



Rauchverhalten der Berliner Bevölkerung

Einleitung

Weltweit sterben laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) jedes Jahr fast acht Millionen Menschen an den Folgen des Rauchens (1). Auch in Deutschland ist der Tabakkonsum das schwerwiegendste vermeidbare Gesundheitsrisiko und die häufigste Ursache vorzeitiger Sterblichkeit. Etwa jeder siebte Todesfall und knapp jede fünfte Krebsneuerkrankung ist in Deutschland Schätzungen zufolge dem Rauchen zuzuschreiben (2, 3). Allein in Berlin starben im Jahr 2013 geschätzt über 5.000 Personen an den Folgen des Rauchens (2). Die Prävention des Tabakkonsums und der damit einhergehenden gesundheitlichen Folgen ist daher nach wie vor eine große gesundheitspolitische Herausforderung. Neben dem Schutz der Bevölkerung vor Passivrauch, der Unterstützung von Raucherinnen und Rauchern bei der Entwöhnung, der verbindlichen Einführungen von Warnhinweisen und Werbeverboten sowie regelmäßiger Tabaksteuererhöhungen stellt auch das kontinuierliche Monitoring des Rauchverhaltens der Bevölkerung eine wichtige Säule der Tabakprävention dar (4, 5). In dieser Publikation werden Daten zu zeitlichen Trends und sozialen Unterschieden im Rauchverhalten in Berlin dargestellt und eingeordnet.

Methoden

Die Daten zur zeitlichen Entwicklung der Rauchprävalenz bei erwachsenen Berlinerinnen und Berlinern entstammen dem Mikrozensus. Dabei handelt es sich um eine repräsentative Haushaltsbefragung, bei der jedes Jahr 1 % der in Deutschland lebenden Personen (in Berlin etwa 18.000 Haushalte) zu ihren Lebensbedingungen befragt werden (6). Die Teilnahme am Mikrozensus ist für die zufällig ausgewählten Personen grundsätzlich verpflichtend. Das Rauchverhalten wird alle vier Jahre bei Personen ab 15 Jahren im Rahmen eines Gesundheitsmoduls des Mikrozensus erfragt, es basiert jedoch auf freiwilligen Angaben. Zuletzt erfolgte die Erfassung von Gesundheitsdaten im Rahmen des Mikrozensus 2017. Das Rauchverhalten wurde anhand der Frage „Rauchen Sie gegenwärtig?“ (Antwortkategorien: „ja, regelmäßig“, „ja, gelegentlich“, „nein“, „keine Angabe“) erfasst. Berichtet wird der Anteil der aktuell rauchenden Personen (regelmäßig oder gelegentlich).

Daten zur Passivrauchbelastung, zum E-Zigarettenkonsum und zu sozialen Unterschieden im Rauchverhalten liegen über die Studie Gesundheit in Deutschland Aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) vor. Die Studie des Robert Koch-Instituts erhebt Daten zum Gesundheitszustand, zum Gesundheitsverhalten und zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in Deutschland. Dazu werden seit 2008 wiederholte Querschnittsbefragungen durchgeführt. Zwischen April 2019 und September 2020 wurden in GEDA 2019/2020-EHIS etwa 23.000 zufällig ausgewählte Personen der deutschsprachigen Wohnbevölkerung Deutschlands telefonisch befragt (7). Die Stichprobe schließt 2.077 Personen ab 18 Jahren aus Berlin ein.

Das Rauchverhalten wird dabei anhand der Frage „Rauchen Sie Tabakprodukte, einschließlich Tabakerhitzer?“ (Antwortkategorien: „ja, täglich“, „ja, gelegentlich“, „nein, nicht mehr“, „habe noch nie geraucht“) erhoben. Ausgehend von diesen Antwortkategorien wird hier der Anteil der aktuell (täglich oder gelegentlich) rauchenden und der täglich rauchenden Personen dargestellt. Der Konsum von E-Zigaretten wurde erfasst, in dem die Teilnehmenden gefragt wurden: „Nutzen Sie aktuell elektronische Zigaretten oder ähnliche elektronische Produkte, zum Beispiel E-Shisha, E-Pfeife?“ (Antwortkategorien: „ja, täglich“, „ja, gelegentlich“, „nein, nicht mehr“, „habe ich noch nie genutzt“). Die Passivrauchbelastung wurde mit der Frage erhoben „Wie oft sind Sie in geschlossenen Räumen Tabakrauch ausgesetzt?“ (Antwortkategorien: „täglich, 1 Stunde oder mehr“, „täglich, weniger als 1 Stunde“, „mindestens 1 Mal pro Woche (aber nicht täglich)“, „weniger als 1 Mal pro Woche“, „nie oder fast nie“). Berichtet wird der Anteil der nichtrauchenden Personen, die täglich („täglich, 1 Stunde oder mehr“ oder „täglich, weniger als 1 Stunde“) Passivrauch in Innenräumen ausgesetzt sind. Die Datenauswertungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Berliner Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2019) hinsichtlich Geschlecht, Alter und Bildung korrigiert.

Um Aussagen zur Passivrauchbelastung von Kindern und Jugendlichen treffen zu können, wird auf die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen im Land Berlin zurückgegriffen. Im Rahmen der Grundausswertung der Einschulungsuntersuchungen werden seit 2013 alle Kinder einbezogen, die in dem betreffenden Jahr zum ersten Mal zu einer Einschulungsuntersuchung vorgestellt werden (unabhängig von einem Rückstellungsantrag). Neben den reinen Untersuchungsergebnissen werden auch soziodemographische Merkmale sowie Angaben zum Gesundheitsverhalten erfasst und ausgewertet. Um die kindliche Exposition gegenüber Tabakrauch, vor allem aber das Rauchverhalten der unmittelbaren Bezugspersonen des Kindes in seiner Vorbildfunktion für das spätere eigene Gesundheitsverhalten zu erfassen, wird das aktuelle Rauchverhalten der mit dem Kind in einem Haushalt lebenden rauchenden Personen erfasst. Für die Auswertungen werden die Angaben zusammengefasst in die Kategorie „mindestens eine rauchende Person im Haushalt“.

