



Bundesministerium
für Gesundheit



Nationales Gesundheitsziel

Tabakkonsum reduzieren

Kooperationsverbund gesundheitsziele.de
www.bundesgesundheitsministerium.de



Nationales Gesundheitsziel

Tabakkonsum reduzieren

gesundheitsziele.de

Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung
des nationalen Gesundheitszieleprozesses



Liebe Leserinnen und Leser,

im Jahr 2003 wurde das nationale Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ beschlossen. Der Anteil der Raucherinnen und Raucher lag damals bei fast 35 Prozent der Erwachsenen, bei den Jugendlichen von 12-17 Jahren waren es 23 Prozent. Viele Menschen waren am Arbeitsplatz und in der Freizeit einer erheblichen Belastung durch Passivrauchen ausgesetzt. Heute dagegen ist die Raucherquote bei den Jugendlichen auf unter 10 Prozent und bei den Erwachsenen auf 24,5 Prozent gesunken. Rauchfreiheit ist im öffentlichen Raum praktisch überall zur Normalität geworden.

Welche positiven Auswirkungen dies auf unsere Gesundheitsversorgung hat, werden wir vermutlich in einigen Jahren feststellen können. Denn der Tabakkonsum ist ein erheblicher Risikofaktor für eine Vielzahl von Krankheiten, die erst über einen längeren Zeitraum entstehen.

Das Gesundheitsziel enthielt 2003 eine Fülle von Zielsetzungen und vor allem konkrete Maßnahmen, von denen viele inzwischen umgesetzt sind. 2009 wurde eine Überprüfung des Gesundheitsziels durchgeführt. Die Autorinnen und Autoren des Berichts bestätigten die Erfolge als ermutigend, schlossen diesen aber auch mit den Worten: „Auf allen Ebenen der Tabakprävention müssen die Anstrengungen weiter fortgeführt werden, das Potenzial insbesondere an strukturellen, aber auch massenmedialen und verhaltensbezogenen Maßnahmen ist noch nicht ausgeschöpft.“

Auf der Basis der Überprüfung wurde das Gesundheitsziel überarbeitet und liegt nun in seiner neuen Fassung vor. Damit haben wir eine gute Grundlage, auf der alle Beteiligten im Gesundheitswesen weiter an einer Reduzierung des Tabakkonsums arbeiten können. Es ist ein bemerkenswerter Erfolg, dass immer weniger Jugendliche gar nicht erst mit dem Rauchen beginnen. Im Bereich der Tabakentwöhnung können wir aber noch deutlich besser werden und mehr Menschen zum Ausstieg ermutigen. Mit der Veröffentlichung des Gesundheitsziels unterstreichen wir, dass wir unsere Anstrengungen den Tabakkonsum zu reduzieren entschlossen fortsetzen.

Das überarbeitete und an neue Entwicklungen angepasste Gesundheitsziel enthält zum ersten Mal für das Jahr 2020 bzw. 2022 Ziele zur Verringerung des Rauchens bzw. der Passivrauchbelastung, die sich in konkreten Zahlen messen lassen. Die Ziele sind durchaus ehrgeizig. Wir werden sie nur dann erreichen, wenn alle Beteiligten gemeinsam an der Umsetzung dieser Ziele arbeiten. Vielleicht gelingt es uns sogar, die gesteckten Ziele zu übertreffen. Das Bundesministerium für Gesundheit wird seinen Beitrag vor allem in der Prävention des Tabakkonsums und der Unterstützung der Tabakentwöhnung leisten.



Hermann Gröhe



Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	5
Präambel: Der Kooperationsverbund <i>gesundheitsziele.de</i>	6
1. Die Entwicklung des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“ seit 2003	7
Erfolge der Tabakkontrollpolitik	9
Internationale Standards für eine umfassende und effektive Tabakkontrollpolitik als Orientierung	11
Tabakprävention in Deutschland im internationalen Vergleich	12
Aufgaben für die Zukunft	13
2. Zielbereiche für die Umsetzung des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“	14
Ziel 1 Jugendliche und junge Erwachsene bleiben Nichtraucherinnen bzw. Nichtraucher	16
Ziel 2 Der Rauchstopp ist in allen Altersgruppen erhöht.	23
Ziel 3 Umfassender Schutz vor Passivrauchen ist gewährleistet	34
3. Monitoring und Quantifizierung von Zielgrößen für Teilziele des Gesundheitsziels	39
4. Mitglieder der Arbeitsgruppe 6 „Tabakkonsum reduzieren“	44
Literaturverzeichnis	46

Abkürzungsverzeichnis

A		I	
ABNR	Aktionsbündnis Nichtraucher e.V.	IFT	Institut für Therapieforschung
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin	IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
B		ITV	International Tobacco Control Policy Evaluation Project
BÄK	Bundesärztekammer	J	
BDPK	Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.	JuSchG	Jugendschutzgesetz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit	K	
BVPG	Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.	KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	R	
D		RKI	Robert Koch-Institut
Destatis	Statistisches Bundesamt	S	
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.	SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.	SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum	V	
DMP	Disease-Management-Programme	vdek	Verband der Ersatzkassen e.V.
DNRfK	Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen e.V.	W	
DRV	Deutsche Rentenversicherung	WHO	Weltgesundheitsorganisation
E		Z	
EU	Europäische Union	ZIS	Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung
F			
FCTC	Framework Convention on Tobacco Control		
FVS	Fachverband Sucht e.V.		
G			
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss		
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell		
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung		
GVG	Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.		

Präambel: Der Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de*

Der Kooperationsverbund¹ *gesundheitsziele.de* ist die gemeinsame Plattform zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses. Gemeinsam mit relevanten Akteuren des deutschen Gesundheitswesens entwickelt *gesundheitsziele.de* seit 2000 im Konsens Gesundheitsziele für Deutschland, empfiehlt Maßnahmen, nennt verantwortliche Akteure und gibt Impulse zur Zielerreichung. Die praktische Umsetzung der Maßnahmen ist dabei sowohl eigenverantwortliche Aufgabe der über 120 einzelnen Akteure des Netzwerks wie auch Aufgabe des gesundheitspolitischen Handelns in der Bundes-, Landes- und Kommunalpolitik gemäß den im Kooperationsverbund formulierten Empfehlungen.

Nationale Gesundheitsziele sollen bei den Akteuren im Gesundheitssystem einen Prozess des gemeinsamen Handelns zur Zielerreichung auslösen. Mit der Entwicklung von Gesundheitszielen kommt der Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* einer Forderung des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen nach, der wiederholt die Definition von Gesundheitszielen gefordert hat, weil es in Deutschland nach wie vor an einer hinreichenden Zielorientierung in der Gesundheitspolitik fehle (Sachverständigenrat, 2007).

gesundheitsziele.de basiert auf einem partizipativen Ansatz und schafft so die Voraussetzung für eine breite Akzeptanz der Arbeitsergebnisse. Die Kooperation von Bund, Ländern, Kostenträgern und Leistungserbringern im Gesundheitswesen, Patienten- und Selbsthilfeorganisationen, Wissenschaft und Wirtschaft gewährleistet die Integration verschiedener Perspektiven in die Entwicklung nationaler Gesundheitsziele. Mit der am 14. Dezember 2010 verabschiedeten gemeinsamen Erklärung bestätigten wiederholt alle Kooperationsträger und -partner von *gesundheitsziele.de*, sich gemeinsam für zielführende Maßnahmen einzusetzen. Damit dokumentiert sich der Wille aller beteiligten Akteure zu einer gemeinsamen Zielorientierung. Nationale Gesundheitsziele können somit die Klammer für weitere Aktionsprogramme auf Bundes- und Länderebene bis hin zu kleinräumigen, kommunalen Ansätzen bilden. Dabei soll insbesondere an Bestehendes angeknüpft und Lücken für weitere Handlungs- und Maßnahmenoptionen identifiziert werden. Ferner knüpft der nationale Gesundheitszieleprozess auch an bereits bestehende Zieleprozesse/prioritäre Handlungsfelder des Bundes und der Länder und weiterer Akteure an. So können Anregungen aus dem nationalen Gesundheitszieleprozess aufgegriffen und in weiteren Zieleprozessen berücksichtigt werden.

¹ Mehr als 120 Kooperationspartner engagieren sich im nationalen Gesundheitszieleprozess. Die Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes ist bei der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) angesiedelt. *gesundheitsziele.de* wird finanziell unterstützt durch das Bundesministerium für Gesundheit, die Gesundheitsministerien der Länder, die Verbände der gesetzlichen Krankenversicherung, den Verband der privaten Krankenversicherung, die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., die Bundesärztekammer, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.

1. Die Entwicklung des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“ seit 2003

gesundheitsziele.de hat 2003 das nationale Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ zu einem Schwerpunktthema der weiteren Arbeit gemacht. Zu den mit dem Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ verbundenen Zielen und Teilzielen wurden ein Jahr später fünf konkrete Maßnahmen benannt. Diese wurden als grundlegend angesehen, um die Förderung des Nichtrauchens in Deutschland nachhaltig positiv zu beeinflussen. Bei diesen ursprünglichen Startermaßnahmen handelte es sich um:

- Regelmäßige Tabaksteuererhöhungen
- Vollständiges Verbot direkter und indirekter Tabakwerbung
- Schutz vor Passivrauchen
- Förderung des Ausstiegs aus der Tabakabhängigkeit
- Verhinderung des Einstiegs in das Rauchen

Für die Realisierung dieser Startermaßnahmen wurde eine Fülle verhaltens- und verhältnisbezogener Maßnahmen empfohlen, um eine möglichst umfassende Maßnahmenstrategie zur Förderung des Nichtrauchens zu gestalten (Maschewsky-Schneider et al., 2006). Sehr nachdrücklich hat die Arbeitsgruppe darauf hingewiesen, dass insbesondere durch die Kombination von Maßnahmen, die sich auf die Veränderung von strukturellen Aspekten richten – sogenannte Maßnahmen der „Verhältnisprävention“ – mit Maßnahmen, die sich auf die Sensibilisierung und Wahrnehmung der negativen Folgen des Rauchens in allen seinen Facetten sowie auf die Motivation und Anleitung zur Verhaltensänderung richten – sogenannten Maßnahmen der Verhaltensprävention –, als der beste Ansatz zur Förderung des Nichtrauchens gesehen wird. Dieser Ansatz des „Policy Mixes“ wurde als der effektivste und effizienteste Weg zur Erreichung des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“ angesehen (Pott, Lang & Töppich, 2003). In der Rückschau ist festzustellen, dass eine Vielzahl der Maßnahmen zur Erreichung des Ziels „Tabakkonsum reduzieren“ mittlerweile auf den Weg gebracht worden ist. Dabei hat sich die Strategie der Kombination aus Maßnahmen der Verhältnis- wie der Verhaltensprävention („Policy Mix“) insbesondere bei der Reduzierung des Rauchens bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen als wirksam und erfolgreich erwiesen.

Erfolge der Tabakkontrollpolitik

Rauchfreiheit hat sich in den letzten Jahren in vielen Lebensbereichen zur gesellschaftlichen Norm entwickelt. Dieser gesellschaftliche Wandel zeigt sich nicht nur darin, dass immer größere Bereiche des gesellschaftlichen Lebens rauchfrei sind. Er kommt insbesondere auch dadurch zum Ausdruck, dass immer weniger Jugendliche und junge Erwachsene mit dem Rauchen beginnen. Bei der Betrachtung des Rauchverhaltens dieser Altersgruppen im Verlauf der letzten vier Jahrzehnte lässt sich gerade für die vergangenen zehn Jahre eine äußerst positive Entwicklung zum Nichtrauchen erkennen: Aktuell befindet sich die Zahl der rauchenden Jugendlichen auf einem historischen Tief und die Zahl der Jugendlichen, die noch nie geraucht haben, auf einem historischen Hoch.

Dies ist darauf zurückzuführen, dass die in den vergangenen Jahren gebündelt durchgeführten strukturellen, massenmediale, settingbezogenen und verhaltenspräventiven Maßnahmen sich offensichtlich nachhaltig auf das Rauchverhalten bei Kindern und Jugendlichen ausgewirkt haben. Ein ähnlich positiver Effekt auf das Rauchverhalten im Erwachsenenalter steht dagegen noch aus.

Der hohe Stellenwert, den die Förderung des Nichtrauchens mittlerweile hat, kommt auch darin zum Ausdruck, dass sich Deutschland als Vertragsstaat des „Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs“ (Framework Convention on Tobacco Control) verpflichtet hat, dem Schutz der öffentlichen Gesundheit Priorität einzuräumen, um der weltweit zunehmenden Tabakepidemie Einhalt zu gebieten (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2013a).

Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund haben sowohl die Bundesregierung als auch die Bundesländer in den letzten Jahren eine Reihe von Maßnahmen eingeleitet, die der Umsetzung der Tabakrahmenkonvention dienen und als wirksame Maßnahmen in der Tabakprävention gelten.

Steuererhöhungen

Die Tabaksteuer wurde zwischen 2002 bis 2005 schrittweise erhöht; eine weitere Erhöhung der Tabaksteuer trat am 1. Mai 2011 in Kraft, und für den Zeitraum 2012 bis 2015 sind jeweils zum 1. Januar des Jahres Tabaksteuererhöhungen beschlossen.

Abgabalter erhöht

Die Altersgrenze für den Kauf und Konsum von Tabakprodukten wurde 2008 von 16 auf 18 Jahre erhöht. Im Zusammenhang mit der elektronischen Alterskontrolle beim Kauf von Zigaretten am Zigarettenautomaten sank die Zahl der Zigarettenautomaten in Deutschland von 835.000 im Jahr 2002 auf 380.000 im Jahr 2010.

Nichtraucherschutz

Seit 2007 wurden Nichtraucherschutzgesetze sowohl vom Bund als auch von den Bundesländern erlassen. Das Rauchen wurde u.a. in öffentlichen Einrichtungen des Bundes und der Länder, in medizinischen Einrichtungen und in Bildungseinrichtungen eingeschränkt. Im Bereich der Gastronomie konnten einige Bundesländer bereits einen weitgehenden Nichtraucherschutz umsetzen (Bayern, Nordrhein-Westfalen und Saarland). In anderen Ländern existieren jedoch weiterhin zahlreiche Ausnahmen, die in den einzelnen Bundesländern zudem unterschiedlich geregelt sind (s. dazu auch Ziel 3 „Umfassender Schutz vor Passivrauchen ist gewährleistet“).

Tabakwerbeverbote

Zusätzlich zu dem seit 1975 geltenden Tabakwerbeverbot im Fernsehen und im Hörfunk sowie den Werbeeinschränkungen im Kino ist es seit Dezember 2006 verboten, für Tabakerzeugnisse in Printmedien oder im Internet zu werben. Auch das Sponsoring von Veranstaltungen mit grenzüberschreitender Wirkung durch die Tabakindustrie wurde verboten.

Abgaberegulungen

Seit Juli 2004 verbietet das Gesetz zur Verbesserung des Schutzes junger Menschen vor Gefahren des Alkohol- und Tabakkonsums die kostenlose Abgabe von Zigaretten durch Händler und legt die Mindestmenge an Zigaretten in Zigarettenpackungen im Handel auf 17 Stück fest. Im Mai 2009 beschloss der Bundestag, die Mindestmenge in Zigarettenpackungen auf 19 Zigaretten zu erhöhen.

Warnhinweise

Im November 2002 wurde die EU-Tabakproduktverordnung, die u.a. die Warnhinweise auf Zigarettenpackungen regelt, in deutsches Recht umgesetzt. Als Folge wurden 2003 die Warnhinweise vergrößert: Daraufhin wurden 30 % der Vorderseite und 40 % der Rückseite von Zigarettenpackungen mit textlichen Warnhinweisen versehen.

Tabakproduktregulierung

Ende 2012 wurde von der EU-Kommission eine Neufassung der Tabakproduktrichtlinie vorgelegt. Sie umfasst u.a. Regulierungen zur Gestaltung der Verpackung sowie zu kombinierten Bild-Text-Warnhinweisen, zur Verwendung von Inhalts- und Zusatzstoffen, zur Rückverfolgbarkeit von Produkten sowie zu neuartigen Nikotinprodukten.

Am 18. Dezember 2013 einigten sich auf EU-Ebene die Verhandlungsführer der Mitgliedsstaaten, des Parlaments und der Kommission auf gemeinsame Positionen zur Änderung der Tabakproduktrichtlinie, die nach einem langen und kontroversen Entscheidungsfindungsprozess am 26. Februar 2014 vom EU-Parlament und am 14. März 2014 vom Ministerrat verabschiedet wurde. Die neue Richtlinie sieht folgende wesentliche Neuerungen vor:

- Kombinierte Bild- und Text-Warnhinweise sollen 65% der Fläche von Vorder- und Rückseite der Verpackung bedecken; textliche Warnhinweise sind zudem auf 50% der Seitenflächen vorgesehen.
- Zukünftig sind schlanke „Lippenstift-Packungen“ verboten, die vor allem auf junge Frauen abzielen.
- Neben Tabakprodukten werden künftig auch elektronische Zigaretten im Rahmen der Tabakproduktrichtlinie reguliert, es sei denn, sie fallen aufgrund ihrer Bestimmung oder Funktion unter die Vorschriften des Arzneimittelrechts. Allerdings fallen E-Zigaretten, die kein Nikotin enthalten, nicht unter die Tabakproduktrichtlinie. Da Nikotin eine suchterzeugende und toxische Substanz ist, legt die Richtlinie zum Schutz der Konsumierenden darüber hinaus Vorschriften für Qualitäts- und Sicherheitsstandards fest. So müssen E-Zigaretten künftig unter anderem kindersicherer sein, mit Warnhinweisen versehen werden und unterliegen den gleichen Werbebeschränkungen wie Tabakprodukte.
- Darüber hinaus beinhaltet die neue Richtlinie ein EU-weites System zur Verfolgung der Handelswege von Tabakprodukten durch sichtbare und unsichtbare Sicherheitsmerkmale auf Zigarettenpackungen.

Die neue Tabakproduktrichtlinie räumt den Mitgliedsstaaten die Möglichkeit ein, weitergehende Regulierungen vorzunehmen, wie beispielsweise die Einführung standardisierter, neutraler Verpackungen („Plain Packaging“).

Diese Regelungen sind bis zum 20. Mai 2016 in nationales Recht umzusetzen.

Präventionskampagnen

Eine Präventionskampagne ist darauf ausgerichtet, über verschiedene Kommunikationskanäle und Kommunikationsformen alle relevanten Zielgruppen – Kinder und Jugendliche und die Zielgruppe erwachsene Allgemeinbevölkerung – zu erreichen. Diese Strategie umfasst als multimodale Kampagne aufeinander bezogene Maßnahmen und Angebote in den Bereichen der personalen Kommunikation, des Internets und der Massenmedien. Ein weiteres zentrales Modul dieser Kampagne ist die koordinierte Kooperation der relevanten Akteure in der Förderung des Nichtrauchens. Dieses Modul ist die Basis für eine nachhaltige, strukturstärkende Zusammenarbeit und ist zugleich die Grundlage für eine gemeinsame Darstellung als „nationale Dachkampagne zur Reduktion des Tabakkonsums“. Die bundesweiten „rauchfrei“-Angebote der BZgA – insbesondere die massenmedialen Angebote – bilden das kommunikative Dach und geben der gemeinsamen Aufgabe ein wiedererkennbares Gesicht. Die gemeinsame Aufgabe wird auf der Landes- und der kommunalen Ebene in zahlreichen Angeboten aufgegriffen und bedarfsorientiert und situationsspezifisch umgesetzt, um den unterschiedlichen Ausgangslagen Rechnung zu tragen. Zu nennen sind neben der bundesweiten rauchfrei-Kampagne der BZgA (Lang & Strunk, 2010) die fünf bundesweiten „Quit & Win“-Kampagnen von 2000 bis 2008, auf Landesebene zahlreiche verhaltenspräventive Angebote, wie z.B. die Initiative „Leben ohne Qualm“ in Nordrhein-Westfalen oder zahlreiche andere Projekte (siehe dazu die Zusammenstellung der Angebote, die im Fachportal zur Suchtvorbeugung www.prevnet.de, einem Kooperationsprojekt zwischen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und den Landeskoordinatoren der Suchtprävention in Deutschland, aufgeführt sind).

