



Factsheet 02

Juni 2020

Aktueller Konsum von Wasserpfeifen in Deutschland

über den Zeitraum Juni 2018 bis Mai 2019

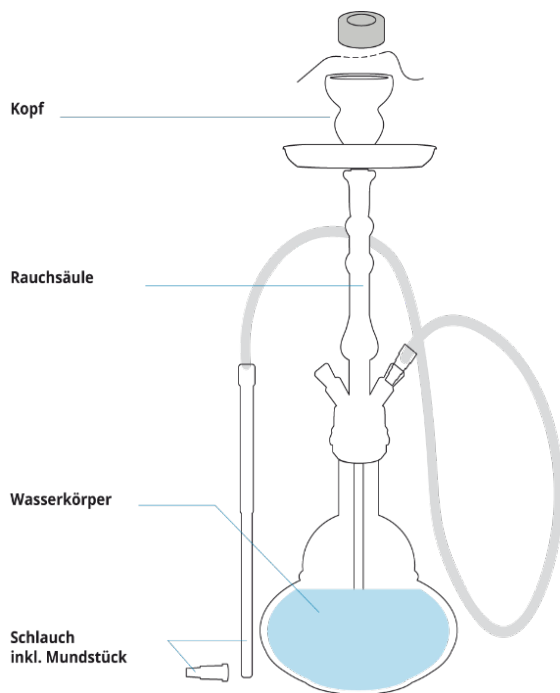


Abbildung 1: Wasserpfeife

Das traditionelle Rauchen einer Wasserpfeife (auch „Shisha“ oder „Narghile“ genannt) ist lange bekannt. Erste Aufzeichnungen hierzu stammen aus dem 16. Jahrhundert aus Indien. Von hier aus verbreitete sie sich weltweit.

In Deutschland ist die Wasserpfeife in den letzten zwei Jahrzehnten populär geworden.^{1,2}

Eine Wasserpfeife besteht meist aus vier Komponenten (Abbildung 1): Einem Kopf, einer Rauchsäule, einem Wasserkörper und mindestens einem Schlauch inklusive Mundstück. Zusätzlich werden eine Heizquelle (klassisch: spezielle Holzkohle, alternativ: elektronische Heizquelle) und spezieller - meist aromatisierter - Wasserpfeifen-Tabak (alternativ: tabakfreie Produkte wie Kräutermischungen, Gele, Dampfsteine) benötigt. Die Kohle wird auf dem Wasserpfeifenkopf platziert. Durch Ziehen an dem Schlauch gelangt der Rauch ins Wasser, kühlt ab und kann leicht in die Lunge inhaliert werden.³ Der Konsum von Wasserpfeifen findet oft in sozialen Kontexten statt (z.B. in Shishabars, oder beim „Chillen“ mit Freunden).

Entgegen der verbreiteten Annahme, ist der Konsum von Wasserpfeifen nicht weniger gesundheitsschädlich als das Rauchen herkömmlicher Tabakzigaretten.⁴

DEBRA Methodik

Persönlich-mündliche Befragung repräsentativer Stichproben der Bevölkerung in Deutschland im Alter von 14 Jahren oder älter (ca. 2.000 Befragte pro Welle).⁵ Fragebogen abrufbar unter: <https://osf.io/ndu6r>

Datengrundlage

Auswertung der Wellen 13 bis 18 (Juni/Juli 2018 bis April/Mai 2019). Frage zum Konsum: „Haben Sie jemals eine Wasserpfeife oder ein ähnliches Produkt genutzt (z.B. Shisha, Hookah)?“

Personen, die diese Frage bejahen werden als Jemals-Nutzer*innen definiert. Die Antwort: „Ja, ich benutze diese bis heute“ definiert aktuelle Nutzer*innen, die weitere Fragen zu ihrem Konsumverhalten erhielten.

