

## Evaluation des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“

Der Zigarettenkonsum stellt in Deutschland das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko und die führende Ursache frühzeitiger Sterblichkeit dar. Im Jahr 2003 rauchten bei den über 18-jährigen Deutschen 37% der Männer und 28% der Frauen [1]. Von 1993–1997 stieg der Raucheranteil bei den 12- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen von 20 auf 28% und blieb bis 2001 auf diesem hohen Niveau, um danach wieder abzusinken [2]. Im europäischen Vergleich steht Deutschland allerdings hinten: Die Raucherraten bei den 15-jährigen Jungen werden nur noch von der Ukraine und Litauen übertroffen, bei den Mädchen nimmt Deutschland zusammen mit Österreich und Spanien sogar die Spitzenposition ein [3]. Während alle anderen westeuropäischen Länder sinkende Trends bei den Prävalenzen zeigen, ist der Trend bei den Frauen in Deutschland steigend und geht nur bei den Männern geringfügig zurück [4, 5].

Dringender Handlungsbedarf ist also gegeben. Aktivitäten der Bundesregierung sowie der Drogen- und Suchtplan der Gesundheitsministerin und die Maßnahmen und Kampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und die Angebote von Krankenkassen und anderen sind Maßnahmen, um diesen Trends entgegenzuwirken. Da gemeinsam größere Wirkungen erzielt werden können, ist ein abgestimmtes Handeln

aller Akteure in Deutschland dringend geboten. Die Festlegung gemeinsamer Ziele und Visionen, die Benennung der wichtigsten Schritte und Maßnahmen für die Umsetzung und ein wissenschaftlich fundiertes Konzept für die Überprüfung der Wirkungen einer Public-Health-Politik zur Reduktion des Tabakkonsums in Deutschland sind entscheidende Bestandteile einer solchen Strategie.

### gesundheitsziele.de – Ein Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland

Im Dezember 2000 initiierte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einen Prozess zur Festlegung von bundesweiten Gesundheitszielen und ihrer Implementierung in den Versorgungsalltag. Die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) wurde beauftragt, alle relevanten Akteure im Gesundheitswesen an einen Tisch zu bringen, um gemeinsam über Gesundheitsziele zu beraten. Die Ergebnisse sollten der Ministerin vorgelegt werden. Über die Entwicklung von Gesundheitszielen soll die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung erreicht und Veränderungen der für die Gesundheit relevanten Determinanten und Strukturen sollen bewirkt werden [6]. Durch die Beteiligung aller im

Gesundheitswesen wichtigen Entscheidungsträger wird eine große Breitenwirkung der gemeinsam vereinbarten Ziele und Umsetzungsmaßnahmen und die effektive Nutzung vorhandener Ressourcen erwartet; ein Prozess, der in den Gesundheitswissenschaften als capacity building bezeichnet wird [7]. Es ist selbstverständlich und Konsens, dass ein solcher erhebliche Ressourcen fordernder Prozess hinsichtlich seiner intendierten Ziele und der eingesetzten Mittel transparent gemacht und bezüglich seiner tatsächlich erreichten Ergebnisse bewertet werden muss. *gesundheitsziele.de* hat deshalb im Jahr 2004 einen Evaluationsbeirat eingesetzt, dessen Aufgabe es ist, wissenschaftlich fundierte Konzepte zur Evaluation der Gesundheitsziele zu entwickeln [8].

### Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“

„Tabakkonsum reduzieren“ ist eines der 6 bislang entwickelten Ziele [9, 10]. Aufbauend auf dem internationalen Stand der Erkenntnisse wurde ein evidenzbasiertes Konzept entwickelt, das sowohl Ziele als auch Maßnahmen und Politiken der Umsetzung umfasst [11]. Um die Umsetzung zu befördern, wurden in einem zweiten Schritt von der Arbeitsgruppe „Tabakkonsum reduzieren“ die gesundheitspolitisch wichtigsten Ziele ausgewählt und Basis-

maßnahmen zur Zielerreichung benannt. Für die Überprüfung der Zielerreichung legte die Arbeitsgruppe messbare Indikatoren fest. Die Zielbereiche (Basismaßnahmen), die erwarteten gesundheitsbezogenen Ergebnisse und auszugsweise Umsetzungsstrategien sowie Erfolgsindikatoren sind in **■ Tabelle 1** aufgeführt. Ziele und Maßnahmen umfassen sowohl strukturelle Maßnahmen der Tabakkontrollpolitik als auch Öffentlichkeitsarbeit, Kampagnen und Maßnahmen der Gesundheitserziehung.

### Evaluation – der Auftrag

In der Evaluationsforschung zur Gesundheitsförderung werden 3 Ebenen der Evaluation unterschieden: die Outcome-,

die Impact- und die Prozessevaluation. Sie beziehen sich jeweils auf verschiedene Phasen des Handlungszyklus der Intervention und auf unterschiedliche Wirkungsdimensionen, die ihrerseits mit spezifischen Indikatoren zu messen sind (siehe dazu **■ Tabelle 2**).