Internationale Standards für eine umfassende und effektive Tabakkontrollpolitik als Orientierung

Das Rahmenabkommen zur Tabakkontrolle Framework Convention on Tobacco Control ist der erste zwischenstaatliche Vertrag im Bereich Gesundheit, der unter der Leitung der Weltgesundheitsorganisation zwischen Staaten ausgehandelt wurde. Ziel der FCTC ist es, heutige und künftige Generationen vor den gesundheitlichen, gesellschaftlichen, ökologischen und wirtschaftlichen Folgen des Tabakkonsums und des Passivrauchens zu schützen. Nach der einstimmigen Verabschiedung der Konvention durch die Weltgesundheitsversammlung im Mai des Jahres 2003 unterzeichnete Deutschland die Konvention am 24. Oktober 2003 und ratifizierte sie am 16. Dezember 2004. Damit verpflichtete sich Deutschland zur Umsetzung der Konvention, die darauf abzielt, mithilfe von evidenzbasierten Interventionen den Tabakkonsum abzusenken (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2013a).

Das zentrale Element der FCTC bildet ein Katalog von Maßnahmen (Artikel 5 bis 18 der FCTC), durch die der Tabakkonsum verringert werden soll und die in allen Mitgliedstaaten umzusetzen sind. Zu einigen Artikeln wurden zusätzlich Leitlinien erarbeitet, um in den Vertragsländern die Umsetzung dieser Maßnahmen zu erleichtern und zu beschleunigen. Folgende Themenschwerpunkte finden sich im Abkommen:

- Schutz vor der Einflussnahme der Tabakindustrie auf die Gesundheitspolitik (Art. 5.3)
- Anerkennung preisbezogener und steuerlicher Maßnahmen als wichtiges Mittel zur Verringerung des Tabakkonsums (Art. 6)
- wirksame Maßnahmen zum Schutz vor Passivrauchen (Art. 8)
- Regelungen zu Inhaltsstoffen und Emissionen (Art. 9) und deren Bekanntgabe (Artikel 10)
- Regelungen zur Verpackung und Etikettierung von Tabakerzeugnissen (Art. 11)
- Aufklärungsmaßnahmen für die Öffentlichkeit (Art. 12)
- umfassendes Werbeverbot in Übereinstimmung mit den verfassungsrechtlichen Grundsätzen (Art. 13)
- Förderung der Aufgabe des Tabakkonsums und Behandlung der Tabakabhängigkeit (Art. 14)

- Unterbindung aller Formen des unerlaubten Handels (Art. 15)
- Unterstützung wirtschaftlich realisierbarer Alternativen zum Tabakanbau (Art. 17)
- Schutz der Umwelt und der menschlichen Gesundheit (Art. 18)

Die inhaltlichen Themenschwerpunkte werden ergänzt durch die Verpflichtung, die Forschung in diesem Bereich zu koordinieren (Art. 20).

Über den Stand der Umsetzung des Abkommens berichten die Vertragsstaaten regelmäßig alle zwei Jahre.

Mit der FCTC liegt ein Handlungsrahmen vor, der Standards der Tabakkontrollpolitik setzt. Zu verschiedenen Artikeln wurden darüber hinaus Leitlinien verabschiedet, die den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse beschreiben. Mit ihrer Hilfe sollen die Vertragsstaaten entsprechend den nationalen Rahmenbedingungen geeignete Maßnahmen ergreifen, um den Tabakkonsum zu reduzieren.

Die Tabakindustrie versucht auf vielfältige Weise, die Tabakpolitik in Deutschland zu beeinflussen. Vor diesem Hintergrund kommt vor allem der Forderung nach größtmöglicher Transparenz eine große Bedeutung zu. Ein richtiger Schritt in diese Richtung war im Jahr 2013 die Offenlegung der Stellungnahmen aller Lobbygruppen im Rahmen der nationalen Anhörung zur Tabakproduktrichtlinie auf der Internetseite des damaligen Bundesministeriums für Ernährung und Verbraucherschutz.

Zur Vermeidung von Interessenkonflikten bedarf es der Offenlegung aller Kooperationsbeziehungen zwischen Politik, Behörden und den Interessenverbänden der Tabakindustrie. Analog zu den Veröffentlichungen auf europäischer Ebene sollten auch in Deutschland Termine mit der Tabakindustrie und anderen mit ihr kooperierenden Unternehmen und Einzelpersonen veröffentlicht und der Gesprächsinhalt festgehalten werden.

Darüber hinaus sollten klare Regeln zum Umgang zwischen Vertreterinnen und Vertretern der Tabakindustrie mit Vertreterinnen und Vertretern der Politik und Behörden entwickelt werden.

Tabakprävention in Deutschland im internationalen Vergleich

Die WHO überprüft seit 2008 regelmäßig, ob und wie die Vertragsländer erfolgreiche Tabakkontrollpolitik leisten und entwickelte hierzu das Monitoring-Konzept MPOWER, das die Umsetzung der wichtigsten evidenzbasierten Maßnahmen verfolgt. Dieses Instrument, das in drei Umsetzungsstufen klassifiziert (höchste Stufe – mittlere Stufe – unterste Stufe), ergab für Deutschland die folgenden Resultate (World Health Organization, 2013):

- Höchste Stufe bei „Monitoring des Tabakkonsums“
- Mittlere Stufe bei
„Schutz der Bevölkerung vor Tabakrauch“,
„Hilfsangeboten zur Tabakentwöhnung“,
„massenmedialen Kampagnen“,
„Tabakwerbeverboten“,
„Tabaksteuererhöhungen“
- Unterste Stufe bei „Warnhinweisen“

Die Ergebnisse der aktuellen Bewertung durch die „Tobacco Control Scale“ der Assoziation der Europäischen Krebsgesellschaften fallen für das Jahr 2013 für Deutschland kritischer aus. Hier wurden die Aktivitäten im Bereich der Tabakkontrollpolitik untersucht. In dieser Bewertung findet sich Deutschland auf dem vorletzten Platz 33 (Joossens & Raw, 2014).

Hieraus wird deutlich, dass Deutschland durchaus noch eine Reihe von Aufgaben zu bewältigen hat, um den international anerkannten Standard in der Tabakkontrolle zu erfüllen – wie viele andere Länder auch.

Im internationalen Vergleich liegt Deutschland mit einer durchschnittlichen Raucherquote von 30 % im Mittelfeld (World Health Organization, 2013).

Aufgaben für die Zukunft

Die oben dargestellten positiven Entwicklungen in Deutschland gilt es zu stabilisieren und auszubauen – die noch vorhandenen Schwachstellen der deutschen Tabakkontrollpolitik gilt es zügig auszuräumen. In Bereichen, in denen ein Trend zum Nichtrauchen bisher noch nicht in hohem Maße feststellbar ist, wie z.B. beim Ausstieg aus dem Rauchen im Erwachsenenalter, sind die bisher realisierten Maßnahmen zu überprüfen und ggf. zu verändern oder zu verstärken. Um die positive Haltung zum Nichtrauchen in der Gesellschaft aufrecht zu erhalten und auch in den nachfolgenden Generationen zu festigen, sind Präventionsmaßnahmen im Zusammenhang mit dem Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ als Daueraufgabe zu sehen.

Auf der Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und der seit 2003 gewonnenen praktischen Erfahrungen in der Umsetzung des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“ werden nachfolgend Empfehlungen an die Politik und Anregungen für alle sonstigen im Feld der Tabakprävention verantwortlich handelnden Akteure gegeben, so dass die Maßnahmen zielgenauer ausgerichtet werden können. Denn trotz der nachweisbaren Erfolge der Tabakprävention in den zurückliegenden zehn Jahren ist ein noch stärkeres systematisches, regulierendes und koordiniertes Vorgehen der staatlichen und der nicht-staatlichen Akteure erforderlich, um die im nationalen Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ formulierten Ziele wirksam umzusetzen.

In Deutschland waren bei einem Anteil von fast 30 % Raucherinnen und Rauchern an der erwachsenen Bevölkerung im Jahr 2007 fast 110.000 Todesfälle ursächlich direkt mit dem Rauchen in Verbindung zu bringen (Mons, 2011). Das bedeutet, dass im Jahr 2007 etwa 13 % aller 830.000 Todesfälle in Deutschland durch Rauchen bedingt waren. Darüber hinaus ist zusätzlich von etwa 3.300 Todesfällen jährlich durch Passivrauchen auszugehen (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2005).

Erkennbar ist außerdem, dass die Botschaften zum Nichtrauchen und die Angebote zum Rauchverzicht nicht in allen sozialen Gruppen gleichermaßen ankommen. Die Unterschiede im Rauchverhalten zwischen den sozialen Gruppen haben in den letzten Jahren tendenziell weiter zugenommen. Um dem Grundsatz der gesundheitlichen Chancengleichheit Rechnung zu tragen, wird eine der großen Herausforderungen für die zukünftige Arbeit in der Förderung des Nichtrauchens darin liegen, die Angebote und Maßnahmen spezifischer auf die einzelnen Zielgruppen hin auszurichten, so dass sie auch in den unterschiedlichen sozialen Gruppen Akzeptanz finden. Dies gilt für verhältnis- wie für verhaltenspräventive Maßnahmen gleichermaßen.

In den letzten Jahren (seit etwa 2008) hat sich zudem eine neue Form des Rauchens entwickelt, das „Dampfen“ von E-Zigaretten. Diese simulieren das Rauchen mit technischen Mitteln, ohne dabei Tabak zu verbrennen. Neben den zweifellos giftigen Tabakzigaretten etablierte sich eine neue Produktpalette, die aus Nikotin und einem Chemikaliengemisch besteht und zumeist von Raucherinnen und Rauchern konsumiert wird, die entweder vollständig nur E-Zigarette statt Tabakzigaretten rauchen oder diese im Wechsel konsumieren (dualer Gebrauch).

Vor diesem gesamten Hintergrund wurde das nationale Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ aktualisiert und mit der Fortführung bereits erfolgreicher Initiativen, der Inangriffnahme noch nicht umgesetzter sowie der Entwicklung neuer Maßnahmen unterlegt.

2. Zielbereiche für die Umsetzung des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“

Um das Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ nachhaltig weiterzuverfolgen und erfolgreich zu gestalten, sind verhaltens- wie verhältnispräventive Maßnahmen vorrangig in drei Zielbereichen umzusetzen.

Aufbauend auf dem bisherigen Erfolg der Etablierung eines gesellschaftlichen Klimas zum Nichtrauchen sind solche Maßnahmen zu intensivieren, die sich an Jugendliche und junge Erwachsene richten. Ziel ist es, dass sie erst gar nicht mit dem Rauchen anfangen und die positive Haltung und Motivation zum Nichtrauchen bereits in jungen Jahren zur Selbstverständlichkeit wird.

Mit der Verstärkung der positiven Haltung zum Nichtrauchen in der Bevölkerung ist zu erwarten, dass die Bereitschaft der Rauchenden wächst, dem positiven Trend zu folgen und Angebote der Raucherentwöhnung wahrzunehmen, wenn ein Rauchverzicht ohne Unterstützung nicht gelingt. Mit einem umfangreichen Angebot zur Raucherentwöhnung für unterschiedliche Alters- und Sozialgruppen sollte ein zweiter Zielbereich so ausgestaltet sein, dass es zu einer Erhöhung des Rauchstopps in allen Altersgruppen kommt.

Insgesamt sollten möglichst wenige Personen Passivrauch ausgesetzt sein. Vor diesem Hintergrund sollen in einem dritten Zielbereich die Maßnahmen benannt werden, die darauf ausgerichtet sind, dass der Schutz vor dem Passivrauchen erhöht wird.

Die drei Ziele, die für die Erreichung des nationalen Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“ als vorrangig angesehen werden, sind zusammengefasst:

Ziel 1:
**Jugendliche und junge Erwachsene bleiben Nicht-
raucherinnen bzw. Nichtraucher.**

Ziel 2:
Der Rauchstopp ist in allen Altersgruppen erhöht.

Ziel 3:
Umfassender Schutz vor Passivrauchen ist gewährleistet.

Dabei lassen sich für jedes der drei Ziele verschiedene Teilziele festlegen, deren Umsetzung zugleich als Indikator für den Grad des Erfolgs bei der Zielerreichung angesehen werden kann.

In den nachfolgenden Kapiteln wird jeder der drei genannten Zielbereiche zunächst in einer Ausgangsanalyse für die jeweiligen (Teil-)Zielerreichungsgrade untersucht und auf der Grundlage neuester Erkenntnisse aus der Gesundheitsberichterstattung sowie aus Wissenschaft und Forschung dahingehend überprüft, ob über die bisher realisierten Maßnahmen hinaus weitere erforderliche Maßnahmen zur Erreichung des nationalen Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“ identifiziert und benannt werden können.

Im Anschluss werden quantifizierte Zielgrößen für die Verringerung der Raucherquote bei Jugendlichen und Erwachsenen sowie für die Reduzierung der Passivrauchbelastung auf der Grundlage aktueller Daten vorgeschlagen.

Wer mit 20 Jahren noch nicht angefangen hat zu rauchen, für den ist die Wahrscheinlichkeit gering, noch mit dem Rauchen anzufangen



Der Anteil junger Erwachsener zwischen 18 und 25 Jahren ist mit 35 % im Jahr 2012 deutlich geringer als noch im Jahr 2001 (44,5 %)

Nur noch 12 % der Jugendlichen rauchen im Alter von 12 bis 17 Jahren

ZIEL 1 – Jugendliche und junge Erwachsene bleiben Nichtraucherinnen bzw. Nichtraucher

Unter Ziel 1 fallen folgende Teilziele:

1. **Der Anteil der Nieraucherinnen und Nieraucher ist erhöht.**
2. **Das Einstiegsalter ist erhöht.**
3. **Kindertageseinrichtungen, Schulen, Sportvereine und Jugendfreizeiteinrichtungen, Jugendhilfeeinrichtungen und betriebliche und überbetriebliche Ausbildungsstätten sind rauchfrei.**
4. **Angebote zur Rauchprävention in Schulen, Sportvereinen, Jugendhilfeeinrichtungen, Jugendfreizeiteinrichtungen und betrieblichen und überbetrieblichen Ausbildungsstätten sind vorhanden.**
5. **Erwachsene sind sich ihrer Vorbildrolle bewusst.**
6. **Die positive Einstellung zum Nichtrauchen ist erhöht.**

Ausgangslage

Ob jemand mit dem Rauchen anfängt, entscheidet sich größtenteils bis Ende des zweiten Lebensjahrzehnts: Wer bis dahin nicht mit dem Rauchen begonnen hat, für den ist im Vergleich mit dem Altersbereich zwischen 15 und 20 Jahren die Wahrscheinlichkeit relativ gering, noch mit dem Rauchen anzufangen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2009; 2011; 2012a; 2013; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung & Robert Koch-Institut, 2008). Vor diesem Hintergrund ist ein Schwerpunkt der Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens auf Jugendliche und junge Erwachsene zu konzentrieren, so dass sich in diesem Altersbereich eine positive Einstellung zum Nichtrauchen verfestigt, das Interesse an ersten Rauchererfahrungen weiter abnimmt und ein Übergang in regelmäßigen Tabakkonsum frühzeitig verhindert wird.

Die Repräsentativbefragungen der BZgA zum Rauchverhalten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zeigen, dass der Raucheranteil bei den 12- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen seit 2001 deutlich gesunken ist. Nach den neuesten Befragungsdaten aus dem Jahr 2012 rauchen nur noch 12 % der Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren. Damit hat sich der Anteil von 28 % im Jahr 2001 bis heute mehr als halbiert. Der Rückgang des Rau-

chens ist in beiden Geschlechtergruppen zu verzeichnen: Bei den männlichen Jugendlichen sank die Raucherquote von 27,2 % im Jahr 2001 auf 11,5 % im Jahr 2012 und bei den weiblichen Jugendlichen von 27,9 % (2001) auf 12,6 % (2012). Diese positive Entwicklung setzt sich in den darüber liegenden Altersgruppen fort. Der Anteil junger Erwachsener zwischen 18 und 25 Jahren, die rauchen, ist mit 35 % im Jahr 2012 deutlich geringer als noch im Jahr 2001 (44,5 %). Auch in diesem Altersbereich lässt sich für beide Geschlechtergruppen ein deutlicher Rückgang im Rauchverhalten nachweisen. Rauchten bei den jungen Männern im Alter von 18 bis 25 Jahren im Jahr 2001 noch 46,7 %, sind es im Jahr 2012 lediglich noch 37,7 %. Bei jungen Frauen ging der prozentuale Anteil im Rauchverhalten im gleichen Zeitraum von 42,2 % auf 32,6 % zurück. Im Vergleich der in den letzten 30 Jahren regelmäßig durchgeführten BZgA-Untersuchungen wurden damit in den Jahren 2011 und 2012 historisch niedrige Werte im Rauchverhalten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen registriert (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012b; 2013).

Aufgrund dieser Entwicklung ist festzustellen, dass das anvisierte Ziel „Jugendliche und junge Erwachsene bleiben Nichtraucher“ deutlich näher gerückt ist.

Allerdings gibt es in Abhängigkeit vom Bildungshintergrund der Heranwachsenden Unterschiede im Rauchverhalten. Zwar ist im zeitlichen Trend zwischen 2001 und 2011 bei den Schülerinnen und Schülern der Sekundarstufe I in allen betrachteten Typen von Bildungseinrichtungen (Hauptschule, Realschule, Gesamtschule und Gymnasium) ein Rückgang im Rauchverhalten zu verzeichnen, der geringste Anteil an Raucherinnen und Rauchern ist aber im Jahr 2012 mit 6,9 % im Gymnasium (Sek. I) und 5,4 % in der Gesamtschule (Sek. I) festzustellen. Der höchste Anteil an Raucherinnen und Rauchern findet sich in der Sekundarstufe I mit 16,7 % in den Hauptschulen. In den Realschulen bezeichnen sich 10,4 % der Schülerinnen und Schüler als Raucherinnen und Raucher (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012b; 2013; Lampert & Thamm, 2007; Lang, Orth & Strunck, 2010).

TEILZIEL 1.1 – Der Anteil der Nieraucherinnen und Nieraucher ist erhöht.

Ausgangslage

In keiner der bisher von der BZgA durchgeführten bundesweiten Repräsentativbefragungen war der Anteil der Jugendlichen, die noch nie geraucht haben, so hoch wie in der aktuellen Befragung aus dem Jahr 2012. Insgesamt gaben 71,7 % der Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren an, dass sie noch nie geraucht haben. Im Jahr 2001 lag der Nieraucher-Anteil in dieser Altersgruppe noch bei 40,5 %. Diese positive Entwicklung ist auch in der Altersgruppe der 18- bis 25-Jährigen zu erkennen. Lag der Anteil der Nieraucherinnen und Nieraucher in dieser Altersgruppe in 2001 lediglich bei 23,1 %, sind es 2012 im Alter von 18 bis 25 Jahren 32,4 %, die angeben, noch nie geraucht zu haben. Dieser Anstieg ist sowohl bei männlichen als auch bei den weiblichen Heranwachsenden zu registrieren. Unterschiede im Nieraucher-Anteil gibt es in Abhängigkeit vom Bildungsgrad. Von den Schülerinnen und Schülern der Hauptschulen haben 59,4 % noch nie geraucht. In der Sekundarstufe I des Gymnasiums sind 82,2 % aller Schülerinnen und Schüler Nieraucherinnen bzw. Nieraucher (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2013).

