

AG 6 Tabakkonsum reduzieren

Basismaßnahmen zur Erreichung des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“

Verabschiedet vom *gesundheitsziele.de*-Ausschuss am 6. Juli 2004

Vorbemerkungen	2
Basismaßnahme 1: Tabaksteuererhöhungen	4
Basismaßnahme 2: Vollständiges Verbot direkter und indirekter Tabakwerbung	6
Basismaßnahme 3: Schutz vor Passivrauchen	8
Basismaßnahme 4: Förderung des Ausstiegs aus der Tabakabhängigkeit	11
Basismaßnahme 5: Maßnahmen zur Verhinderung des Einstiegs in das Rauchen.....	14

Vorbemerkungen

Pro Jahr sterben in Deutschland zwischen 110.000 und 140.000 Menschen an den Folgen des Tabakkonsums. Allein 37.000 Menschen versterben jährlich an einem Bronchialkarzinom, 85% der Fälle sind allein durch das Rauchen verursacht. Bereits bei Personen, die weniger als 10 Zigaretten pro Tag rauchen, steigt das Risiko, an einem Lungenkarzinom zu versterben, um mehr als das 5-Fache. Aber auch das Risiko, an einer Herz-Kreislauf-Krankheit zu erkranken oder zu versterben, ist für Raucher deutlich erhöht. So liegt das Myokardinfarkt-Risiko für Raucher, die 25 und mehr Zigaretten pro Tag rauchen, 5 mal über dem eines Nierauchers.

Für tabakkonsumbedingte Gesundheitsleistungen werden in Deutschland jährlich nahezu 17,5 Milliarden Euro ausgegeben, dies ist etwa 1% des gesamten jährlichen bundesdeutschen Bruttosozialprodukts.

Eine nachhaltige Reduzierung des Tabakkonsums kann nur durch die Umsetzung eines zeitlich und inhaltlich aufeinander abgestimmten Bündels von Maßnahmen erreicht werden ("policy mix"): für eine Reihe von unterschiedlichen Maßnahmen ist durch umfangreiche wissenschaftliche Untersuchungen nachgewiesen, dass sie in Kombination miteinander zu einer Verringerung des Tabakkonsums beitragen ("evidence based strategies").

Als Module eines gebündelten Vorgehens haben sich u.a. folgende Maßnahmen als wirksam erwiesen:

- deutliche und kontinuierliche Erhöhungen der Tabaksteuer
- umfassende Tabakwerbeverbote
- Rauchfreie öffentliche Einrichtungen und Arbeitsplätze/Maßnahmen zum Schutz vor Passivrauchen
- Produktregulierung und Verbraucherinformation
- präventive Maßnahmen zur Verhinderung des Einstiegs in den Tabakkonsum
- Maßnahmen zur Förderung des Ausstiegs aus dem Tabakkonsum
- Flächendeckende Kommunikationsstrategien/Medienkampagnen

Den vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnissen zufolge kann mit diesen Maßnahmen eine spürbare und nachhaltige Änderung bzgl. der Reduzierung des Tabakkonsums erreicht werden. Strukturelle/gesetzgeberische (verhältnispräventive) Maßnahmen zur Senkung des Tabakkonsums werden in Deutschland bisher einerseits zu wenig genutzt, während andererseits Maßnahmen, die sich direkt an Einzelne oder Gruppen richten (verhaltenspräventive Maßnahmen) bislang nicht im Rahmen einer bundesweiten Gemeinschaftsstrategie angewendet werden.

Die in Deutschland zukünftig durchzuführenden Maßnahmen zur Verringerung des Tabakkonsums sollten sich mehr als bisher nicht nur auf Kinder und Jugendliche (mit dem Ziel der Verhinderung bzw. Herauszögerung des Einstiegs in das Rauchen), sondern auch an Erwachsene richten, da sie für Kinder und Jugendliche ein Vorbild darstellen.

Schließlich fehlen in Deutschland bisher bis auf wenige Ausnahmen qualitätsgesicherte, flächendeckende wie zielgruppengerechte Angebote zur Tabakentwöhnung. Die Quote

ausstiegsbereiter Raucherinnen und Raucher insgesamt ist bei uns im Vergleich zu anderen Ländern niedrig.

Im Folgenden soll anhand von fünf Basis-Maßnahmen aus dem Spektrum umfassender Tabakkontrollpolitik dargestellt werden, wie ihre Umsetzung jeweils realisiert werden könnte. Die hier aufgeführten Maßnahmen stellen wichtige Elemente für einen „Nationalen Aktionsplan zur Verringerung des Tabakkonsums“ dar, der jedoch im Sinne einer umfassenden Tabakkontrolle um weitere Elemente auf der Verhaltens- wie der Verhältnisebene vervollständigt werden muss.

