



Die Drogenbeauftragte  
der Bundesregierung

# ENTWURF

(Stand erzielter Ressortkonsens: 11. März 2009)

## Nationales Aktionsprogramm zur Tabakprävention 2009 – 2012

## Hintergrund und Fakten

1.	Einleitung	4
2.	Hintergründe Tabakkonsum und seine Folgen	5
2.1	Tabakprävention in Deutschland	7
2.2	Deutschland im internationalen Vergleich	9

## Zukunftsperspektiven

3.	Hauptziele	10
4.	Zielgruppen der Tabakprävention	11
5.	Handlungsfelder und Zielbereiche	13
5.1	<b>Handlungsfeld:</b> Prävention für Kinder und Jugendliche stärken	14
	<i>Zielbereich 1:</i> Maßnahmen in Schulen und andere Einrichtungen	15
	<i>Zielbereich 2:</i> Maßnahmen zur Kommunikation, Information und Aufklärung	16
5.2	<b>Handlungsfeld:</b> Motivation und Hilfe zur Tabakentwöhnung verbessern	17
	<i>Zielbereich 3:</i> Maßnahmen zur Beratung und Hilfe bei der Tabakentwöhnung	18
	<i>Zielbereich 4:</i> Maßnahmen zur besseren Einbindung der Gesundheitsberufe	18
5.3	<b>Handlungsfeld:</b> Vor Passivrauchen schützen	20
	<i>Zielbereich 5:</i> Maßnahmen für eine rauchfreie Umwelt	21
	<i>Zielbereich 6:</i> Maßnahmen zum Nichtraucher in Familie und Schwangerschaft	21
5.4	<b>Handlungsfeld:</b> Gesetze und Selbstverpflichtungen ausbauen	23
	<i>Zielbereich 7:</i> Maßnahmen zu Preisgestaltung und Verfügbarkeit	24
	<i>Zielbereich 8:</i> Maßnahmen zur verbesserten Kennzeichnung von Tabakwaren	25
	<i>Zielbereich 9:</i> Maßnahmen zur Einschränkung der Tabakwerbung	25
6.	Umsetzung des Aktionsprogramms	28
7.	Evaluation des Aktionsprogramms	29
8.	Ausblick auf das Jahr 2012	30
	Literatur	31

## Vorwort der Drogenbeauftragten

[ wird vor Drucklegung eingefügt ]

## 1. Einleitung

Rauchen ist das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko in Deutschland. Es ist daher das Ziel der Bundesregierung, den Tabakkonsum und seine negativen Folgen weiter zu reduzieren. Das vorliegende Aktionsprogramm zur Tabakprävention konkretisiert den Aktionsplan Drogen und Sucht der Bundesregierung und schafft den konzeptionellen Rahmen für die Tabakprävention bis zum Jahr 2012.

Für eine nachhaltige Reduzierung der tabakbedingten Krankheiten und Todesfälle muss es gelingen, mit den eingeschlagenen Maßnahmen den Einstieg in das Rauchen zu verhindern, den Ausstieg zu fördern und Menschen wirksam vor den Gefahren des Passivrauchens zu schützen. Aktivitäten in der Tabakprävention müssen an diesen Handlungsfeldern ansetzen. Bedingung für eine erfolgreiche Tabakkontrollpolitik ist die Balance eines abgestimmten Bündels aus gesetzlichen Regelungen und präventiven Maßnahmen. Die Bundesregierung setzt auch zukünftig auf einen ausgewogenen Mix aus Information und Aufklärung im Bereich der Verhaltensprävention und verbesserten gesetzlichen Regelungen im Bereich der Verhältnisprävention.

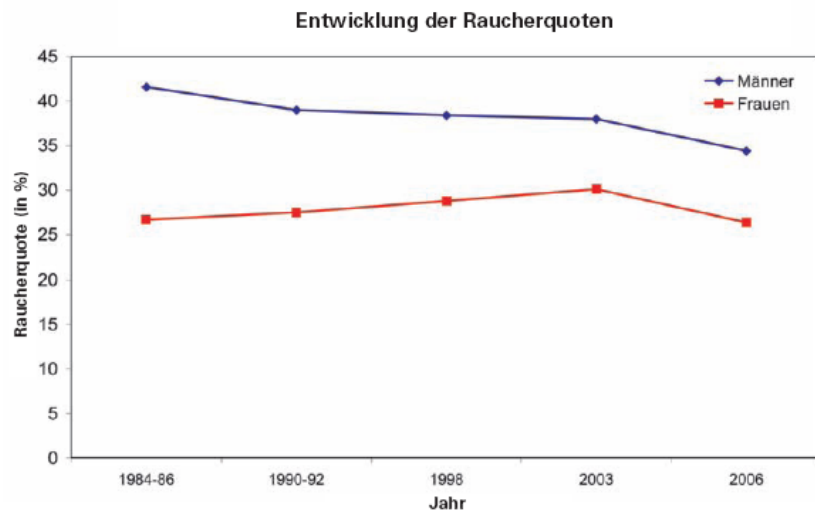
Eine wichtige Voraussetzung für die Umsetzung des Aktionsprogramms ist eine gute Kooperation möglichst vieler Akteure. Tabakprävention ist eine gesellschaftliche Querschnittsaufgabe von Bund, Ländern, Kommunen und der Selbstverwaltung. In einem abgestimmten und konzertierten Vorgehen aller Beteiligten liegt die große Chance, mit nachhaltigen Strategien eine erfolgreiche Tabakprävention in Deutschland zu verwirklichen.

Kindern und Jugendlichen muss auch weiterhin besondere Aufmerksamkeit in der Prävention zuteil werden. Denn wer als Jugendlicher mit dem Rauchen nicht beginnt, bleibt mit hoher Wahrscheinlichkeit auch als Erwachsener Nichtraucher. Es muss ein gesellschaftliches Umfeld geschaffen werden, in dem Nichtrauchen der Normalfall ist. Rauchen soll als das gesehen werden, was es ist: ein erhebliches Gesundheitsrisiko für alle Raucherinnen und Raucher und die Menschen in ihrer Nähe.

Es ist positiv, dass heute nur noch eine Minderheit der Menschen in unserem Land raucht. Auf lange Sicht muss das Ziel die größtmögliche Zahl von Nichtraucherinnen und Nichtrauchern sein. Das vorliegende Nationale Aktionsprogramm zur Tabakprävention will mit den konkreten Zielsetzungen und beschriebenen Maßnahmen dazu einen Beitrag leisten.

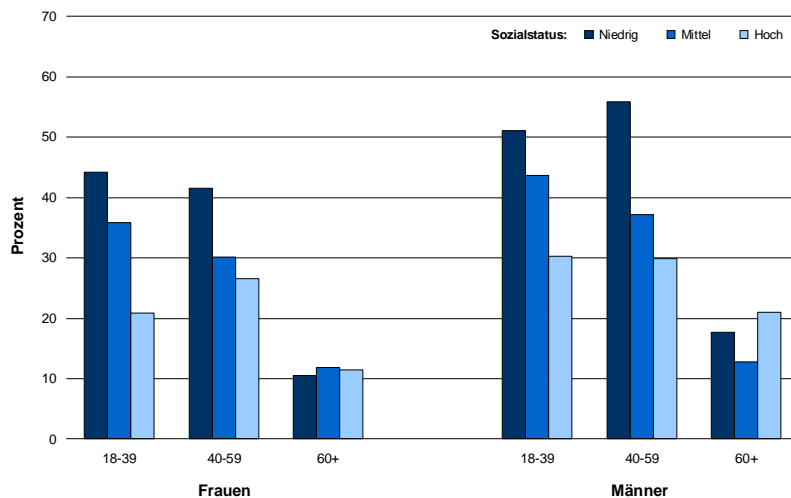
## 2. Hintergründe - Tabakkonsum und seine Folgen