Höhere Zigarettenpreise führen zu einem sinkenden Raucheranteil unter Erwachsenen und Jugendlichen und sowohl Erwachsene als auch Jugendliche senken ihren Zigarettenkonsum. Die Beeinflussung der Preise über die Tabaksteuer gilt dabei als eine der effektivsten Maßnahmen, um insbesondere Kinder und Jugendliche von vornherein vom Rauchen abzuhalten. Denn Kinder und Jugendliche, denen meist nur verhältnismäßig wenig Geld zur Verfügung steht, reagieren im Vergleich zu Erwachsenen stärker auf Preiserhöhungen, da sie preisempfindlicher sind (International Agency for Research on Cancer, 2011; Liang, Chaloupka, Nichter & Clayton, 2003).

Dabei gilt es, ein Ausweichen der Konsumierenden auf geschmuggelte Zigaretten zu verhindern. Zigarettschmuggel ist nach Angaben der zuständigen Strafverfolgungsbehörden zu einem zentralen und besonders lukrativen Betätigungsfeld der

organisierten Kriminalität geworden. Nichtsdestotrotz gibt es wirkungsvolle Instrumente, die zu einer Eindämmung des illegalen Tabakhandels und des Tabaksmuggels beitragen können (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2010a). Vor diesem Hintergrund hat Deutschland bei den Vereinten Nationen im Oktober 2013 das Protokoll zur Unterbindung des unerlaubten Handels mit Tabakerzeugnissen unterzeichnet. Das Protokoll setzt verbindliche Standards für die 176 Vertragsstaaten. Es sieht u.a. vor, dass Tabakerzeugnisse weltweit bis zur Herstellung zurückverfolgt werden können.

Jugendliche reagieren besonders sensibel auf Marketingmaßnahmen. Um den Einstieg in das Rauchen zu verhindern, ist ein umfassendes Werbeverbot sinnvoll (Hanewinkel, 2008; World Health Organization, 2013). Dazu muss die Werbung allerdings in allen Medien und allen Formen (also auch Sponsoring, Product Placement, Verteilung kostenloser Proben) verboten sein. Begrenzte Werbeverbote und „Selbstbeschränkungsvereinbarungen“ der Tabakindustrie sind wirkungslos, weil die Hersteller ihre Marketingaktivitäten auf diejenigen Medien beziehungsweise Bereiche verlagern können, in denen Werbung und Sponsoring weiterhin erlaubt sind. Auch ein Verzicht lediglich auf „jugendbezogene“ Werbung ist untauglich: Kinder und Jugendliche fühlen sich nicht nur von Werbung mit jugendgerechten Inhalten, sondern auch durch an Erwachsene gerichtete Werbung angesprochen, da sie in der Phase der Identitätsbildung für Signale und Symbole des Erwachsenseins äußerst empfänglich sind. Ein umfassendes Tabakwerbeverbot hingegen macht Tabakprodukte insbesondere für Kinder und Jugendliche weniger interessant.

Um einen weiteren Rückgang im Rauchverhalten bei Kindern und Jugendlichen zu erreichen, sollte die bisherige Kombination aus verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen und Angeboten („Policy Mix“) fortgesetzt und intensiviert werden, da sie sich als effektiv und zielführend erwiesen hat.

Umsetzungsstrategien und Maßnahmen

Um den Einstieg in das Rauchen zu verhindern, sollten folgende Umsetzungsstrategien und Maßnahmen ergriffen werden:

- Ratifizierung und Umsetzung des Tabaksmuggelprotokolls
- Preiserhöhungen, die Auswirkungen auf das Rauchverhalten erwarten lassen
- Weitere Umsetzung der Tabakrahenkonvention hinsichtlich der Tabakwerbung
- Weitere Umsetzung der Tabakrahenkonvention hinsichtlich der Verfügbarkeit von Tabakwaren, insbesondere für Kinder und Jugendliche
- Das Jugendschutzgesetz ist konsequent umzusetzen und es sollten verstärkt Kontrollen zur Einhaltung der gesetzlichen Regelungen erfolgen
- Aufbau und Intensivierung einer nationalen, multimodalen Kampagne zur Verhinderung des Einstiegs in das Rauchen mit folgenden Schwerpunkten:
 - **Maßnahmen zur Verhinderung** oder Verzögerung des Einstiegs in das Rauchen sollten bei Kindern beginnend etwa im Alter von zehn Jahren ansetzen und sich in ihrer Ausrichtung an bildungsspezifischen Unterschieden im Anspracheniveau und im Rauchverhalten orientieren.
 - **Damit Kinder und Jugendliche lernen**, für ihre eigenen Überzeugungen einzutreten und Konflikte zu bewältigen – ohne zu Suchtmitteln wie der Zigarette greifen zu müssen –, sollten flächendeckend Programme zur Stärkung der Lebenskompetenz und des Selbstwertgefühls verstärkt und dauerhaft umgesetzt werden.
 - **Schulform- und klassenstufenübergreifende** Verankerung von Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens in der Schule und im schulischen Umfeld (z.B. Schulklassenwettbewerb zum Nichtrauchen „Be Smart – Don’t Start“, Klasse2000).

- **Der Fokus sollte auf flächendeckenden** und dauerhaften Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens in den Bildungs- und Ausbildungseinrichtungen und in den Freizeit- und Hilfeinrichtungen liegen, in denen rauchende Jugendliche und junge Erwachsene mit einer höheren Wahrscheinlichkeit anzutreffen sind.

- **Neben der Ansprache von Minderjährigen** durch erwachsene Personen sind Projekte nach dem Peer-to-Peer-Ansatz zu verstärken. So können z.B. Schülermentoren im Rahmen der „rauchfreien“ Schule eingesetzt werden, die damit gleichzeitig Vorbild für Mitschülerinnen und Mitschüler sind.

- **Gezielte Thematisierung und Aufklärung** über die Risiken des Rauchens und Passivrauchens sowie die Möglichkeiten zum Rauchverzicht in der J1-Untersuchung.

TEILZIEL 1.2 – Das Einstiegsalter ist erhöht.

Ausgangslage

Parallel zum Anstieg der Zahl der jugendlichen Nieraucherinnen und Nieraucher ist das Einstiegsalter der Rauchenden in den vergangenen Jahren gestiegen.

Das Durchschnittsalter, mit dem Jugendliche und junge Erwachsene im Alter zwischen 12 und 25 Jahren das erste Mal rauchen, hat sich zwischen 1986 und 2012 um etwa ein Jahr verschoben. Lag das Durchschnittsalter der ersten Zigarette im Jahr 1986 bei 13,4 Jahren, sind die Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der BZgA-Befragung im Jahr 2012 im Durchschnitt 14,4 Jahre alt, bevor sie das erste Mal geraucht haben. Die stärkere Verzögerung im Alter des Rauchens der ersten Zigarette ist bei männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu registrieren. Bei ihnen verschiebt sich das Alter des Rauchens der ersten Zigarette von 13,0 Jahren (1986) auf 14,5 Jahre (2012). Bei den weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen fällt die Verzögerung dagegen geringer aus: 13,8 Jahre im Jahr 1986; 14,3 Jahre in 2012 (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2013).

Umsetzungsstrategie und Maßnahmen

Alle unter Teilziel 1.1 genannten Interventionsstrategien und Maßnahmen zur Erhöhung des Anteils der Nieraucherinnen und Nieraucher bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind auch geeignet, das Einstiegsalter in eine Raucherkarriere zu erhöhen.

TEILZIEL 1.3 – Kindertageseinrichtungen, Schulen, Sportvereine, Jugendhilfeeinrichtungen, Jugendfreizeiteinrichtungen und betriebliche und überbetriebliche Ausbildungsstätten sind rauchfrei.

Ausgangslage

Seit der Verabschiedung der Startermaßnahmen zur Erreichung des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“ im Jahre 2004 sind erfolgreich Maßnahmen umgesetzt worden, um die Anzahl der rauchfreien Einrichtungen und Lebenswelten, in denen sich Kinder und Jugendliche aufhalten, zu erhöhen (Rakete, Strunk & Lang, 2010 und hierzu auch Ziel 3 „Umfassender Schutz vor Passivrauchen ist gewährleistet“):

- Im Jahre 2004 wurde erstmalig in einem deutschen Bundesland (Berlin) ein gesetzliches schulisches Rauchverbot ohne Ausnahmeregelungen eingeführt. Seit Beginn des Schuljahres 2008/2009 ist mittlerweile in allen 16 Bundesländern das Rauchen in der Schule nicht mehr gestattet. Das betrifft alle Schultypen, alle Personengruppen und alle Formen der Trägerschaft.
- Die Nichtraucherenschutzgesetze der Bundesländer, die seit 2007 verabschiedet wurden, verbieten u.a. das Rauchen in öffentlichen Einrichtungen der Länder, in Bildungseinrichtungen und in Sportstätten.
- Um Schulen und Bildungseinrichtungen bei der Umsetzung der gesetzlich geforderten Rauchfreiheit zu unterstützen, ent-

wickelte die BZgA in Kooperation mit den Ländern eine Reihe von Medien, Materialien und Interventionskonzepten, die zur Verhinderung des Einstiegs in das Rauchen auf die Möglichkeiten zur Prävention in Schulen und Bildungseinrichtungen hin ausgerichtet sind.

Umsetzungsstrategien und Maßnahmen

Mit den gesetzlichen Regelungen zum Nichtraucherenschutz auf Bundes- und Länderebene ist die Rauchfreiheit in vielen Bereichen formal erreicht.

In weiteren Maßnahmen sollte es darum gehen, dass die Akzeptanz der Regelungen erhalten bleibt und das Verständnis für die Einhaltung der Regelungen zunimmt.

Maßnahmen dazu finden sich unter 1.1 und 1.2 – darüber hinaus sind zusätzlich zu den verhältnispräventiven Maßnahmen folgende Maßnahmen im Rahmen einer nationalen, multimodalen Kampagne erforderlich:

- Verstärkte Bildung bzw. Einbindung von örtlichen Aktionsgemeinschaften für Suchtprävention zur Förderung des Nichtrauchens
- Intensivierung von Qualifizierungsangeboten für Lehrkräfte, Pädagoginnen und Pädagogen, Ausbildungs-, Trainings- und Betreuungspersonal sowie für Fachpersonal in Jugendfreizeit- und Jugendhilfeeinrichtungen, in welchen als integraler Bestandteil das Thema „(Nicht-)Rauchen“ aufgegriffen und u.a. auf ihre wichtige Vorbildfunktion eingegangen wird.

TEILZIEL 1.4 – Angebote zur Rauch-Prävention in Schulen, Sportvereinen, Jugendhilfeeinrichtungen, Jugendfreizeiteinrichtungen und betrieblichen und überbetrieblichen Ausbildungsstätten sind vorhanden.

Ausgangslage

In den letzten Jahren sind auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene zahlreiche Angebote und Maßnahmen für Kinder und Jugendliche zur Förderung des Nichtrauchens in verschiedenen Bereichen umgesetzt worden (s. hierzu z.B. die Übersicht auf www.prevnet.de oder die Maßnahmendokumentation zum BZgA-Länder-Kooperationsprojekt dot.sys) (Spahlinger, 2010). Beispielhaft sollen nachfolgend nur einige Angebote und Maßnahmen genannt werden:

- Es wurden neue Konzepte entwickelt, um für das Thema „(Nicht-)Rauchen“ bei Schülerinnen und Schülern Interesse und Engagement zu wecken; so im Rahmen der Jugendfilmtage „Nikotin und Alkohol im Visier“ oder durch aktivierende Angebote wie den Mitmach-Parcours „Klarsicht“, die von der BZgA in enger Kooperation mit Schulen durchgeführt werden.
- Im Schuljahr 2012/2013 haben sich in Deutschland 8.779 Klassen mit ca. 230.000 Schülerinnen und Schülern am Schulklassenwettbewerb zum Nichtrauchen „Be Smart – Don’t Start“ angemeldet. Die Wirksamkeit des Wettbewerbs hinsichtlich einer Verzögerung des Einstiegs ins Rauchen ist in verschiedenen wissenschaftlichen Untersuchungen nachgewiesen worden (Isensee et al., 2012).
- Das für Grundschulen entwickelte Programm „Klasse 2000“ ist das in Deutschland mit am weitesten verbreitete Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung, Sucht und Gewaltvorbeugung für diese Altersgruppe und zeigt Langzeiteffekte in der Verhinderung des Rauchbeginns (Maruska, Isensee & Hanewinkel, 2012).

- Um insbesondere Sportvereine und Jugendeinrichtungen bei der Umsetzung der Rauchfreiheit zu unterstützen, entwickelte die BZgA im Rahmen ihrer Kampagne „Kinder stark machen“ eine Reihe von Medien, Materialien und Interventionskonzepten, die auch auf die Verhinderung des Einstiegs in das Rauchen ausgerichtet sind.

Umsetzungsstrategien und Maßnahmen

Zusätzlich zu den unter 1.1 bis 1.3 beschriebenen Maßnahmen ist für das Teilziel 1.4 folgende Maßnahme im Rahmen einer nationalen, multimodalen Kampagne wichtig:

- Ausweitung und Intensivierung von Angeboten zur Förderung des Nichtrauchens z.B. im Rahmen der betrieblichen und überbetrieblichen Ausbildung und in den berufsbildenden Schulen sowie in Jugendfreizeit- und Jugendhilfeeinrichtungen vor dem Hintergrund der gravierenden Unterschiede im Rauchverhalten zwischen den Bildungs- und Sozialgruppen.

TEILZIEL 1.5 – Erwachsene sind sich ihrer Vorbildrolle bewusst.

Ausgangslage

Rauchen in der direkten Umgebung stellt für Kinder in zweifacher Weise ein Risiko dar: Zum einen stellt die Tabakrauchbelastung eine unmittelbare gesundheitliche Beeinträchtigung der Kinder dar (siehe dazu auch die Ausführungen zu Ziel 3 „Umfassender Schutz vor Passivrauchen ist gewährleistet“) und zum anderen sind Erwachsene in ihrem Vorbild wegweisend für das Rauchverhalten von Kindern. Studien belegen, dass Kinder mit mindestens einem rauchenden Elternteil häufiger mit dem Rauchen beginnen als Kinder nichtrauchender Eltern (Göhlmann, Schmidt & Tauchmann, 2010). Aber auch Eltern, die rauchen, können zur Förderung des Nichtrauchens ihrer Kinder beitragen. Positive Effekte zeigen bereits die Einhaltung von Regelungen und Absprachen zum Rauchverzicht im elterlichen Haushalt. Denn ein Rauchverzicht in der elterlichen Wohnung macht den Kindern deutlich, dass das Rauchen in der Gesellschaft mittlerweile eine geringe soziale Akzeptanz hat. „Die Wahrscheinlichkeit zu rauchen ist bei Kindern und Jugendlichen

geringer, bei denen zu Hause nicht geraucht werden darf, und zwar unabhängig vom Rauchstatus der Eltern. So sind Jugendliche mit mindestens einem rauchenden Elternteil, in deren Haushalt das Rauchen verboten ist, mit geringerer Wahrscheinlichkeit Raucher, als Jugendliche mit rauchenden Eltern (teilen), bei denen zu Hause geraucht werden darf“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2006; Deutsches Krebsforschungszentrum, 2010b). Die Bedeutung der expliziten Kommunikation der elterlichen Haltung zum Rauchen bzw. Nichtrauchen wird auch aus der Tatsache deutlich, dass das Nichtrauchen der Eltern allein keine hinreichende Voraussetzung dafür ist, dass ihre Kinder nicht mit dem Rauchen beginnen. Wichtig ist, dass sich die Vorbildfunktion für die Kinder im „normativen Signal der Ablehnung des Rauchens durch die Eltern“ (Raschke, Kalke & Hiller, 2009) zum Ausdruck kommt.

Umsetzungsstrategien und Maßnahmen

Wenn Vorbilder und wichtige Bezugspersonen, wie in erster Linie Eltern, aber auch Geschwister, Lehrkräfte, Betreuungspersonal oder Jugendgruppenleitungen, rauchen, dann nehmen Heranwachsende das Rauchen als sozial akzeptiertes und erstrebenswertes Verhalten wahr und der Einstieg in den Tabakkonsum wird erleichtert. Der Verzicht des Tabakkonsums in Anwesenheit von Kindern kann demnach auch ein wichtiges Mittel zur Prävention des Raucheinstiegs darstellen.

Vor diesem Hintergrund sollten – neben den unter 1.1 bis 1.4 beschriebenen Maßnahmen – zusätzlich die folgenden Maßnahmen im Rahmen einer nationalen, multimodalen Kampagne umgesetzt werden:

- Verstärkte Angebote für Eltern und Erzieher zur Verdeutlichung ihrer Rolle als Vorbilder in Bezug auf den Tabakkonsum von Kindern - vermittelt über Informationsmedien und über Berufsgruppen im Gesundheitswesen wie z.B. Gynäkologinnen und Gynäkologen, Hebammen, Kinder- und Hausärztinnen bzw. -ärzte
- Vermittlung der positiven Effekte auf die Förderung des Nichtrauchens bei Kindern und Jugendlichen durch die Festlegung häuslicher Absprachen und Regeln zum Nichtrauchen, so dass Eltern damit ihre Rolle als Vorbilder explizit zum Ausdruck bringen und in der Konsequenz auch die Exposition von

Tabakrauch in der häuslichen Umgebung möglichst ausgeschlossen wird.

TEILZIEL 1.6 – Die positive Einstellung zum Nichtrauchen ist erhöht.

Ausgangslage

Die Entwicklung positiver Einstellungen zum Nichtrauchen in der Bevölkerung drückt sich besonders im deutlichen Rückgang des Rauchverhaltens bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen aus (s. 1.1) (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2010c).

Hinsichtlich der Wahrnehmung sozialer Normen und Einstellungen zum Rauchen im sozialen Umfeld finden sich bei nie-rauchenden und rauchenden Jugendlichen in der Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen in den letzten Jahren unterschiedliche Entwicklungen. Gegenüber 11,8 % der Jugendlichen im Jahr 2003 sagen im Jahr 2008 nur noch 4,8 % der Jugendlichen, die noch nie geraucht haben, dass ihre Freunde es gut fänden, wenn sie mit dem Rauchen beginnen würden. Demgegenüber ist der Anteil der jugendlichen Raucherinnen und Raucher, die meinen, ihre Freunde würden es gut finden, wenn sie mit dem Rauchen aufhörten, zwar hoch, hat sich aber zwischen 2003 (76,5 %) bis 2008 (74,9 %) nicht wesentlich verändert (Orth & Töppich, 2010).

Umsetzungsstrategien und Maßnahmen

Alle unter 1.1 bis 1.5 beschriebenen Maßnahmen sind für die Erreichung dieses Teilziels von wesentlicher Bedeutung. Insbesondere der Gesetzgeber hat den Auftrag, die Rahmenbedingungen für die Erreichung der Ziele zu verbessern.

Die nachfolgende Tabelle stellt die Maßnahmen zur Erreichung des jeweiligen Teilziels in der Übersicht dar und adressiert die vorrangigen Akteure für die Umsetzung.

