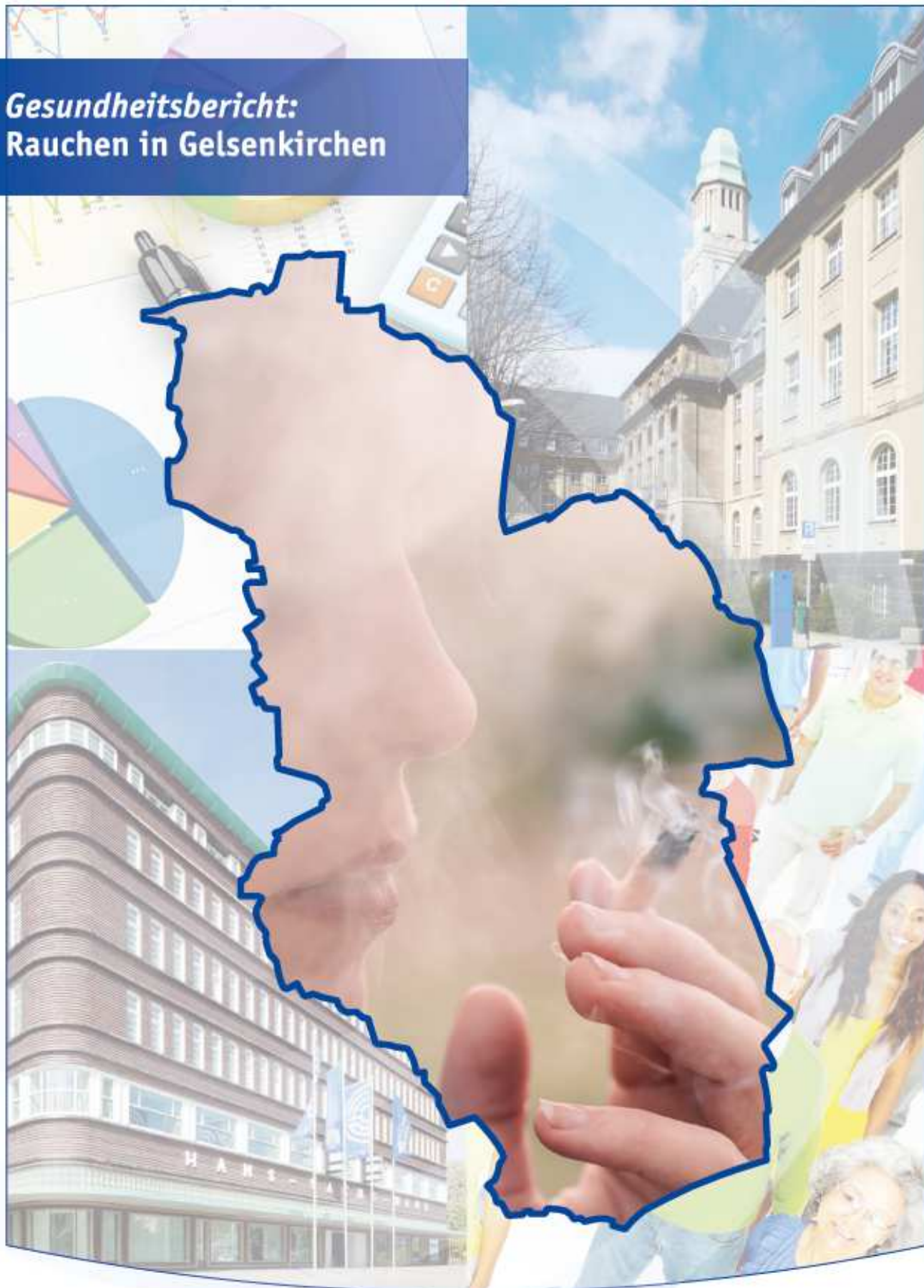


**Gesundheitsbericht:
Rauchen in Gelsenkirchen**



Impressum

Herausgeber:
Stadt Gelsenkirchen
Der Oberbürgermeister
Referat 53 Koordinierungsstelle Gesundheitsplanung
Kurt-Schumacher-Straße 4, 45875 Gelsenkirchen
Telefon: 0209/169-2254
Stand: August 2018

Rauchen in Gelsenkirchen

Mit besonderem Augenmerk auf das Rauchverhalten von Eltern bei Schuleingang ihrer Kinder

Inhalt

Vorwort	5
1. Einleitung	6
2. Kohorte der Schuleingangsuntersuchung 2015/2016 in Gelsenkirchen	6
2.1 Bildung der befragten Eltern	7
2.2 Geburtsgewicht	10
3. Analyse des Rauchverhaltens	12
3.1 Daten zum Rauchverhalten in NRW und Gelsenkirchen.....	12
3.2 Rauchen und soziale Lage der Bevölkerung in NRW	14
3.3 Rauchen und unterschiedliche Bevölkerungsgruppen in Gelsenkirchen	16
3.4 Vergleich zu den Daten aus der SEU 2001 in Gelsenkirchen	17
3.5 Rauchen und Schwangerschaft in NRW	18
3.6 Rauchen und Schwangerschaft in Gelsenkirchen	19
4. Auswertung und Interpretation der Ergebnisse	24
5. Tabakprävention in Gelsenkirchen	25
6. Handlungsempfehlungen – Wie geht es weiter?	27
Literaturverzeichnis	29
Abbildungsverzeichnis	32

*Anmerkung: Auf Grund der einfacheren Lesbarkeit wird die männliche Form wie beispielsweise „Raucher in der Familie“ geschrieben, die weibliche Form ist dabei jeweils mit eingeschlossen.

Vorwort



Sehr geehrte Damen und Herren,

wenn man durch die Stadt geht, sieht man zahlreiche Menschen mit einer Zigarette in der Hand und Plakate, die Tabakprodukte anpreisen, am Straßenrand. Auf der anderen Seite spürt man die Auswirkungen des Nichtraucherschutzgesetzes und findet rauchfreie öffentliche Gebäude, Cafés und Bars vor. Dabei kommen Fragen auf wie: Zeigen sich Auswirkungen des Nichtraucherschutzgesetzes auch bei den Menschen in Gelsenkirchen?

Kinder sind besonders vor Nikotin und Tabakqualm zu schützen. Daher stehen Nichtraucherfamilien und die rauchfreie Schwangerschaft im Vordergrund und es muss das Ziel sein, diese zu unterstützen und zu fördern.

Um dem Thema inhaltlich auf den Grund zu gehen und spezifische Handlungsempfehlungen formulieren zu können, hat die Stadtverwaltung diesen Bericht erstellt. Auf Basis von fundierten Daten und von Eltern-Befragungen bei den Schuleingangsuntersuchungen ihrer Kinder, wird hier ein Überblick für die Stadt Gelsenkirchen gegeben.

Wir wissen, dass es die Lebensumstände sind, die Raucherinnen und Raucher zum Rauchen verleiten oder daran hindern, aufzuhören. In diesem Bericht wird nicht die alleinige Verantwortung bei den Menschen gesucht, die rauchen, es soll auf Grundlage der erlangten Erkenntnisse gemeinsam mit allen Beteiligten über unseren Umgang miteinander und über Vorbilder und Werte nachgedacht werden. Gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen und gegenseitige soziale Unterstützung sind dafür notwendige Voraussetzungen.

Mit diesem Bericht wird gleichzeitig das erste Modul einer regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung vorgelegt. In einem regelmäßigen Zyklus möchten wir uns in diesem Format unterschiedlichen Schwerpunktthemen der lokalen Gesundheitsberichterstattung widmen und damit konstruktive Debatten befördern.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr

A handwritten signature in black ink, reading 'Luidger Wolterhoff'. The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke at the end.

(Luidger Wolterhoff)

Vorstand für Arbeit und Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz

1. Einleitung

Laut Deutschem Krebsforschungszentrum verkürzt Rauchen das Leben um zehn Jahre¹. Jährlich werden durch die Folgen von Rauchen etwa 110.000 bis 140.000 von rund 850.000 Todesfällen in Deutschland verursacht². Das heißt, dass jeder sechste bis achte Todesfall dem Rauchen zugeschrieben werden kann.

Trotz dieser allseits bekannten Folgen rauchen viele Menschen in Gelsenkirchen. Um einen Überblick über das Rauchverhalten in Gelsenkirchen zu bekommen, wurde der vorliegende Bericht verfasst. Er basiert zum einen auf Daten des Landesentrums Gesundheit NRW sowie zum anderen auf zwei Befragungen des Referats Gesundheit der Stadt Gelsenkirchen im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen 2001 sowie 2015/2016. Bei diesen Befragungen wurden Eltern nach ihrem Rauchverhalten befragt. Die auf diese Weise gewonnenen Daten ermöglichen einen Einblick in die Gruppe der Eltern von Schulanfängern. Die Eltern sind eine bedeutende Zielgruppe, denn durch ihr Rauchverhalten rauchen ihre Kinder gegebenenfalls passiv mit. Da die Eltern eine wichtige Vorbildfunktion haben, nimmt das Rauchverhalten der Eltern auch Einfluss auf das spätere Rauchverhalten ihrer Kinder³.

Ziel des vorliegenden Berichtes ist es, alle wichtigen Daten in Bezug auf das Rauchen in Gelsenkirchen im Allgemeinen sowie auf die Familien der Schulanfänger im Speziellen zusammenzutragen und daraus Handlungsempfehlungen abzuleiten.

2. Kohorte⁴ der Schuleingangsuntersuchung 2015/2016 in Gelsenkirchen

Die Schuleingangsuntersuchung (SEU) ist eine gesetzlich vorgeschriebene Untersuchung für jedes Kind in NRW⁵, die in der unteren Gesundheitsbehörde (Referat Gesundheit) stattfindet. Zum Schuljahr 2015 / 2016 wurden in Gelsenkirchen **2.256 Kinder** eingeschult und nahmen an der SEU im Referat Gesundheit der Stadt Gelsenkirchen teil. Neben den in der Untersuchung vorgesehenen Daten wie zum Beispiel Erstsprache, die in der Familie gesprochen wird, Anzahl der Geschwister und das Geburtsgewicht, wurden im Jahr 2015 /2016 zusätzliche Informationen erfasst. Die Mitarbeiterinnen des Referats Gesundheit haben die Eltern zu ihrem Tabakkon-

¹ vgl. dkfz Deutsches Krebsforschungszentrum (o.a.).

² vgl. ebd.

³ vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011); Ärztezeitung (2009).

⁴ Anmerkung: In der Soziologie wird von einer Kohorte gesprochen, wenn eine nach bestimmten Kriterien ausgewählte Personengruppe gemeint ist, die in einem bestimmten Zeitablauf soziologisch untersucht wird. Vgl. Duden.

⁵ vgl. §§ 35 und 54 Schulgesetz NRW sowie § 12 ÖGDG (Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW).

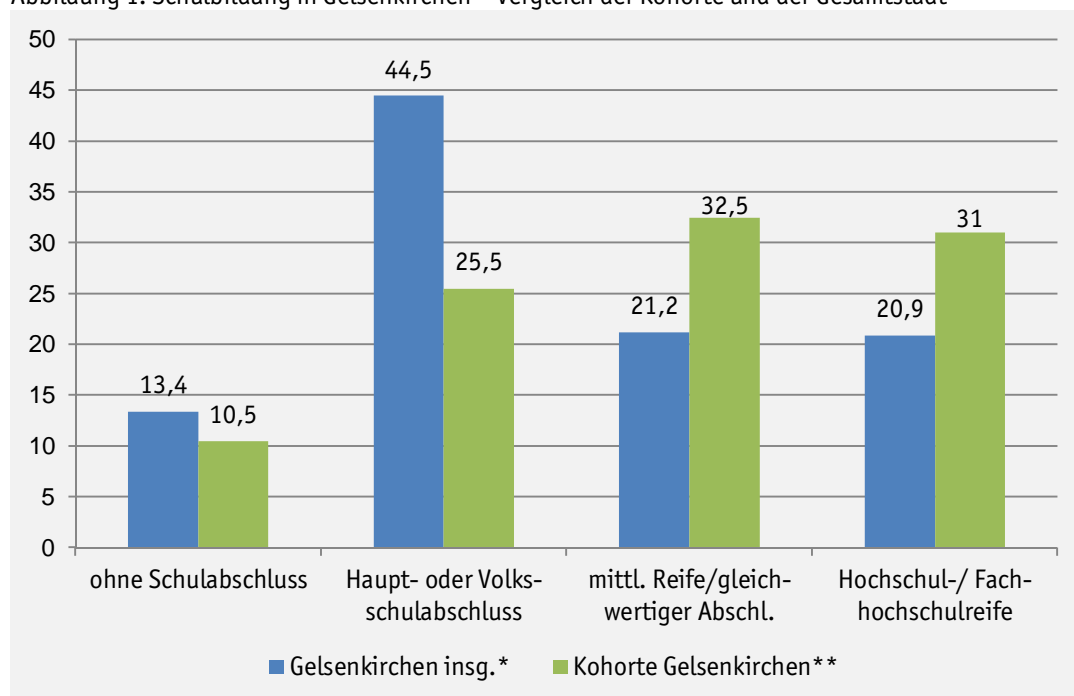
sum und Rauchverhalten befragt. Von den 2.256 untersuchten Kindern, wurden bei 2.251 Kindern (1.169 Jungen und 1.081 Mädchen) Angaben zu der **zu Hause gesprochenen Erstsprache** gemacht. Dabei gaben 56 Prozent an, dass in der Familie die Erstsprache Deutsch ist. 44 Prozent gaben an, eine andere Erstsprache als Deutsch zu Hause zu sprechen.