In Deutschland raucht etwa jeder Dritte Erwachsene, nämlich 34,4 Prozent der Männer und 26,4 Prozent der Frauen über 18 Jahren.<sup>1</sup> In der Altersgruppe von 12 bis 17 Jahren rauchten im Jahr 2008 15,4 Prozent der Kinder und Jugendlichen, darunter mit 16,2 Prozent mehr Mädchen als Jungen mit 14,7 Prozent.<sup>2</sup> Der höchste Anteil an Rauchern findet sich mit mehr als 44 Prozent in der Altersgruppe von 18 bis 20 Jahren. Das durchschnittliche Einstiegsalter in den Tabakkonsum liegt in Deutschland bei 13,6 Jahren.<sup>3</sup>



(Quelle Gesundheitssurvey RKI 2007)<sup>4</sup>

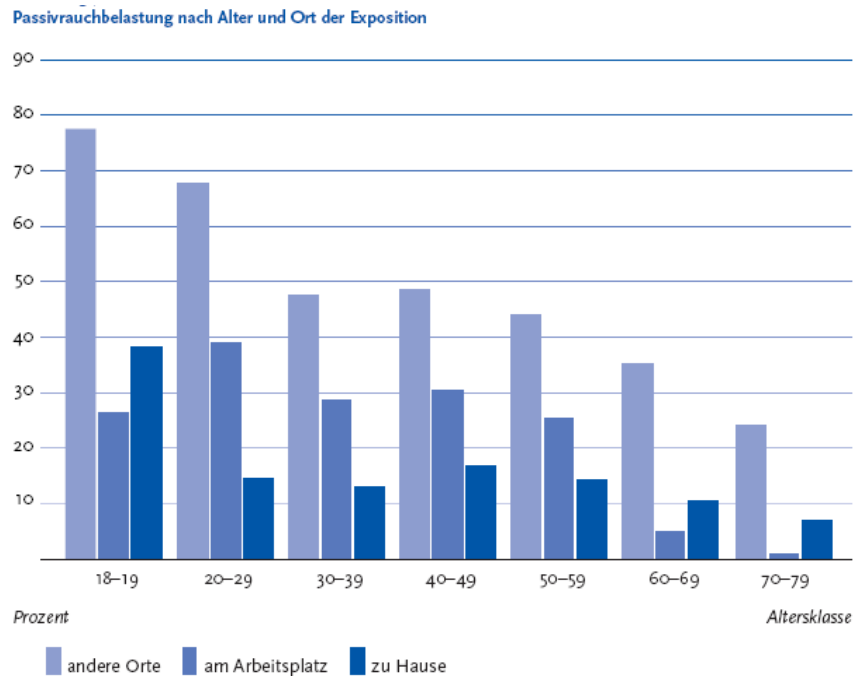
Die Zahl der Raucherinnen und Raucher hängt stark von sozialem Status und Bildung ab. Dies zeichnet sich bereits im Jugendalter deutlich ab; so rauchen fast doppelt so viele Jungen und Mädchen zwischen 11 und 17 Jahren, die eine Hauptschule besuchen, als Gleichaltrige auf einem Gymnasium.<sup>5</sup>



(Quelle: RKI 2006)<sup>6</sup>

In Deutschland sterben pro Jahr zwischen 115.000 und 140.000 Menschen direkt an den Folgen des Tabakkonsums. Etwa jeder zweite ständige Raucher stirbt vorzeitig an den Folgen des Rauchens, davon jeder zweite bereits im mittleren Lebensalter über 35 Jahren. Dies ist ein Verlust von 20 bis 25 Jahren der durchschnittlichen Lebenserwartung.

Neben dem Rauchen selbst stellt das unfreiwillige Einatmen von Tabakrauch eine große Herausforderung für die Gesundheitspolitik dar. Zuhause, in den Familien und in der Öffentlichkeit sind Menschen nach wie vor den schädlichen Wirkungen des Passivrauchens ausgesetzt. In Deutschland sterben nach einer Studie der Universität Münster pro Jahr mehr als 3000 Menschen an den Folgen des Passivrauchens.<sup>7</sup>



(Quelle: RKI 2006)<sup>8</sup>

Eine Studie der Weltbank zeigt, dass Tabakkontrolle kosteneffektiv ist. Keine andere Art der Prävention ist für die öffentliche Gesundheit lohnender als die Tabakprävention.<sup>9</sup> Von den vermeidbaren Risikofaktoren ist Rauchen für das Gesundheitssystem der Bedeutendste. Die Folgekosten des Rauchens werden auf 19 bis 21 Mrd. Euro geschätzt<sup>10</sup>, dem stehen lediglich ca. 14 Mrd. Euro Tabaksteuereinnahmen gegenüber.

Dies alles unterstreicht, warum die Reduzierung des Tabakkonsums auch weiterhin ein vordringliches Ziel der Gesundheitspolitik darstellen muss.

## 2.1 Tabakprävention in Deutschland

Zur Reduzierung des Tabakkonsums wurden in den letzten Jahren erhebliche Anstrengungen auf der Bundes- und der Länderebene unternommen. Diese wurden von Gesundheitsverbänden, Krankenkassen und vielen anderen Organisationen unterstützt. Sowohl im Bereich der Verhältnisprävention als auch im Bereich der Verhaltensprävention konnten zahlreiche Maßnahmen umgesetzt werden, von erfolgreichen Kampagnen in Schulen bis zu den Nichtraucherschutzgesetzen des Bundes und der Länder.

Das vorliegende Programm steht in einer langen Reihe von Anstrengungen in der Tabakkontrollpolitik und baut auf diese auf. Wichtigste Grundlage ist der Aktionsplan Drogen und Sucht der Bundesregierung aus dem Jahr 2003, zu dessen Konkretisierung es beitragen soll. Auch die Empfehlungen zur Erreichung des Gesundheitszieles „Tabakkonsum reduzieren“ des Forums *„gesundheitsziele.de“* vom September 2004 sind in das Nationale Aktionsprogramm zur Tabakprävention eingeflossen. Das Nationale Aktionsprogramm zur Tabakprävention 2009 - 2012 wurde im Frühjahr 2007 durch den Drogen- und Suchtrat auf den Weg gebracht. Die AG Suchtprävention des Drogen- und Suchtrates erarbeitete eine erste Fassung, die durch Beschluss der Bund-Länder-Steuerungsgruppe vom 21. April 2008 aktualisiert wurde. Am 9. Juni 2008 verabschiedete der Drogen- und Suchtrat die Empfehlungen für ein Nationales Aktionsprogramm zur Tabakprävention und überreichte diese der Drogenbeauftragten der Bundesregierung.

Am 15. September 2008 wurden die verschiedenen Gesundheits- und Wirtschaftsverbände zu einem Hearing in das Bundesministerium für Gesundheit eingeladen und hatten Gelegenheit, ihre Position schriftlich und mündlich darzulegen. Zudem wurden in weiterführenden Gesprächen mit verschiedenen Verbänden einzelne Themen und Maßnahmen diskutiert. Aufbauend auf diesen Prozess wurde das vorliegende Nationale Aktionsprogramm zur Tabakprävention 2009 - 2012 ausgearbeitet und mit den zuständigen Ressorts abgestimmt.