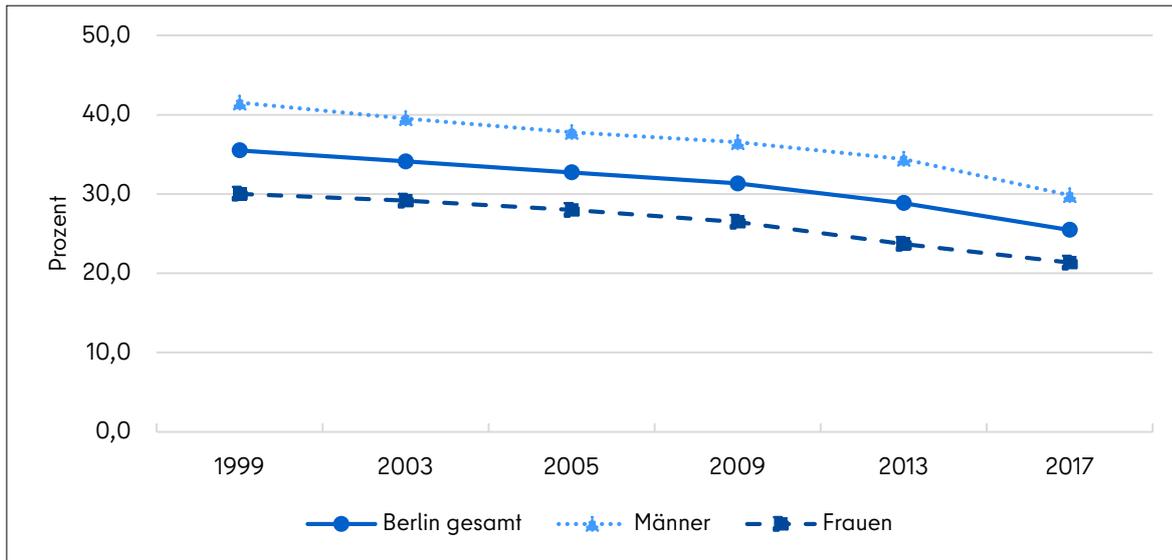
Ergebnisse

Im Jahr 2017 rauchten laut Mikrozensus 25,5 % der Berliner Bevölkerung ab 15 Jahren zumindest gelegentlich. In Berlin liegt der Anteil der Raucherinnen und Raucher damit höher als der Bundesdurchschnitt von 22,5 % (8).

Männern rauchen laut Mikrozensus mit 29,9 % deutlich häufiger als Frauen mit 21,3 %. Seit 1999 ist der Anteil der Raucherinnen und Raucher in Berlin kontinuierlich um insgesamt zehn Prozentpunkte gesunken (Abbildung 1). Betrachtet man die zeitliche Entwicklung differenziert nach Altersgruppen (Abbildung 2) zeigt sich, dass der Rückgang insbesondere in den jüngeren Altersgruppen erfolgte: Gaben 1999 noch rund 36,0 % der 15- bis 24-Jährigen an, zumindest gelegentlich zu rauchen, waren es 2017 nur noch 19,0 %. Dieser Rückgang ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass

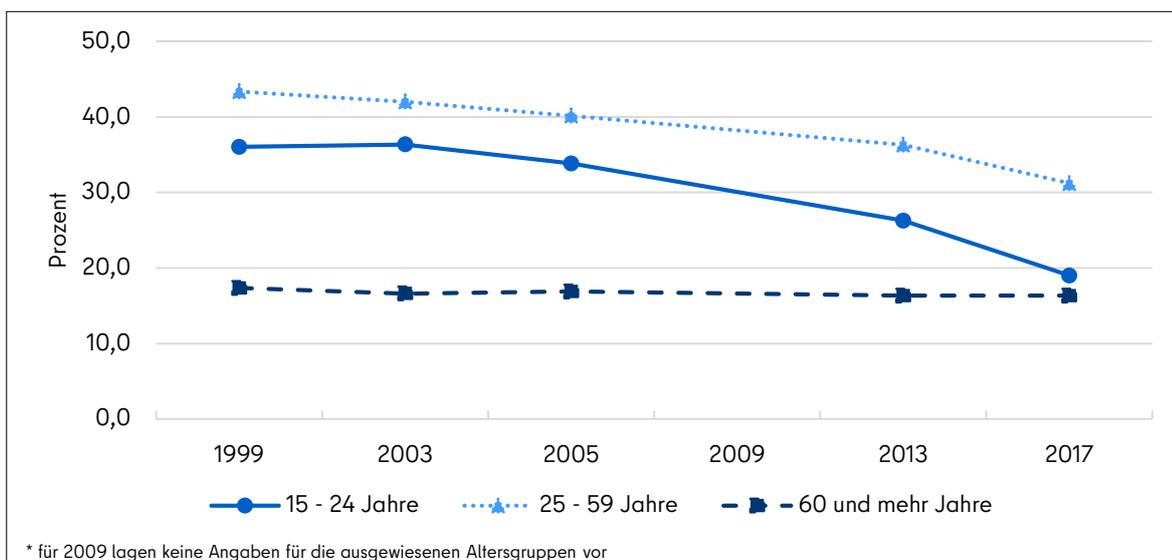
seit dem Jahrtausendwechsel immer weniger Jugendliche mit dem Rauchen beginnen (9, 10). In der Altersgruppe ab 60 Jahre ist der Anteil der Raucherinnen und Raucher in den letzten 20 Jahren weitgehend konstant geblieben.