Es ist unbedingt notwendig, nicht nur im Bewusstsein Einzelner die Bedeutung des Nichtrauchens bzw. der Reduzierung des Tabakkonsums für die Gesundheit zu verankern – auch gesamtgesellschaftlich gilt es, ein Klima zu entwickeln, das Nichtrauchen und damit die Reduzierung des Tabakkonsums in der Bevölkerung als erstrebenswerte und sinnvolle, sozusagen selbstverständliche Ziele zur Erreichung bzw. Gewährleistung von Gesundheit und Lebensqualität aller unterstützt. Hierzu sind bundesweite multimediale Kommunikationsstrategien initiierend notwendig, an die sich zeitnah weitere Maßnahmen in einem policy-mix anschließen müssen.

Basismaßnahme 1: Tabaksteuererhöhungen

Begründung der Maßnahme:

Gegenüber den meisten Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens haben deutliche Steuererhöhungen für alle Tabakprodukte am ehesten einen unmittelbaren, direkten Effekt. In Industrienationen führt eine 10%ige Preiserhöhung durchschnittlich erwiesenermaßen zu einem Rückgang des Tabakkonsums von 4%, wobei ein Rückgang sowohl der Anzahl der Raucher (Prävalenz) als auch ein Rückgang im Rauchbeginn (Inzidenz) zu registrieren ist. Die mit den Steuererhöhungen erhaltenen Finanzmittel sollten in relevantem Umfang zur Finanzierung von Maßnahmen der Tabakkontrolle, zur Prävention und zur Behandlung substanzbezogener Störungen zur Verfügung gestellt werden.

Ein positiver Begleiteffekt von Tabaksteuererhöhungen (bzw. Preiserhöhungen bei Tabakwaren) besteht darin, dass eine konsumsenkende Wirkung ohne weitere zusätzliche vermittelnde organisatorische oder personelle Interventionen erzielt wird.

Erwartete Wirkungen dieser Maßnahme:

Rückgang des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung und insbesondere auch bei Jugendlichen und Kindern als Folge der Steuererhöhungen.

Umsetzungsstrategie und mögliche Akteure:

- Öffentliche Aufmerksamkeit für das Thema/die Problematik durch entsprechende Medienarbeit schaffen. (Akteure: Aktionsbündnis Nichtrauchen/ABNR, weitere Gesundheitsverbände, Verbraucherverbände, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung/BZgA, ggf. weitere staatliche Stellen)
- Erhöhung der Akzeptanz für kontinuierliche Steuererhöhungen bei den politischen Mandatsträgern, MdBs und MdLs sowie bei den hiermit befassten Ausschüssen und Gremien von Bundestag und Bundesrat, des Bundes und der Länder. (Akteure: ABNR)
- Erhöhung der Bereitschaft, Steuererhöhungen zeitgleich auf alle Tabakprodukte gleichermaßen auszuweiten, da Raucher sonst auf billigere Tabakprodukte ausweichen ("downtrading"), was den positiven Effekt von Steuererhöhungen verringern würde. (Akteure: verantwortliche Bundesministerien)
- kontinuierliche Steuer-Anhebungen, so dass mehr als eine Anpassung an die Inflations- und Einkommensentwicklung in der Ausgestaltung der Steueranhebung gewährleistet ist. (Akteure: Bundesregierung)
- Durchsetzung eines Verbotes des steuer- und zollfreien Versandes von Tabakprodukten über Internet bzw. Zustellung per Post an den Endverbraucher. (Akteure: verantwortliche Bundesministerien)
- Bereitstellung von Finanzmitteln aus dem Tabaksteueraufkommen für die Finanzierung von Maßnahmen zur Realisierung einer effektiven Tabakkontrolle sowie für Maßnahmen zur Bekämpfung des Schmuggels. (Akteure: verantwortliche Bundesministerien)

Erfolgsindikatoren/Qualitätskontrolle:

- Preisgestaltung der Tabakwaren
- Nachweis entsprechender Medienarbeit anhand von Dokumentationsmethoden
- Bevölkerungsbefragungen
- Dokumentation und Auswertung der Schreiben, Info-Materialien, Besprechungen, Pressekonferenzen, Workshops o.ä. im Rahmen der politischen Meinungsbildungsarbeit
- Protokolle der politischen Gremien und Ausschüsse
- Beschlüsse des Bundestages, des Bundesrates, der Gesundheitsministerkonferenz o.ä.
- Dokumentation und Analyse von Stellungnahmen o.ä. weiterer relevanter Meinungsführer
- Gewinnung von Mehrheiten für die Durchsetzung der politisch umzusetzenden Forderungen
- Verlaufs-/Verkaufs-Statistik zum Tabakkonsum bzw. Monitoring des Tabakkonsums
- Prävalenz- und Inzidenzraten des Rauchens

Basismaßnahme 2: Vollständiges Verbot direkter und indirekter Tabakwerbung

Begründung der Maßnahme:

Der Zusammenhang zwischen Tabakwerbung und Konsumverhalten ist belegt. Tabakwerbung beeinflusst nicht nur die Markenwahl von Rauchern, sondern erhöht auch die Gesamtnachfrage und schafft ein positives gesellschaftliches Klima für das Rauchen: witzige, kreative und im Alltag der Menschen ständig präsente Werbung hat insbesondere für Kinder und Jugendliche die „Signalfunktion“, dass Rauchen ganz selbstverständlich zum Leben „dazugehört“. Dies gilt nicht nur für die direkte Werbung für das Produkt Zigarette, sondern auch für die indirekte Werbung für (Tabak-) Markenartikel und das Markensponsoring. Kinder und Jugendliche sind für Tabakwerbung stärker empfänglich als Erwachsene.