Ergebnisse

13,0% der Befragten gaben an, jemals eine Wasserpfeife genutzt zu haben. Der prozentuale Anteil aktueller Wasserpfeifennutzer*innen im Untersuchungszeitraum lag bei 1,8% (1-Jahresprävalenz).

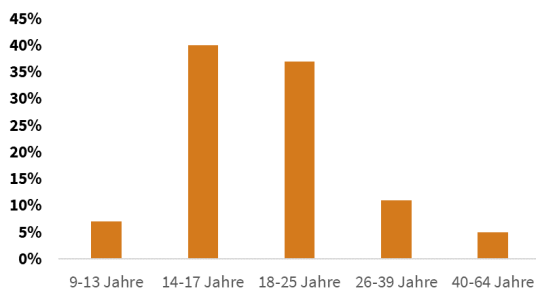


Abbildung 2: Anteil (in %) aktueller Wasserpfeifennutzer*innen in Abhängigkeit ihres Einstiegsalters

Etwa die Hälfte der aktuellen Wasserpfeifennutzer*innen hat mit dem Konsum im Alter von 17 Jahren oder jünger begonnen (Abbildung 2).

Im Gegensatz zum Konsum von Tabakzigaretten – die häufig täglich geraucht werden – wird eine Wasserpfeife nur selten täglich konsumiert (Abbildung 3).

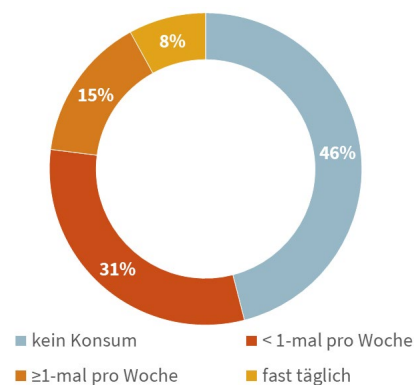


Abbildung 3: Wasserpfeifenkonsum aktueller Nutzer*innen in den letzten 30 Tagen

Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Konsum der Wasserpfeife und weiteren Substanzen, wie z.B. der Tabakzigarette oder der E-Zigarette. So geben 3,9% der aktuellen Tabakraucher*innen und 13,9% der aktuellen E-Zigaretten Nutzer*innen an, aktuell auch Wasserpfeife zu nutzen.

Literatur

1. WHO Study Group on Tobacco Product Regulation (TobReg). Advisory note: Waterpipe tobacco smoking: health effects, research needs and recommended actions by regulators, 2015. [Zugriff 27.05.2020 unter: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161991/9789241508469_eng.pdf].
2. Orth B, Merkel C. Der Rückgang des Zigarettenkonsums Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland und die zunehmende Bedeutung von Wasserpfeifen, E-Zigaretten und E-Shishas. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2018;61(11):1377-87. doi: 10.1007/s00103-018-2820-1
3. Deutsches Krebsforschungszentrum. Wasserpfeifen. Fakten zum Rauchen 2018 [Zugriff 27.05.2020 unter: https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/FzR/FzR_2018_Wasserpfeifen.pdf].
4. Hauser CD, Mailig R, Stadtler H, et al. Waterpipe tobacco smoke toxicity: the impact of waterpipe size. *Tob Control* 2020;29(Suppl 2):s90-s94.
5. Kastaun S, Brown J, Brose LS, et al. Study protocol of the German Study on Tobacco Use (DEBRA): a national household survey of smoking behaviour and cessation. *BMC Public Health* 2017;17(1):378-78.

Autor*innen: Stephanie Klosterhalfen, Dr. Sabrina Kastaun und Univ.-Prof. Dr. Daniel Kotz, Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Schwerpunkt Suchtforschung und klinische Epidemiologie, Centre for Health and Society (chs), Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Förderung DEBRA Studie: 2016-2019 Ministerium für Kultur und Wissenschaft des Landes Nordrhein-Westfalen, seit 2019 Bundesministerium für Gesundheit | www.debra-study.info