Es ist erkennbar, dass die von der Arbeitsgruppe formulierten Ziele und die daraus abgeleiteten Erfolgsindikatoren hauptsächlich auf der Ebene der Impactevaluation liegen. Sie beziehen sich auf Prävalenzen von und Einstellungen zum Rauchen und auf strukturelle, insbesondere gesetzliche und institutionelle Verbesserungen. Die Basismaßnahmen in **■ Tabelle 1** zielen auch auf Indikatoren der Prozessebene. Das sind z. B. mediale Aktivitäten und Angebote, die

Inanspruchnahme von Individuenbezogenen Maßnahmen, Akzeptanz von gesetzlichen Regelungen und Aufklärungsmaßnahmen sowie Reichweiten von Kampagnen und Maßnahmen, soweit sie sich auf bundesweite Maßnahmen beziehen. Bewusst wurde deshalb auf die Einbeziehung von Daten zu räumlich, zeitlich und hinsichtlich der Zielgruppen begrenzten Einzelmaßnahmen (z. B. Kurse, regionale Schulprojekte) verzichtet. Es ist davon auszugehen, dass diese jeweils kleine Teilausschnitte des tatsächlichen Umfangs und der Qualität von Maßnahmen zur Tabakkontrolle widerspiegeln und deshalb für eine Gesamtevaluation ungeeignet sind.

Für den Evaluationsbeirat ergab sich daraus die Aufgabe, unter methodischen

Tabelle 1		
Basismaßnahmen Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ [12]		
Erwartete Wirkungen	Umsetzungsstrategie und Akteure (Auswahl)	Erfolgsindikatoren, Qualitätskontrolle (Auswahl)
<i>Basismaßnahme 1: Tabaksteuererhöhungen</i> Rückgang des Rauchens, insbesondere bei Jugendlichen und Kindern und in sozial schwachen Bevölkerungsgruppen	Medienarbeit Steuererhöhungen Einsatz der Steuermittel für Tabakkontrollmaßnahmen	Preisgestaltung Medienaktivitäten Politische Aktivitäten Prävalenz und Inzidenz
<i>Basismaßnahme 2: Vollständiges Verbot direkter und indirekter Tabakwerbung</i> Rückgang des Raucheranteils und des Tabakkonsums: Prävalenz Inzidenz (Einstiegsquote) Rauchstärke	Zügige Umsetzung der EU-Richtlinien Gesetzliche Regelungen zum Ersatz der freiwilligen Selbstbeschränkung Maßnahmen zu Akzeptanzerhöhung der Regelungen	Tabakwerbeverbot Gesetzliche Regelungen Verringerung von Werbe- und Sponsoringausgaben der Tabakindustrie
<i>Basismaßnahme 3: Schutz vor Passivrauchen</i> Senkung der Passivrauchbelastung Erhöhung des Bewusstseins zum Passivrauchrisiko Rauchen als sozial nicht akzeptiertes Verhalten Steigerung der Beratung durch Gesundheitsberufe	Bevölkerungsaufklärung Ausweitung rauchfreier Bereiche Handlungsleitfäden für Einrichtungen Einbindung der Beratung zum Passivrauchrisiko in die Schwangerenvorsorge	Medienaktivitäten Monitoring der Prävalenz des Passivrauchens Zunahme rauchfreier (Gesundheits-)Einrichtungen
<i>Basismaßnahme 4: Förderung des Ausstiegs aus der Tabakabhängigkeit</i> Senkung der Zahl der Raucher/innen Senkung der tabakbedingten Erkrankungen	Aufklärung Raucherentwöhnungsangebote Anreizsysteme (z. B. GKV)	Beratungsangebote, Inanspruchnahme Prävalenz des Ex-Rauchens
<i>Basismaßnahme 5: Maßnahmen zur Verhinderung des Einstiegs in das Rauchen</i> Zunahme rauchfreier Einrichtungen, in denen sich Kinder/Jugendliche befinden Steigerung schulischer Prävention Reduzierung der Zahl der Zigarettenselbstautomaten	Einführung rauchfreier Einrichtungen Intervention in Schulklassen Einhaltung der Jugendschutzbestimmungen Massenmediale Kampagnen	Inzidenz Lehrinhalte in Curricula Umfang von und Teilnahme an schulischen Programmen zur Tabakkontrolle

Gesichtspunkten die Verfügbarkeit qualitätsgesicherter, repräsentativer Daten zu überprüfen und solche Datenquellen auszuwählen, mit denen die geforderten Erfolgsindikatoren abgebildet werden können. Sie sollten auch in der Lage sein, zeitliche Trends zu erfassen. Allerdings gilt auch unter dieser Voraussetzung die Einschränkung, dass eine unmittelbare Messung der Wirkungen einzelner Maßnahmen oftmals nicht möglich ist, da diese nicht nur zeitlich genau abgestimmte Prä-post-Vergleiche voraussetzen, sondern auch die methodische Kontrolle weiterer Einflussfaktoren. Mit dem hier vorgelegten Evaluationskonzept lassen sich demzufolge Gesamteffekte und Prozesse im Bereich der Tabakprävention auf Makroebene messen.