Abbildung 1:
Anteil der Raucher und Raucherinnen ab 15 Jahren an der nach den Rauchgewohnheiten befragten Bevölkerung nach Geschlecht in Berlin 1999 bis 2017 (Anteil in %)



(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGPG - I A -)

Abbildung 2:
Anteil der Raucher und Raucherinnen ab 15 Jahren an der nach den Rauchgewohnheiten befragten Bevölkerung nach Altersgruppen* in Berlin 1999 bis 2017 (Anteil in %)

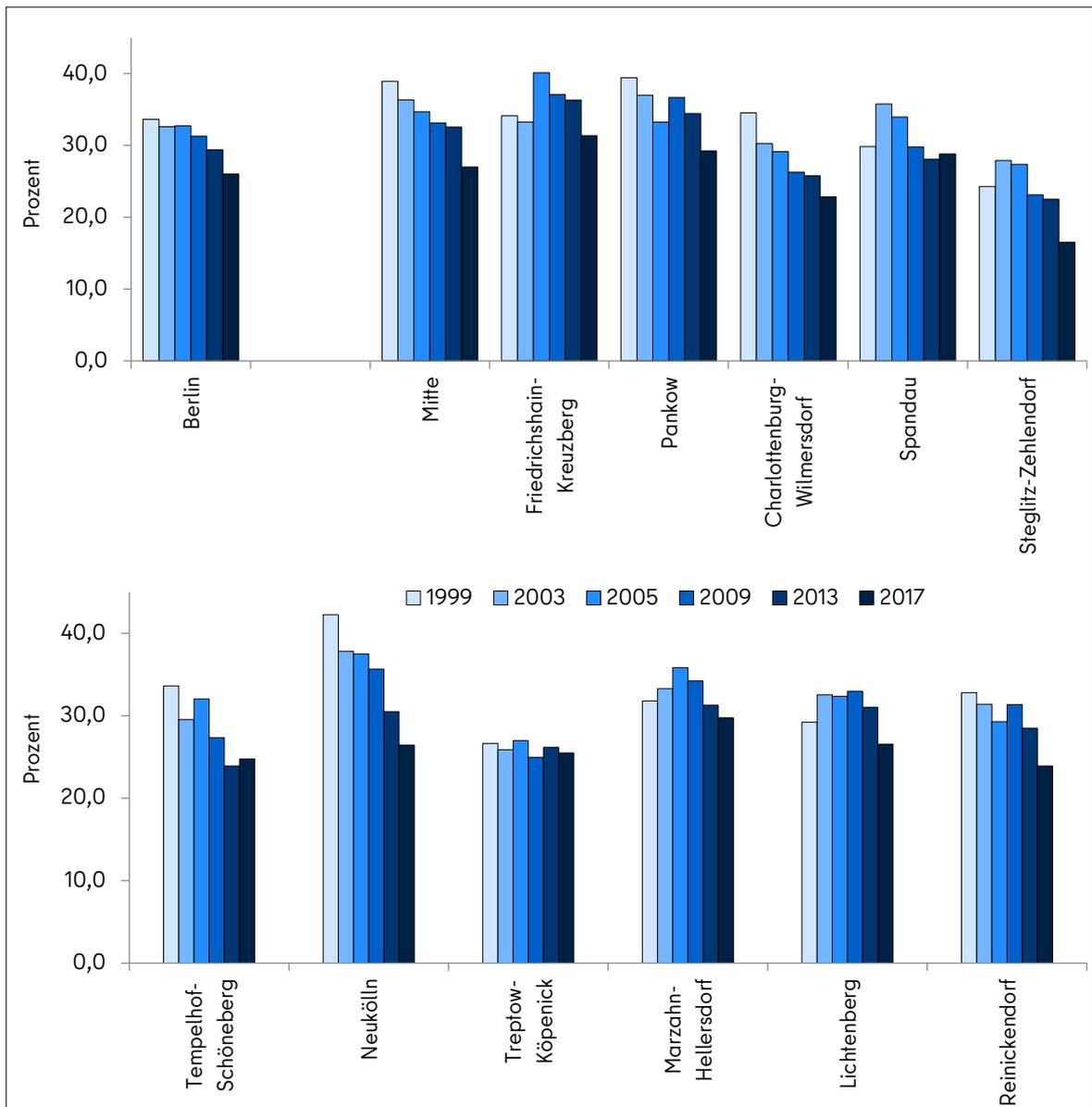


* für 2009 lagen keine Angaben für die ausgewiesenen Altersgruppen vor

(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGPG - I A -)

Beim Blick auf die Entwicklung in den Berliner Bezirken zeigt sich, dass teilweise erhebliche Unterschiede bestehen (Abbildung 3): Während in Steglitz-Zehlendorf nur etwa eine von sechs Personen raucht, ist es in Friedrichshain-Kreuzberg ungefähr eine von drei Personen. Auch die Trendentwicklung unterscheidet sich deutlich zwischen den Bezirken. In vielen Bezirken ist der Anteil der Raucherinnen und Raucher seit 1999 wie im Gesamtberliner Trend mehr oder weniger kontinuierlich gesunken. Beispielsweise ist in Neukölln der Anteil von mehr als 40 % der über 18-Jährigen auf 26 % im Jahr 2017 zurückgegangen. Für andere Bezirke, wie Friedrichshain-Kreuzberg, Steglitz-Zehlendorf, Marzahn-Hellersdorf und Lichtenberg, lässt sich zu Beginn des Jahrtausends zunächst ein Anstieg beobachten, an den sich ein Rückgang in den darauffolgenden

Abbildung 3:
Anteil der Raucher und Raucherinnen ab 18 Jahren an der nach den Rauchgewohnheiten befragten Bevölkerung in Berlin nach Bezirken 1999 bis 2017 (Anteil in %)