Die in Deutschland bestehenden gesetzlichen Einschränkungen der Tabakwerbung und die so genannten Selbstverpflichtungsvereinbarungen mit der Tabakindustrie haben bisher keinen nachweisbaren Beitrag geleistet zu einem substanziellen Rückgang des Rauchens. Zwar wurde die Werbung für Tabakprodukte im Fernsehen verboten und für Kinos eingeschränkt, durch die Konzentration der Werbeetats im Bereich der Außenwerbung und in den Printmedien sind Tabakprodukte dennoch im öffentlichen Raum nahezu allgegenwärtig.

Solange für Tabakprodukte weit reichende Werbemöglichkeiten bestehen, bleiben diese ein wesentliches Symbol der Erwachsenenwelt – und wirken insbesondere ‚identitätsstiftend‘ auf Kinder und Jugendliche. Maßnahmen zur Prävention des Rauchens werden dadurch in ihrer Wirkung eingeschränkt bzw. sogar konterkariert.

Ein umfassendes Verbot der Tabakwerbung – international schon lange auf der Agenda - wird in Deutschland von der breiten Bevölkerungsmehrheit gewünscht und von der großen Mehrheit der fachbezogenen Institutionen des Gesundheitswesens schon lange gefordert.

Erwartete Wirkungen der Maßnahme:

- Senkung des Tabakkonsums in der Bevölkerung a) durch den Rückgang der Raucherquote (Senkung der Prävalenzrate), b) durch den Rückgang der Zahl derer, die mit dem Rauchen beginnen (Senkung der Inzidenzrate), c) durch die Senkung der Konsumrate der verbleibenden Raucher.

Umsetzungsstrategie und mögliche Akteure:

Maßnahmen zur Erreichung des Ziels eines umfassenden Tabakwerbeverbotes:

- Rückzug der Klage Deutschlands gegen das EU-Werbeverbot und zügige Umsetzung der entsprechenden EU-Direktive auf nationaler Ebene. (Akteure: Bundesregierung, Bundestag und Bundesrat, entsprechende Meinungsbildung durch ABNR)
- Ersatz der Vereinbarungen zur freiwilligen Selbstverpflichtung der Industrie durch entsprechende gesetzliche Regelungen. (Akteure: Bundesregierung, Bundestag und Bundesrat)

- Offenlegung der Erkenntnisse über die Geschäftspraktiken der Tabakindustrie 1) zur Ansprache/ Gewinnung junger Raucher/innen anhand von Werbemaßnahmen, 2) zur Verhinderung weitergehender Tabakwerbeverbote. (Akteure: Verbraucherverbände)
- Aktivitäten zur Erhöhung der Akzeptanz für ein umfassendes Tabakwerbeverbot in den relevanten Ministerien/Gremien. (Akteure: ABNR)

Begleitende kommunikative Maßnahmen zur Aufklärung/Information:

- Kommunikation der Notwendigkeit sowie der Rechtmäßigkeit/Verfassungsmäßigkeit eines umfassenden Tabakwerbeverbotes (siehe z.B. Gutachten von Prof. Siekmann, Bochum, über die Verfassungsmäßigkeit eines umfassenden Tabakwerbeverbots).
- Öffentliche Kommunikation von Umfrageergebnissen zur Einstellung der Bevölkerung sowie der Fachgesellschaften zu einem umfassenden Werbeverbot.

Erfolgsindikatoren/Qualitätskontrolle:

- Bestehen eines umfassendes Tabakwerbeverbots, damit zugleich
- Beendigung der freiwilligen Selbstverpflichtungen
- Dokumentation und Auswertung von Schreiben, Info-Materialien, Besprechungen, Pressekonferenzen, Workshops o.ä. (Dokumentation der politischen Meinungsbildungsarbeit)
- Verringerung der Werbe- und Sponsoringausgaben durch die Tabakindustrie
- Verlaufsstatistiken des Tabakkonsums

Basismaßnahme 3: Schutz vor Passivrauchen

Begründung der Maßnahme:

Passivrauchen führt – wenn auch in geringerem Ausmaß und in geringerer Häufigkeit – zu den gleichen akuten und chronischen Erkrankungen wie Rauchen. So sind ursächliche Zusammenhänge zwischen der Belastung von Passivrauchen und dem Auftreten schwerer Herzkreislaufkrankheiten, von Schlaganfällen, Herzinfarkten, Lungenkrebs sowie weiteren Lungenerkrankungen nachgewiesen.