2.1 Bildung der befragten Eltern

Der Bildungsindex der befragten Eltern wird anhand der Indikatoren höchster Bildungsabschluss und die höchste berufliche Qualifikation erhoben. Darüber hinaus wird die zum Zeitpunkt der Befragung berufliche Tätigkeit erhoben und im Folgenden dargestellt.

Schulbildung / höchster Bildungsabschluss

Abbildung 1: Schulbildung in Gelsenkirchen – Vergleich der Kohorte und der Gesamtstadt



Datenquelle: *Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW): Ergebnisse des Zensus 2011 Indikator 02_13_01_2011; Gelsenkirchen n= 29.760

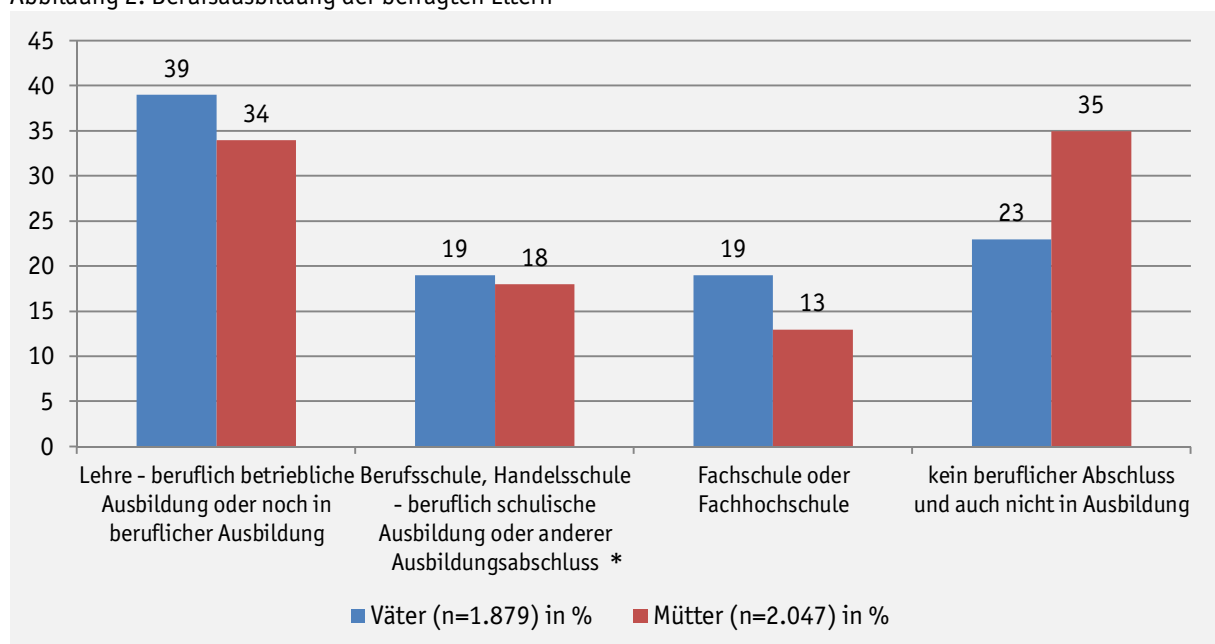
**Schuleingangsuntersuchung 2015/2016, n=2.010; eigene Darstellung

In der Abbildung 1 wird der Bildungsstand in gesamt Gelsenkirchen mit dem Bildungsstand der befragten Kohorte verglichen. Es ist zu erkennen, dass die befragte Kohorte insgesamt einen höheren Bildungsstand aufweist, als der Durchschnitt von Gelsenkirchen. Im Gelsenkirchener Durchschnitt haben 13,4 Prozent keinen Schulabschluss, bei der befragten Kohorte sind es 10,5 Prozent. Darüber hinaus haben mehr Menschen in der befragten Kohorte angegeben, die mittlere Reife oder einen gleichwertigen Abschluss oder die (Fach-) Hochschulreife zu haben als der Gelsenkirchener Durchschnitt insgesamt. Dagegen haben mehr Menschen in Gelsenkirchen einen Haupt- oder Volksschulabschluss als höchsten Schulabschluss angegeben.

Höchste Berufsausbildung

Bei der höchsten Berufsausbildung der Eltern zeigen sich Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Bei den Müttern haben 35 Prozent keinen beruflichen Abschluss, 34 Prozent der Mütter haben einen beruflich Abschluss oder sind noch in der Lehre. 18 Prozent haben die Berufsschule abgeschlossen und 13 Prozent die Fachschule oder Fachhochschule/ Universität besucht. Bei den Vätern ist die „Lehre“ bei der Berufsausbildung der meist genannte berufliche Abschluss (39 Prozent). 23 Prozent geben an, keinen beruflichen Abschluss zu haben, 19 Prozent haben die Berufsschule besucht, 19 Prozent haben einen Abschluss der Fachschule, Fachhochschule oder Universität erworben.

Abbildung 2: Berufsausbildung der befragten Eltern



Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung Gelsenkirchen 2015/2016; (n=3.926); Eigene Darstellung

*Anderer Ausbildungsabschluss ist in der Regel ein Abschluss, der im Ausland erworben wurde und hier nicht in der Form existiert, noch nicht oder nicht anerkannt ist.

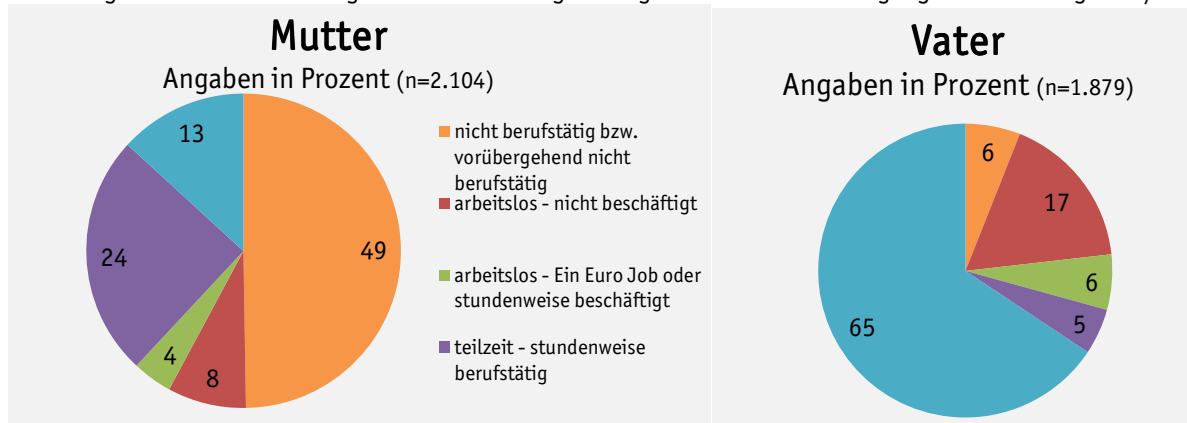
Aktuelle Berufstätigkeit

Bei der aktuellen Berufstätigkeit (siehe Abbildung 3) geben 49 Prozent der Mütter an, nicht berufstätig oder vorübergehend nicht berufstätig zu sein. 24 Prozent sind in Teilzeit oder stundenweise beschäftigt. 13 Prozent der Mütter sind in Vollzeit beschäftigt. Bei den Vätern sind 65 Prozent in Vollzeit beschäftigt, 17 Prozent sind nicht berufstätig oder arbeitslos.

Die Angabe „arbeitslos – Ein-Euro-Job und stundenweise beschäftigt“ sind bei Frauen und Männern unterschiedlich häufig genannt. Bei den Vätern ist vermehrt der Ein-Euro-Job

genannt, dagegen sind die Mütter häufiger stundenweise beschäftigt. Noch in Ausbildung sind insgesamt 2 Prozent (77 Eltern), wobei vermehrt die Mütter noch in Ausbildung sind.

Abbildung 3: Aktuelle Berufstätigkeit der Eltern – eigene Angaben bei der Schuleingangsuntersuchung 2015/2016



Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung Gelsenkirchen 2015/2016; (n=3.983), Eigene Darstellung

Bildungsindex

Der Bildungsindex wird zunächst getrennt für jedes Elternteil ermittelt und der jeweils höhere Index-Score wird dann dem Haushalt beziehungsweise der Familie zugeordnet⁶. Die Berechnung des Index erfolgt auf der Grundlage der Empfehlungen der Arbeitsgruppe „Epidemiologische Methoden“ der Deutschen Arbeitsgruppe Epidemiologie (DAE), der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) und der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)⁷. Dabei werden Punktwerte von eins bis acht für die Berufsausbildung und den Schulabschluss vergeben⁸.

Diese acht Punktwerte des Bildungsindex werden in ein 3-stufiges Gliederungsschema eingruppiert. Dabei werden die Punktwerte eins bis drei der Kategorie „niedrige Bildung“, die Punkte vier bis sechs zu der Kategorie „mittlere Bildung“ und die Punkte sieben und acht der Kategorie „hohe Bildung“ zugeordnet⁹.

Durch die Angaben der Eltern konnte ermittelt werden, dass 36 Prozent einen niedrigen, 48 Prozent einen mittleren und 16 Prozent einen hohen Bildungsindex aufweisen (siehe Abbildung 4).

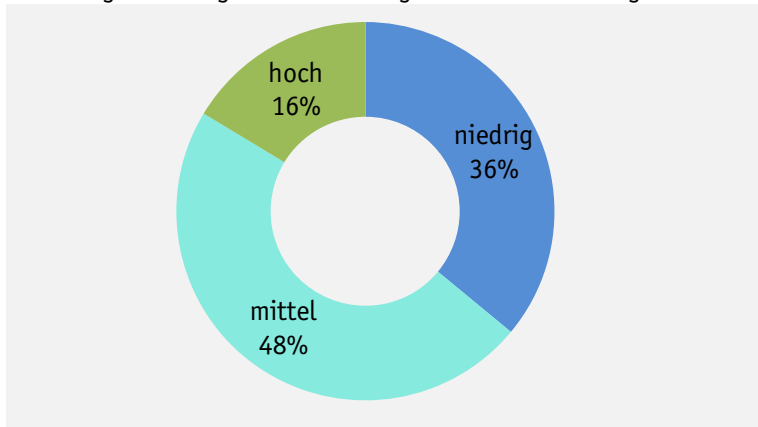
⁶ vgl. LIGA NRW (2008), S. 45.

⁷ vgl. ebd.

⁸ vgl. LIGA NRW (2008) nach Hoffmeyer-Zlokong

⁹ vgl. Stadt Gelsenkirchen (2013); LIGA NRW (2008), S. 45.