Aufgabe war es auch, Datenlücken zu identifizieren und Vorschläge für zukünftig zu erhebende Daten und Indikatoren zu machen. Die Durchführung der Evaluation selbst war nicht Aufgabe des Evaluationsbeirats, da dessen Arbeit ausschließlich auf dem ehrenamtlichen Engagement der Beteiligten beruht.

### Daten und Methoden

Der Evaluationsbeirat richtete für die Entwicklung des Konzepts zur Evaluation des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“ eine Unterarbeitsgruppe ein, die mit kompetenten Gesundheitswissenschaftlern aus Einrichtungen mit langer Erfahrung im Bereich gesundheitswissenschaftlicher Tabakforschung besetzt wurde. Vertreten waren das Robert Koch-Institut (RKI), die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), das Institut für Therapieforchung (IFT) und das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ).

In einem ersten Schritt wurden die Datenquellen identifiziert, bei denen davon auszugehen war, dass sie Indikatoren des Gesundheitsziels erheben. In einem zweiten Schritt wurde für jeden Erfolgsindikator des Gesundheitsziels geprüft, ob dieser in der Datenquelle erhoben wurde und mit welcher Indikatorfrage die Erhebung erfolgte.

Es sollten möglichst nur Repräsentativdaten für die Bundesrepublik Deutschland ausgewählt werden. Lediglich in Fällen,

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2006 · 49:1155–1161  
DOI 10.1007/s00103-006-0077-6  
© Springer Medizin Verlag 2006

U. Maschewsky-Schneider · T. Lampert · C. Kröger · A. Schulze · V. Stander · J. Töppich

### Evaluation des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“

#### Zusammenfassung

„Tabakkonsum reduzieren“ ist eines der 6 vom Forum *gesundheitsziele.de* entwickelten Gesundheitsziele. An deren Umsetzung sind alle relevanten Akteure der Politik und des Gesundheitswesens beteiligt. Ziel ist die Verbesserung der Gesundheit der Menschen durch gemeinsames Handeln. Die Ziele werden durch Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung und durch Erfolgsindikatoren ergänzt. Der Evaluationsbeirat von *gesundheitsziele.de* wurde beauftragt zu prüfen, ob mittels der in Deutschland vorhandenen Datenbasis die Evaluation des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“ möglich ist; gegebenenfalls sollte er ein diesbezügliches wissenschaftliches Konzept vorgelegen. Die Ergebnisse zeigen, dass insbesondere durch die Gesundheitsberichterstattung und die Erhebungen zur Evaluation und Qualitätssicherung der Aktivitäten der Bundeszentrale für gesundheit-

liche Aufklärung eine gute Datenlage besteht. Defizite bestehen hinsichtlich Daten zur Wirkungsanalyse struktureller Maßnahmen. Empfehlungen: Die Evaluation setzt die routinemäßige Durchführung von Repräsentativerhebungen im Längsschnitt voraus. Notwendig sind auch die Fortführung der Evaluation bundesweiter Kampagnen und der Ausbau des Themas in der Gesundheitsberichterstattung. Die Einrichtung einer Dokumentationsstelle für Maßnahmen, Programme und Evaluationsergebnisse wird empfohlen. Nicht die Schaffung neuer Evaluationssysteme, sondern die routinemäßige Fortführung und Koordination der vorhandenen Datenressourcen ist geboten.

#### Schlüsselwörter

Gesundheitsziel · Tabakkontrolle · Evaluation

### Evaluation of the health target “tobacco control”

#### Abstract

“Tobacco control” is one of six health targets of the forum *gesundheitsziele.de* (health targets). Key stakeholders from health policy and from the health system are involved in the process of defining and deciding about health targets. The goal of *gesundheitsziele.de* is the improvement of the health of the population through integrated action. Goals are supplemented with recommendations for intervention measures, and indicators to measure whether goals had been achieved. The evaluation board of *gesundheitsziele.de* is committed to assess the availability and appropriateness of German data bases for the evaluation of the health target “tobacco control”, and to submit a concept for the evaluation. In particular, the German health monitoring system, and the evaluation and quality assurance of the Federal Center for Health Education provide a

good data base for the evaluation of the health target. Lack of data exists regarding outcome and impact evaluation of structural (policy, legal) interventions. Recommendations: Evaluation of health targets requires continuing conduction of representative population surveys. The evaluation of national intervention campaigns and the extension of the topic “tobacco control” within the German health report system are necessary. The collection and documentation of information about intervention measures, programs, and evaluation results is recommended. The evaluation board favors follow-up studies, and the coordination of existing data resources; the creation of new evaluation systems is not required.