Ziel 1 Jugendliche und junge Erwachsene bleiben Nichtraucher

Teilziele	Maßnahmen	Adressaten
1. Der Anteil der Nieraucherinnen und Nieraucher ist erhöht.	<p>Umsetzung des Tabaksmuggelprotokolls</p> <p>Beeinflussung der Preise über die Tabaksteuer</p> <p>Weitere Umsetzung der Tabakrahmenkonvention hinsichtlich der Tabakwerbung</p> <p>Weitere Umsetzung der Tabakrahmenkonvention hinsichtlich der Verfügbarkeit von Tabakwaren, insbesondere für Kinder und Jugendliche</p> <p>Konsequente Umsetzung des Jugendschutzgesetzes und verstärkte Kontrolle der Einhaltung der gesetzlichen Regelungen</p> <p>Aufbau und Intensivierung einer nationalen, multimodalen Kampagne mit folgenden Schwerpunkten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schulform- und klassenstufenübergreifende Verankerung von Themen und Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens in der Schule und im schulischen Umfeld mit einer Schwerpunktsetzung auf die Umsetzung von Lebenskompetenzprogrammen • Konzentration von Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens in Einrichtungen, in denen rauchende Jugendliche und junge Erwachsene mit einer höheren Wahrscheinlichkeit anzutreffen sind • Verstärkung und Ausbau von Projekten auf der Basis des Peer-to-Peer-Ansatzes, z.B. Schülermentoren 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesetzgeber • Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung • Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen • Sozialversicherungsträger • Deutsche Krebshilfe • Deutsches Krebsforschungszentrum/Stabsstelle Krebsprävention • Deutsche Krebsgesellschaft/Landeskrebsgesellschaften • Bundesärztekammer/Landesärztekammern • Bundespsychotherapeutenkammer/Landespsychotherapeutenkammern • Kultusministerkonferenz • Kultusbehörden • Bildungseinrichtungen und Ausbildungsstätten • Jugendfreizeiteinrichtungen • Jugendhilfeeinrichtungen • Kommunalverwaltung
2. Das Einstiegsalter ist erhöht.	Maßnahmen wie zur Erreichung des Teilziels 1	Siehe Teilziel 1
3. Kindertageseinrichtungen, Schulen, Sportvereine, Jugendhilfeeinrichtungen, Jugendfreizeiteinrichtungen und betriebliche und überbetriebliche Ausbildungsstätten sind rauchfrei.	<p>Maßnahmen wie unter den Teilzielen 1 und 2 sowie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verstärkte Bildung bzw. Einbindung von örtlichen Aktionsgemeinschaften für Suchtprävention in Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens • Intensivierung von Qualifizierungsangeboten für Lehrkräfte, Trainings- und Betreuungspersonal von Sportlern sowie für Fachpersonal in Jugendfreizeiteinrichtungen zum Thema Nichtrauchen 	<p>Siehe Teilziel 1</p> <p>Darüber hinaus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sportverbände und Sportvereine
4. Angebote zur Rauch-Prävention in Schulen, Sportvereinen, Jugendhilfeeinrichtungen, Jugendfreizeiteinrichtungen und betrieblichen und überbetrieblichen Ausbildungsstätten sind vorhanden.	<p>Maßnahmen wie zu den Teilzielen 1 - 3 sowie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausweitung und Intensivierung von Angeboten zur Förderung des Nichtrauchens im Rahmen der betrieblichen und überbetrieblichen Ausbildung und in den berufsbildenden Schulen 	Siehe Teilziele 1 - 3
5. Erwachsene sind sich ihrer Vorbildrolle bewusst.	<p>Maßnahmen wie zu den Teilzielen 1 - 4 sowie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verstärkte Angebote für Eltern, Erzieherinnen und Erzieher zur Auseinandersetzung mit ihrer Rolle als Vorbilder in Bezug auf den Tabakkonsum ihrer Kinder • Vermittlung der positiven Effekte auf die Förderung des Nichtrauchens bei Kindern und Jugendlichen durch die Festlegung häuslicher Absprachen und Regeln zum Nichtrauchen 	<p>Siehe Teilziele 1 - 4</p> <p>Darüber hinaus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berufe aus dem Gesundheitswesen, wie z.B. Allgemeinärztinnen und -ärzte, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Hebammen, Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte • Eltern • Erzieherinnen und Erzieher
6. Die positive Einstellung zum Nichtrauchen ist erhöht.	Maßnahmen wie zu den Teilzielen 1 - 5	Siehe Teilziele 1 - 5

25 % der Raucherinnen und Raucher versuchen jährlich, mit dem Rauchen aufzuhören, ohne damit Erfolg zu haben.



Nur 34 % aller Rauchenden und 24,2 % der Ex-Rauchenden haben 2012 beim Rauchstoppversuch in den letzten 2 Jahren Hilfsmittel in Anspruch genommen.

ZIEL 2 – Der Rauchstopp ist in allen Altersgruppen erhöht.

Unter Ziel 2 fallen folgende vier Teilziele:

1. **Rauchende Kinder, Jugendliche und Erwachsene leben in Lebenswelten, die zum Rauchstopp motivieren und ihn erleichtern.**
2. **Das Wissen über die Schädlichkeit des Rauchens und über den Nutzen des Rauchstopps ist verbreitet.**
3. **Die Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören, ist erhöht.**
4. **Das Angebot an effektiven und qualitätsgesicherten Entwöhnungsangeboten, deren Bekanntheit und Inanspruchnahme sind erhöht.**

Ausgangslage

Wie der Einstieg in den Nikotinkonsum zeigt sich auch der Ausstieg aus dem Rauchen alters- und geschlechtskorreliert. Der Anteil der ehemaligen Raucher (mehr als 100 Zigaretten geraucht, aber nicht in den letzten 30 Tagen) liegt in der jüngeren Altersgruppe bei 0,6 % (männlich: 1,0 %; weiblich: 0,2 %), unter den jungen Erwachsenen sind 4,8 % Ex-Raucher und Ex-Raucherinnen zu verzeichnen (männlich: 5,2 %; weiblich: 4,4 %) (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011; Orth & Töppich, 2010). Daten aus dem Epidemiologischen Suchtsurvey 2009 (Kraus, Pabst & Müller, 2010) geben Hinweise auf den weiteren Verlauf über die Lebensspanne. Der Anteil an Ex-Rauchenden nimmt über das dritte Lebensjahrzehnt von etwa 10 % auf etwa 20 % zu, ab dem Alter von 40 Jahren sind es 30 % und schließlich bezeichnen sich ab dem Alter von 50 Jahren fast 40 % von den (ehemals) Rauchenden in der Bevölkerung als Ex-Raucherin bzw. Ex-Raucher.

Wichtig ist es, möglichst früh mit dem Rauchen aufzuhören, denn je früher die/der Betreffende mit dem Rauchen aufhört, umso geringer und seltener sind Krankheitsrisiken als Folge des Rauchens (International Agency for Research on Cancer, 2011).

TEILZIEL 2.1 – Rauchende Kinder, Jugendliche und Erwachsene leben in Lebenswelten, die zum Rauchstopp motivieren und ihn erleichtern.

Ausgangslage

Die Akzeptanz des Rauchens in den verschiedenen Lebenswelten hat einen Einfluss auf das Rauchverhalten und die Bereitschaft dazu, mit dem Rauchen aufzuhören. Dies beginnt bereits im Kindesalter. Unabhängig vom Rauchstatus der Eltern sind Regeln und Absprachen zum Rauchverzicht im Elternhaus ein wichtiger Einflussfaktor für das Rauchverhalten der Kinder. So haben rauchende Jugendliche, die in Haushalten leben, in denen es Regeln gibt, nicht zu rauchen, eine höhere Wahrscheinlichkeit für einen Rauchstoppversuch als rauchende Jugendliche aus Haushalten, in denen geraucht werden darf. Dieser Effekt ist auch dann wirksam, wenn ein Elternteil oder beide Eltern selbst Raucher sind (Farkas, Gilpin, White & Pierce, 2000).

Finden jugendliche Rauchende den gesellschaftlichen Nichtraucherschutz und damit die sozialen Kontrollen des Rauchens angemessen, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sie mit dem Rauchen aufhören (Sussmann, 2002).

Bei der Analyse des Zusammenhangs zwischen Maßnahmen zur strukturellen Tabakprävention und dem Rauchstopp bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen hat sich gezeigt, dass mit der Einschränkung des Zugangs zu Zigaretten die Aufhörtmotivation anstieg (Tworek et al., 2010). Auch ein umfassendes Rauchverbot in öffentlichen Einrichtungen und an Arbeitsplätzen verringert die soziale Akzeptanz des Rauchens und beeinflusst so die Motivation und die Möglichkeiten Jugendlicher, alleine oder in Gruppen zu rauchen. Solche Verbote tragen mit dazu bei, die Wahrscheinlichkeit des Aufhörens mit dem Rauchen zu erhöhen (ACCESS Konsortium, 2010). Eine deutliche Veränderung ist in den letzten Jahren in der Wahrnehmung von Rauchverboten im schulischen Bereich festzustellen. Lag der Anteil der 12- bis 17-jährigen Schülerinnen und Schüler, die von einem vollständigen Rauchverbot in ihrer Schule berichteten, im Jahr 2005 noch bei 20,2 % so ist dieser Wert auf 80,4 % im Jahr 2011 gestiegen,

wenn sie nach einem vollständigen Rauchverbot für Schülerinnen und Schüler gefragt werden. Auch Studierende bestätigen, dass in Hochschulen das Rauchen zunehmend untersagt wird: Gab 2001 noch jeder fünfte Studierende (19,2 %) an, in seinem Hochschulgebäude sei das Rauchen nicht gestattet, sind es im Jahr 2011 81,6 %. Dagegen hat sich die Verbreitung rauchfreier Arbeitsplätze in der Wahrnehmung von Auszubildenden und junge Erwerbstätigen in den letzten Jahren kaum verändert. Sowohl im Jahr 2001 (48,8 %) als auch im Jahr 2011 (47,1 %) gibt etwa nur die Hälfte der Befragten an, dass es an ihrem Arbeitsplatz nicht erlaubt ist zu rauchen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012b).

Der zunehmende Anteil von Nichtraucherinnen und Nichtrauchern in der eigenen sozialen Bezugsgruppe sollte Jugendliche und junge Erwachsene darin bestärken, nicht mit dem Rauchen anzufangen oder – aufgrund der geringen sozialen Akzeptanz – das Rauchen wieder aufzugeben. Bei den Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren hat sich der Anteil derjenigen, die angeben, dass „niemand“ oder „einige wenige“ ihrer Freunde und Bekannten rauchen, von 39,7 % im Jahr 2001 auf 69,0 % im Jahr 2011 erhöht. Auch immer mehr junge Erwachsene haben einen Freundes- und Bekanntenkreis, in dem niemand oder nur wenige rauchen. In dieser Altersgruppe steigen die Werte von 26,8 % (2001) auf 44,6 % (2011) an. Dabei sind sich die Raucherinnen und Raucher der Motivation aus der Peer-Gruppe zum Rauchverzicht durchaus bewusst: Von den 12- bis 17-jährigen Raucherinnen und Rauchern geben etwa 80 % an, ihre Freunde würden es befürworten, wenn sie mit dem Rauchen aufhören; bei den 18- bis 25-Jährigen liegt dieser Prozentanteil sogar bei etwa 90 % (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012b).

Der Einfluss von Familie, der Partnerin/des Partners und Freunden spielt auch bei Erwachsenen eine bedeutende Rolle im Zusammenhang mit dem Rauchstopp: 38 % der im Rahmen des Eurobarometers befragten Ex-Raucherinnen und Ex-Raucher in Deutschland gaben an, dass die Familie, die Partnerin/der Partner oder Freunde den entscheidenden Anstoß zum Rauchstopp gaben. Nach der Sorge um die eigene Gesundheit ist dies der zweitwichtigste Aufhörgrund (Europäische Kommission, 2010).

Darüber hinaus kann auch bei Erwachsenen durch gesetzliche Maßnahmen zum Nichtraucherschutz ein Rauchstopp gefördert werden. So belegen beispielsweise Studien, dass vollständig rauchfreie Arbeitsplätze zu einer Verringerung der Rauchprävalenz bzw. einem Rückgang des Zigarettenkonsums bei den Angestellten führen. Auch eine vollständig rauchfreie Gastronomie trägt zu einer Verringerung des Tabakkonsums bei. Dabei ist es wichtig festzustellen, dass es keine Hinweise darauf gibt, dass durch die Rauchverbote eine Verlagerung des Rauchens vom öffentlichen in den privaten Bereich stattgefunden hat (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2010d).

Umsetzungsstrategie und Maßnahmen

- Verbesserung der gesetzlichen Maßnahmen zum Schutz vor Passivrauchen am Arbeitsplatz
- Konsequente Ahndung von Missachtungen der gesetzlichen Regelungen zum Nichtraucherschutz
- Beeinflussung der Preisgestaltung von Tabakwaren durch steuerpolitische Maßnahmen, um die Motivation zum Rauchverzicht zu erhöhen
- Aufbau und Intensivierung von Maßnahmen im Rahmen einer nationalen, multimodalen Kampagne:
 - **Unterstützung von schulischen und betrieblichen** Gesundheitsprogrammen, die eine Rauchstoppförderung bei Schülerinnen und Schülern und bei Auszubildenden und Beschäftigten berücksichtigen und die die Qualifizierung von Lehrkräften, Ausbildungs- und betriebsmedizinischem Personal dazu vorsehen
 - **Ansprache der Familien** auf das Rauchverhalten durch Kinderärztinnen und -ärzte, Familienberatungsstellen, Familienberaterinnen und -beratern, Hebammen
 - **Qualifizierung von Praxispersonal**, Familienpflegerinnen bzw. -pflegern und Familienhebammen zur Beratung von Eltern und Angehörigen zur Förderung des Rauchverzichts durch Realisierung rauchfreier Lebenswelten

- **Mediale Maßnahmen**, die positive Vorbilder zur Motivation zum Rauchverzicht nutzen
- **Bildung bzw. Einbindung** von örtlichen Aktionsgemeinschaften zur Förderung von rauchfreien Einrichtungen und Lebenswelten (z. B. in Sportvereinen, Jugendfreizeiteinrichtungen, Jugendhilfeeinrichtungen, Betrieben)
- **Einbeziehung und Qualifizierung** von Akteuren in sozial benachteiligten Wohngebieten und Stadtteilen (Soziale Stadt, Quartiersmanagement)

Teilziel 2.2 – Das Wissen über die Schädlichkeit des Rauchens und über den Nutzen des Rauchstopps ist verbreitet.

Ausgangslage

Die größten mit dem Rauchen verbundenen Gesundheitsrisiken sind in Deutschland allgemein bekannt. Dass Rauchen Lungenkrebs verursacht, wussten in einer Befragung des Deutschen Krebsforschungszentrums im Jahr 2009 98 % der Rauchenden (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2010b). Auch das durch das Rauchen erhöhte Krankheitsrisiko für Herzerkrankungen, Schlaganfälle und Mundhöhlen- und Kehlkopfkrebs war über 90 % der Rauchenden bekannt. Das Wissen über andere Krankheitsbilder war hingegen weniger verbreitet. So wussten nur etwa 70 % der Rauchenden, dass Rauchen Impotenz verursachen kann, und nur etwa 15 % wussten, dass Rauchen zu Erblindung führen kann. Das Wissen über die Schädlichkeit des Rauchens (Inhaltsstoffe, Passivrauchen) hat zwischen 2003 und 2007 unter den rauchenden Jugendlichen zugenommen. In 2007 schätzten 88 % das aktive, 75 % das passive Rauchen als sehr gesundheitsschädigend ein (Orth & Töppich, 2010).

Als wirksame Maßnahmen zur Information über die mit dem Rauchen verbundenen Gesundheitsrisiken und den mit einem Rauchstopp verbundenen Nutzen gelten insbesondere massenmedial ausgerichtete Kampagnenstrategien und Warnhinweise

auf Tabakverpackungen. Auch wenn die Effekte von isolierten Medienkampagnen schwierig zu evaluieren sind, gilt als belegt, dass sie das Wissen über die Schädlichkeit des Rauchens erhöhen können (Bala, Strzeszynski & Cahill, 2008). Warnhinweise auf Tabakverpackungen erreichen alle Rauchenden und verbessern das Wissen der Rauchenden um die Gesundheitsschäden, die Rauchen verursacht (Bühler, Metz & Kröger, 2007). Rauchende nehmen die Warnhinweise wahr, registrieren deren Botschaften und werden, insbesondere durch emotionalisierende Bilder, zum Nachdenken über ihr Verhalten und zu einer Verhaltensänderung motiviert (Hammond, 2011).

Umsetzungsstrategie und Maßnahmen

- Intensivierung der Aufklärungsarbeit im Rahmen einer nationalen, multimodalen Kampagne: Zur Erreichung der Zielgruppen ist eine breite Palette von Kommunikationswegen zu nutzen, wie z.B. Informationsbroschüren, Nutzung von Werbeflächen im Printbereich oder im öffentlichen Raum, Spots in Kino und Fernsehen sowie das Internet und das Web 2.0. Zu empfehlen ist die gezielte, geschlechtsspezifische Ansprache der verschiedenen Zielgruppen über entsprechende Aufklärungs- und Informationsmaßnahmen (z.B. weibliche und männliche Jugendliche, Schwangere oder junge Eltern, Personen, die bislang erfolglos versucht haben, mit dem Rauchen aufzuhören, Raucherinnen und Raucher mit typischen Begleiterkrankungen, Personen in bestimmten Lebenssituationen, die besonders für einen Rauchstopp zu motivieren sind). Die Informationsvermittlung der Gesundheitsgefahren des Rauchens sollte sich auch auf neu auf dem Markt erhältliche Produkte, wie z.B. Wasserpfeifen oder E-Zigaretten und E-Shishas, erstrecken.
- Einführung bildgestützter Warnhinweise auf Zigarettenpackungen: Um die Wahrnehmbarkeit der mit den Warnhinweisen auf Tabakverpackungen vermittelten Gesundheitsinformationen zu erhöhen, sollen farbige, bildgestützte Warnhinweise nach der neu geltenden EU-Kommissions-Entscheidung zur Tabakproduktrichtlinie (2014/40/EU) zeitnah eingeführt werden.

Teilziel 2.3 – Die Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören, ist erhöht.

Ausgangslage

Etwa 25 % der deutschen Raucherinnen und Raucher versuchen jährlich, mit dem Rauchen aufzuhören, ohne damit Erfolg zu haben (Kröger, Wenig & Piontek, 2013). Damit liegt Deutschland etwas unter dem europäischen Durchschnitt von 28 % (Europäische Kommission, 2012). Als sehr wichtiger Prädiktor des tatsächlichen Ausstiegs hat sich in verschiedenen Studien die Stärke der Motivation, mit dem Rauchen aufzuhören, herausgestellt – neben der Konsumintensität und bestehenden Abhängigkeitssymptomen (Kleinjan et al., 2008; Sussmann, 2002).

Dabei wird die Motivation und Bereitschaft von Raucherinnen und Rauchern, einen Aufhörversuch zu unternehmen, insbesondere durch Sorge über die eigene Gesundheit (75 %), durch Familie oder Partner (57 %) und den Preis der Tabakprodukte (55 %) beeinflusst. Weitere Gründe waren z.B. bei 39 % Bedenken wegen gesundheitlicher Auswirkungen des Rauchens auf Nichtraucher, bei 17 % der ärztliche Ratschlag, bei 17 % Rauchverbot in öffentlichen Gebäuden, bei 14 % die Missbilligung des Rauchens durch die Gesellschaft, bei 14 % Rauchverbote am Arbeitsplatz, bei 7 % Medienkampagnen (Europäische Kommission, 2010). Dabei unterscheiden sich die Motive, mit dem Rauchen aufzuhören, zwischen erwachsenen und jugendlichen Rauchenden kaum. Fast alle aufhörmotivierten Jugendlichen (94 %) führen 2007 die Gesundheit als Grund für einen eventuellen Rauchstopp an. Darauf folgen Fitness (86 %) und Kosten (80 %) (Orth & Töppich, 2010).

Umsetzungsstrategien und Maßnahmen

Alle Maßnahmen, die zum Ziel 1 „Jugendliche und junge Erwachsene bleiben Nichtraucherinnen bzw. Nichtraucher“ formuliert sind, sind geeignet, die Bereitschaft zum Rauchstopp zu fördern.

Durch die Verknüpfung von öffentlichkeitswirksamen Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens mit Hinweisen auf qualifizierte Beratungs- und Entwöhnungsangebote sowie durch den gezielten Einbezug potentiell als Vermittler in Frage kommender Instanzen sollte die Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören, erhöht werden. Wesentlich für die dauerhafte Integration

von Rauchstopp-Interventionen ist die Finanzierung von Aufbau und Erhalt qualifizierter Angebote, die von Ausstiegswilligen angenommen werden.