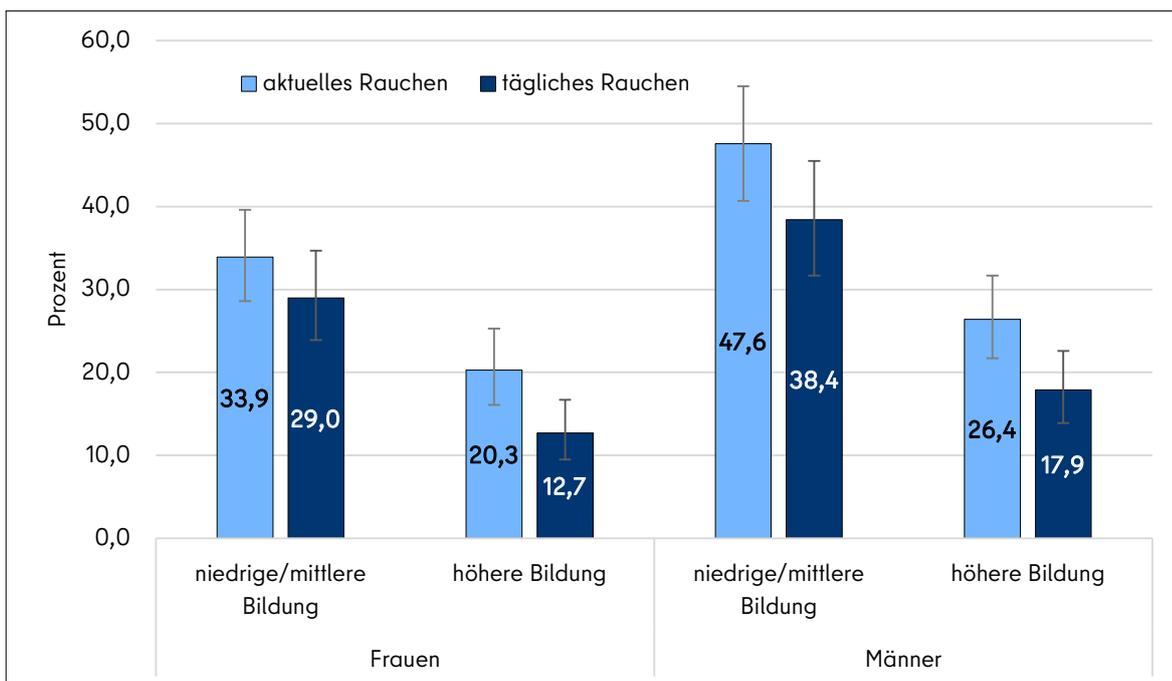
(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGPG - I A -)

Erhebungswellen anschloss. Während in Treptow-Köpenick im Zeitverlauf nur unwesentliche Veränderungen aufgetreten sind, zeigt sich Tempelhof-Schöneberg und Spandau zuletzt sogar ein geringfügiger Anstieg beim Anteil der Raucherinnen und Raucher.

Soziale Unterschiede

Gesundheit und Krankheit sind auch in Berlin sozial ungleich verteilt. Sozial benachteiligte Personengruppen bewerten ihre Gesundheit schlechter und leiden häufiger an weit verbreiteten Krankheiten wie Diabetes oder Herz-Kreislaufkrankheiten. Viele dieser Krankheiten werden stark durch das Gesundheitsverhalten – wie beispielsweise dem Rauchen – beeinflusst. Das Gesundheitsverhalten trägt damit wesentlich zur sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit bei, ist seinerseits aber auch maßgeblich durch die Lebenslage einer Person beeinflusst (11). Anhand der Daten der GEDA 2019/2020-EHIS Studie kann der Zusammenhang von sozialer Lage und Rauchstatus auch für Berlin untersucht werden. Es zeigt sich, dass Personen mit höherem Bildungsstatus deutlich seltener rauchen als Personen mit niedrigerem oder mittlerem Bildungsstatus, was im Einklang mit den deutschlandweiten Zahlen steht (12). Noch deutlicher werden die Unterschiede beim täglichen Rauchen: während nur einer von acht der Befragten mit höherem Bildungsstatus angibt, jeden Tag zu rauchen, ist es fast einer von drei der Befragten mit mittlerem oder niedrigerem Bildungsstatus. Diese Unterschiede zeigen sich bei Männern und Frauen gleichermaßen (Abbildung 4).

Abbildung 4:
Anteil der Raucher und Raucherinnen in der deutschsprachigen Berliner Wohnbevölkerung ab 18 Jahren nach Bildungsstatus und Geschlecht in den Jahren 2019/2020 (Anteil in % mit 95 %-Konfidenzintervall)

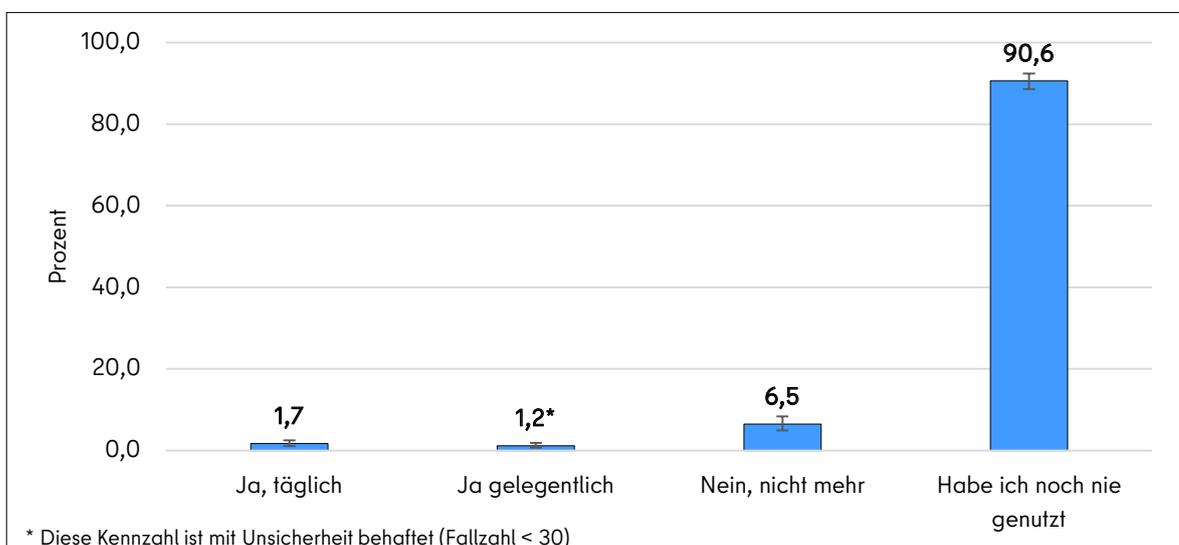


(Datenquelle: RKI, GEDA 2019/2020-EHIS / Berechnung und Darstellung: SenGPG - I A -)