#### Keywords

health target · tobacco control · evaluation

Tabelle 2

## Ebenen und Erfolgsindikatoren der Evaluation. (Nach [7, 13, 14])

Phasen des Handlungszyklus	Evaluationsebene	Wirkdimensionen	Erfolgsindikatoren
Planung der Intervention	Prozessevaluation Qualitätssicherung	Assessmentqualität Strukturqualität	Beispiele – Reichweite, Stärke der IV – Angemessenheit der IV – Akzeptanz der IV – Erreichen der Zielpopulation – Personal/Ressourcen
Implementation und Durchführung		Prozess-/Verlaufsqualität Beziehungsqualität	
Ergebnisse	Impactevaluation	Intermediäre Outcomes	– Gesundheitsbezogener Lebensstil und Handlungsfähigkeit – Soziales Handeln – Wirksame Gesundheitsdienste – Gesundheits(gerechte) Politik – Gesunde Umwelt
	Outcomeevaluation	Gesundheits- und soziale Outcomes	– Mortalität, Morbidität – Lebensqualität, Funktionsfähigkeit – Gerechtigkeit, soziales Klima

*nIV: Intervention*

bei denen ein Indikator von höchster Relevanz ist, aber nur Daten für eingegrenzte Stichproben zur Verfügung stehen, sollte ausnahmsweise auf andere Datenquellen zurückgegriffen werden. Weiterhin sollten diese Daten möglichst in zeitlichen Abständen wiederholt erhoben werden, um Trends beschreiben zu können. Als ausgewählte Datenquellen sind insbesondere die der Gesundheitsberichterstattung des Bundes hervorzuheben: Nationale Untersuchungssurveys 1984–86, 1987/88, 1990/91 (25–69 Jahre) [15, 16] und Gesundheitssurvey Ost 1991/92 (18–79 Jahre) [17], Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (18–79 Jahre) [18, 19], telefonische Gesundheitssurveys 2003, 2004 und 2005 (18+ Jahre) [20, 21], Epidemiologischer Suchtsurvey des IFT [22] sowie der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey 2003–06 (0–17 Jahre) [23, 24] und die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) [25]. Weiterhin stehen Daten aus den Repräsentativerhebungen der BZgA zum Konsum, den Konsummotiven und den situativen Bedingungen des Gebrauchs von Alkohol, Zigaretten und illegalen Rauschmitteln (Drogenaffinitätsstudie 10 Wiederholungsbefragungen 1973–2004 (12–25 Jahre) [26] und der Repräsentativerhebung zur Jugendkampagne „rauchfrei“ 2005 (12–19 Jahre) (Förderung der Nichtraucher 2003 und 2005) [2]) zur Verfügung. Außerdem

kann auf Daten der amtlichen Statistik (z. B. zu Einnahmen aus der Tabaksteuer), auf Zählungen zur Inanspruchnahme des Rauchertelefons des DKFZ, auf Daten zum Schutz vor Tabakrauch an deutschen Krankenhäusern, auf die Repräsentativerhebung zur Umsetzung und Akzeptanz von Tabaksteuererhöhungen [27] und auf weitere Datenquellen zurückgegriffen werden.

Die Ergebnisse wurden für jede Basismaßnahme in einer einheitlichen Tabellenübersicht nach den Kriterien: Erfolgsindikatoren für die Basismaßnahme, Indikator in der Datenquelle, Indikatorfrage in der Datenquelle und Datenquelle erfasst. Die Tabellen können auf der Homepage von *gesundheitsziele.de* eingesehen werden. Es wurden ca. 80 Einzelindikatoren ermittelt; sie beziehen sich auf gut 100 Surveyfragen und Indikatoren von Routinedaten und Zählungen.

Es zeigte sich, dass über die verschiedenen Erhebungen eine sehr gute Datengrundlage zur Prävalenz des Rauchens, zu Einstellungen, Wissen und Verhaltensweisen besteht. Die Daten können auch für spezifische Bevölkerungsgruppen, z. B. nach Alter, Geschlecht, Sozialstatus und in Bezug auf weitere Gesundheitsrisiken, dargestellt werden. Wenige Datenquellen ermöglichen jedoch die Erhebung von Strukturdaten, d. h. z. B. die Erfassung von Rauchverboten in Institutionen, der

Zunahme an qualitätsgesicherten Entwohnungsangeboten oder der Zahl und Qualität von Settingprogrammen.

## Ergebnisse

### Basismaßnahme 1: Tabaksteuererhöhungen

**Kurzbeschreibung.** Tabaksteuererhöhungen sind ein Instrument der Tabakkontrollpolitik, von dem unmittelbare Effekte auf die Nachfrage nach Tabakprodukten erwartet werden können. Die Effekte entfalten sich dabei sowohl über einen zunehmenden Ausstieg aus dem Tabakkonsum als auch über einen Rückgang der Zahl der Jugendlichen, die mit dem Rauchen beginnen. Bei einem Teil der verbleibenden Raucher ist mit einer Einschränkung des Konsums zu rechnen. Gerade bei Kindern und Jugendlichen ist davon auszugehen, dass eine Erhöhung der Preise zu Veränderungen im Rauchverhalten führt.

