

Tabakprävention in Deutschland

Liebe Leserin, lieber Leser,

der Anteil ständig oder gelegentlich rauchender Mädchen und Jungen im Alter von 12-17 Jahren ist in Deutschland zwischen 2001 und 2008 von 27,5% auf spektakuläre 15,4% gesunken. Gleichzeitig ist die Rate junger Menschen, die nie geraucht haben, von 40,5% auf 60,6% angestiegen. Bei den jungen Erwachsenen (18-25 Jahre) sind keine Änderungen zu verzeichnen, und bei den 25 bis 69jährigen ergibt sich nur ein geringer Rückgang von 2-3%. Die positiven Trends bei den Jugendlichen werden selbstbewusst als Erfolg der Tabakkontrollmaßnahmen in Deutschland gewertet, und in der Tat sind hierbei in den vergangenen Jahren beträchtliche Fortschritte erzielt worden:

- 2002 wurden in der Arbeitsstättenverordnung die Arbeitgeber zum betrieblichen Nichtraucherschutz verpflichtet.
- 2002-2005 konnte durch schrittweise Erhöhung der Tabaksteuer eine Preissteigerung von 57% erzielt werden.
- 2008 wurde die Altersgrenze für den Kauf und Konsum von Tabakprodukten von 16 auf 18 Jahre hoch gesetzt.
- In Anpassung an EU-Recht wurde die Tabakwerbung eingeschränkt beziehungsweise verboten: zum Beispiel Werbung in Printmedien, im Kino bis 18.00 Uhr, im Sponsoring von Sportveranstaltungen und anderen Events und durch ein Verbot der Verteilung von Probepackungen.
- Seit 2007 verbieten Nichtraucherschutzgesetze des Bundes und der Länder das Rauchen in öffentlichen Gebäuden, in Schulen und in Krankenhäusern.



- Aufklärungskampagnen insbesondere der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, wie etwa die „rauchfrei“-Jugendkampagne, informieren über die Risiken des Rauchens und vermitteln eine positive Motivation zum Nichtrauchen.
- Zahlreiche lokale Programme in Schulen, Betrieben und Krankenhäusern wurden durchgeführt. Sie begleiten die regulativen Maßnahmen durch Motivierung zum Nichtrauchen, durch die Unterstützung der Aufhörerbereitschaft bei Rauchern und Raucherinnen und stellen Handlungsleitfäden zur Umsetzung des Nichtraucherschutzes in den Institutionen zur Verfügung.
- Vermehrt werden evidenzbasierte Programme zu Raucherentwöhnung und zur Beratung und Behandlung im professionellen System angeboten.

Trotz dieser im Vergleich zu den Jahrzehnten zuvor immensen Fortschritte auch in der strukturellen Tabakprävention steht Deutschland im Jahr 2007 in der Rangliste der „Tobacco Control Scale“ von 30 europäischen Ländern auf Rangplatz 27. Die

Rangliste basiert auf den in den Ländern erlassenen regulativen Maßnahmen – eine Bewertung hinsichtlich der tatsächlichen Umsetzung in die Praxis liegt jedoch nicht vor. Vor dem Hintergrund, dass Deutschland deutliche Fortschritte in der Verhaltens- und strukturellen Prävention vorweisen kann, ist ein differenzierter und umfassender Blick zu Erfolgen und Ergebnissen, aber auch zum bestehenden Handlungsbedarf in der Tabakprävention geboten.

Ausgangspunkt dieser Publikation ist das 2003 von gesundheitsziele.de verabschiedete Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“. Im Gesundheitszieleprozess haben sich alle relevanten Akteure des Gesundheitswesens zusammen gefunden, um einvernehmlich Gesundheitsziele zu erarbeiten und umzusetzen. Das Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ umfasst fünf prioritäre Zielbereiche: (1) Tabaksteuererhöhungen, (2) vollständiges Verbot direkter und indirekter Tabakwerbung, (3) Schutz vor Passivrauchen, (4) Förderung des Ausstiegs aus der Tabakabhängigkeit und (5) Maßnahmen zur Verhinderung des

Einstiegs in das Rauchen. Auf der Grundlage des 2006 entwickelten Evaluationskonzepts erfolgte 2009 eine Evaluation des Gesundheitsziels. Die Ergebnisse werden in diesem Band erstmalig publiziert.