E-Zigarette

In den letzten Jahren sind zahlreiche neue Tabak- und Nikotinprodukte auf den Markt gekommen, die der klassischen Tabakzigarette zunehmend Konkurrenz machen. Die E-Zigarette, in der eine häufig nikotinhaltige Flüssigkeit verdampft wird, wird dabei aus Public-Health-Sicht sehr unterschiedlich wahrgenommen (13, 14). Einerseits wird teilweise die Gefahr gesehen, dass insbesondere Kinder und Jugendliche über die - auch durch E-Zigarettenkonsum mögliche - Nikotinabhängigkeit an herkömmliche Tabakprodukte herangeführt werden. Andererseits kann der Umstieg von langjährigen Raucherinnen und Rauchern auf die E-Zigarette die gesundheitlichen Folgen des Rauchens deutlich reduzieren (harm reduction). Trotz der großen öffentlichen Wahrnehmung der E-Zigarette zeigen die Daten der GEDA 2019/2020-EHIS-Studie, dass nur ein kleiner Teil der Berlinerinnen und Berliner Erfahrungen mit der E-Zigarette gemacht hat („dampfen“). Nur etwa einer von zehn Teilnehmenden gab an, jemals E-Zigaretten konsumiert zu haben (vgl. Abbildung 5). Deutlich weniger, nämlich rund 3 % der Teilnehmenden, dampften zum Befragungszeitpunkt (rund die Hälfte davon täglich).

Abbildung 5:
Anteil der E-Zigaretten-Konsumentinnen und Konsumenten („Dampfer“) in der deutschsprachigen Berliner Wohnbevölkerung ab 18 Jahren in den Jahren 2019/2020 (Anteil in % mit 95 %-Konfidenzintervall)



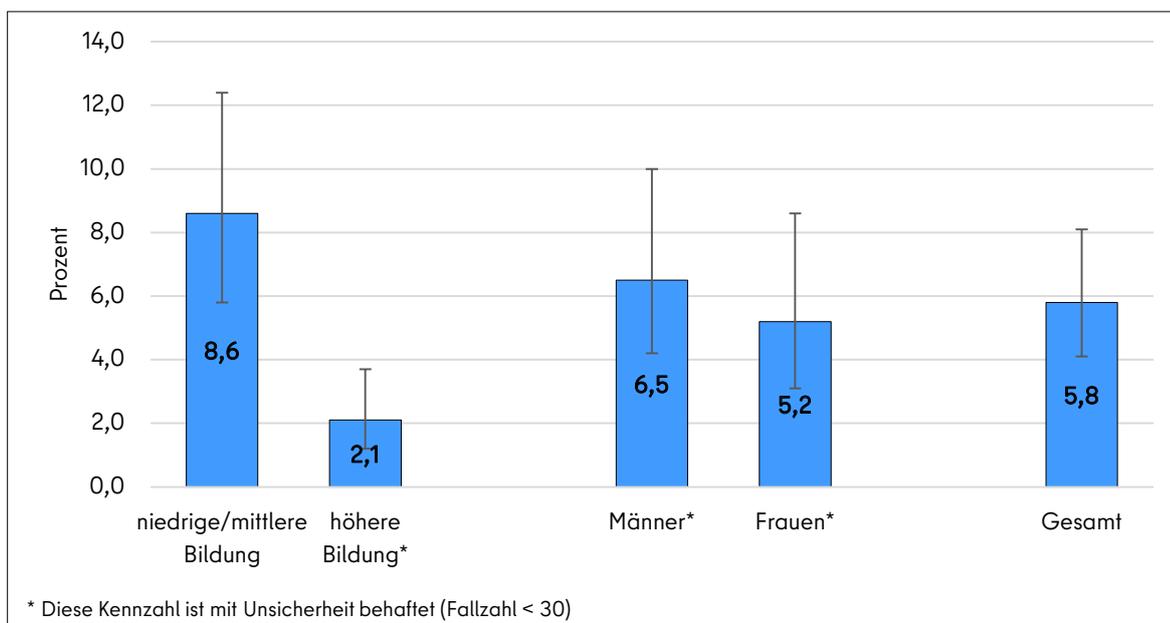
(Datenquelle: RKI, GEDA 2019/2020-EHIS / Berechnung und Darstellung: SenGPG - I A -)

Passivrauchbelastung

Rauchen kann nicht nur zu zahlreichen negativen gesundheitlichen Konsequenzen bei den aktiven Raucherinnen und Rauchern führen, sondern schadet auch Personen, die regelmäßigem Passivrauch ausgesetzt sind. Passivrauchen, also das unfreiwillige Einatmen von Tabakrauch aus der Umgebungsluft, kann dabei zu denselben Auswirkungen führen wie das aktive Rauchen, wenn auch - durch die üblicherweise geringere Aufnahme der schädlichen Stoffe - in geringerem Ausmaß (15).

Laut der GEDA 2019/2020-EHIS Studie sind rund 6 % der NichtraucherInnen täglicher Passivrauchbelastung ausgesetzt. Männer und Frauen unterscheiden sich dabei nur unwesentlich (Abbildung 6). Auch bei der Exposition gegenüber Passivrauch lassen sich sehr deutliche soziale Unterschiede feststellen: NichtraucherInnen mit niedrigerer bzw. mittlerer Bildung sind mit 8,6 % mehr als viermal so häufig täglich von Passivrauch in Innenräumen betroffen als NichtraucherInnen mit höherer Bildung (2,1 %). Eine Tabelle mit den Ergebnissen der Studie GEDA 2019/2020-EHIS zum Rauchverhalten der erwachsenen Bevölkerung Berlins kann abgerufen werden unter: [Gesundheits- und Sozialinformationssystem](http://www.gsi-berlin.info) (www.gsi-berlin.info).