**Erfolgsindikatoren.** Preisgestaltung der Tabakwaren, Prävalenz- und Inzidenzraten.

**Daten und Indikatoren.** Die breiteste Datengrundlage für Aussagen zu Reaktionen auf die Preisgestaltung der Tabakwaren

bietet die Jugendbefragung zur „Förderung des Nichtrauchens“ der BZgA, z. B. zur Beurteilung des Zigarettenpreises oder zur Veränderung des Rauchverhaltens nach der Preiserhöhung. Anhaltspunkte liefern auch der telefonische Gesundheitssurvey 2005 des RKI und eine Erhebung des IFT-Nord [27] sowie des DKFZ [28], die sich explizit auf die Wirkung von Tabaksteuererhöhungen beziehen. Darüber hinaus kann auf amtliche Statistiken zurückgegriffen werden, u. a. um die Preiselastizität der Nachfrage oder den Verbraucherpreisindex zu bestimmen. Die Prävalenz des Rauchens bei Erwachsenen lässt sich u. a. auf Grundlage der Gesundheitssurveys des RKI und des Epidemiologischen Suchtsurveys des IFT ermitteln. Aussagen über die Verbreitung des Rauchens im Kindes- und Jugendalter sind anhand von Daten der Drogenaffinitätsstudie und der Jugendbefragung zur „Förderung des Nichtrauchens“ der BZgA sowie der europäischen Schülerstudie zum Konsum von Alkohol und anderen Drogen des IFT möglich. Die Entwicklung der Inzidenzzahlen des Rauchens lässt sich nur aus Datenerhebungen ableiten, die in regelmäßigen Abständen wiederholt werden (z. B. Gesundheitssurveys des RKI, Drogenaffinitätsstudie der BZgA oder Epidemiologischer Suchtsurvey des IFT).

### **Basismaßnahme 2: Vollständiges Verbot direkter und indirekter Tabakwerbung**

**Kurzbeschreibung.** Tabakwerbung erhöht nachweislich die Nachfrage nach Tabakprodukten und beeinflusst die Markenwahl. Gleichzeitig wird ein positives gesellschaftliches Klima für den Tabakkonsum erzeugt und das Rauchen in Zusammenhang mit bestimmten Lebensstilen und Erlebniswerten gesetzt. Dies gilt nicht nur für die direkte Bewerbung von Tabakprodukten, sondern auch für ihre indirekten Formen, z. B. das Markensponsoring. Wie bei Tabaksteuererhöhungen ist davon auszugehen, dass ein Verbot der Tabakwerbung sowohl das Einstiegs- als auch das Ausstiegsverhalten beeinflusst und sich bei den verbleibenden Rauchern in einem geringeren Konsum niederschlägt.

**Erfolgsindikatoren.** Verringerung der Werbe- und Sponsoringausgaben durch die Tabakindustrie und Verbot der Tabakwerbung auf gesetzlicher Grundlage.

**Daten und Indikatoren.** Bevölkerungsbefragungen können hier bislang keinen Aufschluss geben, da Daten zur Wahrnehmung der Tabakwerbung oder zur Akzeptanz von Werbeverböten darin nicht routinemäßig erhoben wurden. Ausnahme bildet die Studie zur „Förderung des Nichtrauchens“ der BZgA, die eine Frage zur Akzeptanz von Werbeverböten enthält. Die Nielsen-Werbeforschung stellt Informationen bereit, die Rückschlüsse auf die Senkung der Werbeträger-bezogenen Gesamtausgaben der Tabakindustrie zulassen. Diese sind allerdings kostenpflichtig. Die Datengrundlage zur Erfolgskontrolle der Basismaßnahme „Vollständiges Verbot direkter und indirekter Tabakwerbung“ ist damit als unzureichend zu bezeichnen.

### **Basismaßnahme 3: Schutz vor Passivrauchen**

Bei Personen, die regelmäßig einer Passivrauchexposition ausgesetzt sind, ist u. a. die Auftretenswahrscheinlichkeit von Herzinfarkt, Schlaganfall, chronischer Bronchitis und Lungenkrebs erhöht. Die Realisierung rauchfreier Arbeitsplätze, Schulen, Krankenhäuser und gastronomischer Betriebe ist ein Weg, um die Passivrauchbelastung der Bevölkerung zu senken. Erforderlich sind zudem systematische Beratungskonzepte, um auch die Passivrauchexposition in Privathaushalten zu verringern und Frauen während der Schwangerschaft beim Ausstieg aus dem Rauchen zu unterstützen.

**Erfolgsindikatoren.** Differenziertes Monitoring zur Erfassung des Passivrauchens, Zunahme rauchfreier Bereiche bzw. Einrichtungen, Zunahme der rauchfreien Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen und Vorhandensein eines Bundesgesetzes für einen umfassenden Schutz der Bevölkerung vor den Gefahren des Passivrauchens sowie Einführung rauchfreier Schulen auf Bundesebene.

**Daten und Indikatoren.** Aussagen zur Passivrauchexposition sind z. B. anhand von Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 des RKI möglich (Belastung am Arbeitsplatz, zu Hause oder in der Freizeit). Im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des RKI wird zudem nach dem Rauchverhalten der Mutter während der Schwangerschaft und Stillzeit gefragt. In der Drogenaffinitätsstudie und Jugendbefragung zur „Förderung des Nichtrauchens“ der BZgA werden Einstellungen zum Passivrauchen und zu Rauchverböten erhoben, in der Jugendbefragung außerdem Einschätzungen zur Gefährlichkeit des Passivrauchens. Das IFT stellt die breiteste Datengrundlage zur Passivrauchexposition bereit. Neben Befragungsdaten aus dem Epidemiologischen Suchtsurvey stehen auch Informationen zu rauchfreien Räumen in Gaststätten (Nichtraucherinitiative) und zu rauchfreien Krankenhäusern (Deutsches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser) zur Verfügung.

