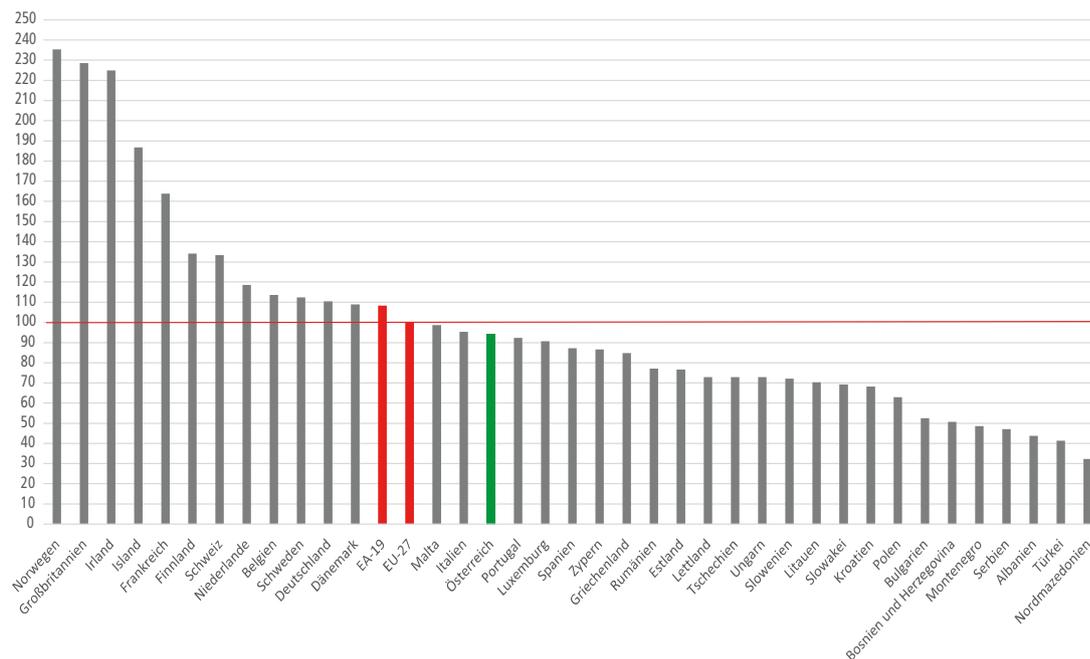
Die Preise für Tabakprodukte sind ein wichtiger Faktor für die Prävalenz von Tabakkonsum in der Bevölkerung, vor allem bei Jugendlichen und Personen mit niedrigem Einkommen. Wenn die Preise hoch sind bzw. steigen, kann dadurch der Tabakkonsum verringert werden (U.S. National Cancer Institute und World Health Organization 2016, 110 ff.). Die Preisgestaltung von Tabakprodukten ist in Österreich durch das Monopolgesetz und das Tabaksteuergesetz geregelt (siehe Kapitel 9.1). Die Tabaksteuer richtet sich nach den Kleinverkaufspreisen. Diese Preise werden verlautbart und dürfen von Händlern nicht unterschritten werden. Der Kleinverkaufspreis ist im Jahr 2018 durchschnittlich um 29 Cent, 2019 um 5 Cent pro Zigarettenpackung gestiegen. 2019 kostete eine durchschnittliche Zigarettenpackung 5,11 Euro. Neben der Tabaksteuer werden vom Zigarettenumsatz auch Umsatz-, Lohn- und Einkommenssteuer abgeführt. Trotzdem konnte im Jahr 2018 aufgrund des erhöhten Tabakpreises die Gewinnspanne für Tabakhändler um 16 Mio. Euro, 2019 um 6 Mio. Euro erhöht werden.³⁶ Ein EU-Vergleich der Preise von Tabak (und anderen Produkten) zeigt, dass Österreich bei den Tabakpreisen unter dem EU-Schnitt liegt.

36 MVG. (o.D.). Tätigkeitsbericht 2018, S. 9 & MVG (o.D.) Tätigkeitsbericht 2019. <https://www.mvg.at/index.php?page=view&id=57> (abgerufen am 14.10.2020)

Vergleicht man die Preise für Tabak in Österreich mit dem EU-Durchschnitt bzw. mit anderen europäischen Ländern, ist zu erkennen, dass die Tabakpreise in Österreich bei 94 % des EU-Schnitts liegen. Norwegen hat im Vergleich Tabakpreise, die bei 235 % des EU-Schnitts liegen, insgesamt liegen 13 Länder Nord- und Mitteleuropas über dem EU-Schnitt.³⁷

ABBILDUNG 46:

Unterschiede im Preisniveau von Tabak im internationalen Vergleich (EU-27 = EU-Mitgliedsstaaten; EA-19 = EU-Währungsunion), 2019. Quelle: Eurostat. Darstellung: EPIG GmbH.