Abbildung 4: Bildungsindex der befragten Elternzusammengefasst

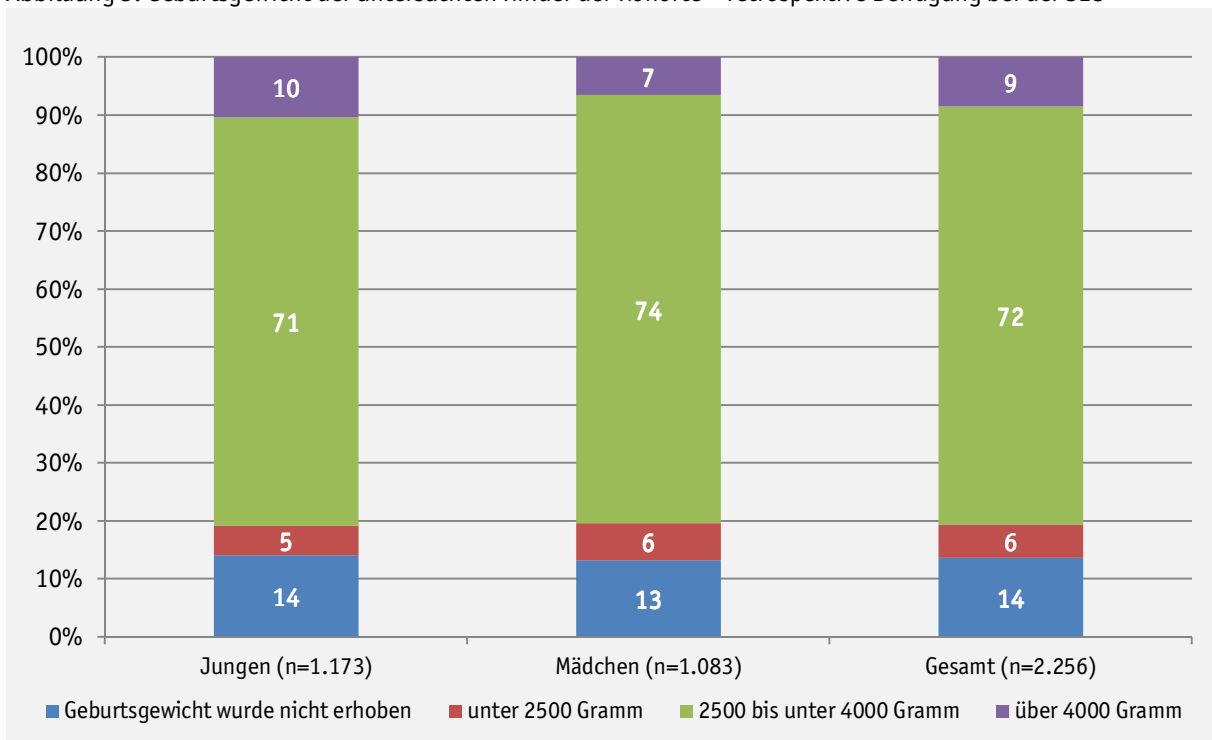


Quelle: Schuleingangsuntersuchung 2015/2016, n=2.010; eigene Darstellung

2.2 Geburtsgewicht

Das Geburtsgewicht der Kinder wird bei der SEU aus dem jeweiligen Vorsorgeheft übernommen. Insgesamt liegen bei 86 Prozent der Kinder die Angaben über das Geburtsgewicht vor. Bei fehlenden Werten wurde das Vorsorgeheft von den Eltern nicht mitgebracht. Abbildung 5 zeigt das Geburtsgewicht der Kinder, die zum Schuljahr 2015/ 2016 eingeschult wurden. Das heißt, die Kinder wurden in der Regel in den Jahren 2008 bzw. 2009 geboren.

Abbildung 5: Geburtsgewicht der untersuchten Kinder der Kohorte – retrospektive Befragung bei der SEU

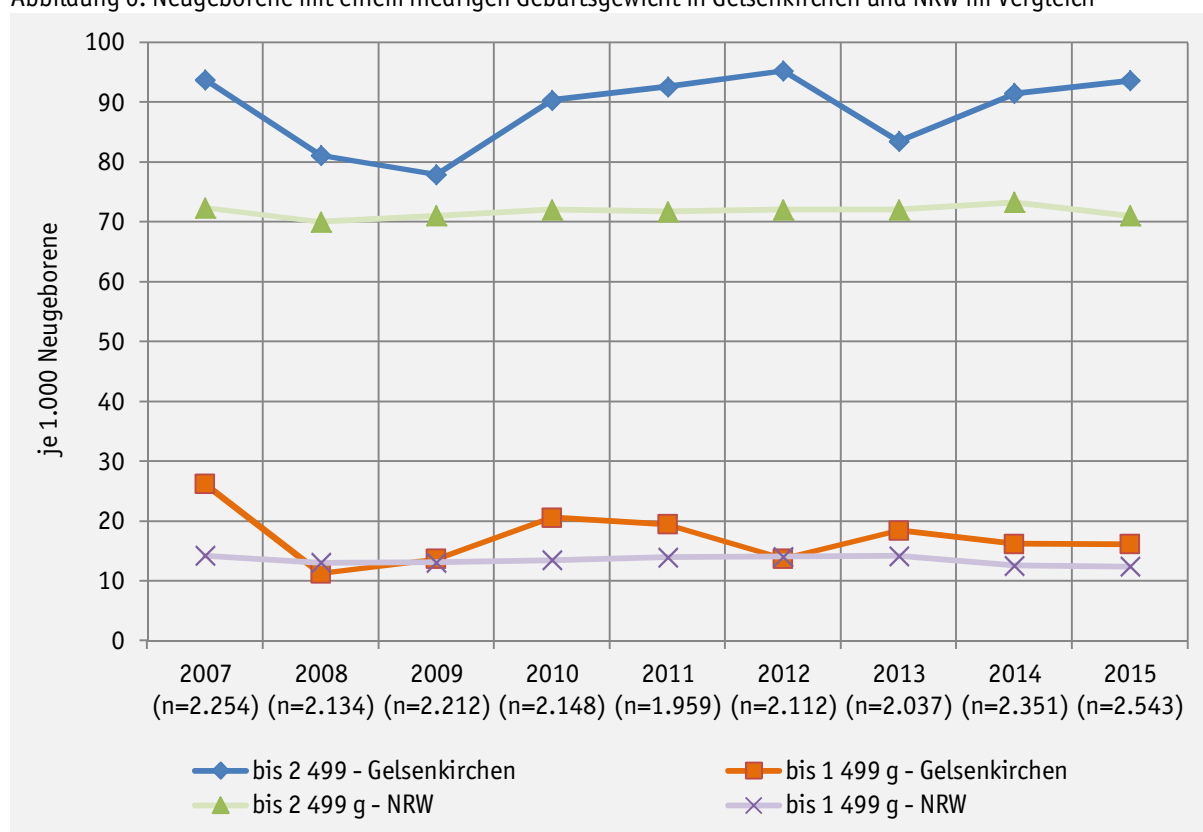


Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung Gelsenkirchen 2015/2016; n=2.256; Eigene Darstellung

Wie in Abbildung 5 zu erkennen, wiesen von den 2.256 untersuchten Kindern 6 Prozent bei der Geburt ein niedriges Geburtsgewicht auf. In Bezug auf das Geschlecht des Kindes ist zu erkennen, dass der Anteil der neugeborenen Mädchen mit einem Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm etwas höher ist als bei den neugeborenen Jungen. Diese Beobachtung spiegelt sich in den Ergebnissen des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS) wieder¹⁰. Die Daten auf Bundesebene zeigen, dass neugeborene Jungen durchschnittlich circa 4 Prozent schwerer sind als neugeborene Mädchen¹¹.

Abbildung 6 zeigt die Ergebnisse des Statistischen Bundesamts zum Geburtsgewicht in Gelsenkirchen und NRW. Die Daten zum Geburtsgewicht des Statistischen Bundesamts sind anhand der DRG-Statistik aus den Geburtsjahren 2007 bis 2015 dargestellt¹². Dabei wird sichtbar, dass der Anteil an Kindern mit niedrigem Geburtsgewicht in Gelsenkirchen bezogen auf 1.000 Neugeborene höher ist.

Abbildung 6: Neugeborene mit einem niedrigem Geburtsgewicht in Gelsenkirchen und NRW im Vergleich



Datenquelle: Statistisches Bundesamt: DRG-Statistik (erfasst werden alle Entbindungen in Krankenhäusern, die nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnen), Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung Gelsenkirchen 2015/2016; eigene Darstellung

¹⁰ vgl. Bergmann K. E., Bergmann R. L., Ellert und Dedenhausen, 2007.

¹¹ vgl. ebd.

¹² Anmerkung: DRGs (Diagnosis Related Groups) - Diese Daten werden erfasst, wenn ein Kind in einem Krankenhaus entbunden wird, welches nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnet vgl. GKV Spitzenverband (2017).

3. Analyse des Rauchverhaltens

3.1 Daten zum Rauchverhalten in NRW und Gelsenkirchen

– Daten aus Mikrozensus und der SEU

Die Daten zum Rauchverhalten kommen zum einen aus dem Mikrozensus, der Auskunft über das Rauchverhalten in NRW und in Gelsenkirchen gibt¹³. Zum anderen gibt es für die Stadt Gelsenkirchen auch weitere Daten aus der Erhebung der Schuleingangsuntersuchung 2015/2016 sowie Ergebnisse der Erhebung 2001. Die meisten Menschen in NRW, die angeben, zu rauchen, konsumieren Zigaretten. Daneben werden aber auch Zigarren, Stumpen, Zigarillos und Pfeifen unter dem Stichwort „gerauchte andere Tabakwaren“ zusammengefasst¹⁴. Nach E-Zigaretten oder Wasserpfeifen wurde nicht explizit gefragt. In dem Landesgesundheitsbericht NRW 2015 wird auf eine deutsche Studie von John et al. (2003) verwiesen, nach der 36 Prozent der Raucher als abhängig eingestuft werden¹⁵. Nach dem Mikrozensusgesetz 2005 findet alle vier Jahre eine Zusatzerhebung "Gesundheitszustand der Bevölkerung" zum Mikrozensus statt¹⁶. Die Zusatzerhebung liefert unter anderem regionale Informationen über Rauchgewohnheiten der Bevölkerung¹⁷.

Für Gelsenkirchen zeigt der Mikrozensus 2013 den höchsten Anteil an regelmäßigen Rauchern im prozentualen Vergleich in NRW. In Abbildung 7 ist zu erkennen, dass 26 Prozent der Nordrhein-Westfälischen Bevölkerung im Jahr 2013 regelmäßig rauchen. In Gelsenkirchen sind es im Jahr 2013 34 Prozent. Regelmäßiges Rauchen bedeutet einen täglichen Konsum, unabhängig von der Menge. In der Zeitreihe in Abbildung 7 sinkt der Anteil der rauchenden Personen in Gelsenkirchen von 2005 mit 35 Prozent bis 2009 auf 31 Prozent. Bis 2013 ist der prozentuale Anteil wieder gestiegen, aber ist noch unter dem hohen Anteil von 2005 geblieben. Im Gegensatz dazu ist der Anteil der Raucher, die täglich mehr als 20 Zigaretten rauchen zu den drei Zeitpunkten 2005, 2009 und 2013 in Gelsenkirchen konstant gesunken (vgl. Abbildung 7).

¹³ vgl. Destatis, Statistisches Bundesamt, (2013) o. S.

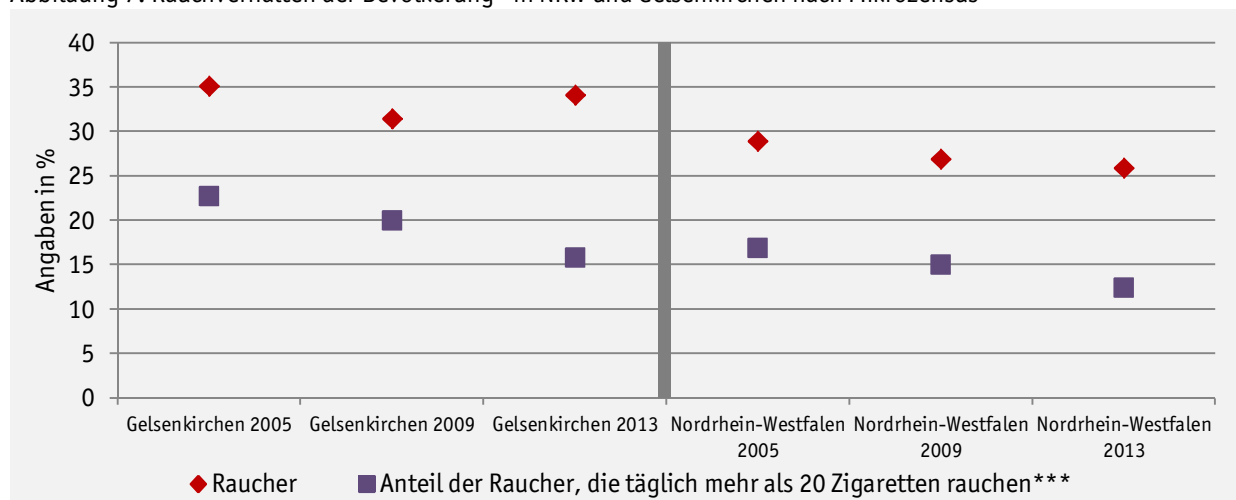
¹⁴ vgl. Landeszentrum Gesundheit NRW (o.a.): Kommentar Indikator 4.2_01.