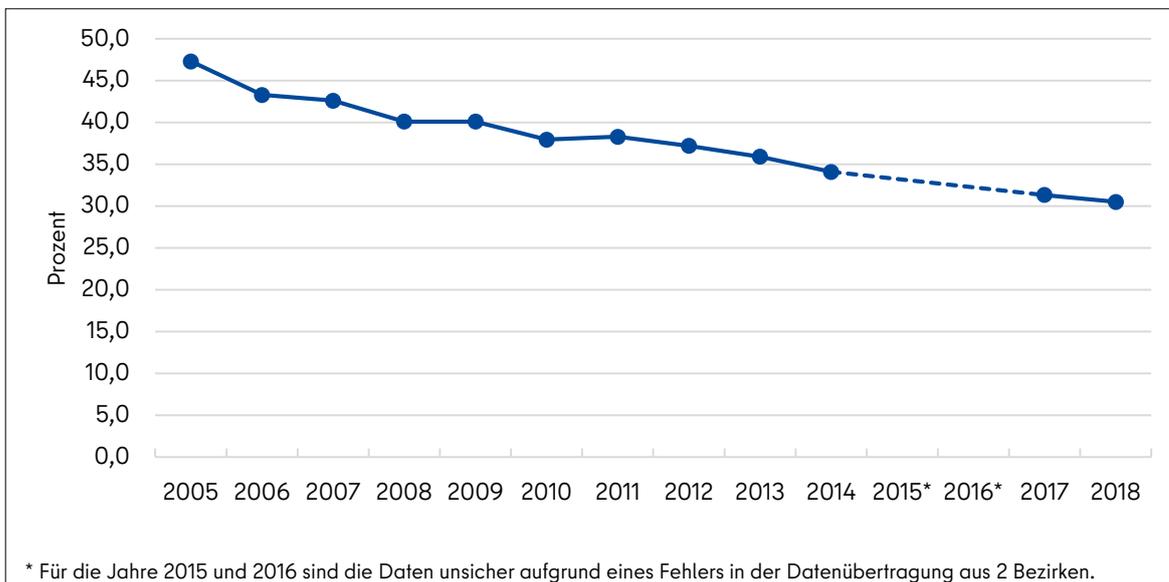
Abbildung 6:
Anteil der NichtraucherInnen und NichtraucherInnen in der deutschsprachigen Berliner Wohnbevölkerung ab 18 Jahren, die täglich Passivrauchbelastung ausgesetzt sind nach Bildungsstatus und Geschlecht in den Jahren 2019/2020 (Anteil in % mit 95 %-Konfidenzintervall)



(Datenquelle: RKI, GEDA 2019/2020-EHIS / Berechnung und Darstellung: SenGPG - I A -)

Kinder sind durch eine höhere Atemfrequenz und dadurch, dass ihre Organe sich noch im Wachstum befinden, besonders durch Passivrauch gefährdet (15). Sind sie regelmäßig Passivrauch ausgesetzt, leiden sie beispielsweise häufiger an Asthma oder Atemwegsinfekten (16). Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung wird erfasst, ob Kinder mit einer rauchenden Person gemeinsam im Haushalt leben. Da es sich bei der Untersuchung um eine Vollerhebung eines Jahrgangs der Berliner Bevölkerung im Alter von ca. 5 Jahren handelt, können die Ergebnisse regional differenziert auf der Ebene der Berliner Prognoseräume dargestellt werden (17). Die Daten zeigen, dass 31,5 % der untersuchten Einschulkinder im Jahr 2018 in einem Haushalt mit mindestens einer rauchenden Person lebten. In der zeitlichen Betrachtung (Abbildung 7) ist ein kontinuierlicher Rückgang des Anteils der Kinder mit rauchenden Haushaltsangehörigen (zum Beispiel: 2008: 40 %) zu beobachten.

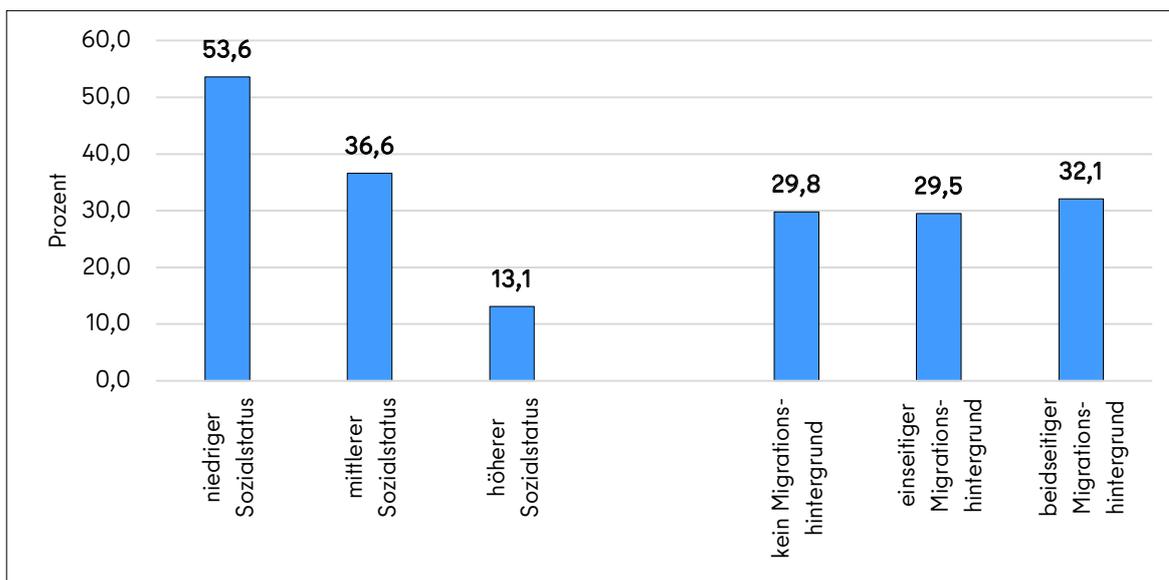
Abbildung 7:
Anteil der Einschülerinnen und Einschüler mit mindestens einer rauchenden Person im Haushalt in Berlin in den Jahren 2005 - 2018 (Anteil in %)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGPG - I A -)