Weitere spezifische Maßnahmen im Rahmen einer nationalen, multimodalen Kampagne sind:

- Weiterführung und Ausweitung von Maßnahmen, die das Vertrauen in die Machbarkeit des Ausstiegs und die Zuversicht auf das Erreichen des angestrebten Ziels stärken, indem hilfreiche Strategien breit kommuniziert werden.
- Intensivierung der Qualifizierung von Multiplikatoren und Peers. Zum möglichst frühen Rauchverzicht sollen insbesondere rauchende Jugendliche und junge Erwachsene zum Rauchstopp motiviert und ein entsprechendes Umfeld zur Förderung des Nichtrauchens geschaffen werden. Zu den Multiplikatoren zählen: Lehr- und Erziehungspersonal, Angehörige von Gesundheitsberufen wie Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen bzw. Zahnärzte, Pflegepersonal, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einrichtungen des ambulanten und stationären Kinder- und Jugendhilfebereichs, in Einrichtungen der Jugendförderung, in Freizeit- und Sportvereinen sowie in Elternorganisationen.

Teilziel 2.4 – Das Angebot an effektiven und qualitätsgesicherten Entwöhnungsangeboten, ihre Bekanntheit und Inanspruchnahme sind erhöht.

Ausgangslage

Derzeit stehen verschiedene Möglichkeiten der Hilfen für die Tabakentwöhnung in Deutschland zur Verfügung, deren Wirksamkeit belegt ist (AWMF, 2015; Kröger & Piontek, 2011; Batra, Schütz & Lindiger, 2006). Hierzu gehören Selbsthilfematerialien, Kurzinterventionen, Telefonberatung, Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie und sonstige Maßnahmen (siehe Übersicht „Hilfen für die Tabakentwöhnung“).

Hilfen für die Tabakentwöhnung

Eigeninitiative: Zu den Materialien, mit denen man sich selbst das Rauchen abgewöhnen kann, zählen zahlreiche Bücher, CDs, Hilfen im Internet, entsprechende Materialien z.B. der BZgA, der Deutschen Krebshilfe, des DKFZ, der DHS oder der BVPG.

Kurzinterventionen: Proaktive Kurzinterventionen durch Ärztinnen und Ärzte und weitere Gesundheitsberufe stellen ein niedrigschwelliges Angebot für einen Ausstiegsversuch dar.

Beratung per Telefon: Ein weiteres niedrigschwelliges Angebot stellt die Telefonberatung dar, die eine hohe Reichweite hat, ortsunabhängig und zeitlich flexibel ist. Diese Interventionsform setzt eine gewisse Änderungsbereitschaft der Raucherin bzw. des Rauchers bereits voraus.

Tabakentwöhnung durch Einzel- und Gruppeninterventionen: Am weitesten verbreitet sind verhaltenstherapeutische Gruppenprogramme, die eine Vielzahl von Verfahren kombinieren. Die Teilnahme an qualifizierten Gruppenprogrammen wird auf breiter Basis von den gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des § 20 SGB V gefördert. Zu den Angeboten zur Tabakentwöhnung gehört auch die ärztliche Raucherberatung, die nicht nur als Gruppenbehandlung, sondern auch als Einzelbehandlung angeboten wird.

Pharmakologische Unterstützung: Eine pharmakologische Unterstützung von Tabakentwöhnungsangeboten (Einzel-, Gruppeninterventionen) kann mit nikotinhaltigen Präparaten oder zentral wirkenden Medikamenten erfolgen. Es wird auf die AWMF-Leitlinien in der jeweils gültigen Fassung verwiesen.

(Nach: Kufeld & Bühringer, 2010)

Im Jahr 2007 existierten in der Tabakentwöhnung knapp 3.000 sehr unterschiedliche, strukturierte Angebote, mit denen ca. 250.000 Personen erreicht werden konnten (Eitzel, Mons, Schmitt, Lang & Pötschke-Langer, 2008). Laut GKV-Präventionsbericht 2013 nahmen auf der Grundlage von § 20 SGB V im Jahr 2012 insgesamt 12.563 Personen an Kursen im Bereich „Suchtmittelkonsum“ teil (GKV, 2013). Dabei handelt es sich in 93 % der Fälle um die Teilnahme an Kursen und Seminaren zur Förderung des Nichtrauchens. Bezogen auf alle Kursteilnehmer und -teilnehmerinnen in den verschiedenen Handlungsfeldern des § 20 (Bewegung, Stressreduktion/Entspannung, Ernährung, Suchtmittelkonsum) entfiel jedoch lediglich 1 % auf den Bereich „Suchtmittelkonsum“.

Es ist davon auszugehen, dass insgesamt nur ein geringer Anteil der Raucherinnen und Raucher in Deutschland Hilfsmaßnahmen zum Ausstieg aus dem Tabakkonsum in Anspruch nimmt - laut dem Europäischen Suchtsurvey 2012 waren es 34,5 % aller Rauchenden und 24,2 % der Ex-Rauchenden, die bei einem Rauchstoppversuch in den letzten 2 Jahren Hilfsmittel in Anspruch genommen haben (Kröger, Wenig & Piontek, 2013). Laut einer Befragung der Gesellschaft für Konsumforschung haben 9,7 % der befragten Ex-Rauchenden den Rauchstopp mit Unterstützung (Beratung, Medikation, Therapie) geschafft (Gesellschaft für Konsumforschung, 2013).

Die überwiegende Zahl der Raucherinnen und Raucher (75 - 90 %) hört ohne die Inanspruchnahme von Hilfsmaßnahmen auf (Kröger, Wenig & Piontek, 2013; Kraus & Augustin, 2001; Meyer, Rumpf, Hapke & John, 2000). Allerdings ist die Erfolgsquote bei denjenigen, die mit Hilfestellung einen Aufhörversuch unternommen haben, deutlich höher. Die langfristige Abstinenzquote für ungestützte Aufhörversuche liegt bei lediglich 3 - 5 %. Diese kann durch die Inanspruchnahme von Hilfsmaßnahmen vervielfacht werden. So kann die Abstinenzquote von Gruppeninterventionen beispielsweise nach 12 Monaten über 30 % erreichen (Gradl, Kröger, Floeter & Piontek, 2009).

Aus diesem Grund sollte Raucherinnen und Rauchern, die mit dem Rauchen aufhören wollen, zielgruppenspezifische Unterstützung angeboten werden.

Rauchende Personen sollten unabhängig von ihrer Aufhörtmotivation zum Rauchstopp motiviert werden. Dies gilt insbesondere in persönlichen Umbruchsituationen, in denen sich gesundheitliche und soziale Veränderungen ergeben, z.B. Erkrankungen, Familiengründung. Diese sogenannten „teachable moments“ sollen zur Ansprache der Rauchenden und zum Anbieten von Ausstiegshilfen genutzt werden. Gerade die Zeit einer stationären Behandlung ist eine psychologisch günstige Gelegenheit, Raucherinnen und Raucher für einen Rauchstopp zu gewinnen. Im Deutschen Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen (DNRFK e.V.) konnte über die Implementierung von internationalen Standards (ENSH-Global) das Angebot von leitlinienorientierten Tabakentwöhnungsangeboten erweitert und systematisiert werden (Mühlig et al., 2013).

Angehörige der Gesundheitsberufe sollten bei Kontakten mit Rauchenden die Möglichkeit zur Erfassung des Tabakkonsums und zum Anraten des Rauchstopps nutzen. Bei der Darstellung des Angebots ist jedoch darauf zu achten, dass die Nutzung von Hilfsmaßnahmen lediglich ein effektiverer und keineswegs ein notwendiger Weg ist, um erfolgreich mit dem Rauchen aufzuhören.

Rauchstopp-Interventionen speziell für Jugendliche haben mit einer besonderen Schwierigkeit zu kämpfen: der Rekrutierung von Teilnehmenden und dem Halten der Klientel (ACCESS Konsortium, 2010). Institutionalisierte Unterstützungsangebote und -hilfen, um den Rauchstopp erfolgreich durchzuführen, werden von den meisten Jugendlichen als wenig attraktiv wahrgenommen, weil sie häufig zu einem kein Problembewusstsein über die Schwierigkeit des Aufhörens mit dem Rauchen entwickelt haben und sie zum anderen schlicht über die Angebote nicht gut genug Bescheid wissen. So gibt in entsprechenden Studien die große Mehrheit der befragten jugendlichen Rauchenden an, sie wollten alleine, also ohne Unterstützung, mit dem Rauchen aufhören - eine Mehrheit der Befragten gibt zusätzlich an, sie würden auf den Rat und die Hilfe von Freunden zurückgreifen (Bühler & Thrul, 2011; Leatherdale & McDonald, 2005; Walden, Bölskei, Will, Heusinger & Moldovan, 2007).

Der Prozentsatz Jugendlicher und junger Erwachsener, die versuchen, mit dem Rauchen aufzuhören, ist hoch. Im Jahr 2005 gaben 51 % der von der BZgA befragten 12- bis 19-jährigen Rauchenden an, in den letzten 12 Monaten versucht zu haben, das

Rauchen aufzugeben. Darüber hinaus gaben weitere 15 % an, bereits einen früheren Aufhörversuch unternommen zu haben (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2006). Allerdings sind die Rückfallquoten bei diesen Aufhörversuchen hoch. So wurden 34 % innerhalb der ersten Woche nach dem längsten Aufhörversuch, 56 % innerhalb eines Monats, 89 % innerhalb eines halben Jahres und 92 % innerhalb eines Jahres rückfällig (Bancej, O'Loughlin, Platt, Paradis & Gervais, 2007). Angesichts der hohen Motivation zum Rauchstopp und der gleichzeitigen Schwierigkeit, diesen zu erreichen, ist die Entwicklung von effektiven und attraktiven Rauchstopp-Maßnahmen für Jugendliche und junge Erwachsene also nicht nur aus gesundheitspolitischer Sicht wichtig, sondern auch, weil jugendliche Raucherinnen und Raucher selbst das Bedürfnis haben, mit dem Rauchen aufzuhören (ACCESS Konsortium, 2010).

Es lassen sich Gruppen charakterisieren, denen es trotz vorhandener Aufhörtmotivation schwer fällt, aus eigenem Antrieb mit dem Rauchen aufzuhören und die demnach von professioneller Unterstützung profitieren könnten. Zu diesen Gruppen gehören u.a. Rauchende mit höherem Zigarettenkonsum, die bereits in jungem Alter mit dem Rauchen begonnen haben, Aufhörwillige, die unter starken Entzugserscheinungen (Craving) leiden und aus diesem Grund den Ausstieg nicht schaffen, sowie Raucherinnen und Raucher aus benachteiligten sozialen Verhältnissen (Bühler & Thrul, 2012).

Zielgruppengerechte Angebote zur Tabakentwöhnung speziell für Jugendliche unterscheiden sich in vielfacher Hinsicht von denen für Erwachsene (Bühler et al., 2012). Entsprechende Angebote sind in Deutschland vor allem für den schulischen Kontext und im Internet vorhanden (ACCESS Konsortium, 2010).

Umsetzungsstrategien und Maßnahmen

Um das Angebot an effektiven und qualitätsgesicherten Entwöhnungsangeboten, deren Bekanntheit und Inanspruchnahme zu erhöhen, werden zusätzlich zu den verhältnispräventiven Maßnahmen folgende spezifische Umsetzungsstrategien und Maßnahmen im Rahmen einer nationalen, multimodalen Kampagne empfohlen:

- Förderung des Bekanntheitsgrades insbesondere leicht zugänglicher und niedrigschwelliger Angebote
 - **Verstärkte Verbreitung** von kostenlosen Selbsthilfematerialien zur Tabakentwöhnung (z.B. Basisbroschüre „rauchfrei“, „Start-Paket zum Rauchverzicht“ der BZgA) sowie Informationen über Angebote der telefonischen Raucherberatung (sog. „Quitlines“, z.B. Beratungstelefon zum Nichtrauchen der BZgA, Rauchertelefon des DKFZ)
 - **Gezielte Information der Öffentlichkeit** über bestehende qualitätsgesicherte Beratungs- und Entwöhnungsangebote
 - **Informationen über Rauchstoppangebote** und Förderung des Zugangs zur Tabakentwöhnung in allen betrieblichen Gesundheitsprogrammen
 - Implementierung und Vernetzung der Maßnahmen zur Tabakentwöhnung
 - **Förderung und bessere Nutzung** erfolgreicher regionaler Struktur- und Vernetzungsmodelle (z.B. Vernetzung von Zuweisern und Anbietern von Hilfsmaßnahmen zur Tabakentwöhnung)
 - **Implementierung von Angeboten** zur Tabakentwöhnung insbesondere dort, wo Raucherinnen und Raucher gut ansprechbar sind. Dies sind vor allem Arztpraxen, Zahnarztpraxen und Krankenhäuser
 - **Integration von Tabakentwöhnung** für spezifische Personengruppen (z.B. Schwangere, chronisch Kranke, psychisch Kranke, Heimbewohnerinnen und Heimbewohner) in entsprechende Settings
 - **Regelmäßige Aktualisierung** der Anbieterdatenbank über qualifizierte Beratungs- und Behandlungsangebote zur Tabakentwöhnung im Internet (www.anbieter-raucherberatung.de) und über die Beratungstelefone der BZgA und des DKFZ sowie über Angebote der Krankenkassen. Der Bekanntheitsgrad der Datenbank bei den Angehörigen der Gesundheitsberufe und in der Bevölkerung sollte gesteigert werden.
 - **Im Bereich der medizinischen Rehabilitation** sollen bestehende qualifizierte Angebote zur Förderung des Nichtrauchens und zur Tabakentwöhnung auf weitere Indikationsbereiche (z.B. bösartige Neubildungen, Krankheiten des Atmungssystems) ausgedehnt werden. Bisher gibt es Angebote in den Bereichen koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ II, Alkoholabhängigkeit, Schlaganfall. Diese sind bereits heute im Rahmen von Therapiestandards der DRV Bund fester Bestandteil des Behandlungsangebots. Ferner gibt es im Rahmen des Gesundheitstrainingsprogramms der DRV Bund indikationsbezogene Curricula zur Gesundheitsförderung, darunter eines zu tabakassoziierten Krankheiten. Entsprechende Angebote sollten in allen Indikationsbereichen für die Rehabilitanden vorgehalten werden.
 - **Verstärkter Einsatz von Nachsorgeangeboten/Rückfallbearbeitung**, z.B. proaktive telefonische Nachbetreuung im Rahmen der Tabakentwöhnung als integraler Bestandteil entsprechender Angebote (wie z.B. „Fax to Quit“)
 - **Proaktive Kurzintervention** soll in die Routineprozesse von Krankenhäusern und Arztpraxen integriert werden und erfordert die Bereitstellung entsprechender personeller Ressourcen für die Frühintervention und Raucherberatung im Krankenhaus
- Es ist zu prüfen, ob die Beratung zur Rauchentwöhnung in den Prozedurenschlüssel der Krankenhäuser (OPS-Schlüssel des DIMDI) als fester Bestandteil aufgenommen werden kann.
- Weiterentwicklung der Kompetenzen wichtiger Berufsgruppen, Tabakentwöhnung anzubieten bzw. Rauchende zum Rauchstopp zu motivieren:

- **Sensibilisierung von Mitarbeiterinnen** und Mitarbeitern des Gesundheitswesens für die außerordentliche Bedeutung des Tabakkonsums auf körperliche wie psychische Erkrankungen und den gesundheitlichen Stellenwert der Tabakentwöhnung.
- **Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitswesens** sollten z.B. darin geschult sein, systematisch einen evtl. bestehenden Tabakkonsum zu erheben, und im Rahmen von Beratungen Motivationsarbeit zur Inanspruchnahme wirksamer Tabakentwöhnungsangebote zu leisten.
- **Die besonderen Anforderungen** in Kinder- und Jugendpsychiatrien, Jugendhilfeeinrichtungen und Heimen erfordern spezifische Qualifizierungen der Beschäftigten zur Förderung des Nichtrauchens bei ihrer Klientel.
- **Eine verstärkte Einbindung von Ärztinnen** und Ärzten in die Tabakentwöhnung sowie die Berücksichtigung von Therapiemethoden zur Tabakentwöhnung in der ärztlichen Ausbildung.
- **Weitere Verbreitung** der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten (z.B. Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ der BÄK), Hebammen, Pflegeberufen (z.B. ABC der Raucherberatung), Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Suchttherapeutinnen und Suchttherapeuten, Pädagoginnen und Pädagogen und anderen Berufsgruppen zur Beratung und Motivierung von Raucherinnen und Rauchern und zur Durchführung von Raucherberatung
- Ausbau der frühzeitigen, aktiv zugehenden Beratung
 - **Die reaktive Strategie** zur Teilnehmerrekrutierung für Entwöhnungsangebote sollte um frühzeitige, aktiv zugehende (proaktive) Vorgehensweisen erweitert werden. Dies bedeutet, dass eine verstärkte Ansprache und Motivierung von Raucherinnen und Rauchern durch Experten und Anbieter von Tabakentwöhnung aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich und aus angrenzenden Bereichen (z.B. Sozialen Diensten, Bildungswerken, Jugendhilfe) erfolgen sollte, welche Raucherinnen und Raucher aktiv ansprechen sollten, um diese zum Rauchstopp oder zur Teilnahme an Entwöhnungsmaßnahmen bzw. Beratungsangeboten zu motivieren (Meyer et al., 2008).
 - **Wichtige Akteure** sind alle Arztgruppen mit Patientenbezug sowie deren Praxisteams (Bölcskei, 2004), Klinikteams, aufsuchende (Gesundheits-) Dienste (z.B. Familienpflege, Familienhebammen), Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Bereich der Jugendhilfe, der Schulsozialarbeit sowie Lehrerinnen und Lehrer.
- Einführung von Qualitätsstandards für Entwöhnungsangebote
 - **Verbreitung von Qualitätskriterien** (zur Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität) zu Maßnahmen der Tabakentwöhnung durch anerkannte Institutionen (z.B. BZgA, BÄK, ärztliche Fachgesellschaften, GKV-Spitzenverband) auf Grundlage der in Ausarbeitung befindlichen „S3-Leitlinie Tabak“ der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde und den Russel-Standards
 - **Entwicklung und Erprobung** eines Qualitätssiegels für Tabakentwöhnungsangebote und Einführung des Siegels – nach positiven Ergebnissen aus der Erprobungsphase
- Stärkung der Raucherberatung und Tabakentwöhnung durch Aufnahme in entsprechende Disease-Management-Programme
 - **Raucherberatung** ist in die relevanten Disease-Management-Programme (DMP) mit einzubeziehen
 - **Evidenzbasierte Methoden** der Tabakentwöhnung sind im Rahmen der entsprechenden DMP umzusetzen
- Ausweitung bzw. Verbesserung von Maßnahmen der Tabakentwöhnung
 - **Aufbau von dauerhaften Angeboten** zur Raucherberatung und Tabakentwöhnung durch Gesundheitsdienste
 - **Leitlinienorientierte Intervention** als Standard in der Raucherberatung und Tabakentwöhnung
 - **Prüfung, inwieweit Anreizsysteme** für Anbieter (auf der Anbieterseite) von Leistungen zur individuellen Raucher-

beratung und -behandlung zu einer höheren Inanspruchnahme einer qualifizierten Tabakentwöhnung beitragen

- **Prüfung von finanziellen Anreizen** für Raucherinnen und Rauchern bei Teilnahme an Maßnahmen zur Tabakentwöhnung bzw. für einen erfolgreichen Rauchstopp
- Neu- bzw. Weiterentwicklung qualitätsgesicherter Maßnahmen
 - **Eine Steigerung** der Inanspruchnahme von Hilfsmaßnahmen sollte durch Entwicklung/Weiterentwicklung solcher evidenzbasierten Maßnahmen angestrebt werden, die sich durch die Merkmale „organisatorisch leicht umsetzbar“, „niederschwellig“, „zeitnah verfügbar“ auszeichnen. Hier ist z.B. an Programme gedacht, die die Neuen Medien einbeziehen oder mit offenen Gruppen arbeiten, an internetgestützte Computerprogramme zur Tabakentwöhnung oder an Programme für spezielle Zielgruppen.
 - **Überprüfung der bestehenden** Angebote vor dem Hintergrund der Bedarfe und Ansprüche der Zielgruppe(n) nach bzw. an Maßnahmen zum Rauchstopp und ggf. Modifikation der Angebotsstruktur
 - **Da Mädchen/junge Frauen und Jungen/junge Männer** unterschiedliche Bedürfnisse bei der Inanspruchnahme von Rauchstoppangeboten haben, sind Maßnahmen und Programme verstärkt geschlechtsspezifisch zu gestalten.
 - **Ausweitung der Forschung** im Hinblick auf die Optimierung der Zugangswege zur Erreichbarkeit von Jugendlichen (Rekrutierungsstrategien) und der Motivationsstrategien zur Teilnahme an Rauchstopp-Interventionen

Die nachfolgende Tabelle stellt die Maßnahmen zur Erreichung des jeweiligen Teilziels in der Übersicht dar und adressiert die vorrangigen Akteure für die Umsetzung.