¹⁵ vgl. MGEPA (2015): Landesgesundheitsbericht NRW, S. 48; Batra, Lindinger (2013). o. S.

¹⁶ vgl. Destatis, Statistisches Bundesamt, (2013) o. S.

¹⁷ vgl. Destatis, Statistisches Bundesamt, (2013) o. S.

Abbildung 7: Rauchverhalten der Bevölkerung* in NRW und Gelsenkirchen nach Mikrozensus



Datenquelle: Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW): Mikrozensus, Zusatzerhebung

*1 %-Mikrozensus-Stichprobe, 15 Jahre und älter;

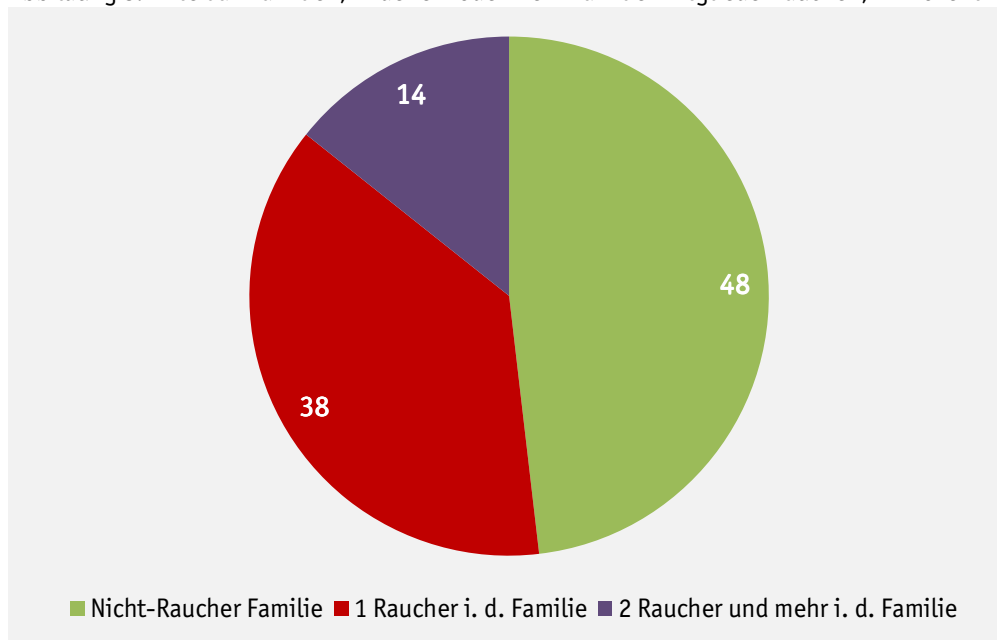
***Aussagewert eingeschränkt, da der Wert Fehler aufweisen kann

Zur Schuleingangsuntersuchung 2015/2016 im Referat Gesundheit der Stadt Gelsenkirchen wurden die Eltern von 2.256 Kindern zu ihrem Rauchverhalten befragt. 92 Prozent (n=2.083) machten Angaben zu ihrem Rauchverhalten.

Gefragt wurde nach der Anzahl an Personen, die in der Familie rauchen. Dabei gab es die Antwortmöglichkeiten „keine“, sowie „1 Raucher in der Familie“, „2“, „3“, „4 und mehr Raucher in der Familie“. Die Fallzahlen von Familien, in denen mehr als zwei Personen pro Haushalt rauchen sind sehr gering, daher wird im Folgenden lediglich „2 Raucher und mehr“ beschrieben.

Wie in folgender Abbildung 8 zu erkennen, haben von den 2.083 Eltern 48 Prozent angegeben, dass kein Familienmitglied raucht. Bei 52 Prozent der Familien ist mindestens ein Raucher in der Familie, wobei erkennbar ist, dass der größte Anteil bei den Familien liegt, in der eine Person raucht.

Abbildung 8: Anteil an Familien, in der ein oder mehr Familienmitglieder rauchen, in Prozent



Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung Gelsenkirchen 2015/2016; n=2.083; Eigene Darstellung

3.2 Rauchen und soziale Lage der Bevölkerung in NRW

– Daten aus dem Mikrozensus

Im Jahr 2010 beträgt in Deutschland das durchschnittliche **Alter** in dem Raucher das erste Mal geraucht haben 14,3 Jahre¹⁸. Durch die Drogenaffinitätsstudie der BZgA wurde ermittelt, dass es bei dem Rauchverhalten Unterschiede zwischen den **Geschlechtern** gibt. Während bei Jugendlichen von 12 bis 17 Jahren kaum bis keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen, verändert sich das in der Altersspanne 18 bis 25 Jahre¹⁹. Hier ist der Anteil der Raucher höher als der der Raucherinnen²⁰. Die Daten der Mikrozensus Zusatzbefragung²¹ zeigen, dass unter den männlichen Rauchern prozentual mehr **Vielraucher** (diejenigen die 21 Zigaretten und mehr pro Tag rauchen) sind als bei den Frauen. Während bei den Männern 15 Prozent Vielraucher sind, sind es bei den Frauen nur 9 Prozent. Der Anteil an Vielrauchern ist bei den 45 bis 65-Jährigen, sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen am höchsten (insgesamt rund 16 Prozent). In der Befragung von 2013 haben wenige junge Leute zwischen 15 und 25 angegeben, mehr als 21 Zigaretten täglich zu rauchen (5 Prozent).

Neben dem Geschlecht und dem Alter sind Zusammenhänge zwischen der **Sozialen Lage** und dem Rauchverhalten von Menschen zu erkennen. Beispielsweise im Jugendalter zeigt sich, dass

¹⁸ vgl. BZgA, Drogenaffinitätsstudie, (2011), S. 44.

¹⁹ Vgl. Orth, B. (2016).

²⁰ vgl. BZgA, Drogenaffinitätsstudie (2015), S. 12.

²¹ Anmerkung: 1 % der Bevölkerung zu dem Rauchverhalten befragt und auf die Gesamtbevölkerung hochgerechnet. Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder (o.a.).

weniger Jugendliche, die ein Gymnasium besuchen, rauchen, als die, die eine Hauptschule besuchen²². Dies ist ebenfalls in der Altersgruppe der 18 bis 65-Jährigen zu erkennen, denn sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen gibt es einen Zusammenhang zwischen niedrigerer Schulbildung und höherem Anteil an Rauchern²³.

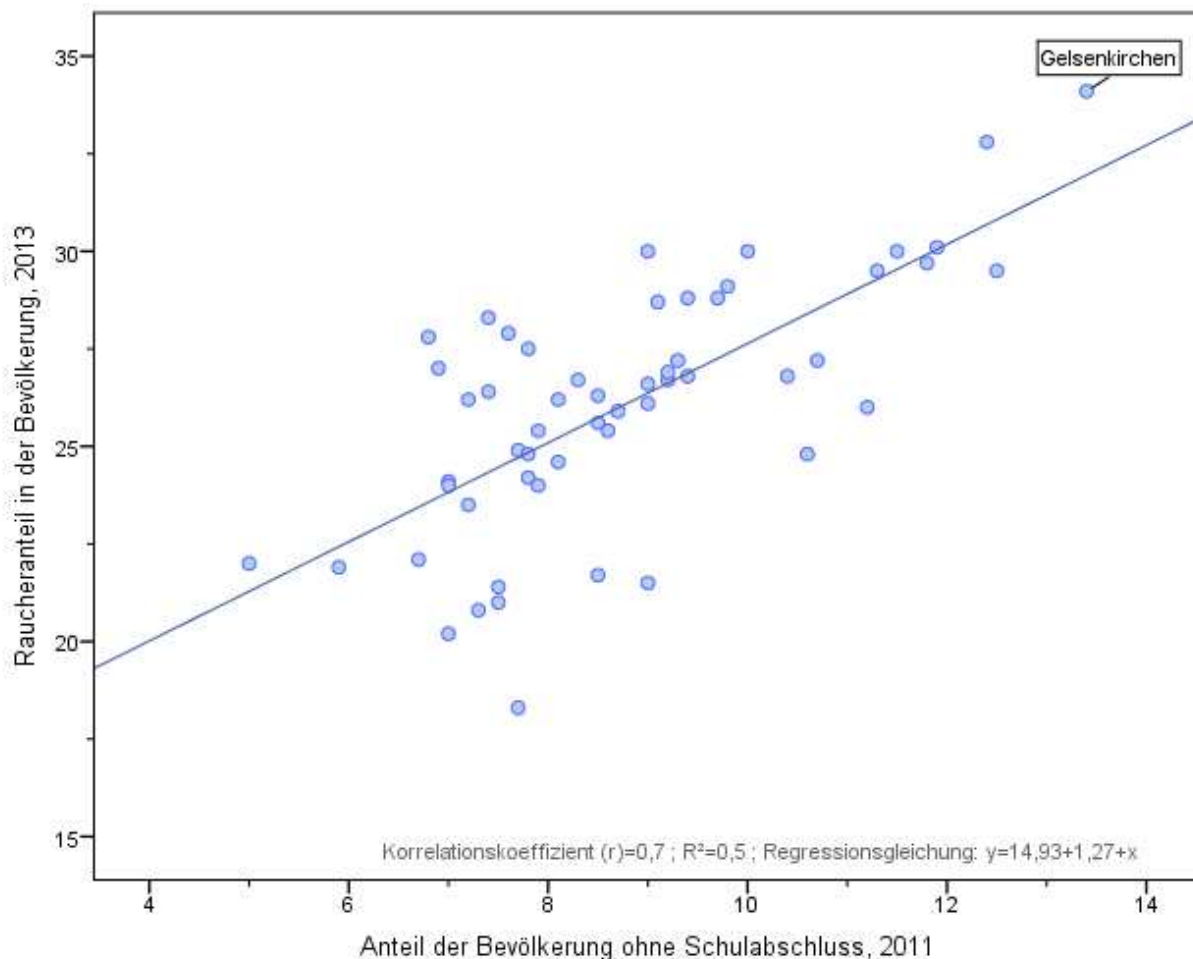
Abbildung 9 zeigt eine Korrelation zwischen den Indikatoren **„Bevölkerung ohne Schulabschluss“** und **„Raucheranteil“** in Nordrhein-Westfalen bezogen auf alle Kreise und kreisfreien Städte. Die Trendlinie zeigt, dass ein hoher Anteil der Bevölkerung ohne Schulabschluss mit einem hohem Anteil an Rauchern einhergeht. Der Korrelationskoeffizient liegt bei $r=0,7$ und zeigt eine mittlere Korrelation. Das bedeutet, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen den beiden Variablen gibt. Der Punkt, der die Stadt Gelsenkirchen symbolisiert ist in der Abbildung kenntlich gemacht²⁴. 13,4 Prozent der Bevölkerung in Gelsenkirchen hat keinen Schulabschluss und 34,1 Prozent der Bevölkerung über 15 Jahren rauchen. Dabei ist es von beiden Variablen in NRW der höchste Wert, keine andere Stadt oder kein anderer Kreis hat höhere Werte.

²² vgl. BZgA, Drogenaffinitätsstudie, (2015), S. 12.; Mielck, Lungen, Siegel, Korber (2012). S. 14 f.

²³ vgl. Lademann, Kolip, et al., (2005), S. 40.

²⁴ Anmerkung: Aufgrund der Datenlage kann an dieser Stelle der Korrelationskoeffizient berechnet werden. An anderer Stelle ermöglichen die vorliegenden Daten eine solche Analyse nicht.

Abbildung 9: Zusammenhang der Bevölkerung (der über 15 Jährigen) ohne Schulabschluss und Raucheranteil der nordrhein-westfälischen Kreise und kreisfreien Städte



In Anlehnung an Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW), Anteil d. Bevölkerung ohne Schulabschluss 2011 (Indikator 2.13_01), Raucheranteil, Mikrozensus 2013

Ebenfalls kann auch ein Zusammenhang zwischen dem Rauchverhalten der Menschen und der **Arbeitslosenquote** festgestellt werden. Die Variablen „Arbeitslosenquote 2015“ und „Raucheranteil nach Mikrozensus 2013“ ergibt in NRW einen Korrelationskoeffizienten von $r=0,7$ laut Landeszentrum Gesundheit NRW²⁵.

3.3 Rauchen und unterschiedliche Bevölkerungsgruppen in Gelsenkirchen – Daten der SEU

Wie im vorherigen Kapitel beschrieben, gibt es in NRW Unterschiede zwischen bestimmten Bevölkerungsgruppen und deren Rauchverhalten. Um zielgruppenspezifische Handlungsempfehlungen formulieren zu können, müssen durch eine systematische Analyse die Zielgruppen in Gelsenkirchen identifiziert werden. Die Analyse der Zielgruppen erfolgt nach den Merkmalen Bildungsindex und Migrationshintergrund.