Repräsentativerhebungen aus dem Jahre 1998 machen deutlich, dass 55% aller Nichtraucher Tabakrauch ausgesetzt sind. Rund 20% aller Nichtraucher berichten über Tabakrauchbelastungen am Arbeitsplatz. Auch Kinder werden häufig zu Passivrauchern gemacht: So sind in Deutschland etwa 50% aller Kinder (bis zum Alter von 13 Jahren) dem Tabakrauch ausgesetzt.

Die unfreiwillige Belastung durch Tabakrauch beginnt häufig schon vor der Geburt. In Deutschland rauchen etwa 20% der Frauen während der Schwangerschaft. Von den jährlich rund 750.000 Neugeborenen sind damit etwa 150.000 Kinder bereits im Mutterleib unmittelbar den schädlichen Folgen des Tabakkonsums ausgesetzt, mit zum Teil erheblichen gesundheitlichen Konsequenzen. Die ärztliche Versorgung der Frühgeburten, die auf das Rauchen in der Schwangerschaft zurückzuführen sind, verursachen Schätzungen zufolge in Deutschland Kosten in Höhe von 35 Millionen € pro Jahr.

Erfahrungen mit den landesweiten Schwedischen Programmen „Rauchfreie Schwangerschaft“ und „Rauchfreie Kindheit“ zeigen, dass mit einem systematischen Beratungskonzept eine deutliche Senkung im Rauchverhalten während der Schwangerschaft und eine geringe Rückfallquote in das Rauchen nach der Entbindung zu erzielen ist.

Die Realisierung rauchfreier Arbeitsplätze, rauchfreier öffentlicher Einrichtungen wie z.B. Schulen, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und Gastronomiebetriebe führen zu einer Verringerung der Raucherprävalenz und des Pro-Kopf-Konsums von Tabakprodukten. Durch die Einführung rauchfreier Einrichtungen können Nichtraucher wirkungsvoll vor Passivrauch geschützt werden.

Erwartete Wirkung dieser Maßnahme:

- Erhöhung des Bewusstseins und der Kenntnisse über die schädlichen Folgen des Passivrauchens in der Allgemeinbevölkerung sowie eine Ausweitung des Nichtrauchens auf große Bereiche des öffentlichen und privaten Lebens.
- Senkung der Passivrauchbelastung in der Bevölkerung und damit einhergehend eine Reduzierung der mit dem Passivrauchen in Verbindung stehenden gesundheitlichen Folgeschäden.
- Je mehr Bereiche und Einrichtungen des öffentlichen Lebens explizit zu Nichtraucherbereichen werden, desto eher wird Rauchen als sozial nicht akzeptiertes Verhalten wahrgenommen. Diese Wahrnehmung führt zu einem stärkeren Rauchverzicht und zu einer Reduzierung im Anteil Jugendlicher, die mit dem Rauchen beginnen.
- Zunahme der Häufigkeit und Intensität in der Beratung durch die Gesundheitsberufe zu den Folgen des Passivrauchens.

Umsetzungsstrategie und mögliche Akteure:

- Sensibilisierung und Aufklärung der Gesamtbevölkerung bzgl. der gesundheitlichen Schäden des Passivrauchens durch regelmäßige massenmediale Kampagnen in den Printmedien, im öffentlich-rechtlichen und privaten Fernsehen, im Kino sowie im Rundfunk. (Akteure: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Krankenkassen, Landesrundfunkanstalten, Journalisten und Redakteure)
- Schrittweise Ausweitung von tabak-/rauchfreien Bereichen in öffentlichen und privaten Einrichtungen, Organisationen, Betrieben und Unternehmen (so z.B. im öffentlichen Fern- und Nah-Verkehr, in Einrichtungen des Erziehungs- und Gesundheitswesens, der Unterhaltung, der Gastronomie und des Sports) durch gesetzliche Regelungen, Dienst- und Arbeitsanweisungen (Akteure: Bundesregierung, Landesregierungen, Betriebs- und Organisationsleitungen)
- Bereitstellung von Anleitungen und Handlungsempfehlungen zur Umsetzung der bestehenden rechtlichen Regelungen zum Schutz vor Passivrauchen (§ 3a Arbeitsstättenverordnung), wie z.B. die Leitfäden "Rauchfrei im Krankenhaus", „Rauchfrei am Arbeitsplatz – Ein Leitfaden für Betriebe“ sowie Informationsmaterial für Beschäftigte. (Akteure: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Krankenkassen, Bundesvereinigung für Gesundheit (BfGe), Deutsches Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNgK), Deutsche Krankenhausgesellschaft, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Berufsgenossenschaften, Beauftragte für den Arbeitsschutz, Betriebs- und Organisationsleitungen sowie Personalvertretungen privater bzw. kommunaler Betriebe und Einrichtungen, Betriebsärzteschaft)
- Die medizinische Schwangerenvorsorge und die U-Untersuchungen nach der Entbindung bieten Gynäkologen, Hebammen und Kinderärzten eine hervorragende Möglichkeit, das Thema "Schutz vor Passivrauchen" und "Rauchverzicht" regelmäßig anzusprechen und adäquate Beratung anzubieten. Mit dem Leitfaden der BZgA "Rauchfrei in der Schwangerschaft" liegt Beratungsmaterial für Gynäkologen vor; mit der Bereitstellung eines Beratungsleitfadens für Kinderärzte soll im Jahr 2004 der Rückfallprophylaxe nach der Entbindung und damit der Schutz vor Mittrauchen im Kleinkindalter stärkere Beachtung zukommen. Ein Konzept zur Durchführung und Finanzierung der qualitätsgesicherten Beratung zum Nichtrauchen ist zu erarbeiten. (Akteure: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Krankenkassen, Berufsverbände der Gynäkologen, Kinder- und Jugendärzte sowie Hebammen auf Bundes- und Landesebene, niedergelassene Ärzteschaft)