Als Konsequenz der Maßnahmen zur Tabakprävention in den letzten Jahren sind deutliche Erfolge zu erkennen. So konnte ein starker Rückgang des Rauchens unter Jugendlichen erreicht werden. Immer weniger Kinder und Jugendliche greifen zur Zigarette. Rauchten im Jahr 2001 noch 28 Prozent der Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren, ist diese Zahl bis 2008 auf nur noch 15,4 Prozent gesunken.<sup>11</sup>

Dabei ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die bisher in ihrem Leben überhaupt keine Zigarette geraucht haben, seit 2001 ständig angestiegen. Während 2001 nur 41 Prozent der Jugendlichen zwischen 12- und 17-Jahren angaben, „Nie - Raucher“ zu sein, waren es im Frühjahr 2008 bereits 60 Prozent.<sup>12</sup>

Auch in der erwachsenen Bevölkerung zeigt sich ein positiver Trend zum Nichtrauchen. Allerdings bleibt die Zahl tabakbedingter Erkrankungen und Todesfälle weiterhin auf hohem Niveau. Unter Frauen steigt die Zahl der tabakbedingten Todesfälle nach wie vor an.<sup>13</sup>

Die Zielsetzung "Tabakkonsum reduzieren" wird auch in der Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung als ausdrückliches Präventionsziel zur Verringerung der vorzeitigen Sterblichkeit in Deutschland und als Indikator für den Gesundheitsstatus der Bevölkerung herangezogen. Die Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung beinhaltet politische Leitlinien und Strategien für eine nachhaltige Entwicklung in zentralen Handlungsfeldern zum Klimaschutz, zur Energieeffizienz, zur nachhaltigen Rohstoffentwicklung und zum demographischen Wandel.

Im Oktober 2008 wurden vom Bundeskabinett im Rahmen des Fortschrittsberichts zur Nachhaltigkeitsstrategie zur Senkung der Raucherquote die Zielgrößen für das Jahr 2015 von weniger als 22% Raucherinnen und Rauchern in der erwachsenen Bevölkerung und weniger als 12% im Alter von 12 bis 17 Jahren verabschiedet. Das Aktionsprogramm zur Tabakprävention soll ebenso zur Umsetzung dieser Zielsetzung dienen.

## 2.2. Deutschland im internationalen Vergleich

Trotz der zahlreichen Aktivitäten in der Tabakprävention liegt Deutschland im internationalen Vergleich der Raucherquoten nur im Mittelfeld. Bei der Zahl der jugendlichen Raucher liegt Deutschland leicht über dem Durchschnitt der anderen europäischen Länder.<sup>14</sup>

Bei den erwachsenen Tabakkonsumenten zeichnet sich ein ähnliches Bild ab; innerhalb der EU nimmt Deutschland einen der mittleren Ränge ein, im weltweiten Vergleich einen der unteren. Weltweit leben nahezu zwei Drittel aller Raucher in nur zehn Ländern; unter diesen zehn ist auch Deutschland.<sup>15</sup>

Die Tabakrahenkonvention<sup>16</sup> der Weltgesundheitsorganisation ist das erste weltweite Gesundheitsabkommen. Mit dem Inkrafttreten der Konvention in Deutschland im Jahr 2005 hat sich die Bundesregierung verpflichtet, weitgehende Maßnahmen zur Reduzierung des Tabakkonsums durchzusetzen. Nach Artikel 5 der Konvention ist jede Vertragspartei verpflichtet, eigene, sektorübergreifende nationale Strategien auszuarbeiten und auf deren Grundlage Programme zur Eindämmung des Tabakkonsums umzusetzen.

Die Tabakrahenkonvention skizziert Ziele und Leitlinien sowie vielfältige Maßnahmen wie:

- Preis- und Tabaksteuererhöhungen,
- Schutz vor Passivrauchen,
- Regulierungen und Angaben zu Inhaltsstoffen von Tabakprodukten,
- Vorschriften zu Verpackung und Kennzeichnung,
- Bildungs- und Informationsmaßnahmen,
- umfassenden Tabakwerbeverboten,
- Angeboten zur Raucherentwöhnung,
- Bekämpfung des illegalen Zigarettenhandels,
- Verkaufsbeschränkungen unter 18 Jahren,
- Forschung, Berichterstattung und Überwachung,
- internationale Zusammenarbeit zur Reduzierung des Tabakkonsums.

Die Reduzierung des Tabakkonsums ist eine wichtige Aufgabe der internationalen Staatengemeinschaft, an der auch die deutsche Bundesregierung weiterhin aktiv mitarbeiten wird. Dazu müssen Vorschläge und Programme der internationalen Ebene in nationale Programme umgesetzt und Rückmeldungen über gute Erfahrungen mit Maßnahmen an die Staatengemeinschaft gegeben werden.

Deutschland hat deshalb auf der 3. Konferenz der Vertragsstaaten in Durban 2008 seine Bemühungen zur Umsetzung von Artikel 8 der Tabakrahenkonvention (Schutz vor Passivrauchen) vorgestellt. Die Umsetzung der auf dieser Konferenz beschlossenen Leitlinien (Artikel 11 Verpackung und Kennzeich-

nung, Artikel 13 Werbung) wird ein Schwerpunkt der Tabakpolitik der nächsten Jahre sein. Verschiedene Maßnahmen des Nationalen Aktionsprogramms werden dazu einen Beitrag leisten.

### 3. Hauptziele

Übergeordnetes Ziel der Tabakprävention ist die Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung und die Verhinderung tabakbedingter Krankheiten und Todesfälle.

Als übergreifende Strategie zielt das Nationale Aktionsprogramm zur Tabakprävention deshalb darauf, den

- Einstieg in das Rauchen zu verhindern,
- Ausstieg aus dem Tabakkonsum zu fördern,
- Schutz vor Passivrauchen zu stärken.

Auf der Grundlage dieser strategischen Ausrichtung setzt sich das Nationale Aktionsprogramm zur Tabakprävention 2009 - 2012 zwei übergeordnete und messbare Ziele. Diese orientieren sich an den besonders zu schützenden Kindern und Jugendlichen sowie an der erwachsenen Bevölkerung.

Diese Hauptziele beschreiben exemplarisch die angestrebte Zielsetzung des Nationalen Aktionsprogramms zur Reduzierung des Rauchens in Deutschland und setzen an der bisherigen Zielsetzung des Drogen- und Suchtrates bis zum Jahr 2008 sowie der Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung an.

In der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen soll:

**"Die Zahl der jugendlichen Raucherinnen und Raucher im Alter von 12 bis 17 Jahren bundesweit von 18% im Jahr 2007 auf weniger als 14% bis zum Jahr 2012 gesenkt werden."**

In der Altersgruppe der Erwachsenen soll:

**"Die Zahl der Raucherinnen und Raucher über 18 Jahren bundesweit von 30,3% im Jahr 2006 auf weniger als 27% bis zum Jahr 2012 gesenkt werden."**

Grundlage der Zielgrößen in der Altersgruppe von 12 bis 17 Jahren ist die regelmäßige erhobene Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Für die Zielgrößen in der Altersgruppe der Erwachsenen wird der telefonische Gesundheitssurvey des Robert Koch Instituts zu Grunde gelegt.

## 4. Zielgruppen der Tabakprävention

### Zielgruppenspezifische Perspektiven für die Tabakprävention

Während die Raucherquoten in Deutschland insgesamt zurückgehen, vergrößern sich die Unterschiede im Rauchstatus von sozialen Gruppen und Menschen mit unterschiedlichen Bildungsniveaus. Beispielsweise zeigen Studien, dass nahezu doppelt so viele Menschen mit Hauptschulabschluss rauchen, als solche mit Abitur.<sup>17</sup> Aber auch andere Faktoren, wie Einkommen oder Arbeitslosigkeit haben starken Einfluss auf das Rauchverhalten von Männern und Frauen. Die Maßnahmen und Projekte der Tabakprävention müssen die sozialen und bildungsspezifischen Unterschiede berücksichtigen und die Gruppen mit den höchsten Risiken gezielt ansprechen. Besondere Hochrisikogruppen, wie Langzeitarbeitslose, Menschen mit Migrationshintergrund oder alleinerziehende Mütter müssen in allen Zielbereichen fokussiert angesprochen werden. Besonders vulnerable Gruppen, wie Kinder und Jugendliche, brauchen starke Verbündete gegen den Tabakkonsum. Alle Maßnahmen und Projekte müssen dies berücksichtigen.