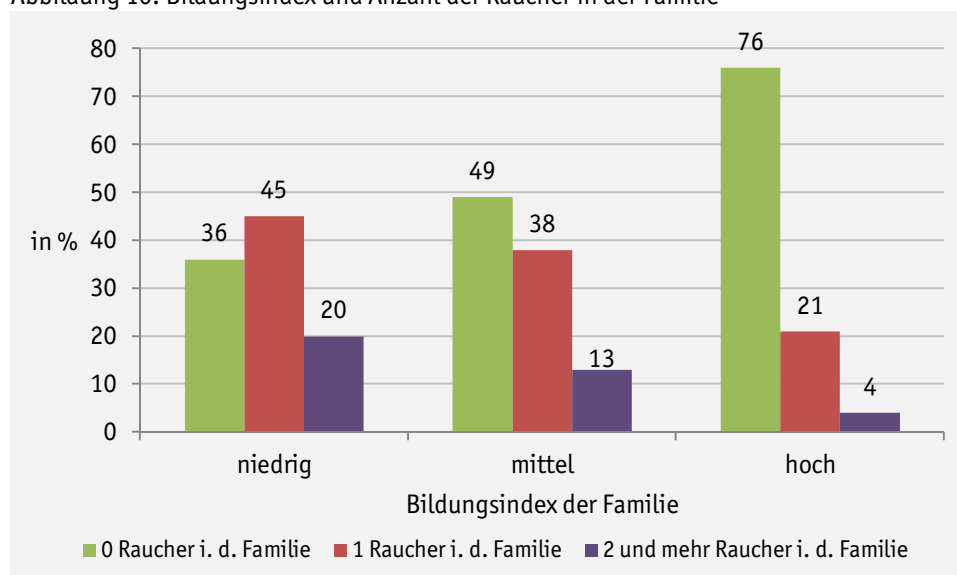
²⁵ vgl. Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen: „Arbeitslosenquote 2015“ und „Raucheranteil nach Mikrozensus 2013“ (o. a.) o. S.

Der **Bildungsindex** setzt sich, aus der beruflichen Qualifikation, und dem höchsten Schulabschluss beider Elternteile zusammen. In Abbildung 10 ist zu erkennen, dass unter den Familien mit hohem Bildungsindex die meisten Nicht-Raucher Familien sind. Rund die Hälfte der Familien mit mittlerem Bildungsindex sind ebenfalls Nicht-Raucher Familien und bei Familien mit einem niedrigen Bildungsindex sind 36 Prozent der Familien Nicht-Raucher Familien.

Darüber hinaus ist zu erkennen, dass von den Familien mit niedrigem Bildungsindex 45 Prozent angegeben haben, dass ein Familienmitglied in der Familie raucht. 20 Prozent haben angegeben, dass zwei oder mehr Personen in der Familie rauchen.

Insgesamt zeigt Abbildung 10, dass je niedriger der Bildungsindex der Familie, desto höher der Anteil an mindestens einem Raucher pro Familie ist.

Abbildung 10: Bildungsindex und Anzahl der Raucher in der Familie



Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung Gelsenkirchen 2015/2016; n=1.883; Eigene Darstellung

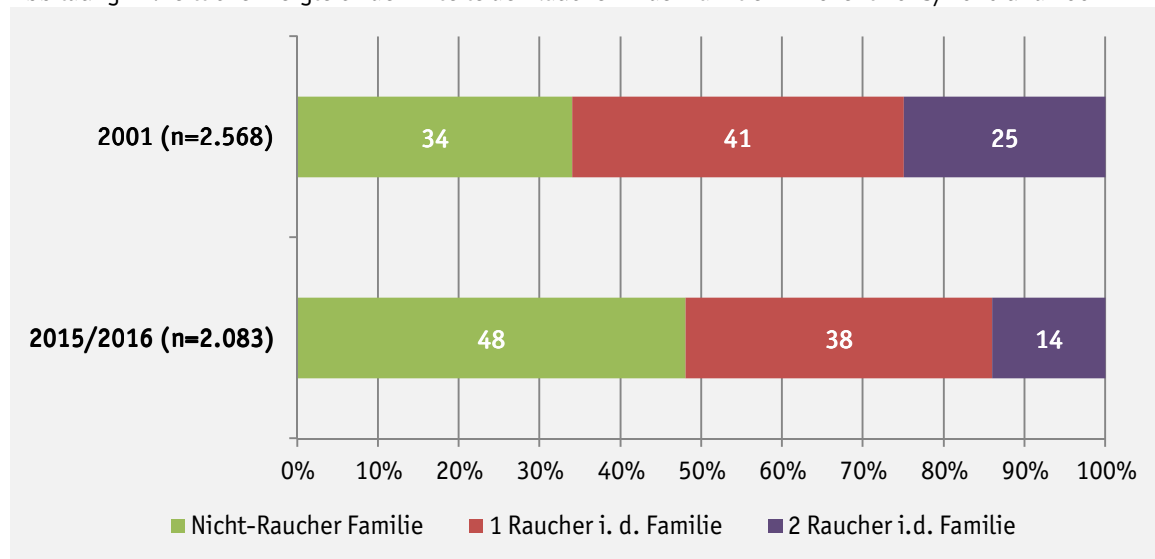
Bei Rauchverhalten von Menschen mit **Migrationshintergrund** (andere Erstsprache als Deutsch; n=888) und ohne Migrationshintergrund (Deutsch als Erstsprache, n=1.168) geben prozentual gleich viele Familien an, dass kein Familienmitglied raucht. Die anteilmäßige Verteilung der Familien, in denen eine oder mehr Personen rauchen, weisen keine signifikanten Unterschiede im Rauchverhalten von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund auf.

3.4 Vergleich zu den Daten aus der SEU 2001 in Gelsenkirchen

Bei der **Schuleingangsuntersuchung 2001** gab es eine ähnliche Abfrage wie bei der Schuleingangsuntersuchung 2015/2016. Bei der Untersuchung ging es um das Thema Passivrauchen. Es wurden ebenfalls die Eltern gefragt, ob Familienmitglieder rauchen und wenn ja wie viele.

Von den 2.568 befragten Personen in 2001 gaben 41 Prozent der Eltern an, dass mindestens ein Elternteil in der Familie raucht. 25 Prozent der Familien haben angegeben, dass zwei oder mehr Personen rauchen. 34 Prozent gaben an eine Nicht-Raucher Familie zu sein. Der Vergleich der Daten aus der Einschulungsuntersuchung von 2001 und 2015/2016 in Abbildung 11 zeigt, dass der prozentuale Anteil an Rauchern in Gelsenkirchen von 66 Prozent auf 52 Prozent zurückgegangen ist. Darüber hinaus ist auch der prozentuale Anteil an mehr als einer rauchenden Person pro Familie von 25 Prozent auf 14 Prozent gesunken²⁶.

Abbildung 11: Zeitlicher Vergleich der Anteile der Raucher in der Familie in Prozent 2015/2016 und 2001



Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung Gelsenkirchen 2015/2016 & 2001; Eigene Darstellung

3.5 Rauchen und Schwangerschaft in NRW – Daten aus Mikrozensus

Ein besonderes Augenmerk in Bezug auf Tabakkonsum liegt bei Schwangeren. Für die Entwicklung des Kindes stellt das mütterliche Rauchen während der Schwangerschaft ein erhebliches Risiko dar²⁷. Durch Tabakkonsum und Passivrauchen werden die Risiken einer Frühgeburt, niedriges Geburtsgewicht und/oder Verhaltensauffälligkeiten erhöht, da die Plazenta durch die toxischen Substanzen im Tabakrauch geschädigt werden kann²⁸. Außerdem steigt das Risiko, dass die noch ungeborenen Kinder später anfälliger für Atemwegsinfekten und Asthma²⁹ sind, sie häufiger Hörstörungen³⁰ aufweisen und ein höheres Risiko haben, zu schielen³¹. Besonders auffällig ist das Risiko für geringes Geburtsgewicht und Frühgeburten, insbesondere wenn die Mütter mehr als 20 Zigaretten pro Tag während der Schwangerschaft rauchen.

²⁶ Anmerkung: bei beiden Befragungen gab es Familien, die keine Angabe zu ihrem Rauchverhalten gemacht haben. Bei diesen Familien ist unklar, ob sie Nicht-Raucher Familien sind oder mindestens ein Familienmitglied raucht.

²⁷ vgl. Kuntz, Lampert, (2016); Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie (2/2012).

²⁸ vgl. Kolip, Baumgärtner, 2013 sowie vgl. Kuntz, Lampert, (2016), S. 27; Ko TJ, Tsai LY, Chu LC, et. al. (2014).

²⁹ vgl. Gürlich et. al., (2016).

³⁰ vgl. Ärzteblatt, (2017).

³¹ vgl. Schuster, Elflein, Pokora, Urschitz, (2017).

Bei den **Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen** wird in **NRW** der Tabakkonsum erfragt. Von 153.604 Geburten in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2015 machten 35 Prozent der Mütter keine Angaben zu dem Zigarettenkonsum. 58 Prozent gaben an, keine Zigarette pro Tag nach Bekanntwerden der Schwangerschaft konsumiert zu haben. 5 Prozent haben nach eigenen Angaben 1 bis 10 Zigaretten pro Tag geraucht, 2 Prozent (2.672) Frauen gaben an 11 bis 20 Zigaretten pro Tag geraucht zu haben und 0,2 Prozent (251 Frauen) rauchten 21 oder mehr Zigaretten pro Tag nach Bekanntwerden der Schwangerschaft. Das heißt nach Bekanntwerden der Schwangerschaft konsumierten 2015 noch rund 7 Prozent der Frauen Zigaretten. Im Jahr 2014 waren es 8 Prozent und 2012 9 Prozent, die angegeben haben während der Schwangerschaft geraucht zu haben³².

Ähnliche Kennzahlen wurden auch bei der Stichprobe der **KiGGS-Befragung**³³ auf **Bundesebene** erhoben. Der Anteil an Nichtraucherinnen während der Schwangerschaft ist von der Basisbefragung (2003 bis 2006) von 80 auf 88 Prozent bei der KiGGS Welle 1 (2009 bis 2012) gestiegen. Demgegenüber ist der Anteil an Frauen, die regelmäßig während ihrer Schwangerschaft geraucht haben, sowie der Anteil an Frauen, die angegeben haben, ab und zu geraucht zu haben, von der Basiserhebung bis zur KiGGS Welle 1 gesunken. Dennoch gaben insgesamt 12 Prozent der befragten Frauen an, dass sie während der Schwangerschaft zumindest ab und zu geraucht haben. 4 Prozent davon haben angegeben „regelmäßig“ und 8 Prozent „ab und zu“ während der Schwangerschaft geraucht zu haben.

Darüber hinaus ist auch durch verschiedene Studien belegt, dass der Anteil der Raucherinnen während der Schwangerschaft zwar generell abnimmt, bei unter 25-jährigen Müttern mit niedrigem Sozialstatus ist diese Tendenz jedoch nicht erkennbar³⁴.

3.6 Rauchen und Schwangerschaft in Gelsenkirchen – Daten der SEU

Blickt man auf die Daten der SEU, zeigt sich, dass rund 94 Prozent (n= 2.107) der Eltern eine Aussage über das Rauchverhalten der Mutter während der Schwangerschaft gemacht haben. 24 Prozent der befragten Eltern gaben an, dass die Mutter während der Schwangerschaft geraucht hat. Wie im vorherigen Kapitel beschrieben, haben laut KiGGS Welle 1 (2009 bis 2012) 12 Prozent der Befragten angegeben, dass die Mutter während der Schwangerschaft ab und zu oder

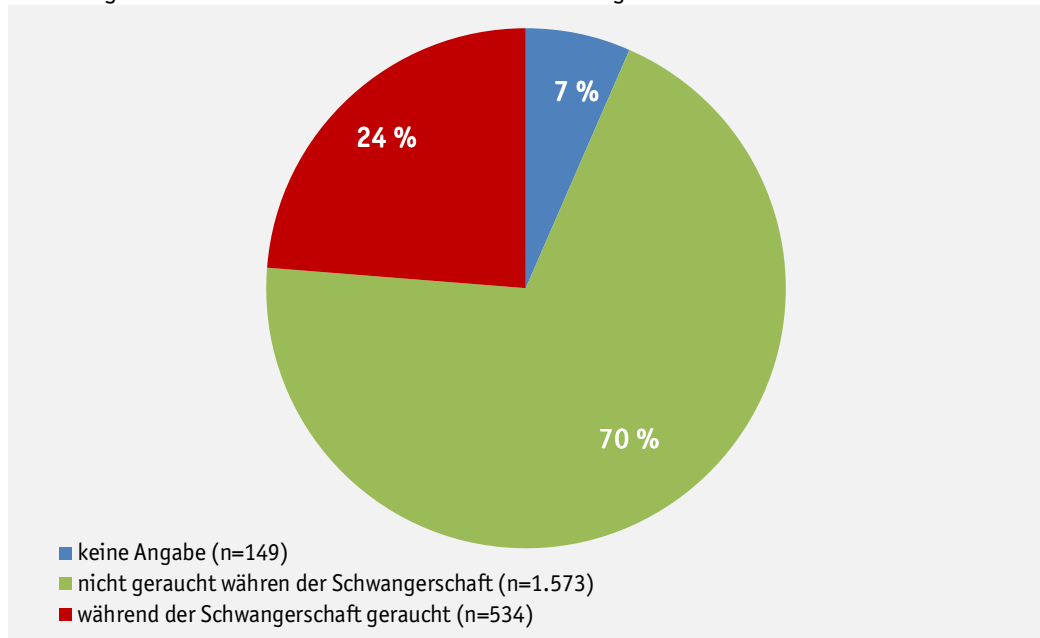
³² vgl. Geschäftsstelle Qualitätssicherung Nordrhein-Westfalen, (2016).