Ziel 2 Der Rauchstopp in allen Altersgruppen ist in allen Altersgruppen erhöht.		
Teilziele	Maßnahmen	Adressaten
1. Rauchende Kinder, Jugendliche und Erwachsene leben in Lebenswelten, die zum Rauchstopp motivieren und ihn erleichtern.	<p>Durchsetzung der gesetzlichen Regelungen zum Nichtraucher-schutz</p> <p>Beeinflussung der Preisgestaltung von Tabakwaren durch steuerpolitische Maßnahmen, um die Motivation zum Rauchverzicht zu erhöhen</p> <p>Aufbau und Intensivierung einer nationalen, multimodalen Kampagne mit folgenden Schwerpunkten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorbildfunktion der Erwachsenen stärken, z.B. durch Ansprache der Familien auf das Rauchen im Rahmen der U-Untersuchungen und im Rahmen von Kontakten mit Familienberatungsstellen • Qualifizierung von Familienpfleger(inne)n und Familienhebammen zur Beratung von Eltern und Angehörigen • Qualifizierung von Praxispersonal und Mitarbeiter(inne)n in Kinder- und Jugendeinrichtungen zu Präventionsassistenten/-assistentinnen • Unterstützung von schulischen und betrieblichen Gesundheitsprogrammen, die eine Rauchstoppförderung bei Schülerinnen und Schülern und bei Auszubildenden und Beschäftigten berücksichtigen und die Qualifizierung von Lehrkräften, Ausbildungs- und betriebsmedizinischem Personal vorsehen • Bildung bzw. Einbindung von örtlichen Aktionsgemeinschaften für Suchtprävention (Sportvereine, Gemeinde-Aktivitäten etc.) • Multimediale Maßnahmen, die positive Vorbilder zur Motivation zum Rauchverzicht nutzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesetzgeber • Gesundheitsministerien • Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung • Sozialversicherungsträger • Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen • Bundesärztekammer/Landesärztekammern • Bundespsychotherapeutenkammer/ Landespsychotherapeutenkammern • Kassenärztliche Bundesvereinigung/ Kassenärztliche Vereinigungen • Deutsche Krankenhausgesellschaft • Bundesverband Deutscher Privatkliniken • Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen • Deutsches Krebsforschungszentrum/ Stabsstelle Krebsprävention) • Deutsche Krebsgesellschaft/ Landeskrebsgesellschaften • Deutsche Krebshilfe • Fachverband Sucht • Gemeinsamer Bundesausschuss • Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen • Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin • Kommunen • Unternehmen/Betriebe • Betriebsärzte/Betriebsärztlicher Dienst • Sportverbände/Sportvereine • Selbsthilfeorganisationen • Sonstige Anbieter von Maßnahmen zur Tabakentwöhnung • Eltern
2. Das Wissen über die Schädlichkeit des Rauchens und über den Nutzen des Rauchstopps ist verbreitet.	<p>Einführung großer bildgestützter Warnhinweise mit der Telefonnummer des BZgA-Rauchertelefons</p> <p>Aufbau und Intensivierung einer nationalen, multimodalen Kampagne mit folgenden Schwerpunkten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zielgruppenspezifische Aufklärung über die Schädlichkeit des Rauchens unter Berücksichtigung unterschiedlicher Lebenswelten • Ausbau von zielgruppenspezifischen Informationsangeboten via Internet, SMS etc. als Instrumente zur Entwöhnungsmotivation und -unterstützung • Verbessern des Stellenwertes des Themas „Abhängigkeits-erkrankungen/Tabakabhängigkeit“ (inkl. Methoden der Tabakentwöhnung) in der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen, Pflegeberufen, Sozialarbeitern etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft • Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung • Kultusministerkonferenz • Gesundheits- und Sozialberufe bzw. deren Berufsverbände

Ziel 2 Der Rauchstopp in allen Altersgruppen ist in allen Altersgruppen erhöht.

Teilziele	Maßnahmen	Adressaten
3. Die Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören, ist erhöht.	<p>Zielgruppenspezifische bundesweite und regionale Aufklärungsmaßnahmen</p> <p>Aufbau und Finanzierung von effektiven Multiplikatoren-Ansätzen und Peer-Konzepten in unterschiedlichen Lebensbereichen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung • Sozialversicherungsträger • Gesundheits- und Sozialministerien der Bundesländer
4. Das Angebot an effektiven und qualitätsgesicherten Entwöhnungsangeboten, deren Bekanntheit und Inanspruchnahme sind erhöht.	<p>Ausbau und gezielte Bewerbung von niedrighschwelligem Angeboten wie kostenlose Rauchertelefone/Nichtrauchertelefone, Selbsthilfemanuale etc.</p> <p>Ausbreitung und gezielte Bewerbung von internet-gestützten Computerprogrammen zur Tabakentwöhnung für spezielle Zielgruppen (z.B. Jugendliche, Erwachsene, Frauen, Männer, Migrantinnen und Migranten)</p> <p>Verstärkte Implementierung von Tabakentwöhnungsangeboten in Settings, in denen Raucherinnen und Raucher gut ansprechbar sind (z.B. Arztpraxen, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Suchtberatungsstellen)</p> <p>Erweiterung der Tabakentwöhnungsangebote um entsprechende Nachsorgeleistungen (z.B. Krisenintervention bei Rückfall, Überprüfung des Behandlungserfolges)</p> <p>Verstärkte Bewerbung der Anbieterdatenbank (www.anbieter-raucherberatung.de) mit qualitätsgesicherten Angeboten der Tabakentwöhnung für Professionelle und Betroffene</p> <p>Einbeziehung der Raucherberatung und Tabakentwöhnung in entsprechende Disease Management-Programme</p> <p>Aufbau von Angeboten zur Raucherberatung und Tabakentwöhnung durch Gesundheitsdienste</p> <p>Leitliniengerechte Behandlungsangebote</p> <p>Ausbau des bestehenden Deutschen Netzes Rauchfreier Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (DNRFK) und Förderung einer strukturierten Raucherberatung in den Einrichtungen</p> <p>Verstärkte regionale Vernetzung entsprechender Anbieter und beratender Instanzen mit Akteuren, die hinsichtlich der Vermittlung von Tabakentwöhnungsangeboten eine zentrale Bedeutung spielen (Betriebe, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten etc.), um über gezielte Strategien (z.B. Angebotsbewerbung im Stadtteil, in Betrieben) die Motivation zur Inanspruchnahme zu fördern</p> <p>Kommunikation und Verbreitung erfolgreicher Modelle lokaler und regionaler Vernetzung</p> <p>Entwicklung eines Qualitätssicherungssystems für Angebote der Tabakentwöhnung</p> <p>Aufnahme von Angeboten zur Tabakentwöhnung in entsprechende Anbieterdateien im Internet etc. (nach überprüfter Wirksamkeit)</p> <p>Information der Bevölkerung sowie von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren über entsprechende Datenbanken mit qualifizierten Tabakentwöhnungsangeboten</p> <p>Entwicklung und Erprobung eines Qualitätssiegels für geprüfte Angebote zur Tabakentwöhnung</p> <p>Qualitätsgesicherte Tabakentwöhnungsangebote ausbauen (z.B. am Arbeitsplatz, im Krankenhaus einschließlich der Rehabilitation in der ärztlichen Praxis)</p> <p>Flächendeckende zielgruppengerechte Kursangebote</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung • Sozialversicherungsträger • Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen • Bundesärztekammer/Landesärztekammern • Bundespsychotherapeutenkammer/Landespsychotherapeutenkammern • Kassenärztliche Bundesvereinigung/Kassenärztliche Vereinigungen • Bundesministerium für Gesundheit/Gesundheits- und Sozialministerien der Bundesländer • Deutsche Krankenhausgesellschaft • Bundesverband Deutscher Privatkliniken • Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen • Betriebsärztlicher Dienst/Betriebsärzte • Öffentlicher Gesundheitsdienst • Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)/Stabsstelle Krebsprävention • Deutsche Krebsgesellschaft/Landeskrebsgesellschaften • Deutsche Krebshilfe • Fachverband Sucht • Gemeinsamer Bundesausschuss • Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen • Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin • Kommunen • Anbieter Betriebliches Gesundheitsmanagement • Selbsthilfeorganisationen • Sonstige Anbieter von Maßnahmen zur Tabakentwöhnung

Die Akzeptanz für Rauchverbote in der Bevölkerung ist auf 82 % angestiegen.



Ca. 90 % der Raucherinnen und Raucher und der Nichtraucherinnen und Nichtraucher schätzen Zigarettenrauch als gefährlich für nichtrauchende Personen ein.

ZIEL 3 – Umfassender Schutz vor Passivrauchen ist gewährleistet.

Unter Ziel 3 fallen folgende Teilziele:

- 1. Der Anteil der öffentlich zugänglichen rauchfreien Räume und der Anteil der rauchfreien Arbeitsplätze sind erhöht.**
- 2. Weniger Personen sind in privaten Räumen dem Passivrauchen ausgesetzt.**
- 3. Die Beachtung des Passivrauchens als vermeidbares Gesundheitsrisiko ist erhöht.**

Teilziel 3.1 – Der Anteil der öffentlich zugänglichen rauchfreien Räume und der Anteil der rauchfreien Arbeitsplätze sind erhöht.

Ausgangslage

Passivrauchen kann – wenn auch in geringerer Häufigkeit – zu den gleichen akuten und chronischen Erkrankungen wie aktives Rauchen führen. So sind ursächliche Zusammenhänge zwischen der Belastung durch Passivrauchen und dem Auftreten schwerer Herzkreislauferkrankungen, Schlaganfälle, Herzinfarkte, Lungenkrebs sowie weiterer Lungenerkrankungen nachgewiesen (International Agency for Research on Cancer, 2004; U. S. Department of Health and Human Service, 2006).

Die wirksamste Maßnahme zum Schutz von Nichtraucherinnen und Nichtrauchern vor Passivrauchen im öffentlichen Raum ist eine rauchfreie Umwelt an Arbeitsplätzen, in Schulen, Krankenhäusern, öffentlichen Verkehrsmitteln und gastronomischen Betrieben.

Die Arbeitsstättenverordnung vom 12. August 2004 regelt in § 5 die grundsätzliche Verpflichtung des Arbeitgebers zum wirksamsten Schutz der nichtrauchenden Beschäftigten am Arbeitsplatz vor Tabakrauch. Die Entscheidung, welche Maßnahmen zum

Schutz der Beschäftigten erforderlich sind, trifft der Arbeitgeber im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung. In Absatz 2 enthält der § 5 eng begrenzt flexible Regelungen des Nichtrauchererschutzes in Gastronomiebetrieben. Mit dem Bundesgesetz zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens vom 20. Juli 2007 gilt seit dem 1. September 2007 ein Rauchverbot in allen Einrichtungen des Bundes sowie der Verfassungsorgane des Bundes, in Verkehrsmitteln des öffentlichen Personenverkehrs und in Personenbahnhöfen. Die zwischen dem 1. August 2007 und dem 1. Juli 2008 in Kraft getretenen 16 Landesnichtraucherschutzgesetze sehen Rauchverbote in öffentlichen Einrichtungen der Länder, in Gesundheits-, Kultur-, Sport- und Bildungseinrichtungen vor. Während in drei Bundesländern auch für die Gastronomie mittlerweile umfassende Rauchverbote gelten (in Bayern seit 1. August 2010, im Saarland seit 28. März 2011, in Nordrhein-Westfalen seit 1. Mai 2013), enthalten die Gesetze der anderen Bundesländer Ausnahmeregelungen für Raucherräume und Rauchergaststätten (Synopsen der Länderregelungen finden sich auf den Webseiten des Aktionsbündnis Nichtraucher²).

Die Ausnahmeregelungen des Bundesnichtraucherschutzgesetzes und der Landesnichtraucherschutzgesetze sowie die Mängel in Kontrolle und Vollzug der Regelungen verhindern einen umfassenden Nichtrauchererschutz (Gleich, Mons & Pötschke-Langer, 2011). „Innovationsklauseln“, die die Zulassung technischer Lösungen zum Nichtrauchererschutz (in Form von Ventilations-, Luftreinigungs- und Filtersystemen) als weitere Ausnahme von einem Rauchverbot prinzipiell erlauben, sind aus gesundheitlicher Sicht nicht akzeptabel, da die bisherige wissenschaftliche Evidenz belegt, dass solche Systeme des technischen Nichtrauchererschutzes insbesondere unter realen Bedingungen keine oder nur eine unbefriedigende Reduktion der Luftschadstoffbelastung erreichen. Somit stellen sie aus gesundheitlicher Sicht auch keine Alternative zu Rauchverboten dar (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, 2011).

Umsetzungsstrategien und Maßnahmen

- Um einen bundesweit höchsten Standard im Nichtrauchererschutz zu erreichen, ist ein einheitliches umfassendes Bundesgesetz zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens

² http://www.aktionsbuendnis-nichtrauchen.de/index.php?article_id=18.

erforderlich. Sofern dies nicht realisierbar ist, sollte eine Harmonisierung der Landesnichtraucherschutzgesetze bei gleichzeitigem Verzicht auf Ausnahmeregelungen und Klauseln zum technischen Nichtraucherschutz angestrebt werden.

- Die rechtlichen Regelungen sind auf Länder- und Bundesebene so zu treffen, dass rauchfreie Arbeitsplätze für alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gewährleistet sind.
- Der Kinder- und Jugendschutz sollte beim Nichtraucherschutz Berücksichtigung finden, d.h. Rauchverbote in von Kindern genutzten öffentlichen Einrichtungen und deren Außenanlagen - wie beispielsweise Schulhöfe - sowie auf öffentlichen Spielplätzen sind zu gewährleisten. Eine deutliche Kennzeichnung der Bereiche, für die das Rauchverbot gilt, soll durch eindeutige Beschilderung erfolgen.
- Missachtungen der gesetzlichen Regelungen zum Nichtraucherschutz sollten konsequent geahndet werden, und zwar sowohl bei Verstößen durch Betreiber als auch bei Verstößen durch Raucherinnen und Raucher. Dazu erforderliche Maßnahmen könnten z.B. im Rahmen einer nationalen, multimodalen Kampagne sein:
 - **Betreibern und Hausrechtsinhabern** von vom Rauchverbot erfassten Einrichtungen sollten Anleitungen und Handlungsempfehlungen zur Umsetzung der rechtlichen Regelungen zum Schutz vor Passivrauchen bereitgestellt werden.
 - **Die Information und Aufklärung** der Bevölkerung über Sinn, Zweck und Hintergründe der gesetzlichen Rauchverbote ist zu empfehlen, um eine problemlose Umsetzung zu gewährleisten.

Teilziel 3.2 – Weniger Personen sind in privaten Räumen dem Passivrauchen ausgesetzt.

Ausgangslage

Ein weiterer Problembereich des Nichtraucherschutzes ist der private Raum, in dem nichtrauchende Erwachsene und Kinder durch rauchende Familienmitglieder oder Betreuungspersonen, aber auch ältere und gesundheitlich vorbelastete Menschen durch rauchendes Pflegepersonal dem Passivrauchen ausgesetzt sein können. Für Kinder ist das häusliche Rauchverhalten von Eltern und Betreuungspersonen – insbesondere in der frühen Kindheit – die Hauptursache für die Exposition mit Tabakrauch (Lampert, 2008). Dies gilt sowohl für Privatwohnungen als auch für PKWs, in denen zum Teil besonders hohe Konzentrationen an Tabakrauch erreicht werden (Sendzik, Fong, Travers & Hayland, 2009). Während sich Kinder in der Regel dem Tabakrauch nicht selbst entziehen können, sind auf der anderen Seite aber auch die gesetzlichen Einflussmöglichkeiten begrenzt. Ein Eingriff des Staates würde das Recht der Eltern auf Pflege und Erziehung ihrer Kinder verletzen (Tartsch, 2009). Durch Aufklärungsmaßnahmen und durch Entwöhnungsangebote sollen Eltern und Betreuungspersonen aber in ihrer Schutzpflicht unterstützt werden (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2010b).

Darüber hinaus zeigen erste Daten aus Deutschland, dass die Rauchverbote in öffentlichen Einrichtungen und in der Gastronomie nicht zu einer Verlagerung des Rauchens in den privaten Haushalt geführt haben, und somit auch keine erhöhte Tabakrauchexposition von nichtrauchenden Haushaltsmitgliedern und insbesondere Kindern zur Folge hatten (Bolte, 2010; Deutsches Krebsforschungszentrum, 2010b; Mons et al., 2013; Müller, Kraus, Piontek & Pabst, 2010).

Neben einer Gesundheitsgefährdung für die Mutter bringt das Rauchen in der Schwangerschaft auch eine Gefährdung des ungeborenen Lebens mit sich: die Schadstoffe aus dem Tabakrauch können die Plazenta und den Fötus schädigen; Raucherinnen haben ein erhöhtes Risiko für Früh- und Totgeburten; die Kinder rauchender Mütter haben ein reduziertes Geburtsgewicht, einen geringeren Kopfumfang sowie eine verringerte Lungenfunktion im Vergleich zu Kindern von Nichtraucherinnen.

nen, zudem haben sie ein erhöhtes Risiko für den plötzlichen Kindstod (Leonardi-Bee, Smyth, Britton & Colemann; Rogers, 2008; Rogers 2009). In Deutschland rauchen zu Beginn der Schwangerschaft rund 13 % der Frauen (Schneider, Maul, Freerksen & Pötschke-Langer, 2008). Ein Rauchstopp vor und während der Schwangerschaft sowie über die Schwangerschaft hinaus kann das Risiko für Schwangerschaftskomplikationen, negative Auswirkungen auf das Geburtsgewicht des Kindes sowie für eine Reihe weiterer Gesundheitsrisiken für das Kind deutlich vermindern (Lumley et al., 2009; Vardavas et al., 2010).

Optimal für den Schutz von Föten, Neugeborenen und Kindern vor den Gesundheitsgefahren des Tabakrauchs ist der vollständige Rauchstopp von rauchenden Schwangeren, Eltern und sonstigen betreuenden Personen. Rauchende Familienmitglieder und Betreuungspersonen sollten nur außerhalb der Wohnung bei dann geschlossenen Fenstern und Türen rauchen.

Angehörige der Gesundheitsberufe stehen in der Verantwortung, den Rauchstatus von Schwangeren und jungen Eltern insbesondere in der gynäkologischen und kinderärztlichen Anamnese zu erfassen und auf die mit dem Rauchen verbundenen Risiken für Eltern und Kind hinzuweisen (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2010b; Frauen Aktiv Contra Tabak e.V., 2009). Angehörige der Gesundheitsberufe sollten eine Beratung über wirksame Entwöhnungsmethoden leisten und Schwangere gegebenenfalls an Entwöhnungsprogramme vermitteln.