### **Basismaßnahme 4: Förderung des Ausstiegs aus der Tabakabhängigkeit**

**Kurzbeschreibung.** Durch Beendigung des Rauchens lässt sich in jedem Alter ein Gesundheitsgewinn und eine Erhöhung der Lebenserwartung erzielen. Um die Aufhörbereitschaft zu fördern und aufhörwillige Raucher bei ihrem Vorhaben zu unterstützen, sind entsprechende Beratungs- und Entwöhnungsangebote erforderlich. Ergänzend bedarf es regelmäßiger und breit gestreuter Informationen über die Schädlichkeit des Rauchens.

**Erfolgsindikatoren.** Prävalenz des Rauchens und der Aufhörwilligen in der Bevölkerung, Entwicklung der Abstinenzquote, Inanspruchnahme von Tabakentwöhnungsmaßnahmen.

**Daten und Indikatoren.** Die Erhebungen des RKI, die Drogenaffinitätsstudie und die Jugendbefragung zur „Förderung des Nichtrauchens“ der BZgA geben Auskunft über Raucher-, Exraucher- und Nieraucherquoten. In einzelnen Erhebungen wurde zudem nach der Aufhörbereitschaft, den Aufhörversuchen und den

dabei verwendeten Hilfsmitteln gefragt. Weitere Fragen beziehen sich auf den Wunsch nach Informationen über Hilfestellungen zur Beendigung des Rauchens und zum diesbezüglichen Kenntnisstand, zur Einschätzung der Wirksamkeit von Angeboten der Tabakentwöhnung und zur Motivation für einen Rauchstopp. Die Erhebungen des IFT geben u. a. Auskunft über die Motivation zum Aufhören, zur Nutzung von Entwöhnungskursen und die Inanspruchnahme von Entwöhnungshilfen [29].

### Basismaßnahme 5: Maßnahmen zur Verhinderung des Einstiegs in das Rauchen

**Kurzbeschreibung.** Die Verhinderung eines frühen Rauchbeginns ist ein zentrales Anliegen der Tabakprävention und Tabakkontrollpolitik. Hierfür erforderlich sind sowohl individuumszentrierte Maßnahmen, wie z. B. Programme zur Lebenskompetenzförderung, als auch strukturelle Maßnahmen wie Regulierungen des Angebots und der Zugänglichkeit zu Tabakprodukten sowie die Förderung rauchfreier Schulgelände, Ausbildungs- oder Sportstätten. Von einer erfolgreichen Tabakprävention im Kindes- und Jugendalter ist eine nachhaltige Verringerung des Tabakkonsums in der Bevölkerung zu erwarten, da nach dem 18. Lebensjahr die Wahrscheinlichkeit eines Einstiegs in das Rauchen nur noch gering ist.

**Erfolgsindikatoren.** Herbeiführung rauchfreier Schulen im gesamten Bundesgebiet und Umfang der nachgewiesenermaßen effektiven schulischen Maßnahmen zur Tabakprävention, Verankerung der Lehrinhalte zur Tabakprävention, Teilnahme an Programmen der Tabakprävention.

**Daten und Indikatoren.** Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des RKI, die Drogenaffinitätsstudie und Jugendbefragung zur „Förderung des Nichtrauchens“ der BZgA sowie die europäische Schülerbefragung zum Alkoholkonsum und anderen Drogen des IFT lassen alle Aussagen zur Verbreitung des Rauchens bei Kindern und Jugendlichen zu. Sofern diese in regelmäßigen Abständen wiederholt werden,

lassen sich Zeitreihen abbilden, die über Veränderungen im Einstiegsverhalten und Einstiegsalter informieren. Die Jugendbefragung zur „Förderung des Nichtrauchens“ erhebt zudem die Behandlung des Themas Tabakkonsum in der Schule. Hierzu gehören der Schulunterricht und Veranstaltungen in der Schule, die außerhalb des Unterrichts stattfinden (z. B. die BZgA Filmtage „Nikotin und Alkohol“ oder der „KlarSicht“ Mitmach-Parcours). Erhebungen des IFT enthalten Fragen zur Einstellung von Schülern zum Rauchen bzw. Nichtrauchen. Darüber hinaus kann zur Evaluation dieser Basismaßnahme auf Statistiken zurückgegriffen werden, die z. B. Auskunft über die Zahl der Länder mit Gesetzen zur rauchfreien Schule geben.

### Empfehlungen

Der Evaluationsbeirat hat sich in seinem Konzept auf die Ebene der Ergebnismessung (Impactevaluation) auf Bevölkerungsebene konzentriert. Es werden vor allem Indikatoren des Rauchverhaltens, des Wissens und der Einstellung zu bzw. Akzeptanz von Maßnahmen herangezogen, soweit verfügbar auch Indikatoren auf struktureller Ebene. Prozessdaten werden nur für Maßnahmen, die sich auf die gesamte Bundesrepublik beziehen, herangezogen. Dieses Herangehen entspricht dem Grundgedanken von *gesundheitsziele.de*, Ziele auf der Makroebene für die gesamte Bundesrepublik Deutschland zu formulieren.