³³ Anmerkung: Die „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) führt das Robert Koch-Institut über einen Zeitraum von vielen Jahren durch. Dabei finden die Datenerhebungen in sogenannten Wellen statt. Vgl. <https://www.kiggs-studie.de/deutsch/studie/kiggs-im-ueberblick.html>.

³⁴ vgl. Kuntz, Lampert, (2016).

regelmäßig geraucht hat. Dieser Wert wird in der Befragung der Schuleingangsuntersuchung in Gelsenkirchen deutlich überschritten. In 70 Prozent der Fälle (1.573 Personen) wurde die Frage, ob die Mutter während der Schwangerschaft geraucht hat, mit nein beantwortet.

Abbildung 12: Mütterliches Rauchen während der Schwangerschaft in Gelsenkirchen



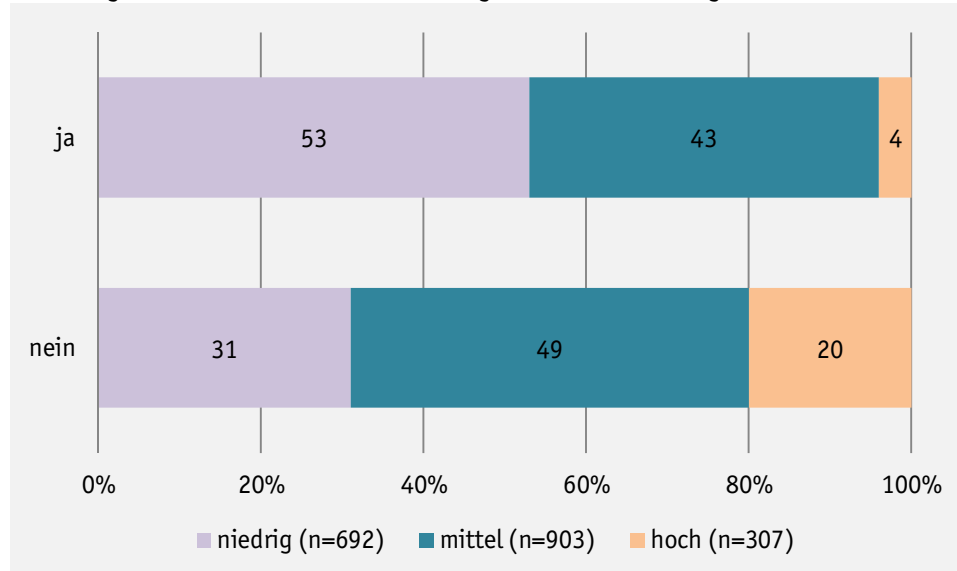
Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung Gelsenkirchen 2015/2016; (n=2.254), Eigene Darstellung

Wie aus den vorherigen Kapiteln ersichtlich geworden ist, gibt es Unterschiede im Rauchverhalten zwischen **verschiedenen Bevölkerungsgruppen**; dies zeigt sich auch in dem Rauchverhalten während der Schwangerschaft. In der Abbildung 13 ist die Angabe, ob während der Schwangerschaft geraucht wurde oder nicht, nach dem Bildungsindex der Eltern dargestellt.

Die Gruppe der Frauen, die nicht während der Schwangerschaft geraucht hat, weist einen relativ ähnlichen **Bildungsindex** auf, wie der Bildungsindex der Gesamtkohorte. Das heißt, dass fast genauso viele Familien der Gesamtkohorte (48 Prozent) einen mittleren Bildungsindex aufweisen, wie bei den Frauen, die nicht während der Schwangerschaft geraucht haben (49 Prozent). Dagegen unterscheidet sich die Verteilung bei den Frauen, die während der Schwangerschaft geraucht haben deutlich von der Gesamtkohorte. Von den Frauen die während der Schwangerschaft geraucht haben, hatten 53 Prozent einen niedrigen Bildungsindex. In Bezug auf das Rauchverhalten während der Schwangerschaft ist die Gruppe mit niedrigem Bildungsindex überproportional vertreten. In der **Gesamtkohorte** haben 36 Prozent einen niedrigen Bildungsindex (siehe Kästchen neben Abbildung 13). Darüber hinaus haben von den Frauen, die angegeben haben während ihrer Schwangerschaft geraucht zu haben, 4 Prozent einen hohen Bildungsindex.

Aus Abbildung 13 wird deutlich, dass Frauen mit niedrigem Bildungsindex häufiger angegeben haben, während ihrer Schwangerschaft geraucht zu haben, als Frauen mit hohem Bildungsindex.

Abbildung 13: Rauchen während der Schwangerschaft nach Bildungsindex

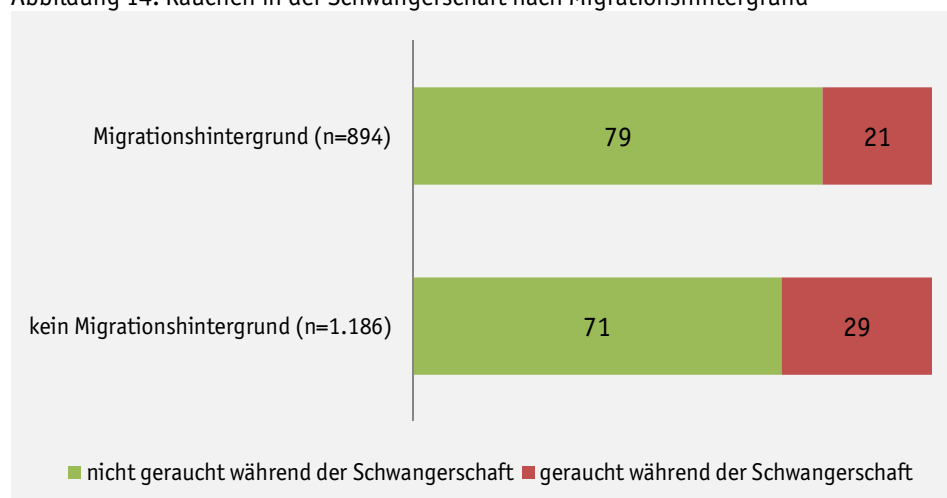


Insgesamt haben in der **Gesamtkohorte** 36% einen niedrigen, 48% einen mittleren und 16% einen hohen Bildungsindex (vgl. Abbildung 4, S. 9).

Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung Gelsenkirchen 2015/2016; (n=1.902), Eigene Darstellung

Wie zuvor beschrieben, besteht kein auffälliger Zusammenhang bei dem Rauchverhalten und der **Migration**. Dies spiegelt sich in etwa auch bei dem Rauchverhalten während der Schwangerschaft wieder. Abbildung 14 zeigt, dass in den Familien ohne Migrationshintergrund häufiger in der Schwangerschaft geraucht wurde (29 Prozent) als in den Familien mit Migrationshintergrund (21 Prozent).

Abbildung 14: Rauchen in der Schwangerschaft nach Migrationshintergrund

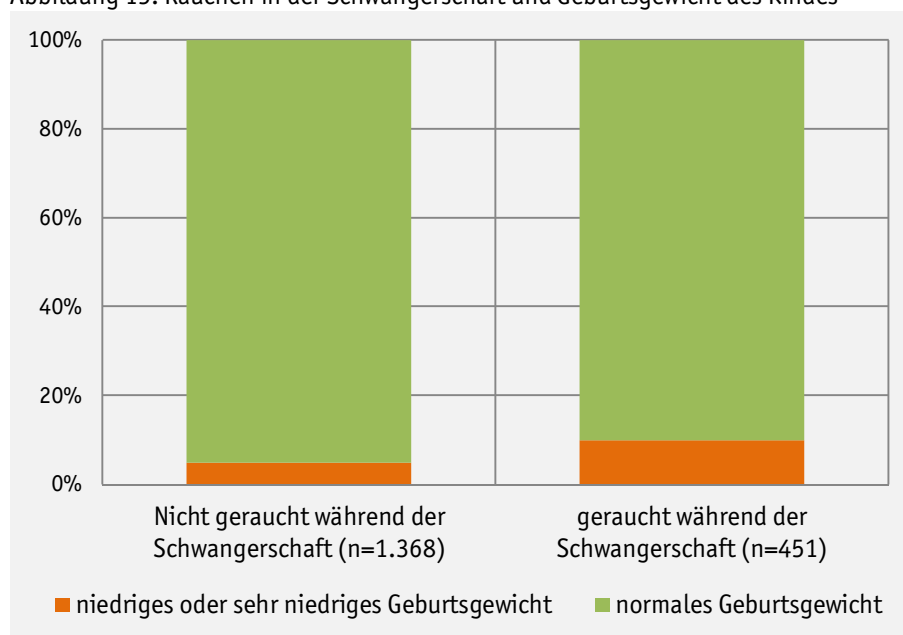


Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung Gelsenkirchen 2015/2016; (n=2.080), Eigene Darstellung

Ein niedriges bis sehr niedriges **Geburtsgewicht** kann verschiedene Ursachen haben. Bei Mehrlingsgeburten zum Beispiel ist häufig das Geburtsgewicht niedrig. „Die Ursachen für untergewichtige Neugeborene sind vielfältig und reichen von sozialen Faktoren (Status der Alleinerziehenden) über das Gesundheitsverhalten (Nikotinabusus³⁵, mangelhafte Inanspruchnahme der Schwangerschaftsvorsorge) bis zu gesundheitlichen Faktoren (Infektionen oder andere Erkrankungen der Mutter und des Kindes)“³⁶.

Etwa 6 Prozent der Kinder der vorgestellten Kohorte hatten ein Geburtsgewicht von unter 2.500 Gramm. Von den Müttern, die angegeben haben, während der Schwangerschaft nicht geraucht zu haben, bekamen 5 Prozent ein Kind mit einem Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm (siehe Abbildung 15). Dagegen haben 10 Prozent der Mütter, die angegeben haben, dass sie während der Schwangerschaft geraucht haben, ein Kind mit niedrigen bis sehr niedrigen Geburtsgewicht auf die Welt gebracht.

Abbildung 15: Rauchen in der Schwangerschaft und Geburtsgewicht des Kindes



Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung Gelsenkirchen 2015/2016 (n=1.819); Eigene Darstellung

Die Auswertungen zeigen, dass bei den nachfolgenden Handlungsempfehlungen ein besonderer Fokus auf das Rauchen während der Schwangerschaft gelegt werden sollte. Die Verringerung des mütterlichen Rauchens während der Schwangerschaft ist deswegen auch als Teilziel der nationalen Gesundheitsziele aufgeführt³⁷. „Um die Zielerreichung zu überwachen, bedarf es wiederholt durchgeführter epidemiologischer Studien zur Verbreitung des Tabakkonsums bei

³⁵ Nikotinabusus ist der übermäßige Gebrauch oder Missbrauch von Nikotin

³⁶ vgl. Landeszentrum Gesundheit NRW (o.a.): Kommentar zum Indikator 3.51 (L).

³⁷ vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2015) Nationales Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“.

Schwangeren. Nur so lassen sich Risikogruppen identifizieren und geeignete Maßnahmen zur Verringerung des mütterlichen Rauchens in der Schwangerschaft entwickeln und deren Wirksamkeit evaluieren³⁸. Das bedeutet, dass ein kleinräumiges Monitoring eine Möglichkeit wäre, die Entwicklung betrachten zu können.