Auch bei der potentiellen Passivrauchbelastung von Kindern lässt sich ein deutlicher Sozialgradient erkennen (Abbildung 8). Während Kinder aus Familien mit höherem Sozialstatus zu 13,1 % mit mindestens einer rauchenden Person im Haushalt aufwachsen, ist es jedes zweite Kind aus Familien mit niedrigerem Sozialstatus. Fast keine Unterschiede zeigen sich hinsichtlich des Migrationshintergrundes der Einschulkinder.

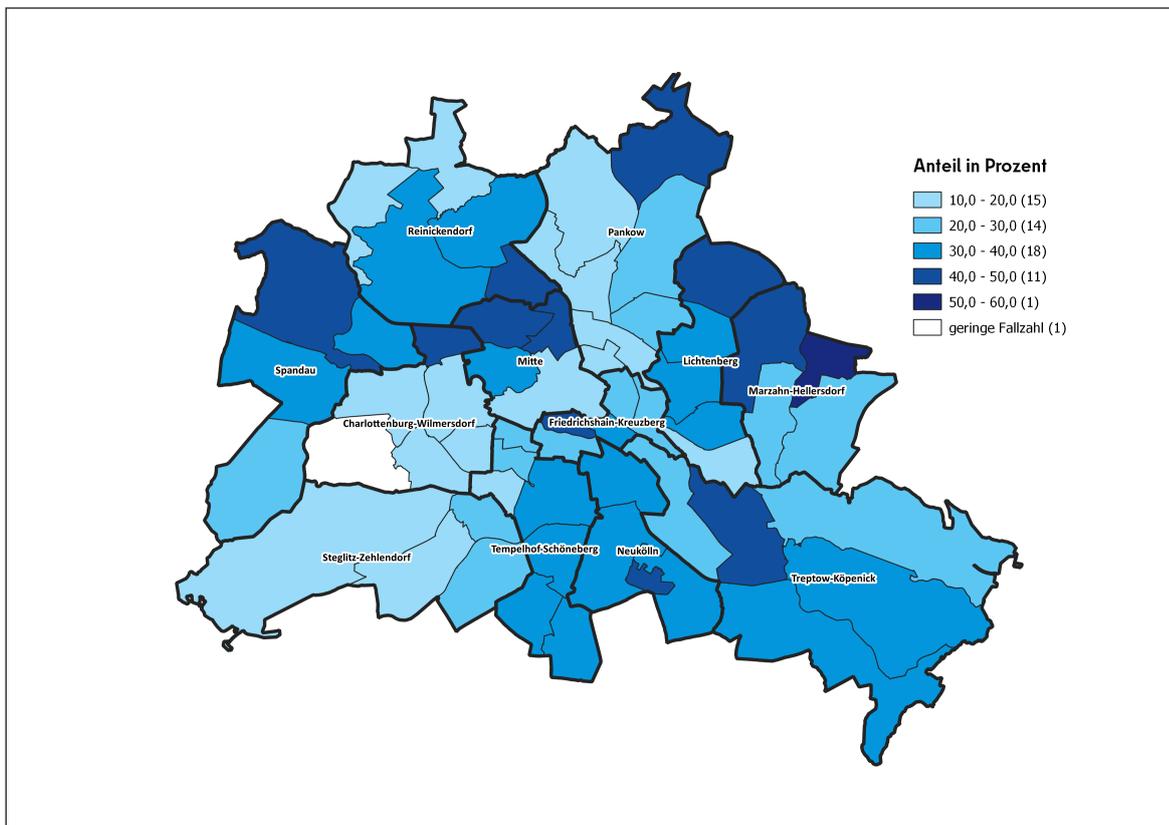
Abbildung 8:
Anteil der Einschülerinnen und Einschüler mit mindestens einer rauchenden Person im Haushalt in Berlin 2018 nach Sozialstatus und Migrationshintergrund (Anteil in %)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGPG - I A -)

In Abbildung 9 ist der Anteil der Einschüler und Einschülerinnen in den Berliner Prognoseräumen dargestellt, die mit mindestens einer rauchenden Person gemeinsam im Haushalt leben, wobei sich erheblich Unterschiede innerhalb Berlins zeigen. Während insbesondere in Steglitz-Zehlendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf und Pankow nur sehr wenige Kinder mit Raucherinnen und Rauchern zusammenleben, betrifft dies in einigen Prognoseräumen in den Ortsteilen Hellersdorf, Marzahn und Hohenschönhausen fast jedes zweite Kind. Auch im nördlichen Spandau, im Ortsteil Wedding im nördlichen Kreuzberg, in der Gropiusstadt, in Oberschöneweide und in Buch lebt ein hoher Anteil der untersuchten Kinder gemeinsam mit einer rauchenden Person im Haushalt.

Abbildung 9: Anteil Einschülerinnen und Einschüler mit mindestens einer rauchenden Person im Haushalt 2018 in Berlin nach Prognoseräumen



(Datenquelle: SenGPG / Berechnung und Darstellung: SenGPG - I A -)

Eine Tabelle mit den Ergebnissen der Einschulungsuntersuchungen zum Aufwachsen mit rauchenden Personen im Haushalt kann abgerufen werden unter:

[Gesundheits- und Sozialinformationssystem](http://www.gsi-berlin.info) (www.gsi-berlin.info).