Das RKI, die BZgA und das IFT stellen bundesweit repräsentative Daten zum Tabakkonsum von Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen bereit. Ergänzt werden diese durch amtliche und Verbandsstatistiken sowie durch weitere Erhebungen mit regionalem oder lokalem Bezug, die zumindest zu einzelnen Aspekten Aussagen erlauben. Die erstellte Übersicht zeigt, dass für den Bereich „Tabakkonsum reduzieren“ in Deutschland eine vergleichsweise gute Datenlage besteht, die die eingangs formulierten Kriterien der Qualität und Repräsentativität erfüllen. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass einige der Erhebungen nicht regelmäßig durchgeführt werden, sodass deren Wert für die Messung von Effekten

im Zeitverlauf gering ist, d. h. diese Daten leisten zunächst nur einen Beitrag zur Ist-Analyse. Dies ist besonders in Bezug auf jüngere Kinder der Fall. Neben der dringend gebotenen Fortführung der Erhebungen der BZgA zur Drogenaffinität ist deshalb eine Wiederholungserhebung des Kinder- und Jugendsurveys des RKI anzustreben.

Zu einigen Themenbereichen fehlen bislang aussagekräftige Daten und insbesondere Längsschnittdaten, z. B. zur Wahrnehmung von Tabaksteuererhöhungen, Tabakwerbeverboten und zu nationalen Aufklärungs- und Präventionskampagnen. Ausnahme bildet die Studie zur „Förderung des Nichtrauchens“ der BZgA, die bereits einige Fragen zur Wahrnehmung von TV-/Kinospots, Anzeigen, Plakaten, Broschüren etc. zum Thema Rauchen bzw. Nichtrauchen enthält. Möglichkeiten erschließen sich darüber hinaus über die Integration entsprechender Fragen in die Gesundheitssurveys des RKI und die Erhebungen des IFT. Der Evaluationsbeirat empfiehlt die routinemäßige Evaluation von bundesweit angelegten Maßnahmen und Kampagnen, um deren Wahrnehmung und Akzeptanz in der Bevölkerung zu erfassen. Die dafür notwendigen Ressourcen sind zur Verfügung zu stellen.

Vor dem Hintergrund der zufriedenstellenden Datenlage zur Evaluation des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“ wird empfohlen, prioritär an der Weiterentwicklung und Abstimmung der vorhandenen Erhebungsprogramme und Erfassungssysteme und nicht an der Schaffung neuer Datenquellen anzusetzen. Die Routineerhebungen sind z. B. durch gesetzliche Regelungen dauerhaft sicherzustellen. Nur so kann eine langfristige Verfügbarkeit aussagekräftiger und verlässlicher Daten zum Tabakkonsum, die eine notwendige Voraussetzung für die Umsetzung und Evaluation der vorgeschlagenen Basismaßnahmen sind, gewährleistet werden.

Die Gesundheitsberichterstattung bildet eine wesentliche Informations- und Handlungsgrundlage für die Steuerung und Evaluierung des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“. Neben der Gesundheitsberichterstattung des Bundes sind hier auch die Länder und Kommuni-

nen sowie weitere Akteure, z. B. die Krankenkassen, gefragt. Die ab 2006 geplante Dokumentation und Darstellung der Maßnahmen zum Bereich „Tabakkonsum reduzieren“ nach § 20 SGB V ist hierzu ein wichtiger Schritt, sodass dann auch Daten zur Basismaßnahme 4 (Entwöhnungsangebote) zur Verfügung stehen werden. *gesundheitsziele.de* empfiehlt deshalb den Ausbau des Themas Tabakkonsum in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, der Länder und der Akteure der Sozialversicherung.

Um ergänzend zu den Daten auf Makroebene Erkenntnisse zur Umsetzung von Maßnahmen zu erhalten, ist eine Bewertung der realisierten Programme entlang zentraler Qualitätskriterien – und damit auch ihrer Erfolge und Misserfolge – äußerst wünschenswert. So kann Transparenz hinsichtlich der tatsächlichen Umsetzung von Maßnahmen zum Gesundheitsziel hergestellt, Beispiele guter Praxis können identifiziert und ein Austausch und eine Vernetzung der Anbieter und zuständigen Akteure erreicht werden. *gesundheitsziele.de* empfiehlt deshalb die Einrichtung einer Dokumentationsstelle für Maßnahmen, Programme und Evaluationsergebnisse zum Gesundheitsziel.

Es konnte gezeigt werden, dass die Evaluation des nationalen Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“, aufbauend auf der bestehenden Datenbasis, sehr gut möglich ist. Gefordert ist allerdings die konzertierte Zusammenarbeit von Politik und zuständigen Akteuren zur Umsetzung der gemeinsam entwickelten Ziele und Maßnahmen. Nur so können Wirkungen erzeugt werden, die sich in mess- und evaluierbaren Effekten niederschlagen.