Erfolgsindikatoren/Qualitätskontrolle:

- Zunahme ausgestrahlter TV- und Kinospots und Anzeigen zur Problematik des Passivrauchens sowie der Anzahl der Berichterstattungen zum Thema
- Differenziertes Monitoring zur Erfassung der Prävalenz des Passivrauchens im privaten und öffentlichen Bereich und zum Grad der Wahrnehmung und der Bewusstseinsbildung zur Problematik des Passivrauchens in der Bevölkerung z.B. in regelmäßig durchgeführten Befragungen wie Bundesgesundheitsveys, Mikrozensus und BMGS-Bundesstudie (Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen)
- Zunahme rauchfreier Bereiche bzw. Zunahme von Einrichtungen, Betrieben und Organisationen mit einem vollständigen Rauchverbot
- Auswertung der "Perinatal surveys" zur Trendanalyse des Rauchverhaltens in der Schwangerschaft. Trendaussagen zur Passivrauchbelastung von Kindern sind auf der Basis der regelmäßig durchgeführten Zusatzbefragungen des Mikrozensus möglich
- Zunahme der rauchfreien Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen. Zur kontinuierlichen Dokumentation der Entwicklung rauchfreier Krankenhäuser wird ein Monitoring-System aufgebaut. Eine erste repräsentative Umfrage dazu wurde bereits im Jahre 1994/95 durchgeführt; eine Wiederholung soll im Jahr 2005 folgen. Erfolgsindikatoren dabei sind u.a.: Anzahl und regionale Verteilung der rauchfreien Krankenhäuser, Art und Umfang der getroffenen Maßnahmen zum Nichtraucherschutz und zur Tabakentwöhnung

Basismaßnahme 4: Förderung des Ausstiegs aus der Tabakabhängigkeit

Begründung der Maßnahme:

Viele Raucher sind motiviert, mit dem Rauchen aufzuhören, schaffen es jedoch nicht ohne begleitende Unterstützung. Laut Bundesgesundheitsurvey unternahmen 35 % der Raucher in den letzten 12 Monaten mindestens einen Aufhörversuch, 60 % der Raucher erwägen, mit dem Rauchen aufzuhören.

Bei einem erfolgreichen Ausstieg aus der Tabakabhängigkeit halbiert sich bereits nach 1 bis 2 Jahren das Risiko, an einer tabakbedingten Herzerkrankung zu sterben. 15 Jahre nach dem Rauchstopp entspricht z.B. das Herzinfarkttrisiko in etwa dem eines lebenslangen Nichtraucherers.

Ähnlich lässt sich das Risiko, an einem Bronchialkarzinom zu versterben, reduzieren. Liegt dieses Risiko bei einem Raucher im 70. Lebensjahr mehr als 15% über dem eines Nierauchers, reduziert es sich bei einem Raucher, der im Alter von 40 Jahren mit dem Rauchen aufhört, auf weniger als 3%.

In Deutschland fehlt es z.Z. noch an einem flächendeckenden Angebot zielgruppengerechter und qualifizierter Beratung für Raucher. Ergänzend bedarf es einer breiten Streuung von Informationen über die Folgen des Tabakkonsums und über bestehende Beratungsangebote.

Erwartete Wirkungen dieser Maßnahme:

Es ist zu erwarten, dass sich durch einen intensiven Ausbau qualifizierter Entwöhnungsangebote die Zahl der Raucher deutlich senken und die Zahl aufhörwilliger Raucher deutlich steigern lässt. Mittelfristig ist eine Senkung der Zahl tabakbedingter Erkrankungen und Todesfälle zu erwarten, was eine Steigerung der Lebensqualität der Betroffenen wie auch eine Verringerung tabakbedingter Ausgaben im Gesundheitswesen zur Folge hat.