Umgekehrt müssen die Zielgruppen jeder einzelnen Maßnahme genau definiert werden. Alle Maßnahmen des Nationalen Aktionsprogramms müssen darauf hinwirken, die sozialen und bildungsspezifischen Unterschiede im Rauchverhalten zu reduzieren und die gesundheitliche Chancenungleichheit zu verringern.

### Geschlechtersensible Perspektive für die Tabakprävention

Rauchen ist ein Problem, das gleichermaßen Frauen und Männer betrifft. Zwar rauchen immer noch deutlich mehr Männer als Frauen, doch nähern sich die Konsummuster immer mehr einander an. Heute beginnen bereits mehr junge Frauen früher mit dem Rauchen als junge Männer.

Frauen haben eigene Motive und Gründe mit dem Rauchen zu beginnen oder nicht aufzuhören. Maßnahmen und Projekte zur Tabakkontrolle müssen deshalb geschlechtsspezifische Unterschiede und Verhaltensmuster immer einbeziehen. Programme zur Tabakentwöhnung, Informationsangebote und Präventionsarbeit müssen geschlechtsspezifisch ausgerichtet werden. Wie die Tabakindustrie Frauen als eigene Zielgruppe anspricht, muss das auch in der Prävention erfolgen.

### Tabakprävention – eine Querschnittsaufgabe

Viele Faktoren, die das Gesundheitsverhalten beeinflussen, sind außerhalb des Gesundheitssektors zu finden. Daher ist es notwendig, auch Akteure von außerhalb einzubeziehen, ohne dabei den Gesundheitssektor aus dem Blick zu verlieren. Die Koordination und Kommunikation aller Akteure muss gefördert werden, um die Belange der Prävention und des Gesundheitsschutzes fest im Bewusstsein aller Bereiche der Gesellschaft zu verankern.

Tabakprävention ist eine gesellschaftliche Querschnittsaufgabe. Strukturen zur Kooperation zwischen den verschiedenen Ebenen, des Bundes, der Länder und Kommunen müssen ausgebaut und vertieft

werden. Die Träger der Selbstverwaltung sind hierbei von großer Bedeutung. Auf jeder Ebene wird gute und unverzichtbare Arbeit geleistet, die Länder, der Bund, die freien Träger und die Kommunen, alle leisten einen wichtigen Beitrag; dennoch ist Tabakkontrollpolitik eine Querschnittsaufgabe. Tabakprävention braucht ein breites Bündnis und kann nur erfolgreich sein, wenn alle Beteiligten an einem Strang ziehen und zusammenarbeiten.

## 5. Handlungsfelder und Zielbereiche

### Handlungsfelder

Zur Umsetzung der Ziele setzen die Maßnahmen des Programms in zentralen Handlungsfelder an; jedes ist dabei von herausragender gesellschaftlicher Bedeutung. Die Handlungsfelder machen deutlich, wo die Prioritäten einer erfolgreichen Tabakkontrollpolitik liegen und was bis 2012 erreicht werden soll. Die einzelnen Handlungsfelder sind:

- Prävention für Kinder und Jugendliche stärken,
- Motivation und Hilfe zur Tabakentwöhnung verbessern,
- Vor Passivrauchen schützen,
- Gesetze und Selbstverpflichtungen ausbauen,
- Umsetzung, Koordination und Evaluation sicherstellen.

Neben den Prioritäten der Tabakkontrollpolitik verdeutlicht die Auswahl der Handlungsfelder, wie wichtig aufeinander abgestimmte und koordinierte Maßnahmen sind. Präventionsarbeit muss als ganzheitliches Konzept betrachtet werden, das alle Bereiche der Gesellschaft, Politik und Wissenschaft mit einschließt. Gesetze und Verordnungen sind ebenso wichtige Teile der aktiven Prävention wie Kampagnen zur Information und Aufklärung. Die Auswahl der Handlungsfelder berücksichtigt die erforderliche Balance zwischen gesetzlichen Regelungen und Präventionsmaßnahmen.

### Zielbereiche

Um die Koordination zu erleichtern und die Effektivität einzelner Maßnahmen zu erhöhen, sind in jedem Handlungsfeld Zielbereiche definiert. Sie konkretisieren die Handlungsfelder und lassen eine Bündelung verschiedener Maßnahmen mit gleichen Zielsetzungen zu. Für die Umsetzung der einzelnen Zielbereiche und den Erfolg der Tabakprävention ist die Einbeziehung aller gesellschaftlichen Akteure auf Bundes- und Landesebene von großer Bedeutung.

## Handlungsfeld: Prävention für Kinder und Jugendliche stärken

Die Zahl der rauchenden Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 17 Jahren ist, nach einem deutlichen Anstieg in den 1990er Jahren, seit 2001 rückläufig. Im Jahr 2001 lag die Zahl der Raucherinnen und Raucher in dieser Altersgruppe bei 28 Prozent, bis zum Jahr 2008 ist sie auf 15,4 Prozent gesunken. Die Geschlechterunterschiede sind dabei sehr gering, aber vorhanden. In der letzten Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zeigte sich, dass geringfügig mehr Mädchen als Jungen rauchen – ein Trend, der schon in den 1990er Jahren zu beobachten war.<sup>18</sup>

Zwar hat sich die Rauchprävalenz der Kinder und Jugendlichen in den vergangenen Jahren positiv entwickelt, im Gegensatz dazu ist aber das Einstiegsalter gesunken. Durchschnittlich wird die erste Zigarette mit 13,6 Jahren geraucht. Der Beginn des regelmäßigen Rauchens liegt zwischen 14,5 und 15 Jahren, bei Mädchen etwas früher als bei Jungen.<sup>19</sup>

Das Rauchverhalten von Jugendlichen ist zu Beginn noch unregelmäßig und durch eine niedrige Konsummenge gekennzeichnet. Der Anteil starker Raucher, die mehr als 20 Zigaretten pro Tag konsumieren, liegt bei Jugendlichen deutlich niedriger als bei volljährigen Rauchern. Die meisten jugendlichen Raucher gehören zur Gruppe der regelmäßigen Konsumenten, die mindestens einmal pro Woche Tabakprodukte konsumiert.

Die sozialen Unterschiede im Rauchverhalten sind bei Jugendlichen von 12 bis 17 Jahren bereits deutlich ausgeprägt. Bei beiden Geschlechtern rauchen nahezu doppelt so viele Hauptschüler wie gleichaltrige Gymnasiasten. Der Sozialstatus des Elternhauses spielt ebenso wie die Schule eine große Rolle und wirkt sich stark auf das Rauchverhalten aus. Besonders bei Mädchen spielen das Rauchverhalten und der Sozialstatus des Elternhauses eine große Rolle.

In der Jugend wird der Grundstein für das Rauchverhalten im Erwachsenenalter gelegt. Wer in der Jugend nicht raucht, beginnt mit hoher Wahrscheinlichkeit auch als Erwachsener nicht mit dem Rauchen. Menschen, die als Jugendliche anfangen, rauchen mit hoher Wahrscheinlichkeit als Erwachsene weiter. Je früher mit dem Rauchen begonnen wurde, desto höher ist der tägliche Konsum im späteren Leben.<sup>20</sup>

Leitlinien für das Handlungsfeld:

- Das Nichtrauchen wird für Kinder und Jugendliche der Normalfall,
- Möglichst alle Orte, an denen sich Kinder und Jugendliche aufhalten, werden rauchfrei,
- Familien und Medien nehmen ihre Vorbildrolle gegenüber Kindern und Jugendlichen stärker wahr.

Rauchen ist zum großen Teil soziales Verhalten, das Kinder und Jugendliche von Vorbildern und voneinander lernen. Nichtrauchende Erwachsene sind ein wichtiger Schutzfaktor für das Nichtrauchen unter Kindern und Jugendlichen; wirksame Tabakprävention beginnt in der Familie. Medien und Ge-

sellschaft müssen verantwortungsvoll mit dem Thema Rauchen umgehen und ihre jeweilige Vorbildrolle wahrnehmen. Alle Kinder und Jugendlichen, Jungen wie Mädchen, müssen wirksam über die Risiken des Rauchens informiert und nachhaltig vor den Folgen des Rauchens anderer geschützt werden.