³⁸ vgl. Kuntz, Lampert, 2016.

4. Auswertung und Interpretation der Ergebnisse

Die vorgestellten Daten zeigen, dass in Gelsenkirchen mehr Menschen in der Bevölkerung rauchen als im Nordrhein-Westfälischen Durchschnitt. Dabei ist das Rauchverhalten in Nordrhein-Westfalen in den Stichprobenjahren kontinuierlich gesunken. Dieser Trend ist in Gelsenkirchen, bei den Rauchern, die weniger als 20 Zigaretten täglich rauchen, jedoch nicht eindeutig zu erkennen. Denn bei den **Rauchern**, die weniger als 20 Zigaretten täglich rauchen, ist der **Anteil nach 2009 wieder leicht angestiegen**.

Die verschiedenen Auswertungen zeigen weiter, dass sich das Rauchverhalten in den **unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen** zum Teil unterscheidet. Menschen mit einem geringen **Bildungsindex** rauchen häufiger als die mit einem mittleren oder hohen Bildungsindex.

Auch der Anteil an Raucherinnen während der **Schwangerschaft** liegt in Gelsenkirchen sowie in der befragten Kohorte über dem nordrhein-westfälischen Durchschnitt. Insbesondere zeigt sich ein Zusammenhang zwischen **niedriger Bildung** und Rauchen während der Schwangerschaft. Anteilig haben mehr Frauen geraucht, die **keinen Migrationshintergrund** haben. Die Erhebung der Daten zum Rauchverhalten während der Schwangerschaft ist sowohl auf Gelsenkirchener als auch auf überregionaler Ebene nicht ganz unproblematisch. Kuntz und Lampert beschreiben folgende Punkte: Bei der Teilnahme an der KiGGS-Studie können die Kinder schon bis zu 6 Jahre alt sein und daher ist die Geburt schon einige Zeit her, sodass die Befragung zum Rauchverhalten durch das begrenzte Erinnerungsvermögen verzerrt sein kann. Ein weiterer Punkt ist, dass den Eltern die sozial gewünschte Antwort bewusst ist und die Eltern gegebenenfalls ihre Antwort entsprechend anpassen. Laut einer „schwedischen Studie sind die Selbstangaben zum mütterlichen Rauchverhalten in der Schwangerschaft jedoch durchaus valide“³⁹.

In den meisten Fällen erfolgt die Abfrage nach dem Rauchverhalten in den Gruppierungen „nein/nie“, „ja, ab und zu“ und „ja, regelmäßig“, sowie „keine Angabe“. Bei der Befragung in Gelsenkirchen gab es bezogen auf das Rauchverhalten lediglich die Unterscheidung „ja“ oder „nein“. Dadurch kann bei den Daten in Gelsenkirchen nicht unterschieden werden, ob eine Frau während der Schwangerschaft insgesamt eine Zigarette oder mehr als 20 Zigaretten pro Tag geraucht hat. Es wurde nicht explizit nach E-Zigarette oder Shisha gefragt. Die Einbeziehung weiterer Produkte würden möglicherweise Änderungen bei der Auswertungen ergeben.

³⁹ vgl. Kuntz, Lampert, (2016).

Rauchen während der Schwangerschaft kann negative Folgen für das ungeborene Kind haben. Anhand der vorgestellten Daten ist ein Zusammenhang zwischen dem **Geburtsgewicht** und dem **Rauchen während der Schwangerschaft** erkennbar, jedoch haben, neben dem Rauchen, auch weitere Faktoren einen Einfluss auf das Geburtsgewicht der Kinder.

Die Ergebnisse der KiGGS-Studie und weitere andere Untersuchungen weisen darauf hin, dass junge Frauen und sozial benachteiligte Frauen überproportional häufig in der Schwangerschaft rauchen⁴⁰.“ Lampert und Kuntz verweisen darauf: „Eine Schwangerschaft stellt ein geeignetes Zeitfenster für Interventionen zur Verhaltensänderung dar („window of opportunity“)⁴¹.

5. Tabakprävention in Gelsenkirchen

Neben dem **Nichtraucherschutzgesetz** in Deutschland (BNichtrSchG, am 01.09.2007 in Kraft getreten) gibt es ein weiterführendes Nichtraucherschutzgesetz in NRW (NiSchG NRW, am 01.01.2008 in Kraft getreten), wobei Rauchverbote in der Gastronomie, Jugendeinrichtungen und auf Schulgeländen bestehen.

In Gelsenkirchen sind verschiedene Akteure und Institutionen in der **Tabakprävention** aktiv.

- Die Stadt Gelsenkirchen finanziert zwei Fachkräfte, die die **Fachstelle für Suchtvorbeugung des Vereins Sucht Jugend Kommunikation e.V.** (Kontaktzentrum) bilden⁴². Die Fachstelle für Suchtvorbeugung arbeitet im Bereich der Verhältnisprävention. Projekte, Seminare, Informationsveranstaltungen, Fortbildungs- und Beratungsangebote gehören zum Aufgabenspektrum. Durch die Fachstelle werden unterschiedliche Zielgruppen wie Schüler und Schülerinnen, Eltern, Lehrerinnen und andere Bezugspersonen erreicht.
- Das **Referat Erziehung und Bildung** der Stadt Gelsenkirchen führt neben der Möglichkeit der Einzelberatung, Suchtpräventionstage für Jugendliche sowie ein Aktiv-Wochenende, als Angebot der Suchtprävention, durch⁴³. Die Möglichkeit zur Einzelberatung hält das Referat Erziehung und Bildung für Jugendliche sowie für Eltern vor.
- Der überregionale **Wettbewerb „Be Smart – Don´t Start“** wird auch in Gelsenkirchen durchgeführt. Dabei soll der Klassenverbund gestärkt und das positive Image des Nicht-Rauchens gefördert werden, damit die Schülerinnen und Schüler nicht mit dem Rauchen

⁴⁰ vgl. Kuntz, Lampert, (2016).

⁴¹ vgl. Kuntz, Lampert, (2016).

⁴² vgl. Sucht-Jugend-Kommunikation e.V. und gGmbH des Kontaktzentrums in Gelsenkirchen (o.a.).

⁴³ vgl. Stadt Gelsenkirchen (o.a.) Erzieherischer (präventiver) Kinder- und Jugendschutz.

beginnen⁴⁴. In der Regel melden die Lehrer ihre Schulklassen selbst zu dem Wettbewerb an. In Gelsenkirchen haben in dem Schuljahr 2015/ 2016 22 Klassen aus zehn Schulen teilgenommen. Von den zehn Schulen sind fünf Gymnasien, jeweils zwei Real- und Gesamtschulen und eine Hauptschule vertreten. Insgesamt gab es in Gelsenkirchen im Schuljahr 2015/2016 sechs Hauptschulen, sechs Realschulen, sieben Gymnasien, eine Sekundarschule und sechs Gesamtschulen⁴⁵. Es zeigt sich, dass insbesondere das Angebot „Be Smart – Don´t Start“ zur Prävention von Tabakkonsum an Gymnasien stattfindet und weniger an Schulformen bei denen die Wahrscheinlichkeit höher ist, dass die Schüler (später) rauchen werden.

- Zu den Nationalen Gesundheitszielen „Tabakkonsum reduzieren“ gehört auch die Unterstützung von Rauchern bei der Entwöhnung⁴⁶. Neben Krankenkassen und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gibt es weitere Akteure, die Programme dazu anbieten. In Gelsenkirchen bietet zum Beispiel die Caritas seit 2013 qualifizierte **Rauchentwöhnungskurse** unter dem Namen „Rauchfrei“ an⁴⁷. Die Inanspruchnahme-quoten der Kurse sind nicht bekannt.

⁴⁴ vgl. Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (o. a.): Be Smart – Don´t Start. o. S.

⁴⁵ vgl. Stadt Gelsenkirchen (2015), Schülerjahresstatistik 2015/2016, S. 5.

⁴⁶ vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2015) Nationales Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“.

⁴⁷ vgl. Caritas Gelsenkirchen (o.a.): Rauchfrei. o. S.

6. Handlungsempfehlungen – Wie geht es weiter?

In Gelsenkirchen rauchen mehr Menschen als im Nordrhein-Westfälischen Durchschnitt. Darüber hinaus rauchen auch mehr Frauen während der Schwangerschaft als durchschnittlich auf Bundes- und Landesebenen. Aus der Forschung geht hervor, dass verhältnispräventive Maßnahmen, wie das Nichtraucherschutzgesetz, wesentlich wirksamer sind als einzelne verhaltenspräventive Maßnahmen. Eine Kombination aus verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen ist sinnvoll⁴⁸.

In der letzten Sitzung der **Kommunalen Gesundheitskonferenz** Gelsenkirchen wurden die Ergebnisse des vorliegenden Berichts vorgestellt. Dabei wurden durch die Mitglieder der Gesundheitskonferenz folgende **Ziele** festgesetzt:

- Jugendliche und junge Erwachsene fangen nicht an, zu rauchen
- ein Rauchstopp in allen Altersgruppen wird erleichtert
- weniger Frauen rauchen während der Schwangerschaft.

Die Mitglieder der Kommunalen Gesundheitskonferenz machten in der letzten Sitzung Vorschläge, woraus die folgenden Handlungsempfehlungen formuliert wurden. Diese wurden in drei Themenblöcke gegliedert.

Maßnahmen der Verhaltensprävention

- Hauptschulen, Sekundar- und Förderschulen (Schwerpunkt Lernen) in den Fokus nehmen: zum Beispiel mit der Maßnahme „Be Smart – Don´t Start“⁴⁹ sowie bei der Sexualaufklärung im Schulunterricht auf Rauchen in der Schwangerschaft eingehen
- Beratung z.B. in Schwangerschaftsberatungsstellen zum Thema Rauchen einrichten
- bestehende Angebote auf Prävention und Beratung zum Thema Rauchen während der Schwangerschaft überprüfen
- Kooperationen mit Kitas, Familienzentren und Sportvereinen
- Prävention in Grundschulen.

⁴⁸ vgl. Tamayo, M. (2014); vgl. Schaller, K., Braun, S., Viarisio, V., Pöschke-Langer, M. (2014).

⁴⁹ Anmerkung: wie oben dargestellt, wird die Maßnahme „Be Smart – Don´t Start“ vermehrt an Gymnasien durchgeführt, jedoch zeigt sich, dass im Jugendalter weniger Jugendliche, die ein Gymnasium besuchen rauchen, als Jugendliche, die eine Hauptschule besuchen. vgl. BZgA (2015): Drogenaffinitätsstudie, S. 12.

- Neuauflage des städtischen Flyers „Wenn Ihr Kind mitraucht: Merkblatt für rauchende Eltern zum Thema Passivrauchen“ oder intensive Verbreitung von vorhandenen Materialien der BZgA
- Überprüfen, ob und welche Nichtraucher-Kursangebote bei dem Team ABC Aktiv des Jobcenters sinnvoll wären

Maßnahmen der Verhältnisprävention

- Initiierung einer Kampagne „rauchfreies Gelsenkirchen“ (Arbeitstitel)
 - Schirmherren für ein „rauchfreies Gelsenkirchen“ finden
 - Plakatwerbung in Gelsenkirchen – Vorreiterrolle der Stadtverwaltung bezüglich der Vermietung von Plakatflächen: Werbung von Tabakprodukten falls möglich einschränken und ggf. Werbung für ein Rauchfreies Gelsenkirchen machen
 - Partizipativ „rauchfreie Plätze“ identifizieren und forcieren
 - Information an Mediatoren und Multiplikatoren zur Aufklärung von Schwangeren zum Thema Rauchen

Vorgehensweise

- Maßnahmen zur Tabakprävention in der Schwangerschaft werden durch das bestehende Netzwerk „GEsunder Start ins Leben“ bearbeitet.
- Bildung einer zeitlich begrenzten Arbeitsgruppe zur Umsetzung der Handlungsempfehlungen bezogen auf ausgewählte Alters- und Zielgruppen.
- Im Rahmen des Monitorings ist eine erneute Elternbefragung der Schuleingangsuntersuchungen geplant, um herauszufinden, inwieweit die genannten Ziele erreicht wurden. Dabei wird der Fragebogen anhand der in diesem Bericht gewonnen Erkenntnisse überarbeitet (Anzahl der Raucher in der Familie, Rauchverhalten der Mutter und ggf. des Vaters [nie, gelegentlich, regelmäßig], Rauchverhalten während der Schwangerschaft [nie/nicht-Raucherin, aufgehört bei Erkenntnis über Schwangerschaft, selten, regelmäßig]). Darüber hinaus sollte bei einer erneuten Befragung mit einbezogen werden, welche Produkte geraucht werden (E-Zigaretten, Wasserpfeife, etc.).