Umsetzungsstrategie und mögliche Akteure:

Um die Bereitschaft zum Ausstieg aus der Tabakabhängigkeit in der rauchenden Bevölkerung zu erhöhen, müssen folgende Schritte zur Umsetzung angegangen werden:

- Die Öffentlichkeit muss gezielt über die Schädlichkeit des Rauchens und über bestehende Beratungsangebote informiert werden. Dies kann besonders wirksam über Öffentlichkeitskampagnen, aber auch über gezielte Informationen auf Zigarettenschachteln erfolgen. Erfahrungen anderer Länder haben z.B. gezeigt, dass der Aufdruck einer Tabakentwöhnungshotline zu einer großen Nachfrage nach entsprechenden Beratungsdiensten führt. Deshalb sollte bei der geplanten Einführung von Piktogrammen auf Zigarettenschachteln zeitgleich die Hotline-Nummer mit jedem Piktogramm verbunden werden. Kampagnen sollten sich unterschiedlichster Medien bedienen und sich an die Bevölkerung insgesamt sowie an ausgewählte Zielgruppen richten. Zudem sollte eine Datenbank über bestehende Beratungsangebote eingerichtet werden, die eine schnelle Information und Weitervermittlung ermöglicht. (Akteure: verantwortliche Bundesministerien, BZgA, Krankenkassen, Ärzteschaft)

- Die Motivation zur Auseinandersetzung mit dem Thema ist zu verbessern. Sie kann sowohl durch verhältnisbezogene Maßnahmen und Regulierungen (s. auch Maßnahme 1, 2, 3, 5), als auch durch die individuelle Ansprache deutlich gesteigert werden. Zu letzterem sind folgende Umsetzungsstrategien zu empfehlen:
 - Informationen zum Nutzen eines Rauchstopps z.B. über Öffentlichkeitskampagnen (Akteure: BZgA, DKFZ, DKH, DKG),
 - Wettbewerbe wie die „Rauchfrei“-Kampagne (Quit and Win) oder „Just be smokefree“ (Akteure: BZgA, DKFZ, DKH, GKV),
 - persönliche Ansprache z.B. durch Ärzte und andere Gesundheitsberufe (Akteure: KBV, BÄK, Deutscher Pflegerat, DBfK),
 - die Schaffung von Anreizsystemen z.B. über die Krankenversicherungen (Akteure: GKV)
 - die Verfügbarkeit eines qualifizierten und leicht zugänglichen Netzes qualifizierter Raucherentwöhnungsangebote. (Akteure: BZgA, GKV, GRV, KBV, BÄK, Landesärztekammern, Landesstellen für Suchtfragen)
- Flächendeckende Einrichtung und Nutzung bereits vorhandener qualitätsgesicherter und zielgruppengerechter Angebote der Raucherberatung und Tabakentwöhnung. Zur Realisierung sind entsprechende Anreize zu schaffen und die Möglichkeiten zur Qualifizierung des benötigten Personals auszubauen. (Akteure: Bundesregierung, GKV, KBV, BÄK, Landesärztekammern)

Den Angeboten sollten zudem Wege einer individuellen Ansprache und Beratung vorgelagert werden, durch die eine qualifizierte Zuweisung zu wirksamen Maßnahmen sicher gestellt wird. Insbesondere sind Telefonberatungsdienste, Informationsbroschüren sowie die Beratung durch Ärzte und andere Gesundheitsberufe zu realisieren. Diese Strukturen sollten auch für die Nachsorge nutzbar gemacht werden. (Akteure: BZgA, DKFZ, GKV, GRV, KBV, BÄK, DPR)

Beispielhaft ergeben sich im Rahmen der medizinischen Versorgung der Bevölkerung folgende Umsetzungsoptionen:

Es ist zu prüfen, ob über die Schaffung geeigneter Vergütungsanreize und Qualifizierungsangebote Ärzte verstärkt dazu aktiviert werden können, rauchende Patienten auf ihr Verhalten anzusprechen und sie bei konkreten Umsetzungsschritten zu begleiten. 90% der Bevölkerung suchen mindestens einmal pro Jahr einen niedergelassenen Arzt auf. Hier ist somit eine gute Erreichbarkeit von Rauchern allgemein, besonders aber auch von solchen aus sozial benachteiligten Schichten gegeben, in denen eine erhöhte Prävalenz der Tabakabhängigkeit zu verzeichnen ist. Insbesondere sollten in der Arztpraxis solche Patienten auf eine Beendigung des Tabakkonsums angesprochen werden, die

- die Kriterien für eine manifeste Tabakabhängigkeit nach ICD 10 erfüllen,
- für das Rauchen typische Begleiterkrankungen aufweisen,
- auf Grund ihrer Lebenssituation besonders für einen Rauchstopp zu motivieren sind wie z.B. Schwangere oder junge Eltern sowie
- bislang erfolglos versucht haben, mit dem Rauchen aufzuhören.

Vergütungsanreize könnten durch eine entsprechende Beratungsziffer im EBM oder über Vereinbarungen mit den gesetzlichen Krankenkassen über §20 SGB V geschaffen werden. Ärzte könnten somit in ihrer Praxis Erstberatungen von Rauchern durchführen, um sie dann entweder an andere Beratungsangebote zu vermitteln oder die Entwöhnung des Rauchers, ggf. unterstützt durch den Einsatz von Nikotinersatzprodukten, in der eigenen Praxis durchzuführen (Akteure: Bundesregierung, GKV, KBV, BÄK, LÄK).