Zusammenfassung

In Industrienationen wie Deutschland ist der Tabakkonsum das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko für die Bevölkerung und die häufigste Ursache einer vorzeitigen Sterblichkeit. Laut Mikrozensus raucht rund ein Viertel der Berliner Bevölkerung (ab 15 Jahren) zumindest gelegentlich, wobei Männer häufiger rauchen als Frauen. Der zu beobachtende Rückgang der letzten Jahre ist dabei im Wesentlichen auf einen

Rückgang in den jüngeren Altersgruppen zurückzuführen. Zwischen den Berliner Bezirken existieren sowohl was den Anteil der Raucherinnen und Raucher betrifft als auch bei der zeitlichen Entwicklung erhebliche Unterschiede.

Beim Tabakkonsum sowie bei der Passivrauchbelastung in Innenräumen zeigen sich anhand der Daten der GEDA-Studie deutliche Differenzen in Bezug auf die soziale Lage: Personen mit hohem Bildungsstatus rauchen seltener und sind in wesentlich geringerem Umfang durch Passivrauch belastet als Personen mit einfachem oder mittlerem Bildungsstatus.

Auch die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen zeigen, dass der Anteil der Kinder, die mit einer rauchenden Person gemeinsam im Haushalt leben, in den letzten Jahren gesunken ist. Immer noch betrifft dies aber fast jedes dritte Kind. Auch hier zeigt sich ein sehr deutlicher sozialer Gradient. Zudem lassen sich zwischen den Berliner Prognoseräumen gravierende Unterschiede feststellen.

Literatur

1. World Health Organization. Tobacco: Fact sheet: WHO; 2021 [Stand: 08.10.2021]. Verfügbar unter: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
2. Mons U, Gredner T, Behrens G, Stock C, Brenner H. Krebs durch Rauchen und hohen Alkoholkonsum: Schätzung der attributablen Krebslast in Deutschland. Deutsches Ärzteblatt 2018; 115(35-26):571-7. doi: 10.3238/arztebl.2018.0571.
3. Mons U, Kahnert S. Neuberechnung der tabakattributablen Mortalität - Nationale und regionale Daten für Deutschland. Das Gesundheitswesen 2019; 81(1):24-33. doi: 10.1055/s-0042-123852.
4. Graen L, Schaller K. Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040. Deutsches Krebsforschungszentrum; Deutsche Krebshilfe; Aktionsbündnis Nichtraucher, Hrsg. 2021.
5. World Health Organization. MPOWER: WHO; 2021 [Stand: 08.10.2021]. Verfügbar unter: <https://www.who.int/initiatives/mpower>.
6. Destatis. Was ist der Mikrozensus?; 2021 [Stand: 05.10.2021]. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Methoden/mikrozensus.html>.
7. Allen J, Born S, Damerow S, Kuhnert R, Lemcke J, Müller A et al. Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) - Hintergrund und Methodik. Journal of Health Monitoring 2021; 6(3). doi: 10.25646/8558.
8. Destatis. Mikrozensus - Fragen zur Gesundheit: Rauchgewohnheiten der Bevölkerung; 2018 [Stand: 05.10.2021]. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitszustand-Relevantes-Verhalten/Publicationen/Downloads-Gesundheitszustand/rauchgewohnheiten-5239004179004.pdf?__blob=publicationFile.

9. Zeiher J, Finger J, Kuntz B, Hoebel J, Lampert T, Starker A. Zeitliche Trends beim Rauchverhalten Erwachsener in Deutschland Ergebnisse sieben bundesweiter Gesundheitssurveys 1991-2015. Bundesgesundheitsbl. 2018; 61(11). doi: 10.1007/s00103-018-2817-9.
10. Orth B, Merkel C. Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019: Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Hrsg. 2020. doi: 10.17623/BZGA:225-DAS19-DE-1.0.
11. Kuntz B, Zeiher J, Hoebel J, Lampert T. Soziale Ungleichheit, Rauchen und Gesundheit. Suchttherapie 2016; 17(03):115–23. doi: 10.1055/s-0042-109372.
12. Richter A, Schienkiwitz A, Starker A, Krug S, Domanska O, Kuhnert R et al. Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen bei Erwachsenen in Deutschland - Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS 2021; Journal of Health Monitoring 6(3):28-48. doi: 10.25646/8460.
13. Kuntz B, Zeiher J, Starker A, Lampert T. Tabak - Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hrsg. DHS Jahrbuch Sucht 2020. Lengerich: Pabst; 2020. S. 49-83.
14. Deutsches Krebsforschungszentrum, Hrsg. E-Zigaretten und Tabakerhitzer - ein Überblick [Stand: 05.10.2021]. Verfügbar unter: https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/E-Zigaretten-und-Tabakerhitzer-Ueberblick_Oktober_2020.pdf.
15. Deutsches Krebsforschungszentrum, Hrsg. Tabakatlas Deutschland 2020. Heidelberg; 2020. Verfügbar unter: <https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Tabakatlas-Deutschland-2020.pdf>.
16. Burke H, Leonardi-Bee J, Hashim A, Pine-Abata H, Chen Y, Cook DG et al. Prenatal and Passive Smoke Exposure and Incidence of Asthma and Wheeze: Systematic Review and Meta-analysis. Pediatrics 2012; 129(4):735-44. doi: 10.1542/peds.2011-2196.
17. Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen. Lebensweltlich orientierte Räume (LOR) in Berlin; 2021 [Stand: 16.11.2021]. Verfügbar unter: https://www.stadtentwicklung.berlin.de/planen/basisdaten_stadtentwicklung/lor/index.shtml.

Impressum

Herausgegeben von: Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Abteilung Gesundheit, Referat für Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gesundheitsinformationssysteme, Statistikstelle.
[E-Mail](mailto:gbe@sengpg.berlin.de) (gbe@sengpg.berlin.de),
[SenGPG, Gesundheitsberichterstattung](http://www.berlin.de/sen/gesundheit/service/gesundheitsberichterstattung) (www.berlin.de/sen/gesundheit/service/gesundheitsberichterstattung),
[Gesundheits- und Sozialinformationssystem](http://www.gsi-berlin.info) (www.gsi-berlin.info).
Stand: November 2021