## Korrespondierender Autor

### Prof. Dr. U. Maschewsky-Schneider

Institut für Gesundheitswissenschaften,  
Technische Universität Berlin, TEL 11-2  
Ernst-Reuter-Platz 7  
10587 Berlin, BRD  
E-Mail: ums@ifg.tu-berlin.de

## Literatur

- Lampert T, Burger M (2004) Rauchgewohnheiten in Deutschland – Ergebnisse des telefonischen Bundes-Gesundheitssurveys 2003. *Gesundheitswesen* 66:511–551
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2005) Förderung der Nichtraucherens – Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2003 und 2005. Eigenverlag, Köln
- British Heart Foundation Statistics. <http://www.heartstats.org> (September 2005)
- Lampert T, Burger M (2005) Verbreitung und Strukturen des Tabakkonsums in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz* 48:1231–1241
- Schulze A, Mons U (2005) Trends in cigarette smoking initiation and cessation among birth cohorts of 1926–1970 in Germany. *Eur J Cancer Prev* 14:477–483
- gesundheitsziele.de* – Forum Gesundheitsziele Deutschland. <http://www.gesundheitsziele.de/> (9.6.2006)
- Victorian Government Department of Human Service, Melbourne, Victoria (2003) Integrated health promotion resource kit. A practice guide for service providers. <http://www.health.vic.gov.au/healthpromotion/index.htm> (21.3.2006)
- Maschewsky-Schneider U (2005) Programm-, Ziel- und Maßnahmeevaluation bei *gesundheitsziele.de*. In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und Gestaltung e.V. (Hrsg) *gesundheitsziele.de* – Impulse, Wirkungen und Erfahrungen. Akademische Verlagsgesellschaft, Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003; unveränderter Nachdruck 2006) *gesundheitsziele.de* – Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Eigenverlag, Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit (2006) *gesundheitsziele.de* – Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Bericht 6. nationales Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“. Eigenverlag, Berlin
- Pott E, Lang P, Töppich J (2003) Gesundheitsziel: Tabakkonsum reduzieren. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz* 46:150–155
- AG 6 „Tabakkonsum reduzieren“ (2004) Basismaßnahmen zur Erreichung des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“. *Forum Gesundheitsziele Deutschland*. [gesundheitsziele.de/](http://gesundheitsziele.de/) (Berichte 9.6.2006)
- Nutbeam D (1998) Evaluating health promotion – progress, problems and solutions. *Health Promotion International* 13(1):27–43
- Gesundheitsförderung Schweiz: quint-essenz. <http://www.quint-essenz.ch/de/> (1.6.2006)
- Forschungsverbund DHP (Hrsg) Die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie. Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle
- GCP Study Group (1988) The German Cardiovascular Prevention Study (GCP): design and methods. *Eur Heart J* 9:1058–1066
- Hoffmeister H, Bellach BM (1995) Die Gesundheit der Deutschen. Ein Ost-West-Vergleich von Gesundheitsdaten. RKI-Heft 7. Robert Koch-Institut, Berlin
- Bellach BM, Knopf H, Thefeld W (1998) Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998. *Gesundheitswesen* 60:559–568
- Thefeld W, Stolzenberg H, Bellach BM (1999) Bundes-Gesundheitssurvey: Response, Zusammensetzung der Teilnehmer und Non-Responder-Analyse. *Gesundheitswesen* 61 [Sonderheft 2]: S55–S222
- Ziese T (2005) Telefonische Gesundheitssurveys: Bausteine eines Gesundheitsmonitorings in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz* 48:1209–1210
- Ziese T, Neuhauser H (2005) Der telefonische Gesundheitssurvey 2003 als Instrument der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz* 48:1211–1216
- Augustin R, Metz K, Heppekausen K, Kraus L (2005) Tabakkonsum, Abhängigkeit und Änderungsbereitschaft. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003. *Sucht* 51 [Sonderheft 1]: S40–S48
- Kurth BM, Bergmann KE, Dippelhofer A et al. (2002) Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Was wir wissen, was wir nicht wissen, was wir wissen werden. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz* 45:852–858
- Kurth BM, Bergmann KE, Hölling H et al. (2002) Der bundesweite Kinder- und Jugendgesundheits-survey – Das Gesamtkonzept. *Gesundheitswesen* 64:S3–S11
- Kraus L, Heppekausen K, Barrera A, Orth B (2004) Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen (IFT-Berichte Bd. 141). IFT Institut für Therapieforschung, München
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Teilband Rauchen. November. <http://www.bzga.de>
- Hanewinkel R, Isensee B (2006) Umsetzung, Akzeptanz und Auswirkungen der Tabaksteuererhöhungen vom 1. September 2005. Bericht für das Bundesministerium für Gesundheit. März. <http://www.ift-nord.de/> (Zugriff 10.7.2006)
- Deutsches Krebsforschungszentrum und Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln (2005) Auswirkungen der Tabaksteuererhöhungen von 2002 bis 2004. DKFZ, IGKE, Heidelberg, Köln
- Kraus L, Augustin R (2001) Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht* 47 [Sonderheft 1]:S3–S86