Eine weitere Umsetzungsmöglichkeit ergibt sich über eine Konkretisierung der Raucherberatung in den Disease Management Programmen (DMP) für chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen, für koronare Herzerkrankungen und für Diabetes mellitus II. In allen drei genannten DMPs findet zwar die Notwendigkeit einer begleitenden Raucherberatung Erwähnung, ohne dass sie bislang jedoch inhaltlich konkretisiert wird (Akteur: Gemeinsamer Bundesausschuss / Institut für Qualität in der Medizin).

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation werden Konzepte zur Förderung des Nicht-rauchens, die entsprechend qualifizierte Angebote zur Raucherentwöhnung enthalten, bereits umgesetzt. Diese gilt es weiterzuentwickeln und auszubauen, insbesondere für tabakassoziierte Erkrankungen wie Neubildungen, Krankheiten des Atmungs- und Kreislaufsystems sowie psychische und Verhaltensstörungen einschließlich Störungen durch psychotrope Substanzen. Der Transfer des Trainingserfolges aus dem Rehabilitationssetting sollte durch geeignete Maßnahmen der Nachsorge unterstützt werden (z.B. Erweiterung von Rauchertelefondiensten).

Erfolgsindikatoren/Qualitätskontrolle:

- Ausweitung qualitätsgesicherter Beratungsangebote zur Tabakentwöhnung bei den niedergelassenen Ärzten
- Prävalenz der Raucher und der Aufhörwilligen in der Bevölkerung
- Inanspruchnahme von Tabakentwöhnungsmaßnahmen in den verschiedenen Settings
- Entwicklung der Abstinenzquote in der Bevölkerung

Basismaßnahme 5: Maßnahmen zur Verhinderung des Einstiegs in das Rauchen

Begründung der Maßnahme:

Ob jemand zum Raucher oder zur Raucherin wird, entscheidet sich größtenteils Mitte bis Ende des zweiten Lebensjahrzehnts: Wird bis zum 18. Lebensjahr nicht mit dem Rauchen begonnen, ist die Wahrscheinlichkeit relativ gering, noch mit dem Rauchen zu beginnen. Diese Lebensspanne fällt in den Bereich der Familie, der Peer Group, der schulischen und betrieblichen Ausbildung. Vor diesem Hintergrund lassen sich Maßnahmen zur Tabakprävention zu zwei Zielen entwickeln: Zum einen, die Verhinderung des Einstiegs in den Tabakkonsum zu erreichen, zum anderen die Verringerung des Tabakkonsums insgesamt.

Zur Vermeidung des Einstiegs in das Rauchen haben sich verschiedene Programme als erfolgreich erwiesen, so z.B. Programme, die auf dem handlungsorientierten Konzept der Lebenskompetenzförderung aufbauen. Diese primärpräventiven Maßnahmen können im Freizeitbereich und im schulischen Setting zur Anwendung kommen. Im schulischen Bereich sollten diese Programme nicht nur in einzelnen Klassenstufen, sondern über die gesamte Schulzeit hinweg angeboten werden.

Rauchfreie Schulgelände, Ausbildungs- und Sportstätten sowie rauchfreie Jugendfreizeiteinrichtungen sind – im Zusammenhang mit anderen rauchfreien öffentlichen und privaten Einrichtungen – ein Schlüsselement wirksamer Tabakprävention, da räumliche Restriktionen des Rauchens nachgewiesenermaßen den Tabakkonsum reduzieren.

Die hohe Verfügbarkeit von Zigaretten über die ca. 830.000 Zigarettenautomaten in Deutschland erleichtert Kindern und Jugendlichen – trotz der bestehenden Verkaufsverbote von Zigaretten an Kinder und Jugendliche – den Zugriff auf Tabakprodukte. Untersuchungen zeigen, dass Zigarettenautomaten insbesondere für Kinder und Jugendliche eine wichtige Bezugsquelle für Tabakprodukte sind. Ebenso kommt der Verkauf von Kleinpackungen (Mini-Packungen von etwa 10 Zigaretten) den finanziellen Konsummöglichkeiten von Jugendlichen entgegen und erleichtert so die Zugänglichkeit zu Zigaretten für diese Gruppe.

Die Wirkung von Maßnahmen zur Tabakprävention, die sich an Kinder und Jugendliche richten, kann durch die Einbettung in eine kommunale Gesamtstrategie zur Tabakprävention gesteigert werden. Eine bundesweite Dachkampagne kann die kommunalen Ansätze sinnvoll unterstützen.