### **Zielbereich 1:**

#### **Maßnahmen in Schulen und Kinder- und Jugendeinrichtungen:**

1.1 Stärkung von bewährten Projekten, wie "rauchfreie Schule", "Be smart – don't start", "Klasse 2000", etc. und Verbesserung/Überarbeitung der entsprechenden Materialien. Zusätzlich sollten mehr Lehrerinnen und Lehrer für die Tabakprävention sensibilisiert und qualifiziert werden. *(Akteure: BZgA, Länder, Kommunen, Krankenkassen)*

1.2 Förderung neuer Schulprogramme zum Nichtrauchen, bei deren Entwicklung verstärkt auf zielgruppengerechte, nach Schulform und Geschlecht differenziert, Ausrichtung geachtet wird. *(Akteure: BZgA, Länder, Kommunen)*

1.3 Unterstützung der Bundesländer bei der Entwicklung und Einführung von Unterrichtseinheiten zum Nichtrauchen und zur Gesundheitsförderung. Die Schulcurricula sollten spezifisch für verschiedene Schultypen angeboten werden. *(Akteure: Länder, BZgA)*

1.4 Verstärkte Förderung von Angeboten zur rauchfreien Kinder- und Jugendarbeit im Sport, in der Vereinsarbeit, im Rahmen der Sozialkampagne "Kinder stark machen" und bei Sportveranstaltungen. Rauchfreie Sportstätten, Stadien und Sportvereine sind ein wichtiger sozialer Rahmen, in dem Jugendliche vor den Folgen der Rauchens geschützt und vom Einstieg abgehalten werden können. *(Akteure: BZgA, Kommunen, Sportverbände)*

1.5 Bereitstellung von Materialien zum Nichtrauchen in Kinder- und Jugendeinrichtungen sowie Intensivierung von Fortbildungsmaßnahmen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendhilfe. *(Akteure: BZgA, Länder, Kommunen, Bildungseinrichtungen)*

### **Zielbereich 2:**

#### **Maßnahmen zur Kommunikation, Information und Aufklärung**

2.1 Verstärkte Einbeziehung der neuen Medien in die Prävention. Dazu sollen vielfältigen Möglichkeiten des Internets (Weblogs, Communities, Videoplattformen, Foren, SMS Netzwerke, Podcasts etc.) verstärkt genutzt werden. Die vorhandenen Angebote, wie die Webseiten "rauch-frei.info" und "rauchfrei-info.de", sollen dazu weiter ausgebaut und ständig verbessert werden. *(Akteure: BZgA)*

2.2 Zielgruppenspezifische Informationsangebote zu den Gefahren von neuen Tabakprodukten, wie z.B. Wasserpfeifen. Wasserpfeifenrauch ist mindestens ebenso gesundheitsschädlich wie Zigarettenrauch, dennoch unterschätzen gerade jugendliche Konsumenten die Gesundheitsgefahren.<sup>21</sup> (Akteure: BZgA, BfR)

2.3 Vereinbarungen mit TV-Sendeanstalten zur Beachtung des Nichtrauchens in Film- und TV-Produktionen. Vorbilder und Spots im Umfeld von Sendungen mit jungen Zuschauern sollen das Nichtrauchen vermehrt positiv thematisieren.<sup>22</sup> (Akteure: Drogenbeauftragte, Bund, TV - Sendeanstalten, Medienverbände, Filmproduzenten)

## Handlungsfeld: Motivation und Hilfe zur Tabakentwöhnung verbessern

Viele Raucherinnen und Raucher möchten mit dem Rauchen aufhören, scheitern aber mit ihren Versuchen. Mehr als die Hälfte der erwachsenen regelmäßig Rauchenden und über zwei Drittel der jugendlichen Raucher und Raucherinnen wollen aufhören.<sup>23</sup> Nur ein kleiner Teil der Raucherinnen und Raucher, die einen Aufhörversuch unternehmen, sind über bestehende Beratungs- und Hilfsangebote ausreichend informiert, oder nehmen diese in Anspruch. Als wichtigste Gründe für den Wunsch aufzuhören werden die eigene Gesundheit, die körperliche Fitness und die Kosten für Tabakprodukte genannt.

Mehr als die Hälfte der rauchenden Jugendlichen von 12 bis 17 Jahren hat bereits ein- oder mehrmals versucht, mit dem Rauchen aufzuhören. Nur ein kleiner Teil schafft den Ausstieg tatsächlich, die Rückfallquoten sind sehr hoch.<sup>24</sup>

Der Ausstieg aus dem Rauchen wird von vielen Faktoren beeinflusst. In bestimmten Settings ist das Aufhören leichter, entsprechende Programme erfolgreicher. Besonders im Umfeld einer stationären Behandlung in einem Krankenhaus sehen viele Raucherinnen und Raucher eine Chance aufzuhören und würden in dieser Situation entsprechende Angebote nutzen. Bei Frauen ist eine Schwangerschaft eine Motivation zum Rauchstopp. Allerdings raucht ein erheblicher Teil der Frauen auch während der Schwangerschaft weiter oder beginnt nach der Entbindung wieder mit dem Rauchen.<sup>25</sup> In beiden Fällen soll durch qualifizierte Beratung und Hilfestellung ein dauerhafter Rauchstopp erreicht werden.

Leitlinien für das Handlungsfeld:

- Aufhörwillige Raucherinnen und Raucher haben einen einfachen Zugang zu guten und kostengünstigen Hilfen zur Tabakentwöhnung.
- Es gibt mehr spezifische Angebote zur Tabakentwöhnung für Jugendliche, junge Frauen, Menschen mit Migrationshintergrund, etc.
- Tabakentwöhnung wird Teil der Aus- und Weiterbildung in den Gesundheits- und Sozialberufen.

Nicht zu Rauchen ist eine Voraussetzung für Gesundheit. Der Ausstieg aus dem Rauchen lohnt sich in jedem Lebensalter. Raucherinnen und Rauchern beim Ausstieg zu helfen bzw. sie zum Ausstieg zu motivieren ist eine der kosteneffektivsten Maßnahmen im Gesundheitssektor.<sup>26</sup> Zwei zentrale Ansatzpunkte sind dabei wichtig: Qualifizierte Beratung und medizinische Betreuung.

### **Zielbereich 3:**

#### **Maßnahmen zur Beratung und Hilfe bei der Tabakentwöhnung**

3.1 Fortentwicklung und Erhöhung der Bekanntheit von Beratungsangeboten zum Rauchverzicht, wie der telefonischen proaktiven Beratung unter der bundeseinheitlichen Nummer 01805-313131, sowie deren Aufdruck auf jede Zigarettenverpackung. *(Akteure: BZgA, BMELV)*

3.2 Durchführung massenmedialer Kampagnen als Anreiz zum Nichtrauchen, wie z.B. der Kampagne zum Rauchausstieg "Rauchfrei im Mai 2010". Die Bekanntheit der Programme zu Tabakentwöhnung soll erhöht werden, da nur ein geringer Teil der Aufhörwilligen diese kennt und in Anspruch nimmt. *(Akteure: BZgA, DKFZ)*

3.3 Verstärkte Ausrichtung der Beratung und Hilfe zur Tabakentwöhnung auf spezifische Zielgruppen, was auch Beratungsangebote für Kinder und Jugendliche einschließt. Bisher mangelt es an entsprechender Beratung und Hilfestellung für jugendliche Raucher.<sup>27</sup> Die Hindernisse, die einem Rauchstopp entgegen stehen unterscheiden sich zwischen Männern und Frauen, was ebenfalls berücksichtigt werden sollte.<sup>28</sup> Qualitätsgesicherte Programme zur Nichtraucherberatung und zur Tabakentwöhnung sollten möglichst flächendeckend angeboten werden. *(Akteure: BZgA, Wissenschaft, Rentenversicherungsträger, DNGfK)*