Literaturverzeichnis

- Ärzteblatt (2017): Warum Nikotin in der Schwangerschaft zu Hörstörungen bei den Kindern führt. Berlin. Unter <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=17&typ=1&nid=73091&s=geburtsgewicht> zuletzt geprüft am 04.09.2017.
- Ärztezeitung (2009): Rauchende Eltern - schlechte Vorbilder: Nachwuchs rauchender Eltern fängt dreimal häufiger selbst an zu rauchen als Kinder nicht rauchender Eltern. Hrsg. Springer Medizin unter https://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/neuro-psychiatrische_krankheiten/suchtkrankheiten/article/550598/rauchende-eltern-schlechte-vorbilder.html zuletzt geprüft am 20.10.2017
- Batra, A., Lindinger, P. (2013): Tabakabhängigkeit: Suchtmedizinische Reihe der DHS. Band 2. Hrsg. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. unter <https://www.bzga.de/infomaterialien/foerderung-des-nichtrauchens/tabakabhaengigkeit-suchtmedizinische-reihe-band-2/> zuletzt geprüft am 16.10.2017
- Bergmann K. E., Bergmann R. L., Ellert und Dedenhausen (2007): Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2007. Springer Medizin Verlag.
- Bibliographisches Institut GmbH (2016): Duden „Kohorte“ <https://www.duden.de/rechtschreibung/Kohorte> zuletzt geprüft am 15.06.2018.
- Blättner, B., Waller, H., 2011, *Gesundheitswissenschaft: Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung*. 5. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Bundesministerium für Gesundheit (2015) Nationales Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“. Unter http://gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?_cms_page=nationale_gz/tabakkonsum zuletzt geprüft am 16.05.2018.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011): Studie bestätigt Vorbildfunktion von Eltern für Rauchbeginn der Kinder. Unter <https://www.rauchfrei-info.de/informieren/news/detail/news/studie-bestaetigt-vorbildfunktion-von-eltern-fuer-rauchbeginn-der-kinder/> zuletzt geprüft am 20.10.2017
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (o.a.): Psychische Abhängigkeit: *Eine besondere Herausforderung beim Rauchstopp – die psychische Abhängigkeit von der Zigarette*. Unter <https://www.rauchfrei-info.de/informieren/rauchen-gesundheit/tabakabhaengigkeit/psychische-abhaengigkeit/> zuletzt geprüft am 03.08.2017.
- Caritas Gelsenkirchen (o.a.): Rauchfrei. unter <https://www.caritas-gelsenkirchen.de/aktuelles/presse/pressemitteilung-programm-rauchfrei?searchterm=Rauchfrei>
- Destatis Statistisches Bundesamt (o.a.): Gesundheitswesen - Fragen zur Gesundheit - Rauchgewohnheiten der Bevölkerung - Mikrozensus 2013 <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitszustand/Rauchgewohnheiten.html;jsessionid=BF9C4912C3FAD45C2E169D36841B1695.cae4> zuletzt geprüft am 04.09.2017.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (o.a.): „Gesundheitliche Folgen des Rauchens“ unter https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Gesundheitliche_Folgen_des_Rauchens.html zuletzt geprüft am 28.07.2017.

- Geschäftsstelle Nordrhein-Westfalen – Geschäftsstelle Qualitätssicherung Nordrhein-Westfalen (2016). Jahresauswertung 2015 Geburtshilfe 16/1 – Nordrhein-Westfalen Gesamt. Berlin: BQS-Institut.
- GKV Spitzenverband (2017): Fragen und Antworten zu DRG unter https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/drg_system/fragen_und_antworten_drg/fragen_und_antworten_drg.jsp zuletzt geprüft am 16.10.2017.
- Gürlich, K., Herr, C., Hendrowarsito, L., Weber, A., Nennstiel-Ratzel, Wildner, M., Liebl, B., Bolte, G., Jörres, R. A., Kolb, S. GME-Studiengruppe (2016): Atemwegs- und Allergierkrankungen bei Kindern: Zeitliche Trends, Stadt-Land-Unterschiede und Assoziationen mit einer Tabakrauchexposition. In Bundesgesundheitsblatt 2016 online publiziert 28. Oktober 2016. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (o. a.): Be Smart – Don't Start. Unter www.besmart.info zuletzt geprüft am 16.05.2018.
- Kolip, Prof. Dr. P., Baumgärtner, Dr. B., et al. (2013). Gesundheitsberichte Spezial. Schwangerschaft und Geburt in Nordrhein-Westfalen: Gesundheitliche Lage und Versorgung von Frauen in Nordrhein-Westfalen während der Schwangerschaft und rund um die Geburt. Düsseldorf: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. Zu finden unter: https://www.lzg.nrw.de/media/pdf/ges_bericht/gesundheitsberichte-nrw-spezial/gesundheitsberichte_spezial_schwangerschaft_und_geburt.pdf zuletzt abgerufen am 07.03.2017.
- Kuntz, B., Lampert, T. (2016). Soziale Unterschiede im mütterlichen Rauchverhalten während der Schwangerschaft: Vergleich zweier deutscher Geburtskohorten (1996–2002 und 2003–2012) auf Basis der KiGGS-Studie. In Geburtshilfe, Frauenheilkunde (2016) 76. Thieme Connect. https://www.thieme-connect.de/media/gebfra/201603/supmat/10-1055-s-0042-100207-sup_gf1023.pdf Aufgerufen am 12.08.2016, 08:30 Uhr.
- Lademann, J., Kolip, P., Deitermann, B., Bucksch, J., Schwarze, M. (2005). Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) (2008): Jahresbericht 2006. Schulärztliche Untersuchungen in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.
- Landeszentrum Gesundheit (2017): 02.03_02 Lebensbaum-Grafik: Bevölkerung nach Geschlecht, Alter, Deutsche, Ausländer, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 1980-2015, 2040 unter https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/ges_indi/indikatoren_kreise/themen2/index.html zuletzt geprüft am 06.10.2017.
- Landeszentrum Gesundheit (o.a.): Indikator 2.21: Arbeitslosenquote in % der Erwerbspersonen 2015 unter <https://www.lzg.nrw.de/nocms/gesundheitsberichterstattung/nrw-kreisprofile/SM/atlas.html?select=05111000> Zuletzt geprüft am 08.09.2017
- Landeszentrum Gesundheit NRW (o.a.): Kommentar Indikator 2.6_01 (L): Bevölkerung nach dem Migrationsstatus, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Zensus 2011 unter https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/ges_indi/indikatoren_kreise/themen2/index.html
- Landeszentrum Gesundheit (o.a.). Indikator 2.13_01: Anteil der Bevölkerung ohne Schulabschluss, Zensus 2011 unter <https://www.lzg.nrw.de/nocms/gesundheitsberichterstattung/nrw-kreisprofile/SM/atlas.html?select=05111000> zuletzt geprüft am 18.08.2017
- Mielck, A., Lungen, M., Siegel, M., Korber, K. (2012) Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit: Wirksame Bildungsinvestitionen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. Unter <http://www.bertelsmann-stif->

- [tung.de/fileadmin/files/user_upload/Studie_Folgen_unzureichender_Bildung_fuer_die_Gesundheit.pdf](#) Zuletzt überprüft am 21.03.2017
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (Hrsg.) (2016): Landesgesundheitsbericht NRW 2015: Informationen zur Entwicklung von Gesundheit und Krankheit in Nordrhein-Westfalen. unter www.lzg.nrw.de/9109654 zuletzt geprüft am 19.09.2017
 - Orth, B. (2016). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
 - Schaller, Braun, Pöschke-Langer (2014): Erfolgsgeschichte Nichtrauchererschutz in Deutschland: Steigende Unterstützung in der Bevölkerung für gesetzliche Maßnahmen. In Gesundheitsmonitor. Hrsg. Bertelsmann Stiftung, Barmer GEK. Unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/17_Gesundheitsmonitor/Gesundheitsmonitor_NL_4_2014.pdf zuletzt geprüft am 19.09.2017.
 - Schaller, K., Braun, S., Viarisio, V., Pöschke-Langer, M. (2014): „Tabakprävention in Deutschland: Was wirkt wirklich?“ *Zeitschrift für Gesundheitsförderung* 37, Nr. 1: 22–25.
 - Schuster, A., Elflein, H., Pokora, R., Urschitz, M. S. (2017): Kindlicher Strabismus in Deutschland: Prävalent und Risikogruppe: Ergebnisse der KiGGS-Studie. In Bundesgesundheitsblatt 2017 online publiziert 06. Juli 2017. Springer-Verlag GmbH Deutschland.
 - Stadt Gelsenkirchen (2013): Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Gelsenkirchen: Ausgewählte Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen 2006 bis 2011. Unter https://www.gelsenkirchen.de/de/stadtprofil/stadtfakten/statistiken/doc/bericht_kindergesundheit_2013.pdf zuletzt geprüft am 11.09.2017
 - Stadt Gelsenkirchen (2015 a): Bildung in Zahlen: Schülerjahresstatistik 2015/2016. Gelsenkirchen unter: https://www.gelsenkirchen.de/de/Bildung/Kommunales_Bildungsbuero/Bildung_in_Zahlen/Schulerjahresstatistik.aspx zuletzt geprüft am 19.09.2017.
 - Stadt Gelsenkirchen (o.a.) Erzieherischer (präventiver) Kinder- und Jugendschutz unter https://www.gelsenkirchen.de/de/Familie/Beratung_und_Hilfe/Kinder-_und_Jugendschutz/Erzieherischer_Kinder-_und_Jugendschutz.aspx Zuletzt geprüft am 06.10.2017.
 - Statistische Ämter des Bundes und der Länder (o.a.): „Zensus 2011: Die Haushaltebefragung: Wie viele Einwohner hat Deutschland, wie sind sie ausgebildet und was arbeiten sie?“. https://www.zensus2011.de/DE/Zensus2011/Methode/Methode_HH_node.html;jsessionid=6F899550EC255B3480EE9A1CACFACD8F.1_cid380 Zuletzt geprüft am 9. Juni 2017.
 - Sucht-Jugend-Kommunikation e.V. und gGmbH des Kontaktcentrums in Gelsenkirchen (o.a.) unter www.drogenberatung-kc.de Zuletzt geprüft am 06.10.2017.
 - Tamayo, M. „Nichtraucherschutz: Was bewirken Gesetze?“ *Blickpunkt öffentliche Gesundheit*, Nr. 3 (2014).
 - *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie* 2/2012: Gynäkologie und Geburtshilfe (2012): Rauchen während der Schwangerschaft. Thieme Verlagsgruppe unter <https://www.thieme.de/de/gynaekologie-und-geburtshilfe/rauchen-waehrend-der-schwangerschaft-100131.html> zuletzt geprüft am 26.04.2017

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schulbildung in Gelsenkirchen – Vergleich der Kohorte und der Gesamtstadt	7
Abbildung 2: Berufsausbildung der befragten Eltern	8
Abbildung 3: Aktuelle Berufstätigkeit der Eltern – eigene Angaben bei der Schuleingangsuntersuchung 2015/2016	9
Abbildung 4: Bildungsindex der befragten Elternzusammengefasst	10
Abbildung 5: Geburtsgewicht der untersuchten Kinder der Kohorte – retrospektive Befragung bei der SEU	10
Abbildung 6: Neugeborene mit einem niedrigen Geburtsgewicht in Gelsenkirchen und NRW im Vergleich	11
Abbildung 7: Rauchverhalten der Bevölkerung* in NRW und Gelsenkirchen nach Mikrozensus	13
Abbildung 8: Anteil an Familien, in der ein oder mehr Familienmitglieder rauchen, in Prozent	14
Abbildung 9: Zusammenhang der Bevölkerung (der über 15 Jährigen) ohne Schulabschluss und Raucheranteil der nordrhein-westfälischen Kreise und kreisfreien Städte	16
Abbildung 10: Bildungsindex und Anzahl der Raucher in der Familie	17
Abbildung 11: Zeitlicher Vergleich der Anteile der Raucher in der Familie in Prozent 2015/2016 und 2001	18
Abbildung 12: Mütterliches Rauchen während der Schwangerschaft in Gelsenkirchen	20
Abbildung 13: Rauchen während der Schwangerschaft nach Bildungsindex	21
Abbildung 14: Rauchen in der Schwangerschaft nach Migrationshintergrund	21
Abbildung 15: Rauchen in der Schwangerschaft und Geburtsgewicht des Kindes	22