Gesundheitsziele können nur dann erfolgreich umgesetzt werden, wenn alle für den Zielbereich relevanten Akteure an einem Strang ziehen und ihren Beitrag zur Zielerreichung leisten. Das gilt für die Politik ebenso wie für die Professionellen im Gesundheitswesen, die Kostenträger und Leistungserbringer, die Organisationen und Institutionen, in deren „Setting“ Prävention stattfindet und für Public-Health-Wissenschaft, die die Maßnahmen der Praxis wissenschaftlich begleitet. Dieser Band gibt deshalb einen Überblick über die breite Palette der Maßnahmen der Tabakprävention in Deutschland in allen relevanten Handlungsbereichen. Er dokumentiert auf wissenschaftlicher Grundlage die Ergebnisse der gemeinsamen Anstrengungen.

Alle Ebenen der Intervention sind repräsentiert. Bezogen auf die nationale Ebene werden die Ergebnisse der Evaluation des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“ (Kröger et al.), die gesetzlichen Maßnahmen (Mons & Pötschke-Langer) und die Maßnahmen sowie die Ergebnisse der „rauchfrei“-Jugendkampagne der BZgA (Lang & Strunk; Orth & Töppich) dargestellt. Ergänzend wird der Interventionsbedarf für spezifische Zielgruppen betrachtet wie insbesondere für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen (Lampert) und bezogen auf Frauen (Fleitmann et al.).

Beispielhaft für die Länder wird die Tabakpräventionspolitik in Bayern dargestellt (Kuhn et al.). Es folgen Berichte und Ergebnisse aus der Netzwerkarbeit in den relevanten Interventionssettings: aus der betrieblichen Tabakprävention (Goecke-Alexandris), aus dem Netzwerk rauchfreier Krankenhäuser (Rustler & Nehr Korn) und in den Schulen (Rakete et al.). Ergebnisse spezifischer Maßnahmen wie die kartenbasierte Alterskontrolle an Zigarettenautomaten (Schneider et al.), der Einfluss des Rauchens in Filmen auf Kinder und Jugendliche (Maruska & Hanewinkel) und personenbezogene Entwöhnungsangebote im Rahmen ärztlicher Beratung und Behandlung (Kunstmann) beziehungsweise verhaltensbezogene Maßnahmen (Kröger

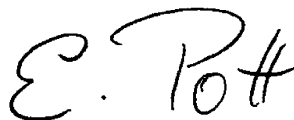
& Gradl) werden dargestellt und hinsichtlich ihrer Wirkungen bewertet.

Alle Artikel sind auf die Situation in Deutschland bezogen und berichten Strategien, Erfahrungen und Ergebnisse der Aktivitäten. Es werden aber auch bestehende Defizite aufgezeigt und Handlungsempfehlungen gegeben. Trotz aller Fortschritte zeigt sich deutlich, dass Deutschland in der Tabakprävention – gemessen am Anteil Raucher und Raucherinnen in der Bevölkerung – noch lange nicht am Ziel angekommen ist. Unter den Erwachsenen hat sich kaum etwas verändert und die sinkenden Trends bei den Jugendlichen können nur erhalten bleiben, wenn weiterhin enorme Anstrengungen in der strukturellen und in der verhaltensbezogenen Tabakprävention unternommen werden. Ziel sollte sein, Deutschland von den hinteren Rangplätzen des europäischen Vergleichs ganz nach vorn zu bringen!

Ihre



Ulrike Maschewsky-Schneider



Elisabeth Pott

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider

Berlin School of Public Health,
Charité - Universitätsmedizin Berlin,
Oudenarder Str. 16, 13347 Berlin,
Ulrike.Maschewsky-Schneider@charite.de

Prof. Dr. Elisabeth Pott

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,
Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln,
Elisabeth.Pott@bzga.de