3.4 Entwicklung und Verbreitung von Programmen zur Tabakentwöhnung für besondere Risikogruppen, wie zum Beispiel junge Frauen, Migranten, Personen mit Gewichtsängsten oder Personen mit komorbiden psychischen Störungen. *(Akteure: BZgA, Wissenschaft, Programmanbieter)*

### **Zielbereich 4:**

#### **Maßnahmen zur besseren Einbindung der Gesundheitsberufe**

4.1 Ausbau der Beratungsangebote für Raucherinnen und Raucher in den Institutionen des Gesundheitswesens (z.B. Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen). Eine große Zahl von Rauchern möchte Aufenthalte in Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen nutzen, um dauerhaft mit dem Rauchen aufzuhören; diese grundlegende Bereitschaft sollte mit entsprechenden Programmen besser unterstützt werden. *(Akteure: DNGfK)*

4.2 Verbreitung und Erhöhung der Inanspruchnahme des ärztlichen Beratungsleitfadens zum Nichtrauchen. Verbesserung von Fortbildungsangeboten für Ärztinnen und Ärzte sowie für andere Gesundheitsberufe. *(Akteure: BÄK, LÄK, BZgA)*

4.3 Einbindung der Nichtraucherberatung in die Richtlinien der Gesundheitsvorsorgeuntersuchun-

gen für Erwachsene und verstärkte Thematisierung des Nichtrauchens im Arzt - Patienten Kontakt.  
(Akteure: BÄK, LÄK)

4.4 Fortentwicklung der Nichtraucherberatung und Tabakentwöhnungsbehandlungen im Rahmen der "Suchtmedizinischen Grundversorgung". (Akteure: BÄK, LÄK)

## Handlungsfeld: Vor Passivrauch schützen

Tabakrauch enthält mehr als 4800 Substanzen, die überwiegend erst bei Verbrennen des Tabaks entstehen. Mindestens 250 davon sind krebserzeugend. Passivrauchen verursacht vorzeitige Todesfälle und Erkrankungen bei nichtrauchenden Kindern und Erwachsenen. Bei Erwachsenen führt Passivrauchbelastung zu unmittelbaren gesundheitsschädigenden Effekten auf das Herz-Kreislaufsystem und verursacht Herzerkrankungen und Lungenkrebs. Bei Kleinkindern sind die Folgen des Passivrauchens besonders gravierend. Es besteht ein erhöhtes Risiko für den Plötzlichen Kindstod (SIDS), akute Infektionserkrankungen der Atemwege, Erkrankungen der Gehörwege sowie asthmatische Erkrankungen als Folge des Passivrauchens. Das Rauchen der Eltern steht bei Kindern in ursächlichem Zusammenhang zu Atemwegserkrankungen und einem verzögerten Lungenwachstum.<sup>29</sup>

Wissenschaftliche Ergebnisse zeigen deutlich, dass es keinen unteren Grenzwert gibt, von dem an Passivrauch ohne gesundheitliche Risiken ist. Nur ein vollständiger Verzicht auf das Rauchen in geschlossenen Räumen schützt Nichtraucher wirksam vor Passivrauch. Eine Trennung von Rauchern und Nichtrauchern in Räumen, Maßnahmen der Luftreinigung oder Ventilationssysteme können nicht verhindern, dass Nichtraucher den gesundheitlichen Risiken durch das Passivrauchen ausgesetzt sind.<sup>30</sup>

Leitlinien für das Handlungsfeld:

- Niemand wird in geschlossenen Räumen unfreiwillig Tabakrauch ausgesetzt.
- Reduzierung der Zahl der Frauen die während der Schwangerschaft rauchen.
- Eltern setzen ihre Kinder weder zu Hause, im Auto noch an anderen Orten den Gesundheitsbelastungen durch Tabakrauch aus.

Durch das Gesetz zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens und die Nichtraucherschutzgesetze der Länder wurden in Deutschland in der jüngsten Zeit wichtige Regelungen zum Schutz der Gesundheit umgesetzt. Trotz dieser Erfolge stellt die Passivrauchbelastung für Betroffene wie in der Gastronomie weiterhin eine Gesundheitsgefährdung dar. Außerhalb der Arbeitswelt sind vor allem Kinder in ihrem Wohnumfeld von Passivrauch betroffen. Passivrauch ist immer noch eine erhebliche Gesundheitsgefährdung, besonders für Kinder. Gesundes Aufwachsen braucht eine gesunde Umwelt. In Deutschland sind fast 50% aller Kinder unter 13 Jahren zu Hause Tabakrauch ausgesetzt.<sup>31</sup>

### **Zielbereich 5:**

#### **Maßnahmen für eine rauchfreie Umwelt**

5.1 Förderung von Maßnahmen zur Umsetzung der Arbeitstättenverordnung des Bundes zur Erreichung einer möglichst vollständigen Vermeidung von Passivrauchbelastungen am Arbeitsplatz, wie Unterstützungsangebote für Arbeitgeber bei der Umsetzung in privaten Betrieben durch die Verbreitung vorbildlicher Betriebs- und Dienstvereinbarungen. *(Akteure: BMAS, Länder, Verbände, BZgA)*

5.2 Förderung von Unterstützungsangeboten zur Umsetzung rauchfreier Gesundheits-, Bildungs- und Jugendeinrichtungen, vergleichbar mit der Unterstützung des Netzwerks Rauchfreier Krankenhäuser. *(Akteure: Drogenbeauftragte, Länder, Verbände)*

5.3 Verstärkung der Kontrolltätigkeit zur Einhaltung des Jugendschutzgesetzes sowie der Länderregelungen zum Schutz vor Passivrauchen. *(Akteure: Länder, Kommunen)*

5.4 Informationen über die Gefahren des Passivrauchens in ausgewählten Printmedien, Radio, TV und Kino. *(Akteure: BZgA)*

### **Zielbereich 6:**

#### **Maßnahmen zum Nichtrauchen in Familie und Schwangerschaft**

6.1 Informationen über die Gefahren des Rauchens und Passivrauchens in Schwangerschaft, Stillzeit und im Kindesalter. Während der Schwangerschaft rauchen etwa 10% der Frauen bis zur Entbindung. Von den jährlich rund 750.000 Neugeborenen in Deutschland sind etwa 150.000 Kinder bereits im Mutterleib unmittelbar den schädlichen Folgen des Tabakrauchs ausgesetzt.<sup>32</sup> *(Akteure: BZgA, BÄK, LÄK, Länder)*

6.2 Verstärkte Einbeziehung von Kinderkrippen und Kindertageseinrichtungen. Information und Begleitung sollten hier weitergeführt werden, da so eine große Zahl an Eltern gut erreichbar bleibt. *(Akteure: BZgA, Kommunen, Verbände)*

6.3 Einbeziehung der Nichtraucherberatung in die Richtlinien zur Durchführung der Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen U1-U9 und J1. *(Akteure: BÄK, LÄK, Krankenkassen)*

6.4 Förderung von Angeboten zur Nichtraucherberatung und Tabakentwöhnung für Eltern durch Gynäkologinnen und Gynäkologen, Hebammen, Kinderärztinnen und Kinderärzte. *(Akteure: BÄK, LÄK, Verbände)*

6.5 Entwicklung von Programmen zur Tabakentwöhnung für Schwangere und junge Eltern mit einem sozial benachteiligten oder bildungsfernen Hintergrund, da dort die Raucherquoten in den Familien mit kleinen Kindern überproportional hoch sind. *(Akteure: Wissenschaft)*

6.6 Maßnahmen zur Sensibilisierung von Müttern und Vätern für ihre Verantwortung und Vorbildrolle zum Nichtrauchen gegenüber ihren Kindern. *(Akteure: BÄK, LÄK, Verbände, BZgA)*

6.7 Entwicklung einer Kampagne „Unsere Familie fährt rauchfrei“ zum Verzicht auf das Rauchen in Kraftfahrzeugen in Gegenwart von Kindern und Jugendlichen. *(Akteure: Länder, BZgA)*

## Handlungsfeld: Gesetze und Selbstverpflichtungen ausbauen

Gesetzliche Rahmenbedingungen sind ein wesentlicher Teil der Tabakkontrolle. Ohne sie ist wirksame Prävention kaum vorstellbar. Gesetze und Präventionsarbeit bedingen sich gegenseitig für eine erfolgreiche Tabakpolitik.