37 Eurostatistics. Statistics explained. (2020). Price level indices for food, beverages and tobacco, 2019 (EU-27=100 [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Price_level_indices_for_food,_beverages_and_tobacco,_2019_\(EU-27%3D100\).png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Price_level_indices_for_food,_beverages_and_tobacco,_2019_(EU-27%3D100).png)) (abgerufen am: 09.07.2020)

In welchem Ausmaß die Kosten für Tabakprodukte das Haushaltsbudget belasten, kann durch den Verbraucherpreisindex (VPI) anschaulich gemacht werden. Dieser ist ein Maßstab für die allgemeine Preisentwicklung und Inflation in Österreich. Derzeit errechnet er sich aus der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung 2014 und der Konsumerhebung 2014/15. Die Struktur des VPI wird durch den jeweiligen Warenkorb bestimmt, das ist die Auswahl der Indexpositionen und deren Gewichtung (prozentueller Anteil der einzelnen Indexpositionen an den Gesamtausgaben des Durchschnittshaushalts). Der Bedarf des täglichen Einkaufs wird mit dem Mikrowarenkorb abgedeckt, der des wöchentlichen Einkaufs mit dem Miniwarenkorb.³⁸

Im Mikrowarenkorb (täglicher Einkauf) finden sich keine Tabakprodukte, im Miniwarenkorb (Wocheneinkauf) sind Zigaretten mit 13 % des gesamten Warenkorbs gelistet.³⁹ Sie nehmen daher über ein Zehntel des Wochenhaushaltsbudgets in Anspruch.

9.6 Volkswirtschaftliche Kosten

Wie sehr Tabakkonsum die Wirtschaftsleistung beeinflusst, wurde in mehreren Studien untersucht. Für einzelne europäische Länder wird geschätzt, dass die direkten und indirekten Kosten von Tabak zwischen 0,2 % (Vereinigtes Königreich) und 2,0 % (Dänemark) des Bruttoinlandsprodukts betragen (U.S. National Cancer Institute und World Health Organization 2016, S. 85). Dies wird begründet mit direkten Kosten von Krankheiten wie Lungenkrebs, anderen Krebsarten, kardiovaskulären Erkrankungen, Koronarer Herzkrankheit oder Hirngefäßerkrankungen, Bluthochdruck, Atemwegserkrankungen oder COPD (U.S. National Cancer Institute und World Health Organization 2016, S. 85) sowie mit indirekten Kosten durch Krankheit, Behinderung und (vorzeitige) Sterblichkeit aufgrund von tabakassoziierten Erkrankungen (U.S. National Cancer Institute und World Health Organization 2016, 94 ff.).

Eine Analyse für das Jahr 2016 ergibt für Österreich ein ähnliches Ergebnis. Die Gesamtkosten des Rauchens belaufen sich in Österreich auf geschätzte 2,4 Milliarden Euro jährlich, dies entspricht 0,7 % des Bruttoinlandsprodukts (IHS o. J.).

38 Statistik Austria. (2020). Warenkorb und Gewichtung. https://www.statistik.at/web_de/statistiken/wirtschaft/preise/verbraucherpreisindex_vpi_hvpi/warenkorb_und_gewichtung/index.html (abgerufen am: 09.07.2020)

39 Statistik Austria. (2020). Warenkorb und Gewichtung. Miniwarenkorb. https://www.statistik.at/web_de/statistiken/wirtschaft/preise/verbraucherpreisindex_vpi_hvpi/warenkorb_und_gewichtung/index.html (abgerufen am: 09.07.2020)

10. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Das Gesundheitsziel „Gesundheitsfolgen aufgrund von Tabakkonsum verringern“ hat sich in seinem Ursprung vor allem auf Tabakkonsum im Sinne von Zigarettenrauchen konzentriert. Die Palette an Tabak- und Nikotinprodukten wurde in den letzten Jahren jedoch erweitert, und diverse Tabak- und Nikotinprodukte sind im Konsumalltag angekommen. Allen voran sind hier Shishas und E-Zigaretten zu nennen.

Aus diesem Grund empfiehlt es sich die Entwicklung der Anzahl der Konsumentinnen und Konsumenten diverser Tabak- und Nikotinprodukte nach Zielgruppen detailliert und systematisch zu beobachten, um in der Präventionsarbeit möglichst gezielte Programme entwickeln zu können. Dazu zählt auch die Aufklärung über die gesundheitsschädigenden Wirkungen dieser neueren Produkte.

Zudem sollte die gesetzliche Lage zum Verkauf diverser Tabak- und Nikotinprodukte im Rahmen der steirischen Tabakpräventionsstrategie laufend verfolgt und mit Stellungnahmen kommentiert werden; auch die Information der Öffentlichkeit ist ein wichtiger Punkt. Zudem wird empfohlen, die gesundheitlichen Auswirkungen der neueren gesetzlichen Bestimmungen rund um das Rauchverbot in der Gastronomie und das Heraufsetzen des Schutzalters für Jugendliche im Rahmen der Tabakpräventionsstrategie zu beobachten.