Umsetzungsstrategien und Maßnahmen

- Das Rauchverhalten von Schwangeren sollte in der Schwangerschaftsvorsorge konsequent, wie im Mutterpass vorgesehen, erfasst werden.
- Eltern sollten im Rahmen der U-Untersuchungen für Kinder (U1 bis U9) nach ihrem Rauchverhalten gefragt werden.
- Schwangere, Eltern und ggf. sonstige betreuende Personen sollten durch Angehörige der Gesundheitsberufe zum Rauchstopp beraten und unterstützt werden.
- Schwangere, Eltern und ggf. sonstige betreuende Personen sollten zu den Gesundheitsgefahren des Passivrauchens und einem wirksamen Schutz der Kinder vor Tabakrauch beraten werden.

Teilziel 3.3 – Die Beachtung des Passivrauchens als vermeidbares Gesundheitsrisiko ist erhöht.

Ausgangslage

Die Debatte um die Notwendigkeit öffentlicher Rauchverbote und die Thematisierung der Gesundheitsrisiken durch Passivrauchen scheint in den letzten Jahren in der Bevölkerung das Wissen um die Gesundheitsrisiken sowie das entsprechende Problembewusstsein befördert zu haben. So zeigen beispielsweise die Daten von BZgA-Repräsentativerhebungen aus den Jahren 2003 bis 2008 bei 12- bis 17-Jährigen einen Anstieg der Anteile der Jugendlichen, die Passivrauchen als ziemlich oder sehr gesundheitsschädlich einordnen (von 46 % auf 73 %) (Orth & Töppich, 2010). Auch die große Mehrheit der Erwachsenen stuft Passivrauchen als gesundheitsgefährlich ein. Bei einer Befragung durch das Deutsche Krebsforschungszentrum im Jahr 2007 schätzten etwa 90 % der Raucherinnen und Raucher und der Nichtraucherinnen und Nichtraucher Zigarettenrauch als gefährlich für nichtrauchende Personen ein. Ähnlich viele Rauchende und Nichtraucher waren darüber informiert, dass Passivrauchen Lungenkrebs sowie Asthma bei Kindern verursachen kann (Kröger et al., 2010). Darüber hinaus ist auch in den letzten Jahren – und insbesondere nach Einführung der Nichtraucherschutzgesetze – die Akzeptanz für Rauchverbote in der Bevölkerung deutlich angestiegen: auf zuletzt 82 % (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2013b).

Doch auch wenn in der Bevölkerung in den letzten Jahren eine Zunahme des Problembewusstseins sichtbar wurde, besteht weiterhin Aufklärungsbedarf, um das Problembewusstsein weiter zu erhöhen, die Akzeptanz gesetzlicher Rauchverbote zu verstärken und das Nichtrauchen im privaten Raum zu fördern. So ergab beispielsweise eine Elternbefragung in Bayern (GME-Survey 2008/2009), dass fehlendes Wissen um die Gesundheitsfolgen und eine Einschätzung des Gesundheitsrisikos durch Passivrauchen als gering mit der Ablehnung von Rauchverboten assoziiert war (Bolte, 2010).

Daher sollte weiterhin eine Sensibilisierung und Aufklärung der Bevölkerung über die Gesundheitsgefahren des Passivrauchens erfolgen, um das Verständnis und die Beachtung von Passiv-

rauchen als vermeidbares Gesundheitsrisiko zu erhöhen. Dies sollte sich mittel- bis langfristig in einer weiter zunehmenden Akzeptanz und Einhaltung öffentlicher Rauchverbote niederschlagen, sowie in einer erhöhten Bereitschaft von Rauchenden, im privaten Raum nicht zu rauchen, um somit Kinder und nichtrauchende Haushaltsmitglieder vor Tabakrauchbelastung zu schützen.

Auch wenn sich bereits erste Erfolge der Maßnahmen zum Nichtraucherschutz in der Bevölkerung in einem zunehmenden Problembewusstsein und einer zunehmenden Akzeptanz von öffentlichen Rauchverboten eingestellt haben (Kröger et al., 2010), ist die Sensibilisierung der Bevölkerung in diesem Bereich als Daueraufgabe zu betrachten, um die bisherigen Erfolge und die positive Trendentwicklung nachhaltig zu sichern.

Umsetzungsstrategien und Maßnahmen

- Durch regelmäßige Aufklärungsmaßnahmen in den Printmedien, im öffentlich-rechtlichen und privaten Fernsehen, im Kino sowie im Rundfunk sollte die Bevölkerung bzgl. der gesundheitlichen Schäden durch Passivrauchen informiert und sensibilisiert werden.
- Durch Vermittlung von aktuellen Forschungsergebnissen zum Thema in die Medien sollte die Bevölkerung bzgl. der gesundheitlichen Schäden durch Passivrauchen informiert und sensibilisiert werden.

- Schwangere, Eltern und sonstige betreuende Personen sollten zu den Gesundheitsgefahren durch Passivrauchen und einem wirksamen Schutz der Kinder vor Tabakrauch aufgeklärt und beraten werden.

Die nachfolgende Tabelle stellt die Maßnahmen zur Erreichung des jeweiligen Teilziels in der Übersicht dar und adressiert die vorrangigen Akteure für die Umsetzung.

Ziel 3 **Umfassender Schutz vor Passivrauchen ist gewährleistet**

Teilziele	Maßnahmen	Adressaten
1. Der Anteil der öffentlich zugänglichen rauchfreien Räume und der Anteil der rauchfreien Arbeitsplätze sind erhöht.	<p>Umfassendes Bundesgesetz ohne Ausnahmeregelungen, das Länderregelungen überflüssig macht, oder Ländergesetze nach bayerischem Vorbild</p> <p>Ländergesetze zum Schutz vor Passivrauchen in Sportstätten und Wartebereichen des öffentlichen Nahverkehrs sowie Kinderspielflächen und Außenanlagen von Schulen</p> <p>Konsequente Ahndung von Missachtungen der gesetzlichen Regelungen zum Nichtraucherschutz</p> <p>Aufbau und Intensivierung der nationalen, multimodalen Kampagne mit folgenden Schwerpunkten:</p> <p>Maßnahmen zur Förderung des Verständnisses und der Akzeptanz der Regelungen zum Nichtraucherschutz und zur Umsetzung und Beachtung der Regelungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gesetzgeber • Bundesministerien • Länderministerien • Kommunen • Hausrechtsinhaber • Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung • Deutsches Krebsforschungszentrum • Sozialversicherungsträger
2. Weniger Personen sind in privaten Räumen dem Passivrauchen ausgesetzt.	<p>Aufbau und Intensivierung einer nationalen, multimodalen Kampagne mit folgenden Schwerpunkten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integration des Themas „Rauchverhalten“ in die Schwangerschaftsvorsorge und die kinderärztliche Anamnese sowie in die Anamnese im Rahmen der U1-U9. Information über die Gesundheitsrisiken des Passivrauchens und wirksame Möglichkeiten zum Schutz der Kinder vor Passivrauchen in Geburtsvorbereitungskursen, in der Schwangerschaftsvorsorge und für junge Eltern • Integration der Tabakentwöhnung für Schwangere und junge Eltern in die ärztliche Betreuung • Aufnahme von Tabakprävention und Entwöhnungsberatung in die Aus-, Fort-, Weiterbildung von Sozial- und Gesundheitsberufen • Aufklärungsmaßnahmen zu den Gesundheitsgefahren durch Passivrauchen im (familiären) Haushalt sowie im Auto 	<ul style="list-style-type: none"> • Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft • Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung • Kultusministerkonferenz • Gesundheits- und Sozialberufe bzw. deren Berufsverbände
3. Die Beachtung des Passivrauchens als vermeidbares Gesundheitsrisiko ist erhöht.	<p>Information über die Gesundheitsrisiken des Passivrauchens und wirksame Möglichkeiten zum Schutz von Kindern vor Passivrauchen durch Gesundheits- und Sozialberufe</p> <p>Aufnahme von Tabakprävention, Entwöhnungsberatung und Schutz vor Passivrauchen in Aus-, Fort-, Weiterbildung von Sozial- und Gesundheitsberufen</p> <p>Aufklärungsmaßnahmen zu den Gesundheitsgefahren durch Passivrauchen und zur Vermeidung von Passivrauchen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheits- und Sozialberufe bzw. deren Verbände • Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung • Sozialversicherungsträger

3. Monitoring und Quantifizierung von Zielgrößen für Teilziele des Gesundheitsziels

In Deutschland werden Daten zum Tabakkonsum bislang in verschiedenen Studien erhoben (Destatis, Robert Koch-Institut, Institut für Therapieforschung und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung). Ein umfassendes Monitoring nicht nur des Tabakkonsums, sondern auch die systematische Evaluation der Maßnahmen der Tabakkontrollpolitik fehlen bislang jedoch, auch wenn mit dem Tabakatlas des DKFZ eine erste umfassendere Darstellung für Deutschland vorgelegt wurde, die u.a. die Datenlage (Stand: 2009) zusammenfasst (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2009).

Die Forschung zu Themen und Fragestellungen im Handlungsbereich „Tabakkonsum“ ist in Deutschland vielfältig. Sie findet in einer Reihe von wissenschaftlichen Einrichtungen und Hochschulen statt. Allerdings erfolgt auch diese Forschungstätigkeit bislang wenig koordiniert und systematisiert.

Um das Ziel eines langfristigen Monitorings sowie des Ausbaus der Forschung und der Evaluation im Bereich Tabakkonsum und Tabakkontrollpolitik zu erreichen, sollten die verfügbaren Fakten und Daten regelmäßig zusammengestellt und bewertet werden.

Hierzu sollten zukünftig vor allem das Robert Koch-Institut, die BZgA und das DKFZ eng und koordiniert zusammenarbeiten. Eine regelmäßige Aktualisierung des „Tabakatlas Deutschland“ sollte zum Standard der Monitoring-Berichterstattung werden. Angesichts der Bedeutung des Risikofaktors Rauchen für eine Vielzahl von Erkrankungen ist die Forschung auf diesem Gebiet sowohl im Bereich der Prävention wie auch der Tabakentwöhnung deutlich auszuweiten. Zur Effizienz- und Effektivitätsbewertung der geforderten „nationalen Dachkampagne zur Reduktion des Tabakkonsums“ ist ein Evaluationskonzept zu erarbeiten und umzusetzen.

Bei der Formulierung des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“ im Jahr 2004 stand zunächst die Spezifizierung von Teilzielen und Startermaßnahmen zur Zielerreichung im Vordergrund. Im Rahmen der Überarbeitung des Gesundheitsziels soll eine Quantifizierung bestimmter Teilziele und Zielgrößen vorgenommen werden. Eine solche Quantifizierung liefert konkrete Anhaltspunkte dafür, ob und inwieweit die formulierten Ziele erreicht wurden und die ergriffenen Maßnahmen erfolg-

reich gewesen sind – wenngleich eine unmittelbare Wirksamkeitsprüfung der einzelnen Maßnahmen häufig nicht möglich ist, da die Zielgrößen auch durch andere und zum Teil nur schwer messbare Prozesse beeinflusst werden. Ein weiterer Vorteil der Quantifizierung ist in der größeren Transparenz der Zielsetzung zu sehen, die eine gemeinsame Ausrichtung und Umsetzung der gesetzten Ziele und Maßnahmen sowie intensivere Diskussion und Beachtung der Vorhaben seitens der beteiligten Institutionen und Akteure als auch in der öffentlichen Diskussion erwarten lässt.

Dadurch könnte eine höhere Verbindlichkeit und Verpflichtung der beteiligten Akteure gegenüber den formulierten Zielen erreicht werden.

Aufgrund der großen sozialen Unterschiede in Bezug auf alle benannten Zielgrößen kann nicht erwartet werden, dass die Zielvorgaben auch für alle hier nicht explizit genannten Untergruppen erreicht werden.

Einen Anhaltspunkt für die Quantifizierung des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“ zeigen die Entwicklungen und Trends in den vorausgegangenen Jahren auf, sofern die in diesem Zeitraum umgesetzten Maßnahmen zur Verringerung des Tabakkonsums und Verbesserung des Nichtrauchererschutzes mit in Betracht gezogen werden. Für Deutschland lässt sich diesbezüglich feststellen, dass die Raucherquoten lange Zeit weitgehend stabil geblieben sind und erst seit dem Jahr 2002, mit der Umsetzung verschiedener Maßnahmen wie Tabakpräventionskampagnen, Tabaksteuererhöhungen (2002 - 2005 und 2011 - 2014), Heraufsetzung der Altersgrenze für den Kauf und Konsum von Tabakprodukten (2008) sowie den Nichtraucherschutzgesetzen des Bundes und der Länder (seit 2007) ein deutlicher Rückgang, insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, zu verzeichnen ist (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012b; Deutsches Krebsforschungszentrum, 2010d; Lampert, 2013).

Als ein zweiter Anhaltspunkt kann die Entwicklung des Rauchverhaltens in Ländern dienen, in denen Maßnahmen zur Verringerung des Tabakkonsums und der Passivrauchbelastung zu einem früheren Zeitpunkt und/oder in einem größeren Umfang umgesetzt wurden. Besonders aufschlussreich sind Vergleiche

zum Rauchverhalten von Jugendlichen, da diese Hinweise darauf liefern, welche Maßnahmen dazu beigetragen haben, dass Kinder und Jugendliche gar nicht erst mit dem Rauchen beginnen. Nach den Daten der international vergleichenden Studien „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) und „Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen“ (ESPAD) gehören Schweden, Island, Norwegen, Dänemark, Großbritannien und Irland zu den Ländern, in denen Jugendliche seltener rauchen als die Gleichaltrigen in Deutschland. In vielen dieser Länder gibt es eine striktere Tabakkontrollpolitik als hierzulande (Hibell et al., 2012; World Health Organization, 2012).

Um Aussagen über die künftige Entwicklung des Tabakkonsums zu treffen, bedarf es bestimmter Annahmen darüber, welche Maßnahmen ergriffen werden, um das Rauchen weiter zurückzudrängen, und wie die Maßnahmen im Sinne eines „Policy Mix“ zusammenwirken. Die bisher am weitesten in die Zukunft gerichtete Prognose zur Entwicklung des Rauchverhaltens in Deutschland hat die Arbeitsgruppe um Levy vorgelegt, wobei allerdings nur die männliche Bevölkerung im Alter von 18 bis 85 Jahren betrachtet wird und von umfassenden Anstrengungen zur Verringerung des Tabakkonsums ausgegangen wird (Levy, Blackman, Currie & Mons, 2013). Ihr Prognosemodell basiert auf Annahmen sowohl zu den Effekten einzelner Maßnahmen als auch zu deren Zusammenwirken. In die Berechnung einbezogen werden deutliche Tabaksteuererhöhungen, die Umsetzung gesetzlicher Regelungen zum vollständigen Schutz vor Passivrauchen, umfassende Werbeverbote, hoch intensive Medien-Kampagnen zur Förderung des Nichtrauchens und zum Verständnis der Notwendigkeit von Tabakkontrolle, sehr deutliche Warnhinweise zu den Folgen des Rauchens, eine effektive Verhinderung der Verfügbarkeit und des Verkaufs von Tabakprodukten an Jugendliche sowie Maßnahmen zur Behandlung der Tabakabhängigkeit und Förderung des Rauchstopps.

Vor diesem Hintergrund wird eine Quantifizierung zumindest bestimmter Teilziele des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“ für sinnvoll und machbar erachtet. Zu berücksichtigen ist dabei, dass die Bundesregierung im Rahmen der „Nationalen Strategie für nachhaltige Entwicklung“ für den Bereich Gesundheit und Ernährung die Reduzierung der Raucherquote von

Jugendlichen und Erwachsenen als quantifizierte Präventionsziele zur Verringerung der vorzeitigen Sterblichkeit festgelegt hat und diese Vorgaben für den nationalen Gesundheitszieleprozess eine wichtige Referenz darstellen. Im Indikatorenbericht von 2012 sind für das Jahr 2015 als quantifizierte Zielgrößen die Reduzierung der Raucherquote für die Zielgruppe der 12- bis 17-Jährigen auf unter 12 % und für die erwachsene Bevölkerung ab 15 Jahren auf unter 22 % festgelegt. Für Jugendliche werden dabei die Repräsentativbefragungen der BZgA und für Erwachsene der Mikrozensus als Datengrundlage herangezogen (Statistisches Bundesamt, 2012). Zurzeit wird eine Fortschreibung der Zielvorgaben bis zum Jahr 2030 diskutiert.

Neben diesen beiden Indikatoren werden für die Quantifizierung des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“ mit der Passivrauchbelastung von Erwachsenen, der Passivrauchbelastung von Kindern und Jugendlichen sowie dem Anteil der Mütter, die während der Schwangerschaft geraucht haben, drei weitere Zielgrößen herangezogen. Für die Auswahl der Teilziele war die Datenverfügbarkeit ein wichtiges Kriterium, um eine belastbare Beschreibung der Ausgangslage und verlässliche prospektive Beobachtung zu ermöglichen. Außerdem sollte sich die Quantifizierung nur auf solche Teilziele und Indikatoren beziehen, die sensitiv gegenüber Entwicklungen in Bezug auf Maßnahmen der Tabakkontrolle und Tabakprävention sind.

Für die Quantifizierung werden somit fünf Teilziele vorgeschlagen:

- Verringerung des Rauchens bei Jugendlichen
- Verringerung des Rauchens bei Erwachsenen
- Verringerung des mütterlichen Rauchens während der Schwangerschaft
- Verringerung der Passivrauchbelastung bei Kindern und Jugendlichen
- Verringerung der Passivrauchbelastung bei Erwachsenen

Für die Quantifizierung der genannten Teilziele werden Datenquellen herangezogen, die als bundesweit repräsentativ erachtet werden können, bereits über einen längeren Zeitraum zur Verfügung stehen und in den nächsten Jahren weiterhin regelmäßig und mit vergleichbarer Methodik erhoben werden. Für die Überprüfung der Zielerreichung wurde als Ausgangspunkt je nach Verfügbarkeit das Jahr 2012, 2013 bzw. 2014 und als Zielzeiträume die Jahre 2020 bis 2022 gewählt. Dabei wird für die angestrebten Zielgrößen vorausgesetzt, dass die bisher für die Förderung des Nichtrauchens eingesetzten finanziellen Ressourcen und politischen Vorhaben intensiviert werden.