Über die Tabaksteuer kann in der Regel auf die Preisgestaltung für Tabakprodukte Einfluss genommen werden, um zumindest den statistisch belegbaren Konsum versteuerter Tabakprodukte und die Zahl der Raucherinnen und Raucher dieser Tabakprodukte zu senken. Hohe Preise für Tabakprodukte haben insbesondere in preissensiblen Bevölkerungsgruppen, wie z. B. bei Kindern und Jugendlichen, einen deutlichen Einfluss auf die Raucherquote und das Rauchverhalten. Damit hohe Preise jedoch ihre Wirkungen entfalten können, muss berücksichtigt werden, dass es insbesondere nicht zu Ausweichbewegungen der Raucherinnen und Raucher auf preisgünstigere Schmuggelware und auf Grenz-einkäufe in Niedrigpreisländern kommt.

Einschränkungen der Tabakwerbung sind für die Zahl der Raucherinnen und Raucher ebenfalls von Bedeutung. Entgegen Aussagen der Tabak- und Werbewirtschaft beeinflusst Werbung nicht nur die Markenwahl der Raucherinnen und Raucher, sondern wirkt sich ebenso auf die Gesamtnachfrage von Tabakprodukten aus und fördert die Motivation zum Rauchen. Derselbe Zusammenhang gilt auch für indirekte Werbung und Sponsoring. Internationale Studien machen außerdem deutlich, dass Kinder und Jugendliche stärker als Erwachsene durch die Botschaften der Tabakwerbung beeinflusst werden. Auch dieser Zusammenhang bezieht sich nicht nur auf direkte Werbemaßnahmen, wie Plakataußenwerbung, sondern ebenso auf Sponsoring und indirekte Werbung sowie Promotionsaktionen. Kinder und Jugendliche werden durch Vorbilder in den Medien, im Fernsehen und in Filmen in ihrem Verhalten beeinflusst. Besonders Stars sind ein attraktives Rollenmodell für Kinder und Jugendliche, die ihrer Vorbildfunktion für das Nichtrauchen gerecht werden müssen.

Leitlinien für das Handlungsfeld:

- Kein Tabakverkauf an Personen unter 18 Jahren.
- Tabakprodukte sind mit bildgestützten Hinweisen zu versehen, sofern die Wirksamkeit wissenschaftlich nachgewiesen ist.
- Keine Plakatwerbung für Tabakprodukte

Höhere Preise, Tabakwerbverbote, Präventionskampagnen und die Umsetzung der bestehenden Gesetze sind wichtige Teile einer umfassenden Strategie zur Reduzierung des Rauchens. Um eine möglichst effektive Tabakkontrolle zu gewährleisten, müssen auch bestehende Selbstverpflichtungen der Tabakindustrie überprüft und transparent werden und ggf. durch Verordnung und Gesetze ergänzt oder ersetzt werden.

## **Zielbereich 7:**

### **Maßnahmen zu Preisgestaltung und Verfügbarkeit**

- 7.1 Prüfung regelmäßiger Erhöhungen und Anpassungen der Tabaksteuer. *(Akteure: BMF)*
- 7.2 Überprüfung der Steuerbelastung von Zigaretten und Feinschnitt unter Berücksichtigung der steuerlichen Belastungsfähigkeit der jeweiligen Produktkategorien sowie möglicher Auswirkungen auf den Konsum nicht in Deutschland versteuerter Produkte. *(Akteure: BMF)*
- 7.3 Eintreten auf EU-Ebene für Änderungen bzw. Präzisierungen der Definitionen für Tabakprodukte, um eine jedem Produkt angemessene steuerliche Belastung zu gewährleisten und Umgehungen zu verhindern. *(Akteure: BMF)*
- 7.4 Verordnungen zum Aufdruck von Warnhinweisen für alle Tabakwaren in der Tabakwerbung und bei Promotionaktionen. *(Akteure: BMELV)*
- 7.5 Anhebung der Mindestpackungsgröße für Zigaretten auf 19 Stück im Tabaksteuergesetz sowie Einführung eines Mindestinhalts für Feinschnittpackungen in Höhe von 30 Gramm. *(Akteure: BMF)*
- 7.6 Verstärkung der Kontrolltätigkeit zur Einhaltung des Abgabeverbots von Tabakprodukten an Jugendliche nach dem Jugendschutzgesetz. Das Heraufsetzen der Altersgrenze für das Rauchen in der Öffentlichkeit und des Abgabealters für Tabakwaren auf 18 Jahre im Jahr 2007 war ein wichtiger Schritt zum Schutz von Jugendlichen. Die Einhaltung der gesetzlichen Regelungen muss durch die Kontrollbehörden überprüft werden, um seine volle Wirkung zu entfalten. *(Akteure: Länder, Kommunen)*
- 7.7 Optimierung der Maßnahmen gegen die illegale Einfuhr und den illegalen Handel mit Tabakwaren, einschließlich des illegalen Internethandels und Kennzeichnung aller Verpackungen von Zigarettenereugnissen mit dem Herkunfts- und Bestimmungsland. *(Akteure: BMF)*

## **Zielbereich 8:**

### **Maßnahmen zur verbesserten Kennzeichnung von Tabakwaren**

- 8.1 Umsetzung der EU-Empfehlung zum Abdruck von bildgestützten Warnhinweisen auf allen Tabakprodukten in Deutschland sofern die Wirksamkeit von Bildwarnhinweisen wissenschaftlich nachweisbar ist. Die Botschaft von Bildern ist schneller zu erfassen und leichter zu verstehen, als rein auf Text basierende Warnhinweise.<sup>33</sup> *(Akteure: BMELV)*

8.2 Unterstützung zur Entwicklung von Leitlinien und Methoden für die gemeinschaftliche Überprüfung und Zulassung der Inhaltsstoffe in Tabakerzeugnissen und deren Kennzeichnung in der Europäischen Union. *(Akteure: BMELV, EU)*

8.4 Bewertung und Einstufung von neuen Tabak- und Nikotinprodukten, wie der Elektrischen Zigarette, sowie Beobachtung von aktuellen Markt- und Konsumtrends. *(Akteure: BMELV, BMG, Länder)*

#### **Zielbereich 9:**

##### **Maßnahmen zur Einschränkung der Tabakwerbung**

9.1 Verbot der Plakataußenwerbung für alle Tabakprodukte bis zum 31.12.2012. *(Akteure: BMELV)*

9.2 Verordnung zur Offenlegung der Werbeausgaben, einschließlich Sponsoring und Promotion, der gesamten Tabakindustrie für alle Tabakprodukte. *(Akteure: BMELV, BMG)*

9.3 Anhebung des Mindestabstandes für das Aufstellen von Zigarettenautomaten vor allen Schulen und Jugendeinrichtungen von 50 Meter auf 100 Meter in der bestehenden Selbstverpflichtung mit dem Bundesverband Deutscher Tabakwarengroßhändler und Automatenaufsteller. *(Akteure: BMELV)*

## 6. Umsetzung des Aktionsprogramms

Um eine erfolgreiche Umsetzung der Maßnahmen und das Erreichen der gesetzten Ziele zu gewährleisten, müssen entsprechende Rahmenbedingungen für die Tabakprävention zur Verfügung stehen. In der Tabakprävention ist eine Vielzahl von Akteurinnen und Akteuren auf Bundes- und auf Länderebene tätig. Im Sinne eines effektiven Mitteleinsatzes und zur Erreichung von Synergieeffekten wird die Koordination durch die zuständigen Gremien der Länder und des Bundes, wie die AG Suchthilfe der Länder und den Drogen- und Suchtrat unterstützt.