Die tabakassoziierte Mortalität und Morbidität – vor allem die vorzeitige bis zum Alter von 70 Jahren – sollte, im Zeitverlauf beobachtet, langsam aber sicher die sinkende Prävalenz der Raucherinnen und Raucher abbilden. Es empfiehlt sich, dies engmaschig und nach Geschlecht und Versorgungsregionen getrennt zu beobachten. Insbesondere in der Primärversorgung sollten Menschen mit tabakassoziierten chronischen Erkrankungen, wie der COPD frühzeitig in qualitätsgesicherte Behandlungsprogramme für chronische Patientinnen und Patienten aufgenommen und kontinuierlich betreut werden.

Mit der steirischen Tabakpräventionsstrategie wurde eine gute Basis dafür geschaffen, dass auch die Gesundheitsfolgen aufgrund der Konsumation von neueren Tabak- und Nikotinprodukten verringert werden können.

11. Anhang: Datengrundlagen

Verwendete Daten, Datenquellen und statistische Informationen



Daten	Quelle/Datenhalter	Eigenschaften des Datensatzes				
		Erhebungszeitpunkt	Stichtags-erhebung	Jahres-summe	Art der Erhebung	Methodische Limitierungen
Demografie	Statistik Austria, Landesstatistik Steiermark	jährlich	x		Quantitative Vollerhebung	
Todesursachen	Jahrbuch der Gesundheitsstatistik, Statistik Austria, Gestorbene nach Haupttodesursachen	jährlich		x	Quantitative Vollerhebung	
Krebsregister	Statistik Austria, Landesstatistik Steiermark	jährlich		x	Register aus demografischen und tumorspezifischen Maßzahlen	Auswertungen auf Bundeslandebene möglich
K-DOK/MBDS	Bundesministerium für Frauen und Gesundheit, Gesundheitsfonds Steiermark	jährlich		x	Quantitative Vollerhebung	Auswertung nach Hauptdiagnosen
Repräsentativerhebung zum Substanzgebrauch bei Erwachsenen ab 15 Jahren	Gesundheit Österreich GmbH	2004, 2008, 2015			Befragung	Auswertung auf Bundeslandebene stratifiziert nach Alter und Geschlecht
European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) bei Schülerinnen und Schülern zwischen 14 und 17 Jahren	Gesundheit Österreich GmbH	2003, 2007, 2015, 2019			Befragung	Auswertung auf Bundeslandebene stratifiziert nach Schultypen und nach Alter und Geschlecht
AT-HIS	Statistik Austria	2006/7, 2014			Befragung	
Entwöhnangebote	ÖGK, SVS, BVAEB	laufend		x	Daten aus Routinedokumentation	
Vorsorgeuntersuchung	SV	laufend		x	Daten aus Routinedokumentation	
Rauchfreie Krankenhäuser	Österreichisches Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser	laufend		x	Daten aus Routinedokumentation	
Rauchfrei-Telefon	ÖGK	laufend		x	Daten aus Routinedokumentation	Auswertung auf Österrikebene möglich; häufige anonyme Kontakte werden nicht oder nur eingeschränkt dokumentiert
Anzahl Tabakverkaufsstellen, Verkaufszahlen Zigaretten	Monopolverwaltungsgesellschaft	jährlich		x	Quantitative Erhebung	
Testkäufe	Abteilung 6 des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung Gesellschaft, Jugendschutz, rechtliche Angelegenheiten	laufend		x	Daten aus Routinedokumentation	



Ein vollständiger Tabellenband zu diesem Bericht kann beim Herausgeber, dem Gesundheitsfonds Steiermark kostenfrei per E-Mail (gfst@gfstmk.at) angefordert werden.

12. Literaturverzeichnis

Gesundheit Österreich GmbH (2016): Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015 Band 1: Forschungsbericht. Wissenschaftlicher Abschlussbericht. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.

Gesundheit Österreich GmbH (2019): Tabak- und verwandte Erzeugnisse: Zahlen und Fakten 2019. Wien.

Gesundheitsfonds Steiermark (Hg.) (2011): Gesundheitsziele Steiermark. Unser Ziel, Gesundheit gemeinsam gestalten. Graz.

IHS (Hg.) (o. J.): Volkswirtschaftliche Effekte des Rauchens: Vermeidbare Kosten von jährlich 2,4 Milliarden Euro.

Land Steiermark (Hg.) (2011): Tabakpräventionsstrategie Steiermark. Grundlagen Ziele und Maßnahmen 2007 bis 2010.

Mathers, Colin (2012): WHO global report. Mortality attributable to tobacco. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Statistik Austria (Hg.) (2016): Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten des Austrian Health Interview Survey (ATHIS 2014) zu Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Wien.

U.S. Department of Health and Human Services (Hg.) (2014): The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta.

U.S. National Cancer Institute; World Health Organization (Hg.) (2016): The Economics of Tobacco and Tobacco Control. NCI Tobacco Control Monograph Series 21.