Erwartete Wirkung dieser Maßnahme:

- Zunahme rauchfreier Kindergärten, Schulen, Jugendeinrichtungen, Ausbildungs- und Sportstätten im Bundesgebiet.
- Ausweitung und Intensivierung klassenbezogener Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens.
- Verbesserung der Qualifikation/Kompetenz von Lehrern für die unterrichtsgestützte Tabakprävention.
- Anstieg im Angebot von Ausstiegshilfen im schulischen Bereich bzw. Verstärkung der Vernetzung der schulischen Angebote mit Angeboten auf kommunaler Ebene.

- Reduzierung der Zahl der Tabakautomaten im Bundesgebiet.
- Einhaltung der Bestimmungen des Jugendschutzgesetzes zum Abgabeverbot von Tabakwaren an Jugendliche.
- Senkung der Inzidenz des Rauchbeginns unter Jugendlichen und Verringerung der Prävalenz des Rauchens im Jugendalter.

Umsetzungsstrategie und mögliche Akteure:

- Einführung rauchfreier Kindergärten, Schulen, Jugendeinrichtungen, Ausbildungs- und Sportstätten sowie Kinderspielplätze durch entsprechende Regelungen. (Akteure: verantwortliche Landesministerien, Kommunalverwaltungen)
- Um Schulen konkrete Anleitungen zu vermitteln, welche Schritte durchzuführen sind, damit ein vollständiges Rauchverzicht im gesamten Schulbereich erfolgreich erreicht werden kann, ist im Rahmen der Jugend-Kampagne "Rauchfrei" der BZgA der Leitfaden "Auf dem Wege zur rauchfreien Schule" entwickelt worden. Um möglichst viele Schulen zu motivieren, rauchfrei zu werden, sind ergänzende Maßnahmen wie die gezielte Bereitstellung von Unterrichtsmaterial für die Sekundarstufe II, die Fortbildung von Pädagogen sowie die Durchführung von Fachtagen notwendig. (Akteure: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Kultusministerien der Länder, Landesstellen für Suchtfragen bzw. Landesstellen für Suchtprävention, Landesinstitute für Lehrerfortbildung, Lehrerkollegien in Schulen)
- Verstärkte Bewerbung und Erhöhung der Angebote klassenbezogener Maßnahmen zur Tabakprävention, wie z.B. ‚Klasse 2000‘, ‚ALF – Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten‘ oder ‚Be smart – Don't start‘. (Akteure: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Kultusministerien der Länder, Landesstellen für Suchtfragen bzw. Landesstellen für Suchtprävention, Landesinstitute für Lehrerfortbildung, Lehrerkollegien in Schulen)
- Verbot des Verkaufs und der kostenlosen Abgabe von Mini-Zigarettenpackungen. (Akteure: verantwortliche Bundesministerien)
- Verstärkte Kontrolle der Einhaltung der Jugendschutzbestimmungen zum Abgabeverbot von Tabakwaren an Jugendliche und in der Konsequenz ein Verbot von öffentlich zugänglichen Zigarettenautomaten. (Akteure: Ordnungsämter, verantwortliche Bundesministerien)
- Durchführung von massenmedialen Kampagnen mit der Zielsetzung, bei Kindern und Jugendlichen ein Bewusstsein für die Vorteile des Nichtrauchens zu schaffen, so dass ein Einstieg in den Nikotinkonsum verhindert wird. Dabei sollten die Kampagnen und Maßnahmen, die auf die Zielgruppe Kinder und Jugendliche fokussieren, mit massenmedialen Kampagnen für die Zielgruppe Erwachsene systematisch kombiniert werden, damit in den jüngeren Altersgruppen nicht der Eindruck entsteht, Tabakkonsum sei ab einem bestimmten Alter risikolos und akzeptabel. (Akteure: BZgA, Krankenkassen)

Erfolgsindikatoren/Qualitätskontrolle:

- Zur Qualitätssicherung und Effektüberprüfung der Jugend-Kampagne „Rauchfrei“ der BZgA sind im zweijährigen Zeitintervall repräsentative Befragungssurveys von Jugendlichen geplant. Der erste (Baseline-)Survey ist bereits im Jahr 2003 durchgeführt worden. Mit den Surveys wird u.a. erfasst, in welcher Art und in welchem Umfang schulische Maßnahmen zum Thema Nichtrauchen und Rauchverzicht angeboten werden, so dass auch eine Trendentwicklung in der Ausbreitung rauchfreier Schulen möglich wird. Darüber hinaus sollten Evaluationsstudien auf Landesebene zur Umsetzung rauchfreier Schulen durchgeführt werden. Darüber hinaus werden Einstellungen und Verhaltensweisen zum Tabakgebrauch und zur ‚Tabakdistanz‘ in den Befragungssurveys erfasst.
- Verankerung von ausführlichen Lehrinhalten zur Tabakprävention in den Curricula für Lehrkräfte und Pädagogen.
- Zunahme in der Zahl der Schulklassen, die an „Be smart – Don’t start“, „Klasse 2000“ oder an weiteren Programmen zur Verhinderung des Einstiegs in den Tabakkonsum teilnehmen.