Von einem abgestimmten Vorgehen in der Maßnahmenplanung und -umsetzung sowie von einer koordinierten Strategie der kommunizierten Botschaften an die Allgemeinbevölkerung oder Teilzielgruppen ist eine stärkere Wirkung der Maßnahmen zu erwarten.

Die Koordinierung des nationalen Aktionsprogramms liegt bei der Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten der Bundesregierung. Auch die Berichterstattung zur Umsetzung der Maßnahmen wird durch das Büro geleistet. Die Anpassung und Fortschreibung der Maßnahmen wird durch die Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten vorbereitet. Eine dauerhafte Fortschreibung der nationalen Maßnahmen zur Tabakprävention soll dadurch erleichtert werden, dass die Umsetzung des Programms als offener und für alle Beteiligten transparenter Prozess abläuft.

Durch eine verbesserte Koordination sollen Synergieeffekte erzielt und die Wirksamkeit der Tabakprävention erhöht werden. Dazu ist die Bereitstellung der erforderlichen Mittel zur Sicherung einer kontinuierlichen und erfolgreichen Umsetzung der Maßnahmen der Tabakprävention auf den verschiedenen Ebenen durch die jeweils zuständigen Akteure notwendig. Entsprechende Ausgaben des Bundes werden im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsansätze (einschließlich Planstellen/Stellen) und den Ansätzen der geltenden Finanzplanung erwirtschaftet.

## 7. Evaluation des Aktionsprogramms

Das Nationale Aktionsprogramm zur Tabakprävention wird zur Erreichung der gesetzten Ziele und zur Wirksamkeit der einzelnen Maßnahmen bis zum Jahr 2012 evaluiert. Grundlage der Überprüfung des Aktionsprogramms sind die repräsentativen Befragungen der Drogenaffinitätsstudie der BZgA bei Kindern und Jugendlichen sowie die regelmäßigen Surveys des RKI bei Erwachsenen.

Die durchgeführten Maßnahmen werden auf ihre Wirksamkeit regelmäßig überprüft, um gegebenenfalls Maßnahmen- und Strategieadjustierungen durchführen zu können. Die einzelnen Maßnahmen, Projekte und Programme werden dazu bei der Durchführung begleitet und durch neueste wissenschaftliche Erkenntnisse ergänzt.

Um eine optimale Wirkung des Aktionsprogramms zu entfalten, soll eine effektive Ressourcennutzung gewährleistet sowie nur Maßnahmen geplant und realisiert werden, die nach wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechende Wirksamkeit erzielen oder die aufgrund ihrer Orientierung an bisher vorliegenden wissenschaftlichen Ergebnissen eine hohe Wirksamkeit erwarten lassen.

## **8. Ausblick auf das Jahr 2012**

Im Jahr 2012 soll:

Die Anzahl der Raucherinnen und Raucher in Deutschland weiter zurückgegangen sein. Insbesondere sollen weniger junge Menschen mit dem Rauchen beginnen. Die sozialen Ursachen des Rauchens werden in der Präventionsarbeit gezielt thematisiert. Nichtrauchen ist der Normalfall, Rauchen ist weniger sichtbar in der Gesellschaft. Erwachsene und Medien nehmen ihre Vorbildfunktion zum Nichtrauchen gegenüber jungen Menschen ernst. Weniger Frauen rauchen während der Schwangerschaft und Eltern schützen ihre Kinder vor den Gefahren des Passivrauchens. Der Nichtraucherschutz ist gesellschaftliche Norm und wird flächendeckend und konsequent umgesetzt. Zu Hause, am Arbeitsplatz und in öffentlichen Räumen muss niemand unfreiwillig Tabakrauch einatmen. Die Methoden zur Tabakentwöhnung wurden weiterentwickelt und stehen allen Menschen, die mit dem Rauchen aufhören wollen, zur Verfügung. Tabakprävention ist Teil der Ausbildung aller Gesundheits- und Erziehungsberufe. In allen Einrichtungen des Gesundheitssektors gibt es Programme zur Nichtraucherberatung und -entwöhnung.

## Literatur

- 
- <sup>1</sup> Robert Koch Institut (2006): Telefonischer Gesundheitssurvey
  - <sup>2</sup> Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008
  - <sup>3</sup> Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004
  - <sup>4</sup> Robert Koch Institut: Gesundheitssurveys 1984 - 2006
  - <sup>5</sup> KiGGS (Kinder und Jugendgesundheitsurvey) des Robert Koch Instituts 2006 (Datenerhebung zwischen 2003 und 2006)
  - <sup>6</sup> Robert Koch Institut (Hrsg.) (2006): Bundesgesundheitsurvey: Soziale Unterschiede im Rauchverhalten
  - <sup>7</sup> Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2005): Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle Band 5: Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko
  - <sup>8</sup> Robert Koch Institut (Hrsg.) (2006): Bundesgesundheitsurvey: Soziale Unterschiede im Rauchverhalten
  - <sup>9</sup> Ronckers, S.; Ament, A. (2003): Cost Effectiveness of treatment for tobacco dependence (World Bank, Washington D.C.)
  - <sup>10</sup> Neubauer et al. (2003): Mortality, morbidity and costs attributable to smoking in Germany; zitiert nach: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2008): Jahrbuch Sucht 2008
  - <sup>11</sup> Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2008): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008
  - <sup>12</sup> Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2008): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008
  - <sup>13</sup> Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2008): Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle Band 9: Frauen und Rauchen
  - <sup>14</sup> WHO (2008): Health Behaviour in School – aged Children (HBSC); The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) 2003
  - <sup>15</sup> WHO (2008): Report on the global tobacco epidemic;
  - <sup>16</sup> nähere Informationen zur Tabakrahenkonvention der WHO unter: <http://www.who.int/fctc/en/index.html>
  - <sup>17</sup> Robert Koch Institut (2006): Telefonischer Gesundheitssurvey
  - <sup>18</sup> Drogenaffinitäts- bzw. Rauchfrei-Studie der BZgA 1979-2007
  - <sup>19</sup> Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2008): Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle Band 8: Rauchende Kinder und Jugendliche in Deutschland
  - <sup>20</sup> Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2008): Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle Band 8: Rauchende Kinder und Jugendliche in Deutschland
  - <sup>21</sup> Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008
  - <sup>22</sup> Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2008): Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle Band 8: Rauchende Kinder und Jugendliche in Deutschland
  - <sup>23</sup> IFT München: Kraus, L; Augustin, R. (2005): Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Hamburg. Epidemiologischer Suchtsurvey 2003
  - <sup>24</sup> Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2008): Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle Band 8: Rauchende Kinder und Jugendliche in Deutschland
  - <sup>25</sup> Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2008): Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle Band 9: Frauen und Rauchen
  - <sup>26</sup> Ronckers, S.; Ament, A. (2003): Cost Effectiveness of treatment for tobacco dependence (World Bank, Washington D.C.)
  - <sup>27</sup> Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2008): Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle Band 8: Rauchende Kinder und Jugendliche in Deutschland
  - <sup>28</sup> Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2008): Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle Band 9: Frauen und Rauchen
  - <sup>29</sup> US Department of Health and Human Services (2006): The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General
  - <sup>30</sup> US Department of Health and Human Services (2006): The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General
  - <sup>31</sup> Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2005): Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle Band 5: Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko
  - <sup>32</sup> Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2008): Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle Band 9: Frauen und Rauchen
  - <sup>33</sup> Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2007): Ein Bild sagt mehr als tausend Worte: Empfehlungen für bildliche Warnhinweise auf Tabakprodukten in Deutschland