Teilziel: Verringerung des Rauchens bei Jugendlichen

Altersgruppe:	Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren
Baseline:	Im Jahr 2012 rauchten 12,0 % der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen (11,5 % der Jungen und 12,6 % der Mädchen) gelegentlich oder regelmäßig
Zielformulierung:	Verringerung der Rauchquote auf unter 7 % im Jahr 2020 (in beiden Geschlechtergruppen)
Datenquelle:	Repräsentativerhebungen der BZgA

Teilziel: Verringerung des Rauchens bei Erwachsenen

Altersgruppe:	Personen im Alter ab 15 Jahren
Baseline:	Im Jahr 2013 rauchten 24,5 % der Personen ab 15 Jahren (28 % der Männer und 21 % der Frauen rauchten gelegentlich oder regelmäßig)
Zielformulierung:	Verringerung der Rauchquote auf unter 21 % bis zum Jahr 2021 (25 % der Männer und 18 % der Frauen)
Datenquelle:	Mikrozensus

Teilziel: Verringerung des mütterlichen Rauchens während der Schwangerschaft

Altersgruppe:	Ungeborene Kinder
Baseline:	Von den Müttern der Kinder, die in den Jahren 2009 bis 2012 geboren wurden, haben 10 % während der Schwangerschaft geraucht
Zielformulierung:	Verringerung des mütterlichen Rauchens bis zu den 2019 bis 2022 Geborenen auf unter 6 %
Datenquelle:	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS)

Teilziel: Verringerung der Passivrauchbelastung bei Kindern und Jugendlichen

Altersgruppe:	Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren
Baseline:	In den Jahren 2009 bis 2012 waren 31 % der nicht rauchenden Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren (32 % der Jungen und 30% der Mädchen) regelmäßig, d.h. mindestens einmal pro Woche, Tabakrauch ausgesetzt
Zielformulierung:	Verringerung der Passivrauchexposition auf unter 20 % im Jahr 2022 (bei beiden Geschlechtern)
Datenquelle:	Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts

Teilziel: Verringerung der Passivrauchbelastung bei Erwachsenen

Altersgruppe:	Erwachsene im Alter ab 18 Jahre
Baseline:	Im Jahr 2012 waren 27 % der nicht rauchenden Erwachsenen (34 % der Männer und 22 % der Frauen) regelmäßig, d.h. mindestens einmal pro Woche, Tabakrauch ausgesetzt
Zielformulierung:	Verringerung der Passivrauchexposition auf unter 20 % bis zum Jahr 2022 (27 % der Männer und 15 % der Frauen)
Datenquelle:	Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts

4. Mitglieder der Arbeitsgruppe 6 „Tabakkonsum reduzieren“

Prof. Dr. Elisabeth Pott

Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
a.D., Köln (Vorsitz)

Gabriele Bartsch

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hamm

Helmut Breitkopf

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des
Landes NRW, Düsseldorf (Mitglied der AG 6 bis Januar 2013)

Gaby Kirschbaum

Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

Dr. Christoph Kröger

IFT Gesundheitsförderung GmbH, München

Andrea Kuhn

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und
-gestaltung e.V., Köln

Dr. Wilfried Kunstmann

Bundesärztekammer, Berlin

PD Dr. Thomas Lampert

Robert Koch-Institut, Berlin

Peter Lang

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Dr. Ute Mons

Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg
(Mitglied der AG 6 bis September 2013)

Elisabeth Müller-Heck

Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft, Berlin

Dr. Martina Pötschke-Langer

Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg
(Mitglied der AG 6 ab Oktober 2013)

Dr. Uwe Prümel-Philippsen

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.,
Bonn, und Aktionsbündnis Nichtrauchen e.V., Bonn

Heike Reinecke

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes NRW, Düsseldorf (Mitglied der AG 6 ab Januar
2014)

Christa Rustler

Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheits-
einrichtungen e. V., Berlin

Dr. Andreas Schoppa

Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten der Bundesregierung,
Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

Martina Thelen

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und
-gestaltung e.V., Köln (bis März 2012)

Waltraud Wagner

IKK e.V., Berlin

Dr. Volker Weissinger

Fachverband Sucht e.V., Bonn

Besonderer Dank im Rahmen der Ausarbeitung geht an:

Dr. Gabriele Bolte

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit,
Oberschleißheim

Dr. Anneke Bühler

Institut für Therapieforschung, München

Literaturverzeichnis

Literaturverzeichnis

- ACCESS Konsortium. (2010). Zugangswege für Rauchstopp-Maßnahmen mit jugendlichen RaucherInnen: Prinzipien, Strategien und Aktivitäten.
- AWMF. (2015). Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Batra, A. & Mann, K. Von S3-Leitlinie: „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006L_S3_Tabak_2015-02.pdf abgerufen
- Bala, M., Strzeszynski, L. & Cahill, K. (2008). Mass media interventions for smoking cessation in adults. *Cochrane Database Systematic Review*(1).
- Bancej, C., O’Loughlin, J., Platt, R., Paradis, G. & Gervais, A. (2007). Smoking cessation attempts among adolescent smokers: a systematic review of prevalence studies. *Tobacco Control*, 6(16), S. 8.
- Batra, A., Schütz, C. G. & Lindiger, P. (2006). Tabakabhängigkeit. In L. Schmidt, M. Gastpar, P. Falkai & W. Gaebel, *Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen* (S. 91-142). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. (2011). Sachstandsbericht über den Stand von Wissenschaft und Technik zum Technischen Nichtraucher-schutz. In *Schriftreihe Materialien zur Umweltmedizin* (Bd. 23). Erlangen.
- Bölskei, P. (2004). Tabakentwöhnung: Kritische Bestandsaufnahme und Chancen für die Zukunft. *Pneumologie*(58), S. 137-139.
- Bolte, G. (2010). Nichtraucher-schutz in Bayern: Akzeptanz und Auswirkungen auf das Rauchen in der eigenen Wohnung. In Vortrag auf der 8. Deutschen Konferenz für Tabakkontrolle. Heidelberg.
- Bühler, A. & Thurl, J. (2011). Rekrutierung von jugendlichen Rauchern: Wer will professionelle Unterstützung in Anspruch nehmen? Frankfurt am Main: 2. Deutscher Suchtkongress.
- Bühler, A. & Thurl, J. (2012). Rauchstopp bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen - Grundlagen und Interventionen. *Sucht*, 58(5), S. 297-316.
- Bühler, A., Metz, K. & Kröger, C. (2007). *Literaturlauswertung zur Wirksamkeit von Warnhinweisen auf Zigarettenpackungen*. München: Institut für Therapiefor-schung.
- Bühler, A., Wegmann, L., Schmidt, A., Thurl, J., Strunk, M. & Lang, P. (2012). Rekrutierung, Implementation und Aufhör-rate eines Rauchstopp-Kurses für Jugendliche. *Sucht*, 58(1), S. 23-32.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung & Robert Koch Institut. (2008). *Erkennen - Bewerten - Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Berlin: Robert Koch Institut.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2006). *Förderung des Nichtraucher-s. Ergebnisse einer Wiederholungsbefragung*. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2009). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Verbreitung des Tabakkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2011). *Der Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2010. Ergebnis einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends*. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2012a). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2010. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends*. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2012b). *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. (2013). Der Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Köln.
- Deutsches Krebsforschungszentrum. (2005). Passivrauchen - ein unterschätztes Gesundheitsrisiko (Bd. 5). Heidelberg: Rote Reihe - Tabakprävention und Tabakkontrolle.
- Deutsches Krebsforschungszentrum. (2009). Tabakatlas Deutschland 2009. Heidelberg: Steinkopff-Verlag.
- Deutsches Krebsforschungszentrum. (2010a). Illegaler Zigarettenhandel und seine wirksame Bekämpfung zum Gesundheitsschutz der Bevölkerung (Bd. 12). Heidelberg: Rote Reihe - Tabakprävention und Tabakkontrolle.
- Deutsches Krebsforschungszentrum. (2010b). Schutz der Familie vor Tabakrauch (Bd. 14). Heidelberg: Rote Reihe - Tabakprävention und Tabakkontrolle.
- Deutsches Krebsforschungszentrum. (2010c). Verbesserung des Jugend- und Verbraucherschutzes durch die Überarbeitung der europäischen Tabakprodukt-Richtlinie 2001/37/EG (Bd. 16). Heidelberg: Rote Reihe - Tabakprävention und Tabakkontrolle.
- Deutsches Krebsforschungszentrum. (2010d). Nichtraucher-schutz wirkt - eine Bestandsaufnahme der internationalen und deutschen Erfahrungen (Bd. 15). Heidelberg: Rote Reihe - Tabakprävention und Tabakkontrolle.
- Deutsches Krebsforschungszentrum. (2013a). Perspektiven für Deutschland: Das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Heidelberg.
- Deutsches Krebsforschungszentrum. (2013b). Rauchfreie Gaststätten in Deutschland 2013: Vier von fünf Deutschen stimmen für konsequenten Nichtraucherschutz. Heidelberg.
- Etzel, M., Mons, U., Schmitt, S., Lang, P. & Pötschke-Langer, M. (2008). Raucherentwöhnung in Deutschland 2007 - Struktur der ambulanten Therapieangebote zur Tabakentwöhnung und Rauchberatung. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz(51), S. 1453-1461.
- Europäische Kommission. (2010). Spezial-Eurobarometer 332: Tabak.
- Europäische Kommission. (2012). Special-Eurobarometer 385. Attitudes of Europeans towards tobacco.
- Farkas, A., Gilpin, E., White, M. & Pierce, J. (2000). Association between household and workplace smoking restrictions and adolescent smoking. Journal of the American Medical Association, 284(6), S. 717-722.
- Frauen Aktiv Contra Tabak e.V. (2009). „Kölner Appell“ an die Politik, Gesundheitsberufe und Krankenkassen um Frauen und Mädchen den Rauchstopp zu erleichtern. Köln.
- Gesellschaft für Konsumforschung. (2013). Raucherentwöhnung. Classic Bus 663 081/082.
- GKV. (2013). Präventionsbericht 2013: Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Von http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praeventionsbericht/2013_GKV_MDS_Praeventionsbericht.pdf abgerufen
- Gleich, F., Mons, U. & Pötschke-Langer, M. (2011). Air Contamination Due to Smoking in German Restaurants, Bars, and Other Venues - Before and After the Implementation of a Partial Smoking Ban. Nicotine & Tobacco Research(13), S. 1155-1160.
- Göhlmann, S., Schmidt, C. & Tauchmann, H. (2010). Smoking initiation in Germany: the role of intergenerational transmission. Health Economics, S. 227-242.
- Gradl, S., Kröger, C., Floeter, S. & Piontek, D. (2009). Evaluation eines modernen Tabakentwöhnprogramms. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin(2), S. 169-185.

- Hammond, D. (2011). Health warning messages on tobacco products: a review. *Tobacco Control*, 20, S. 327-337.
- Hanewinkel, R. (2008). Tabakpolitik. In *Suchttherapie* (S. 93-102). Stuttgart/New York: Thieme Verlag.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. & Kraus, L. (2012). The 2011 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 36 European Countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.
- International Agency for Research on Cancer. (2004). Tobacco smoke and involuntary smoking. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans(83).
- International Agency for Research on Cancer. (2011). IARC Handbooks of Cancer Prevention: Effectiveness of Tax and Price Policies for Tobacco Control. 14.
- Isensee, B., Morgenstern, M., Stoolmiller, M., Maruska, K., Sargeant, J. & Hanewinkel, R. (2012). Effects of Smokefree Class Competition 1 year after the end of intervention: a cluster randomised control trial. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66, S. 334-341.
- Joossens, L. & Raw, M. (2014). The Tobacco Control Scale 2013: A report of the Association of European Cancer Leagues. Istanbul.
- Kleinjan, M., Brug, J., van den Eijnden, R. J., Vermulst, A. A., van Zundert, R. M. & Engels, R. C. (2008). Association between the transtheoretical processes of change, nicotine dependence and adolescent smokers' transition through the stages of change. *Addiction*, 103(2), S. 331-338.
- Kraus, L. & Augustin, R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht*, 1(47), S. 3-86.
- Kraus, L., Pabst, A. & Müller, S. (2010). Epidemiologischer Suchtsurvey 2009.
- Kröger, C. & Piontek, D. (2011). Tabakentwöhnung in Deutschland - Grundlagen und kommentierte Übersicht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Kröger, C., Mons, U., Klärs, G., Orth, B., Maschewsky-Schneider, U. & Lampert, T. (2010). Evaluation des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 53, S. 91-102.
- Kröger, C., Wenig, J. & Piontek, D. (2013). Methoden zum Rauchstopp in Deutschland: Ergebnisse aus dem epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) 2012. Heidelberg: Vortrag zur 11. Deutschen Konferenz für Tabakkontrolle.
- Kufeld, C. & Bühringer, G. (2010). Behandlung der Tabakabhängigkeit. *Public Health Forum*, 67(18), S. 19-20.
- Lampert, T. (2008). Tabakkonsum und Passivrauchbelastung von Jugendlichen. Ergebnisse der Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). *Deutsches Ärzteblatt*, 105(15), S. 265-271.
- Lampert, T. (2013). Zahlen und Fakten zum Konsum. In *Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen: Jahrbuch Sucht* (S. 67-90). Geesthacht: Neuland-Verlag.
- Lampert, T. & Thamm, M. (2007). Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50(5/6), S. 600-608.
- Lang, P. & Strunk, M. (2010). Tabakprävention der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Die „rauchfrei“-Jugendkampagne. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 53, 125-132.
- Lang, P., Orth, B. & Strunck, M. (2010). Aktuelle Daten zum Rauchverhalten Jugendlicher und junger Erwachsener. Vortrag im Rahmen der 8. Deutschen Konferenz für Tabakkontrolle.
- Leatherdale, S. & McDonald, P. (2005). What smoking cessation approaches will young smokers use? *Addictive Behaviors*, 30(8), S. 1614-1618.

- Leonardi-Bee, J., Smyth, A., Britton, J. & Colemann, T. (2008). Environmental tobacco smoke and fetal health: systematic review and meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition*, 93(5), S. 351-361.
- Levy, T. L., Blackman, K., Currie, L. M. & Mons, U. (2013). Germany SimSmoke: The Effect of Tobacco Control Policies and Future Smoking Prevalence and Smoking - Attributable Deaths in Germany. *Nicotine & Tobacco Research*, 2(15), S. 465-473.
- Liang, L., Chaloupka, F., Nichter, M. & Clayton, R. (2003). Prices, policies and youth smoking, May 2001. *Addiction*, 98(1), S. 105-122.
- Lumley, J., Chamberlain, C., Dowswell, T., Oliver, S., Oakley, L. & L, W. (2009). Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Systematic Review*(3).
- Maruska, K., Isensee, B. & Hanewinkel, R. (2012). Das Unterrichtsprogramm Klasse2000: Effekte auf Substanzkonsum und Gesundheitsverhalten 3 Jahre nach Ende der Intervention. Kiel: Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung: IFT-Nord.
- Maschewsky-Schneider, U., Lampert, T., Kröger, C., Schulze, A., Stander, V. & Töppich, J. (2006). Evaluation des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 49(11), 1155-1161.
- Meyer, C., Rumpf, H.-J., Hapke, U. & John, U. (2000). Inanspruchnahme von Hilfen zur Erlangung der Nikotin-Abstinenz. *Sucht*(46), S. 398-407.
- Meyer, C., Ulbricht, S., Baumeister, S. E., Schumann, A., Rüge, J., Bischof, G. & Rumpf, H.-J. (2008). Proactive interventions for smoking cessation in general medical practice: a quasi-randomized controlled trial to examine the efficacy of computer-tailored letters and physician-delivered brief advice. *Addiction*, 103(2), S. 294-304.
- Mons, U. (2011). Tabakattributable Mortalität in Deutschland und in den deutschen Bundesländern – Berechnungen mit Daten des Mikrozensus und der Todesursachenstatistik. *Das Gesundheitswesen*, 73(4), S. 238-246.
- Mons, U., Nagelhout, G. E., Allwright, S., Guignard, R., van den Putte, B., Willemsen, M. C., Fong, G. T.; Brenner, H., Pötschke-Langer, M., Lutz L. P. (2013). Impact of national smoke-free legislation on home smoking bans - Findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Project European Surveys. *Tobacco Control*, 22, S. e2-29.
- Mühlig, S., Haarig, F., Teumer, G., Bothen, E., Nehr Korn, M., Berndt, C. & Rustler, C. (2013). Das Deutsche Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen (DNRfK). Ergebnisse einer Totalerhebung zur Umsetzung der Standards zur Tabakkontrolle und -entwöhnung. *Das Gesundheitswesen*, 11(75), S. 749-750.
- Müller, S., Kraus, L., Piontek, D. & Pabst, A. (2010). Changes in Exposures to Secondhand Smoke and Smoking Behavior. *Sucht*, 56(5), S. 373-384.
- Orth, B. & Töppich, J. (2010). Veränderungen von Wissen, Einstellung und Rauchverhalten bei Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse wiederholter Repräsentativbefragungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 53, S. 133-143.
- Pott, E., Lang, P. & Töppich, J. (2003). Gesundheitsziel: Tabakkonsum reduzieren. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 46(2), 150-155.
- Rakete, G., Strunk, K. & Lang, P. (2010). Tabakprävention an Schulen – Ein Erfolgsmodell. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 53, S. 170-177.
- Raschke, P., Kalke, J. & Hiller, P. (2009). Abschlussbericht vom September 2009 für das Forschungsprojekt: „Elterliche Regeln für das Nichtrauchen ihrer Kinder“. Hamburg: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung.
- Rogers, J. (2008). Tobacco and pregnancy: overview of exposures and effects. *Birth Defects Research*, 84(1), S. 1-15.
- Rogers, J. (2009). Tobacco and pregnancy. *Reproductive Toxicology*, 28(2), S. 152-160.

- Sachverständigenrat. (2007). Unterrichtung durch die Bundesregierung: Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Deutscher Bundestag: Drucksache 16/6339.
- Schneider, S., Maul, H., Freerksen, N. & Pötschke-Langer, M. (2008). Who smokes during pregnancy? An analysis of the German Perinatal Quality Survey 2005. *Public Health*, 122(11), S. 1210-1216.
- Sendzik, T., Fong, G., Travers, M. & Hayland, A. (2009). An experimental investigation of tobacco smoke pollution in cars. *Nicotine & Tobacco Research*, 11(6), S. 627-634.
- Spahlinger, P. (2010). Dot.sys – Dokumentationssystem der Suchtvorbeugung: Ergebnisbericht der bundesweiten Datenerhebung des Jahres 2009. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Sussmann, S. (2002). Effects of sixty six adolescent tobacco use cessation trails and seventeen prospective studies of self-initiated quitting. *Tobacco Induced Diseases*, 1(1), S. 35-81.
- Tartsch, M. (2009). Rechtliche Vorgaben für ein Bundesgesetz zur Tabakprävention. Berlin: Wissenschaftlicher Verlag Berlin.
- Tworek, C., Yamaguchi, R., Kloska, D. D., Emery, S., Barker, D., Giovino, G. A. & O'Malley, P. M. (2010). State-Level Tobacco Control Policies and Youth Smoking. *Health Policies*, 97(2-3), S. 136-144.
- U. S. Department of Health and Human Service. (2006). The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
- Vardavas, C., Chatzi, L., Patelarou, E., Plana, E., Sarri, K. & Kafatos, A. (2010). Smoking and smoking cessation during early pregnancy and its effect on adverse pregnancy outcomes and fetal growth. *European Journal of Pediatrics*, 169(6), S. 741-748.
- Walden, K., Bölskei, P., Will, A., Heusinger, A. & Moldovan, M. (2007). Tabakentwöhnung in Schulen - welche Unterstützung wünschen sich Jugendliche? Eine Befragung an berufsbildenden Schulen. *Sucht*, 53(3), S. 153-159.
- World Health Organization. (2012). Social determinants of health and well-being among young people: Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey. Copenhagen.
- World Health Organization. (2013). WHO Report on the Global Tobacco Epidemic: Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva.

gesundheitsziele.de ist die gemeinsame Plattform der relevanten Akteure im deutschen Gesundheitswesen. Mehr als 100 Organisationen engagieren sich hier für die Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses. Im Konsens werden Gesundheitsziele formuliert, Maßnahmen zur Zielerreichung empfohlen und Selbstverpflichtungen der verantwortlichen Akteure angestoßen.

Die Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes *gesundheitsziele.de* ist bei der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. angesiedelt. *gesundheitsziele.de* wird finanziell unterstützt durch:

- das Bundesministerium für Gesundheit
- die Gesundheitsministerien der Länder
- die Verbände der gesetzlichen Krankenversicherung
- der Verband der privaten Krankenversicherung
- die Deutsche Rentenversicherung Bund
- die Kassenärztliche Bundesvereinigung
- die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
- die Deutsche Krankenhausgesellschaft
- die Bundesärztekammer
- die Bundespsychotherapeutenkammer
- die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.



Impressum

Herausgeber:

Bundesministerium für Gesundheit
Referat für Öffentlichkeitsarbeit
11055 Berlin

Gestaltung: okapidesign.com

Druck: Druckhaus Süd Medien GmbH

Fotos: Halfpoint/fotolia.de, William Perugini, Monkey
Business Images/shutterstock.com

Aktualisierte Auflage: Stand November 2015

Wenn Sie diese Broschüre bestellen möchten:

Bestell-Nr.: BMG-G-11062

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Telefon: 030 / 18 272 2721

Fax: 030 / 18 10 272 2721

Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist besonders die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

